



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN
HASTALARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

MÜSEMMA BOLAT

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN
HASTALARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

MÜSEMMA BOLAT
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Müsemma Bolat

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yetişkin Hastaların
Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu
ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2024 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile
kabul edilmiştir.”

.../.../2024

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 31/10/2023 tarihinde onay alınarak (onay no:302) hazırlanmıştır.

23/04/2024

Dr. Müsemma Bolat

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistanlığa başladığım ilk günden itibaren gerek mesleki gerek hayat tecrübelerini aktarıp bana yol gösteren ve destek olan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli hocam ve Anabilim Dalı Başkanımız sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a

Bu çalışmanın fikir sürecinin gelişmesinde ve olgunlaşmasında her türlü desteği veren sayın Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın'a ve canım arkadaşım Dr. Beyzanur Özkaptan'a

Uzmanlık eğitimim sayesinde tanıştığım, beraber çok güzel anılar biriktirdiğim, zor zamanlarımızı birlikte geçirdiğimiz değerli dostlarım Dr. Betül Sağıroğlu, Dr. Feyza Karagöz, Uzm. Dr. Ayşenur Derici, Dr. Kübra Eroğlu, Dr. Duygu Sarı, Dr. İrem Özaydın ve değerli abim Uzm. Dr. Ahmet Talha Türkmen'e

Hayatımın iyi ve kötü her anında yanımda olan, maddi ve manevi desteğiyle beraber verdiğim her kararda beni destekleyen ve başarılarımla gurur duyan kıymetli aileme

Son olarak beraber büyüdüğüm, beraber yürüdüğüm, her zorluğun üstesinden birlikte geldiğim, hayatı benim için kolaylaştıran ve aynı geleceğe ilerlediğim, yol arkadaşım, sevgili eşim Bilal Bolat'a

Tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Dr. Müsemma Bolat

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kanserin Tanımı	3
2.2. Kanserin Epidemiyolojisi	3
2.3. Kanserin Etiyolojisi	4
2.3.1. Yaş.....	5
2.3.2. Cinsiyet.....	5
2.3.3. Genetik Etkenler.....	6
2.3.4. Tütün Kullanımı	6
2.3.5. Alkol Kullanımı.....	7
2.3.6. Diyet ve Beslenme	7
2.3.7. Fiziksel Aktivite ve Obezite	8
2.3.8. Güneş Işığı ve Ultraviyole Radyasyon.....	9
2.3.9. Enfeksiyöz Ajanlar.....	9
2.3.10. Hava Kirliliği ve Çevresel Etkenler	10
2.3.11. İatrojenik Durumlar	11
2.4. Kanserden Korunma.....	11
2.4.1. Birincil Koruma.....	12
2.4.2. İkincil Koruma	12
2.4.3. Üçüncül Koruma	13
2.4.4. Dördüncül Koruma.....	13
2.4.5. Beşincil Koruma.....	14
2.5. Kansere Tarama Programları	14
2.5.1. Ulusal Kansere Tarama Programı	15

3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4. Katılımcılar.....	17
3.5. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	18
3.6. Verilerin Analizi.....	19
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları	19
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	19
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	32
6. KAYNAKLAR.....	38
7. EKLER	46
EK-1: Etik kurul kararı.....	46
EK-2: Anket formu.....	47
ÖZGEÇMİŞ	52

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

- ASM: Aile Sağlığı Merkezi
IARC: Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı
GLOBOCAN: Küresel Kanser Yükü Çalışması
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
HPV: Human Papilloma Virus
HBV: Hepatit B Virüs
HHV-8: İnsan Herpes Virüsü Tip 8
HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
DNA: Deoksiribonükleik Asit
PAH: Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar
VKİ: Vücut Kitle İndeksi
WONCA: Dünya Aile Hekimliği Derneği
TSM: Toplum Sağlığı Merkezi
SHM: Sağlıklı Hayat Merkezi
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
SEAH: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KTYTÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği
KTYBÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	20
Tablo 4.2. Katılımcıların sağlık düzeyine etki eden bazı faktörlerin dağılımı	21
Tablo 4.3. Katılımcıların kronik hastalık ve kanser tanılarının dağılımı.....	22
Tablo 4.4. Katılımcılara kanser taraması önerilme durumu ve kanser taraması önerenlerin dağılımı.....	23
Tablo 4.5. Katılımcıların kanser tarama programları hakkındaki bilgi durumlarının ve kanser taraması yaptıрма durumlarının dağılımı	24
Tablo 4.6. Katılımcıların kanser taraması yaptıрма durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	25
Tablo 4.7 Katılımcıların akrabalarında kanser öyküsü olmalarına göre kanser taraması yaptıрма durumlarının dağılımı.....	26
Tablo 4.8. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nde yer alan ifadelere verdikleri yanıtların dağılımı.....	27
Tablo 4.9. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	28
Tablo 4.10. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanlarının kanser tarama programları hakkında bilgi durumu ve kanser taraması yaptıрма durumlarına göre dağılımı	29
Tablo 4.11. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.12. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Kanser Tarama ile İlgili Değişkenlere Göre Dağılımı	31
Tablo 4.13. Katılımcıların Kanser Tarama Bilgi Düzeylerine Göre Tutum Puanlarının İncelenmesi	31

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Aile hekimliği için koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olan kanser taramaları önemli bir yere sahiptir. Taramalar, kansere bağlı ölümleri azaltabilen, yaşam süresini uzatan, sağlığa ekonomik yükü azaltan önemli sağlık uygulamasıdır. Bu çalışmada amacımız Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların kanser taramalarına yönelik farkındalık ve bilgi düzeylerini tespit etmek ve tarama oranlarını artırmak için neler yapmamız gerektiğine dair bir yol haritası oluşturmaktır.

YÖNTEM: Bu çalışmada Aile Hekimliği polikliniklerine ayaktan başvuran hastaların kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışlarını ölçmek amaçlanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik ve bazı sağlık özellikleri ile ilgili sorular, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği kullanıldı. Hazırlanan anket formunda sosyodemografik ve klinik özellikleri, kanser ve kanser taramaları bilgi düzeyi, tarama yaptırmama nedenlerinin tespiti planlandı.

BULGULAR: Katılımcılardan kanser taraması önerilenlerin %32,7'si, ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olanların %46,8'i ve KETEM'den haberdar olanların %84,7'si kanser taraması yaptırmıştır. Kadınların ve akrabalarında kanser öyküsü bulunanların kanser taraması yaptırmama oranı daha yüksekti. Kanser taraması yaptıranların çoğunluğu meme ve serviks kanseri taraması yaptırmıştır. Kanser taraması önerilenlerin çoğunluğunu bu önerileri aile hekimlerinden aldıklarını ifade ettiler. Kanser taraması yaptıranlar genellikle daha yüksek bilgi düzeyine sahipti.

SONUÇ: Sonuçlarımız, kanser taramalarının yaygınlaştırılması ve erişilebilirliğinin artırılması için edinilmesi gereken farkındalığa dikkat çekmektedir. Kamu sağlığı kuruluşları ve sağlık profesyonelleri, toplumu kanser taraması konusunda daha etkin bir şekilde bilinçlendirmek üzere kapsamlı bilgilendirme kampanyaları düzenlemelidir. Aile hekimleri, kanser taraması önerilerini daha titizlikle ve sistematik bir yaklaşımla sunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, kanser, kanser taramaları, tutum.

ABSTRACT

Evaluation of information, attitudes, and behaviors regarding cancer screening among adult patients presenting to family medicine polyclinics

AIM: Cancer screenings, which are part of preventive healthcare services in family medicine, hold significant importance. Screenings are crucial health practices that can reduce cancer-related deaths, extend lifespan, and alleviate the economic burden on healthcare. The aim of this study was to assess the awareness and knowledge levels of cancer screenings among patients attending the Family Medicine Polyclinics of Sakarya Training and Research Hospital and to develop a roadmap for increasing screening rates.

MATERIALS AND METHODS: This study aimed to measure the attitudes and behaviors of patients presenting to the Family Medicine outpatient clinics.. Participants were administered questions regarding sociodemographic and certain health characteristics, the Cancer Screening Attitude Scale, and the Cancer Screening Knowledge Scale. The survey form included questions about socio-demographic and clinical characteristics, level of knowledge about cancer and cancer screenings, and identification of reasons for not undergoing screening.

RESULTS: Among the participants, 32.7% of those recommended for cancer screening, 46.8% of those knowledgeable about national cancer screening programs, and 84.7% of those aware of Cancer Early Diagnosis and Screening Centers (CEDSC) had undergone cancer screening. The rate of undergoing cancer screening was higher among women and those with a family history of cancer. The majority of those who underwent cancer screening had undergone screening for breast and cervical cancer. Most of those recommended for cancer screening stated that they received these recommendations from their family physicians. Those who underwent cancer screening generally had a higher level of knowledge.

CONCLUSION: Our results emphasize the need to raise awareness for the dissemination and accessibility of cancer screenings. Public health institutions and healthcare professionals should organize comprehensive awareness campaigns to educate the community more effectively about cancer screening. Family physicians should present cancer screening recommendations with greater diligence and a systematic approach.

Keywords: Attitude, cancer, cancer screenings, knowledge level.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, bedenin herhangi bir bölümünü etkileyebilen geniş bir hastalık yelpazesini temsil eden bir terimdir. Diğer adlandırmalar arasında malign tümörler ve neoplazmalar bulunmaktadır. Kanserinin belirgin özelliklerinden biri, hızla oluşan anormal hücrelerdir ki bunlar normal sınırlarının ötesine yayılır, ardından komşu dokulara invaze olabilir ve diğer organlara yayılabilirler; bu sürece metastaz ismi verilmektedir. Yaygın metastazlar, kansere bağlı ölümlerin ana sebeplerindendir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>, Erişim Tarihi: 18 Kasım 2023).

Global anlamda hastalıklara bağlı ölümlerin önemli bir kısmı ileri evre kanser vakalarından kaynaklanmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan 2020 raporu, yaklaşık 19,3 milyon yeni kanser vakasının mevcut olduğunu ve kansere bağlı ölümlerin ise 10 milyona yaklaştığını göstermektedir. 2040 yılına yönelik tahminlere göre, yeni kanser vakalarının sayısının 30,2 milyona ulaşması beklenmektedir. Rapora göre, sıklık açısından en önde gelen kanser türü meme kanseri iken, onu akciğer, sonrasında kolon, rektum ve prostat kanserleri takip etmektedir. Küresel Kanser Yükü Çalışması (GLOBOCAN) araştırması tarafından sağlanan verilere göre, 2018 yılına kadar en yaygın karşılaşılan kanser akciğer kanseri iken, 2020'de bu veri meme kanseri olarak değişmiştir. Dünya çapında her altı kişiden biri kanser teşhisi almaktadır. Erkeklerdeki kanser kaynaklı ölüm oranı 1/8 iken, kadınlarda ise bu oran 1/11 olarak kaydedilmiştir (https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 Erişim Tarihi: 18 Kasım 2023).

Kanser yükünü azaltma çabaları, uzun yıllardır devam eden çalışmalarla birlikte erken teşhis ve tarama yöntemlerinin geliştirilmesi ve kullanılması yönünde ilerlemektedir (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/, Erişim Tarihi: 18 Kasım 2023). Her kanser türünün kendine özgü etiyolojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bu nedenle, erken tanı ve tarama stratejileri kanser türlerine göre farklılık göstermektedir. Örneğin, meme, kalın bağırsak, serviks ve prostat gibi bazı kanser tipleri için erken tanı ve tarama önerilirken, pankreas, tiroid ve mesane gibi diğer kanser tipleri için önerilmemektedir (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol

_Programi_versiyon-1.pdf, Eriřim Tarihi: 18 Kasım 2023). Tarama programlarının uygulanmasıyla erken tanı konularak tedavi etkinliğinin artırılması ve maliyetin dūřürölmesi hedeflenmektedir. Bu yaklaşımla, hem bireylerin sağkalım sürelerinin uzayabileceği hem de ölkelerin tedavi maliyetlerinin azalabileceği öngörölmektedir (Ersoy ve Saatçi, 2017).

Bu sonuğlara bakılarak erken tanının her bağlamda önemi, açıkça anlaşılabilir. Günümüzde Türkiye'de de, dünya genelinde olduğu gibi kanser tarama uygulamaları artış göstermektedir. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), ölkemizde kanser tarama çalışmalarında öncölük etmektedir. Bu merkezler, 'Erken tanı hayat kurtarır' ilkesi doğrultusunda hareket ederek 2004 senesinden beri meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarını ücretsiz olarak geręekleřtirmektedir. (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_2016.pdf, Erişim tarihi: 18 Kasım 2023).

Ölkemizde kanserle mücadele kapsamında her ilde en az bir, toplam 331 tane KETEM bulunmaktadır. Ulusal kanser tarama programları, KETEM'ler ile toplum sağlığı merkezleri (TSM) ve aile sağlığı merkezleri (ASM) arasında koordineli bir şekilde yürütölmektedir. Aile sağlığı merkezleri, hastalar ile sağlık sistemi arasındaki ilk basamak noktası olduğundan, aile hekimlerinin tarama programlarını desteklemesi, istenilen tarama oranlarına ulaşmayı kolaylaştıracaktır. Aile hekimleri, kendi sorumluluklarındaki nüfusu bütöncöl şekilde değerlendirip, koruyucu sağlık hizmetleri için davetlerde bulunarak güvene dayalı bir iletişim kurmaktadır. Kanser taramasının başarılı olması için, hedeflenen nüfusun %70'ini tarayabilmek önemlidir. Ne yazık ki ölkemizde 2020'de 3,5 milyon bireye kanser taraması yapılırken, 2021 yılında ise 4,5 milyon birey tarama programına dahil edilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2021). Yapılan bunca çalışmaya rağmen kanser taraması yaptırma oranlarının az olması dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran 30-70 yaş aralığındaki bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgilerinin, tutumlarının ve davranışlarının belirlenmesi, bu konuda toplum farkındalığının artırılması amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı

Kanser, vücudun herhangi bir bölgesinde etki oluşturan geniş bir hastalık yelpazesini ifade eden bir tanımlamadır. Genellikle prekanseröz bir lezyondan kötü huylu bir tümöre ilerleyen çok aşamalı bir süreçte, normal hücrelerin tümör hücrelerine dönüşümü sonucunda ortaya çıkar. Kanser terimi ile eş anlamlı olarak habis huylu tümör ve neoplazm tanımları da kullanılmaktadır (<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>, Erişim tarihi: 05 Mart 2024).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kanser vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan ve anormal bir şekilde büyüyen hücrelerin, vücudun çeşitli bölgelerine yayılabilen ve birçok organda metastaz oluşturabilen bir tablo olarak karşımıza çıkmaktadır (https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1, Erişim tarihi: 05 Mart 2024).

2.2. Kanserin Epidemiyolojisi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, küresel ölüm vakalarının %71'ini teşkil eden, günümüz dünyasında anlamlı bir halk sağlığı problemi olarak öne çıkmaktadır. Bu hastalıklar arasında, kardiyovasküler hastalıklar ölüm oranlarının büyük bir kısmını oluştururken, sırasıyla kanser, solunum yolu hastalıkları ve diyabet de onu takip etmektedir. DSÖ'nün sağladığı bilgilere göre, 2018 yılında küresel çapta raporlanan kanser vakalarının sayısı 18 078 957, kanser kaynaklı ölümlerin sayısı ise 9 555 027 olarak belirlenmiştir. Türkiye özelinde ise, kanser vakalarının sayısı 210 537, kanserden kaynaklanan ölümlerin sayısı 116 710 olarak tespit edilmiştir.

Küresel düzeyde erkeklerde en sık rastlanan kanserler sırasıyla akciğer ve prostat olup bunları yine sırasıyla kolorektal, mide ve karaciğer kanserleri takip etmektedir. Kadınlarda ise sırasıyla en sık meme ve kolorektal kanserler gözlenmekte olup, bunları sırasıyla akciğer, serviks ve tiroid kanserleri izlemektedir. Ülkemize baktığımızda ise, erkeklerde en sık saptanan kanserler akciğer, prostat ve kolorektal kanserler olarak belirlenirken; kadınlar arasında meme, tiroid ve kolorektal kanserler öne çıkmaktadır. Kansere bağlı ölüm oranlarının en yüksek olduğu kanserlerde ise ilk sırada akciğer

kanseri yerini alırken, bunu mide, kolorektal ve pankreas kanserleri izlemektedir ([https://www.who.int/health-topics/cancer#tab= tab_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1), Erişim tarihi: 07 Mart 2024).

Genetik predispozisyon, iyonize radyasyon, sigara kullanımı, enfeksiyonlar, sağlıksız diyet, alkol tüketimi, sedanter yaşam, obezite ve çevresel maruziyetler kanser hastalığı için risk faktörleridir (Dalamaga ve ark., 2018). Düşük gelirli ve orta gelirli toplumların sağlık sistemleri, kanser insidansındaki artışa uygun hazırlıkları yapamamakta ve birçok kanser hastası tanı ve tedavi süreçlerine yeterli erişim imkânını bulamamaktadır. Buna karşılık, gelişmiş ülkelerde sağlık sisteminin erken teşhis, tedavi ve bakım olanaklarının gelişmiş olması, birçok kanser hastasında hayatta kalma oranlarını artırmaktadır ([https://www.who.int/health-topics/cancer #tab= tab_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1), Erişim tarihi: 07 Mart 2024).

Kanser riskini azaltmak için: tütün ürünlerinden uzak durma, sağlıklı bir vücut ağırlığını ikame ettirme, özellikle meyve sebzelerinde dahil olduğu dengeli öğünlerle beslenme, düzenli fiziksel aktivite yapma, alkolü bırakma veya sınırlama, aşının önerildiği gruptaysa bireylerin Human Papilloma Virus (HPV) ve Hepatit B aşılarını olması, ultraviyole radyasyona maruziyetten kaçınma ve güneşten korunma önlemlerini alma, sağlık hizmetlerinde radyasyonun güvenli ve uygun kullanımı, iyonlaştırıcı radyasyona mesleki maruziyeti en aza indirme, dış ortam hava kirliliğine ve özellikle radon gibi iç mekan hava kirliliğine maruziyeti azaltma önlemleri yer almaktadır (Deniz E.B., 2022).

2.3. Kanser Etiyolojisi

Günümüzde, kanser oluşumunu açıklayan mekanizmalar incelendiğinde, tüm kanserlerin genetik ve çevresel faktörlerin bir etkileşimi sonucu oluştuğu belirlenmektedir. İnsan vücudundaki genetik değişikliklerin yanı sıra çeşitli çevresel etkenlerin katkısıyla kanserler meydana gelmektedir (Parsa N.,2012). Kanser gelişme riskini artırabilen bu faktörler potansiyel olarak değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir. Risk faktörlerinden genetik mutasyonlar, cinsiyet ve yaş değiştirilemeyen risk faktörleri olarak kategorize edilirken; fiziksel aktivite eksikliği, tütün alışkanlığı, sağlıksız diyet ve enfeksiyonlar ise değiştirilebilir risk faktörlerine örnek olarak verilebilir. Bu risk faktörleri, kanser gelişimine katkıda

bulunabilir veya kanserin ilerlemesini destekleyebilir, bu etkilerini aynı anda veya sıralı bir şekilde gösterebilirler (Ramirez ve Trapido, 2020).

Kanser etiyolojisindeki karsinojen ajanlar genellikle üç temel grupta incelenir: fiziksel, kimyasal ve biyolojik karsinojenler. Bireylerin bu risk faktörlerine maruz kalması, kesin olarak kanser gelişeceğini göstermese de kansere yakalanma ihtimalini artırmaktadır (Baran, 2013).

2.3.1. Yaş

Yaşamın ilk yıllarında sıklıkla rastlanan retinoblastoma ve nöroblastoma ile genç erişkinlerde görülen testis kanseri istisna olmak üzere, kanser türlerinden çoğunun insidansı yaş arttıkça artmaktadır (Hunter, 2020). Özellikle prostat ve cilt kanserlerinde bu ilişki daha net bir şekilde gözlemlenmektedir. (Yaman ve Akdeniz, 2008). Yaşlanma süreci boyunca dokularda meydana gelen moleküler değişimler, bağışıklık sistemindeki işlevsizliklere yol açarak, yaşlı dokuların karsinojenik ajanlara karşı duyarlılığını artırır, yaşla birlikte alınabilecek hasar da artmaktadır. (Yaman ve Akdeniz, 2008; White MC ve ark., 2014). Karsinogenezin uzun bir süreç olması, neoplazmin yaşamın ileri dönemlerinde ortaya çıkmasını doğal kılar (Yaman ve Akdeniz, 2008).

Bu durumdan farklı olarak Hodgkin lenfoma, çoğunlukla 15-35 yaşları arasındaki genç yetişkinlerde ve 55 yaş üstündeki bireylerde görülme sıklığı açısından iki ayrı zirve noktası oluşturur (https://www.thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=hodgkin, Erişim tarihi: 08 Mart 2024). Meme kanseri insidansı ise, menopoza öncesi dönemde yaş ile birlikte artış gösterirken, menopoza sonrasında bir plato oluşturur veya yavaş bir artış sergiler (Hunter, 2020). Kanser, yaşamın her evresinde ortaya çıkabilmesine rağmen, yaş faktörünün kanser gelişimi için önemli bir belirleyici olduğu unutulmamalıdır. Nitekim, tüm kanser vakalarının üçte ikisi kadarı 65 yaş ve üzerindeki bireylerde görülmektedir (Hunter, 2020; Longo DL, 2018).

2.3.2. Cinsiyet

Cinsiyet, kanser riski açısından önemli bir faktördür. Genel anlamda bakıldığında erkeklerin yaşamları boyunca kansere yakalanma olasılığı %44 iken, bu oran kadınlar için %38'dir (Loscalzo ve ark., 2022). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yaşam

boyu kanser gelişme riski, erkekler için %40,2 ve kadınlar için ise %38,5 olarak hesaplanmıştır. Cinsiyetler arası bu farklılık, genetik ve moleküler düzeydeki düzenlemeler ile östrojen gibi seks hormonlarına bağlanmaktadır (Grunau ve ark., 2018; Kim ve ark., 2018).

Prostat, uterus ve serviks kanseri gibi hastalıklar, iki cinsiyet arasındaki anatomik farklılıklar nedeniyle yalnızca bir cinsiyeti etkilemektedir. Erkeklerde meme kanseri görülme sıklığı, kadınlarda görülen meme kanseri sıklığının %1'inden daha azdır. Erkeklerde ve kadınlarda ortak görülen kanser türlerinde bile, yaşa özel insidans oranları erkeklerde genellikle kadınlara kıyasla 2-3 kat daha yüksektir; bu durum özellikle sigaraya bağlı kanserlerde, erkekler arasında sigara içme prevalansı ve süresinin daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Hunter, 2020).

2.3.3. Genetik Etkenler

Kanser, tek başına genetik bir hastalık olmamakla birlikte, çocuklarda görülen retinoblastom gibi bazı kanserde, ailevi geçiş gözlemlenmektedir (Lynch ve ark., 1990). Farklı kanser türlerinde gerçekleştirilen aile çalışmaları, etkilenmiş olan hasta bireyin birinci derece yakınlarında ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin, genel popülasyona kıyasla artmış olduğunu ortaya koymaktadır (Pharoah ve ark., 1997; Murff ve ark., 2004).

Kanser vakalarının %10'unda kalıtsal genetik mutasyonların rol oynadığı düşünülmektedir (Rasnic ve ark., 2020). Aile bireylerinde yüksek oranda kanser vakalarının bulunması, kanser gelişme riskini artıran varyantların genetik analiz yoluyla tanımlanmasını sağlamıştır. Klinik uygulamada kanser yatkınlık genlerinin kullanımı; kanserin hem teşhisi, hem önlenmesi, hem de uygun şekilde yönetilmesi ile genetik danışmanlığın ilerlemesinde etkili olmuştur (Rasnic ve ark., 2020).

2.3.4. Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı, kanser gelişiminin önlenabilir nedenleri arasında önemli bir etkindir (Jemal ve ark., 2019). Tütün dumanı içinde 70'ten fazla kanserojen madde tespit edilmiş ve bunlardan 16'sının insanlarda kanser oluşumuna neden olduğu raporlanmıştır (IARC, 2004). Bu kimyasalların büyük bir kısmı DNA hasarına yol açarak vücutta kanser gelişim sürecini tetikleyebilir (CDC, 2014).

Dünya çapında akciğer kanserinden kaynaklanan ölümlerin tahmini olarak üçte ikisi tütün kullanımına atfedilmektedir (Hecht ve Hatsukami, 2022). Sigara kullanımının akciğer kanseriyle güçlü bir ilişkisi olsa da, bu alışkanlık orofarenks, larenks, özefagus, mide, pankreas, karaciğer, kolorektal, böbrek, üreter, mesane gibi diğer birçok kanser türünün gelişim riskini de artırmaktadır (İslami ve ark., 2018).

2.3.5. Alkol Kullanımı

Dünya genelinde 2020 yılında, alkol tüketimi 740 000'den fazla kanser vakasına neden olmuştur, bu da tüm kanserlerin yaklaşık %4'üne karşılık gelmektedir (Rumgay H. ve ark., 2021). Yapılan çalışmalar, her türlü alkollü içeceğin kanser riskini benzer şekilde etkilediğini göstermektedir. Önemli olan faktör ise alkol (etanol) tüketim miktarıdır; araştırmalar, kişinin ne kadar çok alkol tükettiğiyle alkolle ilişkilendirilen kanser gelişme riskinin arttığını göstermektedir. Bazı kanser türleri için, alkol tüketiminde belirli bir eşiğin bulunmadığı ve küçük miktarda alkolün bile birkaç kanser riskini artırabileceği görülmektedir (<https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-preventionrecommendations/limit-alcoholconsumption>, Erişim tarihi: 10 Mart 2024). Alkol kullanımı, özellikle oral kavite, farenks, larenks, özefagus, karaciğer, meme ve rektal kanser olmak üzere birçok kanser türüyle ilişkilidir (LoConte ve ark., 2018). Tüm bu bilimsel kanıtlara göre kanser vakalarının önlenmesinde alkol tüketiminin sınırlandırılması gerekliliği belirtilmiştir büyük önem taşımaktadır (Öztek, 2020).

2.3.6. Diyet ve Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme kavramı; vücudun büyümesi ve gelişmesi, dokuların yenilenmesi ve işlevlerinin devamı için gereken enerji ile besin öğelerinin her birinin yeterli ve dengeli miktarlarda alınması ve etkili bir şekilde kullanılması anlamına gelir. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yasli-sagligi/beslenme.html?highlight=WyJkZW5nZWxpIiw%3DiYmVzbGVubWUiXQ%3D>, Erişim tarihi: 10 Mart 2024).

Beslenme ile kanser arasındaki ilişkiyi ilk kez ortaya atan Doll ve Peto'nun 1981 yılında yaptığı çalışmada, ABD'deki kanserlerin %35'inin diyetle ilişkili faktörlerden kaynaklandığı öngörülmüştür (Willett, 2008). Beslenme durumu, hem kansere neden olabilecek hem de kanserden korunmada etkili olabilecek bir faktör olarak öne

sürülmektedir (Detels, 2015). Fakat hiçbir gıda, tek başına kanseri önleyebilecek özelliklere sahip değildir (Barreira, 2021).

Besin içeriklerinin yanı sıra besin pişirme ve saklama koşullarının da kanser oluşumu açısından belirli riskler taşıdığı gözlemlenmektedir. Özellikle kızartma, kavurma, tuzlama ve tütsüleme gibi işlemler sırasında, karsinojen olarak tanımlanan maddelerin artış gösterdiği belirlenmiştir. Tüm dokularda birikebilen bu karsinojen bileşikler, artmış kolon, meme ve prostat kanseri riskiyle ilişkilendirilmiştir. Aromatik aminler ve PAH'lar gibi bu bileşikler, IARC ve DSÖ tarafından kanserojen olarak sınıflandırılmış; cilt, akciğer ve mesane kanserleri için güçlü bir risk oluşturduğu belirtilmiştir (Baan ve ark., 2009).

Yüksek yağ oranlı bir diyetle beslenmek; meme, kolon, prostat ve endometrium kanseri gelişme riskini artırmaktadır (Fauci, 2018). Şeker tüketiminin fazla oluşu obeziteye neden olabilir ve insülin seviyelerinde artışa yol açarak dolaylı olarak kanser riskini artırabilir. Benzer şekilde, yüksek miktarda tuz tüketilmesi özellikle mide kanseri riskini artırabilir (Kushi ve ark., 2006). Yağlı hayvan etlerinde, tuzlanmış, tütsülenmiş veya nitrit ve nitrat ilave edilmiş etlerde, hazır gıdalarda kanserojen kimyasallar daha yoğun bir şekilde biriktiğinden, kanser oluşturma riskleri daha yüksektir (Sandhu ve ark., 2001).

2.3.7. Fiziksel Aktivite ve Obezite

DSÖ, yetişkin bireyler için haftada minimum 150 ila 300 dakika orta yoğunlukta ya da minimum 75 ila 150 dakika yüksek yoğunlukta fiziksel aktivite yapılmasını tavsiye etmektedir. Bu aktiviteler, orta yoğunlukta yürüyüş, hızlı yürüyüş, koşu, bisiklete binme gibi farklı biçimlerde olabilir (<https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/physical-activity>, Erişim tarihi: 10 Mart 2024).

Fiziksel aktivite ile kanser riski arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik, adipozite, hormonlar, kronik inflamasyon, oksidatif stres gibi çeşitli biyolojik mekanizmaların katkıda bulunduğu güçlü hipotezler mevcuttur (Neilson ve ark., 2013). Vücuttaki fazla yağ, özellikle de iç organları çevreleyen visceral yağ, kanser riskini artırabilecek çeşitli mekanizmalarla ilişkilidir. Fiziksel aktivite, vücut yağını azaltarak da bu riski dolaylı yoldan azaltmaktadır (<https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Summary->

of-Third -Expert-Report-2018.pdf, Erişim tarihi:10 Mart 2024). Fiziksel aktivitenin artırılması özefagus, mide, kolon, meme, endometriyum ve mesane kanseri risklerinin azalmasıyla bağlantılıdır (Manthey ve ark., 2019).

Obezite, sağlığı tehdit eden anormal veya fazla yağ birikmesi ile karakterize bir sağlık sorunudur (https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1, Erişim tarihi: 10 Mart 2024). Dünya çapında, obeziteye bağlı kanser yükünün erkeklerde %11,9 ve kadınlarda ise %13,1 olduğu bilinmektedir (Avgerinos ve ark., 2019). 2015 yılında Birleşik Krallık'ta yapılan bir araştırmada, kanser vakalarının incelenmesi sonucunda, aşırı kilo ve obezitenin, tütün kullanımından sonra en önemli önlenbilir kanser nedeni olduğu belirlenmiş ve tüm vakaların %6,3'ü bu nedene bağlanmıştır (Brown ve ark., 2018).

2.3.8. Güneş Işığı ve Ultraviyole Radyasyon

Güneş ışınlarına ve ultraviyole ışınlara maruziyet deri kanseri riskini artırmaktadır (Acer ve Kaya Erdoğan, 2019). Tanı veya tedavi amacıyla iyonize radyasyona maruz kalmak, özellikle de nükleer santraller veya nükleer bombalama gibi durumlarda, lösemi, multiple miyeloma, akciğer kanseri, kemik kanseri, meme kanseri, tiroid kanseri ve doku kanserlerinin riskinin arttığı gözlenmiştir (Akdemir, 2020). Bu risklerin, maruziyetin erken yaşta gerçekleşmesi ve miktarının fazla olmasıyla arttığı bilinmektedir (Kartal ve Bayramgürler, 2016).

Kanser riskini azaltmak için, ultraviyole radyasyona maruz kalmaktan kaçınmak, ve güneşten korunma önlemlerini almak, sağlık hizmetlerinde kullanılan radyasyonu güvenli ve uygun şekilde kullanmak gerekmektedir (Deniz, 2022).

2.3.9. Enfeksiyöz Ajanlar

IARC tarafından insanlar için kanserojen olarak sınıflandırılan (Grup 1) 10 enfeksiyöz patojen bulunmaktadır. *Helicobacter pylori*, hepatit B virüsü (HBV, insan herpes virüsü tip 8 (HHV-8), insan papilloma virüsü (HPV), *Schistosoma haematobium* bu enfeksiyöz patojenlere örnek olarak verilebilir. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ayrı bir enfeksiyöz ajan olarak değerlendirilmemiştir çünkü yalnızca immünosupresyon aracılığıyla, diğer virüslerin kanserojenik etkisini artırarak kansere yol açmaktadır. Her bir enfeksiyöz ajan bir kanser türüne neden olabilirken, bazıları

birden fazla kanser türüne neden olabilmektedir (<https://gco.iarc.fr/causes/infections/data-sources-methods>, Erişim tarihi: 11 Mart 2024).

2018’de dünyada 18 milyon kanser vakası bildirilmiş olup, bunun yaklaşık 2,2 milyonunun etiolojisinde enfeksiyonlar sorumlu bulunmuştur. Vakaların dağılımına bakıldığında gelişmemiş ülkeler ilk sıralarda dikkat çekmektedirler (de Martel ve ark., 2020).

2.3.10. Hava Kirliliği ve Çevresel Etkenler

Bilimsel araştırmalar, malign tümörlerin temel nedenlerinden birinin insan davranışlarından kaynaklanan çevresel faktörler olduğunu göstermektedir. Malign tümörlerin %80’den fazlasına bu faktörlerin neden olduğu bildirilmektedir (Lewandowska, 2019).

Ülkemizde ve Dünya’da asbest, arsenik ve silika gibi kanserojenlere maruz kalma halen yaygın bir sorun olarak görülmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde, mesleğe atfedilen küresel kanser yükü tahminleri yaklaşık %2-3 oranındadır (Doll ve Peto, 2005).

Hava kirliliği, içme suyu arsenik kontaminasyonu ve mesleki olarak metal maruziyetleri, akciğer kanserinin etiolojisinde önemli rol oynar. Ev içi hava kirliliğinin bir diğer kaynağı ise yemek pişirirken ortaya çıkan dumanlardır. Özellikle uzak doğu mutfağı yemek pişirme tarzı olan yüksek ısıda pişirme (ağız açık wok tavası kullanımı) bu riski artırmaktadır (Bade ve Dela, 2020). Dış hava kirliliğinin içerdiği karsinojenler de hem direk etkileriyle ve hem de kronik inflamatuvar etkileriyle akciğer kanseri gelişim riskini artırmaktadır (WHO, 2005).

Özellikle endüstrinin ve trafiğin yoğun olduğu yerleşkelerde oluşan kentsel hava kirliliğinin akciğer kanserinin oluşumunda rolü büyüktür (Bilir, 2019). Yapılan pek çok çalışmanın sonuçlarına göre hava kirliliğinin akciğer kanseri gelişme riskini %20 ile %30 oranında arttırdığı bildirilmiştir (Laden ve ark., 2006; WHO, 2005).

Nitrit ve nitratlar, miyoglobine bağlanıp botulinim ekzotoksininin üretimini engellerler. Et ve et ürünlerinde kullanılan bu maddelerin güçlü kanserojen etkileri mevcuttur (Divisi ve ark., 2006). Nitrit koruyucuları ve gıda katkı maddelerine uzun

sürekli maruziyet, karsinogenezin indüksiyonu ile ilişkilendirilmiştir (Sasaki ve ark., 2002). Plastik yiyecek kaplarında bulunan bisfenol ise, yiyeceklere karışarak meme (Durando ve ark., 2007) ve prostat (Ho ve ark., 2006) kanseri riskini artırabilmektedir.

İçme sularının arsenikle kontaminasyonu ise, akciğer, cilt ve mesane kanserlerinin gelişimine sebep olmaktadır (IARC, 2004).

2.3.11. İatrojenik Durumlar

Medikal tedavilerle ortaya çıkan komplikasyonlar kimi zaman kısa süreli, kimi zaman da uzun süreli tedavilerin ardından ortaya çıkabilmektedir. Uzun dönem komplikasyonlardan biri kanser gelişmesidir. İatrojenik sebeplerle ilişkilendirilen faktörler arasında iyonizan radyasyon, dietilstilbestrol, oral kontraseptiflerin kullanımı, eksojen östrojen-progesteron alımı ve analjezikler bulunmaktadır (Adami ve ark., 2018).

Baş veya yüze radyasyon tedavisi verilen hastalarda nadiren de olsa radyasyona bağlı tümörler gelişebilmektedir. Bunların çoğunluğu menenjiyomlardır. İkinci olarak radyasyona bağlı gliomalar görülmektedir ve bunu sarkomlar takip eder (Aherne ve Murphy, 2018).

2.4. Kanserden Korunma

Sağlık hizmetlerinde, hastalığın tedavi edilmesinden ziyade sağlığın korunmasına odaklanmak, koruyucu yaklaşımın temel amacını oluşturur. Koruyucu yaklaşım, geleneksel tedavi yöntemlerinden birçok açıdan ayrılmaktadır. Tedavi odaklı yaklaşımda sorumluluk genellikle bireye aittir, ancak koruyucu yaklaşımda toplum düzeyinde ve genel olarak tüm topluma yönelik bir sorumluluk öne çıkmaktadır (Fineberg, 2013).

Kanser, hem ülkemizde hem de dünya çapında sıklıkla karşılaşılan bir sağlık sorunudur ve beraberinde yaşam kaybına, ölümlere ve doğrudan veya dolaylı olarak ekonomik kayıplara yol açmaktadır (Öztürk ve Günay, 2011). Kanserden korunma, kansere bağlı mortalite ve morbidite oranlarının azaltılması olarak tanımlanmaktadır (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

Kanser vakalarının %30 ila %50'sinin, risk faktörlerinden kaçınma ve mevcut bilimsel kanıtlara dayalı önleyici stratejilerin benimsenmesiyle önlenebileceği bilimsel araştırmalar tarafından gösterilmiştir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi: 10 Mart 2024). Bunun yanı sıra sigara içilmemesi, sağlıklı bir vücut ağırlığının korunması, alkol tüketiminin kısıtlanması, sebze, meyve ve kepekli tahılların düzenli olarak tüketilmesi, belirli bulaşıcı hastalıklara karşı aşı olunması, işlenmiş et ve kırmızı et tüketiminin sınırlandırılması, ayrıca doğrudan güneş ışığına maruziyetin kontrol altında tutulması, çeşitli kanser türlerine yakalanma riskini azaltabilir (<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>, Erişim tarihi: 10 Mart 2024).

2.4.1. Birincil Koruma

Hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olan risk faktörleri mevcut olduğunda, bireylerde hastalığın gelişimini önlemeyi hedefleyen stratejilere odaklanılır. Sağlıklı ve düzenli beslenme alışkanlığı, fiziksel egzersiz alışkanlıklarının benimsenmesi, etkili aşılama çalışmaları, aile planlaması hizmetleri; birincil koruma açısından bakıldığında önemli yaklaşımları içermektedir (Bilir ve Erbaydar, 2015; Öztekin, 2020).

Birincil korumanın amacı hastalığa neden olabilecek faktörleri ortadan kaldırmaktır. Malign neoplazmların oluşumunda rol oynayan bir dizi belirleyici faktör tanımlanmış olup, bu faktörlere maruziyetin azaltılması, hatta tamamen ortadan kaldırılması yoluyla kanserlerin görülme sıklığını önlemek mümkündür (https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf, Erişim Tarihi: 10 Mart 2024).

2.4.2. İkincil Koruma

Hastalığın henüz semptom vermediği veya belirtilerinin minimum düzeyde olduğu dönemde tanının konulmasına ikincil koruma adı verilmektedir (Güler ve Akın, 2015). İkincil korumadaki temel hedef, kronik hastalıkları presemptomatik aşamada tespit ederek hastalığın ilerlemesine karşı önlem almaktır (Öztürk ve Günay, 2011).

Kanserin erken evrelerinde teşhis edilmesini amaçlayan deri muayenesi, pap-smear testi, gaitada gizli kan taraması, meme muayenesi, mamografi gibi çeşitli kanser tarama yöntemleri ve ilgili erken teşhis faaliyetleri ile birlikte uygulanan tedavi

stratejileri sayesinde mortalite oranlarını düşürme amacıyla gerçekleştirilen bütün çabaları kapsar (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

Birçok kanserin erken evrelerde tanınmasının prognoza olumlu katkı sağlaması gerçeği göz önüne alındığında, erken tanı yöntemleri bireylere önemli bir fırsat sunmaktadır. Elbette tarama sonucu teşhis edilen hastalığın etkili bir biçimde tedavi edilebilmesi için uygun tedavi seçeneklerinin de olması gerekmektedir (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf, Erişim Tarihi: 10 Mart 2024).

2.4.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma, hastalık tanısı konulduktan sonra gerçekleştirilen faaliyetleri ifade eder. Bu faaliyetler bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini koruma amacını taşıırken aynı zamanda yaşam süresini artırma hedefine yöneliktir. Üçüncül koruma çerçevesinde uygulanan mevcut tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri, hastalığın mevcut ve potansiyel komplikasyonlarını azaltmaya yöneliktir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017).

Üçüncül koruma, reversibl durumlarda prevalansı azaltabilir; tedavi edilemeyen ancak sağkalımı artıran durumlarda ise prevalansı artırabilir. Irreversibl durumlarda, bu koruma stratejisinin odağı rehabilitasyona olur ve hastanın duruma uyum sağlayabilmesine yönelik destek sağlar (Pandve, 2014).

Üçüncül koruma düzeyini içeren hizmetlerin temel hedefi, kanserleri tedavi etmek veya tedavi imkânının olmadığı durumlarda yaşam süresini ve kalitesini iyileştirmektir. Aynı zamanda, palyatif bakım aracılığıyla son evre kanser hastalarının konforlu bir yaşam sürmelerini desteklemektir (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf?sequence=1, Erişim tarihi: 10 Mart 2024).

2.4.4. Dördüncül Koruma

Dördüncül koruma, Dünya Aile Hekimliği Derneği (WONCA) perspektifine göre, "Aşırı medikalizasyon riski altındaki bireyleri tanımlayarak, onları yeni tıbbi müdahalelerden korumak ve etik açıdan kabul edilebilir yaklaşımları önermek amacıyla alınan tedbirler" veya "Kişileri, yarardan çok zarara yol açması muhtemel

tıbbi müdahalelerden korumak için alınan tedbirler" şeklinde ifade edilmiştir (Martins ve ark., 2018).

Sağlık faaliyetleri, yalnızca olumlu etkiler sağlamakla kalmayıp, olası zararları da yanında getirebilir. Dördüncül koruma, sağlık faaliyetlerinin ortaya çıkardığı olası zararları önceden önlemek ya da azaltmak amacıyla alınmakta olan bir dizi tedbiri içermektedir. Bu çerçevede, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış önleyici tedbirlerin önerilmesi öne çıkmaktadır (Gervás, 2012).

2.4.5. Beşincil Koruma

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi veya hastalık yönetimi ile ilgili yanıltıcı bilgilerin iletilme riskini minimuma indirmeyi amaçlayan ve bu tür yanlış bilgilerin hastalıkların ilerlemesi veya gelişmesi üzerindeki etkilerini azaltmayı hedefleyen eylemler ve önlemler bütünüdür. Tanımı gereği diğer koruma adımlarıyla örtüşmekte ve onları içermektedir. Beşincil koruma, bireylerin sağlığını olumsuz etkileyebilecek yanlış sağlık bilgilerinden kaçınmanın ve bu tür bilgilerin etkilerini önlemenin bir yoludur. Dolayısıyla, bu yaklaşım uygun bir biçimde hayata geçirildiğinde, diğer koruma adımlarının etkili bir biçimde uygulanmasını kolaylaştırabilir (Kalra ve Kumar, 2019; Şimşek ve Dağcıoğlu, 2023).

2.5. Kanser Tarama Programları

Tarama, asemptomatik bireylerin hastalıkların erken tespiti amacıyla muayene ve analiz edilmesi sürecidir. Sağlık taramaları, hastalıkların erken dönemlerinde teşhis edilmesini ve sonuç olarak hastalıkların yaygınlığı ve ölüm oranlarının düşürülmesini hedefleyen, sağlıklı popülasyona periyodik olarak uygulanan programlardır.

Hastalık riski açısından uyarıcı olan tarama testlerinin yönlendirmesi, kesin tanının patolojik incelemeler ve biyopsi gibi yöntemlerle konulmasına olanak sağlamaktadır (Jameson ve ark., 2018). Taramalar aracılığıyla kanser erken aşamada tespit edildiğinde, tedaviye daha etkili bir yanıt alınabilir ya da kür mümkün olabilir, bu da hastanın yaşam kalitesinde önemli iyileşmelere ve yaşam süresinin uzamasına olanak tanımaktadır (<https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/patient-screening-overview-pdq>, Erişim tarihi: 11 Mart 2024); Ersoy ve Saatçi, 2017).

Her kanser türünün kendine özgü etiyolojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Örneğin, meme, kalın bağırsak, serviks ve prostat gibi kanserler için erken tanı ve tarama önerilirken, pankreas, tiroid ve mesane gibi kanserler için bu tür önlemler önerilmemektedir. Bu farklılıkların sebebi, bazı kanser tiplerinin erken evrede belirti vermemesi veya mevcut tarama yöntemlerinin bu kanser türlerini tespit etme yeteneğinin sınırlı olmasıdır (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 12 Mart 2024).

Kanser taramalarının belirli bazı riskleri de olmaktadır. Testin kendisi uygulamaya bağlı zarar verebilir. Ayrıca, pozitif sonuçlar alındığında bireylere ek testler ve tetkikler yapılması gerekebilir. Bu ek prosedürler zararlı etkiler doğurabilir. Bu etkiler, mali bir yük oluşturma yanı sıra kişiler üzerinde psikolojik travmaya neden olabilir. Ayrıca, bazı yavaş seyreden kanser türlerinin ve kişinin hayatı boyunca sorun teşkil etmeyecek olanların tespit edilmesi, kişinin psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine neden olabilir ve kaygı ile stres artışına yol açabilir (Jameson ve ark., 1980; Sikora,2016).

2.5.1. Ulusal Kanser Tarama Programı

Türkiye'de kanser kontrolüne yönelik kurumsal çalışmalar 1940'larda başlamış, ancak kanser vakalarının resmi kayıtlara dahil edilmesi 14.09.1982 tarihli ve 5621 sayılı Bakanlık genelgesi ile zorunlu hale gelmiştir. Bu genelge, kanser vakalarını 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 57. maddesi kapsamında bildirim zorunlu hastalıklar arasına eklemiştir. 1983 yılında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, kayıt süreçlerinin daha etkin yürütülmesi amacıyla oluşturulmuş, günümüzde ise bu görev Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösteren Kanser Dairesi Başkanlığı tarafından devam ettirilmektedir (Arayıcı ve ark., 2021).

Türkiye'de kanser taramaları, toplum tabanlı ve fırsatçı yaklaşımlar kullanılarak, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmektedir. Toplum tabanlı taramalar, TSM, ASM, KETEM ve Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) aracılığıyla yürütülürken; ikinci ve üçüncü basamak hastaneler fırsatçı tarama yöntemleri uygulamaktadır. Ayrıca, mobil tarama araçları ile dezavantajlı gruplara ve kırsal alanlarda yaşayan bireylere ulaşarak kanser tarama hizmetleri sunulmaktadır.

Ülkede toplam 331 kanser tarama merkezi bulunmakta, bunlardan 42'si mobil hizmet araçlarından oluşmaktadır (<https://www.saglik.gov.tr/TR-86223/yilda-7-milyon-kisiye-kanser-taramasi-yapi-liyor.html>, Erişim tarihi: 12 Mart 2024; Tuncez ve ark.; 2021).

Toplum tabanlı kanser tarama programlarının etkinliği, hedeflenen nüfusun en az %70'ine ulaşabilme kapasitesine bağlıdır. Ülkemizde; meme, serviks ve kolorektal kanserler ulusal tarama programında yer almakta olup bu tarama uygulamaları ücretsiz şekilde sunulmaktadır. Fakat gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan akciğer, prostat, endometrium ve deri kanserleri için bizim ülkemizde ulusal düzeyde bir tarama programı uygulanmamaktadır (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Do-kumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf, Erişim tarihi: 12 Mart 2024).

KETEM, Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın kritik bir unsuru olarak, belirlenen risk grupları içinde hastalığın erken evrede tespiti, hasta takibi, destek ve gerekli bilgilendirme ile yönlendirme faaliyetlerini toplum tabanlı tarama programları aracılığıyla gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. Bu merkezlerin temel amacı, toplumda kanser ve kanser taramaları konusunda farkındalığı artırmak, hedef nüfusun tarama programlarına katılımını teşvik etmek ve kansere bağlı mortaliteyi minimize etmektir. KETEM'lerde kanser tarama ve kanserden korunma yöntemleri hakkında eğitimli sağlık profesyonelleri (doktorlar, hemşireler, ebeler, röntgen teknisyenleri) görev yapmakta, aynı zamanda bu personel sağlık eğitimi konusunda da özel eğitimler almaktadır (Tuncer ve ark., 2010).

Sağlık Bakanlığı'nın bildirdiğine göre, 2020 yılı içerisinde toplamda 3,5 milyon, takip eden yıl olan 2021'de ise 4,5 milyon kanser taraması gerçekleştirilmiştir (<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2610282>, Erişim tarihi: 12 Mart 2024).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkin hastaların kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aile hekimliği polikliniklerinde bekleme alanlarındaki hastalar ile 10/11/2023-31/12/2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evreni, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalardan oluşturmaktadır. Belirli bir örneklem tipi kullanılmayıp, çalışma süresince maksimum kişi sayısına ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.4. Katılımcılar

Çalışma 419 katılımcı ile tamamlanmıştır ve 30-70 yaş arası, en az okuma yazma bilen ve araştırmaya katılmaya istekli katılımcılar dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri:

- 30 yaş ve üstü olmak
- 70 yaş ve altı olmak
- Okuryazar olmak
- Herhangi bir yakınma sebebiyle aile hekimliği poliklinik başvurusu olması

Dahil edilmeme kriterleri:

- Ölçekleri yanıtlamasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

3.5. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Kanser Taramasına Yönelik Tutum Ölçeği(KTYTÖ) ve Kanser Taramasına Yönelik Bilgi Ölçeği(KTYBÖ) olmak üzere üç bölümden oluşan form uygulandı. İki uzman hekim tarafından denetlenen ve uygun şekilde revize edilen form SEAH aile hekimliği polikliniğinde pilot olarak uygulandı. Anketin anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik konularındaki problemleri çözüldükten sonra son haline getirildi. Veriler toplanırken yüz yüze görüşme tekniği uygulandı.

Kişisel Bilgi Formu: katılımcıların demografik verilerini ve aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kronik hastalık varlığını, kanser taraması yaptırma durumlarını, kendisinde ve ailede kanser varlığı, kanser taraması hakkında bilgisinin olup olmadığını ve eğer bilgisi varsa bu bilgiye nasıl ulaştığını sorgulayan ve 28 sorudan oluşan anket formudur.

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların kanser taramalarına yönelik tutumu değerlendirilmek istenmiştir.

“Ölçek 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipindedir. Ölçeği oluşturan maddeler “5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1:Hiç katılmıyorum,” şeklinde 5’ten 1’e kadar bir aralıkta yanıtlanmaktadır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120’dir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları 24’e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, 120’ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılması uygun olur.” (Yıldırım Öztürk ve ark., 2020).

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği (KTYBÖ): Bu ölçek ise hastaların kanser taramalarına yönelik bilgilerinin ölçülmesine yönelik soruları içermektedir.

Ölçek 25 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları özel olarak isimlendirilmemiştir. Ölçek üçlü derecelendirme tipindedir. Ölçek, "1: Doğru, 2: Yanlış, 3: Bilmiyorum" şeklinde 1’den 3’e kadar bir aralıkta cevaplanmaktadır. Ölçek puanı hesaplanırken "Doğru" yanıtları 1 puan, "Yanlış" ve "Bilmiyorum" yanıtları 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan ise 25, en

düşük puan ise 0'dır. Ölçek puanı hesaplanırken olumsuz anlam taşıyan 3 madde (Madde 2, 11, 24) ters kodlanmalıdır. Ölçek puanı için bir kesme noktası belirlenmemiştir. Kabul gören bir yaklaşımla, toplam puanın %70'i ve üzerinde (17,5 puan ve üzeri) puan alan katılımcıların yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu söylenebilir (Yıldırım Öztürk ve Uyar, 2023).

3.6. Verilerin Analizi

Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 programı kullanılarak verilerin istatistiksel analizleri yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortanca ve uç (min-max) değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ve grafikler ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler karşılaştırılırken Ki-Kare testi, normal dağılım göstermeyen sürekli veriler karşılaştırılırken Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nde toplam puanın %70'i ve üzerinde (17.5 puan ve üzeri) puan alan katılımcılar yeterli düzeyde bilgiye sahip, 17.5 puanın altında puan alan katılımcılar yeterli düzeyde bilgiye sahip değil olarak kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel testlerde $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olması nedeniyle sonuçlar tüm evrene genellenemez.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 31.10.2023 tarihinde vermiş olduğu E-71522473-050.01.04-300080-302 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylere, görüşme öncesi çalışma ile ilgili gerekli bilgiler verilip sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara, katılımlarının tamamen gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri takdirde çalışmaya katılımlarını sonlandırabilecekleri, çalışmanın amacı ve yürütüldüğü kuruluş hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı, kişisel bilgilerin (ad, soyadı vb.) alınmayacağı açıklanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 419 hasta katılım sağlamıştır. Araştırmaya katılan 419 kişinin ortanca yaşı 42 ve %70,2'si (n=294) kadındır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımına dair bilgiler Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Yaş (n=419)	
Ortalama±Standart sapma	43,82±10,43
Ortanca (min; maks)	42 (30;70)
	Sayı (%)*
Cinsiyet (n=419)	
Erkek	125 (29,8)
Kadın	294 (70,2)
Medeni durum (n=419)	
Bekar	68 (16,2)
Evli	315 (75,2)
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	36 (8,6)
Hane yapısı (n=419)	
Yalnız yaşıyor	41 (9,8)
Çekirdek aile	316 (75,4)
Geniş aile	58 (13,8)
Diğer	4 (1,0)
Eğitim Durumu (n=419)	
Okuryazar	15 (3,6)
İlkokul mezunu	68 (16,2)
Ortaokul mezunu	40 (9,5)
Lise mezunu	101 (24,1)
Üniversite mezunu	146 (34,9)
Yüksek lisans/Doktora ve üzeri	49 (11,7)
Meslek (n=419)	
Sağlık personeli	125 (29,8)
Sağlık personeli değil	125 (29,8)
Ekonomik durum (n=419)	
Kötü (n=25)	25 (6,0)
Orta (n=297)	297 (70,9)
İyi (n=97)	97 (23,1)
Yaşanılan yer (n=419)	
Kentsel bölge (n=371)	97 (23,1)
Kırsal bölge (n=48)	97 (23,1)

*(%): Sütun yüzdesi verilmiştir.

Katılımcıların medeni durumu %75,2'sinin (n=315) evli, %16,2'sinin (n=68) bekar, %8,6'sının (n=36) ise boşanmış/eşi vefat etmiş olarak tanımlanmıştır. Araştırmaya katılanların yaşadığı hane yapısı sorgulandığında %75,4'ünün (n=316) çekirdek aile ile %13,8'inin (n=58) ise geniş aile ile yaşadığı saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %34,9'unun (n=146) üniversite mezunu, %24,1'inin (n=101) lise mezunu, %16,2'sinin (n=68) ise ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların %29,8'i (125) sağlık personeli, %70,2'si (294) ise sağlık personeli değildir. Ekonomik durumunu orta olarak değerlendirenlerin oranı %70,9 (n=297), iyi olarak değerlendirenlerin %23,1 (n=97), kötü olarak değerlendirenlerin ise %6'dır (n=25). Katılımcıların %88,5'ini (n=371) kentsel bölgede yaşadığını belirtirken %11,5'i (n=48) kırsal bölgede yaşadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %34,8'i (n=146) sigara, %8,1'i (n=34) alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %18,4'ü (n=77) düzenli egzersiz yaptığını, %41,0'i (n=172) ise düzenli egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %29,6'sı (n=124) sağlıklı beslenme durumunu evet olarak tanımlarken %17,2'si (n=72) sağlıklı beslenme durumunu hayır olarak tanımlamıştır. Vücut kitle indekslerine bakıldığında katılımcıların %39,6'sının (n=166) normal kilolu %37,7'sinin (n=158) ise fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sağlık düzeyine etki eden bazı faktörlerin dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların sağlık düzeyine etki eden bazı faktörlerin dağılımı

	Sayı (%) [*]
Sigara kullanma durumu (n=419)	
Evet	146 (34,8)
Hayır, bir dönem kullandım bıraktım	82 (19,6)
Hayır, hiç kullanmadım	191 (45,6)
Alkol kullanma durumu (n=419)	
Evet	34 (8,1)
Hayır, bir dönem kullandım bıraktım	51 (12,2)
Hayır, hiç kullanmadım	334 (79,7)
Düzenli egzersiz yapma durumu (n=419)	
Evet	77 (18,4)
Kısmen	170 (40,6)
Hayır	172 (41,0)
Sağlıklı beslenme durumu (n=419)	
Evet	124 (29,6)
Kısmen	223 (53,2)
Hayır	72 (17,2)
Vücut kitle indeksi (n=419)	
Zayıf	11 (2,6)
Normal kilolu	166 (39,6)
Fazla kilolu	158 (37,7)
I.Derece obez	64 (15,3)
II.Derece obez	17 (4,1)
III.Derece obez	3 (0,7)
Ailede kanser öyküsü durumu(n=419)	
1.ve 2.derece akrabalarında kanser öyküsü yok	248 (59,2)
Sadece 1.derece akrabada kanser öyküsü var	44 (10,5)
Sadece 2. derece akrabada kanser öyküsü var	93 (22,2)
1.ve 2.derece akrabada kanser öyküsü var	34 (8,1)

^{*}(%): Sütun yüzdesi verilmiştir.

Katılımcıların %40,1'i (n=168) doktor tarafından teşhis edilmiş bilinen bir kronik hastalığı olduğunu belirtirken %59,9'u (n=251) herhangi bir kronik hastalık tanımlamamıştır. Tanımlanan kronik hastalıklar arasında yüksek tansiyon hastalığı %24,4 (n=57) ile birinci sırada, şeker hastalığı %17,5 (n=41) ile ikinci sırada gelmektedir. Katılımcıların %3,3'ü (n=14) doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı belirtmişlerdir. Belirtilen kanser tipleri incelendiğinde %57,1'inin (n=8) meme kanseri olduğu görülmektedir. Katılımcıların kronik hastalık ve kanser tanılarının dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların kronik hastalık ve kanser tanılarının dağılımı

	Sayı (%) [*]
Doktor tarafından teşhis edilmiş bilinen kronik hastalık durumu (n=419)	
Evet	168 (40,1)
Hayır	251 (59,9)
Kronik hastalık türleri (n=234)**	
Yüksek tansiyon hastalığı	57 (24,4)
Şeker hastalığı	41 (17,5)
Kalp hastalığı	31 (13,2)
Psikiyatrik hastalık	21 (9,0)
Hipotiroidi	18 (7,7)
Astım	16 (6,8)
KOAH	6 (2,6)
Diğer	44 (18,8)
Doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı (n=419)	
Evet	14 (3,3)
Hayır	405 (96,7)
Kanser tipleri (n=14)	
Meme kanseri	8 (57,2)
Kolon kanseri	1 (7,1)
Prostat kanseri	1 (7,1)
Diğer	4 (28,6)

^{*}(%): Sütun yüzdesi verilmiştir.

^{**} Çoklu yanıt seçeneği olduğu için n örneklem hacmini geçmektedir.

Katılımcıların %32,7'sine (n=137) kanser taraması önerilirken, %67,3'üne (n=282) kanser taraması önerilmediği saptanmıştır. Kanser taraması önerenlerin ise %59'unu aile hekimleri, %10,9'unu aile sağlığı çalışanları, %10,3'ünü genel cerrahi uzmanları, %10,3'ünü ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının oluşturduğu görülmektedir.

Katılımcılara kanser taraması önerilme durumu ve kanser taraması önerenlerin dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcılara kanser taraması önerilme durumu ve kanser taraması önerenlerin dağılımı

	Sayı (%) [*]
Kanser taraması önerilme durumu (n=419)	
Evet	137 (32,7)
Hayır	282 (67,3)
Kanser taramasını önerenlerin dağılımı (n=156)**	
Aile hekimi	92 (59,0)
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	16 (10,3)
İç hastalıkları uzmanı	7 (4,4)
Genel cerrahi uzmanı	16 (10,3)
Aile sağlığı çalışanı	17 (10,9)
Diğer branş hekimi	3 (1,9)
Aile, arkadaş, tanıdık	5 (3,2)

^{*}(%): Sütun yüzdesi verilmiştir.

^{**} Çoklu yanıt seçeneği olduğu için n örneklem hacmini geçmektedir.

Katılımcıların %46,8'inin (n=196) ulusal kanser tarama programları hakkında bilgisi varken %53,2'sinin (n=223) bilgisi yoktur. Hakkında bilgi sahibi olunan kanser tarama programlarının dağılımına bakıldığında %41,7 meme kanseri, %32,2 serviks kanseri, %26,1 kolon kanseridir.

Kanser tarama programları hakkında sahip olunan bilginin kaynağı sorgulandığında katılımcıların %36,4'ü (n=98) aile hekimi, %20,4'ü (n=55) hekim dışı sağlık çalışanı, %16,7'si (n=45) ise TV/Medya yanıtını vermişlerdir.

KETEM'den haberdar olanların oranı %84,7 (n=355)'dir. Katılımcıların kanser taraması yaptırmama durumları sorgulandığında %32,5'i (n=136) kanser taraması yaptırdığını belirtirken %67,5'i (n=283) kanser taraması yaptırmadığını belirtmiştir. Yaptırılan kanser taramalarının dağılımına bakıldığında meme kanseri taraması %40,7 (n=83), serviks kanseri taraması %40,7 (n=83), kolon kanseri taraması ise %18,6 (n=38) oranındadır.

Kanser taramalarını yaptırıldığı kuruluşlar sorgulandığında kanser taramalarının %35,4'ünün (n=56) KETEM'de, %31,6'sının (n=50) devlet hastanesinde, %15,8'inin (n=25) ise aile sağlığı merkezinde yaptırıldığı saptanmıştır. Katılımcıların kanser tarama programları hakkındaki bilgilerinin ve kanser taraması yaptırmama durumlarının dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların kanser tarama programları hakkındaki bilgi durumlarının ve kanser taraması yaptıırma durumlarının dağılımı

	Sayı (%) [*]
Ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi durumu (n=419)	
Evet	196 (46,8)
Hayır	223 (53,2)
Hakkında bilgi sahibi olunan kanser tarama programlarının dağılımı (n=391)**	
Meme	163 (41,7)
Serviks	126 (32,2)
Kolon	102 (26,1)
Kanser tarama programları hakkında bilginin kaynağı (n=269)**	
Aile hekimi	98 (36,4)
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	12 (4,5)
İç hastalıkları uzmanı	7 (2,6)
Genel cerrahi uzmanı	11 (4,1)
Diğer branş hekimi	4 (1,5)
Hekim dışı sağlık çalışanı	55 (20,4)
TV/Medya	45 (16,7)
Arkadaş/komşu/tanidik	27 (10,0)
Diğer	10 (3,7)
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumu (n=419)	
Evet	355 (84,7)
Hayır	64 (15,3)
Kanser taraması yaptıırma durumu (n=419)	
Evet	136 (32,5)
Hayır	283 (67,5)
Kanser taramalarının dağılımı (n=204)**	
Meme	83 (40,7)
Serviks	83 (40,7)
Kolon	38 (18,6)
Kanser taramalarının yaptıırıldığı kuruluş (n=158)**	
KETEM	56 (35,5)
Devlet hastanesi	50 (31,6)
Aile sağlığı merkezi	25 (15,8)
Özel hastane/ muayenehane	22 (13,9)
Diğer	5 (3,2)

^{*}(%): sütun yüzdesi

^{**} Çoklu yanıt seçeneğı olduğu için n örneklemin hacmini geçmektedir.

Kadınların %40,1'i(n=118) kanser taraması yaptıırırken erkeklerin %14,4'ü kanser taraması yaptıırmıştır. Kanser taraması yaptıırma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,01). Medeni durum ile kanser taraması yaptıırma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde boşanmış/eşi vefat etmiş katılımcıların %44,4, evli katılımcıların %35,2, bekar katılımcıların ise %13,2 oranında kanser taraması yaptıırdığı saptanmıştır. Kanser taraması yaptıırma durumu ile medeni duruma arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Yalnız yaşayanların kanser taraması yaptıırma oranı %36,6 (n=15) iken çekirdek ailede yaşayanların %32,9'dur (n=104). İlkokul mezunlarının kanser taraması yaptıırma durumu %48,5 (n=33), ortaokul mezunlarının

32,5 (n=13), üniversite mezunlarının ise %26,7'dir (n=39). Eğitim durumu ile kanser taraması yaptıрма durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır (p=0,004). Kentsel bölgede yaşayanların %30,2'si (n=112) kırsal bölgede yaşayanların %50'si (n=24) kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Yaşanılan yer ile kanser taraması yaptıрма durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır (p=0,006). Katılımcıların kanser taraması yaptıрма durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların kanser taraması yaptıрма durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

		Kanser taraması yaptıрма durumu		
		Sayı (%)*		p**
		Evet	Hayır	
Cinsiyet				
Kadın (n=294)		118 (40,1)	176 (59,9)	<0,01
Erkek (n=125)		18 (14,4)	107 (85,6)	
Medeni durum				
Bekar (n=68)		9 (13,2) ^a	59 (86,8)	0,001
Evli (n=315)		111 (35,2) ^b	204 (64,8)	
Boşanmış/Eşi vefat etmiş(n=36)		16 (44,4) ^b	20 (55,6)	
Hane yapısı				
Yalnız yaşıyor (n=41)		15 (36,6)	26 (63,4)	0,469
Çekirdek aile (n=316)		104 (32,9)	212 (67,1)	
Geniş aile (n=58)		17 (29,3)	41 (70,7)	
Diğer (n=4)		0 (0,0)	4 (100,0)	
Eğitim Durumu				
Okuryazar (n=15)		9 (60,0) ^{a,b}	6 (40,0)	0,004
İlkokul mezunu (n=68)		33 (48,5) ^b	35 (51,5)	
Ortaokul mezunu (n=40)		13 (32,5) ^{a,b}	27 (67,5)	
Lise mezunu (n=101)		30 (29,7) ^{a,b}	71 (70,3)	
Üniversite mezunu (n=146)		39 (26,7) ^a	107 (73,3)	
Yüksek lisans/Doktora ve üzeri (n=49)		12 (24,5) ^{a,b}	37 (75,5)	
Meslek				
Sağlık personeli (n=125)		34 (27,2)	91 (72,8)	0,134
Sağlık personeli değil (n=294)		102 (34,7)	192 (65,3)	
Ekonomik durum				
Kötü (n=25)		7 (28,0)	18 (72,0)	0,805
Orta (n=297)		99 (33,3)	198 (66,7)	
İyi (n=97)		30 (30,9)	67 (69,1)	
Yaşanılan yer				
Kentsel bölge (n=371)		112 (30,2)	259 (69,8)	0,006
Kırsal bölge (n=48)		24 (50,0)	24 (50,0)	

*(%):Satır yüzdesi verilmiştir. **Pearson's kare testi yapılmıştır.

Farklı harfler gruplar arası farkı temsil etmektedir.

Katılımcılar akrabalarında kanser öyküsü bulunma durumlarına göre; kanser öyküsü bulunmayanlar, yalnızca ikinci derece akrabalarında bulunanlar, yalnızca birinci

derece akrabalarında bulunanlar ve her iki düzey yakınlıkta akrabalarında bulunanlar olmak üzere dört grup altında incelendi.

Akrabalarında kanser öyküsü bulunmayanların kanser yaptırma oranı %25,8 iken, birinci derece ve ikinci derece akrabalarında kanser öyküsü olanların kanser tarama oranı %50'dir. Akrabalarda kanser öyküsü olması ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,003$). Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumlarının birinci ve derece akrabalarında kanser öyküsü olmasına göre dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların akrabalarında kanser öyküsü olmalarına göre kanser taraması yaptırma durumlarının dağılımı

		Kanser taraması yaptırma durumu		p**
		Sayı (%)*		
		Evet	Hayır	
Akrabalarda kanser öyküsü durumu	1.ve 2.derece akrabalarında kanser öyküsü yok (n=248)	64 (25,8) ^a	184(74,2)	0,003
	Sadece 1.derece akrabada kanser öyküsü var (n=44)	19 (43,2) ^{a,b}	25 (56,8)	
	Sadece 2. derece akrabada kanser öyküsü var (n=93)	36 (38,7) ^{a,b}	57 (61,3)	
	1.ve 2.derece akrabada kanser öyküsü var (n=34)	17 (50,0) ^b	17 (50,0)	

*(%): Satır yüzdesi **Pearson's kıkare testi yapılmıştır.

Farklı harfler gruplar arası farkı temsil etmektedir.

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nden alınan ortalama puan $98,49 \pm 14,94$ olup, alınan en düşük puan 42, en yüksek puan 120'dir. Katılımcıların ölçek sorularına verdiği cevapların dağılımı Tablo 4.8'de verilmiştir.

Katılımcıların KTYTÖ puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde kadınların KTYTÖ puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,003$).

Medeni durum, hane yapısı, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum ve yaşanan yer ile KTYTÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların KTYTÖ'den aldıkları puanların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nde yer alan ifadelere verdikleri yanıtların dağılımı

İfadeler (n=419)	Tamamen Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
	Sayı (%)*				
Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.	255 (60,9)	75 (17,9)	43 (10,3)	30 (7,1)	16 (3,8)
Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.	218 (52,0)	79 (18,9)	51 (12,2)	40 (9,5)	31 (7,4)
Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.	289 (69,0)	70 (16,7)	27 (6,4)	13 (3,1)	20 (4,8)
Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.	274 (65,4)	86 (20,5)	36 (8,6)	10 (2,4)	13 (3,1)
Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.	313 (74,8)	71 (16,9)	19 (4,5)	7 (1,7)	9 (2,1)
Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.	234 (55,8)	98 (23,4)	51 (12,2)	23 (5,5)	13 (3,1)
Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.	255 (60,9)	99 (23,6)	36 (8,6)	14 (3,3)	15 (3,6)
Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırmamı ihtimalimi artırır.	289 (69,0)	79 (18,9)	30 (7,1)	9 (2,1)	12 (2,9)
Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırmamı ihtimalimi arttırmaz.	72 (17,2)	67 (16,0)	44 (10,5)	66 (15,8)	170 (40,5)
Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.	295 (70,4)	72 (17,2)	33 (7,9)	11 (2,6)	8 (1,9)
Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırım.	179 (42,7)	96 (22,9)	64 (15,3)	33 (7,9)	47 (11,2)
Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.	48 (11,5)	70 (16,7)	45 (10,7)	64 (15,3)	192 (45,8)
Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırım.	183 (43,7)	86 (20,5)	67 (16,0)	36 (8,6)	47 (11,2)
Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.	39 (9,3)	65 (15,5)	75 (17,9)	60 (14,3)	180 (43,0)
Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.	24 (5,7)	64 (15,3)	67 (16,0)	76 (18,1)	188 (44,9)
Kanser taraması için başvurmayı unuturum.	25 (6,0)	69 (16,5)	74 (17,6)	67 (16,0)	184 (43,9)
Kanser taraması yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünürüm.	14 (3,3)	23 (5,5)	39 (9,3)	42 (10,0)	301 (71,9)
Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.	32 (7,6)	34 (8,1)	48 (11,5)	72 (17,2)	233 (55,6)
Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.	54 (12,9)	60 (14,3)	60 (14,3)	44 (10,5)	201 (48,0)
Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.	51 (12,2)	56 (13,4)	63 (15,0)	51 (12,2)	198 (47,2)
Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.	29 (6,9)	37 (8,8)	41 (9,8)	56 (13,4)	256 (61,1)
Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.	13 (3,1)	14 (3,3)	34 (8,1)	61 (14,6)	297 (70,9)
Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırmamı gereği duymam.	14 (3,3)	23 (5,5)	35 (8,4)	32 (7,6)	315 (75,2)
Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.	13 (3,1)	14 (3,3)	50 (11,9)	41 (9,8)	301 (71,9)

Tablo 4.9. Katılımcıların Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanı (min-max)	P
Cinsiyet		
Erkek (n=125)	98 (60-120)	0,003*
Kadın (n=294)	104 (42-120)	
Medeni durum		
Bekar (n=68)	101,5 (42-119)	0,243**
Evli (n=315)	103 (58-120)	
Boşanmış/Eşi vefat etmiş(n=36)	98 (64-117)	
Hane yapısı		
Yalnız yaşıyor (n=41)	105 (42-119)	0,217**
Çekirdek aile (n=316)	103 (58-120)	
Geniş aile (n=58)	97 (64-116)	
Diğer (n=4)	96,5 (82-103)	
Eğitim Durumu		
Okuryazar(n=15)	100 (86-120)	0,082**
İlkokul mezunu(n=68)	98 (60-119)	
Ortaokul mezunu(n=40)	102,5 (60-119)	
Lise mezunu(n=101)	106 (58-120)	
Üniversite mezunu(n=146)	103 (42-120)	
Yüksek lisans/Doktora ve üzeri(n=49)	100 (50-120)	
Meslek		
Sağlık personeli (n=125)	104 (42-120)	0,174*
Sağlık personeli değil (n=294)	102 (50-120)	
Ekonomik durum		
Kötü (n=25)	98 (61-117)	0,168**
Orta (n=297)	104 (42-120)	
İyi (n=97)	101 (50-120)	
Yaşanılan yer		
Kentsel bölge (n=371)	103 (42-120)	0,416*
Kırsal bölge (n=48)	98,5 (60-120)	
Toplam (n=419)	102 (42-120)	

*Man Whitney U testi yapılmıştır. **Kruskal-Wallis testi yapılmıştır.

Kanser taraması önerilen, ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olan ve KETEM'den haberdar olan katılımcıların KTYTÖ puanı daha yüksektir. Kanser taraması yaptıran katılımcıların KTYTÖ puanı kanser taraması yaptırmayanlara göre daha yüksektir (p=0,005).

Katılımcıların KTYTÖ puanlarının kanser tarama programları hakkında bilgi durumu ve kanser taraması yaptıran durumlarına göre dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanlarının kanser tarama programları hakkında bilgi durumu ve kanser taraması yaptırma durumlarına göre dağılımı

	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanı Ortanca (min-max)	p**
Kanser taraması önerilme durumu (n=419)		
Evet (n=137)	106 (60-120)	
Hayır (n=282)	100 (42-120)	0,002
Ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi durumu (n=419)		
Evet (n=196)	104 (50-120)	
Hayır (n=223)	99 (42-120)	0,001
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumu (n=419)		
Evet (n=355)	104 (42-120)	
Hayır (n=64)	95 (50-118)	0,003
Kanser taraması yaptırma durumu (n=419)		
Evet (n=136)	104 (60-120)	
Hayır (n=283)	100 (42-120)	0,005

*Man Whitney U testi yapılmıştır.

Kadınların %69'unun (n=203) erkeklerin ise %40'ının (n=50) KTYBÖ puanına göre kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çekirdek ailede yaşayanların %64,2'sinin (n=203), yalnız yaşayanların %56,1'inin (n=23) geniş ailede yaşayanların ise %43,1'inin (n=25) kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu saptanmıştır ($p=0,021$).

Meslek ve KTYBÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde ise sağlık personeli olanların %84,8'inin (n=106) sağlık personeli olmayanların %50'sinin (n=147) kanser taramaların yönelik yeterli bilgiye sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan katılımcıların kanser taramalarına yönelik yeterli bilgiye sahip olma oranı %71,1 (n=69) iken ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan katılımcıların %56,0'dır (n=14) ($p=0,047$).

Kentsel bölgede yaşayanların %62,3'ü (n=231) kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahipken kırsal bölgede yaşayanlarda bu oran %45,8'dir (n=22) ($p=0,029$). Katılımcıların KTYBÖ'den aldıkları puanların kesim noktasının sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri		
	Yeterli (n/%)*	Yetersiz (n/%)*	p**
Cinsiyet			
Erkek (n=125)	50 (40,0)	75 (60,0)	<0,01
Kadın (n=294)	203 (69,0)	91 (31,0)	
Medeni durum			
Bekar (n=68)	42 (61,8)	26 (38,2)	0,960
Evli (n=315)	189 (60,0)	126 (40,0)	
Boşanmış/Eşi vefat etmiş(n=36)	22 (61,1)	14 (38,9)	
Hane yapısı			
Yalnız yaşıyor (n=41)	23 (56,1) ^{a,b}	18 (43,9)	0,021
Çekirdek aile (n=316)	203 (64,2) ^b	113 (35,8)	
Geniş aile (n=58)	25 (43,1) ^a	33 (56,9)	
Diğer (n=4)	2 (50,0) ^{a,b}	2 (50,0)	
Eğitim Durumu			
Okuryazar(n=15)	8 (53,3) ^{a,b}	7 (46,7)	0,027
İlkokul mezunu(n=68)	34 (50,0) ^b	34 (50,0)	
Ortaokul mezunu(n=40)	19 (47,5) ^b	21 (52,5)	
Lise mezunu(n=101)	62 (61,4) ^{a,b}	39 (38,6)	
Üniversite mezunu(n=146)	92 (63,0) ^{a,b}	54 (37,0)	
Yüksek lisans/Doktora ve üzeri(n=49)	38 (77,6) ^a	11 (22,4)	
Meslek			
Sağlık personeli (n=125)	106 (84,8)	19 (15,2)	<0,01
Sağlık personeli değil (n=294)	147 (50,0)	147 (50,0)	
Ekonomik durum			
Kötü (n=25)	14 (56,0) ^{a,b}	11 (44,0)	0,047
Orta (n=297)	170 (57,2) ^b	127 (42,8)	
İyi (n=97)	69 (71,1) ^a	28 (28,9)	
Yaşanılan yer			
Kentsel bölge (n=371)	231 (62,3)	140 (37,7)	0,029
Kırsal bölge (n=48)	22 (45,8)	26 (54,2)	

*Satır yüzdesi verilmiştir. ** Pearson's kıkare testi yapılmıştır.

Farklı harfler gruplar arası farkı temsil etmektedir.

Katılımcıların kanser taraması önerilme durumları incelendiğinde kanser taraması önerilenlerin %39,5'inin (n=100) kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (p<0,01). Kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olanların %59,7'si (n=151) ulusal kanser tarama programları hakkında da bilgi sahibi iken kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olanların %40,3'ü (n=102) ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi değildir (p<0,01). Kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olanların %91,7'si (n=232) KETEM'den haberdar olduğunu belirtmiştir (p=0,01). Kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olanların %40,7'si (n=103) kanser taraması yaptırdığını belirtirken kanser taramalarına yönelik yeterli bilgiye sahip olmayanların %80,1'i kanser taraması yaptırmadığını belirtmiştir (p<0,01). Katılımcıların KTYBÖ

puanlarının kanser tarama programları hakkında bilgi durumu, kanser taraması önerilme ve kanser taraması yaptırma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Kanser Tarama ile İlgili Değişkenlere Göre Dağılımı

	Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri		
	Yeterli (n/%)*	Yetersiz (n/%)*	p**
Kanser taraması önerilme durumu (n=419)			
Evet (n=137)	100 (39,5)	37 (22,3)	<0,01
Hayır (n=282)	153 (60,5)	129 (77,7)	
Ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi durumu (n=419)			
Evet (n=196)	151 (59,7)	45 (27,1)	<0,01
Hayır (n=223)	102 (40,3)	121 (72,9)	
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi’nden haberdar olma durumu (n=419)			
Evet (n=355)	232 (91,7)	123 (74,1)	<0,01
Hayır (n=64)	21 (8,3)	43 (25,9)	
Kanser taraması yaptırma durumu (n=419)			
Evet (n=136)	103 (40,7)	33 (19,9)	<0,01
Hayır (n=283)	150 (59,3)	133 (80,1)	

*Sütun yüzdesi verilmiştir. * Pearson’s kıkare testi yapılmıştır.

Katılımcılara uygulanan KTYTÖ’den aldıkları puan ortalamaları ile KTYBÖ’den aldıkları puan korelasyonu incelediğinde, yeterli düzeyde bilgiye sahip olarak saptanan kişilerin, tutum ölçeğinden aldıkları puanın daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu ilişki Tablo 4.13’te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların kanser tarama bilgi düzeylerine göre tutum puanlarının incelenmesi

	Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçek Puanı	
	Yeterli düzeyde bilgiye sahip (17,5 puan ve üzeri)	Yeterli düzeyde bilgiye sahip değil (17,5 puan altı)
KTYTÖ Puanı Ortanca (min-max)	105 (60-120)	94 (42-120)

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kanser, vücudun herhangi bir bölgesinde gelişebilen ve anormal hücrelerin hızla çoğalması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. İleri evre kanser vakaları, hastalıklara bağlı ölümlerin önemli bir kısmını oluşturur. IARC'ın 2020 raporunda, yeni tanı alan kanser vakalarının ve kanserin neden olduğu ölümlerin sayısının arttığı gözlemlenmektedir. Her geçen gün daha da yaygınlaşan kanser vakalarının önüne geçmek ve tedavi edilebilir olguları erken dönemde tespit edip gerekli tedaviyi almalarını sağlamak büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle ülkelerin toplum tabanlı çalışmalar ışığında hazırladığı kanser tarama programları mevcuttur. Ülkemizde de ulusal kanser tarama programı kapsamında meme, kolon ve serviks kanseri taramaları yapılmaktadır. Ancak literatür verileri göstermektedir ki; kanser tarama oranlarında istenilen seviyelere halen ulaşabilmiş durumda değiliz. Bu çalışmada; 30-70 yaş aralığındaki bireylerin kanser taramalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve toplum farkındalığının artırılması amaçlandı.

Katılımcılardan kanser taraması önerilenlerin %32,7'si, ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olanların %46,8'i ve KETEM'den haberdar olanların %84,7'si kanser taraması yaptırmıştır. Kanser taraması yaptıranlar genellikle KETEM'de tarama yaptırdıkları görüldü. Kadınların ve akrabalarında kanser öyküsü bulunanların kanser taraması yaptırma oranı daha yüksekti. Kanser taraması yaptıranların çoğunluğu meme ve serviks kanseri taraması yaptırmıştır. Kanser taraması önerilenlerin çoğunluğunu bu önerileri aile hekimlerinden aldıklarını ifade ettiler. Kanser taraması yaptıranlar genellikle daha yüksek bilgi düzeyine sahipti.

Erkek ve kadın katılımcılar arasında karşılaştırma yapıldığında kadınların %40,1'i kanser taraması yaptırmış olarak bulundu. Erkek katılımcılarda bu oran %14,4'dü. Kanser taraması yaptırma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,01$). Fakat anlamlı bir fark olsa da yaptırma oranları Ulusal Kanser Tarama Programı hedefinden oldukça uzaktır. Öte yandan uygulanan KTYTÖ'nün puan ortalamalarına bakıldığında, kadınların KTYTÖ puan ortalamasının erkeklerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,003$). Yine beraberinde uygulanan KTYBÖ puanına göre ise kadınların %69'unun erkeklerin ise %40'ının kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu saptanmıştır.

($p<0,01$). Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların kanser konusunda bilgi sahibi olma, kanserden korunma önlemleri alma, KETEM hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taraması yaptırmaya eğilimleri erkeklere kıyasla daha fazla bulunmuştur (Erdem ve ark., 2017). Tekpınar ve arkadaşlarının Antalya’da yaptığı çalışmada ise kanser tarama testi yaptırmaya oranı karşılaştırıldığında kadınların yaptırmaya oranı belirgin olarak daha yüksekti (Tekpınar ve ark., 2018). Yine Türkiye’de çevrimiçi gerçekleştirilen bir başka araştırmada, kanser taramalarına karşı kadınların tutumunun erkeklere kıyasla daha olumlu olduğu saptanmıştır (Erkal, 2022). Farooqi ve arkadaşlarının Suudi Arabistan’da 3241 katılımcıyla yaptığı çalışmada da, kadınların taramalara karşı tutumunun daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Farooqi ve ark., 2021). Çalışma bulgumuz literatür verilerini destekler nitelikte olup kadınların kanser tarama oranlarının yüksek olmasının ulusal kanser tarama programımızda yer alan üç farklı kanser taramasının da kadınlarda uygulanıyor olmasına karşın erkeklerde yalnızca kolorektal kanser taramasının yapılıyor olması nedeniyle olduğu kanaatindeyiz.

Medeni durum ile kanser taraması yaptırmaya durumu arasındaki ilişki incelendiğinde boşanmış/eşi vefat etmiş katılımcıların %44,4, evli katılımcıların %35,2, bekar katılımcıların ise %13,2 oranında kanser taraması yaptırdığı saptanmıştır. Kanser taraması yaptırmaya durumu ile medeni duruma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Fakat medeni durum ile KTYTÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Durmuş’un yapmış olduğu çalışmada evlilerde kanser taramalarına yönelik tutumun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Durmuş, 2022). Erkal’ın yaptığı çalışmaya baktığımızda ise medeni durum ile tutum arasında ilişki bulunmuş olup, bekarların taramaya yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Erkal, 2022). Medeni durumun kanser taramalarına yönelik tutumu etkilediğine dair çalışmalar olduğu gibi, etkilemediğini raporlayan çalışmaların örnekleri hem Türkiye’de hem Dünyada vardır (Çınar ve ark., 2019; Uysal ve ark., 2022; Bansal ve ark., 2015; Kotwal ve ark., 2016). Dolayısıyla her ne kadar çalışmamızda ve literatürde medeni hal ile farklı ilişkiler ortaya konmuş olsa da bu farklılıklar aslında bu sonucu dolaylı ya da direkt etkileyen birçok değişkenin olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda kentsel bölgede yaşayanların %30,2’si, kırsal bölgede yaşayanların ise %50’si kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Yaşanılan yer ile kanser taraması

yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,006$). Fakat diğer yandan KTYBÖ'ne göre kentsel bölgede yaşayanların %62,3'ü kanser taramalarına yönelik yeterli düzeyde bilgiye sahipken kırsal bölgede yaşayanlarda bu oran %45,8'dir ($p=0,029$). Anlamlı olmamakla kentsel bölgede yaşayan katılımcılar içinde yeterli bilgi düzeyine sahip olanların oranı daha yüksektir. İzmir'de gerçekleştirilen "Kanser İnsidansı ve Veri Toplama Projesi" kapsamında, 34134 kanser olgusu incelenmiştir. Bu çalışmada, özellikle şehirde yaşayan kadın hastaların kanser taramalarını diğer kadınlara göre daha düzenli yaptırdığı sonucuna varılmıştır. (Haydaroglu ve ark., 2007). Bizim çalışmamızda kırsalda tarama yaptırma oranlarının yüksek olmasının sebeplerinden biri kentsel bölgede yaşayan toplumlarda bireyselliğin daha yaygın olması olabilir. Kişilerin birbirini bu bağlamda olumlu etkilemesi de kırsal bölgeye göre daha azdır. Bu da yaptırma oranını kırsal bölgede daha fazla etkilemiş olabilir. Ayrıca KETEM'in gezici tırlarının hizmet vermesi de kırsal bölgede kanser tarama oranını artıran etkenlerden birisi olabilir. Bu bağlamda kentsel bölgede az oluşu değerlendirildiğinde, kanser tarama yöntemlerine ulaşımın zor olmadığı, tarama yaptırmama sebepleri arasında asıl başka faktörlerin rol oynadığı da söylenebilir.

Çalışmamızda akrabalarında kanser öyküsü bulunmayanların kanser yaptırma oranı %25,8 iken, birinci derece ve ikinci derece akrabalarında kanser öyküsü olanların kanser tarama oranı %50'dir. Akrabalarda kanser öyküsü olması ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,003$). Aydın'da yürütülen kolorektal kanser taraması ile ilgili bir çalışmada, ailesinde herhangi bir kanser tanısı olan kişilerin daha fazla kanser taraması yaptırdığı saptanmıştır (Şahin ve ark., 2015). Kaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada yakını kanser tanısı almış olanların %42,40'ü tarama testini düzenli yaptırırken kanser tanısı almış yakını olmayanların ise %1,88'i düzenli olarak tarama testi yaptırmıştır. Kendisinde veya aile bireylerinde kanser tanısı olan kişilerin kanser taramalarına katılımının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kaya ve ark., 2017). Şeker'in İstanbul'da yaptığı tez çalışmasında ise ailesinde serviks kanseri bulunan kişilerin serviks kanseri taraması yaptırma oranı ailesinde serviks kanseri olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Şeker, 2019). Literatürdeki genel eğilime göre, ailesinde kanser öyküsü bulunan bireylerin kanser taramalarına daha yüksek katılım gösterdiği görülmektedir. Ailede kanser öyküsünün varlığı ile kanser taramalarına olan eğilimin artması, genetik olarak kanserle ilişkili olabilecek

genlere sahip olma endişesi veya yakınlarında kansere tanık olmanın duyarlılık oluşturmaları gibi faktörlere bağlı olabilir. Ayrıca son dönemde özellikle genetik danışmanlığın da tarama süreçlerine katılım noktasında ciddi katkısı olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim seviyeleri arttıkça kanser taraması yaptırma durumlarının da azaldığı gözlemlendi. İlkokul mezunlarının kanser taraması yaptırma durumu %48,5 iken ortaokul üniversite mezunlarının ise %26,7'ye kadar düştüğü görüldü. Eğitim durumu ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,004$). Öte yandan KTYTÖ puan ortalaması ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eğitim durumu ile KTYBÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde ise, eğitim durumu arttıkça katılımcıların kanser taramalarına yönelik yeterli bilgiye sahip olma oranı da artmıştır ($p=0,027$). Katılımcılar eğitim seviyeleri yükseldikçe bilgi sorularını cevaplandırmakta daha başarılı olmaları beklenen bir durumken taramalara yönelik tutumlarının ve kanser tarama oranlarının az oluşu biraz çelişkili bir durumdur. Çünkü bir konu hakkında bilgili olmak tutumu çoğunlukla pozitif yönde etkiler. Çin'de yapılan bir araştırmada, üniversite ve üstü mezunlarının taramalara yönelik bilgi puanları daha yüksek gelmiştir (Huang ve ark., 2021). Bansal ve arkadaşlarının yaptığı hastane tabanlı kesitsel bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların serviks kanseri taramasına karşı olumlu tutum gösterdikleri tespit edilmiştir (Bansal ve ark., 2015). Meme ve kolorektal kanser taraması ile ilgili yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin tutumları daha olumlu saptanmıştır (El Asmar ve ark., 2018; Ruo-lin ve ark., 2021). Bu çalışmaların aksine Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda ise eğitim durumu yüksek olan kişilerin, kanser yaptırma ve kanser taramaların yönelik tutumun daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Saçıkara ve Koçoğlu Tanyer, 2021; Yıldırım Öztürk, 2020). Eğitim düzeyinin artması ve kanser taramaları ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olmanın, bazı çalışmalarda olduğu gibi, kişilerin bilgiye güvenerek taramaları ihmal etmelerine yol açabileceği düşünüldü. Kanser taramaları hakkında yüksek bilgi düzeyine sahip olmanın, kanseri önleyen veya semptomları azaltan bir etken olmadığı için, aslında yüksek eğitim düzeyinin bilgiyi yanlış yorumlama veya doğru bilinen yanlışlara yönelmeye sebep olabileceği düşünülebilir. . Bizim çalışmamızdaki bu çelişkili tablonun daha kapsamlı çalışmalar ile incelenmesi ve politika üreticiler tarafından mutlaka değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Meslek ve KTYBÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde ise sağlık personeli olanların %84,8'inin, sağlık personeli olmayanların %50'sinin kanser taramaların yönelik yeterli bilgiye sahip olduğu saptandı ($p<0,01$) ki bu da beklediğimiz bir durumdur. Bununla birlikte meslekle kanser yaptırma durumu ve KTYTÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Tunç'un yaptığı tez çalışmasında katılımcıların %20'sini sağlıkla ilgili meslek mensubu olanlar oluşturmaktadır ve bu katılımcıların diğerlerine göre kanser taramalarına yönelik tutumunun daha olumlu olduğu saptanmıştır. Ayrıca sağlıkla ilgili meslek mensubu olanların bilgi sorularını cevaplandırmakta daha başarılı olduğu gözlenmiştir (Tunç, 2023). Özdemir'in yapmış olduğu bir çalışmada da, sağlık çalışanı olan katılımcıların sağlık çalışanı olmayanlara göre her üç tarama testi hakkında daha iyi bilgi sahibi oldukları raporlanmış (Özdemir, 2016).

Akademisyen kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, sağlıkla ilgili bir çalışma alanına sahip kadınların duyarlılık algısı, önemseme algısı ve kendi kendine meme muayenesi öz etkililiğinin diğer kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur (Büyükkayıcı Duman ve ark., 2013).

Kaya ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırmada, sağlık çalışanlarının kendilerine kanser tarama testlerini yaptırıp yaptırmadıkları sorgulandığında, düzenli tarama yaptıran katılımcı oranının sadece %14,87 olduğu gözlemlendi. Düzensiz de olsa kanser taraması yaptıranların oranı ise %60,76 olarak bulunmuş. Yine aynı çalışmada Pap-smear yaptırma oranı %75,62 olup literatürde bildirilenden yüksek bulunmuştur. (Kaya ve ark., 2017). Ancak katılımcıların sağlık çalışanı olması nedeniyle tarama testlerinin önemini bilmeleri ve testlere kolay ulaşım imkanları olması nedeniyle tarama oranları yetersiz olarak yorumlanmıştır. Sağlık çalışanları tarama davranışlarının sistemli ve etkili bir biçimde yerine getirilmesi ve toplumun taramalara katılımını artırmada kritik rol oynayabilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarına sağlanacak hizmet içi eğitimlerin ve artırılan motivasyonun, tarama davranışlarına olumlu yansyarak düzenli ve uygun sıklıkta taramaların yapılması sağlanabilir.

Kanser taramaları ile ilgili bilgi düzeyi ve tutum arasındaki ilişkiye bakıldığında, yeterli düzeyde bilgiye sahip olarak saptanan kişilerin, tutum ölçeğinden aldıkları puanın daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer bir sonuç Wolf ve ark. Amerika'da geliştirdiği bir ölçek çalışmasından bildirilmiştir. Bu çalışmada da katılımcıların kolorektal kanserler için yapılan tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerinin

artmasının kanser taraması yaptırma konusunda daha olumlu tutum sergilediğini gösterilmiş (Wolf ve ark., 2005). Ali-Risasi ve arkadaşlarının rahim ağzı kanseri ile ilgili yaptığı çalışmada, bilgi-tutum puanları ile tutum-uygulama puanları arasındaki korelasyonu anlamlı fakat zayıf bulunurken, bilgi-uygulama arasındaki korelasyon ise anlamlı çıkmamıştır (Ali-Risasi ve ark., 2014). Bu bulgu, artan bilginin doğrudan tutum ve uygulamalarda değişikliklere dönüşmediğini gösterebilir.

Sonuçlarımız, kanser taramalarının yaygınlaştırılması ve erişilebilirliğinin artırılması için önemli fırsatlar sunmaktadır. Bu bağlamda, bazı önerilerin dikkate alınması gerekmektedir: Kamu sağlığı kuruluşları ve sağlık profesyonelleri, toplumu kanser taraması konusunda daha etkin bir şekilde bilinçlendirmek üzere kapsamlı bilgilendirme kampanyaları düzenlemelidir. Aile hekimleri, kanser taraması önerilerini daha titizlikle ve sistematik bir yaklaşımla sunmalıdır. Ulusal kanser tarama programlarına ilişkin bilgilendirme faaliyetleri artırılmalı ve halkın bu programlardan nasıl faydalanabileceği net bir şekilde aktarılmalıdır. Kanser taraması yaptırma oranlarını artırmak için, halka daha ulaşılabilir ve uygun tarama hizmetleri sunulmalıdır. Özellikle düşük eğitim seviyesine ve kırsal bölgelere odaklanarak, kanser taraması konusunda özel destek ve bilgilendirme sağlanmalıdır. Aile hekimleri ve sağlık çalışanlarının, kanser taraması konusundaki güncel eğitimlere erişimleri ve bilgi düzeylerinin düzenli olarak güncellenmesi sağlanmalıdır. Toplumun kanser taraması konusundaki tutumlarını ve davranışlarını daha kapsamlı bir şekilde anlamak için ileri düzeyde araştırmalar yapılmalı ve elde edilen bulgulara dayanarak politika ve stratejiler oluşturulmalıdır.

6. KAYNAKLAR

Acer, E., Kaya Erdoğan, H. (2019). Sık Görülen Deri Kanserlerinin Epidemiyolojisi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 4, 52-60.

Adami, H., Hunter, D.J., Lagiou, P., Mucci, L. (2018). Text Book of Cancer Epidemiology. 3rd Edition. New York: Oxford University Press.

Aherne, N. J., & Murphy, B. M. (2018). Radiation-Induced Gliomas. Critical reviews in oncogenesis, 23(1-2), 113–118.

Akdemir, N. (2020). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (6.b.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Akdeniz, M., Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. 74 - 81. 10.15511/tahd.17.00274.

Ali-Risasi, C., Mulumba, P., Verdonck, K., Vanden Broeck, D., & Praet, M. (2014). Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. BMC women's health, 14(1), 30.

Arayıcı, M. E., Yalçın, F., & Ellidokuz, H. (2021). Kanser Kaydının Önemi ve Kanser Kontrolündeki Yeri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 30(5), 366-375.

Baan, R., Grosse, Y., Straif, K., Secretan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., Benbrahim-Tallaa, L., Guha, N., Freeman, C., Galichet, L., Coglianò, V., & WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens--Part F: chemical agents and related occupations. The Lancet. Oncology, 10(12).

Bade, B. C., & Dela Cruz, C. S. (2020). Lung Cancer 2020: Epidemiology, Etiology, and Prevention. Clinics in chest medicine, 41(1), 1–24.

Bansal, A. B., Pakhare, A. P., Kapoor, N., Mehrotra, R., & Kokane, A. M. (2015). Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: A hospital-based cross-sectional study. Journal of natural science, biology, and medicine, 6(2), 324–328.

Baran, M. (2013). Meme ve Serviks Kanseri Konusunda Kadınların Bilgi ve Bilinç Düzeyleri (Diyarbakır İl Merkezi Örneği) Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin).

Barreira J. V. (2021). The Role of Nutrition in Cancer Patients. Nutrition and cancer, 73(11-12), 2849–2850.

Bilir, N. (2019). Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi. In A. Mirici, E. Babaoğlu, & P. Mutlu (Eds.), Göğüs Hastalıkları 1. Baskı. Ankara: TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi.

Bilir, N., Erbaydar, N.P. (2015). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. In: Güler Ç, Akın L (Eds.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3 Cilt. 3. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s: 1542–57.

Brown, K. F., Rumgay, H., Dunlop, C., Ryan, M., Quartly, F., Cox, A., Deas, A., Elliss-Brookes, L., Gavin, A., Hounsborne, L., Huws, D., Ormiston-Smith, N., Shelton, J., White, C., & Parkin, D. M. (2018). The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015. *British journal of cancer*, 118(8), s: 1130–1141.

Büyükkayacı Duman, N., Algier, L., Gül, P. (2013). Kadın akademisyenlerin meme kanseri ve tarama testleri hakkındaki sağlık inançları ve etkileyen faktörler. *UHOD - Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 23(4), s: 233-241.

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Smoking and Cancer. In 2014 Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress.

Çınar, D., Çelik, A., Öztürk, A., Zorba Bahçeli, P., & Kiliç Akça, N. (2022). Women's attitudes towards healthy life awareness and breast cancer screening during the coronavirus disease 2019 pandemic: a cross-sectional descriptive study. *European Journal of Cancer Prevention*, 31(4), s: 346-353.

Dalamaga, M., Christodoulatos, G. S., & Mantzoros, C. S. (2018). The role of extracellular and intracellular Nicotinamide phosphoribosyl-transferase in cancer: Diagnostic and therapeutic perspectives and challenges. *Metabolism*, 82, s: 72-87.

de Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet. Global health*, 8(2), s: 180–190.

Deniz, E. B. (2022). Kanser epidemiyolojisi. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2), s: 102-111.

Detels, R. (Ed.) (2015). *Oxford textbook of global public health*(Vol. 2). Oxford, Oxford University Press.

Divisi, D., Di Tommaso, S., Salvemini, S., Garramone, M., & Crisci, R. (2006). Diet and cancer. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 77(2), s: 118–123.

Doll, R. and Peto, R. (2005). Epidemiology of cancer. In D.A. Warell, T.M. Cox, and J.D. Firth (eds.) *Oxford Textbook of Medicine* (4th ed.), s: 193–218. Oxford: Oxford University Press.

Durando, M., Kass, L., Piva, J., Sonnenschein, C., Soto, A. M., Luque, E. H., & Muñoz-de-Toro, M. (2007). Prenatal bisphenol A exposure induces preneoplastic lesions in the mammary gland in Wistar rats. *Environmental health perspectives*, 115(1), s: 80–86.

Durmuş, N. (2022). Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18-70 Yaş Aralığındaki Kişilerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumu. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara.

El Asmar, M., Bechnak, A., Fares, J., & diğerleri. (2018). Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Breast Cancer amongst Lebanese Females in Beirut. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP, 19(3), 625-631.

Erdem, S.S., Yılmaz, M., Kasap, H., Mayda, A. S., Bolu, F., Durak, A. A., ... Şener, Ö.(2017). Düzce’de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi , vol.7, no.1, s: 1-10.

Erkal, E. (2022). Determining Individuals’ Attitudes Toward Cancer Screening and Their Influential Factors. Makara Journal of Health Research, 26(2), s: 111-117.

Ersoy, E., Saatçi, E. (2017) Cancer Screening: Controversies. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2017 Eyl 15;21(3):118-22.

Farooqi, W., Alayed, M. I., Alkhuraisi, F. Y., Alsinan, Z. A., Alghadeer, H. A., & MA, A. (2021). Knowledge, attitude, and perceived barriers regarding cancer screening in Saudi Arabia. International Journal of Surgery and Medicine, 7(2), s: 34-44.

Fauci, J., Hauser, K., & Loscalzo, L. (2018). Harrison’s Principles of Internal Medicine (20th ed.). Canada USA: Mc Graw Hill Education.

Fineberg, H. V. (2013). The paradox of disease prevention: celebrated in principle, resisted in practice. JAMA, 310(1), s: 85–90.

Gervás, J. (2012). Prevención cuaternaria en ancianos. Revista Española De Geriatria Y Gerontología, 47(6), s: 266-269.

Grunau, G. L., Gueron, S., Pornov, B., & Linn, S. (2018). The Risk of Cancer Might be Lower Than We Think. Alternatives to Lifetime Risk Estimates. Rambam Maimonides Medical Journal, 9(1).

Güler, Ç., Akın, L. (2015). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi.

Haydaroğlu, A., Bölükbaşı, Y., & Özşaran, S. (2007). Ege Üniversitesi’nde kanser kayıt analizleri: 34134 Olgunun değerlendirmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 22(1), 22-28.

Ho, S. M., Tang, W. Y., Belmonte de Frausto, J., & Prins, G. S. (2006). Developmental exposure to estradiol and bisphenol A increases susceptibility to prostate carcinogenesis and epigenetically regulates phosphodiesterase type 4 variant 4. Cancer research, 66(11), s: 5624–5632.

Hecht, S. S., & Hatsukami, D. K. (2022). Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. *Nature Reviews Cancer*, 22(3), 143-155.

Hunter, D. J. (2020). Epidemiology of Cancer. In L. Goldman & A. I. Schafer (Eds.), *Goldman-Cecil Medicine* (26th ed., pp. 1195–1199). Elsevier.

Huang, R. L., Liu, Q., Wang, Y. X., Zou, J. Y., Hu, L. F., Wang, W., Huang, Y. H., Wang, Y. Z., Zeng, B., Zeng, X., & Zeng, Y. (2021). Awareness, attitude and barriers of colorectal cancer screening among high-risk populations in China: a cross-sectional study.

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. (2004). Some drinking-water disinfectants and contaminants, including arsenic. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, 84, 1-477.

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2004). Tobacco smoke and involuntary smoking: this publication represents the views and expert opinions of an IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, which met in Lyon, 11 - 18 June 2002. In *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, No. 83. Lyon: IARC.

Islami, F., Goding Sauer, A., Miller, K.D., Siegel, R.L., Fedewa, S.A., Jacobs, E.J., et al. (2018). Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin*, 68(1), 31–54.

Jameson, J. L., Kasper, D. L., Longo, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., & Loscalzo, J. (1980). *Harrison's principles of internal medicine* 2018. Mac Graw Hills education, 1-8.

Jemal, A., Torre, L., Soerjomataram, I., & Bray, F. (Eds.). (2019). *The Cancer Atlas* (3. baskı). Atlanta, GA: American Cancer Society, Inc.

Kalra, S., Kumar, A. (2019). Quinary prevention: Defined and conceptualized. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(12), s: 1765–11766.

Kapucu, S., Kutlutürkan, S. (2020). *Onkoloji Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Yayıncılık.

Kartal, S. P., Bayramgürler, D. (2016). Bazal Hücreli Kanser Patogenezi. *Güncel Dermatoloji Dergisi*, 1(1), s: 18-23.

Kaya, C., Üstü, Y., & Özyörük, E. (2017). Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(1), s: 73–83.

Kim, H. I., Lim, H., & Moon, A. (2018). Sex Differences in Cancer: Epidemiology, Genetics and Therapy. *Biomolecules & Therapeutics* (Seoul), 26(4), s: 335-342.

Kotwal, A. A., Lauderdale, D. S., Waite, L. J., & Dale, W. (2016). Differences between husbands and wives in colonoscopy use: Results from a national sample of married couples. *Preventive Medicine*, 88, s: 46-52.

Kushi, L. H., Byers, T., Doyle, C., Bandera, E. V., McCullough, M., & diğerleri. (2006). Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 254-281.

Laden, F., Schwartz, J., Speizer, F. E., & Dockery, D. W. (2006). Reduction in fine particulate air pollution and mortality: Extended follow-up of the Harvard Six Cities study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173(6), 667-672.

Lewandowska, A. M., Rudzki, M., Rudzki, S., Lewandowski, T., & Laskowska, B. (2019). Environmental risk factors for cancer - review paper. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(1), s: 1-7.

LoConte, N. K., Brewster, A. M., Kaur, J. S., Merrill, J. K., & Alberg, A. J. (2018). Alcohol and cancer: A statement of the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 36(1), s: 83–93.

Longo, D. L. (2018). Approach to the Patient with Cancer. In J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (20th ed., pp. 435–442). McGraw Hill Education.

Loscalzo, J., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L. & Jameson, J. L. (Eds.), (2022). *Harrison's principles of internal medicine* (21st edition). New York: McGraw Hill.

Lynch, H. T., Watson, P., Conway, T. A., & Lynch, J. F. (1990). Clinical/genetic features in hereditary breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 15, s: 63-71.

Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *The Lancet*, 393(10190), s: 2493–2502.

Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, J. (2018). Quaternary prevention: reviewing the concept. *The European journal of general practice*, 24(1), s: 106–111.

Murff, H. J., Spigel, D. R., & Syngal, S. (2004). Does this patient have a family history of cancer? An evidence-based analysis of the accuracy of family cancer history. *JAMA*, 292, s: 1480-1489.

Neilson, H.K., Conroy, S.M., & Friedenreich, C. M. (2013). The Influence of Energetic Factors on Biomarkers of Postmenopausal Breast Cancer Risk. *Current nutrition reports*, 3(1), s: 22–34.

Özdemir, M.E. (2016). Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Keskin).

Öztek, A.Z. (2020). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü. Kanser Kontrolü. Halk Sağlığı Kuramlar ve Uygulamalar. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, s: 436–41.

Öztek, A.Z. (2020). Sağlık Hizmetleri. In: Halk Sağlığı Kuramlar ve Uygulamalar. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, s: 37–146.

Öztürk, Y., Günay, O. (2011). Halk Sağlığı: Genel Bilgiler. Kayseri: Erciyes Üniversitesi.

Pandve, H.T. (2014). Quaternary prevention: need of the hour. Journal of family medicine and primary care, 3(4), s: 309–310.

Parsa, N. (2012). Environmental factors inducing human cancers. Iranian Journal of Public Health, 41(11), s: 1-9.

Pharoah, P. D., Day, N. E., Duffy, S., Easton, D. F., & Ponder, B. A. (1997). Family history and the risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Cancer, 71, s: 800-809.

Principles and practice of screening for disease. (1968). The Journal of the Royal College of General Practitioners, 16(4), 318.

Ramirez, A. G., & Trapido, E. J. (Eds.). (2020). Advancing the Science of Cancer in Latinos. Springer.

Rasnic, R., Linial, N., & Linial, M. (2020). Expanding cancer predisposition genes with ultra-rare cancer-exclusive human variations. Scientific Reports, 10(1), 13462.

Rumgay, H., Shield, K., Charvat, H., Ferrari, P., Sornpaisarn, B., Obot, I., Islami, F., Lemmens, V. E. P. P., Rehm, J., & Soerjomataram, I. (2021). Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. The Lancet. Oncology, 22(8), s: 1071–1080.

Huang, R. L., Liu, Q., Wang, Y. X., Zou, J. Y., Hu, L. F., Wang, W., Huang, Y. H., Wang, Y. Z., Zeng, B., Zeng, X., & Zeng, Y. (2021). Awareness, attitude and barriers of colorectal cancer screening among high-risk populations in China: a cross-sectional study.

Saçıkara, Z., & Koçoğlu Tanyer, D. (2021). Kırsal Bölgede Yaşayan Kadınların Serviks ve Meme Kanseri Taramalarına Katılım ve Bilgi Durumları. STED, 30(1), s: 43-52.

Sandhu, M. S., White, I. R., & McPherson, K. (2001). Systematic review of the prospective cohort studies on meat consumption and colorectal cancer risk: A meta-analytical approach. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 10, s: 439-446.

Sasaki, Y. F., Kawaguchi, S., Kamaya, A., Ohshita, M., Kabasawa, K., Iwama, K., Taniguchi, K., & Tsuda, S. (2002). The comet assay with 8 mouse organs: results with 39 currently used food additives. *Mutation research*, 519(1-2), s: 103–119.

Sikora, K. (2016). Cancer screening. *Medicine*, 44(1), s: 59-64.

Şahin, N., Üner, B., Aydın, M., ve diğerleri. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 19(1), s: 37-48.

Şeker, N. (2019). İstanbul’da bir ilçede 30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri tarama davranışını etkileyen faktörler. İstanbul üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Halim İşsever).

Şimşek, E., Dağcıoğlu, B. F. (2023). A new concept in protective healthcare: quinary prevention. *Ankara Med J*, 23(1), s: 137-150.

Tekpınar, H., Aşık, Z., & Özen, M. (2018). Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 28-36.

Tuncer, M. A., Özgül, N., Olcayto, E., Gültekin, M., & Dede, İ. (2010). Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi El Kitabı (7. Baskı).

Tuncez, I. H., Aksoy, N., & Koç, M. (2021). National Cancer Screening Program Results; A City Example. *Phoenix Medical Journal*, 3(2), 69-73.

Tunç, S. (2023). 30-70 Yaş Arası Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Farkındalık ve Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer).

Uysal, N., & Ünal Toprak, F. (2022). Kadınların Sağlık Algıları, Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6(1), s: 65-76.

Willett, W. (2008). Nutrition and Cancer: The Search Continues. *Nutrition and Cancer*, 60(5), s: 557-559.

White, M. C., Holman, D. M., Boehm, J. E., Peipins, L. A., Grossman, M., & Henley, S. J. (2014). Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *American journal of preventive medicine*, 46(3 Suppl 1), S7–S15.

Wolf, M. S., Rademaker, A., Bennett, C. L., Ferreira, M. R., Dolan, N. C., Davis, T. C., Medio, F., Liu, D., Lee, J., & Fitzgibbon, M. (2005). Development of a brief survey

on colon cancer screening knowledge and attitudes among veterans. Preventing chronic disease, 2(2), A11.

World Health Organization. (2005). Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide. Copenhagen: World Health Organization.

Yaman, H., & Akdeniz, M. (2008). Etkin Yaşlanma: Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni Bir Bakış Açısı. STED, 17(6), s: 6-9.

Ye, X., Liu, H. Y., Lu, S. R., Zhai, Q., & Yu, B. (2019). Translation and validation of the Chinese version of the Cancer Stigma Scale. Journal of oncology pharmacy practice : official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners, 25(7), s: 1622–1630.

Yıldırım Öztürk, E. N., Uyar, M. (2023). Development of a knowledge scale for cancer screening. Journal of Public Health, 1-9.

Yıldırım Öztürk, E. N., Uyar, M., & Şahin, T. K. (2020). Development of an attitude scale for cancer screening. Turkish Journal of Oncology, 35(4).

7. EKLER

EK-1: Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.10.2023-E.300080



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-300080 -302
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası

31.10.2023

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 29.09.2023 tarih ve 302 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yetişkin Hastaların Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır
31.10.2023

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BSVKJBVZLE Pin Kodu: 63503

Belge Takip Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5783&eD=BSVKJBVZLE&eS=300080>

Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,

Adapazarı/Sakarya

Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629

e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Hasan Konak

Unvanı: Sürekli İşçi



EK-2: Anket formu

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı bu anket formu "Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi" amacıyla Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından hazırlanmıştır. Cevaplarınız yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacak, kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

ANKET NO:

TARİH: / /

1) Yaşınız:

2) Boy uzunluğunuzu belirtiniz:cm

Vücut ağırlığınızı belirtiniz:kg

3) Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

4) Medeni durumunuz:

- Bekar
- Evli
- Boşanmış/Eşi vefat etmiş

5) Hane yapınızı belirtiniz:

- Yalnız yaşıyorum
- Çekirdek aile
- Geniş aile
- Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

6) Eğitim durumunuzu belirtiniz:

- Okuryazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu
- Yüksek lisans/Doktora ve üzeri

7) Mesleğiniz:

- Sağlık personeliyim
- Sağlık personeli değilim

8) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Kötü
- Orta
- İyi

9) Nerede yaşıyorsunuz?

- Kentsel bölge
- Kırsal bölge

10) Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır, bir dönem kullandım bıraktım
- Hayır, hiç kullanmadım

11) Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır, bir dönem kullandım bıraktım
- Hayır, hiç kullanmadım

12) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Haftada en az üç gün en az yarım saatlik yürüyüş)

- Evet
- Kısmen
- Hayır

13) Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

- Evet
- Kısmen
- Hayır

14) Doktor tarafından teşhis edilmiş bilinen kronik bir hastalığınız var mı? (Cevabınız “Hayır” ise lütfen 16.soruya geçiniz)

- Evet
- Hayır

15) Cevabınız “Evet” ise lütfen kronik hastalıklarınızı işaretleyiniz.

- Yüksek tansiyon hastalığı
- Şeker hastalığı
- Kalp hastalığı
- KOAH
- Psikiyatrik hastalık
- Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

16) Doktor tarafından teşhis edilmiş bir kanser tanınız var mı? (Cevabınız “Hayır” ise lütfen 18.soruya geçiniz.)

- Evet
- Hayır

17) Cevabınız “Evet” ise lütfen kanser tanınızı belirtiniz.

- Akciğer kanseri
- Meme kanseri
- Kolon (kalın bağırsak) kanseri
- Prostat kanseri
- Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

18) Birinci derece akrabalarınızdan (anne, baba, çocuklar) herhangi birinde doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı var mı?

- Evet
- Hayır

19) İkinci derece akrabalarınızdan (kardeş, dede, nine, torun) herhangi birinde doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı var mı?

- Evet
- Hayır

20) Size daha önce kanser taraması önerildi mi? (Cevabınız “Hayır” ise lütfen 22.soruya geçiniz.)

- Evet
- Hayır

21) Cevabınız “Evet” ise kanser taramasının kim tarafından önerildiğini belirtiniz.

- Aile hekimi
- Diğer branş hekimi (.....)
- Aile sağlığı çalışanı
- Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

22) Ulusal Kanser Tarama Programları hakkında bilginiz var mı? (Cevabınız “Hayır” ise lütfen 25.soruya geçiniz.)

- Evet
- Hayır

23) Cevabınız “Evet” ise hangi kanser tarama programı hakkında bilginiz olduğunu belirtiniz.

- Meme
- Serviks (Rahim ağzı)
- Kolon (Kalın barsak)

24) Cevabınız “Evet” ise kanser tarama programları hakkında bilgiyi nereden aldınız?

- Aile hekimi
- Diğer branş hekimi (.....)
- Sağlık çalışanı
- TV/Medya
- Arkadaş/Komşu/Tanıdık
- Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

25) Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi’ni (KETEM) daha önce hiç duydunuz mu?

- Evet
- Hayır

26) Kanser taraması yaptırdınız mı? (Cevabınız “Hayır” ise lütfen 29. soruya geçiniz.)

- Evet
- Hayır

27) Cevabınız “Evet” ise hangi kanser taramasını yaptırdınız?

- Meme
- Serviks (Rahim ağzı)
- Kolon (Kalın barsak)

28) Cevabınız “Evet” ise hangi kuruluştaki yaptırdınız?

- Aile Sağlığı Merkezi
- Devlet Hastanesi
- KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi)
- Özel Hastane / Muayenehane
- Diğer.....

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (Konya-2019)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve "Tamamen katılıyorum", "Biraz katılıyorum", "Ne katılıyorum, ne katılmıyorum", "Biraz katılmıyorum", "Hiç katılmıyorum" seçeneklerinden sizin için en uygun olanın yer aldığı kutucuğu işaretleyiniz.

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen Katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
5	Kanser tarama testi yaptırımda sonuçları takip ederim.					
6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					
8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yapma ihtimalimi artırır.					
9	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yapma ihtimalimi arttırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırım.					
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırım.					
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					
17	Kanser taraması yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmamasından korkarım.					
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					
21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					
23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yapma gereği duymam.					
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği (Konya-2023)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve “Doğru”, “Yanlış”, “Bilmiyorum” seçeneklerinden sizin için en uygun olanın yer aldığı kutucuğu işaretleyiniz.

Yeni Sıra No	İfadeler	1: Doğru	2: Yanlış	3: Bilmiyorum
1	Kanser taramaları kanseri belirti vermediği erken dönemde saptamak amacıyla yapılır.			
2	Kanser taramaları kişilerin kanserden ölme riskini arttırır.			
3	Kanser taramaları sırasında saptanan kanserlerin tedavisi daha kolay yapılabilir.			
4	Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı bulunmaktadır.			
5	Kalın barsak kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır.			
6	Meme kanseri taraması yapılan kanserlerden biridir.			
7	Rahim ağzı kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır.			
8	Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) yapılmaktadır.			
9	Kanser taramaları ücretsizdir.			
10	Şikâyeti olmayan kişilerin kanser taramalarına katılması gerekli değildir.			
11	Kalın barsak kanseri dışkıda gizli kan testi ile taranır.			
12	Dışkıda gizli kan testi her iki yılda bir defa yaptırılmalıdır.			
13	Her on yılda bir kolonoskopi tetkiki yaptırmak kalın barsak kanseri taraması için gereklidir.			
14	50-70 yaş arasındaki her kadın ve her erkek kalın barsak kanseri açısından tarama yaptırılmalıdır.			
15	Meme kanseri mamografi ile taranmaktadır.			
16	Mamografi her iki yılda bir defa çektilmelidir.			
17	40-69 yaş arası her kadın meme kanseri açısından taranmalıdır.			
18	Her kadın 20 yaşından başlayarak kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.			
19	Kendi kendine meme muayenesi her ay yapılmalıdır.			
20	Her kadın 20 yaşından başlayarak doktora giderek meme muayenesi yaptırmalıdır.			
21	Kendi kendine meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayabilir.			
22	Doktorun yaptığı meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayamaz.			
23	Rahim ağzı kanseri, simir (rahim ağzı sürüntü) testi ile taranır.			
24	Her beş yılda bir genital siğil virüsü (Human Papilloma Virus) testi yaptırmak rahim ağzı kanseri taramasında kullanılan bir yöntemdir.			
25	30-65 yaş arası her kadın rahim ağzı kanseri için tarama yaptırmalıdır.			

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Müsemma	Soyadı	Bolat
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi		2020
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Pratisyen hekim	Çorum Merkez TSM		2020-2021
Araştırma görevlisi	Sakarya Üni. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD		2021-halen
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta