



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ HASTALARDA KANSER
TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMUN VE KANSER
DAMGALAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. TÜRKAN SEVGİN GÜMÜŞKAPTAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2023



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ HASTALARDA KANSER
TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMUN VE KANSER
DAMGALAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Türkan Sevgin GÜMÜŞKAPTAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Şennur DABAK

SAMSUN-2023

TEŞEKKÜR

Halk sağlığı asistanlığına başladığım ilk günden itibaren gerek mesleki gerek hayat tecrübelerini aktarıp bana yol gösteren ve destek olan, ğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli hocam ve anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. şennur DABAK’a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım, Prof. Dr. Cihad DÜNDAR, Prof. Dr. Ahmet Tevfik SÜNTER, Doç. Dr. Özlem TERZİ ve Doç. Dr. Hatice Nilden ARSLAN’a,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım ve asistanlık sürecim boyunca beraber güzel anılar biriktirdiğim yolumun keşiştiği tüm çalışma arkadaşlarıma,

Her zaman beni destekleyen, sabrını benden esirgemeyen ve hiçbir zaman yalnız bırakmayan kız kardeşlerim Cansu MüFTüOğLU, Kübra KOCATEPE ve Elif SAZAK UYGUL’a,

Hayatımın iyi ve kötü her anında yanımda olan, maddi ve manevi desteğiyle beraber verdiğim her kararda yanımda olan ve başarılarımla gurur duyan kıymetli annem Sevinç BYKBAY, kıymetli babam Engin Erim BYKBAY ve biricik kardeşim Zeynep yk BYKBAY’a,

Son olarak beraber yürüdüğüm, beraber büyüdüğüm, her zorluğun üstesinden birlikte geldiğim, hayatı benim için kolaylaştıran ve aynı geleceğe ilerlediğim yol arkadaşım sevgili eşim ağrı GMşKAPTAN’a,

En içten duygularımla sonsuz teşekkür ederim.

Haziran, 2023

Dr. Türkan Sevgin GMşKAPTAN

BEYAN

“Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastalarda Kanser Taramalarına Yönelik Tutumun ve Damgalamasının Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Türkan Sevgin GÜMÜŞKAPTAN

ÖZET

Amaç: Sosyal reddedilme ya da değersizleştirme olarak tanımlanan damgalama, hayatı tehdit eden kanser ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada, üniversite hastanesine başvuran hastaların kanser taramalarına yönelik tutumlarının, kanser damgalama düzeylerinin ve bu değişkenlerle ilişkili olabilecek özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalar oluşturdu. Araştırma 25.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında 463 katılımcı ile gerçekleştirildi. Katılımcılara sosyodemografik ve bazı sağlık özellikleri ile ilgili sorular, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kanser Damga Ölçeği sorularını içeren anket uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $44,3 \pm 13,1$ yıl olup, 240'ı (%51,8) erkek ve 223'ü (%48,2) kadındı. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin puan ortancası 100 ve Kanser Damga Ölçeği puan ortancası 52 idi. Katılımcıların sigara kullanım durumu ve cinsiyetlere göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark vardı ($p < 0,05$). Lisansüstü mezunu olanların lise mezunu olanlara göre, sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre ve geliri giderine eşit veya fazla olanların geliri giderinden az olanlara göre Kanser Damga Ölçeği puanı istatistiksel olarak daha düşük bulundu ($p < 0,05$). Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanının her bir birim artışının kanser damgalamasını 0,96 kat azalttığı ($p = 0,001$), erkek cinsiyetin 1,80 kat ($p = 0,021$), sigara kullanımının 2,36 kat ($p = 0,001$), gelir durumunun kötü olmasının 1,84 kat ($p = 0,017$) ve güneşten korunmanın 1,87 kat ($p = 0,022$) kanser damgalamasını artırdığı saptandı.

Sonuç: Kanser taramalarına yönelik olumlu tutum kanser damgalamasını azaltmaktadır. Toplumda kanser taramalarına yönelik farkındalığın artırılarak kanser damgalamasının azaltılması için kanser eğitimi ve bilinçlendirme kampanyalarını kapsayan toplum sağlığı politikaları geliştirilebilir.

Anahtar Sözcükler: Kanser, damgalama, kanser taramaları, tutum

ABSTRACT

Objective: Stigma, defined as social rejection or devaluation, has been associated with life-threatening cancer. In this study, it was aimed to determine the attitudes of patients who attended a university hospital towards cancer screening, their levels of cancer stigma, and the characteristics that may be associated with these variables.

Materials and Methods: The universe of this cross-sectional study consisted of patients aged 18 and above who visited the Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center outpatient clinics. The study was conducted between March 25, 2022, and May 15, 2022, with a total of 463 participants. The participants were administered a questionnaire consisting of sociodemographic and specific health-related questions, the Cancer Screening Attitude Scale, and the Cancer Stigma Scale.

Results: The mean age of the participants was $44,3 \pm 13,1$ years, of which 240 (51,8%) were male and 223 (48,2%) were female. The median score of the Attitude Scale towards Cancer Screening was 100 and the median score of the Cancer Stamp Scale was 52. There was a statistical difference between the participants' smoking status and scale scores according to gender ($p < 0,05$). The Cancer Stamp Scale score was found to be statistically lower for those with a graduate degree than those with a high school degree, those without health insurance, and those with an income equal to or more than their expenses compared to those whose income is less than their expenses ($p < 0,05$). It was determined that while each unit increase in the attitude scale score towards cancer screenings decreased cancer stigma 0,96 times ($p = 0,001$), male gender increased 1,80 ($p = 0,021$), smoking 2,36 ($p = 0,001$), poor income 1,84 ($p = 0,017$), and sun protection 1,87 times ($p = 0,022$).

Conclusion: Having a positive attitude towards cancer screenings reduces cancer stigma. Public health policies, including cancer education and awareness campaigns, can be developed to reduce cancer stigma by increasing awareness of cancer screening in society.

Keywords: Cancer, stigma, cancer screenings, attitude

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser Tanımı.....	4
2.2. Kanser Tarihçesi	5
2.3. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	6
2.3.1. Yaş.....	7
2.3.2. Cinsiyet.....	7
2.3.3. Genetik faktörler.....	7
2.3.4. Beslenme	8
2.3.5. Fazla kiloluluk ve obezite.....	9
2.3.6. Tütün ve tütün ürünleri.....	9
2.3.7. Alkol kullanımı.....	10
2.3.8. Fiziksel aktivite	10
2.3.9. Enfeksiyöz ajanlar	11
2.3.10. Çevresel faktörler.....	11
2.4. Kanser Epidemiyolojisi.....	12
2.5. Dünyada Kanser	12
2.6. Türkiye’de Kanser.....	13
2.7. Halk Sağlığı ve Kanser	15
2.8. Halk Sağlığı Bakış Açısı ve Koruma	15
2.8.1. Temel (Primordial) koruma.....	16
2.8.2. Birincil (Primer) koruma	17
2.8.3. İkincil (Sekonder) koruma.....	17
2.8.4. Üçüncül (Tersiyer) koruma	18
2.8.5. Dördüncül (Kuaterner) koruma	18
2.9. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler	18
2.10. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler	19
2.11. Kanser Taramaları.....	19
2.11.1. Tarama yapılan kanserler.....	20
2.12. Türkiye’de Kanser Taramaları	23
2.12.1. Türkiye Ulusal Kanser Kontrol Programı.....	23
2.13. Tutum Kavramı	27
2.14. Damgalama Kavramı ve Kanser	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	35

3.4.1.	Bağımlı değişkenler.....	35
3.4.2.	Bağımsız değişkenler	35
3.5.	Araştırmanın Hipotezleri.....	36
3.6.	Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri	36
3.6.1.	Veri toplama araçları	36
3.6.2.	Veri toplama yöntemi	38
3.7.	Verilerin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz.....	39
3.8.	Etik Kurul Onayı ve İzinler.....	41
4.	BULGULAR.....	42
4.1.	Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular	42
4.2.	Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
4.3.	Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Damga Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
4.4.	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı ile Kanser Damga Ölçeği Puanı ve Her Bir Alt Boyut Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	53
4.5.	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile Kanser Damga Ölçeği ve Her Bir Alt Boyutun Güvenirliğinin Değerlendirilmesi	54
5.	TARTIŞMA	56
6.	SONUÇ VE ÖNERİ.....	68
7.	KAYNAKLAR	72
8.	EKLER.....	92
8.1.	Ek 1. KDÖ Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	92
8.2.	Ek 2. KDÖ Alt Boyutlarının Bazı Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı.	93
8.3.	Ek 3. Anket Formu	95
8.4.	Ek 4. Tez Çalışması Orijinallik Raporu	100
8.5.	Ek 5. Etik Kurul Onay Belgesi.....	101

KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
CMV	: Sitomegalovirüs
CPG	: Kanseri Yatkınlık Genleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBV	: Epstein-Barr Virüs
GGK	: Gaitada Gizli Kan
GLOBOCAN	: Küresel Kanser Gözlemevi
HBV	: Hepatitis B Virüs
HCV	: Hepatitis C Virüs
HHV-8	: İnsan Herpes Virüsü Tip 8
HPV	: İnsan Papilloma Virüsü
HTLV	: İnsan T-Hücresi Lenfotropik Virüsü
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
KDÖ	: Kanser Damga Ölçeği
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KTYTÖ	: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NHS	: Ulusal Sağlık Sistemi
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
UV	: Ultraviyole
VKİ	: Vücut Kütle İndeksi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kanser gelişiminde izlenen süreçler. Kronik inflamasyon, irritasyon veya lokal stimüle edici faktörlere cevap olarak hiperplazi gözlemlenebilmektedir; displazide ise hücre büyüklüğü, şekli ve hücrelerin boyanma karakteristiğinde değişimler izlenir; değişimlerin daha şiddetli hale geldiği karsinoma in situ’da, hızlı ve kontrolsüz bir şekilde çoğalan neoplastik hücreler lokalize kalır; invaziv karsinomda ise kanser hücreleri bitişik dokunun yanında, tümör içinde veya etrafındaki kan ve/veya lenf damarlarına invazyon gösterebilmektedir. Bu şekil BioRender.com’da, “Srivastava vd. 2018” (26) ve “Dionne vd. 2015” (27) yayınlarındaki şekiller temel alınarak oluşturulmuştur.....	5
Şekil 2. Varyantları, insanda artmış kanser riskiyle ilişkilendirilmiş kanser yatkınlık genleri ve bu genlerin organ ve dokulardaki dağılımları. Bu şekil BioRender.com’da “Toss vd. 2022” (43) yayınında paylaşılan şekilden uyarlanılarak hazırlanmıştır	8
Şekil 3. Türkiye’de meme kanseri taramasında mamografi algoritması. Bu şekil T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı tarama süreci algoritması (139) esas alınarak BioRender.com’da oluşturulmuştur	25
Şekil 4. Türkiye’de serviks kanseri taramasında HPV algoritması. Bu şekil T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı tarama süreci algoritması (139) esas alınarak BioRender.com’da oluşturulmuştur	26
Şekil 5. Türkiye’de kolorektal kanser taramasında GKG testi algoritması. Bu şekil T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı tarama süreci algoritması (139) esas alınarak BioRender.com’da oluşturulmuştur	27
Şekil 6. Araştırma katılımcı şeması. Bu şekil BioRender.com’da oluşturulmuştur. .	33
Şekil 7. Katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklerin uygulama koşullarına uygun olarak dağılımları.	34

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünya genelinde her iki cinsiyet ve tüm yaşlardaki toplam tahmini kanser yeni vaka sayısı (96).....	13
Tablo 2. Dünya genelindeki erkek cinsiyette yeni kanser vakası sayısı (96).....	13
Tablo 3. Dünya genelindeki tüm yaş gruplarındaki kadınlarda tahmini yeni kanser vakası sayısı	13
Tablo 4. Türkiye’de ölüm nedenleri dağılımı.....	14
Tablo 5. Türkiye’de her iki cinsiyette tahmini yeni vaka sayısı.....	14
Tablo 6. Türkiye’de erkek nüfusunda tahmini yeni kanser vakası sayısı.....	14
Tablo 7. Türkiye’de kadın nüfusunda tahmini yeni kanser vakası sayısı.....	15
Tablo 8. Araştırmada ziyaret edilen klinik bölümler ve yan dal polikliniklerinin isimleri	35
Tablo 9. Kanser damga ölçeği alt boyutları.....	38
Tablo 10. Cronbach Alfa değerleri.....	40
Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı (n=463)	43
Tablo 12. Katılımcıların sağlıkla ilgili bazı özellikleri (n=463)	44
Tablo 13. Kronik hastalığı olan katılımcıların dağılımı (n=212)	45
Tablo 14. Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı ve kanser varlığı dağılımı (n=463)	45
Tablo 15. Ailede kanser hastalığı olan katılımcıların yakınlarındaki kanser dağılımı (n=192).....	45
Tablo 16. Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırma durumu (n=463).....	46
Tablo 17. Tarama yapılan kanserlerin türlerinin dağılımı (n=161)	46
Tablo 18. Katılımcıların kanser tanısı dağılımı (n=463)	46
Tablo 19. KTYTÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı (n=393)	47
Tablo 20. KTYTÖ puanlarının bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı (n=393)	48
Tablo 21. KTYTÖ puanlarının ailede sağlık çalışanı varlığına göre karşılaştırılması (n=393).....	48
Tablo 22. KDÖ alt boyutlarının puan ortancaları (n=409).....	49
Tablo 23. KDÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı (n=409).	50
Tablo 24. KDÖ puanlarının bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı (n=409)	52
Tablo 25. KDÖ puanlarının ailede sağlık çalışanı varlığına göre karşılaştırılması (n=409).....	53
Tablo 26. KTYTÖ puanı ile KDÖ puanı ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon	53
Tablo 27. KTYTÖ ile KDÖ ve her bir alt boyutu için Cronbach Alfa değerleri	54
Tablo 28. Kanser damgalama düzeyinde etkili olabilecek faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon modeli.....	55

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tanıma göre kanser; anormal hücrelerin normal sınırları aşarak vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve/veya diğer organlara yayılabilen büyük bir hastalık grubudur (1). Diğer bir tanımla ise kanser, zaman içinde hücrelerin kontrolsüz bölünmesiyle oluşur ve vücutta bulunan hemen hemen her dokudan gelişebilir. Kanser 100'den fazla farklı türü ve her türün kendine has özellikleri vardır (2).

Kanserin, 21. yüzyılda dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biri ve ortalama yaşam süresinin uzamasındaki en önemli engel olması beklenmektedir (3). Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute) tarafından insanların yaklaşık %40'nın yaşamları boyunca kanser teşhisi alacağı tahmin edilmektedir (4). DSÖ dünya genelinde; 2025 yılında 21,9 milyon, 2030 yılında 24,6 milyon ve 2040 yılında ise 30,2 milyon yeni kanser vakası görülebileceğini tahmin etmektedir (5). Türkiye'de ise iyi ve kötü huylu tümörler, 2020 ve 2021 yılında ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (6). Kanser, morbidite ve mortalite üzerinde olduğu kadar yaşam kalitesi üzerinde de önemli bir hastalık olmaya devam etmektedir (7). Kanser yükü, insidans ve mortalite oranlarındaki artışla birlikte küresel olarak artmaktadır (8).

Kanser hastalığı, daha iyi teşhis ve tedavi seçenekleri nedeniyle birçok insanın yıllarca hatta on yıllarca birlikte yaşayabileceği kronik bir hastalık olarak görülmektedir (4). Kanser, bireye ve topluma sosyal, ekonomik yük getirmekte, ayrıca manevi kayıplara neden olmaktadır. Kanserlerin var olan risk faktörlerinden kaçınarak ve kanıta dayalı önleme politikaları uygulanarak %30 ile %50'sinin önlenilebileceği tahmin edilmektedir (9). En uygun maliyetli politika, kanser kontrolü için önleme çalışmalarını uzun vadede sunmaktadır. Kanser yükü; bireyler, aileler, toplumlar ve sağlık sistemleri üzerinde çok fazla fiziksel, duygusal ve mali baskı uygulayarak büyümeye devam etmekle birlikte erken teşhis ve kanser hastalarının yönetimiyle azaltılabilmektedir. Kanser erken teşhis edildiğinde tedaviye yanıt verme ihtimali daha yüksektir, bu da daha yüksek hayatta kalma olasılığı, daha az morbidite ve daha az maliyetli tedavi ile sonuçlanmaktadır (1). Kanser ın erken teşhisinde iki yaklaşım bulunmaktadır; birincisi kansere bağlı şikayetler ortaya çıktıktan sonra bireylerin bazı

tetkiklerle erken teşhis edilmesi, ikincisi ise henüz hiçbir şikâyeti olmadan, görünüşte sağlıklı bireylerin tarama testleri ile erken teşhis edilmesidir (10).

Kanserle ilgili olumsuz tutumlardan biri, kanserin genellikle acı ve ölümle eş anlamlı olmasıdır. Dünyada pek çok yerde kanser hastaları ailesi ve çevresi tarafından damgalanabilmektedir (11). Damgalama, belirli bireylerin algılanan olumsuz bir özellikleri nedeniyle etiketlenmesini ve yargılanmasını içeren, değersizleştirme, itibarsızlaştırma ve varsayılan ahlaki başarısızlıkla sonuçlanan bir süreçtir. Farklılıklar; damgalanan bireylere öfke, kaygı, acıma ve korku gibi duygusal tepkiler yoluyla da vurgulanmaktadır. Bu tepkiler, kişiler arası etkileşimde sosyal kabul kaybı, reddedilme, onaylanmama gibi etkilerle birlikte yapısal ayrımcılıkların da ortaya çıkardığı kısıtlı istihdam ve barınma gibi davranışsal sonuçlara neden olabilir (12). Damgalama, sağlık olayları arasında hastalık taramalarına düşük katılım, teşhis konulduktan sonra tedaviye devam etmeme, ilaca uyumda sorunlar, sosyal destek eksikliği, mental sağlık sorunları ve kanser gibi birçok sağlık durumu için olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (8). Sağlıkla ilgili damgalama genellikle sosyal ve finansal sınırlamaya, hizmetlerin reddedilmesine ve tedavinin durdurulmasına neden olabilmektedir (13). Türk toplumunun bir bölümü kültürel sağlık inançları nedeniyle “kanser ölümcüldür”, “kanser tedavi edilemez”, “kanser hastaları engellidir”, “kanser hastaları işlerine dönemezler” ve “kanserli kişi beceriksiz bir kişidir” gibi bir bakış açısına sahiptir. Tüm bu inanç ve söylemler, kanser hastasının kendisini etiketlenmiş ve dışlanmış hissetmesine, toplumun da kanser hastalarına ayrımcılık yapmasına olanak sağlamaktadır (14). Türkiye’de kanser damgalamasının belirtileri, ev veya toplum içinde sosyal izolasyon, dedikodu ve sözlü taciz, azalan evlilik olasılıkları ve ev içinde ayrı yemek alanları ve bulaşık yıkama kapları, giysiler ve yaşam alanları gibi fiziksel ayrılıklar arasında değişmektedir (15).

Kanser türü ve kültürel özelliklere bağlı olarak algılanan damgalanma yaygınlığı %13 ile %80 arasında büyük farklılıklar göstermektedir (16). Amerika Birleşik Devletleri, Japonya, İngiltere, Kore ve Tayland’da yapılan çalışmalarda yüksek kanser damgalaması prevalansı raporlanmıştır (11). Damgalama, hastalıkların önlenmesi, akut ve kronik durumların tedavisi ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek amacıyla destek hizmetleri arayanlar için engeldir (17). Hastalık kontrolünün ana ilgi alanları olan

tarama ve tedavinin etkinliğini etkilediği ve hastalık yüküne katkıda bulunduğundan, damgalama halk sağlığının öncelikli ilgi alanı haline gelmektedir (18-20).

Bu alışmada; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kanser taramalarına yönelik tutumları, kanser damgalama düzeyleri ve bunlarla ilişkili olabilecek özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı

Kanser, vücuttaki bazı hücrelerin büyüme özelliklerinin bozulması ile kontrolsüz bir şekilde bölünüp çoğalabildiği ve vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen büyük bir hastalık grubu için kullanılan terimdir (9, 21).

Kanser yerine kullanılabilen diğer terimler; kötü huylu (malign) tümör ve neoplazm terimleridir (9). Kanser tanımıyla ilgili özelliklerinden biri yakındaki dokulara yayılması, dokuları istila etmesi ve vücutta diğer organlara ulaşarak yeni anormal hücreler oluşturarak çoğalmasındır (22). Bu olay metastaz olarak isimlendirilir ve kanser kaynaklı ölümlerin en önemli nedenidir (23).

Kanser, kanser öncesi lezyondan (pre-kanseröz lezyon) kötü huylu tümöre ilerleyen çok aşamalı bir süreçten oluşur. Bu süreçte çevresel ve genetik faktörlerin etkisiyle normal hücreler kanser hücrelerine dönüşür (9, 24).

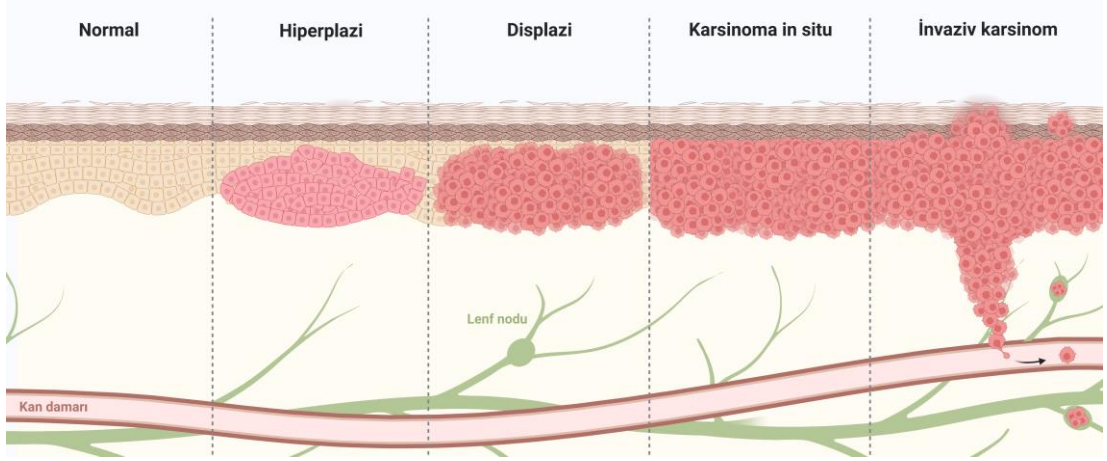
Vücut dokularında meydana gelen her değişim kanser değil, fakat bu değişimler tedavi edilmezse kanser oluşturabilir. Kanser oluşumunda izlenebilen değişimler;

Hiperplazi: Hücre sayısı belirgin ve düzenli bir şekilde artar;

Displazi: Nükleer ve sitoplazmik boyut, şekil ve histolojik boyanma özelliklerinde değişimler izlenir;

Karsinoma in situ: Displazide gözlemlenen değişimler şiddetlenir ve etkilenen hücre popülasyonu organotipik düzen paternini yitirse de dokuda orijinal sınırları içerisinde kalır. Malignitenin primitif formu olarak kabul edilen karsinoma in situ, invaziv kansere progresyon gösterebilmektedir;

İnvaziv karsinom: Orijinal doku sınırları ötesine yayılmış ve vücudun diğer bölümlerine yayılabilen (metastatik) kanserdir (25).



Şekil 1. Kanser gelişiminde izlenen süreçler. Kronik inflamasyon, irritasyon veya lokal stimüle edici faktörlere cevap olarak hiperplazi gözlemlenebilmektedir; displazide ise hücre büyüklüğü, şekli ve hücrelerin boyanma karakteristiğinde değişimler izlenir; değişimlerin daha şiddetli hale geldiği karsinoma in situ’da, hızlı ve kontrolsüz bir şekilde çoğalan neoplastik hücreler lokalize kalır; invaziv karsinomda ise kanser hücreleri bitişik dokunun yanında, tümör içinde veya etrafındaki kan ve/veya lenf damarlarına invazyon gösterebilmektedir. Bu şekil BioRender.com’da, “Srivastava vd. 2018” (26) ve “Dionne vd. 2015” (27) yayınlarındaki şekiller temel alınarak oluşturulmuştur

2.2. Kanser Tarihçesi

İnsanlarda en erken kanserli oluşumlar, M.Ö. 1.500'e kadar uzanan Mısır ve Peru mumyalarında keşfedilmiştir. Belgelenen bilimsel en eski yayılmış kanser olgusu, Güney Sibirya bozkırlarında 2.700 yıl önce yaşayan 40-50 yaşındaki İskit kralının olgusudur. Modern mikroskopik ve proteomik yöntemlerle yapılan çalışmalar, yayılmış iskelet lezyonlarının doğasını ve bu lezyonların prostat kanseri kaynaklı olduğunu doğrulamıştır (28).

Tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat (M.Ö. 460–360), vücuttaki kitleleri tanımlamak için “onkos”; ülserleşen, ağrılı, sıcak, farklı karakterdeki yavaş büyüyen dokuları da tanımlamak için de “karnikos” veya “karkinoma” ifadelerini kullanmıştır. Galen (M.S. 29–200) ise bu dokulara görünümlerini yengece benzettiği için “kanser” adını vermiştir (29, 30).

Galen ayrıca yalnızca kanserlere ayrılmış ilk yazılı antik belgede kanserleri doğaya ve yerçekimine göre sınıflandırmıştır. Avenzoar (İbn-i Zühr) (1094-1162), ilk olarak özofagus ve mide kanseri semptomlarını tanımlamış ve hastaları hayatta tutmak için beslenme lavmanları önermiştir (28).

Avrupa’da Rönesans döneminde kanser ile ilgili yeni bilgiler edinilmiştir. Cerrah Ambroise Paré (1510-1590), kötü huylu tümör tanımını olarak “meydana geldiği yerin elemanlarından oluşan etin aşırı büyümesi” ifadesini kullanmıştır. Paré, kanserin kadınlarda daha çok görüldüğünü ve meme kanserinin koltuk altındaki gangliyonlar aracılığıyla vücuttaki başka dokulara yayıldığını belirtmiştir. Gabriele Fallopius (1523-1562), iyi huylu ve kötü huylu tümörler arasındaki klinik farklılıkları tanımlamıştır. Henri François Le Dran (1685-1770), kanserin lenfatik kanallar yoluyla yayılmasının ameliyat edilemez ve ölümcül hale geldiğini öne sürmüştür. Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) meme, mide, rektum ve pankreas kanserinden ölen 700 hastanın otopsisini rapor etmiştir. Otopsi çalışmaları ile günümüzde bilinen kanser türlerinin birçoğunu tanımlamış, birincil (primer) ve ikincil (sekonder) tümörleri birbirinden ayırmıştır (28, 31).

Nöroanatomist Pierre Paul Broca (1824-1880) “Kanserin Patolojik Anatomisi Üzerine Deneme (Mémoire sur l’anatomie pathologique du cancer)” isimli eserinde, kanser evrelemesi ve prognozu için deneysel bir temel sağlamıştır (28). Broca, eşinin ailesinde olan 15 kişide görülen meme kanseri öyküsünü raporlamıştır ve bu durumun kansere kalıtsal yatkınlığın kanıtı olduğunu ileri sürmüştür (32).

Türk tıp tarihinde ise kanser ilk defa Tarsuslu Osman Hayri Efendi’nin “Kenzü’s Sıhhati’l Ebdaniye” (1298) isimli eserinde fındık ya da küçük yumru büyüklüğünde, ağırlı ve etrafı damarlı bir oluşum olarak tanımlanmış ve “seretan” ismi verilmiştir. İshak bin Murad’ın “Havasül Edviye” (1390) isimli eserinde seretan tedavisinde günlük tedavi, Şerafeddin Sabuncuoğlu “Cerrahiye-i İlhaniye” isimli eserinde (1465) ise tedavi olarak seretanın çevresinin dağlanıp kitlenin kesilmesini önermiştir (31).

2.3. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Günümüzde kanser gelişimini açıklayan biyolojik mekanizmalar, tüm kanserlerin hem genetik hem de çevresel kaynaklı olduğunu gösterir. İnsanda olan genetik değişikliklerle birlikte birden fazla çevresel faktörün etkisiyle kanserler oluşmaktadır (33).

Kanser riskini artıran bu faktörler değiştirilemeyen ve potansiyel olarak değiştirilebilen risk faktörleri olarak gruplanabilir (34).

Değiştirilemeyen risk faktörleri; yaş, cinsiyet ve genetik mutasyonlardır. Değiştirilebilen risk faktörlerine ise tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve enfeksiyonlar örnek verilebilir. Bu risk faktörleri kanser gelişimini başlatmak ve/veya desteklemek için aynı anda veya sırayla etki edebilir (34, 35).

2.3.1. Yaş

Kanser, her yaşta gelişebilme potansiyeline sahip olsa da, çoğu kanserin gelişme riski yaşla birlikte artar ve orta yaşlardan itibaren daha hızlı bir şekilde yükselir. Bir kişinin yaşamı boyunca farklı kanser türleri tanısı alma riski değişiklik gösterebilir. Tüm kanserler için toplam risk, 70 yaşına kadar artış gösterir ve daha sonra hafifçe azalır. İlginç bir şekilde, daha uzun ömürlü yetişkinlerin kansere yakalanma olasılığı daha düşüktür. Kanser, 90 yaşından sonra hastalık veya ölüm nedeni olarak nadir bir durumdur.

Kanser yaşa bağlı bir hastalık olarak kabul edilir, çünkü hücreler zamanla hasar görebilir. Yaşlandıkça, hücrelerde hasarın oluşması için daha fazla zaman vardır. Bu hasar daha sonra birikebilir ve bazen bu hasarın bir kısmının kansere neden olma olasılığı da artar (36, 37).

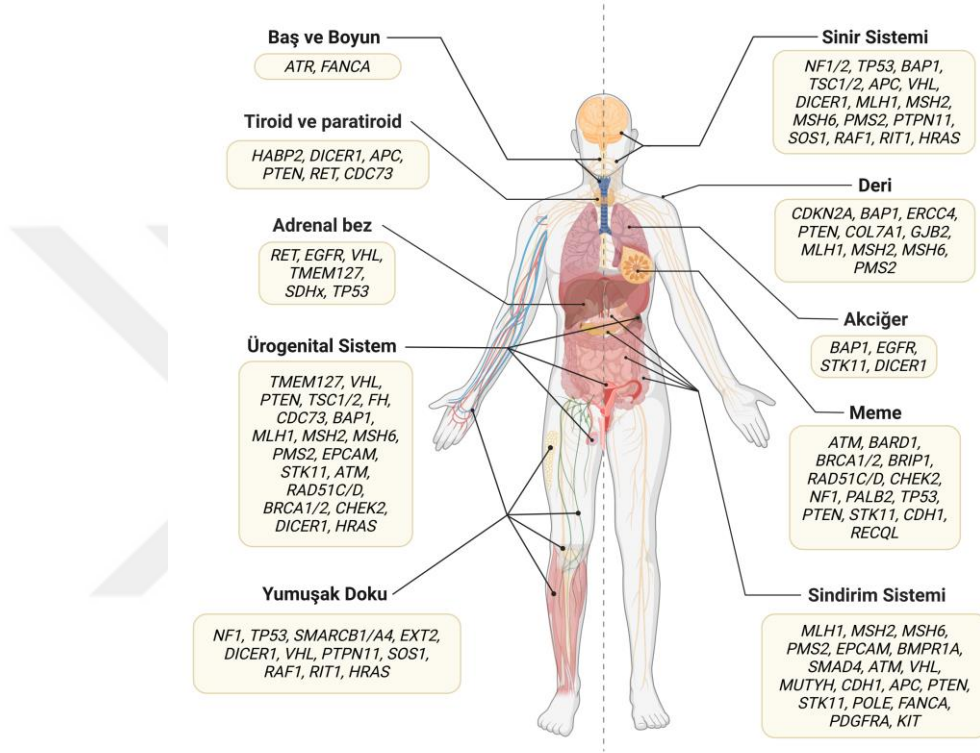
2.3.2. Cinsiyet

Erkek cinsiyette kanser gelişme riski kadın cinsiyete oranla daha yüksektir. Bu farklılığın nedeni genetik/moleküler düzeydeki düzenlemelere ve östrojen gibi seks hormonlarına bağlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam boyu kanser gelişme riski erkek cinsiyet için %40,2 ve kadın cinsiyet için ise %38,5 olarak hesaplanmıştır (34, 38, 39).

2.3.3. Genetik faktörler

Genetik, kanserin çok faktörlü oluşumunda önemli bir etiyolojik faktördür (40). Kansere genetik yatkınlık, ilk olarak sıra dışı ailesel kanser kümelenmelerinin gözlemlenmesi yoluyla bilinmektedir (32). Kanser olgularının %10'unun kalıtsal genetik değişikliklere bağlı olduğu tahmin edilmektedir (41). Özellikle DNA onarım genlerini, hücre döngüsü düzenleyicilerini ve hücre ölüm yollarını etkileyen mutasyonlar kanserlerin başlıca genetik nedenleridir (40). Germline mutasyonlarının orta veya yüksek derece artan kanser riski verdiği genlere, kanser yatkınlık genleri

(cancer predisposition genes-CPG) denir (32). Bu genlerin mutant bir alelini taşıyan bireyler kansere karşı artan bir duyarlılığa sahiptir (42). Yüksek oranda kanser görülen aile üyelerinin genetik analizi, kanser geliştirme riskini artıran varyantların tanımlanmasını sağlamıştır (41). Kanser yatkınlık genlerinin klinik kullanımı; kanser teşhisi, kanserin önlenmesi ve uygun yönetimi ile genetik danışmanlığın ilerlemesinde etkili olmuştur (32, 41).



Şekil 2. Varyantları, insanda artmış kanser riskiyle ilişkilendirilmiş kanser yatkınlık genleri ve bu genlerin organ ve dokulardaki dağılımları. Bu şekil BioRender.com'da "Toss vd. 2022" (43) yayınında paylaşılan şekilden uyarlanılarak hazırlanmıştır

2.3.4. Beslenme

Sağlıklı beslenme, vücudumuza gerekli olan karbonhidrat, protein, yağ, mineral ve vitamin gibi besin öğelerinin dengeli ve yeterli miktarda alınmasıdır (44). Gıda güvenliği ile ilgili sorunlar, işlenmiş gıdalara kolay ulaşım, yemek yemeye ayrılan sürenin kısalması gibi nedenlerle günümüzde yeme alışkanlıkları değişmektedir (45). Ülkelerde değişen seviyelerde mikro besin eksiklikleri, yetersiz beslenme ve obezite gibi sorunlar görülmektedir (46). Beslenme, kanser oluşumuna neden olabilecek değiştirilebilen faktörlerden biri olarak görülmekte ve beslenme alışkanlıkları bütün

kanserlerin yaklaşık %33'ünün oluşumunda yer almaktadır (45, 47, 48). Hiçbir gıdanın tek başına kanseri önleyebilecek özelliği yoktur (47). Sağlıklı beslenme, yeterli ve dengeli bir diyet kanser riskini azaltabilir. Sağlıklı bir beslenme için; besin değeri yüksek gıdalar, çeşitli sebze ve meyveler, tam tahıllı ve lifli gıdalar tüketmek, işlenmiş gıdalardan kaçınmak, yüksek kalorili ve şekerli besinlerden uzak durmak, tuz tüketimini sınırlamak önerilmektedir (47, 49, 50).

2.3.5. Fazla kiloluluk ve obezite

Obezite, vücutta sağlık açısından risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimidir. Vücut kütle indeksi (VKİ), bel çevresi ölçümü gibi antropometik ölçümler obezite değerlendirilmesinde kullanılır (51, 52). Vücut kütle indeksi, bir kişinin ağırlığının kilogram (kg) cinsinden, boyunun metre (m) cinsinden karesine bölünmesi (kg/m^2) ile hesaplanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yetişkinler için yaptığı sınıflandırmada VKİ 25-29,9 kg/m^2 olanlar fazla kilolu, 30 kg/m^2 veya üzeri olanlar ise obezite sınıfındadır (53). Dünya genelinde 650 milyon yetişkin, 340 milyon ergen ve 39 milyon çocuk olmak üzere toplam 1 milyar obez kişi vardır ve bu sayı giderek artmaktadır. DSÖ'nün tahminine göre 2025 yılına kadar 167 milyon kişinin fazla kilolu ve obez olduğu için sağlıkları etkilenecektir (54). Dünya genelinde obeziteye atfedilen kanser yükü erkeklerde %11,9 ve kadınlarda %13,1'dir (55). Fazla kiloluluk ve obezite meme kanseri, kolorektal kanser, pankreas, özofagus ve safra kesesi kanseri, rahim ve yumurtalık kanseri, böbrek ve karaciğer kanseri gibi birçok kanserde risk faktörü olarak yer almaktadır (52, 55, 56). Araştırmalara göre özellikle postmenopozal meme kanseri, kolorektal kanser ve hepatoselüler kanser için obezite, majör risk faktörüdür (55, 57).

2.3.6. Tütün ve tütün ürünleri

Tütün kullanımı, kanserin önlenabilir nedenlerinden biridir (58). Dünya çapında tahminen 1,3 milyar kişi tütün ürünü kullanmaktadır. Bunun çoğunluğu sigara olarak kullanılırken, pipo, nargile, bidi ve e-sigara gibi diğer tütsülenmiş tütün ürünleri ile çiğneme tütün, enfiye gibi dumansız tütün ürünleri de bulunmaktadır (59). Tütün dumanı, raporlara göre 5000'den fazla farklı kimyasal içerir ve bunların 70 tanesi kanserojen olarak kabul edilmektedir (60). Hayvan deneyleri, klinik çalışmalar ve insanlardaki epidemiyolojik çalışmalar dahil edilerek, bu kanserojenler hakkında

kapsamlı araştırmalar yapılmıştır (61). Bu kimyasalların çoğu DNA hasarı oluşturur ve vücutta kansere giden yolu başlatabilir (62). Tüm tütsülenmiş ve dumansız tütün ürünleri kansere neden olmaktadır (59, 63, 64). Dünya genelinde akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık üçte ikisinin sigaradan kaynaklandığı tahmin edilmektedir (65). Sigara içmek akciğer kanseri dışında ağız boşluğu, yutak, gırtlak, yemek borusu, pankreas, mide karaciğer, böbrek, yumurtalık ve miyeloid lösemi gibi ondan fazla sayıda kanser türüne neden olmaktadır (59, 61, 65).

Pasif sigara içiciliği ise bir başkasının tütün dumanını solumaktır ve insanları sigarayla ilişkili hastalıklara karşı yüksek risk altına sokar (66).

Sigara içmek aynı zamanda kanser tedavisini de etkileyebilmektedir. Kanser teşhisi konulduktan sonra sigara içmeye devam edenlerin, gelecekte yeni bir birincil kansere yakalanma olasılığı ve ölüm riski daha yüksektir. Ayrıca kanser tedavisini daha az etkili hale getirebilir ve tedaviden kaynaklanan komplikasyon riskini artırabilir (62).

2.3.7. Alkol kullanımı

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) 1988’de alkollü içecekleri kanserojen olarak sınıflandırdı (67). Dünya genelinde 2020 yılında 740.000’den fazla kanser vakasına alkol tüketimi neden olmaktadır, bu da tüm kanserlerin yaklaşık %4’üne denk gelmektedir (68). Kanıtlar her türlü alkollü içeceğin kanser riski üzerine benzer etkiye sahip olduğunu göstermektedir (69). Önemli olan alkol miktarıdır; kanıtlara göre kişi ne kadar çok alkollü içecek tüketirse alkolle ilişkili kanser geliştirme riski o kadar yüksek bulunmuştur (69, 70). Bazı kanserler için, alkol tüketim eşiği yoktur ve küçük miktar alkol bile birkaç kanser riskini artırabilir (69). Alkol tüketiminin ağız boşluğu, yutak, gırtlak, yemek borusu, karaciğer, kolon, rektum ve kadın meme kanserlerine neden olduğu bilinmektedir (71, 72).

2.3.8. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kaslarını kullanarak dinlenmekten daha fazla enerji gerektiren herhangi bir hareket olarak tanımlanır (73). Yetişkinler için DSÖ tarafından haftada en az 150-300 dakika orta yoğunlukta veya en az 75-150 dakika kuvvetli yoğunlukta ya da bunların kombinasyonu ile fiziksel aktivite tavsiye edilmektedir (74). Fiziksel aktivitenin dolaşımdaki östrojen düzeyinde, insülin direncinde ve inflamasyonda azalma gibi birçok mekanizma ile kanser riskini azaltan etkisi bulunabilmektedir.

Ayrıca vücut yağını özellikle iç organ yağını azaltır, bu da dolaylı olarak kanseri önlemede etkili olabilir (75). Fiziksel olarak aktif olmak ve hareketsiz alışkanlıkları sınırlamak kanseri önlemede yardımcıdır (76). Kolon, meme, endometriyum, mesane, yemek borusu ve mide kanseri riski fiziksel aktivite ile azalmaktadır (49, 74).

2.3.9. Enfeksiyöz ajanlar

Dünya genelinde 2018’de kanser insidansının %13’ü veya 2,2 milyon yeni kanser vakası enfeksiyona atfedilebilir. Kanser vakalarının çoğu dört ana onkojenik enfeksiyöz patojenden kaynaklanır. Bu patojenler; Helicobacter Pylori (H. Pylori), Human Papilloma Virüs (HPV), Hepatitis B Virüs (HBV) ve Hepatitis C Virüs (HCV) (77). H. Pylori mide kanseri ve nadir görülen bir mide lenfoması (78); HPV orofaringeal, serviks ve anogenital kanserler (79); HBV ile HCV hepatoselüler karsinom (77); Epstein- Barr Virüs (EBV) nazofaringeal kanserler, Hodgkin ve Burkitt lenfoma (77, 80); Cytomegalovirus (CMV) mukoepidermoid karsinom (81); Human T-Cell Lymphotropic Virus (HTLV) erişkin T hücreli lösemi ve lenfoma; Human Herpesvirus Type 8 (HHV-8) kaposi sarkomu (77); Schistosoma Haematobium mesane kanseri (82) ve Opisthorchis Viverrini ile Clonorchis Sinensis kolanjiokarsinom için risk faktörü olarak kabul edilir (77).

2.3.10. Çevresel faktörler

DSÖ’nün çevre tanımı birey dışındaki bütün fiziksel, kimyasal ya da biyolojik faktörler ve bunlarla ilişkili bireyin davranışlarıdır. Bu tanımda mantiken değiştirilemez doğal çevreler yoktur (83). Çevresel risk faktörleri, bireysel olarak direkt kontrol edilemeyen etkileri ile toplumu da genel olarak etkilemektedir (45). Bilimsel çalışmalara göre malign tümörlerin temel nedenlerinden biri insan davranışlarından kaynaklanan çevresel faktörlerdir. Çevresel faktörler, malign tümörlerin %80’den fazlasının nedeni olarak tespit edilmiştir (84).

Kanserler içinde cilt kanseri önlenabilen türlerdendir. Güneş ışığındaki ultraviyole (UV) ışınlar ve UV ışın yayan yapay kaynaklar cilt kanserlerinin gelişimine neden olmaktadır (85). Her türlü iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalmak lösemi ve solid tümörler gibi birçok malignite riskini artırır. İyonlaştırıcı radyasyona genç yaşta maruz kalmak veya maruz kalınan miktarın artması riski arttırmaktadır (86). Fiziksel faktörlerden asbest, berilyum tozları ve silika özellikle bu maddelerle çalışanlarda

dikkat edilmesi gereken kanserojen maddelerdir (87). Aflatoksin, arsenik, radon, akrilamid gibi kimyasal maddeler de insanlarda kansere neden olmaktadır (88, 89).

2.4. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisi, kanserin toplumda dağılımını, kişi, yer ve zaman özelliklerini, nedenlerini, risk faktörlerini inceler ve elde ettiği bilgileri kanserin halk sağlığına etkilerini belirlemede, önlenmesinde ve kontrolünde kullanır (90, 91). Kanser insidansı toplumdan topluma ve zaman içinde değişmektedir. Su ve gıda ürünlerindeki temizlik faaliyetlerinin ilerlemesi, antibiyotiklerin keşfi ve aşısındaki ilerlemelerle dünya genelinde enfeksiyon hastalıklarından ölüm azalırken kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm artmıştır (89, 92). Kanser tanısı alan hasta sayısına bakıldığında yıllar içinde artış görülmektedir ve 1970 yılında 3 milyon kişiye tanı konulurken 2019 yılında 17 milyon kişiye tanı konulmuştur (93). Günümüzde kanser dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir (90). Dünya geneline bakıldığında kanserin insidansı ve ölüm yükü çarpıcı bir şekilde artmaktadır (94).

2.5. Dünyada Kanser

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2020 yılı kanser verilerine göre yeni vaka sayısı yaklaşık 19,3 milyon ve kansere bağlı ölüm sayısı da yaklaşık 10 milyon olarak açıklanmıştır. Cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda yeni vaka sayısı 9,2 milyon, erkeklerde ise 10,1 milyon ve kadınlarda kansere bağlı ölüm sayısı 4,4 milyon, erkeklerde ise 5,5 milyon olarak tespit edilmiştir. Her iki cinsiyete birlikte bakıldığında 2018 yılındaki verilerde en sık görülen kanser akciğer kanseri iken, bu durum 2020 yılında değişmiş ve meme kanseri en sık görülen kanser olmuştur (95). Kadınlarda meme kanseri ilk kez en sık teşhis edilen kanser olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde ise akciğer ve prostat kanseri en yaygın kanserlerdir ve tüm erkek kanserlerinin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır (96).

Tablo 1. Dünya genelinde her iki cinsiyet ve tüm yaşlardaki toplam tahmini kanser yeni vaka sayısı (96)

Kanser	Yeni Vaka
Meme	2.261.419
Akciğer	2.206.771
Kolorektal	1.931.590
Prostat	1.414.259
Mide	1.089.103
Karaciğer	905.677
Serviks	604.127
Diğer kanserler	8.879.843

Tablo 2. Dünya genelindeki erkek cinsiyette yeni kanser vakası sayısı (96)

Kanser	Yeni Vaka
Akciğer	1.435.943
Prostat	1.414.259
Kolorektal	1.065.960
Mide	719.523
Karaciğer	632.320
Mesane	440.864
Yemek borusu	418.350
Diğer kanserler	3.215.738

Tablo 3. Dünya genelindeki tüm yaş gruplarındaki kadınlarda tahmini yeni kanser vakası sayısı

Kanser	Yeni Vaka
Meme	2.261.419
Kolorektal	865.630
Akciğer	770.828
Serviks uteri	604.127
Tiroid	448.915
Corpus uteri	417.367
Mide	369 580
Diğer kanserler	3 013 893

2.6. Türkiye’de Kanser

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2023 yılında yayınladığı Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri'ne göre, Türkiye'deki ölüm nedenleri arasında benign ve malign tümörler %14 oranıyla ikinci sırada yer alırken, ilk sırada %33,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları bulunmaktadır (6).

Tablo 4. Türkiye’de ölüm nedenleri dağılımı

Ölüm Nedeni	Tarih	
	2020 (%)	2021 (%)
Dolaşım sistemi hastalıkları	36,0	33,4
Benign ve malign tümörler	15,7	14,0
Solunum sistemi hastalıkları	15,8	13,4
COVID-19	4,4	11,5
Endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	4,6	4,2
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	4,0	3,3
Dışsal yaralanmalar ve zehirlenmeler	3,5	3,1
Diğer	12,1	11,7
Bilinmeyen	3,9	5,4

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün 2021 yılında yayınladığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2017’e göre erkeklerde %21,7 ile en sık trakea, bronş ve akciğer kanseri ikinci sırada ise prostat kanseri görülürken; kadınlarda %25,5 oranıyla en sık meme kanseri, ikinci sırada ise tiroid kanseri görülmektedir (97).

IARC tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2020 verilerine göre ülkemizde 2020 yılı için tahmin edilen yeni vaka sayısı yaklaşık 234 bin kişidir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında %57’si erkek, %43’ü ise kadın hastadır (98).

Tablo 5. Türkiye’de her iki cinsiyette tahmini yeni vaka sayısı

Kanser	Yeni Vaka
Akciğer	41.264
Meme	24.175
Kolorektal	21.191
Prostat	19.444
Tiroit	13.682
Diğer kanserler	114.078

Tablo 6. Türkiye’de erkek nüfusunda tahmini yeni kanser vakası sayısı

Kanser	Yeni Vaka
Akciğer	34.207
Prostat	19.444
Kolorektal	11.989
Mesane	10.476
Mide	5.187
Diğer kanserler	48.513

Tablo 7. Türkiye’de kadın nüfusunda tahmini yeni kanser vakası sayısı

Kanser	Yeni Vaka
Meme	24.175
Tiroit	11.034
Kolorektal	9.202
Akciğer	7.057
Uterus	5.918
Diğer kanserler	43.632

2.7. Halk Sağlığı ve Kanser

Kanser, dünya genelinde 21. yüzyılda daha fazla yaşam beklentisinin önündeki en önemli engel ve erken ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir (99). Erken ölümler nedeniyle kaybedilen yaşam yılları, üretkenlik kaybından kaynaklanan ekonomik yük, hastalık ve tedaviyle ilişkili maliyetler, kanserin ve tedavisinin hayatta kalanların yaşam kalitesi üzerindeki uzun vadeli etkileri tüm toplumu etkilemektedir. Tüm bu etkiler dikkate alındığında kanserin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu sonucuna varılmaktadır (100, 101). Halk sağlığı araştırmalarının amacı, bireysel ve toplumsal davranışın nasıl izleneceği ve değiştirileceği hakkında bilgi üretmek ve bilginin hızlı, etkin ve verimli bir şekilde uygulamaya dönüştürülmesini sağlamaktır (100). Risk faktörlerini değiştirerek veya bunlardan kaçınarak, mevcut kanser önleme stratejilerini uygulayarak kanser ölümlerinin %30 ile %50’si önlenabilir. Kanser yükü; kanser önleme programları, kanserin erken teşhisi ve kanser hastalarının tedavi ve palyatif bakımlarının yönetimiyle azaltılabilir (1). Kanser riskini azaltmak için halk sağlığı müdahaleleri geliştirilmiştir (100). Kanser kontrolü, nüfus sağlığı ve hayatta kalma araştırmalarına yapılan ek yatırımlar kanser riskini, insidansını ve ölüm oranını azaltmaya, kanserden kurtulan hastaların ve toplumun yaşamını iyileştirmeye yardımcı olacak ve gelir kayıplarını azaltacaktır (99, 100).

2.8. Halk Sağlığı Bakış Açısı ve Koruma

Toplumsal eşitlik, çevreyle bütünlük, yaşamın bütünlüğü, korumaya öncelik, risk gruplarına öncelik, önemli hastalıklara öncelik, bütünsel hizmet, ekip hizmeti, öz sorumluluk, sağlık kalkınma ilişkisi, halkın katılımı, evrensellik ve koşullara uygunluk ilkeleri halk sağlığı felsefesinin temel taşlarıdır (102). Halk sağlığının temel ilkelerine bakılarak; kanser hastalığı sonucunda meydana gelen yaşam yılı kayıpları ve üretim gücündeki kayıplar, kanser tedavisinin sağlık ekonomisi üzerindeki yükü, kanser

hastalarının yaşam kalitelerindeki düşüşler ve sosyal hayata adaptasyonlarında meydana gelen bozulmalar ile kanser hastalığı bir halk sağlığı sorunudur (101). Sağlığı koruma ve geliştirme, sağlık açısından uygun yaşam tarzları ile toplumsal, ekonomik, çevresel ve kişisel etkenlerin geliştirilmesini kapsayan, halk sağlığının ve koruyucu hekimliğin vazgeçilmez bir parçasıdır (103).

Kanser, dünya genelinde ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır ve kanser yükü küresel ölçekte büyüyen bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Kanser biyolojisinde ve yükünde risk faktörlerine maruz kalma önemli bir rol oynamaktadır (104). Bir halk sağlığı sorununu ele almak için küresel bir ortaklık yapılır, yeterli kaynaklar ve uyumlu eylemler içeren önleme programlarıyla kanser yükünün azalması sağlanır (99).

Sağlık hizmetlerinde hastalığı tedavi etmekten çok sağlığı korumaya odaklanmak, sağlık hizmetlerinde koruma yaklaşımının amacıdır. Koruma yaklaşımı birçok yönden geleneksel tedavi yaklaşımından farklıdır. Tedavi edici yaklaşımda sorumluluk bireysel olarak hastaya aittir, korumacı yaklaşımda ise toplum düzeyinde ve tüm topluma karşı bir sorumluluk oluşturmaktadır (105).

Sağlık hizmeti sunumunda öncelik kişilerin hasta olmamasını sağlamaktır. Kişileri her zaman hastalıktan korunamaz, bu durumda sağlık sistemi kişilere etkin ve uygun tedaviyi sağlamalıdır. Sağlık sisteminin diğer hedefi ise kronik hastalığı olan veya yeti kaybı olan kişilerin başkalarına bağımlılığını azaltmak veya bağımlılığı ortadan kaldırmak için kişilerin kendine yetecek bir durumda yaşamalarını sağlamaktır (106). Tüm bunlar koruyucu hekimlik hizmetlerinin bir parçasıdır (107).

2.8.1. Temel (Primordial) koruma

Temel koruma düzeyinde amaç hastalıklara neden olduğu bilinen sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel faktörlerin oluşmasını önlemektir. Bu koruma düzeyinde olumlu sağlık davranışının benimsenmesi gibi bireysel tutum ve davranışların sosyal değerlere dönüştürülerek yaygınlaşması hedeflenir. Sağlık sisteminin maliyetleri üzerindeki etkisi göz ardı edilemez. Sigara bırakmaya yönelik kapsamlı politikaların ve kampanyaların düzenlenmesi veya düzenli fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için yapılan çalışmalar bu koruma düzeyi kapsamında değerlendirilmektedir (108).

2.8.2. Birincil (Primer) koruma

Birincil koruma düzeyi, hastalık oluşmadan önce alınabilecek tedbirlerdir (106). Sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve sosyal faktörleri ortadan kaldırmayı, kişileri sağlıklarını nasıl koruyacakları konusunda eğitmeyi ve olumlu sağlık davranışlarına yönlendirmeyi içerir (107). Bu korumanın amacı, insidansı hastalık nedenlerini ve risk faktörlerini kontrol ederek sınırlamak, koruyucu önlemlerle hastalık oluşmasını engellemek veya hastalığın derecesini azaltmaktır (108, 109). Bağışıklama, doğum öncesi bakım, aile planlaması, obez bireyler için diyet ve egzersiz hizmetleri birincil korumaya örnektir (109).

Dünyanın farklı yerlerinde kanserin doğasını ve kanser yükünün boyutunu anlamak, bunlardan hareketle risk faktörlerini ve müdahale alanlarını belirlemek, küresel düzeyde kanser kontrolü için en önemli basamaktır (110). Kanser kontrol stratejilerinin bir parçası olarak önleme, nedensel risk faktörlerinin tanımlanmasını, kanser yüküne katkısının belirlenmesi ve bunların azaltılması için etkili eylemlerin geliştirilmesini gerektirir (104). Birincil koruma, kanserden kaynaklanan acıları, ölümleri ve kanser tedavisiyle ilişkili sağlık maliyetlerini uzun vadeli bir çaba olmasına rağmen azaltabilir, özellikle maliyet açısından etkili bir eylemdir (99, 104).

2.8.3. İkincil (Sekonder) koruma

İkincil koruma, semptomların oluşmadığı veya semptomların hafif olduğu dönem ile hastalığa tanı konulması arasındaki döneme yöneliktir. Koruma düzeyinin amacı, hastalığa erken tanı koyarak hastalığın ilerlemesini durdurmak ve hastalığın prevalansını azaltmaktır (108). Kanser taramaları, tansiyon ölçümleri, yenidoğan topuk kanından yapılan konjenital hipotiroidi, kistik fibrozis gibi taramalar bu koruma düzeyinin örnekleridir (106).

Birincil korumaya benzer şekilde ikincil koruma da kanser kontrolünde sağlık maliyetlerine etkilidir. Erken tanı, kanserde morbidite ve mortalitenin azaltılması için önemlidir. Kanser risk faktörleri arasında genetik yatkınlığın olması, kanser tanı evresinin uygun tedavi ve sağkallım açısından belirleyici, olması bu koruma düzeyinin kanser hastalığı için önemini artırmaktadır (111).

2.8.4. Üçüncül (Tersiyer) koruma

Hastalık belirtilerinin oluşması ve tanı konulması ile hastalığı en iyi tedavi etme ve rehabilitasyon uygulamalarıyla birlikte işlevselliği ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik hizmetlerden oluşmaktadır (106, 111, 112).

Üçüncül koruma, geri döndürülebilir koşullarda prevalansı azaltabilir, tedavi edilemeyen ama sağkalımı uzatan durumlarda ise prevalansı artırabilir. Geri döndürülemez durumlarda, bu koruma rehabilitasyona odaklanır ve hastanın duruma uyum sağlamasına yardımcı olur (113).

Üçüncül koruma düzeyi kapsamında bulunan hizmetlerin amacı, kanserleri tedavi etmek veya tedavin imkanı olmayan durumlarda yaşam süresini uzatmak ve kalitesini artırmak, palyatif bakım ile son evre kanser hastalarının belirti ve ağrı kontrolünü sağlayarak konforlu yaşamalarını sağlamaktır (111).

2.8.5. Dördüncül (Kuaterner) koruma

Sağlığı koruma önlemleri ile hastalık tanı testlerinin çeşitlenmesi ve duyarlılıklarının artması ile hem tanı testleri gereğinden çok veya gerekmediği halde yapılmış, hem de tedavi olanaklarının artması sebebiyle hastalıklar gerektiğinden çok daha yoğun şekilde tedavi edilmeye başlanmıştır. Dördüncül koruma ilk kez 1986 yılında bir aile hekimi olan Marc Jamouille tarafından tanımlanmıştır. Bu kavram, “gereğinden fazla tetkik ve tedaviye maruz kalan hastaların belirlenerek, etik açıdan uygunsuz ve gereksiz olan uygulamalardan korunması” ve “önce zarar verme” ilkelerinden yola çıkılarak oluşturulmuştur. Koruma düzeyinin amacı, kişi ve toplumu gereksiz veya hatalı müdahalelerin olumsuz sonuçlarından ve aşırı veya gereksiz sağlık hizmeti kullanımından korumak, hizmet kalitesini artırmak ve etik yönden uygunluğunu sağlamaktır (112, 114-116).

2.9. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Bireyleri ve bireyler aracılığıyla toplumu hastalık oluşmadan etkenlere karşı önlem alınması, hastalık oluştuğunda erken tanı konulması, uygun tedavi ile meydana gelebilecek zararı en aza indirmek veya zararı ortadan kaldırmak için yapılan sağlık hizmetleridir. Bağışıklama, dengeli beslenme, erken tanı, aile planlaması, kişisel hijyen eğitimi, ilaçla tedavi gibi hizmetlerdir (106, 117). Koruyucu hizmetler, birinci

basamak sağlık uygulamalarıyla bir bütün ve uygun testler ve taramalarla ölüm ve hastalık oranlarının azalmasında etkilidir (118).

2.10. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Kişinin çevresinde bulunan ve sağlığını etkileyen sosyal, fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörlerin yok edilmesi veya etkilerinin azaltılmasına yönelik hizmetlerin hepsine çevreye yönelik koruyucu hizmetler denir. Kanseri için çevresel risk faktörlerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması bu hizmetleri kapsar. Atıkların zararsız bertaraf edilmesi, temiz su ve gıdaya ulaşım, hava kirliliği ile mücadele bunlara birer örnektir (106, 117).

2.11. Kanseri Taramaları

Kanseri taraması, kanseri veya öncül lezyonun semptomlar oluşmadan önce bulunmasına yardımcı olur (119, 120). Taramalar ile kanseri erken tespit edildiğinde tedavi edilmesi veya kr sağlanması daha kolay olabilir, hastanın yaşam kalitesinin değişmesinin ve yaşam süresinin kısalmasının önüne geinilebilir (119, 121).

Taramalar risk altındaki ve asemptomatik bireylere uygulanır ve amacı kanseri teşhisi koymak değildir. Sonucu kanseri için şüpheli olan kişilere tanı koymak için daha fazla testler yapılır (119). Erken tanı konulan kanserin tedavisi daha kolay ve maliyet etkin olacaktır (119, 121). yk ve fizik muayene, laboratuvar testleri, radyolojik görüntülemeler ve genetik testler olmak üzere farklı tarama testleri vardır (119).

DS'den Wilson ve Jungner tarafından 1968 yılında hastalığın taranmaya uygunluğu için 10 madde şeklinde sıralanabilecek ilkeler yayınlanmıştır:

1. Taranan hastalık önemli bir sağlık sorunu olmalı,
2. Tanı konulan hastalığın geçerli tedavisi olmalı,
3. Hastalığın tanısının konulduğu ve tedavisi yapılan sağlık kuruluşları olmalı,
4. Hastalığın tanı konulabilecek erken evresi veya asemptomatik dönemi olmalı,
5. Tarama için uygun bir muayene veya test yöntemi olmalı,
6. Uygulanacak tarama yöntemi toplum tarafından kabul edilmeli,
7. Hastalığın doğal seyri yeterince anlaşılmış olmalı,
8. Kimin hasta olarak tedavi edileceğine karar verilmiş olmalı,

9. Tarama, tanı ve tedavi maliyeti, sağlık harcamalarının toplam maliyeti içinde ekonomik olarak dengelenmeli,
10. Hastalık tarama süreci süreklilik göstermelidir (120).

Kanser taraması, toplumdaki belirli yaş aralığında olan tüm bireylere uygulanarak toplum tabanlı olabilir. Tarama ile erken evrede kanserler tespit edildiğinde;

- Radikal tedaviye olan ihtiyaç,
- Organ ve uzuv yitimleri,
- Kanserlin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi ve
- Maliyet önemli ölçüde azalmakta,
- Sağkalım süresi ise artmaktadır.

Taramaların dezavantajları da vardır. Bunlar;

- Tarama programlarının kaynak maliyeti,
- Sınırdan anomali patoloji sonuçlarının aşırı tedavi edilmesi,
- Hastalığın prognozu değişmezse daha uzun süre morbidite,
- Yanlış negatif sonuç gelenler için yanlış güvence,
- Yalancı pozitif sonuç geldiğinde kişinin ruh sağlığı etkilenmekte ve
- Tanıyı kesinleştirmek için daha fazla test yapıp maliyetin artmasıdır (122).

2.11.1. Tarama yapılan kanserler

2.11.1.1. Meme kanseri

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve mamografi meme kanseri taramalarında kullanılan yöntemlerdir (123).

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) ortalama meme kanseri riski taşıyan 50-74 yaş aralığındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çekirtmesini önermektedir (123). Amerikan Kanser Topluluğu ise 40-44 yaş arasındaki tüm kadınların isterlerse yılda bir defa mamografi çektirerek taramaya başlayabilmesini, 45-54 yaş arası ise tüm kadınların her yıl, 55 yaş ve üzeri kadınların ise her yıl veya iki yılda bir olmak üzere mamografi

çektirmesini önerir (34). İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (NHS England) meme kanseri taramasını 50-70 yaş arası kadınlara üç yılda bir mamografi ile yapmaktadır (124).

Meme kanseri taramasına bireyin sağlık durumu iyi olduğu ve yaşam beklentisi 10 yılın üstünde olduğu sürece devam edilmelidir (34).

2.11.1.2. Serviks kanseri

Serviks kanseri taramasında, servikste değişikliğe neden olabilen human papilloma virüsünü arayan HPV testi ve kansere dönüşebilecek hücre değişikliklerini arayan Pap testi (Pap smear) kullanılmaktadır. CDC e göre 21- 29 yaş aralığında pap testi yapılmaya başlanmalı, 30-65 yaş arasında ise;

- Sadece HPV testi yaptırılabilir. Buna birincil HPV testi denir ve sonuç normal ise beş yıl sonra test tekrarlanır.
- Pap testi ile HPV testi, buna “ortak test (co-test)” adı verilir ve sonuç normal ise beş yıl sonra tekrarlanır.
- Sadece Pap testi yapıldığında ise sonuç normal ise üç yıl sonra test tekrarlanır.

Kişi son on yılda taramasını düzenli yaptırmış ve sonuçları normal gelmişse 65 yaşında tarama sonlandırılır (125). HPV aşısı, servikal kansere neden olan çoğu HPV türlerine karşı korur ama hepsine karşı koruma sağlamaz. Bu yüzden aşılı olan kadınların kanser taramalarına devam etmesi gerekmektedir (126).

Amerikan Kanser Topluluğu’nun, serviks kanseri taramasını CDC nin önerileriyle aynıdır, tek farkı tarama başlama yaşını 25 kabul etmektedir. Servikal kanser öyküsü olan kadınlarda ise 65 yaşını geçse dahi tanıdan sonra 25 yıl daha kanser taramasına devam edilir (34).

İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi 25-49 yaş aralığındaki kadınları üç yılda bir, 50-64 yaş arasındaki ise beş yılda bir servikal kanser taramasına çağırılmaktadır (124).

2.11.1.3. Kolorektal kanserler

Kolorektal kanserlerin taranmasında kullanılan birkaç yöntem vardır; gaitada gizli kan (GGK) testi, gaitada antikor testi, dışkıda DNA testi, sigmoidoskopi, bilgisayarlı tomografi (BT) kolonografi ve kolonoskopidir (127).

Amerikan Kanser Topluluğu, kolorektal kanser taramasında cinsiyet fark etmeksizin 45- 75 yaş arasında düzenli yapılmasını önerir. Yetmiş altı ve seksen beş yaş arasındaki tarama için, hastanın isteği, önceki kanser tarama öyküsü, beklenen yaşam süresi ve sağlık durumu göz önüne alınarak karar verilir. Gaitada gizli kan testi veya gaitada antikor testi yılda bir defa, gaitada DNA testi ise 3 yılda bir olarak taramada kullanılır. Sigmoidoskopi ve BT kolonografi 5 yılda bir, kolonoskopi ise 10 yılda bir olarak kanser taramalarında kullanılabilir (34).

İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi, 60-74 yaş arasındaki bireylere 2 yılda bir tarama yapmaktadır. Tarama yaşının 50 yaşa düşürülmesi planlamakta olup, Nisan 2021’de 56 yaşındaki bireylerde taranmaya başlamıştır (128).

2.11.1.4. Akciğer kanseri

Akciğer kanseri için önerilen tek tarama yöntemi, düşük doz akciğer bilgisayarlı tomografisidir. CDC ve Amerikan Kanser Topluluğu, 50-80 yaş arasında sigara içen ve 20 paket/yıl sigara içme öyküsü olan veya son 15 yıl içinde sigara içmeyi bırakmış kişilere yıllık tarama önerir (34, 129).

2.11.1.5.Prostat kanseri

Prostat kanseri taramasında, dijital rektal muayene ve prostat spesifik antijen (PSA) veya sadece PSA kullanılması önerilir (34). Tarama yaşı olarak 55-69 yaş aralığı önerilmekte ve 70 yaşından sonra önerilmemektedir (130). Literatüre bakıldığında ise PSA tabanlı taramanın birçok gereksiz biyopsiye ve hastanın yaşamı boyunca yavaş ilerleyen, düşük dereceli prostat kanseri için aşırı tanı ve tedaviye neden olduğu saptanmıştır (131, 132).

2.11.1.6.Endometrium kanseri

Amerikan Kanser Topluluğu, menopoza dönemine ulaşmış tüm kadınlara endometrial kanser riskleri ve semptomlarının anlatılmasını önermektedir. Menopoz döneminde veya menopoz sonrası dönemdeki kadına, herhangi bir vajinal lekelenme veya kanama durumunda doktora başvurması gerektiği bilgilendirmesi yapılmalıdır (34).

2.11.1.7. Deri kanserleri

Deri kanserlerinde tarama yöntemi olarak erken teşhis için en iyi yöntem farklı görünen yeni veya değişen (asimetri, kenar düzensizliği, renk, boyut vb.) cilt

lekelerinin farkında olmaktır ve bunu bir klinisyen değerlendirmelidir. Periyodik cilt muayenesi, değişiklikleri belirlemek için tercihen ayda bir ve görülmesi zor bölgeler için partner yardımıyla yapılabilir (34). Ayrıca Amerikan Kanser Topluluğu, periyodik sağlık muayenesi olan 20 yaş ve üstü bireylerin, kanserle ilgili genel muayenenin bir parçası olarak deri muayenesi yaptırmalarını önermektedir (133).

2.12. Türkiye’de Kanser Taramaları

2.12.1. Türkiye Ulusal Kanser Kontrol Programı

Türkiye’de kanser kontrol çalışmalarının kurumsallaşması 1940’lı yıllarda başlamış fakat kayıt çalışmalarının resmiyet kazanması “14.09.1982 tarih ve 5621 sayılı Bakanlık genelgesi gereğince kanser vakalarının 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunun 57. Maddesinde belirtilen ihbarı mecburi hastalıklar arasına alınması” ile olmuştur. Ülkemizde 1983 yılında 181 sayılı Kanın Hükmünde Kararname ile “Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı” kayıt çalışmalarının daha düzgün ilerlemesi için kurulmuştur. Günümüzde ise bu kuruluşun çalışmaları Sağlık Bakanlığı’na bağlı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesindeki Kanser Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir (134).

Türkiye’de kanser taramaları 1., 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları tarafından toplum tabanlı ve fırsatçı taramalar olarak yapılmaktadır. Toplum tabanlı kanser taramaları birinci basamak sağlık kuruluşu olan Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) bağlı Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) ve Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) tarafından yürütülmekte, 2. ve 3. basamak hastanelere başvuran hastalara yapılan taramalar ise fırsatçı olarak yürütülen taramalardır. Mobil tarama araçları ile dezavantajlı gruplar ve kırsal bölgelerde yaşayan kişilere kanser taraması hizmeti verilmektedir. Ülkemizde kanser tarama merkezi sayısı 331 olup; bunun 42 tanesi mobil hizmet aracıdır (135, 136). Merkezlerde kanser taramaları, kanserden korunma gibi konularla ilgili eğitim almış; doktor, hemşire, ebe ve röntgen teknisyeni çalışmaktadır.

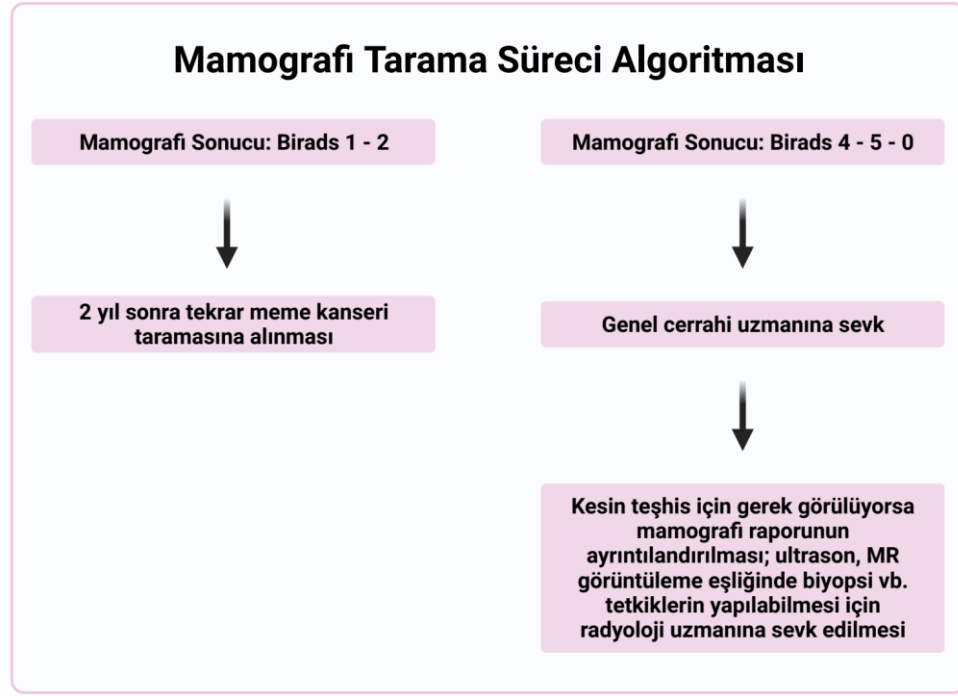
Toplum tabanlı kanser taramalarının başarılı olması için en önemli kriter, hedef nüfusun %70’ine ulaşan bir programın uygulanmasıdır. Akciğer, prostat, endometrium kanseri ve deri kanserleri taramaları Türkiye’de ulusal bir program dahilinde yapılmamaktadır (137).

KETEM'ler, kanser kontrol programının önemli bir parçasıdır. Merkezlerde tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş program standartları ile hastalığa erken tanı konulması, hastaların değerlendirilmelerinin yapılması ve takip edilmesi, sosyal, ruhsal ve tıbbi desteğin imkanlar dahilinde sağlanması, gerekli bilgilendirme ve yönlendirme amaçlanmaktadır.

Temel amacı kanser taramalarının yapıldığı kanserlere bağlı ölümleri azaltmak olan bir programın yanı sıra, toplumda kanser ve kanser taramaları hakkında farkındalık yaratmak ve taramalara katılımı artırmak da hedefler arasında yer almaktadır. Ayrıca, kanser tanısının ileri evrede konulmasını önlemek ve kanser insidansı ile mortalitesini azaltmak da diğer hedefler arasında bulunmaktadır (138). Sağlık Bakanlığı'nın açıklamasına göre 2020 yılında 3,5 milyon, 2021 yılında ise 4,5 milyon kanser taraması yapılmıştır (135).

2.12.1.1. Türkiye'de meme kanseri taraması

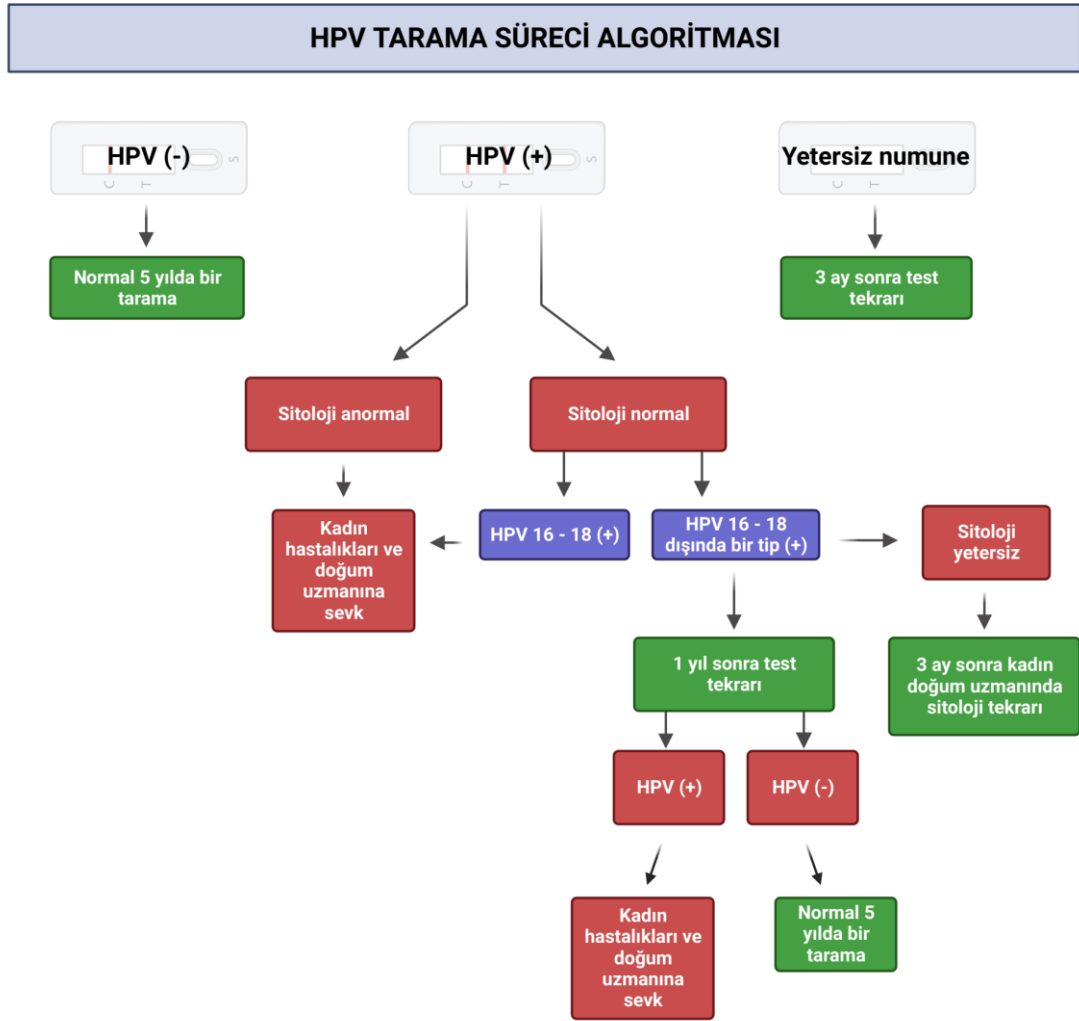
Meme kanseri taraması 40-69 yaş aralığındaki tüm kadınlara iki yılda bir defa mamografi çekimi ile yapılmaktadır. Her mamografi çekimi yapılan kadına eş zamanlı olarak klinik meme muayenesinin yapılması taramanın etkinliğini artırmak için gereklidir. Ayrıca her kadına 20 yaşından itibaren yaşam boyu yılda bir kere klinik meme muayenesi ve her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapabilmesi için danışmanlık hizmeti verilir (45) (139).



Şekil 3. Türkiye’de meme kanseri taramasında mamografi algoritması. Bu şekil T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı tarama süreci algoritması (139) esas alınarak BioRender.com’da oluşturulmuştur

2.12.1.2. Türkiye’de serviks kanseri taraması

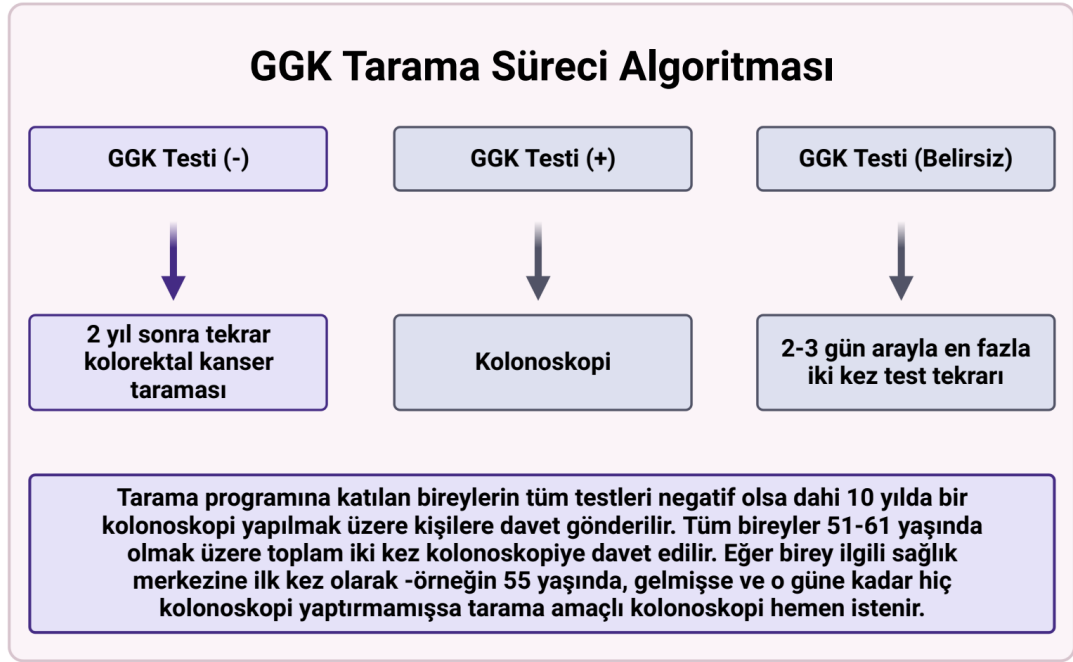
Türkiye’de taramalar 30-65 yaş arası kadınlarda HPV-DNA ve pap-smear (yayma) testi olarak yapılmaktadır (140). Son iki pap-smear testi veya HPV testi negatif olan 65 yaş ve sonrası kadınlarda tarama sonlandırılır (141).



Şekil 4. Türkiye’de serviks kanseri taramasında HPV algoritması. Bu şekil T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı tarama süreci algoritması (139) esas alınarak BioRender.com’da oluşturulmuştur

2.12.1.3. Türkiye’de kolorektal kanser taraması

Türkiye’de kolorektal kanser taraması, cinsiyet fark etmeksizin 50-70 yaş arasındaki kişilerde iki yılda bir gaitada gizli kan testi ve on yılda bir kolonoskopi yapılması şeklindedir (142). Tarama davet yöntemiyle 2 yıllık aralıklarla tekrarlanır ve son iki testinin sonucu negatif gelen ve 70 yaşına ulaşmış kişilerde tarama programı sonlandırılır (45).



Şekil 5. Türkiye’de kolorektal kanser taramasında GGK testi algoritması. Bu şekil T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı tarama süreci algoritması (139) esas alınarak BioRender.com’da oluşturulmuştur

2.13. Tutum Kavramı

Tutum, bir duruma zihinsel ve nöronal hazır olma olarak tanımlanabilir ve çağdaş sosyal psikolojideki en ayırt edici ve vazgeçilmez kavram olduğu iddia edilmektedir (143). Bireylerin belirli bir olgu veya olayla alakalı duygu, düşünce ve davranışlarını oluşturur. Tutumlar deneyimle öğrenilen, davranışlara yön veren, davranışın olumlu ya da olumsuz olmasını, tutarlı ve belirli bir devamlılıkta sürmesini sağlayan olgulardır (144). Tutumlar bireyseldir ve doğrudan gözlemlenemez. Bir tutum davranışa yansıdığı zaman gözlemlenebilir olmaktadır (145). Tutumların davranışı ne ölçüde etkilediği, olumlu ve olumsuz eğilimlerin bir arada bulunması, altta yatan inanç ve duyguların doğası ve durumsal faktörler dahil olmak üzere birçok etkene bağlıdır (143). Bireylerin tutumlarını bilmek, nasıl davranacaklarını önceden tahmin edebilmeyi, davranışı kontrol edebilmeyi ve olumsuz tutumların neden olacağı sorunlara ilişkin önlemlerin alınmasına olanak sağlar (144).

2.14. Damgalama Kavramı ve Kanser

Damgalama ilk olarak Antik Yunan Dönemi'nde, ahlaki açıdan kötü ve normalin dışındaki bireylerin vücutlarına işlenen izleri tanımlayan bir kavram olarak kullanılmaktaydı. Tıp alanında damgalama tarih boyunca var olmuş; damgalama yapılan hastalıklar ise değişkenlik göstermiştir. Toplumlarda salgın hastalıklar, ruhsal hastalıklar ve 20. yüzyılda ölümle bağdaştırılan kanser hastalığı, ayrımcılığa ve damgalanmaya neden olmuşlardır (146).

Sosyolog Erving Goffman damgalamayı, olumsuz olarak algılanan özelliklerden kaynaklanan sosyal reddedilme, itibarsızlaştırma olarak tanımlamıştır (147-149). Link ve Phelan tarafından ise damgalamanın yaygın olarak kabul edilen kavramsallaştırılması geliştirilmiştir. Bu modelde dört aşamadan bahsedilmiştir; (a) bireysel farklılıkların tanınması, (b) bu farklılıkların toplum tarafından olumsuz olarak algılanması, (c) damgalanmış grubun 'dış grup' olarak görülmesi ve kaçınılmaz sonuç (d) fırsat, güç ve statü kaybıdır (147, 149, 150).

Corrigan ve meslektaşları damgalama kavramını; kendi hastalığı etrafındaki ayrımcı klişenin farkındalığı "hissedilen/algılanan damgalama", başkaları tarafından ayrımcılığa uğramak veya haksız muamele ile karşı karşıya kalmak "gerçekleştirilen/dışa vurulan damgalama", ayrımcı klişeyi içselleştirme ve kabul etme "içselleştirilmiş/kendini damgalama" olarak türlere ayırmıştır (151). Başka bir tanımla algılanan damgalama, kişinin -kişisel görüşleri farklı olabilir veya olmayabilir- durumun başkaları tarafından nasıl görüldüğü ve değerlendirildiği inançları ifade eder (150). Damgalamayı kamusal damgalama ve kendini damgalama olarak iki türe ayıran çalışmalar da vardır. Kamusal damgalama, genel toplumun önyargı ve ayrımcılığa neden olacak hastalığı olan kişilere verdiği tepkidir. Kendini/kişisel damgalama ise, kamusal damgalamanın bütünleşmesi ve içselleştirilmesiyle oluşur (147, 148, 152). Ek bir damgalama türü olan yapısal damgalama, damgalayıcı inançlar ve tutumlar, damgalanmış grup için adaletsiz sosyal kurumlara ve politikalara yol açtığına ortaya çıkar (147). Kamusal damgalama, toplumsal kurumları ve politikaları etkilediğinde, ayrımcılıkla ve yapısal damgalama ile sonuçlanır. Ayrıca kamusal damgalama, algılanan damgalamayla yakından ilişkili bir yapıdır (150). Damgalanmış bir bireyin kamusal damgalamanın ne ölçüde farkında olduğu, damgalama bilinci olarak

adlandırılır. Bireyin damgalama bilinci ne kadar yüksekse, kamusal damgalamayı içselleştirmesi sonucunda kendi kendini damgalama olasılığı o kadar yüksektir (148, 153).

Hastalıklar (edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromu, şizofreni, tüberküloz vb.), hastalığın bulaşıcılığı, tehlikesi, yıkıcı ve ölümcül doğası nedeniyle damgalanmaktadır (152). Damgalanması fazla olan hastalıklar için hastalığın anlamının etkisi, hastalığın semptomları kadar büyük, bazen semptomlardan bile daha büyük acı kaynağı olabilmektedir (18). Kanserle ilgili damgalamanın, hastalığın kendisinden ve ölüm korkusundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kanserli kişilerle etkileşim, başkalarına kendi savunmasızlıklarını ve ölümlülüklerini hatırlatır, bu nedenle insanlar kanserli bir kişiden uzaklaşma eğilimindedir (20, 154). Aile bireylerinde kanser olma düşüncesi ya da ölüm korkusu, hastadan uzaklaşmalarına, hastayı nasıl tedavi edeceklerini bilememelerine, tutarsız ve yıkıcı davranışlar sonucunda da damgalayıcı tutumlar geliştirmelerine neden olabilir (15).

Kanser damgalaması, kanser hastalarıyla ilgili bireyler veya toplum tarafından değersizleştirme duygusu olarak tanımlanabilir. Kanser tanısı konan bireylere kötü kaderi olan, yıkıma uğramış kişiler olarak bakıldığı için ve kanser nedeninin bireysel davranışlardan etkilendiği eklendiğinde kanser damgalaması artmaktadır. Sosyal, kültürel toplumsal normlar, yasal düzenlemeler veya hastaların semptomlardan utanması, tedavinin finansal ve kişisel etkilerinden korkması hastaların sağlık hizmeti arama davranışını etkileyebilir. Bazı zamanlar kanser damgalamasının etkisi hastalığın olağan süreci ve tedavisinden daha zor olabilmektedir (10, 11, 155).

Damgalama nasıl yapılırsa yapılsın, hangi alanda olursa olsun kişilerin sağlığını her yönden etkilemektedir (156-158). Damgalamanın şiddeti ve sonuçları bireyden bireye, toplumdan topluma, bireyin durumuna ve içselleştirme düzeyine göre değişmektedir (15). Damgalama; negatif algı, utanç, suçluluk, ayrımcılık korkusu gibi olumsuz duygu ve tutumlara neden olabilir (151). Bu duygu ve tutumların etkileri benlik saygısı kaybı, sosyal geri çekilme ve izolasyon, psikolojik sorunlar, depresyon ve hatta intihar gibi ciddi olaylar ile sonuçlanabilir (3, 150, 159). Damgalanan bireylerin mesleki ve sosyal alanlardaki fırsatları azalmakta, sağlık, eğitim gibi hizmetlere ulaşımaları kısıtlanmakta ve bireyler damgalandıklarını fark ettiklerinde reddedilme ve negatif

değerlendirme korkusuyla yakın ilişkilerden kaçınmakta, sosyal paylaşımları azalmakta, kısıtlı bir çevrede hayatlarını devam ettirmeye zorlanmaktadır (156-158).

Hastalığın fiziksel veya ruhsal olması fark etmeksizin hastalığı veya hastalıkları yüzünden damgalanan bireylerin sağlık hizmeti arama veya tedavi olma gibi davranışları olumsuz etkilenmektedir (160, 161). Damga/damgalama; yardım aramayı geciktirebilir, mevcut önleme ve destek hizmetlerini azaltabilir, bu hizmetlerin kalitesini düşürebilir ve bireyleri tedavi aramaktan veya tedaviyi devam ettirmekten vazgeçirebilir (17, 18, 147).

Kanserin nedenlerine ilişkin kamuoyu algısı, tedaviye yönelik davranışta önemli bir rol oynamaktadır. Olumsuz algılar ve hastaların suçlanması, hastalara yönelik damgalama ve tedaviye inanmama ile ilişkilidir (4). Kansere yönelik damgalama, toplumun yapısal özelliklerine dayanmaktadır. Kültürel inançlar, ön yargılar, ayrımcı davranışlar, kanseri bir “ölüm cezası” olarak görmek, hastalığın sosyal ve ekonomik yükü, hastalığın tedavi edilemez ve bulaşıcı olduğu algısı olumsuz duygu ve düşünceler yaratmaktadır (15). Toplumun kanser ve kanser hastalarıyla ilgili damgası çok az ilgi görmüştür. Kanser Damga Ölçeği, toplumdaki kanser hastası olmayan bireyler arasında kanser damgalamasının farklı boyutlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Marlow ve Wardle tarafından geliştirilen ölçek, Link ve meslektaşlarının damgalamayı kavramsallaştırmasıyla kısmen örtüşen altı alt boyuttan oluşmaktadır. Kanser damga ölçeğindeki alt boyutlar; insanların kanserle ilgili algıları, kanser damgalamasının itici güçleri veya nedenleri olarak algılanan konular ile ilgili üç boyut “*ciddiyet, kişisel sorumluluk ve iletişimde güçlük*” ile kanser hastalarına yönelik sosyal durumları ve beklenen davranışları kapsayan üç boyut “*kaçınma, politik karşıtlık ve finansal ayrımcılık*” olarak tanımlanmıştır (149, 162, 163).

Ciddiyet alt boyutu, kanser tanısının sonuçlarının ne kadar ciddi olabileceği ve kanserden kurtulma olasılığıyla ilgili unsurları içermektedir. Kanser tedavilerinin başarılarına dikkat çekildikçe, bu alt boyuttaki cevaplar değişebilir. Kişisel sorumluluk ise bir kişinin kansere yakalanmasında ne ölçüde kendi katkısı olduğuyla ilgili olan alt boyuttur. Bu alt boyut, damgalama teorilerinde "köken" veya "kontrol edilebilirlik" olarak adlandırılan bir kavram olarak sürekli olarak tanımlanmaktadır.

İletişimde güçlük, bireylerin kanser hastasıyla olan iletişiminin ve etkileşiminin nasıl olduğunu sorgulamaktadır. Kaçınma alt boyutu, insanların kanserli bireylerden kaçınma eğiliminde olup olmadığını ifade etmektedir. Damgalamanın bu bileşeni, diğer hastalıklarla ilgili olarak da geniş çapta incelenmiştir. Bu alt boyut, damgalanmış bireylerin sıklıkla başkalarından kaçınma davranışları yaşadıklarını göstermektedir. Damgalama üzerine kapsamlı yazılar yazan sosyolog Goffman, kaçınmanın, damgalanmış bireylerin toplumdan dışlanmasında kilit bir mekanizma olduğunu savunmaktadır. Politik karşıtlık, toplumsal politikaların ve uygulamaların kişilerin damgalanmasına katkıda bulunabileceğini kaydeden Link ve Phelan tarafından tanımlanan yapısal ayrımcılık bileşeniyle tutarlılık göstermektedir. Finansal ayrımcılık ise kanserli kişilerin toplum veya aileleri üzerinde mali bir yük olduğu inancıyla ilgili olup kanserli kişilerin damgalanması olarak ifade edilmektedir. Bu alt boyut, Corrigan tarafından tanımlanan damgalamanın ekonomik sonuçlarıyla uyumludur (162).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kanser taramalarına olan tutumlarını ve kanser damgalaması ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesabı evrendeki birey sayısı ve prevalansı bilinmeyen örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Formüldeki “n=örnekleme alınacak birey sayısı, p=incelenen olayın görülüş prevalansı, q=incelenen olayın görülmeiş prevalansı (1-p), t=belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer, d=olayın görülüş prevalansına göre yapılmak istenen± sapma” olarak simgelenmiştir.

$$n = \frac{(t^2 pq)}{d^2}$$

Bu formüle göre; prevalans (p)=0,5, (d)=0,05 ve (t)=1,96 kabul edilerek hesaplama yapıldığında araştırmaya alınması gereken kişi sayısı en az 384 kişi olarak bulunmuştur. Olası veri kayıpları dikkate alınarak %10 artışla en az 422 kişinin çalışmaya alınması kararlaştırılmıştır.

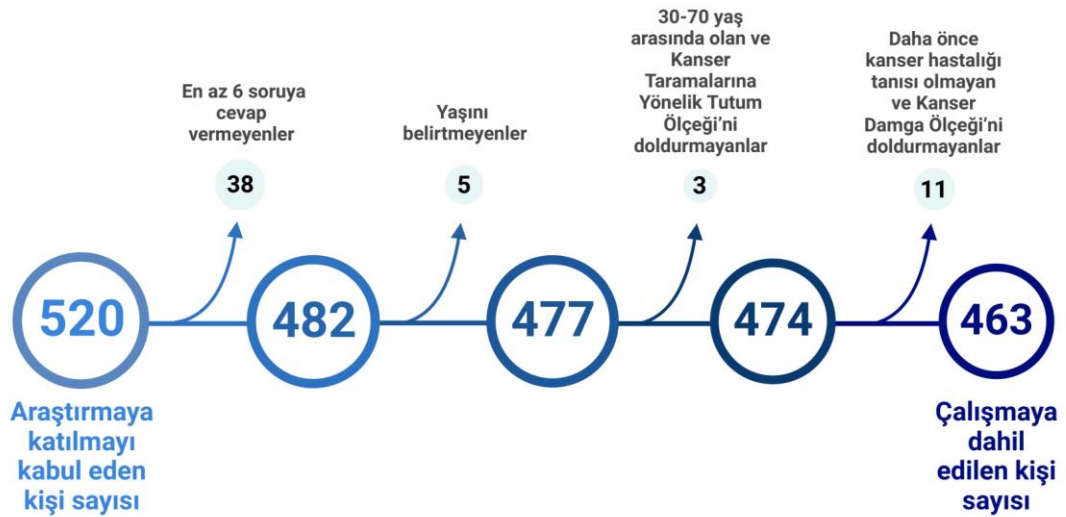
Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde aşağıda belirtilen polikliniklerden herhangi birine başvurmuş olmak,
- 18 yaşından büyük olmak,
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak,
- Okuryazar olmak ve
- Soruların yanıtlanmasını engelleyecek görme, işitme ve/veya bilişsel engeli bulunmamak olarak belirlendi.

Araştırmadan dışlama kriterleri;

- Yaşın bildirilmemiş olması,
- Anket formundaki sorulardan en az %10'unun cevaplanmamış olması,
- Ölçek kriterlerine uyduğu halde ölçek sorularının cevaplanmaması olarak belirlendi.

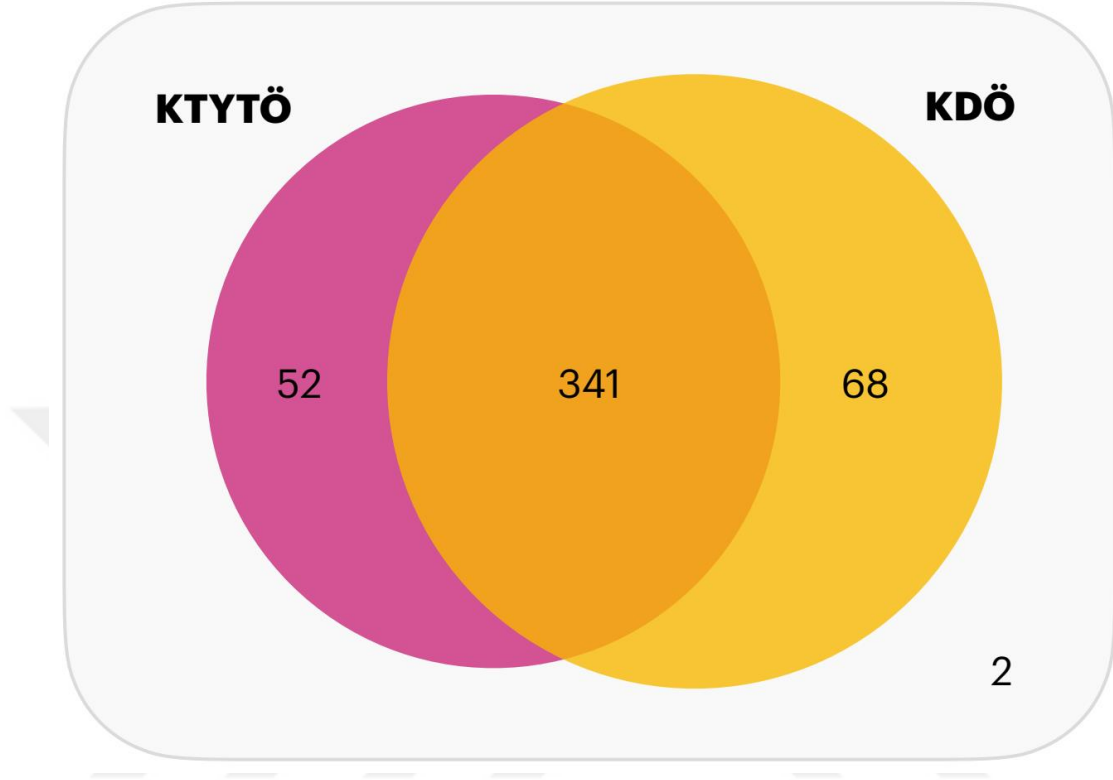
Bu kapsamda araştırmanın yapıldığı tarihlerde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan klinik ve cerrahi bölümler ile yan dalı olan klinik bölümlerin polikliniklerinin 1 numaralı poliklinik odası araştırma için seçildi. Bir numaralı poliklinik odasına başvuran ilk 20 hastaya anket dağıtılmasına karar verildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastaların yerine aynı polikliniğe başvuran randevulu son 10 hasta yedek katılımcı olarak belirlendi. Her gün alfabetik sırayı takip ederek farklı bir bölümün polikliniğine gidildi. Araştırma süresi boyunca 26 poliklinik ziyaret edildi. Anket formları çalışmaya katılmayı kabul eden ve yukarıdaki dahil edilme kriterlerine uyan 520 kişi tarafından cevaplandı. Araştırmanın dışlama kriterlerine göre anket formları düzenlendikten sonra 57 kişi araştırma dışı bırakılarak, 463 kişi ile araştırma tamamlandı (Şekil 8).



Şekil 6. Araştırma katılımcı şeması. Bu şekil BioRender.com'da oluşturulmuştur.

Çalışmamızda kullandığımız Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ) - katılımcının 30-70 yaş arasında olması- ve Kansere Damga Ölçeği (KDÖ) -katılımcının

daha önce kanser hastalığı tanısı almamış olması- uygulama koşullarına uyan hasta sayısı dağılımları Şekil 9’da gösterildi.



Şekil 7. Katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklerin uygulama koşullarına uygun olarak dağılımları.

Dikdörtgen şekli örnekleme belirtmektedir. Venn şemaları ise KTYTÖ (Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği) ve KDÖ (Kanser Damga Ölçeği)’nin uygulama şartlarına uyan katılımcı dağılımlarını göstermektedir

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde bulunan klinik ve cerrahi bölümler ile yan dal polikliniklerinin toplam 26 tanesine (Tablo 8) 25.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında başvuran poliklinik hastaları ile yürütüldü.

Tablo 8. Araştırmada ziyaret edilen klinik bölümler ve yan dal polikliniklerinin isimleri

Poliklinik İsimleri
1. Anestezi ve Reanimasyon Bölümü
2. Beyin ve Sinir Cerrahisi Bölümü
3. Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü
4. Endokrinoloji ve Metabolizma Bölümü
5. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü
6. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü
7. Gastroenteroloji Bölümü
8. Genel Cerrahi Bölümü
9. Göğüs Cerrahisi Bölümü
10. Göğüs Hastalıkları Bölümü
11. Göz Hastalıkları Bölümü
12. Hematoloji Bölümü
13. İç Hastalıkları Bölümü
14. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü
15. Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü
16. Kardiyoloji Bölümü
17. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümü
18. Nefroloji Bölümü
19. Nöroloji Bölümü
20. Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü
21. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü
22. Romatoloji (İç Hastalıkları) Bölümü
23. Romatoloji (Fizik Tedavi) Bölümü
24. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü
25. Tıbbi Onkoloji Bölümü
26. Üroloji Bölümü

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı değişkenler

- Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puanı
- Kanser Damga Ölçeği puanı

3.4.2. Bağımsız değişkenler

- Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve gelir durumu)

- Katılımcıların sağlıkla ilgili bazı özellikleri (sigara ve alkol kullanım durumu, egzersiz yapma sıklığı, yeterli ve dengeli beslenme, güneş ışınlarından korunma özellikleri, kronik hastalık varlığı)
- Ailede sağlık çalışanı varlığı
- Aile bireylerinde kanser varlığı
- Kanser taraması yaptırma durumu
- Katılımcıda kanser varlığı

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan polikliniklere başvuran hastaların;

- H_0 : Kanser taramalarına yönelik tutum ile kanser damgalaması arasında ilişki yoktur.
- H_1 : Kanser taramalarına yönelik tutum ile kanser damgalaması arasında ilişki vardır.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri

3.6.1. Veri toplama araçları

Çalışmamızın verileri, araştırmacılar tarafından literatürden faydalanarak hazırlanan sorular ve ölçeklerle beraber toplam 68 sorudan oluşan anket formu kullanarak elde edildi (Ek Tablo 1).

Anket formunun ilk kısmında katılımcıların sosyodemografik değişkenleri;

- Cinsiyet,
- Yaş,
- Medeni durumu,
- Eğitim durumu,
- Aktif olarak bir işte çalışma durumu,
- Sağlık güvencesi varlığı,
- Gelir durumu ve bazı sağlık özellikleri;
- Sigara ve alkol kullanım durumu,
- Egzersiz yapma durumu,

- Güneş ışınlarının zararlarından korunma,
- Kronik hastalık varlığı,
- Kansere taraması yaptırmama durumu,
- Kendisinde kanser varlığı
- Ailede kanser hastası varlığı sorgulandı.

3.6.1.1. Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ)

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumunun belirlenmesinde “kansere taramalarına yönelik tutum ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, Öztürk ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geliştirilmiş ve Türkiye’de geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,95 olarak belirlenmiştir. Kansere taramalarına yönelik tutum ölçeği, 24 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır, beşli likert tipindedir. Ölçek maddeleri “5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1: Hiç katılmıyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır. Öleekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 24 ile 120’dir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları en düşük puana yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, en yüksek puana yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılması uygun olmaktadır. Ölçek puanları hesaplanırken anlamca olumsuz olan 13 madde (Madde 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ters kodlanmaktadır.

Ölçeği yanıtlaması uygun olanlar 30-70 yaş aralığında bulunan, en az okuryazar olan, ölçeği yanıtlamasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmayan kişilerdir (164).

3.6.1.2. Kansere Damga Ölçeği (KDÖ)

Ölçek, kanser hastası olmayan kişilerde kanser damgalanmasını ölçmek amacıyla 2014 yılında İngiltere’de Laura Av Marlow ve Jane Wardle (162) tarafından geliştirilmiştir. Susuz (165) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği 2020 yılında kadın popülasyonda yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,66 olarak belirlenmiştir. Çevik ve arkadaşları (15) ise 2022 yılında erişkin popülasyonda Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik yapmışlar, ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83

olarak hesaplanmıştır. Kanser damga ölçeği, 25 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır, yedili likert tipindedir. Ölçek maddeleri “Kesinlikle katılmıyorum=1, Orta derecede katılmıyorum=2, Hafif derecede katılmıyorum=3, Kararsızım=0, Hafif derecede katılıyorum=4, Orta derecede katılıyorum=5, Kesinlikle katılıyorum=6 puan” olacak şekilde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin toplam puan aralığı 25 ile 150 puan arasındadır ve ölçekteki 10., 11., 21., 22. ve 23. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin belirli bir kesim noktası yoktur ve ölçeğin bütününden alınan yüksek puanlar daha yüksek damgalama düzeyini göstermektedir. Ölçek alt boyutlarının isimleri, madde sayıları ve puan aralıkları Tablo 9’da gösterildi.

Ciddiyet (severity) alt boyutu, kanser teşhisinin uzun süreli tedavi ve hastanede yatışı gerektiren veya iş göremezlikle sonuçlanan ‘katastrofik’ bir hastalık olarak değerlendirilmesine ilişkin inancı ölçer. *İletişimde güçlük (awkwardness)*, kişilerin kanser hastasıyla birlikteyken ne kadar rahat hissettiklerini ve *kaçınma (avoidance)* ise kişilerin kanser hastalarına karşı özverili olup olmama eğilimlerini değerlendirir. *Kişisel sorumluluk (personal responsibility)*, bir kişinin kansere yakalanmasında kendi katkısının ve sorumluluğunun ne kadar etkisi olduğu hakkında inancı ölçer. *Finansal ayrımcılık (financial discrimination)*, kanser hastalarının finansal olarak zor durumda olduğu ve bu durumun toplum veya aileler üzerinde ekonomik bir yük oluşturduğu inancını değerlendirir. *Politik karşıtlık (policy opposition)* alt faktörü ise toplumsal düzeydeki politikaların, kaynak dağılımının ve toplumsal yapıların kanser damgalanmasına etkisini ölçmektedir (162).

Tablo 9. Kanser damga ölçeği alt boyutları

Kanser Damga Ölçeği Alt Boyutları	Madde Sayıları (Puan Aralığı)
Ciddiyet	5 (5-30)
İletişimde Güçlük	5 (5-30)
Kaçınma	5 (5-30)
Kişisel Sorumluluk	4 (4-24)
Finansal Ayrımcılık	3 (3-18)
Politik Karşıtlık	3 (3-18)

3.6.2. Veri toplama yöntemi

Çalışmanın verileri 25 Mart 2022 – 15 Mayıs 2022 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde bulunan klinik ve cerrahi

bölümler ile yan dal polikliniklerinin 26 tanesine başvuran poliklinik hastalarından elde edildi. Araştırmada kullanılan anket formları araştırmacı tarafından, poliklinik hastalarına araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtilerek çalışmanın amacı ve çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra anket formunu eksiksiz doldurması gerektiğini anlatan açıklama yapılarak gözlem altında doldurulması istendi ve dağıtıldı. Dağıtılan anket formları araştırmacı tarafından kişilerden 15 dakika sonra toplandı.

3.7. Verilerin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS version 26.0) paket programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca ve en düşük-en yüksek değerlerle (minimum-maksimum), kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde (%) kullanılarak ifade edildi. Değişkenlerin parametrik koşullara uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi.

Parametrik koşullara uymadığı belirlenen bağımsız iki grup arasındaki değişkenlerin analizinde Mann Whitney U Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki değişkenlerin analizinde ise Kruskal Wallis Testi kullanıldı. İkiden fazla bağımsız grup arasındaki değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark bulunduğunda, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gruplar Mann Whitney U Testi ile ikili karşılaştırıldı ve anlamlılık düzeyi için Bonferroni düzeltmesi yapıldı.

Ölçek ve ölçek alt boyutları puanları arasındaki ilişki Sperman Korelasyon Testi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısı $r=0,00-0,24$ ise zayıf, $r=0,25-0,49$ ise orta, $r=0,50-0,74$ ise güçlü, $r=0,75-1,00$ ise çok güçlü korelasyon olarak kabul edildi (166). Çalışmada kullandığımız ölçeklerin likert tipte olması nedeniyle ölçek yapılarının çalışmamızdaki güvenilirliği Cronbach Alfa katsayısı ile test edildi, Tablo 10'da verilen katsayılar göre değerlendirildi (167).

Tablo 10. Cronbach Alfa değerleri

Cronbach Alfa Katsayısı	Açıklama
0,00-0,39	Geliştirilen test güvenilir değil
0,40-0,59	Geliştirilen testin güvenilirliği düşük
0,60-0,79	Geliştirilen test oldukça güvenilir
0,80-1,00	Geliştirilen testin / ölçeğin güvenilirliği yüksek

Bağımlı değişkeni etkileyebileceği düşünölen bağımsız değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılarak incelendi. Lojistik regresyon analizi ‘Enter’ yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi. Model uyumu için Hosmer Lemeshow Testi ve modelin bağımlı değişkeni açıklayabilme gücü için Nagelkerke R² Testi kullanıldı.

Kanser Damga Ölçeği’nin bir kesim noktası olmadığı ve normal dağılıma uymadığı için benzer çalışmada (168) ölçek ortanca puanına göre kategorize edildiğinden, ölçek ortanca puanına göre kategorize edildi. Ortanca değere eşit ve daha yüksek puan alanlar ‘yüksek damgalama düzeyi’, ortancadan daha düşük alanlar ise ‘düşük damgalama düzeyi’ olarak değerlendirildi.

İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Ailede kanser hastalığı olanların yakınlarındaki dağılımlar; anne-baba ve çocuk “1. derece akraba”, dede-nine ve kardeş “2. derece akraba”, amca-dayı-hala-teyze ise “3. derece akraba” olarak kategorilendi (169).

Medeni durum; ölçek puanlarının analizlerinden önce bekar, boşanmış ve eşi ölmüş kategorileri birleştirilerek “bekar” kategorisinde toplandı.

Sigara ve alkol kullanım durumu; ölçek puanlarının analizlerinden önce “her gün ile arada” kategorileri “kullananlar” ve “eski kullanıcı ile kullanmamış” kategorileri ise “kullanmayanlar” olarak gruplandı.

Lojistik regresyon analizinden önce eğitim düzeyi değişkeninde “ilkokul” ile “ortaokul” ve “üniversite” ile “lisansüstü” birleştirildi.

3.8. Etik Kurul Onayı ve İzinler

Araştırmanın etik onayı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan OMÜ KAEK 2022/86 karar numarası ve 09.03.2022 karar tarihiyle alındı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nden de izin alınarak klinik bölümler ve klinik bölümlerin yan dal polikliniklerine gidilerek araştırma yapıldı. Katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözel onamları alındı.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Çalışmaya toplam 463 katılımcı dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalaması $44,3 \pm 13,1$ yıl olup; ortancası ise 42 yıl ve en küçük katılımcı 19 yaşında, en büyük katılımcı ise 77 yaşındadır.

Katılımcıların 240 (%51,8)'ı erkek ve yaş ortalaması $44,9 \pm 13,3$ yıl ve geriye kalan 223 (%48,2) kişi ise kadın ve kadınların yaş ortalaması $43,6 \pm 12,9$ yıldır. Katılımcıların %61,3'ü evli, yarısından fazlası üniversite mezunu ve %68,3'ü aktif olarak bir işte çalışmaktadır. Sağlık güvencelerine bakıldığında 427 kişinin (%92,2) sağlık güvencesi vardır. Sosyal güvenlik kurumu tarafından sağlık güvencesi olan 402 kişiden 25 (%6,2)'inin ek olarak özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 11'de gösterilmiştir.

Katılımcıların sağlıkla ilgili bazı özellikleri Tablo 12'de sunulmuştur. Katılımcılardan 213 (%46,0) kişi egzersiz yaptığını belirtmiştir. Egzersiz yapanların yüzde 63,4'ü haftada toplam 150 dakikadan az, yüzde 36,6'sı haftada toplam 150 dakikadan fazla egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Güneş ışınlarından korunma değerlendirilmesinde ise 147 (%31,7) kişi hiçbir şey yapmadığını, geriye kalan 316 (%68,3) kişi güneş ışınlarından korunmak için en az bir koruma yöntemini kullandığını belirtmiştir. Bu koruma yöntemlerinde de en çok tercih edilen %40,0 ile koruyucu aksesuar/kıyafet kullanımıdır.

Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı (n=463)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<i>Cinsiyet</i>		
Erkek	240	51,8
Kadın	223	48,2
<i>Yaş Grupları (Yıl)</i>		
<29	57	12,3
30-39	141	30,5
40-49	115	24,8
50-59	72	15,6
60-69	62	13,4
≥70	16	3,4
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	284	61,3
Bekar	117	25,3
Eşi ölmüş	33	7,1
Boşanmış	29	6,3
<i>Eğitim Düzeyi</i>		
İlkokul	15	3,2
Ortaokul	42	9,1
Lise	115	24,8
Üniversite	243	52,5
Lisansüstü	48	10,4
<i>Çalışma Durumu</i>		
Çalışan	316	68,3
Çalışmayan	147	31,7
<i>Sağlık Güvencesi</i>		
Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)	402	86,8
Yok	36	7,8
Özel Sigorta	25	5,4
<i>Gelir Durumu</i>		
Gelir giderden az	203	43,8
Gelir gidere eşit	187	40,4
Gelir giderden fazla	73	15,8
Toplam	463	100

Tablo 12. Katılımcıların sağlıkla ilgili bazı özellikleri (n=463)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<i>Sigara Kullanım Durumu</i>		
Her gün	103	22,2
Arada	55	11,9
Eski kullanıcı	129	27,9
Kullanmamış	176	38,0
<i>Alkol Kullanım Durumu</i>		
Her gün	21	4,5
Arada	130	28,1
Eski kullanıcı	52	11,2
Kullanmamış	260	56,2
<i>Egzersiz Yapma</i>		
Hayır	250	54,0
Evet	213	46,0
<i>Egzersiz Yapılan Süre (dk)*</i>		
Haftada toplam <150	135	63,4
Haftada toplam ≥150	78	36,6
<i>Yeterli ve Dengeli Beslenme</i>		
Hayır	164	35,4
Evet	299	64,6
<i>Güneş Işınlardan Korunma**</i>		
Koruyucu aksesuar/kıyafet kullanımı	185	40,0
Hiçbir şey yapmama	147	31,7
Saat 10-16 arası maruz kalmama	135	29,2
Güneş kremi kullanma	118	25,5
Güneşlenmekten kaçınma	83	17,9

*Egzersiz yapanlar (n=213)

**Güneş ışınlarından korunmada birden fazla seçenek işaretlenmiştir ve satır yüzdesi verilmiştir.

Katılımcılardan 251 (%54,2) kişide kronik herhangi bir hastalık yoktur, geri kalan 212 (%45,8)'in ise en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalık dağılımları Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Kronik hastalığı olan katılımcıların dağılımı (n=212)

Kronik Hastalık	Sayı*	Yüzde**
Hipertansiyon	67	31,6
Diyabet	45	21,2
Tiroid Hastalığı	40	18,9
Kalp Hastalığı	35	16,5
Psikiyatrik Hastalık	27	12,7
Böbrek Hastalığı	15	7,0
Diğer***	87	41,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

**Satır yüzdesi

***Solunum sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları, üriner sistem hastalıkları (böbrek hastalıkları hariç) ve deri hastalıkları

Tablo 14. Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı ve kanser varlığı dağılımı (n=463)

	Sayı	Yüzde
<i>Ailede Sağlık Çalışanı</i>		
Yok	282	60,9
Var	181	39,1
<i>Ailede Kanser Varlığı</i>		
Yok	271	58,5
Var	192	41,5

Tablo 15. Ailede kanser hastalığı olan katılımcıların yakınlarındaki kanser dağılımı (n=192)

Akrabalık durumu	Sayı*	Yüzde**
1.Derece akraba	73	38,0
2.Derece akraba	92	47,9
3.Derece akraba	83	43,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

**Satır yüzdesi

Tablo 16. Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırma durumu (n=463)

Tarama Yaptırma	Sayı	Yüzde
Hayır	302	65,2
Evet	161	34,8

Kanser taraması yaptıran 161 kişiden de en fazla serviks kanseri (%59,0) için tarama yapıldığı belirtilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Tarama yapılan kanserlerin türlerinin dağılımı (n=161)

Tarama Türleri	Sayı*	Yüzde**
Serviks	95	59,0
Meme	76	47,2
Kolorektal	40	24,8
Diğer***	50	31,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

**Satır yüzdesi

***Prostat, Tiroid

Tablo 18. Katılımcıların kanser tanısı dağılımı (n=463)

Kanser tanısı	Sayı	Yüzde
Yok	409	88,3
Var	54	11,7

4.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin katılım şartlarına uyan katılımcıların (n=393) ölçek puanlarının ortalaması $97,8 \pm 13,2$ ve ortancası 100 (46-120) olarak bulunmuştur. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre KTYTÖ puanlarının dağılımı Tablo 19'da sunulmuştur.

Cinsiyetler arasında ölçek puanı karşılaştırılmasına bakıldığında kadınlarda ölçek puanı erkeklere göre daha yüksek belirlenmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$). Diğer sosyodemografik değişkenlere bakıldığında ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. KTYTÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı (n=393)

Değişkenler	n	Ölçek Puanı Ortanca (Min-Maks)	P
Cinsiyet			
Erkek	202	96,0 (46-120)	0,003
Kadın	191	102,0 (57-120)	
Yaş Grupları (Yıl)			
30-39	141	99,0 (57-120)	0,231
40-49	115	99,0 (68-120)	
50-59	72	99,0 (46-120)	
60-70	65	103,0 (71-120)	
Medeni Durum			
Bekar	132	99,0 (57-120)	0,717
Evli	261	100,0 (46-120)	
Eğitim Düzeyi			
İlkokul	13	102,0 (59-117)	0,632
Ortaokul	37	97,0 (73-116)	
Lise	90	98,5 (64-120)	
Üniversite	211	100,0 (46-120)	
Lisansüstü	42	102,5 (58-116)	
Çalışma Durumu			
Çalışan	274	100,0 (46-120)	0,300
Çalışmayan	119	98,0 (59-120)	
Sağlık Güvencesi			
Yok	32	96,5 (59-119)	0,263
Var*	361	100,0 (46-120)	
Gelir Durumu			
Gelir giderden az	175	99,0 (46-120)	0,771
Gelir gider eşit	162	100,5 (58-120)	
Gelir giderden fazla	56	99,5 (73-120)	

* SGK ve özel sigorta birleştirilmiştir.

Katılımcıların bazı sağlık özelliklerine göre KTYTÖ puan dağılımları Tablo 20’de sunulmuştur.

Katılımcıların sigara kullanım durumu, kanser taraması yaptırma ve kanser tanısı açısından ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Ailesinde kanser varlığı açısından ölçek puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. KTYTÖ puanlarının bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı (n=393)

Özellikler	n	Ölçek Puanı Ortanca (Min-Maks)	P
<i>Sigara Kullanım Durumu</i>			
Kullananlar	138	96,0 (46-118)	<0,001
Kullanmayanlar	255	102,0 (59-120)	
<i>Alkol Kullanım Durumu</i>			
Kullananlar	130	96,0 (46-120)	0,034
Kullanmayanlar	263	101,0 (57-120)	
<i>Egzersiz yapma</i>			
Hayır	213	97,0 (46-120)	0,002
Evet	180	102,0 (57-120)	
<i>Yeterli ve Dengeli Beslenme</i>			
Hayır	132	97,0 (59-120)	0,003
Evet	261	101,0 (46-120)	
<i>Güneşten Korunma</i>			
Yok	129	96,0 (59-120)	0,029
Var*	266	101,0 (46-120)	
<i>Kronik Hastalık Varlığı</i>			
Yok	207	96,0 (57-120)	0,004
Var	186	102,0 (46-120)	
<i>Ailede Kanser Varlığı</i>			
Yok	226	99,5 (46-120)	0,326
Var	167	100,0 (68-120)	
<i>Kanser Taraması Yaptırma</i>			
Hayır	242	96,0 (46-120)	<0,001
Evet	151	104,0 (64-120)	
<i>Kanser Tanısı</i>			
Yok	341	98,0 (46-120)	<0,001
Var	52	106,5 (80-120)	

*Güneşten korunmak için yapılanlardan en az bir şikkı işaretleyenler

Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı varlığına göre ölçek puanların karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. KTYTÖ puanlarının ailede sağlık çalışanı varlığına göre karşılaştırılması (n=393)

Sağlık Çalışanı Varlığı	n	Ölçek Puanı Ortanca (Min-Maks)	P
Yok	244	99,0 (57-120)	0,071
Var	149	100,0 (46-120)	

4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Damga Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Kanser Damga Ölçeği'nin katılım şartlarına uyan katılımcıların (n=409) ölçek puanlarının ortalaması $54,8 \pm 17,1$ ve ortancası 52 (25-125) bulunmuştur. KDÖ alt boyutlarının puanlarının ortancaları Tablo 12'de gösterilmiştir. Katılımcı yaşı ile KDÖ puanı arasında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmamıştır ($r=0,022$; $p=0,652$).

Katılımcı yaşı ile alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. KDÖ alt boyutlarının puan ortancaları (n=409)

Kanser Damga Ölçeği Alt Boyutları	Ölçek Puanı Ortanca (Min-Maks)
Ciddiyet	12 (5-30)
İletişimde Güçlük	12 (4-27)
Kişisel Sorumluluk	8 (4-24)
Kaçınma	7 (5-30)
Finansal Ayrımcılık	6 (3-18)
Politik Karşıtlık	4 (3-18)

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre KDÖ puanlarının dağılımı Tablo 23'te sunulmuştur. Cinsiyetlere göre ölçek puanları karşılaştırıldığında erkeklerin ortanca puanı daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,017$). Lise eğitim düzeyinin ölçek puanı daha yüksek olup lisansüstü eğitim düzeyinin ölçek puanı ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). Sağlık güvencesi olmayan katılımcıların ölçek puanı olanlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0,027$). Gelir durumu açısından değerlendirildiğinde; üç grubun ölçek puanları karşılaştırıldığında ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Bu üç grup arasındaki farkın gelir giderden az grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Kanser damga ölçeği alt boyutlarının puanlarında, cinsiyetlere göre *finansal ayrımcılık* ve *politik karşıtlık* puanları karşılaştırıldığında erkek katılımcıların ölçek puanları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$; $p=0,012$). Yaş gruplarının *ciddiyet* alt boyut puanları arasında karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,021$). Medeni duruma göre *politik karşıtlık* puanları karşılaştırıldığında bekar katılımcıların alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,011$). Eğitim düzeylerinin alt boyut puanları karşılaştırıldığında; *ciddiyet*,

iletişimde güçlük ve *kaçınma* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,024$; $p=0,012$; $p=0,007$). Sağlık güvencesinin varlığına göre *ciddiyet* ve *kaçınma* alt boyut puanları karşılaştırıldığında sağlık güvencesi olmayanların puanları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$; $p=0,040$). Gelir durumuna göre karşılaştırıldığında ise *ciddiyet*, *iletişimde güçlük* ve *kaçınma* puanları arasında gelir durumu iyileştikçe alt boyut puanları azalmakta olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$; $p=0,003$; $p=0,004$) (Ek Tablo 1).

Tablo 23. KDÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı (n=409)

Değişkenler	n	Ölçek Puanı	p
Cinsiyet			
Erkek	212	54,5 (25-125)	0,017
Kadın	197	50,0 (25-105)	
Yaş Grupları (Yıl)			
<29	56	50,0 (25-125)	0,521
30-39	131	52,0 (25-94)	
40-49	102	52,5 (29-125)	
50-59	61	53,0 (26-105)	
60-69	44	50,0 (30-92)	
≥70	15	55,0 (31-65)	
Medeni Durum			
Bekar	155	55,0 (25-93)	0,186
Evli	254	50,0 (25-125)	
Eğitim Düzeyi			
İlkokul	11	57,0 (34-90)	0,032
Ortaokul	32	56,5 (26-81)	
Lise ^a	97	56,0 (25-125)	
Üniversite	225	51,0 (25-105)	
Lisansüstü ^a	44	45,0 (28-80)	
Çalışma Durumu			
Çalışan	291	52,0 (25-125)	0,977
Çalışmayan	118	51,0 (25-100)	
Sağlık Güvencesi			
Yok	28	56,5 (38-100)	0,027
Var*	381	52,0 (25-125)	
Gelir Durumu			
Gelir giderden az ^{b,c}	176	56,5 (26-125)	0,001
Gelir gidere eşit ^b	168	50,0 (25-125)	
Gelir giderden fazla ^c	65	49,0 (25-104)	

^{a,b,c} Aynı harf bulunan grupların ikili karşılaştırmalarında istatistiksel farklılık vardır.

* SGK ve özel sigorta birleştirilmiştir.

Katılımcıların kanser damga ölçeği puanlarının bazı sağlık özelliklerine göre dağılımları Tablo 24’te sunulmuştur.

Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Diğer sağlık özellikleri açısından katılımcı ölçek puanları arasında istatistiksel fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kanser damga ölçeği alt boyutlarının puanlarında, sigara kullanım durumuna göre *ciddiyet*, *iletişimde güçlük*, *kaçınma* ve *politik karşıtlık* alt boyut puanları karşılaştırıldığında sigara kullananların puanları politik karşıtlık alt boyutu hariç yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$ ve $p=0,010$). Egzersiz yapma durumuna göre egzersiz yapmayanların *ciddiyet* alt boyut puanı daha yüksek, egzersiz yapanların ise *kişisel sorumluluk* alt boyutu daha yüksek olup, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,034$; $p=0,009$). Güneşten korunanların korunmayanlara göre *kişisel sorumluluk* alt boyut puanı daha yüksek tespit edilmiştir ($p=0,015$). Kanser taraması yaptıran katılımcıların *ciddiyet* alt boyut puanı tarama yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,018$) (Ek Tablo 2).

Tablo 24. KDÖ puanlarının bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı (n=409)

Özellikler	n	Ölçek Puanı Ortanca (Min-Maks)	p
<i>Sigara Kullanım Durumu</i>			
Kullanan	141	60,0 (32-100)	<0,001
Kullanmayan	268	49,0 (25-125)	
<i>Alkol Kullanım Durumu</i>			
Kullanan	139	56,0 (28-125)	0,066
Kullanmayan	270	51,0 (25-125)	
<i>Egzersiz Yapma</i>			
Hayır	217	53,0 (25-105)	0,768
Evet	192	51,0 (25-125)	
<i>Yeterli ve Dengeli Beslenme</i>			
Hayır	146	52,0 (26-125)	0,776
Evet	263	52,0 (25-125)	
<i>Güneşten Korunma</i>			
Yok	128	52,0 (25-100)	0,693
Var*	283	52,0 (25-125)	
<i>Kronik Hastalık Varlığı</i>			
Yok	235	52,0 (25-125)	0,592
Var	174	52,5 (26-99)	
<i>Ailede Kanser Varlığı</i>			
Yok	250	51,0 (25-125)	0,349
Var	159	53,0 (26-105)	
<i>Kanser Taraması Yaptırma</i>			
Hayır	291	52,0 (25-125)	0,876
Evet	118	52,0 (28-105)	

*Güneşten korunmak için yapılanlardan en az bir şikkı işaretleyenler

Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı varlığına göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (Tablo 25).

Tablo 25. KDÖ puanlarının ailede sağlık çalışanı varlığına göre karşılaştırılması (n=409)

Sağlık Çalışanı Varlığı	n	Ölçek Puanı Ortanca (Min-Maks)	P
Yok	254	52,0 (26-125)	0,737
Var	155	52,0 (25-125)	

4.4. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı ile Kanser Damga Ölçeği Puanı ve Her Bir Alt Boyut Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların KTYTÖ puanları ile KDÖ puanları arasında ($r=-0,332$; $p<0,001$), KDÖ alt boyutlarından ciddiyet alt boyutu ($r=-0,292$; $p<0,001$) ve kaçınma alt boyutu ($r=-0,297$; $p<0,001$) ile orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların KTYTÖ puanları ile kanser damga ölçeği alt boyutlarından iletişimde güçlük ($r=-0,243$; $p<0,001$), finansal ayrımcılık ($r=-0,153$; $p=0,005$) ve politik karşıtlık ($r=-0,149$; $p=0,006$) alt boyutları arasında zayıf ve negatif yönde ilişki bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 26. KTYTÖ puanı ile KDÖ puanı ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon

Parametreler	r	p
Kanser damga ölçeği toplam puanı	-0,332	<0,001
Alt Boyutları		
Ciddiyet	-0,292	<0,001
İletişimde Güçlük	-0,243	<0,001
Kişisel Sorumluluk	-0,085	0,117
Kaçınma	-0,297	<0,001
Finansal Ayrımcılık	-0,153	0,005
Politik Karşıtlık	-0,149	0,006

4.5. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile Kanser Damga Ölçeği ve Her Bir Alt Boyutun Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeklerin ve alt boyutların Cronbach Alfa değerleri Tablo 27’de gösterilmiştir. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği (Cronbach Alfa=0,833) ve kanser damga ölçeğinin tamamı (Cronbach Alfa=0,803) yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Alt boyutlarda ise iletişimde güçlük (Cronbach Alfa=0,464) ve kişisel sorumluluk (Cronbach Alfa=0,513) alt boyutları düşük güvenilir, diğer alt boyutlar ise oldukça güvenilir bulunmuştur.

Tablo 27. KTYTÖ ile KDÖ ve her bir alt boyutu için Cronbach Alfa değerleri

Ölçekler	Madde Sayıları	Cronbach Alfa Değeri
Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği	24	0,833
Kanser Damga Ölçeği	25	0,803
Alt Boyutları		
Ciddiyet	5	0,712
İletişimde Güçlük	5	0,464
Kişisel Sorumluluk	4	0,513
Kaçınma	5	0,728
Finansal Ayrımcılık	3	0,667
Politik Karşıtlık	3	0,682

Her iki anketin katılım koşullarını sağlayan katılımcıların (341 kişi) bazı özelliklerinin (yaş, KTYTÖ puanı, cinsiyet, sigara kullanımı, gelir durumu, güneşten korunma, sağlık güvencesi ve eğitim durumu) kanser damgalama düzeyi üzerindeki etkilerini göstermek için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 28’de sunulmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon modelinin veriye uyumunu gösteren Hosmer Lemeshow testine göre model veriye uyumlu bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışmada yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanının her bir birim artışı kanser damgalamasını 0,96 kat azaltır ($p=0,001$). Kadın cinsiyete göre erkek cinsiyet 1,80 kat ($p=0,021$), sigara kullanımı 2,36 kat ($p=0,001$), gelir durumunun kötü olması 1,84 kat ($p=0,017$) ve güneşten

korunma 1,87 kat ($p=0,022$) kanser damgalamasını artırmaktadır. Sağlık güvencesinin olmaması 1,27 kat, eğitim durumunun lise olması 1,18 ile ilkokul ve ortaokul olması 0,99 kat kanser damgalaması artırmakta olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çok değişkenli lojistik regresyon modelinin yeterliliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, kanser damgalama düzeyini etkileyen değişkenlere göre modelin açıklama yüzdesi (Nagelkerke R^2) %18,3 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 28. Kanser damgalama düzeyinde etkili olabilecek faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon modeli

Bağımsız Değişkenler	OR (%95 GA)*	p
Yaş	0,994 (0,972-1,017)	0,628
KTYTÖ Puanı	0,968 (0,949-0,986)	0,001
Cinsiyet		
Kadın (Referans)	-	-
Erkek	1,803 (1,092-2,977)	0,021
Sigara Kullanımı		
Yok (Referans)	-	-
Var	2,364 (1,436-3,893)	0,001
Gelir Durumu**		
İyi (Referans)	-	-
Kötü	1,844 (1,113-3,054)	0,017
Güneşten Korunma		
Yok (Referans)	-	-
Var	1,872 (1,093-3,206)	0,022
Sağlık Güvencesi		
Var (Referans)	-	-
Yok	1,272 (0,470-3,443)	0,635
Eğitim Durumu***		
Üniversite ve Lisansüstü (Referans)	-	-
Lise	1,180 (0,637-2,187)	0,599
İlkokul ve Ortaokul	0,994 (0,436-2,266)	0,989

*Odds oranı ile gösterilen tahmini relatif risk ve %95 güven aralığı

**Gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla grupları iyi olarak, gelir giderden az olan grup ise kötü olarak düzenmiştir.

***İlkokul ile ortaokul ve üniversite ile lisansüstü birleştirilmiştir.

5. TARTIŞMA

Türkiye’de kanser taramaları toplum tabanlı ve fırsatçı tarama olmak üzere iki şekilde yürütülmektedir. Toplum tabanlı taramalar; ASM, TSM ve KETEM’lerde ve fırsatçı taramalar ise 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır. Taramanın etkin olabilmesi için hedef popülasyonun %70’ine ulaşmalıdır. Ülkemizde ise yapılan taramaların kapsayıcılığı serviks kanserinde %20, meme kanserinde %30-35 ve kolorektal kanserde %20-30’dur (170). Çalışmamızda ise kanser taramalarından en az birini yaptıran oranı %34,8 olup, en çok (%59,0) serviks kanseri taraması yaptırmışlardır. Diğer kanser tarama oranları; meme kanseri için %47,2 ve kolorektal kanser taraması için %24,8 olarak bulunmuştur. Serviks ve meme kanseri yaptıran oranı ülke genelinden yüksek, kolorektal kanser taraması ise ülke geneline benzer raporlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların KTYTÖ puanlarının ortalaması $97,8 \pm 13,2$ olarak belirlenmiştir. Ülkemizde kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinin kullanıldığı diğer çalışmaların puan ortalaması $60,5 \pm 27,8$ - $99,8 \pm 13,9$ arasında değişmekte olup çalışmamızdaki ölçek puanı literatürle benzerlik göstermektedir (164, 171-173). Ölçekten alınabilecek maksimum puan 120 (24-120 arası) olup, puan arttıkça kanser taramalarına yönelik tutum “olumlu tutum” olarak yorumlanmaktadır (164, 171). Bu bilgiler ışığında, katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumlarını "olumlu" olarak değerlendirebiliriz. Bireylerin kanser taramalarına yönelik olumlu tutumları, kanser taramalarına katılımın artmasına ve kanser yükünün azaltılmasına yönelik umut verici bir görüntü sunmaktadır (174).

Çalışmamızda 60-70 yaş arasındaki katılımcıların KTYTÖ puan ortancası diğer katılımcılardan yüksek bulunmuş olup, *yaş grupları* ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Konya’da yapılan ve ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise yaş ile ölçek puanı arasında zayıf ama pozitif yönde, anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (164). Erkal’ın KTYTÖ’yü 1059 kişiye çevrimiçi uyguladığı çalışmada 30-37 yaş ve 54-61 yaş arasındaki bireylerin ölçek puanları benzer ve 62 yaş ve üstü olanlardan yüksek hesaplanmıştır. Aynı çalışmada bireylerin yaşlarının artışı ile kanser taramalarına yönelik olumsuz tutumları paralellik

göstermektedir (171). Aynı ölçeğin yine çevrimiçi ama sadece kadın katılımcılarda uygulandığı iki çalışmadan ilkinde, 248 bireyin katıldığı çalışmada ölçek toplam puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (172). İkinci çalışma ise Çınar ve arkadaşlarının 396 katılımcı ile yaptığı kesitsel bir çalışma olup; 60 yaş ve üzerindeki kişilerdeküçük yaştakilere göre kanser taramalarına olan tutumları daha olumsuz saptanmıştır (173). Adana’da 1248 kadınla Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada 20-29 yaş arasındaki kadınların tutumları diğer katılımcılardan daha olumsuz bulunmuştur (175). Akciğer kanseri taramasına yönelik tutumun araştırıldığı 16 yaş ve üzeri 1007 kişinin katıldığı Galler’de yapılan ve prostat kanseri taramasına yönelik tutumun araştırıldığı Hong Kong’da 40-70 yaş arasındaki 240 erkek katılımcı ile yapılan çalışmalarda yaş değişkeni ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır (174, 176).

Katılımcıların yaşları ilerledikçe kanser damga ölçeği puanları artış trendi izlemekte olup, yaş ile kanser damga ölçeği puanı arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. KDÖ alt boyutlarında ise sadece *ciddiyet* alt boyutu ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yaş artıkça katılımcıların kanser hastalığının hayatları olumsuz etkilediğine olan inançlarının arttığını söyleyebiliriz. Çalışmamızda kurduğumuz regresyon modelinde diğer faktörlerle beraber yaş yine istatistiksel olarak etkili bulunmamıştır. İngiltere’de KDÖ ile yapılan nüfus tabanlı bir anket çalışmasında yaş ile kanser damgalaması arasında bir ilişki bulunmamıştır (163). Nepal’de kadınlarla yapılan çalışmada ise yaşlı hasta grubunun kanser damgalama puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma, *ciddiyet* alt boyutu yönünden çalışmamızı desteklemektedir (177). Kuralay ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada ise yaş ilerledikçe kanser damgalamasının azaldığı, gençlerin damgalama davranışının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (178). Bu çalışmayı destekler nitelikte olan Çin’de ve Japonya’da yapılan çalışmalarda gençlerin kansere karşı daha olumsuz tutum sergiledikleri bulunmuştur. Bu iki çalışmada da ortak olan ve dikkat çekici nokta, genç yaştaki bireylerin kanser hastalarının aile ve toplum üzerinde mali yük olduğuna dair inançlarının daha yüksek olmasıdır (179, 180). Çin’de ağız kanseri ile ilgili yapılan bir başka çalışmada ise damgalama ile yaş arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (181). Türkiye’de yapılan bir başka kanser ve kanser hastalarına

yönelik damgalama ile ilgili olan çalışmada ise yaş ve kanser damgalaması arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (182). Tüm bu çalışmalardan yola çıkarak yaş, tutum ve damgalama arasındaki ilişkilerin belirsiz olduğunu ve bu ilişkileri etkileyen başka faktörlerin olabileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamızda kadınların erkeklere göre kanser taramalarına yönelik tutumları daha olumlu ve KDÖ puanı daha düşük bulunmuştur. Ayrıca erkek katılımcıların finansal ayrımcılık ve politik karşıtlık puanları daha yüksek olup, anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bundan yola çıkarak erkek katılımcıların kanser hastalarına karşı maddi ve toplumsal yönden daha olumsuz bir tutum içinde olduklarını söyleyebiliriz. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı ölçek geliştirme çalışmasında kadınların ölçek puanı erkeklere göre düşük olup, erkeklerin kanser taramaların yönelik daha olumlu bir tutum içinde olduğu tespit edilmiştir (164). Türkiye’de çevrimiçi yapılan başka bir çalışmada ise kadınların erkeklere göre kanser taramalarına karşı daha olumlu bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur (171). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yapılan çalışmada kadınlarda kanser taraması yaptıрма oranı erkeklere göre yüksek bulunmuştur (183). Suudi Arabistan’da 3241 kişi ile yapılan çalışmada da kadınların taramalara karşı olumlu tutum sergiledikleri tespit edilmiştir (184). Kolorektal kanser ve akciğer kanseri taramalarına olan tutumun araştırıldığı çalışmalarda ise cinsiyetler arasında bir fark bulunmamıştır (176, 185).

Kanser damga ölçeği ile İngiltere’de yapılan iki çalışmada erkeklerin ölçek puanları kadınlardan daha yüksek bulunmuş olup, kadınların kanser damgalaması erkeklere göre daha az bulunmuştur (162, 163). Literatüre baktığımızda erkeklerde damgalamanın kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (182, 186, 187). Kanser damga ölçeğinin diğer dillerdeki versiyonlarına bakıldığında ölçek puanı ile cinsiyetler arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır (15, 179, 180). Çalışmamızda kurduğumuz regresyon modelinde hem KTYTÖ puanı hem de cinsiyetin kanser damgalamasındaki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kanser tarama programında bulunan serviks, meme ve kolorektal kanser taramalarının hepsinin kadınlara uygulanabilirken erkeklere sadece kolorektal kanser taraması yapılması, tarama programlarının erkeklerden çok kadınlara özel olması, kadınların kanser taramalarına karşı daha olumlu bir tutum sergilemelerine neden olabilir (188).

Damgalamanın kadınlarda daha az olması, kadınların başka kişilerin sorunlarına ve duygularına daha empatik, daha duyarlı olması ile açıklanabilir (189).

Çalışmamızda kanser taramalarına yönelik olan tutum ve *eğitim düzeyi* arasındaki ilişkiye baktığımızda; eğitim düzeyi yükseldikçe ölçek puanında artış olup, istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin tutumlarının olumsuzlaştığı bulunmuştur (164). Bu çalışmanın aksine Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada üniversite mezunu olanların tutumları diğer katılımcılara göre daha olumlu bulunmuştur (171). Genel kanser taramalarına yönelik yapılan bir başka çalışmada; üniversite ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların, olmayanlara göre tutumlarının olumlu olduğu bulunmuştur (184). Hastane tabanlı kesitsel bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların serviks kanseri taramasına karşı olumlu tutum gösterdikleri tespit edilmiştir (190). Meme kanseri ve kolorektal kanser taraması ile ilgili yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin tutumları daha olumlu olarak bulunmuştur (191, 192). Eğitim düzeyi yükseldikçe kanser taraması için kanıtlara ve bilgiye erişim kolaylaştığı (171) için ölçek puanının artması beklediğimiz bir durum olup, “olumlu tutum”un bir başka nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda *eğitim düzeyi* ile katılımcıların KDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların ölçek puanı azalmıştır. Ayrıca katılımcıların eğitim düzeyi ile ciddiye, iletişimde güçlük ve kaçınma alt boyutlarının puanları arasında ters bir ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar kanser tanısını hayatını mahveden bir haber olarak görmekte olup, kanser hastalarından kendilerini daha fazla soyutladıklarını düşünmekteyiz. Lojistik regresyon modeline eğitim düzeyi ve diğer faktörleri yerleştirdiğimizde, eğitim düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlılığını kaybetmiştir. Bu analizler sonucunda, eğitim düzeyinin diğer faktörlerden bağımsız olarak kanser damgalamasını etkilediğini söyleyebiliriz. Çevik ve arkadaşlarının yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında eğitim seviyesinin artması ile kanser damgalamasının azaldığı bulunmuştur (15). Kanser damga ölçeğinin kullanıldığı bir başka çalışmada eğitim düzeyi ile kansere yönelik damgalayıcı tutumlar arasında ters bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada ciddiye ve kaçınma alt boyutlarında çalışmamızla paralel

sonuçlar elde edilmiştir (177). Ağız kanseri ile ilgili yapılan kesitsel çalışmada yüksek eğitim düzeyinin düşük damgalama ile ilişkili olduğu bulunmuştur (181). Başka hastalıklarda damgalama konusunda yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe damgalamanın azaldığı raporlanmıştır (148, 193). İran’da yapılan bir diğer çalışmada kansere karşı olumlu tutumun eğitim düzeyinin yükselmesi ile paralellik gösterdiği tespit edilmiştir (187). Bu bilgiler bireyin, eğitim düzeyindeki artışın bilgi kaynaklarına erişimini artırdığı; böylece hastalık ve tedavisine karşı tutumunu olumlu etkilediğini işaret etmektedir (181, 182, 194).

Çalışmamızda katılımcıların KTYTÖ puanları ile *gelir durumu* ve *sağlık güvencesi varlığı* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı KTYTÖ geliştirme çalışmasında da sağlık güvencesi varlığı ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (164). Türkiye’de kadınlarla yapılan bir başka çalışmada da gelir durumunun kanser taramalarına yönelik tutumu etkilemediği raporlanmıştır (173). Bu çalışmaların aksine Türkiye genelinde 1059 kişi ile çevrimiçi yapılan çalışmada gelir durumu ve sağlık güvencesi varlığının ölçek puanını etkilediği bulunmuştur. Gelir durumu yükseldikçe ve sağlık güvencesi varlığında tutum daha olumlu olarak saptanmıştır (171). Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise gelir düzeyinin kanser taramasına olan tutumu etkilemediği bulunmuştur (195-197).

Kanser damga ölçeği puanı ile *gelir durumu* ve *sağlık güvencesi varlığı* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık güvencesi olmayanların tüm alt boyutlar da puanları yüksek olup, ciddiye ve kaçınma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gelir düzeyine göre incelendiğinde yine tüm alt boyutlarda gelir düzeyi düşük olanların puanları yüksek olup; ciddiye, iletişimde güçlük, kaçınma alt boyut puanları ve gelir düzeyi arasında anlamlılık tespit edilmiştir. Hem sağlık güvencesi olmayanların hem de gelir düzeyi düşük olanların kanser hastalığını daha ciddiye aldıklarını ve kanserli hastalardan daha fazla kaçınma davranışı gösterebileceklerini düşünmekteyiz. Çalışmamızda yaptığımız lojistik regresyon analizine göre gelir düzeyi kanser damgalama düzeyinde modelde etkili bir faktör olarak bulunmuştur. Tüm bunlarla birlikte gelir düzeyi iyileştikçe katılımcıların kanser damgalama düzeyinin azaldığını söyleyebiliriz. Sağlık güvencesi ise regresyon

modeline yerleştirildiğinde, kanser damgalama düzeyine olan etkisini kaybettiği tespit edilmiştir. Bu analiz sonuçları ile sağlık güvencesi varlığının diğer faktörlerden bağımsız olarak kanser damgalamasına etki ettiğini söyleyebiliriz. Gelir düzeyi iyi olan katılımcıların Türkiye’de kanser tutumuna yönelik yapılan çalışmalarda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (178, 182). Bir sistematik derlemede ise sosyoekonomik olarak düşük olanlarda kanserle ilgili olumsuz tutumların daha yaygın olduğu raporlanmıştır (198). Damgalama için risk faktörlerinin araştırıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde, gelir durumu bir risk faktörü olarak tespit edilmiş olup, gelir düzeyi düşükçe damgalamanın arttığı gözlenmiştir (14, 181, 187, 199, 200).

Bu bilgiler değerlendirildiğinde, gelir durumu ve sağlık güvencesi varlığının kanser taramalarına olan tutumu tek başına etkilemediğini ama kanser damgalamasını etkilediğini söyleyebiliriz. Bu iki değişkenin kanser damgalamasını doğrudan etkileyeceği yorumu yapılabilir. Bunun nedeninin sosyal güvencesi olanlar ve gelir durumu iyi olanların sağlık kurumuna daha çok başvurması, sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanması ve kanser hastalığı hakkında daha çok bilgi alması (171, 192, 201, 202) olduğunu düşünmekteyiz.

Hem KTYTÖ hem de KDÖ puanları ile *medeni durum ve aktif olarak bir işte çalışma durumu* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Medeni durum ile politik karıştılık puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yıldırım ve arkadaşları KTYTÖ ile yaptıkları çalışmada medeni durumu ve çalışma durumunu incelemiş, ölçek puanı ile anlamlı ilişki bulmamıştır (164). Erkal’ın yaptığı çalışmada ise medeni durum ile tutum arasında ilişki bulunmuş olup, bekarların taramaya yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada tutum ile çalışma durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır (171). Türkiye’de kadınlarla yapılan iki çalışmada medeni durumun kanser taramalarına yönelik tutumu etkilemediği raporlanmıştır (172, 173). Yurtdışında yapılan çalışmalar Türkiye’deki çalışmaları desteklemiştir (190, 195, 196, 203).

Kanser damgalamasına yönelik Türkiye’de yapılan çalışmalarda *medeni durumun ve çalışma durumunun* kanser damgalaması ile ilişkisi saptanmamıştır (178, 181, 182). Toplumda damgalamanın araştırıldığı bir çalışmada medeni durum damgalama ile ilişkisiz bulunurken, meslekler arasında damgalama yönünden farklılıklar tespit

etmişlerdir (204). Bu çalışmadan farklı olarak başka çalışmalarda, bekar bireylerin daha çok damgalama eğiliminde olduğu (205) ve meslekler arasında damgalama açısından fark olmadığı gösterilmiştir (177). Kanseri damga ölçeğinin Çin versiyonuna bakıldığında medeni durum ile ölçek puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (179). Baş-boyun kanserli hastalarla yapılan bir çalışma bekar bireylerin evli olanlara göre sosyal destek eksikliği nedeniyle hastalıkla baş etmede daha zorlandıklarını göstermiştir (206). Bu durum çalışmamızla uyumsuz olsa bile, kanser damgalaması ile medeni durum arasında doğrudan bir ilişki olmadığını söyleyebiliriz. Sonuç olarak, medeni durum ve çalışma durumu hem kanser taramalarına olan hem de kansere yönelik olan tutumla ilişkili bulunmamıştır. Bunun nedeninin bireysel ve kültürel farklılıklara bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sigara kullanım oranı %34,1, alkol kullanım oranı %32,6, egzersiz yapma oranı %46,0, yeterli ve dengeli beslenme oranı %64,6 ve güneş ışınlarından korunma oranı %68,3 olarak raporlanmıştır. *Sigara ve alkol kullanım durumu, egzersiz yapma, yeterli ve dengeli beslenme ve güneş ışınlarından korunma* gibi sağlıkla ilgili özellikler araştırıldığında, hepsinin KTYTÖ puanı ile anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Bu özelliklerin KDÖ puanı ile olan ilişkilerine baktığımızda sadece sigara kullanımı ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. *Sigara kullanımının*, kanser taramalarına olan tutumu ve kanser damgalamasını olumsuz yönde etkilediği çalışmamızda gösterilmiştir. Alt boyutlarda bakıldığında sigara kullananların tüm alt boyutlarda puanları yüksek olup; ciddiye, iletişimde güçlük, kaçınma ve politik karşıtlık alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Egzersiz yapanların ve güneş ışınlarından korunanların kişisel sorumluluk puanları daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Egzersiz yapmayanların ise ciddiye alt boyut puanları anlamlı yüksek tespit edilmiştir. Çalışmamızda kurulan lojistik regresyon modeline göre sigara kullanımı ve güneşten korunmanın kanser damgalama düzeyini artırdığı bulunmuştur. Literatürde özellikle toplum tarafından icra edilen kanser damgalaması ile değiştirilebilir risk faktörleri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar çok az bulunmaktadır. Türkiye’de ölçek kullanılarak bakılan kanser damgalaması araştırmalarından birinde sigara kullananların ölçek puanları yüksek bulunmuş olup, anlamlılık bulunmamıştır. Aynı çalışmada alkol kullanımının kansere yönelik tutumu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (178). Kanseri damga ölçeğinin geliştirildiği

çalışmada yaşam tarzının kansere neden olduğuna inananların kişisel sorumluluk puanı yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (162). Kanser gelişiminde etkili olan davranışsal risk faktörleri hakkında halkı eğitmek için tasarlanan halk sağlığı kampanyaları, halka “kanserin önlenabilir olduğunu” anlatırken, istenmeyen sonuçları; kanserin “kişinin kendisine zarar vererek” oluşan bir hastalık olarak görülmesi ve dolaylı yoldan damgalanma oluşturmaları olasılıklar dahilinde bulunmuştur (162, 163). Akciğer ve cilt kanserine diğer kanserlere göre daha fazla kişisel sorumluluk atfedilmiştir (207). Bu bilgiler ışığında, güneş ışınlarından korunmanın ve sigara içmenin kanser damgalamasında etkili olması beklediğimiz bir sonuçtur. Çalışmamızda sigara kullananlarda kişisel sorumluluk puanı yüksekti ama bunun damgalamayı etkilediği istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni; televizyon, radyo veya sosyal medyada yapılan bilgilendirmelerle insanların sadece sigara içerek değil, sigara dumanındaki zararlı maddelere direkt veya dolaylı maruziyetin kansere neden olabileceği farkındalığının oluştuğunu düşünmekteyiz.

Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinin geliştirildiği çalışmada ise sadece sigara kullanımıyla ölçek puanı arasında ilişki bulunmuş olup; alkol kullanımı, egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme ile ölçek puanı arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (164). Beyrut’ta yapılan bir çalışmada alkol ve sigara kullanımının taramaya yönelik tutumla ilişkisi bulunmamış ama egzersiz yapanların tutumları daha olumlu bulunmuştur (191). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmada meme kanseri taraması yaptıran ile düzenli egzersiz yapma arasında olumlu bir ilişki tespit edilmiş olup, sigara ve/veya alkol kullanan kadınların serviks kanseri taraması yaptıran isteği daha fazla bulunmuştur (183). Kolorektal kanser taraması ile ilgili yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite yapanların daha fazla kanser taraması yaptırdığı raporlanmıştır (208, 209). Bir hastanede bulunan aile hekimliği polikliniğinde yapılan çalışmada sağlıklı beslenen ve spor yapanların sağlık algılarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (210). Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, genellikle daha iyi kavrayış ve anlama yeteneğine sahip oldukları düşünülerek, yaşam tarzlarında değişiklik yapma ihtiyacı, motivasyon artışı ve daha sık performans yükseltme eğiliminde oldukları düşünülmektedir (211). Eğitim düzeyi ile sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarının birlikte olumlu yönde ilerlediği çalışmalar tarafından gösterilmiştir (210-213). Bilgiler değerlendirildiğinde, olumlu sağlık algısına sahip

kişiler, sağlık durumlarını korumak hatta daha da iyileştirmek için sağlık konularında daha dikkatli davranma eğiliminde olabilirler, bu durumun davranışsal risk faktörleriyle kanser taramalarına olan olumlu tutumun ilişkisini açıkladığını söyleyebiliriz.

Katılımcılarımızda en az bir kronik hastalığı bulunanların oranı %45,8 olup, kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre kanser taramalarına yönelik tutumları daha olumlu bulunmuştur. Çalışmamızda kanser taramalarından en az birini daha önce yaptırmış olmanın taramaya olan tutumu olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Aile sağlığı merkezinde 334 kişi ile yapılan çalışma ve 1059 kişinin çevrimiçi katılımı ile yapılan çalışmalarda kronik hastalık oranları sırasıyla %25,7 ve %25,5 olarak belirlenmiştir (164, 171). Kadınların sağlık algısı ve kanser taramalarına olan tutumunun belirlenmesi için yapılan bir başka çalışmada ise kronik hastalık oranı %23,8 olarak bulunmuştur (172). Bu üç çalışmada kronik hastalık oranları bizim çalışmamıza göre düşük raporlanmıştır. Ayrıca çalışmamızdan farklı olarak kronik hastalık varlığı ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (164, 171, 172). Kolorektal kanser taraması katılımını inceleyen bir sistematik derlemede kronik hastalığı olanların kanser taramasına katılım olasılığının daha yüksek ve taramaya olan uyumlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (214). Kronik bir hastalığa sahip olan bireyin sağlık kuruluşlarını ve hizmetlerini daha fazla kullanması ile hastalıklar hakkında bilgi ve farkındalığının artması beklenen bir durum olarak raporlanmıştır (215, 216). Çalışmamızın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi nedeniyle, diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olan bireylerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma grubumuzdaki kronik hastalığı olanların oranının yüksek olması göz önüne alındığında, kronik hastalık varlığı ile ölçek puanı arasındaki ilişki beklediğimiz bir sonuçtur.

Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre KDÖ ve alt boyut puanları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kanser etkinliği için toplanan bireylerde yapılan bir çalışmada, mevcut sağlık sorunu ve aile kanser hikayesinin olması ile kanser damgalaması arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (178). Çalışmamızda kanser taraması yaptırmama durumunun ve ailede kanser hastalığı varlığının KDÖ ve alt boyut puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. Kanser damga ölçeğinin geliştirildiği çalışmada, kişinin yakın çevresinde kanser öyküsünün olması tüm alt boyutlarda ilişkisiz bulunmuştur (162). Çin’de yapılan çalışmada, kanser hastasıyla akrabalık, arkadaşlık vb. ilişkisinin olması veya olmamasının bireyin kansere olan tutumunu etkilemediği gösterilmiştir (179). Bir başka çalışmada ise ailesinde kanser deneyimi olması kanser damgalamasını etkilemezken arkadaşlarında kanser deneyiminin olması damgalama üzerinde etkili bulunmuştur (180). Başka bir çalışmada ise ailesinde kanser hastalığından birini kaybedenlerin, kanser damgalamasını etkilemediği ama kanser hakkında konuşma ve kanserli kişilerle iletişimlerinin olumsuz yönde etkilendiği raporlanmıştır (15). Öztürk ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ailesinde kanser hastalığı olanların kanser damgalama puanlarını daha yüksek ve tutumlarını daha olumsuz bulmuştur (182).

Katılımcıların kendisinde ve ailesinde kanser hastalığı oranları sırasıyla %11,7 ve %41,5 olarak bulunmuştur. Kendisinde kanser hastalığı olanlar ve daha önce tarama yaptırmış olanların kanser taramalarına yönelik tutumları daha olumlu saptanmış olup, ailede kanser hastalığı varlığı ile KTYTÖ puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Erkal KTYTÖ’ü kullanarak yaptığı çalışmada, kendisinde veya ailesinde kanser öyküsünün olmasının taramaya yönelik tutumu etkilemediğini ama daha önce kanser taraması yaptırmamanın tutumu olumlu yönde etkilediğini raporlamıştır (171). Kadın katılımcılarla kanser taramalarına yönelik yapılan iki çalışmanın sonucunda, kanser taraması yaptırmama ile KTYTÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (172, 173). Konya’da yapılan çalışmada ise ailede kanser öyküsü ve tarama yaptırmama durumu tutum ile ilişkisiz bulunmuş olup, kendisinde kanser hastalığı tanısı olanların taramalara karşı tutumu daha olumsuz olarak bulunmuştur (164). Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada, kolorektal kanser taramasını duyanlar ve kendisinde kanser tanısı olanlar kolorektal kanser taramalarına daha çok katılmışlar ancak ailede kanser hikayesi ile kanser taramalarına katılım arasında ilişki bulunmamıştır (217). Kolorektal kanser taraması hakkında Aydın’da yapılan çalışmada, herhangi bir kanser hikayesi, ailesinde herhangi bir kanser tanısı ve doktordan herhangi bir kanser taraması için öneri almış olan kişilerin daha fazla kanser taraması yaptırdığı saptanmıştır. Aynı çalışmada tarama yaptırmamanın en önemli engelleri “bilgi yokluğu/eksikliği ve kendini risk altında görmeme” olarak bulunmuştur (218). Serviks kanserinin etiyolojisi ve semptomları hakkındaki düşük

farkındalık ile yanlış kanıların kanser taraması yaptırmamaya neden olacağı gösterilmiştir (219). Yapılan çalışmalarda serviks kanseri taraması konusunda bilgi sahibi olmanın, kanser taraması için olumlu bir tutum geliştirmede önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (190, 220). İran'da yapılan bir çalışmada kadınların meme kanseri tarama davranışları ile meme kanseri taraması konusundaki tutumları arasında olumlu bir ilişki tespit edilmiştir (221). Başka bir çalışmada; kanser taraması yaptırmayanlarda meme kanseri endişesi yaptıranlara göre yüksek bulunmuş olup, tarama yaptırmama nedeni “herhangi bir şikayetin olmaması ve kötü bir hastalığının olmasından korkması” olarak bulunmuştur (222).

Kadınların kansere yönelik tutumlarının araştırıldığı çalışmada, ailede kanser öyküsü bulunanların kanser damgalamasının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada kanser taraması yaptırma durumu ile kanser damgalaması arasında bir ilişki tespit edilmemiş ancak kanser taraması yaptıranların “iyileşmenin olanaksızlığına” ait tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (223). Çalışmamızda ise, kanser taraması yaptırma durumu ile KDÖ alt boyutlarından ciddiye alt boyutunun puanı arasında ilişki tespit edilmiştir. Kanser taraması yaptırmayanların “kansere tanısının korkunç bir olay olduğuna” dair inançlarının fazla olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinin puanı ile KDÖ ve alt boyutlarının puanları arasında ters yönde korelasyon bulunmuş olup, kurduğumuz regresyon modelinde de KTYTÖ puanı arttıkça kanser damgalama düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada ise katılımcıların kansere tanısı almaktan ve başkaları tarafından damgalanmaktan korktukları için tarama ve tanı yöntemlerini kullanmadıkları bulunmuştur (224). Korkunun doğasında çok fazla çeşitlilik var olduğundan (225), kanser taraması yaptırmamanın kanser damgalaması üzerindeki etkisi belirsizdir. Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde; kansere tanısı almış olması ve kanser taraması yaptırmış olması bir kişinin kanser taramaları hakkında farkındalığının fazla olduğunu ve tarama yaptırmamanın gerekliliğini ve önemini kavramış olduklarını düşündürdü.

Çalışmamızda KDÖ'nün Cronbach alfa değeri, yapılan diğer çalışmalardaki (15, 177, 179, 180) değerlerle benzerlik göstermektedir. Alt boyutlar için yapılan analizlerde ise 0,46-0,72 aralığında sonuçlar elde edilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında alt boyutların değerleri 0,51-0,80 arasında (15), İngiltere’de yapılan çalışmalardan;

ölçek geliştirme çalışmasında 0,76-0,91 arasında (162) ve nüfus tabanlı yapılan anket çalışmasında 0,57-0,77 arasında (163), Japonya’da yapılan çalışmada 0,81-0,91 arasında (180), Çin’deki çalışmada 0,70-0,89 arasında (179) ve Nepal’de kadınlarla yapılan çalışmada ise 0,73-0,83 arasında (177) sonuçlar raporlanmıştır. Ölçeğin geliştirildiği kültür ve uygulandığı popülasyon ile uyarlandığı kültür ve uygulandığı popülasyonlar arasındaki dil ve kültürel farklılıkları, Cronbach alfa değerini etkileyebilmektedir. Ölçeğin farklı bir kültüre veya popülasyona uyarlanması, öğelerin anlamının değişmesine veya algılanmasında farklılıklara yol açabilir, bu da Cronbach alfa değerlerindeki farklılıkları açıklamaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca çalışmalarda anket uygulama yöntemleri arasındaki farklılıkların da Cronbach alfa değerlerindeki farklılıkların bir başka açıklayıcısı olduğunu düşünmekteyiz.

Literatür araştırmalarına göre, birçok çalışmada KDÖ kullanılarak veriler, çevrimiçi anketler aracılığıyla elde edilmiştir. Ancak bu durum, internete erişimi olmayan veya çevrimiçi anketleri doldurma becerisine sahip olmayan bireyleri dışlamaktadır. Çalışmamızda ise anketler gözlem altında veya bireylere verilerek uygulanmıştır, bu da evren temsiliyetini artırmıştır. Çalışmamızın evreni, üniversite hastanesine başvuran hastalarla sınırlı ve elde edilen sonuçlar ile tüm topluma genelleme yapılamamaktadır. Bununla birlikte, çalışmamızı sınırlayan başka faktörler de bulunmakta, hatırlama ve sosyal istenirlik faktörleri; katılımcıların yanıtlarını etkileyebilir ve doğruluklarını sınırlayabilmektedir. Ayrıca, çalışmamız kesitsel tipte bir çalışma olduğundan, zamanla ilişki kurma veya nedensel ilişkileri belirleme konusunda kısıtlılıklara sahip bir çalışmadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİ

Çalışmamız, bir üniversite hastanesine başvuran hastaların kanser taramalarına yönelik tutumları, kanser damgalama düzeyleri ve bunlarla ilişkili olabilecek özelliklerin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi polikliniklerine başvuran 463 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen çalışmamızın sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

- Katılımcılardan KTYTÖ katılım şartlarına uyanların ölçek puanlarının ortancası 100 (46-120) olarak bulunmuştur.
- Kadın katılımcıların KTYTÖ puanları erkeklere göre daha yüksek belirlenmiş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Katılımcıların medeni durumuna, eğitim düzeyine, çalışma durumuna, sağlık güvencesi varlığına ve gelir durumuna göre KTYTÖ puanları arasında fark saptanmamıştır.
- Sigara kullanmayanların kullanan katılımcılara göre KTYTÖ puanları istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
- Alkol kullananların kullanmayanlara göre KTYTÖ puanları istatistiksel anlamlı olarak daha düşük belirlenmiştir.
- Katılımcıların egzersiz yapma, yeterli ve dengeli beslenme durumuna göre KTYTÖ puanları incelendiğinde; egzersiz yapanların yapmayanlara göre, yeterli ve dengeli beslenenlerin beslenmeyere göre ölçek puanları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Güneşten korunanların korunmayan katılımcılara göre KTYTÖ puanları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
- Katılımcılardan kronik hastalığı olanların olmayanlara göre KTYTÖ puanları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırma durumları incelendiğinde, tarama yaptıranların yaptırmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak KTYTÖ puanları daha yüksek belirlenmiştir.

- Kanser tanısı olmayan katılımcıların olanlara göre KTYTÖ puanları daha düşük olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Katılımcıların ailesinde kanser hastası ve sağlık çalışanı olması durumuna göre KTYTÖ puanları arasında fark bulunmamıştır.
- Kanser Damga Ölçeği'nin katılım şartlarına uyan katılımcıların ölçek puanlarının ortancası 52 (25-125) bulunmuştur.
- Katılımcıların ciddiye alt boyutu puan ortancası 12, iletişimde güçlük 12, kişisel sorumluluk 8, kaçınma 7, finansal ayrımcılık 6 ve politik karşıtlık 4 olarak bulunmuştur.
- Katılımcı yaşı ile KDÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır.
- Erkek katılımcıların kadınlara göre KDÖ, finansal ayrımcılık ve politik karşıtlık puanları daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Medeni duruma göre incelendiğinde bekarların evli olanlara göre politik karşıtlık puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek belirlenmiştir.
- Katılımcıların eğitim düzeylerine göre lisansüstü mezunu olanların lise mezunu olanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük KDÖ puanı olduğu saptanmıştır.
- Eğitim düzeylerine göre ciddiye, iletişimde güçlük ve kaçınma alt boyut puanları arasında anlamlı olarak farklılık bulunmuştur.
- Sağlık güvencesi olmayan katılımcıların olanlara göre KDÖ, ciddiye ve kaçınma puanları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların gelir durumuna göre incelendiğinde geliri giderinden az olanların geliri giderine eşit ve fazla olanlara göre KDÖ puanı daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.
- Gelir durumuna göre karşılaştırıldığında ciddiye, iletişimde güçlük ve kaçınma puanları arasında gelir durumu iyileştikçe alt boyut puanları azalmakta olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- Sigara kullananların kullanmayanlara göre KDÖ, ciddiye, iletifimde g     , kaçınma ve politik kar  t  lık puanları politik kar  t  lık alt boyutu hariç daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Egzersiz yapma durumuna göre egzersiz yapmayanların ciddiye alt boyut puanı daha yüksek, egzersiz yapanların ise kişisel sorumluluk alt boyutu daha yüksek olup, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Güneşten korunanların korunmayanlara göre kişisel sorumluluk alt boyut puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir.
- Kanseri taraması yaptıran katılımcıların ciddiye puanı tarama yaptırmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek belirlenmiştir.
- Kanseri taramalarına yönelik tutum   l  eği puanı ile KD   ve alt boyut puanları arasında -kişisel sorumluluk hariç- negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
- Kanseri taramalarına yönelik tutum   l  eği ve kanseri damga   l  eğinin tamamı yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Alt boyutlarda ise iletifimde g      ve kişisel sorumluluk alt boyutları düşük güvenilir, diğeri alt boyutlar ise oldukça güvenilir olarak belirlenmiştir.
- Kanseri taramalarına yönelik tutum   l  eği puanının her bir birim artışının kanseri damgalamasını azalttığı, erkek cinsiyet, sigara kullanımı, gelir durumunun kötü olması ve güneşten korunmanın ise kanseri damgalamasını artırdığı bulunmuştur.

Çalışmamızın, bireylerin kanseri taramalarına olan tutumlarını ve kanseri damgalamasını etkileyebilecek faktörler hakkında literatüre katkı sunduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, ülkemizde kanseri taramalarına yönelik tutum ile kanseri damgalaması arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda yapılan çalışmalardan biridir. Bu   alı  ma, toplumda kanseri taramalarına katılımın artırılması ve kanseri damgalamasının önlenmesi için gelecek çalışmaların tasarımına katkı sağlayabilir.

Kanseri damgalamasını daha iyi anlamak ve gelecekte etkili bir şekilde hedeflemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti sunucuları, kanseri damgalamasının ve bunun bireylerin sağlık sistemi ile olan etkileşimi üzerindeki

potansiyel etkisinin farkında olmalı; tarama, erken tanı, hastalık veya tedavi sürecini anlatırken kanser damgalamasını göz ardı etmemelidir. Kanıta dayalı damgalamayı önleme yöntemleri geliştirmek için kanser damgalamasını etkileyen faktörlerin ve etki mekanizmalarının daha iyi çözümlenmesi gerekir.

Kanser ve kanser taramaları konusunda farkındalık yaratmak, hem kanserle mücadelede hem de kanser taramalarında önemli bir etkidir. Toplumda bu konuda bilgi sahibi olmayı teşvik etmek ve doğru bilgi vermek, bireylerin kanser taramalarına katılımını artırabilir ve kanser damgalamasının azaltılmasına yardımcı olabilir. Bilgilendirici ve eğitici programlar, sosyal medya kampanyaları, kitle iletişim araçları ve diğer iletişim kanalları aracılığıyla topluma doğru ve güncel bilgiler sunulmalıdır. Bu şekilde, insanlar kanserin erken teşhis ve tedavi sürecinin önemini anlayabilir ve kanser taramalarının önemine dikkat çekilebilir. Ayrıca, kanserle ilgili yanlış bilgilere karşı mücadele ederek, doğru bilgi ve farkındalığın yayılmasına katkıda bulunulmalıdır. Bu süreçte, sağlık uzmanları, kanserden etkilenen bireyler ve kanserle ilgili konularda deneyimi olan paydaşlar önemli bir rol oynamaktadır. Kanser ve kanser taramaları konusunda farkındalık yaratma çabaları, toplumun genel sağlık bilincini artırabilir, kanserle mücadelede erken teşhis ve tedaviye yönelik adımların atılmasını teşvik edebilir ve kanserle yaşayan bireylere destek sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. *Cancer*. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 [Erişim tarihi: 17 Aralık 2022].
2. National Institutes of Health (US); Biological Sciences Curriculum Study. *Information about the Brain*. NIH Curriculum Supplement Series. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20367/?report=classic> [Erişim tarihi: 28 Aralık 2022].
3. Huang Z, Yu T, Wu S, Hu A. Correlates of stigma for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29(3): 1195-203.
4. Ernst M, Beutel ME, Brähler E. Cancer as a risk factor for distress and its interactions with sociodemographic variables in the context of the first wave of the COVID-19 pandemic in Germany. *Scientific Reports*. 2022;12(1): 2021.
5. Ferlay J, Ervik M, Lam F, ve ark. *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*. Lyon, Fransa: International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/tomorrow> [Erişim tarihi: 18 Aralık 2022].
6. Türkiye İstatistik Kurumu. *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2021*. Haber Bülteni. 2023. Rapor Numarası: 45715.
7. Hohneck A, Meissner R, Reyser C, ve ark. Effects of a Sound Intervention on Physical and Emotional Well-Being in Patients with Cancer: A Prospective Randomized Trial. *Oncology research and treatment*. 2023;46(1-2): 1-10.
8. Squiers L, Siddiqui M, Kataria I, ve ark. *Perceived, Experienced, and Internalized Cancer Stigma: Perspectives of Cancer Patients and Caregivers in India*. 2021. Rapor Numarası: RR-0044-2104.
9. World Health Organization. *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> [Erişim tarihi: 12 Kasım 2022].
10. World Health Organization. *Guide to cancer early diagnosis*. 2017.
11. Hasan Shiri F, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, Rohani C. Stigma and Related Factors in Iranian People with Cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2018;19(8): 2285-90.

12. Hing N, Russell AM, Gainsbury SM. Unpacking the public stigma of problem gambling: The process of stigma creation and predictors of social distancing. *Journal of behavioral addictions*. 2016;5(3): 448-56.
13. Lee H, Fawcett J, Kim D, Yang JH. Correlates of Hepatitis B Virus-related Stigmatization Experienced by Asians: A Scoping Review of Literature. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2016;3(4): 324-34.
14. Yilmaz M, Dissiz G, Usluoğlu AK, Iriz S, Demir F, Alacacioglu A. Cancer-Related Stigma and Depression in Cancer Patients in A Middle-Income Country. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2020;7(1): 95-102.
15. Çevik B, Kav S, Kaynar P, Sahin ZK, Tekcan B, Ülker Ş. Turkish validity and reliability of the Cancer Stigma Scale (CASS-T). *Palliative & Supportive Care*. 2023;21(1): 100-7.
16. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, ve ark. Stigma and Quality of Life in Women With Breast Cancer: Mediation and Moderation Model of Social Support, Sense of Coherence, and Coping Strategies. *Frontiers in psychology*. 2022;13: 657992.
17. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, ve ark. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC medicine*. 2019;17(1): 25.
18. Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*. 2006;11(3): 277-87.
19. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(3): 249-58.
20. Wang Q-X, Bai Y, Lu G-F, Zhang C-Y. Perceived health-related stigma among patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research*. 2017;4(4): 158-61.
21. National Cancer Institute. *What Is Cancer?* <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer> [Erişim tarihi: 12 Kasım 2022].
22. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, ve ark. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A

- Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2017;3(4): 524-48.
23. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health.* 2016;4(9): e609-16.
 24. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016;5(3): 154-65.
 25. Tarin D. *Understanding Cancer.* Springer Cham; 2023.
 26. Srivastava S, Ghosh S, Kagan J, Mazurchuk R, National Cancer Institute's HI. The Making of a PreCancer Atlas: Promises, Challenges, and Opportunities. *Trends Cancer.* 2018;4(8): 523-36.
 27. Dionne KR, Warnakulasuriya S, Zain RB, Cheong SC. Potentially malignant disorders of the oral cavity: current practice and future directions in the clinic and laboratory. *Int J Cancer.* 2015;136(3): 503-15.
 28. Faguet GB. A brief history of cancer: age-old milestones underlying our current knowledge database. *Int J Cancer.* 2015;136(9): 2022-36.
 29. Hajdu SI. A note from history: landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer.* 2011;117(5): 1097-102.
 30. Inchingolo F, Santacroce L, Ballini A, ve ark. Oral Cancer: A Historical Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(9).
 31. Atıcı E. Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi.* 2007;22(4): 197-204.
 32. Rahman N. Realizing the promise of cancer predisposition genes. *Nature.* 2014;505(7483): 302-8.
 33. Parsa N. Environmental factors inducing human cancers. *Iran J Public Health.* 2012;41(11): 1-9.
 34. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2022.* 2022. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf>.
 35. Advancing the Science of Cancer in Latinos. Ramirez AG, Trapido EJ, (editörler). Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 3-13.

36. White MC, Holman DM, Boehm JE, Peipins LA, Grossman M, Henley SJ. Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *Am J Prev Med.* 2014;46(3 Suppl 1): S7-15.
37. Cancer Research UK. *Age and cancer.* <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/age-and-cancer> [Erişim tarihi: 10 Aralık 2022].
38. Grunau GL, Gueron S, Pornov B, Linn S. The Risk of Cancer Might be Lower Than We Think. *Alternatives to Lifetime Risk Estimates. Rambam Maimonides Med J.* 2018;9(1).
39. Kim HI, Lim H, Moon A. Sex Differences in Cancer: Epidemiology, Genetics and Therapy. *Biomol Ther (Seoul).* 2018;26(4): 335-42.
40. Saletta F, Dalla Pozza L, Byrne JA. Genetic causes of cancer predisposition in children and adolescents. *Transl Pediatr.* 2015;4(2): 67-75.
41. Rasnic R, Linial N, Linial M. Expanding cancer predisposition genes with ultra-rare cancer-exclusive human variations. *Sci Rep.* 2020;10(1): 13462.
42. Wang Q. Cancer predisposition genes: molecular mechanisms and clinical impact on personalized cancer care: examples of Lynch and HBOC syndromes. *Acta Pharmacol Sin.* 2016;37(2): 143-9.
43. Toss A, Quarello P, Mascarin M, ve ark. Cancer Predisposition Genes in Adolescents and Young Adults (AYAs): a Review Paper from the Italian AYA Working Group. *Curr Oncol Rep.* 2022;24(7): 843-60.
44. Sağlığım: Halk Sağlığına Yönelik Bilgiler. *Yeterli ve Dengeli Beslenme Nedir?* <https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/saglikli-beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html> [Erişim tarihi: 2022 13 Aralık].
45. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Türkiye Kanseri Kontrol Programı.* Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı 2021.
46. FAO I, UNICEF, WFP, WHO. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2021: Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all.* Roma, FAO. 2021.
47. Barreira JV. The Role of Nutrition in Cancer Patients. *Nutr Cancer.* 2021;73(11-12): 2849-50.

48. Tucker KL, Flanagan K. Differential Cancer Risk in Latinos: The Role of Diet. Ramirez AG, Trapido EJ, (editörler). *Advancing the Science of Cancer in Latinos*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 69-77.
49. American Cancer Society. *American Cancer Society Guideline for Diet and Physical Activity*. <https://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention/guidelines.html> [Erişim tarihi: 13 Aralık 2022].
50. Cancer Research UK. *Does eating a healthy diet reduce my risk of cancer?* <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/diet-and-cancer/does-having-a-healthy-diet-reduce-my-risk-of-cancer> [Erişim tarihi: 13 Aralık 2022].
51. World Health Organization. *Obesity*. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
52. World Cancer Research Fund International. *Obesity, weight gain and cancer risk*. <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/risk-factors/obesity-weight-gain-and-cancer/> [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
53. World Health Organization. *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
54. World Health Organization. *World Obesity Day 2022 – Accelerating action to stop obesity*. <https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022-accelerating-action-to-stop-obesity> [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
55. Avgerinos KI, Spyrou N, Mantzoros CS, Dalamaga M. Obesity and cancer risk: Emerging biological mechanisms and perspectives. *Metabolism*. 2019;92: 121-35.
56. Cancer Research UK. *Does obesity cause cancer?* <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/obesity-weight-and-cancer/does-obesity-cause-cancer> [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
57. Kolb R, Sutterwala FS, Zhang W. Obesity and cancer: inflammation bridges the two. *Curr Opin Pharmacol*. 2016;29: 77-89.
58. Jemal A, Torre L, Soerjomataram I, Bray F (editörler). *The Cancer Atlas*. 3. baskı. Atlanta, GA: American Cancer Society, Inc; 2019.

59. American Cancer Society. *Risks of Tobacco*. The Cancer Atlas. <https://canceratlas.cancer.org/risk-factors/risks-of-tobacco/> [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
60. Cancer Research UK. *How does smoking cause cancer?* <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/how-does-smoking-cause-cancer> [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
61. Hecht SSAH, Dorothy K. *Tobacco and Cancer*.
62. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and Cancer. 2014 Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress; 2014.
63. Cancer Research UK. *What's in a cigarette?* <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/whats-in-a-cigarette-0> [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
64. Cancer Research UK. *Shisha, betel leaf, paan and other tobacco*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/shisha-betel-leaf-paan-and-other-tobacco> [Erişim tarihi: 14 Aralık 2022].
65. Hecht SS, Hatsukami DK. Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. *Nature Reviews Cancer*. 2022;22(3): 143-55.
66. Cancer Research UK. *What is passive smoking?* <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/what-is-passive-smoking> [Erişim tarihi: 15 Aralık 2022].
67. Rumgay H, Murphy N, Ferrari P, Soerjomataram I. Alcohol and Cancer: Epidemiology and Biological Mechanisms. *Nutrients*. 2021;13(9): 3173.
68. Rumgay H, Shield K, Charvat H, ve ark. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *The Lancet Oncology*. 2021;22(8): 1071-80.
69. World Cancer Research Fund International. *Limit alcohol consumption*. <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/limit-alcohol-consumption/> [Erişim tarihi: 15 Aralık 2022].

70. National Cancer Institute. *Alcohol and Cancer Risk*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet> [Erişim tarihi: 15 Aralık 2022].
71. American Cancer Society. *Body Weight, Physical Activity, Diet & Alcohol*. The Cancer Atlas. <https://canceratlas.cancer.org/risk-factors/nutrition-and-physical-activity/> [Erişim tarihi: 15 Aralık 2022].
72. National Cancer Institute. *Alcohol*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol> [Erişim tarihi: 15 Aralık 2022].
73. World Cancer Research Fund International. *Physical activity and cancer risk*. <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/risk-factors/physical-activity-and-cancer-risk/> [Erişim tarihi: 15 Aralık 2022].
74. World Health Organization. *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> [Erişim tarihi: 15 Aralık 2022].
75. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective*. Continuous Update Project Expert Report 2018.
76. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Erişim adresi: <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/>.
77. de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2): e180-e90.
78. National Toxicology Program. *The Report on Carcinogens*. U.S. Department of Health and Human Services. 2021.
79. Luria L, Cardoza-Favarato G. Human Papillomavirus. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
80. Sinha S, Gajra A. Nasopharyngeal Cancer. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
81. Gupta M, Shorman M. Cytomegalovirus. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
82. Lackey EK, Horrall S. Schistosomiasis. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.

83. Espina C, Porta M, Schüz J, ve ark. Environmental and occupational interventions for primary prevention of cancer: a cross-sectorial policy framework. *Environ Health Perspect.* 2013;121(4): 420-6.
84. Lewandowska AM, Rudzki M, Rudzki S, Lewandowski T, Laskowska B. Environmental risk factors for cancer - review paper. *Ann Agric Environ Med.* 2019;26(1): 1-7.
85. American Cancer Society. *Ultraviolet (UV) Radiation.* <https://www.cancer.org/healthy/cancer-causes/radiation-exposure/uv-radiation.html> [Erişim tarihi: 16 Aralık 2022].
86. World Health Organization. *Preventing cancer.* <https://www.who.int/activities/preventing-cancer> [Erişim tarihi: 16 Aralık 2022].
87. Markowitz S. Asbestos-Related Lung Cancer and Malignant Mesothelioma of the Pleura: Selected Current Issues. *Semin Respir Crit Care Med.* 2015;36(03): 334-46.
88. American Cancer Society. *Common Questions About Diet, Activity, and Cancer Risk.* <https://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention/common-questions.html> [Erişim tarihi: 16 Aralık 2022].
89. World Health Organization. *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.* Geneva: World Health Organization. 2020.
90. Baran Deniz E. Kanseri Epidemiyolojisi. *SOYD.* 2022;3(2): 102-11.
91. Eser S, Sonçağ RÖ. Birinci Basamak Çalışanları İçin, Kanseri Epidemiyolojisinde Temel Ölçütler ve Kanseri Kayıt Sistemleri. *STED.* 2012;21(6): 333-42.
92. Nolen SC, Evans MA, Fischer A, Corrada MM, Kawas CH, Bota DA. Cancer-Incidence, prevalence and mortality in the oldest-old. A comprehensive review. *Mech Ageing Dev.* 2017;164: 113-26.
93. Alan Yalım S, Uysal M. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine Başvuran Kanseri Hastalarının Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2021;22(2): 132-7.

94. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, ve ark. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3): 209-49.
95. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, ve ark. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3): 209-49.
96. Union for International Cancer Control. *GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data*. [Erişim tarihi: 16 Aralık 2022].
97. Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. *T¼rkiye Kanser İstatistikleri 2017*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. 2017.
98. Ferlay J, Ervik M, Lam F, ve ark. *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, Fransa: International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today> [Erişim tarihi: 16 Aralık 2022].
99. Soerjomataram I, Bray F. Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070. Nature Reviews Clinical Oncology. 2021;18(10): 663-72.
100. National Cancer Institute. *Public Health Research and Cancer*. <https://www.cancer.gov/research/areas/public-health> [Erişim tarihi: 17 Aralık 2022].
101. National Cancer Institute. *Cancer Prevention Overview (PDQ®)–Patient Version*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/patient-prevention-overview-pdq> [Erişim tarihi: 17 Aralık 2022].
102. Bulucu B¼y¼ksoy GD. T¼rkiye’nin Bazı Sağlık D¼zeyi G¼stergelerinin Halk Sağlığı G¼r¼ř¼ Açısından Değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2019;1(2): 49-59.
103. Ankara Tabip Odası. Aslan D (edit¼r). *Halk Sağlığı ile İlgili G¼ncel Sorunlar ve Yaklaşımlar* Ankara: Ankara Tabip Odası; 2009.
104. Tran KB, Lang JJ, Compton K, ve ark. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2022;400(10352): 563-91.
105. Fineberg HV. The paradox of disease prevention: celebrated in principle, resisted in practice. Jama. 2013;310(1): 85-90.

106. Güler Ç, Akın L (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3*. 3. baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015.
107. Dirican R (editör). *Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları - I: Sağlık Yönetimi*. Prof Dr Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları - I. https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html [Erişim tarihi: 17 Aralık 2022].
108. Ursoniu S. Primordial prevention, developing countries and the epidemiological transition: thirty years later. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2009;121(5-6): 168-72.
109. Population Health and Wellness, Ministry of Health Services, Columbia PoB. *A Framework for Core Functions In Public Health* 2005.
110. International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report 2008*. Lyon, Fransa: World Health Organization. 2008.
111. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. 2011.
112. Jamouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention - first, do no harm. *The Hong Kong Practitioner*. 2014;36: 72-7.
113. Pandve HT. Quaternary prevention: need of the hour. *Journal of family medicine and primary care*. 2014;3(4): 309-10.
114. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(2): 74-81.
115. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. 2010.
116. Pandve H. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Archives of Medicine and Health Sciences*. 2014;2(2): 254-6.
117. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. *Halk Sağlığı*. Ankara: Antıp Aş Tıp Kitapları Ve Bilimsel Yayınlar; 1998.
118. Fung D, Schabert I, MacLean CA, ve ark. Test ordering for preventive health care among family medicine residents. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2015;61(3): 256-62.
119. National Cancer Institute. *Cancer Screening Overview (PDQ®)–Patient Version*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/patient-screening-overview-pdq> [Erişim tarihi: 17 Aralık 2022].

120. Loud JT, Murphy J. Cancer Screening and Early Detection in the 21(st) Century. *Seminars in oncology nursing*. 2017;33(2): 121-8.
121. Ersoy E, Esra S. Kanser taramaları: İhtilaflar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(3): 118-22.
122. Sikora K. Cancer screening. *Medicine*. 2016;44(1): 59-64.
123. Centers for Disease Control and Prevention. *What Is Breast Cancer Screening?* https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/screening.htm [Erişim tarihi: 18 Aralık 2022].
124. National Health Service. *Screening and earlier diagnosis*. <https://www.england.nhs.uk/cancer/early-diagnosis/screening-and-earlier-diagnosis/> [Erişim tarihi: 18 Aralık 2022].
125. Centers for Disease Control and Prevention. *What Should I Know About Screening?* https://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/screening.htm [Erişim tarihi: 18 Aralık 2022].
126. Centers for Disease Control and Prevention. *Vaccine Information for Young Women*. <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv-vaccine-young-women.htm> [Erişim tarihi: 18 Aralık 2022].
127. Centers for Disease Control and Prevention. *Screening Tests*. https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/screening/tests.htm [Erişim tarihi: 18 Aralık 2022].
128. National Health Service. *Overview - Bowel cancer screening*. <https://www.nhs.uk/conditions/bowel-cancer-screening/> [Erişim tarihi: 18 Aralık 2022].
129. Centers for Disease Control and Prevention. *Who Should Be Screened for Lung Cancer?* https://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/screening.htm [Erişim tarihi: 18 Aralık 2022].
130. US Preventive Services Taskforce. *Prostate Cancer: Screening*. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prostate-cancer-screening> [Erişim tarihi: 19 Aralık 2022].
131. Eklund M, Jäderling F, Discacciati A, ve ark. MRI-Targeted or Standard Biopsy in Prostate Cancer Screening. *New England Journal of Medicine*. 2021;385(10): 908-20.

132. Albertsen PC. Prostate cancer screening and treatment: where have we come from and where are we going? BJU International. 2020;126(2): 218-24.
133. US Preventive Services Task Force. Screening for Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2016;316(4): 429-35.
134. Arayıcı ME, Yalçın F, Ellidokuz H. Kanser Kaydının Önemi ve Kanser Kontrolündeki Yeri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021;30(5): 366-75.
135. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 4 Şubat Dünya Kansер Günü (2022). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/4-subat-dunya-kanser-gunu-2022.html> [Erişim tarihi: 19 Aralık 2022].
136. Tuncez IH, Aksoy N, Koç M. National Cancer Screening Program Results; A City Example. Phnx Med J. 2021;3(2): 69-73.
137. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kansер Kontrol Programı. Ankara. 2016. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf.
138. Tuncer AM, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede İ. *Kansер Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) - El Kitabı*.
139. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıklı Hayat Merkezleri. *Kansер Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) Danışmanlığı*. <https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/7-kanser-erken-teshis-tarama-ve-egitim-merkez-ketem-faaliyetleri.html> [Erişim tarihi: 19 Aralık 2022].
140. Babaoğlu AB, Büyüközmen E, Can FE. İzmir’de Toplumda Kansер Tarama Testleri Farkındalığı ve Bireylerin Kansер Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler. Med J West Black Sea. 2021;5(2): 173-81.
141. Bulut İ, Oğuzöncül AF, Tuncer Kara K. Kansер Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi’ne Ait Meme ve Serviks Kansерlerini Tarama Programı Sonuçları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2021;6(2): 182-90.
142. Aytepe UE, Donmez E. Türkiye’de Kolorektal Kansер Tarama Davranışları, Etkileyen Faktörler ve Taramaya Katılmama Nedenleri: Sistematiк Derleme. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2022;4(1): 56-76.

143. Marcinkowski T, Reid A. Reviews of research on the attitude–behavior relationship and their implications for future environmental education research. *Environmental Education Research*. 2019;25(4): 459-71.
144. Özdemir Z. Sağlık Bilimlerinde Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme. *Huhemfad-Johufon*. 2018;5(1): 60-8.
145. Çöllü EF, Öztürk YE. Örgütlerde İnançlar-Tutumlar Tutumların Ölçüm Yöntemleri ve Uygulama Örnekleri Bu Yöntemlerin Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2006;9(1-2): 373-404.
146. Özmen S, Erdem R. Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2018;23(1): 185-208.
147. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18(1): 11.
148. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2016;243: 469-94.
149. Soffer M. Cancer-related stigma in the USA and Israeli mass media: an exploratory study of structural stigma. *Journal of Cancer Survivorship*. 2022;16(1): 213-22.
150. Quigley L. Gambling Disorder and Stigma: Opportunities for Treatment and Prevention. *Current addiction reports*. 2022;9(4): 410-9.
151. Zhang Y, Zhao J, Jiang N, ve ark. The association between comorbidities and stigma among breast cancer survivors. *Scientific Reports*. 2022;12(1): 13682.
152. Wan M, Tan Y, Huang Y, ve ark. Development and psychometric evaluation of public stigma of stroke scale (PSSS). *Scientific Reports*. 2023;13(1): 545.
153. Knapp S, Marziliano A, Moyer A. Identity threat and stigma in cancer patients. *Health psychology open*. 2014;1(1): 2055102914552281.
154. Fujisawa D, Umezawa S, Fujimori M, Miyashita M. Prevalence and associated factors of perceived cancer-related stigma in Japanese cancer survivors. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2020;50(11): 1325-9.
155. Hallaç S, Öz F. Genital Kanseri Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(4): 595-610.

156. Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. Stigma, status, and population health. *Social science & medicine* (1982). 2014;103: 15-23.
157. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*. 2013;103(5): 813-21.
158. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet* (London, England). 2006;367(9509): 528-9.
159. Pulerwitz J. How stigma subverts public health. *Nature*. 2019;575(7783): 438-9.
160. Vaughn-Sandler V, Sherman C, Aronsohn A, Volk ML. Consequences of Perceived Stigma Among Patients with Cirrhosis. *Digestive Diseases and Sciences*. 2014;59(3): 681-6.
161. Clement S, Schauman O, Graham T, ve ark. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*. 2015;45(1): 11-27.
162. Marlow LA, Wardle J. Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC Cancer*. 2014;14: 285.
163. Vrinten C, Gallagher A, Waller J, Marlow LAV. Cancer stigma and cancer screening attendance: a population based survey in England. *BMC Cancer*. 2019;19(1): 566.
164. Yıldırım Öztürk EN, Uyar M, Şahin TK. Development of an Attitude Scale for Cancer Screening. *Turkish Journal of Oncology*. 2020;35(4): 394-404.
165. Susuz Ç. Kanser erken teşhis ve tarama merkezine (KETEM) başvuran kadınlarda kanser damga ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi ve ilişkili faktörlerin saptanması [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2020.
166. Aksakoğlu G. *Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme*. 3. baskı. İzmir: Meta Basımevi; 2013.
167. Alpar R. *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik*. 4. baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2016.
168. Sima BT, Belachew T, Abebe F. Health care providers' knowledge, attitude and perceived stigma regarding tuberculosis in a pastoralist community in

- Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2019;19(1): 19.
169. International Society of Genetic Genealogy. *Autosomal DNA statistics*. https://isogg.org/wiki/Autosomal_DNA_statistics [Erişim tarihi: 16 Haziran 2023].
170. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013 - 2018. 2013. Erişim adresi: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf.
171. Erkal E. Determining Individuals' Attitudes Toward Cancer Screening and Their Influential Factors. Makara J Health Res. 2022;26(2): 111-7.
172. Uysal N, nal Toprak F. Kadınların Sağlık Algıları, Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktrlerin Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022;6(1): 65-76.
173. ınar D, elik A, Öztürk A, Zorba Baheli P, Kili Aka N. 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. 2022;31(4): 346-53.
174. Choi EPH, Wan EYF. Attitude Toward Prostate Cancer Screening in Hong Kong: The Importance of Perceived Consequence and Anticipated Regret. Am J Mens Health. 2021;15(5): 15579883211051442.
175. Akbas M, Gokyıldız Surucu S, Avcıbay Vurğec B. Identification of Women's Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer. TJFMPC. 2020;14(4): 605-12.
176. Smits SE, McCutchan GM, Hanson JA, Brain KE. Attitudes towards lung cancer screening in a population sample. Health Expectations. 2018;21(6): 1150-8.
177. Shrestha A, Stangl AL, Paneru B, ve ark. Validation of the Cancer Stigma Scale in Nepalese Women. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP. 2023;24(1): 207-14.
178. Kuralay , İşcan Ayyıldız N, H. E. Kanser Etkinliğine Katılan Bireylerin Kansere İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;24(4): 531-8.

179. Ye X, Liu H-Y, Lu S-R, Zhai Q, Yu B. Translation and validation of the Chinese version of the Cancer Stigma Scale. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2019;25(7): 1622-30.
180. Takeuchi E, Fujisawa D, Miyawaki R, ve ark. Cross-cultural validation of the Cancer Stigma Scale in the general Japanese population. *Palliative & Supportive Care*. 2021;19(1): 75-81.
181. Tan C, Zhong C, Mei R, ve ark. Stigma and related influencing factors in postoperative oral cancer patients in China: a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2022;30(6): 5449-58.
182. Öztürk A, Doğaner A, Bal Z, Geçkil Koskoca E. Kanser ve Kanser Hastalarına Yönelik Damgalama Tutumlarının Değerlendirilmesi. *International Social Sciences Studies Journal*. 2019;5(44): 5038-47.
183. Tekpınar H, Aşık Z, Özen M. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(1): 28-36.
184. Farooqi W, Alayed MI., Alkhuraisi FY., Alsinan ZA., Alghadeer HA., MA. A. Knowledge, attitude, and perceived barriers regarding cancer screening in Saudi Arabia. *Int J Surg Med*. 2021;7(2): 34-44.
185. Mosli M, Alnahdi Y, Alghamdi A, ve ark. Knowledge, attitude, and practices of primary health care physicians toward colorectal cancer screening. *Saudi J Gastroenterol*. 2017;23(6): 330-6.
186. Mackenzie CS, Visperas A, Ogrodniczuk JS, Oliffe JL, Nurmi MA. Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma and Health*. 2019;4: 233-41.
187. Badihian S, Choi EK, Kim IR, ve ark. Attitudes Toward Cancer and Cancer Patients in an Urban Iranian Population. *Oncologist*. 2017;22(8): 944-50.
188. Cullati S, Charvet-Bérard AI, Perneger TV. Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. *BMC Public Health*. 2009;9: 118.
189. Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, Grigaityte K, Iacoboni M, Ferrari PF. Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;46 Pt 4(Pt 4): 604-27.

190. Bansal AB, Pakhare AP, Kapoor N, Mehrotra R, Kokane AM. Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: A hospital-based cross-sectional study. *J Nat Sci Biol Med.* 2015;6(2): 324-8.
191. El Asmar M, Bechnak A, Fares J, ve ark. Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Breast Cancer amongst Lebanese Females in Beirut. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP.* 2018;19(3): 625-31.
192. Ruo-lin H, Qi L, Ying-xin W, ve ark. Awareness, attitude and barriers of colorectal cancer screening among high-risk populations in China: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2021;11(7): e045168.
193. Aslan Demirtaş F, Şahin N. HIV ve Damgalanma: Bir Sistematik Derleme. *Sağlık ve Toplum.* 2022;32(2): 13-25.
194. Zhang Y, Cui C, Wang Y, Wang L. Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1): 112.
195. Al Sairafi M, Mohamed FA. Knowledge, attitudes, and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women. *Med Princ Pract.* 2009;18(1): 35-42.
196. Ruddies F, Gizaw M, Teka B, ve ark. Cervical cancer screening in rural Ethiopia: a cross- sectional knowledge, attitude and practice study. *BMC Cancer.* 2020;20(1): 563.
197. Al Nsour M, Brown DW., Tarawneh M, Haddadin R, Walk H. Breast and Cervical Cancer Screening Among Women in Jordan: Findings from the Behavioural Risk Factor Surveillance System - 2007. *The Open Breast Cancer Journal.* 2012;4(1): 1-7.
198. McCutchan GM, Wood F, Edwards A, Richards R, Brain KE. Influences of cancer symptom knowledge, beliefs and barriers on cancer symptom presentation in relation to socioeconomic deprivation: a systematic review. *BMC Cancer.* 2015;15: 1000.
199. Yeni K, Tulek Z, Bebek N. Factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Turkey. *Epilepsy & Behavior.* 2016;60: 142-8.

200. Ersoy M, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(2): 163-71.
201. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların Kansere Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;25(3): 145-54.
202. Sudano JJ, Jr., Baker DW. Intermittent lack of health insurance coverage and use of preventive services. American journal of public health. 2003;93(1): 130-7.
203. Kotwal AA, Lauderdale DS, Waite LJ, Dale W. Differences between husbands and wives in colonoscopy use: Results from a national sample of married couples. Prev Med. 2016;88: 46-52.
204. Erez R, Özdoğan B, Ünübol H, Hızlı Sayar G. Toplumda Damgalama Eğilimi ve Hükümlülere Yönelik Sosyal Mesafe ile İlişkili Faktörler. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2022;6(1): 1-17.
205. Aksoy Ö, Köse E. Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Sosyal Damgalanma (Stigma) Düzeylerinin İncelenmesi Bandırma Örneği. Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;3(2): 291-307.
206. Günay İsmailoğlu E, Khorshida L. Baş-Boyun Kanseri Hastalarının Stresle Baş Etme Tarzları ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2016;8(4): 288-96.
207. Marlow LA, Waller J, Wardle J. Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types? Lung Cancer. 2015;88(1): 104-7.
208. Lee SY, Lee EE. Access to Health Care, Beliefs, and Behaviors about Colorectal Cancer Screening among Korean Americans. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP. 2018;19(7): 2021-7.
209. Yılmaz M, Dereli F, Yelten G. Elli Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık İnançlarının Kolon Kanseri İlişkin Tarama Davranışlarına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma. 2016;13(3): 226-34.

210. Karakoyunlu Şen S, Kılıç Öztürk Y. The Relationship Between Health Perception and Cancer Screening Awareness. *Türk Aile Hek Derg.* 2020;24(4): 175-83.
211. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. The relationship between healthy life style behaviors and hopelessness in patients with heart failure. *Turk J Card Nur.* 2016;7(13): 114-26.
212. Kolac N, Balci A, Sisman F, Atacer B, Dincer S. Health perception and healthy lifestyle behaviors in factory workers. *Bakırköy Tıp Dergisi.* 2018;14(3): 267-74.
213. Öztoprak F, Ege E. Kadın İşçilerin Kanseri Bilgi Yüğü ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2021;37(2): 141-56.
214. Wools A, Dapper EA, Leeuw JRJd. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *European Journal of Public Health.* 2015;26(1): 158-68.
215. Kenny AM, Biskup B, Robbins B, Marcella G, Burleson JA. Effects of vitamin D supplementation on strength, physical function, and health perception in older, community-dwelling men. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(12): 1762-7.
216. Öztürk Emiral G, Işıktekin Atalay B, Önsüz M, ve ark. Yarı Kırsal Alanda Yaşayan Kişilerde Gaitada Gizli Kan Taraması ve Tarama Programları Hakkında Farkındalıkları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.* 2018;3(1): 42-55.
217. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2015;14(3): 209-14.
218. Şahin N, Üner B, Aydın M, ve ark. Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türk Aile Hek Derg.* 2015;19(1): 37-48.
219. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H. Personal and socio-cultural barriers to cervical cancer screening in Iran, patient and provider perceptions: a qualitative study. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP.* 2015;16(9): 3729-34.
220. Tekle T, Wolka E, Nega B, Kumma WP, Koyira MM. Knowledge, Attitude and Practice Towards Cervical Cancer Screening Among Women and

Associated Factors in Hospitals of Wolaita Zone, Southern Ethiopia. *Cancer Manag Res.* 2020;12: 993-1005.

221. Irani M, Nosrati SF, Ghaffari F, Fasanghari M, Mirzaii K. Knowledge, Attitude, and Practice of Women Regarding Breast Cancer Screening Behaviors in Mashhad, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.* 2021;9(2): 2726-35.
222. Altu E, Çıtıl R, Okan İ. Kadınların Meme Kanseri Endişesi Ve Risk Faktörleri İle Kanser Erken Tanı Yöntemlerine Yaklaşımları. *Medical Research Reports.* 2023;6(1): 32-46.
223. Ari O, Kilic M. Investigation of Cancer Attitudes and Affecting Factors of Women Registered In A Family Health Center In Erzurum. *TJFMPC.* 2022;16(3): 559-73.
224. Meacham E, Orem J, Nakigudde G, Zujewski JA, Rao D. Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in Kampala, Uganda. *Psycho-Oncology.* 2016;25(10): 1206-11.
225. Rastad H, Khanjani N, Khandani BK. Causes of delay in seeking treatment in patients with breast cancer in Iran: a qualitative content analysis study. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP.* 2012;13(9): 4511-5.

8. EKLER

8.1. Ek 1. KDÖ Alt Boyutlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Ciddiyet (Ortanca (Min-Maks))	Kişisel Sorumluluk (Ortanca (Min-Maks))	İletişimde Güçlük (Ortanca (Min-Maks))	Kaçınma (Ortanca (Min-Maks))	Finansal Ayrımcılık (Ortanca (Min-Maks))	Politik Karşıtlık (Ortanca (Min-Maks))
Cinsiyet						
Erkek	12 (5-30)	9 (4-24)	12 (5-25)	8,0 (5-30)	7,0 (3-18)	4,0 (3-18)
Kadın	11 (5-28)	8 (4-23)	12 (4-27)	7,0 (5-30)	6,0 (3-18)	4,0 (3-18)
p	0,140	0,449	0,950	0,200	0,010	0,012
Yaş Grupları (Yıl)						
<29	10,0 (5-30)	8,0 (4-24)	11,0 (5-23)	6,0 (5-30)	5,5 (3-18)	4,0 (3-18)
30-39	12,0 (5-28)	9,0 (4-23)	11,0 (5-25)	7,0 (5-30)	6,0 (3-18)	4,0 (3-18)
40-49	12,0 (5-30)	8,0 (4-24)	12,5 (4-27)	8,0 (5-30)	6,0 (3-18)	4,0 (3-15)
50-59	14,0 (5-25)	7,5 (4-21)	13,0 (5-25)	8,0 (5-27)	5,0 (3-18)	4,0 (3-18)
60-69	8,5 (5-28)	8,0 (4-17)	11,5 (5-22)	5,0 (5-19)	6,5 (3-18)	3,0 (3-18)
>70	16,0 (5-23)	9,0 (4-14)	12,0 (5-18)	6,0 (5-10)	8,0 (3-13)	4,0 (3-9)
p	0,0210	0,158	0,687	0,262	0,711	0,615
Medeni Durum						
Bekar	11,0 (5-30)	8,0 (4-23)	11,0 (4-27)	8,0 (5-30)	6,0 (3-18)	4,0 (3-18)
Evli	12,0 (5-30)	8,0 (4-24)	11,0 (4-27)	7,0 (5-30)	6,0 (3-18)	4,0 (3-18)
p	0,304	0,444	0,730	0,136	0,619	0,011
Eğitim Düzeyi						
İlkokul	13 (9-26)	9 (5-13)	8 (5-25)	8,0 (5-12)	6 (3-13)	4,0 (3-12)
Ortaokul	15 (5-28)	7 (4-14)	13 (5-18)	8,5 (5-17)	5 (3-18)	4,0 (3-15)
Lise	12 (5-30)	8 (4-24)	13 (5-27)	9,0 (5-30)	8 (3-18)	4,0 (3-18)
Üniversite	10 (5-30)	8 (4-23)	12 (4-25)	7,0 (5-30)	6 (3-18)	4,0 (3-18)
Lisansüstü	11 (5-23)	9 (4-14)	8 (5-12)	6,0 (5-16)	5 (3-15)	3,5 (3-15)
p	0,024	0,287	0,012	0,007	0,189	0,799
Çalışma Durumu						
Çalışan	11 (5-30)	8 (4-24)	12 (4-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
Çalışmayan	12 (5-29)	8 (4-23)	11 (5-25)	7 (5-30)	7 (3-18)	4 (3-18)
p	0,577	0,850	0,516	0,748	0,231	0,326
Sağlık Güvencesi Varlığı						

Yok	15 (5-28)	9,5 (4-23)	13,5 (5-22)	9 (5-20)	8 (3-18)	4 (3-12)
Var	11 (5-30)	8,0 (4-24)	12,0 (4-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
p	0,011	0,125	0,263	0,040	0,154	0,923
Gelir Durumu						
Gelir giderden az ^{a,b}	13 (5-30)	9 (4-24)	13 (5-25)	8 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
Gelir gidere eşit ^a	11 (5-30)	8 (4-24)	11 (4-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	3 (3-18)
Gelir giderden fazla ^b	10 (5-25)	7 (4-21)	11 (5-25)	6 (5-23)	6 (3-18)	4 (3-16)
p	0,006	0,187	0,003	0,004	0,465	0,095

8.2. Ek 2. KDÖ Alt Boyutlarının Bazı Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı

	Ciddiyet (Ortanca (Min-Maks))	Kişisel Sorumluluk (Ortanca (Min- Maks))	İletişimde Güçlük (Ortanca (Min- Maks))	Kaçınma (Ortanca (Min- Maks))	Finansal Ayrımcılık (Ortanca (Min- Maks))	Politik Karşıtlık (Ortanca (Min- Maks))
Sigara Kullanım Durumu						
Kullanan	14 (5-30)	9 (4-21)	14 (5-25)	10 (5-30)	7 (3-18)	4 (3-16)
Kullanmayan	10 (5-30)	8 (4-24)	11 (4-27)	6 (5-30)	6 (3-18)	7 (3-18)
p	<0,001	0,062	<0,001	<0,001	0,050	0,01
Alkol Kullanım Durumu						
Kullanan	12 (5-30)	9 (4-24)	13 (4-25)	8 (5-30)	7 (3-18)	4 (3-18)
Kullanmayan	11 (5-30)	8 (4-24)	11 (5-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
p	0,279	0,052	0,274	0,186	0,258	0,085
Egzersiz Yapma						
Hayır	12 (5-30)	8 (4-21)	13 (4-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
Evet	10 (5-30)	9 (4-24)	11 (5-25)	7 (5-30)	7 (3-18)	4 (3-18)
p	0,034	0,009	0,235	0,347	0,108	0,904
Yeterli ve Dengeli Beslenme						
Hayır	12 (5-30)	8 (4-24)	12 (5-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
Evet	11 (5-30)	9 (4-24)	12 (4-25)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
p	0,485	0,496	0,444	0,557	0,621	0,72
Güneşten Korunma						
Yok	11,5 (5-30)	8 (4-18)	12 (4-27)	8 (5-24)	6 (3-18)	4 (3-18)
Var*	12,0 (5-30)	9 (4-24)	12 (4-25)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
p	0,962	0,015	0,717	0,724	0,930	0,466

***Kronik Hastalık
Varlığı***

Yok	11 (5-30)	8 (4-24)	11 (4-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
Var	12 (5-28)	9 (4-23)	12 (5-25)	8 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
p	0,713	0,680	0,886	0,414	0,512	0,57

***Ailede Kanser
Varlığı***

Yok	11 (5-30)	8 (4-24)	11 (5-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
Var	12 (5-30)	9 (4-21)	13 (4-25)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
p	0,169	0,208	0,075	0,301	0,080	0,867

***Kanser Taraması
Yaptırma***

Hayır	12,5 (5-30)	8 (4-24)	12 (4-27)	7 (5-30)	6 (3-18)	4 (3-18)
Evet	10,5 (5-28)	8 (4-23)	12 (5-25)	8 (5-27)	6 (3-18)	4 (3-15)
p	0,018	0,704	0,553	0,392	0,458	0,706

8.3. Ek 3. Anket Formu

Sayın katılımcı,

‘Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastalarda Kansere Taramalarına Yönelik Tutumun ve Kansere Damgalanmasının Değerlendirilmesi’ isimli çalışmamız Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmada, hastaneye başvuran hastalarda kansere taramalarına yönelik tutum ve kansere damgalanması (hastalık nedeniyle duyulan sosyal çekinceler) ile ilgili özelliklerin belirlenmesi hedeflenmektedir.

- ☐ Çalışmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- ☐ Bu çalışmaya katılmanız hastanedeki randevunuzu, muayenenizi veya tedavinizi engellemeyecektir.
- ☐ Sizden çalışmanın amacı doğrultusunda tanımlayıcı ve karşılaştırmalı veriler toplanacaktır.
- ☐ Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmanın amacı dışında veya başka bir araştırmada kullanılmayacaktır.
- ☐ Anket formunuzun üzerine lütfen isim ve soy isim yazmayınız.
- ☐ Sözlü onam vererseniz anket formunu doldurabilirsiniz.

Araştırmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Şennur DABAK

Yardımcı Araştırmacı: Asistan Dr. Türkan Sevgin GÜMÜŞKAPTAN

İletişim: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Telefon: 0362 312 19 19 (3568)

1. Cinsiyetiniz:

- 1) Erkek 2) Kadın

2. Doğum yılınız:

3. Medeni durumunuz:

- 1)Bekar 2) Evli 3) Boşanmış 4) Eşi ölmüş

4. Eğitim durumunuz (En son bitirilen okul):

- 1)Okur-yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul
4)Lise 5) Üniversite 6) Lisansüstü (Yüksek lisans, doktora)

5. Aktif olarak bir işte çalışıyor musunuz?

- 1) Çalışmıyorum 2) Çalışıyorum (Mesleğiniz:)

6. Sağlık güvenceniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1)Yok 2) SGK 3) Özel sigorta 4) Diğer (Belirtiniz:)

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Gelirim giderimden az
2) Gelirim giderime eşit
3) Gelirim giderimden fazla

8. Sigara kullanım sıklığınız nedir?

- 1) Her gün düzenli sigara içiyorum.
2) Arada sigara içiyorum.
3) Eskiden kullanırdım, bıraktım.
4) Hiç kullanmadım.

9. Alkol kullanım sıklığınız nedir?

- 1) Her gün düzenli alkol kullanırım.
2) Arada alkol kullanırım.
3) Eskiden kullanırdım, bıraktım.
4) Hiç kullanmadım.

10. Egzersiz yapıyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet

☐ Cevabınız 'evet' ise aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

	Haftada toplam 150 dakikadan az
	Haftada en az 150 dakika ve fazlası
	Diğer (.....)

11. Yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet

12. Güneş ışınlarının zararından korunmak için hangisini/hangilerini yapıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- 1) Saat 10:00-16:00 arasında güneşe doğrudan maruz kalmamaya özen gösteriyorum.
2) Güneş gözlüğü, şapka veya koruyucu kıyafet kullanıyorum.
3) Düzenli olarak en az 30 güneş koruma faktörlü krem kullanıyorum.
4) Bronzlaşmak için güneşlenmekten kaçınırım.
5) Diğer (Belirtiniz:.....)
6) Hiçbir şey yapmıyorum.

13. Ailenizde sağlık çalışanı var mı?

- 1) Yok 2) Var

Lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz.

2

14. Doktor tarafından tanı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?

1) Yok

2) Var

☐ Cevabınız ‘var’ ise kronik hastalığınızı belirtiniz.

	Yüksek Tansiyon(hipertansiyon)	
	Şeker hastalığı(diyabet)	
	Kalp hastalığı	
	Tiroid hastalığı	
	Böbrek hastalığı	
	Psikiyatrik hastalık	
	Diğer	

15. Ailenizde doktor tarafından tanı konulmuş/ tanısı kesinleşmiş kanser hastalığı olan var mı?

1) Yok

2) Var

☐ Ailenizde kanser hastalığı var olanları işaretleyiniz.

	Anne-Baba
	Kardeş
	Çocuk
	Teyze-Hala-Amca-Dayı
	Nine-Dede

16. Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?

1) Hayır

2) Evet

☐ Cevabınız ‘evet’ ise hangi kanser taramasını veya taramalarını yaptırdığınızı belirtiniz.

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

17. Doktor tarafından tanı konulmuş/ tanısı kesinleşmiş bir kanser hastalığınız var mı?

1) Yok

2) Var

☐ Doğum yılınız 1952-1992 (1952 ve 1992 yılları dahil) yılları arasında ise iki anketi doldurunuz.

☐ Son soruya cevabınız ‘var’ ise Kanser Damga Ölçeği’ni içeren ikinci anketi doldurmayınız.

Lütfen arka sayfaya devam ediniz.

3

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

Sıra No	İfadeler	1: Hiç Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	3: Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	4: Biraz Katılıyorum	5: Tamamen Katılıyorum
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 yaptırdığımda 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 artırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırırım.					
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırırım.					
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 acıtmasından 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.					

Lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz.

4

Kanser Damga Ölçeği

Sıra No	İfadeler	Kesnikle katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Hafif derecede katılmıyorum	Kararsızım	Hafif derecede katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Kesnikle katılıyorum
1	Bir kez kanser olduğun zaman bir daha “normal” olamazsın.							
2	Kansere yakalanmak, kendini zihinsel olarak ölüme hazırlamak zorundasın demektir.							
3	Kanser olan kişi, bu durumdan dolayı kendi suçludur.							
4	Kanser olmak, genellikle kişinin kariyerini bitirir.							
5	Kanser olan kişi, kendi durumundan sorumludur.							
6	Kanser, genellikle yakın kişisel ilişkileri yok eder.							
7	Kanser, dokunduğu insanların yaşamını mahveder.							
8	Kanser olan kişinin durumuna dair yasal mesuliyeti kendisine aittir.							
9	Bir kişi kanserse, bu muhtemelen kendi hatasıdır.							
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.							
11	Kanser olan birinin yanında kendimi rahat hissedirim.							
12	Kanser olan birinden kaçınmaya çalışırım.							
13	Kanser olan birinin yanında kendimi kızgın hissedirim.							
14	Kanser olan birinin yanında olmak, bana zor gelir.							
15	Kanser olan biri ile konuşmakta zorlanırım.							
16	Kanser olan birinin yanında kendimi rahatsız hissedirim.							
17	Kanser olan birinin yanında kanser hakkında konuşmaktan utanırım.							
18	Kanser olan bir kişiyle arama fiziksel olarak mesafe koyarım.							
19	Bir iş arkadaşım kanser olsa, ondan kaçınmaya çalışırım.							
20	Bankaların kanser olan bir kişiye kredi vermeyi reddetmesi, kabul edilebilir bir durumdur.							
21	Kanser olan kişilerin ihtiyaçlarına en üst düzeyde öncelik verilmelidir.							
22	Kanser hastalarının bakım ve tedavileri için daha fazla devlet bütçesi ayrılmalıdır.							
23	Bizim, kanser hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlama sorumluluğumuz bulunmaktadır.							
24	Bankaların kanserle ilgili bir sebepten dolayı ev kredi başvurularını reddetmesine izin verilmelidir.							
25	Birisi kanser hastasıysa, sigorta şirketlerinin poliçelerini buna göre düzenlemesi kabul edilebilir bir durumdur.							

8.4. Ek 4. Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Tez Adı: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ HASTALARDA KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMUN VE KANSER DAMGALAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ (Danışman: Prof. Dr Şennur DABAK)

ORIJİNALLİK RAPORU

% **16**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **15**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **8**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

% **5**

2

Submitted to Konya Necmettin Erbakan University

Öğrenci Ödevi

% **1**

3

Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

4

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

5

uhsk.org

İnternet Kaynağı

% **1**

6

halksagligiokulu.org

İnternet Kaynağı

<% **1**

7

Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

<% **1**

8

openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% **1**

9

www.halksagligiokulu.org

8.5. Ek 5. Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

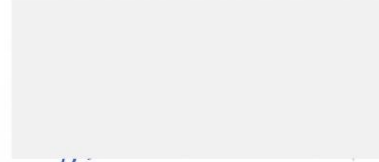
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/136-530

25.10.2023

Sayın Prof. Dr. Şennur DABAK

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastalarda Kanser Taramalarına Yönelik Tutumun ve Kanser Damgalanmasının Değerlendirilmesi başlıklı OMÜ KAEK 2022/86 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 09.03.2022 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.



Prof.Dr.Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

