



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA KENT MERKEZİ
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ; KANSER
TARAMA PERFORMANSLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

DR. ŞEBNEM GÜVENÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. PINAR ERBAY DÜNDAR

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA KENT MERKEZİ
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ; KANSER
TARAMA PERFORMANSLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

DR. ŞEBNEM GÜVENÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. PINAR ERBAY DÜNDAR

TEZ SAVUNMA SINAVI JÜRİ ÜYELERİ
PROF. DR. PINAR ERBAY DÜNDAR
PROF. DR. BEYHAN CENGİZ ÖZYURT
DOÇ. DR. HÜR HASOY

MANİSA-2019

02.09.2019

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10265260
Yazar Adı / Soyadı	ŞEBNEM GÜVENÇ
T.C.Kimlik No	47998338630
Telefon	5054531654
E-Posta	sebnemguvenc2006@yahoo.com.tr
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Manisa kent merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarının; kanser tarama performansları ve ilişkili faktörler
Tezin Tercümesi	Manisa city center primary health care workers; cancer screening performances and related factors
Konu	Halk Sağlığı = Public Health
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	131
Tez Danışmanları	PROF. DR. PINAR DÜNDAR
Dizin Terimleri	Birinci basamak sağlık hizmetleri=Primary health care
Önerilen Dizin Terimleri	Birinci basamak sağlık çalışanları= Primary health care workers Kanser taramaları= Cancer screenings Algılanan performans= Perceived performance.

02.09.2019

İmza:.....

**MANİSA KENT MERKEZİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ; KANSER
TARAMA PERFORMANSLARI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Şebnem GÜVENÇ

Prof. Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR

Bu tez çalışması 06/08/2019 tarihinde jürimiz tarafından "Halk Sağlığı Anabilim
Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı"nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR

MCBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye :

Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT

MCBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye:

Doç. Dr. Hür HASOY

EÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim
Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı
bulunmuştur.

06/08/2019

Prof. Dr. Bilal-i Habes GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü V.

I.BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr.Şebnem GÜVENÇ

İmza



II.ÖNSÖZ

Yüksek lisansım boyunca ve tez sürecimde bana sabır, anlayış ve sevgiyle rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini paylaştan, akademik desteğini esirgemeyen çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR başta olmak üzere;

Eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan ve bana Tıp Fakültesi birinci sınıftan itibaren Halk Sağlığı sevgisini aşılayan, öğrencileri olmaktan onur duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Cemil ÖZCAN, Prof. Dr. Erhan ESER ve Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, tüm hayatım boyunca olduğu gibi bu süreçte de bana sonsuz destek veren, sevgi ve anlayışlarıyla her zaman yanımda olan canım annem Seniha GÜVENÇ ve canım babam Dt. Ali Rahmi GÜVENÇ'e,

Tez süreci boyunca beni tüm kalbi ile destekleyen, yardımını esirgemeyen, deneyimlerinden faydalandığım ve yüksek lisans eğitimine başlamam için beni yüreklendiren değerli Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürüm Uzm. Dr. Müjde İLGÜN'e,

Araştırma sürecinde desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Sevil BABUŞ'a, Araş. Gör. Dr. Berna BİLGİN ŞAHİN'e, Araş. Gör. Dr. Çağlar SÖĞÜT'e, Araş. Gör. Dr. Tayfun Alperen ESGİN'e;

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen Şehzadeler Sağlıklı Hayat Merkezi yol arkadaşlarım Dr. Derya PEKBAYIK, Dr. A. Pınar BALCAN ve KETEM aileme,

Tez süreci boyunca tüm kalpleriyle beni destekleyen canım arkadaşlarım Uzm. Dr. Özlem GÜNAY, Dr. Burcu BEDİR ve Işıl ÇETİNÖZ'e,

Çalışmanın Yunusemre ilçesinde yürütülmesi sırasında desteklerini esirgemeyen Yunusemre İlçe Sağlık Müdürü Sayın Uzm. Dr. Ümit ATMAN'a

Çalışmaya gönülden katılan Şehzadeler ve Yunusemre ilçelerinde çalışan tüm değerli aile hekimlerimiz ve aile sağlığı elemanlarımıza en içten sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Şebnem GÜVENÇ / Manisa 2019

III.KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AH: Aile hekimliği

AHB: Aile hekimliği birimi

ASE: Aile sağlığı elemanı

ASM: Aile sağlığı merkezi

BRCA: Breast Cancer Susceptibility (Göğüs kanseri duyarlılık)

CIN: Servikal İnteritelyal Neoplazi (Rahimağzı kanseri öncüsü lezyonlar)

FOBT: Fecal occult blood test (Dışkıda gizli kan testi)

GGK: Gaitada (Dışkıda) gizli kan testi

GLOBOCAN: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın veri tabanı

HPVDNA: Human Papilloma Virüs Deoksiribo Nükleik Asit

HDI: İnsani Gelişim İndeksi

IARC: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

İSM: İlçe Sağlık Müdürlüğü

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

KMM: Klinik meme muayenesi

MCBÜTF: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

MMG: Mamografi

SHM: Sağlıklı Hayat Merkezi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

IV.İÇİNDEKİLER

I.BEYAN	i
II.ÖNSÖZ.....	ii
III.KISALTMALAR DİZİNİ.....	iii
IV.İÇİNDEKİLER.....	iv
V.TABLO DİZİNİ.....	ix
VI.ŞEKİL DİZİNİ.....	xi
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ ve AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1.MEME KANSERİ	6
4.1.1.Meme Kanseri Epidemiyolojisi	6
4.1.2.Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri	8
4.1.3.Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum.....	11
4.1.4.Dünyada Meme Kanseri Tarama Programları	12
4.1.5.Türkiye Ulusal Kanseri Kontrol Programı.....	14
4.1.6.Meme Kanseri Tarama Kapsayıcılık Oranları	14
4.2.KOLOREKTAL KANSERLER	15
4.2.1.Kolorektal Kanseri Epidemiyolojisi	15
4.2.2.Kolon Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri	17
4.2.3.Dünyada Kolorektal Kanseri Kontrol Programları.....	19
4.2.4.Türkiye’de Kolorektal Kanseri Tarama Programları.....	21
4.2.5.Kolorektal Kanseri Tarama Kapsayıcılık Oranları	21
4.3.SERVİKS KANSERİ.....	22

4.3.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi	22
4.3.2.Serviks Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri	23
4.3.3. Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum.....	24
4.3.4. Kapsayıcılık Oranları.....	26
5.GEREÇ YÖNTEM	28
5.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	28
5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ.....	28
5.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	28
5.4.ARAŞTIRMA SORULARI VEYA ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ.....	29
5.5.BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	29
5.5.1.Bağımlı Değişkenler	29
5.5.2.Bağımsız Değişkenler	29
5.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	37
5.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	37
5.8.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	37
5.9.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI.....	38
5.10.ARAŞTIRMANIN ETİK ONAYI.....	38
5.11. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ	39
6.BULGULAR.....	40
6.1.TANIMLAYICI BULGULAR	40
6.1.1.Sosyodemografik Özellikler	40
6.1.2.Kronik Hastalıklar, Kanseri Risk Faktörleri ve Aile Öyküsü.....	40
6.1.3.Mesleki ve Hizmet Sunumu ile İlgili Özellikler.....	41
6.1.4.Serviks Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler	42
6.1.5.Meme Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler	45
6.1.6.Kolon Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler	47
6.2. ANALİTİK BULGULAR.....	49

6.2.1. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler	49
6.2.2. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler	51
6.2.3. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış, Özellikleri ile İlişkili Faktörler	52
6.2.4. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler	52
6.2.5. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler	53
6.2.6. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler	54
6.2.7. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış Özellikleri ile İlişkili Faktörler	55
6.2.8. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler	56
6.2.9. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler.	57
6.2.10. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler	58
6.2.11. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış, Özellikleri ile İlişkili Faktörler	59
6.2.12. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler	60
6.2.13. Algılanan Toplam Kanser Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Bilgi, Tutum, Davranış, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler	61
6.3. İLERİ ANALİZ BULGULARI	62
7. TARTIŞMA	64
7.1. TANIMLAYICI BULGULAR	64
7.1.1. Araştırma grubunun sosyodemografik ve yaşam biçimi özellikleri ...	64

7.1.2.Mesleki ve hizmet sunumu ile ilgili özellikler	65
7.2.SERVİKS KANSERİ TARAMA PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	66
7.2.1.Serviks Kanseri Tarama Bilgi Düzeyi	66
7.2.2.Serviks Kanseri Tarama Tutum Özellikleri	68
7.2.3.Serviks Kanseri Davranış Özellikleri	68
7.2.4.Serviks Kanseri Tarama Altyapı Ve Hizmet Sunumu Özellikleri.....	70
7.3.MEME KANSERİ TARAMA PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	72
7.3.1.Meme Kanseri Tarama Bilgi Düzeyi	72
7.3.2.Meme Kanseri Tarama Tutum Özellikleri.....	74
7.3.3.Meme Kanseri Tarama Davranış Özellikleri	75
7.3.4.Meme Kanseri Tarama Altyapı ve Hizmet Sunumu Özellikleri	76
7.4.KOLON KANSERİ TARAMASI PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	77
7.4.1.Kolon Kanseri Tarama Bilgi Düzeyi	77
7.4.2.Kolon Kanseri Tarama Tutum Özellikleri	79
7.4.3.Kolon Kanseri Tarama Davranış Özellikleri	81
7.4.4.Kolon Kanseri Tarama Altyapı Ve Hizmet Sunumu Özellikleri.....	81
7.5.ALGILANAN KANSER TARAMA PERFORMANSLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	82
7.5.1.Algılanan Kanser Tarama Performansları ve Sosyodemografik Özellikler, Yaşam Biçimi İle İlişki Faktörler	82
7.5.2.Algılanan Kanser Tarama Performansları ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri	83
7.5.3.Algılanan Kanser Tarama Performansları ve Bilgi, Tutum, Davranış Düzeyleri.....	84
7.5.4.Algılanan Kanser Tarama Performansları ASM Altyapı ve Hizmet Sunumu Özellikleri	86

7.6.ALGILANAN TOPLAM KANSER TARAMA PERFORMANSI VE SOSYODEMOGRAFİK, BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ, ASM ALTYAPI ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİ FAKTÖRLER.....	87
7.7.ARAŞTIRMA GRUBUNUN KANSER TARAMALARININ İYİLEŞTİRİLMESİ İLE İLGİLİ ÖNERİLERİ	92
8.SONUÇ.....	95
9.ÖNERİLER	96
10.KAYNAKLAR	97
11.EKLER.....	110
EK 1: YÖNETİM KURULU KARAR ONAY YAZISI	110
EK 2: YEREL ETİK KURUL ONAYI.....	111
EK 3: ŞEHZADELER EATSM EĞİTİM KOORDİNAYON KURULU ONAYI	112
EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	113
EK 5: BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARI ANKET FORMU ..	115
EK 6: TEZ İNTİHAL RAPORU	129
12.ÖZGEÇMİŞ.....	130

V.TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	41
Tablo 2. Araştırma Grubunun Kronik Hastalıklar, Kanseri Risk Faktörleri, Aile Öyküsü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri.....	42
Tablo 3. Araştırma Grubunun Mesleki ve Hizmet Sunumu ile İlgili Özellikleri.....	43
Tablo 4. Serviks Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörleri.....	45
Tablo 5. Serviks Kanseri Tarama Çalışmalarının Artması için Çözüm Önerileri.....	45
Tablo 6. Meme Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler.....	46
Tablo 7. Meme Kanseri Tarama Çalışmalarının Artması için Çözüm Önerileri.....	47
Tablo 8. Kolon Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler.....	49
Tablo 9. Kolon Kanseri Tarama Çalışmalarının Artması için Çözüm Önerileri.....	49
Tablo 10. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler.....	51
Tablo 11. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler.....	52
Tablo 12. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış, Özellikleri ile İlişkili Faktörler.....	53
Tablo 13. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler.....	54
Tablo 14. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler.....	55
Tablo 15. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler.....	56
Tablo 16. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış Özellikleri ile İlişkili Faktörler.....	57
Tablo 17. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler.....	58

Tablo 18. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler.....	59
Tablo 19. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler.....	60
Tablo 20. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış, Özellikleri ile İlişkili Faktörler.....	61
Tablo 21. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler.....	62
Tablo 22. Algılanan Toplam Tarama Performansı ile Sosyodemografik Değişkenler, Bilgi, Tutum, Davranış, ASM Altyapı Özellikleri Arasındaki İlişkiler.....	64
Tablo 23. Algılanan Toplam Kanser Tarama Performansının Gelir Algısı, AHB' nin Bulunduğu Coğrafi Bölge ve GGK Tutumu ile İlişkisi.....	65

VI.ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	40
--	----



Tezin Başlığı: Manisa Kent Merkezi Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının; Kanser Tarama Performansları ve İlişkili Faktörler

Öğrencinin Adı: Şebnem GÜVENÇ

Danışman: Prof. Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı

1.ÖZET

Amaç: Manisa kent merkezinde birinci basamak sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları ile birlikte algıladıkları performanslarını değerlendirerek tarama kapsayıcılık oranlarının iyileştirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma Manisa Şehzadeler ve Yunusemre ilçelerine bağlı aile sağlığı merkezlerinde (ASM) 2018-2019’da yürütülmüş kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmada 101 aile hekimi (AH) ve 94 aile sağlığı elemanına (ASE) ulaşılmış olup katılım oranı %87,8’dir. Bağımlı değişkenleri; sağlık çalışanlarının serviks, meme ve kolorektal kanser taramaları ile ilgili algılanan performansları ve toplam algılanan kanser tarama performanslarıdır. Bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikleri, mesleki bilgileri, kanser tarama programları hakkında bilgi, tutum ve davranış özellikleri ile coğrafi bölge, kanser taramaları altyapı özellikleridir. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmış, tip 1 hata düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Kategorik verilerde Ki-kare testi ve Fisher’in kesinlik testi, sürekli verilerde ise bağımsız gruplarda T Testi uygulanmıştır. İleri analizlerde ise lojistik regresyon analizi ile %95 güven aralığında tahmini rölatif riskler hesaplanmıştır.

Bulgular: Algılanan toplam tarama performansı riski; geliri giderinin altında olanlarda 2,9 (%95 GA 1,2-7,0), gaitada gizli kan (GGK) testi tutumu olumsuz olanlarda 3,6 (%95 GA 1,6-7,9), kentsel bölgede 14,9 (%95 GA 2,2-99,5) ve yarı kentsel bölgede çalışanlarda 23,8 (%95 GA 3,1-184,3) kat yetersiz bulunmuştur.

Sonuç: Her üç kanser taraması için algılanan performansta kentsel ve yarı kentsel bölgelerde, GGK’ya karşı olumsuz tutumda ve gelirin giderden az olması durumunda yetersizlik riski artmaktadır.

Öneriler: Birinci basamak sağlık çalışanlarının gelir algıları, fiziksel koşulları ve yazılım sistemleri iyileştirilmeli, kentsel ve yarı kentsel bölgelerdeki kanser taramaları ile ilgili sorunlar saptanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, kanser taramaları, algılanan performans.

Title of the Thesis: The First Step Health Workers Of Manisa City Center;
Cancer Screening Performances and Related Factors.

Student's Name: Şebnem GÜVENÇ

Advisor: Prof.Dr. Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR

Department: Public Health

2.ABSTRACT

Objective: To improve the screening coverage rates by evaluating the knowledge, attitudes and behaviors of primary health care workers and self perception performances about cancer screenings in Manisa city center.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study conducted in 2018-2019 in family health centers of Manisa Şehzadeler and Yunusemre districts. 101 family physicians and 94 family health staff were reached in the study and the participation rate was 87.8%. Dependent variables; health workers perceptions of cervical, breast and colorectal cancer screenings. Independent variables; Sociodemographic characteristics, knowledge about cancer screening programs, attitudes and behavior characteristics, geographical region, cancer screening infrastructure features. Type 1 error level was taken as 0.05. Chi-square test and Fisher's exact test were used for categorical data, and T test was used for independent groups in continuous data. On the other hand, the estimated relative risks in the 95% confidence interval were calculated by logistic regression analysis.

Results: Detected total scan performance risk; 2.9 (95% CI 1.2-7.0) for those with less income, 3.6 (95% CI 1.6-7.9) with negative stool blood test attitude, 14.9 (95% CI 2.2-99.5) in urban areas, and semi-urban workers 23.8 (95% CI 3.1-184.3) were found to be insufficient.

Conclusion: The perceived performance for all three cancer screenings increases the risk of inadequacy in urban and semi-urban areas, negative attitudes towards FOBT, and lower income.

Recommendations: Income perceptions, physical conditions and software systems of primary health care workers should be improved and problems related to cancer screening in urban and semi-urban areas should be identified.

Key words: Primary care, cancer screening, perceived performance.

3.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada kanser giderek artan önemli bir halk sağlığı problemidir. Kanser hastalığı toplumlarda sosyoekonomik, bireylerde ise biopsikososyal açıdan pekçok zorluğa yol açmaktadır. DSÖ küresel kanser gözlemevi raporlarına göre tüm dünyada kanser, ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Bray ve ark. 2018).

2018 yılı GLOBOCAN (DSÖ Küresel Kanser Gözlemevi'nin 185 ülkede 36 kanser türü ve bir araya getirilen tüm kanser bölgeleri için insidans ve mortalite tahminlerini sunan çevrimiçi veritabanı) yeni küresel kanser yükü verileri 18,1 milyon yeni kanser vakası görüldüğünü, 9,6 milyon kişide kansere bağlı ölüm gerçekleştiğini ve önümüzdeki yıllarda ortaya çıkacak olan yeni vakaların da çoğunun az gelişmiş ülkelerde beklendiğini göstermektedir (Bray ve ark. 2018). Dünya genelinde kanserin getirdiği hastalık yükü her geçen gün artmaktadır. DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) teknik raporu kanser benzer seyir göstermeye devam ettiği takdirde 2040'da yılda 29,5 milyon yeni vaka ortaya çıkması öngörülmektedir. (<http://gco.iarc.fr/tomorrow/home>, Erişim Tarihi: 26 Mayıs 2019).

Global kanser yükünü ölçmek için GLOBOCAN çalışmalarının kullanıldığı bir derlemede; Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından geliştirilmiş “İnsani Gelişim İndeksi” (HDI) kullanan çalışmalar incelenmiştir. HDI; doğumda beklenen yaşam süresine dayanarak uzun ve sağlıklı bir yaşam, ortalama ve beklenen eğitim süresine göre bilgi sahibi olma ve kişi başına düşen milli gelire göre iyi bir yaşam standardına sahip olma bileşenlerini içerir. Global kanser yükü ve HDI arasında batılı ülkelerde daha sık olmak üzere her iki cins için pozitif ve güçlü bir ilişki vardır. 2012 de tahmini kanser vakalarının %41'i çok yüksek, %28'i yüksek, %16'sı orta ve %6'sı düşük HDI ülkelerinde ortaya çıkmıştır. İnsidans açısından şu anki kanser yükü ters orantılı olarak çok gelişmiş ülkeleri etkilese de düşük ve orta HDI seviyelerinde olan ülkeler gelecekte çok daha yüksek kanser yüküyle yüzleşeceklerdir. Tahmin edilen, 2008 yılından 2030'a kadar düşük HDI ülkelerinde %100, orta HDI ülkelerinde %80 oranında kanser insidansının artacağıdır (Fidler ve ark. 2018).

Ülkemizde TUİK verilerine göre kanserler kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci en sık görülen ölüm sebebidir. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>, Erişim tarihi: 11 Mayıs 2019). Mortalitesi yanında bıraktığı sakatlıklar ve tedavisindeki yüksek maliyetler nedeniyle iş gücünde ve ülke ekonomisinde çok ağır kayıplara neden olmaktadır. Tüm bu yönleriyle kanser bizim ülkemiz açısından da dünya ile benzerlik gösteren önemli bir halk sağlığı problemidir (Keskinkılıç ve ark. 2016).

Birleşmiş Milletler çağımızın hastalığı olarak adlandırılan ve global bir sorun haline gelen kanser ile mücadele için 2011 yılında tüm dünya ülkelerine kendi ulusal kanser kontrol programlarını hazırlamaları ve uygulamaya geçirmeleri konusunda çağrıda bulunmuştur (Bray ve ark. 2018). Türkiye 2008 yılında ilk kez yayımladığı Ulusal Kanser Kontrol Programı'nı 2013 yılında yenileyerek kanser hastalığı ile olan mücadelesini çok önceden başlatmıştır (Keskinkılıç ve ark. 2016).

Kanser genetik faktörlerden çok (%90) çevresel faktörlere bağlı oluşmakta ve bu faktörlerin arasında da ilk sırada tütün, alkol ve obezite yer almaktadır. Kanserle savaşın en önemli basamağı olan “önleme” çalışmaları değiştirilebilir çevresel nedenlerle mücadeleyi ve bu konuda geliştirilen ülke politikalarını kapsamaktadır. Kanserlin önlenabilir olması, kanser taramalarını önemli ve gerekli kılmaktadır (Tuncer ve ark. 2012). Kanser, tedavi üzerine yapılan yatırımlar ile değil, ancak önleme ve erken teşhisi konu alan eylem planlarıyla kontrol altına alınabilir. Erken tanı ile kanserler üçte bir oranında azaltılabildiği gibi; tedavi şansı, kişilerin beklenen yaşam süresi ve kalitesi de daha yüksek olmaktadır. Meme, serviks ve kolorektal kanser vakalarının erken evrelerde yakalanmasına yönelik toplum tabanlı tarama programları, DSÖ tarafından önerilmektedir (Saatçi 2014). Bu öneriler ışığında ülkemizde de meme, serviks ve kolorektal kanser taramalar ulusal standartları oluşturulmuştur (Özkan ve ark. 2013).

Türkiye’de ve tüm dünyada meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen ve aynı zamanda da en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Meme kanseri kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Ortalama riske sahip bir kadın için yaşam boyunca meme kanserine yakalanma riski %7,8 ve mortalite hızı da %2,3’dür. Ülkemizde kadınlara meme kanseri erken teşhisi için tarama yöntemi olarak 40-69 yaş arası iki yılda bir mamografi çektilmeleri beraberinde klinik meme muayenesi (KMM) yaptırılmaları ve her ay kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmaları önerilmektedir (Keskinkılıç ve ark. 2016).

Kolorektal kanserler, dünyada kanserler arasında görülme sıklığı açısından üçüncü, mortalite açısından ise dördüncü sıradadır (Winawer ve ark. 1997). Türkiye’de kolorektal kanser insidansı erkeklerde yüzbinde 24,8, kadınlarda ise 13,8 olup her iki cinste en sık görülen üçüncü kanser türüdür (Hacıkamioğlu ve ark. 2017). Ulusal Kolorektal Kanser Tarama Programına göre 50-70 yaş arası iki yılda bir yapılan gaitada gizli kan (GGK) testi ve on yılda bir uygulanan kolonoskopi yöntemi ile kolorektal kanser taraması yapılmaktadır (Keskinkılıç ve ark. 2016).

Serviks kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser olup 2018’de 570.000 kişi tanı almıştır. (<http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019). DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2018 verilerine göre serviks kanseri insidansı yüzbinde 6,6, mortalite hızı yüzbinde 7,5’dir. (www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr26_E.P df, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019).

Türkiye’de serviks kanseri tüm kanserler arasında en sık görülen sekizinci, en fazla ölüme neden olan onuncu kanser türü (Bray ve ark. 2018) ve insidansı da yüzbinde 9,8’dir (Hacıkamioğlu ve ark. 2017). Ulusal serviks kanseri tarama programına göre 30-65 yaş her kadına beş yılda bir HPV DNA (Human Papilloma Virüs Deoksiribo Nükleik Asit) Smear testi yapılmaktadır (Keskinkılıç ve ark. 2016). Tüm dünyada servikal kanser taramaları ile çok sayıda ülkede mortalite ve morbiditede %70’den fazla azalma sağlanmıştır (Kitchener ve ark. 2006). Ülkemizde DSÖ işbirliğiyle Ulusal Kanser Kontrol Programının ilk iki fazı “2008-2018” yılları arasında yürütülmüş olup, bu programla birlikte kanser taramalarının sadece Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ile değil tüm birinci basamak sağlık hizmet sunucularının katılımlarıyla daha yaygın hale getirilmesi sağlanmış ve tarama oranları arttırılmıştır. Ancak; birinci basamakta tarama kapsayıcılık oranları DSÖ’nün önerdiği düzeye çıkarılamamıştır (Özkan ve ark. 2013).

Bu çalışmada amaç, Manisa kent merkezinde ASM’lerde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında yer alan meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları ile birlikte bu tarama programlarının uygulanması konusunda algıladıkları kendi performanslarını ve bu performanslarını etkileyen faktörleri değerlendirerek toplumda tarama kapsayıcılık oranlarının iyileştirilmesi için yapılması gerekenleri ortaya koyabilmektir.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.MEME KANSERİ

4.1.1.Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Tüm dünyada meme kanseri kadın sağlığını etkileyen önemli bir toplumsal sağlık problemidir. Meme kanseri dünyada prevalansı en yüksek olan kanser olup sağlık bilimlerindeki ilerlemelere, tanı ve tedavideki hızlı gelişmelere, toplumdaki bilincin giderek artmasına karşın kadınların yaşamını önemli ölçüde tehdit etmeye devam etmektedir. (<https://www.nceri.ie/publications/statistical-reports/cancer-inequalities-ireland>, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2019).

Meme kanseri Türkiye’de ve tüm dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanserdir ve tüm kanserlerin yaklaşık %30’unu oluşturmaktadır (Youl ve ark. 2016). Özellikle 40-59 yaş arası kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Genelde kadınlarda görülmekle birlikte her 100 kadın meme kanseri vakasına karşılık bir erkek de tanı almaktadır (Sun ve ark. 2017). Meme kanseri tüm kanserlerin beşte birini oluşturmakta ve her iki cins için kanserden ölüm nedenlerinde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Winaver ve ark. 1997). Her yıl 2,1 milyon kadını etkileyen meme kanseri tüm kanserden ölümlerin %15’ini oluşturmaktadır. Meme kanseri oranları gelişmiş bölgelerdeki kadınlar arasında daha yüksektir ancak küresel olarak her bölgede artmaktadır. (<https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/screening>, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2019).

Meme kanseri aile öyküsü olan vakalar haricinde 25 yaş altı nadir görülmekle birlikte çocukluk çağı hariç herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. İnsidansı yaşla artarak dördüncü dekatta 1/231 iken yedinci dekatta 1/29 olur (Gıynaş 2010). Amerikalı kadınlarda meme kanseri için ortalama yaş 61 olup Avrupa ve Amerika’da vakaların %25’i premenopozal dönemdedir. Afrika’da ortalama yaş 48 olup vakaların %66,6’sı premenopozal dönemdedir. Ülkemizde ise ortalama yaş 53 olup tanı almış kadınların %40’ı premenapozal dönemdedir. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser->

db/yayinlar/sunular/ulusalkanserhaftasi2018/cansuozturkMemeKanseriTaramalari2018.pdf, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2019).

Türkiye’de meme kanseri insidansı yüzbinde 46,8’dir. Ülkemizde yılda 17.000 kadına yeni meme kanseri teşhisi konulmakta ve yaklaşık 3000 kadın meme kanserinden hayatını kaybetmektedir (4). Ulusal Hastalık Yüğü ve Maaliyet-Etkililik Projesi (2004) verilerine göre Türkiye’de meme kanseri kadınlarda ölüme neden olan hastalıklar içinde sekizinci sırada yer almaktadır. (<https://docplayer.biz.tr/327417-Turkiye-hastalik-yuku-calismasi-2004.html>, Erişim tarihi: 19 Mayıs 2019).

Dünyada meme kanseri en fazla İngiltere, İrlanda ve Hollanda’da görölmekte, bunları Amerika, Kanada, İzlanda, Fransa ve İskandinav ülkeleri izlemektedir. Pakistan’da her dokuz kadından biri, Avustralya’da ise her 13 kadından biri meme kanserine yakalanmaktadır. (<https://www.ncri.ie/publications/statistical-reports/cancerinequalities-ireland>, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2019).

ABD’de her sekiz kadından birine meme kanseri teşhisi konacağı ve bir kadının yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma %12, ölme riskinin de %3,4 olacağı tahmin edilmektedir. (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21551>, Erişim tarihi: 8 Mayıs 2019). Uzak Doğı ülkelerinde meme kanseri insidansı daha düşük seyretmektedir. Japonya için insidans yüz bin nüfusta 12-15 arasındadır ve 50 kadından biri meme kanseri tanısı almaktadır. ABD’ye göç edenlerde birkaç kuşak sonra meme kanseri riski giderek ABD düzeyine ulaşmaktadır. Fakat son yıllarda Japonya, Singapur ve Çin’de sosyokültürel alışkanlıklardaki batı tarzı değışim nedeniyle meme kanseri oranını giderek artmaktadır. (<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8577.00.pdf>, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2019).

Fransa’da yapılan bir derlemenin sonuçlarına göre kadınlarda meme kanseri; tüm HDI seviyelerinde en sık görölen kanserdir, yaşa standardize insidans oranı yüksek HDI ülkelerinde düşöklere göre üç kat fazladır ve düşük olan ülkelerde yaşam süresinin daha az olması nedeniyle kanserden ölümlerin en sık sebebidir (Fidler ve ark. 2018). Batı Avrupa, Avusturalya ve Kuzey Amerika’da meme kanseri düzenli uygulanan tarama testleri, erken tanı ve gelişmiş tedaviler sayesinde azalmıştır (Jatoi ve Miller 2003). Meme kanseri beyaz kadınlarda daha sık görölse de son yıllarda Kosta Rika ve Singapur’da mortalite hızı artış göstermektedir (Parkin ve ark. 2001). Avrupa’da görölme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye, batı ülkelerinden doğuya doğru gidildikçe azalmakta, en büyük artışın ise İspanya ve İsveç’te olduğı gözlemlenmektedir (Haydaroglu ve ark. 2005).

4.1.2.Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiyolojisi yapılan çalışmalarda net olarak ortaya konamasa da bazı faktörler ile ilişkilendirilmiştir. Bu risk faktörlerini ortaya koymak ulusal bir kontrol programının geliştirilmesi açısından önemlidir (Eser ve Yalçın 2018). Kadınlarda özellikle menarş yaşı, geçirilen gebelik sayısı, emzirme öyküsü ve menapoz yaşı gibi reproduktif faktörlerin meme kanseri ile güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (<https://docplayer.biz.tr/5860586-Turkiye-halk-sagligi-kurumu-kanser-daيره-baskanligi-degerlendirme-raporlari.html>, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2019)

Kadınlarda doğurganlık çağının uzun sürmesi östrojen piklerine maruziyeti artırmaktadır. Normal meme epiteli östrojen ve progesteron reseptörlerine sahiptir, meme kanserlerinin bir bölümünde de aynı reseptörler bulunmaktadır. Ayrıca büyüme faktörlerinin oluşumu östrojene bağımlı olduğundan kanda serbest dolaşan östrojen hormonlarının kanser hücreleri tarafından oluşturulan otokrin büyüme faktörleri ile etkileşim göstererek meme kanserinin oluşumunda ve ilerlemesinde görev aldığı düşünülmektedir (Kuzey ve Özdamar 2015).

Meme kanseri tanısı almış her iki kadından birinde yaş, menarş, parite ve menopoz yaşı, proliferatif meme hastalığı gibi bilinen risk faktörleri mevcuttur. (https://www.uptodate.com/contents/search?search=epidemiologyand-risk-factors-for-breast-cancer&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT_&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm, Erişim tarihi: 21 Mayıs 2019).

Menstrüel ve üreme ile ilişkili faktörler %25 oranında katkı sağlamaktadır. Birlikte düşünüldüğünde değiştirilemeyen faktörler olarak değerlendirilebileceğimiz bu klasik risk faktörlerinin, vakaların %30-40'ından sorumlu olduğu düşünülmektedir (Açıkgöz ve Yıldız 2017).

Tüm dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında görülen meme kanseri insidansındaki farklılıklar kısmen reproduktif risk faktörleri, düşük parite ve daha az emzirme ile birlikte sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile açıklanabilir (Kozan ve Tokgöz, 2016).

Batı ülkelerinde meme kanserlerinin %10'dan fazlası genetik yatkınlık göstermektedir. Meme kanseri ile ilişkili "Breast Cancer Susceptibility" (BRCA) 1 ve 2 genleri tanımlanmıştır. Türkiye'de ise BRCA gen mutasyonlarının düşük olduğu söylenmektedir (Keskinkılıç ve ark.2016).

Meme kanseri tanısı almış olguların %10'unda pozitif aile öyküsü vardır. (https://www.uptodate.com/contents/search?search=epidemiologyand-risk-factors-for-breast-cancer&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm, Erişim tarihi: 21 Mayıs 2019). Aile öyküsü meme kanserinin kalıtsal faktörleri ile ilişkilendirilmekte ve vakaların %5 ila 15'inden sorumlu tutulmaktadır (Açıkgöz ve Yıldız 2017). Meme kanserinin genç yaşta ortaya çıkması genetik yatkınlığın en önemli göstergesidir. Birinci derece akrabalarda özellikle de anne, kız kardeş ve kızında meme kanseri öyküsü varsa meme kanseri riski artmaktadır (Slattery ve Kerber 1993). Yapılan bir metaanalizde ailede meme kanseri öyküsü birinci derece akrabada varsa 2,1, annede varsa iki, kız kardeşinde varsa 2,3 kat riski artırıcı bir faktörken, kızında varsa 1,8, anne ve kız kardeşinde birlikte varsa 3,6 kat riski artırıcı bir faktör olarak bildirilmiştir (Pharoah ve ark. 1997).

Bireyin özgeçmişinde invaziv meme kanseri, duktal karsinoma in situ, lobuler karsinom in situ varlığı veya benign proliferatif hastalık göstergesi olan meme biyopsilerinin varlığı da meme kanseri riskini artırmaktadır. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65884/>, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019). Meme kanseri tanısı almış kişilerde diğer memede de kanser görülme riski genel popülasyona oranla beş kat daha fazladır ve aile öyküsü olanlarda bu risk daha da yüksektir. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10870056>, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019).

Epidemiyolojik veriler, hayat boyu östrojen maruziyetinin özellikle östrojen reseptörü pozitif meme kanserleri için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Hiatt ve ark. 2014). Yapılan araştırmalarda menarşın 12 yaştan önce olması meme kanseri olma riski arttırırken her geciktiği yıl için %20 meme azaltmaktadır. Menarş yaşı 11 ve altında olan kadınların, 14 ve üstü olanlara göre meme kanseri riskinin %20 yüksek olduğu bildirilmiştir (Brinton ve ark. 1988). Menarşı 12 yaş ve öncesi erken başlayan ve kısa sürede düzenli menstrual dönemlere geçen kadınlarda meme kanseri riskinin menarşı 13 yaş veya üzerinde geç başlayanlara ve uzun süre düzensiz menstrual dönemleri olanlara göre 4 kat fazla olduğu saptanmıştır. (<http://www.Adnanaydiner.com/pdf/memekanseri.pdf>, Erişim tarihi: 22 Mayıs 2019). İlk gebeliği ve doğumu 30 yaşından sonra olan bir kadının kanser riski, 20 yaşından önce olan bir kadına göre dört kat daha fazladır.

Prolaktin hormonunun erken yaşta doğum yapılmasıyla uzun yıllar düşük kaldığı ancak; prolaktin düzeyinin doğum yapmışlarda doğum yapmamışlara göre daha düşük seyrettiği ve bu düşük prolaktin seviyesinin koruyucu bir etki meydana getirdiği belirtilmektedir. Kadınlarda meme kanserine yakalanma riski ile menopoza girme yaşı arasında bir ilişki saptanmıştır. 45 yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski, 55 yaşından sonra menopoza giren kadınların yarısı kadardır (Gıynaş 2010). Özetle, erken menarş, hiç doğurmamış olma, ilk doğumun 30 yaşından sonra olması ve geç menapoz meme kanseri riskini artırmaktadır (Kelsey ve ark. 1993).

Meme kanserinde değiştirilebilir çevresel faktörler %60-70'lik orana sahiptir. Diyet bu faktörler arasında en önemlisidir. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının meme kanseri riskini azaltıcı etkisinin %30-35'lere ulaştığı kabul edilmektedir (Ronco ve Stéfani 2012). Yapılan çalışmalarda et kaynaklı hayvansal yağ ve kafeinin memede şiddetli atipiye yol açabildiği ve insitu meme kanseri riskini arttırdığı saptanmıştır. Liften zengin beslenme alışkanlığı azaldıkça memede epitelial proliferasyon artışı gerçekleştiği gözlenmiştir (Hislop ve ark. 1990). Obez ve postmenopozal kadınlarda yağ depolarından östrojen sentezi nedeniyle meme kanseri riski artmıştır.

Anovulatuvar siklusu olan 40 yaş altı kadınlarda düşük progesteron nedeniyle meme kanseri riski düşüktür (Gıynaş 2010). Bir metaanaliz çalışmasında; metabolik sendromda meme kanseri riski %52 oranında arttırmıştır. (Esposito ve ark. 2012). Post-menopozal dönemde abdominal obezite, trigliserid, insülin ve kan basıncı yüksekliği, HDL düşüklüğü gibi metabolik sendrom bileşenleri meme kanseri riski ile ilişkilendirilmektedir (Danaei ve ark. 2005).

Kadınlarda yüksek doz alkol tüketimi meme kanseri riskini artmaktadır. Bir metaanaliz çalışmasında; hiç alkol tüketmeyen kadınlara göre her gün alkol tüketen kadınların %46'lık bir risk artışıyla karşı karşıya olduğu ve günlük diyete eklenen her bir porsiyon alkolün (10 gr), riski %7-9 oranında artırdığı belirtilmektedir (Hamajima ve ark. 2002).

Sigara içimi ve meme kanseri riski arasındaki ilişkinin epidemiyolojik çalışmaları kesinlik kazanmamakla birlikte son zamanlarda yapılan birkaç araştırmada özellikle erken yaşlarda başlayan, fazla miktarda ve uzun süre sigara kullanımının meme kanseri riskini artırdığını bildirmektedir (Cui ve ark. 2006).

Ulusal Kronik Hastalıkları Önleme ve Sağlığı Geliştirme Merkezi Sağlık Ofisi'nin 2014 Atlanta Genel Cerrahi Raporu'na göre; kadınlarda aktif sigara kullanımının anlamlı şekilde meme kanseri riskini artırdığı, pasif içiciliğin ise premenopozal kadınlarda meme kanseri riski ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. (<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm>, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019).

Fiziksel aktivite ve meme kanseri riski arasındaki ilişkiyi inceleyen bir metaanalizde; düzenli yapılan fiziksel aktivitenin meme kanseri rölatif riskini %10-12 arasında düşürdüğü ve bu yararlı etkinin normal ağırlıktaki premenopozal kadınlar ile östrojen/progesteron reseptörü negatif olan meme kanserli kadınlarda daha anlamlı çıktığı belirtilmiştir (Wu ve ark. 2013).

Yakın zamanda yapılan çalışmalarda hormon replasman tedavisinin özellikle lobuler meme karsinomu risk artışına neden olduğu saptanmıştır (Chen ve ark. 2002). Menopozda kullanılan hormon replasman tedavisinin meme kanseri riski üzerine olan etkisinin tedavinin süresi ile de ilişkili olduğunu belirtmiş ve beş yıllık kullanımın %15, 10 yıllık kullanımın ise %34 oranında meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır (Ban ve Godellas 2014).

4.1.3.Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Tüm dünyada meme kanseri insidansı artan yaşam beklentisi, kentleşme ve batı yaşam tarzının benimsenmesi nedeniyle artmaktadır. Her ne kadar bazı risk azaltma ve önleme yöntemleri uygulanıyor olsa da bu stratejiler, meme kanserinin çok geç dönemlerde teşhis edildiği düşük ve orta gelirli ülkelerde yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle; sağkalımı iyileştirmek için erken teşhis, meme kanseri kontrolünün temel taşı olmaya devam etmektedir (Rivera ve ark. 2018).

Meme kanserinin nüfus temelli kontrolü için; öncelikle meme kanseri ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalı, uygun politika ve programlar oluşturulmalıdır. Eğitim ve farkındalık çalışmalarıyla halk bilinçlendirilmelidir. Meme kanseri yüküyle çoğunlukla düşük ve orta gelirli ülkeler karşı karşıya olduğundan bu ülkeler halk sağlığı sorunlarını etkili ve verimli bir şekilde ele alan birleşik stratejiler oluşturmali ve uygulamalıdır (Kozan ve Tokgöz 2016).

DSÖ, ulusal meme kanser kontrol programlarının; meme kanserinin önleme, erken teşhis, tanı, tedavi, sağaltım ve palyatif bakımı da içeren kapsamlı kontrolünü sağlayan ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi çalışmalarıyla bir arada yürütülen programlar olmasını istemektedir (Keskinlik ve ark. 2016).

Şimdiye kadar etkili olduğu kanıtlanan tek meme kanseri tarama yöntemi mamografi taramasıdır. KMM ancak devam eden çalışmalardan gerekli kanıtlar elde edildiğinde sınırlı kaynak ortamlarında uygulanabilir. (<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>, Erişim Tarihi: 24 Haziran 2019).

Tüm dünyadaki meme kanseri ölümlerinin %21'inin alkol kullanımı, aşırı kilo ve obezite ve fiziksel hareketsizlikten kaynaklandığı ve bu oranın yüksek gelirli ülkelerde daha yüksek olduğu (%27) saptanmıştır. En önemli katkıyı aşırı kilo ve obezite yapmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, bu risk faktörlerine bağlı meme kanseri oranı %18'dir ve bu ülkelerde fiziksel hareketsizlik %10 ile en önemli belirleyici faktör olarak bulunmuştur (Danaei ve ark. 2005). Uzun vadede meme kanserine özel değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrolünün yanı sıra sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite sıklığını arttırmanın, alkol ve tütün alımının kontrolünü sağlamanın, diyabet, obezite ve dolayısıyla metabolik sendrom gibi kronik hastalıkları etkili bir şekilde önlemenin, meme kanseri insidansının azaltılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (Kaidar-Person ve ark. 2011).

4.1.4.Dünyada Meme Kanseri Tarama Programları

Meme kanseri tanı aldığı anda hangi evrede olduğu mortaliteyi, sağkalım süresini, uygulanacak tedaviyi ve kişinin yaşam kalitesini belirlemede en önemli faktördür (Bray ve ark. 2018). Meme kanseri genelde memede kitleye yol açsa da birçoğu daha elle hissedilmeden ve semptomlar gelişmeden önce MMG taramalarında saptanır. (<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8577.00.pdf>, Erişim tarihi: 29 Nisan 2019). MMG ve diğer tarama yöntemleri ile meme kanserlerinin %63,7'sine erken evrede tanı konabilmektedir. Bu dönemde yakalanan meme kanseri hastalarının beş yıllık sağkalım oranları %97,9 olarak bildirilmektedir (Hacıkamioğlu ve ark. 2017).

Başarılı bir nüfus tabanlı erken tanı için öncelikle dikkatli planlama ve doğru nüfus grubunu hedefleyen, tüm bakım süreci boyunca eylemlerin koordinasyonunu, sürekliliğini ve kalitesini sağlayan iyi organize edilmiş ve sürdürülebilir bir programın olması gerekir (Yip ve ark. 2008).

DSÖ'ye göre kadınları meme kanseri için taramanın en yaygın yolu toplum tabanlı organize programlar ya da fırsatçı taramalar yoluyla planlanarak sunulan standart mamografidir. (<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMSr1504363>, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2019).

DSÖ'ye göre MMG taraması etkili olduğu kanıtlanmış tek tarama yöntemidir. Toplum tabanlı MMG tarama programlarının, taranan grupta meme kanseri mortalitesini %20 oranında azaltabildiğine dair kanıtlar vardır. Yalancı pozitiflik nedeniyle ek tetkik ve endişe sorunları yaşansa da genel olarak MMG'nin özellikle zararlarına kıyasla faydalı olduğu görülmektedir. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari.html>, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2019).

Meme kanseri taraması konusunda bazı dünya sağlık kuruluşlarının önerileri;

1) 50-69 yaş kadınların toplum tabanlı MMG taramasından geçmesi, 40-49 ve 70-75 yaş arasındaki kadınların iyi araştırıldıktan sonra MMG yaptırmayı önerilmektedir (DSÖ Ulusal Kanser Kontrol Planı). (<https://www.who.int/diagnosticimaging/imagingmodalities/dimmammography/en/>, Erişim tarihi: 28 Mayıs 2019).

2) 50-74 yaş kadınlara her iki yılda bir MMG ve KMM önerilmektedir, 40-49 yaş arası ise testin risk ve faydalarını bireysel olarak klinik doktoruyla değerlendirilmesi önerilmektedir. (<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/breast-cancer-screening>, Erişim tarihi: 28 Mayıs 2019).

3) 40-44 yaş arası kadınların yıllık mamografiye başlamayı tercih etmeleri önerilmektedir. 45-54 yaş arası her yıl, 55 yaş ve üstü kadınların da her iki yılda bir MMG çektirmesini veya tercih etmeleri durumunda yıllık taramaya devam etmeleri önerilmektedir. Ortalama meme kanseri riski taşıyan kadınlar için KMM önerilmemektedir. (<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detectionof-breast-cancer.html>, Erişim tarihi: 28 Mayıs 2019).

4) 40 yaşında başlamak üzere yıllık MMG ile tarama önerilmektedir (Saslow ve ark. 2007).

KMM'nin gelir düzeyi düşük ülkelerde tarama olarak önerilebilmesi için yapılan bazı çalışmalar; İlerlemiş meme kanseri insidans oranının KMM ile taranan grupta taranmamış gruba göre daha düşük olduğunu ve meme kanserlerinin %56'sına KMM ve KMMM'deki anormal bulgular ile tanı konabileceğini göstermiştir (Sayed ve ark. 2017), (Hiatt ve ark. 2002).

Meme kanseri gelişme riski daha yüksek olan kadınlar için tarama daha erken yaşta ve daha sık tavsiye edilebilmektedir. Tüm kadınların bireysel danışmanlıkla kendilerine uygun bir programa karar vermeleri önerilmektedir. (<https://www.cancer.net/calncer-types/breast-cancer/screening>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

4.1.5.Türkiye Ulusal Kanseri Kontrol Programı

Meme kanseri kontrolünde ulusal toplum tabanlı tarama programları yürütülmelidir. Bilimsel tarama standartları belirlenerek ülke çapında oluşturulacak bir kanser tarama programını hedef nüfusa uygulayarak meme kanserini henüz klinik bulgular ortaya çıkmadan erken evrede iken tespit etmek ve anormal sonuç saptanan kişilerin ileri incelemelere göre gerekli tedavilerini yaparak meme kanserine bağlı mortalite hızını düşürmek ulusal meme kanser tarama programının temel amacını oluşturmaktadır (Keskinkılıç ve ark. 2016).

Ülkemizde DSÖ'nün önerileri doğrultusunda hazırlanan ulusal meme kanseri kontrol standartlarına göre 40-69 yaş arası kadınlara her iki yılda bir MMG taraması yapılmaktadır. Ayrıca 20 yaşından itibaren KMM yapılması ve KKMM'nin riskli kadınlar arasında bir tarama yöntemi olarak kullanılmadığı ancak farkındalığı artırması açısından yapılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari.html>, Erişim tarihi: 27 Mayıs 2019).

Ulusal toplum tabanlı meme kanseri taramaları AHB ve İSM/SHM/KETEM tarafından yürütülür. İl Sağlık Müdürlüğü'nde koordinasyon, kayıt, izlem ve Bakanlığa bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri Birimi sorumludur. (<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm>, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019).

4.1.6.Meme Kanseri Tarama Kapsayıcılık Oranları

Ülkemizde yürütülen fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı %30-35 düzeyindedir (Keskinkılıç ve ark. 2016).

Türkiye ile benzer meme kanseri tarama programı yürüten ülkelere Rusya, Brezilya ve Meksika'da 40-69 yaş kadınlarda tarama oranları sırasıyla %67,5, %56,7, %50, 50-69 yaş kadınlarda tarama yapan Hırvatistan ve Polonya'da %60 ve %40, 45-65 yaş arasında yapan Macaristan'da %56,3'tür.

Gelişmiş ülkelere ise meme kanseri tarama kapsayıcılığı daha yüksektir. ABD'de 40-49 yaş %58 ve 50-74 yaş %72, İsveç'te 40-74 yaş %81, Kanada'da 50-74 yaş %79'dur (Li ve Shao 2015). İngiltere'de %75'dir. (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/breast-and-cervical-cancer-screening>, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2019).

4.2.KOLOREKTAL KANSERLER

4.2.1.Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Kolorektal kanserler yüksek insidans ve mortalite (%50'ye yakın) nedeniyle tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ önümüzdeki 20 yıl içinde yılda bir milyon insanın kolorektal kanser nedeniyle yaşamını yitireceğini öngörmektedir. (https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=1&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019).

Kolorektal kanser yöntemleriyle saptanan henüz bulgu göstermeyen olgularda beş yıllık yaşam şansının %90'lara çıktığı gözlemlenmektedir. Kolon tümörleri yavaş büyür ve bulgu verdiklerinde genellikle geç evrededir. Kolorektal kanserlere erken evrede tanı konması mortalitesini düşürmede en önemli faktördür. Bunun için toplumu bilinçlendirmek ve tarama programlarını uygulamak gereklidir. Başarılı bir tarama programı için klavuzlar geliştirilmeli ve hekimler hedef nüfuslarına bu klavuzlara uygun şekilde önerilerde bulunarak risk faktörlerini belirlemeli, taramayı uygulamalı, asemptomatik vakaların erken tanı almasını sağlayarak en kısa sürede hastaları tedaviye yönlendirmeli ve takiplerini yapmalıdır (Keskinkılıç ve ark. 2016).

Dünya çapında her yıl yaklaşık bir milyon kişiye kolorektal kanser tanısı konulurken bunların yaklaşık yarısı hayatını kaybetmektedir. Ortalama kolorektal kanser riskine sahip bir kişinin yaşamı boyunca kolorektal kanser tanısı olasılığı %5,0'dır. (<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/key-statistic.shtml>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

Dünyada tüm kanserler içinde her iki cins için hem görülme sıklığı hem de mortalite açısından dördüncü sırada yer almaktadır. Cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda görülen kanserlerde insidans ve mortalite açısından memeden sonra en sık görülen ikinci kanserken, erkeklerde akciğer ve prostat kanserlerinden sonra üçüncü sırada yer almaktadır. (<http://gco.iarc.fr/today/home>, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019).

GLOBOCAN 2018 verilerine göre her iki cinsiyette insidans hızı yüzbinde 19,7, cinsiyetler ayrı değerlendirildiğinde ise erkeklerde yüzbinde 23,6, kadınlarda yüzbinde 16,3'dür.

Cinsiyet gözetmeksizin tahmini mortalite hızı 8,9, ayrı ayrı incelendiğinde de erkeklerde 10,8, kadınlarda 7,2'dir. (https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

Türkiye'de her iki cins için en yaygın görülen ve en çok öldüren üçüncü kanser nedenidir. Türkiye Kanser İstatistikleri 2016 raporuna göre yaşa standardize edilmiş insidans hızı erkeklerde yüzbinde 22,8 ve kadınlarda yüzbinde 13,8 ve kansere bağlı tüm ölümlerin içinde mortalite hızı erkeklerde %9,2, kadınlarda ise %8,6'dır (Hacıkamioğlu ve ark. 2017).

Avrupa Birliği Ülkeleri ve ABD gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere göre hem kadınlarda hem de erkeklerde insidansın daha düşük olduğu görülmektedir (Hacıkamioğlu ve ark. 2017). Brezilya'da kolorektal kanser erkekler arasında kansere bağlı ölümlerin en sık görülen dördüncü, kadınlar arasında da en sık görülen üçüncü nedenidir (Perin ve ark. 2015). ABD'de Türkiye ile benzer şekilde en yaygın görülen ve en çok öldüren üçüncü kanser nedenidir. İnsidans ve mortalite beyaz ırka göre siyahlarda en yüksektir. Kuzey Amerika, Avustralya, Kuzey ve Batı Avrupa'da yüksek iken gelişmekte olan ülkelerde özellikle Asya, Afrika, Pasifik Adaları ve Güney Amerika'da insidans hızı düşüktür. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler324-kal%C4%B1n-ba%C4%9F%C4%B1rsak-kanseri-kolorektal-kanserhtml> Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019). İskoçya, dünyada kolorektal kanserin en yüksek görüldüğü ülke olup Kanada'da tüm yeni kanser vakalarının %13,3'ünden kolorektal kanserler sorumlu tutulmaktadır. (<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.html>, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019).

IARC'ın kolorektal kanser verilerine göre; 2018 yılında her iki cins için 1,1 milyon civarı olan vaka ve 550.000 civarında ölen kişi sayısının 2040 yılına gelindiğinde iki katına çıkacağı öngörülmektedir. (https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-isotype?type=1&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&agegroup=value&apc_male=0&apc_female=0, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019).

IARC araştırmacılarının önderlik ettiği bir çalışmada; Kolorektal kanserin görülme sıklığının birçok yüksek gelirli ülkede azalmakta iken ABD, Avustralya, Kanada ve Norveç gibi ülkelerde 50 yaşın altında artan vakalar olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, kolorektal kanser insidansı paterninin değiştiğini ve son nesillerdeki kolorektal kanser insidansındaki artışın ana sebebini belirlemek için obezite gibi risk faktörlerinin araştırılmasının arttırılması gerektiğini göstermektedir (Araghi ve ark. 2019).

Kolorektal kanser insidansı giderek artmasına karşın, başarılı kanser tarama programları ile erken tanı imkanı ve bununla birlikte tedavideki gelişmeler sayesinde sağkalımda önemli artışlar sağlanmıştır. Kolorektal kanser mortalite oranları son on yılda yaklaşık %3 oranında azalmıştır. Kolorektal kanser ölüm oranlarının azaltılmasındaki ilerleme toplum tabanlı taramalara katılımın iyileştirilmesi ve standart tedavilere erişimin artırılmasıyla hızlandırılabilir (Siegel ve ark. 2014).

4.2.2.Kolon Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Kolorektal kanser vakalarının çoğunda, kansere yol açan DNA mutasyonları insanın yaşamı sırasında ortaya çıkar ve kalıtılmaz. Bu DNA değişiklikleri sadece orijinal mutasyona uğramış hücreden gelen hücreleri etkiler. Bazı risk faktörlerinin edinilmiş mutasyonlara neden olmada rol oynadığı düşünülmektedir (Yar 2007).

Kalıtıl olmayan kolorektal kanserler için en önemli risk faktörü olarak saptanmıştır. (<https://www.cancer.gov.tr/about-cancer/causes-prevention/risk/age>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019). Kolorektal kanser riski 40 yaşından sonra ortaya çıkmakta, 50-55 yaşlar arası tırmanışa geçmekte ve takip eden her 10 yıl için risk ikiye katlanarak yükselmeye devam etmektedir. Kolorektal kanser olgularının %90'ı cinsiyetten bağımsız olarak 50 yaşından sonra geliştiğinden tarama programlarını bu yaş grubunda başlatmak anlamlı bulunmuştur (Courtney ve ark. 2017). Erkeklerde kolorektal kanser gelişme riski kadınlardan ve siyah ırkın kolorektal kanserden ölme olasılığı diğer ırk gruplarındakilerden daha fazladır. (<https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/risk-factors-and-prevention>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

Kolorektal kanser birinci ve ikinci derece akrabalarda varsa ailesel özellik gösterebilir ve riski neredeyse iki katına çıkarır. 50 yaşından önce tanı alan varsa risk daha da artmaktadır. Etyolojide yer alan ailesel adenomatoz polipozis gibi nadir kalıtılan bazı sendromların görüldüğü ailelerde kolorektal kanser riski yüksek oranda artmaktadır. (<https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/risk-factors-and-prevention>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı olanlarda kalın bağırsağın kronik iltihabı kolorektal kanser riskini artırır. Kolorektal kanser tanısı alan hastalarda, kolonda aynı anda veya sonradan ikinci bir kanser gelişme olasılığı normal popülasyona göre yaklaşık üç kat artmıştır ve ortalama %5 civarında görülmektedir.

Over veya uterus kanseri olan kadınlarda kolorektal kanser gelişme olasılığı daha fazladır. (<https://docplayer.biz.tr/8284088-Kolorektal-kanserler-epidemiyoji->

[etiyojide-rol-oyunayan-etkenler-tarama-ve-kemoprevansiyon.html](#), Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

Bazı kohort çalışmalarında genellikle vücut kitle indeksi yüksek veya obez kişilerin uzun zaman sürecinde kansere yol açan DNA hasarına neden olabilen kronik iltihaplara neden olabileceği gözlemlenmiştir. (<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019). Yapılan metanalizlerde genel olarak artmış vücut kitle indeksi ve kolorektal kanser riski arasında anlamlı bir ilişki vardır (Johnson ve ark. 2013).

Genel olarak hayvansal doymuş yağdan ve karbonhidrattan zengin, liften fakir bir diyet kolorektal kanserler için risk faktörü oluşturmaktadır. Meyve ve sebze tüketimi ise kanser insidansını düşürmektedir. Kırmızı ve işlenmiş et tüketimi ile kolorektal kanserler arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur, haftada beş porsiyon et %13 daha fazla risk göstermektedir. Kronik sigara ve alkol kullanımı kolon adenomu riskini arttırmaktadır. Yapılan araştırmalarda günlük iki ölçü alkollü ieeğin tüketilmesi ile kolorektal kanser riski arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Constance ve ark. 2013).

Sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmek, hem kansere hem de kansere bağlı olmayan morbiditeyi azaltma potansiyeline sahiptir. Fiziksel aktivite kolorektal kanserlerin riskini azaltmakta ve kişilerin yaşam kalitesini arttırmaktadır. (https://progressreport.cancer.gov/prevention/physical_activity, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

Bazı uzun süreli yürütülen çalışmalarda; düzenli egzersiz yapanların düzenli egzersiz yapmayanlara kıyasla %40-50 daha düşük oranla kolon kanseri riskine sahip olduğu saptanmıştır. (<https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/physical-activity-and-cancer-risk>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019). Koroner arter hastalığı olanlarda, diyabet tanısı alanlarda, kolesistektomi ve retero-sigmoidostomi işlemleri yapılmış olanlarda kolorektal kanser riskinin arttığını göstermektedir. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/324-kal%C4%B1n-ba%C4%9F%C4%B1rsak-kanseri-kolorektal-kanser.html>, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019).

Kolorektal kanserlerin çoğu kolon veya rektumun i mukozasında polip adı verilen büyüme olarak başlar zamanla kansere dönüşür, dolayısıyla tarama testleri ile erken saptanır ve kanserleşmeden yok edilebilirse kolorektal kanser gelişimi önlenebilmektedir. (<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html>, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019).

4.2.3.Dünyada Kolorektal Kansere Kontrol Programları

Dünyada her yıl yaklaşık 1,1 milyon kişiye kolorektal kanser tanısı konulmakta ve 550.000 hasta kolorektal kanser nedeniyle kaybedilmektedir. (<https://www.cancer.org/cancer/colonrectalcancer/about/key-statistics.html>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

Kolorektal kanser adenopolipleri genelde yavaş ve bulgu vermeden büyür ve hastaların sadece %40'ına erken evrede tanı konulabilir. Kolorektal kanserlerle mücadelede kanserin erken evrede yakalanması çok önemlidir. Bunun için toplumu bilgilendirmek ve kolorektal kanser önleyici-koruyucu programları ve toplum tabanlı tarama programlarını uygulamak gereklidir (Keskinlik ve ark. 2016).

Mevcut kanıtlara göre, kanser ölümlerinin %30 ila %50'si değiştirilebilir risk faktörleri ile önlenmektedir. Kolorektal kanserler; sağlıklı bir vücut ağırlığını korumak, düzenli egzersiz yapmak, doymuş ve hayvansal yağ tüketiminden kaçınmak, taze meyve-sebze ve lifli gıda tüketimini arttırmak, tütün ürünlerinden kaçınmak, alkol tüketimini azaltmak gibi önemli risk faktörlerini etkileyecek ulusal programlarla önlemeye çalışılmaktadır. (<http://www.who.int/cancer/prevention/en/>, Erişim tarihi: 12 Haziran 2019).

Dünyada yürütülen başarılı tarama programları sonucu prekanseröz lezyonu veya erken evre tümörü saptama olasılığı fazladır. Mevcut kanıtlar kolorektal kanser insidansındaki ve ölüm oranındaki düşüşlerinin yaklaşık yüzde ellisinin kolorektal kanser tarama oranlarındaki artışa bağlı olduğunu göstermektedir (Zauber 2015). Yapılan metaanaliz çalışmaları da GKG testi ile kolorektal kanser taramasının kolorektal kanser mortalitesini azalttığını göstermektedir (Brosnan 2007).

Kolorektal kanser taramaları asemptomatik dönemdeyken kansere dönüşmeden önce birçok kolorektal polipin bulunmasına ve çıkarılmasına yardımcı olmaktadır. Adenomatöz poliplerin çıkarılması kolorektal kanser gelişme riskini %90'a kadar azaltabilmektedir. Tarama genellikle erken tanıya olanak sağladığı için tedavi ve sağkalım şansını arttırmaktadır (Haggard ve Boushey 2009).

Sağkalım çalışmalarına göre beş yıllık sağkalım Kuzey Amerika'da %65, Batı Avrupa'da %54, Doğu Avrupa'da %34 ve Hindistan'da %30'dur. Erken evre kolorektal kanserlerde beş yıllık sağkalım %90'ın üzerindeyken ileri evrelerde %5'lere kadar düşmektedir. Yapılan çalışmalar tarama ve izlemin kolorektal kanser mortalitesini azalttığını göstermiştir (Favoriti ve ark. 2016).

Ulusal düzeydeki bazı sağlık kuruluşları kolorektal kanser taramaları için onerilerde bulunmuşlardır;

1)Ortalama kolorektal kanser riskine sahip asemptomatik kişilerin 45 yaşında düzenli taramaya başlamalarını, 76-85 yaş arası genel sağlık durumlarına ve önceki sonuçlarına göre karar verilmesini ve 85 yaş sonrası kolorektal kanser taraması yapılmaması onerilmektedir. (<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

2)Kolonoskopi en iyi tarama yöntemidir. Tüm polipleri tespit etmekte işlem sırasında polipler çıkarılabilmektedir. (<https://www.asge.org/home/for-patients/patient-information/understanding-polyps>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

3)GGK testi ve sigmoidoskopi ile kombine tarama yapılması da olası bir seçenektir. Ortalama riski olan kişiler, 50 yaşında taramalara başlamalıdır. Kolonoskopi her on yılda bir veya bilgisayarlı tomografi, kolonografi, sigmoidoskopi veya her beş yılda bir çift kontrastlı baryum lavmanı onerilmektedir (Sung ve ark. 2008).

4)Yılda bir kez gaita testi başka bir alternatiftir. Riski yüksek olan hastalar kolonoskopi ile taranmalıdır, genellikle 40 yaşında başlamalıdır. Aile bireylerinde ailesel adenomatoz polipozisli ve kolon kanseri öyküsü olan ailelerin taraması daha yoğun olmalı ve 20 yaşında başlanmalıdır. Tarama kolonoskopisi sırasında eğer polip bulunur ve çıkarılırsa, çıkarılan adenomun büyüklüğüne ve histolojisine göre 1-5 yıl sonra bir srveyans kolonoskopisi yapılmalıdır (Zhang ve ark. 2017).

Yapılan bir derleme çalışmasında; GGK testi ile taramanın kolorektal kanser mortalitesinde azalma sağladığı, adenomların tespiti ve çıkarılması yoluyla kanser insidansını düşürebileceği, erken tanı ve tedavi sayesinde invaziv ameliyatlari azaltabileceği tespit edilmiştir. Ancak, yanlış pozitif sonuç almanın psikososyal sonuçları, kolonoskopinin potansiyel olarak önemli yan etkileri veya yanlış negatif sonuçlar sonucunda gereksiz araştırmalar taramanın olumsuz yönleridir. Popülasyon taraması için düşünülen testler arasında GGK, esnek sigmoidoskopi ve kolonoskopi varyantları bulunur. GGK testinin asemptomatik bireylerde tarama için onaylanmış iyi bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır (Hewitson ve ark. 2007). Başarılı bir tarama programı hekimlerin farkındalıklarının yüksek olması, hedef nüfusundaki riskleri belirlemesi ve ulusal kılavuzlara uygun oneriler yapması, tarama sonucunda erken tanı ve tedaviyi sağlaması çok önemlidir (<https://www.who.int/cancer/modules/en/>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

4.2.4.Türkiye’de Kolorektal Kanser Tarama Programları

Gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan kolorektal kanser, ülkemizde erkeklerde ve kadınlarda kanserler içinde insidans ve mortalite açısından üçüncü sıradadır. Türkiye’de kolorektal kanserin erkeklerde insidans hızı yüzbinde 22,8 ve kadınlarda yüzbinde 13,8 ve kansere bağlı tüm ölümlerin içinde mortalite hızı erkeklerde %9,2, kadınlarda ise %8,6’dır (Hacıkamioğlu ve ark. 2017).

Ulusal kolorektal kanser taramalarındaki temel amaç, ülke çapında tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, kolorektal patolojileri erken evrede tespit etmek, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek ve invaziv kanser sıklığı ile, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürmektir. Tarama 50-70 yaş arası kadın ve erkeklerde iki yılda bir GGK ve 10 yılda bir kolonoskopi uygulaması ile yapılacaktır. Ancak; birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip, Ülseratif Kolit, Crohn Hastalığı ya da kalıtsal polipozis sendrom öyküsü olan bireylerde 40 yaşından itibaren taramaya başlanır. Son iki GGK Testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilir. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari.html>, Erişim tarihi: 26 Haziran 2019).

4.2.5.Kolorektal Kanser Tarama Kapsayıcılık Oranları

Kolorektal kanser tarama testlerini iki yılda bir yapan bazı ülkelerde ki tarama kapsayıcılık oranları; İngiltere’de %54, Avustralya’da %38, Fransa’da %34, İtalya’da %48, İskoçya’da %54, İspanya %20, Finlandiya’da %71’dir. Tarama testlerini yıllık yürüten bazı ülkelerde kapsayıcılık oranları; Almanya %19, Letonya %8, Kore %21, Japonya %17, İsrail %14 ve Kanada %18’lerde seyretmektedir (Keskinkılıç ve ark. 2016). ABD’de 50-75 yaş arası nüfusun %58’i kolorektal kanser taramalarını yaptırmış olup her bir teste özel oranlar; kolonoskopi %54, GGK %8 ve sigmoidoskopi için %4’tür. (<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2019).

Türkiye’de 2012 yılından beri yürütülen ulusal kanser kontrol programı kolorektal kanser taramasının kapsayıcılık oranı %20-30 arasındadır. Ülkemizdeki verilere göre tarama sonucu pozitif çıkan olguların çoğu ileri evrede olup erken evrede yakalama oranlarımız daha düşüktür (Keskinkılıç ve ark. 2016).

4.3.SERVİKS KANSERİ

4.3.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Serviks kanseri tüm dünyada tüm yaş grupları arasında görülen en sık görülen dördüncü kanser türü olup tüm kanserlerin %6.6'sını oluşturduğu tahmin edilmektedir (Koh ve ark. 2015). DSÖ'ye göre 2018'de 570.000 yeni vaka görülmüş, 266.000'i serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiş ve ölümlerinin yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. (<http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

DSÖ Kanser Raporu'nda serviks kanserinin kadınlarda 45 yaş altı en sık görülen ikinci kanser türü ve kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin üçüncü nedeni olduğu bildirilmiştir. (<https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>, Erişim Tarihi: 04 Haziran 2019). Serviks kanseri insidans hızı yüzbinde 13,1, mortalite hızı yüzbinde 6,9'dur. (<http://gco.ia rc.fr/today/home>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019). Yaşa standardize insidans hızı yüzbinde 15,3 olup meme kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir (Ferlay ve ark. 2019).

Serviks kanseri jinekolojik kanserler arasında gelişmekte olan ülkelerde birinci, tüm dünyada ikinci sırada yer alır. İnsidans hızı; Jamaika'da yüzbinde 46, Karayipler'de yüzbinde 20,8 ve Kuzey Amerika'da yüzbinde 5,7'dir (Coronado ve ark. 2016). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların sağlık hizmetlerine erişimi daha zor olduğundan ölüm %85 daha sıktır. (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9995:2014-cervical-cancer-screening-yesterday-and-today&Itemid=40275&lang=en, Erişim tarihi: 05 Haziran 2019). Serviks kanseri erken dönemde teşhis edilemezse fatalitesi çok yüksek olup dünyada her iki dakikada bir kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. (<http://gco.iarc.fr/today/home>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Türkiye'de ise serviks kanseri kadınlarda tüm yaş gruplarında en sık görülen dokuzuncu, 25-49 yaş grubunda ise dördüncü kanserdir. Serviks kanserinin insidans hızı yüzbinde 4.0'dır. Yaşa özel insdans hızı ise; 40-44 yaş aralığında yüzbinde 7,6, 45-49 yaş aralığında yüzbinde 11,1, 50-54 yaş aralığında ise yüzbinde 11,7'dir. En sık 50-54 yaş grubunda görülmekte olup riski en yüksek grubu 40-55 yaş oluşturmaktadır. (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_KanserIstatistikIeri2015.pdf, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Serviks kanseri etyolojik faktörlerinin bilinmesi, en önemli risk faktörüne karşı aşısının ve tarama ile erken tedavi şansının olmasıyla birincil ve ikincil korunmanın birlikte sağlanabildiği nadir kanser türlerindendir (McGraw ve Ferrante 2014).

4.3.2.Serviks Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Tüm dünyada yapılan epidemiyolojik çalışmalarda serviks kanseri gelişiminde pek çok sayıda predispozan faktör belirlense de önemli risk faktörünün HPV olduğu bildirilmiştir. HPV Tip 16 tek başına serviks kanserlerinin %60'ını oluşturmaktadır (Kaur ve Verschraegen 2012). HPV'nin yüzden fazla düşük, orta ve yüksek riskli tipi bulunmakta olup en yüksek riskli tipleri HPV Tip 16 ve 18'dir. Düşük riskli tipler nedeniyle anormal hücrelerin gelişimi çok nadirdir. (<https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/infectious-agents/hpv/hpv-and-cancer-info.html>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Dünyada HPV ile enfeksiyon çok yaygın görülmektedir. Kişilerin immün sistemlerine bağlı olarak HPV enfeksiyonlarının %90'ı bir yıl içerisinde, kalanların çoğu da 18 aya kadar serviksten temizlenebilmektedir. HPV yaş arttıkça azalmakla birlikte en çok 20-25 yaşları arasında elemine edilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda HPV prevalansı coğrafyadan da etkilenmekte olup insidansı; Yunanistan'da yüzbinde 2,5, Barselona'da yüzbinde 3,0, Tayland'da yüzbinde 3,9, Amerika'da yüzbinde 15,0 olarak bulunmuştur. Ülkemizde ise yapılan Anadolu tabanlı bir çalışmada yüzbinde 6,1 olarak tespit edilmiştir. (<https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/infectious-agents/hpv/hpv-and-cancer-info.html>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Cinsel yaşamın erken yaşta (<16 yaş) başlaması, çok eşli cinsel yaşam, ilk gebelik ve doğum yaşının 17 ve altında olması, üç ve üzeri doğum yapmak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon, sigara, 40-45 yaş, siyah ırk, immunosupresyon gibi serviks kanseri gelişimini arttıran pek çok faktör vardır. Nadir de olsa bu faktörlerden bağımsız serviks kanseri gelişebilmektedir. (<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Ülkemizde serviks kanseri için en önemli risk faktörleri arasında 40-55 yaş arasında olma, aile öyküsü, erken yaşta cinsel ilişki, birden fazla cinsel partner, 17 yaş öncesi gebelik, üç veya daha fazla doğum, sigara, obezite, düşük sosyoekonomik düzey ve kötü hijyen koşulları yer almaktadır (Bodur ve Eryılmaz 2011).

4.3.3. Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

DSÖ’ye göre serviks kanseri önlenebilen ve erken dönemde tespit edildiğinde tedavi edilebilen bir kanser türüdür. Serviks kanserinin uzun bir preklinik döneme sahip olması erken tanı ve erken tedavi imkanı sunmaktadır.

Serviks kanseri tarama programı planlanırken bölgelere ait risk faktörlerinin ortaya konulması ve risk altındaki kişilerin saptanarak öncelikle bu kişilere tarama yapılması önemlidir (Tuncer ve ark. 2009).

Serviks kanserinden korunma önlemleri primer, sekonder ve tersiyer korunma programları ile sağlanmaktadır. Primer korunmada risk faktörlerinden uzak durma, HPV aşısı ve sağlık eğitimi ile serviks kanseri oluşmadan önleme sağlanır. Bütün hastalıklarda birincil korunma en önemli ve en etkili yaklaşımdır. Sekonder korumadarisk altındaki hedef grubun düzenli taramaları sağlanarak daha asemptomatik dönemdeyken serviks kanserinin erken tanısı sağlanarak prekanseröz lezyonların invaziv olmadan tedavi edilmesi amaçlanmaktadır. Tersiyer korunma ise klinik bulgu sonrası dönemde yapılan tedavi ve rehabilitasyonlar ile kişinin beklenen yaşam süresi ve kalitesi arttırılmaya çalışılmasıdır. Primer korunma ile kişileri neredeyse %100’e yakın serviks kanserinden korumak mümkündür. Bu nedenle serviks kanserinden korunmada, kansere neden olduğu düşünülen faktörlerin bilinmesi, alınacak önlemler açısından önemlidir (Lópezve ark. 2003).

Serviks kanserinden primer korunmada HPV aşısı çalışmaları 1993 yılında başlatılmış ve 2008 itibariyle 100’den fazla ülkede lisans olarak kullanıma sunulurken birçok ülkede rutin aşı takvimine girmiştir. Ülkemizde kuadrivalan aşı 2007 yılında, bivalan aşı ise 2008 yılında ruhsat almıştır. Aşılamaya serviks kanseri için yüksek riskli olan HPV 16 ve 18’e karşı bağışıklık yanıtının gelişmesini sağlamaktadır, ancak etkinliğinin en yüksek düzeyde olması ve tam bir primer korumadan bahsedebilmek için enfeksiyonla karşılaşmadan önce tamamlanmalıdır. Aşılamaya 9-11 yaşında başlanabilir, 13-26 yaş arası yapıldığında koruyuculuğu en yüksektir.

Aşılanmamışlarda cinsel yaşam aktifse HPVDNA testi yapılarak negatiflik görüldükten sonra aşı yapılmalıdır. Aşılamaya HPV 16 ve 18’e karşı neredeyse %100 koruyuculuk sağlasa da HPV tipleri servikal kanserlerin ancak %70’inde etkindir ve bu sebeple aşı uygulanmış olsa da servikal kanser taramasının düzenli olarak yaptırılması gerekmektedir. (<https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/garda-silingle-dose2-schedule/en/>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Serviks kanserinin önlenmesi ve kontrolünün sağlanmasında prekanseröz lezyonların tarama yoluyla erken dönemde saptanmasına dayanan programlar özellikle gelişmekte olan ülkelerde serviks kanseri insidansını ve mortalitesini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır (Miller ve ark. 2015). Bu nedenle, DSÖ'nün tavsiyeleriyle tüm dünyada serviks kanseri tarama programları yürütülmektedir. Fırsatçı tarama programları ile riskli kadınlara ulaşmak için merkezi düzeyde yönetilen tarama programları tercih edilmektedir. (http://www.who.int/cancer/detection/cervicalcancer_screening/en/, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Bu programlara göre; tüm kadınlar 21-29 yaş arasında her üç yılda bir Pap-Smear testi yaptırmalıdır. Serviks kanseri taraması 30 yaşından itibaren her beş yılda bir HPV testi ile birleştirilmiş bir Pap-Smear testi ile yapılmalıdır. Buna eş test denir ve 65 yaşına kadar devam etmelidir. 30-65 yaş arası kadınlar için bir diğer makul seçenek ise her üç yılda bir sadece Pap-Smear testi ile test edilmektir. 65 yaş üstü kadınlarda son 20 yıl içinde Cervikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN) 1, 2 ve/veya 3 bulunmadığı sürece tarama durdurulmalıdır. CIN saptanan kadınlarda en az 20 yıl taramaya devam edilmelidir. Tüm yaş grubunda histerektomi olanlarda; servikal kanser nedeniyle ise ya da serviks duruyorsa taranmaya devam edilmelidir. (<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/cervical-cancer-screening-guidelines.html>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Prekanseröz lezyonlarla tedavi edilen kadınların neredeyse tamamı beş yıllık sağkalım oranına sahiptir. Serviks kanseri tarama programları etnik köken, yaş, eğitim ve sosyoekonomik duruma göre farklılık göstermekle birlikte tüm programlar genelde beş yılda bir yapılmasını önerilmektedir. (<http://www.who.int/cancer/detection/cervicalcancerscreening/en/>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

Pek çok ülke birincil HPV DNA testi için pilot programlara başlamıştır. HPV DNA testinin yüksek dereceli prekanseröz vakaları saptamak için daha hassas olduğu ayrıca negatif HPV DNA testinin negatif "Pap smear"lere kıyasla daha düşük CIN3 veya (CIN3+) insidansı gösterdiği saptanmıştır. (Rizzo ve Feldman 2018).

Ülkemizde DSÖ önerileriyle serviks kanseri tarama programına 1992'de Pap-Smear testi ile başlanmış 2003 yılında ulusal serviks kanseri tarama programı oluşturulmuş, dünyadaki bilimsel literatür gelişmeleri doğrultusunda 2012'de değişiklik yapılmış ve hazırlıklar tamamlandıktan sonra 2014 yılında 30-65 yaş arası asemptomatik kadınlarda beş yılda bir primer HPV DNA-Smear testi ile tarama standart hale getirilmiştir (Keskinlik ve ark. 2016).

Ulusal toplum tabanlı serviks kanseri taramaları AHB'ler ve KETEM'ler tarafından yürütülür. Taranacak hedef populasyon AH'nin kayıtları esas alınarak oluşturulur. Uygulama öncesi kişilere bilgilendirilmiş onam formları imzalatılır. Alınan materyaller Ulusal HPV Laboratuvarı'na uygun koşullarda gönderilir. Pozitif çıkan olgular gerekli bilgilendirmeler yapılarak Bakanlıkça belirlenen İleri Teşhis Merkezlerine sevk edilir ve takipleri yapılır. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarاما-standartlari.html>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2019).

4.3.4. Kapsayıcılık Oranları

Tüm dünyada DSÖ önerileri doğrultusunda uzun zamandır uygulanmakta olan servikal kanser taramaları ile çok sayıda ülkede mortalite ve morbiditede %70'den fazla azalma sağlanmıştır (Chrysostomou ve ark. 2018). Serviks kanseri gelişmekte olan ülkelerde kanser nedeni ölümlerde ikinci sıradayken gelişmiş ülkelerde yürütülen etkili tarama programları sayesinde altıncı sıraya gerilemiştir (Benard ve ark. 2014).

Serviks kanseri tarama testlerini yaptıran kadın sayısı tüm dünyada ve ülkemizde istenilen düzeyde değildir (Rizzo ve Feldman 2018). Gelişmiş ülkelerde serviks kanseri tarama oranları %60 ve üzerindeyken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu oran %20'nin altındadır (İnteris ve ark. 2016). Servikal tarama oranlarında ırksal eşitsizlikler söz konusu olup Afrikalı kadınların serviks kanseri taramasında beyaz kadınlara oranla %50 daha az, Asyalı kadınların beyaz kadınlara göre %30 daha az tarama yaptırdıkları gözlemlenmiştir. (<https://www.sciencedaily.com/releases/2019/01/190107075606htm>, Erişim tarihi: 4 Haziran 2019).

Uganda'da serviks kanseri için temel yaşam boyu tarama oranının %4,8 ile %30 arasındadır. Kadınlar arasında yüzbinde 47,5 ile dünyanın en yüksek serviks kanseri insidans oranlarından birine sahiptir. Kadınların %80'i serviks kanseri tanısı konduğunda ileri evrededir (Nakisige ve ark.2017). Fransa'da %61,9 katılım oranı ile İnsidans yüzbinde 14,2'den 13,5'e, mortalite yüzbinde 25,8'den 22,9'a düşmüş olup 2019 yılına kadar %80'lik katılım oranı ve mortalitede %30'luk bir azalma hedeflemektedirler (Barré ve ark. 2017).

İtalya'da katılım oranı 2014'te %62'ye yükselmiştir. Serviks kanseri tanısıyla yatış oranı yüzbinde 47'den %28'e, İnsidans hızı yüzbinde 10,3'ten 6,0'ya, mortalite hızı yüzbinde 1,5'ten 1,1'e düşmüştür. Ölümlerin %70'inden fazlası, 65 yaş ve üstü kadınlar arasında meydana gelmiştir (Cappelli ve ark. 2018).

İngiltere ve ABD’de son 30 yılda serviks kanserinden ölüm oranları % 50’den fazla azalmıştır. İngiltere’de serviks kanseri tarama kapsayıcılık oranı 30-39 yaş arası kadınlarda %77.5’dir. Serviks kanseri Pap-Smear tarama oranları yaş ilerledikçe ve genelde azalma eğiliminde olmaya başlasa da bununla birlikte HPV DNA-Smear testlerin yapılmasında artış gözlemlenmektedir (Watson ve ark. 2018). İngiltere’de serviks kanseri insidans hızı yüzbinde 15’den yüzbinde 7’lere, mortalite hızı da yüzbinde 6’lardan yüzbinde 2’lere düşmüştür. (<https://www.fightcancer.org/sites/default/files/FINAL%20-%20Cervical%20Cancer%20General%20Factsheet%2003.06.18.pdf>, Erişim tarihi: 03 Haziran 2019).

ABD’de serviks kanseri tarama kapsayıcılık oranı %81’dir (Roland ve ark., 2013). Genel mortalite oranları sabit kalırken, insidans oranları yılda %1,9 düşmüştür. Bu durumun etkin ve başarılı bir servikal kanser tarama programına bağlı olduğu düşünülmektedir (Benard ve ark. 2014).

Sağlıklı İnsanlar 2020 sağlık kuruluşunun çalışmaları sonucunda; serviks kanseri tarama oranlarının %93’e çıkarılması, insidans oranının yüzbin kadında 7,1’e düşürülmesi ve ölüm oranının yüzbin kadında 2,2’ye düşürülmesi hedeflenmektedir. Serviks kanseri taraması hedefine yönelik, özellikle sağlık hizmetlerine erişimi olmayan, sağlık bakımı kapsamı veya düzenli bir sağlık hizmeti sağlayıcısı bulunmayan sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlar arasında daha fazla taramanın sağlanmasını gerekli görmekteler. (<https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030/Committee-Meetings> Erişim tarihi: 03 Haziran 2019).

Ülkemizde 20 yıldan uzun zamandır toplum tabanlı yapılan bu taramanın kapsayıcılık oranları yıldan yıla artış ivmesi gösterse de 2016 verilerine göre ülkemizde serviks kanseri kapsayıcılık oranı; birinci basamakta %20, IARC HPV Bilgi Merkezinin “HPV ve İlgili Hastalıklar 2019 Türkiye Raporuna” göre de tüm sağlık kuruluşlarından gelen verilerle Pap-Smear ve HPV DNA birlikte %66,8’dir (<https://hpvcentre.net/statistics/reports/TUR.pdf>, Erişim tarihi: 03 Haziran 2019).

5.GEREÇ YÖNTEM

5.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Bu araştırma 2018-2019 yılları arasında Manisa kent merkezinde yer alan Şehzadeler ve Yunusemre ilçelerine bağlı aile sağlığı merkezlerinde çalışan birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılmıştır.

5.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Manisa kent merkezi Şehzadeler ve Yunusemre İlçeleri aile sağlığı merkezlerinde görevli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Manisa il merkezinde Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde 117 AH, 105 ASE bulunmaktaydı. ASE bulunmayan AHB'lerde, diğer birimlerin elemanları ya da ihtiyaç halinde İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) personeli geçici olarak görevlendirilmekte olduğundan aile hekimliği birimlerinde geçici görevle çalışan birinci basamak sağlık çalışanları çalışma dışında tutulmuştur.

Araştırmanın evreni 222 kişiden oluşmaktadır. Örneklem seçimi yapılmaksızın evreninin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak çalışmaya katılmak istememe, anketlerin verilen sürelerde veya uygun bir şekilde doldurulamaması, çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olma gibi durumlar nedeniyle çalışma dışında tutulanlar olmuş ve çalışmanın örneklemi 195 kişi oluşturmuştur.

5.4.ARAŞTIRMA SORULARI VEYA ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Birinci basamakta sağlık personelinin kanser taramaları konusundaki yeterli bilgi düzeyi ve olumlu tutum kanser tarama performanslarını olumlu yönde etkiler. Birinci basamaktaki yeterli altyapı ve yazılım sistemi kullanımı kanser tarama performanslarını olumlu yönde etkiler.

5.5.BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

5.5.1.Bağımlı Değişkenler

Araştırmaya katılan birinci basamak çalışanlarının ulusal kanser tarama programı içerisinde yer alan serviks, meme ve kolorektal kanser taramaları ile ilgili algılanan performansları ve toplam algılanan kanser tarama performansları çalışmanın dört bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Araştırmada sağlık çalışanlarının birimlerine kayıtlı serviks, meme ve kolorektal kanser taramaları için hedef nüfuslarını kanser tarama programlarına katabilmeleri açısından performanslarını “çok yeterliyim”, “yeterliyim”, “kararsızım”, “yetersizim” ve “çok yetersizim” seçenekleri ile değerlendirmeleri istenmiş, çok yeterli ve yeterli yanıtları “yeterli” olarak, kararsız, yetersiz ve çok yetersiz yanıtları da “yetersiz” olarak kategorize edilmiştir.

Araştırmada her üç algılanan kanser performansı sorusuna da “yeterli” yanıt verenler, algılan toplam kanser performansı açısından “yeterli” olarak ve en az birinde yetersiz yanıt verenler ise “yetersiz” olarak kategorize edilmiştir.

5.5.2.Bağımsız Değişkenler

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri, kronik hastalıkları, kanser risk faktörleri, aile öyküsü, sağlıklı yaşam biçimi, mesleki bilgileri, AHB çalışma koşulları, bölge ve nüfus özellikleri, kanser tarama programları hakkında bilgi, tutum ve davranış özellikleri ile AHB’nin kanser taramaları ile altyapı özellikleri çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

5.5.2.1.Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri

Tanımlayıcı özelliklerden cinsiyet “kadın” ve “erkek” şeklinde sorgulanmıştır. Yaş, içinde bulunulan yaş olarak sorgulanmış, “25-34”, “35-44” ve “45-65” şeklinde kategorize edilmiştir. Meslek/Ünvan “hekim” ve “ebe, hemşire” olarak kategorize edilmiştir. Gelir algısı “gelirim giderimin altında”, “gelirim giderime eşit” ve “gelirim giderimin üstünde” olarak tanımlanmıştır. Göç varlığı “evet”, “hayır” olarak sorgulanmıştır. Medeni durum “evli/birlikte”, “bekar”, “eşinden ayrı, boşanmış” şeklinde kategorize edilmiştir. Çocuk varlığı “evet”, “hayır” olarak sorgulanmış, evet diyenlerde çocuk sayısı numerik olarak istenmiş ve sonrasında çocuk sayısı “1-2 çocuk”, “3 ve üzeri çocuk” olarak kategorize edilmiştir.

5.5.2.2.Araştırmaya katılanların kronik hastalıklar, kanser risk faktörleri, aile öyküsü ve sağlıklı yaşam biçimi özellikleri

Kronik hastalık öyküsü sorgulanmış, “kronik hastalığı yok”, “en az bir kronik hastalığı var” olarak kategorize edilmiştir. Kanser öyküsü “evet” ve “hayır” olarak tanımlanmıştır. Ailede kanser öyküsü “evet” ve “hayır” olarak sorgulanmıştır. Kanserden ölen yakın öyküsü “evet” ve “hayır” olarak sorgulanmıştır. Sigara kullanımı “evet”, “bıraktım” ve “hayır” olarak sorgulanmış, sigara içenlerde “gün adet” ve “yıl” olarak belirtmeleri istenmiş, analizlerde sigara içme durumu “evet”, “hayır, bıraktı” şeklinde kategorize edilmiş ve içilen sigara miktarı sayı ve ort.±ss olarak belirtilmiştir. Alkol kullanımı “hiçbir zaman”, “bazen”, “sıklıkla”, “her zaman” olarak sorgulanmış ve “hiçbir zaman”, “bazen, sıklıkla” olarak kategorize edilmiştir. Doymuş yağ tüketim sıklığı “hiçbir zaman”, “bazen”, “sıklıkla”, “her zaman” olarak sorgulanmış ve “hiçbir zaman, bazen”, “sıklıkla, her zaman” şeklinde tanımlanmıştır. Egzersiz yapma sıklığı “hiçbir zaman”, “bazen”, “sıklıkla”, “her zaman” olarak sorgulanmış ve “hiçbir zaman, bazen”, “sıklıkla, her zaman” şeklinde kategorize edilmiştir.

5.5.2.3.Araştırmaya katılanların mesleki özellikleri, AHB’nin çalışma koşulları, bölge ve nüfus özellikleri

Meslekte toplam çalışma ve aile hekimliğinde çalışma süresi yıl olarak sorgulanmış, analizlerde sayı ve ort.±ss yıl olarak belirtilmiştir. Birinci basamakta en uzun çalışılan bölge sorgulanmış, “Ege Bölgesi” ve “diğer bölgeler” olarak kategorize edilmiştir.

AHB'nin bulunduğu ilçe “Şehzadeler” ve “Yunusemre” olarak sorgulanmıştır. AHB'nin bölge yapısı “kırsal”, “yarı kentsel” ve “kentsel” şeklinde sorgulanmıştır. AHB nüfusunun sosyoekonomik yapısı “çok düşük”, “düşük”, “orta”, “yüksek” ve “çok yüksek” olarak sorgulanmış, analizlerde “çok düşük, düşük”, “orta”, “yüksek, çok yüksek” olarak kategorize edilmiştir.

ASM'de bulunan AHB sayısı sorgulanmış, “4 ve altı” ile “5 ve üstü” olarak kategorize edilmiştir. AHB'ye günlük başvuran kişi sayısı sorgulanmış, “50 ve altı” ve “51 ve üstü” olarak kategorize edilmiştir. AHB'de her başvuruya ayrılan sürenin yazılması istenmiş, “10 dk. ve altı” ve “11 dk. ve üstü” olarak kategorize edilmiştir.

5.5.2.4.Araştırmaya katılanların Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı ile ilgili bilgi, turum, davranış özellikleri

Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı'na göre HPV DNA-Smear testinin kadınlara hangi yaş aralığında ve kaç yılda bir yapıldığını bilme durumu “biliyorum”, “emin değilim” ve “bilmiyorum” olarak sorgulanmıştır.

Soruya “biliyorum” cevabı verenlere yaş aralığı ve testin kaç yılda bir yapıldığı açık uçlu olarak sorulmuş ve her ikisini de doğru yanıtlayanlar “biliyor” olarak, soruyu yanlış yanıtlayanlar ile “bilmiyorum ve emin değilim” cevabı verenler de “bilmiyor” olarak kategorize edilmiştir.

HPV DNA-Smear testinin yapılabilmesi için gerekli koşulları bilme durumu “biliyorum”, “emin değilim” ve “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “biliyor” ve “bilmiyor” olarak kategorize edilmiştir.

Serviks kanseri tarama testi sonucu HPV Tip 16-18 pozitif gelirse hastayı nasıl yönlendireceğini bilme durumu “biliyorum”, “emin değilim” ve “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “biliyor” ve “bilmiyor” olarak kategorize edilmiştir.

Serviks kanseri tarama testi sonucu HPV Diğer Tip pozitif gelirse hastayı nasıl yönlendireceğini bilme durumu “biliyorum”, “emin değilim” ve “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “biliyor” ve “bilmiyor” olarak kategorize edilmiştir. HPV DNA-Smear testi numune alımı ile ilgili eğitim alma durumu “evet” ve “hayır” olarak tanımlanmıştır.

HPV DNA-Smear testi numune alımı ile ilgili eğitimi alanlarda eğitimin yeterlilik durumu “kesinlikle yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “kesinlikle yetersiz” olarak sorgulanmış, kesinlikle yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz,

kesinlikle yetersiz” olarak kategorize edilmiş, İleri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

HPVDNA-Smear testi numune alımı konusunda yeterlilik durumu “çok yeterliyim”, “yeterliyim”, “kararsızım”, “yetersizim”, “çok yetersizim” olarak sorgulanmış, “çok yeterli, yeterliyim”, “kararsızım, yetersizim, çok yetersizim” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

HPVDNA-Smear testinin kendi AHB’de yapılması gerekliliği tutumu “kesinlikle yapılmalı”, “yapılmalı”, “kararsızım”, “yapılmamalı”, “kesinlikle yapılmamalı” olarak sorgulanmış, “kesinlikle yapılmalı, yapılmalı”, “kararsızım, yapılmamalı, kesinlikle yapılmamalı” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “yapılmalı” ve “yapılmamalı” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

AHB’ye başvuran kadınlara HPVDNA-Smear testini önerme tutumu “kesinlikle öneririm”, “öneririm”, “kararsızım”, “önermem”, “kesinlikle önermem” olarak sorgulanmış, “kesinlikle öneririm, öneririm”, “kararsızım, öneririm, kesinlikle öneririm” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “öneririm” ve “önermem” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

Kadın sağlık personeli olanlarda kendisine HPVDNA-Smear testi yaptırma davranışı “evet”, “hayır”, “yaş grubunda değilim” ve “risk grubunda değilim” olarak sorgulanmış, ileri analizlerde sadece yaş grubu tarama yaşına uygun olanlarda “evet” ve “hayır” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

5.5.2.5.Araştırmaya katılanların Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı ile ilgili hizmet sunumu ve altyapı özellikleri

AHB’ye başvuran kadınlara HPVDNA-Smear testi yapılma durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir. AHB’de ayda ortalama kaç kişiye HPVDNA-Smear testi yapıldığı sorgulanmış, analizlerde sayı, ort.±ss ve median olarak tanımlanmıştır.

AHB’de kullanılan yazılım sistemini serviks kanseri tarama çalışmaları açısından yeterli bulma durumu “çok yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “çok yetersiz” olarak tanımlanmış, “çok yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz, çok yetersiz” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

AHB’de kullanılan yazılım sisteminin serviks kanseri hedef tarama nüfusundan birisi başvurduğunda tarama testini yaptırması için uyarı verme durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir.

AHB’ye kayıtlı hedef serviks kanseri tarama nüfusundaki kadınların HPV DNA-Smear testleri birinci basamakta başka yerde (KETEM) alınmış olsa da testin sonucunu görebilme durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir.

HPV DNA-Smear testinin yapılabilmesi için AHB’nin fiziki çalışma koşulları uygunluğu “çok yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “çok yetersiz” olarak tanımlanmış, “çok yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz, çok yetersiz” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

5.5.2.6. Araştırmaya katılanların Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı ile ilgili bilgi, turum, davranış özellikleri

Ulusal Meme Kanseri Tarama Programına göre mamografinin (MMG) kadınlara hangi yaş aralığında ve kaç yılda bir yapıldığını bilme durumu “biliyorum”, “emin değilim” ve “bilmiyorum” olarak sorgulanmıştır.

Soruya “biliyorum” cevabı verenlere yaş aralığı ve testin kaç yılda bir yapıldığı açık uçlu olarak sorulmuş ve her ikisini de doğru yanıtlayanlar “biliyor” olarak, soruyu yanlış yanıtlayanlar ile “bilmiyorum ve emin değilim” cevabı verenler de “bilmiyor” olarak kategorize edilmiştir. Klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili eğitim alma durumu “evet” ve “hayır” olarak sorgulanmıştır.

KMM ilgili eğitimi alanlarda eğitimin yeterlilik durumu “kesinlikle yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “kesinlikle yetersiz” olarak sorgulanmış, “kesinlikle yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz, kesinlikle yetersiz” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

AHB’ye başvuran kadınlara KMM yapılması gerekliliği tutumu “kesinlikle yapılmalı”, “yapılmalı”, “kararsızım”, “yapılmamalı”, “kesinlikle yapılmamalı” olarak tanımlanmış, “kesinlikle yapılmalı, yapılmalı”, “kararsızım, yapılmamalı,

kesinlikle yapılmamalı” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde edilerek “yapılmalı” ve “yapılmamalı” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

AHB’ye başvuran kadınlara KKMM’in öğretilmesi gerekliliği tutumu “kesinlikle öğretilmeli”, “öğretilmeli”, “kararsızım”, “öğretilmemeli”, “kesinlikle öğretilmemeli” olarak sorgulanmış, “kesinlikle öğretilmeli, öğretilmeli”, “kararsızım, öğretilmemeli, kesinlikle öğretilmemeli” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “öğretilmeli” ve “öğretilmemeli” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

Kadın sağlık personelinin kendisine KKMM yapma davranışı “düzenli yapıyor”, “düzensiz yapıyor” ve “yapmıyor” olarak sorgulanmış, “düzenli yapıyor”, “düzensiz yapıyor, yapmıyor” olarak kategorize edilmiş ileri analizlerde ise “düzenli yapıyor” ve “yapmıyor” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

5.5.2.7.Araştırmaya katılanların ulusal meme kanseri tarama programı ile ilgili hizmet sunumu ve altyapı özellikleri

AHB’de KMM yapılma durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir.

AHB’de ayda ortalama kaç kişiyi MMG için kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezine (KETEM) yönlendirdiği sorgulanmış olup analizlerde sayı, ort.±ss ve median olarak tanımlanmıştır.

AHB’de kullanılan yazılım sistemini meme kanseri tarama çalışmaları açısından yeterli bulma durumu “çok yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “çok yetersiz” olarak tanımlanmış, “çok yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz, çok yetersiz” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

AHB’de kullanılan yazılım sisteminin meme kanseri hedef tarama nüfusundan birisi başvurduğunda MMG yaptırmayı için uyarı verme durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir.

AHB’ye kayıtlı hedef meme kanseri tarama nüfusundaki kadınların birinci basamakta (KETEM ve hastanelerde KETEM’lere entegre MMG çekimi yapılan yerlerde) başka yerde yaptırdığında MMG sonucunu görebilme durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, analizlerde “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir.

KMM yapılması ve KKMM öğretilmesi için AHB fiziki çalışma koşulları uygunluğu durumu “çok yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “çok yetersiz” olarak tanımlanmış, “çok yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz, çok yetersiz” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

5.5.2.8.Araştırmaya katılanların ulusal kolon kanseri tarama programı ile ilgili bilgi, turum, davranış özellikleri

Ulusal kolorektal kanser tarama programına göre gaitada gizli kan (GGK) testinin kadınlara ve erkeklere hangi yaş aralığında ve kaç yılda bir yapıldığını bilme durumu “biliyorum”, “emin değilim” ve bilmiyorum” olarak sorgulanmıştır. Soruya ”biliyorum” cevabı verenlere yaş aralığı ve testin kaç yılda bir yapıldığı açık uçlu olarak sorulmuş ve her ikisini de doğru yanıtlayanlar “biliyor” olarak, soruyu yanlış yanıtlayanlar ile “bilmiyorum ve emin değilim” cevabı verenler de “bilmiyor” olarak kategorize edilmiştir.

Kolonoskopi kadınlara ve erkeklere hangi yaş aralığında ve kaç yılda bir yapıldığını bilme durumu “biliyorum”, “emin değilim” ve bilmiyorum” olarak sorgulanmış, soruya “biliyorum” cevabı verenlere yaş aralığı ve testin kaç yılda bir yapıldığı açık uçlu olarak sorulmuş ve her ikisini de doğru yanıtlayanlar “biliyor” olarak, soruyu yanlış yanıtlayanlar ile “bilmiyorum ve emin değilim” cevabı verenler de “bilmiyor” olarak kategorize edilmiştir.

GGK testini yapmayı bilme durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir. GGK testi ile ilgili eğitim alma durumu “evet” ve “hayır” olarak tanımlanmıştır.

GGK testi ilgili eğitimi alanlarda eğitimin yeterlilik durumu “kesinlikle yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “kesinlikle yetersiz” olarak sorgulanmış, “kesinlikle yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz, kesinlikle yetersiz” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

AHB’ye başvuran hedef kolon kanseri nüfusuna GGK testini yaptırmasını önerme tutumu “kesinlikle yaptırmasını öneririm”, “yaptırmasını öneririm”, “emin değilim”, “yaptırmasını önermem”, “kesinlikle yaptırmasını önermem” olarak sorulmuş ve “kesinlikle yaptırmasını öneririm, yaptırmasını öneririm”, “emin değilim, yaptırmasını önermem, kesinlikle yaptırmasını önermem” olarak kategorize

edilmiştir. İleri analizlerde tekrar kategorize edilerek “kesinlikle öneririm” ve “öneririm, emin değilim ” olarak kullanılmıştır.

Sağlık çalışanlarının kendisine GGK yapma davranışı “evet”, “hayır” ve “yaş grubunda değilim” olarak sorgulanmış, analizlerde sadece yaş grubu uygun olanlarda “evet”, “hayır” olarak kategorize edilmiştir.

Kolonoskopi yaptıрма davranışı “evet”, “hayır” ve “yaş grubunda değilim” olarak sorgulanmış, analizlerde yaş grubu uygun olan kişilerde “evet”, “hayır” olarak kategorize edilerek ileri analizlerde kullanılmıştır.

5.5.2.9.Araştırmaya katılanların Ulusal Kolon Kanseri Tarama Programı ile ilgili hizmet sunumu ve altyapı özellikleri

AHB’de GGK testi yapılma durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır” olarak kategorize edilmiştir.

AHB’de ayda ortalama kaç kişiye GGK testi yapıldığı sorgulanmış, analizlerde sayı, ort.±ss ve median olarak tanımlanmıştır.

AHB’de kullanılan yazılım sistemini kolorektal kanser tarama çalışmaları açısından yeterli bulma durumu “çok yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “çok yetersiz” olarak tanımlanmış, “çok yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz, çok yetersiz” olarak kategorize edilmiş, ileri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

AHB’de kullanılan yazılım sisteminin kolorektal kanser hedef tarama nüfusundan birisi başvurduğunda GGK testi yaptırmayı için uyarı verme durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir.

Yazılım sisteminin GGK’yı KETEM veya başka AHB’de yaptırdığında sonucunu görebilme durumu “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” olarak sorgulanmış, “evet” ve “hayır, bilmiyorum” olarak kategorize edilmiştir.

GGK testi yapılabilmesi için AHB fiziki çalışma koşulları uygunluğu durumu “çok yeterli”, “yeterli”, “kararsızım”, “yetersiz”, “çok yetersiz” olarak tanımlanmış, “çok yeterli, yeterli”, “kararsızım, yetersiz, çok yetersiz” olarak kategorize edilmiştir. İleri analizlerde ise “yeterli” ve “yetersiz” olarak tekrar kategorize edilmiştir.

5.5.2.10.Araştırmaya katılanların ulusal kanser tarama programı ile ilgili toplam bilgi düzeyleri

Çalışmada katılımcıların her bir kanser taraması ile ilgili bilgi sorularına verdikleri cevaplara göre “biliyor” ve “bilmiyor” olarak kategorize edildi. Bilmeyenler “0”, bilenler “1” olarak değerlendirildi ve tüm bilgi soruları toplanarak “toplam bilgi puanı” elde edildi. Toplam bilgi puanı ortalamadan bölünerek “6 ve altı” olanlar “yetersiz”, “7 ve üstü” olanlar “yeterli” olarak yeniden kategorize edildi.

5.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada literatür taranarak oluşturulmuş toplam 81 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. İlk üç bölümde sosyodemografik özellikler, kronik hastalıklar, kanser risk faktörleri, aile öyküsü, mesleki koşullar, AHB çalışma koşulları ve bölge ve nüfus özelliklerini belirleyen sorular bulunmaktadır. Son üç bölümde ise; serviks kanseri tarama performansını etkileyen faktörler, meme kanseri taraması performansını etkileyen faktörler, kolon kanseri taraması performansını etkileyen faktörler ile ilgili sorular yer almaktadır.

5.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veri toplama süreci araştırmacı tarafından yürütülmüş olup ASM ziyareti ile araştırma grubuna çalışma anlatılmış, bilgilendirilmiş gönüllü olur formları alınmış, çalışma anketini bir hafta içinde doldurmaları istenmiş ve telefonla hatırlatmalar yapılarak doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır.

5.8.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 22 paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmış, tip 1 hata düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Kategorik verilerde Ki-kare testi ve Fisher’in kesinlik testi, sürekli verilerde ise bağımsız gruplarda T Testi uygulanmıştır. İleri analizlerde ise Lojistik regresyon analizi ile %95 güven aralığında tahmini rölatif riskler hesaplanmıştır.

5.9.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Çalışma anketlerinin sağlık çalışanlarının işgücü çokluğu nedeniyle hedeflenenden daha uzun sürede toplanması, bazı soruların cevaplanmaması veya birden fazla seçenek işaretlenerek cevaplanması nedeniyle analize alınamaması, araştırmanın bağımlı değişkeni olan algılanan kanser tarama performansının subjektif bir parametre olması araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Araştırmada MMG ile ilgili tutum ve MMG yaptırma davranış sorularının bu taramanın birinci basamakta yapılmaması nedeniyle sorgulanmamış olması diğer bir kısıtlılıktır. Ayrıca araştırmacının SHM/KETEM sorumlu hekimi olması sorulara verilen yanıtlarda yan tutulmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmanın en güçlü yanı birinci basamak sağlık çalışanlarının algıladıkları kanser taramaları performansları ile ilgili başka araştırma olmaması nedeniyle bir ilk olmasıdır. Manisa kent merkezinde %87,8 gibi yüksek bir katılımı yapılmış olması ve genelde birlikte çalışan hekim/ebe-hemşirelerin katılması nedeniyle meslek gruplarının dengeli olması çalışmanın diğer güçlü yanlarıdır.

5.10.ARAŞTIRMANIN ETİK ONAYI

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi (MCBÜTF) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan yerel etik kurul onayı (Ek-2) ve MCBÜTF ile Manisa İl Sağlık Müdürlüğü arasında imzalanan Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)/İSM protokolüne göre düzenlenen Eğitim ve Koordinasyon kurulu onayı (Ek-3) ile yürütülmesi için izin alınmıştır.

5.11. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

Araştırmanın zaman çizelgesi Şekil 1’de sunulmuştur.

GÖREV	2108											2019							
	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS
LİTERATÜR TARAMA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETİK KURUL ONAYI		X																	
AHB ZİYARET-ANKET DAĞITIMI		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
ANKET TOPLAMA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
VERİ ANALİZİ												X	X						
TARTIŞMA-SONUÇ-ÖNERİ															X	X	X	X	
ARAŞTIRMA SUNUMU																			X

Şekil 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

6.BULGULAR

6.1.TANIMLAYICI BULGULAR

6.1.1.Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $44,8 \pm 8,3$ 'dür ve %68,2'si kadınlardan oluşmaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında %60,0'ını lisans mezunları oluşturmaktadır. Grubun %51,8'i hekim, %48,2'si ebe ve hemşirelerden oluşmaktadır. %59,5'i gelirinin giderine eşit olduğunu düşünmektedir. Araştırma grubunun çoğunluğunu (%87,7) evliler oluşturmaktadır. Bölge dışından gelenler %68,2'lik kısmı oluşturmakta olup, bölge dışından göç geldiği süre ortalama $11,5 \pm 8,8$ yıldır. %89,7'sinin çocuğunun olduğu ve çocuk sayısının $1,7 \pm 0,6$ (1-4) olup median değerinin de iki olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	133	68,2	
	Erkek	62	31,8	
Eğitim durumu	Lise	17	8,7	
	Ön Lisans	36	18,5	
	Lisans	117	60,0	
	Yüksek Lisans	5	2,6	
	Doktora	20	10,3	
Meslek	Hekim	101	51,8	
	Ebe, hemşire	94	48,2	
Gelir algısı	Gelirim giderimin altında	56	28,7	
	Gelirim giderime eşit	116	59,5	
	Gelirim giderimin üstünde	23	11,8	
Medeni durum	Evli birlikte	169	86,7	
	Bekar	14	7,2	
	Eşinden ayrılmış, boşanmış	12	6,2	
Bölgeye göç	Evet	133	68,2	
	Hayır	62	31,8	
Çocuk varlığı	Evet	175	89,7	
	Hayır	20	10,3	
	Ort. ± ss	Median	Min.	Max.
Çocuk sayısı	1,7±0,6	2,0	1	4
Göç yılı	11,5±8,8	10,0	1	34
Yaş	44,8±8,3	45	25	65

6.1.2.Kronik Hastalıklar, Kanser Risk Faktörleri ve Aile Öyküsü

Araştırmaya katılanların %60'ında kronik hastalık, %1,5'inde kanser öyküsü, %35,4'ünde ailede kanser, %45,1'inde ailede kanser nedeniyle ölen bir yakını olma

öyküsü vardır. Çalışmaya katılanlarda sigara kullanım durumuna bakıldığında %25,1'i sigara içmekte olup içilen sigara günde $10,2 \pm 5,2$ adet, içilen toplam süre $19,8 \pm 9,2$ yıl, alkol kullanım durumuna bakıldığında da %44,1'i sıklıkla alkol kullandığını ifade etmiştir. Araştırma grubunun “sağlıklı yaşam biçimi” ile ilgili alışkanlıklarını değerlendirdiğimizde doymuş yağı sıklıkla, her zaman tercih edenler %7,2, meyve ve sebzeyi hiçbir zaman, bazen tercih edenler %25,1, egzersiz yapmayı hiçbir zaman, bazen tercih edenler ise %53,3 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma Grubunun Kronik Hastalıklar, Kanseri Risk Faktörleri, Aile Öyküsü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık öyküsü	Var	117	60,0
	Yok	78	40,0
Kanser öyküsü	Var	3	1,5
	Yok	192	98,5
Ailede kanser öyküsü	Evet	69	35,4
	Hayır	126	64,6
Kanserden ölen yakın öyküsü	Evet	88	45,1
	Hayır	107	54,9
Sigara kullanımı	Evet	49	25,1
	Hayır, bıraktı	146	74,9
Alkol kullanımı	Hiçbir zaman	109	55,9
	Bazen, sıklıkla	86	44,1
Doymuş yağ tüketim sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	181	92,8
	Sıklıkla, her zaman	14	7,2
Meyve-sebze tüketim sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	49	25,1
	Sıklıkla, her zaman	146	74,9
Egzersiz yapma sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	104	53,3
	Sıklıkla, her zaman	91	46,7
	Ort. $\pm$ ss	Min.	Max.
Sigara adet	$10,2 \pm 5,2$	1	20
Sigara yıl	$19,8 \pm 9,2$	2	40

6.1.3. Mesleki ve Hizmet Sunumu ile İlgili Özellikler

Çalışmaya katılan sağlık personelinin meslek hayatı boyunca en uzun süreli çalıştığı bölge %89,2 ile Ege Bölgesi, meslekte çalışma süresi ortalama $22,0 \pm 8,0$ yıl ve aile hekimliği sisteminde çalışma süresi ortalama $7,8 \pm 3,3$ yıl olarak bulunmuştur.

Araştırmaya %53,8 oranında Şehzadeler, %46,2 oranında Yunusemre ilçesindeki ASM birinci basamak personeli katılım göstermiştir. Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık personelinin çalıştıkları

ASM bölge yapılarına bakıldığında %71,3'nün kentsel bölgede olduğunu görülmüştür. ASM'lerin %49,7'sinde "4 ve 4'ten daha az aile hekimliği birimi" bulunmaktadır. AHB'ye başvuranlar sosyoekonomik açıdan değerlendirildiğinde %67,7'si orta düzeydedir.

AHB'ye günlük başvuran kişi sayısı $53,7 \pm 21,2$, her başvuruya ayrılan süre $9,2 \pm 5,0$ dakika olarak bulunmuştur. AHB'de %63,1 düzeyinde Neuroogle yazılım sistemi tercih edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma Grubunun Mesleki ve Hizmet Sunumu ile ilgili Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Birinci basamakta en uzun çalışılan bölge	Ege Bölgesi	174	89,2
	Diğer Bölgeler	21	10,8
AHB'nin bulunduğu ilçe	Şehzadeler	105	53,8
	Yunusemre	90	46,2
AHB bölge yapısı	Kırsal	14	7,2
	Yarı kentsel	42	21,5
	Kentsel	139	71,3
AHB nüfusunun sosyoekonomik yapısı	Çok düşük, düşük	47	24,1
	Orta	132	67,7
	Yüksek, çok yüksek	16	8,2
ASM'de bulunan AHB sayısı	4 ve altı	97	49,7
	5 ve üstü	98	50,3
AHB'de kullanılan yazılım sistemi	Neuroogle	123	63,1
	Diğerleri	72	36,9
	Ort. $\pm$ ss	Min.	Max.
Meslekte toplam çalışma yılı	$22.0 \pm 8,0$	1	38
Aile hekimliğinde toplam yıl	$7.8 \pm 3,3$	1	13
AHB'ye günlük başvuru sayısı	$53.7 \pm 21,2$	2	100
AHB'de her başvuruya ayrılan dk.	$9.2 \pm 5,0$	2	40

6.1.4. Serviks Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler

Araştırmada aile hekimliği birimlerinin serviks kanseri hedef tarama nüfusları ortalama $790,4 \pm 216,7$, median değeri de 806,0 olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların serviks kanseri tarama performanslarını etkileyen faktörleri incelediğimizde HPV DNA-Smear testinin; yapıldığı yaş aralığını ve sıklığını doğru biliyor olma %87,2, yapılabilmesi için gerekli koşulları doğru biliyor olma %96,4, sonucu HPV Pozitif Tip 16-18 geldiğinde hastayı doğru yönlendirebiliyor olma %94,4 ve HPV Pozitif Diğer Tip geldiğinde hastayı doğru yönlendirebiliyor olma %90,3 olarak bulunmuştur. Araştırmada HPV DNA-Smear testi numune alımı ile ilgili eğitim alan personel %59,3'tür ve bunların %53,8'i aldığı eğitimi yetersiz görmektedir.

Çalışmaya katılanların %46,2'si kendini HPV DNA-Smear testi numune alma konusunda yeterli görüyorken %17,9'u testin yapılmaması gerektiğine inanmakta ve %2,6'sı testi yaptırmayı önermemektedir. Araştırmaya katılan HPV DNA-Smear yaptırmaya yaş grubu uygun olan kadınlarda HPV DNA-Smear testini yaptıрма oranı %60,9 olarak bulunmuştur.

Çalışmada AHB'de hizmet sunumu ile ilgili olarak katılımcıların %29,7'si kullandıkları yazılım sistemini serviks kanseri tarama çalışmaları açısından yetersiz bulmuştur. Aile hekimliği birimlerinde kullanılan yazılım sistemlerinin %86,7'si hedef tarama nüfusundaki kişilerin serviks kanseri tarama testlerini yaptırmaları konusunda uyarı vermekte, %41,0'i hedef tarama nüfusundaki kişiler kendi AHB dışında veya KETEM'de HPV DNA-Smear testini yaptırdığında sonuçlarını görememektedir. Araştırmaya katılanların %41,0'i AHB'de serviks kanseri tarama testlerini yapabilmek için fiziki koşullarının yetersiz olduğunu düşünmektedir.

Araştırmada AHB'de aylık bakılan HPV DNA-Smear sayısı ortalama $11,8 \pm 9,8$, median değeri de 10,0 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının hedef tarama nüfuslarındaki kadınları serviks kanseri tarama programına katma konusundaki kendi performanslarını %32,8 oranında yetersiz buldukları gözlemlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Serviks Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler

		Sayı (n)	Yüzde(%)	
HPVDNA-Smear yaş aralığı	Bilmiyor	25	12,8	
	Biliyor	170	87,2	
HPVDNA-Smear gerekli koşullar	Bilmiyor	7	3,6	
	Biliyor	188	96,4	
HPVDNA Tip 16-18 yönlendirme	Bilmiyor	10	5,1	
	Biliyor	185	94,4	
HPVDNA Diğer Tip yönlendirme	Bilmiyor	19	9,7	
	Biliyor	176	90,3	
HPVDNA eğitim alma	Evet	115	59,3	
	Hayır	79	40,7	
HPVDNA eğitim yeterlilik	Yeterli	90	46,2	
	Yetersiz	105	53,8	
HPVDNA numune almayı bilme yeterlilik	Yeterli	90	46,2	
	Yetersiz	105	53,8	
HPVDNA yapılması gerekliliği tutum	Yapılmalı	160	82,1	
	Yapılmamalı	35	17,9	
HPVDNA-Smear yaptırmayı önerme tutum	Öneririm	190	97,4	
	Önermem	5	2,6	
AHB’de HPVDNA-Smear yapıyor mu?	Evet	186	95,4	
	Hayır, bilmiyorum	9	4,6	
Kendine HPVDNA-Smear yaptırdı mı?	Evet	81	60,9	
	Hayır, risk grubu değil	52	39,1	
Serviks kanseri için yazılım yeterli mi?	Yeterli	137	70,3	
	Yetersiz	58	29,7	
Yazılım HPVDNA için uyarıyor mu?	Evet	169	86,7	
	Hayır, bilmiyorum	26	13,3	
Yazılım KETEM HPVDNA sonuç?	Evet	115	59,0	
	Hayır, bilmiyorum	80	41,0	
HPVDNA için fiziki koşullar yeterli mi?	Yeterli	131	59,0	
	Yetersiz	64	41,0	
Serviks kanseri algılanan performans	Yeterliyim	132	67,7	
	Yetersizim	63	32,8	
	Ort. ± ss	Med.	Min.	Max.
HPVDNA hedef nüfus	790,4±216,7	806,0	228,0	1450,0
AHB ayda ort. HPVDNA	11,8±9,8	10,0	0,0	80,0

Araştırmaya katılanların %36,4'ü çözüm önerisi olarak halka yönelik eğitim ve bilgilendirmenin artırılmasını önermiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Serviks Kanseri Tarama Çalışmalarının Artması için Çözüm Önerileri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim ve bilgilendirme	53	36,4
TV, medya, kamu spotu ile duyuru, eğitim	30	15,4
Tarama yaptırmayanlara yasal düzenleme	20	10,3
AHB'nin iş yükünün azaltılması	11	5,6
KETEM tarafından aktif destek sağlanmalı	8	4,1
İkinci basamak da entegre olmalı, yapmalı	2	1,0

6.1.5.Meme Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler

Araştırmada aile hekimliği birimlerinin meme kanseri hedef tarama nüfusları ortalama $567,3 \pm 192,6$ ve median değeri 586,5 olarak saptanmıştır. Diğer faktörleri incelediğimizde araştırmaya katılan sağlık personelinin MMG'nin yapıldığı yaş aralığını ve sıklığını %41,5 bilmiyor olduğu bulunmuştur. KMM ve KKMM ile ilgili eğitim alanların %73,8 olduğu ve bunların %39,0'unun aldığı eğitimi yeterli bulmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %73,8'i KMM'nin yapılması, %73,3'ü KMMM'nin öğretilmesi gerekliliği tutumunu göstermektedir. AHB'lerinin %93,8'inde KMM yapılmakta ve AHB'de meme kanseri tarama hedef nüfusundan ayda ortalama $8,0 \pm 7,9$ kişi KETEM'e MMG çekimi için yönlendirilmekte olup median değeri, düzenli olarak kendine KKMM yaptığı saptanmıştır.

Çalışmada hizmet sunumu ile ilgili olarak katılımcıların %40,5'i kullandıkları yazılım sistemini meme kanseri tarama çalışmaları açısından yetersiz bulmuştur. AHB'de kullanılan yazılım sistemlerinin %96,4'ü hedef tarama nüfusundaki kişilerin MMG yaptırması konusunda uyarı vermekte ancak bu kişiler KETEM'de ya da birinci basamakta başka yerde MMG yaptırdığında %30,8'i sonuçları görememektedir.

Araştırmaya katılanların %38,5'i meme kanseri taramalarını yapabilmek için fiziki koşullarının yeterli olmadığını düşünmekte ve %40,5'i hedef tarama nüfuslarındaki kadınları meme kanseri tarama programına katma konusunda kendi performanslarını yetersiz olarak ifade etmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Meme Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
MMG yaş aralığı	Bilmiyor	81	41,5	
	Biliyor	114	58,5	
KMM ve KKMM eğitim alma durumu	Evet	144	73,8	
	Hayır	51	26,2	
KMM ve KKMM eğitim yeterlilik	Yeterli	119	61,0	
	Yetersiz	76	39,0	
KMM yapılması gereklilik tutum	Yapılmalı	144	7,8	
	Yapılmamalı	51	26,2	
KKMM gereklilik tutum	Öğretilmeli	176	90,3	
	Öğretilmemeli	19	9,7	
KMM yapılıyor mu?	Evet	183	93,8	
	Hayır, bilmiyorum	12	6,2	
KKMM öğretiliyor mu?	Evet	170	90,3	
	Hayır, bilmiyorum	25	9,7	
KKMM yapıyor musunuz?	Düzenli Yapıyor	76	57,1	
	Hayır, düzensiz yapıyor	57	42,9	
Meme kanseri yazılım sistemi yeterlilik?	Yeterli	116	59,5	
	Yetersiz	79	40,5	
Yazılım MMG için uyarı veriyor mu?	Evet	188	96,4	
	Hayır, bilmiyorum	7	3,6	
Yazılım MMG sonuç görüyor mu?	Evet	60	30,8	
	Hayır, bilmiyorum	135	69,1	
KMM için fiziki koşul yeterlilik?	Yeterli	120	61,5	
	Yetersiz	75	38,5	
Meme kanseri algılanan performans	Yeterliyim	116	59,5	
	Yetersizim	79	40,5	
	Ort. ± ss	Med.	Min.	Max.
MMG hedef nüfus	567,3±192,6	586,5	137,0	1500,0
AHB aylık MMG	8,0±7,9	5,0	0,0	72,0

Araştırmaya katılanların %9,2'si çözüm önerisi olarak TV, medya, kamu spotu ile duyuru, eğitim yapılmasını önermiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Meme Kanseri Tarama Çalışmalarının Artması için Çözüm Önerileri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
--	----------	-----------

Eğitim ve bilgilendirme	42	21,5
TV, medya, kamu spotu ile duyuru, eğitim	18	9,2
AH'nin iş yükünün azaltılması	17	8,7
Tarama yaptırmayanlara yasal düzenleme	15	7,7
Ketem tarafından aktif destek sağlanmalı	8	4,1
İkinci basamak da entegre olmalı, yapmalı	3	1,5

6.1.6.Kolon Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler

Araştırmada AHB'nin kolon kanseri hedef tarama nüfusları ortalama $647,9 \pm 273,9$ ve median değeri 660,0 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların kolon kanseri taraması performanslarını etkileyen faktörleri incelediğimizde GGK yapıldığı yaş aralığını ve sıklığını doğru biliyor olma %75,4, kolonoskopinin yaş aralığını doğru biliyor olma %27,2 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların %88,2'sinin GGK testini uygulamayı, %95,9'unun GGK pozitif olduğunda kişileri doğru yönlendirmeyi biliyor olduğu saptandı. GGK ile ilgili eğitim alanlar %46,4 olarak bulunmuş ve eğitim alanların %89,9'nun da aldığı eğitimi yeterli bulduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %60,0'ı GGK testinin yapılmasını kesinlikle önerme tutumunda olup AHB'nin %97,9'unda GGK testi yapılmaktadır. Araştırmada AHB kolon kanseri tarama hedef nüfusundan ayda ortalama $14,0 \pm 8,8$ GGK testi yapılıyor ve median değeri de 10,0 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kolon kanseri tarama yaş grubuna uygun erkek ve kadınların %74,6 oranında GGK testini, %20,0 oranında da kolonoskopi yaptırmış olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmada hizmet sunumu ile ilgili olarak katılımcıların %75,4'ü AHB'de kullandıkları yazılım sistemini kolon kanseri tarama çalışmaları açısından yeterli bulmuştur. AHB'de kullanılan yazılım sistemlerinin %90,8'i hedef tarama nüfusundaki kişilerin kolon kanseri tarama testlerini yaptırmaları konusunda uyarı vermekte, %86,7'i hedef tarama nüfusundaki kişiler birinci basamakta başka yerde veya KETEM'de GGK yaptırdığında sonuçlarını görememektedir.

Araştırmaya katılanların %31,8'i GGK yapabilmek için fiziki koşullarının yetersiz olduğunu düşünmektedir. Çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının hedef tarama nüfuslarındaki kadın ve erkekleri kolon kanseri tarama programına katma konusundaki kendi performanslarını %64,1 oranında yeterli buldukları gözlemlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Kolon Kanseri Taraması Performansını Etkileyen Faktörler

	Sayı (n)	Yüzde(%)
--	----------	----------

GGK yaş aralığı	Bilmiyor	48	24,6	
	Biliyor	147	75,4	
Kolonoskopi yaş aralığı	Bilmiyor	142	72,8	
	Biliyor	53	27,2	
GGK pozitif ise yönlendirme	Bilmiyor	8	4,1	
	Biliyor	187	95,9	
GGK testi yapmayı bilme durumu	Bilmiyor	23	11,8	
	Biliyor	172	88,2	
GGK testi ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	89	46,4	
GGK eğitim yeterlilik	Hayır	103	53,6	
	Yeterli	80	89,9	
GGK yaptırmayı önerme tutum	Yetersiz	9	10,1	
	Kesinlikle öneririm	117	60,0	
GGK yapılıyor mu?	Öneririm, emin değilim	78	40,0	
	Evet	191	97,9	
Kendine GGK testi yaptırdı mı?	Hayır, bilmiyorum	4	2,1	
	Evet	47	74,6	
Kendine kolonoskopi yaptırdı mı?	Hayır	16	25,4	
	Evet	12	20,0	
Kolon kanseri için yazılım yeterli mi?	Hayır	48	80,0	
	Yeterli	147	75,4	
Yazılım GGK için uyarıyor mu?	Yetersiz	48	24,6	
	Evet	177	90,8	
Yazılım GGK KETEM sonuç görüyor mu?	Hayır, bilmiyorum	18	9,2	
	Evet	26	13,3	
AHB GGK için fiziki koşullar yeterli mi?	Hayır, bilmiyorum	169	86,7	
Kolon kanseri algılanan performans?	Yeterli	133	68,2	
	Yetersiz	62	31,8	
	Yeterliyim	125	64,1	
	Yetersizim	70	35,9	
	Ort.± SS	Med.	Min.	Max.
GGK hedef nüfus	647,9±273,9	660,0	40,0	2000,0
AHB aylık ort. GGK	14,0±8,8	10,0	0,0	50,0

Araştırmaya katılanların %5,1'i birinci basamaktaki kolon kanseri taramalarının yeteri kadar gerçekleştirilebilmesi için çözüm önerisi olarak aile hekimliği birimlerinin iş yükünün azaltılmasını önermiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Kolon Kanseri Tarama Çalışmalarının Artması için Çözüm Önerileri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim ve bilgilendirme	47	24,1
TV, medya, kamu spotu ile duyuru, eğitim	16	8,2
Tarama yaptırmayanlara yasal düzenleme	13	6,7
AHB'nin iş yükünün azaltılması	10	5,1
KETEM tarafından aktif destek sağlanmalı	5	2,6

6.2. ANALİTİK BULGULAR

6.2.1. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler

Algılanan serviks kanseri tarama performansı ve sosyodemografik değişkenler karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre performans algıları daha yüksektir ($p<0,05$). Geliri giderine eşit olanların, geliri giderinin altında ve üstünde olanlara göre performans algıları daha yüksektir ($p<0,05$).

Bununla birlikte yaş, meslek, medeni durum, göç durumu, çocuk varlığı, kronik hastalık öyküsü, ailede ve kendisinde kanser öyküsü ve kanserden ölen yakın akraba varlığı ile algılanan serviks kanseri tarama performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. “Sağlıklı yaşam biçimi” ile ilgili alışkanlıklar incelendiğinde doymuş yağ tüketim, meyve-sebze tüketim ve egzersiz yapma sıklığı, sigara ve alkol kullanım sıklığı ile algılanan serviks kanseri tarama performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 10)

Tablo 10. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile ilişki Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş	25-34	14	60,9	9	39,1	0,724
	35-44	51	69,9	22	30,1	
	45-65	67	67,7	32	32,3	
Cinsiyet	Kadın	98	73,7	35	26,3	0,009
	Erkek	34	54,8	28	45,2	
Meslek	Hekim	66	65,3	35	34,7	0,468
	Ebe, Hemşire	66	70,2	28	29,8	
Gelir algısı	Gelirim giderimin altında	30	53,6	28	46,4	0,010
	Gelirim giderime eşit	88	75,9	28	24,1	
	Gelirim giderimin üstünde	14	60,9	9	39,1	
Medeni durum	Evli birlikte	114	67,5	55	32,5	0,357
	Bekar	8	57,1	6	42,9	
	Eşinden ayrı, boşanmış	10	83,3	2	16,7	
Bölgeye göç	Evet	88	66,2	45	33,8	0,504
	Hayır	44	71,0	18	29,0	
Çocuk varlığı	Evet	122	69,7	53	30,3	0,074
	Hayır	10	50,0	10	50,0	
Çocuk sayısı	1-2 Çocuk	113	68,9	51	31,1	0,406
	3 ve üzeri çocuk	19	61,3	12	38,7	
Kronik hastalık öyküsü	Yok	84	71,8	33	28,2	0,134
	En az bir kronik hast. Var	48	61,5	30	38,5	
Kanser öyküsü	Evet	2	66,7	1	33,3	0,969
	Hayır	130	67,7	82	32,3	
Ailede kanser öyküsü	Evet	50	72,5	19	27,5	0,292
	Hayır	82	65,1	44	34,9	
Sigara kullanımı	Evet	36	73,5	13	26,5	0,318
	Hayır, bıraktı	96	65,8	50	34,2	
Alkol kullanımı	Hiçbir zaman	78	71,6	31	28,4	0,194
	Bazen, sıklıkla	54	62,8	32	37,2	
Doymuş yağ tüketim sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	124	68,5	57	31,5	0,381
	Sıklıkla, her zaman	8	57,1	6	42,9	
Meyve-sebze tüketim sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	30	61,2	19	38,8	0,263
	Sıklıkla, her zaman	102	69,9	44	30,1	
Egzersiz yapma sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	66	63,5	38	36,5	0,177
	Sıklıkla, her zaman	66	72,5	25	27,5	

6.2.2. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler

Algılanan serviks kanseri tarama performansı ile mesleki özellikler ve ASM altyapı özellikleriyle ilişki faktörlere bakıldığında birinci basamakta en uzun çalışılan bölge, AHB'nin bulunduğu ilçe, bölge yapısı, nüfusunun sosyoekonomik yapısı, günlük başvuru sayısı, her başvuruya ayrılan süre ve ASM'de bulunan AHB sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Birinci basamakta en uzun çalışılan bölge	Ege Bölgesi	118	67,8	56	32,2	0,915
	Diğer	14	66,7	7	33,3	
AHB bulunduğu ilçe	Şehzadeler	70	66,7	35	33,3	0,741
	Yunusemre	62	68,9	28	31,1	
AHB bulunduğu bölge	Kırsal	11	78,6	3	21,4	0,107
	Yarı kentsel	23	54,8	19	45,2	
	Kentsel	98	70,5	41	29,5	
AHB nüfusunun sosyoekonomik yapısı	Çok düşük, düşük	31	66,0	16	34,0	0,957
	Orta	90	68,2	42	31,8	
	Yüksek, çok yüksek	11	68,8	5	31,3	
ASM'de bulunan AHB sayısı	4 ve ↓	71	73,2	26	26,8	0,102
	5 ve ↑	61	62,2	37	37,8	
AHB günlük başvuru sayısı	50 ve ↓	72	64,3	40	35,7	0,134
	51 ve ↑	56	74,7	19	25,3	
AHB her başvuruya ayrılan süre	10 dk. ve ↓	100	66,7	50	33,3	0,500
	11 dk. ve ↑	24	72,7	9	27,3	

6.2.3. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış, Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Algılanan serviks kanseri tarama performansı ve bilgi, tutum, davranış, özellikleri ile ilişkili faktörlere bakıldığında HPVDNA-Smear yaş aralığı, HPVDNA eğitim yeterlilik durumu, HPVDNA-Smear yaptırmayı önerme ve kendine HPVDNA-Smear testi yaptıurma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bununla birlikte araştırmada HPVDNA-Smear gerekli koşulları bilme durumu ($p<0,05$), HPVDNA Tip 16-18 yönlendirmesini bilme durumu ($p<0,05$), HPVDNA Diğer Tip yönlendirmesini bilme durumu ($p<0,05$), HPVDNA-Smear eğitim alma durumu ($p<0,05$), HPVDNA almayı bilme yeterlilik ($p<0,05$) ve yapılması gerekliliği inancı ($p<0,05$) ile algılanan serviks kanseri tarama performansı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış, Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Sayı	%	
HPVDNA-Smear yaş aralığı	Bilmiyor	19	76,0	6	24,0	0,341
	Biliyor	113	66,5	57	33,3	
HPVDNA-Smear gerekli koşullar	Bilmiyor	0	0,0	7	100,0	0,001
	Biliyor	132	70,2	56	29,8	
HPVDNA Tip 16-18 yönlendirme	Bilmiyor	2	20,0	8	80,0	0,002
	Biliyor	130	70,3	55	29,7	
HPVDNA Diğer Tip yönlendirme	Bilmiyor	8	42,1	11	57,9	0,012
	Biliyor	124	70,5	52	29,5	
HPVDNA-Smear eğitim alma durumu	Evet	86	74,8	29	25,2	0,009
	Hayır	45	57,0	34	43,0	
HPVDNA eğitim yeterlilik durumu	Yeterli	69	76,7	21	23,3	0,377
	Yetersiz	17	68,0	8	32,0	
HPVDNA almayı bilme yeterlilik	Yeterli	85	79,4	22	20,6	0,001
	Yetersiz	47	53,4	41	46,6	
HPVDNA yapılması gerekliliği tutum	Yapılmalı	118	73,8	42	26,3	0,001
	Yapılmamalı	14	40,0	21	60,0	
HPVDNA-Smear önerme tutum	Öneririm	130	68,4	60	31,6	0,331
	Önermem	2	40,0	3	60,0	
Kendine HPVDNA testi yaptırdı mı?	Evet	62	76,5	19	23,5	0,153
	Hayır	29	64,4	16	35,6	

6.2.4. Algılanan Serviks Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Algılanan serviks kanseri tarama performansı ve hizmet sunumu özellikleri ile ilişkili faktörlere bakıldığında AHB’de HPVDNA yapılma durumu, serviks kanseri

için yazılımın yeterli olması ve yazılımın uyarı vermesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Yazılımın KETEM HPVDNA sonucu göstermesi ($p<0,05$) ve HPVDNA için fiziki koşulların yeterliliği ($p<0,05$) algılanan serviks kanseri tarama performansı ile ilişkili değişkenlerdir (Tablo 13).

Tablo 13. Algılanan Serviks Kanser Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Sayı	%	
AHB'de HPVDNA yapıyor mu?	Evet	124	66,7	62	33,3	0,276
	Hayır, Bilmiyorum	8	88,9	1	11,1	
Serviks kanseri için yazılım yeterli mi?	Yeterli	97	70,8	40	29,2	0,153
	Yetersiz	35	60,3	23	39,7	
Yazılım HPVDNA için uyarıyor mu?	Evet	114	67,5	55	32,5	0,857
	Hayır, Bilmiyorum	18	69,2	8	30,8	
Yazılım KETEM	Evet	91	79,1	24	20,9	0,001
HPVDNA sonuç?	Hayır, Bilmiyorum	41	51,3	39	48,8	
HPVDNA için fiziki koşullar yeterli mi?	Yeterli	100	76,3	31	23,7	
	Yetersiz	32	50,0	32	50,0	0,001

6.2.5. Algılanan Meme Kanser Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler

Araştırmada algılanan meme kanseri tarama performansı ve sosyodemografik özellikler ile yaş, cinsiyet, meslek, gelir algısı, medeni durum, bölgeye göçle gelme durumu, çocuk varlığı, çocuk sayısı, kronik hastalık öyküsü, kanser öyküsü, ailesinde kanser öyküsü, kanserden ölen yakın akraba varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Algılanan meme kanseri tarama performansı ile sağlıklı yaşam biçimi özellikleri ile ilişki faktörler incelendiğinde sigara ve alkol kullanımı, doymuş yağ ve meyve-sebze tüketim sıklığı, egzersiz yapma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Algılanan Meme Kanser Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler.

Değişken	Yeterli		Yetersiz		p
	Sayı	%	Sayı	%	

	25-34 yaş	6	85,7	1	14,3	
Yaş	35-44 yaş	18	58,1	13	41,9	0,325
	45-65 yaş	35	68,6	16	31,4	
Cinsiyet	Kadın	41	69,5	18	30,5	0,371
	Erkek	18	60,0	12	40,0	
Meslek	Hekim	60	59,4	41	40,6	0,981
	Ebe, Hemşire	56	59,6	38	40,4	
	Gelirim giderimin altında	31	55,4	25	44,6	
Gelir algısı	Gelirim giderime eşit	72	62,1	44	37,9	0,670
	Gelirim giderimin üstünde	13	56,5	10	43,5	
	Evli birlikte	102	60,4	67	39,6	
Medeni durumu	Bekar	7	50,0	7	50,0	0,747
	Eşinden ayrı, boşanmış	7	58,3	5	41,7	
Bölgeye göç	Evet	78	58,6	55	41,4	0,726
	Hayır	38	61,3	24	38,7	
Çocuk varlığı	Evet	106	60,6	69	39,4	0,362
	Hayır	10	50,0	10	50,0	
Çocuk sayısı	1-2 Çocuk	52	67,5	25	32,5	0,531
	3 ve üzeri çocuk	7	58,3	5	41,7	
Kronik hastalık öyküsü	Yok	72	61,5	45	38,5	0,475
	En az bir kronik hast, Var	44	56,4	34	43,6	
Kanser öyküsü	Evet	1	33,3	2	66,7	0,352
	Hayır	115	59,9	77	40,1	
Ailede kanser öyküsü	Evet	42	60,9	27	39,1	0,771
	Hayır	74	58,7	52	41,3	
Kanserden ölen yakın öyküsü	Evet	53	60,2	35	39,8	0,849
	Hayır	63	58,9	44	41,1	
Sigara kullanımı	Evet	28	57,1	21	42,9	0,699
	Hayır, bıraktı	88	60,3	58	39,7	
Alkol kullanımı	Hiçbir zaman	69	63,3	40	36,7	0,222
	Bazen, sıklıkla	47	54,7	39	45,3	
Doymuş yağ tüketim sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	109	60,2	72	39,8	0,435
	Sıklıkla, her zaman	7	50,0	7	50,0	
Meyve-sebze tüketim sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	28	57,1	21	42,9	0,699
	Sıklıkla, her zaman	66	60,3	58	39,7	
Egzersiz yapma sıklığı	Hiçbir zaman, Bazen	56	53,8	48	46,2	0,086
	Sıklıkla, Her zaman	60	65,9	31	34,1	

6.2.6. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler

Çalışmada algılanan meme kanseri tarama performansı ve mesleki özellikler, ASM altyapı özellikleri ile ilişki faktörler arasından birinci basamakta en uzun çalışılan bölge, AHB bulunduğu ilçe, nüfusunun sosyoekonomik yapısı, ASM’de bulunan AHB sayısı, günlük başvuru sayısı, her başvuruya ayrılan süre arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

AHB bölge yapısına bakıldığında kırsal bölgede çalışanların kentsel ve yarı kentsel bölgede çalışanlara göre algılanan meme kanseri performansını yeterli bulma

oranları daha yüksektir ($p<0,05$). Meslekte geçirilen toplam çalışması süresi uzun olanlarda meme kanseri taraması performans algısı anlamlı olarak daha yeterli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Birinci basamakta en uzun çalışılan bölge	Ege Bölgesi	104	59,8	70	40,2	0,817
	Diğer	12	57,1	9	42,9	
AHB bulunduğu ilçe	Şehzadeler	63	60,0	42	40,0	0,875
	Yunusemre	53	58,9	37	41,1	
AHB bölge yapısı	Kırsal	12	85,7	2	14,3	0,021
	Yarı Kentsel	19	45,2	23	54,8	
	Kentsel	85	61,2	54	38,8	
AHB nüfusunun sosyoekonomik yapısı	Çok Düşük, Düşük	28	59,6	19	40,4	0,966
	Orta	78	59,1	54	40,9	
	Yüksek, Çok Yüksek	10	62,5	6	37,5	
ASM’de bulunan AHB sayısı	4 ve ↓	60	61,9	37	38,1	0,503
	5 ve ↑	56	57,1	42	42,9	
AHB günlük başvuru sayısı	50 ve ↓	63	56,3	49	43,8	0,214
	51 ve ↑	49	65,3	26	34,7	
AHB her başvuruya ayrılan süre	10 dk ve ↓	86	57,3	64	42,7	0,506
	11 dk ve ↑	21	63,6	12	36,4	
Değişken		Yeterli		Yetersiz		P
		Sayı	Ort±SS	Sayı	Ort±SS	
Meslekte toplam çalışma süresi		116	23,2±8,3	79	20,3±7,3	0,014

6.2.7. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Algılanan Meme Kanseri Tarama performansı ve bilgi, tutum, davranış özellikleri ile ilişkili faktörlere bakıldığında mamografi yaş aralığını bilme ve KMM eğitim alma durumu arasındaki ilişki anlamsızken; KKM eğitimini yeterli bulanlarda ($p<0,05$), KKM yapılma gerekliliğine inanç durumunda yapılmalı tutumunu gösterenlerde ($p<0,05$), KKMM gerekliliği inanç durumunda öğretilmeli tutumunu gösterenlerde ($p<0,05$) ve kendine düzenli KKMM yapanlarda ($p<0,05$) meme kanseri tarama performansı anlamlı olarak yeterli bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Değişken	Yeterli		Yetersiz		p
	Sayı	%	Sayı	%	

MMG tarama yaş aralığı	Bilmiyor	44	54,3	37	45,7	0,215
	Biliyor	72	63,2	42	36,8	
KMM eğitim alma durumu	Evet	87	60,4	57	39,6	0,657
	Hayır	29	56,9	22	43,1	
KMM eğitim yeterlilik	Yeterli	78	65,5	41	34,5	0,031
	Yetersiz	38	50,0	38	50,0	
KMM yapılması	Yapılmalı	95	66,0	49	34,0	0,002
gerekliliği tutum	Yapılmamalı	21	41,2	30	58,8	
KKMM gerekliliği	Öğretilmeli	112	63,6	64	36,4	0,001
tutum	Öğretilmemeli	4	21,1	15	78,9	
Kendi KKMM yapıyor mu?	Düzenli Yapıyor	58	76,3	18	23,7	0,001
	Yapmıyor	23	40,4	34	59,6	

6.2.8. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Araştırmada birinci basamak sağlık personelinin algılanan meme kanseri tarama performansı ve aile hekimliği birimlerinin hizmet sunumu özellikleri ile ilişkili faktörler arasındaki ilişki incelendiğinde AHB’de KMM yapılma durumu ve kullanılan yazılım sisteminin KETEM’de yapılan MMG sonucunu göstermesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bununla birlikte çalışmada AHB’de KKMM öğretilme durumuna “Evet” diyenlerde ($p<0,05$), meme kanseri taraması için yazılımlarını “Yeterli” bulanlarda ($p<0,05$), yazılımın MMG için uyarı verme durumuna “Evet” diyenlerde ($p<0,05$) ve KKM için fiziki koşulları “Yeterli” olanlarda ($p<0,05$) meme kanseri tarama performansı yeterliliği anlamlı olarak yüksektir (Tablo 17).

Tablo 17. Algılanan Meme Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		P
		Sayı	%	Sayı	%	
AHB KMM yapılıyor mu?	Evet	112	61,2	71	38,8	0,057
	Hayır, Bilmiyorum	4	33,3	8	66,7	
AHB KKMM öğretiliyor mu?	Evet	109	64,1	61	35,9	0,001
	Hayır, Bilmiyorum	7	28,0	18	72,0	
Meme kanseri için yazılım yeterli mi?	Yeterli	79	68,1	37	31,9	0,003
	Yetersiz	37	46,8	42	53,2	
Yazılım MMG için uyarıyor mu?	Evet	116	61,7	72	38,3	0,002
	Hayır, Bilmiyorum	0	0,0	7	100,0	
Yazılım KETEM MMG sonuç?	Evet	35	58,3	25	41,7	0,875
	Hayır, Bilmiyorum	78	59,5	53	40,5	
KKM için fiziki koşullar yeterli mi?	Yeterli	89	74,2	31	25,8	0,001
	Yetersiz	27	36,0	48	64,0	

6.2.9. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri ile İlişki Faktörler.

Araştırmada algılanan kolon kanseri tarama performansı ve sosyodemografik özellikler, yaş cinsiyet, medeni durum, bölgeye göç durumu, çocuk varlığı ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmada kronik hastalıklar ve sağlıklı yaşam biçimi özellikleri ile ilişki faktörler incelendiğinde kronik hastalık öyküsü, ailede ve kendisinde kanser öyküsü, kanserden ölen yakın öyküsü, sigara ve alkol kullanımı, doymuş yağ ve meyve-sebze tüketim sıklığı ile algılanan kolon kanseri tarama performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; mesleği “hekim” olanlarda ($p<0,05$), “geliri giderine eşit” olanlarda ($p<0,05$) ve egzersiz yapma sıklığı “sıklıkla, her zaman” olanlarda ($p<0,05$) kolon kanseri tarama performansı algısı anlamlı olarak yeterli bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Kronik Hastalıklar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Özellikleri İle İlişki Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş	25-34 yaş	13	56,5	10	43,5	0,079
	35-44 yaş	41	56,2	32	43,8	
	45-65 yaş	71	71,7	28	28,3	
Cinsiyet	Kadın	83	62,4	50	37,6	0,469
	Erkek	42	67,7	20	32,3	
Meslek	Hekim	73	72,3	28	27,7	0,014
	Ebe, Hemşire	52	55,3	42	44,7	
Gelir algısı	Gelirim giderimin altında	28	50,0	28	50,0	0,005
	Gelirim giderime eşit	85	73,3	31	26,7	
	Gelirim giderimin üstünde	12	52,2	11	47,8	
Medeni durumu	Evli birlikte	108	63,9	61	36,1	0,632
	Bekar	8	57,1	6	42,9	
	Eşinden ayrılmış, boşanmış	9	75,0	3	25,0	
Bölgeye göç	Evet	84	63,2	49	36,8	0,687
	Hayır	41	66,1	21	33,9	
Çocuk varlığı	Evet	114	65,1	61	34,9	0,370
	Hayır	11	55,0	9	45,0	
Çocuk sayısı	1-2 Çocuk	108	65,9	56	34,1	0,241
	3 ve üzeri çocuk	17	54,8	14	45,2	
Kronik hastalık öyküsü	Yok	71	60,7	46	39,3	0,223
	En az bir kronik hast, Var	54	69,2	24	30,8	
Kanser öyküsü	Evet	3	100,0	3	0,0	0,191
	Hayır	122	63,5	70	36,5	
Ailede kanser öyküsü	Evet	46	66,7	23	33,3	0,581
	Hayır	79	62,7	47	37,3	
Kanserden ölen yakın öyküsü	Evet	56	63,6	32	36,4	0,902
	Hayır	69	64,5	38	35,5	
Sigara kullanımı	Evet	31	63,3	18	36,7	0,888
	Hayır, bıraktı	94	64,4	52	35,6	
Alkol kullanımı	Hiçbir zaman	69	63,3	40	36,7	0,793
	Bazen	56	65,1	30	34,9	
Doymuş yağ tüketim sıklığı	Hiçbir zaman, bazen	115	63,5	66	36,5	0,553
	Sıklıkla, Her zaman	10	71,4	4	26,6	
Meyve-sebze tüketim sıklığı	Hiçbir zaman, Bazen	27	55,1	22	44,9	0,129
	Sıklıkla, Her zaman	98	67,1	48	32,9	
Egzersiz yapma sıklığı	Hiçbir zaman, Bazen	56	53,8	48	46,2	0,001
	Sıklıkla, Her zaman	69	75,8	22	24,2	

6.2.10. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler

Araştırmada algılanan kolon kanseri tarama performansı ve mesleki özellikler, ASM altyapı özellikleri ile ilişki faktörlere bakıldığında birinci basamakta en uzun çalışılan bölge, AHB bulunduğu ilçe ve nüfusunun sosyoekonomik yapısı, günlük

başvuru sayısı ve her başvuruya ayrılan süre ile ASM’de bulunan AHB sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırmada AHB bulunduğu bölge yapısı “kırsal” olanlarda “kentsel” ve “yarı kentsel” olanlara göre performans algısı anlamlı olarak yeterli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Birinci basamakta en uzun çalışılan bölge	Ege Bölgesi	111	63,8	63	36,2	0,795
	Diğer	14	66,7	7	33,3	
AHB bulunduğu ilçe	Şehzadeler	63	60,0	42	40,0	0,197
	Yunusemre	62	68,9	28	31,1	
AHB bölge yapısı	Kırsal	12	85,7	2	14,3	0,006
	Yarı Kentsel	19	45,2	23	54,8	
	Kentsel	94	67,6	45	32,4	
AHB nüfusunun sosyoekonomik yapısı	Çok Düşük, Düşük	32	68,1	15	31,9	0,454
	Orta	81	61,4	51	38,6	
	Yüksek, Çok Yüksek	12	75,0	4	25,0	
ASM’de bulunan AHB sayısı	4 ve ↓	65	67,0	32	33,0	0,400
	5 ve ↑	60	61,2	38	38,8	
AHB günlük başvuru sayısı	50 ve ↓	70	62,5	42	37,5	0,560
	51 ve ↑	50	66,7	25	33,3	
AHB her başvuruya ayrılan süre	10 dk, ve ↓	98	65,3	52	34,7	0,607
	11 dk, ve ↑	20	60,6	13	39,4	

6.2.11. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış, Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Algılanan kolon kanseri tarama performansı ve bilgi, tutum, davranış, özellikleri ile ilişkili faktörlere bakıldığında GGK ve kolonoskopinin yaş aralığını bilme, kendine GGK testi yaptıрма durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmada GGK pozitif çıkan kişileri yönlendirmeyi doğru bilenlerde ($p<0,05$), GGK testini yapmayı bilenlerde ($p<0,05$), GGK testi yapmanın eğitimini alanlarda ($p<0,05$), GGK testi ile ilgili aldığı eğitimi “yeterli” bulanlarda ($p<0,05$), GGK testi yaptırmayı kesinlikle önerenlerde ($p<0,05$) ve kendine kolonoskopi yaptıranlarda ($p<0,05$) kolon kanseri performans algısı anlamlı olarak yeterli bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Bilgi, Tutum, Davranış, Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Say	%	Sayı	%	
GGK hangi yaş aralığında	Bilmiyor	30	62,5	18	37,5	0,790
	Biliyor	95	64,6	52	35,4	
Kolonoskopi hangi yaş aralığı	Bilmiyor	86	60,6	56	39,4	0,092
	Biliyor	39	73,6	14	26,4	
GGK pozitif ise yönlendirme	Bilmiyor	0	0	8	100	0,001
	Biliyor	125	66,8	62	33,2	
GGK yapmayı bilme durumu	Bilmiyor	6	26,1	17	73,9	0,001
	Biliyor	119	69,2	53	30,8	
GGK testi eğitim alma durumu	Evet	67	75,3	22	24,7	0,003
	Hayır	56	54,4	47	45,6	
GGK testi eğitim yeterlilik durumu	Yeterli	67	79,8	17	20,2	0,001
	Yetersiz	58	52,3	53	47,7	
GGK yaptırmayı önerme tutum	Kesinlikle öneririm	87	74,4	30	25,6	0,001
	Öneririm, emin değilim	38	57,6	28	42,4	
Kendine GGK testi yaptırdı mı?	Evet	38	80,9	9	19,1	0,137
	Hayır	10	62,5	8	37,5	
Kolonoskopi yaptırdı mı?	Evet	12	100	0	0	0,033
	Hayır	34	70,8	14	29,2	

6.2.12. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri ile İlişkili Faktörler

Algılanan kolon kanseri tarama performansı ve hizmet sunumu özellikleri ile ilişkili faktörler AHB’de GGK bakılma durumu, yazılımın uyarı verme durumu ve yazılımın KETEM veya başka bir AHB’de bakıldığında GGK sonucunu görme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; Kolon kanseri taraması için yazılım sistemlerinin “yeterli” olduğunu söyleyenlerde ($p<0,05$), GGK için fiziki koşulların “yeterli” olduğunu söyleyenlerde ($p<0,05$), AHB’de aylık bakılan GGK sayısı yüksek olanlarda ($p<0,05$) performans algısı anlamlı olarak yeterli bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 21. Algılanan Kolon Kanseri Tarama Performansı ve Hizmet Sunumu Özellikleri İle İlişkili Faktörler

Değişken		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Sayı	%	
AHB’de GGK bakılıyor mu?	Evet	123	64,4	68	35,6	0,619
	Hayır	2	50,0	2	50,0	
Kolon kanseri için yazılım yeterli mi?	Yeterli	45	83,3	9	16,7	0,008
	Yetersiz	4	40,0	6	60,0	
Yazılım GGK için uyarıyor mu?	Evet	47	78,3	13	21,7	0,232
	Hayır, Bilmiyorum	2	50,0	2	50,0	
Yazılım KETEM GGK sonuç?	Evet	15	57,7	11	42,3	0,469
	Hayır, Bilmiyorum	106	65	57	35,0	
GGK için fiziki koşullar yeterlilik	Yeterli	12	54,5	10	45,5	0,006
	Yetersiz	18	45,0	22	55,0	

Değişken	Yeterli		Yetersiz		P
	Sayı	Ort,±SS	Sayı	Ort,±SS	
Aylık bakılan GGK sayısı	110	15,0±9,3	46	11,7±7,0	0,036

6.2.13. Algılanan Toplam Kanser Tarama Performansı ve Sosyodemografik, Bilgi, Tutum, Davranış, ASM Altyapı Özellikleri ile İlişki Faktörler

Algılanan serviks, meme, kolon kanserinin tarama performansı ve sosyodemografik, bilgi, tutum, davranış ve asm altyapı özellikleri ile ilişkili faktörler bakıldığında yaş, cinsiyet, meslek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmada “geliri giderine eşit” olanlarda ($p<0,05$), AHB’nin hizmet verdiği bölge “kırsal” olanlarda ($p<0,05$), serviks, meme ve kolon kanseri için kanser tarama bilgi düzeyleri “yeterli (yedi puan ve üstü)” olanlarda ($p<0,05$), HPV yapılması gerekliliği konusunda “olumlu tutum” belirtenlerde ($p<0,05$), AHB’de serviks kanser taramaları için fiziksel koşulları “yeterli” olduğunu ifade edenlerde ($p<0,05$) anlamlı olarak performansları “yeterli” bulunmuştur.

Çalışmada KKMM gereklilik inanç durumunda “öğretilmeli” tutumu gösterenlerde ($p<0,05$), KKMM düzenli yapanlarda ($p<0,05$), AHB’de KMM için fiziksel koşulları “yeterli” olanlarda ($p<0,05$), GGK yaptırmayı “kesinlikle öneririm” tutumunda olanlarda ($p<0,05$), Kendine GGK yaptıрма davranışı gösterenlerde ($p<0,05$), yazılım sistemleri kolon kanseri tarama için “yeterli” olanlarda ($p<0,05$), AHB’de GGK için fiziksel koşulları “yeterli” olanlarda ($p<0,05$) anlamlı olarak her üç kanser için algılanan performansları “yeterli” bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. Algılanan Toplam Tarama Performansı ile Sosyodemografik Değişkenler, Bilgi, Tutum, Davranış, ASM Altyapı Özellikleri Arasındaki İlişkiler

Değişken		Performans Algı				
		Yeterli		Yetersiz		p
		Sayı	%	Say	%	
Yaş	25-34	12	52,2	11	47,8	0,169
	35-44	25	34,2	48	65,8	
	45-65	46	46,5	53	53,5	
Cinsiyet	Kadın	61	45,9	72	54,1	0,214
	Erkek	22	35,5	40	64,5	
Meslek	Hekim	46	45,5	55	54,5	0,383
	Ebe, Hemşire	37	39,4	57	60,6	
Gelir algısı	Gelirim giderimin altında	17	30,4	39	69,6	0,037
	Gelirim giderime eşit	58	50,0	58	50,0	
	Gelirim giderimin üstünde	8	34,8	15	65,2	
AHB bölge yapısı	Kırsal	11	78,6	3	21,4	0,002
	Yarı kentsel	11	26,2	31	73,8	
	Kentsel	61	43,9	78	56,1	
Kanser taramaları bilgi düzeyi	Yetersiz (6 puan ve altı)	34	33,0	69	67,0	0,003
	Yeterli (7 puan ve üstü)	49	53,3	43	46,7	
HPV gereklilik tutum	Yapılmalı	75	46,9	85	53,1	0,009
	Yapılmamalı	8	22,9	27	77,1	
Kendine HPV yaptırma	Evet	35	43,2	46	56,8	0,539
	Hayır, Risk faktörü yok	22	48,9	23	51,1	
Yazılım HPV yeterlilik	Yeterli	60	43,8	77	56,2	0,593
	Yetersiz	23	39,7	35	60,3	
AHB’de HPV fiziksel koşul	Yeterli	69	52,7	62	47,3	0,001
	Yetersiz	14	21,9	50	78,1	
KMM gereklilik tutum	Yapılmalı	66	45,8	78	54,2	0,121
	Yapılmamalı	17	33,3	34	66,7	
KKMM gereklilik tutum	Öğretilmeli	82	43,9	105	56,1	0,039
	Öğretilmemeli	0,0	0,0	6	100,0	
Kendine KKMM yapıyor mu?	Düzenli yapıyor	46	60,5	30	39,5	0,001
	Yapmıyor	15	26,3	42	73,7	
Yazılım MMG yeterlilik	Yeterli	60	43,8	77	56,2	0,593
	Yetersiz	23	39,7	35	60,3	
AHB’de KMM fiziksel koşul	Yeterli	68	56,7	52	43,3	0,001
	Yetersiz	15	20,0	60	80,0	
GGK yaptırmayı önerme tutum	Kesinlikle Öneririm	63	53,8	54	46,2	0,001
	Öneririm, emin değilim	20	26,3	56	73,7	
Kendine GGK yaptırma	Evet	28	59,6	19	40,4	0,050
	Hayır	5	31,3	11	68,8	
Yazılım GGK yeterlilik	Yeterli	74	50,3	73	49,7	0,001
	Yetersiz	9	18,8	39	81,3	
AHB’de GGK fiziksel koşul	Yeterli	65	48,9	68	51,1	0,009
	Yetersiz	18	29,0	44	71,0	

6.3.İLERİ ANALİZ BULGULARI

Algılanan toplam kanser tarama performansı ile tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan AHB bulunduğu bölge, gelir algısı, kanser taramaları bilgi düzeyi, HPV tutum, HPV fiziksel koşul, KKMM tutum, KMM fiziksel koşul, GGK tutum, GGK davranış, GGK yazılım sistemi, GGK fiziksel koşul değişkenleriyle lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Algılanan toplam tarama performansının yetersiz olma riski geliri giderinin altında olanlarda 2,9 (%95 GA 1,2-7,0), GGK tutumu olumsuz olanlarda 3,6 (%95 GA 1,6-7,9) kat yüksektir.

Coğrafi bölge de çok değişkenli modelde anlamlı olan bir diğer değişkendir. Kırsal bölgeye göre kentsel bölgede 14,88 (%95 GA 2,2-99,5), yarı kentsel bölgede 23,8 (%95 GA 3,1-184,3) kat algılanan toplam kanser tarama performansının yetersiz olma riski belirlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Algılanan Toplam Kanser Tarama Performansının Gelir Algısı, AHB' nin Bulunduğu Coğrafi Bölge ve GGK Tutumu ile İlişkisi

Değişken		Beta	OR (%95 Güven Aralığı)	p değeri
Coğrafi bölge	Kırsal (ref.)		1,0	
	Kentsel	2,7	14,8 (2,2-99,5)	0,006
	Yarı kentsel	3,2	23,8 (3,1-184,3)	0,002
Gelir algısı	Eşit (ref.)		1,0	
	Üstünde	0,7	2,0 (0,6-6,5)	0,05
	Altında	1,0	2,9 (1,2-7,0)	0,02
GGK tutum	Olumlu (ref.)		1,0	
	Olumsuz	1,3	3,6 (1,6-7,9)	0,001

Lojistik regresyon–Enter modeli

7.TARTIŞMA

Bu çalışmada; 2018-2019 yılları arasında Manisa kent merkezi Şehzadeler ve Yunusemre İlçeleri aile sağlığı merkezlerinde görevli birinci basamak sağlık çalışanlarının ulusal kanser tarama programı kapsamında yer alan meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları konusunda algıladıkları performans ve bunu etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

Başarılı bir toplum tabanlı taramanın etkinliğini belirleyen mortalite hızında istenen düşüşü sağlamasıdır, bunun için de tarama kapsayıcılığının en az %70 oranında olması gerekmektedir (Keskinkılıç ve ark. 2016). Ülkemizde birinci basamakta tarama kapsayıcılık oranları 2013 verilerine göre meme kanseri için %50, serviks için %20, kolorektal kanserler için %20-30 arasında olup vakaların çoğuna geç evrede tanı konmuştur (Keskinkılıç ve ark. 2016).

Yürütülen bu araştırma ile birinci basamak sağlık çalışanlarının algıladıkları performansları değerlendirerek toplumda kanser taramalarının kapsayıcılık oranlarının iyileştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bölümde bilgi, tutum, davranış, altyapı özellikleriyle ilgili tanımlayıcı bulgular ve algılanan kanser tarama performansı ile ilişkili analitik bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgileriyle karşılaştırılarak tartışılacaktır.

7.1.TANIMLAYICI BULGULAR

7.1.1.Araştırma grubunun sosyodemografik ve yaşam biçimi özellikleri

Araştırmada sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $44,8 \pm 8,3$, %68,2'si kadın, %87,7'si evli, %89,7'si çocuk sahibidir. Meslek gruplarına bakıldığında %51,8'i hekim, %48,2'si ebe ve hemşirelerden oluşmaktadır. Çalışma Erzurum, Sivas, Bursa'da kanser taramaları ile ilgili sağlık çalışanlarında yapılan başka çalışmalarla (Canbulat 2006; Doğan 2008; Vatansever 2010) karşılaştırıldığında hekim yüzdesi yüksek; ancak diğer sosyodemografik özellikler benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların %60'ında kronik hastalık, %1,5'unda kanser öyküsü, %35,4'ünde ailede kanser, %45,1'inde ailede kanser nedeniyle ölen bir yakını olma öyküsü vardır.

Çalışmada algılanan serviks, meme ve kolon kanseri performansı ile kronik hastalıklar, ailede ve kendinde kanser öyküsü, kanser risk faktörleri, alkol ve sigara alışkanlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

İstanbul'da 2007 yılında üçüncü basamak sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada sigara kullanım oranı %47,5 (Dönmez 2007), Bursa'da ikinci basamakta yapılan başka bir çalışmada %33,9 saptanmıştır (Vatansever 2010).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %25,1'i sigara kullanmakta olup içilen sigara günde $10,2 \pm 5,2$ adet, içilen toplam süre $19,8 \pm 9,2$ yıl olarak bulunmuştur. Çalışmada sigara kullanımı oranları diğer çalışmalardan (Dönmez 2007; Vatansever 2010) düşüktür. Sigara kullanım alışkanlığı ile meslek grupları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında hemşire ve ebelerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun “sağlıklı yaşam biçimi” ile ilgili alışkanlıklarını değerlendirdiğimizde doymuş yağ sıklıkla, her zaman tercih edenler %7,2, meyve ve sebzeyi hiçbir zaman, bazen tercih edenler %25,1, egzersiz yapmayı hiçbir zaman, bazen tercih edenler ise %53,3 olarak bulunmuştur. Meslekle sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki incelendiğinde hekimlerle hemşireler arasında sağlıklı yaşam biçimialışkanlıklarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

7.1.2.Mesleki ve hizmet sunumu ile ilgili özellikler

İzmir'de birinci basamakta yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının meslekte ortalama çalıştıkları süre $19,4 \pm 6,3$ bulunmuştur (Kartal ve ark. 2011). Fas'ta birinci basamak hekimlerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin üçte ikisi (%62,1) kentte, %41,4'ü kırsal bölgede çalışmakta olduğu ve kamu hizmetlerinde ortalama çalışma sürelerinin $1,6 \pm 7,6$ yıl olduğu bulunmuştur (Abda ve ark. 2017).

Çalışmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının aile hekimliği sisteminde çalışma süresi ortalama $7,8 \pm 3,3$ yılken meslekte toplam çalışma süresinin ortalama $22,0 \pm 8,0$ yıl olduğu ve çalıştıkları ASM bölge yapılarına bakıldığında %71,3'nün kentsel bölgede olduğu görülmüştür. Birinci basamakta yapılan çalışmalarla (Kartal ve ark. 2011; Abda ve ark. 2017) mesleki hizmet sunum özellikleri benzerdir.

7.2.SERVİKS KANSERİ TARAMA PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

7.2.1.Serviks Kanseri Tarama Bilgi Düzeyi

Ülkemizdeki mevcut toplum tabanlı serviks kanseri kontrol programı kapsamında aile hekimliği birimlerinin bu programlara dahil edilmesine rağmen istenen tarama başarısı ve farkındalık düzeyine ulaşamamıştır. Hedef tarama nüfusundaki kadınların çoğu birinci basamak tarafından bilgilendirilme yapılmadan çevresinden edindiği bilgilerle serviks kanseri tarama testlerini yaptırmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının HPV DNA-Smear testi hakkında yeterince bilgi sahibi olmaları ve kadınları doğru bilgilendirmeleri gerekmektedir (Dönmez 2007).

Koruyucu hekimlik anlamında, serviks kanseri tarama HPV DNA-Smear testi invaziv kanser insidansını ve mortaliteyi azaltma konusunda etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama testlerindendir. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari.html>, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2019).

Araştırmada sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama bilgi düzeylerini incelediğimizde HPV DNA-Smear testinin; yapıldığı yaş aralığını ve sıklığını doğru biliyor olma %87,2, testin yapılabilmesi için gerekli koşulları biliyor olma %96,4, sonuç HPV Pozitif Tip 16-18 geldiğinde hastayı doğru yönlendirebiliyor olma %94,4 ve HPV Pozitif Diğer Tip doğru yönlendirebiliyor olma %90,3 olarak bulunmuştur.

Araştırmada serviks ile meme ve kolorektal kanser taramaları bilgi düzeylerini karşılaştırdığımızda; tarama testinin yaş aralığı ve sıklığını doğru olarak bilme oranları; HPV DNA-Smear %87,2, MMG %58,5, GGK %75,4 ve kolonoskopi %27,2 olarak belirlenmiştir. ASM’de HPV DNA-Smear ve GGK testinin sağlık çalışanlarının kendileri tarafından yapılıyor olması yaş aralığını bilme oranlarının diğerlerinden daha yüksek olmasını açıklayabilir.

İzmir-Konak İlçesine bağlı ASM’lerde yapılan çalışmada hekimlerin kanser taramaları yaş aralıklarını doğru bilme oranları; MMG %34,1 serviks kanseri taramaları %30,7, GGK %33,0 bulunmuştur. Tarama testlerinin tekrarlama sıklığını doğru bilenler MMG için %53,4 serviks için %19,3 GGK için %25,0 olarak bulunmuştur (Topuzoğlu ve ark. 2013).

Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında meme için daha benzer ancak serviks ve kolorektal kanserlerin tarama testleri için bilgi düzeyi oranları Manisa’da yürütülen bu çalışmada çok daha yüksektir.

2007 yılında Ankara’da hemşirelerde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin çok azının (%37,5) serviks kanseri ile ilgili daha önce eğitim aldıkları, bunların %40,0’ının da bilgilerini yeterli görmedikleri belirlenmiştir (Pınar ve ark. 2007).

Sivas’ta kadın sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada %75,9’unun daha önceden serviks kanserine yönelik bilgi aldığı ancak serviks kanseri, risk faktörleri, HPV’ye yönelik bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı ifade edilmiştir (Uluocak ve Bekar 2012). Manisa’da yürütülen bu çalışmada ise HPVDNA-Smear testi numune alımı ile ilgili sağlık çalışanlarının %59,3’ü eğitim almış ve bunların %46,2’si aldığı eğitimi yeterli olarak belirtmiştir. HPVDNA-Smear testi ile ilgili eğitim alma konusunda Manisa sonuçları orta düzeyde yer alırken sağlık çalışanlarının aldığı eğitimi yeterli bulma oranları diğer iki çalışma ile benzer ve düşüktür (Pınar ve ark. 2007; Uluocak ve Bekar 2012). Ayrıca kadın sağlık çalışanlarında HPVDNA-Smear testi yaş aralığını ve sıklığını bilme, HPV pozitif diğer tip çıktığında hastayı doğru yönlendirme, HPV numune almakla ilgili eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma oranları daha yüksektir. Bu farklar HPVDNA-Smear testlerini ASM’lerde çoğunlukla ASE’lerin yapması ve aile hekimlerinin özellikle de erkeklerin serviks kanseri tarama çalışmalarına yeterince ilgili davranmamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada serviks kanseri taramaları konusunda bilgi düzeyleri ile ilgili veri değerlendirildiğinde yaş aralığı, testin uygulanma sıklığı, testi yapma koşulları, pozitif sonucu yönlendirme oranları %87,2 ile %94,4 gibi yüksek düzeylerde görülmektedir, ancak katılımcıların yarıdan fazlası (%53,8) aldıkları eğitimi yeterli görmemektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin çok önemli olduğu birinci basamakta hizmet sunulan topluma eşit ve eksiksiz koruma sağlanması gerektiğini göz önüne alırsak bu sonuçlar yeterli değildir. Çalışmada katılımcılar serviks kanseri tarama çalışmalarının artırılması için çözüm önerilerinde %36,4 ile “eğitim ve bilgilendirmenin yapılması” önerisinde bulunmuşlardır. Diğer yapılan çalışmalarda (Pınar ve ark. 2007; Uluocak ve Bekar 2012; Topuzoğlu ve ark.2013), sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili aldıkları eğitimlerin ve bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmektedir.

7.2.2.Serviks Kanseri Tarama Tutum Özellikleri

Araştırmada her bir kanser taramasında tutumu değerlendirmek üzere iki soru yöneltilmiştir. Bunlar; testin yapılmasının gerekliliği konusundaki tutumları ve testi yaptırmayı hizmet verdikleri kişilere önerip önermedikleridir.

Çalışmaya katılanların %82,1'i serviks tarama testinin yapılmasının gerekli olduğunu, %97,4'ü de testi önerdiğini ifade etmiştir. Serviks kanseri taraması konusundaki olumlu tutum oranları yüksek görünmektedir. Aynı şekilde birinci basamakta bizzat sağlık personelinin yaptığı KKMM ve KMM konusundaki olumlu tutum oranları da yüksektir. Ancak GGK konusunda olumlu tutum oranı,yani testi hizmet sunduğu popülasyona önerme oranı %60.0 gibi ortalama bir düzeydedir. ASM'lerde sağlık çalışanları tarafından HPVDNA-Smear testinin, KMM'nin yapılıyor ve KKMM'nin de öğretiliyor olması bu konudaki tutumlarını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ancak GGK konusundaki teste yönelik olumlu tutumlarının (testi yaptırmayı kesinlikle önerme) düşük oranda olmasına karşın, testin AHB'de yapılma oranı %97,9'dur. Araştırmada HPVDNA-Smear testi konusundaki olumlu tutum, HPVDNA konusundaki yeterli bilgi düzeyi gibi algılanan serviks kanseri tarama performansını olumlu yönde etkilemektedir.

Ankara'da 2017 yılında birinci basamak sağlık kuruluşları ve üçüncü basamak hastanelerde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama hedef nüfusa HPVDNA tarama testini önerme oranı %28,17 iken, Pap-smear testi önerme oranı %69,77 idi. (Kaya ve ark. 2017). Manisa'da birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada HPVDNA-Smear testi yaptırmayı önerme tutumu %97,4 bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının çalışması biri daha çok koruyucu sağlık hizmetleri biri de daha çok ileri teşhis ve tedavi hizmetleri veren birbirinden çok farklı sağlık kuruluşlarında yapılmış olduğundan sağlık çalışanlarının HPVDNA-Smear testi önerme tutumlarını karşılaştırdığımızda bu oran Manisa örneğinde çok yüksektir. Bu da bize birinci basamak sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama programına sahip çıktığının ve bu konudaki savunuculuklarının daha fazla olduğunun göstergesi olabilir.

7.2.3.Serviks Kanseri Davranış Özellikleri

Sağlık çalışanlarının Pap-smear yaptırma durumları ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Bursa'da il merkezindeki hastanelerde çalışan kadın sağlık çalışanlarında bu oranın %40,7, İstanbul'da bir eğitim hastanesinde ise %32,8 olduğu

görülmektedir (Dönmez 2007; Vatansever 2010). Sivas'ta birinci basamak sağlık kuruluşları, devlet ve üniversite hastanelerinde yapılan çalışmada kadın sağlık çalışanlarının sadece %29,6'sının servikal kanser tarama testi yaptırdığı bulunmuştur (Uluocak ve ark. 2012).

Kadın akademisyenler arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların sadece %18,2'si Pap-smear testi yaptırdıklarını belirtmişlerdir (Oran ve ark. 2008). Koruyucu sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan en önemli bileşenlerden biri de sağlık çalışanlarının öz bakım sorumluluklarının bilincinde olmalarıdır (Gharoro ve Ikeanyi 2006). Sağlık çalışanları hem kendi hasta ve sağlam kişilerin de sorumluluğunu taşımakta olup kendi öz bakım sorumluluğunun bilincinde olmayan bu konuda davranış değişikliği geliştirememiş bir sağlık çalışanının serviks kanseri taramalarının önemini topluma aktarma, bu konuda rol model olma ve kişileri motive ederek taramalara katma konua yetersiz kalacağı düşünülmektedir. Bu nedenle öncelikle sağlık çalışanlarının yeterli bilgi, olumlu tutum ve gerekli bilince sahip olması gereklidir. Bu şekilde örnek sağlık davranışları sergileyerek topluma iyi bir rol model olabilirler ve dolayısıyla sundukları hizmet ve eğitim daha etkin olabilir (Christie ve ark. 2005). Çalışmada sağlık çalışanlarının %97,4'ü testi yaptırmayı önermiş, kadın sağlık çalışanlarının da %60,9'u smear testi yaptırmıştır. Birinci basamak sağlık çalışanları literatürdeki diğer çalışmalardan daha yüksek oranda HPV DNA-Smear testi yaptırmıştır.

Ankara'da birinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada Pap-smear testi yaptıranların oranı %75,62 olup bizim çalışmamızla da uyumlu sonuçlar bulunmuştur (Kaya ve ark. 2017).

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan kadın hekimler ile yapılan çalışmada katılımcıların %49,6'sı daha önce hiç Pap smear testi yaptırmamış ve test yaptırmama nedenlerini en sık; herhangi bir şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamak, jinekolojik muayeneden çekinmek ve kendini risk altında görmemek olarak bildirmişlerdir (Eke ve ark. 2016).

Marmaris'te üç farklı hastanede yürütülen kadın sağlık çalışanlarının kanser taramaları bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili çalışmada kadın hekimlerde Pap-smear testi yaptıranların sıklığı %58,8, HPV DNA-Smear testi yaptıranların sıklığı ise %9,2 olarak bulunmuştur (Çakmak ve Güler 2017). Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri taraması yaptırma konusundaki bu farklı oranlar çalışmaların birinci basamak ya da hastanelerde yürütülmesine göre değişmektedir. Yine de Manisa'da

birinci basamakta yürütülen bu çalışmada kadın sağlık çalışanların smear yaptırma oranlarındaki yüksek düzey koruyucu sağlık hizmetleri açısından farkındalıklarının daha gelişmiş olmasıyla açıklanabilir.

Bu çalışmalardaki bulgular ışığında kadın sağlık çalışanlarının birçoğunun düzenli serviks kanseri tarama testi yaptırma davranışı edinmediği söylenebilir. Ancak Pap-smear yerine sağlık çalışanlarının beş yılda bir düzenli HPV DNA-Smear yaptırmalarıyla ilgili güncel çalışmalarla karşılaştırmanın daha doğru olabileceği düşünülmekle birlikte sağlık çalışanları üzerinde bu konuyla ilgili sınırlı çalışmaya ulaşılabilmektedir.

7.2.4.Serviks Kanseri Tarama Altyapı Ve Hizmet Sunumu Özellikleri

Araştırmada AHB'nin serviks kanseri hedef tarama nüfusları ortalama $790,4 \pm 216,7$, median değeri 806,0 olarak saptanmıştır. Araştırmada AHB'lerin %95,4'ünde HPV DNA-Smear testi yapılmaktadır ancak aylık bakılan HPV DNA-Smear sayısı ortalama $11,8 \pm 9,8$, median değeri 10,0 olarak bulunmuştur. Çalışmada sağlık çalışanlarının da %54,8'i kendini HPV DNA-Smear testi numune alma konusunda yetersiz görüyor olması sağlık çalışanlarının bu konudaki eksikliklerinin farkında olduklarını göstermektedir.

Sivas'ta birinci basamakta serviks kanseri tarama oranlarının değerlendirildiği bir çalışmada hedef nüfusun 2015'te %38,3'ünün, 2016'da %34,3'ünün, 2017'de %24,0'ının tarandığı ve serviks kanseri taramalarında hedef nüfusa ulaşma oranında süreç ilerledikçe düşme olduğu saptanmıştır. Ulusal serviks kanseri tarama programında önerilen hedefe ulaşmak için sadece İSM ve KETEM'lerin çabasının yeterli olmadığı, AH'nin de kendilerine kayıtlı hedef nüfuslarda bu taramalara önem vermeleri gerektiği sonucuna varılmıştır (Akova ve Hasdemir 2018).

İzmir'de bazı ASM'lerde yapılan çalışmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde yaptıkları serviks kanseri tarama sayısının 58 olarak bulunmuş ve bu rakamların Sağlık Bakanlığının öngördüğü tarama sayılarından çok düşük olduğu saptanmış olup nedenlerinin daha önce KETEM birimleri tarafından yürütülen bu hizmetlerin AHB'ler düzeyinde yaygınlaştırılırken bu konuda hekimlere herhangi bir eğitim verilmediği, her AHB'nin servikal kanser tarama testi uygulama donanımına sahip olmadığı ve hekimlerin kendilerinden beklenen diğer görevleri yerine getirirken bu işlem için yeterince zaman ayıramamaları olarak ifade edilmiştir (Kartal ve ark. 2011).

KETEM’lerde yapılan bir çalışmada çok kısa sürede yüksek sayıda kişi taranmış ve bu sayede pek çok kadında erken tanıya ulaşmaya imkan sağlanmıştır. Bu da taramanın yaygınlaştırılmasının ve standardize edilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Ancak ulusal serviks kanseri tarama programının hedef nüfusa doğru anlatılması ve sağlık çalışanlarında yeterli duyarlılığın oluşması için daha uzun bir süreç vardır. Toplum tabanlı taramaların ileride tamamının aile hekimleri tarafından kendilerine kayıtlı hedef nüfuslarda yapılması hem işlevsellik hem de sürdürülebilirlik açısından daha doğru olacağı görüşlerine varılmıştır (Çelik 2015).

Ülkemizde 20 yıldan uzun zamandır toplum tabanlı yapılan bu taramanın kapsayıcılık oranları yıldan yıla artış ivmesi gösterse de 2016 verilerine göre ülkemizde birinci basamakta yapılan serviks kanseri tarama HPV DNA-Smear testi kapsayıcılık oranı %20 olarak belirtilmiştir (Kesinkılıç ve ark. 2016).

IARC HPV Bilgi Merkezinin “HPV ve İlgili Hastalıklar 2019 Türkiye Raporuna” göre de tüm sağlık kuruluşlarından gelen verilerde Pap-Smear ve HPV DNA birlikte %66,8’dir (Triantafillidis ve ark. 2017). Ülkemizde toplum tabanlı serviks kanser taraması birinci basamakta yürütülmekte olup kapsayıcılık oranlarımız gelişmiş ülkelerdeki başarılı tarama oranlarının altında, gelişmekte olan ülkelerdeki oranların üzerinde seyretmektedir. Ancak; aile hekimlerinin ve birinci basamak sağlık çalışanlarının konuya ilgisiz davranmaları, halkın bilgisinin ve farkındalığının az olması gibi birçok nedene bağlı olarak başarılı bir tarama için istenilen %70 ve üzeri kapsayıcılık oranından uzak kalmıştır (Tuncer ve ark. 2012). Çalışmada AHB’de alınan aylık HPV DNA-Smear sayılarını yıllık değerlendirdiğimizde diğer bir çalışmadan (Kartal ve ark. 2011) daha yüksek olsa da başarılı bir tarama programından bahsedebilmek için DSÖ’nün önerdiği düzeylere gelmekte henüz yeterli olarak gözükmemektedir.

Kapsayıcılık oranı gelişmiş ülkelerde %70-80’lerin üzerine çıkmakta ve %93’ler hedeflenmektedir. (https://progressreport.cancer.gov/detection/cervical_cancer, Erişim tarihi: 13 Haziran 2019). Kapsayıcılık oranlarımızın gelişmiş ülkelerdeki başarılı tarama oranlarının altında kalmış olmasının birinci basamak sağlık çalışanlarının tarama programını yeterince sahiplenmemeleri ve savunucu olmamaları, bilgi eksiklikleri, yoğun iş yükü şartlarında fırsat yaratamamaları, konuya ilgisiz olmaları, kadınların kadercilik anlayışı, bilgilendirilme ve farkındalık eksiklikleri, hizmete yeterince ulaşamama gibi sebeplerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada AHB’de hizmet sunumu ile ilgili olarak katılımcıların kullandıkları yazılım sistemini serviks kanseri tarama çalışmaları açısından %70,3’ü yeterli bulmuştur. Meme kanseri tarama çalışmaları için %59,5’i, kolorektal kanserler için ise %75,4’ü yazılım sistemlerini yeterli bulmuş olup Meme kanseri taraması için yeterliliği daha düşük bulmalarının sebebi HPVDNA ve GGK testlerinin ASM’lerde de uygulanması ancak MMG’nin sadece KETEM’de yapıyor olmasından kaynaklanabilir.

AHB’de kullanılan yazılım sistemi hedef tarama nüfusundaki kişileri kanser tarama testlerini yaptırmaları konusunda uyaranlar Serviks için %86,7, MMG için %96,4, GGK için de %90,8 olarak bulunmuştur. Aslında yazılım sistemlerinin hepsi her üç kanser taraması için de uyarı vermektedir. Araştırmaya katılanların %59,0’ının AHB’inde kullandıkları yazılım programları HPVDNA-Smear testi birinci basamakta başka yerde (KETEM, başka AH’de) alındığında görebilmekte olup bu kişilerde serviks kanseri algılanan performans anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmada farklı cevapların verilmesi yazılım sistemleri ile ilgili bilgi ve verilerin gerekli aralıklarla güncellenmiyor olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmada %59,0 serviks kanseri tarama testlerini yapabilmek için fiziki koşullarını yeterli bulmaktadır ve bu kişilerde serviks kanseri algılanan performans anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

7.3.MEME KANSERİ TARAMA PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

7.3.1.Meme Kanseri Tarama Bilgi Düzeyi

Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı uygulamaya geçtikten sonra Topuzoğlu ve arkadaşlarının İzmir Konak İlçesi AH’leri ile yaptıkları çalışmada tarama programına göre kadınlarda belirlenen MMG yaş aralığını doğru bilme %34,1, MMG tarama sıklığını bilme %53,4 olarak bulunmuştur (Topuzoğlu ve ark. 2013). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin tamamına yakını (%96,1) hemşirelerin %66,3’ü, ebelerin ise %68,8’inin KKMM uygulamasını bildikleri belirlenmiştir (Canbulat 2006). Başka bir çalışmada da hemşirelerin %93’ünün, hekimlerin ise tamamının KKMM’nin nasıl yapıldığı hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuştur (Çavdar ve ark. 2003).

Isparta'da yapılan bir çalışmada araştırma grubunu oluşturan ebelerin KKMM'ye ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Şen ve Başar 2012). Fas'da genel pratisyenlerin meme kanseri tarama bilgilerinin araştırıldığı bir çalışmada MMG tarama yaş aralığını hekimlerin yarısından fazlasının (%55,3) doğru bildiği, ülkede başlatılan meme kanseri tarama eğitiminin teşvik edilmesiyle genel pratisyenlerin bilgi ve uygulamalarının güçlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Zine ve ark. 2016). Fas'ta yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarında genel pratisyenlerin meme kanseri programının erken tespitinde bilgi ve uygulamalarının yeterince tatmin edici olmaması ileri evrelerde teşhis edilen meme kanseri insidansının artmasının bir nedeni olarak gösterilmiş, pratisyen hekimlerin sadece %29,7'sinin kanser önleme eğitimlerine katıldığı saptanmıştır (Tekpınar ve ark. 2018).

Manisa'da yürütülen bu çalışmada meme kanseri taraması performanslarını etkileyen faktörlerinden bilgi düzeylerini incelediğimizde birinci basamak sağlık çalışanlarının MMG'nin yapıldığı yaş aralığını ve sıklığını %59,5 oranında doğru bildikleri saptanmıştır. Diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda Manisa kent merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanlarının MMG çekim yaş aralığı ve sıklığı ile ilgili bilgileri orta derecede kalmaktadır. Bu bulgu toplumun sağlık eğitiminde önemli rol oynayan hekim ve ebe-hemşirelerin bilgi düzeylerinin henüz istenen düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda KMM ve KKMM ile ilgili eğitim alanların %73,8 olduğu ve bunların %39,0'unun aldığı eğitimi yeterli bulmadığı saptanmıştır. Hekim ve ebe-hemşireler arasında eğitim alma ve aldığı eğitimi yeterli bulma açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır. Literatürde KMM-KKMM eğitim ve eğitim yeterlilik durumları ile ilgili birinci basamak sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalar sınırlı olduğundan karşılaştırma yapabileceğimiz bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Meme kanserini erken tanı ve erken tedavi ile mortalitesini azaltabilmek için DSÖ'nün önermiş olduğu tarama oranlarını %70'lere çıkartmamız gerekliliği göz önüne alındığında ilimiz merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanlarının %40 civarında meme kanseri taraması hakkında doğru bilgiye sahip olmaması ve aldıkları eğitimleri yeterli bulmamaları önemli bir sorundur.

Hedef tarama nüfusundaki kadınların birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili en çok AH ve ASE ile teması olmaktadır. Dolayısıyla da kanser taramaları ile ilgili doğru bilgiyi edinebilecekleri ve MMG için doğru yaş aralığında ve doğru sıklıkla yönlendirilebilecekleri, KMM'yi olabilecekleri, KKMM'yi yapmayı

öğrenebilecekleri yerler öncelikle kendi AHB'dir. AH'leri kendilerine kayıtlı nüfustaki bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden de sorumludurlar ve ulusal kanser tarama programlarını ancak doğru ve bilinçli uygulayarak hedef nüfuslarındaki kadınların meme kanserine karşı korunmalarını sağlayabilirler. Sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin herkes için eşit şartlarda olmasının önemli komponentlerinden biri de sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin arttırılması için sürekliliği ve yeterliliği olan eğitim programlarının uygulanmasıdır.

7.3.2.Meme Kanseri Tarama Tutum Özellikleri

Birinci basamakta çalışan hekimler üzerinde Fas'ta yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının meme kanserine yönelik tutumu ile ilgili bir model kullanılarak bilgi-tutum-uygulama puanları hesaplanmış, meme kanseri bilgi-tutum-uygulama düzeylerinin kadın hekimler arasında ve kentsel bölgedeki hekimler arasında daha düşük olduğu bulunmuştur. Hekimlerin %99,3'ü meme kanserinin erken teşhisinde KMM ve KKMM'yi de %99,3 oranında önemli olarak kabul ettikleri saptanmıştır.

Fas'ta meme kanserinin kadınlarda en yaygın kanser olduğu, vakaların çoğunun üçüncü ve dördüncü evrede tanı aldığı, meme kanserinin kapsamlı bir politika yönetimi ve genel pratisyenlerin bu konuda eğitilmesini gerektiren önemli bir sağlık sorunu haline geldiği belirtilmiştir (Abda ve ark. 2017).

Yapılan bazı araştırmalar kadınların meme kanseri taramasına gösterdikleri uyumun doktorlarının taramalara karşı tutumlarına önemli bir şekilde bağlı olduğunu göstermiştir (Wang 2009; Somanchi ve ark. 2010; Price ve ark. 2010).

Çalışmamıza katılanların meme kanseri tarama performanslarını etkileyen faktörlerden KKMM ve KMM ile ilgili tutumlarını incelediğimizde %73,8'i KMM'nin yapılması gerekliliğine, %73,3'ü de KKMM'nin öğretilmesi gerektiğine inanmaktadır. Meslek, cinsiyet ve çalışılan bölge ile KMM ve KKMM tutumları açısından bir fark bulunmamışken, KMM tutum konusunda ilçeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Şehzadeler ilçesindeki sağlık çalışanları Yunusemre'ye göre KMM'nin yapılması konusunda olumlu tutum sergilemişlerdir.

Çalışmalarda genelde birinci basamak sağlık çalışanları KMM ve KKMM'nin meme kanserinin erken teşhisteki öneminin farkındadır ve olumlu tutum sergilemektedirler. Meme kanseri taramalarında en büyük rolü birinci basamağın üstlenmesi gerektiğinden olumlu tutum içinde olmaları sevindiricidir.

7.3.3.Meme Kanseri Tarama Davranış Özellikleri

Araştırmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının %57,1'i düzenli olarak KKMM yapmaktadır. Hekimlerle ebe-hemşireler arasında KMMM yapma davranışında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada KKMM yapanların oranı %81,3 olup, uygulamayı her ay düzenli yapanların oranı ise %21,9'dur. Meslek gruplarını incelediğimizde, hekimlerin büyük çoğunluğunun (%92,2) KKMM yaptıkları ve bu uygulamayı %40 oranında düzenli olarak uyguladıkları belirlenmiştir. Yine hemşirelerin %78,1'inin ebelerin ise %81,3'ünün KKMM yaptıkları ve hemşirelerin %15,8'inin ebelerin ise %22,9'unun bu uygulamayı düzenli olarak uyguladıkları belirlenmiştir. Ayrıca, hekimlerin tamamına yakını (%96,1), hemşirelerin %66,3'ü, ebelerin ise %68,8'inin KKMM uygulamasını bildikleri belirlenmiştir (Zauber 2015).

Çavdar ve arkadaşlarının hekim ve hemşirelerin KKMM konusunda duyarlılıklarını araştırdıkları çalışmalarında hemşirelerin %72,1'nin ve hekimlerin %65,5'inin KKMM yöntemini uyguladığını ve bu uygulamayı düzenli olarak yapan oranını %25 olarak bulmuşlardır (Çavdar ve ark. 2003). Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin KKMM davranışları üzerine yapılan bir başka çalışmada sağlık çalışanlarının %96,3'ünün KKMM'yi uyguluyor olduğu ve %28,6'sının da her ay düzenli olarak KKMM'si yaptığı bulunmuştur (Aydın 2004).

Karahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %87'sinin KKMM uyguluyor olduğunu ve %49,1'inin bu uygulamayı düzenli olarak yaptığını belirtmişlerdir (Karahan ve ark. 2002). Birinci basamakta çalışan hekimler arasında Fas'ta yapılan bir çalışmada %59,4'ü sistematik bir KMMM kontrolü yapıyor olduklarını bildirmiştir (Abda ve ark. 2017).

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanlarının meme kanseri, KKMM ve MMG'ye ilişkin sağlık inançlarının incelenildiği çalışmada; sağlık çalışanlarının sağlık eğitimlerinde vazgeçilemez rolü olduğu, topluma yararlı olabilmeleri için öncelikle kendilerinin düzenli KKMM yapmaları, meme kanserinin belirtileri ile risk faktörleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekliliği vurgulanmıştır. Çalışmada ülkemizde sağlık çalışanları ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yürütülen çalışmaların sonuçları incelenerek KKMM uygulamalarının istenilen düzeyde olmadığı belirtilmiştir (Canbulat 2006). Filistin'de temel sağlık merkezlerinde yapılan çalışmada kadın sağlık çalışanlarının meme kanserinin

önlenmesi konusundaki farkındalığının, inanç ve davranışlarının diğer kadınların tarama davranışları üzerinde önemli etkisi olduğu saptanmıştır (Nazal ve ark. 2016).

Diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda Manisa kent merkezindeki kadın sağlık çalışanlarında KKMM oranları düşük olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının kendi sağlıkları konusunda duyarsızlık göstermeleri hedef nüfuslarındaki kadınları meme kanseri tarama programlarına yeterince dahil etmemelerine sebep olabilir.

Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri hakkındaki tutum ve davranışlarının AHB’de kendilerine kayıtlı nüfuslardaki kadınların tarama davranışları üzerinde etkili olabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının KKMM, KMM ve MMG tarama davranışlarında etkili olan faktörler belirlenmeli ve sağlık eğitim programları bu faktörler dikkate alınarak hazırlanmalıdır.

Hekim, hemşire ve ebelerin meme kanserinin erken dönemde yakalanmasına yönelik programlarda daha aktif rol almaları hem kendi meme kanseri tarama öz farkındalıklarının hem de nüfuslarını bu programlara dahil etme konusundaki duyarlılıklarının artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda meme kanseri tarama performansını etkileyen faktörlerden tutum ve davranışla ilişkili faktörleri birlikte incelediğimizde; %73,8’i KMM’nin yapılması gerekliliğine inanmakta ve AHB’nin %93,8’inde KMM yapılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının %73,3’ü KKMM’nin öğretilmesi gerektiğine inanmakta ve AHB’nin %90,3’ünde KMMM öğretilmektedir. Mevcut verilerimizle benzer çalışmalara ulaşamadığımızdan birinci basamakta KMM yapılma ve KMMM öğretilme oranlarını karşılaştıramadık. Çalışmamızın verilerini kendi içinde yorumladığımızda katılan sağlık çalışanlarının KKMM konularında gösterdikleri davranışlar tutumlarına göre daha düşük oranda gözükmektedir. Sağlık çalışanı düzenli olarak %57,1 oranında KKMM yapıyorken, hizmet verdiği popülasyona KKMM yapmalarını öğretme oranı %90,3 düzeyindedir.

7.3.4.Meme Kanseri Tarama Altyapı ve Hizmet Sunumu Özellikleri

Araştırmamızda AHB’nin meme kanseri hedef tarama nüfuslarının $567,3 \pm 192,6$ olduğu ve bu nüfuslardan ayda ortalama $8,0 \pm 7,9$ kişinin KETEM’de MMG çekimi yaptırdığı saptanmıştır. Çalışmada hizmet sunumu ile ilgili faktörler incelendiğinde katılımcıların %40,5’i kullandıkları yazılım sistemini meme kanseri tarama çalışmaları açısından yetersiz bulmuştur. AHB’de kullanılan yazılım sistemlerinin

%96,4'ü hedef tarama nüfusundaki kişilerin MMG yaptırmaları konusunda uyarı vermekte ancak %30,8'i MMG sonuçlarını görememektedir. Araştırmaya katılanların %38,5'i meme kanseri taramalarını yapabilmek için fiziki koşullarının yeterli olmadığını düşünmektedir.

Yapılan bir çalışmada KETEM'de hedef nüfusun %15,8'inin taranmış olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada sadece KETEM'lerin çabasının yeterli olmadığı, AH'nin de kendilerine kayıtlı hedef nüfuslarda bu taramalara önem vermeleri için gerekli düzenlemeleri yapması, halkın kanser taramaları konusunda farkındalığının artması için gerekli etkinlik ve kampanyaların düzenlenmesi önerilmektedir (Akova ve ark. 2019).

Yine Konya KETEM'de yapılan bir çalışmada MMG çekirme oranı %32 bulunmuştur (Eryılmaz ve ark. 2012).

Çalışmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının hedef tarama nüfuslarındaki kadınları meme kanseri tarama programına katma konusunda kendi performanslarını %40,5 oranında yeterli görmedikleri gözlemlenmiştir. Sağlık çalışanlarının bu yetersizliklerinin sebepleri ve birinci basamaktaki kanser taramalarıyla ilgili altyapı ve hizmet sunumu eksiklikleri sağlık profesyonelleri tarafından ivedilikle ortaya konulmalı ve kalıcı çözüm önerileri ile birinci basamak sağlık çalışanlarının daha aktif bir şekilde tarama programına dâhil edilmelidir.

7.4.KOLON KANSERİ TARAMASI PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

7.4.1.Kolon Kanseri Tarama Bilgi Düzeyi

Çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının GGK yapıldığı yaş aralığını ve sıklığını doğru biliyor olma oranı %75,4, kolonoskopinin yaş aralığını doğru biliyor olma %27,2 olarak bulunmuştur.

Hekimler ve ebe-hemşireler arasında GGK ve Kolonoskopinin yaş aralığı ve sıklığını doğru bilme açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak kadınlar ile erkekler arasında GGK yaş grubu ve sıklığını açısından anlamlı fark bulunmuştur. Şehzadeler ve Yunusemre ilçelerinde sağlık çalışanları arasında kolonoskopi yaş ve sıklığını doğru bilme oranları yüksektir ve istatistiksel olarak aradaki fark anlamlı bulunmuştur.

Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ankete katılan sağlık çalışanlarının kolon kanserinin erken tanısına ilişkin bilgilerinin %68,1 oranıyla yetersiz olduğu gözlenmiştir (Kaya ve ark. 2017).

Şahin ve arkadaşlarının Samsun’da birinci basamakta çalışan hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada hekimlerin tarama testleri için doğru yaş aralığı ve sıklığı ile taramalara yönlendirme oranı GGK için %30,7, kolonoskopi için de %11,7 olarak bulunmuştur (Şahin ve Aker 2017).

Sewitch ve arkadaşlarının Aile Hekimleri (%70,8) ve stajyerleri (%29,2) üzerinde yaptığı araştırmaya katılanların tamamının kadın ve erkeklerin tarandığını ve taramanın 50 yaşında başlaması gerektiğini bildiği, %87,6’sının GGK için doğru tarama sıklığını biliyorken kolonoskopi için %40’dan daha azının doğru yanıt verdiği saptanmıştır.

Çalışmada hekimlerin ortalama risk taşıyan bireyleri uygun şekilde taramak için önerilen tarama yöntemleri ve sıklıkları konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını, bu taramalar ile kolorektal kanser mortalitesi azaltılabildiğinden sağlık sunum hizmeti sistemindeki değişikliklerin hekimlerin bilgisini arttırmaya odaklanması gerektiğini savunmaktadırlar (Sewitch ve ark. 2006).

Manisa kent merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanlarının mevcut çalışmalarla karşılaştırdığımızda GGK ve kolonoskopinin yaş aralığını ve kaç yılda bir tekrarlanması gerektiğini çoğu çalışmaya göre daha yüksek oranda bilindiği tespit edilmiştir. Ancak GGK testlerinin birinci basamakta tamamına yakını AHB’de yapıldığı, bu yüzden GGK ile ilgili bilgi düzeyinin tüm sağlık çalışanlarında tama yakın olmasıyla AH’leri ve ASE’lerin kişileri kolorektal tarama testlerine doğru bir şekilde dahil edebilmeleri sağlanabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Mevcut çalışmaların çoğunda sağlık çalışanlarının kolonoskopinin ortalama risk altındaki bir toplumda kaç yaşından itibaren ve ne sıklıkla yapılması gerektiği bilgisi yetersizdir. Bu durum ulusal kolorektal kanser programı kapsamında 50-70 yaş arası 10 yılda bir yapılması gereken kolonoskopi tarama kapsayıcılığının çok düşük kalmasına ve GGK negatif olan ancak kanamayan, geç bulgu veren pre-invaziv kolorektal polipleri olan kişilerin erken tanı ve erken tedavisinin istenen düzeyde olmamasına dolayısıyla mortalite hızında beklenen düşmenin gerçekleşmemesine neden olmaktadır. Birinci basamak hekimlerinin farkındalıklarının artırılması, bilgi eksikliklerinin giderilmesi, taramanın başarısının artması açısından çok önemlidir.

Araştırmaya katılanların %88,2'sinin GGK testini uygulamayı, %95,9'unun GGK pozitif olduğunda kişileri doğru yönlendirmeyi biliyor olduğu saptanmıştır. GGK ile ilgili eğitim alanlar %46,4 ve bunlarında ancak %89'u aldıkları eğitimi yeterli bulmuşlardır. Birinci basamakta sağlık çalışanlarının kolorektal kanser taramaları hakkında yapılan araştırmalar kısıtlı olduğundan verilerimizi karşılaştırabileceğimiz çalışmalara ulaşamadık ancak çalışmamızda GGK testi pozitifliğinde kişileri doğru yönlendirmeyi AH'leri ve ASE'lerin tamamına yakınının biliyor olması sevindiricidir.

Yine de sağlık çalışanlarının %11,8'nin bu konuda bilgi düzeyinin eksik olması ve yarısından fazlasının bu konuyla ilgili daha önceden hiç bir eğitim almamış olmaları hedef gruptaki kişilerin kanser taramalarından yararlanmasını dolayısıyla da kanser tarama oranlarının beklenen düzeyde olmasının önünde engel oluşturmaktadır. Çalışmamızda hekimler ile ebe-hemşireler arasında GGK test uygulamayı bilme açısından da anlamlı bir fark bulunmuştur, hekimlerin test uygulama konusundaki bilgi düzeyleri daha yüksektir. Bu farkın nedeni AHB'lerin çoğunda GGK testini AH'nin bizzat kendisinin yapması ya da kişileri GGK testi konusunda bilgilendirerek ASM içindeki laboratuvara yönlendiriyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

7.4.2.Kolon Kanseri Tarama Tutum Özellikleri

Kaya ve arkadaşlarının Ankara'da birinci basamak ve üçüncü basamak hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının kanser taramaları bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirdikleri çalışmasında GGK testinin önerilme oranı %64,0 bulunmuştur (Kaya ve ark. 2017).

Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında Aile Hekimleri tarafından hedef tarama nüfusa doğru sıklıkta GGK önerilme oranı %30,7 bulunmuş ve oranın düşük çıkmasının kolon kanseri taramasının meme ve serviks kanseri taramalarına göre ulusal kanser kontrol programına daha geç dâhil edilmesi nedeniyle bilgi ve farkındalık eksikliğine bağlı olabileceği düşünülmüştür (Şahin ve Aker 2017).

Federici ve arkadaşlarının İtalya'da birinci basamakta genel pratisyenleri kolorektal kanser taramalarına ilişkin tutumlarını araştırdığı çalışmada hekimlerin %94'ü kolorektal kanser taramasını önlenabilir bir hastalık olarak görmekte, %25'i kolorektal kanser için mevcut tarama testlerini uygun şekilde önermektedir. Düşük yanıt oranı, doktorun taramaya ilgi göstermediğini göstermektedir. Tarama ve

kılavuzların bilimsel bilgi kaynağı olarak kullanılması hakkındaki hekimlerin bilgisi tarama konusundaki tutumlarını geliştirmede önemli faktörlerdir, ancak kolorektal kanser taramasını hiç önermeyen çok sayıda iyi bilgilendirilmiş pratisyen hekiminde olduğu gözlemlenmiştir (Federici ve ark. 2005).

Mosli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri hekimlerinde kolorektal kanser taramasına yönelik bilgi, tutum ve uygulamalar ölçeklerle değerlendirmiş ve ileri analizlerde erkek doktorlarda kadınlara göre, lisans derecesi daha az olanlarda yüksek olanlara göre kolorektal tarama önerme olasılığı daha düşük bulunmuştur. Analizlerde tutum ve bilgi puanları arasında bir korelasyon olmaması kolorektal taramasına yönelik tutumun bilgiden bağımsız olduğunu göstermektedir. Yeterlilik seviyesi daha eski ve daha tecrübeli hekimlerin taramaya karşı olumlu bir tutuma sahip olma ihtimalinin daha yüksek olacağı bulunmuştur. Kolorektal kanser taramasına karşı tutumun önemli bir göstergesi olarak genç hekimlerin ve hatta tıp öğrencilerinin koruyucu hekimliğin önemi konusunda eğitim almasının, uzun vadede koruyucu hekimliğe karşı daha olumlu tutumla sonuçlanacağını göstermektedir (Mosli ve ark. 2017).

Klabunde ve arkadaşlarının birinci basamak hekimlerinin kolorektal kanser taraması algılarını araştırdığı çalışmasında hekimlerin %2'sinin tarama önermediği, %80'den fazlasının GGK önerdiği ancak kolonoskopiyi daha etkili tarama yöntemi olarak algıladıkları saptanmıştır. Çalışma sonucunda ABD'de birinci basamak hekimleri arasında farkındalığının yüksek olduğu ancak bununla birlikte birçoğunun standart dışı yaşlarda ve sıklıkta tarama öneriyor olması tarama programlarının kalitesi ile ilgili araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermiştir (Klabunde ve ark. 2003).

Çalışmamızda kolon kanseri taraması performansını etkileyen faktörlerden GGK Testini hedef tarama nüfusuna önerme tutumu sorusuna birinci basamak sağlık çalışanlarının %60'ı kesinlikle öneririm, %40'ı öneririm/emim değilim cevabını vermiştir. Diğer çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının GGK önerme tutumu orta seviyede gözükmektedir. Kolorektal kanser önlenabilir bir kanserdir ve tarama ile erken tanı, erken tedavi ve kolorektal kanser nedeni ölümleri azaltma şansımız varken sağlık hizmetlerinin en önemli basamağındaki sağlık çalışanlarının kanser taramaları ile ilgili tutumlarında yüksek oranda kararsız kalması ülke genelinde kolorektal kanser taramalarındaki başarı düşüklüğünün nedenini açıklayabilmektedir.

Aile Hekimlikleri taramalara entegre edilmiş olsa da sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri, farkındalıkları, konuya isteklilikleri, çalışma koşulları, iş yoğunlukları,

nüfuslarını taramaya dâhil etmelerinin önündeki engelleri, onları nelerin motive edebileceğini önceden ortaya koyan ve sorunlar daha ortaya çıkmadan çözüm önerileriyle hazırlıklı olan bir ulusal kanser tarama programıyla kanser tarama oranlarımızı yükseltebiliriz.

7.4.3.Kolon Kanseri Tarama Davranış Özellikleri

Lale ve arkadaşlarının Ankara’da birinci basamakta çalışan kadın doktorlarda yaptığı bir çalışmada kolorektal kanser tarama testi yaptırmaya oranları sırasıyla kolonoskopi için %8,6, GGK için %2,7 olarak bulunmuştur (Lale ve Tekiner 2013). Kaya ve arkadaşlarının Ankara’da yaptıkları çalışmasında sağlık personelinin GGK Testi yaptırmaya oranı %58,2, kolonoskopi yaptırmaya oranı %17,5 olarak bulunmuştur (Kaya ve ark. 2017).

Çakmak ve arkadaşlarının kadın sağlık çalışanlarının kanser taramaları bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili çalışmasında kadın hekimlerin %16,7’sinin GGK testi yaptırdığı, kolonoskopi yaptıran olmadığı, tarama sıklığının standartlara göre yetersiz olduğu saptanmıştır. Kadın sağlık çalışanlarına bu taramalara ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesi önerilmiştir (Çakmak ve Güler 2017). İspanya’da birinci basamak hekimlerinde yapılan bir çalışmada kolorektal kanser tarama yaptırmaya oranları %24 olarak bulunmuştur (Aguilar Shea 2011). Araştırmaya katılan kolon kanseri tarama yaş grubuna uygun erkek ve kadınların %74,6 oranında GGK testini, %20,0 oranında da kolonoskopiyi yaptırmış olduğu gözlemlenmiştir.

Diğer çalışmalar incelendiğinde GGK ve kolonoskopi yaptırmaya oranları bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Ankara’da ASM’lerde 40 yaş üstü hekimlerin tarama testlerini kendilerine yaptırmaya durumları ile ilgili bir tez çalışmasında hekimlerin zaman bulamama nedeniyle kendilerine kanser taramalarını yaptıramadıkları ve bunun için onlara özel zamana ihtiyaçları olduğu ve kendilerine bu testleri uygulayacak bir AH’lerinin olması gerektiği belirtilmiştir (Lale ve Tekiner 2013).

7.4.4.Kolon Kanseri Tarama Altyapı Ve Hizmet Sunumu Özellikleri

Sewitch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan hekimler kolorektal kanser için ortalama risk taşıyan kişileri %83 GGK ile taradıklarını belirtmiş ancak hekimler tarama yöntemleri ve sıklığı konusunda bilgilendirilmemiştir (Sewitch ve ark. 2006).

Araştırmamızda aile hekimliği birimlerinin kolon kanseri hedef tarama nüfusları ortalama $647,9 \pm 273,9$ olarak saptanmış olup hedef nüfusundan ayda ortalama $14,0 \pm 8,8$ kişiye GGK yapıldığı belirlenmiştir.

Önlenebilen bir hastalık olan kolorektal kanserin mortalitesinin düşürülmesi için tarama oranlarının artırılması gerekmektedir. Çalışmada altyapı özelliklerinden yazılım sistemleri ile ilgili %75,4'ü kolon kanseri tarama çalışmaları açısından yeterli bulmuştur. Sağlık çalışanları AHB'de %63,1 oranında Neuroogle sistemini kullandıklarını belirtmişlerdir. AHB'de kullanılan yazılım sistemlerinin %90,8'i hedef tarama nüfusundaki kişilerin kolon kanseri tarama testlerini yaptırmaları konusunda uyarı vermekte, %86,7'i hedef tarama nüfusundaki kişiler birinci basamakta başka yerde veya KETEM'de GGK yaptırdığında sonuçlarını görememektedir. Araştırmaya katılanların %31,8'i GGK yapabilmek için fiziki koşullarının yetersiz olduğunu düşünmektedir. Bu verilerimizin olduğu bir araştırmaya ulaşamadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının hedef tarama nüfuslarındaki kadın ve erkekleri kolon kanseri tarama programına katma konusundaki kendi performanslarını %64,1 oranında yeterli buldukları gözlemlenmiştir.

7.5.ALGILANAN KANSER TARAMA PERFORMANSLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bu bölümde birinci basamak çalışanlarının her bir kanser tarama programı ile ilgili olarak kendi performanslarını bir bütün olarak değerlendirmeleri istenmiştir.

7.5.1.Algılanan Kanser Tarama Performansları ve Sosyodemografik Özellikler, Yaşam Biçimi İle İlişki Faktörler

Çalışmada algılanan serviks kanseri tarama performansı ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların erkeklere göre performans algıları daha yüksek bulunmuştur. Meme ve kolon kanseri performans algısı cinsiyetten etkilenmemektedir. Bu fark serviks kanserinin sadece kadınlarda görülmesinden kaynaklanmış olabilir. Meme kanseri de daha çok kadınlarda görülse de toplumda farkındalığı serviks kanserine göre daha fazladır. Kolon kanseri her iki

cinsiyette de benzer sıklıkta görüldüğünden performans algısı cinsiyetten etkilenmemiş olabilir.

Geliri giderine eşit olanların, geliri giderinin altında ve üstünde olanlara göre serviks ve kolon tarama performansı algıları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Meme kanseri performans algısıyla gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu şaşırtıcı bir sonuçtur, Kanser tarama programları Aile Hekimlerinde performans sistemi (bir koruyucu sağlık hizmeti ulusal kontrol programlarınca belirlenen zaman aralığında yapılmadığında sağlık çalışanından ücret kesintisi olması) içinde yer almamasına rağmen gelir düzeylerini ne az ne de çok bulan sağlık çalışanlarında ASM’lerde yapılan HPV DNA-Smear ve GGK taramalarındaki performans algılarının anlamlı olarak yüksek çıkması, AH ve ASE’lerin ulusal kanser tarama programlarına daha çok katılımlarını sağlayabilmek adına daha ayrıntılı araştırılması gereken bir husustur.

Egzersiz yapma sıklığı “sıklıkla, her zaman” olanlarda yalnızca kolon kanseri tarama performansı algısı anlamlı olarak yeterli bulunmuşken diğer sağlıklı yaşam alışkanlıkları ile kronik hastalık öyküsü, ailede ve kendisinde kanser öyküsü, kanserden ölen yakın öyküsü, sigara ve alkol kullanımı ile algılanan serviks, meme ve kolon kanseri tarama performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda kanserleri önlemede önemli olan bu risk faktörlerinin çoğu ile algılanan kanser performansları arasındaki ilişkinin anlamlı çıkması daha beklediğimiz bir sonuç olabilirdi.

7.5.2. Algılanan Kanser Tarama Performansları ve Mesleki Özellikler, ASM Altyapı Özellikleri

Çalışmada AHB bölge yapısına bakıldığında kırsal bölgede çalışanların kentsel ve yarı kentsel bölgede çalışanlara göre algılanan meme ve kolon kanseri performansını yeterli bulma oranları daha yüksek saptanmıştır. Algılanan serviks kanseri performansı yeterliliği ile çalışılan bölge arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızla benzer sonuçları olan Fas’ta yapılan bir çalışmada birinci basamakta çalışan genel pratisyen hekimlerde meme kanseri taramaları kırsal ve kentsel alanda çalışan hekimler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın nedeninin, kırsal kesimde çoğu insan için özel sağlık hizmetlerine erişimin zorluğu ve hekimlerin önerilerine bağlı kalması nedeniyle olduğu belirtilmiştir (Abda ve ark. 2017).

Çalışmamızın yapıldığı bölgeye uygun olarak benzer bir açıklama olabilir. Kırsal bölgede çalışan birinci basamak sağlık çalışanlarının meme kanseri tarama programlarına daha uyumlu olduğu, hedef tarama nüfuslarındaki kişileri tarama programlarına sürekliliği olan bir şekilde dahil etmeyi başardıklarını gözlemlemekteyiz.

SHM/KETEM Sorumlu Hekimleriyle koordineli çalışarak dezavantajlı kadın gruplarının KETEM'e gelmesini ve MMG taramalarını uygun aralıklarla yaptırmalarını sağlayarak tarama kapsayıcılık oranlarını bölgelerinde arttırmayı başarmışlardır.

Kolorektal kanser taramalarında da yine kırsal bölgedeki birinci basamak çalışanları GGK taramalarını sahiplenmekte ve hedef tarama nüfuslarını ikna konusunda başarılı gözükmektedirler.

Meslekte geçirilen toplam çalışması süresi uzun olanlarda meme kanseri taraması performans algısı anlamlı olarak daha yeterli bulunmuştur. Serviks ve kolon kanseri algılanan performansı ile meslekte geçen süre arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Genel olarak koruyucu hekimlik savunuculuğun bilgi ve tecrübe birikimi ile artabileceği düşünülse de neden sadece meme kanseri performans algısını etkilediği sorusu cevapsız kalmaktadır.

Araştırmada algılanan serviks, meme ve kolon kanseri tarama performansı ve mesleki özellikler, ASM altyapı özellikleri ile ilişki faktörlere bakıldığında birinci basamakta en uzun çalışılan bölge, AHB bulunduğu ilçe ve nüfusunun sosyoekonomik yapısı, günlük başvuru sayısı ve her başvuruya ayrılan süre ile ASM'de bulunan AHB sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

7.5.3.Algılanan Kanser Tarama Performansları ve Bilgi, Tutum, Davranış Düzeyleri

Çalışmaya katılanların HPVDNA-Smear, MMG, GGK ve Kolonoskopi testlerinin hedef tarama nüfus yaş aralığını doğru bilme durumları ile algılanan serviks, meme, kolon kanseri tarama performansları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının algıladıkları performanslarıyla anlamlı bir ilişki çıkmamış olsa da; Kanser Kontrol Programı kapsamındaki taramaların birinci basamak sağlık çalışanları tarafından ulusal standartlara uygun yapılabilmesi ve hedef nüfuslarını tarama programlarına doğru bir şekilde dahil

edebilmeleri açısından taramalarla ilgili en önemli ve en temel bilgi tarama testinin yapıldığı yaş aralığı ve sıklığının doğru biliniyor olmasıdır.

Çalışmada HPVDNA, MMG, GGK ve Kolonoskopi yaş aralıklarını sıklıklarının yanlış bilme sırasıyla %12,8, %41,5, %24,6 ve %72,8 gibi önemli oranlardadır. Toplum tabanlı kanser taramalarında hedef yaş gruplarındaki herkese ulaşılması ve herkesin taramalara eşit katılmaya çalışılması amaçlanmaktadır. Sağlık çalışanları arasında bilgi düzeyinde farklılıklar olması tarama başarısının önündeki engellerden birisidir.

Çalışmada algılanan serviks kanseri tarama performansı ile HPVDNA-Smear Testi alımı ve sonuçları konusundaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bilgi düzeyi yeterli olanlarda tarama performanslarının yeterli olma oranları anlamlı olarak yüksektir. Yeterli bilgi düzeyi gibi olumlu tutum da serviks kanseri algılanan performansı ile ilişkilidir. Ancak sağlık çalışanının kendisine HPVDNA-Smear Testi yaptıрма davranışı ile algıladığı serviks kanseri tarama performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmada serviks, meme ve kolon kanseri algılanan tarama performansı HPVDNA-Smear Testi, KKM ve KMMM yapılması gerekliliği inanma ve GGK testi yaptırmayı önerme durumlarında olumlu tutum gösterenlerde “yeterli” bulunmuştur. Kişilerin tarama davranışlarını sergilerken sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarından etkilendikleri pek çok çalışmada gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları ile ilgili tutumları pozitif yönde değiştirilebilirse algıladıkları performans yeterlilikleri ve tarama kapsayıcılık oranları olumlu etkilenebilir.

Algılanan Meme Kanseri Tarama performansı ve bilgi, tutum, davranış özellikleri ile ilişkili faktörlere bakıldığında tutum ve davranışın algılanan performans üzerinde etkili olduğu, bilgi/egitim alma değişkeninin istatistiksel önem taşımadığı belirlenmiştir.

Algılanan kolon kanseri tarama performansı ile bilgi, tutum, davranış özellikleri arasındaki ilişkiler araştırıldığında yeterli bilgi ve olumlu tutumun algılanan performansı olumlu yönde etkilediği ancak davranış konusunda sadece kolonoskopi yaptıрма ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Kendilerine GGK testi yapmış olmaları ile algıladıkları kolon kanser tarama performansı arasında anlamlı ilişki yoktur. Bu sonuçlara göre sağlık çalışanlarının kolon kanser taramalarıyla ilgili bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının sürekli eğitimlerle artırılmas kanser performans algılarını olumlu düzeyde etkileyebilir.

Kaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarının kanser taramaları bilgi, tutum ve davranış özellikleri ile ilgili çalışmasının sonucunda tarama programlarının başarıya ulaşmasında Aile Hekimlerinin çok önemli rol oynadığını, bu nedenle kanser taramaları konusundaki farkındalıklarının yüksek olması gerektiğini, kişiler tarama testleri için yönlendirmelerinin kanserlerde erken tanı ve tedaviyi sağlayabilmek açısından büyük önem taşıdığını belirtmiştir (Kaya ve ark. 2017).

7.5.4. Algılanan Kanser Tarama Performansları ASM Altyapı ve Hizmet Sunumu Özellikleri

AHB’de kullanılan yazılım ve altyapı özellikleri her bir kanser tarama performansını etkileyen değişkenlerdir. Yazılımı yeterli bulanlarda algılanan serviks, meme, kolon kanseri tarama performansı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bize aslında Sağlık Bakanlığının ulusal kanser tarama programları ile ilgili ortak bir sistem kullanmasının gerekliliğini göstermektedir. Eğitim, motivasyon, destek ve haberleşmeyi buradan sağlayarak kanser taramalarında ülke standartını sağlamayı, taramaları daha iyi kontrol edebilmeyi, sorunlara anında müdahaleyi, kurumlar ve AHB’ler arası daha iyi bir iletişim ile işbirliğini sağlayabilir bu sayede de ulusal kanser kontrol programlarının başarısı artırılabilir. Yazılım sistemlerine kanser taramalarıyla ilgili kolaylıklar ve yenilikler eklenmesi ile sağlık çalışanlarının kanser taramaları konusunda motivasyonlarının artmasına yardımcı olabilir. Böylece kanser tarama performansları olumlu yönde etkilenebilir.

Çalışmada AHB’de HPVDNA ve KKM için fiziki koşulları “Yeterli” olanlarda serviks ve meme ve kolon kanseri tarama performansı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kadınlarda HPVDNA-Smear numune alımı ve KKM’si mahremiyet sağlanarak yapılması gereken uygulamalardır. ASM’lerin kanser taramaları ile ilgili hizmet sunumu ve fiziki koşullarındaki yetersizliklerin saptanarak iyileştirilmesi sağlık çalışanlarının motivasyonlarını ve performans algılarını olumlu yönde etkileyebilir.

Bir derleme çalışmasında; Son yıllarda birinci basamak hekimlerinin kolorektal kanser taramasındaki rolünün çok önemli olarak kabul edildiği ancak hekimlerin tarama kurallarına uymadığını, önlerinde önemli engeller ve bunları etkileyen zaman yetersizliği, hasta isteksizliği gibi pek çok faktör olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin sadece modern tıbbın beklentilerini karşılamak için GGK veya kolonoskopi önerdiklerini oysa mevcut engellerin üstesinden gelmek ve tarama oranlarında kabul

edilebilir seviyelere ulaşmak için birinci basamak hekimlerinin kolorektal kanser taramalarına daha fazla dâhil olması gerektiği sonucuna varılmıştır (Triantafillidis ve ark. 2017).

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde birinci basamak sağlık çalışanlarının kolon kanseri tarama programlarına uyumları tam değildir. Kolon kanseri performanslarını etkileyen pek çok faktör vardır. Çalışmada yazılımın ve fiziki koşulların yetersiz olması sağlık çalışanlarının performans algılarını yeterli bulmalarının önündeki engellerdir. AHB’de aylık bakılan GGK sayısının düşük olması algıladıkları performanslarını daha yetersiz bulmalarına sebep oluyorsa bu durum aynı zamanda çözümü zor bir kısır döngüye sebebiyet verebilir. Sağlık çalışanlarının kolon kanseri tarama programına daha çok katılımı sağlanmak isteniyorsa öncelikli olarak bu engellerin aşılması için çalışmalar yürütülmelidir.

7.6.ALGILANAN TOPLAM KANSER TARAMA PERFORMANSI VE SOSYODEMOGRAFİK, BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ, ASM ALTYAPI ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİ FAKTÖRLER

Araştırmada her üç kanser tarama performansları ayrı ayrı değerlendirilmiş ardından her üç kanser taramasında da kendisini yeterli olarak görenlere algılanan toplam kanser performansı “yeterli” olarak değerlendirilmiştir. Üç kanser tarama performansından birinde bile kendini yetersiz olarak görüyorsa algılanan toplam performansı “yetersiz” olarak değerlendirilmiştir.

Algılanan toplam tarama performansı ile ilişkili faktörler arasında yapılan tek değişkenli analizde sosyodemografik değişkenlerden sadece gelir algısı anlamlı bulunmuştur. Geliri giderine eşit olarak ifade edenlerde yeterlilik oranı daha yüksektir. AHB’nin hizmet verdiği coğrafi bölge de anlamlı bir değişkendir kırsal bölgede hizmet verenlerde toplam tarama performansı anlamlıdır.

Fas’ta genel pratisyenler üzerinde kanser tarama bilgi tutum ve davranışları üzerine yapılan bir çalışmada; kentsel alanlarda çalışanlarda kırsal bölgeye göre bilgi düzeyleri yetersiz ancak tutum ve uygulamaları daha yeterli bulunmuştur (Abda ve ark. 2017).

Kanser taramaları konusunda bilgi düzeyinin yeterli olduğunu ifade edenlerde toplam performans algısı daha yeterli görülmektedir. Sağlık personelinin kendisine HPV testi yaptırması ile toplam performans algısı arasında anlamlı ilişki yokken

kendisine KKMM ve GGK yapılması konusunda olumlu tutum ifade edenlerde performans algıları daha yüksek oranda yeterlidir ancak sağlık çalışanlarının kendisine testleri KKMM ve GGK testi yaptırması ile toplam performans arasında anlamlı ilişki yoktur.

Birinci basamakta çalışan kadın hekimler üzerinde ABD’de yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin kanser taramaları hakkındaki tutumlarının hastalarınınkini de büyük oranda etkilediği ve kendi sağlıklarının iyileştirilmesine yönelik olumlu tutumları olan hekimlerin, hastaları için danışmanlık ve taramalar konusunda daha istekli oldukları gösterilmiştir. Hatta doktorlar hastalar için rol model olduklarından, taramaları kendilerine yaptırmalarının hastalarını da olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Frank ve ark. 2000).

Birinci basamak sağlık çalışanlarının kanser tarama testleri konusunda olumlu tutumlarının hedef nüfuslarını taramalara katabilmelerine etkisi ve önemini gösteren çalışmalardan biri Aydın İli Merkez İlçe ASM’lerde yapılmıştır.

Çalışmada hekimlerin tarama yönünde yeterince tavsiyede bulunmadıkları oysa tarama yaptırma davranışını olumlu yönde etkileyen en önemli etkenin hekimlerin risk altındaki kişilere tarama yaptırmalarını tavsiye etmeleri gibi görünmektedir. Tavsiye alanların çoğunluğunun bu tavsiyeye uyması, hasta davranışını etkilemede hekimlerin rolünün önemini göstermektedir (Şeyda 2015).

Birinci basamakta fiziksel koşul ve altyapı yeterliliği toplam performans algısında önemli görülmektedir. Birinci basamakta fiziksel koşulların ve yazılım sisteminin uygun olması sağlık personelinin kanser taramalarında algılanan performansın yeterli olması ile ilişkilidir. Fiziksel koşulların yeterli olması muayenede mahremiyet gerektiren KMM’de anlamlı olarak belirlenmiştir. Yazılım sisteminin yeterli olması ise GGK testi için geçerlidir. Hekimlerin özellikle sisteme giriş yaptığı tarama testi GGK olduğu için bu beklenen bir bulgudur.

HPV-DNA testinde sonuçlar birinci basamak sistemine Sağlık Bakanlığı’ndan doğrudan aktarılmaktadır. Bu değişkenler dışında araştırmada sorgulanan diğer değişkenlerle toplam kanser tarama performansı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenlerle kurulan lojistik regresyon modelinde üç değişken; GGK tutumu, gelir algısı, coğrafi bölgenin niteliği modelde istatistiksel önemini korumuştur.

Algılanan toplam tarama performansının yetersiz olma riski GGK tutumu olumsuz olanlarda 3,6 (%95 GA 1,6-7,9), geliri giderinin altında olanlarda 2,9 (%95,GA 1,2-7,0) kat yüksektir.

Çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının kolorektal kanser tarama testi olan GGK Testini hizmet sunduğu popülasyona önerme tutumu olumlu olanlar %60,0 gibi ortalama düzeydedir. Birinci basamakta sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka çalışmalarda da GGK önermede olumlu tutum oranları ortalama ve düşük düzeyde sırasıyla %64,0 ve %30,7'dir (Kaya ve ark. 2017; Şahin ve Aker 2017). Çalışmada; sağlık çalışanlarının HPVDNA-Smear testi, KKMM ve KMM konusundaki olumlu tutum oranları daha yüksek olmasına rağmen algılanan toplam performansa GGK testini önermedeki olumsuz tutum istatistiksel olarak etki ederek yetersizlik riskini arttırmıştır. GGK konusundaki teste yönelik olumlu tutumları orta düzeyde düşük olmasına karşın, testin AHB'de yapılma oranı (%97,9) oldukça yüksektir. Bu durum Türkiye'de kolorektal kanser taramalarının 2013 yılında meme ve serviks kanser tarama programlarına göre daha geç başlamış olmasından dolayı birinci basamakta diğer tarama testleri kadar benimsenmemiş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Tüm dünyada kanser taramalarının aynı oranda yarar göstermiyor olması sağlık çalışanlarının kanser tarama testlerine aynı oranda olumlu tutum sergilememelerine sebep olmuş olabilir. Örneğin meme kanseri ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar ve metaanalizlerde meme kanseri tarama testlerinin meme kanserini %25 azalttığını, erken tanıyı %50'ye kadar arttırarak meme kanserinden ölüm oranını da önemli ölçüde azalttığını göstermiştir (Islam ve Aziz 2012; Jacklyn ve ark. 2016). DSÖ verileri; 10 yıllık bir periyotta GGK ile iki yılda bir tarama sayesinde mortalitede %20'ye yakın düşüş olduğunu ve yılda bir yapılacak GGK taramasının mortaliteyi daha da azaltabileceğini düşündürmektedir. (<http://www.who.int/cancer/detection/colorectalcancer/en/>, Erişim tarihi: 12 Haziran 2019).

Meme kanseri ve serviks kanseri ile ilgili dünyada farklı sağlık kuruluşlarının tarama önerilerinde uluslararası kabul görmüş prosedürler vardır ve tarama yöntemleri genelde aynı olup sadece taramaya başlama yaşı ve sıklığı ülkeler arası değişmektedir. Oysa dünyada kolorektal kanser taramasında kullanılan çok farklı yöntemler vardır. Guaiac tabanlı GGK, Gaitada İmmunokimyasal Testler, Fekal DNA Testi, Çift Kontrast Baryumlu Enema, Sigmoidoskopi, Kolonoskopi, Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi, Kapsül Endoskopi gibi farklı ülkelerde farklı

öneriler ile kullanılmaktadır (Keskinlik ve ark. 2016). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda (Klabunde ve ark. 2003; Shaukat ve ark. 2013; Zauber 2015; Pitkaniemi ve ark. 2015), düşük duyarlılığa, ancak yüksek özgüllüğe sahip olan GGK testinin kolorektal kanser taramasındaki yeri ve öneminin, tarama sonrası kolorektal kanser mortalitesinde düşüş oranlarının farklı olması, metaanalizde (Zhang ve ark. 2017), kolorektal ölümleri önlemede kolonoskopinin en etkili tarama olduğunu göstermesi, yine yapılan araştırmalarda tarama testlerinin hem ekonomik açıdan makul olması hem de toplum için kar ve zarar oranlarının kabul edilebilir düzeyde olması gerekliliği bazı araştırmalar tarama için GGK testinin uygun olduğunu ve kolorektal taramaya devam edilmesi gerektiğini belirtilirken aynı zamanda artık yeni yöntemlere geçilmesi için yeni sağlık politikalarının belirlenmesinin istenmesi gibi tezat görüşlerin bir arada olması literatürü takip eden sağlık çalışanları için ulusal kanser tarama programına uymaya devam etseler de GGK testine karşı bir güvensizlik oluşturmuş olabileceğinden bu durum GGK ile ilgili tutumlarına dolayısıyla da algıladıkları kolorektal kanser performanslarına yansımış olabilir.

HPVDNA-Smear testi, KKMM ve KMM sağlık çalışanları tarafından hedef tarama nüfuslarına uygulamaları ve öğretilmeleri daha kolay ve kabul görmüş olmasına rağmen GGK Testini yapmak sadece laboratuvarında çalışan kişinin işi gibi görülüyor ve GGK Testini değerlendirme konusunda isteksizlik-direnç gösteriliyor olabilir. Bu durum da sağlık çalışanlarının GGK ile ilgili tutumlarına yansiyabilir.

Ayrıca GGK testi hedef tarama nüfusu tarafından da daha az kabul görmüş olabilir. Diğer kanser tarama testlerinin hepsinde kişiler edilgen konumda iken GGK testinde etkendirler ve testi kendileri yapıp getirmek zorunda olmaları sağlık çalışanları açısından da büyük zorluk olmakla birlikte ve tarama kapsayıcılık oranlarının da düşük olmasına sebep olabilir.

GGK testinin hedef nüfusunun 50-70 yaş kadın ve erkek olması, cinsiyet farklılıklarından kaynaklanan zorluklar, algı zorluğu, unutkanlık, kadercilik anlayışı, korku, umursamazlık gibi nedenlerle kolay olmayabilir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, kişilerin en sık tarama yaptırmama nedenlerinin uygulamadan korkma (%10,1), bilgisizlik (%7,9) ve sonuçtan korkma (%5,4) olduğu ve kadınların erkeklere göre daha kolay taramalara katıldıkları bulunmuştur (Sach ve Whynes 2009). Tüm bunların haricinde testin yaptırılması için yasal bir zorunluluk olmaması, verilen kitlerin geri gelmemesi, kaybedilmesi, gelse de uygun şekilde gelmemesi, testin iki yılda bir tekrarlanması nedeniyle ilk taramasını yaptırdıktan sonra kişileri

tekrar testi yaptırmaya ikna etme güçlüğü, pozitif çıkan hastaları kolonoskopi için ikna etme güçlüğü gibi pekçok faktör nedeniyle sağlık çalışanlarının kolorektal kanser taramaları konusundaki tutumları olumsuz olarak etkilenmiş olabilir.

Algılanan toplam tarama performansının yetersiz olma riskinin geliri giderinin altında olanlarda 2,9 (%95 GA 1,2-7,0) kat yüksek olması kanser taramaları ile ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği Ücret Yönetmeliği'ndeki karşılığı ile ilgili belirsizlik ve AHB'de kayıtlı nüfuslarının koruyucu sağlık hizmetlerini istenen düzeye çıkarabilmeleri için çok yüksek olduğu gerçeği ancak nüfuslar düşürülürse bu sefer de ekonomik kayıp kaygısı gibi nedenler sağlık çalışanlarının algıladıkları performanslarında yetersizlik riskine sebep olmuş olabilir. Bu riskin azaltılması için de Aile Hekimliği Ücret Yönetmeliği'ndeki belirsizliğin bir an önce çözüme kavuşturulup kanser taramaları ile ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin pozitif performansa bağlanması ve sağlık çalışanlarının motivasyonu arttırılarak GGK testiyle ilgili olumlu tutumlarında artış sağlanabilir.

Coğrafi bölgede çok değişkenli modelde anlamlı olan bir diğer değişkendir. Kırsal bölgeye göre kentsel bölgede 14,88 (%95 GA 2,2-99,5), yarı kentsel bölgede 23,8 (%95 GA 3,1-184,3) kat algılanan toplam kanser tarama performansının yetersiz olma riski belirlenmiştir.

Birinci basamakta çalışan hekimlerde Fas'ta yapılan bir çalışmada kentsel alanlarda çalışan hekimlerin bilgi sahibi olma olasılıklarının daha az, ancak tutum ve davranış açısından daha yüksek puan alma olasılıklarının kırsal alanlarda çalışanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Abda ve ark. 2017).

Manisa örneğimizde ise kentsel ve yarı kentsel alanda çalışıyor olmak algılanan toplam performans açısından yetersiz olma riskini arttırmaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden biri kırsal alanda olan AHB'ye bağlı nüfuslar sağlık hizmetlerine ulaşım açısından dezavantajlı gruplardır.

Sağlık hizmetlerinin tamamına yakını bölgelerindeki ASM'lerden alırlar ve aile hekimleri ve ASE'lerinin sağlıkla ilgili tutumlarından daha çok etkilenebilirler. Bu sebeple kanser taramalarına daha kolay uyum sağlayabilirler.

Kırsal bölgelerde çalışan birinci basamak sağlık çalışanları İlçe Sağlık Müdürlükleri ve KETEM'lerle işbirliği içinde dezavantajlı gruplarını kent merkezine taşıyarak ASM'lerde yapılamayan kanser taramalarını da tamamlamaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle nüfuslarını kanser taramalarına daha fazla dahil ederek tarama oranlarını yükseltebilirler. Tüm bunlar kırsal alanda çalışan AH ve ASE'lerin

algıladıkları toplam kanser performanslarında kendilerini daha yeterli görmelerini sağlayabilir.

Kentsel bölgede günlük bakılan hasta sayısı ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerini daha yoğun olabileceğinden bu bölgelerde ki sağlık çalışanlarının algılanan toplam kanser tarama performanslarını kırsala göre daha yetersiz olma riskini etkileyen pek çok farklı etken olabileceğinden bunları ayrıca ele alınması gerekebilir.

Algılanan toplam kanser tarama performansında yetersiz olma riski bölgelere göre en fazla yarı kentsel bölgededir. Bu bölgelerde nüfusun yaş, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik özellikleri farklılık göstermektedir. Doğurganlığın yüksek, yaşlı nüfus oranının düşük olduğu yarıkentsel bölgelerde birinci basamağın iş yoğunluğunun büyük bir bölümünü ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetler oluşturmaktadır.

Sosyoekonomik ve eğitim açısından dezavantajlı bölgelerde koruyucu sağlık hizmetlerine olan katılımın da sorunlu olabileceği, toplumun farkındalık düzeyinin geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Kentsel ve yarı kentsel bölgelerde hedef tarama nüfuslarının öncelikli sağlık sorunları çok farklı olabileceğinden kanser taramaları ile ilgili bölgeye özel araştırma yapılıp ve İl Sağlık Müdürlükleri ile İSM/SHM/KETEM desteğiyle çözüm önerileri getirilmeye çalışılması gerekebilir.

7.7.ARAŞTIRMA GRUBUNUN KANSER TARAMALARININ İYİLEŞTİRİLMESİ İLE İLGİLİ ÖNERİLERİ

Araştırmaya katılanların %36,4'ü birinci basamaktaki serviks kanseri taramalarının yeteri kadar gerçekleştirilebilmesi için çözüm önerisi olarak halka eğitim ve bilgilendirme yapılmasını önermiştir.

Antalya'da 2018 yılında ikinci basamakta yapılan bir çalışmada; Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu, tamamına yakınının kanser taraması yaptırmak istediği ancak hangi kanser için ne yapması gerektiğini bilmediğinden taramaları yaptıramadığını tespit etmişlerdir.

Birinci basamak hastalarına başvurdukları AHB’de aile hekimleri ve ASE’ler tarafından kanser taramaları hakkında eğitim verilmesinin gerekli olduğu sonucuna varmışlardır (Tekpınar ve ark. 2018).

Araştırmaya katılanların %15,4’ü serviks kanseri, %9,2’si meme, %8,2’si de kolon kanseri taramalarının yeteri kadar gerçekleştirilebilmesi için çözüm önerisi olarak halka yönelik TV, medya, kamu spotu aracılığıyla duyuru ve eğitim yapılmasını önermiştir.

Cangöl ve arkadaşları kadınların meme kanseri taramaları ile ilgili bilimsel geçerliliği olmayan bilgileri yüksek oranda radyo ve televizyondan aldıklarını bu nedenle meme kanseri gibi önemli bir sağlık sorunun risk faktörleri, belirtileri, KKMM ve tarama testleri konularında bilgiyi en doğru AHB’den alabileceklerini, sağlık çalışanları birebir danışmanlık yaparlarsa kadınların bilgi düzeyinin artacağını ve taramalara dahil olacaklarını belirtmişlerdir (Cangöl ve Temuçin 2014).

Çalışmada birinci basamak sağlık çalışanları %8,7 oranında iş yüklerini nedeniyle yeterince tarama programlarına dâhil olamadıklarını belirtmişler çözüm önerisi olarak aile hekimliğindeki iş yükünün ve nüfuslarının azaltılmasını istemişlerdir. Çalışmaya katılanların %4,1’i birinci basamaktaki meme ve serviks kanseri taramalarının yeteri kadar gerçekleştirilebilmesi için çözüm önerisi olarak KETEM’in aktif destek sağlaması gerektiğini belirtmiştir.

Babuş ve arkadaşlarının Manisa Şehzadeler TSM Eğitim Araştırma Bölgesinde yaptıkları çalışmada kentsel bölge ile yarı kentsel bir bölge arasında MMG çekirme açısından anlamlı bir fark bulunmuş ve bu oranların yarı kentsel bölgede KETEM tarafından yapılan müdahale programından sonra gerçekleştiğini saptamışlardır. KETEM tarafından telefonla davetin önemli katkılar sağlayabileceği ancak aile hekimi ile entegre olmayan dikey bir şekilde uygulanan bu davet yönteminde insan gücü, zaman ve iletişim maliyetlerinin dikkate alınması gerekliliği sonucuna varılmıştır (Babuş ve Eser 2017).

Ankara kent merkezi üç KETEM’de yapılan çalışmada; KETEM’e başvurmadan önce aile hekimi tarafından tarama yapılması önerisi katılımcıların taramayakatılmasını etkileyen tek faktör olarak bulunmuştur (Karadağ ve ark. 2014).

Manisa kent merkezinde İSM/SHM/KETEM tarafından düzenli aralıklarla AHB’leri yerinde ziyaretlerle tarama oranlarının, karşılaşılan sorunların ve çözüm önerilerinin birlikte tartışılması gerekmektedir.

Ayrıca; İSM/SHM/KETEM tarafından kırsal alanda yaşayan dezavantajlı gruplara İSM ve yerel belediyelerle işbirliği protokolleri ile araç sağlanması, lojistik destek, uzman kişilerle seminer, gazete ve TV programları düzenlenmesi, halkın ve sağlık çalışanlarının meme kanseri risk faktörleri, bulguları, tarama testleri ve maket üzerinde uygulamalı KKMM eğitimleri, stant çalışmaları, basın ve sosyal medya yoluyla farkındalık çalışmaları, ilçelerdeki tüm sivil toplum ve kamu kurum ve kuruluşları ile işbirliği içinde projeler, MCBÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile Şehzadeler TSM Eğitim Araştırma Bölgesinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar vb. ile meme kanseri ve tüm kanser tarama programları aktif olarak desteklenmektedir.

Araştırmada kanser taramaları ile ilgili birinci basamak sağlık çalışanlarının çözüm önerileri başarılı bir kanser tarama programının yürütülmesindeki engellerin ortadan kaldırılması ve sağlık çalışanlarının tarama performanslarının iyileştirilmesi adına önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalarda da (Karadağ ve ark. 2014; Cangöl ve Temuçin 2014; Babuş ve Eser 2017; Tekpınar ve ark. 2018), görüldüğü üzere hedef tarama nüfusunun sağlıkla ilgili periyodik temasları daha çok AHB’de olmaktadır. Kişiler AH’nin ve ASE’nin taramalar konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarından etkilenmektedir.

Toplum tabanlı tarama programları bilimsel gelişmelerle değişen ve sürekliliği olan programlardır. Bu kişilere bu programlar ve meme kanseri hakkında doğru, devamlılığı olan bir eğitimi verebilecek ve onları kanser taramaları konusunda ikna edip bu konularda tutum ve davranış değişikliği oluşturmalarını ve tarama programlarına dâhil olmalarını esas sağlayabilecek olanlar birinci basamak sağlık çalışanlarıdır.

8.SONUÇ

Manisa kent merkezinde hizmet veren birinci basamak sağlık kuruluşlarında kanser taramalarında algılanan toplam performansın yetersiz olma oranı %57,4 gibi yüksek bir düzeydedir.

Serviks meme ve kolon kanseri tarama performansları konusunda ortak değişkenler bilgi, tutum, fiziksel altyapı ve yazılım sistemi olarak belirlenmiştir. Birinci basamak çalışanlarının bilgi düzeyleri yeterli ve tarama ile ilgili tutumları olumlu ise algıladıkları performans da yeterli olmaktadır.

Meme ve kolon kanseri tarama performansı için hizmet sunulan bölgenin kırsal bölge olması algıladıkları performansın yeterliliği üzerinde etkilidir. Ayrıca meme kanseri taraması konusunda meslekte geçirilen sürenin fazla olması, kolon kanseri tarama performansında hekimlerde ve gelirin gidere eşit olması durumunda tarama performansları artmaktadır.

Her üç kanser taraması için algılanan performansta gelir algısı, GGK tutumu ve coğrafi bölge anlamlı değişkenlerdir. Kentsel ve yarı kentsel bölgelerde, GGK'ya karşı olumsuz tutumda ve gelirin giderden az olması durumunda yetersizlik riski artmaktadır.

9.ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

1. Birinci basamak sağlık çalışanlarının kanser tarama performansları ve etkileyen faktörler ile ilgili bilgi düzeyleri ve tarama testleri ile ilgili olumlu tutumları yapılacak eğitim ve farkındalık çalışmaları ile arttırılmalıdır.
2. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Kanser taraması modülleri altyapı çalışmaları ile güçlendirilmeli, kanser taraması veri kullanıcısı tüm sağlık hizmet sunucularının entegre olabilecekleri bir yazılım sistemi kurgulanmalıdır.
3. Araştırmada kanser tarama performansında gelir algısının önemli olduğu göz önünde bulundurulduğunda planlanacak bir pozitif performans sistemi tarama düzeylerine olumlu etki sağlayabilecektir.
4. Kentsel ve yarıkentsel bölgelerde algılanan performans düşüklüğü dinamikleri araştırılmalı, kentsel ve yarıkentsel bölgelerde hizmet sunulan bölgeye özel müdahaleler planlanmalıdır.
5. Kentsel ve yarıkentsel bölgelerde aile hekimliği birimlerine bağlı nüfus sayılarının azaltılması sağlanarak, ulaşılabilirlik ve kanser tarama sayılarının arttırılması hedeflenmelidir.
6. Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitim çalışmaları ve hazırlanacak sürekli yayınlar aracılığı ile sağlık hizmet sunucularının bilgi ve tutum düzeyleri arttırılmalıdır.
7. Kanser tarama çalışmalarında istenen hedeflere ulaşılabilmesi ancak tüm sağlık hizmet sunucularının ve kurumlarının işbirliği ile sağlanabileceğinden; İl Sağlık Müdürlüğü, AHB, İSM, TSM, SHM, KETEM ve İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarının desteği sağlanmalıdır.

10.KAYNAKLAR

Abda N, Najdi A, Fakir SE, Tachfouti N, Berraho M, Khazraji YC, vd. Knowledge, Attitudes, and Preventive Practice Towards Breast Cancer among General Practitioner Health Professionals in Morocco. Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2017;18(4):963-8.

Açıkgöz A, Yıldız E.A. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri, Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2017;5(1):45-55.

Aguilar Shea AL, Vera García M, Outomuro Cadavid A, Cabrera Vélez R, Martín Díaz M, Bernardo Fernández T. [Health of family physicians: do we practice what we preach?]. Aten Primaria. Haziran 2011;43(6):305-11.

Akova İ, Hasdemir Ö, Türkoğlu H. Bir ilde 40-69 yaş kadınlarda meme kanseri taramalarının değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi. 01 Mart 2019;9 (1):89-92

Akova İ, Hasdemir Ö. 30-65 Yaş Kadınlarda Serviks Kanseri Tarama Oranları ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Int Refereed Acad J Sports. 2018;1(29):79.

Araghi M, Soerjomataram I, Bardot A, Ferlay J, Cabasag CJ, Morrison DS, vd. Changes in colorectal cancer incidence in seven high-income countries: a population-based study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 16 Mayıs 2019;7(4):511-8.

Aydın İ. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları, 3.Ulusal Hemşirelik Kongresi. Edirne: Üniversite Yayınları; 2004. s:32

Babuş S, Eser E. Manisa’da seçilmiş iki bölgede Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri Açısından Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması. STED. 2017;26(6):221-30.

Ban KA, Godellas CV. Epidemiology of breast cancer. Surg Oncol Clin N Am. Temmuz 2014;23(3):409-22.

Barré S, Massetti M, Leleu H, De Bels F. Organised screening for cervical cancer in France: a cost-effectiveness assessment. *BMJ Open*. 06 Ekim 2017;7(10).

Benard V.B, Thomas C.C, King J, Massetti G.M, Rose D.P, Saralya M. Vital Signs: Cervical Cancer Incidence, Mortality, and Screening. *CDCH*. Kasım 2014;(63):1-6.

Bodur.S, Eryılmaz M.A. Kanserlerin toplumdaki dağılımının belirlenmesi ve insidansın tahmininde KETEM kayıtlarının katkısı: Konya örneği. *Genel Tıp Dergisi*;2011,21(4):144-151.

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.

Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, vd. Planning and Developing Population-Based Cancer Registration in Low- and Middle-Income Settings.2014 (43):49.

Brinton LA, Schairer C, Hoover RN, Fraumeni JF. Menstrual factors and risk of breast cancer. *Cancer Invest*. 1988;6(3):245-54.

Brosnan CA. Review: colorectal cancer screening with the faecal occult blood test reduced colorectal cancer mortality. *Evid Based Nurs*. Ekim 2007;10(4):112.

Canbulat N. Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, KKMM ve MMG'ye ilişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. Özge Uzun), Erzurum; 2006.

Cangöl E. Temuçin E. Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları,17.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Hasuder.2014 s:1271-1272

Cappelli MG, Fortunato F, Tafuri S, Boccalini S, Bonanni P, Prato R, vd. Cervical cancer prevention: An Italian scenario between organised screening and human papillomaviruses vaccination. *Eur J Cancer Care (Engl)*. Eylül 2018;27(5).

Chen C-L, Weiss NS, Newcomb P, Barlow W, White E. Hormone replacement therapy in relation to breast cancer. *JAMA*. 13 Şubat 2002;287(6):734-41.

Christie L, Gamble J, Creedy DK., Women's views of registered nurses as Papanicolaou smear providers: a pilot study. *Contemp Nurse*. Aralık 2005;20(2):159-168.

Chrysostomou Andreas C, Stylianou Dora C, Constantinidou Anastasia, Kostrikis Leondios G. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing; *Viruses*; 2018;12;s:1-35.

Constance M.J, Caiomio W, Joe E.E, Derek J.S, Christopher I.A, Bernard L, vd. Kolorektal Kanser Risk Faktörlerinin Meta-Analizi. *Cancer Causes & Control*. Nisan 2013;24(6):1207-22.

Coronado Interis E, Anakwenze CP, Aung M, Jolly PE. Increasing Cervical Cancer Awareness and Screening in Jamaica: Effectiveness of a Theory-Based Educational Intervention. *Int J Environ Res Public Health*. Ocak 2016;13(1).

Courtney M, Townsend J.R, Beuchamp D, Evers M, Mattox K.L. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 20. bs. C. 1. 2017.s:2146.

Cui Y, Miller A.B, Rohan T.E. Cigarette smoking and breast cancer risk: update of a prospective cohort study. *Breast Cancer Treat*. Aralık 2006;100(3):293-9.

Çakmak R, Güler G. Kadın Sağlık Çalışanlarında Kanseri Tarama Davranışları. *Türk Jinekolojik Onkol Derg*. 2017;(4):25-32.

Çavdar İ, Akyolcu N, Özbaş A. Hekim ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) konusunda duyarlılıklarının saptanması, 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Antalya; 2003.

Çelik S. Bir İlde 30-65 Yaş Arası Kadınlarda 2013-2015 Yıllarında Yapılan Serviks Kanseri Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi,18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. C 1. HASUDER Yayınları; 2015.s:1195

Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJL, Ezzati M, Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet Lond Engl*. 19 Kasım 2005;366(9499):1784-93.

Doğan M. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear konusundaki bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu; 2008.

Dönmez A.G. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın sağlık personelinin serviks kanserine ilişkin bilgi düzeyinin ve farkındalığının araştırılması, Uzmanlık Tezi, Danışman: Doç. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ. [İstanbul]: T.C Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü; 2007.

Eke RN, Atsız Sezik H, Özen M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri farkındalığı. Tepecik Eğit Ve Araşt Hast Derg. 2016;1(26):53-7.

Eryılmaz M.A, Bodur S, Civeik S, Durduran Y. KETEM'e Başvuran Kadınlarda Meme Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi. Selçuk Tıp Derg. 2012;28(2):6.

Eser U, Yalçın O. Genel Cerrahi ve Meme Hastalıkları Polikliniklerine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri ile Meme Hastalıkları ve Kontrol Mamografi Bilinç Düzeylerinin Karşılaştırılması. Smyrna Tıp Derg. 29 Mayıs 2018;22-8.

Esposito K, Chiodini P, Colao A, Lenzi A, Giugliano D. Metabolic syndrome and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care. Kasım 2012;35(11):2402-11.

Favoriti P, Carbone G, Greco M, Pirozzi F, Emmanuele Maria Pirozzi R, Corcione F. Worldwide burden of colorectal cancer: a review. C. 68. 2016.

Federici A, Giorgi Rossi P, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guasticchi G, vd. Survey on colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and practices of general practice physicians in Lazio, Italy. Prev Med. Temmuz 2005;41(1):30-5.

Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, vd. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. Int J Cancer. 15 Nisan 2019;144(8):1941-53.

Fidler MM, Bray F, Soerjomataram I. The global cancer burden and human development: A review. Scand J Public Health. 01 Şubat 2018;46(1):27-36.

Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. Arch Fam Med. Nisan 2000;9(4):359-67.

Gharoro EP, Ikeanyi EN. An appraisal of the level of awareness and utilization of the Pap smear as a cervical cancer screening test among female health workers in a tertiary health institution. Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc. Haziran 2006;16(3):1063-8.

Gıynaş N.G. Meme kanserinde prognostik faktörlerin retrospektif olarak değerlendirilmesi ve mamografide mikrokalsifikasyonların prognostik ve kemik metastazı gelişiminde prediktif değerinin araştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi, Danışman: Doç. Dr. Melih Cem Börüban]. [Konya]: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı; 2010.

Hacıkamioğlu E, Gültekin M, Boztaş G, Dünder S, Utku Ş, Ergün K.A, vd. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı; 2017. 48 s.

Haggard FA, Boushey RP. Colorectal Cancer Epidemiology: Incidence, Mortality, Survival, and Risk Factors. Clin Colon Rectal Surg. Kasım 2009;22(4):191-7.

Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW, vd. Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. Br J Cancer. 18 Kasım 2002;87(11):1234-45.

Haydaroğlu A, Dubova S, Össaran Z, Bölükbaşı Y, Yılmaz R, Kapkaç M, vd. Ege Üniversitesinde Meme Kanseri 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2005;1(1).

Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. Cochrane Database Syst Rev. 24 Ocak 2007.

Hiatt RA, Klabunde C, Breen N, Swan J, Ballard-Barbash R. Cancer screening practices from National Health Interview Surveys: past, present, and future. J Natl Cancer Inst. 18 Aralık 2002;94(24):1837-46.

Hiatt RA, Porco TC, Liu F, Balke K, Balmain A, Barlow J, vd. A multilevel model of postmenopausal breast cancer incidence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 01 Ekim 2014;23(10):2078-92.

Hislop TG, Band PR, Deschamps M, Ng V, Coldman AJ, Worth AJ, vd. Diet and histologic types of benign breast disease defined by subsequent risk of breast cancer. *Am J Epidemiol.* Şubat 1990;131(2):263-70.

Islam SR, Aziz SM. Mammography is the most effective method of breast cancer screening. *Mymensingh Med J MMJ.* Nisan 2012;21(2):366-71.

İnteris E.C, Anakwenze C.P, Aung M, Jolly E.P. Increasing Cervical Cancer Awareness and Screening in Jamaica: Effectiveness of a Theory-Based Educational Intervention. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(53):11.

Jacklyn G, Glasziou P, Macaskill P, Barratt A. Meta-analysis of breast cancer mortality benefit and overdiagnosis adjusted for adherence: improving information on the effects of attending screening mammography. *Br J Cancer.* 24 Mayıs 2016;114(11):1269-76.

Jatoi I, Miller AB. Why is breast-cancer mortality declining? *Lancet Oncol.* Nisan 2003;4(4):251-4.

Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, vd. Meta-analyses of Colorectal Cancer Risk Factors. *Cancer Causes Control CCC.* Haziran 2013;24(6):1207-22.

Kaidar-Person O, Bar-Sela G, Person B. The two major epidemics of the twenty-first century: obesity and cancer. *Obes Surg.* Kasım 2011;21(11):1792-7.

Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2012 Eki s:80. (Meme Kanseri Taramaları). Report No: 06.

Karadağ Ö.Ç, Bilir N, Özcebet H. Ailede Kanser Öyküsü ve Algılanan Kanser Riski, Kanserden Korunma Davranışları ile İlişkili mi? *Fırat Tıp Dergisi.* 2014;19(2):95-100.

Karahan A, Harmancı H., Topuzoğlu A. Hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çektirmeye yönelik davranışlarını etkileyen

faktörler.8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Diyarbakır: HASUDER Yayınları; 2002. 666 s.

Kartal M, Günvar T, Limnili G. Birinci basamak hekimleri serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili ne biliyorlar? Türk Aile Hekim Derg. 2011;1(15):1-6.

Kaur H, Verschraegen V.F. Chapter 25 - Cervical Cancer. İçinde: Silverman P.M, editör. Oncologic Imaging: A Multidisciplinary Approach. Philadelphia: W.B. Saunders; 2012. s. 441-53.

Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Demirci Şahin A. Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ank Med J. 30 Mart 2017;17(1).

Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Knowledge, Attitudes and Behaviors of Health Workers About Cancer Screenings. Ank Med J. 30 Mart 2017;17(1):73-83.

Kelsey JL, Gammon MD, John EM. Reproductive factors and breast cancer. Epidemiol Rev. 1993;15(1):36-47.

Keskinkılıç B, Gültekin M, Karaca A.S, Öztürk C, Boztaş G., Karaca Z.M, vd. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. 1. bs. C. 1. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016. 87 s.

Kitchener HC, Castle PE, Cox JT. Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening. Vaccine. 21 Ağustos 2006;24:S63-70.

Klabunde CN, Frame PS, Meadow A, Jones E, Nadel M, Vernon SW. A national survey of primary care physicians' colorectal cancer screening recommendations and practices. Prev Med. Mart 2003;36(3):352-62.

Koh W-J, Greer BE, Abu-Rustum NR, Apte SM, Campos SM, Cho KR, vd. Cervical Cancer, Version 2.2015. J Natl Compr Cancer Netw JNCCN. Nisan 2015;13(4):395-404.

Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı, Giresun Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;(4):185-8.

Kuzey G.M, Özdamar Ş.O. Temel Patoloji. Güneş Tıp Kitabevleri; 2015. 1060 s.

Lale G, Tekiner S.A. Ankara ili merkez ilçeleri aile sağlık merkezlerinde çalışan 40 yaş ve üzeri aile hekimlerinin tarama testlerini kendilerine yaptırma durumları [Uzmanlık Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Selda TEKİNE]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2013.

Li J, Shao Z. Mammography screening in less developed countries, SpringerPlus Kasım 2015;4: 615. SpringerPlus. 15 Ekim 2015;4.

Lpez M, Cueto G.E, Carreira F J, Lpez S, Valle D.D M, Cueto A. Validation of a questionnaire to evaluate the attitude towards primary prevention advice from the European Code against Cancer. C.12. 2003. 157 s.

McGraw SL, Ferrante JM. Update on prevention and screening of cervical cancer. World J Clin Oncol. 10 Ekim 2014;5(4):744-52.

Miller JW, Royalty J, Henley J, White A, Richardson LC. Breast and cervical cancers diagnosed and stage at diagnosis among women served through the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. Cancer Causes Control CCC. Mayıs 2015;26(5):741-7.

Mosli M, Alnahdi Y, Alghamdi A, Baabdullah M, Hadadi A, Khateery K, vd. Knowledge, attitude, and practices of primary health care physicians toward colorectal cancer screening. Saudi J Gastroenterol Off J Saudi Gastroenterol Assoc. Aralık 2017;23(6):330-6.

Nakisige C, Schwartz M, Ndira AO. Cervical cancer screening and treatment in Uganda. Gynecol Oncol Rep. 03 şubat 2017;20:37-40.

Oran NT, Can HO, Senuzun F, Aylaz RD. Health Promotion Lifestyle and Cancer Screening Behaviors: A Survey among Academician Women. Kanser nleme Asya Pasifik Derg. Temmuz 2008;9(3):515 (8)

zkan S, Kesinkılı B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013. C. 5. T. C. Sağlık Bakanlığı; 2013. 93 s.

Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. Ekim 2001;37 Suppl 8:S4-66.

Perin D.M, Saraiya M, Thompson T.D, Maura L., Simoes E.J, Parra D.C, vd. Providers' knowledge, attitudes, and practices related to colorectal cancer control in Brazil. *jypmed*. Aralık 2015;81(9):373-9.

Pharoah PD, Day NE, Duffy S, Easton DF, Ponder BA. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer*. 29 Mayıs 1997;71(5):800-9.

Pınar G, Algier L, Çolak M, Abbasoğlu A. Hemşirelerin serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkol Derg*. 01 Ekim 2007;10(4):94-8.

Pitkaniemi J, Seppä K, Hakama M, Malminiemi O, Palva T, Vuoristo M-S, vd. Effectiveness of screening for colorectal cancer with a faecal occult-blood test, in Finland. *BMJ Open Gastroenterol*. 2015;2(1):34.

Price MA, Butow PN, Charles M, Bullen T, Meiser B, McKinley JM, vd. Predictors of breast cancer screening behavior in women with a strong family history of the disease. *Breast Cancer Res Treat*. Kasım 2010;124(2):509-19.

Rivera-Franco MM, Leon-Rodriguez E. Delays in Breast Cancer Detection and Treatment in Developing Countries. *Breast Cancer Basic Clin Res*. 08 Ocak 2018;12:1-5.

Rizzo AE, Feldman S. Update on primary HPV screening for cervical cancer prevention. *Curr Probl Cancer*. 2018;42(5):507-20.

Roland KB, Benard VB, Soman A, Breen N, Kepka D, Saraiya M. Cervical Cancer Screening Among Young Adult Women in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 01 Nisan 2013;22(4):580-8.

Ronco A.L, Stéfani E.D. Nutritional Epidemiology of Breast Cancer. Springer Netherlands; 2012.s:233

Saatçi E. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*; 2014. 1-8 s.

Sach TH, Whynes DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC Public Health*. 24 Kasım 2009;9:431.

Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, vd. American Cancer Society Guidelines for Breast Screening with MRI as an Adjunct to Mammography. *CA Cancer J Clin.* 2007;57(2):75-89.

Sayed S, Ngugi A, Ochieng P, Mwenda AS, Salam RA. Training health workers in clinical breast examination for early detection of breast cancer in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;16.

Sewitch M.J, Burtin P, Dawes M, Yaffe M, Snell L, Roper M, vd. Colorectal cancer screening: physicians' knowledge of risk assessment and guidelines, practice, and description of barriers and facilitators. *Can J Gastroenterol J Can Gastroenterol.* Kasım 2006;20(11):713-8.

Shaukat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS, vd. Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med.* 19 Eylül 2013;369(12):1106-14.

Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin.* Nisan 2014;64(2):104-17.

Slattery ML, Kerber RA. A comprehensive evaluation of family history and breast cancer risk. The Utah Population Database. *JAMA.* 06 Ekim 1993;270(13):1563-8.

Somanchi M, Juon H-S, Rimal R. Predictors of screening mammography among Asian Indian American women: a cross-sectional study in the Baltimore-Washington metropolitan area. *J Womens Health* 2002. Mart 2010;19(3):433-41.

Sung JJY, Lau JYW, Young GP, Sano Y, Chiu HM, Byeon JS, vd. Asia Pacific consensus recommendations for colorectal cancer screening. *Gut.* 01 Ağustos 2008;57(8):1166-76.

Şahin M.K, Aker S. Family Physicians' Knowledge, Attitudes, and Practices Toward Colorectal Cancer Screening. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* Aralık 2017;32(4):908-13.

Şen S, Başar F. Breast Cancer and Breast Self Examination Knowledge Of Women Who Live in Kütahya Region, *European Journal of Breast Health* 2012. 2012;

Şeyda Şahin N. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region. Türkiye Aile Hekim Derg. 20 Mart 2015;19(1):37-48.

Tekpınar H, Aşık Z., Özen M. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. TAHUD. 2018;22(1):28-36.

Topuzoğlu A. Halıcı F. Seyirden G. Tuna L. Ertem M. Aile Hekimlerinin Kanser Tarama Yaşı ve Sıklıkları Konusunda Bilgi Düzeyleri, 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı; s:2013, 323-324

Triantafillidis JK, Vagianos C, Gikas A, Korontzi M, Papalois A. Screening for colorectal cancer: the role of the primary care physician. Eur J Gastroenterol Hepatol. Ocak 2017;29(1):e1-7.

Tuncer A.M, Olcayto E, Özgül N, Gültekin M. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara; 2009.s:410

Tuncer M.A, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede İ. İçinde: TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı KETEM El Kitabı; Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2012. s.8-9.

Uluocak T, Bekar M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkol.Derg.01 Nisan 2012;15(2):50-7.

Vatansever G. Sağlık çalışanlarının Human papillomavirus (HPV) aşısı ve HPV ile serviks kanseri ilişkisi hakkında bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Yıldırım). Manisa; 2010.

Wang JH, Mandelblatt JS, Liang W, Yi B, Ma I-J, Schwartz MD. Knowledge, cultural, and attitudinal barriers to mammography screening among nonadherent immigrant Chinese women: ever versus never screened status. Cancer. 15 Ekim 2009;115(20):4828-38.

Watson M, Benard V, Flagg EW. Assessment of trends in cervical cancer screening rates using healthcare claims data: United States, 2003–2014. *Prev Med Rep.* 02 Şubat 2018;9:124-30.

Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD, vd. Colorectal cancer screening: Clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology.* 1997;112(2):594-642.

World Health Organization. Cancer control: knowledge into action : WHO guide for effective programmes. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.

Wu Y, Zhang D, Kang S. Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies. *Breast Cancer Res Treat.* Şubat 2013;137(3):869-82.

Yar G. 45 Yaş ve Altı Kolorektal Kanserlerin Retrospektif Değerlendirilmesi. T.C Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Birinci Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Prof.Dr. Mehmet Mıhman), İstanbul; 2007.

Yip C-H, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang E-S, vd. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: early detection resource allocation. *Cancer.* 15 Ekim 2008;113(8 Suppl):2244-56.

Youl P.Y, Aitken J.F, Turrel G, Chambers S.K, Dunn J, Pyke C, vd. The Impact of Rurality and Disadvantage on the Diagnostic Interval for Breast Cancer in a Large Population-Based Study of 3202 Women in Queensland, Australia. *International J Environ Res Public Healt.* 2016;13(1156).

Zauber AG. The Impact of Screening on Colorectal Cancer Mortality and Incidence – Has It Really Made a Difference? *Dig Dis Sci.* Mart 2015;60(3):681-91.

Zauber AG. The Impact of Screening on Colorectal Cancer Mortality and Incidence Has It Really Made a Difference? *Dig Dis Sci.* Mart 2015;60(3):681-91.

Zhang J, Cheng Z, Ma Y, He C, Lu Y, Zhao Y, vd. Effectiveness of Screening Modalities in Colorectal Cancer: A Network Meta-Analysis. Clin Colorectal Cancer. 2017;16(4):252-63.

Zine K, Nani S, Lahmadi IA, Maaroufi A. Connaissances des médecins généralistes de Mohammedia (Maroc) concernant le dépistage du cancer du sein. Pan Afr Med J. 15 Temmuz 2016;24.



11.EKLER

EK 1: YÖNETİM KURULU KARAR ONAY YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/04/2019-E.35597



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Yi Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Şebnem GÜVENÇ'in Tez Konusu.

SBE HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 12.04.2019 tarih ve 11/11 sayılı Yönetim Kurulu Toplantısında, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 151343001 numaralı öğrencisi Şebnem GÜVENÇ'in tez konusunun, etik kurul onayı alınması kaydı ile "Manisa Kent Merkezi Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kanseri Tarama Performansları ve İlişkili Faktörler" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

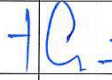
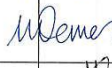
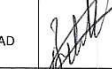
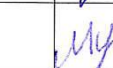
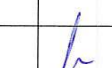
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.



EK 2: YEREL ETİK KURUL ONAYI

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	07 / 02 / 2018/ 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Manisa Kent Merkezi Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kansere Tarama Performansları ve İlişkili Faktörler						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Pınar Erbay DÜNDAR - MCBÜ Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı AD						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Dr.Şebnem Güvenç						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐		YÜKSEK LİSANS-- DOKTORA-TEZİ ☒		AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	10 / 01 / 2018 / Tarih ve 2358 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		☐	☐	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	-----	☐	☒
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		☐	☐
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	-----	☐	☒	Mukadder YILMAZER Avukat		☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		☐	☐	İhsan AVCI Sivil Üye	-----	☐	☒
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.  Prof. Dr. Zeki ARI Başkan							

EK 3: ŞEHZADELER EATSM EĞİTİM KOORDİNAYON KURULU
ONAYI

**ŞEHZADELER EĞİTİM ARAŞTIRMA TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ (EATSM)
EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU TOPLANTISI**

Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi (EATSM) Potokolünün 3. bölüm 11. maddesi uyarınca düzenlenen Eğitim Koordinasyon Toplantısı 28/09/2017 tarihinde aşağıdaki gündemle toplanmış ve aşağıda yer alan kararlar alınmıştır.

KARAR:

- 1. Şehzadeler EATSM’de Yürütülecek Sürekli Eğitim ve Araştırma Faaliyetleri**
 - a. 2016-2017 akademik yılında yapılan hizmet içi eğitimlerin devam ettirilmesi,
 - b. 2016-2017 akademik yılı içerisinde asistan ve intern eğitimi kapsamında asistan ve intern hekimlerin EATSM çalışmalarına katılması ve alan araştırmalarına devam edilmesinin planlanması,
 - c. EATSM Bölgesinde hizmet veren aile hekimlerinin yapılacak olan alan araştırmalarına katılım ve destek vermelerinin sağlanmasının planlanması.
- 2. Şehzadeler EATSM Bölgesinde Yürütülecek İtern Araştırmaları**
 - a. Manisa Kent Merkezinde Erişkin Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler: Bir Kentsel (12 No.’lu) ve Yarı Kentsel (5 No.’lu) Aile Sağlığı Merkezi Bölge Karşılaştırması
 - b. Manisa İli Şehzadeler İlçesi Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesi Kentsel (7 No.’lu) ve Yarı Kentsel (5 No.’lu) Aile Sağlığı Merkezi Bölgelerinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerde Depresif Durum Sıklığı
 - c. Manisa İli Şehzadeler İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi Eğitim Araştırma Bölgesi Kuşlubahçe (6 No.’lu) Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Toplumdaki Konumu, Değeri ve Etkileyen Faktörler
 - d. Manisa Şehzadeler Eğitim Ve Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Kırsal Karaağaçlı Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşlılarda Deri Lezyonları Sıklığı Ve Güneşten Korunma Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışlar
 - e. Manisa İli Şehzadeler İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Bir Kentsel (9 No.’lu) Ve Bir Yarı Kentsel (5 No.’lu) Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yeme Bozukluğu Sıklığı Ve İlişkili Faktörler
 - f. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Bir Yarı Kentsel (5 No.’lu) Ve Bir Kentsel (12 No.’lu) Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Kullanımı Ve Etkileyen Faktörler
- 3. Şehzadeler EATSM Bölgesinde Yürütülmesi Planlanan Tez Çalışmaları**
 - a. Sorumlu öğretim üyesi Prof. Dr. Pınar E. DÜNDAR
Yüksek Lisans Öğrencisi Dr.Şebnem GÜVENÇ
 1. Manisa Kent Merkezi Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kanseri Tarama Performansları ve İlişkili Faktörler Tez Çalışması
 - b. Sorumlu öğretim üyesi Doç. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT
Araştırma Görevlisi Dr.Çağlar SÖĞÜT
 2. Kentsel Bir Bölgede Ortaokul Öğrencilerinde Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Konularında Bir Sağlığı Geliştirme Müdahalesi

Manisa Halk Sağlığı Müdürü
Dr.Engin YILDIRIM
(Katılmadı)

C.B.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D. Başkanı
Prof. Dr. Erhan ESER

Manisa Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı
Dr.Özgür SEKRETER

Şehzadeler E.A.T.S.M. Eğitim Koordinatörü
Prof.Dr.Pınar ERBAY DÜNDAR

Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü
T.S.H. Şube Müdürü
Dr.Yıldız KARAKUŞ

Şehzadeler E.A.T.S.M. Başkanı
Uzm.Dr.Müjde İLGÜN

EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI :

Manisa Kent Merkezi Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kansere Tarama Performansları Ve İlişkili Faktörler

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Birinci basamak sağlık çalışanlarının, ulusal kanser tarama programları hakkındaki performanslarını ve bu performansı etkileyen faktörleri değerlendirerek toplumda tarama oranlarının iyileştirilmesi için yapılması gerekenleri ortaya koyabilmek.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Anket formunu doldurma

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının ulusal kanser tarama programları hakkındaki sorunlarını ve olası çözüm önerilerini ortaya çıkartmak ve bu konudaki performanslarını etkileyen faktörlerin iyileştirilmesi.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanızın herhangi bir zararı bulunmamaktadır

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kimlik bilgileri çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Doldurduğunuz anketlere verdiğiniz cevaplar yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

SORU ve PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Dr.Şebnem Güvenç,Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü KETEM (Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi) Birimi Sorumlu Hekimi,05054531654
2. Prof.Dr Pınar Erbay DüNDAR, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı Anabilim Dalı ,05325009896

Çalışmaya Katılma Onayı

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanık ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 5: BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARI ANKET FORMU

MANİSA KENT MERKEZİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ; KANSER TARAMA PERFORMANSLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık çalışanlarının, ulusal kanser tarama programları hakkındaki performanslarını ve bu performansı etkileyen faktörleri değerlendirerek toplumda tarama oranlarının iyileştirilmesi için yapılması gerekenleri ortaya koyabilmektir. Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

ANKET SIRA NO:

BÖLÜM 1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşınızdasınız? Lütfen Yazınız.....

2. Cinsiyetiniz?

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Eğitim durumunuz?

☐ Lise

☐ Ön Lisans

☐ Lisans

☐ Yüksek Lisans

☐ Doktora

4. Mesleğiniz/ Ünvanınız?

☐ Uzman Doktor

☐ Doktor

☐ Ebe

☐ Hemşire

☐ Diğer.....

5. Gelir algınız?

☐ Gelirim giderimin altında

☐ Gelirim giderime eşit

☐ Gelirim giderimin üstünde

6. Medeni durumunuz?

☐ Evli/Birlikte

☐ Bekar

- ☐ Eşinden ayrılmış/Boşanmış
- ☐ Eşi ölmüş
- 7. Bu bölgeye başka bir bölgeden göç(tayin de dahil) ile mi geldiniz?
 - ☐ Evet **ise; Bu bölgeye kaç yıl önce geldiniz?** Lütfen Yazınız
.....
 - ☐ Hayır
- 8. Çocuğunuz var mı?
 - ☐ Evet **ise ; sayısı:**
 - ☐ Hayır

BÖLÜM 2. KRONİK HASTALIKLAR, KANSER RİSK FAKTÖRLERİ VE AİLE ÖYKÜSÜ

- 9. Kronik bir hastalığınız var mı? (Birden fazla hastalık işaretlenebilir)
 - ☐ Yok
 - ☐ Kalp-Damar Hast.
 - ☐ Hipertansiyon
 - ☐ Diyabet
 - ☐ Hiperlipidemi
 - ☐ Astım
 - ☐ Karaciğer hastalığı
 - ☐ Romatolojik hastalık
 - ☐ Psikiyatrik hastalık
 - ☐ Böbrek hastalığı
 - ☐ KOAH
 - ☐ Diğer.....
- 10. Herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?
 - ☐ Evet **ise; Hangi kanser veya kanserler?** Lütfen yazınız.....
 - ☐ Hayır
- 11. Ailenizde herhangi bir kanser öyküsü var mı?
 - ☐ Evet **ise; Hangi kanser veya kanserler?** Lütfen yazınız.....
 - ☐ Hayır
- 12. Herhangi bir kanser nedeni ile ölen bir yakınınız oldu mu?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 13. Sigara kullanıyor musunuz?
 - ☐ Evet **ise; günde kaç adet, kaç yıl?** Lütfen yazınız.....
 - ☐ Bıraktınız **ise; günde kaç adet, kaç yıl?** Lütfen yazınız.....
 - ☐ Hayır
- 14. Alkol kullanıyor musunuz?
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Bazen
 - ☐ Sıklıkla

☐ Her zaman

15. Doymuş yağ (yağlı et, tereyağı, ayçiçeği yağı) ve trans yağ (işlenmiş gıda, fast food, kızarmış gıda, börek, kurabiye, margarin) ürünleri tercih eder misiniz?

☐ Hiçbir zaman

☐ Bazen

☐ Sıklıkla

☐ Her zaman

16. Bir günde en az 400 gr meyve-sebze (Genellikle 1 orta boy meyve 100 gr, 4 yemek kaşığı az yağlı sebze yemeği 100-150 gr arasındadır) tüketiminiz?

☐ Hiçbir zaman

☐ Bazen

☐ Sıklıkla

☐ Her zaman

17. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi) yapma sıklığınız nedir?

☐ Hiçbir zaman

☐ Bazen

☐ Sıklıkla

☐ Her zaman

BÖLÜM 3: MESLEKİ BİLGİLER, ÇALIŞMA KOŞULLARI VE HASTA PROFİLİ

18. Meslekte toplam çalışma süreniz (yıl)? Lütfen Yazınız?

19. Aile Hekimliğinde çalışma süreniz (yıl)? Lütfen Yazınız?

.....

20. Birinci Basamakta en uzun zaman çalıştığınız bölge hangisidir?

☐ Ege bölgesi

☐ Akdeniz bölgesi

☐ Marmara bölgesi

☐ Doğu Anadolu bölgesi

☐ Karadeniz bölgesi

☐ Güneydoğu Anadolu bölgesi

☐ İç Anadolu Bölgesi

☐ Diğer.....

21. Aile Hekimliği Biriminiz (AHB) merkezde hangi ilçede bulunmaktadır?

☐ Şehzadeler

☐ Yunusemre

22. Aile Hekimliği Biriminizin hizmet verdiği coğrafi bölge nasıldır?

- ☐ Kırsal
- ☐ Yarı Kentsel
- ☐ Kentsel

23. Aile Hekimliği Biriminizde hasta profili sosyoekonomik açıdan nasıldır?

- ☐ Çok düşük
- ☐ Düşük
- ☐ Orta
- ☐ Yüksek
- ☐ Çok yüksek

24. Aile Sağlığı Merkezinizde (ASM) kaç AHB mevcut?

Lütfen

Yazınız.....

25. AHB'nize günlük ortalama başvuran kişi sayısı?

Lütfen

Yazınız....

26. AHB'nizde hangi yazılım sistemi kullanılıyor?

Lütfen

Yazınız....

27. AHB'nizde her başvuruya ayırabildiğiniz ortalama zaman (dk)? Lütfen

Yazınız.

BÖLÜM 4: SERVİKS KANSERİ TARAMASI PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

28. AHB'nizde "Serviks kanseri" tarama hedef nüfusunuz nedir? Lütfen

yazınız...

29. "HPV DNA-Smear Testi" **hangi yaş aralığındaki** kadınlara yapılıyor?

- ☐ Biliyorum (Biliyorsanız lütfen yazınız.....-.....yaş arası/.....yılıda bir)
- ☐ Emin değilim
- ☐ Bilmiyorum

29a. "HPV DNA-Smear Testi" yapabilmek için kadınlarda **gerekli koşullar** nelerdir?

- ☐ Biliyorum
- ☐ Emin değilim
- ☐ Bilmiyorum

29b. **TİP 16-18 Pozitif** çıkar ise hasta nasıl yönlendirilmelidir?

- ☐ Biliyorum

- ☐ Emin değilim
- ☐ Bilmiyorum

29c. **Diğer Tip pozitif** çıkar ise hasta nasıl yönlendirilmelidir?

- ☐ Biliyorum
- ☐ Emin değilim
- ☐ Bilmiyorum

30. “HPV DNA-Smear Testi” numune alımı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Cevabınız Hayır ise 31. soruya geçiniz lütfen

30a. “HPV DNA-Smear Testi” ile ilgili aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Kesinlikle yeterli
- ☐ Yeterli
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersiz
- ☐ Kesinlikle yetersiz

31. “HPV DNA-Smear Testi” numune alımı ile ilgili kendinizi yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Çok yeterliyim
- ☐ Yeterliyim
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersizim
- ☐ Çok yetersizim

32. AHB’niz de “HPV DNA- Smear Testi” yapılması gerekliliğine inanıyor musunuz?

- ☐ Kesinlikle yapılmalı
- ☐ Yapılmalı
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yapılmamalı
- ☐ Kesinlikle yapılmamalı

Cinsiyetiniz Erkek ise lütfen 34.soruya geçiniz

33. Kendinize HPV DNA-Smear Testi yaptırdınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır ise yaptırmama nedeniniz nedir? Lütfen Yazınız...
- ☐ Yaş grubunda değilim
- ☐ Risk grubunda değilim

34. AHB'nize başvuran kadınlara "HPV DNA-Smear Testi" yaptırmayı önerir misiniz?

- ☐ Kesinlikle yaptırmasını öneririm
- ☐ Yaptırmasını öneririm
- ☐ Emin değilim
- ☐ Yaptırmasını önermem
- ☐ Kesinlikle yaptırmasını önermem

35. AHB'nizde "HPV DNA-Smear Testi" yapılıyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

36. AHB'nizde "HPV DNA-Smear Testi" numune alımını çoğunlukla kim yapıyor?

- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Aile Sağlığı Elemanı
- ☐ Yardımcı Sağlık Personeli (Dışarıdan ücretli çalıştırılan)
- ☐ KETEM Personeli

37. AHB'nizde ayda ortalama kaç kişiye "HPV DNA-Smear Testi" yapılıyor?

Lütfen yazınız...

38. "HPV DNA- Smear Testi" numune alımı sizce kim tarafından yapılmalı?

- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Aile Sağlığı Elemanı
- ☐ Yardımcı Sağlık Personeli (Dışarıdan ücretli çalıştırılan)
- ☐ KETEM Personeli

39. Sizce kadınları serviks kanseri ve taraması konusunda bilgilendirme öncelikle kimin görevidir?

- ☐ 1.Basamak Sağlık Hizmetleri (Aile Hekimlikleri)

- ☐ 1.Basamak Sağlık Hizmetleri (KETEM)
- ☐ 2.Basamak Sağlık Hizmetleri
- ☐ 3.Basamak Sağlık Hizmetleri

40. AHB'nizde günlük çalışma pratiğiniz içerisinde kadınları serviks kanseri tarama programına katma konusunda kendi performansınızı nasıl buluyorsunuz?

- ☐ Çok yeterliyim
- ☐ Yeterliyim
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersizim
- ☐ Çok yetersizim

41. Yazılım sisteminizi serviks kanseri tarama çalışmaları açısından yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Çok yeterli
- ☐ Yeterli
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersiz
- ☐ Çok yetersiz

42. Yazılım sisteminiz kişiler size başvurduğunda testi yaptırmayı konusunda uyarı veriyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

43. Kullandığınız yazılım sisteminde serviks kanseri tarama hedef nüfusunuzdaki kişilerin HPV DNA-Smear testi sonuçlarını başka yerde alınmış olsa da görebiliyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

44. AHB'nizde, "HPV DNA-Smear Testi" numune alımı için fiziki çalışma koşullarınız yeterli mi?

- ☐ Çok yeterli
- ☐ Yeterli

- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersiz
- ☐ Çok yetersiz

45. Birinci basamakta serviks kanseri tarama çalışmalarının yeteri kadar gerçekleştirilememişinin nedenleri sizce nelerdir?

- ☐ Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar
- ☐ Tarama testinden kaynaklanan sorunlar
- ☐ Birinci basamak ekibinden kaynaklanan sorunlar
- ☐ Tarama yapılacak popülasyondan (eğitimsizlik, risk duyarsızlığı, korku vb...) kaynaklanan

45a. Bu sorunların düzeltilmesi için çözüm önerileriniz nelerdir?

BÖLÜM 5: MEME KANSERİ TARAMASI PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

46. AHB'nizde Meme kanseri tarama hedef nüfusunuz kaçtır? Lütfen yazınız...

47. **Mamografi Testi;** Hangi yaş aralığındaki kadınlara kaç yılda bir yapılıyor?

- ☐ Biliyorum (Biliyorsanız lütfen yazınız.....yaş arası/.....yılda bir)
- ☐ Emin Değilim
- ☐ Bilmiyorum

48. “*Klinik Meme Muayenesi*” ve “*Kendi Kendine Meme Muayenesi*” (KKMM) ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Cevabınız Hayır ise 49.soruya geçiniz lütfen.

48a.Aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Kesinlikle yeterli
- ☐ Yeterli
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersiz
- ☐ Kesinlikle yetersiz

49. AHB'de “*Klinik Meme Muayenesi*” yapılması gerekliliğine inanıyor musunuz?

- ☐ Kesinlikle yapılmalı
- ☐ Yapılmalı

- ☐ Kararsızım
- ☐ Yapılmamalı
- ☐ Kesinlikle yapılmamalı

50. AHB'nizde "Klinik Meme Muayenesi" yapıyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

51. AHB'nizde Klinik Meme Muayenesini çoğunlukla kim yapıyor?

- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Aile Sağlığı Elemanı
- ☐ Yardımcı Sağlık Personeli (Dışarıdan ücretli çalıştırılan)
- ☐ KETEM Personeli

Cinsiyetiniz Erkek ise Lütfen 53. soruya geçiniz.

52. Kendinize "KKMM" yapıyor musunuz?

- ☐ Düzenli yapıyor
- ☐ Düzensiz yapıyor
- ☐ Hayır yapmıyor ise; nedeni nedir? Lütfen Yazınız.....

53. AHB'nizde kadınlara "KKMM" öğretilmesi gerekliliğine inanıyor musunuz?

- ☐ Kesinlikle öğretilmeli
- ☐ Öğretilmeli
- ☐ Kararsızım
- ☐ Öğretilmemeli
- ☐ Kesinlikle öğretilmemeli

54. AHB'nizde "KKMM" kadınlara öğretiliyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

55. AHB'nizde "KKMM" kadınlara çoğunlukla kim tarafından öğretiliyor?

- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Aile Sağlığı Elemanı
- ☐ Yardımcı Sağlık Personeli (Dışarıdan ücretli çalıştırılan)

☐ KETEM Personeli

56. Sizce Meme Kanseri, KKMM ve MMG konusunda bilgilendirme öncelikle kimin görevidir?

- ☐ 1.Basamak Sağlık Hizmetleri (Aile Hekimlikleri)
- ☐ 1.Basamak Sağlık Hizmetleri (KETEM)
- ☐ 2.Basamak Sağlık Hizmetleri
- ☐ 3.Basamak Sağlık Hizmetleri

57. AHB'nizde ayda ortalama kaç kişi KETEM'de Meme kanseri tarama testi yaptırıyor? Yazınız.....

58. AHB'nizde günlük çalışma pratiğiniz içerisinde kadınları meme kanseri tarama programına katma konusunda kendi performansınızı nasıl buluyorsunuz?

- ☐ Çok yeterliyim
- ☐ Yeterliyim
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersizim
- ☐ Çok yetersizim

59. Yazılım sisteminizi meme kanseri tarama çalışmaları açısından yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Çok yeterli
- ☐ Yeterli
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersiz
- ☐ Çok yetersiz

60. Yazılım sisteminiz meme kanseri tarama hedef nüfusunuzdaki kişiler size başvurduğunda MMG yaptırması konusunda uyarı veriyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

61. Yazılım sisteminizde kişilerin KETEM de yapılan MMG sonuçlarını görebiliyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

62. AHB'nizde kişileri bilgilendirip Mamografiye yönlendirmek, *Klinik Meme Muayenesi yapmak ve KKMM öğretmek* için fiziki çalışma koşullarınızın yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Çok yeterli

☐ Yeterli

☐ Kararsızım

☐ Yetersiz

☐ Çok yetersiz

63. Birinci basamakta meme kanseri tarama çalışmalarının yeteri kadar gerçekleştirilememesinin nedenleri sizce nelerdir?

☐ Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar

☐ Tarama testinden kaynaklanan sorunlar

☐ Birinci basamak ekibinden kaynaklanan sorunlar

☐ Tarama yapılacak popülasyondan (eğitimsizlik, risk duyarsızlığı, korku vb...) kaynaklanan sorunlar

63a. Bu sorunların düzeltilmesi için çözüm önerileriniz nelerdir?

BÖLÜM 6: KOLON KANSERİ TARAMASI PERFORMANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

64. AHB'nizde "GGK" yapılması gerekli hedef nüfusunuz kaçtır?.....

65. "GGK Testi" hangi **yaş aralığında** kaç yılda bir yapılıyor ?

☐ Biliyorum (Biliyorsanız lütfen yazınız...-....yaş arası/yılda bir)

☐ Emin Değilim

☐ Bilmiyorum

65a. "GGK Testi" **Pozitif ise** hasta nasıl yönlendirilmelidir?

☐ Biliyorum

☐ Emin Değilim

☐ Bilmiyorum

66. "GGK Testi" *yapmayı biliyor musunuz?*

☐ Biliyorum

☐ Emin Değilim

☐ Bilmiyorum

67. "GGK Testi" yapımı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Cevabınız Hayır ise 68. Soruya geçin

67a.GGK Testi” ile ilgili aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Kesinlikle yeterli
- ☐ Yeterli
- ☐ Emin Değilim
- ☐ Yetersiz
- ☐ Kesinlikle yetersiz

68. Kendinize “GGK Testi” yaptırdınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır ise; yaptırmama nedenini lütfen yazınız.....
- ☐ Yaş grubunda değilim

69. AHB’nizde hedef yaş grubunuzdaki kişilere “GGK ” yaptırmayı önerir misiniz?

- ☐ Kesinlikle yaptırmasını öneririm
- ☐ Yaptırmasını öneririm
- ☐ Emin değilim
- ☐ Yaptırmasını önermem
- ☐ Kesinlikle yaptırmasını önermem

70. AHB’nizde “GGK Testi” yapılıyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

71. AHB’nizde “GGK Testi” çoğunlukla kim tarafından yapılıyor?

- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Aile Sağlığı Elemanı
- ☐ Yardımcı Sağlık Personeli (Dışarıdan ücretli çalıştırılan)
- ☐ KETEM/TSM Personeli

72. AHB’nizde ayda ortalama kaç kişiye GGK yapılıyor? Lütfen yazınız.....

73. Hedef yaş grubuna “Kolonoskopi” kaç yılda bir yapılması gerekiyor biliyor musunuz?

- ☐ Biliyorum (Biliyorsanız lütfen yazınız.....-..yaş arası/...yılda bir)
- ☐ Emin Değilim

☐ Bilmiyorum

74. Kendinize ‘Kolonoskopi’ yaptırdınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır ise; yaptırmama nedeniniz nedir? Lütfen yazınız.....

☐ Yaş grubunda değilim

75. Sizce Kolon kanseri ve tarama testleri hakkında bilgilendirme öncelikli olarak kimin görevidir?

☐ 1.Basamak Sağlık Hizmetleri (Aile Hekimlikleri)

☐ 1.Basamak Sağlık Hizmetleri (KETEM)

☐ 2.Basamak Sağlık Hizmetleri

☐ 3.Basamak Sağlık Hizmetleri

76. AHB’nizde Kolon kanseri tarama hedef nüfusunuzdaki kişileri tarama programına katma konusunda kendi performansınızı nasıl buluyorsunuz?

☐ Çok yeterliyim

☐ Yeterliyim

☐ Kararsızım

☐ Yetersizim

☐ Çok yetersizim

77. Yazılım sisteminizi kolon kanseri tarama çalışmaları açısından yeterli buluyor musunuz?

☐ Çok yeterli

☐ Yeterli

☐ Kararsızım

☐ Yetersiz

☐ Çok yetersiz

78. Yazılım sisteminiz kişiler size başvurduğunda “GGK testi” yaptırması için uyarı veriyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

79. Yazılım sisteminizde “GGK testi” sonuçlarını başka yerde alınmış olsa da görebiliyor musunuz?

☐ Evet

- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

80. AHB'nizde "GGK testi" yapmak için fiziki çalışma koşullarınız sizce yeterli mi?

- ☐ Çok yeterli
- ☐ Yeterli
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yetersiz
- ☐ Çok yetersiz

81. Birinci basamakta kolon kanseri tarama çalışmalarının yeteri kadar gerçekleştirilememesinin nedenleri sizce nelerdir?

- ☐ Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar
- ☐ Tarama testinden kaynaklanan sorunlar
- ☐ Birinci basamak ekibinden kaynaklanan sorunlar
- ☐ Tarama yapılacak popülasyondan (eğitimsizlik, risk duyarsızlığı, korku vb...) kaynaklanan sorunlar

81a. Bu sorunların düzeltilmesi için çözüm önerileriniz nelerdir? Lütfen Yazınız.....
Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz...

EK 6: TEZ İNTİHAL RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı...²¹¹MANİSA KENT MERKEZİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KANSER TARAMA PERFORMANSLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Tezime ilişkin 05/07/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 21'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
05-07-2019

Adı Soyadı : Şebnem Güvenç
Öğrenci No : 151343001
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı
Programı : Halk Sağlığı

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.

(Unvan, Ad Soyad, İmza)
Prof.Dr.Pınar Erbay Dünder

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreci içerisinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekte yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

12.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Şebnem	Soyadı	GÜVENÇ
Doğum Yeri	İzmir	Doğum Tarihi	18.04.1978
Uyruğu	T.C.	Tel	0 505 453 16 54
E-mail	sebnemguvenc2006@yahoo.com.tr		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı A.D.	Devam ediyor...
Lisans	Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi	2002
Lise	İzmir Karşıyaka Lisesi	1995

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hekim	UşakAhat/Büyükoturak/Hallaçlar/Kızılcasöğüt S.O.	2003-2009
Aile Hekimi	Uşak İlyaslı, Güllü ve Karahallı Aile Sağlığı Merkezi	2009-2011
Hekim	Turgutlu Toplum Sağlığı Merkezi	2011-2014
Hekim	Şehzadeler Toplum Sağlığı Merkezi	2014-2016
Sorumlu Hekim	Şehzadeler Sağlıklı Hayat Merkezi ve KETEM	2016.....

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu ☐								
YDS	ÜDS	IELTS	TIBT	TPBT	TCBT	FCE	CAE	CBÜ YABANCI DİL SINAVI
								70

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	64.999	66.732	66.781

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İYİ
SPSS	İYİ

Bilimsel Faaliyetler

- 1)** Manisa Şehzadeler EATSM 2, 3 ve 7 No.'lu Kentsel ASM Bölgelerinde 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Araştırması; 2015.
- 2)** SAYKAD (Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği Kongresi), Sözel Bildiri Sunumu; Manisa Bazı Kentsel ASM Bölgelerde 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. 2016
- 3)** 8.Temel sağlık Hizmetleri Sempozyumu Poster Sunumu; Manisa Bazı Kentsel ASM Bölgelerde 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi, 2016.

