



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kader KILIÇ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TOKAT
2025



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kader KILIÇ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Oktay

TOKAT

2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecinde ve tez sürecimde bilgisinden ve deneyimlerinden yararlandığım değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY'a, uzmanlık eğitim sürecime büyük katkıları olan değerli hocalarım Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK'e, Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ'ye,

Her zaman yanımda olan canım ailem ve sevgili nişanlım Özkan'a teşekkür ederim.

Dr. Kader KILIÇ

ÖZET

Kanser taramaları sağlığın korunmasında önemlidir. Çalışmamızda Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymayı amaçladık.

Çalışmamızın evrenini; üniversite hastanemizde hekim, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve ebe olarak çalışan sağlık personelleri oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiştir. Çalışmada literatür incelenerek hazırlanan anket formu ve 2023 yılında geliştirilen “Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği” kullanılmıştır.

Çalışmamıza %49,8’i hekim, %43,7’si hemşire ve ebe, %6,5’i sağlık memuru olmak üzere toplam 229 sağlık çalışanı katılmıştır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %55,5’i kadın, %59,0’ı evli ve yaş ortalaması $30,57 \pm 5,09$ dır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %58,5’unun ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisi olduğu ve %53,7’sinin de taranan tüm kanserleri doğru bildiği ve %73,8’inin hasta/yakınlarına kanser taramaları hakkında önerilerde bulunduğu saptandı. Ayrıca Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam puan ortalaması $20,40 \pm 4,51$ olup sağlık çalışanlarının %81,7’inin kanser taramaları hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu saptandı. Bununla beraber %7,9’u kanser taraması yaptırmıştı ve yaptırmama nedeni olarak “şikayetim olmadığı için” ve “yaşım genç olduğu için” ifadelerinin öne çıktığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanları toplum sağlığının korunmasında rol model olan kişilerdir. Bu kapsamda çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun kanser taramaları konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları önemlidir. Ancak kanser taraması yaptırma oranlarının düşük olması düşündürücüdür. Çalışmanın yaş ortalaması genç olan bir popülasyonda yapılması bu durumu etkileyen bir faktör olmakla beraber; şikayetim olmadığı için yaptırmadım önermesinin yaptırmama nedenleri açısından öne çıkması dikkat çekicidir. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlere ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Kanser, tarama, sağlık çalışanları

ABSTRACT

Cancer screenings are important for the protection of health. In our study, we aimed to determine the knowledge, attitudes, and behaviors of healthcare workers at Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital regarding cancer screenings.

The population of the study consisted of healthcare personnel working as physicians, nurses, health officers, emergency medical technicians, and midwives at our university hospital. It was planned to reach the entire population, and no sampling method was used. No sample was selected. In the study, a questionnaire form prepared by reviewing the literature and the "Knowledge Scale for Cancer Screening" which was developed in 2023 were used.

A total of 229 healthcare workers participated in our study, of whom 49.8% were physicians, 43.7% were nurses and midwives, and 6.5% were health officers. Among the participants, 55.5% were women, 59.0% were married, and the mean age was 30.57 ± 5.09 years. It was found that 58.5% of the healthcare workers had knowledge of the National Cancer Screening Program implemented in our country, 53,7% correctly identified all cancers included in the screening program, and 73.8% reported providing recommendations about cancer screenings to their patients/relatives. Additionally, the mean total score of the Knowledge Scale for Cancer Screening was 20.40 ± 4.51 , and 81.7% of the participants were determined to have an adequate level of knowledge regarding cancer screenings. However, only 7.9% had undergone cancer screening themselves, and the most common reasons for not being screened were “Because I have no complaint” and “Because I am young.” Healthcare workers are role models in the protection of public health. In this context, the fact that most participants in our study had an adequate level of knowledge about cancer screenings is important. However, the low rate of undergoing cancer screening is noteworthy. Although the fact that the study was conducted on a population with a young average age is a factor affecting this situation, it is noteworthy that the suggestion that I did not have it done because I had no complaints is prominent among the reasons for not having it done. In this regard, we believe that healthcare workers need in-service training on this topic.

Keywords: Cancer, screening, healthcare workers

İÇİNDEKİLER

Sayfa	
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ	10
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanserin Tanımı	3
2.2. Kanserin Epidemiyolojisi	3
2.3. Kanserin Etyolojisi	4
2.3.1. Yaş	5
2.3.2. Cinsiyet	5
2.3.3. Genetik ve Kalıtsal Faktörler	5
2.3.4. Hormonal ve Metabolik Faktörler	5
2.3.5. Yaşam Tarzı ve Sosyoekonomik Faktörler	6
2.3.6. İmmün Sistem ve Enfeksiyöz Etkenler	7
2.4. Kanserden Korunma	7
2.5. Kansere Taramaları	8
2.5.1. Tarama Nedir, Kansere Taramalarının Önemi, Tarama Kriterleri	8
2.5.2. Dünyada Kansere Taramaları	8
2.5.3. Türkiye'de Yapılan Ulusal Kansere Taramaları	9
2.5.3.1. Serviks Kanseri	10
2.5.3.2. Meme Kanseri	11
2.5.3.3. Kolorektal Kansere (KRK)	13
2.5.3.4. Prostat Kanseri	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Türü	15
3.2. Etik Kurul Onayı	15

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	15
3.5.Verİ Toplama	15
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	16
4.BULGULAR	17
5.TARTIŞMA	31
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	36
7.KAYNAKLAR	37
8.EKLER	46



KISALTMALAR

KTYBÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KRK: Kolorektal Kanser

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

IARC: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

APC: Adenomatöz Polipozis Coli

HPV: Human Papilloma Virüs

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

PAP: Papanicolaou Testi

GGK: Gaitada Gizli Kan

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

LCIS: Lobüler Karsinoma İn Situ

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

USPSTF: Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü

FAP: Ailesel Adenomatöz Polipozis

HNPCC: Herediter Non Polipozis Kolorektal Kanser

PSA: Prostat Spesifik Antijen

SMB: Swiss Medical Board

PSM: Prostat Spesifik Membran

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	26
2. Sağlık çalışanlarının kendilerinde/ailesinde kanser olma durumu.....	27
3. Ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisi olanların program kapsamında taranan kanser türlerine verdikleri yanıtların dağılımı.....	28
4. Ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisi olanların program kapsamında taranan kanser türlerini tam olarak bilme durumu.....	29
5. Kanser taraması yaptırmama nedenlerinin dağılımı.....	29
6. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'ne verilen cevapların dağılımı.....	30
7. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı.....	32
8. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	34
9. Sağlık çalışanlarının kanser tanısı, tarama ve bilgi düzeyleri ile Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	36
10. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki.....	38
11. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği regresyon analizi.....	38

1.GİRİŞ

Kanser; önemli bir halk sağlığı problemidir. Kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutar (1).

Kanser tanısının erken evrede konması kanserin tedavisini, tedavi takibini ve sağ kalımı etkilemesi sebebiyle kanser taramaları büyük bir öneme sahiptir. Ülkemizde de kanser ile ilgili ilk düzenlemelerin 1947 yılında başladığını görmekteyiz (2). Dünyada pek çok ülkede kanser tarama programları yürütülmektedir. Ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmeti verilen merkezlerde DSÖ' nün önerdiği meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütülmektedir (3). Programın standartları 2008 yılında yayınlanmış; faz III kanser kontrol programı da 2021 yılında yayınlanmıştır (2).

Aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, sağlıklı hayat merkezi, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ve gezici mamografi araçlarında tarama programları yürütülmekte ve şüpheli olan olgular ileri tetkik ve tedavi için üst basamaklara sevk edilmektedir (2). Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde aktif rol oynamaktadırlar. Bu kapsamda kanser tarama programlarının yürütülmesine de 2013 yılı itibariyle entegre edilmişlerdir (2).

Ulusal kanser tarama programında serviks kanseri taraması kapsamında 30-65 yaş aralığındaki kadınları HPV testi ile taranması ve sonuçlar normal ise 5 yılda 1 tarama önerilirken; sonuçların yetersiz/pozitif/şüpheli çıkması durumunda testin tekrarlanması ve/veya ayrıntılı inceleme için teşhis merkezlerindeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirilmesi önerilmektedir. Meme kanserinde mamografiyle 40-69 yaş aralığındaki kadınlar taranmaktadır. Ayrıca tarama önerileri arasında kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi de vardır. Bu öneriler için başlangıç yaşı 20'dir. Kolorektal kanser taramasında ise Gaitada Gizli Kan Testi ve kolonoskopi ile tarama yapılmakta ve tarama sıklıkları sırasıyla; 2 yılda bir ve 10 yılda bir şeklinde ve hedef yaş grubu 50-70 yaş arasındır (2).

Sağlık çalışanlarına meslekleri itibariyle toplumun bilgilendirilmesi ve taramaların en iyi şekilde yürütülmesi ve taramalara katılımın artırılması için büyük roller düşmektedir. Biz de bu çalışmamızla Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve

davranışlarını ortaya koymayı amaçladık. Böylece sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitim ihtiyacının belirlenmesine katkı sağlamayı ve konu hakkında literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Kanserin Tanımı

Kanser neoplazm ve kötü huylu tümör olarak da adlandırılabilen; vücudun herhangi bir yerinde oluşabilen ve anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalmasıyla karakterize, metastaz yapma yeteneği olan bir hastalık grubudur (4). Anormal hücre büyümelerinin hepsi kanser demek değildir. İyi huylu (kansere değil) ve kötü huylu (kansere) tümör olarak ayrılabilir, prekanser olarak adlandırılan henüz kanser olmamış ama kansere öncül lezyonlar olabilir. İyi huylu olarak nitelendirilen tümör; geliştiği dokunun dışına çıkmayan, yayılım göstermeyen olarak tanımlanırken, kötü huylu tümör geliştiği dokudan kan, lenf veya direkt olarak yayılım gösterip başka dokulara yayılan olarak tanımlanabilir. Kanser gelişimde gen mutasyonları, kontrolsüz ve sürekli hücre büyümesi, tümör oluşumu, yakın veya uzak dokulara yayılım göstermesi rol oynar. Kanserin birçok türü bulunmaktadır. Başlangıç yeri, köken aldığı hücre tipi kanserin türünü belirler. Kanser türünün belirlenmesi önemlidir çünkü türüne göre yavaş veya hızlı büyüyebilir. Uzak dokulara yayılım gösterip göstermeyebilir ve tedavi şeklini değiştirebilir. Örneğin bazı kanser türleri radyoterapi, bazı kanser türleri kemoterapiden fayda görebilir. Bu nedenle kanserin tam türünün belirlenmesi tedavi ve izlem için çok önemlidir. Kanser hastalığında bir önemli detay da hastalığın evresinin belirlenmesidir. Evre kanserin yayılıp yayılmaması ve yayıldıysa uzak mı yakın mı olmasına göre göre belirlenir (5).

2.2 Kanser Epidemiyolojisi

Kanserin dünyada ve ülkemizde ölümler arasında ikinci sıklıkta yer alması kanseri halk sağlığı problemi açısından önemli bir yere taşımaktadır. Dünyada her yıl 10 milyondan fazla kanser tanısı, 6 milyondan fazla kansere bağlı ölüm görülmektedir. 10 milyon yeni tanı kanser hastasının 4,7 milyonu gelişmiş ülkelerde, 5,5 milyonu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Dünyada ölümlerin %12'sinden kanser hastalığı sorumlu tutulmaktadır. 20 yıl içinde kansere bağlı ölümlerin 6 milyondan 10 milyona yükseleceği öngörülmektedir (6).

Dünya genelinde 2022 yılı verilerine göre her iki cinsiyette en sık görülen kanserlere baktığımızda; ilk sırada trakea, bronş ve akciğer kanserleri yer alırken ikinci sırada meme kanserleri ve üçüncü sırada da kolorektal kanserler (KRK) gelmektedir. Cinsiyete göre ilk üç sırada yer alan kanserler sırasıyla erkeklerde trakea, bronş ve akciğer, prostat kanserleri ve KRK iken kadınlarda ise meme, trakea, bronş ve akciğer kanserleri ve KRK gelmektedir (7). Ülkemizde ise aynı yılın verilerine göre akciğer, meme, kolon, prostat ve tiroid kanseridir en sık görülen kanserlerdir. Türkiye’de kansere bağlı ölümlerde sıklık sıralaması akciğer, KRK, mide, pankreas, meme kanseri şeklindedir (8)

2025 TÜİK verilerine göre ölüm sebepleri karşılaştırıldığında 2024 yılında %36,0 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sıradayken, %16,3 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ikinci sırada yer alır (9).

2.3.Kanser Etiyolojisi

Kanser nedenleri tam olarak açıklanamamakla birlikte ile genetik risk faktörleri, çevresel ve kişisel risk faktörleri kanser etyolojisinde etkili olmaktadır. Genetik faktörler arasında proto-onkogenlerin aktivasyonu, tümör baskılayıcı genlerin inaktivasyonu ve DNA tamir genlerindeki mutasyonlar sonucu oluşabilir. Bu değişiklikler kalıtsal veya çevresel olabilir. Çevresel faktörler arasında tütün kullanımı, alkol kullanımı, iyonize ve UV radyasyon, bazı kimyasal ajanlar, hava kirliliği, viral bazı enfeksiyonlar (HPV, Hepatit B ve C virüsleri, EBV vs.) sayılabilir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı bir araştırmaya göre kansere bağlı ölümlerin nedenlerinin %35’inin değiştirilebilir risk faktörleri olduğu görülmektedir. Değiştirilebilir risk faktörleri, önlenabilir olmasıyla da önemlidir. Tütün ve alkol kullanımı, beslenme şekli, radyasyon, enfeksiyonlar, ultraviyole ışınları değiştirilebilir faktörleri olarak sayılabilir (10). Bununla birlikte bireysel faktörler de kanser gelişiminde önemli yer tutmaktadır. Bireysel faktörler arasında obezite, dengesiz beslenme ve yaşam tarzı, fiziksel inaktivite, immün sistem yetersizlikleri ve hormonal dengesizlikler sayılabilir. Yani kanser tek bir sebebe indirgenemeyecek olup pek çok faktörün etkisiyle ve etkileşimiyle ortaya çıkabilecek durumdur (11).

2.3.1.Yaş

Yaş kanser etyolojisinde hem bireysel hem de değiştirilemeyen bir risk faktörüdür. İleri yaşla hücresel DNA hasarı birikir, tamir mekanizmaları etkinliği azalır. Böylece hem hasarlı malign hücreler oluşur hem de oluşan bu hücreler vücutta etkinliklerini sürdürür. 50 yaş ve üzeri bireylerde karsinogenlere uzun süreli maruziyet, genetik hasarlanmanın birikmesi ve hücre yenilenmesinin azalması ile birlikte kanser gelişim riski artar (12). Bazı kanser türleri yaşla artmakla beraber bazı türleri ise çocukluk çağına özgü veya çocukluk çağında daha çok görülebilir. Yaşlanma ile birlikte oksidatif stres artması ve telomer kısalması ve genetik değişiklikler de karsinogeneizde etkilidir (13).

2.3.2.Cinsiyet

Cinsiyet hormonal yapıyı ve genetik olarak değişiklikleri etkilediği için kanser gelişiminde değiştirilemez bir risk faktörüdür. Erkeklerde kanser ihtimali daha yüksektir. Yaşamları boyunca erkeklerde %44, kadınlarda %38 oranında kanser riski vardır (14). Erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal kanserleri daha sık görülür. Bunun sebebi olarak erkek cinsiyette tütün ve alkol kullanımının daha fazla görülmesi, androjen hormon etkisi, mesleki maruziyetler gösterilebilir. Kadınlarda meme, tiroid, serviks, over kanserleri daha sık görülür. Bunun sebebi olarak da kadın cinsiyet hormonları ve bu hormonlara bağlı gelişen dokulardaki hücre proliferasyonu kanser gelişiminde önemlidir (15).

2.3.3.Genetik ve Kalıtsal Faktörler

Kalıtsal mutasyonlar erken yaşta başlayan kanserlerin altında yatan önemli sebeplerdendir. Birey kendisi kanser olmasa dahi ailesinde aynı kanser türünden pek çok kişiye görülebilir. Örneğin APC gen mutasyonu Ailesel Adenomatöz Polipozis ve kolorektal kanser gelişimiyle ilişkilidir. Ancak kanser oluşumu sadece genetiğe bağlanamaz. Altından yatan birçok sebep olabilir. Sebeplere belirlenmesine bağlı sonuca gidilmesi hem önlenmesi hem de tedavi açısından önemlidir (16).

2.3.4.Hormonal ve Metabolik Faktörler

Endojen ve eksojen hormonlar, metabolik sendrom ve obezite kanser gelişimde yer alabilir. Oral kontraseptif kullanımı gibi dışardan hormon alımı uzun süreli kullanımda kanser gelişimde rol oynayabilmektedir. Obezitede artmış insülin direnci ve inflamasyon ile çeşitli kanser oluşumunda etkili olur (17).

2.3.5.Yaşam Tarzı ve Sosyoekonomik Faktörler

Tütün kullanımı öncelikli akciğer kanseri olmak üzere larenks, mesane, pankreas kanser gelişiminde de yer alır. Tütün kullanımı kanser oluşumunda önlenabilir sebepler arasında öncelikli olarak gelir (18). Tütün kullanımı anne karnından itibaren başta kanser olmak üzere pek çok akut ve kronik hastalığa sebep olabilmektedir. Türkiye’de tütün kullananların sayısının 15 milyondan fazla olduğu düşünülmektedir. Her yıl dünya genelinde neredeyse 8 milyon kişi tütün ürünü kullanımına bağlı gelişen hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayının ülkemizde her yıl yaklaşık 100 bin kişi olduğu tahmin edilmektedir (19). Pasif içicilik olarak bilinen, kişinin kendi sigara kullanmamasına rağmen uzun süre sigara dumanına maruz kalması durumunda da risk artışı olmaktadır. Ülkemizde akciğer kanserlerinin %90’ına sigara kullanımı sebep olarak gösterilir. Etkili bir tütün kontrol programı ile yılda yaklaşık 110.000 hayat kurtarılabilir olarak hesaplanabilir (20). Alkol, çok sayıda kanserojen bileşik içermekle birlikte kanser riskini asıl olarak etanolle artırmaktadır. Etanolün karsinojenik mekanizmaları, asetaldehit metabolizmasından kaynaklanan mutajenik ve prokarsinojen bileşiklerin üretimi neticesinde meydana gelir. Alkolün prostoglandinlerin üretimini, lipid peroksidasyonunu ve serbest radikallerin açığa çıkarılmasını tetikleyerek kanser oluşumuna sebep olduğu düşünülmektedir (21). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), alkolün grup 1 karsinojen olarak tanımlanmasının gerekli olduğunu düşünmektedir. Yüksek ve devamlı alkol alımı; ağız boşluğu, farinks, gırtlak gibi birçok türü riskini artırmaktadır (22). Dengesiz beslenme, fiziksel inaktivite, obezite ve stres kanser gelişimini artıran faktörlerdendir. Obezite ve beslenmede fazla yağ tüketimi kolon ve meme kanserleri açısından ilişkili bulunmuştur. Her iki cinsiyette de santral ve visceral adipozite meme, endometrium, böbrek, safra kesesi, pankreas, kolon, yemek borusu ve prostat da dahil olmak üzere birçok kanserde, insidans ve mortalite açısından ilişkilidir (23). Kırmızı et tüketimi özellikle de işlenmiş et tüketimi kolorektal kanser riskini artırmaktadır (24). Bununla

beraber meyve-sebze, kabuklu yemiş, baklagil ve kepekli tahıllar doğal olarak vitaminler, fitokimyasallar ve diyet lifi açısından zengin besinler kanser oluşumunu engellediği tahmin edilen besinlerdir (25). Diyetle fitokimyasallar ve lif açısından zengin olan besinler, kısa zincirli yağ asitleri ıreterek ve ayrıca proinflatuar bakteri türlerinin oluşumunu engelleyerek kolondaki karsinogenleri azaltarak kolorektal kanser riskini azaltabileceği dşnlmektedir (26).

2.3.6.İmmün Sistem ve Enfeksiyöz Etkenler

İmmün sistem zayıflığı kanser oluşumunda etkili olur. Çeşitli enfeksiyöz etkenler de kansere sebebiyet verebilir. Örneğin *Helicobakter Pylori* bakterisi kronik inflamasyona bağlı mide kanserlerinde etkili bir neden olarak gösterilebilir (11).

Human papilloma virüs (HPV), 16 ve 18 tipleri serviks kanseri ile ilişkilidir. Kronik hepatit B ve C viral enfeksiyonları da hepatosellüler karsinom gelişimi ile bağlantılıdır (23).

2.4.Kanserden Korunma

Kanser dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemidir. Erken lmler, verimin azalması, hastalığın ve tedavi sürecinin getirdiği maliyetler sebebiyle ekonomik yük oluşması, yaşam kalitesini azaltması ile toplum düzeyinde pek çok istenmeyen etkilere sebep olmaktadır. Kanserle ilgili çalışmalar göstermiştir ki, herhangi bir bulgu vermemiş kanserlerin erkenden tanısının konulması için tarama programlarının geliştirilmesi ve uygulanması önem arz etmektedir. Kanserde epidemiyolojik çalışmalar bu nedenle çok değerli olmaktadır. Çünkü alışmalar bazı kanserlerin etyolojisinde belirli maruziyetlerin neden olduğunu göstermiştir (2).

Birincil koruma, hastalığın daha oluşmadan önlenmesidir (27). Fiziksel aktivite, dengeli beslenmek ve beden kitle indeksini normal sınırlarda tutmak, zararlı madde kullanımından kaçınmak, uygun beden kitle indeksine sahip olmak, stresten kaçınmak ve kaliteli uyku birincil koruma önlemleri olarak örnek gösterilir (16). İkinicil korumada amaç oluşan hastalığın tanısının erken konması için yapılan çalışmaları kapsar. Tarama programları bu bağlamda örnek olarak gösterilebilir. Sadece erken tanı ve tedavi çalışmalarını gerçekleştirmek değil, bu çalışmalar

konusunda toplumu bilgilendirmek ve bilinçlendirmek de amaçları arasındadır. Üçüncül korumada hastanın her yönüyle tedavisi amaçlanır (2).

2.5. Kanser Taramaları

2.5.1.Tarama nedir? Kanser Taramalarının Önemi, Tarama Kriterleri

Tarama hastalık belirtisi vermemiş asemptomatik kişilerin incelenmesi ve muayene edilmesi olarak tanımlanır. Sağlık taramaları hastalığın erken tanısının konması, tedavi başarısının artırılması ve mortalite oranının azaltılması amacıyla belirli aralıklarla kişilere uygulanır. Kanser taramalarının düzenli ve uygun şekilde yapılıyor olması kanser tanısının erken konması, kansere bağlı yaşam ve iş gücü kaybının azaltılması, tedavi başarısının artıp mortalitesini azaltmayı sağlar. Tarama programlarının uygulanabilmesi için belli kriterler mevcuttur. Bu kriterler Wilson ve Jungner tarafından 1968 yılında öne sürülmüştür (28). 1968 DSÖ yayını, Wilson kriterlerini;

- Hastalık sık görülüyor olmalıdır.
- Hastalığın nasıl ilerlediği hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Erken dönemlerde taranabilmeli, sessiz kaldığı veya erkenden semptom verdiği bir dönemi olmalıdır.
- Tarama devamlı olmalı ve kabul gören bir testi olmalıdır.
- Taraması yapılacak hastalığın; muayenesi veya testi güvenilir, etik kurallarına uygun, pratik olmalı ve toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
- Testin yapılma epizotları belirgin olmalıdır.
- Taramanın hastalığın bulunduğu takdirde iyileşme sağlayan bir tedavisi olmalıdır.
- Testler hassas ve seçici olabilmelidir.
- Hastalar arasından hangisinin tedavi edileceği hakkında ortak bir karar verilmiş olmalıdır.
- Test ekonomik olmalı ve testin etkili olduğunda sağladığı maliyet, yapılmadığında ortaya çıkan maaliyetten az olmalıdır (2).

2.5.2 Dünyada Kanser Taramaları

Dünyada pek çok ülkede kanser taramaları yapılmaktadır. Tarama programları genel hatlarıyla benzer olsa da ülkeler arasında programın yaş aralıkları, yapılma sıklığı, programın ücretli olup olmadığı arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Birkaç örnek vermek gerekirse;

ABD’de ulusal kanser tarama programları ücretli olup 21-65 yaş arası kadınlara PAP smear testi iki yılda bir, 50 yaş üzeri kişilere GGK testi yılda bir, 50-75 yaş arası kişilere kolonoskopi on yılda bir, 40-74 yaş arası kişilere mamografi ile yılda bir tarama önerilmektedir. Medicaid adı verilen bir programla genelde tüm kanser taramalarını düşük gelirli bireylere ücretsiz olarak sağlamaktadır.

Birleşik Krallık’ta ise uzmanlarca yürütülen tarama programları en iyi tarama sistemi olarak nitelendirilir. Kadınlarda meme kanseri ve serviks kanseri taraması için hedef yaş grupları sırasıyla 50-70 yaş arası ve 25-64 yaş arasıdır. Tarama sıklığı benzer olup üç yılda birdir; ancak 49 yaş üstü kadınlarda serviks kanseri taraması beş yılda bir önerilmektedir. Ayrıca 60-74 yaş arası kişilere kolorektal kanser taraması iki yılda bir önerilmektedir.

Çin’de rutin bir kanser tarama programı bulunmamaktadır. 2009’da meme ve serviks kanseri için başlatılan programın genişletilmesi planlanmaktadır.

Hindistan ilk tarama programını meme ve serviks kanseri için 30 yaş ve üzeri 100 farklı bölgede yaşayan kadınlar ile 2016 yılında başlatmıştır (2).

2.5.3. Türkiye’de Yapılan Ulusal Tarama Programları

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti verilen merkezlerde DSÖ’ nün önerdiği meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütülmektedir (3). Aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, sağlıklı hayat merkezi, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ve gezici mamografi araçlarında tarama programları yürütülmekte ve şüpheli olan olgular ileri tetkik ve tedavi için üst basamaklara sevk edilmektedir (2).

KETEM’lerde tarama programı ile ilgili eğitimi bulunan doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görev almaktadır. Her ilde neredeyse bulunmaktadır (2).

Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde aktif rol oynamaktadırlar. Bu kapsamda kanser tarama programlarının yürütülmesine de 2013 yılı itibariyle entegre edilmişlerdir (2).

2.5.3.1.Serviks Kanseri

Serviks kanseri (rahim ağzı kanseri) serviks epitelinin uzun süreli displaziye uğraması nedeniyle meydana gelen bir kanser türüdür. Serviks kanseri displastik safhadayken tanı konulabilen ve bu aşamada tedavi edilebilen bir kanserdir. Böylece taramayı kolaylaştırıp ve erken tanı şansını artırır (29).

Dünyada yılda 570000 kişi yeni tanı almakta ve 311000 kişi servikal kanser sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Servikal kanser daha çok sosyoekonomik düzeyi düşük ülkelerde görülür. Türkiye’de ise kadınlarda en sık görülen 5.kanserdir (30).

Yüksek riskli human papillomavirüsü (HPV) enfeksiyonu, serviks kanserinde temel etyolojik ajandır. HPV enfeksiyonunun pek çok alt tipi bulunmaktadır. HPV enfeksiyonlarının bazıları belirti vermeden iyileşebilirken, bazı hastalarda kronik enfeksiyon siğillere veya serviks kanserine kadar ilerleyebilir. HPV 16 ve 18, HPV ile ilişkili serviks kanseri vakalarının %70’ inden sorumludur. HPV6 ve HPV11 alt türleri ise Larinks papillomatozu ve genital siğillere sebep olarak gösterilebilir. HPV cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların en sık sebebidir. Sigara, mutipartnerlik, zayıf immün sistem, cinsel yaşama erken yaşta başlanması cinsel yolla bulaşan enfeksiyon oluşum riskini artırır. Dolayısıyla serviks kanseri riskini artırır. Oral kontraseptif kullanımı da serviks kanser gelişimine neden olabilir (31).

HPV'yi önlemek için en etkili yöntemlerden biri olan aşılama açısından; DSÖ öncelikle 9-14 yaş arası çocukların aşılmasını önermekte ve aşı şemasının seksüel aktivite başlamadan tamamlanması önemlidir. İki, dört ve dokuz valanlı olmak üzere üç tip HPV aşısı mevcuttur. Aşılar birbirine yerine kullanılmamakta ve yaş gruplarına göre aşı uygulaması farklılaşmaktadır. Ülkemizde piyasada olan dokuz valanlı aşının uygulama önerilerine baktığımızda 9-14 yaş arasında altı ay arayla iki doz, 15 yaş ve üzerinde ise üç doz aşılama (sıfırıncı, ikinci ve altıncı ayda) önerilmektedir (32). HPV

aşısının üst yaş sınırı olmamakla beraber; Türk Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneğinin 2024 yılında yayınlanan Erişkin Bağışıklama Rehberi'ndeki yetişkinlerde yaş gruplarına göre aşı önerilerine baktığımızda: HPV aşısı için 50 yaş ve üzerinde öneri olmadığını ve *“Yaşı 26 ve altında olan yetişkinlere üç doz HPV aşısı önerilir. Yaşı 26 ve üzerinde olan yetişkinler de isterlerse aşı olabilirler”* ifadelerinin yer aldığını görmekteyiz (32, s131).

Tarama testi olarak sadece servikal sitoloji veya sadece HPV testi kullanılabilmekte ya da her iki yöntemin birlikte kullanıldığı kotest uygulanabilmektedir. Tarama başlangıç yaşı, testleri açısından ülkeler arasında farklı yaklaşımlar mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü'nün (USPSTF) 2018 yılında yayınlanan önerine baktığımızda serviks kanseri açısından 21-65 yaş arası kadınların taranmasını önermektedir (Grade A). 21-29 yaş arasında sadece servikal sitoloji ile tarama önerirken; 30-65 yaş grubunda sadece servikal sitoloji, sadece HPV test veya kotest önerilebilmektedir. Tarama sıklığına baktığımızda; servikal sitoloji tarama önerileri 3 yılda bir iken HPV testi ve kotest için 5 yılda bir tarama önerilmektedir (Grade A). Serviks kanseri taraması 21 yaş altına önerilmemekte; 65 yaşında büyükler (yüksek riskli olmayan ve geçmişte yeterli tarama yaptırmışsa) ve serviksi çıkarılmış histerektomi geçirmişlere (serviks kanseri öyküsü ve yüksek derecede prekanseröz lezyon olmayanlara) ise tarama yapılmamasını önermektedir (Grade D) (33).

Ülkemizde 1992 yılından beri tarama programı yürütülmektedir. Servikal smear yöntemiyle yürütülen tarama programının; planlanan hedeflerin altında kalması sebebiyle programda değişikliğe gidilmiştir. Yeni programa 2014 yılında başlanmış ve 2020 yılında da algoritması güncellenmiştir. Bu kapsamda 30-65 yaş aralığındaki kadınları HPV testi ile taranması ve sonuçlar normal ise 5 yılda 1 tarama önerilirken; sonuçların yetersiz/pozitif/şüpheli çıkması durumunda testin tekrarlanması ve/veya ayrıntılı inceleme için teşhis merkezlerindeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirilmesi önerilmektedir (2).

2.5.3.2 Meme Kanseri

Meme kanseri, meme kanallarının, lobüler epitelin anormal ve kontrolsüz çoğalması ile oluşan malign proliferasyon durumudur. Meme kanseri, kadın cinsiyette

tüm dünyada en sık görülen kanserdir.2020 yılında bütün kanserlerin yaklaşık %11,7'sini ve kansere bağlı ölümlerin %6,9'unu kapsayarak yaklaşık 685.000 ölüme neden olmuştur (34).

Meme kanseri kadınlarda görülen kanserlerin %24'ünden, kadınlarda ölüme sebep olan kanserlerin %15'inden sorumludur (35).

50 yaş üzerinde olmak, ilk mensi 12 yaş öncesinde görmüş olmak ve geç menopoza girmek, hiç doğurmamış olmak, ilk doğum yaşının 35 üzeri olması, hiç emzirmemek, erken yaşlarda meme bölgesine yoğun radyasyon alma, uzun süreli hormon tedavisi almış olmak, uzun süreli oral kontraseptif kullanmış olmak, alkol, özellikle menopoz sonrası beden kitle indeksinin yüksek olması, memede iyi huylu dahi olsa kitlesel oluşumunun olması, daha önce atipik hiperplazi veya LCIS saptanan hastalar, mamografide dens meme parankim yapısı saptanması, meme kanseri tanısı almış birinci derece akraba bulunması meme kanseri için risk faktörüdür. Risk düzeyini belirlemek çeşitli modeller geliştirilmiştir. Yüksek riskli kadınlarda tarama daha erken yaşlarda başlamalıdır (36).

Tarama programları ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. 2024 yılından yayınlanan USPSTF önerilerinde kadınların 40-74 yaş aralığında mamografiyle taranması önerilmektedir. Tarama sıklığı iki yılda bir şeklindedir (37). Ulusal kanser tarama programımıza baktığımızda ise benzer bir öneri olduğu ancak yaş aralığı 40-69 yaş şeklindedir. Ayrıca tarama önerileri arasında kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi de vardır. Bu öneriler için başlangıç yaşı 20'dir (2) .

Kendi kendine meme muayenesi kolay, ucuz, noninvaziv ve kişinin kendi normal dokusunu bilmesiyle anormali daha iyi ayırt edebilmesi nedeniyle meme kanseri taramasında önemlidir (38). Kişi muayeneye inspeksiyon ile başlamalı, memede asimetri olup olmasına, deride kızarıklık veya çöküklük olup olmasına dikkat etmeli. 2. 3. ve 4. parmaklarının uç ve iç kısımları önce memeyi sıkarak akıntı olup olmadığına bakmalı, meme dokusu sıkıştırılarak ele gelen kitle olup olmadığı kontrol edilmelidir. Daha sonra koltuk altına doğru parmaklarla bastırılarak koltuk altı lenf bezleri kontrol edilmelidir. Bu yapılanlar her iki memede ve hem ayakta hem de

yatarak yapılmalıdır. Klinik muayene ise yılda bir kez genel cerrahi uzmanı veya aile hekimi veya kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılan muayenedir (2).

2.5.3.3.Kolorektal Kanser (KRK)

Kolorektal kanser (KRK), genellikle adenokarsinom olarak karşımıza çıkan ve kolon rektum epitel hücrelerinden meydana gelen birtakım olaylar neticesinde gelişen kanser türüdür. Poliplerden invaziv kansere ilerleme gösterebilir (39). Tüm dünyada, her iki cinsiyette görülen kanser türleri arasından %9,6 görülme oranı ile en sık görülen 3. kanser KRK' dir. Ülkemizde de her iki cinsiyette en sık görülen 3. kanser KRK iken %9,0 oranıyla ölüme sebebiyet veren kanserler arasında kolorektal kanserler ikinci sırada yer almaktadır. Bu nedenle önemli bir halk sağlığı problemidir (8).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), KRK tanısı alanların 2040 yılına kadar yılda %63 artarak 3,2 milyona, ölüm oranının ise yılda %73 artarak 1,6 milyona çıkacağını tahmin etmektedir. KRK siyah ırkta beyaz ırka göre; erkeklerde kadınlara nazaran daha fazla görülmektedir. Yaşla birlikte görülme sıklığı artar. Kişinin kalıtsal mutasyon varlığı KRK riskini artırır (Ailesel Adenomatosis Poliposis Koli (FAP) ve Herediter Non-poliposis Kolorektal Kanser (HNPCC) gibi). Kişinin inflamatuvar bağırsak hastalığının olması riski yine artırır. Kistik fibrozis (KF), akromegali hastalığının bulunması, kolesistektomi olmuş olması, abdominal radyasyon almış olması riski artırır ve bu risk faktörleri değiştirilemez risk faktörleridir. Değiştirilebilen risk faktörleri ise yaşam tarzı, obezite, diyet, sigara, alkol, diyabet ve insülin direnci varlığı bağırsak mikrobiyotasıdır (40).

Tarama testi olarak dışkı bazlı testler ve doğrudan görselleştirme şeklindeki testler kullanılabilmekte ve riskler/yararlar değişkenlik göstermektedir. USPSTF'nin 2021 yılı Kolorektal kanser taraması için önerilerine baktığımızda; 50-75 yaş arası yetişkinlerde taramayı Grade A olarak önerirken; 45 yaşından itibaren taramanın başlatılmasını da Grade B olarak önermektedir. 85 yaşından sonra taramanın kesilmesi gerektiği 76-85 yaş arası yetişkinlerde ise tarama kararının bireyselleştirilmesi gerektiği Grade C olarak önerilmektedir (41).

Ülkemizde tarama programı 50-70 yaş aralığını kapsar. Gaitada Gizli Kan Testi ve kolonoskopi ile tarama yapılmakta ve tarama sıklıkları sırasıyla; 2 yılda bir ve 10

yılda bir şeklindedir. İki yıl arayla yapıp, son iki tarama sonucu negatif olan 70 yaş ve üzeri kişiler artık tarama programına dahil edilmez. Birinci derece yakınlarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olan kişilerde taramalar daha erken başlatılır. Birinci derece yakınlarında erken yaşta kolorektal kanser tanısı alan kişilerde 40 yaş itibariyle başlamak kaydıyla tanı alan yakınındaki kanserin oluş yaşından 5 yıl önce tarama başlatılır (2).

2.5.3.4.Prostat Kanseri

Erkek cinsiyette en sık görülen üçüncü kanserdir. 50 yaş itibariyle sıklık göstermektedir (42). Türkiye’ de, Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Kılavuzu, ailesinde prostat kanseri varlığı olan 40 yaş üstü erkekler ve ailede prostat kanser varlığı olmayan 50 yaş üstü erkeklere tarama amaçlı hastayı bilgilendirmek ve bilinçlendirmeyi, üroloji uzmanlığınca değerlendirilmesini önermektedir (43).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Çalışmamız; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymayı amaçlandığımız kesitsel bir çalışmadır.

3.2.Etik Kurul Onayı

Çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.07.2025 tarihinde 25-MOBAEK-229 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamızın evrenini; üniversite hastanemizde hekim, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve ebe olarak çalışan sağlık personelleri oluşturmaktadır. Evreninin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Örneklem seçilmemiştir.

3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde sağlık çalışanı olmak çalışmaya dahil edilme kriteri olarak, çalışmaya katılmayı kabul etmeme ise dışlanma kriteri olarak belirlenmiştir.

3.5.Veriler Toplama

Çalışmada veri toplamak için iki form kullanılmıştır. Birinci formda araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan anket formu da uygulanmıştır (44-48). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, medeni hali, eğitimi, meslek, daha önce kanser taraması yaptı mı yaptırmadığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, egzersiz yapıp yapmadığı, kronik hastalık olup olmadığı, kanser tanısı varlığı, akrabada kanser varlığı ve ülkemizde yapılan kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarına dair sorular yer almaktadır. İkinci formda 2023 yılında geliştirilen “Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği”nin uygulanması planlanmıştır. Ölçeğin kullanılması için gerekli izinler e-mail yoluyla alınmıştır. Ölçek 25 maddeden oluşmakta ve Doğru, Yanlış, Bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmakta ve "Doğru" yanıtları 1 puan, "Yanlış" ve "Bilmiyorum" yanıtları 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçekte üç madde ters kodlanmakta ve

alınabilecek puan dağılımı 0-25 aralığında değişebilmekte ve kesme noktası belirlenmemiştir. Ancak toplam puanın %70'i ve üzerinde (17,5 puan ve üzeri) puan alanların yeterli düzeyde bilgiye sahip olduklarından söz edilebileceği belirtilmiştir (49).

Çalışma kapsamında kullanılan veri toplama araçları; çalışma için alınan etik kurul onayından sonraki üç aylık süreçte google anket ile ulaşabilen ve gönüllü olan katılımcılar tarafından dolduruldu.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, ortanca, standart sapma, minimum-maksimum değerler ve yüzdelik sayılar) kullanılmıştır. Ayrıca normal dağılım göstermeyen değişkenlerde %25-75 çeyreklik dilimler kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirilmediğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Mann Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Kruskal Wallis H testi (posthoc analiz için Dunn testi), ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Spearman korelasyon analizi, ölçek üzerinde etkili olduğunu düşünülen değişkenlerin belirlenmesinde çoklu doğrusal regresyon kullanılmış olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyi, korelasyon katsayısının 0-0.29 arasında olması durumunda zayıf; 0.30-0,64 arasında olması durumunda orta; 0.65-0,84 arasında olması durumunda güçlü; 0.85-1 arasında olması durumunda da çok güçlü şeklinde yorumlanmıştır.

Verilerin normallik analizi değerlendirilirken değişkenlere ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; Kolmogorov-Smirnov testi istatistik ve p değeri, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş, Tabachnick ve Fidell'in, (2013) önerisi doğrultusunda p değerinin 0,05'ten büyük olması veya çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması durumunda verilerin dağılımının normal sınırlar içerisinde olduğu kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmamıza yaş ortalaması $30,57 \pm 5,09$ yıl olan toplamda 229 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların %60,3'ü (n=138) 30 yaş ve altındadır. Sağlık çalışanlarının %55,5'inin (n=127) kadın, %59,0'unun (n=135) evli, %40,2'sinin (n=92) gelirinin giderine eşit, %49,8'inin (n=114) doktor, %46,8'inin (n=107) meslekte 0-5 yıldır çalıştığı, %60,3'ünün (n=138) hiç sigara kullanmadığı, %72,0'sinin (n=165) hiç alkol tüketmediği, %74,2'sinin (n=170) düzenli egzersiz yapmadığı, %82,5'inin (n=189) kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	N	%
Yaş		
30 yaş ve altı	138	60,3
31 yaş ve üzeri	91	39,7
Cinsiyet		
Kadın	127	55,5
Erkek	102	44,5
Medeni durum		
Evli	135	59,0
Bekâr	94	41,0
Gelir durumu algısı		
Gelir giderden az	56	24,4
Gelir gidere eşit	92	40,2
Gelir giderden fazla	81	35,4
Meslek		
Doktor	114	49,8
Hemşire-Ebe	100	43,7
Sağlık memuru	15	6,5
Meslekte çalışma süresi		
0-5 yıl	107	46,8
5-10 yıl	72	31,4

10 yıl ve daha fazlası	50	21,8
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	67	29,3
Bırakmış, şimdi kullanmıyor	24	10,4
Hiç kullanmamış	138	60,3
Alkol tüketme durumu		
Evet	32	14,0
Eskiden, şimdi içmiyor	32	14,0
Hiç içmemiş	165	72,0
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	59	25,8
Hayır	170	74,2
Kronik hastalık olma durumu		
Evet	40	17,5
Hayır	189	82,5
TOPLAM	229	100,0
Yaş ortalaması $\bar{X} \pm SS$ (min-max)	30,57 $\pm$ 5,09 (22-47)	

NOT: Yaş aralığı ortalama (mean) değerine göre düzenlenmiştir, $\bar{X}$: ortalama (mean) değeri, SS: Standart Sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer

Çalışmamıza katılan katılımcılara kendilerinde ve ailelerinde kanser olma durumu sorulmuştur. Bu kapsamda katılımcıların tamamı (n=229) kendilerinde kanser tanısı olmadığını ve %71,6'sı (n=164) da ailesinde kanser hastalığı olan birey olmadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık çalışanlarının kendisinde/ailesinde kanser olma durumu

Değişkenler	N	%
Kendisinde kanser tanısı varlığı		
Evet	0	0,0
Hayır	229	100,0

Ailesinde kanser hastalığı olan birey varlığı		
Evet	65	28,4
Hayır	164	71,6
TOPLAM	229	100,0

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının ülkemizde yürütülen Ulusal kanser tarama programı hakkında bilgisi sahip olup olmadıkları da değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının %58,5’u (n=134) ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisi olduğunu ve %41,5’u (n=95) da bilgisi olmadığını belirtmiştir. Bilgisi olanlara ‘program kapsamında hangi kanserler taranmaktadır?’ sorusu yöneltilmiş olup; bu kapsamda birden fazla şıkkın işaretlenebildiği soruda ilk üç sırada işaretlenen kanserler sırasıyla meme, serviks, kolorektaldir (Tablo 3). Ayrıca Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında taranan üç kanseri bir arada işaretleyip soruyu doğru cevaplayanlar değerlendirilmiştir. Bu anlamda Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında taranan kanserleri tam olarak doğru bilenlerin oranı %53,7’dir. (Tablo 4).

Tablo 3: Ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisi olanların program kapsamında taranan kanser türlerine verdikleri yanıtların dağılımı

Değişkenler	N	%
Program kapsamında taranan kanserler		
Serviks	111	26,8
Meme	127	30,7
Kolorektal	93	22,4
Cilt	13	3,1
Mide	12	2,9
Mesane	10	2,4
Akciğer	25	6,1
Tiroid	14	3,5
Kemik	5	1,2
Pankreas	4	0,9

TOPLAM	414	100,0
---------------	------------	--------------

Not: Birden fazla şık işaretlenmiştir

Tablo 4. Ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisi olanların program kapsamında taranan kanserleri tam olarak bilme durumu

	N	%
Program kapsamında taranan kanserler		
Serviks, Meme, Kolorektal*	72	53,7
Diğer	63	46,3
TOPLAM	134	100,0

*sadece bu üç kanser tipini bir arada işaretleyen

Sağlık çalışanları daha önce kanser taraması yaptırma durumu açısından değerlendirildiğinde; %7,9'u (n=18) yaptırdığını ve %92,1'i (n=211) yaptırmadığını belirtmiştir. Yaptırmadım cevabı veren 211 kişiye yaptırmama nedenleri sorulmuş olup; birden fazla şıkkın işaretlenebildiği soruda "şikayetim olmadığı için" (n=132) ve "yaşım genç olduğu için" (n=116) cevaplarının en sık işaretlendiği saptanmıştır (tablo 5). Ayrıca sağlık çalışanlarına "Hastalarınıza ya da yakınlarınıza kanser taramaları hakkında önerilerde bulunur musunuz?" sorusu yönetilmiş olup cevapların dağılımına baktığımızda; %73,8'i (n=169) önerilerde bulunduğunu ve %26,2'si (n=60) de önerilerde bulunmadığını belirtmiştir.

Tablo 5: Kanser taraması yaptırmama nedenlerinin dağılımı

Değişkenler	N	%
Kanser taraması yaptırmama nedeni*		
Yaşım genç olduğu için	116	28,9
Şikayeti olmadığı için	132	32,9
Ailesinde kanser hastası olmadığı için	43	10,8
Zamanı olmadığı için	39	9,7
Bilgisi olmadığı için	33	8,2
Kötü bir sonuçla karşılaşmaktan korktuğu için	16	3,9

Unuttuğu için		
Radyasyon almaktan korktuğu için	9	2,3
Gereksiz bulduğu için	9	2,3
	4	1,0
TOPLAM	401	100,0

Not: birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Çalışmamızda veri toplama araçlarından birisi de Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğidir. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği 'nde 2., 10. ve 22. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğe verilen cevapların dağılımları değerlendirildiğinde %37,6-96,9 değişen oranlarla ölçek maddelerinin doğru cevaplandığı saptanmıştır. Katılımcıların en yüksek oranda doğru ve en düşük oranda doğru cevapladıkları maddeler sırasıyla 1 ve 20. maddelerdir. (Tablo 6).

Tablo 6: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'ne verilen cevapların dağılımları

	Madde	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		N	%	N	%	N	%
1	Kanser taramaları kanseri belirti vermediği erken dönemde saptamak amacıyla yapılır	222	96,9	2	0,9	5	2,2
2	Kanser taramaları kişilerin kanserden ölme riskini artırır	8	3,5	204	89,1	17	7,4
3	Kanser taramaları sırasında saptanan kanserlerin tedavisi daha kolay yapılabilir	211	92,1	6	2,6	12	5,2
4	Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı bulunmaktadır	197	86,0	1	0,4	31	13,5
5	Kalın barsak kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır	169	73,8	15	6,6	45	19,7
6	Meme kanseri taraması yapılan kanserlerden biridir	221	96,5	0	0,0	8	3,5

7	Rahim ağız kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır	206	90,0	4	1,7	19	8,3
8	Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) yapılmaktadır	204	89,1	6	2,6	19	8,3
9	Kanser taramaları ücretsizdir	197	86,0	3	1,3	29	12,7
10	Şikâyeti olmayan kişilerin kanser taramalarına katılması gerekli değildir	15	6,6	189	82,5	25	10,9
11	Kalın barsak kanseri dışkıda gizli kan testi ile taranır	162	70,7	18	7,9	49	21,4
12	Dışkıda gizli kan testi her iki yılda bir defa yaptırılmalıdır	130	56,8	25	10,9	74	32,3
13	Her on yılda bir kolonoskopi tetkiki yaptırmak kalın barsak kanseri taraması için gereklidir	136	59,4	22	9,6	71	31,0
14	50-70 yaş arasındaki her kadın ve her erkek kalın barsak kanseri açısından tarama yaptırmalıdır	184	80,3	6	2,6	39	17,0
15	Meme kanseri mamografi ile taranmaktadır	216	94,3	5	2,2	8	3,5
16	Mamografi her iki yılda bir defa çektirilmelidir	147	64,2	35	15,3	47	20,5
17	40-69 yaş arası her kadın meme kanseri açısından taranmalıdır	210	91,7	4	1,7	15	6,6
18	Her kadın 20 yaşından başlayarak kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır	211	92,1	5	2,2	13	5,7
19	Kendi kendine meme muayenesi her ay yapılmalıdır	196	85,6	10	4,4	23	10,0
20	Her kadın 20 yaşından başlayarak doktora giderek meme muayenesi yaptırmalıdır	86	37,6	105	45,9	38	16,6

21	Kendi kendine meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayabilir	217	94,8	5	2,2	7	3,1
22	Doktorun yaptığı meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayamaz	21	9,2	190	83,0	18	7,9
23	Rahim ağzı kanseri, simir (rahim ağzı sürüntü) testi ile taranır	200	87,3	2	0,9	27	11,8
24	Her beş yılda bir genital siğil virüsü (Human Papilloma Virus) testi yaptırmak rahim ağzı kanseri taramasında kullanılan bir yöntemdir	167	72,9	11	4,8	51	22,3
25	30-65 yaş arası her kadın rahim ağzı kanseri için tarama yaptırmalıdır	200	87,3	6	2,6	23	10,0

Not: 2., 10. ve 22. maddeler ters kodlanmaktadır.

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam puan ortalaması $20,40 \pm 4,51$; “1.alt boyut” puan ortalaması $8,25 \pm 1,97$; “2.alt boyut” puan ortalaması $6,83 \pm 2,35$; “3.alt boyut” puan ortalaması $5,33 \pm 1,14$ ’tür. Ölçeğe ait iç geçerlik kat sayıları güvenilirlik düzeyleri incelendiğinde, Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplamı ve 2.alt boyut genel güvenilirlik düzeyinin yüksek güvenilirlikte ($0,81 < \alpha < 1,00$); 1.alt boyut ve 3.alt boyutlarının genel güvenilirlik düzeylerinin orta güvenilirlikte ($0,61 < \alpha < 0,80$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

Ölçek	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maximum	Cronbach Alpha
Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği	20,40	4,51	0	25	0,87

1.alt boyut	8,25	1,97	0	10	0,68
2.alt boyut	6,83	2,35	0	9	0,81
3.alt boyut	5,33	1,14	0	6	0,66

$\bar{X}$: Ortalama (mean) değeri, SS: Standart Sapma

Ölçek geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacılar tarafından belirtilen ifadeye göre kabul gören bir yaklaşımla, toplam puanın %70'i ve üzerinde (17,5 puan ve üzeri) puan alan katılımcıların yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu söylenebileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların %81,7'sinin (n=187) 17,5 puan ve üzerinde puan aldığı saptanmıştır.

Tablo 8'de sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile KTYBÖ toplam puan ortalamaların karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, düzenli egzersiz yapma ve kronik hastalık varlığı değişkenleriyle KTYBÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Buna karşın, gelir durumu algısı ile KTYBÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (KW=12,784; p=0,002) (p<0,05). Post-hoc analizine göre, gelirin giderinden fazla olduğunu belirtenlerin (23,00±2,48) puan ortalamaları, geliri giderinden az olanlara (20,50±4,34) ve geliri gidere eşit (21,00±5,56) olanlara göre de anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

Meslek değişkenine göre yapılan analizde fark oldukça belirgindir (KW=52,505; p<0,001) (p<0,05). Doktorlar (23,00±2,59) en yüksek KTYBÖ puanına sahipken, hemşire-ebelerin ölçek puan ortalamasının da (20,00±5,11), sağlık memurlarından (17,00±5,14) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, meslek grupları arasında kanser taramalarıyla ilgili bilgi düzeyinde anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir.

Meslekte çalışma süresi açısından da anlamlı farklılık bulunmuştur (KW=19,081; p<0,001) (p<0,05). 0–5 yıl arası çalışanların ortalaması (23,00±4,72), daha uzun süredir çalışanlara göre anlamlı biçimde daha yüksektir.

Sigara kullanma durumu incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (KW=11,963; p=0,003) (p<0,05). Sigara hiç kullanmayanların (22,00±3,73) ölçek puan ortalamasının, kullananlara (21,00±5,71) göre daha yüksektir.

Alkol tüketme durumu ile bilgi düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=6,466; p=0,039) (p<0,05). Hiç alkol tüketmeyenlerin (22,00±3,96) ölçek toplam puan ortalamasının, eskiden içip bırakanlara (21,00±5,65) göre anlamlı biçimde daha yüksektir (p<0,05) (Tablo 8).

Tablo 8: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	KTYBÖ toplam	Test değeri / p
	median±SS (Q1-Q3)	
Yaş		
30 yaş ve altı	22,00±4,73 (19-24)	Z=-1,901
31 yaş ve üzeri	21,00±4,16 (18-23)	p=0,057
Cinsiyet		
Kadın	22,00±3,59 (19-24)	Z=-1,474
Erkek	22,00±5,35 (17-23)	p=0,140
Medeni durum		
Evli	21,00±4,64 (18-24)	Z=-0,319
Bekâr	22,00±4,33 (19-23)	p=0,749
Gelir durumu algısı		
Gelir giderden az	20,50±4,34 (17-23) ^a	KW=12,784
Gelir gidere denk	21,00±5,56 (18-24) ^b	p=0,002
Gelir giderden fazla	23,00±2,48 (21-24) ^{ab}	
Meslek		
Doktor	23,00±2,59 (21-24) ^{ab}	KW=52,505
Hemşire-Ebe	20,00±5,11 (17-22) ^a	p<0,001
Sağlık memuru	17,00±5,14 (12-19) ^b	
Meslekte çalışma süresi		
0-5 yıl	23,00±4,72 (21-24) ^a	KW=19,081
5-10 yıl	21,00±4,10 (17,25-23)	p<0,001
10 yıl ve daha fazlası	20,50±4,38 (18-22,25) ^a	
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	21,00±5,71 (16-23) ^a	KW=11,963

Bırakmış, şimdi kullanmıyor	22,00±3,47(18,25-22,75)	p=0,003
Hiç kullanmamış	22,00±3,73 (19-24) ^a	
Alkol tüketme durumu		
Evet	22,00±5,42(17,25-23,75)	KW=6,466
Eskiden, şimdi içmiyor	21,00±5,65 (17-22,75) ^a	p=0,039
Hiç içmemiş	22,00±3,96 (19-24) ^a	
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	22,00±3,89 (17-23)	Z=-1,088
Hayır	22,00±4,71 (19-24)	p=0,277
Kronik hastalık olma durumu		
Evet	21,50±3,65 (19-23,75)	Z=-0,114
Hayır	22,00±4,67 (18-24)	p=0,910

SS: Standart Sapma, Q1: %25'lik çeyreklik dilim, Q3: %75'lik çeyreklik dilim, KW: Kruskal Wallis H testi (posthoc analizde Dunn testi), Z: Mann Whitney U testi, a-c: aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır, KTYBÖ: Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği

Tablo 9'de sağlık çalışanlarının kanser tanısı, tarama ve bilgi düzeyleri ile KTYBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Analizlerde parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Ailesinde kanser hastalığı olan birey varlığı ve kanser taraması yaptırmama durumu değişkenleriyle KTYBÖ toplam puan ortalaması açısından anlamlı farklar saptanmamıştır (Tablo 9).

Ulusal Kansere Tarama Programı hakkında bilgisi olan sağlık çalışanlarının KTYBÖ toplam puan ortalamasının (22,00±3,28), bilgisi olmayanlara (20,00±5,29) kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlıdır ($Z=-5,267$; $p<0,001$) ($p<0,05$) (Tablo 9).

Sağlık çalışanlarının tarama programı kapsamında yer alan kanser türlerine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklar saptanmıştır. Özellikle program kapsamında serviks, meme ve kolorektal kanserlerinin tarandığını ifade edenlerin KTYBÖ toplam puan ortalamasının anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir

($p<0,05$). Buna karşın cilt, mide, mesane, akciğer, tiroid, kemik ve pankreas kanserleri için fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Katılımcıların kanser taraması yaptırmama nedenleri incelendiğinde “yaşı genç olduğu” gerekçesini belirten sağlık çalışanlarının KTYBÖ toplam puan ortalamasının ($22,00\pm3,68$) diğer yaptırmama nedenlerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-3,658$; $p<0,001$) ($p<0,05$). Diğer nedenler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Hasta veya yakınlarına kanser taramaları konusunda öneride bulunan sağlık çalışanlarının KTYBÖ toplam puan ortalamasının ($22,00\pm3,68$) öneride bulunmayanlara ($19,00\pm5,67$) göre anlamlı biçimde daha yüksektir ($Z=-4,321$; $p<0,001$) ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Sağlık çalışanlarının kanser tanısı, tarama ve bilgi düzeyleri ile Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	KTYBÖ toplam	Test değeri / p
	median $\pm$ SS (Q1-Q3)	
Ailesinde kanser hastalığı olan birey varlığı		
Evet	22,00 $\pm$ 3,15 (19,50-24)	$Z=-1,097$ $p=0,272$
Hayır	22,00 $\pm$ 4,91 (18-23)	
Ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisinin olma durumu		
Evet	22,00 $\pm$ 3,28 (21-24)	$Z=-5,267$ $p<0,001$
Hayır	20,00 $\pm$ 5,29 (16-23)	
Program kapsamında taranan kanserler*		
Serviks	23,00 $\pm$ 2,29 (21-24)	$Z=6,264/p<0,001$
Meme	22,00 $\pm$ 3,30 (21-24)	$Z=5,052/p<0,001$
Kolorektal	23,00 $\pm$ 1,61 (22-24)	$Z=7,657/p<0,001$
Cilt	19,00 $\pm$ 6,50 (17,5-22,5)	$Z=1,269/p=0,205$
Mide	21,00 $\pm$ 6,60 (18-22,75)	$Z=0,635/p=0,525$
Mesane	19,00 $\pm$ 2,92(17,75-22,5)	$Z=0,933/p=0,351$
Akciğer	22,00 $\pm$ 3,42 (18-23,5)	$Z=0,370/p=0,711$

Tiroid	21,00±6,32 (16,25-22)	Z=1,420/p=0,156
Kemik	22,00±3,42 (17,5-23,5)	Z=0,089/p=0,929
Pankreas	22,00±2,44(19,75-24,25)	Z=0,559/p=0,576
Serviks, meme, kolorektal	23,00±1,59 (22-24)	Z=5,003/p<0,001
Daha önce kanser taraması yaptırmama durumu		
Evet	21,00±3,16 (18-23)	Z=-0,412
Hayır	22,00±4,61 (19-24)	p=0,680
Kanser taraması yaptırmama nedeni*		
Yaşı genç olduğu için	22,00±3,68(20,25-24)	Z=3,658/p<0,001
Şikâyeti olmadığı için	22,00±4,80 (19-24)	Z=0,323/p=0,747
Ailesinde kanser hastası olmadığı için	21,00±4,57 (18-24)	Z=0,410/p=0,682
Zamanı olmadığı için	21,00±4,21 (18-23)	Z=1,284/p=0,199
Bilgisi olmadığı için	21,00±5,05(14,5 23,5)	Z=1,570/p=0,116
Kötü bir sonuçla karşılaşmaktan korktuğu için	22,00±6,23 (18,5-24)	Z=0,569/p=0,569
Unuttuğum için	22,00±1,87(20,5-23,5)	Z=0,640/p=0,522
Radyasyon almaktan korktuğu için	21,00±7,82(12,5-22,5)	Z=1,503/p=0,133
Gereksiz bulduğu için	17,00±9,91 (3,25-21)	Z=1,908/p=0,056
Hasta/yakınlarına kanser taramaları hakkında önerilerde bulunma durumu		
Evet	22,00±3,68 (20-24)	Z=-4,321
Hayır	19,00±5,67(14,25-22,75)	p<0,001

*birden fazla seçenek işaretlendiğinden her bir seçenek bu seçeneği işaretleyenler ile işaretlemeyenler arasında karşılaştırılmıştır, SS: Standart Sapma, Q1: %25’lik çeyreklik dilim, Q3: %75’lik çeyreklik dilim, Z: Mann Whitney U testi, KTYBÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplamı ile tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. En yüksek ilişki KTYBÖ toplamı ile “2.alt boyut” arasında çok güçlü düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki

Ölçekler		1	2	3	4
Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği (1)	r p*	1	0,701 <0,001	0,906 <0,001	0,494 <0,001
1.alt boyut (2)	R p*		1	0,510 <0,001	0,124 0,061
2.alt boyut (3)	r p*			1	0,305 <,001
3.alt boyut (4)	R p*				1

*Spearman korelasyon analizi

Kanser taramalarına yönelik bilgi üzerinde etkisi olduğu düşünülen gelir durum algısı, meslek, meslekte çalışma süresi, sigara ve alkol kullanma durumu, Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisinin olma durumu, Hasta/yakınlarına kanser taramaları hakkında önerilerde bulunma durumu değişkenlerinin ölçek puanlarını ne şekilde yordadığı ortaya koymak amaçlanmıştır. Bunun için yapılan regresyon analizi sonucunda, bu yordayıcı değişkenlerin anlamlı bir ilişki oluşturdukları belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu değişkenler, kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyinin %28,9'unu açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılık testleri göz önüne alındığında ise Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği üzerinde meslek, sigara kullanma durumu, ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisinin olma durumu değişkenlerinin anlamlı yordayıcılar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo11)

Tablo 11: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği regresyon analizi

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği Bağımsız Değişkenleri	B	S.E.	p*	95% CL		Model uyumu
				Lower	Upper	

Gelir durumu algısı	0,492	0,354	0,166	-0,205	1,190	R ² =0,289 F=14,269 p<,001*
Meslek	-2,158	0,503	<0,001	-3,150	-1,166	
Meslekte çalışma süresi	0,082	0,350	0,816	-0,608	0,772	
Sigara kullanma durumu	0,776	0,301	0,011	0,182	1,369	
Alkol tüketme durumu	0,536	0,361	0,146	-0,176	1,248	
Ülkemizde yapılan Ulusal Kanseri Tarama Programı hakkında bilgisinin olma durumu	-2,037	0,562	<0,001	-3,144	-0,929	R ² =0,289 F=14,269 p<,001*
Hasta/yakınlarına kanser taramaları hakkında önerilerde bulunma durumu	-1,128	0,635	0,077	-2,379	0,123	

*Çoklu doğrusal regresyon analizi

TARTIŞMA

Kanser; önemli bir halk sağlığı problemidir. Kanserden korunmada taramalar erken tanıya fırsat sağlayabildiği için oldukça önemlidir. Bu anlamda meslekleri itibariyle rol model olan sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi ve tutumları oldukça önemlidir. Bu amaçla çalışmamızda Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymayı amaçladık. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%81,7) kanser taramaları hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu; yarısından fazlasının ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisi olduğu ve %53,7'si taranan tüm kanserleri doğru bildiği saptandı. Ancak yaklaşık yüzde sekizi kanser taraması yaptırmıştı ve yaptırmama nedeni olarak sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının genç olması bir neden olmakla beraber şikayetini olmadığı için yaptırmadım önermesinin yaptırmama nedenleri açısından öne çıkması dikkat çekicidir.

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymayı amaçladığımız çalışmamıza %49,8'i hekim, %43,7'si hemşire ve ebe, %6,5'i sağlık memuru olmak üzere toplam 229 sağlık çalışanı katılmıştır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %55,5'i kadın, %44,5'i erkek ve %59,0'ı evli, 41,0'ı bekar ve yaş ortalaması 30,57±5,09 yıldır. Literatürde sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi düzeyleri, tutumlarını inceleyen çalışmalara baktığımızda, Şanlı'nın Eskişehir'de 2023 yılında 318 kişi ile yaptığı ve meslek gruplarının belirtilmediği çalışmada; katılımcıların 205 (%64,5) kişisi evli, 96 (%30,2) kişisi bekar, 17 (%5,3) kişisi boşanmış; 209 (%65,7)'u kadın, 109 (%34,3) 'u erkek; 8 (%2,5)'i 15-24, 121 (%38,1)'i 25-34, 134 (%42,1)'ü 35-49 ve 55 (%17,3)'i 50 ve üzeri yaş grubunda olarak bildirilmiştir (45). Şahin'in 2024 yılında yaptığı çalışmada da meslek grupları belirtilmemiş olup; çalışmada 198 kişinin 108 (%54,5)'i kadın, 90 (%45,5)'i erkek; katılımcıların 138 (%69,7)'i evli, 59 (%29,8)'u bekar ve 1 (%0,5)'i dul; yaş ortalaması

27,95 $\pm$ 5,22'dir (50). Kaya ve ark. tarafından yapılan 564 kişinin dahil edildiği çalışmada 386 (%68,43)'sı kadın, 178 (%31,56)'i erkek; katılımcıların 200 (%35,46)'ü pratisyen hekim, 195 (%34,58)'i farklı uzmanlık dallarında uzman veya asistan, 169 (%29,96)'u hemşire, ebe veya aile sağlığı elemanı olarak görülmektedir (48). Ağırman ve ark. çalışmasında 500 sağlık çalışanının 255 (%51)'i erkek; yaş ortalaması 35,17 $\pm$ 9,18; %55'i evli; %43'ü doktor, %39'u hemşire olarak görülmektedir (51). Çalışmamız yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %60,3'ünün hiç sigara kullanmadığı, %10,4'ünün daha önce sigara kullanıp bıraktığı, %29,3'ünün ise aktif sigara içicisi olduğu; %72'sinin hiç alkol almadığı, %14'ünün daha önce alkol alıp şu an tüketmediği, %14'ünün alkol kullandığı; %74,2 sinin düzenli egzersiz yapmadığı görülmektedir. Şahin'in çalışmasında 110 kişi (%55,6) sigara içmeyen, 83 kişi (%41,9) sigara içen ve bırakmış olan 5 kişi (%2,5) olduğu; 159 kişi (%80,3) alkol kullanmayan, 37 kişi (%18,7) kullanan ve 2 kişi (%1) bırakmış olarak belirtilmiştir (50). Şanlı'nın çalışmasında katılımcıların 208 (%65,4)'i sigara, 189 (%59,4)'u alkol tükettiğini; 179 (%56,3) katılımcı egzersiz yapma alışkanlığı olmadığını bildirmiştir (45). Akmeşe ve Altunbaş'ın 2023 yılında Kütahya'da yaptığı çalışmada 285 hemşirenin %66,3'ü sigara kullanmıyor, %86,7'si alkol kullanmıyor olarak bildirilmiştir (44). Sigara ve alkol kullanımı kanser etyolojisinde değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu anlamda çalışmamızda sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının sigara ve alkol kullanmaması sevindiricidir; ancak düzenli egzersiz yapma oranlarının düşük olması düşündürücüdür.

Çalışmamıza katılan katılımcılardan 40 (%17,5) kişinin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Kendisine kanser tanısı konmuş katılımcı ise yoktur. Ailesinde kanser tanısı almış katılımcı ise 65 (%28,4) kişidir. Şahin'in çalışmasında kronik hastalığı bulunan 32 (%16,2) kişi, kendisine kanser tanısı konulan 5 (%2,5) kişi, ailesinde kanser tanısı olan 62 (%31,3) kişi olarak bildirilmiştir (50). Özer'in 2021'de Denizli'de hekim dışı sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmadan araştırmaya katılan 310 kadın sağlık çalışanından 53 (%17,1) kişide kronik hastalık olduğu, 3 (%1) kişide kanser tanısı olduğu ve 89 (%28,7) kişinin de ailesinde kanser hastalığının

bulunduğunu belirtilmiştir (52). Çalışmamız kronik hastalık varlığı, kendisinde ve ailesinde kronik hastalık varlığı açısından literatürle benzerlik göstermektedir.

Dünyada pek çok ülkede kanser tarama programları yürütülmektedir. Ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmeti verilen merkezlerde DSÖ' nün önerdiği meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütülmektedir (3). Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının (%58,5) ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisi olduğu saptandı. Bilgisi olanlara 'program kapsamında hangi kanserler taranmaktadır?' sorusu yöneltilmiş olup; bu kapsamda birden fazla şıkkın işaretlenebildiği soruda ilk üç sırada işaretlenen kanserler sırasıyla meme, serviks, kolorektaldir. Ayrıca taranan tüm kanserleri doğru bilenlerin oranı %53,7 olarak saptandı. Kaya ve arkadaşlarının çoğunluğu hekimlerden oluşan sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada da taranan tüm kanserleri doğru bilenlerin oranı 48,58 idi (48). Kafkas Üniversitesi sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada ise katılımcıların meslek dağılımları belirtilmemiş olup; Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten katılımcıların oranı %71,2'dir. Ayrıca çalışmada taranan kanserler hangileridir sorusuna serviks, kolon, meme üçlüsünün cevabı veren 29 (%14,6) kişidir (50). Sonuçlar meslek grupları arasında farklar olabileceğini düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla çalışmamızda 2023 yılında geliştirilen Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği kullanılmıştır. Kesme noktası belirlenmeyen ölçekte toplam puanın %70'i ve üzerinde (17,5 puan ve üzeri) puan alanların yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğundan bahsedilebileceği belirtilmiştir (49). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ortalamalarının $20,40 \pm 4,51$ olduğu ve çoğunluğunun (%81,7) kanser taramaları hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu saptandı. Literatürde sağlık çalışanlarının kanser taramaları bilgi tutumlarını inceleyen çalışmaları görmek mümkündür. Çalışmalarda bilgi tutumları değerlendirmek için çeşitli veri toplama araçları kullanılmıştır. Çalışmamızla benzer ölçeği kullanılan 2024 yılında hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmada öğrencilerin ölçek toplam puan ortalaması $15,42 \pm 4,52$ olarak saptanmış ve yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları belirtilmiştir (53). Ayrıca çalışmamız kapsamında KTYBÖ toplam puan ortalamaların etkileyen faktörler incelenmiş olup; yaş, cinsiyet, medeni durum, düzenli egzersiz yapma ve

kronik hastalık varlığı, ailesinde kanser hastalığı olan birey varlığı ve daha önce kanser taraması yaptırmama durumu değişkenleriyle KTYBÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak gelir durum algısı, meslek değişkeni, meslekte çalışma süresi, sigara ve alkol kullanma durumu değişkenleri KTYBÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması açısından anlamlı fark saptanmıştır. Gelir giderden fazla olanların, gelir giderden az ve eşit olanlara göre; doktor grubundakilerin hemşire-ebe grubundakilere, hemşire-ebe grubundakilerin sağlık memuru grubuna göre; meslekte 0-5 yıl çalışanların, daha uzun süredir çalışanlara göre; hiç sigara kullanmayanların kullananlara göre; hiç alkol tüketmeyenlerin eskiden içip bırakanlara göre KTYBÖ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgi sahibi olanların özellikle programda serviks, meme, kolorektal kanserlerin olduğunu belirtenlerin ölçek puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kanser taraması yaptırmama nedeninin 'yaşım genç olduğu için' seçeneğini belirtenlerin, diğer sebepleri sunanlara nazaran anlamlı olarak puanı daha yüksektir. Ayrıca hastalarına ve yakınlarına kanser taraması önerenlerin önermeyenlere göre ölçek puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon katsayılarının anlamlılık testleri göz önüne alındığında ise Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği üzerinde meslek, sigara kullanma durumu, ülkemizde yapılan Ulusal Kanser Tarama Programı hakkında bilgisinin olma durumu değişkenlerinin anlamlı yordayıcılar olduğu saptanmıştır Şahin'in çalışmasında kullandığı ölçeğe göre ölçek puanı cinsiyete, eğitim durumuna, gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiş olarak bulunmuştur. Çalışmasında, kanser taramaları hakkında bilgiyi aile hekiminden almış olanların ve ailesinde kanser tanısı olanların ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (50). Şahin'in çalışmasında ölçek puanları öğrenim durumu lise altı olanların üniversite ve üstü olanlara göre; sigara ve alkol kullananların, kullanmayanlara göre; kanser tanısı olanların olmayanlara göre; taramalar hakkında bilgi alanların almayanlara göre; kanser taraması yaptıranların, yaptırmayanlara göre; ailesinde kanser tanısı olmayanların ikinci derece yakınlarında olanlara göre ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (45). Çalışmalarda farklı ölçeklerin kullanılması sonuçları değerlendirmeyi etkilemektedir.

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği 25 sorudan oluşan Ulusal kanser tarama programı kapsamında taranan kanserler ile ilgili soruların bulunduğu bir ölçektir. Ölçeğe verilen cevapların dağılımları değerlendirildiğinde %37,6-96,9 değişen oranlarla ölçek maddelerinin doğru cevaplandığı saptanmıştır. Bu kapsamda taranan üç kanser türü için verilen cevaplar açısından değerlendirme yaparsak:

Meme kanseri ile ilgili sorularda meme kanserinin taranan kanserler arasında olduğunu bilme oranı %96,5 ve “meme kanseri mamografi ile taranmaktadır” ifadesi ise %94,3 ile yüksek oranda doğru cevaplanmıştır. Ancak “Her kadın 20 yaşından başlayarak doktora giderek meme muayenesi yaptırmalıdır”, ifadesi %37,6 ile en az doğru bilinen ölçek sorusu olarak saptandı. Gönen’in 2019 yılında Van ilinde ASM-TSM sağlık çalışanlarında yatığı çalışmada meme kanseri taramalarında kullanılan uygulamalar nelerdir, sorusuna katılımcıların %67,4’ü doğru yanıt vermiş olarak belirtilmiştir. Meme kanserin kaç yılda bir tarandığı sorulan soruda %25,9; meme kanseri tarama yaşının sorulduğu soruya ise %21,6 doğru yanıt verildiği görülmüştür (54). Yapran’ın 2021 yılında Diyarbakır’da sağlık çalışanlarının sadece meme kanseri ve taramaları ile bilgi düzeylerini ölçtüğü çalışmada mamografinin tarama yöntemi olduğu ifadesi %96,3 ile en çok doğru işaretlenen ifade olduğu görülmüştür. Meme kanseri tarama yaş aralığının sorulduğu soruya %82,8 ile en çok doğru bilinen soru cevabı olduğu görülmüştür. Mamografinin kaç yılda bir çekildiği sorusuna ise %34,9 katılımcı doğru yanıtı vererek en az bilinen soru cevabı olduğu görülmüştür (55).

Serviks kanseri ile ilgili sorularda serviks kanserinin smear ile tarandığı ve 30-65 yaş arası kadınlarda uygulandığı %87,3 ile doğru olarak bilinmiştir. Korkmazer ve ark. 2019’da Çanakkale ilinde asistan hekimlerde yaptığı çalışmada %57,4 katılımcı serviks kanserinin tarandığını biliyor olarak görülmüştür (46). Öz ve ark. 2019’da yaptığı çalışmada katılımcıların %84,4’ü serviks kanserinin tarandığını biliyor olarak belirtilmiştir. Katılımcıların serviks kanseri, HPV ve HPV aşılı konusunda orta-ileri düzeyde bilgili olduklarını belirtmişlerdir (56).

Kolorektal kanser taraması ile ilgili ifadelerde en iyi bilinen %80,3 ile 50-70 yaş arası herkesin kolorektal kanser açısından taranması gerektiği idi. En az bilinen ise %56,8 ile GGK testinin iki yılda bir yapılması gerektiği idi. Keskinlikçi ve Yağaza’nın 2023 yılında Samsun’da yaptığı çalışmada KKK taramasında kullanılan tetkiklerin sorulduğu çoktan seçmeli soruya %33,3, taramanın başlangıç yaşının sorulduğu soruya

%32 sağlık çalışanı doğru cevaplamış olarak; GGK tarama sıklığını %20,2'si 2 yıl, kolonoskopi tarama sıklığını %7,1'i 10 yıl olarak doğru cevapladığı belirtilmiştir (57). Koruk ve ark. şanlıurfa'da yaptığı çalışmada KKK tarama programını bilme düzeyleri %11,2 olarak grlmştir. alışmasında KKK taraması bilgi düzeyi yeterli katılımcıların diğer taranan kanserlerle ilgili bilgi düzeyi yeterli katılımcılardan daha az sayıda olduğu grlmştir (58).

Sağlık alışanlarının kanser taramalarını yaptırmaları hem kendi sağlıklarının korunmasına hem de rol model olmaları itibariyle halkın sağlığının korunmasına katkı sağlayacaktır. Çalışmamıza katılan katılımcılara kanser taraması daha önce yaptırdınız mı diye soruldu. %7,9'u yaptırdığını belirtti. %92,1 ise hayır yanıtını verdi. Kanser taraması yaptırmama nedenlerini incelediğimizde; daha önce hiç kanser taraması yaptırmayanlara neden yaptırmadıkları soruldu En sık yaptırmama nedeni olarak %32,9 oranı ile 'şikayetim olmadığı için' yanıtı alındı. Ona en yakın ikinci en sık sebep olarak ise %28,9 oranı ile 'yaşım genç olduğu için' yanıtı alındı. Benzer bir çalışma olan Gönen'in 2019'da Van ilinde ASM-TSM'de çalışan sağlık alışanlarında yaptığı çalışmasında %31,5'i kanser taraması yaptıırken, %68,5'i kanser taraması yaptırmamış olarak belirtilmiştir. Yaptırmama sebebi olarak da en sık risk grubunda olmamak sebep gösterilmiştir (54). Kaya ve ark. 2014'te Ankara'da çok merkezli olarak sağlık alışanlarında yaptığı çalışmada katılımcıların %14,88'i kanser taramalarına düzenli bir şekilde katılırken, %60,80'i yaptırdığını ancak düzensiz olduğu, %24,32'sinin hayatı boyunca hiç yaptırmadığı grlmştir (48). akmak ve Güler'in 2015-2016 yılları arasında Marmaris'te kadın sağlık alışanlarında yaptığı çalışmada katılımcıların kanser taraması yaptırmama nedenleri arasında şikayetlerinin olmaması, bilgilerinin olmaması ve zaman bulamama ne çıkan nedenler olarak belirtilmiştir (59). Çalışmamızın yaş ortalaması genç popülasyonda yapılması kanser taraması yaptıırma oranlarını etkilediğini düşünmekteyiz. Ancak şikayetim olmadığı için yaptırmadım önermesinin yaptırmama nedenleri arasında ne çıkması; sağlık çalışanlarının taramanın asıl amacı hakkında yeterli farkındalığa sahip olmadıklarını düşündürtmektedir.

Sağlık alışanlarının görevleri itibariyle kanser taramaları konusunda halkın bilgilendirilmesinde önemli kişilerdir. Bu kapsamda çalışmamıza katılan katılımcılara hasta ve yakınlarınıza kanser taraması önerir misiniz sorusu yöneltilmiş olup;

cevapların dağılımına baktığımızda %75,8 evet; %24,2 hayır cevabını verildiğini görmekteyiz. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 2018 yılında hekimler üzerinde yapılan çalışmada kanser taraması açısından hastalarına öneride bulunduğunu belirten hekim oranı %82,7'dir. Ancak çalışmada taramalarda kullanılan ölçütler açısından öneri sunma oranların düşük olduğu ve taranan tüm kanserleri bilme oranının düşük olduğu belirtilmiştir (46). Bu anlamda hekimlerin hizmet içi eğitimlere ihtiyacı olduğunu düşünmekteyiz.

Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymayı amaçladığımız çalışmamızda sağlık çalışanlarının çoğunluğunun kanser taramaları hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu; ancak kanser tarama yaptırmama oranlarını düşük olduğu saptandı. Ancak çalışmamızın tek merkezde yapılmış olması en önemli kısıtlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca çalışmalarda farklı veri toplama araçlarının kullanılması değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Bununla beraber çalışmanın geçerli ve güvenilirliği olan bir ölçekle yapılmış olması ve sağlık çalışanlarının konu hakkındaki farkındalıklarının artırmasına katkı sağlanması bakımından önemlidir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser, Türkiye’de koroner arter hastalıklarından sonra görülen en sık ölüm nedenlerinden biridir. Kanser taramaları, kanser hastalığının erken tanısından ve önüne geçilmesinde önemlidir. Bu amaçla çalışmamızda Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymayı amaçladığımız çalışmamızda sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%81,7) kanser taramaları hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu saptandı. Ancak yaklaşık yüzde sekizi kanser taraması yaptırmıştı ve yaptırmama nedeni olarak sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının genç olması bir neden olmakla beraber şikayetini olmadığı için yaptırmadım önermesinin yaptırmama nedenleri açısından öne çıkması dikkat çekicidir. Bu nedenle hizmet içi eğitimlerle bilgi düzeyinin artırılması önemlidir. Böylelikle sağlık çalışanlarının önce kendi sağlıklarının korunmasına katkı sağlanacaktır. Ayrıca rol model olmaları itibarıyla halkın sağlığının korunmasına da katkı sağlanacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>. Erişim tarihi:5.12.2025
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. T¼rkiye Kanser Kontrol Programı 2021. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-kanserdb/raporlar.html>. Erişim tarihi: 21.11.2025
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser taramaları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari.html>. Erişim tarihi:25.11.2025
4. World Health Organization. Cancer.
<https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tabl>. Erişim tarihi: 21.11.2025
5. American Cancer Society. What Is cancer?
<https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/what-is-cancer.html> Erişim tarihi: 24.11.2025
6. World Health Organization (internet). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines Available from:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. World Cancer Research Fund. Worldwide Cancer Data.
<https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/worldwide-cancer-data/>. Erişim tarihi: 21.11.2025
8. International Agency for Research on Rancer. Cancer Today.
https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&populations=792&types=1&multiple_populations=0&sexes=0. Erişim tarihi:21.11.2025
9. T¼rkiye İstatistik Kurumu. Ől¼m ve Ől¼m Nedeni İstatistikleri, 2024
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195>. Erişim tarihi: 21.10.2025

10. Lewandowska AM, Rudzki M, Rudzki S, Lewandowski T, Laskowska B. Environmental risk factors for cancer - review paper. *Ann Agric Environ Med*. 2019 Mar 22;26(1):1-7. doi: 10.26444/aaem/94299. Epub 2018 Oct 17. PMID: 30922021.
11. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell*. 2011 Mar 4;144(5):646-74. doi: 10.1016/j.cell.2011.02.013. PMID: 21376230.
12. World Health Organization (WHO). (2020). Cancer fact sheet. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
13. Stewart, B. W., & Wild, C. P. (Eds.). (2014). *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC).
14. J. Loscalzo, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, ve J. L. Jameson, Ed., *Harrison's principles of internal medicine*, 21st edition. New York: McGraw Hill, 2022.
15. Clocchiatti, A., Cora, E., Zhang, Y., & Dotto, G. P. (2016). Sex hormones and cancer: A mechanistic perspective. *Frontiers in Endocrinology*, 7, 119.
16. Kutluk T ve Kars A. Kanser konusunda genel bilgiler. TC Sağlık Bak. Kanser Savaş Daire Başkanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Ankara, 2001.
17. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Cancer*. 2004 Aug;4(8):579-91. doi: 10.1038/nrc1408. PMID: 15286738.
18. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
19. 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem planı. 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu. <https://bmyk.gov.tr/TR-67199/faaliyet-raporlari.html>. Erişim tarihi:21.11.2025
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-kanserdb/raporlar.html>. Erişim tarihi: 21.11.2025
21. World Health Organization Global status report on alcohol and health 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Erişim tarihi: 21.11.2025

22. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Coglian V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007 Apr;8(4):292-3. doi: 10.1016/s1470-2045(07)70099-2. PMID: 17431955.
23. Benjamin I, Griggs RC, Fitz JG. *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine E Book*: Elsevier Health Sciences; 2015.
24. Chan DS, Lau R, Aune D, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, Norat T. Red and processed meat and colorectal cancer incidence: meta-analysis of prospective studies. *PLoS One.* 2011;6(6):e20456. doi: 10.1371/journal.pone.0020456. Epub 2011 Jun 6. PMID: 21674008; PMCID: PMC3108955.
25. World cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical. Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. <http://www.dietandcancerreport.org/>
26. Singh RK, Chang HW, Yan D, Lee KM, Ucmak D, Wong K, Abrouk M, Farahnik B, Nakamura M, Zhu TH, Bhutani T, Liao W. Influence of diet on the gut microbiome and implications for human health. *J Transl Med.* 2017 Apr 8;15(1):73. doi: 10.1186/s12967-017-1175-y. PMID: 28388917; PMCID: PMC5385025.
27. Pandve, Harshal Tukaram. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Archives of Medicine and Health Sciences / Jul-Dec 2014 / Vol 2 | Issue 2* DOI: 10.4103/2321-4848.144366
28. Wilson JM, Jungner G. The principles and practice of screening for disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1968. (Public Health Papers no. 34
29. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. *Androloji Bülteni.* 2018;20:25–9. <https://www.doi.org/10.24898/tandro.2018.62533>
30. UNFPA in Türkiye. News. Cervical Cancer Awareness Month. <https://turkiye.unfpa.org/en/cervical-cancer-awareness-month-EN>. Erişim tarihi: 21.11.2025
31. Elsaid NMA, Ismail HAH, Salim AA, Kamal D, Mohammed HS, Edris FE, Ibrahim AA, Ameen AE. The effect of educational intervention program on knowledge and willingness of medical students to take cervical cancer screening and human papillomavirus vaccine: A quasi-experimental study. *J Family Community Med.* 2025 Jul-Sep;32(3):207-216. doi: 10.4103/jfcm.jfcm_45_25. Epub 2025 Jul 14. PMID: 40785955; PMCID: PMC12331183.

32. Türk Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. Erişkin Bağışıklama Rehberi 2024. <https://ekmud.org.tr/index.php/rehberler/ekmud-rehberleri>. Erişim tarihi:21.11.2025
33. US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kemper AR, Kubik M, Landefeld CS, Mangione CM, Phipps MG, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW, Wong JB. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018 Aug 21;320(7):674-686. doi: 10.1001/jama.2018.10897. PMID: 30140884.
34. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HK, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation and management. Br J Hosp Med (Lond). 2022 Feb 2;83(2):1-7. doi: 10.12968/hmed.2021.0459. Epub 2022 Feb 7. PMID: 35243878.
35. WHO International Agency for Research on Cancer: Cancer Today GLOBOCAN 2020. <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie>
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma G ve STDDB, Meme Kanseri Korunma TTT ve İKR. Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi. İçinde: Özmen V, editör. Ankara; 2020
37. US Preventive Services Task Force; Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Barry MJ, Chelmow D, Coker TR, Davis EM, Jaén CR, Krousel-Wood M, Lee S, Li L, Mangione CM, Rao G, Ruiz JM, Stevermer JJ, Tsevat J, Underwood SM, Wiehe S. Screening for Breast Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2024 Jun 11;331(22):1918-1930. doi: 10.1001/jama.2024.5534. Erratum in: JAMA. 2024 Sep 30. doi: 10.1001/jama.2024.19851. PMID: 38687503.
38. Gençtürk N, Demirezen E, Ay F. Health Beliefs of Midwifery Students at Istanbul University about Breast Cancer and Breast Self-Examination Acknowledgements. J Cancer Educ. 2017 Dec;32(4):784-789. doi: 10.1007/s13187-016-1014-5. PMID: 26988098.
39. Gupta S. Screening for Colorectal Cancer. Hematol Oncol Clin North Am. 2022 Jun;36(3):393-414. doi: 10.1016/j.hoc.2022.02.001. Epub 2022 Apr 30. PMID: 35501176; PMCID: PMC9167799.
40. Ionescu VA, Gheorghe G, Bacalbasa N, Chiotoroiu AL, Diaconu C. Colorectal Cancer: From Risk Factors to Oncogenesis. Medicina (Kaunas). 2023 Sep

12;59(9):1646. doi: 10.3390/medicina59091646. PMID: 37763765; PMCID: PMC10537191.

41. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, Krist AH, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Owens DK, Pbert L, Silverstein M, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021 May 18;325(19):1965-1977. doi: 10.1001/jama.2021.6238. Erratum in: JAMA. 2021 Aug 24;326(8):773. doi: 10.1001/jama.2021.12404. PMID: 34003218.

42. Howladder N, Noone A, Krapcho M et al. SEER Cancer Statistics Re-view, 1975–2008, National Cancer Institute. In. Bethesda, MD; 2011.

43. Aile Hekimliği Uygulamalarında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri 2015 <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db> Erişim tarihi:01.12.2025

44. Bostan Akmeşe, N., & Altunbaş, K. (2023). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kadercilik Eğilimleri. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 5(3), 271-285. <https://doi.org/10.54061/jphn.1308469>

45. Şanlı M. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkında Bilgi Düzeyinin, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi) Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2023

46. Korkmazer B, Kılınçarslan MG, Sarıgül B, Şahin EM. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Kanser Tarama Hakkındaki Tutum ve Davranışları. Troia Med J. Ağustos 2019;1(2):73-79.

47. Çakmak R, Güler G. Kadın Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları. TRSGO Dergisi. Ekim 2018;20(1):25-32.

48. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Demirci Şahin A. Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramalarına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ankara Med J. Mart 2017;17(1). doi:10.17098/amj.304666

49. Yildirim-Ozturk, E.N., Uyar, M. (2023) Development of a knowledge Scale for Cancer Screening. *J Public Health* (Berl.) <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01996-0>

50. Şahin A. Kafkas Üniversitesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Davranışları Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi) Kars: Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2024

51. Ağırman, Ege, Mehmet Ziya Genç, and Seçil Arıca. "Sağlık çalışanlarının kanseri önlemeye yönelik bilgi, tutum ve davranışları." *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 6.2 (2019): 220-227.

52.Özer M. Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim dışı sağlık personellerinin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi) Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2021

53. Ketan Edis, E., & Bektaş, C. (2024). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam farkındalıkları ve kanser taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 8(3), 363-382.

54.Gönen M. Van ilinde aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı hizmetleri görev yapan sağlık çalışanlarının kanser tarama testlerinin sonuçlarının bilgi düzeyinde ve kalıcı durumlarının olduğu Van ilinde aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının kanser tarama testi bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi) Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2019

55.Yapran V. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık çalışanlarının meme kanseri ve meme kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları (Tıpta Uzmanlık Tezi) Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2021

56. Murat Öz, Şule Özel, Yaprak Engin Üstün Knowledge Levels of Female Healthcare Providers and Hospital Staff about Cervical Cancer Screening in Tertiary Care Hospital Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2019; Volume 16, Sayı 4, Sayfa: 220-224

57. Betül Kesinkılıç Yağız 1, Metin Yalaza 2 Assessment of Awareness and Behaviors of Healthcare Professionals Regarding Colorectal Cancer Screening Program Harran

Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty)
2024;21(3):415-420, DOI: 10.35440/hutfd.1540876

58. İbrahim Koruk, Fatma Gözükara, Enes Yiğitbay, Ayşana Zehra Keklik Şanlıurfa'da
birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının Ulusal Kansere Tarama Standartları ile
ilgili bilgi düzeyi Turk J Public Health 2015;13(2)

59. Çakmak R, Güler G. Kadın Sağlık Çalışanlarında Kansere Tarama Davranışları.
TRSGO Dergisi. Ekim 2018;20(1):25-32.



8. EKLER

EK-1 Etik Kurul Onayı



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Müdahale Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :E-15235480-050.04-600821
Konu :25-MOBAEK-229

18.07.2025

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY
Öğretim Üyesi

Etik Kurulumuzun 17.06.2025 tarihli toplantısında görüşülen 25-MOBAEK-229 kayıt numaralı **"Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi"** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Muzaffer KATAR
Etik Kurul Başkanı

ANKET

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Diğer
4. Gelir düzeyi: a) gelir gider eşit b) gelir giderden az c) gelir giderden çok
5. Mesleğiniz: a) Doktor b) Hemşire c) Ebe d) Sağlık memuru e) acil tıp teknisyeni
7. Meslekteki yılınız: a) 0-5 yıl arası b) 5-10 yıl arası c) 10 yıl ve daha fazlası
8. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hiç kullanmadım c) Bıraktım, şimdi kullanmıyorum
9. Alkollü içecek tüketiyor musunuz? a) Evet b) Hiç içmedim c) Eskiden, şimdi içmiyorum
10. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
11. Kronik bir hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır
12. Kendinize konmuş bir kanser tanısı var mı? a) Evet b) Hayır
13. Ailenizde kanser hastalığı olan birey var mı? a) Evet b) Hayır
14. Ülkemizde yapılan ulusal kanser tarama programı hakkında bilginiz var mı? a) Evet b) Hayır

Evet ise program kapsamında hangi kanserler taranmaktadır? (birden fazla sık işaretleyebilirsiniz)

a) Cilt b) serviks c) mide d) kemik e) meme f) mesane g) pankreas h) kolorektal i) tiroid j) akciğer

15. Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı? a) Evet b) Hayır

Cevabınız hayır ise başlıca yaptırmama nedeniniz nedir? (bir ya da en fazla üç sık işaretleyiniz)

- Unuttuğum için
- Bilgim olmadığı için
- Zamanım olmadığı için
- Gereksiz bulduğum için
- Yaşım genç olduğu için
- Ailemde kanser hastası olmadığı için
- Kötü bir sonuçla karşılaşmaktan korktuğum için

- Radyasyon almaktan korktuğum için
- Şikâyetim olmadığı için

16. Hastalarınıza ya da yakınlarınıza kanser taramaları hakkında önerilerde bulunur musunuz? a) Evet b) Hayır

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği

Orijinal Sıra No	Yeni Sıra No	İfadeler	1: Doğru	2: Yanlış	3: Bilmiyorum
1	1	Kanser taramaları kanseri belirti vermediği erken dönemde saptamak amacıyla yapılır.			
2	2	Kanser taramaları kişilerin kanserden ölme riskini artırır.			
3	3	Kanser taramaları sırasında saptanan kanserlerin tedavisi daha kolay yapılabilir.			
4	4	Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı bulunmaktadır.			
5	5	Kalın barsak kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır.			
7	6	Meme kanseri taraması yapılan kanserlerden biridir.			
8	7	Rahim ağzı kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır.			
9	8	Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) yapılmaktadır.			
10	9	Kanser taramaları ücretsizdir.			
11	10	Şikâyeti olmayan kişilerin kanser taramalarına katılması gerekli değildir.			
12	11	Kalın barsak kanseri dışkıda gizli kan testi ile taranır.			
13	12	Dışkıda gizli kan testi her iki yılda bir defa yaptırılmalıdır.			
15	13	Her on yılda bir kolonoskopi tetkiki yaptırmak kalın barsak kanseri taraması için gereklidir.			
16	14	50-70 yaş arasındaki her kadın ve her erkek kalın barsak kanseri açısından tarama yaptırmalıdır.			
17	15	Meme kanseri mamografi ile taranmaktadır.			
18	16	Mamografi her iki yılda bir defa çektirilmelidir.			

19	17	40-69 yaş arası her kadın meme kanseri açısından taranmalıdır.			
20	18	Her kadın 20 yaşından başlayarak kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.			
21	19	Kendi kendine meme muayenesi her ay yapılmalıdır.			
22	20	Her kadın 20 yaşından başlayarak doktora giderek meme muayenesi yaptırmalıdır.			
23	21	Kendi kendine meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayabilir.			
24	22	Doktorun yaptığı meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayamaz.			
25	23	Rahim ağzı kanseri, simir (rahim ağzı sürüntü) testi ile taranır.			
27	24	Her beş yılda bir genital siğil virüsü (Human Papilloma Virus) testi yaptırmak rahim ağzı kanseri taramasında kullanılan bir yöntemdir.			
28	25	30-65 yaş arası her kadın rahim ağzı kanseri için tarama yaptırmalıdır.			

