



T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ANKARA'DAKİ BİR ÜNİVERSİTE İDARİ PERSONELİNİN KANSER
TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Kaan AKSU

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

ANKARA

2026



T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ANKARA'DAKİ BİR ÜNİVERSİTE İDARİ PERSONELİNİN KANSER
TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Kaan AKSU

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mahmut Saadi YARDIM

ANKARA

2026

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasından tamamlanmasına kadar geçen her aşamada, akademik tecrübesiyle yolumu aydınlatan, sabrı ve nezaketiyle desteğini her zaman hissettiren değerli danışman hocam Doçent Dr. Mahmut Saadi Yardım'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Başta Anabilim Dalı Başkanımız Profesör Dr. Kerim Hakan Altıntaş olmak üzere, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm kıymetli öğretim üyelerine ve görevlilerine akademik gelişimime sağladıkları katkılar için teşekkür ederim.

Tüm çalışma arkadaşlarıma ve aileme teşekkürlerimle.

ÖZET

Aksu K., Ankara'daki Bir Üniversite İdari Personelinin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2026. Bu araştırma, Ankara'da bulunan bir devlet üniversitesinin Beytepe Yerleşkesinde görev yapan idari personelin; ulusal kanser tarama programları kapsamındaki meme, rahim ağzı (serviks) ve kolorektal kanser taramalarına yönelik bilgi düzeylerini, tutumlarını ve bu faktörleri etkileyen değişkenleri saptamak amacıyla yürütülmüştür. Kanser, yüksek ölüm hızları, yeti yitimi ve tedavi maliyetleri nedeniyle küresel ölçekte ve Türkiye'de en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Erken teşhis ve organize tarama programlarının (KETEM, ASM vb.) başarısı, hedef nüfusun bu programları benimsemesi ve katılım sıklığının %70'in üzerine çıkmasıyla mümkündür. Tanımlayıcı tipteki bu epidemiyolojik çalışma, üniversite idari personel evreninden ulaşılabilen ve çalışmaya gönüllü olan 398 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler; sosyodemografik özellikler, kronik hastalık öyküsü (en sık tiroid, diyabet ve hipertansiyon), tütün ve alkol kullanımı gibi sağlıklı yaşam alışkanlıklarının yanı sıra, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (24 madde, maksimum 120 puan) ve "Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği"ni (25 madde, maksimum 25 puan) içeren kapsamlı bir anket formuyla toplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %63,6'sı kadın, yaş ortalaması 45,5'tir ve personelin %82,7'si üniversite veya lisansüstü eğitim seviyesindedir. Katılımcıların %53,8'i ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtirken, en önemli bilgi kaynakları olarak aile hekimleri (%48,6) ve sosyal medya platformları (%36,9) öne çıkmıştır. Personelin sadece %34,8'i hayatında en az bir kez kanser taraması yaptırmıştır; bu taramalar içinde meme kanseri (%81,2) ve serviks kanseri (%66,9) yaygınken, kolon kanseri taraması %18,7 ile hedeflerin çok gerisindedir. Tarama yaptırmayanların %80,4 gibi büyük bir kısmının "herhangi bir şikâyeti olmamasını" gerekçe göstermesi, taramaların asemptomatik bireyler için olduğu farkındalığının yetersizliğini ortaya koymaktadır. İstatistiksel analizlerde, kadınların hem tutum (104,0) hem de bilgi (18,0) puan ortancalarının erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bilgi ölçeği sonuçlarına göre katılımcıların %44,4'ü yeterli bilgi düzeyine (17,5 puan ve üzeri) sahiptir. İstatistiksel analizlerde, bilgi düzeyi ile tutum puanları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir korelasyon ($r=0,380$; $p<0,001$) tespit edilirken; çok değişkenli regresyon sonuçlarına göre 18 yaşından küçük çocuk sahibi olmanın tutumu negatif, bilgi sahibi olma ve deneyimin ise pozitif etkilediği, bilgi puanını ise en güçlü şekilde kadın cinsiyet, 55-64 yaş grubu, fiziksel aktivite ve KETEM farkındalığının açıkladığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, yüksek eğitilmiş bir grup olan üniversite personelinde dahi tarama katılımı düşüktür. Özellikle erkek personelin kolorektal taramalara katılımını artıracak stratejilerin geliştirilmesi, tarama davranışının şikâyet odaklı değil koruyucu bir rutin olarak benimsetilmesi ve kurumsal farkındalık eğitimlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser taramaları, Bilgi ve tutum, İdari personel, Erken teşhis, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

ABSTRACT

Aksu K., Evaluation of Knowledge and Attitudes of Administrative Staff at a University in Ankara Regarding Cancer Screenings, Hacettepe University Faculty of Medicine Department of Public Health, Public Health Specialty Thesis, Ankara, 2026. This research was conducted to determine the knowledge levels, attitudes, and the variables influencing these factors among administrative staff working at the Beytepe Campus of a state university in Ankara regarding breast, cervical, and colorectal cancer screenings within the scope of national cancer screening programs. Cancer is recognized as one of the most significant public health problems both globally and in Türkiye due to high mortality rates, disability, and treatment costs. The success of early diagnosis and organized screening programs (such as KETEM, Family Health Centers, etc.) depends on the adoption of these programs by the target population and a participation rate exceeding 70%. This descriptive epidemiological study was carried out on 398 volunteers accessible within the university administrative staff population. Data were collected using a comprehensive questionnaire including sociodemographic characteristics, history of chronic diseases (most commonly thyroid, diabetes, and hypertension), healthy lifestyle habits such as tobacco and alcohol use, as well as the validated and reliable "Attitude Scale Towards Cancer Screenings" (24 items, maximum 120 points) and "Knowledge Scale Towards Cancer Screenings" (25 items, maximum 25 points). According to the findings, 63.6% of the participants were female, the mean age was 45.5, and 82.7% of the staff had a university or postgraduate education level. While 53.8% of the participants stated they were informed about national cancer screening programs, family physicians (48.6%) and social media platforms (36.9%) emerged as the primary sources of information. Only 34.8% of the staff had undergone at least one cancer screening in their lifetime; among these, breast cancer (81.2%) and cervical cancer (66.9%) screenings were common, while colorectal cancer screening remained significantly behind targets at 18.7%. The fact that a vast majority (80.4%) of those who did not undergo screening cited "not having any complaints" reveals an insufficient awareness that screenings are intended for asymptomatic individuals. Statistical analyses showed that women's median scores for both attitude (104.0) and knowledge (18.0) were significantly higher than those of men ($p < 0.05$). According to the knowledge scale results, 44.4% of the participants had an adequate level of knowledge (17.5 points and above). Statistical analyses revealed a positive and low correlation between knowledge levels and attitude scores ($r=0.380$; $p<0.001$). According to multivariate regression results, having children under the age of 18 negatively affected attitudes, whereas having knowledge and experience had a positive impact. Meanwhile, female gender, 55–64 age group, physical activity, and KETEM awareness were identified as the strongest predictors of the knowledge score. In conclusion, screening participation is low even among a highly educated group of university staff; therefore, it is recommended to develop strategies to increase participation in colorectal screenings—especially among male staff—to promote screening behavior as a preventive routine rather than a symptom-oriented action, and to expand institutional awareness training.

Keywords: Cancer screenings, Knowledge and attitude, Administrative staff, Early diagnosis, Cancer Early Diagnosis, Screening and Training Center

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ	1
2. AMAÇ.....	4
2.1. Yakın Dönem Amaçları.....	4
2.2. Orta-Uzun Dönemli Amaçlar	4
3. GENEL BİLGİLER	5
3.1. Kanserin Tanımı	5
3.2. Kansere Nasıl Gelişir?	5
3.3. Kansere Hücreleri ve Normal Hücreler Arasındaki Farklar	5
3.4. Kansere Epidemiyolojisi.....	6
3.4.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Bağlı Ölümler İçinde Kansere Yeri.....	6
3.4.2. Dünyada Kansere Epidemiyolojisi	7
3.4.3. Türkiye’de Kansere Epidemiyolojisi	9
3.5. Kansere Risk Faktörleri	18
3.5.1. Tütün Ürünleri	19
3.5.2. Enfeksiyöz Ajanlar	19
3.5.3. Alkol Tüketimi	20

3.5.4. Güneş Işığı ve Ultraviyole Radyasyon	21
3.5.5. İyonizan Radyasyon ve Elektromanyetik Alanlar	21
3.5.6. Beslenme	22
3.5.7. Fiziksel Aktivite	23
3.5.8. Gıdalardaki Karsinogenler	24
3.5.9. Hava ve Su Kirliliği	24
3.5.10. Mesleki Etkilenimler	25
3.5.11. Hormon İçeren İlaçlar	26
3.6. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri	26
3.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	27
3.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	28
3.6.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	29
3.7. Kanserden Korunma	29
3.7.1. Kanser Kontrolüne Yönelik Yaklaşımlar	29
3.8. Tarama Programları	32
3.8.1. Dünyada Önerilen ve Yürütülen Kanser Tarama Programları	35
3.8.2. Türkiye Ulusal Kanser Tarama Programı	36
3.9. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	42
3.10. Tarama Programlarının Kullanımı Etkileyen Faktörler	43
3.10.1. Sosyo-Ekolojik Model Çerçevesinde Tarama Belirleyicileri	43
3.10.2. Psikososyal Bariyerler ve Kültürel İnanç Sistemleri	44
3.10.3. Sağlık Sistemi Altyapısı ve Kurumsal Belirleyiciler	46
3.10.4. Sağlık Okuryazarlığı	47
3.11. Türkiye’de Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği Kullanılarak Yapılan Bazı Çalışmaların Özeti	47
3.11.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinin Kullanıldığı Bazı Çalışmaların Özeti	47
3.11.2. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinin Kullanıldığı Bazı Çalışmaların Özeti	51

3.11.3. Kanser Taramalarında Tutum ve Bilgi Düzeyini Birlikte Değerlendiren Bazı Çalışmaların Özeti	52
4. GEREÇ VE YÖNTEM	55
4.1. Araştırmanın Yeri	55
4.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Grubu	56
4.3. Araştırmanın Tipi	57
4.4. Araştırmanın Değişkenleri	57
4.4.1. Tanımlayan Değişkenler	57
4.4.2. Tanımlanan Değişkenler	59
4.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı	59
4.5.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği	60
4.5.2. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği	61
4.6. Araştırmanın Ön Denemesi	62
4.7. Araştırmada Kullanılan Terimler ve Kısaltmalar	62
4.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	63
4.8.1. Veri Analizi Öncesi Kategorizasyon	64
4.8.2. Veri Analizi Sırasında Dahil Edilme Kriterleri	65
4.8.3. Etki Büyüklüğü Hesaplamaları	66
4.9. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü	68
4.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler	68
4.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	69
4.12. Araştırmanın Bütçesi	69
4.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	70
5. BULGULAR	71
6. TARTIŞMA	157
7. SONUÇLAR	190
8. ÖNERİLER	194

9. KAYNAKLAR.....	197
10. EK'LER	221
10.1. Veri Toplama Formu.....	221
10.2. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Tutum Ölçekleri Kullanım İzni..	235
10.3. Etik Kurul İzni.....	236
10.4. Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı İzni.....	237
10.5. Bilgilendirme Notu.....	238

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AB:** Avrupa Birliği
- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- ALDH2:** Aldehit Dehidrojenaz 2
- ASM:** Aile Sağlığı Merkezleri
- ASR:** Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hız
- BT:** Bilgisayarlı Tomografi
- CanScreen5:** Beş Kıtada Kansere Taraması
- CC:** Kranyokaudal
- COVID-19:** Yeni Koronavirüs Hastalığı
- DALY:** Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı
- DES:** Dietilstilbestrol
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EBV:** Epstein-Barr Virüsü
- E-sigara:** Elektronik Sigara
- FİT:** Fekal İmmünohistokimyasal Test
- GGK:** Gaitada Gizli Kan Testi
- GLOBOCAN:** Küresel Kanser Gözlemevi
- H. Pylori:** Helicobacter Pylori
- HBV:** Hepatit B Virüsü
- HCA:** Heterosiklik Aminler
- HCC:** Hepatoselüler Karsinom
- HCV:** Hepatit C Virüsü
- HIV-1:** İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü Tip 1
- HPV-DNA:** İnsan Papilloma Virüsü-Deoksiribonükleik Asit
- HTLV-1:** İnsan T-hücreli Lösemi Virüsü Tip 1
- IARC:** Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
- KETEM:** Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
- KKMM:** Kendi kendine meme muayenesi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KSHV: Kaposi Sarkomu ile ilişkili Herpesvirüs
KTEM: Kanser Erken Teşhis Merkezi
KTYBÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği
KTYTÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği
LPA: Latent Profil Analizi
MEDA: Mali ve Teknik Refakat/Eşlik Tedbirleri
Medicaid: Medical Aid
Medicare: Medical Care
MEN-1: Multipl Endokrin Neoplazi Tip 1
MLO: Mediolateral Oblik
MÖ: Milattan Önce
MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MSS: Merkezi Sinir Sistemi
OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PAH: Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar
SEER: Gözetim, Epidemiyoloji ve Sonuçlar
SEM: Sosyo-Ekolojik Model
SHM: Sağlıklı Hayat Merkezleri
SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
SS: Standart Sapma
STEPS: Gözetim için basamaklı yaklaşım
T.C.: Türkiye Cumhuriyeti
TP53: Tümör Proteini p53
TSM: Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
UV: Ultraviolet
 $\bar{X}$: Ortalama

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 5.1: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Arasındaki Korelasyon (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	151
---	------------

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1: Araştırmaya Ait Gider Kalemleri ve Harcama Tutarları.....	69
Tablo 4.2: Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	70
Tablo 5.1: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	71
Tablo 5.2: Araştırmaya Katılan Personelin İş Yerlerindeki Unvan/Kadro Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	73
Tablo 5.3: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlık Durumu Algılarının ve En Sık Kullandıkları Sağlık Birimlerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	74
Tablo 5.4: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	75
Tablo 5.5: Araştırmaya Katılan Personelin Hastalık Durumu ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	77
Tablo 5.6: Araştırmaya Katılan Personelin Birinci, İkinci Derece Akrabalarında Kansere Öyküsü Olması ve Kansere Nedeniyle Bir Yakınlarını Kaybetme Durumlarına Göre Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	78
Tablo 5.7: Araştırmaya Katılan Personelin Kansere Tarama Programları Hakkındaki Bilgi Durumlarının ve Bilgi Sahibi Oldukları Kansere Tarama Programı Kategorisinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	79
Tablo 5.8: Araştırmaya Katılan Personelin Kansere Tarama Programları Hakkında Bilgi Aldıkları Kaynakların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	80
Tablo 5.9: Araştırmaya Katılan Personelerle Kansere Taraması Önerilme Durumunun ve Öneri Kaynaklarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	81

Tablo 5.10: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumlarına Göre Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	82
Tablo 5.11: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının, Yaptırılan Kanser Tarama Programı Kategorisinin ve Kanser Taramalarının Yaptırıldığı Kuruluşların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	82
Tablo 5.12: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taraması Yaptırmalarında En Etkili Faktör/Kişilerin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	83
Tablo 5.13: Araştırmaya Katılan Daha Önce Kanser Taraması Yaptırmamış Olan Personelin Kanser Taraması Yaptırmama Sebeplerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	84
Tablo 5.14: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	85
Tablo 5.15: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	93
Tablo 5.16: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	102
Tablo 5.17: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlık Durumu Algılarına ve Sağlık Hizmeti Alırken En Sık Kullandıkları Sağlık Birimlerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	107
Tablo 5.18: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	108

Tablo 5.19: Araştırmaya Katılan Personelin Hastalık Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	113
Tablo 5.20: Araştırmaya Katılan Personelin Birinci, İkinci Derece Akrabalarında Kanser Öyküsü Olması ve Kanser Nedeniyle Bir Yakınlarını Kaybetme Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	115
Tablo 5.21: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Tarama Programları Hakkındaki Bilgi Durumlarına ve Katılımcıya Kanser Taraması Yaptırması Önerilme Durumuna Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	117
Tablo 5.22: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden Haberdar Olma Durumlarına ve Kanser Taraması Yaptırma Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	119
Tablo 5.23: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	120
Tablo 5.24: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlık Durumu Algılarına ve En Sık Kullandıkları Sağlık Birimlerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	125
Tablo 5.25: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	126
Tablo 5.26: Araştırmaya Katılan Personelin Hastalık Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	131

Tablo 5.27: Araştırmaya Katılan Personelin Birinci, İkinci Derece Akrabalarında Kanser Öyküsü Olması ve Kanser Nedeniyle Bir Yakınlarını Kaybetme Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	132
Tablo 5.28: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Tarama Programları Hakkındaki Bilgi Durumlarına ve Katılımcıya Kanser Taraması Yaptırması Önerilme Durumuna Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	134
Tablo 5.29: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumlarına ve Kanser Taraması Yaptırma Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	135
Tablo 5.30: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	136
Tablo 5.31: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlık Durumu Algılarına ve Sağlık Hizmeti Alırken En Sık Kullandıkları Sağlık Birimlerine Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	140
Tablo 5.32: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	142
Tablo 5.33: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Hastalık Durumlarına Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	145
Tablo 5.34: Araştırmaya Katılan Personelin Birinci, İkinci Derece Akrabalarında Kanser Öyküsü Olması ve Kanser Nedeniyle Bir Yakınlarını Kaybetme Durumlarına Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	146

Tablo 5.35: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Tarama Programları Hakkındaki Bilgi Durumlarına, Katılımcıya Kanser Taraması Yaptırması Önerilme Durumuna ve Katılımcının Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumlarına Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	148
Tablo 5.36: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	149
Tablo 5.37: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden %70 Üzeri (17,5 Puan Üzeri) Puan Alma Durumlarına Göre Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025).....	150
Tablo 5.38: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanın Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden %70 Üzeri Puan Alma Durumlarına Göre Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	150
Tablo 5.39: Araştırmaya Katılan Personele Uygulanan Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği İçin Hesaplanan Cronbach-Alfa Değeri (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	152
Tablo 5.40: Kanser Taramasına Yönelik Tutum Ölçeği Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	153
Tablo 5.41: Kanser Taramasına Yönelik Bilgi Ölçeği Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)	155

1. GİRİŞ

İnsan vücudu gereksinim duyduğunda yeni hücreler meydana getirmekte ve hücreler, hücre bölünmesi adı verilen bir süreç aracılığıyla büyüyüp çoğalmaktadır. Hücreler yaşlandığında veya zarar gördüğünde ölür ve yeni oluşan hücreler canlılığını yitiren hücrelerin yerini doldurur. Bazen bu düzenli süreçte bozulmalar meydana gelir ve anormal ya da hasarlı hücreler, olmaması gereken zamanlarda büyüyüp çoğalmaya başlar. Kanser, vücuttaki bazı hücrelerin kontrol dışı çoğalması ve vücudun diğer bölgelerine yayılması ile oluşan bir hastalık olarak tanımlanmakta ve trilyonlarca hücreden oluşan insan vücudunun neredeyse her yerinde ortaya çıkabilmektedir (1). Kanser yerine kötü huylu tümör ve neoplazm terimleri de kullanılabilmektedir (2).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından yayımlanan verilere göre dünya genelinde yeni tanı almış kanser vakalarının 2022 yılı için 20 milyon olduğu tahmin edilirken; 2025'te 21,3 milyon, 2030'da 24,1 milyon, 2040'ta 29,9 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Kanserin dünya genelinde 2022 yılında 9,74 milyon ölüme yol açtığı tahmin edilirken, bu sayının 2025'te 10,4 milyon, 2030'da 11,9 milyon, 2040'ta 15,3 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (3). Kanser türleri incelendiğinde 2022 yılında dünya genelinde erkeklerde yeni tanı alan en sık üç kanser türü akciğer, prostat ve kolorektal kanserler; kadınlarda meme, akciğer ve kolorektal kanserler olduğu görülmektedir. Yeni tanı alan kanserler her iki cinsiyet açısından incelendiğinde ise 2022'de dünya genelinde akciğer, meme ve kolorektal kanserlerin ön planda olduğu görülmektedir. Dünya genelinde kanser ilişkili ölümlerin 2022 verilerine bakıldığında erkeklerde akciğer, karaciğer, kolorektal; kadınlarda meme, akciğer, kolorektal kanserlerin önde geldiği görülmektedir. Her iki cinsiyet birlikte değerlendirildiğinde ise 2022'de dünya genelinde kanser ilişkili ölümlere en çok yol açan üç kanser akciğer, kolorektal ve karaciğer kanserleridir (4).

Türkiye Kanser İstatistikleri 2020 raporuna göre bir yıl içerisinde 195.581 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur. Ülkemizde erkeklerde kanserin görülme sıklığı kadınlara kıyasla daha fazladır. Türkiye'de tüm yaş gruplarında 2020 yılında kadınlarda en sık meme, kolorektal, tiroid kanserler gözlenirken; erkeklerde trakea, bronş,

akciğer, prostat ve kolorektal kanserleri gözlenmiştir (5). Ülke genelindeki ölüm nedenleri incelendiğinde, 2024 yılında dolaşım sistemi hastalıklarının ardından en sık görülen ikinci ölüm sebebinin iyi ve kötü huylu tümörler olduğu görülmektedir. Neoplastik süreçlere bağlı ölümler alt nedenler temelinde analiz edildiğinde, ölümlerin %29,1'inin larenks, trakea, bronş ve akciğer malign neoplazmlarından; %8,0'inin kolon malign neoplazmlarından ve %7,8'inin ise lenfoid ve hematopoetik sistem malignitelerinden kaynaklandığı görülmektedir (6).

Kanser dünyada ve ülkemizde bu denli sık görülmesi, yüksek ölüm hızlarına neden olması, yeti yitimine sebep olması, tedavi maliyetlerinin getirdiği ağır ekonomik yük dolayısıyla iş gücünde verimlilik kayıplarına yol açması ve ulusal ekonomiyi finansal açıdan olumsuz etkilemesi sebepleriyle öncelikli bir halk sağlığı sorunu olma özelliğini sürdürmektedir (7).

Kanserlerin %30 ile %50'sinin, risk faktörlerinden kaçınılarak ve bilimsel temellere dayanan önleme stratejilerinin uygulanması ile engellenmesi mümkündür. Erken evrede konulan tanı ve etkin tedavi protokolleri sayesinde pek çok kanser hastasında tam iyileşme ve yüksek sağkalım hızları elde edilebilmektedir (2). Toplum genelinde kanser farkındalığının artırılması, halk bilincinin yükseltilmesi ve tarama programlarının yaygınlaştırılması neoplazilerle mücadelede temel stratejilerin başında gelmektedir. Ülkemizde de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği meme, kolorektal ve serviks kanserleri için tarama faaliyetleri yürütülmektedir. Bu faaliyetler çerçevesinde; kadınlarda 40-69 yaş aralığında iki yılda bir mamografi taraması uygulanması, 20 yaşından itibaren yıllık klinik meme muayenesi gerçekleştirilmesi ve aylık kendi kendine meme muayenesi konusunda danışmanlık sağlanması; 30-65 yaş grubundaki kadınlara beş yılda bir servikal smear ile HPV-DNA (İnsan Papilloma Virüsü-Deoksiribonükleik Asit) testlerinin yapılması; ayrıca her iki cinsiyette de 50-70 yaş aralığında iki yılda bir gaitada gizli kan testi uygulanması ve on yılda bir kolonoskopi tetkikinin gerçekleştirilmesi önerilmektedir (7).

Tarama programlarının etkinliği ve başarısı, hedef grup tarafından benimsenmesine ve yüksek bir katılım sıklığıyla uygulanmasına bağlıdır. Bu çerçevede

katılım düzeyinin artırılması; bireylerin hastalığın oluşturduğu sağlık tehditlerini kavramalarıyla ve kendilerinin de bu risk grubunda yer alabileceği gerçeğini benimsemeleriyle yakından ilgilidir. Bununla birlikte, tasarlanan tarama programının hedef gruba uyarlanmış, sağlık personeli tarafından desteklenen ve maliyet-etkin nitelikte olması programın başarısı açısından büyük önem taşımaktadır. Taramalardan beklenen kazanımların sağlanabilmesi için en az %70 kapsayıcılık düzeyinin sağlanması gerekmektedir (8). Bununla birlikte, ülkemizdeki mevcut tarama yüzdeleri meme kanseri için yüzde 30-35, serviks kanseri için yüzde 20 ve kolorektal kanser için yüzde 30-40 aralığında seyretmektedir. Mevcut tarama yüzdelerinin hedeflenenin oldukça gerisinde olduğu gözlenmektedir (8,9). Ülkemizde kanser taramalarına hedeflenen düzeyde katılımın olmaması, bu konuda araştırmalar yapılmasını gerekli kılmaktadır. Toplumda kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi de bu araştırma konularından biridir.

Çalışmamızın amacı, Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsünde İdari Personel olarak çalışmakta olan 30-65 yaş arası bireylerin ulusal tarama programı kapsamında yer alan meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarına ilişkin bilgilerini ve tutumlarını değerlendirmek, aynı zamanda katılımcıların bu alandaki farkındalığını artırmaktır.

2. AMAÇ

2.1. Yakın Dönem Amaçları

Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesinde çalışan ve çalışmaya katılan idari personelin,

- Kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutumlarının,
- Bazı sosyodemografik özelliklerinin,
- Sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerin saptanması amaçlanmıştır.

2.2. Orta-Uzun Dönemli Amaçlar

- Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesinde çalışan idari personelin kanser taramalarına yönelik farkındalıklarını artırmak,
- Kanser taramaları ile ilgili planlanacak eğitim ve farkındalık müdahalelerinde öncelik verilecek alanların belirlenmesine katkıda bulunmak,
- Kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutumun değerlendirileceği gelecekteki çalışmalar için kaynak oluşturmak,
- Ulusal kanser tarama kapsayıcılığının artması için yapılacak çalışmalara katkı sağlamak amaçlanmıştır.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. Kanserin Tanımı

Kelime anlamı açısından kanser, bir organ ya da dokuda bulunan hücrelerin düzensiz şekilde bölünüp çoğalması sonucu ortaya çıkan kötü huylu tümörlerdir. Genel tanım olarak ise kanser, vücudun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla meydana gelen ve 100'den fazla hastalık grubunu kapsayan bir durumdur. Kanser türleri çok çeşitli olsa da, hepsinin başlangıç noktası anormal hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmasıdır. Kanser terimi, tıbbın babası olarak anılan Yunan hekim Hippocrates (Milattan Önce (MÖ) 460-370) tarafından ortaya konmuştur. Hippocrates, ülser yapan tümörler için carcinos, ülser yapmayanlar için ise carcinoma kavramlarını kullanmıştır (10).

3.2. Kanser Nasıl Gelişir?

Kanser, vücudun temel yapı taşı olan hücrelerdeki genetik kodların hasar görmesiyle başlayan ve hücrelerin doğal yaşam döngüsünden saparak kontrolsüzce çoğaldığı karmaşık bir süreçtir. Normalde doku onarımı için belirli bir düzenle bölünen ve ömrü dolduğunda apoptosis ile yok olan sağlıklı hücrelerin aksine; kanser hücreleri hem çevresel etkenler hem de kalıtsal miras nedeniyle bozulan genetik yapıları sonucu sınırsız bölünme yeteneği kazanır. Bu süreçte bağışıklık sistemini manipüle ederek kendilerini gizleyen ve anjiyogenez yoluyla yeni damarlar oluşturup kendilerine özel bir lojistik hat kuran bu hücreler, zamanla birikerek tümör kütlelerini oluşturur. İyi huylu tümörlerin aksine komşu dokuları işgal eden kötü huylu hücreler, kan veya lenf yoluyla vücudun uzak noktalarına sıçrayarak (metastaz) yeni koloniler kurabilir; üstelik her bireyin kanseri, hatta aynı tümör içindeki farklı hücreler bile, yaşlandıkça temizlenmesi zorlaşan ve sürekli evrilen kendine özgü bir genetik kombinasyona sahiptir (1,10).

3.3. Kanser Hücreleri ve Normal Hücreler Arasındaki Farklar

Kanser hücreleri kanser olmayan normal hücrelerden birçok yönden farklıdır: Bu farklardan bazıları: (1)

- Kanser hücreleri, büyüme sinyali olmadan da çoğalabilir; normal hücreler ise yalnızca bu sinyalleri aldığında büyümektedir.
- Kanser hücreleri hücre bölünmesini durduran veya hücreleri ölüme götüren (programlanmış hücre ölümü veya apoptoz süreci) sinyalleri görmezden gelebilirler.
- Kanser hücreleri çevre dokulara ve vücudun diğer bölgelerine yayılabilirler. Normal hücreler ise diğer hücrelerle karşılaştıklarında büyümeyi durdururlar ve çoğu normal hücre vücutta yer değiştirmez.
- Kanser hücreleri, salgıladıkları sinyallerle yeni kan damarlarının oluşumunu tetikler. Bu damar ağı, tümörün büyümesi için gereken besin ve oksijen desteğini sağlarken aynı zamanda atık maddelerin tahliyesini gerçekleştirir.
- Kanser hücreleri, bağışıklık sisteminin doğal imha mekanizmasını devre dışı bırakmakla kalmaz; aynı zamanda savunma hücrelerini kendi gelişimlerini destekleyecek şekilde manipüle ederek sistemi birer koruma kalkanına dönüştürürler.
- Kanser hücresi kromozomlarında kopyalanma ve silinme gibi birçok değişiklik bulunabilir; bazı hücrelerde kromozom sayısı iki katına çıkabilmektedir.
- Kanser hücreleri normal hücrelerden farklı besin ve enerji üretim yolları kullanarak daha hızlı büyürler.

3.4. Kanser Epidemiyolojisi

3.4.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Bağlı Ölümler İçinde Kanserlerin Yeri

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, 2021’de dünya genelinde en az 43 milyon kişinin ölümüne yol açarak pandemi dışı ölümlerin yaklaşık %75’ini oluşturmuştur. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle 70 yaşından önce 18 milyon kişi 2021’de hayatını kaybetmiştir ve erken ölümlerin %82’lik büyük bir kısmı, düşük ve orta gelirli ülkelerde

gerçekleşmiştir. Kalp ve damar hastalıkları, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin en büyük kısmını oluşturmakta olup 2021'de en az 19 milyon kişinin ölümüne yol açmıştır. Bu hastalıkları kanserler (10 milyon), kronik solunum yolu hastalıkları (4 milyon) ve diyabet (diyabetin neden olduğu böbrek hastalığı ölümleri de dahil olmak üzere 2 milyondan fazla) izlemektedir. Bahsi geçen dört hastalık sınıfı, bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin yüzde 80'inin temel nedenidir (11).

3.4.2. Dünyada Kanser Epidemiyolojisi

3.4.2.1. Dünyada Kanser İnsidansı

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından sağlanan Küresel Kanser İstatistikleri 2022 verileri incelendiğinde, her iki cinsiyet için tüm kanser türlerini kapsayan toplam yeni vaka sayısı 19.976.499 olarak kaydedilmiştir. Küresel ölçekte yaşa göre standardize edilmiş hız (ASR) 100.000'de 196,9 iken, kaba hız 253,4 olarak saptanmıştır; bu veriler ışığında bir bireyin 75 yaşına kadar kansere yakalanma kümülatif riski dünya genelinde %20'dir. Kıtalar bazında dağılım ele alındığında, Asya 9.826.539 vaka ile sayısal olarak en yüksek yükü taşımakta, onu 4.471.422 vaka ile Avrupa ve 2.673.174 vaka ile Kuzey Amerika izlemektedir. Ancak oransal riskler değerlendirildiğinde, Okyanusya 100.000'de 409,0 ASR değeri ve %37,6 kümülatif risk oranıyla en yüksek riskli bölge olarak öne çıkmaktadır. Kuzey Amerika'da 75 yaşına kadar kanser riski %34,0 iken, bu sıklık Avrupa'da %27,9 seviyesindedir. Latin Amerika ve Karayipler'de 1.551.060 vaka (ASR: 186,0) görülürken, Afrika 1.185.216 vaka ile hem en düşük ASR (132,3) hem de en düşük kümülatif risk (%13,8) değerlerine sahip bölge olarak raporlanmıştır (12).

3.4.2.2. Dünyada Kanser Mortalitesi

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından sağlanan Küresel Kanser İstatistikleri 2022 verileri incelendiğinde, dünya genelinde kanser nedeniyle hayatını kaybedenlerin toplam sayısı 9.743.832 olarak kaydedilmiştir. Küresel ölçekte yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı (ASR) 100.000'de 91,7 iken, kaba ölüm hızı 123,6 olarak

saptanmıştır. Dünya genelinde bir bireyin 75 yaşına kadar kanser nedeniyle hayatını kaybetme kümülatif riski %9,6'dır. Bölgeler bazında dağılım ele alındığında, Asya 5.464.451 ölüm vakası ile küresel yükün yarısından fazlasını üstlenmektedir. Ancak oransal riskler ve standartlaştırılmış hızlar açısından bakıldığında, Avrupa 100.000'de 106,3 ASR değeri ve %11,5 kümülatif ölüm riski ile en yüksek mortalite hızına sahip bölge olarak öne çıkmaktadır. Okyanusya 100.000'de 93,4 ASR ile Avrupa'yı izlerken, Afrika (ASR: 88,9), Latin Amerika ve Karayipler (ASR: 85,5) ve Kuzey Amerika (ASR: 83,9) bölgelerinde ölüm hızlarının birbirine daha yakın seyrettiği görülmektedir. Kuzey Amerika'da kaba ölüm hızı (189,2) yüksek olsa da yaşa göre düzeltilmiş hızın (ASR: 83,9) diğer bölgelere kıyasla daha düşük olması dikkat çekicidir (13).

3.4.2.3. Dünyada Kanser İnsidansı ve Mortalitesi Arasındaki Bölgesel Farklar

Kuzey Amerika ve Avrupa gibi gelişmiş bölgelerde kanser insidans hızlarının yüksek olmasına rağmen, mortalite hızlarının bu artışla doğru orantılı olmaması dikkat çekicidir. Örneğin Kuzey Amerika, en yüksek ASR insidans değerlerinden birine (364,7) sahipken, ASR mortalite değeri (83,9) ile küresel ortalamanın altında kalmaktadır. Buna karşın, Afrika bölgesinde ASR insidans hızı (132,3) diğer kıtalara göre daha düşük görünse de ASR mortalite değeri (88,9) oldukça yüksektir (12,13).

3.4.2.4. Dünyada Cinsiyetlere Göre Kanser İnsidansları

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından sağlanan Küresel Kanser İstatistikleri 2022 verileri incelendiğinde erkeklerde en sık yeni tanı alan kanser türleri akciğer kanseri (%15,2), prostat kanseri (%14,2), kolorektal kanser (%10,4), mide kanseri (%6,1), karaciğer kanseri (%5,8), mesane kanseri (%4,6) ve diğer kanserlerdir (%43,7) (14).

Kadınlarda en sık yeni tanı alan kanser türleri meme kanseri (%23,8), akciğer kanseri (%9,4), kolorektal kanser (%8,9), rahim ağzı (serviks uteri) kanseri (%6,9), tiroid kanseri (%6,4), uterus kanseri (%4,3) ve diğer kanserlerdir (%40,4) (15).

3.4.2.5. Dünyada Cinsiyetlere Göre Kansere Mortalitesi

Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı (IARC) tarafından sağlanan Küresel Kansere İstatistikleri 2022 verileri incelendiğinde erkeklerde en çok mortaliteye sebep olan kanserler akciğer kanseri (%22,7), karaciğer kanseri (%9,6), kolorektal kanser (%9,2), mide kanseri (%7,9), prostat kanseri (%7,3), özofagus kanseri (%5,9) ve diğer kanserlerdir (%37,4) (16).

Kadınlarda en çok mortaliteye sebep olan kanserler meme kanseri (%15,4), akciğer kanseri (%13,5), kolorektal kanser (%9,4), rahim ağzı (serviks uteri) kanseri (%8,1), karaciğer kanseri (%5,5), mide kanseri (%5,4), diğer kanserlerdir (%42,7) (17).

3.4.2.6. Dünyada Hastalık Yüğü ve Kansere

Dünyada 1990 yılından 2023 yılına doğru gelindiğinde bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünün payı, toplam hastalık yüğü içinde %41,7'den %64,4'e yükselmiştir. Toplam hastalık yükünün nedenlerine göre dağılımı yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı (DALY) cinsinden incelendiğinde ilk üç sırada kardiovasküler hastalıklar (%15,6), kanserler (%9,9), solunum yolu enfeksiyonları ve tüberküloz (%6,6) olduğu görülmektedir. En sık üç DALY sebebi hastalığın ilk ikisinin bulaşıcı olmayan hastalıklardan oluşması ve kanserlerin 276 milyon DALY ile (%9,9) ikinci sırada yer alması dikkat çekicidir (18).

3.4.3. Türkiye'de Kansere Epidemiyolojisi

3.4.3.1. Tüm Yaş Grupları

Türkiye Kansere İstatistikleri 2020 raporuna göre (2025 yılında yayınlanan kansere verileri) 2020 yılında ülkemizde 195.581 yeni kansere tanısı konulmuştur (5).

Yeni tanı alan kanserlerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde %56'sının (n=109.832) erkeklerde ; %44'ünün (n=85.749) kadınlarda olduğu görülmektedir (5).

Türkiye'de 2020 yılında en sık görülen 10 kansere türü cinsiyete göre incelendiğinde: (5)

Erkeklerde en sık görülen 10 kanser türü yüzdelerine göre:

- Trakea, Bronş, Akciğer (%23,9)
- Prostat (%12,8)
- Kolorektal (%11,2)
- Mesane (%8,8)
- Mide (%5,9)
- Böbrek (%3,1)
- Non-Hodgkin lenfoma (%3,1)
- Pankreas (%2,9)
- Beyin, sinir sistemi (%2,8)
- Larinks (%2,5)

kanserleri olduğu görülmektedir.

Kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü yüzdelerine göre:

- Meme (%28,3)
- Kolorektal (%9,1)
- Tiroid (%8,7)
- Trakea, Bronş, Akciğer (%6,9)
- Uterus Korpusu (%6,0)
- Over (%4,4)
- Mide (%3,9)
- Uterus Serviksi (%3,1)
- Pankreas (%2,9)
- Non-Hodgkin lenfoma (%2,8)

kanserleri olduğu görülmektedir.

Cinsiyete göre en sık görülen 10 kanserin yaşa standardize edilmiş hızları incelendiğinde 100.000 kişide erkeklerde en sık görülen kanser türü trakea, bronş ve akciğer olup hızı 51,9'dur. Bu kanseri sırasıyla 28,1 ile prostat, 24,1 ile kolorektal, 19,1 ile mesane ve 12,7 ile mide kanserleri takip etmektedir. Listenin devamında yer alan

diğer türlerin hızları ise; non-hodgkin lenfoma için 6,9, böbrek için 6,6, pankreas için 6,4, beyin ve sinir sistemi için 6,2 ve larinks için 5,4 olarak belirlenmiştir. Kadınlarda yaşa standardize kanser hızları incelendiğinde 100.000 kişide kadınlarda en yüksek hıza sahip kanser türü 43,4 ile meme kanseridir. Meme kanserini 14,0 ile tiroid, 13,3 ile kolorektal, 10,2 ile trakea, bronş ve akciğer ve 9,4 ile uterus korpusu kanserleri izlemektedir. Kadınlarda görülen diğer sık kanser türlerinin yaşa standardize hızları ise şöyledir: over 6,8, mide 5,5, uterus serviksi 4,7, beyin ve sinir sistemi 4,4 ve non-hodgkin lenfoma 4,3 (5).

3.4.3.2. Çocukluk Çağı Kanserleri

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı 2020 yılı verilerine göre Türkiye'de 0-14 yaş grubu çocukluk çağı kanserlerinin yüzde dağılımı incelendiğinde; lösemi %36,5'lik oranla en sık görülen kanser türü olarak ilk sırada yer almaktadır. Lösemiye sırasıyla %15,1 ile lenfoma ve %12,3 ile merkezi sinir sistemi (MSS) tümörleri takip etmektedir. Çocukluk çağında görülen diğer kanser türleri arasında yumuşak doku sarkomları (%6,5) , nöroblastoma (%6,0) , kemik tümörleri (%4,7) ve renal tümörler (%4,4) yer almaktadır. Dağılımın geri kalan kısmını ise sırasıyla germ hücreli tümörler (%3,4) , hepatik tümörler (%1,8) ve retinoblastom (%1,3) vakaları oluşturmaktadır (5).

3.4.3.3. 15-19 Yaş Gruplarına Göre Kanser Dağılımı

T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 yılı verilerine göre 15-19 yaş grubu erkeklerde en sık görülen kanser türü %17,8 ile testis kanseridir. Testis kanserini sırasıyla %12,0 ile Hodgkin hastalığı ve %11,1 ile beyin ve sinir sistemi tümörleri takip etmektedir. Bu yaş grubundaki erkeklerde diğer yaygın görülen türler ise %9,9 ile Non-Hodgkin lenfoma, %9,0 ile lenfoid lösemi, %7,6 ile myeloid lösemi, %5,8 ile kemik tümörleri, %4,7 ile konnektif/yumuşak doku, %4,7 ile tiroid ve %3,8 ile myeloproliferatif hastalıklar olarak saptanmıştır (5).

Aynı yaş grubundaki kadınlarda ise kanser dağılımı belirgin bir fark göstermekte olup, tiroid kanseri %24,5'lik sıklıkla ilk sırada yer almaktadır. Tiroid kanserini %13,4 ile Hodgkin hastalığı ve %8,9 ile over kanseri izlemektedir. Listenin

devamında yer alan diğer önemli kanser türleri ise sırasıyla %7,4 ile beyin ve sinir sistemi, %7,4 ile myeloid lösemi, %6,7 ile kemik, %6,3 ile konnektif/yumuşak doku, %5,6 ile Non-Hodgkin lenfoma ve %3,0 ile lenfoid lösemidir (5).

3.4.3.4. 15-24 Yaş Gruplarına Göre Kanser Dağılımı

T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 yılı verilerine göre 15-24 yaş grubu erkeklerde en sık görülen kanser türü %25,8 ile testis kanseridir. Testis kanserini sırasıyla %10,2 ile Hodgkin hastalığı ve %8,8 ile beyin ve sinir sistemi tümörleri takip etmektedir. Bu yaş grubundaki erkeklerde diğer yaygın görülen türler ise %8,2 ile Non-Hodgkin lenfoma, %6,6 ile lenfoid lösemi, %6,0 ile tiroid, %5,3 ile myeloid lösemi, %4,3 ile myeloproliferatif hastalıklar, %4,2 ile kemik tümörleri ve %3,4 ile konnektif/yumuşak doku kanserleri olarak saptanmıştır (5).

Aynı yaş grubundaki kadınlarda ise tiroid kanseri %31,8'lik yüksek bir sıklıkla ilk sırada yer alarak diğer kanser türlerinden belirgin şekilde ayrılmaktadır. Tiroid kanserini %12,4 ile Hodgkin hastalığı ve %6,1 ile beyin ve sinir sistemi tümörleri izlemektedir. Listenin devamında yer alan diğer kanser türleri ise sırasıyla %6,0 ile over kanseri, %5,7 ile Non-Hodgkin lenfoma, %5,2 ile konnektif/yumuşak doku, %4,5 ile myeloid lösemi, %3,6 ile kemik tümörleri ve %3,1 ile meme kanseridir (5).

3.4.3.5. 25-49 Yaş Gruplarına Göre Kanser Dağılımı

T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 yılı verilerine göre 25-49 yaş grubu erkeklerde en sık görülen kanser türü %12,7 ile kolorektal kanserdir. Bu kanseri %10,3 ile trakea, bronş ve akciğer kanseri takip etmektedir. Bu yaş grubundaki erkeklerde diğer yaygın görülen türleri ise %9,6 ile testis, %8,5 ile tiroid, %5,7 ile Non-Hodgkin lenfoma, %5,5 ile beyin ve sinir sistemi, %5,3 ile böbrek, %5,2 ile mide, %5,0 ile mesane ve %2,9 ile hodgin hastalığı olarak belirlenmiştir (5).

Aynı yaş grubundaki kadınlarda ise meme kanseri %40,7 gibi oldukça yüksek bir sıklıkla ilk sırada yer alarak diğer kanser türleri arasında baskın bir tablo sergilemektedir. Meme kanserini %17,2 ile tiroid ve %5,1 ile uterus serviksi kanserleri izlemektedir. Listenin devamında yer alan diğer önemli kanser türleri ise sırasıyla %5,0

ile kolorektal, %3,9 ile over, %3,6 ile uterus korpusu, %2,4 ile trakea, bronş ve akciğer, %2,3 ile Non-Hodgkin lenfoma, %2,2 ile mide ve %2,2 ile beyin, sinir sistemi kanserleridir (5).

3.4.3.6. 50-69 Yaş Gruplarına Göre Kanser Dağılımı

T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 yılı verilerine göre, 50-69 yaş grubundaki erkeklerde en yüksek görülme sıklığına sahip olan kanser türü %28,0 ile trakea, bronş ve akciğer kanseridir. Bu kanser türünü sırasıyla %13,2 ile prostat ve %11,2 ile kolorektal kanserler takip etmektedir. Diğer yaygın türler arasında mesane (%8,9) ve mide (%6,2) kanserleri dikkat çekerken; larinks (%3,3), böbrek (%3,3), pankreas (%3,0), Non-Hodgkin lenfoma (%2,4) ve beyin/sinir sistemi (%2,3) kanserleri daha düşük sıklıklarda seyretmektedir (5).

Kadınlarda ise en baskın kanser türü %28,3 ile meme kanseri olarak tespit edilmiştir. İkinci sırada %9,5 ile kolorektal kanser yer alırken, trakea, bronş ve akciğer kanseri ile uterus korpusu kanserinin her ikisi de %8,5'lik paylarla üçüncü sırayı paylaşmaktadır. Bu türlerin ardından tiroid (%6,3), over (%4,9) ve mide (%3,6) kanserleri gelmektedir. Listenin devamında ise pankreas (%2,9), uterus serviksi (%2,7) ve non-hodgkin lenfoma (%2,7) kanserleri yer almaktadır (5).

3.4.3.7. 70 Yaş ve Üzeri Yaş Gruplarına Göre Kanser Dağılımı

T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 yılı verilerine göre, 70 yaş ve üzeri erkek bireylerde en sık görülen kanser türü %18,7 ile trakea, bronş ve akciğer kanseridir. Bu kanseri %18,1 ile prostat kanseri takip etmektedir. Üçüncü sırada %11,8 ile kolorektal kanserler yer alırken, mesane kanseri %11,0'lik bir oranla dördüncü sırada bulunmaktadır. Daha düşük sıklıklarda görülen diğer türler ise sırasıyla mide (%6,2), pankreas (%3,3), Non-Hodgkin lenfoma (%2,4), larinks (%2,0), böbrek (%1,9) ve karaciğer (%1,8) kanserleri olarak sıralanmaktadır (5).

Kadınlarda ise 70 yaş ve üzeri grupta ilk sırada %17,1 ile meme kanseri yer almaya devam etmektedir. İkinci en yaygın tür %14,1 ile kolorektal kanserler olurken, trakea, bronş ve akciğer kanserleri %10,0 ile üçüncü sıradadır. Bu türleri takip eden

kanserler mide (%6,8), pankreas (%5,7), uterus korpusu (%5,1) ve over (%3,7) kanserleridir. Listenin alt sıralarında ise mesane (%3,5), Non-Hodgkin lenfoma (%3,3) ve beyin,sinir sistemi (%2,9) kanserleri yer almaktadır (5).

3.4.3.8. Bazı Kanser Türlerinin Yaşa Özel Hızları

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılı verilerine göre Türkiye'deki erkeklerde en sık görülen kanser türlerinin yaşla birlikte nasıl değiştiği incelenmiştir. 40-45 yaşlarına kadar tüm kanser türlerinde görülme hızı oldukça düşük seyrederken, 50 yaşından itibaren tüm türlerde belirgin ve keskin bir artış gözlemlenmektedir; özellikle akciğer, bronş ve trakea kanseri 70-74 yaş grubunda her 100.000 kişide yaklaşık 450 vaka ile zirveye ulaşarak grafiğin en baskın türü konumundadır. Prostat kanseri 60 yaşından sonra ciddi bir ivme kazanarak 85+ yaş grubunda da artışını sürdürürken, kolorektal ve mesane kanserleri benzer bir yükseliş trendiyle yaşlılık döneminde yüksek değerlere ulaşmakta, mide kanseri ise bu beşli grup arasında en düşük insidansa sahip olsa da yaşla birlikte kademeli artışını korumaktadır. Özetle veriler, ileri yaştan kanser riskinde belirleyici faktör olduğunu ve özellikle 50 yaş sonrasında erken teşhis ile tarama programlarının hayati önem taşıdığını kanıtlar niteliktedir (5).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılı verilerine göre Türkiye'deki kadınlarda en sık görülen kanser türlerinin yaşla birlikte nasıl değiştiği incelenmiştir. Meme kanserinin 30-34 yaş grubundan itibaren dramatik bir ivme kazanarak 60-64 yaş aralığında 100.000 kişide yaklaşık 140 vaka ile en yüksek insidans değerine ulaştığı ve hayatın büyük bir bölümünde kadınlarda en sık rastlanan malignite türü olma özelliğini koruduğu görülmektedir. Tiroid kanserinin diğer türlerden farklı olarak daha erken yaşlarda (20'li yaşlar) yükselişe geçmesi ve 50-54 yaş grubunda pik yaptıktan sonra azalan bir eğilim izlediği tespit edilmektedir. Geriatrik popülasyonda ise kolorektal kanserin sergilediği keskin ve sürekli artış dikkat çekicidir; nitekim bu kanser türü, 85+ yaş grubunda meme kanserini de geride bırakarak yaklaşık 100.00 kişide 128 vaka ile en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Trakea, bronş ve akciğer kanserleri ile uterus korpusu kanserleri ise 50'li yaşlardan itibaren eş zamanlı bir artış trendine girerek sırasıyla 75-79 ve 70-74 yaş gruplarında pik değerlerine ulaşmaktadır. Veriler, yaşam

döngüsü boyunca farklılaşan kanser profilinin, döneme özgü tarama ve erken teşhis stratejileri gerektirdiğini bilimsel olarak ortaya koymaktadır (5).

3.4.3.9. Ulusal Tarama Programında Yer Alan Kanserlerin Yaşa Özel Hızları

a. Meme Kanseri

T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 verilerine göre, kadınlarda meme kanseri insidans hızı 30-34 yaş grubundan itibaren belirgin bir yükseliş sergilemekte ve 60-64 yaş aralığında 100.000 kişide yaklaşık 140 vaka ile zirve noktasına ulaşmaktadır. 50-79 yaşları arasında yüksek bir platoda seyreden bu eğilim, yaşlanmanın kümülatif risk etkisini doğrulamakla birlikte, özellikle 40 yaş sonrası ulusal tarama protokollerinin stratejik önemini halk sağlığı perspektifinden bilimsel bir temelde pekiştirmektedir (5).

b. Serviks Kanseri

T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 verileri, Türkiye’de serviks kanseri insidans hızının 25-29 yaş grubundan itibaren ivme kazandığını ve 40 yaş sonrasında 100.000 kişide 10-14 vaka aralığında seyreden dalgalı bir plato oluşturduğunu göstermektedir. En yüksek insidans değerlerine 60-64 ve 75-79 yaş gruplarında ulaşılması, riskin ileri yaşlara kadar korunduğuna işaret ederek; HPV odaklı ulusal tarama stratejilerinin ve erken teşhis mekanizmalarının hedef kitle üzerindeki kapsayıcılığının halk sağlığı açısından kritik önemini bilimsel bir düzlemde göstermektedir (5).

c. Kolorektal Kanseri

T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 verileri, kolorektal kanser insidansının her iki cinsiyette de 45-49 yaş grubundan itibaren belirgin bir artış trendine girdiğini göstermektedir. Erkeklerde insidans hızı, kadınlara oranla çok daha keskin bir ivme sergileyerek 80-84 yaş grubunda yaklaşık 100.000’de 240 vaka ile zirve noktasına ulaşırken; kadınlarda artış hızı daha stabil seyretmekte ve en yüksek değerine 85+ yaş grubunda (yaklaşık 128 vaka) erişmektedir. İleri yaşlarda artan vaka sıklığı, 50 yaş ve üzeri popülasyonda kolorektal kanser taramalarının (Gaitada gizli kan testi (GGK) ve

kolonoskopi) halk sağığı açısından taşıdığı kritik önemi bilimsel olarak göstermektedir (5).

3.4.3.10. Bazı Kanser Türlerinin Evre Dağılımları

En sık görülen kanserlerin tanı sırasındaki Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) özet evre dağılımları incelendiğinde beyin ve sinir sistemi (%87,9), mesane (%85,3) ve tiroid (%82,2) gibi kanser türlerinde vakaların büyük bir çoğunluğunun lokalize evrede saptandığı, buna karşın akciğer (%59,0) ve over (%58,9) kanserlerinin çoğunlukla uzak organ tutulumu (uzak evre) aşamasında teşhis edildiği görülmektedir. Meme ve kolorektal kanserlerinde tanılarının önemli bir kısmının bölgesel evrede yoğunlaşması, mevcut tarama protokollerinin vakaları yakalama potansiyelini yansıtmakla birlikte, lokalize evredeki tanı oranlarının artırılması için halk sağığı müdahalelerinin stratejik önemini göstermektedir (5).

3.4.3.11. 2016-2020 Yılları Yaşa Standardize Kanser Hızları

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2016-2020 verilerine göre, tüm kanser türleri için yaşa standardize insidans hızları erkeklerde kadınlara oranla istikrarlı bir şekilde daha yüksek seyretmektedir. 2016-2019 yılları arasında hafif dalgalanmalarla beraber relatif bir stabilite sergileyen hızlar, 2020 yılında her iki cinsiyette de (erkeklerde 264,9'dan 233,6'ya; kadınlarda 193,4'ten 162,8'e) keskin bir düşüş göstermiştir. Epidemiyolojik açıdan 2020 yılındaki bu ani gerilemenin, biyolojik bir vaka azalmasından ziyade COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık hizmetlerine erişim ve tarama programlarında yaşanan aksamalarla ilişkili bir tanısal gecikmeyi yansıttığı değerlendirilmektedir (5).

3.4.3.12. Ulusal Tarama Programında Yer Alan Kanserlerin 2016-2020 Yılları Arasındaki Yaşa Standardize Hızları

2016-2020 dönemi verileri, kolorektal kanser yaşa standardize insidans hızlarının erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık iki kat daha yüksek seyrettiğini göstermektedir. Beş yıllık periyotta her iki cinsiyette de relatif bir stabilite

gözlemlenirken, 2020 yılında kaydedilen hafif düşüş eğilimi (erkeklerde 25,5'ten 24,1'e; kadınlarda 15,0'dan 13,3'e) gözlenmektedir (5).

2016-2020 verileri, Türkiye'deki kadınlarda meme kanseri yaşa standardize insidans hızlarının 2019 yılına kadar (45,6'dan 52,6'ya) istikrarlı bir yükseliş eğilimi sergilediğini göstermektedir. Ancak 2020 yılında bu hızın belirgin bir şekilde 43,4'e gerilediği belirlenmektedir. Epidemiyolojik açıdan bu ani düşüşün, vaka sayısındaki gerçek bir azalmadan ziyade COVID-19 pandemisi sürecinde tarama programlarının (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) vb.) sekteye uğraması ve sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar nedeniyle yaşanan tanısal gecikmeleri yansıttığı söylenebilir (5).

2016-2020 dönemi verileri, Türkiye'deki kadınlarda serviks kanseri yaşa standardize insidans hızlarının oldukça stabil bir seyir izlediğini göstermektedir. Analiz edilen diğer kanser türlerinin aksine, 2020 yılında bu hızda bir düşüş gözlemlenmemiş; aksine hızın 4,5'ten 4,7'ye yükselerek beş yıllık periyodun en yüksek değerine ulaştığı müşahade edilmiştir. Bu durum, serviks kanseri tanı süreçlerinin pandemi dönemindeki kısıtlılıklara rağmen sürdürülebildiğine işaret etmektedir (5).

3.4.3.13. Cinsiyetlere Göre En Sık Görülen 5 Kanser Türünün 2016-2020 Yıllarındaki İnsidans Değişimi

2016-2020 yılları verilerine göre erkeklerde en sık görülen kanser türü açık ara akciğer (trakea, bronş) kanseridir ve bu tür, dönem boyunca 100.000 kişide 50'nin üzerindeki insidans hızıyla liderliğini korumuştur. Akciğer kanserini takip eden prostat kanseri 2018 yılında 40,3 ile zirve noktasına ulaşsa da 2020 yılında diğer tüm türlerde olduğu gibi keskin bir düşüşle 28,1 seviyesine gerilemiştir. Kolorektal, mesane ve mide kanserleri ise beş yıllık süreçte daha stabil ve birbirine yakın bir seyir izlemiş; özellikle mide kanseri 2020'de 100.000 kişide yaklaşık 12,7'lik hızla bu beşli grup içerisinde en düşük sıklığa sahip tür olmuştur (5).

Kadınlarda açık ara en sık görülen kanser türünün meme kanseri olduğu ve bu türün 2019 yılında 100.000 kişide 52,6 ile zirveye ulaştığı görülmektedir. Meme

kanserini sırasıyla tiroid, kolorektal, akciğer ve uterus korpusu kanserleri takip ederken; 2019 yılına kadar genel olarak artış veya stabil bir seyir izleyen tüm kanser türlerinin insidans hızlarının, 2020 yılında belirgin bir düşüş kaydedilmiştir. Özellikle tiroid kanserinde 2020 yılında yaşanan sert gerileme dikkat çekerken, kolorektal, akciğer ve uterus kanserleri süreç boyunca birbirine yakın ve meme kanserine kıyasla daha düşük seviyelerde seyretmiştir (5).

3.5. Kanser Risk Faktörleri

Bir kişinin kansere yakalanma nedenini kesin olarak belirlemek çoğu zaman mümkün değildir. Ancak bilimsel araştırmalar, bazı faktörlerin kansere yakalanma riskini artırabileceğini ortaya koymuştur. Bunun yanında, riskin azalmasına katkı sağlayan unsurlar da vardır. Bu unsurlar genellikle koruyucu faktörler ya da koruyucu risk faktörleri olarak adlandırılır. Kanserle ilişkili risk ve koruyucu faktörlerin çoğu, başlangıçta epidemiyolojik araştırmalarla ortaya konur. Bu tür çalışmalarda bilim insanları geniş insan gruplarını inceler ve kansere yakalananlarla yakalanmayanları karşılaştırır. Böylece, kansere yakalanan kişilerin belirli davranışlarda bulunma ya da bazı maddelere maruz kalma olasılıklarının, kansere yakalanmayanlara göre daha yüksek veya daha düşük olduğu gösterilebilir (19). Risk faktörü, kansere yakalanma olasılığını artıran herhangi bir durum veya madde olarak tanımlanır. Çoğu kanser, birden fazla risk faktörünün karmaşık etkileşiminden kaynaklanmaktadır. (20). Risk faktörleri genellikle değiştirilebilir ve değiştirilemeyen faktörler olmak üzere iki grupta incelenir. Değiştirilemeyen faktörler arasında yaş, cinsiyet ve aile öyküsü gibi unsurlar yer alırken; değiştirilebilir faktörler çevresel koşullar ve yaşam tarzı ile ilişkilidir. Değiştirilebilen risk faktörleri arasında sigara ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, gıda katkı maddeleri ve kimyasal maddeler, radyasyon, uzun süre güneş ışığına maruz kalma ile hava kirliliği sayılabilir (21). Bu bölümde kanserlere yol açabilen veya kanserlerden koruyucu olabilen çeşitli risk faktörleri veya koruyucu faktörlere değinilecektir.

3.5.1. Tütün Ürünleri

Dünya genelinde 1,3 milyar kişi tarafından kullanılan ve çok çeşitli formlarda karşımıza çıkan tütün ürünleri, başta sigara kullanımı yoluyla akciğer, ağız boşluğu, gırtlak, karaciğer ve mide dahil olmak üzere en az 20 farklı kanser türüne ve çok sayıda bulaşıcı olmayan kronik hastalığa neden olan en önemli küresel risk faktörlerindendir (22). Her yıl yaklaşık 2,4 milyon insanın tütünle ilişkili kanser vakaları nedeniyle hayatını kaybetmesine karşın, tütünün yol açtığı asıl ölümcül etki vasküler ve solunum sistemleri üzerinde görülmekte; yıllık damar hastalıklarından kaynaklanan 3,1 milyon ölüm, kronik solunum yolu rahatsızlıklarına bağlı 1,5 milyon ölüm ve çeşitli solunum yolu enfeksiyonları ile tüberkülozdan kaynaklanan 606 bin ölümle birlikte kanser dışı nedenlerden kaynaklanan toplam can kaybı, kanser kaynaklı ölümlerin iki katından fazla bir seviyeye ulaşmaktadır (23). Tütün, her yıl milyonlarca insanın yaşamını sonlandırırken, sigara içmeyen 1,6 milyon kişi de pasif içicilik sebebiyle hayatını kaybetmektedir (24). Tütün dumanının kanserojen etkisi, içerdiği 8000'den fazla kimyasal bileşikten ve bunlardan en az 70'inin doğrudan kanser yapıcı özelliğe sahip olmasından kaynaklanmaktadır (25). Bir diğer önemli tütün ürünü ise son dönemde gençler arasında kullanımı yaygınlaşan e-sigaralardır. E-sigaralar, sanılanın aksine zararsız bir su buharı değil; nikotin, toksik kimyasallar ve ağır metaller içeren bir aerosol (sıvı parçacık karışımı) üretir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu ürünlerin özellikle gençlerde beyin gelişimine zarar verdiğini, yüksek derecede bağımlılık yaptığını ve uzun vadede akciğer ile kalp sağlığını tehdit ettiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, elektronik sigaraların (e-sigara) geleneksel sigarayla bırakmada etkili bir yöntem olduğu henüz bilimsel olarak kanıtlanmamış olup, aksine gençlerin tütün ürünlerine başlamasında bir "basamak" görevi gördüğü belirtilmektedir (26).

3.5.2. Enfeksiyöz Ajanlar

Enfeksiyöz ajanlar küresel kanser vakalarının yaklaşık sekizde birinden (2018'de yaklaşık 2,2 milyon yeni vaka) sorumludur ve bu sıklık, özellikle düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde çok daha belirgin bir şekilde yükseklik göstermektedir (27). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından insanlarda kanserojen (Grup

1) olarak sınıflandırılan 11 ajan arasında bir bakteri (*Helicobacter pylori*), yedi virüs (Human Papilloma Virüsü (HPV), Hepatit B Virüsü (HBV), Hepatit C Virüsü (HCV), Epstein-Barr Virüsü (EBV), Kaposi Sarkomu ile ilişkili Herpesvirüs (KSHV), İnsan T-hücreli Lösemi Virüsü tip 1 (HTLV-1), İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü tip 1 (HIV-1)) ve üç parazit bulunmaktadır (28). Bu etkenler arasında *H. pylori*, HPV, HBV ve HCV virüsleri enfeksiyona bağlı kanser yükünün yaklaşık 2 milyon vakalık en büyük kısmını oluşturmaktadır (27). Enfeksiyöz ajanlar hücresel proliferasyon kontrolünü bozarak veya kronik inflamatuvar süreçleri tetikleyerek karsinogeneizde etkili olurlar. Özellikle yüksek riskli HPV suşları, hepatit B ve C virüsleri, *Helicobacter pylori* ve HIV gibi patojenler, bağışıklık yanıtını modüle ederek veya doğrudan genetik hasara yol açarak geniş bir spektrumdaki malignitelerin riskini artırmaktadır. Enfeksiyon ilişkili kanserlerin önlenmesinde aşılama, erken teşhis taramaları ve etkin enfeksiyon yönetimi stratejik müdahale alanlarını oluşturmaktadır (29).

3.5.3. Alkol Tüketimi

Alkol tüketimi, kanser gelişiminde dünya çapında en önde gelen risk faktörlerinden biridir ve Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından doğrudan kanserojen (Grup 1) olarak sınıflandırılmaktadır (30). Alkolün (etanol) kansere yol açmasındaki temel biyolojik mekanizmalar; etanolün kanserojen bir metabolit olan asetaldehite dönüşmesi, DNA metilasyon süreçlerinin bozulması ve endojen östrojen seviyelerinin artması olarak tanımlanmaktadır (31). Bu süreçler; ağız boşluğu, yutak, yemek borusu (yassı hücreli karsinom), kolon, rektum, karaciğer, gırtlak ve kadınlarda meme kanseri oluşumuyla ilişkilendirilmiştir (32). Alkol alımı ile kanser riski arasında belirgin bir doz-cevap ilişkisi bulunmakta olup, çoğu kanser türü için riskin başladığı güvenli bir alt eşik değer bulunmamaktadır. Yani kanser gelişimini önleyebilmek için güvenli bir alkol tüketim miktarı belirlenememektedir (33). 2020 yılında, dünya genelinde tahminen 741.300 yeni kanser vakası alkol tüketimiyle ilişkilendirilmiştir (tüm yeni kanser vakalarının %4,1'i). Bu vakaların dörtte üçü erkeklerde görülmüştür. Alkole bağlı kanser vakalarına en büyük katkısı; erkeklerde yemek borusu kanseri (özofagus), kadınlarda ise meme kanseri yapmıştır (34). 2020

verilerine göre, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde alkole bağlı kanser sıklıkları ülkeler arasında büyük farklılık göstermektedir. İsrail ve Türkiye'de vakaların %1'inden azı alkolden kaynaklanırken; Belarus, Romanya ve Moldova'da bu sıklık %6'nın üzerindedir (35). Ayrıca alkolün kanserojen etkisi, tütün kullanımı gibi diğer risk faktörleriyle birleştiğinde katlanarak artmaktadır (36). Bazı genetik varyasyonlara (özellikle Doğu Asya popülasyonlarında yaygın olan Aldehit Dehidrojenaz 2 (ALDH2) varyantı gibi) sahip bireylerde alkol tüketimi ilişkili özofagus kanseri riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (37).

3.5.4. Güneş Işığı ve Ultraviyole Radyasyon

Güneş ve yapay kaynaklardan yayılan Ultraviolet (UV) radyasyonu; UVA, UVB ve UVC bileşenlerinden oluşur. Atmosfer tabakası, en tehlikeli olan UVC'nin tamamını ve UVB'nin büyük bir kısmını filtreleyerek doğal bir koruma sağlarken; UVA radyasyonu önemli bir engel ile karşılaşmadan yeryüzüne ulaşarak biyolojik sistemler üzerinde temel etkileyici faktör haline gelir (38). Güneş ve yapay kaynaklardan gelen UV radyasyonu, vücutta kemik sağlığı için kritik olan D vitamini sentezini tetiklemesi ve belirli deri hastalıklarının tıbbi tedavisinde kullanılması gibi önemli faydalar sunsa da aşırı maruz kalım ciddi sağlık risklerini beraberinde getirir. Kontrolsüz UV etkileşimi DNA hasarı, güneş yanıkları ve erken yaşlanmanın yanı sıra ölümcül olabilen cilt kanserlerine (bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, melanom), katarakt gibi kalıcı göz hasarlarına ve bağışıklık sisteminin baskılanmasına yol açmaktadır (39,40).

3.5.5. İyonizan Radyasyon ve Elektromanyetik Alanlar

Atomlar, çevrelerine parçacıklar veya dalgalar halinde enerji gönderir; bu enerji iyonlaştırıcı radyasyon olarak adlandırılır (41). İyonlaştırıcı radyasyon kaynakları; radon gazı, kozmik ışınlar ve karasal radyonüklidler gibi doğal unsurlar ile tıbbi uygulamalar, nükleer enerji üretimi ve askeri faaliyetler gibi yapay unsurlardan oluşmaktadır. Doğal maruz kalımın yaklaşık yarısı solunan radon gazından kaynaklanırken, tıbbi teşhis ve tedavi yöntemleri yapay radyasyon maruz kalımının %98'ini oluşturarak en baskın yapay kaynak olarak öne çıkmaktadır (42). Radyasyon,

DNA'ya doğrudan etki ederek zincir yapısındaki kimyasal bağları kırabilir; ayrıca çevresindeki su moleküllerini parçalayarak serbest radikaller ve kararsız iyonlar oluşturur. Bu süreçler, genetik materyale ve hücrel yapılar zarar vererek mutasyonlara, fonksiyon bozukluklarına ve organ düzeyinde biyolojik hasarlara yol açabilir. Radyasyonun etkilerine karşı en savunmasız gruplar; gelişmekte olan fetüsler, bebekler, çocuklar, yaşlılar, hamile kadınlar ve bağışıklık sistemi zayıflamış bireylerdir. Radyasyonun etkilerine karşı en savunmasız gruplar; gelişmekte olan fetüsler, bebekler, çocuklar, yaşlılar, hamile kadınlar ve bağışıklık sistemi zayıflamış bireylerdir (43). İyonlaştırıcı radyasyon insanlar için kesin kanserojen (Grup 1) olarak sınıflandırılmakta olup başta lösemi olmak üzere meme, tiroid, akciğer, mide, kolon, karaciğer, mesane, over ve cilt gibi pek çok organda kanser oluşumuna yol açmaktadır (44).

Radyofrekans elektromanyetik alanlar ise spektrumun iyonlaştırıcı olmayan kısmında yer alır ve temel olarak mobil telefonlar ile kablosuz vericilerden yayılır. Bireysel maruz kalımın büyük çoğunluğu kişisel cep telefonu kullanımından kaynaklanmaktadır. İyonlaştırıcı olmayan elektromanyetik alanların DNA'ya doğrudan zarar vererek kansere yol açtığına dair kanıtlanmış bir mekanizma bulunmamakla birlikte, deneysel çalışmalar da bu maruz kalma ile malignite gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Buna karşın, Wi-Fi ve düşük frekanslı alanların gündelik hayattaki yaygınlığı göz önüne alındığında, melatonin seviyeleri gibi dolaylı biyolojik etkiler üzerinden oluşturabileceği küçük risk artışlarının halk sağlığı açısından önemi olabileceği belirtilmiştir (45).

3.5.6. Beslenme

Beslenme, sağlık ve gelişim açısından temel bir rol oynar. Sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlığı; anne, bebek ve çocuk sağlığını korur, bağışıklık mekanizmasını güçlendirir ve gebelik ile doğum süreçlerinin daha güvenli seyretmesine katkı sağlar. Ayrıca diyabet ve kardiyovasküler hastalık, kanserler gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkış riskini azaltır, yaşam süresini uzatır ve genel yaşam kalitesini artırır (46). Diyet ve beslenme, kanser etiolojisinde hem koruyucu hem de risk artırıcı

etkileriyle kritik bir rol oynamaktadır. Yüksek lifli beslenme bağırsak bakterilerini destekleyerek sindirimi hızlandırır, insülin direncini azaltır ve böylece kolorektal kanser riskini düşürür; meyve ve sebzeler ise içerdiği vitamin, mineral ve liflerle kansere karşı koruyucu bir kalkan oluştururken mikrobiyota sağlığını güçlendirir. Buna karşılık işlenmiş etler doğrudan “kanserojen”, kırmızı et ise “muhtemelen kanserojen” olarak sınıflandırılmakta olup, yüksek yağ ve hem demiri içermeleri özellikle kalın bağırsak kanseri gelişimini tetikleyebilmektedir (47). Beslenmenin kanser üzerindeki en belirgin etkisi, birçok kanser türü için temel bir risk faktörü olan aşırı vücut yağlanması üzerindeki belirleyici kontrolüdür. Fazla kilo veya obezite; bağırsak, meme, safra kesesi, böbrek, karaciğer, ağız-farenks-gırtlak, yemek borusu, yumurtalık, pankreas, prostat, mide ve rahim kanseri riskini artırmaktadır (48). Amerika Birleşik Devletleri’nde 2018 yılında yayınlanan bir çalışmada da Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm kanser vakalarının ve ölümlerinin yaklaşık %7 - %8'inin aşırı vücut ağırlığına atfedilebileceği tahmin edilmiştir. Aşırı vücut ağırlığının, özellikle corpus uteri kanserlerinin yarısından fazlasına (%60,3) ve safra kesesi (%35,5), karaciğer (%33,9) ile böbrek (%33,2) kanserlerinin yaklaşık üçte birine neden olduğu belirlenmiştir (49). Sağlıklı bir beslenme düzeninin parçası olarak, Dünya Sağlık Örgütü genel sağlığı iyileştirmek ve bazı bulaşıcı olmayan hastalıkların riskini azaltmak için günde 400 gramdan fazla meyve ve sebze tüketilmesini önermektedir (50).

3.5.7. Fiziksel Aktivite

Düzenli fiziksel aktivite, fiziksel ve zihinsel sağlık açısından önemli faydalar sağlamaktadır. Yetişkinlerde fiziksel aktivite kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve benzeri bulaşıcı olmayan sağlık sorunlarının gelişimini engellemeye yardımcı olur, depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltır, beyin sağlığını iyileştirir ve genel refahı artırabilir (51). Mevcut küresel veriler, yetişkinlerin üçte birinin ve ergenlerin %80'den fazlasının yeterli fiziksel aktivite yapmadığını göstermektedir. Ülkeler ekonomik olarak geliştikçe ulaşım alışkanlıklarının değişmesi, teknoloji kullanımının artması ve hareketsiz yaşam tarzlarının yaygınlaşmasıyla bu sıklık %70'e kadar çıkabilmektedir (52). Düzenli fiziksel aktivitenin, mesane, göğüs, kolon, endometrium, yemek borusu,

böbrek, akciğer ve mide kanseri dahil birçok yaygın kanser türüne yakalanma riskini belirgin şekilde azalttığı belirtilmiştir (53). Egzersiz; vücutta kanser gelişimini tetikleyen insülin, östrojen ve büyüme faktörleri gibi hormonların seviyesini düşürerek doğrudan koruma sağlamaktadır. Aynı zamanda bağışıklık sistemini güçlendirmekte, kronik iltihabı azaltmakta ve en büyük risk faktörlerinden biri olan obeziteyi önleyerek genel bir kalkan oluşturmaktadır. Özellikle sindirim sisteminde, gıdaların geçiş süresini hızlandırıp potansiyel kanserojenlerle teması kısıtlayarak kolon sağlığını desteklemektedir (54). Dünya Sağlık Örgütü; çocuk ve gençlerin günde en az 60 dakika, yetişkin ve yaşlıların ise haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta hareket etmesini, tüm yaş gruplarının haftada en az 2-3 gün kas güçlendirme yapmasını ve yaşlıların bunlara ek olarak denge egzersizlerine odaklanmasını önermektedir (55).

3.5.8. Gıdalardaki Karsinojenler

Diyet kaynaklı kanserojen kirleticiler; biyolojik kökenli mikotoksinler (aflatoksin, fumonisin), kazaen bulaşan bitkisel toksinler (aristoloşik asit), gıda işleme yan ürünleri (Heterosiklik Aminler (HCA), Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar (PAH), akrilamid) ve endüstriyel veya yasa dışı katkı maddeleri (Bisfenol A (BPA), Sudan boyaları, formaldehit) olarak kategorize edilmektedir. Bu kirleticiler; DNA eklenti (adduct) oluşumu, Tümör Proteini p53 (TP53) geninde spesifik mutasyonların tetiklenmesi ve sfingolipid metabolizmasının inhibisyonu gibi moleküler mekanizmalar üzerinden hepatosellüler, ürotelyal ve gastrointestinal karsinogenez süreçlerinde primer risk faktörü olarak rol oynamaktadır (56,57).

3.5.9. Hava ve Su Kirliliği

Hava kirliliği, atmosferin doğal özelliklerini değiştiren herhangi bir kimyasal, fiziksel veya biyolojik etkenin iç veya dış ortamı kirletmesidir. Evlerdeki yanma cihazları, motorlu taşıtlar, sanayi tesisleri ve orman yangınları hava kirliliğinin yaygın sebepleridir (58). DSÖ'ye göre dünya nüfusunun %99'u sağlıklı hava solumaktadır (59). Hava kirliliği kanser, felç, solunum ve kalp damar hastalıklarına yol açabilmektedir. 2021'de akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık %18,6'sı hava kirliliği ile ilişkilendirilmiştir. Her yıl tahmini 8,1 milyon ölüm hava kirliliği sebebiyle meydana

gelmektedir (60). Hava kirliliğine bağlı ölümlerin neredeyse %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmaktadır (61). Su, toprak ve gıda kaynaklı kirlilikler de küresel kanser yüküne önemli ölçüde katkıda bulunmakta; içme suyundaki yüksek düzeydeki arsenik mesane kanseri ile; klorlama yan ürünleri ise mesane kanseri ve rektum kanseri gelişimiyle ilişkilendirilmektedir. Tarımsal faaliyetler sonucu içme suyuna karışan nitrat, vücutta kanserojen N-nitroso bileşiklerine dönüşerek özellikle mide, böbrek, mesane ve tiroid kanseri riskini artırabilmektedir (62).

3.5.10. Mesleksel Etkilenimler

Mesleki kanser, çalışma ortamında bulunan kanserojen maddelere uzun süreli maruz kalma sonucunda gelişen kanser türlerini ifade eder. Bu hastalıklar genellikle maruz kalmanın hemen ardından ortaya çıkmaz; belirtiler ve tanı çoğu zaman yıllar sonra, hatta bazı durumlarda 40 yılı aşkın bir sürenin sonunda görülebilir (63). Dünya genelinde görülen kanser vakalarının yaklaşık %2 - %8'inin, iş yerinde kanserojen maddelere maruz kalmaktan kaynaklandığı tahmin edilmektedir. İş ortamındaki bu zararlı etkenlere bağlı olarak gelişen kanserler ise aslında önlenabilir niteliktedir (64). Kanserojen bir maddeye maruz kalmanın kansere yol açıp açmayacağı, çeşitli faktörlere bağlıdır. Bunlar arasında maruz kalma yolu, maddenin yoğunluğu ve dozu, maruz kalma sıklığı ve süresi, aynı anda başka etkenlere (örneğin sigara, bazı tıbbi tedaviler) maruz kalma durumu ile bireysel özellikler (yaş, genetik faktörler vb.) sayılabilir (65). Bazı işlerde çalışanların yaptıkları iş veya temas ettikleri maddeler nedeniyle kanser riski daha yüksek olabilir. Örneğin asbest, silika tozu, benzin, dizel egzozu ya da uzun süre güneş altında çalışmak riski artırmaktadır (66). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı "Kimyasal Ajanlar ve İlgili Meslekler" belgesinde mesleki ortamlarda sıkça rastlanan ve kanserle ilişkisi kanıtlanmış birçok kimyasal madde ayrı ayrı bölümler halinde incelenmektedir. Öne çıkan bazı maddeler şunlardır: Aromatik Aminler: 4-Aminobifenil, Benzidin, 2-Naftilamin ve ortho-Toluidin. Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar: Benzo[a]pyrene. Diğer Önemli Kimyasallar: Benzen, Formaldehit, Etilen Oksit, Vinil Klorür ve Aflatoksinler (67). Ülkemizde ise "Kanserojen veya Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik" in Ek-2

bölümünde kanserojen veya mutajen maddelerin sınır değerlerine yer verilmiştir (68). IARC ayrıca gece vardiyasında çalışanlar veya itfaiyeciler gibi özel meslek gruplarına yönelik belgeler de yayınlamıştır (69,70).

3.5.11. Hormon İçeren İlaçlar

Östrojenler, vücutta hayati biyolojik roller üstlenmelerine rağmen, hem doğal (endojen) hem de dışarıdan alınan formlarıyla belirli kanser türleri için risk faktörü oluşturan bileşiklerdir. Menopoz sonrası uygulanan hormon tedavileri meme ve rahim kanseri riskini artırabilirken; erken adet görme veya geç doğum yapma gibi faktörler nedeniyle vücudun kendi hormonlarına uzun süre maruz kalması da meme kanseri olasılığını yükseltmektedir (71). Oral kontraseptifler, kanser riskini organ bazlı olarak farklı şekillerde etkileyen karmaşık bir yapıya sahiptir; bilimsel çalışmalar bu hapların kullanım süresince meme ve rahim ağzı kanseri riskini bir miktar artırdığını, ancak bu etkinin ilaç bırakıldıktan yaklaşık on yıl sonra tamamen kaybolduğunu göstermektedir. Buna karşılık, doğum kontrol hapları endometriyum, over ve kolorektal kanser türlerine karşı %15 ile %50 arasında değişen sıklıklarda bir koruma sağlamaktadır (72). Ayrıca, geçmişte kullanılan Diethylstilbestrol (DES) gibi sentetik östrojenlerin hem kullanan annelerde hem de çocuklarında kalıcı sağlık riskleri oluşturduğu kanıtlanmıştır (73).

3.6. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

DSÖ tanımına göre sağlık, sadece hastalık veya yeti kayıplarının olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (74).

Sağlık hizmetleri ise; toplumun ve bireylerin sağlığını koruma, tedavi etme, yeti kaybı olanların bağımsız yaşamasını destekleme ve toplumun genel sağlık seviyesini yükseltme amacıyla yapılan planlı faaliyetlerin tümüdür (75). Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşur (76).

3.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri insanları hastalıklar henüz oluşmadan koruyabilmek için verilen hizmetlerdir. Çevreye ve insana yönelik hizmetler olmak üzere iki bölümde incelenmektedir (77).

3.6.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, insanların yaşam alanındaki biyolojik, fiziksel ve kimyasal zararlı etkenleri yok ederek sağlığı korumayı amaçlayan tüm faaliyetleri kapsar. Temiz su temini, atık yönetimi, besin hijyeni ve çeşitli kirlilik türleriyle (hava, gürültü, radyasyon vb.) mücadeleyi odağına alan bu hizmetler, teknik doğası gereği farklı mühendislik ve kamu sektörlerinin iş birliğini gerektirir. Bu süreçte sağlık sektörünün temel rolü ise icracı olmaktan ziyade eğitim, denetim, danışmanlık ve yol göstericilik yaparak çevre şartlarının insan sağlığına uygunluğunu sağlamaktır (77).

3.6.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireyleri ve dolayısıyla toplumu hastalıklara karşı dirençli hâle getirmeyi, hastalık durumunda ise erken tanı ve uygun tedaviyle kalıcı hasarları en aza indirmeyi hedefleyen faaliyetler bütünüdür. Aşılama, ilaçla koruma (kemoprofilaksi), beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi ve aile planlaması gibi temel uygulamaları kapsayan bu hizmetler; doğrudan sağlık sektörü ve profesyonel sağlık personeli tarafından yürütülen teknik ve tıbbi süreçleri odak noktasına almaktadır (77).

3.6.1.3. Sağlıkta Koruma Düzeyleri

Koruyucu hizmetlerin bir diğer gruplaması da şu şekildedir:

Primordial (Temel) Koruma: Hastalık risk faktörlerinin henüz ortaya çıkmadığı aşamada, bu risklerin gelişmesini engelleyen çevresel, ekonomik ve sosyal koşulları iyileştirmeyi hedefler. Tüm toplumu veya belirli grupları hedef alan bu yaklaşım; ulusal

beslenme programları, sigara içmeyi önleyici politikalar ve sağlık okuryazarlığının artırılması gibi geniş çaplı eylemleri içermektedir (78).

Birincil (Primer) Koruma: Hastalığa neden olan etkilenimleri değiştirerek veya vücut direncini artırarak bir hastalığın oluşmasını doğrudan engellemeyi ve yeni olgu sayısını (insidansı) azaltmayı amaçlar. En tipik örnekleri arasında aşılama, suyun klorlanması, sütün pastörize edilmesi ve emniyet kemeri kullanımı yer alır (78).

İkincil (Sekonder) Koruma: Henüz belirti vermeyen (asemptomatik) ancak patolojik değişikliklerin başladığı bireylerde erken tanı ve hızlı müdahale ile hastalığın ilerlemesini durdurmaya odaklanır. Bu düzeyin temel aracını taramalar oluşturur; yenidoğan topuk kanı taraması, meme, serviks, kolorektal kanser taramaları bu kapsamda değerlendirilir (78).

Üçüncül (Tersiyer) Koruma: Hastalık ortaya çıktıktan sonra gelişen işlev kayıplarını ve komplikasyonları azaltarak bireyin yaşam kalitesini artırmayı ve hayatta kalma süresini uzatmayı hedefler. Bu aşamada temel odak noktası rehabilitasyon, yeti yitiminin etkilerini hafifletme ve hastalığın kontrol altına alınmasıdır (78).

Dördüncül (Kuaterner) Koruma: Hastayı aşırı medikalizasyon riskine karşı korumayı ve yarardan çok zarar getirebilecek gereksiz tıbbi girişimlerden (aşırı teşhis ve tedavi) kaçınmayı amaçlar. "Önce zarar verme" ilkesine dayanan bu yaklaşım; gereksiz genel sağlık kontrollerinin veya yanlış pozitif sonuçların yaratabileceği fiziksel ve psikolojik hasarı önlemeye çalışmaktadır (78).

3.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İyileştirici sağlık hizmetleri üç basamaklı bir sevk zinciri üzerinden yürütülür. Hastaların ilk temas noktası olan birinci basamak; aile sağlığı merkezleri gibi halka en yakın olan, yatak bulundurmeyen ve hastaların öncelikle başvurarak "triyaaj" (ayırma ve sevk) gördüğü merkezlerdir. Burada teşhis veya tedavi edilemeyen hastalar genel hastanelerin yer aldığı ikinci basamağa, daha ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren vakalar ise üniversite veya özel dal hastanelerini kapsayan üçüncü basamağa sevk edilir. Bu basamaklandırma sistemi, sağlık sorunlarını önceliklerine ve ihtiyaç duyulan

müdahale düzeyine göre sınıflandırarak toplum sağlığının daha etkili ve adil bir şekilde yönetilmesini amaçlamaktadır (79).

3.6.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon, bedensel veya ruhsal bir yeti kaybı yaşayan bireylerin başkalarına muhtaç kalmadan, bağımsız bir şekilde hayatlarını sürdürebilmelerini amaçlayan tüm çalışmaları kapsar. İki temel başlık altında uygulanır: (80)

Tıbbi Rehabilitasyon: Bireyin bedensel kısıtlılıklarını protez kullanımı, spastisitenin (kas sertliği) tedavisi veya işitme kayıplarının asgariye indirilmesi gibi müdahalelerle mümkün olan en iyi düzeye getirmeyi hedefler (80).

Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon: Yeti kaybı nedeniyle eski mesleğini icra edemeyen veya herhangi bir işi olmayan bireylere yeni beceriler kazandırma, onlara uygun iş bulma ve iş ortamına uyum sağlamalarını destekleme süreçlerini içermektedir (80).

3.7. Kanserden Korunma

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü kanserden korunmayı, kansere yakalanma olasılığını azaltmak ve kansere bağlı ölümleri engellemek için alınan önlemler bütünü olarak ele almaktadır (81).

3.7.1. Kanser Kontrolüne Yönelik Yaklaşımlar

Kanser kontrolüne yönelik belirlenen dört temel yaklaşım; önleme, erken teşhis, tanı ve tedavi ile palyatif bakımdan oluşmaktadır. Kapsamlı bir kanser stratejisi, tüm bu alanları ele almaktadır (82).

Önleme yaklaşımı, kanser nedenlerine maruz kalmayı ortadan kaldırarak veya bireysel duyarlılığı azaltarak uzun vadede en maliyet etkin yöntemi sunmaktadır (83). Kanser vakalarının yaklaşık %30-50'si önlenebileceği belirtilmektedir (84). Önleme, uzun vadede kanserle mücadelede en etkili ve en uygun maliyetli strateji olarak kabul edilmektedir. **Erken teşhis** süreci, hastalık belirtileri konusundaki farkındalığın artırılması ve risk altındaki sağlıklı bireylerin taranması yoluyla erken evrelerde

kanserin saptanmasını hedeflerken, bu sürecin başarısı doğrudan etkili bir tedavinin varlığıyla ilişkilidir. **Tanı ve tedavi**, klinik değerlendirme ve evreleme yoluyla yaşamı uzatmayı, iyileştirmeyi ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlarken; küratif tedavinin mümkün olmadığı ileri evre vakalarda, ağrı kontrolü ve psikososyal desteği içeren **palyatif bakım**, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmek için sunulmaktadır (83).

3.7.1.1. Kanser Kontrolünde Önleme Yaklaşımı

Kanseri önleme, tüm ulusal kanser kontrol programlarının temel bir unsuru olmalıdır. Önleme çalışmaları, yalnızca belirli bir hastalıkla ilişkili risklere değil, aynı zamanda koruyucu faktörlere de odaklanır (83).

Önleme faaliyetlerinde özellikle şu konulara ağırlık verilmelidir: Tütün kontrolü, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve obeziteden kaçınma, alkol kullanımının azaltılması, kanserojen mesleki ve çevresel maruz kalımların azaltılması, hepatit B virüsüne karşı aşılama, şistozomiyaz ile mücadele, güneşe uzun süre maruz kalmaktan kaçınma, kanserle ilişkili cinsel ve üreme faktörlerine yönelik sağlık eğitimi (83).

3.7.1.2. Kanser Kontrolünde Erken Teşhis

Erken teşhisin asıl amacı, kanseri henüz başlangıç aşamasındayken (çevre dokulara yayılmadan) yakalayıp tedavi başarısını artırmak ve ölümleri önlemektir (83).

Bir erken teşhis programının uygulanabilmesi için maliyet ve verimlilik kriterleri göz önünde bulundurulmalıdır. Programlar kanıta dayalı olmalı; sınırlı kaynaklar, maliyet-etkinliği en yüksek yöntemlere ayrılmalıdır. Erken teşhis; sadece bir testten ibaret değildir, teşhis, tedavi ve takip süreçleriyle bütünleşmiş çalışmalıdır. Erken teşhis sonucu artacak hasta yükünü karşılayacak personel ve tıbbi altyapı hazır olmalıdır (83).

Erken teşhis iki ana bileşenden oluşur (83).

a. Erken Tanı Eğitimi: Halkın ve sağlık çalışanlarının kanserin erken belirtilerini (şişlikler, iyileşmeyen yaralar, anormal kanamalar vb.) tanınması sağlanmalıdır.

b. Tarama: Belirti henüz görülmeyen bireylerde kanseri yakalamak için yapılan testlerdir. Başarılı bir tarama, güçlü bir eğitim ve tedavi altyapısına dayanmalıdır.

3.7.1.3. Kanser Kontrolünde Tanı ve Tedavi

Sağlık yönetiminde kanser süreci, doğru tanı ve stratejik tedavi planlaması olmak üzere iki ana sütuna dayanır (83):

a. Kanser Tanısı

Kanser gerçekleşikten sonra yönetiminde ilk ve en kritik adım doğru tanıdır. Bu süreç; klinik değerlendirme, görüntüleme (Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR), Bilgisayarlı Tomografi (BT)), endoskopi ve laboratuvar çalışmalarının birleşimidir.

Erken Tanının Önemi: Birçok kanser türünde iyileşme şansını artırır ve tedaviye bağlı morbiditeyi azaltır.

Patolojik Onay: Kesin tanı için doku örneği (biyopsi) şarttır.

Evreleme (Staging): Tanı netleştikten sonra hastalığın yayılımı belirlenir. Evreleme şu amaçlarla yapılır: Doğru tedavi yöntemini seçmek, hastalığın gidişatını (prognoz) öngörmek, küresel tıp dilinde ortak bir iletişim kurmak.

b. Kanser Tedavisi

Tedavi planı; ülkenin kaynaklarına, hastalığın yaygınlığına ve yerel imkanlara göre şekillenir. Kararlar genellikle uzman bir tedavi komitesi tarafından verilir.

Tedavinin Temel Hedefleri:

Kür (Tam İyileşme): Hastalığın tüm izlerinin silinmesi, nüks riskinin minimize edilmesi ve fonksiyonel sağlığın geri kazanılmasıdır.

Yaşam Süresini Uzatmak: Hastanın ömrünü kaliteli bir şekilde uzatmak.

Yaşam Kalitesini Artırmak: Belirtileri yönetmek ve hastayı desteklemektir.

3.7.1.4. Kanser Kontrolünde Palyatif Bakım

Palyatif bakım, geçmişteki "sadece son evre bakımı" algısından kurtularak, artık ölümcül veya kronik hastalıkların erken evrelerinden itibaren uygulanması gereken bir disiplin haline gelmiştir. Erken müdahale, semptomların kronikleşmesini ve sinir sisteminde kalıcı hasar (ağrı iletiminin güçlenmesi) oluşmasını engeller. Ağrı, depresyon ve iştahsızlık (kaşeksi) sadece yaşam kalitesini bozmakla kalmaz; aynı zamanda vücutta kronik stres ve sitokin bozukluklarına yol açarak hastalığın ilerlemesini hızlandırabilir. İyi bir semptom kontrolü, bağışıklık ve stres tepkisini düzenleyerek hastanın ömrünü de uzatabilir (83).

Palyatif bakım; kritik hastalıklardan etkilenen çocuk ve yetişkin hastalar ile ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan bütüncül bir bakım modelidir. Bu bakım modeli, yalnızca fiziksel değil; psikososyal ve manevi sorunların da erken dönemde fark edilmesini, doğru şekilde değerlendirilmesini ve uygun tedaviyle acının önlenmesini veya hafifletilmesini hedefler (85). Temel ilkeleri şunlardır: (83)

Yaşamı destekler: Ölümü doğal bir yaşam süreci olarak kabul eder; bu süreci ne hızlandırmayı ne de ertelemeyi hedefler.

Bütünseldir: Psikolojik ve manevi desteği tıbbi bakımla birleştirir.

Aktif yaşamı teşvik eder: Hastanın son ana kadar mümkün olduğunca aktif kalmasına yardımcı olur.

Aile desteği sağlar: Hastalık süresince ve vefat sonrası yas sürecinde aileye destek verir.

Erken dönemde başlar: Kemoterapi veya radyoterapi gibi yaşamı uzatan tedavilerle eş zamanlı uygulanabilir.

3.8. Tarama Programları

Tarama, sağlıklı bireylerde basit testler kullanılarak henüz belirti göstermeyen ancak hastalığı taşıyan kişilerin saptanmasıdır. Tarama programları, yalnızca etkinlikleri bilimsel olarak kanıtlandığında ve gerekli kaynaklar (personel, ekipman

vb.) hedef grubun büyük kısmını kapsayacak düzeyde yeterli olduğunda uygulanmalıdır. Ayrıca, tanıların doğrulanması, anormal sonuçların tedavi ve takibi için uygun sağlık hizmetlerinin mevcut olması ve hastalığın toplumda yeterince yaygın olması gereklidir. Bununla birlikte, doğru şekilde yürütülse bile tarama programları bazı olumsuz sonuçlar doğurabilir (86):

Yanlış pozitif sonuçlar: Gereksiz ek testler, invaziv tanısal işlemler ve hastada kaygıya yol açabilir.

Yanlış negatif sonuçlar: Kişiye yanlış bir güvence vererek belirtiler ortaya çıktığında tanının gecikmesine neden olabilir.

Aşırı tanı ve tedavi: Klinik olarak sorun yaratmayacak veya ciddi tehdit oluşturmayacak kanserlerin gereksiz yere teşhis edilmesi ve tedavi edilmesi, hastaya zarar verebilir.

Tarama programlarının amaçları şunları içermektedir (87):

- Bir durumun (hastalığın) erken teşhisi ve erken tedavisi yoluyla mortaliteyi (ölüm oranını) azaltmak,
- Hastalığın öncülerini (prekürsörlerini) belirleyip tedavi ederek ilgili durumun insidansını (yeni vaka görülme sıklığını) azaltmak,
- Hastalığa sahip kişileri belirleyerek ve onlara etkili tedavi sunarak hastalığın şiddetini/ağırliğini azaltmak,
- Daha fazla seçeneğin mevcut olduğu yaşam evrelerinde, hastalıkları veya risk faktörlerini erken bir aşamada belirleyerek seçenekleri/tercih imkânlarını artırmak.

DSÖ tarafından 1968 yılında ideal bir tarama programının özellikleri şu şekilde belirtilmiştir (88):

- Hastalık toplumsal düzeyde öncelikli bir sağlık problemi olmalı
- Erken tanı için hastalığın belirti vermediği gizli bir evresi bulunmalı
- Hastalığın nasıl ilerlediği ve hangi aşamalardan geçtiği iyi bilinmeli
- Tarama için uygun ve güvenilir test olmalı

- Test halk tarafından rahatça kabul görüp uygulanabilir olmalıdır
- Tanı konulması ve uygun tedavinin sağlanması amacıyla gerekli sağlık tesisleri mevcut olmalı
- Hastalık için etkili tedavi yöntemleri bulunmalı
- Hasta kabul kriterleri üzerinde fikir birliği olmalı
- Program düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, süreklilik sağlanmalı
- Harcanan kaynaklar makul olmalı ve sağlanan yararlar dengelenmelidir.

Andermann ve ark. (2008) tarafından DSÖ dergisinde yayınlanan çalışmada, Wilson-Jungner kriterlerinin geçerliliğini koruduğu vurgulanmış; ancak gelişen toplum yapısı ve sağlık politikaları çerçevesinde yeni kriterler eklenerek geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu kapsamda öne çıkan güncellenmiş ve tamamlayıcı ilkeler şunlardır (89):

- Tarama programı net ve tanınan bir toplumsal ihtiyaca yanıt vermelidir.
- Taramanın hedefleri baştan açıkça tanımlanmalıdır.
- Taranacak hedef nüfus net bir şekilde belirlenmelidir.
- Tarama programının sağladığı toplam faydanın olası zararlarından fazla olduğu bilimsel kanıtlarla gösterilmelidir.
- Tarama; eğitim, test, tanı, tedavi ve klinik hizmetleri kapsayan entegre bir sistem içinde yürütülmelidir.
- Sürecin her aşamasında kalite güvencesi sağlanmalı ve olası riskleri en aza indirecek mekanizmalar oluşturulmalıdır.
- Bireylerin bilgilendirilerek seçim yapabilmesi, mahremiyetlerinin korunması ve özerkliklerine saygı gösterilmesi esastır.
- Bütün hedef toplumun tarama hizmetlerine adil ve eşit erişimi garanti edilmelidir.
- Programın başarısı, etkililiği ve olumsuz etkileri başlangıçtan itibaren planlanarak düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- Sağlık sisteminin kaynakları gözetilerek finansal ve operasyonel açıdan sürdürülebilir olmalıdır.

3.8.1. Dünyada Önerilen ve Yürütülen Kanser Tarama Programları

Kanser taramasına ilişkin öneriler ülkelere göre değişmekte olup, önerileri yapan kuruluşa bağlı olarak ülkeler içinde de farklılık gösterebilmektedir (90). ABD’de tarama sistemi fırsatçı bir yaklaşıma dayanmakta; bireylerin sağlık hizmetiyle temasları ve sigorta türleri (Medical Care (Medicare), Medical Aid (Medicaid), özel sigorta) erişimde belirleyici olmakta iken, sigortasız veya yetersiz sigortalı kişilerde tarama sıklığı düşüktür. Avrupa’da ise organize programlar öne çıkmaktadır. Merkezi kayıtlar üzerinden bireyler taramaya davet edilir ve maliyetler çoğunlukla devlet tarafından karşılanır ya da oldukça düşük maliyetlerle taramalar gerçekleştirilebilmektedir (91).

Kişi başına sağlık harcamasının en yüksek olduğu 21 ülkenin kanser tarama önerilerini değerlendiren bir çalışmada meme kanseri tarama protokollerinin küresel ölçekte büyük oranda benzerlik gösterdiği görülmektedir. Genel eğilim 50-69 yaş aralığındaki kadınlar için iki yılda bir mamografi yapılması yönündedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) uzman kuruluşlar taramanın 40 yaşında başlamasını ve yıllık tekrarlanmasını savunarak daha yoğun bir takip önerirken, Birleşik Krallık üç yıllık periyotlarla en geniş tarama aralığını benimsemektedir. Serviks kanser taraması için ülkelerin çoğu, taramaya başlama yaşının 18 - 29, bitiş yaşının ise 60 - 70 arasında olmasını önermektedir. Ülkeler en yaygın olarak 3 - 5 yıllık bir tarama aralığı önermekte ve 21 ülkeden altısı HPV testini birincil tarama yöntemi olarak benimsemiş olsa da, ağırlıklı olarak sitoloji testi 3 yıllık aralıklarla önerilmektedir. Çoğu ülke kolorektal kanser taramasına 50-55 yaş aralığında başlamayı ve 75 yaşında sonlandırmayı önermektedir. Ancak İzlanda, Birleşik Krallık, İsveç ve Finlandiya 60 yaşından önce tarama yapılmasını tavsiye etmemektedir. Ülkeler arasında kullanılan testler de farklılık göstermektedir. Yaygın olarak fekal immünohistokimyasal test (FİT) tercih edilirken; ABD, İsviçre, Almanya ve Avusturya tarama yöntemi olarak kolonoskopiye de tavsiye eden ülkeler arasındadır. Prostat kanseri, tarama konusunda ülkeler arasında anlaşmazlığın yaşandığı kanser türüdür. Temel tartışma hangi testin yapılacağı değil, taramanın hiç yapıp yapılmaması gerektiği üzerinedir. Yedi ülke (ABD, Lüksemburg, İsviçre, Almanya, Avusturya, Belçika, İzlanda) prostat kanseri için

tarama önermektedir. Diğer ülkelerin ise organize bir ulusal programı yoktur veya kararı hekim-hasta görüşmesine bırakmıştır. Seçilen 21 ülke arasında sadece beşinin (ABD, Kanada, Japonya, Birleşik Krallık ve Avustralya) akciğer kanseri taramasına yönelik önerileri bulunmaktadır. Avustralya ve Birleşik Krallık, akciğer kanseri taramasına karşı çıkmaktadır. ABD ve Kanada, ağır sigara içmiş bireyler için düşük doz bilgisayarlı tomografi önerirken, Japonya 40 yaşından itibaren göğüs radyografisini tavsiye etmektedir. Almanya, Avusturya ve Fransa cilt kanseri taramasına yönelik bir yaklaşıma sahiptir. Almanya 35 yaşından itibaren her iki yılda bir görsel muayene önerirken, Avusturya yılda iki kez (yaz aylarından önce ve sonra) kendi kendine muayeneyi teşvik etmektedir. Tarama öneren ülkelerin hiçbiri, taramanın sonlandırılması gereken bir yaş sınırı belirtmemiştir (90). Güney Kore’de mide kanseri, 1999 yılından itibaren kitlesel tarama için uygun bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda, 40 yaş ve üzerindeki tüm Korelilere her iki yılda bir üst endoskopi veya üst gastrointestinal seri ile mide kanseri taraması yaptırmaları önerilmektedir (92). Benzer şekilde Japonya’da da 40 yaş ve üzeri bireyler için ülke çapında mide kanseri taraması yapılmaktadır (93).

IARC Çalışma Grubu’nun değerlendirmesine göre, yüksek riskli gruplarda klinik oral muayene ile yapılan taramanın oral kanserden kaynaklı ölüm oranlarını azaltabileceği belirtilmiştir (94). 1984 yılından beri yürürlükte olan Küba ağız kanseri tarama programı, 15 yaş ve üzeri tüm bireylerin diş hekimleri tarafından yıllık ağız muayenesinden geçmesini zorunlu kılmaktadır (95). Yine Hindistan’da yürütülen ulusal program kapsamında; 30 ile 65 yaş arasındaki bireylerin, Ağız İçi Görsel Muayene yöntemiyle her beş yılda bir kez rutin olarak tarandığı belirtilmiştir (96). American Association for the Study of Liver Diseases önerilerine göre, sirozu olan hastalar ile sirozu olmayan ancak hepatoselüler karsinom (HCC) açısından yüksek risk taşıyan hastaların altı ayda bir ultrasonografi ile taranması gerektiği belirtilmiştir (97).

3.8.2. Türkiye Ulusal Kanser Tarama Programı

Kanser taramaları; organize, fırsatçı veya her ikisinin kombinasyonu şeklinde uygulanabilir. Bu iki yöntem arasındaki temel fark, davet usulüdür. Organize taramada

davetler merkezi nüfus kayıtları üzerinden sistematik olarak gönderilirken; fırsatçı taramada süreç, merkezi bir kayıt sistemi olmaksızın bireysel tercihe veya sağlık personeliyle karşılaşma anına bağlıdır (98). Kanseri yükünün artması, sağlık sistemleri üzerinde büyük bir mali ve operasyonel baskı oluşturmaktadır. Bu krizi yönetmek için ülke genelinde fırsatçı değil, ülkemizde olduğu gibi organize taramalar yapmak; ileri evre hastaların yaşam kalitesini artıracak destekleyici hizmetleri yaygınlaştırmak ve bölgesel farklılıkları gözetenek ulusal kaynakları verimli kullanmak gereklidir (8).

Kanser türlerinin her biri kendine özgü etyoloji, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemlerine sahiptir. Bu doğrultuda, erken tanı ve tarama stratejileri kanser türünün niteliğine göre değişiklik göstermektedir. Bazı kanserlerde (örneğin meme, kolorektal, serviks, prostat) erken tanı ve tarama programları önerilirken, bazı kanserlerde (örneğin pankreas, tiroid, mesane) tarama önerilmemektedir (9).

Bir kanser türünde tarama programının hayata geçirilmesi; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerinin karşılanması yanı sıra, seçilen tarama yönteminin kanser yükünü azaltmada kanıtlanmış bir etkinliğe sahip olmasına ve bu programın bütüncül bir kanser kontrol stratejisinin ayrılmaz bir parçası olarak kurgulanmasına bağlıdır (9). DSÖ, meme, serviks ve kolorektal kanserlerinde toplum tabanlı tarama programlarının uygulanmasını önermektedir (9). Ülkemizde DSÖ önerileri doğrultusunda 2008 yılında başlatılan Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında; kayıt, önleme, tarama ve tedavi hizmetleri entegre bir biçimde yürütülmektedir. Bu çerçevede meme, kolorektal ve serviks kanserleri için ulusal kaynaklar ve hastalık yükü göz önünde bulundurularak toplum tabanlı tarama programları uygulanmaktadır. 81 ilimizde Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM); Kırsal ve dezavantajlı gruplara da mobil tarama araçları ile tarama hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir. Ayrıca; kamu ve üniversite hastaneleri ile özel hastanelerde de PAP-Smear testi ile fırsatçı taramalar devam etmektedir (99,100).

Ülkemizde ulusal düzeyde taraması gerçekleştirilen kanserler (7):

- Meme kanseri tarama programı çerçevesinde yürütülen faaliyetler;

- Bireylere ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulamaları yönünde danışmanlık verilmesi, yılda bir klinik meme muayenesi yapılması,
- 40-69 yaş aralığındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çekimi uygulanmasıdır.
- Serviks kanseri tarama programı çerçevesinde yürütülen faaliyetler;
 - 30-65 yaş arasındaki kadınlara her 5 yılda bir HPV-DNA testi yapılmasıdır.
- Kolorektal kanser tarama programı çerçevesinde yürütülen faaliyetler;
 - 50-70 yaş aralığındaki bireylere (kadın ve erkek) iki yılda bir gaitada gizli kan testi (GGK) uygulanması,
 - 50-70 yaş aralığındaki bireylere on yılda bir kolonoskopi tetkiki uygulanmasıdır.

3.8.2.1. Meme Kanseri Tarama Programı

Meme kanseri, Türkiye ve dünyada kadınlarda en sık rastlanan ve en ölümcül kanser türüdür (9,101–103). Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlemevi) GLOBOCAN verilerine göre yaşa göre standardize edilmiş meme kanseri insidansı Türkiye’de 100.000 kadında 46,8; mortalitesi ise 100.000 kadında 12,5’tir (104,105). Meme kanseri, toplum sağlığı açısından önemli bir sorun olup erken teşhis edilebilen bir evreye sahip olması nedeniyle kanser tarama programlarında yer almaktadır (106).

Türkiye’de meme kanseri tarama programı, Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı öncülüğünde 2004 yılında hayata geçirilmiş; Avrupa Birliği standartlarına paralel olarak 50-69 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir mamografi taraması yapılması önerilmiştir. Bununla birlikte, ülkemizdeki vakaların yaklaşık yarısının 50 yaş altında saptanması gerekçesiyle, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014 yılında tarama kriterlerini güncellemiştir. Bu kapsamda, risk faktörü taşımayan kadınlar için tarama başlangıç yaşı 40’a çekilmiş ve 40-69 yaş aralığında iki yılda bir mamografi çekilmesi ulusal standart olarak benimsenmiştir (107).

Güncel meme kanseri tarama yöntemi, 40-69 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çekilmesidir. Tarama sürecinde her iki meme için mediolateral oblik (MLO) ve kranyokaudal (CC) projeksiyonlarda çift yönlü grafiler elde edilmekte; görüntüler iki farklı radyoloji uzmanı tarafından bağımsız olarak değerlendirilerek klinik meme muayenesiyle desteklenmektedir. Öte yandan, 20 yaş ve üzeri bireylere kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkında danışmanlık sağlanmakta ve bu yolla toplumsal bilinç düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Taramanın etkili olabilmesi için hedef grubun en az yüzde 70'inin katılımı ve her aşamada kalite kontrolünün sağlanması gerekmektedir. Mamografi çekimleri vatandaşlık kimlik numarasıyla kayıt altına alınarak mükerrer testler önlenmektedir. Mamografi sonuçları normal çıktığında hastaya kanseri düşündürecek bir bulgu olmadığı, ancak bunun kesin olarak gelecekte kanser olmayacağı anlamına gelmediği belirtilir ve iki yıl sonra yeniden tarama önerilir. Sonuç anormal olduğunda ise bu sonucun kesin tanı koydurmadığı fakat ileri değerlendirme gerektiği söylenir. Bu durumda hasta ayrıntılı muayene ve gerekirse biyopsi için ileri merkeze sevk edilir (108).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 2023 verilerine göre Türkiye'de 40-69 yaş arası kadınların son iki yıl içinde mamografi ile meme kanseri taranması sıklığının %37 olduğu belirtilmiştir. Aynı yılda OECD ortalaması %56'dır (109).

3.8.2.2. Serviks Kanseri Tarama Programı

Rahim ağzı kanseri, küresel çapta kadınlarda en sık görülen dördüncü (ASR 100.000'de 14,1) ve en ölümcül üçüncü (ASR 100.000'de 7,1) kanser türüdür (101,102). GLOBOCAN verilerine göre yaşa göre standardize edilmiş serviks kanseri insidansı Türkiye'de 100.000 kadında 4,8; mortalitesi ise 100.000 kadında 2,0'dır (110,111).

Türkiye'de 1992 yılından itibaren Dünya Sağlık Örgütü tavsiyeleriyle başlatılan ve KETEM'ler aracılığıyla yürütülen geleneksel smear tabanlı servikal kanser tarama programı, uzman bağımlı yapısı ve toplumsal farkındalık eksikliği gibi nedenlerle hedeflenen %70 kapsayıcılık oranının çok gerisinde kalarak ancak %20'lik bir kitleye ulaşabilmiştir. Bu verimlilik sorununu aşmak amacıyla küresel bilimsel literatürü ve

uzman görüşlerini değerlendiren Kanser Daire Başkanlığı, 2012 yılı sonunda köklü bir strateji değişikliğine giderek birincil tarama yöntemi olarak HPV testlerini benimsemiştir. Güncel protokol uyarınca, 30-65 yaş aralığındaki kadınların her beş yılda bir HPV testi ile taranması, smear yönteminin ise yalnızca HPV sonucu pozitif çıkan vakaların ileri tetkiki için ikincil bir değerlendirme aracı olarak kullanılması kararlaştırılarak tarama programının etkinliğinin artırılması hedeflenmiştir (9).

Türkiye'deki toplum temelli rahim ağzı kanseri tarama programı, ülke koşulları gözetilerek aile hekimlerine kayıtlı 30-65 yaş grubundaki kadınları (30 ve 65 yaşlar dahil) kapsayacak şekilde yapılandırılmıştır. Belirlenen protokol çerçevesinde, HPV veya Pap-smear testleri çeşitli davet yöntemleri kullanılarak her beş yılda bir yinelenmekte; ancak son iki testi negatif neticelenen 65 yaşındaki kadınlarda tarama süreci sonlandırılmaktadır. Test sonuçları normal olan bireyler beş yıllık rutin takip sürecine dahil edilirken; HPV pozitifliği veya anormal sitolojik bulgu saptanan vakalar, ileri tetkik ve kesin tanı için uzman hekimlere sevk edilmektedir. Mükerrer testlerin önlenmesi için vatandaşlık numarası üzerinden kayıt tutulmakta ve kişisel verilerin gizliliği yasal güvence altına alınmaktadır (112).

Dünya Sağlık Örgütü'nün rahim ağzı kanserini bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkarmak için belirlediği yol haritası, 2030 yılına kadar ülkelerin "90-70-90" stratejisine ulaşılmasına dayanmaktadır. Bu strateji (113):

- 15 yaşını doldurmamış kız çocuklarının yüzde 90 sıklığında HPV aşısıyla bağışıklandırılmasını,
- 35 ile 45 yaş grubundaki kadınların yüzde 70'lik kesiminin, yüksek performanslı bir tarama testiyle en az iki defa tetkik edilmesini,
- Serviksinde prekanseröz lezyon veya invaziv kanser bulunan kadınların yüzde 90'ının bakım ve tedavi almasının sağlanmasını içermektedir.

OECD 2023 verilerine göre de Türkiye'de kadınların rahim ağzı kanseri tarama kapsayıcılığı %60 olarak belirtilmiştir. Aynı yılda OECD ortalaması %58'dir (109).

3.8.2.3. Kolorektal Kanser Tarama Programı

Dünya genelinde kolorektal kanser dördüncü en sık görülen (ASR 100.000'de 18,4) ve 3. en öldürücü (ASR 100.000'de 8,1) kanser türüdür (114,115). GLOBOCAN verilerine göre yaşa göre standardize edilmiş kolorektal kanser insidansı Türkiye'de 100.000 kişide 19,8; mortalitesi ise 100.000 kişide 10,1'dir (116,117).

Ülkemizde kolorektal kanser tarama standartları ilk kez 2007 yılında yayımlanmış, ilgili rehber 2013 yılında güncellenmiştir. Ulusal düzeyde yürütülen toplum tabanlı kolorektal kanser tarama programı, 2014 yılında tüm illeri kapsayacak şekilde genişletilmiştir (8). Ülkemizin sağlık imkânları değerlendirildiğinde; en uygun yaklaşım olarak aile hekimliklerindeki kayıtlı nüfusa iki yılda bir gaitada gizli kan testi (GGK), on yılda bir ise kolonoskopi yapılması tavsiye edilmektedir. GGK testlerinde dışkıda hemogloblin saptanabilmesi için poliklonal ya da monoklonal antikorlar kullanılmaktadır. Önerilen toplum tabanlı tarama programı, 50 ile 70 yaş aralığındaki tüm kadın ve erkek bireyleri kapsamaktadır. Taramalar, davet yöntemleriyle iki yıllık periyotlarla sürdürülmekte; son iki gaitada gizli kan testi (GGK) sonucu negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkek bireylerde sonlandırılmaktadır. GGK kiti; Toplum Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri, KETEM ve Aile Hekimliklerinde görevli sağlık personeli tarafından ücretsiz dağıtılır. Kişi kiti evinde uygular ve test kasetini ilgili merkeze teslim eder. GGK testi sonucu negatif çıkanlarda kişi bilgilendirilir ve iki yıl sonra tekrar taramaya davet edilir. Test sonucu pozitif çıkanlarda ise nedenini (polipler, hemoroidler vb.) belirlemek amacıyla kişi kolonoskopi için uzman hastane servislerine yönlendirilir. GGK test sonuçları negatif çıkmasına rağmen, tarama kapsamındaki kişilerden tam bağırsak kolonoskopisi de talep edilmektedir (8,118).

OECD 2023 verilerine göre de Türkiye'de hedef toplumda kolorektal kanser tarama kapsayıcılığı %23 olarak belirtilmiştir. Aynı yılda OECD ortalaması %47'dir (109).

3.9. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)

Kanser taramaları ülkemizde ASM, KETEM, SHM ve Mobil KETEM'lerde; fırsatçı taramalar ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır (119). Sağlık Bakanlığı, Türkiye'deki kanser vakalarını ve buna bağlı ölümleri azaltmak amacıyla uzun vadeli bir Ulusal Kanser Kontrol Programı başlatmıştır. Bu program; tütünle mücadele ve zararlı maddelere maruz kalmanın önlenmesi gibi projelerin yanı sıra, özellikle erken teşhis hizmeti sunan KETEM'lerin (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri) kurulmasını ve işletilmesini kapsamaktadır (120).

Sağlık Bakanlığı'nın Avrupa Birliği Mali ve Teknik Refakat/Eşlik Tedbirleri (MEDA) programı desteğiyle hayata geçirdiği KETEM, devlet hastaneleriyle tam bütünleşmiş çalışarak özellikle meme, rahim ağzı (serviks) ve kolorektal kanser türlerinde hayat kurtarıcı bir erken teşhis ağı sunmaktadır. Risk gruplarına yönelik Dünya Sağlık Örgütü standartlarında toplum tabanlı taramalar yürüten bu merkezler; sadece tanı koymakla kalmayıp hasta takibi, tıbbi-sosyal destek sağlama ve hastaların tedavi merkezlerine sevkini koordine etme gibi kapsamlı süreçleri yönetmektedir. Kanserden korunma yöntemleri ve etkili iletişim konularında özel eğitim almış doktor, hemşire ve teknisyenlerden oluşan uzman kadrosuyla hem halkı hem de sağlık personelinin bilinçlendiren KETEM, aynı zamanda topladığı verilerle epidemiyolojik araştırmalara temel oluşturarak kanserle mücadelede stratejik bir eğitim ve araştırma üssü görevi görmektedir (120).

Türkiye'deki ilk Kanser Erken Teşhis Merkezi (KETEM), 1995 yılında İstanbul Bakırköy Devlet Hastanesinde faaliyete geçmiştir. Kanser Erken Teşhis Merkezi Yönetmeliği ise 2000 yılında yayınlanmıştır. Avrupa Birliği (AB) hibe fonlarının katkısıyla hayata geçirilen projeler kapsamında, 2004 yılında 11 ilde AB normlarına uygun Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Süreç içerisinde 31 ildeki KETEM'ler KETEM bünyesine entegre edilmiştir. 2009 yılında 81 ildeki 88 KETEM'e ek olarak, İstanbul Büyükşehir Belediyesi ile yapılan protokoller neticesinde 34 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi de KETEM olarak dönüştürülmüştür. 2012 yılında yürürlüğe giren 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığının

teşkilat yapısında gerçekleştirilen yenilenme sonucunda KETEM'ler, Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı birimler olarak yeniden yapılandırılmıştır. Türkiye'de meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarına ilişkin ulusal standartlar 2007 yılında belirlenmiştir. Servikal kanser taramasında 2014'te "smear" yerine "HPV-DNA" testine geçilmesi, KETEM'lerin etkinliğinde önemli rol oynamıştır (8).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün KETEM adreslerini içeren sayfasından edinilen bilgiye göre ülkemizde 318 adet KETEM bulunmaktadır. KETEM'lerin bir kısmı SHM bünyesinde faaliyetlerini sürdürmektedir (121).

3.10. Tarama Programlarının Kullanımı Etkileyen Faktörler

Kanser tarama programları, belirti göstermeyen bireylerde prekanseröz lezyonları veya erken evre tümörleri saptamayı amaçlar. Bu sayede hastalığa bağlı morbidite ve mortalite azaltılırken, sağkalım hızları yükselir ve yaşam kalitesi belirgin şekilde iyileştirilir (122). Taramalar ile beş yıllık sağkalım hızları önemli ölçüde yükselmektedir. (Meme kanseri için %77,9; serviks kanseri için %61,4 ve kolorektal kanser için %47,7, rektum kanserinde %45,5) (123). Tarama programlarının başarısı için %70'in üzerinde bir katılım sıklığına ulaşılması önemli kabul edilmektedir (124). Türkiye'de ulusal kanser tarama programlarına katılım sıklıkları henüz istenen seviyeye ulaşamayarak %20 ile %40 arasında seyretmektedir. Küresel ölçekte ise Cancer Screening 5 (CanScreen5) projesinden elde edilen veriler ülkeler arasında önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir (Mamografi katılımı Bangladeş'te %1,7 - Birleşik Krallık'ta %85,5 ; servikal kanser taraması Fildişi Sahili'nde %2,1 - İsveç'te %86,3 ; kolorektal kanser taraması Macaristan'da %0,6 - Hollanda'da %64,5). Tarama programlarının başarısı sadece teknolojik altyapı veya klinik protokollere değil, bireylerin bu programlara katılımını belirleyen sosyoekolojik, psikolojik ve kurumsal faktörlerin karmaşık etkileşimine bağlıdır (122).

3.10.1. Sosyo-Ekolojik Model Çerçevesinde Tarama Belirleyicileri

Kanser tarama davranışlarını anlamak için kullanılabilen kapsamlı bir teorik çerçeve olan Sosyo-Ekolojik Model davranış bireysel, kişilerarası, toplumsal, kurumsal

ve politika düzeylerinde incelemektedir. Bu model, tarama uyumunun sadece bireyin kişisel kararıyla açıklanamayacağını, aksine bireyin içinde bulunduğu sosyal ağların, yaşadığı mahallenin sosyoekonomik yapısının ve ulusal sağlık politikalarının bu kararı nasıl şekillendirdiğini vurgulamaktadır. Zubair ve ark. (2026) tarafından yürütülen sistematik inceleme, kolorektal kanser tarama uyumunu belirleyen faktörleri Sosyo-Ekolojik Model (SEM) çerçevesinde beş temel düzeyde analiz etmektedir. Bireysel düzeyde ileri yaş, kadın cinsiyeti, yüksek gelir ve eğitim seviyesi ile sağlık sigortası varlığı tarama katılımını pozitif yönde etkilerken; işsizlik, azınlık statüsü ve yabancı uyruklu olma gibi durumların dil ve kültürel engeller nedeniyle uyumu azalttığı saptanmıştır. Kişilerarası düzeyde aile hekimiyle kurulan güvene dayalı iletişim, hekimlerden gelen doğrudan davetler ve evli bireylerde görülen eş desteği katılımı teşvik eden unsurlar olarak belirlenmiştir. Topluluk düzeyinde sosyoekonomik açıdan dezavantajlı mahallelerde veya kırsal bölgelerde yaşamının getirdiği ulaşım kısıtlılıkları ve uzun seyahat mesafeleri tarama sıklıklarını düşürmektedir. Kurumsal düzeyde endoskopi tesislerine yakınlık, birinci basamak hizmetlerin erişilebilirliği ve yeterli hekim-hasta yoğunluğu tarama başarısını doğrudan etkileyen kritik faktörlerdir. Son olarak politika düzeyinde, ulusal sağlık sigortası kapsamı ve resmi tarama kılavuzlarının varlığı, finansal engelleri minimize ederek tarama hizmetlerine daha adil ve sistemli bir erişim zemini oluşturmaktadır (125).

3.10.2. Psikososyal Bariyerler ve Kültürel İnanç Sistemleri

Özellikle belirli kültürel coğrafyalarda baskın olan kaderci yaklaşım, kanser taramalarına karşı "edilgen" bir tutum geliştirilmesine yol açabilmektedir. Sağlık kaderciliği, bireyin hastalığın ortaya çıkışını ve sonucunu tamamen dışsal güçlere (şans, kader veya ilahi irade) bağlaması durumudur. Uncu ve ark. (2025) tarafından Muş'ta 1262 yetişkin bireyin katılımıyla yapılan kesitsel araştırma, sağlık okuryazarlığı, sağlık kaderciliği ve kanser tarama tutumları arasındaki karmaşık ilişkiyi Latent Profil Analizi (LPA) yöntemiyle incelemiştir. Araştırma sonucunda katılımcılar, sağlık okuryazarlığı ve tarama tutumlarının yüksek, kadercilik düzeyinin düşük olduğu "Yüksek Sağlık Farkındalığı" grubu ile tam tersi özellikler gösteren "Düşük Sağlık

Farkındalığı" grubu olmak üzere iki belirgin sınıfa ayrılmıştır. Elde edilen bulgular, sağlık okuryazarlığındaki artışın kanser tarama tutumlarını anlamlı şekilde pozitif etkilediğini; buna karşın sağlığın kontrolünün dışsal güçlerin veya kaderin elinde olduğuna dair inançların (sağlık kaderciliği), tarama faaliyetlerini "yararsız" görmeye neden olarak katılım önünde temel bir psikososyal engel oluşturduğunu ortaya koymaktadır (124). Literatürde, kadercilikle ilişkilendirilen batıl inançların da kanser tarama davranışlarını olumsuz etkilediği görülmektedir. Örneğin; serviks kanseri üzerine yapılan bir çalışmada, bireylerin batıl inanç düzeyleri arttıkça erken teşhise yönelik tutumlarının zayıfladığı ve tarama programlarına katılımın sekteye uğradığı ortaya konulmuştur (126).

Kanser teşhisi alma korkusu, bireyleri tarama hizmetlerinden uzaklaştıran ve ciddi bir kaçınma davranışına yol açan unsurlardan biri olarak tanımlanmaktadır. Teşhis alma olasılığının yarattığı yoğun kaygı, bireylerde olası bir hastalıkla yüzleşmektense "bilgi sahibi olmamayı" daha güvenli bir seçenek olarak görme eğilimini (bilmemeyi tercih etme) güçlendirmektedir. Bu korku mekanizmasına eşlik eden inkar ve kaçınma tutumları, bireylerin kendilerini sadece semptom göstermediklerinde sağlıklı kabul etmelerine ve sonuç olarak erken teşhis için kritik olan tarama randevularını ertelemelerine veya bu süreçten tamamen vazgeçmelerine neden olmaktadır (127). Ayrıca, prosedürel korkular da katılımı engellemektedir. Yurtsever ve ark. tarafından yürütülen çalışmada, kanser tarama programlarına katılımın önündeki psikososyal engeller değerlendirilmiş; katılımcıların %9,3'ünün prosedürün ağırlı olacağı korkusuyla kolonoskopiden kaçındığı, tarama süreçlerine dair "utanç" algısının ise özellikle Pap smear (%22) ve klinik meme muayenesinde (%17) temel bir bariyer oluşturduğu saptanmıştır. Kolorektal kanser taramalarında da (FOBT ve kolonoskopi) benzer bir çekincenin varlığını ortaya koyan çalışma; ağrı korkusu ve mahremiyet kaynaklı utanç gibi faktörlerin, prosedürel birer engel olarak tarama programlarına katılım yüzdelelerini düşüren bileşenler olduğunu doğrulamaktadır (128).

3.10.3. Sağlık Sistemi Altyapısı ve Kurumsal Belirleyiciler

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimlerinin sisteme entegrasyonu kanser tarama yüzdelerini artırmada stratejik bir rol oynarken, Karadeniz Sir ve arkadaşlarının araştırması düzenli aile hekimi ziyaretlerinin tarama katılımını anlamlı ölçüde yükselttiğini ortaya koymuştur. Sağlık profesyonellerinin tavsiyelerinin, bireylerin tarama niyetini somut bir eyleme dönüştürmesinde belirleyici olduğu vurgulanmaktadır. Türkiye'deki ulusal kanser tarama programlarının başarısı büyük ölçüde aile hekimlerinin bu sürece aktif katılımına dayanmaktadır. Nitekim çalışmanın bulguları, kanser taraması yaptıran bireylerin çok az bir kısmının bu amaçla özel bir randevu aldığını, geri kalan büyük çoğunluğun ise başka sağlık şikayetleriyle gittikleri aile sağlığı merkezlerinde hekimlerin hatırlatması ve yönlendirmesi sayesinde tarama programlarına dahil edildiğini göstermektedir (123).

Kanser tarama hizmetlerine erişimin önündeki temel engellerden biri de coğrafi kısıtlamalardır. Bolton ve Lawn'un yapmış olduğu çalışmada, tarama merkezlerine olan fiziksel uzaklık ve uygun ulaşım olanaklarının yetersizliği, bireylerin bu hizmetlerden yararlanmasını kısıtlayan kritik bir bariyer olarak tanımlanmıştır (129). KETEM'lere yönelik coğrafi erişilebilirlik önemli ölçüde artış göstermiş; son yıllarda tırlardan oluşan mobil ekipler aracılığıyla uzak bölgelerdeki nüfusa ulaşılması hedeflenmiştir (130). Türkiye'deki mobil tarama tırlarının etkinliği üzerine yapılan Gültekin ve ark. yapmış olduğu bir çalışma, bu birimlerin günlük hasta tarama sayısında (31,8 hasta/gün) sabit KETEM'leri (8,9 hasta/gün) geride bıraktığını göstermiştir. Sabit KETEM birimlerinin sıklıkla hastane yerleşkeleri içerisinde bulunmasının bireylerde yarattığı potansiyel çekincelere karşın, mobil ünitelerin hastane prosedürlerinden arındırılmış yapısı ve sunduğu konforlu hizmet, kadınların tarama sürecinde kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlamaktadır. Katılımcıların mobil üniteleri tercih etme nedenleri arasında kolay ulaşım ve rahatlık hissi gibi faktörler öne çıkmakta; bu birimler sosyal ve coğrafi engelleri minimize ederek, özellikle dezavantajlı grupların tarama programlarına katılım motivasyonunu güçlendirmektedir (131).

3.10.4. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireyin temel okuma yazma yetisinin ötesinde; sağlık bilgilerine erişme, anlama, sayısal verileri yorumlama ve bu bilgileri doğru sağlık kararları almak amacıyla kullanma yetkinliğini kapsayan çok boyutlu bir yapıdır. Berkman ve ark. yapmış olduğu çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi; artan hastaneye yatış ve acil servis kullanımı, mamografi ve aşılama gibi önleyici sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanma, ilaç kullanım hataları ve özellikle yaşlı toplumda yüksek mortalite riskleri ile doğrudan ilişkilendirilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyindeki yetersizlikler, hem bireysel sağlık çıktılarının olumsuz seyretilmesinde hem de sağlık sistemi üzerindeki mali yükün artmasında kritik bir belirleyici rol oynamaktadır (132). Oruche ve ark. hemşirelik öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça, bireyin "kansere bilgi yükü"nün (bilgi fazlalığı nedeniyle yaşanan kafa karışıklığı) azaldığı ve kanser taramasına yönelik tutumlarının pozitifleştiği belirtilmiştir (133).

3.11. Türkiye’de Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği Kullanılarak Yapılan Bazı Çalışmaların Özeti

Aşağıda, çalışmamız kapsamında da yararlanılan Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği kullanılarak Türkiye’de gerçekleştirilen bazı çalışmaların öne çıkan özellikleri sunulmuştur. Takip eden paragraflarda, her bir çalışma; araştırmanın yazarları, çalışmanın yapıldığı yıl, çalışma tasarımı ve temel bulgular çerçevesinde ayrı ayrı ele alınmıştır.

3.11.1. Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinin Kullanıldığı Bazı Çalışmaların Özeti

Dr. Fatih Yeğenler tarafından hazırlanan ve 2021 yılında tamamlanan Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi kapsamındaki analitik (karşılaştırmalı) kesitsel çalışmada, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği’ne başvuran 30-70 yaş arası 349 bireyin (177 erkek, 172 kadın) kanser

tarama testlerine yönelik tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Yüz yüze görüşme tekniği ve "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; yaşın ilerlemesi, kadın cinsiyet, daha önce kanser tanısı alma, ailede kanser öyküsü bulunması, sigara kullanımı, düzenli egzersiz yapma, kronik hastalık varlığı ve kendisinde kanser tanısı olması durumlarında kanser tarama tutum ölçeği puanının arttığı saptanırken; eğitim düzeyinin, alkol kullanımının ve aktif çalışma durumunun artmasıyla kanser taramalarına katılımın azaldığı gözlenmiştir (134).

Dr. Servet Derya Yılmaz tarafından hazırlanan ve 2022 yılında tamamlanan Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Tezi kapsamındaki kesitsel analitik araştırmada, Süleyman Demirel Üniversitesi merkez kampüsünde çalışan 402 idari personelin kanser tarama testlerine yönelik tutumları ve ilişkili faktörler incelenmiştir. "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (KTYTÖ) kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; araştırma grubunun KTYTÖ puan ortalaması $97,8 \pm 11,6$ ve genel kanser taraması yaptırma sıklığı %22,1 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler neticesinde yaş artışı, yüksek gelir algısı, kendisinde kanser öyküsü bulunması, KETEM'in yerini bilme/gitme, sağlık çalışanından bilgi alma, tarama eğitimi alma, yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme ve önceden tarama yaptırmış olma değişkenleri ile kanser taramalarına yönelik tutum puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanırken; yapılan çok değişkenli lineer regresyon analizi sonucunda sağlıklı beslenmenin, KETEM'e gitmiş olmanın ve taramalar hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmenin tutum puanını bağımsız ve anlamlı şekilde artıran temel faktörler olduğu tespit edilmiştir (135).

Dr. Gamze Karatarla Filiz tarafından hazırlanan ve 2022 yılında tamamlanan Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi kapsamındaki kesitsel tanımlayıcı araştırmada, Keçiören Şehit Hayri Koçak Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 30-70 yaş arası 152 kadının kanser tarama testlerine yönelik tutum, davranış ve ilişkili faktörleri değerlendirilmiştir. Yüz yüze görüşme yöntemi ve "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (KTYTÖ) kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; katılımcıların KTYTÖ puan ortalaması 96,87 ve genel kanser taraması yaptırma sıklığı

%27,6 olarak bulunmuştur. Tarama yaptırmayan kişilerin en sık gösterdiği gerekçenin bilgi sahibi olmama (%36,4) olduğu saptanırken; yapılan analizler sonucunda yaşın, beden kitle indeksinin (BKİ), kronik hastalık bulunmasının, düzenli ilaç kullanımının, daha önce kanser tanısı almış olmanın ve hekim tarafından kanser taraması önerilmesinin tutum ölçeği puanını pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir (136).

Dr. Ceren Oğuz tarafından hazırlanan ve 2023 yılında tamamlanan Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi kapsamındaki kesitsel araştırmada, Denizli il merkezinde Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran 546 bireyin (%71,9'u kadın) kanser tarama testlerine yönelik tutumları, ilişkili faktörler ve tarama davranışları değerlendirilmiştir. "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (KTYTÖ) ve anket formu kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; kadın katılımcıların %46,3'ünün hiç mamografi, %39,8'inin hiç pap smear testi yaptırmadığı, genel katılımcıların ise %84,6'sının hiç kolonoskopi yaptırmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre; yaş artışının, bekar olmamanın, lise ve üzeri eğitim düzeyinin, çalışıyor olmanın, kronik hastalığa sahip olmamanın, kişide kanser öyküsü bulunmasının, dengeli ve sağlıklı beslenme algısının, meme kanseri riskini orta/yüksek görmenin ve KETEM'i bilmenin kanser taramalarına yönelik tutum puanını bağımsız ve anlamlı şekilde artırdığı saptanmıştır (137).

Dr. Sevede Ceylan tarafından hazırlanan ve 2024 yılında tamamlanan Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi kapsamındaki prospektif analitik gözlemsel araştırmada, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 30-70 yaş arası 370 kadının kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Yüz yüze görüşme yöntemi ve "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (KTYTÖ) kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; katılımcıların KTYTÖ puan ortalaması $93,48 \pm 15,52$ ve genel kanser taraması yaptırma sıklığı %52,3 olarak bulunmuştur. Yaş artışında, kronik hastalık varlığında, evli olanlarda ve eğitim düzeyi düşük bireylerde kanser tarama testlerine katılım daha yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca kanser taramaları hakkında bilgisi olan, tarama testlerine katılan, HPV aşısı yaptıran, eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınlarda

kanser taramalarına yönelik tutumun anlamlı düzeyde daha olumlu olduğu belirlenmiştir (138).

Atakan Çuhadar tarafından hazırlanan ve 2025 yılında tamamlanan Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi kapsamındaki tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırmada, İzmir ili Sosyal Güvenlik Kurumu'nda (SGK) çalışan 158 personelin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yüz yüze görüşme yöntemi, "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (KTYTÖ) ve "Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" (KRKKYSİMÖ) kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; çalışanların KTYTÖ toplam puan ortalaması 98.10 ± 12.53 olarak bulunmuş, ancak katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırmama sıklığının %10,9 gibi düşük bir düzeyde kaldığı saptanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile kanser taraması tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Korelasyon analizleri neticesinde; katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanser sağlık inançlarından "güven-yarar algısı" ($r=0,478$) ve "sağlık motivasyonu" ($r=0,269$) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, "engel algısı" ($r=-0,281$) ile ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (139).

Ayşe Atçı Koyuncu tarafından hazırlanan ve 2025 yılında tamamlanan Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi kapsamındaki tanımlayıcı araştırmada, Şanlıurfa Eyyübiye 10 Nolu Onikiler Aile Sağlığı Merkezi Bölgesi'nde yaşayan 40-64 yaş arası 323 kadının sağlık algıları, kanser bilgi yükleri ve kanser taramalarına yönelik tutumları incelenmiştir. Yüz yüze görüşme yöntemi, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ), Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği (KBYÖ) ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ) kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; KTYTÖ puan ortalaması 82.17 ± 14.30 olarak hesaplanmıştır. Kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma, mamografi çekirtme, smear testi yaptırmama ve gaitada gizli kan baktırma gibi kanser tarama davranışlarını sergileme durumlarına göre kanser taramalarına yönelik tutumlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yapılan korelasyon analizlerinde, kadınların kanser bilgi yükü arttıkça kanser taramalarına yönelik

tutumlarının orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde düştüğü ($r=-0,509$) saptanmıştır (140).

3.11.2. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinin Kullanıldığı Bazı Çalışmaların Özeti

Bilgesu Çelik tarafından hazırlanan ve 2024 yılında tamamlanan Ebelik Yüksek Lisans Tezi kapsamındaki tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırmada, Nevşehir ili ve Ürgüp ilçesindeki 11 Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-49 yaş arası 698 üreme çağındaki kadın üzerinde sağlık okuryazarlığı ile kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Yüz yüze görüşme yöntemi, "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)" ve "Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği (KTYBÖ)" kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; kadınların TSOY-32 puan ortalaması $34,45 \pm 7,97$ (yeterli seviye) ve KTYBÖ puan ortalaması $13,76 \pm 4,67$ (yetersiz seviye, 17,5 sınırının altında) olarak tespit edilmiştir. Yapılan analizler neticesinde, kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi ile kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki saptanmış; yaşın artması (34-49 yaş grubu), eğitim düzeyinin yükselmesi (üniversite ve üzeri), evli ve çalışan olma, sosyal güvenceye sahip olma, ailede kanser öyküsünün bulunması, önceden kanser taramasına katılmış olma, düzenli smear ve mamografi yaptırma ile düzenli kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma durumlarında kadınların kanser taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (141).

Dr. Seçil Nur Kantaş tarafından hazırlanan ve 2025 yılında tamamlanan Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Tezi kapsamındaki karma tip (kesitsel-analitik ve nitel) araştırmada, İzmir Karabağlar 9 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 30-70 yaş arası 377 birey (nicel) ve 18 görüşmeci (nitel) üzerinde ulusal kanser tarama programına yönelik bilgi düzeyi, taramalara katılım durumları ve etkileyen faktörler incelenmiştir. "Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği" (KTYBÖ) ve yarı yapılandırılmış görüşmeler kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; katılımcıların KTYBÖ puan ortalaması $18,92 \pm 4,94$ (yeterli seviye, %71,9 yeterli bilgiye sahip) olarak bulunmuştur.

Yapılan çok değişkenli regresyon analizleri neticesinde kadın olmanın ve üniversite/üzeri eğitim düzeyine sahip olmanın bilgi ölçek puanını bağımsız ve anlamlı şekilde artırdığı saptanmıştır (142).

3.11.3. Kanser Taramalarında Tutum ve Bilgi Düzeyini Birlikte Değerlendiren Bazı Çalışmaların Özeti

Müsemma Bolat tarafından hazırlanan ve 2024 yılında tamamlanan Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi kapsamındaki tanımlayıcı ve kesitsel araştırmada, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 30-70 yaş arası 419 yetişkin hasta üzerinde kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranış düzeyleri ile ilişkili faktörler incelenmiştir. "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (KTYTÖ) ve "Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği" (KTYBÖ) kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; katılımcıların KTYTÖ puan ortancası 102 (min:42, maks:120) ve KTYBÖ puanlarına göre kanser taramalarına yönelik yeterli bilgiye sahip olma sıklığı %60,4 olarak tespit edilmiş, en az bir kanser taraması yaptırma sıklığı ise %32,5 olarak saptanmıştır. Yapılan analizler neticesinde, kadın cinsiyet, kanser taraması önerilmiş olma, ulusal tarama programları bilgisine sahip olma, KETEM'den haberdar olma ve önceden kanser taraması yaptırmış olma durumlarında bireylerin KTYTÖ puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadın olma, çekirdek ailede yaşama, yüksek eğitim düzeyi (yüksek lisans/doktora), sağlık personeli olma, yüksek ekonomik düzey, kentsel bölgede yaşama, tarama önerisi almış olma, ulusal tarama programları bilgisine sahip olma, KETEM bilgisi bulunma ve önceden kanser taraması yaptırmış olma değişkenleri ile KTYBÖ'ye göre yeterli bilgi düzeyine sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Korelasyon analizinde ise yeterli düzeyde bilgiye sahip olan bireylerin KTYTÖ puan ortancasının, bilgi düzeyi yetersiz olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (143).

Mert Aykut Akbulak tarafından hazırlanan ve 2025 yılında tamamlanan Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Tezi kapsamındaki kesitsel araştırmada, Ankara Çankaya 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 30-70 yaş arası 403 birey üzerinde kanser

taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranış düzeyleri ile ilişkili etmenler incelenmiştir. "Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği" (KTYBÖ) ve "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (KTYTÖ) kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; katılımcıların KTYBÖ puan ortalaması $15,59 \pm 4.45$ (%44,2 yeterli bilgi düzeyinde), KTYTÖ puan ortalaması $98,84 \pm 13,23$, 30-65 yaş arası kadınlarda en az bir kez smear/HPV-DNA testi yaptırma oranı %45,3, 40-69 yaş arası kadınlarda en az bir kez mamografi yaptırma oranı %40,9, 50-70 yaş arası bireylerde en az bir kez gaitada gizli kan (GGK) testi yaptırma oranı %25,6 ve en az bir kez kolonoskopi yaptırma sıklığı %17,6 olarak saptanmıştır. Yapılan çoklu regresyon analizleri neticesinde; kadın cinsiyetin KTYBÖ puanını; evli olmanın, üniversite/üzeri eğitim düzeyinin, bir yakınını kanserden kaybetmiş olmanın ve tarama testi önerilmesinin KTYTÖ puanını bağımsız ve anlamlı biçimde artırdığı belirlenmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizleri neticesinde; kadın cinsiyetin KTYBÖ puanını bağımsız ve anlamlı biçimde artırdığı; mesleğin, tarama testi önerilmesinin ve taramalar hakkında bilgilendirilmiş olma durumunun ise KTYBÖ puanı üzerinde bağımsız bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (144).

Semanur Aker tarafından hazırlanan ve 2025 yılında tamamlanan Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi kapsamındaki randomize kontrollü deneysel araştırmada, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde yatan kanser hastalarına bakım veren 74 birey (37 deney, 37 kontrol) üzerinde Sağlık İnanç Modeli (SİM) temelli kanser eğitiminin kanser bilgi yüküne, kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutum düzeylerine etkisi incelenmiştir. "Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği" (KBYÖ), "Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği" (KTYBÖ) ve "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" (KTYTÖ) kullanılarak yürütülen çalışmanın temel bulgularına göre; ön test ölçümlerinde gruplar arasında ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmazken, 4 haftalık SİM temelli eğitim müdahalesi sonrasında yapılan son test ve 1. ay izlem ölçümlerinde grup-zaman etkileşimi bağımsız ve anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Yapılan varyans analizleri (ANOVA) neticesinde, uygulanan eğitim programının deney grubunda kanser bilgi yüğü puan ortalamasını bağımsız ve anlamlı şekilde düşürdüğü; buna karşılık kanser taramalarına yönelik bilgi

ölçeği puan ortalamasını ve kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalamasını ise bağımsız ve anlamlı biçimde artırdığı belirlenmiştir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Ankara ilinin Çankaya ilçesinde bulunan Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesinde yürütülmüştür. Hacettepe Üniversitesi 8 Temmuz 1967 tarih ve 892 sayılı Kanun ile kurulmuş ve Tıp, Sağlık Bilimleri, Fen ve Sosyal Bilimler Fakülteleri eğitime başlamıştır. Profesör Doktor İhsan Doğramacı 31 Temmuz 1967’de Hacettepe Üniversitesi’nin kurucusu ve ilk rektörü olarak göreve başlamıştır (145).

Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü, Ankara Beytepe mevkiinde, Ankara-Eskişehir yolunun 20. kilometresinde ve 5.877.628 m² alan üzerinde kurulmuştur. Beytepe Yerleşkesinde bulunan fakülte ve yüksekokullar şu şekildedir (146):

- Edebiyat Fakültesi,
- Eğitim Fakültesi,
- Fen Fakültesi,
- Güzel Sanatlar Fakültesi,
- Hukuk Fakültesi,
- İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
- İletişim Fakültesi,
- Mühendislik Fakültesi,
- Spor Bilimleri Fakültesi,
- Yabancı Diller Yüksekokulu,
- Mesleki Teknoloji Yüksekokulu.

Beytepe Yerleşkesinde yer alan idari birimler ve enstitüler ise şunlardır:

- Rektörlük,
- Rektör Yardımcılığı,
- Genel Sekreterlik,
- Genel Sekreter Yardımcılığı,
- Bilgi İşlem Daire Başkanlığı,
- Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı,
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Koordinasyon Birimi,
- Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü,
- Bilişim Enstitüsü,
- Eğitim Bilimleri Enstitüsü,
- Fen Bilimleri Enstitüsü,
- Güzel Sanatlar Enstitüsü,
- Nüfus Etütleri Enstitüsü,
- Nükleer Bilimler Enstitüsü,
- Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Türkiye Araştırmaları Enstitüsü.

4.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Grubu

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi idari personeli oluşturmuştur. Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesindeki idari personel sayısı, Personel Daire Başkanlığından 17.12.2024 tarihinde sözel olarak öğrenilmiş olup toplamda 1543'tür.

Bu araştırma için örneklem seçilmemiş olup, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır ve sözel olarak öğrenilmiş olan personel sayısının %25,7'sine (n=398) ulaşılabilmektedir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü'nde çalışan idari personel olmak,
- Okuryazar olmak,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Çalışmanın dışlama kriterleri:

- 18 yaşından küçük olmak,
- 70 yaşından büyük olmak,
- Veri toplama formunu eksik doldurmak,
- Yanıtların güvenilir olmaması veya tutarsız olmasıdır.

4.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

4.4. Araştırmanın Değişkenleri

4.4.1. Tanımlayan Değişkenler

Araştırmanın tanımlayan değişkenleri, katılımcının:

- Cinsiyeti,
- Yaşı,
- Medeni durumu,
- Hane yapısı,
- Ailesinde sağlık çalışanı olma durumu,

- Eğitim durumu,
- Hanesinin maddi durumundan memnun olma durumu,
- Sağlık durumu,
- Sigara kullanma durumu,
- Alkollü içecek içme durumu,
- Fiziksel aktivite yapma durumu,
- Kaç porsiyon meyve sebze tükettiği
- Yemeklerinde genellikle ne kadar tuz tükettiği,
- Tanılı kronik hastalığa sahip olma durumu,
- Eğer varsa hangi kronik hastalığa sahip olduğu,
- Tanılı kanser hastalığı olma durumu,
- Eğer varsa hangi kansere sahip olduğu,
- Birinci derece akrabalarında kanser tanısı olup olmadığı,
- Kanser nedeniyle bir yakınına kaybetme durumu,
- Ulusal Kanser Tarama Programları hakkında bilgi sahibi olma durumu,
- Ulusal Kanser Tarama Programlarında yer alan kanser taramalarının hangilerini bildiği,
- Kanser tarama programları hakkında sahip olduğu bilgiyi hangi kaynaktan aldığı,
- Herhangi bir yolla kanser tarama merkezine davet edilip edilmediği,
- Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ni (KETEM) daha önce duyma durumu,
- Daha önce kanser taraması yaptıрма durumu,
- Eğer kanser taraması yaptırdıysa, hangi kanser taraması/taramalarını yaptırdığı,
- Eğer kanser taraması yaptırdıysa, kanser taramasını hangi kuruluştaki yaptırdığı,
- Eğer kanser taraması yaptırdıysa, kanser taraması yaptırmada en etkili faktör veya kişinin neler veya kimler olduğu,
- Eğer kanser taraması yaptırmadıysa, sebebi/sebeplerinin neler olduğu

olarak sıralanabilir.

4.4.2. Tanımlanan Değişkenler

Araştırmanın tanımlanan değişkenleri, katılımcının:

- Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ) ve
- Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nden (KTYBÖ) aldıkları puanlardır.

4.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

Araştırmada analiz edilmiş olan veriler gözlem altında anket yöntemi ile toplanmıştır. Anketler basılı olarak hazırlanıp, idari personele mesai saatleri içinde teslim edilmiştir. Uygun olanlardan doldurması beklenerek dağıtıldığı an; uygun olmayanlardan ise aynı gün mesai bitimine doğru tekrar uğranarak anketler toplanmıştır.

Sosyodemografik Özelliklerle İlgili Sorular, Sağlık/Hastalık Durumuyla İlgili Sorular, Kanser Taramaları ile İlgili Sorular, Kanser Taramasına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kanser Taramasına Yönelik Bilgi Ölçeği olmak üzere beş bölümden ve 85 sorudan oluşan veri toplama formu uygulanmıştır.

Sosyodemografik Özelliklerle İlgili Sorular: Katılımcıların cinsiyetlerini, doğum yıllarını, medeni durumlarını, hane yapılarını, ailelerinde sağlık çalışanı olma durumunu, eğitim durumlarını, hanelerinin maddi durumundan memnun olma durumlarını, sorgulayan dokuz sorudan oluşan veri toplama formu bölümüdür.

Sağlık/Hastalık Durumuyla İlgili Sorular: Katılımcıların genel olarak sağlıklarını nasıl tanımladığını, sigara kullanmış olma/kullanıyor olma durumlarını ve kullanmışlarsa veya kullanıyorlarsa ne kadar süreyle ve ne sıklıkta kullandıklarını, kullanıyor olduklarını, ne sıklıkla alkollü içecek içtiklerini, düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarını, günlük toplam ortalama kaç porsiyon meyve ve sebze tükettiklerini, tuz veya tuzlu sosları ne kadar tükettiklerini, doktor tarafından teşhis

edilmiş bilinen kronik hastalığı olma durumlarını ve varsa bu kronik hastalıkların neler olduğunu, doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı olma durumlarını ve varsa hangi kanser türüne sahip olduklarını, birinci derece akrabalarında kanser tanısı olma durumlarını ve kanser nedeniyle bir yakınlarını kaybetme durumlarını sorgulayan 16 sorudan oluşan veri toplama formu bölümüdür.

Kanser Taramaları ile İlgili Sorular: Katılımcıların Ulusal Kanser Tarama Programları hakkında bilgi sahibi olma durumlarını, hangi kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduklarını, kanser tarama programları hakkında bilgiyi nereden aldıklarını, daha önce kanser tarama testi yaptırmak için telefonla veya başka yollarla bir tarama merkezine davet edilme durumlarını, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ni daha önce duyma durumlarını, daha önce kanser taraması yaptıрма durumlarını ve yaptırdıysa hangi tarama/taramaları yaptırdıklarını, tarama yaptırdıysa hangi kuruluştaki yaptırdıklarını, kanser taraması yaptırmalarında en etkili faktör/kişinin kim veya neler olduğunu, kanser tarama testi yaptırmadıysa sebeplerini sorgulayan 11 sorudan oluşan veri toplama formu bölümüdür.

4.5.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü'nde çalışan idari personelin kanser taramalarına yönelik tutumu Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

İlgili ölçek, 2020 yılında Öztürk ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmalar sonucunda literatüre kazandırılmıştır. Tek boyutlu ve 24 maddeden meydana gelen ölçek beşli Likert tipindedir. Maddeler 5'ten 1'e kadar '5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1: Hiç katılmıyorum' şeklinde yanıtlanmaktadır.

Ölçeğin; 30-70 yaşındaki, en az okuryazarlığı bulunan ve yanıtlamaya engel herhangi bir bilişsel, görsel ya da ortopedik yeti yitimi olmayan kadın ve erkekler için kullanılması uygundur.

Ölçeğin uygulama süreci araştırmacının gözetiminde, katılımcıların maddeleri bizzat okuyup yanıtlaması esasına dayanmaktadır. Bu ölçme aracı, uygun örneklem grubu ve doğru uygulama yöntemi gözetilerek kanser taramalarına yönelik tutumların değerlendirilmesi gereken tüm durumlarda kullanılabilir.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan ise 120 olup, ölçek için herhangi bir kesim noktası (cut-off) tanımlanmamıştır. Alınan puanların 24'e yaklaşması kanser taramalarına yönelik olumsuz tutumu, 120'ye yaklaşması ise olumlu tutumu işaret etmektedir. Toplam puan hesaplamasında, anlamca olumsuz ifadeler içeren 13 madde (9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 ve 24) ters kodlanmaktadır.

Ölçek maddeleri sabit bir sırada verilmek zorunda değildir; araştırmacılar tarafından karma bir sıra tercih edilebilmektedir (147). Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin (KTYTÖ) 15 maddeden oluşan kısa formu da literatürde yer almakla birlikte, bu çalışmada ölçeğin 24 maddelik orijinal uzun formu tercih edilmiştir.

4.5.2. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği

Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü'nde çalışan idari personelin kanser taramalarına yönelik bilgi durumu Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

İlgili ölçek, Öztürk ve arkadaşları tarafından 2023 yılında geliştirilmiş olup 25 madde ve üç alt boyuttan meydana gelmektedir. Ölçeğin alt boyutları özel olarak isimlendirilmemiştir. Ölçeğin 1. alt boyutunda 10 madde (8, 17-23, 25, 28. maddeler), 2. alt boyutunda 9 madde (4, 5, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 27. maddeler) ve 3. alt boyutunda 6 madde (1-3, 9, 11, 24. maddeler) bulunmaktadır.

Üçlü derecelendirme sistemine sahip olan ölçek, '1: Doğru, 2: Yanlış, 3: Bilmiyorum' şeklinde 1'den 3'e kadar bir aralıkta yanıtlanmaktadır. Ölçek puanlaması sürecinde 'Doğru' yanıtlar 1 puan olarak kabul edilirken, 'Yanlış' ve 'Bilmiyorum' şeklindeki yanıtlar 0 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekten 0 ile 25 arasında puan alınabilmektedir. Ölçek puanlaması esnasında, olumsuz anlam içeren 3 madde

(Madde 2, 11, 24) ters kodlanmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin sırası önemli değildir. Araştırmacılar tarafından karışık bir sıralama kullanılabilir. Ölçek puanı için bir kesme noktası belirlenmemiştir. Kabul gören bir yaklaşımla, toplam puanın %70'i ve üzerinde (17,5 puan ve üzeri) puan alan katılımcıların yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu söylenebilir.

Ölçeğin; 18-70 yaşındaki, en az okuryazarlığı bulunan ve yanıtlamaya engel herhangi bir bilişsel, görsel ya da ortopedik yeti yitimi olmayan kadın ve erkekler için kullanılması uygundur. Ölçek, araştırmacı gözetiminde katılımcıların soruları kendi kendilerine okuyup yanıtlamasıyla uygulanmaktadır. Ölçek; uygun örneklem grubu ve doğru uygulama yöntemi gözetilerek kanser taramalarına ilişkin bilgi düzeyinin değerlendirilmesi gereken tüm durumlarda kullanılabilir. Ölçeğin güvenilirliğinin göstergesi olan Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur. Ölçeğin açıklanan varyansı %41,8'dir. (148)

4.6. Araştırmanın Ön Denemesi

Veri toplama formunun anlaşılabilirliği, yanıtlanma süresi ve öneriler açısından, araştırma evreni dışında yer alan Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi idari personeli ile araştırmanın ön denemesi yapılmıştır. Alınan geri dönüşlerle veri toplama formunun anlaşılır olduğu belirlenmiş olup formda herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Veri toplama formunun yaklaşık doldurulma süresi 12 dakika olarak belirlenmiştir.

4.7. Araştırmada Kullanılan Terimler ve Kısaltmalar

Kanser, neoplazm, kötü huylu tümör: Vücuttaki bazı hücrelerin kontrol dışı çoğalması ve vücudun diğer bölgelerine yayılması ile oluşan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (1).

Kanser taramaları: Sağlıklı bir nüfusta hastalığı olan ancak henüz semptomları olmayan kişileri belirlemek için basit testlerin kullanılması anlamına gelir (86).

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği (KTYBÖ): İlgili ölçüm aracı, 2023 yılında Öztürk ve arkadaşları tarafından literatüre kazandırılmış olup temel hedefi 18 ile 70 yaş grubundaki kişilerin kanser taramalarına ilişkin bilgilerini değerlendirmektir (148).

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ): İlgili ölçüm aracı, 2020 yılında Öztürk ve arkadaşları tarafından literatüre kazandırılmış olup temel hedefi 30 ile 70 yaş grubundaki bireylerin kanser taramalarına ilişkin tutumlarını değerlendirmektir (147).

4.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) 25.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (en küçük, en büyük değer) frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler için gruplar Ki-Kare testleri kullanılarak karşılaştırılmıştır. Normal dağılım göstermediği belirlenen parametrelerde ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi ikiden fazla gruplar arasında ise Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırma yapılmıştır. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nde toplam puanın %70'i ve üzerinde (17,5 puan ve üzeri) puan alan katılımcılar yeterli düzeyde bilgiye sahip, 17,5 puanın altında puan alan katılımcılar yeterli düzeyde bilgiye sahip değil olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın istatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermediği saptandığından, iki ölçek arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Kanser taramasına yönelik tutum ve bilgi puanlarını açıklayan değişkenler, sosyo-demografik verilerin yer aldığı Model 1 ve bu verilere kanser tarama farkındalığı/davranışı değişkenlerinin eklendiği Model 2 kullanılarak çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile analiz edilmiştir.

4.8.1. Veri Analizi Öncesi Kategorizasyon

- Cinsiyet Kadın ve Erkek olarak iki kategoride analize dahil edilmiştir. Cinsiyetini belirtmek istemeyen çalışmamızda yer almamıştır.
- Katılımcıların yaşları 30-39, 40-44, 45-54, 55-64 arası yaşlar olarak gruplandırılmıştır.
- Katılımcıların medeni durumları Evli; Bekar; Boşanmış/Eşi vefat etmiş olacak şekilde üç grupta analize alınmıştır.
- Araştırmaya katılan personelin 18 yaşından küçük çocuk sahibi olma durumu Evet; Hayır olacak şekilde iki grupta analiz edilmiştir.
- Katılımcıların hane yapıları Çekirdek aile-Geniş aile ile yaşayanlar ve Yalnız-Partneri ile-Arkadaş/arkadaşları ile yaşayanlar olacak şekilde iki gruba ayrılmıştır.
- Eğitim durumu lise ve altı; Üniversite, Yüksek lisans/Doktora olmak üzere iki grupta toplanmıştır.
- İdari personelin ailesinde sağlık çalışanı varlığı sorgulanmış ve Var; Yok olarak analize alınmıştır.
- Katılımcıların hanelerinin maddi durumundan memnuniyet düzeyleri 1 puan 'Hiç memnun değilim'; 10 puan 'Son derece memnunum' olacak şekilde katılımcılara puanlatılmıştır. Veriler %33,3'lük dilimlere bölünerek 1-5 puan; 6-7 puan; 8-10 puan gruplarında toplanmıştır.
- Sağlık durumu algısı Çok iyi-İyi; Orta; Kötü-Çok kötü olacak şekilde üç grupta toplanmıştır.
- Katılımcıların en sık kullandıkları sağlık birimleri Devlet Hastaneleri; Üniversite Hastaneleri, Aile Hekimi; Özel Hastaneler- Özel Muayenehaneler olacak şekilde dört grupta toplanmıştır.
- Tütün ürünü kullanma durumu Hiç kullanmamış; Eskiden kullanmış bırakmış; Halen kullanıyor olmak üzere üç grupta kategorize edilmiştir.
- Alkollü içecek içme sıklığı Hiç içmiyor; Ayda 1 kere veya daha az; Haftada 1 veya daha az; Haftada 2-4 olmak üzere dört gruba ayrılarak analiz edilmiştir.

- Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu Evet-Kismen; Hayır olmak üzere gruplandırılmıştır.
- Günlük ortalama tükettiği meyve ve sebze porsiyon miktarları toplanarak meyve ve sebze toplam porsiyon miktarı 3 porsiyondan az; 3 porsiyondan fazla-5 porsiyondan az; 5 ve üzeri porsiyon olmak üzere üç grupta analize alınmıştır.
- Yemeklerde tuz tüketme durumu katılımcıların beyanlarına göre Tuzsuz yiyen; Az tuzlu yiyen; Normal tuzlu yiyen; Çok tuzlu yiyen olmak üzere dört grupta kategorize edilmiştir.
- İşlenmiş et tüketme sıklığı katılımcıların beyanlarına göre Çok sık-Orta sıklıkta tüketen; Çok az veya hiç tüketmeyen olmak üzere iki grupta kategorize edilmiştir.
- Kronik hastalık varlığı, Kanser varlığı, Birinci derece akrabalarda kanser öyküsü, İkinci derece akrabalarda kanser öyküsü, Kanser nedeniyle yakınıni kaybetme durumu Var; Yok olmak üzere iki grupta analize dahil edilmiştir.
- Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumu, Katılımcıya kanser taraması yaptırmayı önerilme durumu, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumu, Kanser taraması yaptırmama durumu Evet; Hayır olmak üzere iki kategoride analiz edilmiştir.

4.8.2. Veri Analizi Sırasında Dahil Edilme Kriterleri

Araştırma kapsamında katılımcıların “kanser taraması yaptırmayı önerisi alma” ve bu “taramaları gerçekleştirme” durumları analiz edilirken, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Ulusal Kanser Tarama Programı kriterleri esas alınmıştır. Verilerin standardizasyonunu sağlamak ve ulusal protokollerle uyumlu sonuçlar elde etmek amacıyla, analiz sürecine yalnızca ilgili programda tarama kapsamına giren 50-64 yaş aralığındaki (50 ve 64 yaş dahil) erkek katılımcılar (n=69) ve 30-64 yaş aralığındaki kadın katılımcılar (n=253) (30 ve 64 yaş dahil) dahil edilmiştir.

64 yaş üstünün dahil edilmeme sebebi çalışma grubundaki maksimum yaşı 64 olmasıdır.

Diğer değişkenler için tüm katılımcılar (n=398) analize dahil edilmiştir.

4.8.3. Etki Büyüklüğü Hesaplamaları

Araştırmada kullanılan Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nden elde edilen toplam puanların normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi, basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) katsayıları ile histogram ve Q-Q grafikleri üzerinden incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda verilerin normal dağılım varsayımını karşılamadığı saptanmış; bu doğrultuda değişkenlerin karşılaştırılmasında non-parametrik test yöntemleri kullanılmıştır. (İki gruplu değişkenler için Mann-Whitney U; ikiden fazla grup içeren değişkenler için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.) İki kategorik değişkenin analizinde ise Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Yapılan analizlerin **etki büyüklüğü** de hesaplanmış olup bulgular bölümünde tabloların sağ tarafında etki değeri ve parantez içinde etki değerinin büyüklük yorumu yer almaktadır. Etki büyüklüğü hesaplamalarında kullanılan formüller ve yorumlarının nasıl yapıldığı aşağıda belirtilmiştir:

- Mann-Whitney U testinin etki büyüklüğü belirlenirken

$$r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$$

formülü kullanılmıştır (149) (r:Korelasyon katsayısı, Z:U değeri için standartlaştırılmış değer, n:Toplam gözlem sayısı)

Formülden elde edilen değerler yorumlanırken makalede belirtildiği üzere Pearson korelasyon katsayısına ilişkin yorum kullanılmıştır (149,150):

- <0,1: Çok küçük etki
- 0,1-0,29: Küçük etki
- 0,3-0,49: Orta etki
- 0,5 ve üzeri: Büyük etki

- Kruskal-Wallis testinin etki büyüklüğü belirlenirken

$$\epsilon^2 = \frac{H}{(n^2 - 1)/(n + 1)}$$

formülü kullanılmıştır (149). (ϵ^2 : Epsilon kare, H: Kruskal-Wallis testinde elde edilen değer (Kruskal-Wallis H-test istatistiği), n: Toplam gözlem sayısı)

Kruskal-Wallis analizi sonucunda hesaplanan etki büyüklüğü katsayısı olan Epsilon kare (ϵ^2) değerinin yorumlanmasında Cohen (1988) tarafından önerilen sınıflandırma) temel alınmıştır (150):

- $\epsilon^2 < 0,01$: Çok küçük etki
 - $0,01 \leq \epsilon^2 < 0,06$: Küçük etki
 - $0,06 \leq \epsilon^2 < 0,14$: Orta etki
 - $\epsilon^2 \geq 0,14$: Büyük etki
- Ki-kare testinin etki büyüklüğü belirlenirken SPSS üzerinden elde edilen Cramér's V değerleri kullanılmıştır. Etki büyüklüğü yorumlanırken aşağıdaki değerler kullanılmıştır (151).
 - 0,00-0,10: İhmal edilebilir
 - 0,10-0,20: Zayıf
 - 0,20-0,40: Orta
 - 0,40-0,60: Nispeten güçlü
 - 0,60-0,80: Güçlü
 - 0,80-1,00: Çok güçlü
- Spearman korelasyon katsayısı için etki büyüklüğü yorumlanırken aşağıdaki değerler kullanılmıştır (152):
 - 0,00 ile 0,30 arası (0,00 ile -0,30 arası): İhmal edilebilir (negatif)
 - 0,30 ile 0,50 arası (-0,30 ile -0,50) arası: Düşük pozitif (negatif)
 - 0,50 ile 0,70 arası (-0,50 ile -0,70) arası: Orta düzeyde pozitif (negatif)
 - 0,70 ile 0,90 arası (-0,70 ile -0,90 arası): Yüksek pozitif (negatif)
 - 0,90 ile 1,00 arası (-0,90 ile -1,00 arası): Çok yüksek pozitif (negatif)

4.9. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü

Araştırmanın tüm aşamaları Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doçent Dr. Mahmut Saadi Yardım danışmanlığında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Öğrencisi Dr. Kaan Aksu tarafından yürütülmüştür. Araştırma etkinlikleri Doçent Dr. Mahmut Saadi Yardım danışmanlığında yönetilmiş ve koordine edilmiştir. Veri toplama formunun hazırlanması, ön deneme, veri toplama, verilerin analizi ve rapor yazımı Dr. Kaan Aksu tarafından yapılmıştır.

4.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler

- Çalışmada yer alan Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ölçeklerinin kullanımı için ölçeği geliştiren araştırmacılardan Uzm. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK ile e-posta üzerinden iletişime geçilerek yazılı izin alınmıştır (Ek-2).
- Etik uygunluk açısından Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve izin alınmıştır (Ek-3).
- Kurum izni, Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü aracılığıyla Personel Daire Başkanlığından alınmıştır (Ek-4).
- Araştırmaya katılım gönüllülük temeline dayanmakta olup, katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.
- Katılımcıların adı, soyadı, T.C. kimlik numarası, telefon numarası, e-posta adresi gibi kişisel bilgileri talep edilmemiştir. Katılımcıların verdiği yanıtlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılmış olup araştırma süresi boyunca veya sonrasında bilimsel olmayan amaçlarla paylaşılmayacaktır.

- Veri toplama süreci tamamlandıktan sonra katılımcıların 'hacettepe.edu.tr' uzantılı e-posta adreslerine ekte yer alan 'Bilgilendirme Dokümanı' iletilmiştir (Ek-5).

4.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olduğu için bazı katılımcıların araştırmaya katılmak istememesi ve iş yoğunluğu fazla olan birimlerde çalışan katılımcıların araştırmaya katılacak yeterli zamanlarının olmaması araştırma için kısıtlılık oluşturmuş olabilir.
- Araştırma, Ankara'daki bir devlet üniversitesine ait bir yerleşkedeki idari personelin katılımıyla gerçekleştirildiğinden, üye olma/gruba dahil olmaya bağlı taraf tutma olmuş olabilir ve elde edilen sonuçlar tüm topluma genellenemez.
- Araştırma yöntemi gereği katılımcıların beyanlarına dayalı bilgi toplanması, araştırma için hafıza faktörüne bağlı bir kısıtlılık oluşturmuş olabilir.

4.12. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma için yapılan tüm harcamalar araştırmacılar tarafından finanse edilmiş herhangi bir mali destek alınmamıştır. Araştırmaya ilişkin gider kalemleri ve harcama tutarları aşağıda bir tablo ile sunulmuştur.

Tablo 4.1: Araştırmaya Ait Gider Kalemleri ve Harcama Tutarları

Aşama	Bütçe
Veri toplama formunun çoğaltılması	1.500 TL
Yol masrafı	1.100 TL
Araştırma raporunun basılması	650 TL
Toplam:	3250 TL

4.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tablo 4.2: Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşama	Zaman Aralığı
Konu seçimi	Nisan-Temmuz 2024
Literatür tarama	Nisan 2024-Nisan 2026
Araştırma protokolünün hazırlanması	Ağustos 2024-Aralık 2024
Tez önerisi sunumu ve gerekli izinlerin alınması süreci	Aralık 2024-Şubat 2025
Verilerin toplanması	Mart 2025
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi	Nisan 2025-Ekim 2025
Rapor yazımı	Eylül 2024-Mayıs 2026
Araştırma sunumu	Haziran 2026

5. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan personelin sosyodemografik özellikleri, çalışma hayatı ile ilgili bazı bilgileri, sağlık durumu, sağlıklı yaşam davranışları, alışkanlıkları, akrabalarındaki kanser öyküsü, kanser tarama programları hakkındaki bilgi durumları, kanser taraması önerilme durumu, KETEM'den haberdar olma durumları, kanser taraması yaptırmama durumları, tarama yaptırmalarında ve yaptırmamalarındaki etkili faktörler, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Bilgi Ölçeklerine verdikleri yanıtlar ve diğer değişkenler ile katılımcıların kanser taraması yaptırmama durumları ve ölçek puanları arasındaki ilişkiler sunulmaktadır.

Tablo 5.1: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	253	63,6
Erkek	145	36,4
Yaş		
30-34	40	10,1
35-39	69	17,3
40-44	88	22,1
45-49	55	13,8
50-54	71	17,8
55-59	55	13,8
>60	20	5,1
$\bar{X} (SS)^* = 45,53 (8,559)$ Ortanca=45,00 En küçük=30,00 En büyük=64,00		
Medeni Durum		
Evli	272	68,3
Bekar	94	23,6
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	32	8,1
18 yaşından küçük çocuğa sahip olma durumu		
Var	159	39,9
Yok	239	60,1
Hane yapısı		
Çekirdek aile ile yaşıyor	301	75,6
Yalnız yaşıyor	57	14,3
Geniş aile ile yaşıyor	25	6,3
Arkadaş/arkadaşları ile yaşıyor	13	3,3
Partneri ile yaşıyor	2	0,5

Tablo 5.1 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Sayı	Yüzde
Öğrenim durumu		
İlkokul mezunu	4	1,0
Ortaokul mezunu	4	1,0
Lise mezunu	61	15,3
Üniversite mezunu	260	65,3
Yüksek lisans/Doktora	69	17,4
Ailesinde sağlık çalışanı varlığı		
Var	89	22,4
Yok	309	77,6
Hanesinin maddi durumundan memnuniyet durumu**		
1-2 puan	36	9,0
3-4 puan	59	14,8
5-6 puan	167	42,0
7-8 puan	120	30,2
9-10 puan	16	4,0
$\bar{X} (SS) = 5,55 (1,977)$ Ortanca=6,00 En küçük=1 En büyük=10		

$\bar{X} (SS)$ = Ortalama (Standart Sapma)

**1 puan hiç memnun değilim; 10 puan son derece memnunum anlamına gelmektedir.

Katılımcıların %63,6'sı (n=253) kadın, %36,4'ü (n=145) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 45,53 (8,559), ortancası 45 olup en küçük 30, en büyük 64 yaşında katılımcı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan idari personelin %68,3'ü (n=272) evlidir. Katılımcıların %39,9'u (n=159), 18 yaşından küçük bir veya birden fazla çocuğa sahiptir. Katılımcıların %75,6'sı (n=301) çekirdek ailesi ile yaşamakta, %14,3'ü (n=57) yalnız yaşamaktadır. Araştırmaya katılan idari personelin %65,3'ü (n=260) üniversite mezunu olup, %17,4'ü (n=69) yüksek lisans/doktora seviyesinde öğrenim seviyesindedir. Katılımcıların %22,4'ü (n=89) ailelerinde sağlık çalışanı bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların hanelerinin maddi durumundan memnuniyet durumlarını 1 'Hiç memnun değilim' ; 10 'Son derece memnunum' olacak şekilde 1'den 10'a kadar puanlaması istenmiştir. Katılımcıların hanelerinin maddi durumlarından memnuniyet durumlarının puan ortalaması 5,55 (1,977) ; ortancası 6 bulunmuş olup en küçük 1 puan, en büyük ise 10 puan katılımcılar tarafından verilmiştir (Tablo 5.1).

Tablo 5.2: Araştırmaya Katılan Personelin İş Yerlerindeki Unvan/Kadro Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

İş yerindeki unvan/kadro durumu (n=398)	Sayı	Yüzde
Bilgisayar İşletmeni	223	56,0
Destek Personeli	45	11,2
Şef	25	6,2
Şube Müdürü	15	3,8
Memur	15	3,8
Teknisyen	12	3,0
Büro Personeli	10	2,5
Sekreter	10	2,5
Teknisyen Yardımcısı	8	2,0
İç Denetçi	6	1,4
İstatistikçi	5	1,2
Kütüphane Personeli	5	1,2
Mühendis	5	1,2
Bilgi İşlem Bilişim Uzmanı	3	0,8
Mali Hizmetler Uzman Yardımcısı	2	0,5
Diğer*	9	2,7
Toplam	398	100,0

*Diğer belirtilen unvan/kadrolar: Bilgi İşlem Operatörü (n=1), Bilgisayar Programcısı (n=1), Birim Sorumlusu (n=1), Dil ve Konuşma Terapisti (n=1), İç Denetim Birim Başkanı (n=1), Kimya Teknisyeni (n=1), Programcı (n=1), Sağlık Teknikeri (n=1), Şube Müdür Yardımcısı (n=1)

Katılımcıların %56,0'sı (n=223) bilgisayar işletmeni, %11,2'si (n=45) destek personeli, %6,2'si (n=25) ise şef olarak iş yerlerindeki unvan/kadro durumlarını belirtmiştir (Tablo 5.2).

Tablo 5.3: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlık Durumu Algılarının ve En Sık Kullandıkları Sağlık Birimlerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Sayı	Yüzde
Sağlık durumu algısı		
Çok iyi	23	5,8
İyi	189	47,4
Orta	173	43,5
Kötü	11	2,8
Çok kötü	2	0,5
En sık kullandığı sağlık birimi		
Devlet Hastaneleri	141	35,4
Üniversite Hastaneleri	134	33,7
Aile Hekimi	90	22,6
Özel Hastaneler	32	8,0
Özel Muayenehaneler	1	0,3

Katılımcıların %47,4'ü (n=189) algıladıkları sağlık durumunu iyi, %43,5'i (n=173) ise orta olarak belirtmiştir. Katılımcıların en sık kullandıkları sağlık birimleri incelendiğinde birinci sırada %35,4 (n=141) ile devlet hastaneleri, ikinci sırada %33,7 (n=134) ile üniversite hastaneleri, üçüncü sırada ise %22,6 (n=90) ile aile hekimleri olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.3).

Tablo 5.4: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Sayı	Yüzde
Tütün ürünü kullanma durumu		
Hiç kullanmamış	212	53,2
Eskiden kullanmış	66	16,6
<i>Süre (yıl) $\bar{X}$ (SS) = 12,29 (9,089) Ortanca=10,00 En küçük=1 En büyük=36</i>		
<i>Miktar (adet) $\bar{X}$ (SS) = 12,42 (8,425) Ortanca=10,00 En küçük=1 En büyük=40</i>		
Halen kullanıyor	120	30,2
<i>Süre (yıl) $\bar{X}$ (SS) = 18,00 (11,649) Ortanca=15,00 En küçük=1 En büyük=45</i>		
<i>Miktar (adet) $\bar{X}$ (SS) = 12,25 (7,203) Ortanca=10,00 En küçük=1 En büyük=40</i>		
Alkollü içecek içme sıklığı		
Hiç içmiyor	227	57,1
Ayda 1 kere veya daha az	131	32,9
Haftada 1	32	8,0
Haftada 2-4	8	2,0
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	103	25,9
Kısmen	208	52,2
Hayır	87	21,9
Günlük ortalama tükettiği meyve porsiyonu		
1 porsiyondan az	49	12,3
1 porsiyon	292	73,4
1 porsiyondan çok	57	14,3
<i>$\bar{X}$ (SS) = 1,103 (0,6923) Ortanca=1 En küçük=0 En büyük=5</i>		
Günlük ortalama tükettiği sebze porsiyonu		
1 porsiyondan az	11	2,8
1 porsiyon	295	74,1
1 porsiyondan çok	92	23,1
<i>$\bar{X}$ (SS) = 1,231 (0,5161) Ortanca=1 En küçük=0 En büyük=4</i>		
Yemeklerde tuz tüketme durumu		
Tuzsuz yiyen	22	5,5
Az tuzlu yiyen	147	36,9
Normal tuzlu yiyen	211	53,0
Çok tuzlu yiyen	18	4,6

Tablo 5.4 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Sayı	Yüzde
İşlenmiş et tüketme sıklığı		
Çok sık tüketen	8	2,0
Orta sıklıkta tüketen	99	24,9
Çok az veya hiç tüketmeyen	291	73,1

Katılımcıların %53,2'si (n=212) daha önce hiç tütün ürünü kullanmadığını, %30,2'si (n=120) halen tütün ürünü kullandığını, %16,6'sı (n=66) ise eskiden tütün ürünü kullanıp şu an kullanmadığını belirtmiştir. Eskiden tütün ürünü kullananların ortalama kullanma süresi 12,29 (9,089) yıl ve ortalama kullanma miktarı 12,42 (8,425) adet iken halen kullananların ortalama kullanma süresi 18,00 (11,649) yıl ve ortalama kullanma miktarı 12,25 (7,203) adettir. Araştırmaya katılan idari personelin %57,1'i (n=227) hiç alkol kullanmadığını, %32,9'u (n=131) ayda 1 kere veya daha az alkol kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %52,2'si (n=208) kısmen düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını, %25,9'u (n=103) ise düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %73,4'ü (n=292) günde ortalama 1 porsiyon meyve tükettiğini, %74,1'i (n=295) ise günde ortalama 1 porsiyon sebze tükettiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan idari personelin yemeklerde tuz tüketme durumlarına bakıldığında %53,0'ünün (n=211) yemeklerini normal tuzlu yediği, %36,9'unun (n=147) ise yemeklerini az tuzlu yedikleri belirlenmiştir. Katılımcıların işlenmiş et tüketme sıklıklarına bakıldığında %73,1'i (n=291) çok az veya hiç tüketmedikleri, %24,9'u (n=99) orta sıklıkta tükettikleri belirlenmiştir (Tablo 5.4).

Tablo 5.5: Araştırmaya Katılan Personelin Hastalık Durumu ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Sayı	Yüzde
Kronik hastalık varlığı (n=398)		
Var	155	38,9
Yok	243	61,1
Kronik hastalık türü* (n=155)		
Tiroid hastalıkları	46	29,7
Diyabet	39	25,2
Hipertansiyon	35	22,6
Hiperlipidemi	27	17,4
Kas-iskelet hastalıkları	22	14,1
Kalp hastalıkları	15	9,6
Astım	14	9,0
Karaciğer hastalıkları	8	5,2
Psikiyatrik hastalıklar	7	4,5
Böbrek hastalıkları	3	1,9
Çölyak	2	1,3
Epilepsi	2	1,3
Migren	2	1,3
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	1	0,6
Diğer**	12	14,2
Kanser varlığı (n=398)		
Var	14	3,5
Yok	384	96,5
Kanser türü (n=14)		
Meme kanseri	3	21,4
Prostat kanseri	2	14,3
Lenfoma	2	14,3
Tiroid kanseri	2	14,3
Serviks kanseri	1	7,1
Böbrek kanseri	1	7,1
Malign Melanom	1	7,1
Pankreas kanseri	1	7,1
Tükürük bezi kanseri	1	7,1

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

**Diğer hastalıklar: Ailevi Akdeniz Ateşi (n=1), Benign prostat hiperplazisi (n=1), Crohn (n=1), Egzema (n=1), Gastrit (n=1), Multipl Endokrin Neoplazi Tip 1 (MEN-1) (n=1), Metabolik hastalık (n=1), Multipl skleroz (n=1), Obezite (n=1), Varis (n=1), Vertigo (n=1), Wegener Granülomatozu (n=1).

Araştırmaya katılan idari personelin %38,9'u (n=155) doktor tarafından teşhis edilmiş en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalık türlerine bakıldığında katılımcıların %29,7'sinde (n=46) tiroid hastalıkları, %25,2'sinde (n=39) diyabet, %22,6'sında (n=35) hipertansiyon, %17,4'ünde (n=27) hiperlipidemi, %14,1'inde (n=22) kas-iskelet sistemi hastalıkları, %9,6'sında (n=15) kalp hastalıkları, %9,0'unda (n=14) ise astım olduğu görülmektedir. Katılımcıların %3,5'i (n=14) doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı olduğunu belirtmiştir. Kanser türlerine bakıldığında katılımcıların üçünde (%21,4) meme kanseri, ikisinde (%14,3) prostat kanseri, ikisinde (%14,3) lenfoma, ikisinde (%14,3) tiroid kanseri, birinde (%7,1) serviks kanseri, birinde (%7,1) malign melanom, birinde (%7,1) pankreas kanseri, birinde (%7,1) ise tükürük bezi kanseri olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.5)

Tablo 5.6: Araştırmaya Katılan Personelin Birinci, İkinci Derece Akrabalarında Kanser Öyküsü Olması ve Kanser Nedeniyle Bir Yakınlarını Kaybetme Durumlarına Göre Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Sayı	Yüzde
Birinci derece akrabalarda kanser öyküsü (n=398)		
Var	93	23,4
Yok	305	76,6
İkinci derece akrabalarda kanser öyküsü (n=398)		
Var	137	34,4
Yok	261	65,6
Kanser nedeniyle yakını kaybetme durumu (n=398)		
Var	206	51,8
Yok	192	48,2

Araştırmaya katılan idari personelin %23,4'ü (n=93) birinci derece yakınlarından birinde kanser öyküsü olduğunu; %34,4'ü (n=137) ikinci derece yakınlarından birinde kanser öyküsü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %51,8'i (n=206) kanser nedeniyle bir yakını kaybettiğini ifade etmiştir (Tablo 5.6).

Tablo 5.7: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Tarama Programları Hakkındaki Bilgi Durumlarının ve Bilgi Sahibi Oldukları Kanser Tarama Programı Kategorisinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Sayı	Yüzde
Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumu (n=398)		
Evet	214	53,8
Hayır	184	46,2
Hakkında bilgi sahibi olunan kanser tarama programları* (n=214)		
Meme	187	87,4
Serviks	137	64,0
Kolon	96	44,9

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Araştırmaya katılan idari personelin %53,8'i (n=214) kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %87,4'ü (n=187) meme kanseri tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu; %64,0'ü (n=137) serviks (rahim ağzı) kanseri tarama programı hakkında bilgi sahibi olduğunu; %44,9'u (n=96) kolon kanseri tarama programı hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.7).

Tablo 5.8: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Tarama Programları Hakkında Bilgi Aldıkları Kaynakların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Kanser tarama programları hakkında alınan bilginin kaynağı* (n=214)	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	104	48,6
Sosyal medya platformları	79	36,9
Arkadaş/Komşu/Tanıdık	67	31,3
Televizyon	63	29,4
Diğer sağlık çalışanları	48	22,4
Diğer branş hekimleri	40	18,7
Gazete/Dergi	35	16,4
Diğer**	8	3,7

* Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

**Diğer bilgi kaynakları: Katıldığı bir seminerden (n=1), Eskiden Hacettepe Erişkin Hastanesi'nde çalışmış (n=1), KETEM'den (n=2)

Araştırmaya katılan idari personelin kanser tarama programları hakkında aldıkları bilgilerin kaynakları incelendiğinde %48,6 (n=104) ile aile hekimlerinin bilgilendirmesi ilk sırada yer almıştır. Aile hekimlerinin bilgilendirmesini %36,9 (n=79) ile sosyal medya platformları; %31,3 (n=67) ile arkadaş, komşu, tanıdıklardan alınan bilgiler; %29,4 ile (n=63) televizyondan yapılan bilgilendirmeler; %22,4 ile (n=48) hekimler dışında kalan diğer sağlık çalışanlarının yaptığı bilgilendirmeler; %18,7 ile (n=40) aile hekimleri dışındaki hekimlerin yaptığı bilgilendirmeler; %16,4 ile (n=35) gazete ve dergilerde yer alan bilgilendirmeler olduğu görülmüştür (Tablo 5.8).

Tablo 5.9: Araştırmaya Katılan Personele Kanser Taraması Önerilme Durumunun ve Öneri Kaynaklarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Sayı	Yüzde
Katılımcıya kanser taraması önerilme durumu (n=322)		
Evet	98	30,4
Hayır	224	69,6
Katılımcıya kanser taraması yaptırmasını önerenlerin dağılımı* (n=98)		
Aile Hekimi	47	48,0
Diğer branş hekimi	38	38,8
Aile sağlığı çalışanı	6	6,1
Arkadaşlar	6	6,1
KETEM Personeli	3	3,1
Sosyal Medya Bilgilendirmeleri	2	2,0

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Araştırmaya katılan idari personelin %30,4'ü (n=198) kendisine kanser taraması yaptırmasının önerildiğini belirtmiştir. Katılımcılara kanser taraması yaptırmasını önerenlerin dağılımı incelendiğinde %48,0 ile (n=47) aile hekimlerinin ilk sırada olduğu görülmektedir. İkinci sırada %38,8 ile (n=38) diğer branş hekimleri; üçüncü sırada %6,1 (n=6) ile aile sağlığı çalışanları ve %6,1 ile (n=6) arkadaşlar; beşinci sırada %3,1 ile (n=3) KETEM personeli olduğu görülmektedir. Son sırada ise katılımcılar %2,0 ile (n=2) sosyal medyada yer alan bilgilendirmeler sayesinde kanser taraması yaptırması gerektiğini anladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5.9).

Tablo 5.10: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumlarına Göre Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumu	Sayı	Yüzde
Evet	306	76,9
Hayır	92	23,1
Toplam	398	100,0

Araştırmaya katılan idari personelin %76,9'u (n=306) Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 5.10).

Tablo 5.11: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının, Yaptırılan Kanser Tarama Programı Kategorisinin ve Kanser Taramalarının Yaptırıldığı Kuruluşların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Sayı	Yüzde
Kanser taraması yaptırma durumu (n=322)		
Evet	112	34,8
Hayır	210	65,2
Yaptırılan kanser taramalarının dağılımı* (n=112)		
Meme	91	81,2
Serviks	75	67,0
Kolon	21	18,8
Kanser taramalarının yaptırıldığı kuruluş* (n=112)		
Üniversite Hastanesi	55	49,1
KETEM	41	36,6
Devlet Hastanesi	18	16,1
Özel Hastane/Muayenehane	14	12,5
Aile Sağlığı Merkezi	5	4,5

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Araştırmaya katılan idari personelin %34,8'i (n=112) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Daha önce kanser taraması yaptırdığını belirten katılımcılar incelendiğinde %81,2 ile (n=91) meme kanseri taraması yaptırıldığı; %67,0 ile (n=75) serviks kanseri taraması yaptırıldığı; %18,8 ile (n=21) kolon kanseri taraması yaptırıldığı belirlenmiştir. Kanser taramalarının yaptırıldığı

kuruluşlara bakıldığında %49,1 (n=55) ile Üniversite Hastanelerinin ilk sırada olduğu, %36,6 (n=41) ile KETEM'lerin ikinci sırada olduğu, %16,1 ile (n=18) Devlet Hastanelerinin üçüncü sırada olduğu görülmektedir (Tablo 5.11).

Tablo 5.12: Araştırmaya Katılan Personelin Kanseri Taraması Yaptırmalarında En Etkili Faktör/Kişilerin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Katılımcıların kanser taraması yaptırmalarında en etkili faktör/kişilerin dağılımı* (n=112)	Sayı	Yüzde
Kanser taramalarının sağlıkları için önemli olduğunu düşünmeleri	72	64,3
Ailede kanser hastası olması	36	32,1
Aile hekiminin bilgilendirmesi	23	20,5
Çevrelerindeki kişilerin kanser taraması yaptırmaları	19	17,0
Gazete, televizyon, sosyal medya etkisi ile	6	5,4
Aile hekiminin ısrarı/zorlaması	5	4,5
Diğer**	8	7,1

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

**Diğer etkili faktör/kişiler: Kendinde kanser tanısı olması (n=1), Kadın doğum doktorunun önerisi (n=3), Rutin kontrol amaçlı (n=4)

Araştırmaya katılan idari personelin kanser taraması yaptırmalarında en etkili faktör/kişilerin dağılımı incelendiğinde %64,3 ile (n=72) kanser taramalarının sağlıkları için önemli olduğunu düşünmelerinin ilk sırada olduğu görülmüştür. İkinci sırada %32,1 ile (n=36) ailede kanser hastası olması; üçüncü sırada %20,5 ile (n=23) aile hekiminin bilgilendirmesi; dördüncü sırada %17,0 ile (n=19) çevrelerindeki kişilerin kanser taraması yaptırmış olması yer almaktadır (Tablo 5.12).

Tablo 5.13: Araştırmaya Katılan Daha Önce Kanser Taraması Yaptırmamış Olan Personelin Kanser Taraması Yaptırmama Sebeplerinin Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Kanser Taraması Yaptırmama Sebebi (n=210)*	Sayı	Yüzde
Herhangi bir şikâyeti olmadığı için	170	81,0
Kanser tarama testi yaptırması önerilmediği için	62	29,5
Zaman bulamadığı için	29	13,8
Ailesinde kanser hastalığı olmadığı için	28	13,3
Kolay ve ulaşılabilir olmadığı için	27	12,8
Kanser tarama testlerini bilmediği için	27	13,0
Nerede yaptıracağını bilmediği için	21	10,0
Kötü sonuç almaktan korktuğu için	20	9,5
Yapılacak işlemde korktuğu/çekindiği için	15	7,1
Utandığı için	2	0,9
Tarama yaptırmaya ihtiyacı olmadığını düşündüğü için	1	0,5
Tarama testlerine ilgisi olmadığı için	1	0,5
KETEM'e gittiği tarihte yaşı tarama için uygun olmadığı için	1	0,5

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Araştırmaya katılan ve daha önce kanser taraması yaptırmamış olan idari personelin kanser taraması yaptırmama sebeplerinin dağılımı incelendiğinde %81,0'ının (n=170) herhangi bir şikâyeti olmadığı için kanser taraması yaptırmadığı görülmektedir. Katılımcıların %29,5'i (n=62) kanser taraması yaptırması önerilmediği için; %13,8'i (n=29) zaman bulamadığı için; %13,3'ü (n=28) ailesinde kanser hastası olmadığı için; %12,8'i (n=27) kanser taramaları kolay ve ulaşılabilir olmadığı için; %13,0'ü (n=27) kanser tarama testlerini bilmediği için; %10,0'u ise (n=21) kanser taramalarını nerede yaptıracağını bilmediği için kanser tarama testlerini yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 5.13).

Tablo 5.14: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	5: Tamamen Katılıyorum		4: Biraz Katılıyorum		3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		2: Biraz Katılmıyorum		1: Hiç Katılmıyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.	247	62,1	80	20,1	45	11,2	15	3,8	11	2,8
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.	227	57,0	73	18,4	59	14,8	22	5,5	17	4,3
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.	258	64,8	74	18,6	37	9,3	17	4,3	12	3,0
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.	258	64,8	87	21,9	30	7,5	9	2,3	14	3,5
5	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.	330	82,8	50	12,6	9	2,3	8	2,0	1	0,3
6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.	214	53,8	98	24,6	58	14,6	17	4,3	11	2,7

Tablo 5.14 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	5: Tamamen Katılıyorum		4: Biraz Katılıyorum		3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		2: Biraz Katılmıyorum		1: Hiç Katılmıyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.	236	59,3	92	23,1	43	10,8	18	4,5	9	2,3
8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptıрма ihtimalimi arttırır.	265	66,6	88	22,1	32	8,0	8	2,0	5	1,3
9	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptıрма ihtimalimi arttırmaz.	52	13,1	60	15,1	61	15,3	67	16,8	158	39,7
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.	286	71,9	77	19,3	24	6,0	7	1,8	4	1,0

Tablo 5.14 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	5: Tamamen Katılıyorum		4: Biraz Katılıyorum		3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		2: Biraz Katılmıyorum		1: Hiç Katılmıyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırırım.	159	39,9	93	23,4	64	16,1	32	8,0	50	12,6
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.	34	8,5	53	13,3	57	14,3	64	16,1	190	47,8
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırırım.	151	37,8	72	18,1	93	23,4	40	10,1	42	10,6
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.	47	11,8	51	12,8	66	16,6	51	12,8	183	46,0
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.	36	9,0	37	9,4	58	14,6	79	19,8	188	47,2

Tablo 5.14 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	5: Tamamen Katılıyorum		4: Biraz Katılıyorum		3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		2: Biraz Katılmıyorum		1: Hiç Katılmıyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.	24	6,0	41	10,3	57	14,4	69	17,3	207	52,0
17	Kanser taraması yaptırmamanın gereksiz olduğunu düşünürüm.	11	2,8	7	1,8	24	6,0	45	11,3	311	78,1
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.	13	3,3	14	3,5	37	9,3	62	15,6	272	68,3
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıttığından korkarım.	20	5,0	41	10,3	47	11,8	51	12,8	239	60,1
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.	32	8,0	52	13,1	54	13,6	62	15,6	198	49,7
21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.	6	1,5	15	3,8	26	6,5	49	12,3	302	75,9

Tablo 5.14 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	5: Tamamen Katılıyorum		4: Biraz Katılıyorum		3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		2: Biraz Katılmıyorum		1: Hiç Katılmıyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.	11	2,8	15	3,8	21	5,3	65	16,2	286	71,9
23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptıрма gereği duymam.	10	2,5	16	4,0	23	5,8	37	9,2	312	78,4
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.	12	3,0	10	2,5	24	6,0	45	11,4	307	77,1

Katılımcılar Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinde:

- önerme olan 'Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.' önermesine en fazla %62,1 ile (n=247) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
- önerme olan 'Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.' önermesine en fazla %57,0 ile (n=227) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.

3. önerme olan 'Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.' önermesine en fazla %64,8 ile (n=258) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
4. önerme olan 'Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.' önermesine en fazla %64,8 ile (n=258) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
5. önerme olan 'Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.' önermesine en fazla %82,8 ile (n=330) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
6. önerme olan 'Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.' önermesine en fazla %53,8 ile (n=214) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
7. önerme olan 'Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.' önermesine en fazla %59,3 ile (n=236) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
8. önerme olan 'Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi arttırır.' önermesine en fazla %66,6 ile (n=265) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
9. önerme olan 'Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırma ihtimalimi arttırmaz.' önermesine en fazla %39,7 ile (n=158) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
10. önerme olan 'Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.' önermesine en fazla %71,9 ile (n=286) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
11. önerme olan 'Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırırım.' önermesine en fazla %39,9 ile (n=159) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.

12. önerme olan 'Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.' önermesine en fazla %47,8 ile (n=190) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
13. önerme olan 'Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırırım.' önermesine en fazla %37,8 ile (n=151) Tamamen Katılıyorum cevabını vermişlerdir.
14. önerme olan 'Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.' önermesine en fazla %46,0 ile (n=183) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
15. önerme olan 'Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.' önermesine en fazla %47,2 ile (n=188) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
16. önerme olan 'Kanser taraması için başvurmayı unuturum.' önermesine en fazla %52,0 ile (n=207) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
17. önerme olan 'Kanser taraması yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünürüm.' önermesine en fazla %78,1 ile (n=311) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
18. önerme olan 'Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.' önermesine en fazla %68,3 ile (n=272) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
19. önerme olan 'Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.' önermesine en fazla %60,1 ile (n=239) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
20. önerme olan 'Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.' önermesine en fazla %49,7 ile (n=198) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.

21. önerme olan 'Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.' önermesine en fazla %75,9 ile (n=302) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
22. önerme olan 'Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.' önermesine en fazla %71,9 ile (n=286) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
23. önerme olan 'Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptıрма gereği duymam.' önermesine en fazla %78,4 ile (n=312) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir.
24. önerme olan 'Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.' önermesine en fazla %77,1 ile (n=307) Hiç Katılmıyorum cevabını vermişlerdir (Tablo 5.14).

Tablo 5.15: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1	Kanser taramaları kanseri belirti vermediği erken dönemde saptamak amacıyla yapılır. (D)	383	96,2	5	1,3	10	2,5
2	Kanser taramaları kişilerin kanserden ölme riskini artırır. (Y)	27	6,8	353	88,7	18	4,5
3	Kanser taramaları sırasında saptanan kanserlerin tedavisi daha kolay yapılabilir. (D)	347	87,2	6	1,5	45	11,3
4	Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı bulunmaktadır. (D)	176	44,2	4	1,0	218	54,8
5	Kalın barsak kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır. (D)	192	48,2	3	0,8	203	51,0

Tablo 5.15 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
6	Meme kanseri taraması yapılan kanserlerden biridir. (D)	367	92,2	2	0,5	29	7,3
7	Rahim ağzı kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır. (D)	325	81,7	4	1,0	69	17,3
8	Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) yapılmaktadır. (D)	315	79,1	5	1,3	78	19,6
9	Kanser taramaları ücretsizdir. (D)	184	46,3	22	5,5	192	48,2
10	Şikâyeti olmayan kişilerin kanser taramalarına katılması gerekli değildir. (Y)	35	8,8	295	74,1	68	17,1

Tablo 5.15 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
11	Kalın barsak kanseri dışkıda gizli kan testi ile taranır. (D)	137	34,4	16	4,0	245	61,6
12	Dışkıda gizli kan testi her iki yılda bir defa yaptırılmalıdır. (D)	103	25,9	9	2,3	286	71,8
13	Her on yılda bir kolonoskopi tetkiki yaptırmak kalın barsak kanseri taraması için gereklidir. (D)	136	34,2	21	5,3	241	60,5
14	50-70 yaş arasındaki her kadın ve her erkek kalın barsak kanseri açısından tarama yaptırmalıdır. (D)	224	56,3	6	1,5	168	42,2
15	Meme kanseri mamografi ile taranmaktadır. (D)	329	82,7	1	0,3	68	17,0

Tablo 5.15 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
16	Mamografi her iki yılda bir defa çektirilmelidir. (D)	218	54,8	39	9,8	141	35,4
17	40-69 yaş arası her kadın meme kanseri açısından taranmalıdır. (D)	323	81,1	11	2,8	64	16,1
18	Her kadın 20 yaşından başlayarak kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır. (D)	305	76,6	14	3,5	79	19,9
19	Kendi kendine meme muayenesi her ay yapılmalıdır. (D)	239	60,1	19	4,8	140	35,1
20	Her kadın 20 yaşından başlayarak doktora giderek meme muayenesi yaptırmalıdır. (D)	170	42,7	49	12,3	179	45,0

Tablo 5.15 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
21	Kendi kendine meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayabilir. (D)	333	83,6	9	2,3	56	14,1
22	Doktorun yaptığı meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayamaz. (Y)	26	6,5	294	73,9	78	19,6
23	Rahim ağzı kanseri, simir (rahim ağzı sürüntü) testi ile taranır. (D)	262	65,8	7	1,8	129	32,4

Tablo 5.15 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Sıra No	İfadeler (n=398)	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
24	Her beş yılda bir genital siğil virüsü (Human Papilloma Virus) testi yaptırmak rahim ağzı kanseri taramasında kullanılan bir yöntemdir. (D)	157	39,4	12	3,0	229	57,6
25	30-65 yaş arası her kadın rahim ağzı kanseri için tarama yaptırmalıdır. (D)	280	70,4	4	1,0	114	28,6

Katılımcılar Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinde:

1. ifade olan 'Kanser taramaları kanseri belirti vermediği erken dönemde saptamak amacıyla yapılır.' ifadesine en fazla %96,2 ile (n=383) Doğru cevabını vermişlerdir. (İfade Doğru bir ifadedir.)

2. ifade olan 'Kanser taramaları kişilerin kanserden ölme riskini arttırır.' ifadesine en fazla %88,7 ile (n=353) Yanlış cevabını vermişlerdir. **(İfade Yanlış bir ifadedir.)**
3. ifade olan 'Kanser taramaları sırasında saptanan kanserlerin tedavisi daha kolay yapılabilir.' ifadesine en fazla %87,2 ile (n=347) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
4. ifade olan 'Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı bulunmaktadır.' ifadesine en fazla %54,8 ile (n=218) Bilmiyorum cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
5. ifade olan 'Kalın barsak kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır.' ifadesine en fazla %51,0 ile (n=203) Bilmiyorum cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
6. ifade olan 'Meme kanseri taraması yapılan kanserlerden biridir.' ifadesine en fazla %92,2 ile (n=367) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
7. ifade olan 'Rahim ağzı kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır.' ifadesine en fazla %81,7 ile (n=325) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
8. ifade olan 'Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) yapılmaktadır.' ifadesine en fazla %79,1 ile (n=315) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
9. ifade olan 'Kanser taramaları ücretsizdir.' ifadesine en fazla %48,2 ile (n=192) Bilmiyorum cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
10. ifade olan 'Şikâyeti olmayan kişilerin kanser taramalarına katılması gerekli değildir.' ifadesine en fazla %74,1 ile (n=295) Yanlış cevabını vermişlerdir. **(İfade Yanlış bir ifadedir.)**

11. ifade olan ‘Kalın barsak kanseri dışkıda gizli kan testi ile taranır.’ ifadesine en fazla %61,6 ile (n=245) Bilmiyorum cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
12. ifade olan ‘Dışkıda gizli kan testi her iki yılda bir defa yaptırılmalıdır.’ ifadesine en fazla %71,8 ile (n=286) Bilmiyorum cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
13. ifade olan ‘Her on yılda bir kolonoskopi tetkiki yaptırmak kalın barsak kanseri taraması için gereklidir.’ ifadesine en fazla %60,5 ile (n=241) Bilmiyorum cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
14. ifade olan ‘50-70 yaş arasındaki her kadın ve her erkek kalın barsak kanseri açısından tarama yaptırmalıdır.’ ifadesine en fazla %56,3 ile (n=224) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
15. ifade olan ‘Meme kanseri mamografi ile taranmaktadır.’ ifadesine en fazla %82,7 ile (n=329) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
16. ifade olan ‘Mamografi her iki yılda bir defa çektirilmelidir.’ ifadesine en fazla %54,8 ile (n=218) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
17. ifade olan ‘40-69 yaş arası her kadın meme kanseri açısından taranmalıdır.’ ifadesine en fazla %81,1 ile (n=323) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
18. ifade olan ‘Her kadın 20 yaşından başlayarak kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.’ ifadesine en fazla %76,6 ile (n=305) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
19. ifade olan ‘Kendi kendine meme muayenesi her ay yapılmalıdır.’ ifadesine en fazla %60,1 ile (n=239) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**

20. ifade olan 'Her kadın 20 yaşından başlayarak doktora giderek meme muayenesi yaptırmalıdır.' ifadesine en fazla %45,0 ile (n=179) Bilmiyorum cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
21. ifade olan 'Kendi kendine meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayabilir.' ifadesine en fazla %83,6 ile (n=333) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
22. ifade olan 'Doktorun yaptığı meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayamaz.' ifadesine en fazla %73,9 ile (n=294) Yanlış cevabını vermişlerdir. **(İfade Yanlış bir ifadedir.)**
23. ifade olan 'Rahim ağzı kanseri, simir (rahim ağzı sürüntü) testi ile taranır.' ifadesine en fazla %65,8 ile (n=262) Doğru cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
24. ifade olan 'Her beş yılda bir genital siğil virüsü (Human Papilloma Virus) testi yaptırmak rahim ağzı kanseri taramasında kullanılan bir yöntemdir.' ifadesine en fazla %57,6 ile (n=229) Bilmiyorum cevabını vermişlerdir. **(İfade Doğru bir ifadedir.)**
25. ifade olan '30-65 yaş arası her kadın rahim ağzı kanseri için tarama yaptırmalıdır.' ifadesine en fazla %70,4 ile (n=280) Doğru cevabını vermişlerdir (Tablo 5.15). **(İfade Doğru bir ifadedir.)**

Tablo 5.16: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı					
Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük- En büyük	Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
Cinsiyet					
Kadın (n=253)	102,6 (11,935)	104 (94,5- 113,0)	68-120	U=15406	0,13 (Küçük)
Erkek (n=145)	98,78 (13,744)	101 (91,0- 108,5)	51-120	p=0,008	
Yaş*					
30-39 ^a (n=109)	98,73 (12,994)	100,0 (89,5- 109,5)	65-120	Kruskal- Wallis H=9,386	0,024 (Küçük)
40-44 ^{a,b} (n=88)	100,45 (14,155)	103,5 (90,5- 111,75)	51-120	p=0,025	
45-54 ^{a,b} (n=126)	101,81 (12,478)	104,0 (93,75- 112,0)	52-119		
55-64 ^b (n=75)	104,68 (10,168)	104,0 (99,0- 114,0)	78-120		
Medeni Durum					
Evli (n=272)	101,61 (12,269)	103,5 (94,0- 111,75)	51-120	Kruskal- Wallis H=2,25	0,006 (Çok küçük)
Bekar (n=94)	99,52 (13,772)	101,0 (91,75- 110,25)	52-120	p=0,325	
Boşanmış/Eşi vefat etmiş (n=32)	102,72 (13,479)	107,0 (93,0- 113,75)	71-119		

Tablo 5.16 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı					
Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük- En büyük	Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
18 Yaşından küçük çocuk sahibi olma durumu					
Evet (n=159)	99,12 (12,688)	102,0 (90,0-108,0)	51-120	U=15735,5	0,15 (Küçük)
Hayır (n=239)	102,6 (12,612)	105,0 (94,0-114,0)	52-120	p=0,004	
Hane Yapısı					
Çekirdek aile-Geniş aile ile yaşayanlar (n=326)	101,6 (11,988)	103,0 (94,0-111,0)	51-120	U=11215,0	0,03 (Çok küçük)
Yalnız-Partneri ile-Arkadaş/arkadaşları ile yaşayanlar (n=72)	99,42 (15,68)	102,0 (87,25-113,5)	52-120	p=0,555	
Eğitim Durumu					
Lise ve altı (n=69)	100,39 (12,996)	101,0 (92,0-110,5)	55-120	U=10826,0	0,03 (Çok küçük)
Üniversite, Yüksek lisans/Doktora (n=329)	101,38 (12,701)	103,0 (93,0-112,0)	51-120	p=0,546	

Tablo 5.16 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı				
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük- En büyük	Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
Ailesinde sağlık çalışanı varlığı (n=398)					
Var (n=89)	101,09 (11,635)	102,0 (92,0- 109,5)	71-120	U=13396,5	0,02 (Çok küçük)
Yok (n=309)	101,24 (13,06)	103,0 (93,5- 112,0)	51-120	p=0,711	
Hanenin maddi durumundan memnuniyet düzeyleri** (n=398)					
1-5 puan (n=187)	100,31 (12,687)	102,0 (92,0- 110,0)	51-120	Kruskal- Wallis H=2,264	0,006 (Çok küçük)
6-7 puan (n=155)	101,79 (13,415)	104,0 (94,0- 113,0)	52-120	p=0,322	
8-10 puan (n=56)	102,61 (10,856)	104,0 (94,25- 113,75)	76-119		

*Farklı üst simge harfleri taşıyan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ortak harf taşıyan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

**Gruplar %33,3'lük dilimlere bölünmüştür.

Araştırmaya katılan idari personelin cinsiyetlerine göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kadın katılımcıların ölçek puan ortancası (1.çeyrek-3.çeyrek) 104 (94,5-

113,0); erkek katılımcıların ölçek puan ortancası 101 (91,0-108,5) bulunmuş olup cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0,008**) (Etki büyüklüğü 0,13; Küçük) (Tablo 5.16).

Katılımcıların yaş gruplarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ölçek puan ortancası 100 (89,5-109,5), 40-44 yaş grubundaki katılımcıların ölçek puan ortancası 103,5 (90,5-111,75), 45-54 yaş grubundaki katılımcıların ölçek puan ortancası 104 (93,75-112,0), 55-64 yaş grubundaki katılımcıların ölçek puan ortancası 104 (99,0-114,0) bulunmuş olup yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0,025**) (Etki büyüklüğü 0,024; Küçük). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilen post-hoc analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farkın 30–39 yaş grubu ile 55–65 yaş grubu arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.16).

Araştırmaya katılan idari personelin medeni durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Evli katılımcıların ölçek puan ortancası 103,5 (94,0-111,75), bekar katılımcıların ölçek puan ortancası 101,0 (91,75-110,25), boşanmış/eşi vefat etmiş katılımcıların ölçek puan ortancası 107,0 (93,0-113,75) bulunmuş olup medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,325$) (Etki büyüklüğü 0,006; Çok küçük) (Tablo 5.16).

Katılımcıların 18 yaşından küçük çocuk sahibi olma durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. 18 yaşından küçük çocuk sahibi olan katılımcıların ölçek puan ortancası 102,0 (90,0-108,0); olmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 105,0 (94,0-114,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0,004**) (Etki büyüklüğü 0,15; Küçük) (Tablo 5.16).

Araştırmaya katılan idari personelin **hane yapısına göre** Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Çekirdek aile-Geniş aile ile yaşayan katılımcıların ölçek puan ortancası

103,0 (94,0-111,0); yalnız-Partneri ile-Arkadaş/arkadaşları ile yaşayan katılımcıların ölçek puan ortancası 102,0 (87,25-113,5) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,555$) (Etki büyüklüğü 0,03; Çok küçük) (Tablo 5.16).

Katılımcıların **eğitim durumuna** göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Lise ve altında eğitim seviyesinde olan katılımcıların ölçek puan ortancası 101,0 (92,0-110,5); üniversite, yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitim seviyesinde olan katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,0-112,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,546$) (Etki büyüklüğü 0,03; Çok küçük) (Tablo 5.16).

Katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı varlığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Ailesinde sağlık çalışanı olan katılımcıların ölçek puan ortancası 102,0 (92,0-109,5); ailesinde sağlık çalışanı olmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,5-112,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,711$) (Etki büyüklüğü 0,02; Çok küçük) (Tablo 5.16).

Araştırmaya katılan idari personelin hanelerinin maddi durumundan memnuniyet düzeylerine göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Memnuniyet düzeyi 1-5 puan arasında olan katılımcıların ölçek puan ortancası 102,0 (92,0-110,0), 6-7 puan olan katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (94,0-113,0), 8-10 puan olan katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (94,25-113,75) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,322$) (Etki büyüklüğü 0,006; Çok küçük) (Tablo 5.16).

Tablo 5.17: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlık Durumu Algılarına ve Sağlık Hizmeti Alırken En Sık Kullandıkları Sağlık Birimlerine Göre Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Tutum Ölçeği Puanı		Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük- En büyük		
Sağlık durumu algısı					
Çok iyi-İyi (n=212)	101,19 (12,479)	103,0 (93,0- 111,0)	68-120	Kruskal- Wallis H=0,907	0,002 (Çok küçük)
Orta (n=173)	101,54 (12,780)	104,0 (93,5- 112,0)	51-120	p=0,635	
Kötü-Çok kötü (n=13)	97,08 (16,469)	100,0 (81,50- 112,50)	65-119		
En sık kullandığı sağlık birimi					
Devlet Hastaneleri (n=141)	101,44 (13,632)	103,0 (93,0- 114,0)	55-120	Kruskal- Wallis H=5,814	0,015 (Küçük)
Üniversite Hastaneleri (n=134)	102,43 (12,570)	104,0 (94,75- 112,25)	51-120	p=0,121	
Aile Hekimi (n=90)	99,96 (12,128)	101,0 (92,75- 108,25)	52-120		
Özel Hastaneler- Özel Muayenehaneler (n=33)	98,67 (10,842)	99,0 (89,0- 106,0)	76-120		

Araştırmaya katılan idari personelin sağlık durumu algılarına göre Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Sağlık durumu algısı çok iyi-iyi olan katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,0-111,0), orta olan katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (93,5-

112,0), kötü-çok kötü olan katılımcıların ölçek puan ortancası 100,0 (81,50-112,50) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,635$) (Etki büyüklüğü 0,002; Çok küçük) (Tablo 5.17).

Katılımcıların sağlık hizmeti alırken en sık kullandığı sağlık birimlerine göre Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. En sık devlet hastanelerini kullanan katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,0-114,0), üniversite hastanelerini kullanan katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (94,75-112,25), aile hekimlerini kullanan katılımcıların ölçek puan ortancası 101,0 (92,75-108,25), özel hastaneler-özel muayenahaneleri kullanan katılımcıların ölçek puan ortancası 99,0 (89,0-106,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,121$) (Etki büyüklüğü 0,015; Küçük) (Tablo 5.17).

Tablo 5.18: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı				Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	
Tütün ürünü kullanma durumu					
Hiç kullanmamış (n=212)	101,83 (12,463)	104,0 (94,0-112,0)	51-120	Kruskal-Wallis H=1,203	0,003 (Çok küçük)
Eskiden kullanmış (n=66)	101,17 (12,638)	101,0 (90,0-114,0)	71-119	p=0,548	
Halen kullanıyor (n=120)	100,14 (13,308)	102,0 (93,0-109,0)	52-120		

Tablo 5.18 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı				
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
Alkollü içecek içme sıklığı					
Hiç içmiyor (n=227)	100,64 (12,790)	102,0 (93,0- 112,0)	51-120	Kruskal- Wallis H=4,817	0,012 (Küçük)
Ayda 1 kere veya daha az (n=131)	102,11 (12,608)	106,0 (93,0- 112,0)	52-120	p=0,186	
Haftada 1 veya daha az (n=32)	99,69 (13,427)	101,0 (92,0- 109,25)	55-119		
Haftada 2-4 (n=8)	108,63 (8,733)	107,5 (101,5- 118,25)	96-119		
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu					
Evet-Kısmen (n=311)	102,07 (12,429)	104,0 (94,0- 112,0)	52-120	U=11136,5	0,13 (Küçük)
Hayır (n=87)	98,14 (13,429)	100,0 (89,0- 108,0)	51-119	p=0,12	

Tablo 5.18 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı				Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	
Günlük ortalama tükettiği meyve, sebze porsiyon miktarı					
3 porsiyondan az (n=290)	100,9 (12,610)	103,0 (93,0-111,0)	51-120	Kruskal-Wallis H=2,366	0,006 (Çok küçük)
3 porsiyondan fazla-5 porsiyondan az (n=92)	102,7 (12,617)	105,0 (96,25-112,0)	52-120	p=0,306	
5 ve üzeri porsiyon (n=16)	98,19 (15,553)	98,0 (86,25-114,5)	71-118		

Tablo 5.18 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı				Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	
Yemeklerde tuz tüketme durumu					
Tuzsuz yiyen (n=22)	99,27 (10,749)	95,5 (92,75-107,0)	81-120	Kruskal-Wallis H=2,101 p=0,552	0,005 (Çok küçük)
Az tuzlu yiyen (n=147)	100,81 (13,516)	103,0 (94,0-111,0)	51-120		
Normal tuzlu yiyen (n=211)	101,77 (12,452)	104,0 (93,0-112,0)	55-120		
Çok tuzlu yiyen (n=18)	100,28 (12,371)	98,5 (91,5-109-75)	71-120		
İşlenmiş et tüketme sıklığı					
Çok sık-Orta sıklıkta tüketen (n=107)	99,79 (13,892)	103,0 (93,0-109,0)	52-120	U=14529,5	0,05 (Çok küçük)
Çok az veya hiç tüketmeyen (n=291)	101,73 (12,275)	103,0 (93,0-112,0)	51-120	p=0,307	

Katılımcıların tütün ürünü kullanma durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Hiç tütün ürünü kullanmamış olan katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (94,0-112,0), eskiden kullanmış olup şu an kullanmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 101,0 (90,0-114,0), halen tütün ürünü kullanıyor olan katılımcıların ölçek puan ortancası 102,0 (93,0-109,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,548$) (Etki büyüklüğü 0,003; Çok küçük) (Tablo 5.18).

Araştırmaya katılan idari personelin alkollü içecek içme sıklığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Hiç alkollü içecek içmeyen katılımcıların ölçek puan ortancası 102,0 (93,0-112,0), ayda bir kere veya daha az alkollü içecek içen katılımcıların ölçek puan ortancası 106,0 (93,0-112,0), haftada bir veya daha az alkollü içecek içen katılımcıların ölçek puan ortancası 101,0 (92,0-109,25), haftada iki-dört kere alkollü içecek içen katılımcıların ölçek puan ortancası 107,5 (101,5-118,25) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,186$) (Etki büyüklüğü 0,012; Küçük) (Tablo 5.18).

Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Düzenli ve kısmen düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirten katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (94,0-112,0); düzenli fiziksel aktivite yapmadığını belirten katılımcıların ölçek puan ortancası 100,0 (89,0-108,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,12$) (Etki büyüklüğü 0,13; Küçük) (Tablo 5.18).

Araştırmaya katılan idari personelin günlük ortalama tükettiği sebze ve meyve porsiyonları toplamına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Günlük ortalama üç porsiyondan az sebze ve meyve tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,0-111,0), üç porsiyondan fazla ancak 5 porsiyondan az sebze ve meyve tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 105,0 (96,25-112,0), beş ve üzeri porsiyonda sebze ve meyve tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 98,0 (86,25-114,5) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,306$) (Etki büyüklüğü 0,006; Çok küçük) (Tablo 5.18).

Araştırmaya katılan idari personelin yemeklerde tuz tüketme durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal

Wallis testi ile bakılmıştır. Yemeklerini tuzsuz tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 95,5 (92,75-107,0), yemeklerini az tuzlu tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (94,0-111,0), yemeklerini normal tuzlu tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (93,0-112,0), yemeklerini çok tuzlu tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 98,5 (91,5-109-75) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,552$) (Etki büyüklüğü 0,005; Çok küçük) (Tablo 5.18).

Katılımcıların işlenmiş et tüketme sıklığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. İşlenmiş eti çok sık-orta sıklıkta tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,0-109,0); çok az veya hiç tüketmeyen katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,0-112,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,307$) (Etki büyüklüğü 0,05; Çok küçük) (Tablo 5.18).

Tablo 5.19: Araştırmaya Katılan Personelin Hastalık Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı					
Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük- En büyük	Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
Kronik hastalık varlığı					
Var (n=155)	102,57 (13,069)	105,0 (96,0- 114,0)	51-120	U=16486,0	0,11 (Küçük)
Yok (n=243)	100,34 (12,477)	102,0 (92,0- 109,0)	55-120	p=0,036	
Kanser varlığı					
Var (n=14)	107,07 (8,1)	105,5 (101,5- 116,25)	95-119	U=1983,5	0,08 (Çok küçük)
Yok (n=384)	100,99 (12,835)	103,0 (93,0- 111,0)	51-120	p=0,096	

Araştırmaya katılan idari personelin doktor tarafından teşhis edilmiş kronik bir hastalığı olma durumuna göre Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Doktor tarafından teşhis edilmiş kronik bir hastalığı bulunan katılımcıların ölçek puan ortancası 105,0 (96,0-114,0); kronik bir hastalığı olmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 102,0 (92,0-109,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0,036**) (Etki büyüklüğü 0,11; Küçük) (Tablo 5.19).

Katılımcıların doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı olma durumuna göre Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı bulunan katılımcıların ölçek puan ortancası 105,5 (101,5-116,25); bulunmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,0-111,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,096) (Etki büyüklüğü 0,08; Çok küçük) (Tablo 5.19).

Tablo 5.20: Araştırmaya Katılan Personelin Birinci, İkinci Derece Akrabalarında Kanser Öyküsü Olması ve Kanser Nedeniyle Bir Yakınlarını Kaybetme Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı				Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	
Birinci derece akrabalarında kanser öyküsü					
Var (n=93)	101,85 (13,061)	105,0 (95,0-112,0)	68-120	U=13335,0	0,04 (Çok küçük)
Yok (n=305)	101,01 (12,657)	103,0 (93,0-111,0)	51-120	p=0,383	
İkinci derece akrabalarında kanser öyküsü					
Var (n=137)	101,86 (11,896)	104,0 (95,0-111,5)	68-120	U=17182,5	0,03 (Çok küçük)
Yok (n=261)	100,87 (13,172)	103,0 (92,0-111,5)	51-120	p=0,523	
Kanser nedeniyle yakınıni kaybetme durumu					
Var (n=206)	100,67 (12,878)	103,0 (92,75-111,0)	52-120	U=18869,5	0,04 (Çok küçük)
Yok (n=192)	101,79 (12,6)	104,0 (93,0-112,75)	51-120	p=0,429	

Araştırmaya katılan idari personelin birinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsü olma durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Birinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsü bulunan katılımcıların ölçek puan ortancası 105,0 (95,0-112,0); bulunmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (93,0-111,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,383$) (Etki büyüklüğü 0,04; Çok küçük) (Tablo 5.20).

Katılımcıların ikinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsü olması durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. İkinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsü bulunan katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (95,0-111,5); bulunmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (92,0-111,5) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,523$) (Etki büyüklüğü 0,03; Çok küçük) (Tablo 5.20).

Araştırmaya katılan idari personelin kanser sebebiyle bir yakınlarını kaybetme durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser nedeniyle bir yakınını kaybetmiş olan katılımcıların ölçek puan ortancası 103,0 (92,75-111,0); bulunmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (93,0-112,75) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,429$) (Etki büyüklüğü 0,04; Çok küçük) (Tablo 5.20).

Tablo 5.21: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Tarama Programları Hakkındaki Bilgi Durumlarına ve Katılımcıya Kanser Taraması Yaptırması Önerilme Durumuna Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı				Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	
Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumu (n=398)					
Evet (n=214)	104,64 (11,476)	106,0 (98,75- 114,0)	71-120	U=12915,5	0,3 (Orta)
Hayır (n=184)	97,22 (13,003)	99,0 (90,0- 107,0)	51-120	p<0,001	
Katılımcıya kanser taraması yaptırması önerilme durumu (n=322)					
Evet (n=98)	106,40 (11,305)	109,0 (100,0- 116,0)	71-120	U=7628,5	0,24 (Küçük)
Hayır (n=224)	100,60 (11,983)	102,0 (92,25- 109,0)	52-120	p<0,001	

Araştırmaya katılan idari personelin kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu beyan eden katılımcıların ölçek puan ortancası 106,0

(98,75-114,0); kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olmadığını beyan eden katılımcıların ölçek puan ortancası 99,0 (90,0-107,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Etki büyüklüğü 0,3; Orta) (Tablo 5.21).

Katılımcıların kendilerine kanser taraması yaptırması önerilme durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser taraması önerilmiş olan katılımcıların ölçek puan ortancası 109,0 (100,0-116,0); kanser taraması önerilmemiş olan katılımcıların ölçek puan ortancası 102,0 (92,25-109,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Etki büyüklüğü 0,24; Küçük) (Tablo 5.21).

Tablo 5.22: Araştırmaya Katılan Personelin Kansere Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden Haberdar Olma Durumlarına ve Kansere Taraması Yaptırma Durumlarına Göre Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı				
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
Kansere Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumu (n=398)					
Evet (n=306)	102,07 (12,234)	104,0 (93,75-113,0)	68-120	U=11977,0	0,11 (Küçük)
Hayır (n=92)	98,35 (13,992)	101,0 (92,0-108,0)	51-120	p=0,03	
Kansere taraması yaptırma durumu (n=322)					
Evet (n=112)	107,13 (10,284)	109,0 (102,0-116,0)	75-120	U=7446,0	0,3 (Orta)
Hayır (n=210)	99,83 (12,194)	101,5 (91,75-108,0)	52-120	p<0,001	

Katılımcıların Kansere Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumlarına göre Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kansere Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olduğunu belirten katılımcıların ölçek puan ortancası 104,0 (93,75-113,0); haberdar olmadığını belirten katılımcıların ölçek puan

ortancası 101,0 (92,0-108,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**p=0,03**) (Etki büyüklüğü 0,11; Küçük) (Tablo 5. 22).

Araştırmaya katılan idari personelin kanser taraması yaptırmaya durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser taraması yaptırmış olan katılımcıların ölçek puan ortancası 109,0 (102,0-116,0); yaptırmamış olan katılımcıların ölçek puan ortancası 101,5 (91,75-108,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,001**) (Etki büyüklüğü 0,3; Orta) (Tablo 5. 22).

Tablo 5.23: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Bilgi Ölçeği Puanı			Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	En küçük-En büyük		
Cinsiyet					
Kadın (n=253)	17,76 (4,284)	18,0 (15,0-21,0)	2-25	U=9816,0	0,39 (Orta)
Erkek (n=145)	13,47 (5,37)	14,0 (9,0-17,0)	0-25	p<0,001	
Yaş*					
30-39 ^a (n=109)	14,01 (4,527)	14,0 (11,0-17,0)	2-22	Kruskal-Wallis H=32,025	0,081 (Orta)
40-44 ^b (n=88)	16,73 (5,094)	17,5 (14,0-20,0)	0-25	p<0,001	
45-54 ^b (n=126)	17,13 (4,656)	18,0 (15,0-20,25)	4-25		
55-64 ^b (n=75)	17,20 (5,889)	18,0 (12,00-22,0)	1-25		

Tablo 5.23 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	Bilgi Ölçeği Puanı		Etki Büyüklüğü (Yorumu)
			En küçük- En büyük	Test	
Medeni Durum					
Evli (n=272)	16,19 (5,273)	17,0 (13,0- 20,0)	0-25	U=16902,5	0,01 (Çok küçük)
Bekar- Boşanmış/Eşi vefat etmiş (n=126)	16,21 (4,852)	17,0 (13,0- 20,0)	3-25	p=0,827	
18 Yaşından küçük çocuk sahibi olma durumu					
Evet (n=159)	15,63 (5,134)	16,0 (13,0- 19,0)	0-25	U=17008,5	0,09 (Çok küçük)
Hayır (n=239)	16,58 (5,115)	17,0 (13,0- 20,0)	1-25	p=0,076	
Hane Yapısı					
Çekirdek aile-Geniş aile ile yaşayanlar (n=326)	16,32 (5,158)	17,0 (13,0- 20,0)	0-25	U=10634,5	0,06 (Çok küçük)
Yalnız-Partneri ile- Arkadaş/arkadaşları ile yaşayanlar (n=72)	15,66 (5,043)	16,0 (11,25- 20,0)	5-25	p=0,212	
Eğitim Düzeyi					
Lise ve altı (n=69)	15,03 (5,047)	16,0 (11,0- 18,0)	2-25	U=9370,5	0,11 (Küçük)
Üniversite, Yüksek lisans/Doktora (n=329)	16,44 (5,13)	17,0 (13,0- 20,0)	0-25	p=0,022	

Tablo 5.23 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Bilgi Ölçeği Puanı				Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük- En büyük	Test	
Ailesinde sağlık çalışanı varlığı					
Var (n=89)	16,64 (4,943)	17,0 (13,0- 21,0)	2-25	U=12926,5	0,04 (Çok küçük)
Yok (n=309)	16,07 (5,193)	17,0 (13,0- 20,0)	0-25	p=0,388	
Hanenin maddi durumundan memnuniyet**					
1-5 puan (n=187)	15,87 (5,109)	16,0 (13,0- 20,0)	0-25	Kruskal- Wallis H=1,774	0,004 (Çok küçük)
6-7 puan (n=155)	16,58 (5,366)	18,0 (13,0- 21,0)	4-25	p=0,412	
8-10 puan (n=56)	16,25 (4,562)	17,0 (14,0- 19,0)	2-24		

*Farklı üst simge harfleri taşıyan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ortak harf taşıyan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

**Gruplar %33,3'lük dilimlere bölünmüştür.

Araştırmaya katılan idari personelin cinsiyetlerine göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kadın katılımcıların ölçek puan ortancası 18,0 (15,0-21,0); erkek katılımcıların ölçek puan ortancası 14,0 (9,0-17,0) bulunmuş olup cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,001**) (Etki büyüklüğü 0,39; Orta) (Tablo 5.23).

Katılımcıların yaş gruplarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. 30-39 yaş grubundaki katılımcıların ölçek puan ortancası 14,0 (11,0-17,0), 40-44 yaş grubundaki katılımcıların ölçek puan ortancası 17,5 (14,0-20,0), 45-54 yaş grubundaki katılımcıların ölçek puan ortancası 18,0 (15,0-20,25), 55-64 yaş grubundaki katılımcıların ölçek puan ortancası 18,0 (12,0-22,0) bulunmuş olup yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Etki büyüklüğü 0,081; Orta). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilen post-hoc analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farkın 30–39 yaş grubu ile 40-45, 45-53 ve 54–65 yaş grupları arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.23).

Araştırmaya katılan idari personelin medeni durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Evli katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0), bekar-boşanmış/eşi vefat etmiş katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0), bulunmuş olup medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,827$) (Etki büyüklüğü 0,01; Çok küçük) (Tablo 5.23).

Araştırmaya katılan idari personelin 18 yaşından küçük çocuk sahibi olma durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. 18 yaşından küçük çocuk sahibi olan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (13,0-19,0); olmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,076$) (Etki büyüklüğü 0,09; Çok küçük) (Tablo 5.23).

Araştırmaya katılan idari personelin hane yapısına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Çekirdek aile-Geniş aile ile yaşayan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0- 20,0); yalnız-Partneri ile-Arkadaş/arkadaşları ile yaşayan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (11,25-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmamıştır ($p=0,212$) (Etki büyüklüğü 0,06; Çok küçük) (Tablo 5.23).

Araştırmaya katılan idari personelin eğitim düzeylerine göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Lise ve altında eğitim seviyesinde olan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (11,0-18,0); üniversite, Yüksek lisans/Doktora ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**$p=0,022$**) (Etki büyüklüğü 0,11; Küçük) (Tablo 5.23).

Katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı varlığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Ailesinde sağlık çalışanı olan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-21,0); ailesinde sağlık çalışanı olmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,388$) (Etki büyüklüğü 0,04; Çok küçük) (Tablo 5.23).

Araştırmaya katılan idari personelin hanelerinin maddi durumundan memnuniyet düzeylerine göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Memnuniyet düzeyi 1-5 puan arasında olan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (13,0-20,0), 6-7 puan olan katılımcıların ölçek puan ortancası 18,0 (13,0-21,0), 8-10 puan olan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (14,0-19,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,412$) (Etki büyüklüğü 0,004; Çok küçük) (Tablo 5.23).

Tablo 5.24: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlık Durumu Algılarına ve En Sık Kullandıkları Sağlık Birimlerine Göre Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Bilgi Ölçeği Puanı		Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük-En büyük		
Sağlık durumu algısı					
Çok iyi-iyi (n=212)	16,29 (5,049)	17,0 (13,0- 20,0)	1-25	Kruskal- Wallis H=0,095	0,0002 (Çok küçük)
Orta (n=173)	16,13 (5,142)	17,0 (13,0- 20,0)	0-25	p=0,954	
Kötü-Çok kötü (n=13)	15,62 (6,727)	16,0 (9,5- 21,0)	5-25		
En sık kullandığı sağlık birimi					
Devlet Hastaneleri (n=141)	15,82 (5,460)	17,0 (11,0- 20,0)	2-25	Kruskal- Wallis H= 1,90	0,005 (Çok küçük)
Üniversite Hastaneleri (n=134)	16,61 (4,843)	18,0 (14,0- 20,0)	0-25	p= 0,593	
Aile Hekimi (n=90)	16,21 (5,332)	16,0 (12,75- 20,25)	1-25		
Özel Hastaneler- Özel Muayenehaneler (n=33)	16,06 (4,365)	16,0 (13,0- 19,50)	4-25		

Katılımcıların sağlık durumu algılarına göre Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Sağlık durumu algısı çok iyi-iyi olan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0), orta olan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0), kötü-çok kötü olan

katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (9,5-21,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,954$) (Etki büyüklüğü 0,0002; Çok küçük) (Tablo 5.24).

Araştırmaya katılan idari personelin sağlık hizmeti alırken en sık kullandığı sağlık birimlerine göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. En sık devlet hastanelerini kullanan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (11,0-20,0), üniversite hastanelerini kullanan katılımcıların ölçek puan ortancası 18,0 (14,0-20,0), aile hekimlerini kullanan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (12,75-20,25), özel hastaneler-özel muayenahaneleri kullanan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (13,0-19,50) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,593$) (Etki büyüklüğü 0,005; Çok küçük) (Tablo 5.24).

Tablo 5.25: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	Bilgi Ölçeği Puanı		Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
			En küçük- En büyük			
Tütün ürünü kullanma durumu						
Hiç kullanmamış (n=212)	16,71 (5,092)	17,0 (14,0- 20,0)	0-25		Kruskal- Wallis H=4,736	0,012 (Küçük)
Eskiden kullanmış (n=66)	15,41 (5,315)	16,0 (11,0- 20,0)	2-25		p=0,094	
Halen kullanıyor (n=120)	15,73 (5,059)	17,0 (12,0- 19,75)	3-25			

Tablo 5.25 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	Bilgi Ölçeği Puanı		Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
			En küçük- En büyük			
Alkollü içecek içme sıklığı						
Hiç içmiyor (n=227)	15,85 (5,42)	16,0 (12,0- 20,0)	0-25		Kruskal- Wallis H=3,109	0,008 (Çok küçük)
Ayda 1 kere veya daha az (n=131)	16,95 (4,726)	17,0 (14,0- 20,0)	5-25		p=0,375	
Haftada 1 (n=32)	15,81 (4,755)	17,0 (13,0- 19,0)	1-22			
Haftada 2-4 (n=8)	15,38 (4,138)	16,0 (13,0- 17,75)	8-22			
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu						
Evet-Kısmen (n=311)	16,63 (5,062)	17,0 (13,0- 20,0)	1-25		U=10606,0	0,15 (Küçük)
Hayır (n=87)	14,67 (5,139)	15,0 (12,0- 19,0)	0-25		p=0,002	

Tablo 5.25 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	Bilgi Ölçeği Puanı		Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
			En küçük- En büyük			
Günlük ortalama tükettiği sebze, meyve porsiyonları						
3 porsiyondan az (n=290)	16,11 (5,261)	17,0 (13,0- 20,0)	0-25		Kruskal- Wallis H=0,432	0,001 (Çok küçük)
3 porsiyondan fazla-5 porsiyondan az (n=92)	16,52 (4,996)	17,0 (13,0- 20,75)	1-25		p=0,806	
5 ve üzeri porsiyon (n=16)	15,94 (3,586)	17,0 (13,0- 18,75)	9-21			
Yemeklerde tuz tüketme durumu						
Tuzsuz yiyen (n=22)	15,95 (4,705)	17,5 (11,75- 19,0)	7-24			0,001 (Çok küçük)
Az tuzlu yiyen (n=147)	16,2 (4,942)	16,0 (14,0- 20,0)	0-25		Kruskal- Wallis H=0,268	
Normal tuzlu yiyen (n=211)	16,18 (5,34)	17,0 (12,0- 20,0)	1-25		p=0,966	
Çok tuzlu yiyen (n=18)	16,67 (5,156)	17,0 (13,0- 20,25)	4-25			

Tablo 5.25 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	Bilgi Ölçeği Puanı		Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
			En küçük- En büyük			
İşlenmiş et tüketme sıklığı						
Çok sık-Orta sıklıkta tüketen (n=107)	15,48 (5,312)	16,0 (12,0-19,0)	2-25	U=13893,0		0,08 (Çok küçük)
Çok az veya hiç tüketmeyen (n=291)	16,46 (5,055)	17,0 (13,0-20,0)	0-25	p=0,099		

Araştırmaya katılan idari personelin tütün ürünü kullanma durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Hiç tütün ürünü kullanmamış olan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (14,0-20,0), eskiden kullanmış olup şu an kullanmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (11,0-20,0), halen tütün ürünü kullanıyor olan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (12,0-19,75) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,094) (Etki büyüklüğü 0,012; Küçük) (Tablo 5.25).

Araştırmaya katılan idari personelin alkollü içecek içme sıklığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Hiç alkollü içecek içmeyen katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (12,0-20,0), ayda bir kere veya daha az alkollü içecek içen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (14,0-20,0), haftada bir veya daha az alkollü içecek içen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-19,0), haftada iki-dört kere alkollü içecek içen katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (13,0-17,75) bulunmuş olup gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,375$) (Etki büyüklüğü 0,008; Çok küçük) (Tablo 5.25).

Araştırmaya katılan idari personelin düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Düzenli ve kısmen düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirten katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0); düzenli fiziksel aktivite yapmadığını belirten katılımcıların ölçek puan ortancası 15,0 (12,0-19,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,002$) (Etki büyüklüğü 0,15; Küçük) (Tablo 5.25).

Katılımcıların günlük ortalama tükettiği sebze ve meyve porsiyonları toplamına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Günlük ortalama üç porsiyondan az sebze ve meyve tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0), üç porsiyondan fazla ancak 5 porsiyondan az sebze ve meyve tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,75), beş ve üzeri porsiyonda sebze ve meyve tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-18,75) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,806$) (Etki büyüklüğü 0,001; Çok küçük) (Tablo 5.25).

Araştırmaya katılan idari personelin yemeklerde tuz tüketme durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Yemeklerini tuzsuz tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,5 (11,75-19,0), yemeklerini az tuzlu tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (14,0-20,0), yemeklerini normal tuzlu tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (12,0-20,0), yemeklerini çok tuzlu tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,25) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,966$) (Etki büyüklüğü 0,001; Çok küçük) (Tablo 5.25).

Katılımcıların işlenmiş et tüketme sıklığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. İşlenmiş eti çok sık-orta sıklıkta tüketen katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (12,0-

19,0); çok az veya hiç tüketmeyen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,099$) (Etki büyüklüğü 0,08; Çok küçük) (Tablo 5.25).

Tablo 5.26: Araştırmaya Katılan Personelin Hastalık Durumlarına Göre Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Ortalama (Standart Sapma)	Bilgi Ölçeği Puanı			Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Ortanca (1.çeyrek- 3.çeyrek)	En küçük- En büyük	Test	
Kronik hastalık varlığı					
Var (n=155)	16,81 (5,155)	17,0 (14,0- 21,0)	0-25	U=16653,5	0,10 (Küçük)
Yok (n=243)	15,81 (5,099)	17,0 (12,0- 20,0)	1-25	p=0,051	
Kanser varlığı					
Var (n=14)	17,86 (4,055)	18,0 (14,75- 22,0)	11-23	U=2190,0	0,06 (Çok küçük)
Yok (n=384)	16,14 (5,167)	17,0 (13,0- 20,0)	0-25	p=0,238	

Araştırmaya katılan idari personelin doktor tarafından teşhis edilmiş kronik bir hastalığı olma durumuna göre Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Doktor tarafından teşhis edilmiş kronik bir hastalığı bulunan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (14,0-21,0); kronik bir hastalığı olmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (12,0-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,051$) (Etki büyüklüğü 0,1; Küçük) (Tablo 5.26).

Katılımcıların doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı olma durumuna göre Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına

Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı bulunan katılımcıların ölçek puan ortancası 18,0 (14,75-22,0); bulunmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,238$) (Etki büyüklüğü 0,06; Çok küçük) (Tablo 5.26).

Tablo 5.27: Araştırmaya Katılan Personelin Birinci, İkinci Derece Akrabalarında Kanser Öyküsü Olması ve Kanser Nedeniyle Bir Yakınlarını Kaybetme Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=398)	Bilgi Ölçeği Puanı				Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	
Birinci derece akrabalarında kanser öyküsü					
Var (n=93)	17,39 (5,086)	19,0 (15,0-21,0)	1-25	U=11236,0	0,15 (Küçük)
Yok (n=305)	15,84 (5,106)	16,0 (12,0-20,0)	0-25	p=0,002	
İkinci derece akrabalarında kanser öyküsü					
Var (n=137)	16,77 (5,145)	17,0 (13,5-21,0)	2-25	U=15965,0	0,09 (Çok küçük)
Yok (n=261)	15,9 (5,118)	17,0 (12,0-19,0)	0-25	p=0,079	
Kanser nedeniyle yakınıni kaybetme durumu					
Var (n=206)	16,35 (4,935)	17,0 (13,0-20,0)	2-25	U=19181,5	0,03 (Çok küçük)
Yok (n=192)	16,03 (5,353)	17,0 (13,0-20,0)	0-25	p=0,604	

Araştırmaya katılan idari personelin birinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsü olma durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Birinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsü bulunan katılımcıların ölçek puan ortancası 19,0 (15,0-21,0); bulunmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (12,0-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0,002**) (Etki büyüklüğü 0,15; Küçük) (Tablo 5.27).

Araştırmaya katılan idari personelin ikinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsü durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. İkinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsü bulunan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,5-21,0); bulunmayan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (12,0-19,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,079) (Etki büyüklüğü 0,09; Çok küçük) (Tablo 5.27).

Katılımcıların kanser sebebiyle bir yakınlarını kaybetme durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser nedeniyle bir yakınını kaybetmiş olan katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0); kaybetmeyen katılımcıların ölçek puan ortancası 17,0 (13,0-20,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,604) (Etki büyüklüğü 0,03; Çok küçük) (Tablo 5.27).

Tablo 5.28: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Tarama Programları Hakkındaki Bilgi Durumlarına ve Katılımcıya Kanser Taraması Yaptırması Önerilme Durumuna Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Bilgi Ölçeği Puanı				Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	En küçük-En büyük	Test	
Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumu (n=398)					
Evet (n=214)	18,64 (3,963)	19,0 (16,0-21,25)	7-25	U=7867,0	0,52 (Büyük)
Hayır (n=184)	13,36 (4,894)	14,0 (10,0-17,0)	0-25	p<0,001	
Katılımcıya kanser taraması yaptırması önerilme durumu (n=322)					
Evet (n=98)	19,74 (3,571)	20,0 (17,25-22,0)	7-25	U=6826,5	0,30 (Orta)
Hayır (n=224)	15,79 (4,646)	16,0 (13,0-19,0)	1-25	p<0,001	

Araştırmaya katılan idari personelin kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu beyan eden katılımcıların ölçek puan ortancası 19,0 (16,0-21,25); kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olmadığını beyan eden katılımcıların ölçek puan ortancası 14,0 (10,0-17,0) bulunmuş olup gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Etki büyüklüğü 0,52; Büyük) (Tablo 5.28).

Katılımcıların kendilerine kanser taraması yaptırmayı önerilme durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser taraması önerilmiş olan katılımcıların ölçek puan ortancası 20,0 (17,25-22,0); kanser taraması önerilmemiş olan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (13,0-19,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Etki büyüklüğü 0,30; Orta) (Tablo 5.28).

Tablo 5.29: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumlarına ve Kanser Taraması Yaptırma Durumlarına Göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik	Bilgi Ölçeği Puanı			Test	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
	Ortalama (Standart Sapma)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	En küçük-En büyük		
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumu (n=398)					
Evet (n=306)	17,31 (4,579)	18,0 (14,0-21,0)	2-25	U=6827,0	0,38 (Orta)
Hayır (n=92)	12,49 (5,173)	13,0 (8,0-16,0)	0-24	$p<0,001$	
Kanser taraması yaptırma durumu (n=322)					
Evet (n=112)	19,74 (3,571)	20,0 (17,25-22,0)	7-25	U=5931,5	0,41 (Orta)
Hayır (n=210)	15,79 (4,646)	16,0 (13,0-19,0)	1-25	$p<0,001$	

Katılımcıların Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olduğunu belirten katılımcıların ölçek puan ortancası 18,0 (14,0-21,0); haberdar olmadığını belirten katılımcıların ölçek puan ortancası 13,0 (8,0-16,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,001**) (Etki büyüklüğü 0,38; Orta) (Tablo 5.29).

Araştırmaya katılan idari personelin kanser taraması yaptıрма durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser taraması yaptırmış olan katılımcıların ölçek puan ortancası 20,0 (17,25-22,0); yaptırmamış olan katılımcıların ölçek puan ortancası 16,0 (13,0-19,0) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,001**) (Etki büyüklüğü 0,41; Orta) (Tablo 5.29).

Tablo 5.30: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu				p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Evet		Hayır			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet	Kadın (n=253)	104	41,1	149	58,9	<0,001 (20,816)	0,254 (Orta)
	Erkek (n=69)	8	11,6	61	88,4		
Medeni Durum*	Evli (n=224) ^{a,b}	79	35,3	145	64,7	<0,001 (13,286)	0,203 (Orta)
	Bekar (n=68) ^a	15	22,1	53	77,9		
	Boşanmış/Eşi vefat etmiş (n=30) ^b	18	60,0	12	40,0		

Tablo 5.30 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu				p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Evet		Hayır			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
18 Yaşından küçük çocuk sahibi olma durumu	Evet (n=125)	50	40,0	75	60,0	0,117 (2,452)	0,087 (ihmal edilebilir)
	Hayır (n=197)	62	31,5	135	68,5		
Hane yapısı	Çekirdek aile-Geniş aile ile yaşayanlar (n=271)	92	33,9	179	66,1	0,469 (0,525)	0,04 (ihmal edilebilir)
	Yalnız-Partneri ile- Arkadaş/ar kadaşları ile yaşayanlar (n=51)	20	39,2	31	60,8		
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı (n=56)	14	25,0	42	75,0	0,091 (2,860)	0,094 (ihmal edilebilir)
	Üniversite, Yüksek lisans/Dokt ora (n=266)	98	36,8	168	63,2		
Ailesinde sağlık çalışanı varlığı	Var (n=78)	25	32,1	53	67,9	0,561 (0,339)	0,032 (ihmal edilebilir)
	Yok (n=244)	87	35,7	157	64,3		

Tablo 5.30 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kansere Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu				p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Evet		Hayır			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Hanenin maddi durumundan memnuniyet düzeyleri	1-5 puan (n=152)	55	36,2	97	63,8	0,231 (2,927)	0,095 (ihmal edilebilir)
	6-7 puan (n=127)	47	37,0	80	63,0		
	8-10 puan (n=43)	10	23,3	33	76,7		

*Farklı üst simge harfleri taşıyan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ortak harf taşıyan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan ve kanser tarama yaş grubunda olan kadın idari personelin %41,1'i (n=104); erkek personelin %11,6'sı (n=8) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,001**) (Etki büyüklüğü 0,254; Orta) (Tablo 5.30).

Evli katılımcıların %35,3'ü (n=79), bekar katılımcıların %22,1'i (n=15), boşanmış/eşi vefat etmiş katılımcıların %60,0'ı (n=18) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların medeni durumlarına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,001**) (Etki büyüklüğü 0,203; Orta). Hücre bazında incelenen düzeltilmiş artık değerleri (Adjusted residual (AR)), "Boşanmış/Eşi vefat etmiş" grubunda "evet" yanıtı verilen hücrede +3,0 ve "hayır" yanıtı verilen hücrede -3,0; "Bekar" grubunda ise "evet" hücrelerinde -2,5 ve "hayır" hücrelerinde +2,5 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler $\pm 1,96$ eşliğini aşarak %95 güven düzeyinde istatistiksel anlamlılık kriterini karşılamaktadır. "Evli" grubuna ait hücrelerde düzeltilmiş artık değerleri anlamlılık

sınırının altında kalmıştır. Bu sonuç, gruplar arası farkın “Boşanmış/Eşi vefat etmiş” ve “Bekar” gruplarından kaynaklandığını göstermektedir (Tablo 5.30).

Katılımcılardan 18 yaşından küçük çocuk sahibi olduğunu belirtenlerin %40,0’ı (n=50), 18 yaşından küçük çocuk sahibi olmadığını belirtenlerin %31,5’i (n=62) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların 18 yaşından küçük çocuk sahibi olmalarına göre kanser taraması yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,117) (Etki büyüklüğü 0,087; ihmal edilebilir) (Tablo 5.30).

Çekirdek aile-geniş ailesi ile birlikte yaşadığını belirten katılımcıların %33,9’u (n=92); yalnız-partneri ile-arkadaş/arkadaşları ile yaşadığını belirten katılımcıların %39,2’si (n=20) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların hane yapılarına göre kanser taraması yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,469) (Etki büyüklüğü 0,04; ihmal edilebilir) (Tablo 5.30).

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre kanser taraması yaptıрма durumları incelendiğinde lise ve altı eğitim seviyesindeki katılımcıların %25,0’i (n=14); üniversite, yüksek lisans/doktora eğitim seviyesindeki katılımcıların %36,8’i (n=98) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre kanser taraması yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,091) (Etki büyüklüğü 0,094; ihmal edilebilir) (Tablo 5.30).

Ailesinde sağlık çalışanı olduğu belirten katılımcıların %32,1’i (n=25); olmadığını belirten katılımcıların %35,7’si (n=87) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı olmasına göre kanser taraması yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,561) (Etki büyüklüğü 0,032; ihmal edilebilir) (Tablo 5.30).

Araştırmaya katılan idari personelin hanelerinin maddi durumundan memnuniyet düzeylerine göre kanser taraması yaptıрма durumları incelendiğinde hanesinin maddi durumuna 1’den 5’e kadar puan veren katılımcıların %36,2’si (n=55); 6-7 puan veren katılımcıların %37,0’si (n=47); 8-10 puan verem katılımcıların %23,3’ü

(n=10) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların hanelerinin maddi durumundan memnuniyet düzeylerine göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,231) (Etki büyüklüğü 0,095; İhmal edilebilir) (Tablo 5.30).

Tablo 5.31: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlık Durumu Algılarına ve Sağlık Hizmeti Alırken En Sık Kullandıkları Sağlık Birimlerine Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu				p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Evet		Hayır			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Sağlık Durumu Algısı	Çok iyi-İyi (n=175)	60	34,3	115	65,7	0,823 (0,389)	0,035 (İhmal edilebilir)
	Orta (n=138)	48	34,8	90	65,2		
	Kötü-Çok kötü (n=9)	4	44,4	5	55,6		
En sık kullandığı sağlık birimi	Aile Hekimi (n=68)	19	27,9	49	72,1	0,432 (2,748)	0,092 (İhmal edilebilir)
	Devlet Hastaneleri (n=102)	35	34,3	67	65,7		
	Üniversite Hastaneleri (n=125)	46	36,8	79	63,2		
	Özel Hastaneler-Özel Muayenehaneler (n=27)	12	44,4	15	55,6		

Araştırmaya katılan idari personelin sağlık durumu algılarına göre kanser taraması yaptırma durumları incelendiğinde sağlık durumunu çok iyi-iyi olarak belirten katılımcıların %34,4'ü (n=60); sağlık durumunu orta olarak belirten katılımcıların %34,8'i (n=48); sağlık durumunu kötü-çok kötü olarak belirten katılımcıların %44,4'ü (n=4) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların sağlık durumu algılarına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,823) (Etki büyüklüğü 0,035; ihmal edilebilir) (Tablo 5.31).

Katılımcılardan en sık kullandığı sağlık biriminin aile hekimi olduğunu belirtenlerin %27,9'u (n=19), devlet hastaneleri olduğunu belirtenlerin %34,3'ü (n=35), üniversite hastaneleri olduğunu belirtenlerin %36,8'i (n=46), özel hastaneler-özel muayenehaneler olduğunu belirtenlerin %44,4'ü (n=12) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların en sık kullandıkları sağlık birimlerine göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,432) (Etki büyüklüğü 0,092; ihmal edilebilir) (Tablo 5.31).

Tablo 5.32: Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu					
		Evet		Hayır		p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tütün ürünü kullanma durumu	Hiç kullanmamış (n=179)	64	35,8	115	64,2	0,846 (0,334)	0,032 (ihmal edilebilir)
	Eskiden kullanmış (n=54)	17	31,5	37	68,5		
	Halen kullanıyor (n=89)	31	34,8	58	65,2		
Alkollü içecek içme sıklığı	Ayda 1 veya daha az (n=288)	104	36,1	184	63,9	0,145 (2,122)	0,081 (ihmal edilebilir)
	Ayda 1'den daha fazla (n=34)	8	23,5	26	76,5		
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu	Evet-Kısmen (n=251)	94	37,5	157	62,5	0,059 (3,571)	0,105 (Zayıf)
	Hayır (n=71)	18	25,4	53	74,6		

Tablo 5.32 (devamı): Araştırmaya Katılan Personelin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Alışkanlıkları ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu				p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Evet		Hayır			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Günlük ortalama tükettiği sebze porsiyonu +	3 porsiyon dan az (n=226)	76	33,6	150	66,4	0,748 (0,581)	0,042 (İhmal edilebilir)
	3 porsiyon dan fazla- 5 porsiyon dan az (n=81)	31	38,3	50	61,7		
Günlük ortalama tükettiği meyve porsiyonu	5 ve üzeri porsiyon (n=15)	5	33,3	10	66,7	0,041 (4,197)	0,114 (Zayıf)
	Çok sık- Orta sıklıkta tüketen (n=76)	19	25,0	57	75,0		
İşlenmiş et tüketme sıklığı	Çok az veya hiç tüketme yen (n=246)	93	37,8	153	62,2		

Daha önce tütün ürünü kullanmadığını belirten katılımcıların %35,8'i (n=64), eskiden kullanmış olup şu an kullanmadığını belirten katılımcıların %31,5'i (n=17), halen kullanıyor olduğunu belirten katılımcıların %34,8'i (n=31) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların tütün ürünü kullanma durumlarına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmamıştır ($p=0,846$) (Etki büyüklüğü 0,032; ihmal edilebilir) (Tablo 5.32).

Katılımcılardan ayda bir veya daha az alkollü içecek içtiğini belirtenlerin %36,1'i ($n=104$), ayda birden daha fazla alkollü içecek içtiğini belirtenlerin %23,5'i ($n=8$) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların alkollü içecek içme sıklıklarına göre kanser taraması yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,145$) (Etki büyüklüğü 0,081; ihmal edilebilir) (Tablo 5.32).

Düzenli veya kısmen düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirten katılımcıların %37,5'i ($n=94$); düzenli fiziksel aktivite yapmadığını belirten katılımcıların %25,4'ü ($n=18$) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlıklarına göre kanser taraması yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,059$) (Etki büyüklüğü 0,105; Zayıf) (Tablo 5.32).

Katılımcıların günlük ortalama tükettikleri toplam sebze ve meyve porsiyonlarına göre kanser taraması yaptıрма durumları incelendiğinde günlük ortalama 3 porsiyondan az sebze ve meyve tükettiğini belirten katılımcıların %33,6'sı ($n=76$); günlük ortalama 3 porsiyondan fazla- 5 porsiyondan az sebze ve meyve tükettiğini belirten katılımcıların katılımcıların %38,3'ü ($n=31$); günlük ortalama 5 ve üzeri porsiyon sebze ve meyve tükettiğini belirten katılımcıların %33,3'ü ($n=5$) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların günlük ortalama tükettikleri toplam sebze ve meyve porsiyonlarına göre kanser taraması yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,748$) (Etki büyüklüğü 0,042; ihmal edilebilir) (Tablo 5.32).

Çok sık ya da orta sıklıkta işlenmiş et tükettiğini belirten katılımcıların %25,0'i ($n=19$); çok az işlenmiş et tükettiğini veya hiç işlenmiş et tüketmediğini belirten katılımcıların %37,8'i ($n=93$) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların işlenmiş et tüketme sıklıklarına göre kanser taraması

yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,041$) (Etki büyüklüğü 0,114; Zayıf) (Tablo 5.32).

Tablo 5.33: Araştırmaya Katılan Personelin Bazı Hastalık Durumlarına Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu				p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Evet		Hayır			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kronik hastalık varlığı	Var (n=130)	59	45,4	71	54,6	0,001 (10,803)	0,183 (Zayıf)
	Yok (n=192)	53	27,6	139	72,4		
Kanser Varlığı (Fisher testi kullanıldı)							0,097
	Var (n=12)	7	58,3	5	41,7	0,119	(İhmal edilebilir)
	Yok (n=310)	105	33,9	205	66,1		

Araştırmaya katılan idari personelin doktor tarafından teşhis edilmiş kronik hastalığı olmasına göre kanser taraması yaptırma durumları incelendiğinde kronik bir hastalığı olduğunu belirten katılımcıların %45,4'ü (n=59); olmadığını belirten katılımcıların %27,6'sı (n=53) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların doktor tarafından teşhis edilmiş kronik hastalığı olmasına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$) (Etki büyüklüğü 0,183; Zayıf) (Tablo 5.33).

Katılımcılardan doktor tarafından teşhis edilmiş kanser hastalığı olduğunu belirtenlerin %58,3'ü (n=7), olmadığını belirtenlerin %33,9'u (n=105) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların doktor tarafından teşhis edilmiş kanser hastalığı olmasına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,119$) (Fisher's Exact Test) (Etki büyüklüğü 0,097; İhmal edilebilir) (Tablo 5.33).

Tablo 5.34: Araştırmaya Katılan Personelin Birinci, İkinci Derece Akrabalarında Kanser Öyküsü Olması ve Kanser Nedeniyle Bir Yakınlarını Kaybetme Durumlarına Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu				p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Evet		Hayır			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Birinci derece akrabalarda kanser öyküsü	Var (n=81)	39	48,1	42	51,9	0,004 (8,523)	0,163 (Zayıf)
	Yok (n=241)	73	30,3	168	69,7		
İkinci derece akrabalarda kanser öyküsü	Var (n=120)	47	39,2	73	60,8	0,203 (1,621)	0,071 (İhmal edilebilir)
	Yok (n=202)	65	32,2	137	67,8		
Kanser nedeniyle yakınıni kaybetme durumu	Var (n=172)	63	36,6	109	63,4	0,457 (0,554)	0,041 (İhmal edilebilir)
	Yok (n=150)	49	32,7	101	67,3		

Birinci derece akrabalarında kanser öyküsü olduğunu belirten katılımcıların %48,1'i (n=39); olmadığını belirten katılımcıların %30,3'ü (n=73) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların birinci derece akrabalarında kanser öyküsü olmasına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**p=0,004**) (Etki büyüklüğü 0,163; Zayıf) (Tablo 5.34).

İkinci derece akrabalarında kanser öyküsü olduğunu belirten katılımcıların %39,2'si (n=47); olmadığını belirten katılımcıların %32,2'si (n=65) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların ikinci derece akrabalarında kanser öyküsü olmasına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,203$) (Etki büyüklüğü 0,071; ihmal edilebilir) (Tablo 5.34).

Katılımcıların kanser nedeniyle bir yakınlarını kaybetmelerine göre kanser taraması yaptırma durumları incelendiğinde kanser nedeniyle bir yakınını kaybetmiş olduğunu belirten katılımcıların %36,6'sı ($n=63$); kanser nedeniyle bir yakınını kaybetmediğini belirten katılımcıların %32,7'si ($n=49$) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların kanser nedeniyle bir yakınlarını kaybetmelerine göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,457$) (Etki büyüklüğü 0,041; ihmal edilebilir) (Tablo 5.34).

Tablo 5.35: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Tarama Programları Hakkındaki Bilgi Durumlarına, Katılımcıya Kanser Taraması Yaptırması Önerilme Durumuna ve Katılımcının Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumlarına Göre Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Özellik (n=322)		Kanser Taraması Yaptırma Durumu				p değeri- (Ki kare değeri)	Etki Büyüklüğü (Yorumu)
		Evet		Hayır			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet (n=196)	104	53,1	92	46,9	<0,001 (73,774)	0,479 (Nispeten güçlü)
	Hayır (n=126)	8	6,3	118	93,7		
Katılımcıya kanser taraması yaptırması önerilme durumu	Evet (n=98)	76	77,6	22	22,4	<0,001 (113,594)	0,594 (Nispeten güçlü)
	Hayır (n=224)	36	16,1	188	83,9		
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olma durumu	Evet (n=265)	104	39,2	161	60,8	<0,001 (13,143)	0,202 (Orta)
	Hayır (n=57)	8	14,0	49	86,0		

Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten katılımcıların %53,1'i (n=104); kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olmadığını belirten katılımcıların %6,3'ü (n=8) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olmalarına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Etki büyüklüğü 0,479; Nispeten güçlü) (Tablo 5.35).

Katılımcılara kanser taraması yaptırmalarının önerilmesine göre kanser taraması yaptırma durumları incelendiğinde kanser taraması yaptırmayı önerilenlerin %77,6'sı ($n=76$); önerilmeyenlerin %16,1'i ($n=36$) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların kanser taraması yaptırmalarının önerilmesine göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Etki büyüklüğü 0,594; Nispeten güçlü) (Tablo 5.35).

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olduğunu belirten katılımcıların %39,2'si ($n=104$); haberdar olmadığını belirten katılımcıların %14,0'i ($n=8$) daha önce en az bir kere kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden haberdar olmalarına göre kanser taraması yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Etki büyüklüğü 0,202; Orta) (Tablo 5.35).

Tablo 5.36: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Ölçek	Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	Minimum-Maksimum
Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ($n=398$)	103,0 (93,0-111,25)	51-120*
Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ($n=398$)	17,0 (13,0-20,0)	0-25**

*Ölçekten en az 24, en fazla 120 puan alınabilmektedir

**Ölçekten en az 0, en fazla 25 puan alınabilmektedir

Araştırmaya katılan idari personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ortanca puanı ve 1.-3. çeyreklik puanları 103 (93,0-111,25) bulunmuş olup en az 51, en fazla 120 puan alınmıştır. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ortanca puanı ve 1.-3. çeyreklik puanları 17,0 (13,0-20,0) olarak bulunmuş olup en az 0, en fazla 25 puan alınmıştır (Tablo 5.36).

Tablo 5.37: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden %70 Üzeri (17,5 Puan Üzeri) Puan Alma Durumlarına Göre Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği* (n=398)	Sayı	Yüzde
>17,5 puan	177	44,4
<17,5 puan	221	55,6

* Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ölçek kullanım yönergesinde toplam ölçek puanının %70'i ve üzerinde (17,5 puan ve üzeri) puan alan katılımcıların yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu söylenebileceği belirtilmiştir.

Katılımcıların %44,4'ü (n=177) Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nden 17,5 üzerinde puan almış olup; %55,6'sı (n=221) Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nden 17,5'tan az puan almıştır (Tablo 5.37).

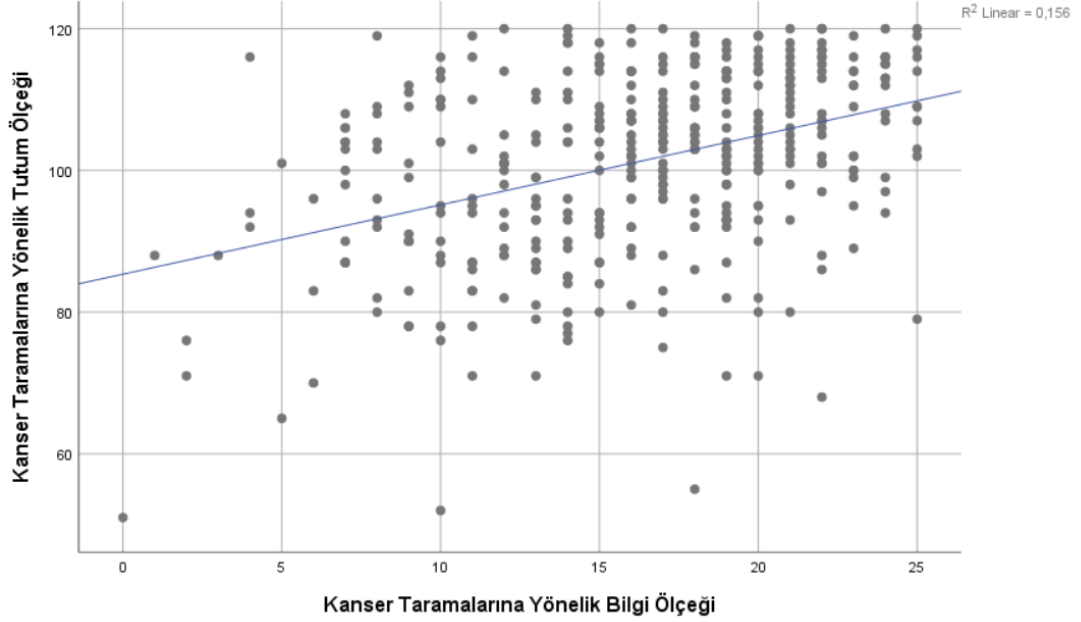
Tablo 5.38: Araştırmaya Katılan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanın Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden %70 Üzeri Puan Alma Durumlarına Göre Dağılımı (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Bilgi Ölçeğinden Aldığı Puan	>17,5 Ortalama (SS)	<17,5 Ortalama (SS)	U	p değeri*
Tutum Ölçeği Puanı	105,47 (11,228)	97,79 (12,874)	12374,5	<0,001

*Mann Whitney-U Testi SS: Standart Sapma

Araştırmaya katılan idari personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden aldıkları puanlar sonucu yeterli düzeyde bilgi sahibi olma durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden 17,5 üzerinde puan almış katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 105,47 (11,228); Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinden 17,5 altında puan almış katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması

97,79 (12,874) bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 5.38).



*Spearman Korelasyon Testi, $p<0,001$, Korelasyon katsayısı=0,380

Şekil 5.1: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Arasındaki Korelasyon (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puanları normal dağılmadığı için non-parametrik korelasyon testi olan Spearman Korelasyon testi ile iki ölçek puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$), pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir korelasyon (Korelasyon katsayısı: 0,380) bulunmuştur (Şekil 1).

Tablo 5.39: Araştırmaya Katılan Personele Uygulanan Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği İçin Hesaplanan Cronbach-Alfa Değeri (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Ölçek	Cronbach-Alfa Değeri
Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği	0,850
Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği	0,857

Araştırmaya katılan idari personelin ölçeklere verdikleri yanıtlara göre Cronbach-Alfa değeri Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği için 0,850; Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği için 0,857 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5.39).

Tablo 5.40: Kanser Taramasına Yönelik Tutum Ölçeği Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar B (Standart Hata)	
	Model 1	Model 2
Sabit	96,610*** (1,575)	100,585*** (2,627)
Cinsiyet (Kadın)¹	4,515** (1,326)	-0,350 (1,981)
Yaş Grubu²		
Yaş Grubu (40-44)	1,929 (1,844)	0,950 (2,096)
Yaş Grubu (45-54)	2,649 (1,645)	-0,246 (1,906)
Yaş Grubu (55-64)	5,644** (1,951)	1,452 (2,372)
18 yaşından küçük çocuk sahibi olma (Evet)³	-2,867** (1,371)	-4,711** (1,446)
Kronik hastalık varlığı (Var)⁴	1,396 (1,314)	0,128 (1,366)
Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma (Evet)⁵		3,003** (1,616)
Kanser taraması önerilme durumu (Evet)⁶		1,861 (1,746)
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezinden haberdar olma (Evet)⁷		-1,016 (1,775)
Kanser taraması yaptıрма durumu (Evet)⁸		5,236** (1,868)
Gözlem Sayısı	398	322
F	4,753***	5,168***
R²	0,068	0,142

*p<0,1 ; **p<0,05 ; ***p<0,001

*Referans gruplar:

¹Erkekler

²30-39 yaş grubundakiler

³18 yaşından küçük çocuk sahibi olmayanlar

⁴Kronik hastalığı olmayanlar

⁵Kanser tarama programları hakkında bilgisi olmayanlar

⁶Kanser taraması yaptırmaması önerilmeyenler

⁷Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezinden haberdar olmayanlar

⁸Kanser taraması yaptırmamış olanlar

Katılımcıların kanser taramasına yönelik tutum düzeylerini etkileyen faktörlerin incelendiği regresyon analizi sonuçlarına göre, demografik özelliklerin ve

sağlık durumunun dahil edildiği Model 1'in istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=4,753$; $p<0,001$) ve tutum puanındaki varyansın %6,8'ini açıkladığı belirlenmiştir. Bu ilk modelde, kadın cinsiyetin ($B=4,515$; $p<0,05$) ve 55-64 yaş grubunda yer almanın ($B=5,644$; $p<0,05$) tutum üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi saptanırken; 18 yaşından küçük çocuk sahibi olmanın ($B=-2,867$; $p<0,05$) tutum puanını anlamlı derecede ve negatif yönde etkilediği görülmüştür. Kansere tarama farkındalığı ve uygulama davranışlarının analize eklendiği Model 2'de ise açıklanan varyans %14,2'ye yükselmiş ($R^2=0,142$; $F=5,168$; $p<0,001$) ve modele yeni giren değişkenlerden kanser taraması yaptıрма durumunun ($B=5,236$; $p<0,05$) ve tarama programları hakkında bilgi sahibi olmanın ($B=3,003$; $p<0,05$) tutum puanını artıran en güçlü açıklayıcılar olduğu tespit edilmiştir. Özellikle farkındalık ve davranış değişkenleri modele eklendiğinde Model 1'de anlamlı olan cinsiyet ve ileri yaş değişkenlerinin etkisini yitirdiği, buna karşın 18 yaşından küçük çocuk sahibi olmanın tutum üzerindeki negatif etkisinin şiddetlenerek ($B=-4,711$; $p<0,05$) devam ettiği gözlemlenmiştir (Tablo 5.40).

Tablo 5.41: Kanser Taramasına Yönelik Bilgi Ölçeği Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar (Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi, Ankara, 1-31 Mart 2025)

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar B (Standart Hata)	
	Model 1	Model 2
Sabit	9,327*** (0,787)	9,426*** (0,981)
Cinsiyet (Kadın) ¹	4,405*** (0,478)	1,937** (0,681)
Yaş Grubu ²		
Yaş Grubu (40-44)	1,863** (0,644)	0,507 (0,708)
Yaş Grubu (45-54)	2,584*** (0,593)	0,959 (0,669)
Yaş Grubu (55-64)	3,871*** (0,676)	1,703** (0,794)
Eğitim düzeyi (Üniversite, Yüksek lisans/Doktora) ³	0,686 (0,600)	0,156 (0,604)
Düzenli fiziksel aktivite yapma (Evet-Kısmen evet) ⁴	1,732** (0,541)	1,439** (0,536)
Birinci derece akrabalarında kanser öyküsü (Var) ⁵	0,819 (0,539)	0,034 (0,524)
Kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma (Evet) ⁶		2,600*** (0,527)
Kanser taraması önerilme durumu (Evet) ⁷		0,696 (0,602)
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezinden haberdar olma (Evet) ⁸		2,324*** (0,610)
Kanser taraması yaptıрма durumu (Evet) ⁹		1,195* (0,640)
F	20,319***	13,998***
R ²	0,267	0,332

*p<0,1 ; **p<0,05 ; ***p<0,001

*Referans gruplar:

¹Erkekler

²30-39 yaş grubundakiler

³Lise ve altı eğitim seviyesindekiler

⁴Düzenli fiziksel aktivite yapmayanlar

⁵Birinci derece akrabalarında kanser öyküsü olmayanlar

⁶Kanser tarama programları hakkında bilgisi olmayanlar

⁷Kanser taraması yaptırmaması önerilmeyenler

⁸Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezinden haberdar olmayanlar

⁹Kanser taraması yaptırmamış olanlar

Katılımcıların kanser taramasına yönelik bilgi düzeylerini etkileyen faktörlerin incelendiği regresyon analizi sonuçlarına göre, demografik değişkenlerin ve temel sağlık alışkanlıklarının dahil edildiği Model 1'in istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=20,319$; $p<0,001$) ve toplam varyansın %26,7'sini açıkladığı saptanmıştır. Bu modelde kadın cinsiyetin ($B=4,405$; $p<0,001$), tüm yaş gruplarının (özellikle 55-64 yaş grubu, $B=3,871$; $p<0,001$) ve düzenli fiziksel aktivite yapmanın ($B=1,732$; $p<0,05$) bilgi puanı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi olduğu görülürken; eğitim düzeyi ve ailede kanser öyküsü bulunması değişkenlerinin anlamlı bir açıklayıcı olmadığı tespit edilmiştir. Kanser tarama programlarına dair farkındalık ve deneyim değişkenlerinin eklendiği Model 2'de ise açıklanan varyans %33,2'ye yükselmiş ($R^2=0,332$; $F=13,998$; $p<0,001$); özellikle kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olmanın ($B=2,600$; $p<0,001$) ve KETEM farkındalığının ($B=2,324$; $p<0,001$) bilgi düzeyini artıran en güçlü faktörler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, tarama programlarına yönelik farkındalık değişkenleri modele girdiğinde 40-54 yaş aralığındaki grupların anlamlılık düzeyini yitirdiği, ancak kadın olma ($B=1,937$; $p<0,05$) ve 55-64 yaş grubunda yer alma ($B=1,703$; $p<0,05$) durumlarının istatistiksel anlamlılığını koruduğu gözlemlenmiştir (Tablo 5.41).

6. TARTIŞMA

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü'nde görevli 30 yaş ve üzerinde olan 398 idari personel ile yürütülmüştür. Basılı anketler katılımcılara mesai saatleri içerisinde yüz yüze dağıtılmış olup o an doldurmak için uygun olan kişilerden o an, o an dolduramayacağını belirten katılımcılardan ise mesai saati bitimine yakın bir saatte tekrar ziyaret yapılarak toplanmıştır. Veriler analiz edilerek katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum ve bilgi düzeyleri ölçülmüş olup kanser taraması yaptırmaları incelenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgularla ilgili tartışma aşağıda sunulmaktadır.

Araştırma grubunun yaklaşık üçte ikisinin (%63,6) kadınlardan oluşması, literatürdeki benzer kanser taramasında tutumun ölçüldüğü çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Durmuş tarafından 2022'de Ankara'da yürütülen çalışmada da katılımcıların benzer sıklıkla (%63,2) kadınlardan oluştuğu bildirilmiştir (153). Bu durum, kadınların sağlık araştırmalarına katılım konusundaki daha yüksek motivasyonları ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik farkındalıklarının erkeklerle kıyasla daha belirgin olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ghanim ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışma da bu eğilimi destekler nitelikte olup, çalışmada kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (154).

Katılımcıların yaşları 30-64 arasında değişmektedir ($\bar{X}$ (SS) = 45,53 (8,559)) ve katılımcıların %82,7'si üniversite/lisansüstü eğitim mezunudur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 Ulusal Eğitim İstatistikleri verilerine göre Türkiye'de 25 yaş ve üzeri kişilerin %25,3'ü yükseköğretim mezunudur (155). Çalışmaya katılan personelin genel olarak Türkiye ortalamasından daha yüksek bir eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir.

Araştırma grubumuzdan elde edilen medeni durum verileri (Evli %68,3; Bekar %23,6; Boşanmış/Eşi vefat etmiş %8,1), literatürde kanser taramalarına yönelik tutumların incelendiği 2024 yılında yapılan Demirdağ ve ark. çalışmasının (Evli %67,8; Bekar %19,7; Boşanmış/Eşi vefat etmiş %12,5) verileriyle paralellik göstermektedir

(156). Her iki çalışmada da katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin evli bireylerden oluşması ve genel dağılım hiyerarşisinin (Evli > Bekar > Boşanmış) aynı kalması çalışmamızdan elde edilen sonuçların literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen hane yapısı bulguları, kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışın araştırıldığı literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında özellikle çekirdek aile yapısının baskınlığı açısından çarpıcı bir paralellik olduğu görülmektedir. Bolat 'ın 2024 yılında yürüttüğü benzer bir çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte üçünün çekirdek ailede yaşadığı saptanırken, çalışmamızda söz konusu sıklık neredeyse aynı düzeyde (%75,6) bulunmuştur (143). Bu benzerlik, farklı çalışma gruplarında modern toplum yapısındaki temel hane biriminin çekirdek aile olma özelliğini güçlü bir şekilde koruduğunu teyit etmektedir.

Çalışmamızda üniversite idari personeli arasında ailede sağlık çalışanı bulunma sıklığı %22,4 olarak saptanmıştır. Literatürde, üniversite hastanesine başvuran hastalarla yapılan Gümüşkaptan'ın (2023) çalışmasında bu sıklığın %39,1 olduğu bildirilmiştir (157). Hastane başvurularıyla yapılan çalışmalarda görülen yüksek sıklık; ailesinde sağlık çalışanı olan bireylerin, sağlık sistemindeki yönlendirmeler veya nitelikli uzmanlık hizmetine erişim kolaylığı gibi nedenlerle üniversite hastanelerini daha fazla tercih etmesiyle açıklanabilir.

Araştırma kapsamında elde edilen hane maddi durum memnuniyetine ilişkin veriler, literatürdeki benzer çalışma bulgularıyla önemli ölçüde paralellik sergilemektedir. Çalışmamızda katılımcıların %42,0'sinin orta seviyeyi (5-6 puan) işaret etmesi ve bu sıklığın 7-8 puan bandıyla birlikte değerlendirildiğinde %72,2'ye ulaşması, ekonomik durum algısının %72,7 sıklığında "orta" olarak saptandığı Gürel tarafından 2020 yılında Hacettepe Üniversitesi idari personelleriyle yürütülen çalışmayla uyum içerisindedir (158). Her iki çalışmada da çalışma gruplarının yaklaşık dörtte üçünün maddi durum düzeyini uç noktalardan ziyade "orta segment" olarak tanımlaması, bireylerin sosyoekonomik statü algılarındaki öznel değerlendirmelerinin tutarlı olduğunu ve çalışma grubunun genel ekonomik durumlarının benzer olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda elde edilen sağlık algısı bulguları, literatürdeki bir üniversite kampüsü idari personeline yürütülen ve kanser taramalarına yönelik tutum ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği Yılmaz tarafından 2022’de yürütülen çalışmayla paralellik göstermektedir. Her iki araştırmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun sağlıklarını "iyi" ve "orta" kategorilerinde yoğunlaştırdığı görülmüştür. Çalışmamızda %43,5 olan "orta" düzeydeki sağlık algısı, karşılaştırma grubundaki %49,3 sıklığıyla benzer bir ağırlığa sahip olup, sağlığını "kötü" olarak niteleyenlerin sıklığının her iki grupta da oldukça düşük seviyelerde (%3,3 ve %3,7) kalması, idari personelin genel sağlık durumuna dair olumlu bir bakış açısına sahip olduğunu göstermektedir. Bulgular birlikte değerlendirildiğinde benzer sosyoekonomik/çalışma koşullarına sahip gruplarda öznel sağlık değerlendirmelerinin tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir (135).

Araştırma grubunu oluşturan Hacettepe Üniversitesi Beytepe kampüsü idari personelinin en sık kullandığı sağlık birimi tercihleri, 2023 yılı ulusal sağlık verileriyle kıyaslandığında kurumsal aidiyet ve erişilebilirlik açısından bir farklılaşma sergilemektedir. Türkiye genelinde üniversite hastanelerine müracaat sıklığı %4,7 gibi sınırlı bir düzeydeyken, çalışma grubunda bu sıklığın %33,7’ye yükselmesi, personelin Hacettepe Üniversitesi bünyesindeki sağlık hizmetlerine fiziksel erişim kolaylığı, randevu süreçlerindeki muhtemel öncelikleri ve kurumsal aşinalığı ile ilişkili olabilir. Bu yerleşke avantajı, ulusal düzeyde %42,8 olan aile hekimliği kullanım sıklığının bu grupta %22,6’ya gerilemesine yol açarak, personelin birinci basamak sağlık hizmetlerini atlayarak doğrudan kurumuna bağlı üçüncü basamak hizmetlerine yöneldiğini düşündürmektedir. Devlet hastaneleri ise her iki grupta da ana hizmet sağlayıcı konumunu korumasına rağmen, üniversite hastanelerinin sunduğu kurumsal imkanlar nedeniyle araştırma grubundaki ağırlığı ulusal ortalamanın (%43,6’ya karşılık %35,4) bir miktar altında kalarak yerini üniversite odaklı bir kullanıma bırakmaktadır (103).

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular tütün ve tütün mamulü kullanım verileri açısından Türkiye genel verileriyle karşılaştırıldığında dikkat çekici farklılıklar ortaya koymaktadır. Çalışma grubunda halen tütün kullananların sıklığı (%30,2),

Türkiye geneli için bildirilen %34,8'lik prevalansın altında seyrederek ulusal ortalamaya göre daha olumlu bir tablo çizmektedir. Veriler arasındaki en dikkat çekici fark, "eskiden kullanmış" kategorisinde gözlemlenmiş; Türkiye genelinde %9,7 olan tütünü bırakma sıklığı, araştırma grubunda %16,6 ile önemli miktarda yüksek saptanmıştır. Hiç kullanmayanların sıklığının ulusal ortalamaya (%55,6) paralel bir düzeyde (%53,2) seyretmesi, tütüne başlama eğiliminin genel nüfusla benzerlik gösterdiğini; ancak tütünle tanışan bireylerin bu alışkanlığı terk etme başarısının veya sağlık bilincinin araştırma popülasyonunda daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. (159). Bu durum, grubun tütünle mücadele stratejilerine olan duyarlılığının ve tütün bırakma motivasyonunun ulusal ortalamadan pozitif yönde ayrıştığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Araştırma kapsamında elde edilen katılımcıların alkol tüketim profillerinin 2023 Türkiye STEPwise approach to surveillance (Gözetim için basamaklı yaklaşım) (STEPS) Araştırması sonuçlarıyla kıyaslandığında özellikle "hiç alkol kullanmama" sıklığı açısından belirgin bir farklılık sergilediği görülmektedir. Türkiye genelinde yaşam boyu hiç alkol kullanmayanların sıklığı %81 olarak kaydedilirken, bu çalışmada katılımcıların %57,1'inin hiç alkol kullanmadığını beyan etmesi, araştırma grubundaki alkol ile temas sıklığının ulusal ortalamasının üzerinde olduğunu göstermektedir. Buna karşın, çalışmadaki haftalık düzenli tüketim sıklıklarının toplamı (%10), STEPS verilerindeki son 30 gün içinde alkol kullananların sıklığı olan %10,2 ile benzerlik göstermekte; bu durum "düzenli kullanıcı" grubunun çalışma grubunda ulusal trend ile uyumlu olduğuna işaret etmektedir. Ancak çalışmamızda ayda bir kez veya daha az alkol tüketenlerin %32,9 gibi yüksek bir yüzdeye sahip olması, genel toplum verilerine kıyasla sosyal/seyrekle içiciliğin bu grupta çok daha yaygın bir davranış kalıbı olduğunu destekler niteliktedir (159). Söz konusu sapmaların; araştırmanın yapıldığı bölgenin sosyodemografik özellikleri, kentleşme düzeyi veya katılımcıların mesleki/egitim profili ile ilişkili olabileceği yorumu yapılabilir.

Araştırma kapsamında incelenen katılımcıların %25,9'unun düzenli fiziksel aktivite yaptığı, %52,2'sinin ise bu süreci "kısmen" sürdürdüğü saptanmıştır; bu bulgular STEPS 2023 Türkiye verileriyle karşılaştırıldığında, çalışma grubunun genel

topluma kıyasla daha aktif bir profil sergilediği görülmektedir. STEPS 2023 çalışmasında "düşük fiziksel aktivite" sıklığı %43,6 olarak raporlanırken, çalışmamızda fiziksel aktivite yapmadığını beyan eden inaktif kesimin %21,9'da kalması, katılımcıların hareketlilik konusundaki farkındalığının genel nüfusa kıyasla daha yüksek olabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, çalışma grubunun yarısından fazlasını oluşturan "kısmen" aktif grup (%52,2), STEPS verilerindeki orta düzey fiziksel aktivite (%28) oranının oldukça üzerindedir (159). Bu durum, bireylerin egzersiz bilincine sahip olmalarına rağmen bu alışkanlığı DSÖ kriterlerine uygun şekilde "düzenli" bir rutine dönüştürmekte zorlandıklarını göstermektedir. Tamamen hareketsiz olduğunu belirtenlerin azlığı sevindirici olsa da, "kısmen" hareketli olan büyük kesimin bu durumu kalıcı bir alışkanlığa dönüştürmesi için desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamız sonucunda elde edilen günlük ortalama meyve (1,103 porsiyon) ve sebze (1,231 porsiyon) tüketim miktarları, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (STEPS) 2023 verileriyle (meyve: 1,2; sebze: 1,5 porsiyon) kıyaslandığında, her iki kategoride de ulusal ortalamanın altında kaldığı görülmektedir (159). Çalışma grubumuzun eğitim düzeyinin toplum genelinden yüksek olmasına rağmen, meyve ve sebze tüketim sıklıklarının ulusal ortalamaların gerisinde kalması, grubun beslenme tercihleri açısından ulusal tercihlerden negatif yönde ayrıştığını göstermektedir. Beklentilerin aksine ortaya çıkan bu tablo, yüksek eğitim seviyesinin sağlıklı yaşam pratiklerine her zaman doğrudan yansımadığını düşündürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kronik hastalıkların önlenmesi amacıyla önerilen günlük toplam 5 porsiyon (400 gram) meyve-sebze hedefiyle değerlendirildiğinde ise hem ulusal verilerin hem de çalışma bulgularımızın bu referans değerinde oldukça gerisinde kaldığı açıktır. Bu durum, çalışma grubumuzdaki bireylerin yetersiz lif ve mikro besin alımı açısından risk altında olabileceğine işaret etmekte olup, meyve ve sebze tüketimini artırmaya yönelik beslenme eğitimlerinin ve müdahale stratejilerinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%73,1) işlenmiş et tüketiminden kaçınarak sağlıklı bir eğilim

sergilediğini gösterse de bu gıdaları orta ve yüksek sıklıkta tüketenlerin toplam sıklığının (%26,9), STEPS 2023 verilerindeki tuzdan zengin işlenmiş gıda tüketim sıklığı (%24,5) ile çarpıcı bir paralellik taşıdığı görülmektedir (159). Bu benzerlik, çalışma grubundaki beslenme alışkanlıklarının ulusal düzeydeki genel risk eğilimleriyle örtüştüğünü ve yaklaşık her dört bireyden birinin işlenmiş gıdalar aracılığıyla yüksek sodyum ve katkı maddesi alımına maruz kaldığını teyit etmektedir.

Araştırmamızda saptanan kronik hastalık (%38,9), tanısı doğrulanmış kişisel kanser öyküsü (%3,5) ve birinci derece akrabalarda kanser varlığı (%23,4) sıklıklarının; literatürde benzer amaçlarla yürütülen Yeğenler ve ark. (2023) çalışmasında rapor edilen sırasıyla %35,5, %4,6 ve %25,8'lik sıklıklarla büyük ölçüde örtüştüğü görülmektedir (134). Elde edilen bu verilerin çalışmamız ile sergilediği yakın paralellik, araştırma grubumuzun klinik ve ailesel risk faktörleri açısından literatürdeki benzer çalışmaların çalışma gruplarıyla tutarlı bir dağılım sergilediğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %51,8'inin ailede kanser nedeniyle vefat eden bir yakını olma öyküsü bulunduğu tespit edilmiştir; bu bulgu, Güvenç tarafından 2019'da Manisa kent merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanları ile yürütülen çalışmasında %45,1 olarak saptanan sonuçlarla paralellik göstermekle birlikte çalışmamızdaki sıklığın bir miktar daha yüksek olduğu görülmektedir (160). Her iki araştırmada da katılımcıların yaklaşık yarısının yakın çevresinde kanser kaynaklı bir kayıp yaşamış olması, kanserin toplumdaki hastalık yükünün ve bireyler üzerindeki etkisinin yaygınlığını bir kez daha doğrulamaktadır.

Çalışmamızda saptanan %53,8'lik kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma sıklığı Tunç tarafından 2023'te yapılan çalışmadaki %50,1'lik bulgu ile paralellik göstermektedir (161). Her iki çalışma da çalışma grubunun yaklaşık yarısının bu hayati programlar hakkında bilgi sahibi olduğunu ortaya koysa da bu sıklıklar etkili bir halk sağlığı sonucu için hedeflenen %70'lik kapsayıcılık düzeyinin gerisinde kalmaktadır (8).

Çalışmamızda katılımcıların ulusal kanser tarama programı kapsamında olan kanser türlerini bilme sıklıkları incelendiğinde; en yüksek farkındalığın meme

kanserinde (%87,4) olduğu, bunu sırasıyla serviks kanseri (%64,0) ve kolon kanserinin (%44,9) izlediği saptanmıştır. Elde edilen bu bilgi düzeyi sıralaması, literatürdeki benzer çalışmalarla uyum içerisindedir. Özer (2021) tarafından yapılan çalışmada da kanser türlerinin bilinme sıklıkları benzer bir hiyerarşiyle meme (%75,2), serviks (%45,2) ve kolon (%31,9) kanseri şeklinde rapor edilmiştir (162). Her iki çalışmada da meme kanseri farkındalığının ilk sırada yer alması, bu kanser türüne yönelik yürütülen uzun soluklu ve yaygın toplumsal tarama kampanyalarının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, çalışmamızda ulaşılan yüzdelerin Özer'in (2021) bulgularına kıyasla tüm kategorilerde daha yüksek çıkması; 2021 yılından bu yana geçen sürede KETEM ve benzeri kuruluşların yürüttüğü faaliyetlerin etkinliğinin artması, dijital medya aracılığıyla farkındalığın topluma yayılması ile açıklanabilir.

Araştırma bulguları, kanser tarama programları hakkında en temel bilgi kaynağının aile hekimleri olduğunu göstermekte olup bu durum, tarama bilgilerinin en sık aile hekimlerinden edinildiğini raporlayan Filiz (2022) çalışmasıyla uyum içerisindedir (136). Aile hekimlerinin ilk sırada yer alması, bu kurumların sunduğu mekânsal erişim kolaylığı ve hekim-hasta arasındaki güvene dayalı süregelen iletişimle açıklanabilirken; sosyal medya platformlarının ikinci sıraya yerleşmesi, dijitalleşen sağlık okuryazarlığı dinamiklerinin ve bireylerin geleneksel mecralar yerine aktif bilgi arayışına yöneldiğinin göstergesi olabilir. Arkadaş ve tanıdık çevresinin üçüncü sırada kalması, toplumdaki deneyim paylaşımının etkisini koruduğunu ancak dijital bilgi akışının geleneksel ağların önüne geçtiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kanser tarama yaş grubunda olan katılımcıların %30,4'üne kanser taraması önerildiği belirlenmiştir. Bolat tarafından 2024'te Sakarya'da yürütülen uzmanlık tezinde katılımcılara tarama önerilme sıklığı %32,7 olarak saptanmış; Filiz'in 2022'de Ankara'da gerçekleştirdiği araştırmada ise bu sıklık %28,3 olarak kaydedilmiştir (136,143). Çalışmalardaki benzer sıklıklar sağlık sistemimizde hastaların taramaya davet ve teşvik edilme yüzdelerinin mevcut araştırmalarla tutarlı şekilde olduğunu ancak hala istenilen seviyenin oldukça uzağında olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda kanser taraması yaptırılmasını önerenler arasında aile hekimleri %47,9 ile ilk sırada yer alırken, aile hekimlerini %38,7 ile diğer branş hekimleri ve %6,1 ile aile sağlığı çalışanları ile arkadaşlar takip etmektedir. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde, Bolat'ın 2024'te yaptığı çalışmasında aile hekimlerinin %59,0 ile birinci, diğer branş hekimlerinin %26,9 ile ikinci ve aile sağlığı çalışanlarının %10,9 ile üçüncü sırada olduğu; Filiz'in 2022 çalışmasında ise yine aile hekimlerinin %53,5 ile ilk sırada, uzman hekimlerin %39,5 ile ikinci ve aile sağlığı çalışanlarının %7,0 ile üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir (136,143). Her üç çalışmada da kanser taraması öneren ilk üç grubun tamamen sağlık çalışanlarından oluşması, tarama farkındalığı ve katılımının artırılmasında profesyonel yönlendirmenin merkezi ve belirleyici rolünü ortaya koyarken; bu durum Schueler ve ark. tarafından 1988-2007 yılları arasını kapsayan 221 çalışmanın incelendiği sistematik derlemede, hekim tavsiyesi eksikliği (OR: 0,16) ve bir aile hekimine sahip olmamanın (OR: 0,41) mamografi yaptıрма önündeki en büyük engeller olarak saptanmasıyla da akademik olarak desteklenmektedir (163).

Araştırmamızda katılımcıların KETEM'den haberdar olma yüzdesi %76,9 olarak saptanmış olup, bu bulgu literatürdeki güncel çalışmalarla genel bir paralellik göstermekle birlikte bir miktar düşük seyretmektedir. Yılmaz (2022) tarafından yürütülen çalışmada farkındalık sıklığı %78,9 olarak rapor edilirken, Oğuz (2023)'ün çalışmasında bu sıklığın %82,8 gibi daha yüksek bir seviyeye ulaştığı görülmektedir (135,137). Çalışmamız ile literatür arasındaki farklılıklar; çalışma gruplarının sosyodemografik özelliklerinden, araştırmanın yapıldığı bölgelerdeki sağlık okuryazarlığı düzeyinden veya yerel düzeyde yürütülen mobil tarama ve bilgilendirme faaliyetlerinin yoğunluğundan kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte, her üç çalışmada da KETEM'in grubun dörtte üçünden fazlası tarafından biliniyor olması, kurumsal bilinirliğin önemli bir seviyede olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Araştırmamızda kanser tarama yaş grubundaki bireylerin tarama yaptıрма yüzdesi %34,8 olarak saptanmış olup, bu sonuç Gümüşkaptan (2023) tarafından yürütülen çalışmadaki bulguyla (%34,8) paralellik göstermektedir. Öte yandan, elde ettiğimiz bu sıklık Yakut (2022) tarafından bildirilen %38,9'luk düzeyin bir miktar

gerisinde kalmaktadır (157,164). Gerek literatürdeki bulgular gerekse araştırmamızda elde edilen %34,8'lik tarama katılma sıklığı; toplumun kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olsa dahi (Araştırma grubunun yaklaşık yarısı tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.) bu bilgiyi eyleme dönüştürmede yetersiz kaldığını göstermektedir. Bulgularımız, koruyucu sağlık hizmetleri ve ulusal tarama programları açısından istenilen hedef grubun %70'ine tarama yapılması amacından hala uzak olduğunu mevcut literatürle tutarlı bir şekilde teyit etmektedir.

Araştırma kapsamında en az bir kez kanser taraması yaptırdığını beyan eden katılımcıların tarama tercihlerine yönelik elde edilen bulgular; meme kanserinin %81,2 ile ilk sırada, serviks kanserinin %66,9 ile ikinci sırada ve kolon kanserinin %18,7 ile son sırada yer aldığını göstermektedir. Meme kanseri tarama sıklığındaki belirgin hakimiyet, özellikle Filiz'in 2022 çalışmasında bildirilen %81'lik sıklıkla örtüşmekte olup; bu durum, mamografi ve klinik meme muayenesi gibi uygulamaların uzun soluklu ulusal farkındalık kampanyaları sayesinde toplumda güçlü bir alışkanlığa dönüşmesiyle açıklanabilir. İkinci sıklıkta tercih edilen serviks kanseri taramasında saptanan %67,3'lük katılım düzeyi Erdoğan'ın 2020 yılında yaptığı çalışmasıyla paralellik taşımaktadır. Kolon kanseri tarama sıklığının %18,7 ile listenin sonunda yer alması, Bolat'ın (2024) çalışmasındaki %18,6'lık bulgusuyla paralellik göstermektedir. (136,143,165). AlAbdul Kader ve ark. (2024) çalışmasında belirtildiği üzere, kolon kanseri taramalarındaki bu düşük katılım bireylerin hissettiği korku, utanma, bilgi eksikliği ve işlemin zahmetli bulunmasından kaynaklanan isteksizlik gibi kişisel engellerin bir sonucu olabilir (166).

Araştırmamızda en az bir kez kanser taraması yaptıran katılımcıların %49,1'inin üniversite hastanelerinde, %36,6'sının KETEM'lerde ve %16,0'ının devlet hastanelerinde tarama yaptırdığı saptanmıştır. Elde edilen KETEM kullanım sıklığı, Bolat'ın (2024) çalışmasındaki %35,5'lik veriyle benzerlik gösterirken; üniversite hastanelerinin tercih edilme sıklığı, Şeker (2019) ve Yıldız'ın (2021) raporladığı %16,4 ve %10,0 gibi düşük sıklıklardan ayrılmaktadır (143,167,168). Literatürdeki diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda üniversite hastanelerinin tarama yaptıрма için daha sık kullanılması; çalışma grubumuzun Hacettepe Üniversitesi bünyesinde

görev yapan personelden oluşması sebebiyle üçüncü basamak sağlık kuruluşuna erişimlerinin kolay olmasına, nitelikli hizmet arayışına ve tam donanımlı merkezlere duyulan güvenle ilişkili olabilir.

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumları Öztürk ve ark. 2020 yılında geliştirdiği Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile ölçülmüştür. Ölçekten alınan puanların ortalaması 101,21 olarak belirlenmiş olup katılımcılar ölçekten en az 51; en fazla 120 puan almıştır (Ölçekten en az 24, en fazla 120 puan alınabilmektedir). Bolat (2024) tarafından aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkin hastalarla yapılan çalışmada ortalama puan 98,49 olarak bildirilirken, Akbulak (2025) tarafından bir aile sağlığı merkezine başvuran 30-70 yaş arası bireylerle yürütülen çalışmada bu değer 98,84 olarak kaydedilmiştir (143,144). Çalışmamızdaki idari personelin tutum puanlarının genel hasta popülasyonuna odaklanan çalışmalardan daha yüksek olması; üniversite ortamında çalışmanın getirmiş olabileceği yüksek eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı ve bilgiye erişim kolaylığı gibi faktörlerin kanser taramalarına yönelik daha olumlu bir tutum geliştirilmesine katkı sağlamış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda kadınların kanser tarama tutum puan ortalaması (102,6), erkeklerin puan ortalamasından (98,78) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,008$). Bu bulgu literatürdeki benzer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bolat'ın (2024) çalışmasında kanser taramalarına yönelik tutum puanı kadınlarda 104, erkeklerde 98 olarak bulunmuş ve aradaki fark anlamlı saptanmıştır ($p=0,003$). Benzer şekilde Oğuz'un (2023) araştırmasında da kadınların tutum puanlarının (100), erkeklerin puanlarından (94) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir ($p<0,001$) (137,143). Literatürdeki bu ortak sonuçlar, kadınların kanser taramaları konusunda erkeklere kıyasla daha pozitif bir tutum sergilediklerini göstermektedir. Bu durum kadınların üreme sağlığı gereksinimleriyle sağlık hizmetlerine erkeklerden daha erken yaşta ve daha sık başvurmalarının getirdiği bir alışkanlık süreciyle açıklanabilir. Örneğin Kaya Odabaş ve Demir (2024) tarafından yapılan çalışmada, kadınların geçmişteki Pap-smear ve klinik meme muayenesi deneyimlerinin genel kanser tarama tutumlarını anlamlı düzeyde artırdığı saptanmıştır (169). Çalışmamızda kadınların kanser taramalarına yönelik tutum

puanlarının yüksek saptanması, bu grubun sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksekliği ile de ilişkilendirilebilir. Çalık ve Kolaç (2025), kadınların genel sağlık okuryazarlığı ve araştırmamızın ilişkili olduğu 'Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi' alt boyutunda erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek puan aldıklarını bildirmiştir (170). Literatürdeki bu veriler, kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini benimseme ve bu hizmetlere yönelik olumlu tutum geliştirme konusundaki eğilimlerini destekler niteliktedir.

Araştırmamızda katılımcıların yaş gruplarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puanları incelendiğinde; 30-39 yaş grubunun ölçek puan ortancası 100 iken, yaştan ilerlemesiyle birlikte bu değerin yükseldiği ve 55-64 yaş grubunda en yüksek seviye olan 104'e ulaştığı görülmüştür. Yaş grupları arasındaki bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,025$). Filiz (2022) ve Yılmaz (2022) tarafından yapılan araştırmalarda da yaştan artmasıyla kanser taramalarına karşı tutumun olumlu yönde ve anlamlı bir şekilde korelasyon gösterdiği saptanmıştır (135,136). Yaştan ilerlemesiyle birlikte tutum puanlarındaki bu yükseliş; Alyafei ve Easton-Carr'ın (2024) sağlıkta inanç modeli ile ilgili çalışmasında da değindiği gibi bireylerin yaşlanma sürecinde kronik hastalıklara ve kanser riskine dair algılarının artması (171), sağlık okuryazarlığı seviyelerinin deneyimle birlikte pekişmesi ve öz bakım sorumluluğunun daha fazla içselleştirilmesiyle açıklanabilir. İleri yaşlardaki bireylerin sağlık sistemine daha sık temas etmesi ve çevrelerindeki hastalık deneyimlerine daha fazla tanıklık etmesi, bu gruptaki tutumların daha olumlu bir zemine oturmasını sağlamış olabilir.

Araştırmamızda idari personelin medeni durumlarına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,325$). Ancak grupların puan ortancaları incelendiğinde; en yüksek tutum puanının boşanmış/eşi vefat etmiş katılımcılarda (107,0), bunu takiben evlilerde (103,5) ve en düşük puanın ise bekar katılımcılarda (101,0) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sıralama, Demirdağ ve ark. (2024) tarafından yapılan ve bekarların en düşük, ayrılmış/eşi vefat etmiş bireylerin ise en yüksek puanı aldığı çalışma bulguları ($p=0,071$) ile uyum sergilemektedir (156). Her iki çalışmada da

istatistiksel anlamlılık bulunamamış olmasına rağmen boşanma veya eş kaybı gibi önemli yaşam olaylarını tecrübe eden bireylerin sağlık farkındalıklarının ve taramalara yönelik pozitif eğilimlerinin diğer gruplara kıyasla daha yüksek olma eğiliminde olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda 18 yaşından küçük çocuğu olmayan katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortancalarının (105,0), çocuğu olan katılımcılara (102,0) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,004$). Bu bulgu, literatürde çocuk sayısı ile tarama puanları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu ($t=-0,201$; $p<0,001$) ve hiç çocuğu olmayanların olumlu tutum açısından en yüksek puanı aldığını bildiren Tunç (2023) çalışmasının sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (161). Her iki çalışmanın sonuçları da çocuk sahibi olma durumunun veya çocuk sayısının artmasının, bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumlarını olumsuz yönde etkileyebileceğine düşündürmektedir. Bu durumun temelinde, ebeveynlik sorumluluklarının getirdiği zaman kısıtlılığı, bakım verme yükümlülüğü nedeniyle kişisel sağlığın ikinci plana atılması veya çocuklu bireylerin odak noktalarının kendi koruyucu sağlık davranışlarından ziyade çocuklarının ihtiyaçlarına kayması gibi faktörlerin yatması olabilir.

Çalışmamızda, eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortancalarının arttığı gözlemlenmiş (101,0'e karşı 103,0), ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bir düzeye ulaşmamıştır ($p = 0,546$). Bu sonuç, literatürdeki Oğuz (2023) tarafından yapılan çalışma bulgularıyla sayısal olarak paralellik gösterse de istatistiksel anlamlılık açısından farklılık bulunmaktadır. Oğuz (2023), çalışmasında ortaokul ve altı grupta 92, lise ve üzeri grupta ise 103 puan ortancası saptamış; ancak mevcut çalışmanın aksine bu farkı anlamlı ($p<0,001$) bulmuştur (137). Her iki çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça tutum puanlarının benzer puan değerlerine (103) yükselmesi, eğitimin kanser taramalarına yönelik farkındalık üzerindeki olumlu etkisine işaret etmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı bulunma durumunun Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ) puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p=0,711$). Bu bulgu, literatürde yer alan ve ailede sağlık çalışanı varlığının tutum puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediğini belirten Gümüşkaptan (2023) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Gümüşkaptan'ın çalışmasında ailede sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların puan ortancaları (100,0'a karşı 99,0) birbirine oldukça yakın seyretmiş; çalışmamızda da benzer şekilde gruplar arası puan dağılımının (102,0'a karşı 103,0) paralel bir eğilim sergilediği görülmüştür (157). Günümüzde bilgiye erişimin dijitalleşme ile her kesim için yaygınlaşması ailede bir sağlık çalışanının olmasının doğru bilgiye erişim için sağlayabileceği ayrıcalığı ortadan kaldırıyor olabilir.

Araştırma kapsamında idari personelin maddi durum memnuniyet düzeyleri ile kanser taramalarına yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,322$). Bu bulgu, literatürde gelir durumu ile kanser tarama tutumlarını inceleyen Oğuz (2023) ($p=0,336$) ve Kıyılıoğlu (2023) ($p=0,833$) tarafından yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir (137,172). Bu durum çalışmamızdaki tüm katılımcıların kamu personeli olarak benzer sosyal haklara ve sağlık imkanlarına sahip olmasıyla açıklanabilir.

Araştırma kapsamında idari personelin genel sağlık durumu algısı ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,635$). Katılımcıların sağlıklarını "çok iyi/iyi", "orta" veya "kötü/çok kötü" olarak tanımlamalarından bağımsız olarak, ölçekten aldıkları ortalama puanların (sırasıyla 103,0; 104,0; 100,0) birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgu, Yılmaz (2022) tarafından yapılan ve sağlık durumu algısı iyi (98,6), orta (97,1) ve kötü (96,1) olan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmayan ($p=0,424$) çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (135). Bu durum, idari personelin kanser taramalarını mevcut fiziksel semptomlara bağlı bir eylemden ziyade, genel bir sağlık normu veya rutin bir kontrol mekanizması olarak gördüğüne işaret etmektedir. Wardle ve ark. (2004), sosyoekonomik düzeyi ve eğitim seviyesi

yüksek grupların (idari personeller gibi) kanser taraması yaptıрма niyetlerinin mevcut fiziksel semptomlarından bağımsız olduğunu belirlemiştir (173).

Araştırma kapsamında katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıkları incelendiğinde; hem sigara kullanımı ($p=0,548$) hem de alkol tüketim sıklığı ($p=0,186$) ile kanser taramalarına yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Elde edilen bu bulgular, literatürde sigara kullanımı açısından anlamlı bir farklılık bildirmeyen Tunç (2023) ile alkol kullanımı durumunun tutumlar üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını belirten Gür (2023) ve Filiz (2022)'in çalışmalarıyla paralellik sergilemektedir (136,161,174). Bu durum, idari personelin benzer eğitim seviyelerine sahip olması ve aynı kurumsal ortamda benzer sağlık bilgilendirmelerine maruz kalmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda düzenli fiziksel aktivite yapan katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum puan ortancası (104,0), yapmayanlara (100,0) göre daha yüksek bulunsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,12$). Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde, Yılmaz (2022) düzenli egzersiz yapanların (99,0) ve yapmayanların (97,5) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını ($p=0,302$) raporlayarak bulgularımızı desteklemiştir. Benzer şekilde Filiz (2022) tarafından yapılan çalışmada da düzenli egzersiz yapanların (100,0) yapmayanlara (98,0) kıyasla daha yüksek puan aldığı görülmüş, ancak bu farkın istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmadığı ($p=0,069$) belirtilmiştir (135,136). Bulgular egzersiz gibi sağlıklı yaşam davranışlarının tarama tutumlarını olumlu yönde etkileme eğiliminde olduğunu ancak kanser taramalarına yönelik tutumun sadece fiziksel aktiviteyle değil; sağlık okuryazarlığı, sosyoekonomik düzey ve tarama prosedürlerine yönelik kaygı gibi çok boyutlu faktörlerden etkilenebildiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda, işlenmiş et tüketim sıklığının kanser tarama tutumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır; nitekim her iki grupta da ölçek puan ortancası 103,0 olarak ($p=0,307$) ölçülmüştür. Elde edilen bu benzerlik, literatürdeki eczacıların kanser nedenleri ve risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirildiği Tezcan (2021) verileriyle uyum sergilemektedir. Çalışmada

katılımcıların kanserin nedenleri ve risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde en az bilinen ifadeler “Aşırı kırmızı et tüketimi” (%27) olarak tespit edilmiştir (175). Bireylerin işlenmiş et tüketimi ile kanser gelişimi (özellikle kolorektal kanserler) arasındaki nedensel ilişkiyi yeterince tanımamaları; bu besini sık tüketen bireylerde ekstra bir kanser endişesi veya taramaya yönelme motivasyonu doğurmuyor olabilir.

Araştırmada elde edilen bulgular, doktor tarafından teşhis edilmiş kronik hastalığı olan idari personelin kanser taramalarına yönelik tutum puanlarının, kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir ($p=0,036$). Filiz (2022) tarafından yapılan çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerin tutum puanı ortancası (104), olmayanlara (98) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,024$). Gür (2023) ise kronik hastalıkları spesifik olarak ele aldığı çalışmasında genel bir anlamlılık saptayamamış olsa da hastalığı olan bireylerin tutum puanlarının daha yüksek seyrettiğini bildirerek mevcut çalışmayı desteklemiştir. (136,174). Kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık kuruluşları ile daha sık temas halinde olmaları, rutin kontroller sırasında sağlık personeli tarafından yapılan bilgilendirmeler ve mevcut hastalıkları nedeniyle genel sağlık durumlarına karşı geliştirdikleri hassasiyet kanser taramaları gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarını olumlu yönde etkiliyor olabilir.

Çalışmamızda, kanser tanısı almış olmanın "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır ($p=0,096$). Kanser tanısı alan (105,5) ve almayan (103,0) katılımcıların benzer tutum sergilemesi, literatürde yer alan Durmuş (2022) ve Kıyloğlu (2023) çalışmalarının bulgularıyla tutarlılık göstermektedir (153,172). Bu durum, McLeroy ve ark. (1988) tarafından halk sağlığı müdahalelerine uyarlanan ve bireysel davranışların kurumlar, topluluklar ve politikalarla iç içe geçtiğini savunan Sosyo-Ekolojik Model çerçevesinde değerlendirilebilir (176). Söz konusu modele göre tutum; yalnızca bireysel bir düzlemde değil, çevresel ve sistemsel faktörlerin dinamik etkileşimiyle şekillenmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda ulaşılan sonuçlar, tarama hizmetlerine yönelik tutumun inşasında kişisel hastalık öyküsü gibi bireysel deneyimlerden ziyade;

sağlık okuryazarlığı, hizmetlere toplumsal erişilebilirlik ve medyanın yarattığı farkındalık gibi yapısal ve kültürel katmanların belirleyici bir rol oynadığını düşündürmektedir.

Araştırmada idari personelin birinci derece akrabalarında kanser öyküsü bulunma durumunun Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır ($p=0,383$). Oğuz (2023) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde ailede kanser öyküsü olanların (100,50) ve olmayanların (97,00) tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,095$) (137). Her iki çalışmada da kanser öyküsü olan bireylerin tutum puan ortancalarının sayısal olarak bir miktar daha yüksek olması dikkat çekici olsa da bu farkın anlamlılık düzeyine ulaşmaması, tutumun şekillenmesinde ailevi deneyimler veya genetik risk algısı gibi "dışsal" faktörlerin tek başına yeterli olmadığını düşündürmektedir. Janz ve Becker (1984) tarafından yapılan kapsamlı incelemede, sağlıkta inanç modelinin bileşenleri arasında "algılanan engeller"in sağlık davranışlarını ve tutumlarını belirlemede en güçlü ve tutarlı açıklayıcı olduğu belirtilmiştir (177). Dolayısıyla, bireyin ailesinde kanser öyküsü olsa dahi, tarama davranışına yönelik tutumu; Janz ve Becker'in vurguladığı gibi "algılanan engeller" (korku, maliyet, ulaşım zorluğu vb.) gibi içsel süreçler tarafından etkileniyor olabilir.

Araştırma kapsamında, kanser nedeniyle bir yakını kaybeden katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum puan ortancası 103,0 olarak belirlenirken, böyle bir kaybı bulunmayanların ortancası 104,0 olarak saptanmış ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Elde edilen bu bulgu, literatürde yer alan ve benzer şekilde anlamlı bir fark saptamayan ($p=0,889$) Yılmaz (2022) çalışmasıyla paralellik sergilemektedir (135). Ailesinde veya yakın çevresinde kanser öyküsü bulunan bireylerde hastalık risk algısının ve buna bağlı olarak tarama motivasyonunun artması beklense de kanser sürecinin getirdiği yıkıcı zorluklara ve tedavi aşamalarındaki travmalara şahitlik etmek, Power ve Finnie'nin (2003) kanser kaderciliği ile ilgili makalesinde belirttiği gibi bireylerde "kötü bir sonuçla karşılaşma"

korkusunu tetikliyor ve bilinçaltında bir kaçınma mekanizması geliştiriyor olabilir (178).

Araştırmamızda idari personelin kanser tarama programları hakkındaki bilgi düzeylerinin, taramalara yönelik tutumlarını doğrudan etkilediği ve bilgi sahibi olan katılımcıların anlamlı derecede daha olumlu bir tutum sergilediği saptanmıştır ($p<0,001$). Elde edilen bu bulgu literatürdeki güncel çalışmalarla uyum içerisindedir. Yılmaz (2022) tarafından yapılan çalışmada da bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin tutum puanı ortalaması (104,1), bilgi sahibi olmayanlara (96,8) göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$). Benzer şekilde Bolat (2024), ulusal kanser tarama programları hakkında farkındalığı olan katılımcıların tutum ölçeği puan ortancasını 104,0, bilgi sahibi olmayanlarınkini ise 99,0 olarak bildirerek gruplar arasındaki farkın önemini ($p=0,001$) vurgulamıştır (135,143). Çalışmamızda bilgi sahibi olanların ortancasının 106,0, olmayanların ise 99,0 olarak bulunması, her iki kaynakla da paralellik göstermekte olup; kanser taramalarına ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılmasının, bireylerin bu taramalara karşı geliştirdikleri pozitif tutumu pekiştiren ve direnci kıran önemli bir faktör olduğunu desteklemektedir.

Araştırmamızda, kanser taraması yaptırmayı önerilen katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortancalarının (109,0), önerilmeyen katılımcılara (102,0) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bolat (2024) tarafından yapılan çalışmada da tarama önerilenlerin tutum puanı ortancasının (106,0), önerilmeyenlere (100,0) göre anlamlı düzeyde yüksek saptanması ($p=0,002$) çalışmamızı destekler niteliktedir. Benzer şekilde Filiz (2022), kanser taraması önerilen katılımcıların ölçek puanlarının (106,0), önerilmeyenlere (97,0) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu ($p=0,014$) belirtmiştir (136,143). Ayrıca Güllü ve ark. (2025) tarafından yapılan ve son bir yıl içinde aile hekimini ziyaret eden bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılım sıklıklarının daha yüksek olduğunu gösteren bulgular; sağlık profesyonelleri tarafından yapılan yönlendirme ve önerilerin, bireylerin kanser taramalarına karşı daha pozitif bir tutum geliştirmelerinde ve tarama bilincinin yerleşmesinde belirleyici bir dış motivasyon kaynağı olduğunu desteklemektedir (122).

Araştırmamızda Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) hakkında bilgi sahibi olan katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum puanlarının, haberdar olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,03$). Bolat (2024) tarafından yapılan çalışmada, KETEM farkındalığı olan grubun tutum puanı ortancası çalışmamızla uyum göstererek 104,0 olarak bulunmuş; ancak bu çalışmada haberdar olmayanların puanının (95,0) bizim çalışmamıza göre daha düşük olması sebebiyle gruplar arası farkın daha keskin olduğu ($p=0,003$) görülmüştür. Benzer bir eğilim sergileyen Oğuz (2023) ise, KETEM'i bilenler (103,0) ile bilmeyenler (85,0) arasındaki puan farkının çok daha geniş bir makasta olduğunu ve bu durumun ileri düzeyde anlamlılık taşıdığını ($p<0,001$) rapor etmiştir (137,143). Mevcut çalışmamızda gruplar arasındaki puan farkı literatürdeki diğer örneklerle kıyasla daha dar bir aralıkta seyretse de sonuçlar KETEM gibi kurumsal mekanizmaların tanınmasının bireylerde tarama bilincini pekiştirdiğini ve sağlık profesyonellerince yürütülen bilgilendirme faaliyetlerinin olumlu tutum geliştirmede önemli bir görevi olduğunu desteklemektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, kanser taraması yaptıran idari personelin, yaptırmayanlara kıyasla Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığını göstermektedir ($p<0,001$). Benzer şekilde, Tarakçı (2022) çalışmasında tarama yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında yaptıranlar lehine 4,5 puanlık anlamlı bir fark ($p<0,001$) bildirirken; Edis ve ark. (2025) son beş yıl içinde tarama yaptıranların yaptırmayanlara kıyasla yaklaşık 8,5 puan daha yüksek tutum skoruna sahip olduğunu ortaya koymuştur (179,180). Çalışmamızda tespit edilen 7,5 puanlık fark, kanserle mücadelede erken teşhis davranışını artırmak için bireylerdeki tutum ve algının olumlu yönde güçlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu bulgu, literatürde Champion (1999) tarafından mamografi taraması yaptıran kadınların, yaptırmayı düşünmeyenlere kıyasla anlamlı derecede yüksek fayda ve düşük engel algısına sahip olduğunu gösteren sonuçlarla uyum göstermektedir (181).

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik bilgileri Öztürk ve ark. 2023 yılında geliştirdiği Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ile ölçülmüştür. Ölçekten alınan

puanların ortalaması 16,2 olarak belirlenmiş olup katılımcılar ölçekten en az 0; en fazla 25 puan almıştır (Ölçekten en az 0, en fazla 25 puan alınabilmektedir). Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ölçek kullanım yönergesinde toplam ölçek puanının %70'i ve üzerinde (17,5 puan ve üzeri) puan alan katılımcıların yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu söylenebileceği belirtilmiştir. Katılımcıların %44,4'ü (n=177) Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nden 17,5 üzerinde puan almış olup (yeterli düzeyde bilgili); %55,6'sı (n=221) Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nden 17,5'tan az puan almıştır. Çelik'in 2024 yılında bir ASM'ye başvuran hastalarla yaptığı benzer bir çalışmada ölçekten alınan puanların ortalaması 13,76 olarak belirlenmiş olup çalışmamızdaki ortalamanın daha yüksek çıkmış olması grupların sosyo-demografik özellikleri ve eğitim düzeyi farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir (141).

Araştırma bulguları, idari personelin kanser taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini ve kadın katılımcıların (18 puan) erkeklere kıyasla (14 puan) daha yüksek bilgi puanına sahip olduğunu ortaya koymuştur ($p<0,001$). Elde edilen bu sonuç, literatürdeki güncel çalışmalarla büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Akbulak (2025) tarafından yapılan çalışmada kadınların (16,0) erkeklerden (15,0) daha yüksek puan aldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0,011$) saptanırken; Kantaş (2025) da benzer şekilde kadınların bilgi düzeyini (21,0) erkeklerden (18,0) anlamlı derecede yüksek ($p<0,001$) bulmuştur (142,144). Her üç çalışmada kadınların kanser taramaları konusunda erkeklere göre daha yüksek bir farkındalığa sahip olması ortak ve güçlü bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Bu sonucun temelinde, kadınlara yönelik yürütülen meme ve serviks kanseri tarama programlarının, erkekleri de kapsayan kolorektal kanser taramalarına kıyasla ulusal sağlık politikalarında çok daha uzun süredir yer alması ve daha köklü bir uygulama geçmişine sahip olması yatıyor olabilir (8). Ayrıca, Vaidya ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada da vurgulandığı üzere, kadınların genel olarak koruyucu sağlık hizmetlerini erkeklerden daha sık kullanma eğiliminde olmaları da bu yüksek bilgi ve farkındalık düzeyiyle yakından ilişkili olabilir (182).

Araştırmamızda katılımcıların yaş grupları ile kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup ($p<0,001$), yaş

ilerledikçe bilgi düzeyinin arttığı ve özellikle 30-39 yaş grubundaki bireylerin bilgi puanlarının 40 yaş ve üzerindeki tüm gruplardan anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu, Çelik (2024) tarafından yürütülen ve 34-49 yaş aralığındaki katılımcıların genç yaş gruplarına göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğunu ortaya koyan çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Benzer şekilde, 2017 yılı Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması verilerinde ücretsiz kanser taraması farkındalığının 45-59 yaş grubunda en yüksek düzeyde saptanması, buna karşın 15-29 yaş grubunda daha düşük seyretmesi, çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir (141,183). Yaşın ilerlemesiyle birlikte kronik hastalık riskinin artması ve bireylerin sağlık kuruluşlarıyla daha sık temas kurması, ayrıca ulusal kanser tarama programlarının hedef kitle olarak çoğunlukla 40 yaş ve üzerini kapsamaması, bu yaş grubundaki farkındalık ve bilgi birikiminin temel kaynağı olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamında idari personelin medeni durumlarına göre kanser taramalarına yönelik bilgi puanları incelendiğinde, evli katılımcıların ortalama puanı ile bekar, boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcıların ortalama puanının (17,0) aynı olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p=0,827$). Kantaş (2025) tarafından yapılan çalışmada da evli (ortalama: 20,0) ve bekar/boşanmış/eşi vefat etmiş (ortalama: 19,5) gruplar arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farklılık raporlanmamıştır ($p=0,101$). Literatürde Çimen ve Bayık-Temel (2017), aile yapısının bireyi sağlık bilgi kaynaklarına (doktor, internet, kitap) yönlendirdiğini ve bunun bir "eş desteği" mekanizması olarak işlediğini ifade etmişlerdir (142,184). Ancak çalışmamızdan elde edilen bulgu, eş desteğinin sağlık bilincini artırıcı rolünün, çalışma grubunda bilgi düzeyine doğrudan yansımadığını düşündürmektedir. Bu durum, bilginin aile içi etkileşimden ziyade; bireysel sağlık okuryazarlığı ve dijital bilgi kaynaklarına erişimin yaygınlaşmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma bulguları, 18 yaşından küçük çocuk sahibi olma durumunun idari personelin kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir ($p=0,076$). Elde edilen bu sonuç, literatürdeki bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Örneğin, Çelik (2024)

tarafından yapılan çalışmada, çocuk sahibi olan katılımcıların bilgi puanı ortalaması (14,61), olmayanlara (13,68) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (141). Ebeveynler, çocuklarına bakmak zorunda oldukları için kendi sağlıklarını koruma konusunda daha motive olabilirler. Ancak çalışmamızda farkın çıkmaması, günümüzde dijital bilgiye erişimin (internet, sosyal medya, kamu spotları) çok yaygınlaşmasıyla, çocuk sahibi olmayan bireylerin de sağlık taramaları konusunda ebeveynler kadar farkındalık geliştirmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek olan idari personelin kanser taramalarına yönelik bilgi puanlarının daha yüksek çıkması ve bu farkın anlamlı bulunması ($p=0,022$), yükseköğrenim sürecinin bireylere kazandırdığı "bilgiye erişme ve analitik düşünme" becerisinin koruyucu sağlık davranışlarına yansıdığını düşündürmektedir. Akbulak (2025) çalışmasında da eğitim seviyesi arttıkça medyan puanlarda (15,5'ten 16,0'a) artış gözlenmiş olsa da istatistiksel anlamlılığa ulaşamaması ($p=0,194$), söz konusu çalışmadaki katılımcıların eğitim dışındaki faktörlerinin bilgi düzeyini daha fazla etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir (144).

Bolat (2024), bizzat sağlık personeli olmanın kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyini anlamlı şekilde artırdığını ve sağlık çalışanlarının %84,8 gibi yüksek bir sıklıkla yeterli bilgiye sahip olduğunu vurgularken; bizim bulgularımızda ailesinde sağlık çalışanı olan katılımcıların bilgi ölçeği puan ortancasının, ailesinde sağlık çalışanı olmayanlarla benzer olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p=0,388$) (143). Bu durum, literatürdeki "dağıtılmış sağlık okuryazarlığı" kavramıyla açıklanabilir (185). Bireyler, ailelerindeki sağlık çalışanlarını birer "sağlık okuryazarlığı aracı" olarak konumlandırarak, karmaşık sağlık bilgilerini bizzat öğrenme ve içselleştirme sorumluluğunu büyük ölçüde bu kişilere devrediyor olabilir.

Araştırmamızda, idari personelin hane maddi durumundan memnuniyet düzeyleri ile kanser taramalarına yönelik bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p=0,412$) belirlenmişken; Bolat (2024) tarafından yapılan

çalışmada ekonomik durumun bilgi düzeyi üzerinde belirleyici bir faktör olduğu ve ekonomik durumu iyi olanların daha yüksek yeterlilik sergilediği ($p=0,047$) görülmektedir. Bolat'ın çalışmasında ekonomik refah arttıkça bilgi düzeyinin %56,0'dan %71,1'e yükselmesi, maddi imkanların bilgiye erişimdeki avantajını vurgulasa da mevcut çalışmamızdaki sonuçların farklılaşması "ekonomik durum" ile "ekonomik memnuniyet" arasındaki algı farkından kaynaklanmış olabilir (143).

Çalışmamızda katılımcıların genel sağlık durumu algısı ile Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,954$). Bulgularımız, sağlık durumu algısı "çok iyi-iyi" olanların (ortanca=17,0) "kötü-çok kötü" olanlara (ortanca=16,0) kıyasla daha yüksek puan alma eğiliminde olduğunu gösterse de bu durum istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır. Literatür incelendiğinde, Akbulak (2025) tarafından yapılan çalışmada da benzer bir tabloyla karşılaşmış; sağlık durumu "iyi" olan katılımcıların puan ortalaması (16,03), "Orta/kötü" olanlara (15,31) göre daha yüksek bulunmuş ancak bu fark istatistiksel anlamlı fark oluşturmamıştır ($p=0,066$) (144). Weinstein'a göre (1987) bireyler, geçmişte bir sağlık sorunu yaşamamışlarsa, gelecekteki risklerini de olduğundan düşük tahmin etme eğilimindedirler (186). Bu savunma mekanizması, kişinin kanser gibi kronik süreçlere dair bilgi edinme motivasyonunu sınırlıyor olabilir.

Araştırma kapsamında idari personelin tütün ürünü kullanma durumları ile Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,094$). Hiç tütün kullanmayanlar ile halen kullananların bilgi puanı ortancalarının (17,0) benzer olduğu, eskiden kullanmış olanların ise (16,0) bu grubu yakından takip ettiği görülmektedir. Elde edilen bu sonuçlar, Akbulak (2025) tarafından yapılan ve tütün kullanma durumuna göre bilgi puanları arasında anlamlı bir farklılık saptamayan ($p=0,136$) çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir (144). Tütün kullanıcılarının kendilerini riskli grupta görerek bu bilgilere daha fazla ilgi göstermesi gruplar arasındaki farkın kapanmasını sağlayan bir etken olabilir.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular, düzenli veya kısmen düzenli fiziksel aktivite yapan idari personelin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği puan

ortancalarının (17,0), aktivite yapmayanlara (15,0) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir ($p=0,002$). Bu sonuç düzenli egzersiz yapanların bilgi puanlarını anlamlı derecede yüksek bulan Kantaş (2025) çalışmasıyla (Evet ortanca: 21,0; Hayır ortanca: 19,0; $p=0,016$) paralellik arz etmektedir. Buna karşın Akbulak (2025) tarafından yapılan çalışmada, düzenli egzersiz durumuna göre bilgi puanları arasında bir fark saptanmamış (Evet/Hayır ortanca: 16,0; $p=0,527$) ve mevcut çalışma bulgularından farklılık göstermiştir (142,144). Çalışmamızdan elde edilen veriler, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam davranışlarını benimseyen bireylerin kanser farkındalığı gibi konularda daha yüksek bir bilinç düzeyine sahip olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada katılımcıların günlük sebze ve meyve tüketim miktarları, yemeklerdeki tuz kullanım tercihleri ve işlenmiş et tüketim sıklıkları ile Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p= 0,806$; $0,966$; $0,099$). Doğrudan aynı değişkenler ele alınmasa da literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Kantaş (2025) dengeli beslenme durumuna göre ($p=0,063$), Akbulak (2025) ise sağlıklı beslendiğini düşünme durumuna göre ($p=0,144$) bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Öte yandan Kenar (2023), kanser bilgi yükü arttığında kansere yönelik önleyici ve koruyucu davranışların azalış gösterdiğini belirterek, bilgi düzeyi ile davranış arasındaki ilişkinin karmaşıklığına dikkat çekmiştir (142,144,187). Bu durum, bireylerin kanser taramaları hakkında teorik bilgiye sahip olmalarına rağmen, beslenme gibi yaşam tarzı değişikliklerinde bu bilgiyi eyleme dönüştürmekte zorlanabileceklerini düşündürmektedir.

Araştırma bulguları, idari personelin hem kronik hastalık varlığına ($p=0,051$) hem de kişisel bir kanser tanısına sahip olma durumuna ($p=0,238$) göre kanser tarama bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını ortaya koymaktadır. Elde edilen bu sonuçlar; kronik hastalığın ($p=0,704$; $p=0,750$) ve kanser öyküsünün ($p=0,088$; $p=0,707$) bilgi puanlarına istatistiksel olarak anlamlı etki etmediğini rapor eden Kantaş (2025) ve Akbulak (2025) çalışmalarıyla paralellik arz etmektedir (142,144). Literatürle uyumlu olan bu tablo; sağlık sistemiyle sık temas

kurmanın veya bizzat hastalık deneyimi yaşamının, kanser taramalarına yönelik bilgi seviyesinde beklenen belirgin artışı sağlamadığını göstermektedir. Bu durum, bilgi birikiminin kişisel deneyimlerden ziyade toplumsal farkındalık ve genel sağlık okuryazarlığı gibi daha geniş kapsamlı faktörlerden etkilenebileceğini düşündürmekte; dolayısıyla farkındalık ve eğitim faaliyetlerinin sağlık statüsünden bağımsız olarak tüm personel grupları için genel bir ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular, birinci derece akrabalarında kanser öyküsü bulunan idari personelin kanser taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin, öyküsü bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymaktadır ($p=0,002$). Bu sonuç, ailede kanser öyküsü varlığının bilgi puanlarını anlamlı şekilde artırdığını bildiren Çelik (2024) çalışması ile paralellik gösterirken; birinci derece akrabada kanser tanısı varlığının bilgi düzeyinde anlamlı bir fark yaratmadığını saptayan Kantaş (2025) çalışması ile ($p=0,514$) farklılık arz etmektedir (141,142). Öte yandan çalışmamızda, ikinci derece akraba öyküsü ($p=0,079$) ve bir yakınının kanser nedeniyle kaybetme durumu ($p=0,604$) ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, literatürde benzer değişkenlerin anlamlı bir fark oluşturmadığını belirten Akbulak (2025) ve tanıdıklarda kanser öyküsünün etkisiz olduğunu ifade eden Kantaş (2025) bulgularıyla uyumludur (142,144). Elde edilen bu veriler ışığında, özellikle genetik yakınlığın en yüksek olduğu birinci derece akrabalarındaki kanser deneyiminin, bireyleri koruyucu sağlık davranışları ve tarama yöntemleri konusunda daha fazla bilgi edinmeye sevk ettiği, ancak akrabalık bağı uzaklaştıkça veya genel kayıplar yaşandıkça bu farkındalığın bilgi düzeyine yansımalarının sınırlı kaldığı söylenebilir.

Çalışmamızda kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu beyan eden idari personelin bilgi ölçeği puan ortancasının (19,0), bilgi sahibi olmayanlara (14,0) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Literatür incelendiğinde elde ettiğimiz sonuçların benzer çalışmalarla paralellik gösterdiği görülmektedir; nitekim Bolat (2024) tarafından yapılan araştırmada, tarama programları hakkında bilgi sahibi olanların %59,7'sinin ölçekten yeterli puan

aldığı, bilgi sahibi olmayanlarda ise bu oranın %40,3'te kaldığı bildirilmiştir ($p < 0,01$). Benzer şekilde Akbulak (2025) çalışmasında da tarama programları hakkında bilgilendirilen grubun puan ortancası (16), bilgilendirilmeyen gruba (15) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,011$) (143,144). Gerek çalışmamız gerekse literatürdeki bulgular Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeğinin "bilen" ile "bilmeyen" grupları birbirinden ayırmada rastlantısal bir sonuç üretmediğini, aksine bilgi düzeyindeki farklılıkları yakalayabildiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda kanser taraması önerilen katılımcıların bilgi düzeyi puanlarının, öneri almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Literatürde Kantaş (2025) ve Akbulak (2025) tarafından yapılan çalışmalar da tarama önerisi alan grupların bilgi puanı ortancalarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (142,144). Elde edilen bulgularla sağlık personeli tarafından yapılan tarama önerilerinin sadece bir prosedür değil, aynı zamanda bireyi eğiten ve kanser taramalarına dair bilinç düzeyini artıran önemli bir müdahale aracı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda KETEM'den haberdar olan katılımcıların bilgi puanı ortancasının (18,0), haberdar olmayanlara (13,0) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunması ($p<0,001$) Bolat (2024) tarafından yapılan çalışmadaki KETEM farkındalığı olan bireylerin %91,7'sinin bilgi ölçeğinden yeterli puan aldığı, haberdar olmayanlarda ise bu sıklığın %8,3'te kaldığı bulgusuyla uyumludur ($p<0,001$) (143). Her iki çalışmanın sonuçları, sağlık kurumlarına dair kurumsal farkındalığın sadece bir "isim bilinirliği" olmadığını, aynı zamanda bireylerin sağlık okuryazarlığını ve kanser tarama prosedürlerine dair bilgi birikimini artıran önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, toplumda KETEM gibi özelleşmiş merkezlerin görünürlüğünü artırmaya yönelik yapılacak bilgilendirme faaliyetlerinin, dolaylı olarak toplumun kanser taramalarına dair bilinç düzeyini de yukarı çekeceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmadan elde edilen bulgular, kanser taraması yaptıran idari personelin bilgi puan ortancalarının (20,0), yaptırmayanlara (16,0) kıyasla istatistiksel olarak

anlamli derecede yu'kse'k oldu'ğunu ($p<0,001$) ortaya koymaktadır. Literatür incelendiğinde, Öztürk ve Uyar (2023) ile Çelik'in (2024) çalışmalarında tarama yaptıran bireylerin bilgi puanlarının yaptırmayanlara göre anlamli düzeyde yu'kse'k oldu'ğu saptanmış, Kantaş (2025) ise tarama testlerini düzenli yaptıranların bilgi düzeylerinin hiç yaptırmayanlardan daha üstün oldu'ğunu vurgulayarak bu ilişkiyi desteklemiştir (141,142,148). Bu sonuç, bireylerin kanser tarama süreçleri ve erken teşhisin önemi hakkında do'ğru bilgiye sahip olmalarının, tarama programlarına katılım motivasyonunu artırıcı bir faktör oldu'ğunu düşündürmektedir.

Araştırmada kadın idari personelin %41,1'inin, erkek personelin ise %11,6'sının kanser taraması yaptırdığına yönelik elde edilen istatistiksel olarak anlamli fark ($p<0,001$); Bolat (2024), Tekpınar ve ark. (2018) ile Yeğenler (2021) tarafından gerçekleştirilen ve kadınların tarama katılımında önde oldu'ğunu vurgulayan literatür bulgularıyla uyum içerisindedir (134,143,188). Cinsiyetler arasındaki bu farklılığın, Türkiye'deki Ulusal Kanser Tarama Programı'nda yer alan üç temel taramadan ikisinin (meme ve serviks) doğrudan kadınlara yönelik olması ve bu taramaların erkeklerin katılabildiği tek seçenek olan kolorektal taramadan (50 yaş) çok daha erken yaşlarda (30 ve 40 yaş) başlaması gibi yapısal nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna ek olarak kadınların; üreme sağlığı ve çocuk izlemleri gibi süreçler vesilesiyle Aile Sağlığı Merkezleri ile daha sık temas kurmaları, bu temaslar sırasında aldıkları "fırsatçı eğitimler" ve koruyucu hekimliğe yönelik sergiledikleri daha duyarlı tutum, tarama sıklıklarındaki kadın lehine olan bu farkı artırıyor olabilir. Her iki grubun da etkili bir kanser kontrolü için tarama hedefi olan %70 eşiğinin oldukça altında kalması, tarama bilincinin geliştirilmesi gerekliliğini bir kez daha gözler önüne sermektedir.

Araştırmada katılımcıların medeni durumları ile kanser taraması yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki saptanmış olup ($p<0,001$), boşanmış veya eşi vefat etmiş bireylerin %60,0 ile en yu'kse'k, bekar bireylerin ise %22,1 ile en düşük tarama sıklığına sahip oldu'ğu görülmektedir. Bu bulgular, benzer şekilde bekar bireylerde %13,2, evlilerde %35,2 ve boşanmış/eşi vefat etmiş bireylerde %44,4 oranında tarama katılımı bildiren Bolat (2024) çalışması ile paralellik göstermektedir (143). Her iki çalışmada da boşanmış veya eşi vefat etmiş bireylerin

en yüksek tarama katılım sıklığına sahip olması, bu grubun genellikle daha ileri yaşta olması nedeniyle sağlık risklerine dair farkındalıklarının artmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda, işlenmiş et tüketimi düşük olan veya hiç olmayan katılımcıların kanser taramasına katılma oranının (%37,8), işlenmiş et tüketenlere (%25,0) göre anlamlı derecede yüksek bulunması ($p=0,041$), bireylerin sağlık davranışlarını bir bütün olarak sergilediğini göstermektedir. Bu bulgu, Borlu ve ark. tarafından vurgulanan; risk faktörlerinden kaçınmayı içeren birincil korunma ile erken teşhisi hedefleyen ikincil korunma süreçlerinin birbirini desteklediği bilgisiyle tam bir uyum içerisindedir. Altunbaş'ın (2022) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada, kanserojen gıda tüketmeyenlerin taramalara yönelik daha olumlu tutum sergilemesi, beslenme disiplinine sahip bireylerin genel sağlık motivasyonlarının daha yüksek olduğunu destekler niteliktedir (189,190).

Araştırmadan elde edilen bulgular, kronik hastalığı olan idari personelin kanser tarama testlerine katılım oranının (%45,4), kronik hastalığı olmayanlara (%27,6) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir ($p=0,001$). Bu sonuç, literatürde yer alan ve kronik hastalığı olan bireylerin %84,9'unun, olmayanların ise %15,1'inin tarama yaptırdığını saptayan Şeker ve İşsever (2024) çalışmasının bulguları ile ($p=0,005$) paralellik göstermektedir (168). Her iki çalışmada da kronik hastalığı bulunan bireylerin tarama sıklıklarının daha yüksek seyretmesi; bu kişilerin mevcut hastalıklarının takibi nedeniyle sağlık kuruluşlarını daha sık ziyaret etmeleri, sağlık profesyonelleriyle daha yoğun etkileşim içinde olmaları ve bu süreçte koruyucu sağlık hizmetlerine dair daha fazla yönlendirme almaları ile ilişkili olabilir.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen non-parametrik analizler neticesinde, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki sergilediği saptanan; cinsiyet, yaş grupları, kronik hastalık varlığı, kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma, katılımcıya kanser taraması önerilme durumu, KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) farkındalığı ve kanser taraması yaptıрма durumu değişkenleri çoklu doğrusal regresyon modellerine dahil edilerek

incelenmiştir. Söz konusu bağımsız değişkenlerin tutum üzerindeki açıklayıcı etkilerine ilişkin bulgular, literatür ışığında aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmamızın bulguları ve Tarakçı (2022) çalışması, cinsiyetin kanser taramasına yönelik tutum üzerindeki etkisini benzer bir doğrultuda ancak farklı ağırlıklarda ortaya koymaktadır. Tarakçı (2022) çalışmasında, erkek cinsiyete sahip olmanın tutum puanını anlamlı ve negatif yönde etkilediği ($B=-2,553$; $p<0,01$), hatta bu değişkenin modeldeki en güçlü açıklayıcı olduğu bildirilmiştir (179). Bu sonuç çalışmamızdaki kadın cinsiyetin tutum puanı üzerindeki anlamlı ve pozitif etkisi ($B=4,515$; $p<0,05$) ile örtüşmekte; her iki çalışmadaki kadınların kanser taramalarına karşı erkeklere kıyasla daha olumlu bir tutum içerisinde olduğunu doğrulamaktadır. Bununla birlikte, çalışmamızda Model 1’de anlamlı olan cinsiyet etkisinin, farkındalık ve davranış değişkenlerinin eklendiği Model 2’de anlamlılığını yitirmesi, Tarakçı (2022)’nin cinsiyeti birincil belirleyici gören bulgusundan farklılaşmaktadır. Çalışmamızın yapıldığı grupta cinsiyetin tutum üzerindeki etkisinin, bireylerin tarama programları hakkındaki bilgi düzeyi ve geçmiş deneyimleri tarafından gölgelendiği görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen Model 1 bulguları, 55-64 yaş grubunda yer almanın kanser taramasına yönelik tutum puanlarını anlamlı ve pozitif yönde etkilediğini ($B=5,644$; $p<0,05$) ortaya koymaktadır; bu durum Oğuz (2022) tarafından ulaşılan, yaş değişkeninin tutum puanları üzerinde pozitif yönlü bir açıklayıcı olduğu ($B=0,243$; $p=0,001$) sonucu ile önemli ölçüde paralellik arz etmektedir (137). Her iki çalışma da yaşın ilerlemesiyle birlikte kanser riskine dair farkındalığın artmasının veya sağlık bilincinin olgunlaşmasının, tarama programlarına karşı daha olumlu bir tutum geliştirilmesine katkı sağladığını destekler niteliktedir. Ancak mevcut araştırmanın ikinci modelinde, tarama yaptıрма durumu ve bilgi düzeyi gibi değişkenler analize dahil edildiğinde yaşın anlamlı bir açıklayıcı olmaktan çıkması, yaşın tutum üzerindeki etkisinin aslında bireylerin edindiği deneyim ve bilgi birikimiyle yakından ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Özetle, Oğuz (2022)’un yaşa bağladığı bu anlamlı etki, mevcut çalışmada farkındalık ve davranış değişkenleri modele eklendiğinde ortadan

kalkmaktadır. Bu durum, yaşın tutum üzerindeki asıl etkisinin aslında bireyin bilgi düzeyi ve tarama deneyiminden kaynaklandığını göstermektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular, Model 1 kapsamında değerlendirilen sağlık durumu değişkenlerinden biri olan kronik hastalık varlığının kanser taramasına yönelik tutum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir açıklayıcı olmadığını göstermektedir. Bu sonuç, Filiz (2022) tarafından yapılan ve kronik hastalık varlığının tarama ölçeği puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığını ($p = 0,894$) belirten çalışma ile paralellik sergilemektedir (136). Her iki çalışmada da elde edilen bu benzerlik, kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın getirdiği sağlık sistemiyle i ie olma durumunun, kanser taramalarına karşı her zaman daha pozitif bir tutuma dönüşmediğini düşündürmektedir. Bu durum, bireylerin mevcut kronik hastalıklarının tedavi süreçlerine odaklanırken kanser taraması gibi önleyici sağlık hizmetlerini bir "öncelik" olarak görmemeleri veya mevcut hastalık yükünün yeni bir tarama sürecine karşı isteksizlik yaratması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular, kanser tarama programlarına yönelik bilgi düzeyinin, bireylerin bu taramalara karşı geliştirdikleri tutumu şekillendiren en temel ve belirleyici unsurlardan biri olduğunu ortaya koymaktadır ($B=3,003$; $p<0,05$). Bu sonuç, literatürde Yılmaz (2022) tarafından gerçekleştirilen ve kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma durumunun KTYTÖ puanlarını pozitif yönde ($B=4,4$; $p<0,05$) etkilediğini saptayan araştırma verileriyle uyum içerisindedir (135). Model 2 sonuçlarında görüldüğü üzere, tarama programları hakkında bilgi sahibi olmanın tutum puanını artıran en güçlü açıklayıcılar arasında yer alması, bireylerin prosedürler, erken teşhisin sağladığı avantajlar ve hizmete erişim yolları hakkında farkındalık kazandıkça tarama sürecine daha pozitif bir yaklaşım sergilediklerini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular literatürdeki sonuçlarla karşılaştırıldığında belirgin farklılıklar sergilemektedir. Yılmaz (2022) alışmasında KETEM'e gitmiş olmanın tutum puanını 4,3 birim artırdığını ($p<0,05$), Oğuz (2023) ise KETEM'i bilme durumunun tutum üzerinde 9,162 birimlik oldukça yüksek ve istatistiksel olarak

anlamli ($p<0,001$) bir artış sağladığını saptamıştır (135,137). Buna karşın, mevcut çalışmamızda regresyon analizinde KETEM'den haberdar olmanın negatif bir katsayıya sahip olduğu (-1,016) ve istatistiksel anlamlılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Öte yandan, kanser taraması önerilme durumu (1,861; $p>0,05$) Filiz (2022) çalışmasındaki anlamlı olmayan bulgularla (4,507; $p=0,133$) paralellik göstermektedir (136). Literatürdeki bu zıtlıklar; kurumsal farkındalığın sadece "bilme" düzeyinde kalmasının veya tarama önerisinin motivasyonel bir derinliğe sahip olmamasının tutumu tek başına değiştirmeye yetmediğini, bireysel deneyimlerin veya psikososyal bariyerlerin daha baskın olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, daha önce kanser taraması yaptırmış olmanın tutum puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (B:5,236; $p<0,05$). Bu sonuç, Tarakçı (2022) tarafından yapılmış olan ve geçmiş tarama deneyiminin anlamlı bir açıklayıcı olduğunu gösteren bulgularla ($p=0,021$) paralellik sergilemektedir (179). Hagger ve ark. (2023) tarafından yapılan meta-analiz çalışması geçmiş davranışların hem niyet oluşumu hem de alışkanlık gücü üzerinde anlamlı ve doğrudan bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur (191). Bu bulgular, geçmiş sağlık deneyimlerinin bireyin gelecekteki niyetlerini ve otomatik davranış kalıplarını belirleyerek sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde önemli bir rol oynayabileceğini desteklemektedir.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen non-parametrik analizler neticesinde, Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki sergilediği saptanan; cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeyi, düzenli fiziksel aktivite yapma, kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma, katılımcıya kanser taraması önerilme durumu, KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) farkındalığı ve kanser taraması yaptıрма durumu değişkenleri çoklu doğrusal regresyon modellerine dahil edilerek incelenmiştir. Söz konusu bağımsız değişkenlerin tutum üzerindeki açıklayıcı etkilerine ilişkin bulgular, literatür ışığında aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmadan elde edilen regresyon analizi sonuçları, kadın cinsiyetin kanser taramasına yönelik bilgi düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir

açıklayıcı olduğunu göstermektedir; bu bulgu, literatürdeki Kantaş (2025) ve Akbulak (2025) çalışmalarının sonuçlarıyla uyum içerisindedir (142,144). Her üç çalışmada da kadın katılımcıların erkeklere kıyasla daha yüksek bilgi puanına sahip olması kadınların kanser taramaları konusundaki hassasiyetlerinin daha yüksek olabileceğine işaret etmektedir. Çalışmamızda tarama programlarına dair farkındalık değişkenleri (KETEM farkındalığı vb.) modele eklendiğinde açıklanan varyansın %33,2'ye yükselmesi ve kadın olma durumunun anlamlılığını koruması, cinsiyet faktörünün bilgi düzeyi üzerindeki etkisinin sadece genel demografik bir farktan ibaret olmadığını, aynı zamanda kurumsal farkındalıkla da desteklendiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda yaş değişkeninin kanser taramasına yönelik bilgi düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde, ileri yaştan bilgi puanlarını pozitif yönde etkileyen temel bir açıklayıcı olduğu görülmektedir. Model 1 sonuçlarına göre, tüm yaş gruplarının ve özellikle 55-64 yaş aralığının ($B=3,871$; $p<0,001$) bilgi düzeyi üzerinde en güçlü etkiye sahip olması, Çelik (2024) tarafından paylaşılan ve 34 yaşından itibaren yaş ilerledikçe farkındalık puanlarının arttığını gösteren bulgularla paraleldir (141). Her iki çalışma da yaşla beraber artan sağlık riski algısının ve hayat tecrübesinin, bireyleri kanser taramaları konusunda daha donanımlı olmaya ittiğini düşündürmektedir. Ancak bu çalışmanın özgün bir bulgusu olarak; Model 2'de 40-54 yaş grubunun istatistiksel anlamlılığını yitirmesi, bu yaş aralığındaki bilgi düzeyinin aslında yaştan ziyade KETEM farkındalığı gibi dışsal bilgi kaynaklarına bağlı olduğunu göstermektedir. Buna karşın çalışmamızda 55-64 yaş grubunun her iki modelde de anlamlılığını koruması ($B=1,703$; $p<0,05$), bu gruptaki bireylerin diğer faktörlerden bağımsız olarak daha yerleşik bir kanser tarama bilgisine sahip olduklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızın bulguları, genel eğitim düzeyinin kanser tarama bilgi düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir açıklayıcı olmadığını ortaya koymaktadır. Kantaş (2025), üniversite ve üzeri öğrenim görmüş olmanın bilgi puanları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etki yarattığını ($B = 2,089$; $p = 0,007$) ve bu durumun istatistiksel olarak güvenilir bir artış sağladığını saptamıştır (142). Çalışmamızda eğitimin istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması, özellikle Model 2'de görüldüğü üzere, kanser

tarama programlarına dair spesifik bilgi sahibi olma ve KETEM farkındalığı gibi doğrudan bilgi kaynaklarının genel akademik eğitim seviyesinin önüne geçmesiyle açıklanabilir. Bu durum, toplum tabanlı sağlık eğitimlerinin ve KETEM gibi merkezlerin yürüttüğü farkındalık çalışmalarının, eğitim seviyesi farklarını minimize ederek her kesimden bireyde kanser tarama bilincini yükseltme potansiyeline sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda düzenli fiziksel aktivite yapmanın kanser tarama bilgi düzeyi üzerinde pozitif ve anlamlı bir açıklayıcı olduğu ($B=1,732$; $p<0,05$) saptanırken; bu durum Kantaş (2025) çalışmasında pozitif bir etki katsayısına sahip olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ($p=0,076$) ulaşamamıştır (142). İki çalışma arasındaki bu farklılığın, regresyon modellerine dahil edilen açıklayıcı değişkenlerin yapısından ve değişkenler arası etkileşim dinamiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kantaş (2025) çalışmasının regresyon tablosu incelendiğinde, modelde mevcut çalışmadan farklı olarak gelir düzeyi, aile hekimine başvuru sıklığı ve özellikle istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunan "üniversite ve üzeri öğrenim düzeyi" ($p=0,007$) gibi faktörlerin yer aldığı görülmektedir. Literatürde düzenli egzersiz yapma alışkanlığının yüksek eğitim ve gelir düzeyi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (192); dolayısıyla Kantaş'ın (2025) modelinde yüksek öğrenim düzeyinin bilgi puanı üzerindeki güçlü etkisi, egzersiz yapma davranışının açıklayacağı varyansı kendi üzerine çekmiş ve bu durum egzersizin tek başına bağımsız açıklayıcı gücünün anlamlılığını yitirmesine yol açmış olabilir.

Araştırma bulgularımız sağlık profesyonelleri veya çevre tarafından yapılan kanser tarama önerisinin bilgi düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir açıklayıcı olmadığını göstermektedir. Bu sonuç, Kantaş (2025) ve Akbulak (2025) tarafından yürütülen ve önerinin anlamlı bir etkisinin saptanmadığı çalışma verileriyle de desteklenmektedir (142,144). Model 2'deki bulgularla birlikte değerlendirildiğinde, tarama programları hakkında bilgi sahibi olmanın ve kurumsal farkındalığın (KETEM) bilgi düzeyini artıran en güçlü unsurlar olması, pasif bir tavsiye alma sürecinin tek başına yeterli olamayabileceğini, bireyin bilinçli bir farkındalık düzeyine erişmesinin daha belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızın bulguları, katılımcıların geçmişte bir kanser tarama programına dahil olma deneyiminin bilgi düzeyi üzerinde istatistiksel olarak belirleyici bir etkisi olmadığını ortaya koymaktadır. Elde edilen bu sonuç, Çelik (2024) tarafından yürütülen ve tarama programına katılma durumunun bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığını ($p=0,470$) belirten çalışma bulgularıyla uyum içerisindedir (141). Analiz sonuçlarına göre, bireylerin bilgi düzeyini artıran asıl kritik faktörlerin tarama sürecini fiilen deneyimlemekten ziyade, programlar hakkında teorik bilgi sahibi olmak ve KETEM gibi kurumsal mekanizmalara yönelik farkındalık geliştirmek olduğu anlaşılmaktadır. Söz konusu durum, sağlık kurumlarındaki tarama süreçlerinin katılımcılar için her zaman kapsamlı bir öğrenme çıktısına dönüşemeyebileceğini düşündürmektedir.

7. SONUÇLAR

- Araştırmaya katılan 398 personelin %63,6'sı kadın, %36,4'ü erkektir; katılımcıların yaş ortalaması 45,53 ($\pm 8,55$) olarak saptanmıştır.
- Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%65,3) üniversite mezunudur ve yarıdan fazlası (%56,0) "Bilgisayar İşletmeni" kadrosunda görev yapmaktadır.
- İdari personelin %75,6'sının çekirdek ailesiyle yaşadığı, %68,3'ünün ise evli olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların sağlık algıları incelendiğinde; %47,4'ü genel sağlık durumunu "iyi" olarak değerlendirmiş, sağlık hizmeti için en sık başvurulanan kurumlar sırasıyla devlet hastaneleri (%35,4) ve üniversite hastaneleri (%33,7) olmuştur.
- Personelin %53,2'si hiç tütün ürünü kullanmadığını, %57,1'i hiç alkol kullanmadığını belirtirken %30,2'si halen tütün ürünü kullanmaya devam ettiğini belirtmiştir.
- Fiziksel aktivite açısından katılımcıların ancak %25,9'unun düzenli egzersiz yaptığı, %52,2'sinin ise bu durumu sadece "kısmen" sürdürebildiği görülmüştür.
- Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; personelin %73,4'ü günde ortalama bir porsiyon meyve, %74,1'i ise bir porsiyon sebze tükettiğini; %53,0'ü yemeklerini normal tuzlu yediğini, %73,1'i işlenmiş eti çok az veya hiç tüketmediğini belirtmiştir.
- Katılımcıların %38,9'unun doktor tanılı en az bir kronik hastalığı vardır ve bu hastalıklar arasında tiroid hastalıkları (%29,7) , diyabet (%25,2), hipertansiyon (%22,6) ilk sıralarda yer almaktadır.
- Araştırma grubunda doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı olanların sıklığı %3,5'tir; meme kanseri en sık görülen türdür (%21,4).
- İdari personelin önemli bir kısmında (%23,4 birinci derece, %34,4 ikinci derece) ailevi kanser öyküsü bulunurken, katılımcıların yarıdan fazlasının (%51,8) kanser nedeniyle bir yakını kaybettiği görülmüştür.

- Katılımcıların %53,8'i kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.
- Hakkında en fazla bilgi sahibi olunan tarama programı %87,4 ile meme kanseri iken, en az bilgi sahibi olunan %44,9 ile kolon kanseri taramasıdır.
- Kanser tarama programları hakkında en önemli bilgi kaynağı %48,6 ile aile hekimleri, ardından %36,9 ile sosyal medya platformlarıdır.
- Katılımcıların yalnızca %30,4'üne bir sağlık profesyoneli veya çevreleri tarafından kanser taraması yaptırması önerilmiştir.
- Katılımcıların %76,9'u Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden (KETEM) haberdar olduğunu belirtmiştir.
- Araştırmaya katılanların yalnızca %34,8'i daha önce en az bir kez kanser taraması yaptırmıştır.
- Yaptırılan taramalar içinde ilk sırada %81,2 ile meme kanseri taraması gelmekte, bunu %66,9 ile serviks kanseri taraması izlemektedir.
- Tarama hizmeti almak için personelin en çok üniversite hastanelerini (%49,1) tercih ettiği, bunu %36,6 sıklığıyla KETEM'lerin takip ettiği belirlenmiştir.
- Kanser taraması yaptırma davranışında en etkili motivasyon kaynağı bireylerin "taramaların sağlıkları için önemli olduğunu düşünmesi" (%64,3) iken, ikinci etkili faktör "ailede kanser hastası bulunması" (%32,1) olmuştur.
- Tarama yaptırmamış olan personelin çok büyük bir kısmı (%80,9), bu durumun en temel nedeni olarak "herhangi bir şikâyetinin olmamasını" göstermiştir.
- Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortancası 103,0 (1.-3. Çeyreklik: 93,0-111,25) olarak saptanmıştır.
- Katılımcıların tutum ölçeğinde en yüksek katılım gösterdiği önerme %82,8 ile "Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim" olmuştur.

- Kadınların, 55-64 yaş grubundakilerin, 18 yaşından küçük çocuğu olmayanların ve kronik hastalığı bulunanların, kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olanların, kendisine tarama yaptırmayı önerilenlerin, KETEM'den haberdar olanların ve daha önce tarama yaptırmış olanların kanser taramasına yönelik tutum puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.
- Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği puan ortancası 17,0 (1.-3. Çeyreklik: 13,0-20,0) olarak belirlenmiştir.
- Katılımcıların %44,4'ü bilgi ölçeğinden yeterli düzeyde (17,5 puan üzeri) puan alırken, %55,6'sının bilgi düzeyi yetersiz bulunmuştur.
- Bilgi ölçeğinde en yüksek "bilmiyorum" sıklıkları kolon kanseri ile ilişkili sorularda (dışkıda gizli kan testi sıklığı %71,8; yöntemin tanınması %61,6; kolonoskopi gerekliliği %60,5) toplanmış olup; benzer şekilde HPV testi periyodu (%57,6), ulusal program varlığı (%54,8), taramaların ücretsiz oluşu (%48,2) ve erken yaşta klinik meme muayenesi (%45,0) gibi konularda da katılımcıların belirgin bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır.
- Bilgi ölçeği sonuçlarına göre; kadınlar, ileri yaş grubundakiler, üniversite/lisansüstü mezunları, düzenli fiziksel aktivite yapanlar, birinci derece akrabasında kanser öyküsü olanlar, kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenler, kendisine tarama yaptırmayı önerilenler, KETEM'den haberi olanlar ve daha önce kanser taraması yaptırmış olanlar anlamlı derecede daha yüksek bilgi puanına sahiptir.
- Cinsiyet ve medeni durumun kanser taraması yaptırmama durumu üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu; kadınların ve boşanmış/eşi vefat etmiş bireylerin daha fazla tarama yaptırdığı saptanmıştır.
- Regresyon analizi sonuçlarına göre; 18 yaşından küçük çocuk sahibi olma (negatif yönde), tarama programları hakkında bilgi sahibi olma ve daha önce tarama yaptırmış olma durumları tutum puanını etkileyen en önemli bağımsız değişkenlerdir.

- Regresyon analizi sonuçlarına göre bilgi puanını etkileyen en güçlü değişkenler ise; cinsiyet (kadın), ileri yaş (55-64), fiziksel aktivite, KETEM farkındalığı ve tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumudur.
- Kansere taramalarına yönelik bilgi düzeyi ile tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$), pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir korelasyon ($r=0,380$) tespit edilmiştir.

8. ÖNERİLER

- Çalışmamızda tarama yaptırmayanların (katılımcıların %65,2'sinin) %80,9'u gerekçe olarak "şikayetin olmamasını" göstermektedir. Bu sebeple kanser taramalarının belirti yokken yapılması gerektiğini ve erken teşhisin önemini vurgulayan farkındalık çalışmaları düzenlenebilir.
- Hakkında en az bilgi sahibi olunan (%44,9) ve en az tarama yapılan (%18,7) tür olan kolon kanseri için; gaitada gizli kan testi (GGK) ve kolonoskopinin önemi ve uygulama sıklığı üzerine spesifik eğitim modülleri oluşturulabilir.
- Kadınların tutum ve bilgi puanlarının anlamlı derecede yüksek olması göz önünde bulundurularak, erkek personelin katılımını artıracak, prostat ve kolorektal kanser odaklı günler organize edilebilir.
- Sosyal medyanın idari personel için önemli bir bilgi kaynağı olduğu göz önüne alınarak, üniversitenin resmi kanalları üzerinden HPV testi periyotları ve klinik meme muayenesi gibi teknik detayları içeren kısa, kanıta dayalı videolar ve infografikler paylaşılabilir.
- 30-39 yaş grubundaki bilgi düzeyinin düşüklüğü dikkate alınarak, tarama yaşına henüz girmiş/girmemiş bu gruba yönelik bilgilendirme önceliklendirilebilir.
- 18 yaşından küçük çocuğu olanların tutum puanlarının düşük olması nedeniyle, ebeveynlik sorumlulukları ile kişisel sağlık arasındaki dengeyi vurgulayan ve "Çocuklarınız için sağlıklı kalın" mesajı veren psikososyal yaklaşımlar geliştirilebilir.
- Personelin tarama yaptırmak için üniversite hastanelerini tercih etme eğilimi (%49,1) fırsata çevrilerek, Hacettepe bünyesindeki birimlerle koordineli şekilde "Kampüste Tarama Haftaları" düzenlenebilir.
- Tarama yaptırmak isteyen personele, randevu günlerinde "Sağlık İzni" gibi idari kolaylıklar sağlanarak tarama için zaman bulamama bariyeri ortadan kaldırılabilir.

- Personelin %23,1'inin KETEM hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir. Bu farkındalığı artırmak adına, KETEM mobil tarama araçlarının belirli aralıklarla kampüsü ziyaret etmesi sağlanabilir.
- İş yeri hekimlerinin periyodik muayenelerde personeli kanser taramalarına yönlendirmesi görev tanımları arasında daha aktif yer almalıdır.
- Daha önce tarama yaptırmış olan personelin olumlu deneyimlerini paylaşabileceği whatsapp/facebook vb. grupları kurularak kişilerin deneyimlerinden faydalanılabilir.
- Meyve ve sebze tüketiminin ulusal ve DSÖ ortalamalarının altında kalması nedeniyle, üniversite yemekhanelerinde porsiyonların artırılması ve "sağlıklı tabak" modellerinin teşvik edilmesi gerekmektedir.
- Fiziksel olarak "kısmen" aktif olan %52,2'lik grubun düzenli aktiviteye geçişini sağlamak için kampüs içi yürüyüş yolları, spor salonu indirimleri veya öğle arası egzersiz grupları teşvik edilmelidir.
- Halen tütün ürünü kullanan %30,2'lik kesim için kurum içi tütün bırakma polikliniklerine yönlendirme mekanizması güçlendirilmelidir.
- Kronik hastalığı olanların tarama tutumlarının yüksek olması fırsat bilinerek, bu hastaların rutin kontrollerine kanser tarama hatırlatıcıları entegre edilebilir.
- Taramalar konusunda en önemli bilgi kaynağının aile hekimleri olması nedeniyle, personelin kayıtlı olduğu aile hekimleri ile sistem üzerinden iletişime geçilerek iş birliği yapılabilir.
- Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran personelin (özellikle üniversite hastanesinde), yaş ve risk grubuna göre otomatik bir uyarı sistemiyle taramaya yönlendirilmesi sağlanabilir.
- Katılımcıların yarısından fazlasının Ulusal Kanser Tarama Programı'ndan ve taramaların ücretsiz olduğundan habersiz olması

nedeniyle, yerleşke içindeki fiziksel panolar ve dijital ekranlarda bu bilgilerin sabit bir duyuru olarak kalması sağlanmalıdır.

- Birinci derece akrabasında kanser olanların daha yüksek bilgi ve katılım düzeyine sahip olduğu gerçeğiyle, bu kişilere "genetik danışmanlık" hizmetlerine erişim kolaylığı sunulabilir.
- Sağlık profesyonellerinin önerisinin kanser taraması yaptırmadaki etkisi nedeniyle, sadece aile hekimlerinin değil, tüm branş hekimlerinin kanser tarama hatırlatması yapması yönünde rehberler güncellenebilir.
- Tarama yaptırmamanın altındaki psikolojik nedenleri ve "korku" bariyerini daha derinlemesine incelemek için odak grup görüşmeleri yapılabilir.

9. KAYNAKLAR

1. National Cancer Institute [Internet]. 2007 [cited 2024 Oct 4]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
2. World Health Organization [Internet]. [cited 2024 Oct 4]. Cancer. Available from: <https://www.who.int/health-topics/cancer>
3. International Agency for Research on Cancer [Internet]. [cited 2024 Oct 4]. Cancer Tomorrow. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today/>
4. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. [Internet]. [cited 2024 Oct 4]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today/>
5. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2020 [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2020.pdf
6. Veri Portalı [Internet]. [cited 2026 Apr 7]. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri - 2024. Available from: <https://veriportali.tuik.gov.tr>
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [Internet]. [cited 2024 Oct 4]. Kanser Taramaları. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
8. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser Kontrol Programı [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf
9. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018 [Internet]. Available from:

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf

10. Herkes İçin Sağlık - Halk Sağlığına Yönelik Bilgiler [İnternet]. [cited 2026 Mar 10]. Kanser Nedir? Available from: <https://his.saglik.gov.tr/tr/component/content/article/kanser-nedir.html>

11. World Health Organization [İnternet]. [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

12. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today [İnternet]. [cited 2026 Mar 10]. Incidence, Both sexes, in 2022 All cancers. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=population&types=0>

13. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today [İnternet]. [cited 2026 Mar 10]. Mortality, Both sexes, in 2022 All cancers. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=population&types=1>

14. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today [İnternet]. [cited 2026 Mar 10]. Absolute numbers, Incidence, Males, in 2022. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&types=0&group_population_s=1&multiple_populations=1&sexes=1&key=total

15. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today [İnternet]. [cited 2026 Mar 10]. Absolute numbers, Incidence, Females, in 2022. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&types=0&group_population_s=1&multiple_populations=1&sexes=2&key=total

16. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today [İnternet]. [cited 2026 Mar 10]. Absolute numbers, Mortality, Males, in 2022. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&types=1&group_population_s=1&multiple_populations=1&sexes=1&key=total

17. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today [Internet]. [cited 2026 Mar 10]. Absolute numbers, Mortality, Females, in 2022. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&types=1&group_population=1&multiple_populations=1&sexes=2&key=total
18. Our World in Data. Burden of Disease [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>
19. National Cancer Institute [Internet]. 2015 [cited 2026 Mar 11]. Risk Factors for Cancer. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk>
20. Canadian Cancer Society [Internet]. [cited 2026 Mar 11]. What causes cancer? Available from: <https://cancer.ca/en/cancer-information/what-is-cancer/what-causes-cancer>
21. Türkiye Kanser Enstitüsü [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Kanser Nedir? Available from: <https://tke.tuseb.gov.tr/kanser-hakkinda/kanser-nedir>
22. IARC. Personal Habits and Indoor Combustions [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Personal-Habits-And-Indoor-Combustions-2012>
23. CP W, E W, BW S. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://publications.iarc.who.int/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-Cancer-Research-For-Cancer-Prevention-2020>
24. Tobacco [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
25. Hecht SS, Szabo E. Fifty Years of Tobacco Carcinogenesis Research: From Mechanisms to Early Detection and Prevention of Lung Cancer. Cancer Prev Res

(Phila). 2014 Jan;7(1):1–8. doi:10.1158/1940-6207.CAPR-13-0371 PubMed PMID: 24403288; PubMed Central PMCID: PMC4296669.

26. Tobacco: E-cigarettes [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>

27. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis - ClinicalKey [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S2214109X19304887?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2214109X19304887%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>

28. Cancers Attributable to Infections [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/causes/infections/data-sources-methods>

29. Risk Factors: Infectious Agents - NCI [cgvArticle] [Internet]. 2015 [cited 2026 Mar 12]. Located at: [nciglobal,ncienterprise](https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents). Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents>

30. No level of alcohol consumption is safe for our health [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>

31. Ratna A, Mandrekar P. Alcohol and Cancer: Mechanisms and Therapies. *Biomolecules*. 2017 Aug 14;7(3):61. doi:10.3390/biom7030061 PubMed PMID: 28805741; PubMed Central PMCID: PMC5618242.

32. CDC. Cancer [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 12]. Alcohol and Cancer. Available from: <https://www.cdc.gov/cancer/risk-factors/alcohol.html>

33. Joint statement by WHO/Europe and IARC to the European Parliament – raising awareness of the link between alcohol and cancer [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/06-11-2023-joint-statement-by-who-europe-and-iarc-to-the-european-parliament---raising-awareness-of-the-link-between-alcohol-and-cancer>

34. A J, H S, K K, I S, F B. The Cancer Atlas, 4th edition [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://publications.iarc.who.int/Non-Series-Publications/Other-Non-Series-Publications/The-Cancer-Atlas-4th-Edition-2025>
35. Alcohol and cancer [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/alcohol-and-cancer>
36. Pelucchi C, Gallus S, Garavello W, Bosetti C, La Vecchia C. Cancer Risk Associated with Alcohol and Tobacco Use: Focus on Upper Aero-digestive Tract and Liver. *Alcohol Res Health*. 2006;29(3):193–8. PubMed PMID: 17373408; PubMed Central PMCID: PMC6527045.
37. Brooks PJ, Enoch MA, Goldman D, Li TK, Yokoyama A. The Alcohol Flushing Response: An Unrecognized Risk Factor for Esophageal Cancer from Alcohol Consumption. *PLoS Med*. 2009 Mar;6(3):e1000050. doi:10.1371/journal.pmed.1000050 PubMed PMID: 19320537; PubMed Central PMCID: PMC2659709.
38. Radiation: Ultraviolet (UV) radiation [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv))
39. Ultraviolet radiation [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-radiation>
40. Does UV Radiation Cause Cancer? [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/sun-and-uv/uv-radiation.html>
41. Ionizing radiation and health effects [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ionizing-radiation-and-health-effects>

42. United Nations : Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. UNSCEAR 2008 Report Volume I. Available from: https://www.unscear.org/unscear/en/publications/2008_1.html
43. CDC. Radiation and Your Health [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 13]. About Health Effects of Radiation. Available from: <https://www.cdc.gov/radiation-health/about/health-effects-of-radiation.html>
44. IARC. Ionizing Radiation, Part 1: X- and Gamma (γ)-Radiation, and Neutrons [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Ionizing-Radiation-Part-1-X-And-Gamma-%CE%B3--Radiation-And-Neutrons-2000>
45. Electromagnetic Fields and Cancer - NCI [cgvArticle] [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 13]. Located at: nciglobal,ncienterprise. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/radiation/electromagnetic-fields-fact-sheet>
46. Nutrition [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/nutrition>
47. European Code Against Cancer, 5th Edition 14 ways you can help prevent cancer [Internet]. World Health Organization. Available from: <https://cancer-code-europe.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/08/5-european-code-against-cancer-healthy-diet-factsheet.pdf>
48. World Cancer Research Fund [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Weight and cancer. Available from: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/topics/weight-and-cancer/>
49. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, Siegel RL, Fedewa SA, Jacobs EJ, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;68(1):31–54. doi:10.3322/caac.21440

50. Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of noncommunicable diseases [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/fruit-vegetables-ncds>
51. Physical activity [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
52. Physical activity [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>
53. CDC. Physical Activity Basics [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 13]. Physical Activity and Cancer. Available from: <https://www.cdc.gov/physical-activity-basics/health-benefits/lowers-risk-of-cancer.html>
54. Physical Activity and Cancer Fact Sheet - NCI [cgvArticle] [Internet]. 2020 [cited 2026 Mar 13]. Located at: nciglobal,ncienterprise. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/physical-activity-fact-sheet>
55. Physical activity [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/behealthy/physical-activity>
56. Groopman JD, Fu PP, Trošelj KG, Miller JD. Dietary carcinogens. In: World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention [Internet]. International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606521/>
57. Abia WA, Taty BP, Fokwen KE, Abia EA, Tchana AN, Moundipa PF, et al. Exploration of the Impact of Dietary Carcinogens on Cancer Risk: A Scoping Review. J Food Saf Food Qual. 2025 Aug 11;76(2). doi:10.31083/JFSFQ39341
58. Air pollution [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: https://www.who.int/health-topics/air-pollution#tab=tab_1
59. Air pollution data portal [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution>

60. Cancer and air pollution | UICC [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.uicc.org/what-we-do/thematic-areas/cancer-and-air-pollution>
61. WHO releases country estimates on air pollution exposure and health impact [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/news/item/27-09-2016-who-releases-country-estimates-on-air-pollution-exposure-and-health-impact>
62. Water contaminants and cancer risk: arsenic, disinfection byproducts, and nitrate - NCI [cgvArticle] [Internet]. 2012 [cited 2026 Mar 13]. Located at: [nciglobal,ncienterprise](https://dceg.cancer.gov/research/what-we-study/drinking-water-contaminants). Available from: <https://dceg.cancer.gov/research/what-we-study/drinking-water-contaminants>
63. Occupational cancers in the EU: a closer look [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20231218-1>
64. CDC. Cancer [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 13]. Cancer (Occupational). Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/cancer/about/index.html>
65. Government of Canada CC for OH and S. CCOHS: Occupational Cancer [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 13]. Available from: https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/cancer/occupational_cancer.html
66. Cancer risks in the workplace | Cancer Research UK [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/cancer-risks-in-the-workplace>
67. IARC. Chemical Agents and Related Occupations [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Chemical-Agents-And-Related-Occupations-2012>

68. Mevzuat Bilgi Sistemi [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18695&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
69. IARC. Night Shift Work [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Night-Shift-Work-2020>
70. IARC. Occupational Exposure as a Firefighter [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Occupational-Exposure-As-A-Firefighter-2023>
71. Risk Factors: Hormones - NCI [cgvArticle] [Internet]. 2015 [cited 2026 Mar 13]. Located at: nciglobal,ncienterprise. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones>
72. Oral Contraceptives (Birth Control Pills) and Cancer Risk - NCI [cgvArticle] [Internet]. 2018 [cited 2026 Mar 13]. Located at: nciglobal,ncienterprise. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones/oral-contraceptives-fact-sheet>
73. Diethylstilbestrol (DES) Exposure and Cancer - NCI [cgvArticle] [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 13]. Located at: nciglobal,ncienterprise. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones/des-fact-sheet>
74. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cited 2026 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
75. Zafer Öztekin. Tıp Öğretiminde Halk Sağlığı Dersleri. İstanbul: Papatya Bilim Yayınevi; 2023.

76. Gümüş FÇVE, Çelikay F, Gümüş E. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMANI. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010 Mar 1;11(1):177–216.
77. Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M., & Tunçbilek, A. (1998). Halk Sağlığı. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Antıp A.Ş. Yayınları.
78. Akyıldız HÇ, Okyay P. Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı. STED. 2024 Sep 13;33(2):146–56. doi:10.17942/sted.1391900
79. Öztekin, Z. (2020). Halk Sağlığı – Kuramlar ve Uygulamalar. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayınları.
80. Öztekin, Z. (2019). Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri – Kavramlar, İlkeler, Politikalar. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Yayınları.
81. Cancer Causes and Prevention - NCI [cgvMiniLanding] [Internet]. 2014 [cited 2026 Mar 15]. Located at: nciglobal,ncienterprise. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention>
82. Cancer strategy [Internet]. [cited 2026 Mar 16]. Available from: [https://www.who.int/europe/teams/ncd-management/noncommunicable-diseases-\(ncds\)-management](https://www.who.int/europe/teams/ncd-management/noncommunicable-diseases-(ncds)-management)
83. National Cancer Control Programmes [Internet]. [cited 2026 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes>
84. Preventing cancer [Internet]. [cited 2026 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/activities/preventing-cancer>
85. Palliative care [Internet]. [cited 2026 Mar 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
86. Cancer - Screening and early detection [Internet]. [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cancer-screening-and-early-detection-of-cancer>

87. World Health Organization Regional Office for Europe. (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. WHO Regional Office for Europe.
88. Wilson, J. M. G., & Jungner, G. (1968). Principles and practice of screening for disease. World Health Organization.
89. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ*. 2008 Apr;86(4):317–9. doi:10.2471/BLT.07.050112 PubMed PMID: 18438522; PubMed Central PMCID: PMC2647421.
90. Ebell MH, Thai TN, Royalty KJ. Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. *Public Health Rev*. 2018;39:7. doi:10.1186/s40985-018-0080-0 PubMed PMID: 29507820; PubMed Central PMCID: PMC5833039.
91. Cronan, T. A., Santoro, M., Van Liew, C., & Bigatti, S. (2012). Cancer screening in the United States and Europe. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (Practice of Clinical Behavior Medicine and Rehabilitation)*, (Supplement), 30-54.
92. Trinh TTK, Lee K, Oh JK, Suh M, Jun JK, Choi KS. Cluster of lifestyle risk factors for stomach cancer and screening behaviors among Korean adults. *Sci Rep*. 2023 Oct 16;13(1):17503. doi:10.1038/s41598-023-44470-3
93. Hamashima C, Shibuya D, Yamazaki H, Inoue K, Fukao A, Saito H, et al. The Japanese guidelines for gastric cancer screening. *Jpn J Clin Oncol*. 2008 Apr;38(4):259–67. doi:10.1093/jjco/hyn017 PubMed PMID: 18344316.
94. International Agency for Research on Cancer. (2022, 18 Ekim). IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 19: Oral cancer prevention (Basın Bülteni No. 321). World Health Organization.

95. Frenández Garrote L, Sankaranarayanan R, Lence Anta JJ, Rodriguez Salvá A, Maxwell Parkin D. An evaluation of the oral cancer control program in Cuba. *Epidemiology*. 1995 Jul;6(4):428–31. doi:10.1097/00001648-199507000-00019 PubMed PMID: 7548355.
96. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. (2016). Operational framework: Management of common cancers. Ministry of Health and Family Welfare.
97. Fitzmorris P, Singal AK. Surveillance and Diagnosis of Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2015 Jan;11(1):38–46. PubMed PMID: 27099571; PubMed Central PMCID: PMC4836577.
98. Miles A, Cockburn J, Smith RA, Wardle J. A perspective from countries using organized screening programs. *Cancer*. 2004 Sep 1;101(5 Suppl):1201–13. doi:10.1002/cncr.20505 PubMed PMID: 15316915.
99. Erken Teşhis Hayat Kurtarır [İnternet]. [cited 2026 Mar 18]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR-102171/erken-teshis-hayat-kurtarir.html>
100. 1-31 Ocak Serviks Kanseri Farkındalık Ayı [İnternet]. [cited 2026 Mar 18]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/1-31-ocak-serviks-kanseri-farkindalik-ayi.html>
101. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Females, in 2022 [İnternet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0&mode=cancer&group_populations=1&sort_by=value0&sexes=2
102. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Mortality, Females, in 2022 [İnternet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=1&mode=cancer&group_populations=1&sort_by=value0&sexes=2

103. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Sağlık istatistikleri yılı 2023. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/>.
104. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Both sexes, in 2022 Breast Türkiye [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=population&populations=792&sexes=0&cancers=20&types=0>
105. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Mortality, Both sexes, in 2022 Breast Türkiye [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=population&populations=792&sexes=0&cancers=20&types=1>
106. Köksal NG. MEME KANSERİNDE TARAMA VE ERKEN TANI. EBSHealth. 2022 Oct 1;1(2):50–6.
107. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Meme kanseri korunma, tarama, tanı, tedavi ve izlem klinik rehberi (Yayın No. 1170). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
108. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Meme kanseri tarama programı ulusal standartları. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
109. OECD. (2025). Health at a glance 2025: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
110. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Females, in 2022 Türkiye [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1&sexes=2&populations=792&types=0
111. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Mortality, Females, in 2022 Türkiye [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1&sexes=2&populations=792&types=1

112. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2012). Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları (Sayı: B.10.1.HSK.0.17.00.00/10). Ankara: Kanser Daire Başkanlığı.

113. Cervical Cancer Elimination Initiative [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>

114. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Both sexes, in 2022 World [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&populations=900&cancers=41&multiple_populations=0&types=0

115. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Mortality, Both sexes, in 2022 World [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&populations=900&cancers=41&multiple_populations=0&types=1

116. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Both sexes, in 2022 Türkiye [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&populations=792&cancers=41&multiple_populations=0&types=0

117. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Mortality, Both sexes, in 2022 Türkiye [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Cancer Today. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&populations=792&cancers=41&multiple_populations=0&types=1

118. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

119. Mart Ayı Kolorektal (Kalın Bağırsak) Kanseri Farkındalık Ayı [Internet]. [cited 2026 Mar 18]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/mart-ayi-kolorektal-kalin-bagirsak-kanser-farkindalik-ayi-2.html>

120. Tuncer, A. M., Özgül, N., Olcayto, E., Gültekin, M., & Dede, İ. (Yıl). KETEM kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi el kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.

121. Ketem Adresleri [Internet]. [cited 2026 Mar 19]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem>

122. Gülle BT, Tozduman B, Ören Çelik MM. Determinants of cancer screening participation in Türkiye: a nationwide study of demographic, socioeconomic, and lifestyle factors. BMC Public Health. 2025 Aug 2;25:2637. doi:10.1186/s12889-025-23847-1 PubMed PMID: 40753229; PubMed Central PMCID: PMC12317624.

123. Sir DK, Cetin H, Öner C, Hacıağaoğlu N. Cancer Screening Tests and Associated Factors in Patients with Breast, Cervical, and Colorectal Cancer. TJFMP. 2026 Jan 29;20(1):63–9. doi:10.21763/tjfm.1795928

124. Uncu F, Evcimen H, Çiftci N, Yıldız M. Relationship between health literacy, health fatalism and attitudes towards cancer screenings: latent profile analysis. BMC Public Health. 2025 Jun 3;25:2056. doi:10.1186/s12889-025-23277-z PubMed PMID: 40462043; PubMed Central PMCID: PMC12131588.

125. Zubair NF, Mohammed Nawi A, Hassan MR, Daud A, Sarakarn P, Sutan R. Multilevel factors influencing colorectal cancer screening adherence: A systematic literature review. PLoS One. 2026 Feb 3;21(2):e0342184. doi:10.1371/journal.pone.0342184 PubMed PMID: 41632768; PubMed Central PMCID: PMC12867220.

126. Gürsoy MY, Tepebaşı B. Do women's fatalistic tendencies affect their attitudes toward the early diagnosis of cervical cancer? [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 16]. Available from: <https://www.ejgo.net/articles/10.22514/ejgo.2025.021> doi:10.22514/ejgo.2025.021

127. Alodhialah AM, Almutairi AA, Almutairi M. Assessing Barriers to Cancer Screening and Early Detection in Older Adults in Saudi Arabia: A Mixed-Methods

Approach to Oncology Nursing Practice Implications. *Curr Oncol*. 2024 Dec 8;31(12):7872–89. doi:10.3390/curroncol31120580 PubMed PMID: 39727703; PubMed Central PMCID: PMC11674532.

128. Mehmet Ç. Awareness and Approaches of Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening in Rize, Turkey [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr 16]. p. 154–61. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/1343519/awareness-and-approaches-of-breast-cervical-and-colorectal-cancer-screening-in-rize-turkey>

129. Bolton C, Lawn S. A Descriptive Thematic Review of Barriers, Facilitators, and Recommendations for Cancer Screening Uptake Among Community Dwelling Adults with Mental Ill-Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2026 Feb 9;23(2):216. doi:10.3390/ijerph23020216 PubMed PMID: 41752299; PubMed Central PMCID: PMC12940195.

130. Hofmarcher, T., Lindgren, P., & Wilking, N. (2022). Cancer care in Türkiye in a European context (IHE Report No. 2022:10). IHE - The Swedish Institute for Health Economics.

131. Gultekin M, Ozturk C, Karaca S, Boztaş G, Turan SH, Dunder S, et al. Centralization of mammography reporting with mobile trucks: Turkish experience. *Prev Med Rep*. 2018 Apr 12;10:317–22. doi:10.1016/j.pmedr.2018.04.008 PubMed PMID: 29868386; PubMed Central PMCID: PMC5984250.

132. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011 Mar;(199):1–941. PubMed PMID: 23126607; PubMed Central PMCID: PMC4781058.

133. TRDizin | Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile [Internet]. [cited 2026 Apr 16]. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/1327340/hemsirelik-ogrencilerinin->

saglik-okuryazarligi-duzeyleri-ile-kanser-bilgi-yuku-ve-kanser-taramalarina-yonelik-tutumlari-arasindaki-iliskinin-belirlenmesi

134. Yeğenler F, Karaman ST, Yeğenler B, Basat O. Evaluation of Attitudes and Behaviors Towards Cancer Screening In People Aged 30-70. European Journal of Human Health. 2024 Aug 29;3(1):15–25. doi:10.29228/ejhh.68882

135. Yılmaz, S. D. (2022). Bir üniversitenin merkez kampüsünde çalışan idari personelin kanser taramalarına yönelik tutumu ve ilişkili faktörler ile kanser tarama testi yaptıırma durumları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

136. Filiz, G. K. (2022). Ankara’da bir aile sağlığı merkezine başvuran 30-70 yaş arası kadınların kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışları [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

137. Oğuz, C. (2023) . Denizli ili merkez ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışları ve ilişkili faktörler [Uzmanlık tezi]. Pamukkale Üniversitesi , Tıp Fakültesi , Halk Sağlığı Anabilim Dalı , Denizli.

138. Ceylan, S. (2024). Aile hekimliği polikliniğine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.

139. Çuhadar, A. (2025). Sosyal Güvenlik Kurumu’nda çalışan personelin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları arasındaki ilişki (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

140. Atçi Koyuncu, A. (2025). Kadınların sağlık algısı, kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi (Yüksek lisans tezi). Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

141. Çelik, B. (2024). Üreme çağındaki kadınlarda sağlık okuryazarlığı ile kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyi arasındaki ilişki [Yüksek lisans tezi]. Selçuk Üniversitesi.
142. Kantaş, S. N. (2025). Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyi ile kanser taramalarına katılım durumları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi: Karma yöntemle yapılmış bir çalışma [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
143. Bolat, M. (2024). Aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkin hastaların kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Sakarya Üniversitesi.
144. Akbulak, M. A. (2025). Bir aile sağlığı merkezine başvuran 30-70 yaş arası bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi [Tıpta uzmanlık tezi]. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
145. Hacettepe Üniversitesi. Tarihçe [Internet]. [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://www.hacettepe.edu.tr/hakkinda/tarihce>
146. Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü. İn: Vikipedi [internet]. 2024 [cited 2024 Nov 11]. Available from: https://tr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hacettepe_%C3%9Cniversitesi_Beytepe_Kamp%C3%BCs%C3%BC&oldid=33085760
147. Yıldırım Öztürk EN. Development of an Attitude Scale for Cancer Screening. TJ Oncol. 2020. doi:10.5505/tjo.2020.2341
148. Yıldırım-Ozturk EN, Uyar M. Development of a knowledge scale for cancer screening. Journal of Public Health. 2023 Jul 10. doi:10.1007/s10389-023-01996-0
149. Tomczak, M., & Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. Trends in Sport Sciences, 21(1), 19–25.

150. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
151. Lee, D. K. (2016). Alternatives to P value: confidence interval and effect size. Korean Journal of Anesthesiology, 69(6), 555–562. <https://doi.org/10.4097/kjae.2016.69.6.555>.
152. Mukaka MM. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. Malawi Med J. 2012;24(3):69-71.
153. Durmuş, Nurdan. Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18-70 Yaş Aralığındaki Kişilerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumu. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2022.
154. Ghanim, M., Al-Othman, N., Rabayaa, M., & Alqaraleh, M. (2022). Gender differences in health-promoting behaviors and psychological well-being of Palestinian medical students based on the HPLP II. Palestinian Medical and Pharmaceutical Journal (PMPJ), 7(2).
155. Ulusal Eğitim İstatistikleri - 2024 - Veri Portalı - TÜİK [Internet]. [cited 2026 Mar 21]. Available from: <https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/53937>
156. Demirdağ H, Akgün M, Macit B, Dalcı Şİ, Can Ş. Investigation of Attitudes Towards Cancer Screening of Patients Applying to Hospital Outpatient Clinics. SAUShd. 2024 Dec 30;7(3):187–98. doi:10.54803/sauhsd.1523181
157. Gümüşkaptan, T. S. (2023). Bir üniversite hastanesindeki hastalarda kanser taramalarına yönelik tutumun ve kanser damgalamasının değerlendirilmesi [Tıpta uzmanlık tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
158. Gürel, Z. (2020). Rahim ağzı kanseri taraması inanç ölçeği'nin (RAKTİ ölçeği) Türkçe'ye uyarlanması ve Ankara'da bir üniversitenin 30 yaş ve üzeri kadın idari personelinin ulusal rahim ağzı kanseri tarama programına katılımı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

159. Gökler, M. E., Bağcı, H. H., Keklik, K., Erguder, T., & Üçüncü, İ. (Ed.). (2025). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2023 (2017-2023 çalışmalarının karşılaştırılması) (Yayın No: 1306). T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
160. Güvenç, Ş. (2019). Manisa kent merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarının; kanser tarama performansları ve ilişkili faktörler [Yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
161. Tunç, S. (2023). 30-70 yaş arası bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgi, farkındalık ve tutumları [Uzmanlık Tezi]. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.
162. Özer, M. (2021). Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim dışı sağlık personellerinin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.
163. Schueler KM, Chu PW, Smith-Bindman R. Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature. J Womens Health (Larchmt). 2008;17(9):1477-1498. doi:10.1089/jwh.2007.0603.
164. Yakut, E. (2022) . Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireylerin kanser tarama programlarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı , Samsun.
165. Erdoğan, E. (2020). Birinci basamağa başvuran hastaların kanser tarama testleri hakkında bilgi, davranış ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
166. AlAbdulKader A, Almansour AH, Abdulwahab A, et al. Barriers and Facilitators to Colorectal Cancer Screening: Providers' Perspective. Asian Pac J Cancer Prev. 2024;25(12):4415-4423. Published 2024 Dec 1. doi:10.31557/APJCP.2024.25.12.4415.

167. Yıldız, M. S. (2021). Aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerde kolorektal kanser risk faktörleri ve kolorektal kanser taraması farkındalık düzeyleri [Doktora tezi]. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi.
168. Şeker N, İşsever H. FACTORS AFFECTING CERVICAL CANCER SCREENING BEHAVIOR IN WOMEN AGED 30-65 YEARS IN A DISTRICT IN ISTANBUL. Nobel Medicus. 2023 Nov 21;20(59):128–34.
169. Odabaş RK, Demir R. Attitudes and Related Factors of Women in Turkey Towards Cancer Screening: Analytical Cross-Sectional Study. KOU Sag Bil Derg. 2024 Oct 28;10(3):118–26. doi:10.30934/kusbed.1471350
170. Çalık M , Kolaç N. Yetişkin hastaların sağlık okuryazarlık düzeyine göre acil servisi kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2025 ;7(1):38-49 . doi:10.54061/jphn.1623692.
171. Alyafei A, Easton-Carr R. The Health Belief Model of Behavior Change. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [cited 2026 Apr 29]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/> PubMed PMID: 39163427.
172. Kıyılıoğlu, E. (2023). Aile sağlığı merkezine başvuran 30-70 yaşı arasındaki kadınların kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
173. Wardle J, McCaffery K, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. Soc Sci Med. 2004;59(2):249-261. doi:10.1016/j.socscimed.2003.10.030.
174. Gür, Y. (2023). Tip 2 diyabeti olan ve olmayan 30 – 70 yaşı arası kişilerin kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

175. Uygun, A. (2021). Serbest Eczacıların ve Hastaların Kanseri ve Kanseri Tarama Yöntemleri ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
176. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. Sağlık Geliştirme Programlarına Ekolojik Bir Bakış Açısı. Sağlık Eğitimi Dergisi . 1988;15(4):351-377. doi: 10.1177/109019818801500401.
177. Becker NKJ Marshall H. The Health Belief Model: A Decade Later - Nancy K. Janz, Marshall H. Becker, 1984. Sage Journals [İnternet]. 1984 Mar 1 [cited 2026 Apr 29]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019818401100101>
178. Powe BD, Finnie R. Cancer Fatalism: The State of the Science. Cancer Nursing. 2003 Dec;26(6):454.
179. Tarakçı Karaali, S. (2022). Kanseri bilgi yükü'nün kanseri taramalarına yönelik tutumlara etkisi [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
180. Keten Edis E, Bal S. THE RELATIONSHIP OF HEALTH LITERACY WITH PERCEPTION OF HEALTH AND CANCER SCREENING ATTITUDES IN CLIMACTERIC WOMEN. Selçuk Sağlık Dergisi. 2025 Feb 28;6:143–59. doi:10.70813/ssd.1573625
181. Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. Res Nurs Health. 1999;22(4):341-348. doi:10.1002/(sici)1098-240x(199908)22:4<341::aid-nur8>3.0.co;2-p.
182. Vaidya V, Partha G, Karmakar M. Gender differences in utilization of preventive care services in the United States. J Womens Health (Larchmt). 2012;21(2):140-145. doi:10.1089/jwh.2011.2876.
183. Üner, S., Balcılar, M., & Ergüder, T. (Ed.). (2018). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi.

184. Temel AB, Çimen Z. KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER. EGEHFD. 2017 Dec 29;33(3):105–25.

185. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. “Distributed health literacy”: longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expect.* 2015;18(5):1180-1193. doi:10.1111/hex.12093.

186. Weinstein ND. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *J Behav Med.* 1987 Oct 1;10(5):481–500. doi:10.1007/BF00846146

187. Kenar, N. (2023). Dahili birimlere başvuran hastalarda kanser bilgi yükü ile kanser taramalarına yönelik tutumların değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi]. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

188. Mehmet Ö. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi [İnternet]. 2018 [cited 2026 Apr 5]. p. 28–36. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/299216>

189. Altunbaş, K. (2022). Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları ve kadercilik eğilimleri (Yüksek lisans tezi). Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kütahya.

190. Bridging Lifestyle and Screening for Cancer Prevention: A Comprehensive Analysis of Cancer-Related Lifestyle and Screening Attitudes in Adults [İnternet]. [cited 2026 Apr 5]. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/61/3/510>

191. (PDF) Effects of Habit and Intention on Behavior: Meta-Analysis and Test of Key Moderators. ResearchGate. doi:10.1037/mot0000294

192. Bolívar J, Daponte A, Rodríguez M, Sánchez JJ. The influence of individual, social and physical environment factors on physical activity in the adult

population in Andalusia, Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(1):60-77.
doi:10.3390/ijerph7010060.

10. EK'LER

10.1. Veri Toplama Formu

ANKARA'DAKİ BİR ÜNİVERSİTE İDARİ PERSONELİNİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli Katılımcı,

“Ankara'daki Bir Üniversite İdari Personelinin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi idari personelinin kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutumlarını saptamak ve idari personelin kanser taramalarına yönelik farkındalıklarını artırmak amacıyla planlanmıştır. Yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar, gelecekte benzer konularda yapılacak çalışmalara kaynak oluşturacak ve kanser taramaları ile ilgili planlanacak eğitim ve farkındalık müdahalelerinde öncelik verilecek alanların belirlenmesine katkıda bulunacaktır. Bu sebeple soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz önemlidir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu form aracılığıyla elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar ile kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken devam etmek istemezseniz ankete son verebilirsiniz.

Bu forma lütfen adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Veri toplama formumuz beş bölümden oluşmaktadır. 85 sorudan oluşan ve yaklaşık 10 dakikanızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “Diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, yanıtınızı “Diğer” seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Sorularımızı yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Mahmut Saadi Yardım, Dr. Kaan Aksu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu (x) ile işaretleyerek devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum

☐ Kabul etmiyorum

BÖLÜM 1: Sosyodemografik Özelliklerle İlgili Sorular

1. Cinsiyetiniz nedir?
 - a. Kadın b. Erkek
2. Doğum yılınızı yazınız (Örneğin:1987)
3. Medeni durumunuzu belirtiniz.
 - a. Evli b. Bekar c. Boşanmış/Eşi vefat etmiş
4. 18 yaşından küçük kaç çocuğunuz var?
 - a. Yok
 - b. Var (18 yaşından küçük çocuğum var)
5. Hane yapınızı belirtiniz.
 - a. Yalnız yaşıyorum
 - b. Çekirdek aile ile yaşıyorum (Karı, koca ve evlenmemiş çocuk/çocuklardan oluşan aile tipi)
 - c. Geniş aile ile yaşıyorum (Karı, koca ve çocuk/çocuklarla birlikte akrabalarından en az bir kişinin birlikte yaşadığı aile tipi)
 - d. Partnerim ile yaşıyorum
 - e. Arkadaş/arkadaşlar ile yaşıyorum
6. Eğitim durumunuzu belirtiniz.
 - a. İlkokul mezunu
 - b. Ortaokul mezunu
 - c. Lise mezunu
 - d. Üniversite mezunu
 - e. Yüksek lisans/Doktora (Yüksek lisans veya doktora derecenizi hangi alanda aldığınızı belirtiniz.....)
7. İşinizle ilgili ünvan/kadro durumunuzu yazınız (Örnek: Şube müdürü, bilgisayar işletmeni, destek personeli gibi).

.....
8. Ailenizde sağlık çalışanı var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

9. Hanenizin maddi durumundan ne kadar memnunsunuz? (Son derece memnunsanız 10, hiç memnun değilseniz 1 puan olacak şekilde 1'den 10'a bir puanı işaretleyiniz)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Son derece
memnun									memnunum
değilim									

BÖLÜM 2: Sağlık/Hastalık Durumuyla İlgili Sorular

10. Genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?
- Çok iyi
 - İyi
 - Orta
 - Kötü
 - Çok kötü
11. Sağlık hizmetini genellikle nereden alırsınız? (Lütfen en sık kullandığınız hizmet birimini işaretleyiniz.)
- Aile Hekiminden
 - Devlet Hastanelerinden (Şehir Hastanesi ve diğer)
 - Üniversite Hastanelerinden
 - Özel Hastanelerden
 - Özel Muayenahanelerden

12. Şimdiye kadar herhangi bir tütün ürünü kullandınız mı ya da halen kullanıyor musunuz?

- a. Hayır hiç kullanmadım
- b. Evet kullandım ama bıraktım
 - i. Sigara içtim
 - 1. Ne kadar süre içtiniz? yıl
 - 2. Ne sıklıkta içtiniz?adet/gün
 - ii. Diğer tütün ürünü kullandım (nargile, E-sigara gibi)
 - 1. Hangi tütün ürünü kullandınız?
 - 2. Ne kadar süre içtiniz? yıl
 - 3. Ne sıklıkta içtiniz?
- c. Evet halen kullanıyorum
 - i. Sigara içiyorum
 - 1. Ne kadar süredir içiyorsunuz..... yıl
 - 2. Ne sıklıkta içiyorsunuz?adet/gün
 - ii. Diğer tütün ürünü kullanıyorum (nargile, E-sigara gibi)
 - 1. Hangi tütün ürünü kullanıyorsunuz?
.....
 - 2. Ne kadar süredir kullanıyorsunuz? yıl
 - 3. Ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

13. Ne sıklıkla alkollü içecek içiyorsunuz?

- a. Hiç içmiyorum
- b. Ayda 1 kez veya daha az
- c. Haftada 1 kez veya daha az
- d. Haftada 2-4 kez
- e. Haftada 5 kez veya daha fazla

14. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (*Dünya Sağlık Örgütü yetişkinler için 'Haftada en az 150 dakika orta yoğunluklu egzersiz yapılmasını (Örneğin: Tempolu yürüyüş, bisiklet sürmek, doğa yürüyüşü yapmak, dans etmek) veya haftada en az 75 dakika şiddetli egzersiz yapılmasını (Örneğin: Koşma, yüzme, merdiven çıkmak, futbol oynamak) önermektedir.*)

- a. Evet
- b. Kısmen
- c. Hayır

15. Günlük toplam ortalama kaç porsiyon meyve tüketirsiniz? Aşağıdaki tablodan 1 porsiyona denk gelen meyve ölçü/miktarlarına bakabilirsiniz.

.....

Meyveler	1 porsiyona denk gelen ölçü/miktar	Örnekler
Elma, muz, portakal	1 orta boy	
Doğranmış, pişirilmiş, konservesi yapılmış meyveler	½ Kupa/Kâse	
Meyve suları	½ Kupa/Kâse	Yapay olarak tatlandırılmamış meyve suları

16. Günlük toplam ortalama kaç porsiyon sebze tüketirsiniz? Aşağıdaki tablodan 1 porsiyona denk gelen sebze ölçü/miktarlarına bakabilirsiniz. (1 tabak sebzeli tencere yemeği 1 porsiyon sayılmaktadır.)
-

Sebzeler	1 porsiyona denk gelen ölçü/miktar	Örnekler
Çiğ yeşil yapraklı sebzeler	1 Kupa/Kâse	Isıpanak, salata malzemeleri vb.
Diğer sebzeler, pişmiş veya çiğ olarak doğranmış	$\frac{1}{2}$ Kupa/Kâse	Domates, havuç, kabak, mısır, lahana, taze fasulye, soğan vb. 
Sebze suları	$\frac{1}{2}$ Kupa/Kâse	

17. Yemeklerinizde genellikle ne kadar tuz tüketirsiniz?

- a. Tuzsuz yerim
- b. Az tuzlu yerim
- c. Normal tuzlu yerim
- d. Çok tuzlu yerim

18. Ne kadar sıklıkla işlenmiş et (salam, sosis, sucuk vb.) tüketirsiniz?

- a. Sık tüketirim
- b. Orta sıklıkta tüketirim
- c. Çok az tüketirim veya hiç tüketmem

19. Doktor tarafından teşhis edilmiş bilinen kronik hastalığınız var mı? (Cevabınız 'Hayır' ise 21. soruya atlayınız.)
- Evet
 - Hayır
20. Lütfen kronik hastalığınızı/hastalıklarınızı belirtiniz. (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)
- Yüksek tansiyon hastalığı
 - Şeker hastalığı
 - Kalp hastalıkları
 - KOAH l. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
 - Astım
 - Psikiyatrik hastalık
 - Böbrek hastalığı
 - Karaciğer hastalığı
 - Kolesterol yüksekliği (Hiperlipidemi)
 - Tiroid hastalıkları
 - Kas-İskelet Sistemi hastalıkları
21. Doktor tarafından teşhis edilmiş bir kanser tanınız var mı? (Cevabınız 'Hayır' ise 23. soruya atlayınız.)
- Evet
 - Hayır
22. Lütfen kanser tanınızı belirtiniz.
- Akciğer kanseri
 - Meme kanseri
 - Kalın bağırsak (Kolon) kanseri
 - Prostat kanseri
 - Rahim ağzı (serviks) kanseri
 - Diğer (Lütfen belirtiniz)
23. Birinci derece akrabalarınızdan (anne, baba, çocuklar) herhangi birinde doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı olan var mı?
- Evet
 - Hayır
24. İkinci derece akrabalarınızdan (kardeş, dede, babaanne, anneanne, torun) herhangi birinde doktor tarafından teşhis edilmiş kanser tanısı olan var mı?
- Evet
 - Hayır

25. Kanser nedeniyle kaybettiğiniz bir yakınınız oldu mu?
- Evet
 - Hayır

BÖLÜM 3: Kanser Taramaları ile İlgili Sorular

26. Kanser Tarama Programları hakkında bilginiz var mı? (Cevabınız 'Hayır' ise lütfen 29. soruya geçiniz.)
- Evet
 - Hayır
27. Hangi kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğunuzu belirtiniz. (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)
- Meme
 - Rahim ağzı (Serviks)
 - Kalın bağırsak (Kolon)
28. Kanser tarama programları hakkında bilgiyi nereden aldığınızı belirtiniz. (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)
- Aile hekimi
 - Diğer branş hekimi (Branşı belirtiniz.....)
 - Diğer sağlık çalışanları
 - Televizyon
 - Gazete/Dergi
 - Sosyal medya platformları
 - Arkadaş/Komşu/Tanıdık
 - Diğer (Lütfen belirtiniz)
29. Size daha önce kanser taraması önerildi mi? (Cevabınız 'Hayır' ise lütfen 31. soruya geçiniz.)
- Evet
 - Hayır
30. Kanser taramasının kim tarafından önerildiğini belirtiniz.
- Aile hekimi
 - Diğer branş hekimi (Branşı belirtiniz.....)
 - Aile sağlığı çalışanı
 - Diğer (.....)

31. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ni (KETEM) daha önce hiç duydunuz mu?
a. Evet b. Hayır
32. Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı? (Cevabınız 'Hayır' ise lütfen 36. soruya geçiniz.)
a. Evet b. Hayır
33. Hangi kanser taramasını/taramalarını yaptırdınız?
a. Meme
b. Rahim ağzı (Serviks)
c. Kalın bağırsak (Kolon)
34. Kanser taramasını hangi kuruluştaki yaptırdınız?
a. Aile Sağlığı Merkezi
b. Devlet Hastanesi
c. KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi)
d. İlçe Sağlık Müdürlüğü
e. Özel Hastane/Muayenehane
f. Üniversite Hastanesi
g. Diğer (Lütfen belirtiniz)
35. Kanser taraması yaptırmanızda en etkili faktör/kışı aşağıdakilerden hangisi veya hangileridir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)
a. Ailede kanser hastası olması
b. Kanser taramalarının sağlığını için önemli olduğunu düşünmem
c. Aile Hekiminin bilgilendirmesi
d. Aile Hekiminin ısrarı/zorlaması
e. Çevremdeki kişilerin tarama yaptırmaları
f. Gazete, televizyon, sosyal medya etkisi ile
g. Diğer (Lütfen belirtiniz)

36. Kanser tarama testlerini hiç yaptırmadıysanız sebebi/sebepleri nedir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)
- Zaman bulamadığım için
 - Utandığım için
 - Herhangi bir şikâyetim olmadığı için
 - Kötü sonuç almaktan korktuğum için
 - Nerede yaptıracağımı bilmediğim için
 - Kolay ve ulaşılabilir olmadığı için
 - Kanser tarama testlerini bilmediğim için
 - Ailemde kanser hastalığı olmadığı için
 - Kanser tarama testi yaptırmam önerilmediği için
 - Yapılacak işlemde korktuğum/çekindiğim için
 - Diğer (Lütfen belirtiniz)
 -

BÖLÜM 4: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

Ölçeğin değerlendirilebilmesi için tüm maddelerin yanıtlanması gerekmektedir. Lütfen her bir madde için size uygun ifadeyi **(x)** ile işaretleyiniz. İfadeler soldan sağa doğru: **5: Tamamen katılıyorum 4: Biraz Katılıyorum 3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum 2: Biraz Katılmıyorum 1: Hiç katılmıyorum** şeklindedir.

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
5	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.					

6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					
8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi artırır.					
9	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırma ihtimalimi arttırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırıyorum.					
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırıyorum.					
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					
17	Kanser taraması yaptıрманın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.					
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					
21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					

23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptıрма gereği duymam.					
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					

BÖLÜM 5: Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği

Ölçeğin değerlendirilebilmesi için tüm maddelerin yanıtlanması gerekmektedir. Lütfen her bir madde için size uygun ifadeyi **(x)** ile işaretleyiniz. İfadeler soldan sağa doğru: **1: Doğru 2: Yanlış 3: Bilmiyorum** şeklindedir.

Sıra No	İfadeler	1: Doğru	2: Yanlış	3: Bilmiyorum
1	Kanser taramaları kanseri belirti vermediği erken dönemde saptamak amacıyla yapılır.			
2	Kanser taramaları kişilerin kanserden ölme riskini artırır.			
3	Kanser taramaları sırasında saptanan kanserlerin tedavisi daha kolay yapılabilir.			
4	Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı bulunmaktadır.			
5	Kalın barsak kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır.			
6	Meme kanseri taraması yapılan kanserlerden biridir.			
7	Rahim ağzı kanseri taraması yapılan kanserler arasında yer alır.			

8	Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) yapılmaktadır.			
9	Kanser taramaları ücretsizdir.			
10	Şikâyeti olmayan kişilerin kanser taramalarına katılması gerekli değildir.			
11	Kalın barsak kanseri dışkıda gizli kan testi ile taranır.			
12	Dışkıda gizli kan testi her iki yılda bir defa yaptırılmalıdır.			
13	Her on yılda bir kolonoskopi tetkiki yaptırmak kalın barsak kanseri taraması için gereklidir.			
14	50-70 yaş arasındaki her kadın ve her erkek kalın barsak kanseri açısından tarama yaptırmalıdır.			
15	Meme kanseri mamografi ile taranmaktadır.			
16	Mamografi her iki yılda bir defa çektirilmelidir.			
17	40-69 yaş arası her kadın meme kanseri açısından taranmalıdır.			
18	Her kadın 20 yaşından başlayarak kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.			
19	Kendi kendine meme muayenesi her ay yapılmalıdır.			
20	Her kadın 20 yaşından başlayarak doktora giderek meme muayenesi yaptırmalıdır.			
21	Kendi kendine meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayabilir.			

22	Doktorun yaptığı meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayamaz.			
23	Rahim ağzı kanseri, simir (rahim ağzı sürüntü) testi ile taranır.			
24	Her beş yılda bir genital siğil virüsü (Human Papilloma Virus) testi yaptırmak rahim ağzı kanseri taramasında kullanılan bir yöntemdir.			
25	30-65 yaş arası her kadın rahim ağzı kanseri için tarama yaptırmalıdır.			

ARAŞTIRMAMIZA KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

10.2. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Tutum Ölçekleri Kullanım İzni

Elif Nur YILDIRIM

Alıcı: Dr. Tahir, ben

2 Eyl 2024 16:09



Doktor Bey merhaba,

Ölçeklere ilginiz için teşekkür ederiz. Her iki ölçeği de çalışmanızda kullanabilirsiniz, araştırmacılar olarak iznimiz var.

Size ekte çalışmanızda atf yapmanızı istediğimiz orijinal makale dosyalarını ve ölçeklerin kendisini ve puanlama özelliklerini içeren dosyaları iletiyorum. Sizden ricam makale dosyasını (bilgi ölçeği için) kimseye paylaşmamanız, çünkü derginin böyle bir uygulaması var (kurum anlaşmalarıyla erişim durumları hariç olmak üzere).

Ölçeklerle ilgili bir sorunuz olursa bana mail atabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar ve kolaylıklar dilerim. Saygılarımla.

Uzm. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK

10.3. Etik Kurul İzni



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMA ETİK KURULU

KURUL KARARI

<u>TOPLANTI TARİHİ</u>	<u>TOPLANTI SAYISI</u>
07 Ocak 2025	2025/01

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden **Doç. Dr. Mahmut Saad YARDIM**'ın sorumlu araştırmacısı olduğu ve **Arş. Gör. Dr. Kaan AKSU**'nun uzmanlık tezi olan *"Ankara'daki Bir Üniversite İdari Personelinin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi"* başlıklı çalışma Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulunun **07 Ocak 2025** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan **uygun bulunmuştur**.

İZİNLI

Prof. Dr. İsmet KOÇ
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Özgür
TEOMAN
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Selda
ÖZDEMİR
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Özge
ÖZYALÇIN OSKAY
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Pınar
ÖZDEMİR ŞİMŞEK
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Tuğça POYRAZ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Arife Berna
AYTAÇ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülçin Cankız
ELİBOL
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Pınar ARPINAR
AVŞAR
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülsüm DEPELİ
SEVİNÇ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Tülay BAĞCI
BOSİ
Kurul Üyesi

İZİNLI
Dr. Öğr. Üyesi Onur
URAZ
Kurul Üyesi

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys> adresinden 1b332eb6-ef01-4d25-a2d8-94da44e68e87 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



10.4. Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı İzni

Tarih: 24/01/2025 17:33
Says: E-59143405-044-00004014284



00004014284



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı

Sayı : E-59143405-044-00004014284
Konu : Çalışma İzin-Anket

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Tıp Fakültesi Dekanlığının 21.01.2025 tarihli ve 4007336 sayılı yazılarında **“Ankara’daki Bir Üniversite İdari Personelinin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”** başlıklı tıpta uzmanlık tez çalışması kapsamında 17 Şubat – 11 Nisan 2025 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesinde çalışmakta olan idari personelden veri toplama formu ile toplanması planlanmaktadır.

Bu amaçla hazırlanan anket sorularının Üniversitemiz Beytepe Yerleşkesinde çalışmakta olan idari personele gönüllülük esasıyla uygulanmasına izin verilmesi hususunu saygılarımla arz ederim.

Şahin DİNÇER
Personel Daire Başkan V.

Uygun görüşle arz ederim.
Öğr. Gör. Gülten AKMAN
Genel Sekreter Yardımcısı V.

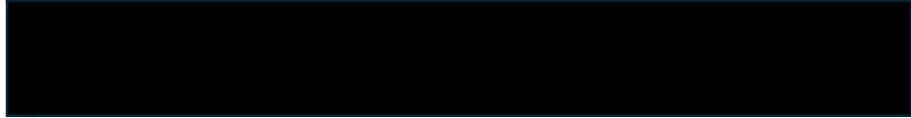
O L U R
Doç. Dr. Oytun CANYAŞ
Genel Sekreter V.

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys> adresinden b466ba20-79a5-45da-9930-a415b3ac9a8d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 93DB62D2-155F-40DD-B121-B875FADFE241

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys>



10.5. Bilgilendirme Notu

Gönderen: Basın ve Halkla İlişkiler Müdürlüğü

Gönderildi: 15 Ağustos 2025 Cuma 09:32:55

Konu: Kansere Taramalarına Yönelik Tutum ve Bilgi Ölçekleri

Değerli Hacetçepeliler,

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Arş. Gör. Kaan Aksu'nun, tıpta uzmanlık tez çalışması kapsamında Kansere Taramalarına yönelik birkaç bilgiyi ve Kansere Taramalarını yaptırabilecekleri Ankara'daki KETEM'lerin adres ve telefon bilgileri aşağıda paylaşılmıştır.

Kansere Taramaları

Kansere günümüzün önemli bir halk sağlığı sorunu olup gündemdeki yerini korumaktadır. Sebebi bilinen ölümler sıralamasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sıradaki kansere, öldürücülüğü yanında sebep olduğu yeti yitimleri ve tedavisindeki yüksek maliyetler nedeniyle iş gücünde ve ülke ekonomisinde çok ağır kayıplara neden olmaktadır.

Kansere konusunda toplumda farkındalık sağlanması, toplum bilincinin geliştirilmesi ve kansere taramaları, kanserle mücadelede en etkili yöntemlerin başında gelmektedir. Ülkemizde de Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği üç kansere türünde tarama yapılmaktadır ve tarama yaptırmak ücretsizdir.

Ülkemizde Taraması yapılan kanserler:

Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında;

- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlığın verilmesi
- Yılda bir klinik meme muayenesi
- 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mammografi çekimi,

Kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında;

- 30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir smear ve HPV -DNA testi yapılması

Kolorektal kansere taramaları;

- 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması,
- 50-70 yaş arasında 10 yılda bir Kolonoskopi yapılmaktadır.

Aşağıda Ankara ili içerisinde kansere taramalarınızı yaptırabileceğiniz merkez olan Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinin (KETEM) adres ve telefon bilgileri bulunmaktadır:





