

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

30-70 YAŞ ARASI BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA
YÖNELİK BİLGİ, FARKINDALIK VE TUTUMLARI

Dr. Seval TUNÇ

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

ANKARA
2023

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

30-70 YAŞ ARASI BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA
YÖNELİK BİLGİ, FARKINDALIK VE TUTUMLARI

Dr. Seval TUNÇ

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER

ANKARA
2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez sürecimde bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, yardımlarını ve hoşgörülerini hep hissettiğim sevgili hocalarım Sayın Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer, Sayın Doç. Dr. Hilal Aksoy ve Sayın Doç. Dr. İzzet Fidancı'ya, Asistanlık sürecinde birlikte çalıştığımız tüm hocalarım, uzmanlarım ve asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca hep arkamda olan, desteklerini ve sevgilerini bir an bile esirgemeyen, eğitim hayatım için her türlü fedakarlığı ve özveriyi gösteren sevgili babam Abdullah Tunç, sevgili annem Seher Tunç ve sevgili kardeşim Dr. Sevilay Tunç'a,

En içten teşekkür ve sevgilerimle..

Dr. Seval Tunç

Ankara, 2023

ÖZET

Tunç S. 30-70 Yaş Arası Bireylerin Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi, Farkındalık ve Tutumları, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara 2023. Kanseri tarama testleri, kanseri gibi yıkıcı bir global yükün erken teşhisinde rol alıp, büyük mortalite ve morbiditelerin önlenmesinde en ucuz ve kolay yöntemlerdir. Ulusal kanseri tarama programına göre ülkemizde başlıca üç kanseri taranmaktadır. Ancak toplumumuzda kanseri taramalarına yeterince önem verilmemektedir. Bu çalışmanın amacı, 30-70 yaş arasındaki bireylerin kanseri tarama testlerine olan bilgi, tutum ve farkındalıklarının belirlenmesi ve kanseri taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri ve taramalara karşı olan tutumları ile ilişkili olabilecek faktörlerin incelenmesidir. Çalışma tanımlayıcı tipte bir anket çalışması olarak planlanmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra 22.04.2022-31.05.2022 tarihleri arasında, sosyal medya üzerinden 30-70 yaş arasındaki erkek ve kadınlara ulaşıp üç aşamalı anket formu doldurtulmuştur. Google Forms üzerinden hazırlanan çevrimiçi anket, katılımcıların aydınlatılmış onamları anket başlangıcında alındıktan sonra doldurtulmuştur. Literatür taranarak elde edilen, 57 sorudan oluşan anketimizin birinci bölümünde sosyodemografik bilgiler, ikinci bölümünde Kanseri Tarama Testlerine Yönelik Bilgi ve Farkındalık Anketi, üçüncü bölümünde ise Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği bulunmaktadır. Kanseri Tarama Testlerine Yönelik Tutum Ölçeğini kullanmak için ölçek sahibinden izin alınmıştır. Çalışma için toplamda 544 bireye ulaşılmıştır. 17 birey yaş kriterini sağlamadıkları için örneklemden çıkarılmış ve toplamda 527 katılımcıya anket formu uygulanmıştır. Çalışma sonuçları IBM SPSS Statistics Premium 23 V istatistiksel bilgisayar paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $42,81\pm9,26$ (max:70,0 min:30,0) yıl olarak hesaplandı. Katılımcıların %67,4'ü kadın, %76,1'i evli, %76,3'ü üniversite mezunu ve üstü idi. Katılımcıların %35,3'ünün kronik hastalığı olup, en sık hipertansiyon tanıları olduğu görüldü. Çalışmaya katılanların %3'ünde kanseri tanısı olduğu ve kanseri tanısı olanların %37,5'inin meme kanseri olduğu görüldü. Ulusal kanseri tarama testleri varlığından haberdar olanlar, katılımcıların %73,4'ü iken, tarama grubunda olmasına rağmen en az bir kanseri taraması yaptıranlar tüm katılımcıların %27,5'idir. Katılımcıların en sık yaptırdıkları tarama serviks kanseri taraması olup, taramalar hakkında bilgi kaynağı olarak en sık aile hekimini seçmişlerdir. Katılımcıların tarama ölçeğinden aldıkları ortalama puan $92,01\pm16,23$ (min:54, maks:120), bilgi anketinden aldıkları puan ortalaması 2,7 (min:0, maks:6) idi. Yaş, çocuk sayısı, BMI, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, alkol alışkanlığı, ailede kolon kanseri öyküsü, kanseri taraması yapıldığını bilme, tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma, bilgi kaynağı olarak branş hekimlerini kullanma, daha önce kanseri taraması yaptıрма, taramaların nasıl ve kaç yaşından itibaren yapıldığını bilme ile tarama testlerine karşı gösterilen tutum arasında anlamlı fark bulundu. Cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, BMI, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara alışkanlığı, sosyal güvence, ailede kanseri tanısı, ailede meme ve kolon kanseri öyküsü, kanseri taraması yapıldığını bilme, tarama testlerini hakkında bilgi sahibi olma, daha önce kanseri taraması yaptıрма, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) bilgisi, bilgi kaynağı olarak branş hekimlerini tercih etmek ile tarama testleri hakkında bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı. Çalışmada elde edilen veriler ışığında, kanseri taramalarının toplum için yeterli düzeylerde olmadığı ve hedeflenen tarama kapsayıcılığından uzak olduğu görülmüştür. Ayrıca, bireylerin kanseri taramalarına olan tutumları olumlu gibi görünse de, taramalar hakkında bilgileri yetersizdir. Bu konuda başta aile hekimleri olmak üzere tüm hekimlere büyük görevler düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanseri tarama, birinci basamak, kanserin erken teşhisi

ABSTRACT

Tunç S. Knowledge, Awareness and Attitudes of Individuals aged 30-70 towards Cancer Screening, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Thesis, Ankara 2023.

Cancer screening tests are the cheapest and easiest methods that play a role in the early diagnosis of a devastating global burden such as cancer and prevent major morbidity and mortality. According to the national cancer screening program, three main types of cancer are screened in our country. However, in our society, not enough importance is given to cancer screening. The aim of this study is to determine the knowledge about, attitudes towards, and awareness of, individuals between the ages of 30-70 about cancer screening tests and to examine the factors that may be related to their knowledge levels and attitudes towards cancer screenings. The study was planned as a descriptive survey study. After obtaining ethics committee approval, men and women between the ages of 30-70 were reached out via social media between 22.04.2022 and 31.05.2022, and a three-stage questionnaire was filled out by participants. The online questionnaire was prepared via Google Forms and the informed consent of the participants was obtained at the beginning of the questionnaire. The questionnaire, which consists of 57 questions and three parts, was prepared by scanning the literature. It included sociodemographic information in the first part, Knowledge and Awareness Questionnaire for Cancer Screening Tests in the second part and Attitude Scale Towards Cancer Screening in the third part. Permission was obtained from the developer of the Attitude Scale Towards Cancer Screening prior to use. For the study, a total of 544 individuals were reached out. 17 individuals were excluded from the sample because they did not meet the age criteria and the questionnaire was filled out by 527 participants in total. The results of the study were analyzed by using the IBM SPSS Statistics V23 software. The significance level was accepted as $p < 0.05$. The mean age of the participants in the study was 42.81 ± 9.26 (max: 70.0 min: 30.0) years. 67.4% of the participants were women, 76.1% were married, and 76.3% were university graduates or higher. It was observed that 35.3% of the participants had a chronic disease and the most common diagnosis was hypertension. It was noted that 3% of the participants in the study had cancer diagnosis and 37.5% of those diagnosed with cancer had breast cancer. While 73.4% of the participants were aware of the existence of national cancer screening tests, 27.5% of all participants had at least one cancer screening despite being in the screening group. The most common screening performed by the participants was cervical cancer screening, and they chose the family physician as the most common source of information about screening. The mean score of the participants from the screening scale was 92.01 ± 16.23 (min:54, max:120), and the mean score from the information questionnaire was 2.7 (min:0, max:6). A significant difference was found between the attitude towards screening tests and the following factors: age, number of children, BMI, marital status, occupation, level of education and income, alcohol habit, family history of colon cancer, knowing that cancer screening is performed, having information about screening tests, choosing branch physicians as a source of information, having had cancer screening before, knowing how and from what age the screenings were performed. There was a significant difference between the knowledge levels of cancer screening tests and the following factors: gender, age, number of children, BMI, occupation, level of education and income, tobacco use, medical insurance, cancer diagnosis in the family, breast and colon cancer history in the family, knowing that cancer screening is performed, having information about screening tests, having had cancer screening before, having information about Cancer Early Detection, Screening and Education Center (KETEM), choosing branch physicians as a source of information. In the light of the data obtained in the study, it was found that cancer screenings are not at sufficient levels for the society and that they are far from target screening coverage. In addition, although the attitudes of individuals towards cancer screenings seem to be positive, their knowledge about screening is insufficient. In this regard, all physicians, especially family physicians, have great responsibilities.

Keywords: Cancer screening, primary care, early diagnosis of cancer

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser Tanımı	3
2.2. Kanser Türleri	4
2.3. Kanser Belirtileri	4
2.3.1. Konstitüsyonel (Sistemik) Semptomlar	4
2.3.2. Lokal Semptomlar	5
2.4. Kanser Tarihçesi	6
2.5. Kanser İstatistikleri	10
2.5.1. Dünya’da Kanser	10
2.5.2. Ülkemizde Kanser	12
2.6. Kanser Etiyolojisi	13
2.6.1. Yaş	13
2.6.2. Cinsiyet	14
2.6.3. Aile Öyküsü ve Genetik Faktörler	14
2.6.4. Obezite ve Fiziksel İnaktivite	14
2.6.5. Tütün	16
2.6.6. Alkol	16
2.6.7. Enfeksiyöz Ajanlar	17
2.6.8. Kimyasal ve Fiziksel Ajanlar	19
2.7. Kanserden Korunma	19
2.8. Kanser Taramaları	21

2.8.1. Dünya’da Taranan Kanserler	22
2.8.2. Ulusal Kanser Tarama Programı Kapsamında Taranabilen Kanserler	24
2.8.3. Meme Kanseri	24
2.8.4. Serviks Kanseri	25
2.8.5. Kolorektal Kanser	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	27
3.4. Veri Toplama Yöntemi	28
3.5. Veri Analizi Öncesi Kategorizasyon:	29
3.6. Verilerin Analizi	30
3.7. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	
EK-1. Ölçek Kullanım İzni	
EK-2. Araştırma Anket Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
GLOBOCAN	: Küresel Kanser Yüğü Çalışması
DNA	: Deoksiribonükleik Asit
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
NCI	: Ulusal Kanser Enstitüsü
WCRF	: Dünya Kanser Araştırma Fonu
AICR	: Amerika Kanser Araştırmaları Enstitüsü
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
HPV	: Human Papilloma Virüs
NSU	: Ulusal Tarama Birimi
NHS	: Ulusal Sağlık Servisi
BMI	: Beden Kitle İndeksi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
OKS	: Oral Kontraseptif
GGK	: Gaitada Gizli Kan
RTÜK	: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu

ŞEKİLLER

		Sayfa
Şekil 1.	2020’de dünyada her iki cinsiyete ait kanser yeni vaka sayısı	11
Şekil 2.	2020’de dünyada her iki cinsiyete ait kanser ölüm sayısı	11
Şekil 3.	2020 yılında Türkiye’de her iki cinsiyete ait yeni kanser vaka sayıları	12
Şekil 4.	2012 yılında dünyada her iki cinsiyetteki obeziteye atfedilen kanser vaka sayıları	15
Şekil 5.	2020 yılında dünyada her iki cinsiyette alkol kullanımı ilişkili yeni kanser vakaları	17
Şekil 6.	2018’de dünyada her iki cinsiyette görülen kanser ilişkili enfeksiyöz ajanlar	18
Şekil 7.	Katılımcıların bilgi düzeyleri değerlendirilmesi	49

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	33
Tablo 2. Katılımcıların doktor tanılı kronik hastalıklarının dağılımı	34
Tablo 3. Kanseri tanısı olan bireylere ait özellikler	35
Tablo 4. Ailede kanseri tanısı olan bireylere ait özellikler	36
Tablo 5. Kanseri tarama testlerine ait farkındalık durumları	37
Tablo 6. Kanseri tarama testleri hakkında bilgi kaynaklarının dağılımı	38
Tablo 7. Katılımcıların kanseri taramaları ile ilgili bilgi durumları	39
Tablo 8. Ölçek ve bilgi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması	40
Tablo 9. Ölçek ve bilgi puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılması	40
Tablo 10. Ölçek ve bilgi puanlarının Beden Kitle İndeksine göre karşılaştırılması	41
Tablo 11. Korelasyon tablosu	41
Tablo 12. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	43
Tablo 13. Kanseri tanısı olan bireylerin özellikleri ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 14. Ailesinde kanseri tanısı olan bireylerin Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 15. Katılımcıların kanseri tarama testleri farkındalıkları ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 16. Katılımcıların kanseri taraması durumları ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 17. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	48
Tablo 18. Kanseri taramaları ile ilgili bilgi sorularını tam doğru cevaplama durumu ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 19. Katılımcılara ait sosyo-demografik veriler ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Kategorilerinin karşılaştırılması	51
Tablo 20. Katılımcıların kanseri tarama testleri farkındalıkları ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Kategorilerinin karşılaştırılması	53

1. GİRİŞ

Kanser, genetik ve epigenetik birçok değişkenin mekanizmasında rol aldığı, prekanseröz bir lezyondan köken alan ve kontrolsüz çoğalma özelliği ile birçok doku ve organa invaze olabilen geniş bir hastalık grubu için kullanılan terimdir [1, 2].

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kanser, dünya genelinde ve aynı zamanda Türkiye’de en çok ölüme yol açan hastalıklar arasında olup, kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünyada her altı ölümden birinin sebebi kanser iken, Türkiye’de ise her beş ölümden biri kanser ilişkilidir [2, 3].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün bir alt kuruluşu olan Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)’nın Küresel Kanser Yüğü Çalışması (GLOBOCAN) raporuna göre, 2020 yılında dünya çapında yaklaşık 20 milyon yeni kanser vakası ve 10 milyon kanser ilişkili ölüm saptanmıştır. Türkiye için ise 2020 yılında, 233.834 yeni kanser vakası ve 126.335 kansere bağlı ölüm tespit edildiği düşünülmektedir [4, 5].

Dünya nüfusunun ve beklenen yaşam süresinin sürekli artması ve karsinojenik ajanlara daha çok maruziyet nedeniyle kanser insidansı her geçen yıl artmaktadır. GLOBOCAN 2020 verilerine göre, bu ilerleyişe herhangi bir müdahale yapılmazsa 2070 yılında tüm kanserlerin insidansının 2020'deki verilerin iki katına çıkacağını tahmin edilmektedir [6].

Tüm dünyada ve ülkemizde büyük bir mortalite ve morbidite sebebi olan kanser, toplumlardaki psikolojik yıkımının yanı sıra, ekonomik olarak da büyük bir yük olmaya devam etmektedir. Gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerin yapmış olduğu sağlık harcamaları daha çok tedavi edici sağlık harcamaları olmakta iken, gelişmiş ülkelerde önleyici sağlık harcamaları daha ön plandadır [7]. Bu bağlamda birinci basamakta yapılan periyodik sağlık muayenelerinin önemi bir kez daha anlaşılmaktadır.

Kanser taramaları, henüz kanser ve prekanseröz lezyonların olmadığı veya bulgu vermediği dönemde, hedef kitledeki bireylere sekonder koruma amacıyla uygulanan klinik test ve muayene hizmetlerinin tümüdür. Bu sayede olası bir kanser için erken tanı ve tedavi sağlanıp, morbidite ve mortalite oranı azaltılmış olunur.

Bir kanser türünün taranabilmesi için toplumda mortalite ve morbiditesinin fazla olması, prevalans ve insidansının yüksek olması, klinik seyrinin kestirilebilir ve preklinik fazının çok kısa olmaması, ekonomik yükünün fazla olması ve erken tanı konulduğunda etkili tedavi seçeneklerinin mevcut olması gerekir[8]. Ülkemizde Ulusal Kansere Taramaları Programı kapsamında, DSÖ'nün önerdiği gibi meme kanseri, serviks kanseri ve kolon kanseri olmak üzere üç kanser türü taranmaktadır [9].

Kanser taramalarının toplum için etkili sonuçlarının olabilmesi için hedef popülasyonun %70'inin tarama programlarına katılması gerekir. Ancak, ülkemizde hali hazırda fırsatçı ve toplum tabanlı taramaların kapsayıcılığı meme kanseri için %30-35, serviks kanseri için %20 ve kolorektal kanser için %20-30'dur [10]. Bu oranlar beklenen hedeflerden çok düşüktür.

Kanser ile ilgili aşırı ve doğru olmayan bilgi yüklenmesi, birçok efsane, yanlış algı ve bunun sonucunda ortaya çıkan endişeler kamuoyu algısını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, kanser etiyolojisine ilişkin yetersiz farkındalık, gecikmeye neden olan risk faktörleri ve bunların yanında tarama programlarının düşük mevcudiyeti, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim de kansere bağlı mortalite ve morbiditeye katkıda bulunmaktadır[11].

Bu bilgiler ışığında bu tez çalışmasının amacı, 30-70 yaş arasındaki bireylerin kanser tarama testleri hakkındaki bilgi, tutum ve farkındalıklarının belirlenmesi ve demografik özellikleri, kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri ve taramalara olan tutumları arasındaki ilişkilerin araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı

Kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen geniş bir hastalık grubu için kullanılan genel bir terimdir. Kötü huylu tümör veya neoplazm sözcükleri de kanser kelimesini karşılamaktadır. Kanserin tanımlayıcı özelliklerinden biri, olağan sınırlarının ötesinde büyüyen ve daha sonra vücudun bitişik kısımlarını işgal edip diğer organlara yayılabilen anormal hücrelerin hızlı bir şekilde çoğalmasdır; bu süreç metastaz olarak adlandırılır. Yaygın metastazlar, kanserden ölümlerin primer nedenidir [2].

Kanser hücresel seviyede genetik bir hastalıktır; yani, hücrelerimizin işleyişini, özellikle nasıl büyüüp bölündüklerini kontrol eden genlerdeki değişikliklerden kaynaklanır. Kansere katkıda bulunan genetik değişiklikler proto-onkogenler, tümör supressor genler ve DNA onarım genleri olmak üzere üç ana gen tipini etkileme eğilimindedir. Bu genler kanser sürücü genleri olarak da adlandırılır.

Proto-onkogenler, normal hücre büyümesi ve bölünmesinde yer alır. Bununla birlikte, bu genler belirli şekillerde değiştirildiğinde veya normalden daha aktif olduklarında, kansere neden olan genler (onkogenler) haline gelebilirler ve hücrelerin büyümemeleri ve hayatta kalmamaları gerektiği durumlarda tam aksine bunların devamlılığına izin verebilirler.

Tümör supressor genler ayrıca hücre büyümesini ve bölünmesini kontrol etmede rol oynar. Tümör baskılayıcı genlerde belirli değişiklikler olan hücreler kontrolsüz bir şekilde bölünür.

DNA onarım genleri, hasarlı DNA'nın tamirinde rol oynar. Bu genlerde mutasyon bulunan hücreler, diğer genlerde kromozom parçalarının kopyalanması, silinmesi ya da ek mutasyonlar gibi değişiklikler geliştirme eğilimindedir. Bu mutasyonlar da hücrelerin kanserli olmasına neden olabilir.

Vücudumuz normalde kanser gelişmeden önce DNA'sı hasar görmüş hücreleri ortadan kaldırır. Ancak vücudun bunu yapma yeteneği yaşlandıkça azalır. Yaşlandıkça kanser riskinin artmasının bir nedeni budur [12].

2.2. Kanser Türleri

İnsanları etkileyen 100'den fazla kanser türü vardır. Kanser türleri genellikle kanserlerin oluştuğu organ veya dokulara göre adlandırılır. Ancak bazen epitel hücresi veya skuamöz hücre gibi onları oluşturan hücre tipine göre de tanımlanabilir [13].

Kanserler köken aldığı hücre tiplerine göre başlıca 3 ana gruba ayrılabilir.

- 1. Karsinomlar:** En sık görülen kanser türü karsinomlardır. Epitel hücreler tarafından oluşturulurlar. Meme, prostat, akciğer, pankreas ve kolon kanserlerinin çoğu bu gruptadır.
- 2. Sarkomlar:** Kemik, kıkırdak, yağ dokusu, bağ dokusu, kas dokusu ve kan damarı gibi mezenkimal hücrelerden kaynaklanan kanserlere sarkom denir.
- 3. Lenfoma ve Lösemi:** Bu iki kanser çeşidi, sırasıyla lenf düğümlerinde ve kanda olgunlaşma eğiliminde olan hematopoietik hücrelerden köken alırlar.

2.3. Kanser Belirtileri

Vücudun diğer bölgelerine yayılma potansiyeli olan ve anormal hücre büyümesini içeren bir hastalık grubu olan kanserin belirti ve semptomları genellikle spesifik olmadığı için teşhis etmek de zor olabilir [12]. Birçok kanser semptomu kademeli bir başlangıca sahip olduğundan, kanser taraması önemli bir halk sağlığı önceliğidir. Kanser taramaları sayesinde kanserler, semptomlar henüz gelişmemişken veya hastalık seyrinin erken safhalarında yakalanır [13].

Kanser semptomları kanserin tuttuğu organ veya metastaza bağlı olarak lokal semptomlar ve tüm vücudu etkileyen konstitüsyonel (sistemik) semptomlar olmak üzere ikiye ayrılır.

2.3.1. Konstitüsyonel (Sistemik) Semptomlar

Kişinin fiziksel iyilik halinde spesifik olmayan değişiklikler yapan semptomlardır.

Kilo kaybı: Diyet, egzersiz veya başka bir hastalığa bağlı olmayan istemsiz kilo kaybı birçok kanser türünün belirtisi olabilir. Bazı kanserler, kaşeksi olarak bilinen,

persistan kas kaybı ve kas zayıflığına yol açan sistemik bir inflamatuvar duruma neden olabilir[14]. Özellikle mide, pankreas, özefagus ve akciğer kanserinin ilk belirtisi kilo kaybı olabilir.

Ağrı: Tedaviye yanıt vermeyen, persistan ve nedeni tam olarak açıklanamayan ağrı, birçok kanser türünün uyarı işareti olabilir. Ağrı, genellikle kanser için erken bir gösterge olarak düşünülür, ancak bu yanıltır. Kanserlerin birçoğu başlangıçta ağrısızdır. Ağrı, tümör bir sinire baskı yaptığında veya bir dokuyu işgal ettiğinde ortaya çıkar [15]. Kemik veya testis tümörlerinde ilk belirti bazen ağrı olabilir[16].

Halsizlik ve Yorgunluk: Oldukça nonspesifik bir semptom olmakla birlikte olağandışı ve kalıcı yorgunluk, lösemi veya lenfoma gibi kanserler dahil olmak üzere birçok kansere işaret edebilir. Halsizlik kanserin seyrini tahmin etme konusunda önemli bir bulgudur[16].

Ateş: Bir haftadan uzun süren nedeni bilinmeyen ateşin olası etiolojisinde kanserler de araştırılmalıdır. Ateş, kanserlerde sıklıkla görülür fakat genellikle ileri evre kanserler ile birlikte[16]. Hodgkin hastalığı, diğer lenfomalar, akut lösemiler, karaciğer ve böbrek kanserleri gibi bazı kanser türleri persistan ateşe neden olabilir[15].

Gece Terlemeleri: Gece terlemeleri, hastanın yatak örtüsünü değiştirmesini gerektirecek kadar olan sıırıslıklam terlemeler olarak tanımlanmıştır [17]. Tüberkülozdan HIV enfeksiyonuna, menopozdan malignitelere kadar çok geniş bir etioloji spektrumu vardır. Klinisyenin detaylı anamnez becerisi bu noktada önemlidir.

2.3.2. Lokal Semptomlar

Kanserin belirli bir organ sistemi veya anatomik bölgeye lokalize olmasıyla ortaya çıkan ve daha spesifik gözlenebilen semptomlardır. Lokal semptomlar tümörün kitle etkisi ya da ülserasyonu sonucu ortaya çıkar.

Örneğin, akciğer kanserinden kaynaklanan kitlesel etkiler bronşu tıkayarak öksürük veya pnömoniye neden olabilir. Özefagus kanseri özefagusun daralmasına neden olarak yutmayı zorlaştırabilir veya ağrılı hale getirebilir. Kolorektal kanser,

bağırsak alışkanlıklarını etkileyerek bağırsakta daralmaya veya tıkanıklıklara yol açabilir. Meme dokusu ve testisteki kitleler gözle görülür yumrular oluşturabilir.

Ülserasyonlar, hemoptizi (akciğer kanseri), anemi veya rektal kanama (kolon kanseri), hematüri (mesane kanseri) veya anormal vajinal kanama (endometriyal kanser veya serviks kanseri) gibi semptomlara yol açabilen kanamaya neden olabilir.

Kemik tümörleri kemik ağrıları ve fraktürlere neden olurken, beyin tümörleri persistan baş ağrıları, yeni başlangıçlı nöbetler ve vertigoya neden olabilir. Bazı kanserler de göğüs veya karın içinde sıvı birikmesine yol açabilir [15].

2.4. Kanser Tarihçesi

Kanser tarihi çok eski zamanlara dayanmakla birlikte, bilim insanlarının elde ettiği paleopatolojik bulgular, tümörlerin, insanlar henüz ortaya çıkmadan çok daha önce, hayvanlarda var olduğunu göstermiştir [18]. Kanser en eski yazılı tanımı, MÖ. 3000’lerde Antik Mısır’da yazılmış olan Edwin Smith Papirüsü’nde geçer. Bu belge, 8 tanesi meme kanseri vakası olmak üzere toplamda 48 vaka raporundan oluşur ve yazar, memenin şişkin tümörünün ciddi bir hastalık olduğunu, koterizasyon yoluyla çıkarma işlemini ve bu hastalığın tam tedavisi olmadığını anlatır [19, 20]. Eski çağlarda, Mısırlılar, tümörleri koter, bıçak ve tuzlarla tedavi etmeye çalışırken; aynı dönem Sümerler, Çinliler, Hintliler, Persler ve İbraniler, bazı bitkisel ilaçlar ve birtakım demir, bakır, kükürt macunları kullanmışlardır [18, 21].

Antik Yunan döneminde, tıp literatüründeki ilk kanser anlamına gelen sözcükten tıbbın babası Hipokrat (MÖ. 460-375) bahsetmiştir. Hipokrat, solid malign tümörlerin kesik yüzeyinden her yana uzanan damar görünümünü yengecin ayaklarına benzetti ve Yunanca yengeç veya kerevit anlamına gelen $\kappa\alpha\rho\kappa\iota\nu\omicron\varsigma$ (karsinos) kelimesini kullandı [22]. Daha sonraları, Romalı bir hekim olan Celsus (MÖ 25 - MS 50), Karkinos’u Latince yengeç veya kerevit anlamına gelen kanser sözcüğüne çevirdi [20]. MS. 130-200 yılları arasında yaşayan bir Yunan hekim olan Galen ise, tedavi edilemez ve tedavi edilebilir kansere neden olan kara safra ve sarı safra kavramlarını öne sürdü. Hipokrat’ın habis tümörler için kullandığı ‘karkinos’ teriminden ayrı olarak, iyi huylu tümörleri tanımlamak için ‘oncos’ (Yunanca şişme

anlamına gelir) ekini kullanmaya başladı [20]. Galen ayrıca kanserli lezyonları belirtmek için karsinom (veya karkinoma) teriminin son eki olan -oma'yı ekledi ve onkoloji kelimesinin günümüzdeki modern kullanımı türedi [23].

Rahim kanserinin semptomlarının, bulgularının ve tedavisinin ilk kapsamlı tanımı, Mısır'ın İskenderiye kentinde yaşayan bir hekim olan Aretaeus (MS 81-138) tarafından yapılmıştır. Batı Roma İmparatorluğu'nun çöküşünden sonra, İstanbul ve Bağdat tıp biliminin merkezleri haline geldi. Bağdatlı Oribasius (325-403) kanserlerin çoğunlukla ağrısız olduğunu ve iltihaplı lezyonlar kadar kırmızı olmadığını öne sürdü. Kanserleri keserek, solid doku, kara safra ve kaba yumuşak materyal (nekroz) gözlemledi. Ülserli kanserlerin tedavi edilme şansının olmadığını belirtti. Tüm memenin kesilmesi yoluyla meme kanseri tedavisi, Bizanslı hekim olan Aetius (527-565) tarafından söylendi [18].

Hipokrat ve Galen, Arap dünyasına Bağdatlı Râzî (860-932) tarafından tanıtıldı. Râzî, yeni ameliyat tekniklerini ve aletlerini tanıttı, çeşitli ameliyatlara yaptı. İbni Sina (980-1037), tümör düşene kadar her gün daha sıkı yapılan bir tel halka ile polipektomiye önerdi. Kanser cerrahi tedavisi, Avrupa'daki ilk Müslüman doktor olan Zehrâvî (1013-1106) tarafından İspanya'da tanıtıldı. 1215'te Papa, kilisenin kan dökülmesini istemediğini öne sürerek cerrah operasyonları yasakladığında, İtalya'nın Salerno kentinde yaşayan bir piskopos ve doktor olan Theodoric (1205-1296) bu yasağa karşı gelip çalışmalarını sürdürdü. Theodoric, tümörlerin anatomik boyutunun bilinmemesi nedeniyle, kanserlerin etraflarında sağlıklı dokularla geniş bir şekilde eksize edilmesini tavsiye etti [18].

Siyasi nedenlerle İtalya'dan sürülen Milanolu hekim Lanfranc (1252-1315) Fransız cerrahisinin kurucularından olup, memenin iyi huylu tümörlerinin kanserden nasıl ayırt edileceğine dair ilk açıklamayı yapan kişidir. 14. yüzyılda Fransız bir cerrah olan Guy de Chauliac, *Chirurgia Magna* adlı eserinde cilt hastalıkları ve cilt kanserlerine bir bölüm ayırdı. Sıcak ve soğuk lezyonları ayırdı. Sıcak tümörler püstüller, apseler ve kangrenlerdi, soğuk lezyonlar ise kanserlerdi. Opere edilebilir olan kanserleri geniş eksizyonlarla tedavi etti. Opere edilemeyen lezyonlar için ise hastaları çeşitli diyet ve ilaçlarla tedavi etti. Anorektal lezyonlar, Londra'da çalışan ve

ilk proktolog olarak bilinen John Arderne'nin (1307-1390) ilgi alanıydı. Pek çok iyi huylu anorektal lezyon ve kanserin aynı semptomlarla ortaya çıkabileceğini, ancak çoğu kanserin parmak ucuyla hissedilebilen sertleşmeler veya düzensiz polipoid kitleler olarak anlaşılabilceğini kaydetti. De Arte Phisicale et de Chirurgia'da, kanserler için sadece lokal eksizyon önerdiğini ve daha önce rektum kanserinden kurtulan bir insan görmediğini belirtti [18].

14. yy sonrasında Rönesans'ın başlaması ile tıp ve sanat gelişmeye başladı, 1478'de ilk tıp kitabı basıldı. 1507'de ilk kez bir kanserin basılı vaka raporu, İtalyan bir pratisyen hekim ve cerrah olan Antonio Benivieni tarafından, 19 non-kanseröz vakanın otopsi protokolleri ile birlikte 54 sayfalık bir kitapçık olan De Abditis'te yayınlandı [24]. 16. yy'da bir kimyager ve doktor olan İsviçreli Paracelsus arsenik, civa, kurşun, kükürt gibi elementleri kullanarak kemoterapiye öncülük etmiştir. Ayrıca bunları dikkatli kullanmak gerektiğini "Tüm maddeler zehirdir, ilacı zehirden ayıran dozudur" ünlü sözüyle belirtmiştir [25]. Zacutus Lusitani (1575-1642) ve Nicholas Tulp (1593-1674) adlı iki Hollandalı doktor aynı hanenin üyelerinde meme kanserini görerek kanserlerin bulaşıcı olduğu sonucuna vardılar ve kanserden korunmak için kanser hastalarının tercihen şehir ve kasabaların dışında ayrı mahallelerde izole edilmesi gerektiğini öne sürdüler [25].

17. yy'da Londralı bir cerrah olan William Salmon, Systema Medicinale isimli metninde, kanserlerin cerrahi hastalıklar olduğunu ve uyarı işaretlerine dikkat edilmesi koşuluyla büyümenin erken evrelerinde teşhis edilebileceğini yazmıştır. 18. yy'a kadar kanserin kökenine ilişkin birçok teori geliştirilmiş olmasına rağmen, kanserin oluşumuna dair en gerçekçi görüşü sunan Fransız cerrah Deshaies Gendron (1663-1750) olmuştur. Kanserlerin vücuttaki glandüler, lenfatik, vasküler ve solid yapıların transformasyonu ve sürekli büyümesi nedeniyle meydana geldiğini, ayrıca kanserlerin ilaçlarla tedavi edilemeyeceğine ve tek küratif tedavinin geniş cerrahi eksizyon olduğunu öne sürmüştür [25].

Alman cerrahisinin kurucusu olarak kabul edilen Lorenz Heister (1683-1758), ölen kanser hastalarının rutin olarak postmortem muayenesini yapmıştır. Otopsi bulguları ona meme kanserinin meme, aksiller lenf nodları ve pektoralis majör kasının

çıkarılmasıyla tedavi edilmesi gerektiği yani bugünkü radikal mastektomi fikrini verdi. Ayrıca Heister, 1719'da yayınlanan Chirurgie'sinde, kanserle sınırlı eksizyonun (lumpektomi) nasıl yapılacağını da açıklamış ve göstermiştir [25].

1700'lerde Royal Society of London'ın resmi yayını olan The Philosophical Transactions'ta olağandışı tümörlerin klinikopatoloji vaka raporları tanıtıldı. Bildirilen tümörler arasında meme kanseri, bilateral overin müsin hücreli kanseri, testis kanseri ve femur ve tibia sarkomları vardı. Bu tür vakaların basımı, tıbbi dergilerde vaka raporlarının yayınlanmasının başlangıcını işaret etmiştir [26].

1775 yılında, İngiliz cerrah Percivall Pott, farkında olmadan, 4000 yıllık kanser nedenselliği teorisine bir darbe indirdi ve kanserin çevresel bir etkene kronik maruziyetten kaynaklandığını varsayarak bu açıklamasını skrotum kanseri olan baca temizleyicileri örneği ile güçlendirdi [27].

1829 yılında Fransız bir jinekolog olan Joseph Recamier, kanserlerin büyümesini ve yayılmasını izleyerek, kanserin çıplak gözle kan damarı istilasını tanımlamayı başardı ve ilk kez metastaz sözcüğünü kullandı [25].

1838 yılında Berlin'deki Patoloji Enstitüsü'nde, bir doktor-fizyolog olan Theodor Schwann (1810-1882), hayvan ve insan dokularının sitoplazma ve çekirdeğe sahip hücrelerden oluştuğunu ilk kez göstererek hücre teorisini kurdu. Aynı yıl bir patolog olan Johannes Muller, kanserleri anormal hücre ve stromanın özel grupları olarak tanımladı. Kanser, hastalıklı organlarda yıkıcı olma ve vasküler invazyon yoluyla vücudun diğer bölgelerine yayılma potansiyeli olan yeni hücrelerin oluşumuna bağladı. Kanser yaşlanma ile ilişkilendirdi ve tümör nekrozunu (apoptoz) bir gerileme işareti olarak tanımladı [28].

Fransız Herman Lebert (1813-1878), aynı organda bile birçok farklı mikroskobik kanser türü olduğunu ve malign tümörlerin iyi huylu tümörlerden ve normal dokulardan mikroskopik olarak belirgin bir şekilde farklı olduğunu gösterdi. Büyümüş çekirdekleri, makronükleolar ve çoklu çekirdekleri malign hücrelerin ayırt edici özellikleri olarak tanımladı, ayrıca kanser hücrelerinin artmış bir nükleositoplazmik orana sahip olduğunu gösterdi [25].

19. yy'da Alman patolog Rudolf Virchow (1821-1902), tümörlerin makroskopik ve mikroskopik anlayışının gelişmesine katkıda bulunup, metaplazi ve hiperplazi kavramlarını tanımlamıştır. 19. Yüzyıl onkoloji literatürüne en önemli katkı yapan kişilerden biri kabul edilmektedir[25]. 19. Yy ortalarında Avusturyalı patolog-cerrah Theodor Billroth karsinomların lenfatikler yoluyla yayıldığını ve sarkomların kan damarları yoluyla metastaz yaptığını fark etmiştir. Karsinomaya en yakın lenf bezinin (sentinel lenf nodu) metastatik kanser hücrelerini ilk barındıran bezin olduğunu gözlemledi [29].

1896'da Alman fizikçi Wilhelm C. Röntgen'in X ışınlarını tesadüfen keşfetmesiyle tıpta tanısal radyoloji alanı ortaya çıktı. X-ışınları ile kanser arasında nedensel bir ilişki 1902'de bir röntgen teknisyeninin elinde indüklenmiş karsinom rapor edildiğinde ancak farkedilebildi. Hasta 4 yıl sonra metastatik skuamöz karsinomdan öldü[29]. 1909'da Alman bir biyokimyacı ve immünolog olan Paul Ehrlich kemoterapi üzerine bilinen ilk kitabını yazdı [25].

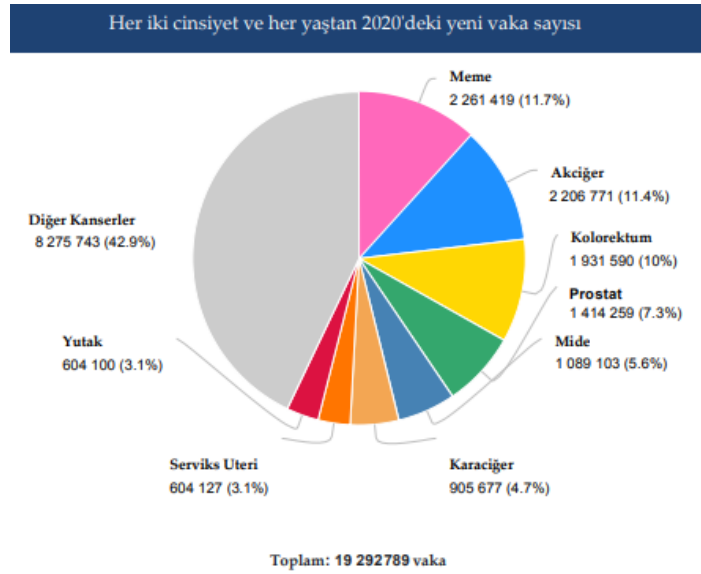
Binlerce yıllık süre zarfında temel bilimler ve klinik uygulamalarda meydana gelen bu sancılı gelişmeler, kanserin şeytanlar, ahlaki veya dini sapmalar ve humoral imbalanstan (sarı safra, kara safra, kan, balgam) kaynaklandığına dair yanlış ve eskimiş hipotezleri çürütmüştür. Bilim hızla gelişmeye devam etmektedir.

2.5. Kanser İstatistikleri

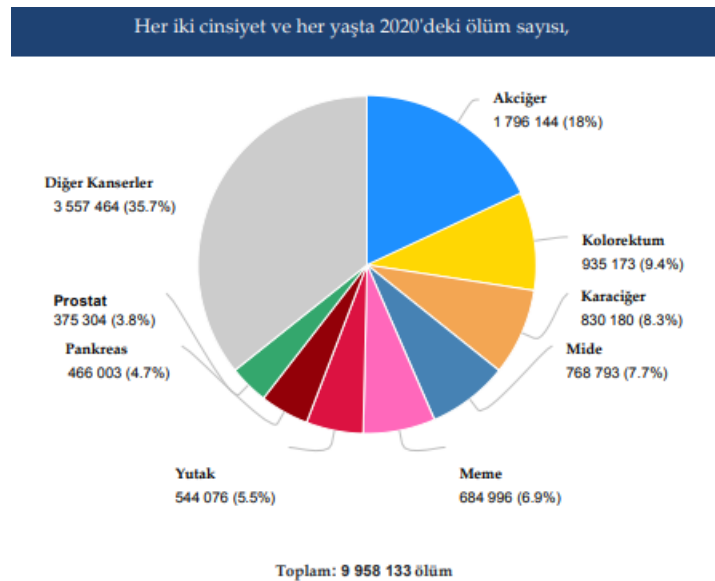
2.5.1. Dünya'da Kanser

Dünya Sağlık Örgütü - Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2020 dünya kanser istatistiklerine göre, dünya çapında yaklaşık 19,3 milyon yeni kanser vakası (melanom dışı cilt kanseri hariç 18,1 milyon) ve yaklaşık 10,0 milyon kanser ölümünün (melanom dışı cilt kanseri hariç 9,9 milyon) meydana geldiğini göstermektedir. 2020'de tespit edilen bu oranlar, 2018 yılındaki 18,1 milyon yeni vaka ve 9,6 milyon ölüm oranlarıyla karşılaştırıldığında dünyadaki kanser yükünün arttığı görülmektedir. 2020 istatistiklerine göre kadın meme kanseri, en sık teşhis edilen kanser olan akciğer kanserini geride bırakmıştır. Tahminen 2,3 milyon vaka olan meme kanserini (%11,7),

akciğer kanseri (%11,4), kolorektal kanser (%10,0), prostat kanseri (%7,3) ve mide kanseri (%5,6) takip etmektedir (Şekil 1). Mortalite oranlarına bakıldığında akciğer kanseri yaklaşık 1,8 milyon ölümlle (%18) kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olmaya devam ederken, bunu kolorektal kanser (%9,4), karaciğer kanseri (%8,3), mide kanseri (%7,7) ve meme kanseri (%6,9) izlemiştir (Şekil 2). [30].



Şekil 1. 2020'de dünyada her iki cinsiyete ait kanser yeni vaka sayısı

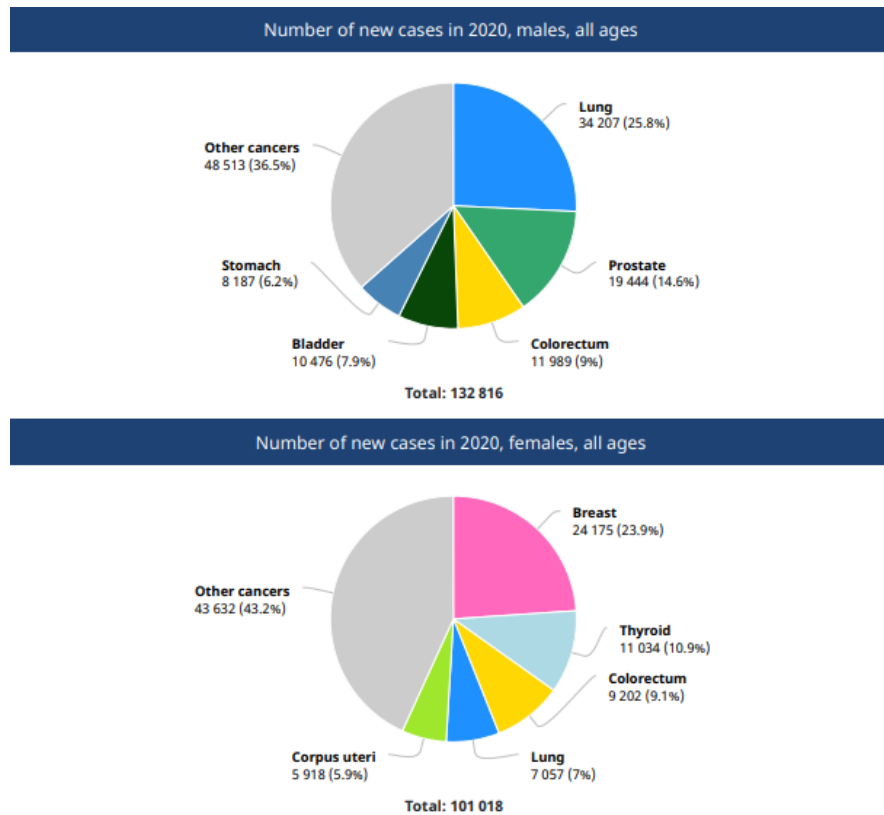


Şekil 2. 2020'de dünyada her iki cinsiyete ait kanser ölüm sayısı

2.5.2. Ülkemizde Kanser

2020 GLOBOCAN verilerine göre Türkiye’de 2020 yılında 233.834 kişiye kanser teşhisi konmuştur [4]. 2017’de 180.288 kişi olan bu sayı üç yılda yaklaşık 50.000 kişi artmıştır [31]. Kansere bağlı ölüm oranı erkeklerde 78.949 kişi iken, kadınlarda 47.386 kişidir. 2020’de toplamda 126.335 kişi olan mortalite oranının 2040 yılında 233.405 olacağı ön görülmektedir.

2020’de erkek cinsiyette kanser insidansı 132.816 iken, kadınlarda 101.018’dir. 2020 yılında Türkiye’de en sık görülen ilk 5 kanser sırasıyla; meme kanseri, prostat kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser ve tiroid kanseri iken, en çok öldüren ilk 5 kanser ise sırasıyla; akciğer kanseri, meme kanseri, prostat kanseri, mide kanseri ve kolorektal kanserdir. Ülkemizde kadınlarda en sık rastlanan kanserler sırasıyla meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve serviks kanseri iken, erkeklerde en sık rastlanan kanserler sırasıyla akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri ve mide kanseridir (Şekil 3). [4].



Şekil 3. 2020 yılında Türkiye’de her iki cinsiyete ait yeni kanser vaka sayıları

2.6. Kanser Etiyolojisi

Kanserlerin nedenleri kesin olarak bilinmemekle birlikte tüm kanserlerin etiolojisinde, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen faktörler yer alır. Kişinin yaşı, cinsiyeti ve aile öyküsü değiştirilemeyen faktörler iken, maruz kalınan karsinojen ajanlar, obezite, fiziksel inaktivite değiştirilebilir faktörlerdir. Kanseri etiolojisindeki karsinojen ajanlar başlıca üç grupta incelenebilir: fiziksel, kimyasal ve biyolojik karsinojenler. Fiziksel kanserojenlere ultraviyole ışınlar ve iyonlaştırıcı radyasyonlar örnek verilebilir. Asbest, tütün dumanı, alkol, aflatoksin ve arsenik gibi maddeler kimyasal kanserojenlere örnek iken, bazı virüsler, bakteriler veya parazitlerden kaynaklanan enfeksiyonlar da biyolojik karsinojenlere örnek verilebilir. Bu risk faktörlerinden biri veya daha fazlasına maruz kalmak kişide kesin olarak kanser gelişeceğini göstermese de kansere yakalanma olasılığını artırır [32].

2.6.1. Yaş

Yaşlanma, kanser gelişimi için önemli bir faktördür. Kanseri insidansı, genellikle yaşla birlikte artar. 20 yaşın altındaki gruplarda 100.000 kişi başına 25'ten az kanser vakasına rastlanırken, 45-49 yaş grubunda bu oran 100.000 kişide yaklaşık 350'dir. 60 yaş ve üstü yaş gruplarında ise 100.000 kişide 1.000'den fazla kanser vakasına rastlanmaktadır [33].

Bu durum yaşla birlikte artan kümülatif risklerin birikmesi ve hücresel onarım mekanizmalarının kişi yaşlandıkça daha az etkili olması eğilimiyle açıklanabilir [2].

Kanser her yaşta teşhis edilebilir, örneğin kemik kanseri en çok çocuk ve ergen yaş grubunda görülmektedir. Ancak NCI'den elde edilen son verilere göre, ortalama kanser tanısı alma yaşı 66'dır. Bu, kanser vakalarının yarısının bu yaşın altındaki kişilerde, yarısının bu yaşın üzerindeki kişilerde meydana geldiği anlamına gelir. Birçok kanser türü için durum benzerdir. Örneğin, medyan tanı yaşı meme kanseri için 62, kolorektal kanser için 67, akciğer kanseri için 71 ve prostat kanseri için 66'dır [33].

2.6.2. Cinsiyet

Erkekler yaşam boyu %44 ve kadınlar %38 oranında kansere yakalanma riskiyle karşı karşıyadırlar [34]. IARC tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2020 Verilerine Göre Türkiye’de Yaşa Standardize Kanser Hızı erkeklerde 100.000 kişide 291.5 iken, kadınlarda 100.000 kişide 188’dir. Türkiye’de 2020 yılı kanser insidansına baktığımızda, erkeklerde yeni vaka sayısı 132.816 iken kadınlarda yeni kanser vakası oranı 101.018’dir. Ayrıca Türkiye’de 75 yaşından önce erkek cinsiyette kanser gelişme oranı % 29,2 iken, kadınlarda bu oran %18,4’tür [4]. Akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türleri iken, kadınlarda meme, kolorektal, akciğer, rahim ağzı ve tiroid kanseri en sık görülen kanser türleridir [35].

2.6.3. Aile Öyküsü ve Genetik Faktörler

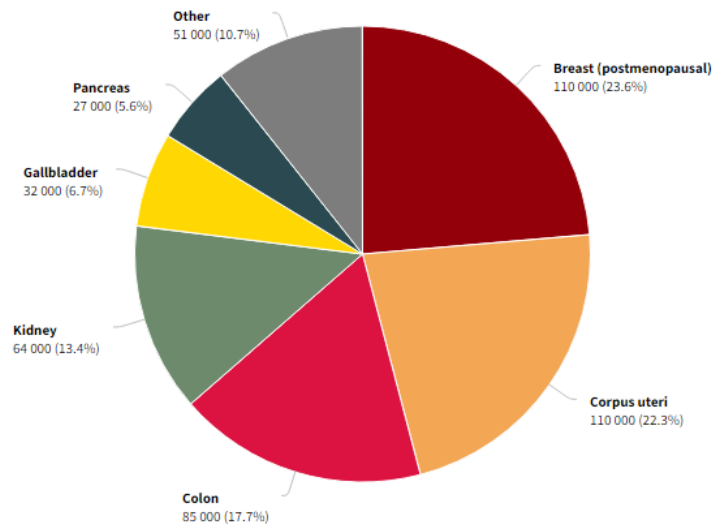
Tüm kanserlerin yaklaşık %10 kadarı kalıtsal genetik kusurlardan kaynaklanmakla birlikte büyük çoğunluğu sporadiktir. Kanserin kendisi ebeveynlerden çocuklara geçemez ve kanser hücrelerindeki genetik değişiklikler bir sonraki nesle aktarılamaz. Ancak ebeveynin üreme hücrelerindeki kanser riskini artıran bir genetik değişiklik nesilden nesile aktarılabilir [36]. Ailesel kanser sendromları, bir veya daha fazla gendeki kalıtsal genetik mutasyonların, etkilenen bireyleri kanser gelişimine yatkın hale getirdiği ve ayrıca bu kanserlerin erken başlamasına neden olabilen bir genetik bozukluktur. Kalıtsal kanser sendromları, tüm kanserlerin %5 ila %10'unun temelini oluşturur ve 50'den fazla tanımlanabilir kalıtsal kanser türü vardır. Kanser sendromları genellikle yalnızca yaşam boyu yüksek kanser geliştirme riskini değil, aynı zamanda birden fazla bağımsız primer tümör gelişimi riskini de artırır [37].

2.6.4. Obezite ve Fiziksel İnaktivite

Kötü beslenme, aşırı vücut ağırlığı ve fiziksel hareketsizlik kanser için önemli risk faktörleridir. Yanlış diyet alışkanlıkları ve obezite, kanser ölümlerinin %30-35'i ile ilişkili olabilirken [38], fiziksel hareketsizlik kanser oluşumu riskinin %7'si ile ilişkili görünmektedir[39]. Dünya çapında aşırı kilolu ve bireylerin sayısı 1980 yılında 857

milyon iken, 2013 yılında 2,1 milyara yükselmiştir. Yapılan birçok araştırmada obezitenin erkeklerde özofagus, kolon, böbrek, tiroid, karaciğer ve prostat kanseri, kadınlarda endometrium, özefagus, böbrek, over, safra kesesi, postmenapozal meme, pankreas ve tiroid kanseri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Şekil 4). [40].

Cancer cases (at all anatomical sites) among both sexes (worldwide) in 2012 attributable to excess body mass index, shown by anatomical site as percentages of the total number of all such attributable cases at all anatomical sites in this population



Şekil 4. 2012 yılında dünyada her iki cinsiyetteki obeziteye atfedilen kanser vaka sayıları

Dünya Kanser Önleme Fonu (WCRF/AICR) obezite kaynaklı kanserin önlenmesine yönelik bazı öneriler yayınlamıştır. Bunlar:

1. Normalin altına inmeden mümkün olduğu kadar zayıf kalın.
2. Her gün en az 30 dakika fiziksel aktivite yapın.
3. Şekerli içecekler tüketmeyin.
4. Çeşitli sebzeler, meyveler, kepekli tahıllar ve bakliyatlar tüketin.
5. Kırmızı et tüketimini sınırlandırın.
6. Alkollü içecekleri erkeklerde günde iki kadeh, kadınlarda günlük bir kadehle sınırlandırın.
7. Tuzlu yiyecekler veya tuzla (sodyum) işlenmiş yiyeceklerin tüketimini sınırlandırın.

8. Kanserle karşı koruyucu olduğu söylenen maddeler yerine çeşitli gıdaları içeren dengeli bir beslenme seçin.

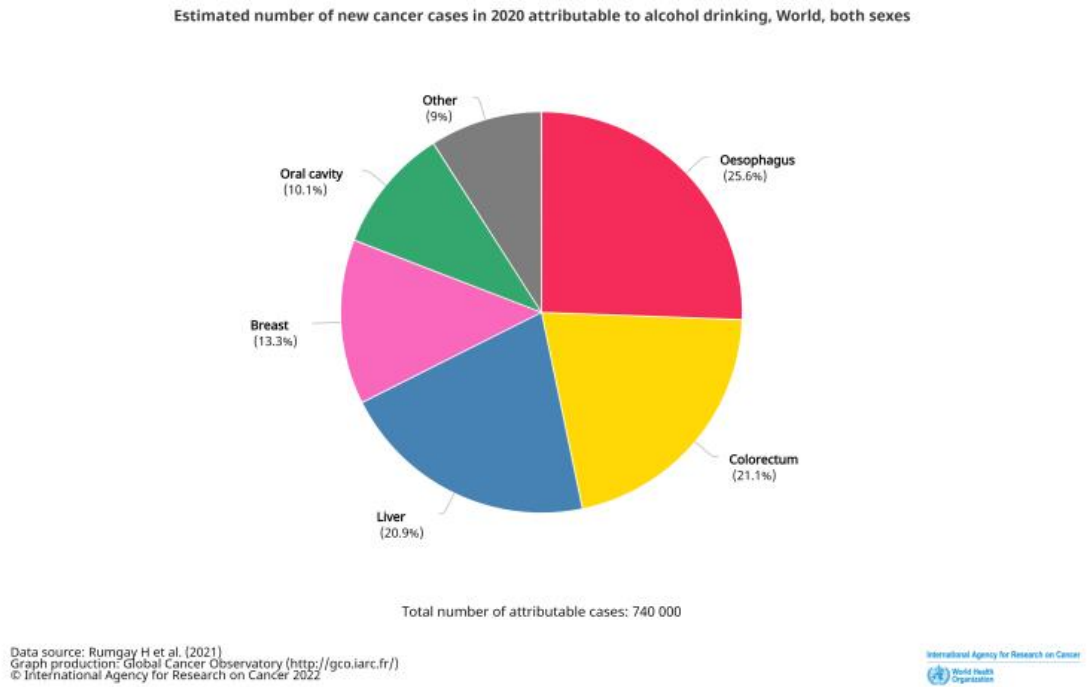
2.6.5. Tütün

Tütün kullanımı, başta kanserler, dolaşım ve solunum sistemi hastalıkları olmak üzere 50'den fazla sağlık problemine yol açan önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada 15 yaş üzeri nüfusta her üç kişiden biri, yaklaşık 1,2 milyar insan tütün kullanmaktadır. Türkiye'de ise 15 yaş üzeri nüfusta yaklaşık 15 milyon kişi tütün kullanmaktadır. Dünya genelinde tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle yılda yaklaşık 6 milyon kişi ölmektedir. Ülkemizdeki tüm ölümlerin % 23'ü tütüne bağlı hastalıklar sebebiyle olmaktadır[41].

Tütün dumanı, nitrozaminler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar dahil olmak üzere elliden fazla bilinen kanserojen içerir [42]. Akciğer kanseri riski, sigaradan büyük ölçüde etkilenir ve teşhislerin %90'a varan kısmı tütün içiciliğine atfedilir [43]. Sigara içilen yıl sayısı ve günde içilen sigara sayısı arttıkça akciğer kanserine yakalanma riski artar [44]. Sigarayı bırakmak kanser hastalarının prognozunu iyileştirir. Bazı kanser hastalarında tanı anında sigarayı bırakmak ölüm riskini %30-40 oranında azaltabilir[45].

2.6.6. Alkol

Alkol tüketimi oral kavite, farinks, özefagus, larinks, karaciğer ve meme kanseri riskini artırır (Şekil 5). Tüketim miktarı arttıkça risk artar [46]. 2009 verilerine göre, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kanser ölümlerinin tahmini %3,5'i (yaklaşık 19.500 ölüm) alkolle ilgilidir [47]. Alkolün DNA metilasyonu, oksidatif stres ve hormonal değişiklik mekanizmalarıyla kanser patogeneğinde rol oynadığı düşünülmektedir.

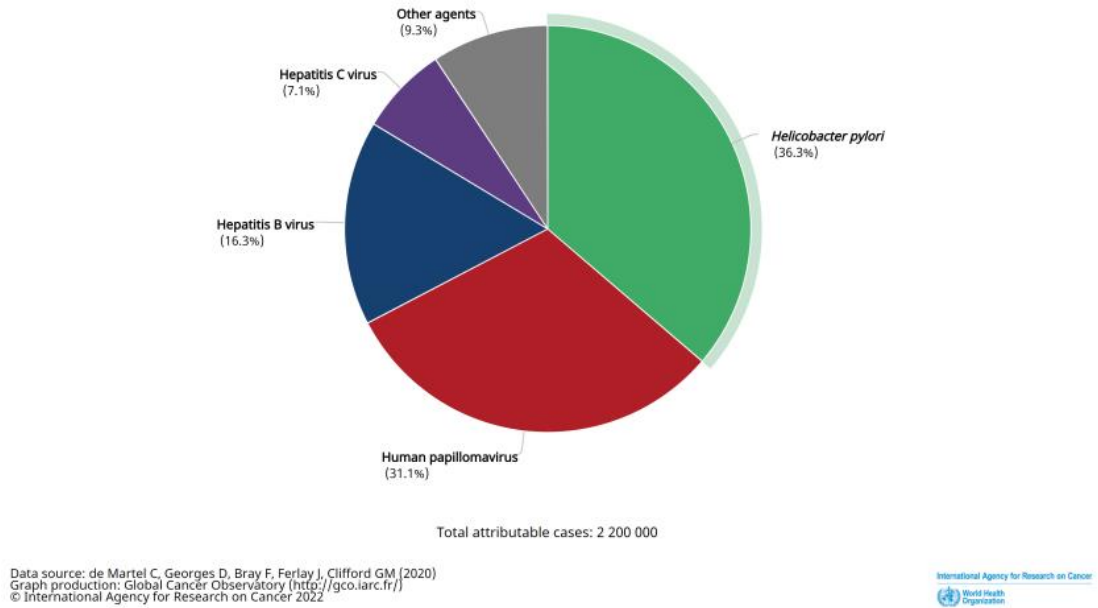


Şekil 5. 2020 yılında dünyada her iki cinsiyette alkol kullanımı ilişkili yeni kanser vakaları

2.6.7. Enfeksiyöz Ajanlar

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından insanlar için kanserojen olarak sınıflandırılan (Grup 1) 10 enfeksiyöz patojen vardır. Bunlardan biri bakteri (*Helicobacter pylori*), altısı virüs (hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV), insan papilloma virüsü (HPV; tip 16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52, 58 ve diğer tipler), Epstein–Barr virüs (EBV), insan herpes virüsü tip 8 (HHV-8) ve insan T-hücresi lenfotropik virüs tip 1 (HTLV-1)) ve üçü parazit (*Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis* ve *Schistosoma haematobium*)’tir. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ayrı bir enfeksiyöz ajan olarak düşünülmemiştir, çünkü yalnızca immünosupresyon yoluyla, diğer virüslerin karsinojenik etkisini artırarak kansere neden olur [48].

Cancer cases (all infectious agents) among both sexes in 2018 attributable to infections, in the world, shown by infectious agents



Şekil 6. 2018’de dünyada her iki cinsiyette görülen kanser ilişkili enfeksiyöz ajanlar

2018 yılında dünya çapında yaklaşık 2,2 milyon enfeksiyona atfedilebilir kanser vakası teşhis edilmiştir. Bu, 100.000’de 25,0 vakanın enfeksiyona atfedilebilir olduğu anlamına gelir. Birincil nedenler *Helicobacter pylori* (810 000 vaka, 100 000 kişi-yılı başına 8,7), insan papilloma virüsü (HPV) (690 000 vaka, 8,0), hepatit B virüsü (360 000 vaka, 4,1) ve hepatit C virüsüdür (160 000 vaka, 1,7). Enfeksiyona bağlı yaşa göre standardize insidans oranı en yüksek doğu Asya’da (100.000 kişi-yılı başına 37.9 vaka) ve Sahra altı Afrika’da (33.1) ve en düşük kuzey Avrupa (13.6) ve batı Asya’da (13.8) idi. Çin, yüksek *H. pylori* (15,6) ve hepatit B virüsü (11,7) enfeksiyonunun neden olduğu enfeksiyona atfedilebilen dünya çapındaki kanser vakalarının üçte birini oluşturuyor [49]. Enfeksiyonla ilişkili kanserlerin yükü az gelişmiş bölgelerde, gelişmiş bölgelerden daha yüksektir.

2.6.8. Kimyasal ve Fiziksel Ajanlar

İyonlaştırıcı radyasyon adı verilen belirli dalga boylarındaki radyasyon, DNA'ya zarar vermek ve kansere neden olmak için yeterli enerjiye sahiptir. İyonlaştırıcı radyasyon, radon, x-ışınları, gama ışınları ve diğer yüksek enerjili radyasyon biçimlerini içerir. Yüksek düzeyde radon maruziyeti akciğer kanseri riskini artırır. Atom silahları yüzünden ve nükleer santrallerde yapılan kazalarda açığa çıkan X ışınları, gama ışınları, alfa parçacıkları, beta parçacıkları ve nötronlar gibi yüksek enerjili radyasyon DNA'ya zarar verebilir ve kansere neden olabilir. İyonize radyasyonun yüksek gelirli ülkelerde kanser sebepleri içerisindeki payı yüzde 3-5 kadardır. Bu türden radyasyona maruziyete bağlı olarak; akut lenfositik lösemi, akut ve kronik miyeloid lösemi, meme, akciğer, kemik, beyin ve tiroid kanserleri oluşabilmektedir. Güneş ışınları ve ultraviyole ışınlar deri kanseri yönünden risklidir ve önlenabilir kanser etkenleridir. Isınma ve pişirme amacıyla katı yakıt kullanımından kaynaklanan iç mekan hava kirliliğinin dünya çapında her yıl yaklaşık 4 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir [50].

2.7. Kanserden Korunma

Son yüzyılda teknolojinin gelişmesi ile karsinojen maddelere daha çok maruz kalma ve beklenen yaşam süresinin artmasıyla hücre yaşlanması gibi nedenler yüzünden günümüzde kanserler ne yazık ki daha sık görülmektedir.

Kanserlerin yaklaşık %30-50'si, risk faktörlerinden kaçınma ve mevcut kanıta dayalı önleme stratejilerini uygulama yoluyla önlenabilmektedir [2]. Bununla birlikte erken tanı konmuş ve uygun şekilde tedavi edilmiş birçok kanserin iyileşme olasılığı da oldukça yüksektir. Sigara içmemek, sağlıklı bir kiloyu korumak, alkol alımını sınırlandırmak, bol sebze, meyve ve kepekli tahıllar tüketmek, bazı bulaşıcı hastalıklara karşı aşı yaptırmak, işlenmiş et ve kırmızı et tüketimini sınırlandırmak ve doğrudan güneş ışığına maruziyeti sınırlandırmak bazı kanserlere yakalanma riskini azaltabilir.

Kanserler nedenleri hakkında bilgi ve kontrol stratejilerinin geliştirilmesi, bunların önlenmesi için bireylere yönelik, Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

(IARC) ve Avrupa Komisyonu tarafından finanse edilen bir proje kapsamında “Kansere Karşı Avrupa Kodu” gibi listeler hazırlanmıştır [51].

Kansere Karşı Avrupa Kodu

Kanser riskinizi azaltmanın 12 yolu:

1. Sigara içmeyin. Hiçbir bir tütün ürününü kullanmayın.
 2. Evinizde sigara içmeyin. Tütünsüz işyeri politikalarını destekleyin.
 3. Sağlıklı vücut kilosunda olmak için harekete geçin.
 4. Günlük yaşamda fiziksel olarak aktif olun. Oturarak geçirdiğiniz zamanı sınırlandırın.
 5. Sağlıklı beslenin:
 - Tahıl, bakliyat, sebze ve meyveyi bol tüketin.
 - Yüksek kalorili yiyecekleri sınırlandırın (yüksek şekerli ve yağlı yiyecekler), şekerli içeceklerden kaçınin.
 - İşlenmiş et ürünlerinden uzak durun; kırmızı eti sınırlı tüketin, çok tuzlu yiyeceklerden uzak durun.
 6. Eğer alkol kullanıyorsanız, kullanımınızı sınırlandırın. Kanserden korunmak için alkol kullanmamalısınız.
 7. Özellikle çocukları aşırı güneşten uzak tutun. Güneş koruyucu kullanın. Solaryum kullanmayın.
 8. İşyerlerinde, sağlık ve güvenlik kurallarına uyarak kansere yol açan maddelerden kendinizi koruyun.
 9. Evinizde yüksek radon seviyelerinden kaynaklı radyasyona maruz kalmadığınızdan emin olun.
- Yüksek radon seviyesini düşürmek için önlemler alın.
10. Kadınlar için:
 - Emzirmek annenin kanser riskini azaltmaktadır. Bebeğinizi emzirin.
 - Hormon tedavileri kanser riskini arttırmaktadır. Hormon kullanımını sınırlandırın.

11. Çocuklarınızın aşılarını yaptırın:

- Hepatit B aşısı (yenidoğanlarda).
- HPV aşısı (kızlarda).

12. Ulusal Kanser taramaları kapsamında taramalarınızı yaptırın:

- Kalın bağırsak kanseri (erkek ve kadınlarda)
- Meme kanseri (kadınlarda)
- Rahim ağzı kanseri (serviks kanseri) (kadınlarda).

Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, ülkemizde ortaya çıkan kanser olguları ve kanser ölümlerini azaltmak için, çeşitli strateji ve faaliyetleri içeren uzun dönemli Ulusal Kansere Kontrol programını hayata geçirmiştir. Tütün bağımlılığı ile mücadele, çevresel karsinogen etkenlere maruziyetin azaltılması gibi çeşitli projeler içeren bu programın bir parçası da, Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri’nin (KETEM) kurulmuş olması ve işletilmesidir.

KETEM’lerin başlıca kuruluş amaçları; meme, serviks ve kolorektal kanserlerine bağlı ölümleri azaltmaktır. Taramanın hedef grubuna kansere ilgili bilgiler ulaştırarak toplumun kansere ilgili farkındalığını artırmak, hedef nüfus içinde taramaya katılan kişi yüzdesini yükseltmek, toplumda farkındalık artışı sağlamak, ileri evrede tanı alan kanser olgularını azaltmak, kanser insidanslarında ve mortalitesinde azalma sağlamak diğer hedefleri arasındadır[52].

2.8. Kansere Taramaları

Kansere, belirli belirti ve semptomlar verdiğinde veya tarama testleri ile tespit edilebilir. Daha sonra ileri tıbbi görüntülemeler ile araştırılıp, biyopsi ile doğrulanması gerekir.

Kansere taraması kanserin ya da prekürsör lezyonlarının asemptomatik bireylerde erkenden tespit edilmesi amacıyla yapılır. Buradaki temel amaç kansere bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Tarama için kullanılacak testlerin maliyet uygun, kolay uygulanabilir ve tekrarlanabilir olması önemlidir. Tarama testleri uygulanırken öncelikle tüm tıbbi işlemlerde olduğu gibi hastanın rızası önemlidir. Bu programlarla bazen ortaya çıkan ve istenmeyen yalancı pozitif bulgular olabileceği,

girişime bağlı olası komplikasyon riski, bunların sonucunda hasta veya hekim anksiyetesi gibi istenmeyen durumların da ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır[8].

Bir kanser türünün taranabilmesi için bazı özellikleri taşıması gereklidir: Taranan kanser türü önemli morbidite ve mortaliteye sahip olmalıdır, tedavisi ekonomik yük oluşturmamalıdır, toplumda yüksek prevalans ve insidansa sahip olmalıdır, erken tanı konulduğunda etkili tedavi seçenekleri mevcut olmalıdır ve hastalığın kestirilebilir bir klinik seyri olmalıdır. Taramada kullanılan testlerin preklinal fazda tanı koydurabilmesi önemlidir. Ayrıca yüksek duyarlılık ve özgünlüğe sahip olup, güvenli ve ucuz olmaları gerekmektedir [8].

2.8.1. Dünya’da Taranan Kanserler

Her ülkenin kanser tarama programı farklıdır. Ülkeden ülkeye farklılıklar göstermekle birlikte genelde gelişmiş ülkelerde kolorektal, meme, serviks, prostat ve akciğer kanseri ile ilgili tarama programları uygulanmaktadır.

ABD: Ulusal düzeyde hiçbir kanser taraması ücretsiz olarak sunulmamaktadır. ABD Ulusal Kanser Enstitüsü; 21-65 yaş arasında 2 yılda 1 PAP smear testi, 50 yaş ve üzerinde yılda 1 kez gaitada gizli kan testi ve 50-75 yaş arasında 10 yılda 1 kez kolonoskopi ve 40-74 yaş arasında yılda 1 kez mamografi ile kanser taraması yapılmasını önermektedir.

Kanada’da tarama testleri ulusal düzeyde ücretsiz olarak sunulmaktadır. 25-69 yaş arası 3 yılda 1 kez PAP smear testi, 50-74 yaş arası 2 yılda 1 kez gaitada gizli kan testi, 50-74 yaş arası 2 ya da 3 yılda 1 kez mamografi yapılmaktadır.

Avustralya’da 18-70 yaş arası 2 yılda 1 PAP smear testi, 50-74 yaş arası 2 yılda 1 kez gaitada gizli kan testi yapılmaktadır. Meme kanseri taraması için 50-74 arası kadınlar 2 yılda 1 davet mektubu ile mamografiye çağırılmaktadır. 40-49 yaş arası ve 74 yaş üstü taramalar için davet mektubu yollanmamaktadır. Ancak programlar yine de ücretsizdir.

Yeni Zelanda’nın Ulusal Takip Birimi (National Screening Unit (NSU)) meme kanseri, serviks kanseri ve antenatal HIV için yürütülen tarama programından sorumludur.

Birleşik Krallık'taki ulusal tarama programı, alanında uzman birçok kişi tarafından, tarama politikasının ve uygulanmasının tüm yönlerini yönetmesinden dolayı en iyi tarama sistemi olarak değerlendirilmektedir. Birleşik Krallık'ta meme kanseri 50 -70 yaş arası kadınlara 3 yılda 1, kolorektal kanser 60-74 yaş arası 2 yılda 1 kez taranmaktadır. Serviks kanseri taraması ise 25 – 49 yaş arası kadınlara 3 yılda 1 ve 49-64 yaş arası kadınlara 5 yılda 1 pap smear testi ile önerilmektedir.

İspanya'da NHS (National Health System) organizasyonu merkezi değildir. Bu nedenle 17 özerk bölgenin bölgesel sağlık sistemlerine dağıtılmış şekilde programlar yürütülmektedir.

Avrupa Birliği (AB) 2003 yılından itibaren toplum tabanlı meme, serviks ve kolorektal kanser taramasını önermekte ve desteklemektedir. Meme kanseri Bulgaristan, Hırvatistan ve Slovakya dışındaki tüm AB ülkelerinde (45-49 yaş 2 ya da 3 yılda 1, 50-69 yaş 2 yılda 1, 70-74 3 yaş yılda 1) yapılmaktadır. Meme Kanseri Tarama Programı Lüksemburg'da kamu tarafından desteklenmezken, Portekiz'de kısmen kamu desteği ile yürütülmektedir. Geri kalan tüm diğer AB ülkelerinde meme kanseri tarama programı kamu tarafından finanse edilmektedir.

Serviks kanseri için (ülkeden ülkeye değişmekle birlikte 3-5 yıllık aralıklarla) Bulgaristan, Kıbrıs ve Lüksemburg dışındaki tüm AB devletlerinde zorunlu kılınan ulusal bir serviks kanseri tarama politikası bulunmaktadır. Diğer tüm ülkelerde, tarama testlerinin ücretsiz olarak yapıldığı, kamu tarafından finanse edilen nüfus temelli tarama programları vardır.

Kolorektal kanser (50-74 yaş arası, 2 yılda 1 kez) Bulgaristan, Romanya ve Slovakya dışındaki tüm AB ülkelerinde ulusal kanser tarama programı kapsamındadır. Program, kamu tarafından finanse edilmekte ve testler masrafları sağlık sigortası yoluyla geri ödenen Hırvatistan haricinde herkes için ücretsiz olarak sağlanmaktadır.

Mısır'da sadece mamografi ulusal düzeyde tarama programı olarak yürütülmektedir.

Çin'de ulusal düzeyde rutin olarak uygulanan herhangi bir kanser tarama programı bulunmamaktadır.

Hindistan hükümeti ise ülkenin meme ve serviks kanseri için ilk tarama programını 100 farklı bölgede yaşayan, 30 yaşından büyük kadınları kapsayacak şekilde 2016 yılında uygulamaya geçirmiştir [40].

2.8.2. Ulusal Kanser Tarama Programı Kapsamında Taranabilen Kanserler

Ülkemizde kanser önlenmesi ve tarama programları Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. 2004 yılında DSÖ tarafından taranması tavsiye edilen kanserlerde tarama programlarının uygulanabilmesi için KETEM'ler oluşturulmuştur. Ülkemizde toplum tabanlı kanser taramaları Aile Sağlığı Merkezleri ve KETEM'ler tarafından yürütülürken, fırsatçı taramalar 2. Ve 3. basamak hastanelerde yapılmaktadır.

Ülkemizde de DSÖ'nün önerdiği üç kanser türünde tarama yapılmaktadır: meme kanseri, serviks kanseri ve kolon kanseri. 2004 yılında kadınlarda meme kanseri taramaları için Ulusal Standartlar Genelgesi yayınlanmıştır. 2007 yılında "Serviks Kanser Ulusal Tarama Standartları" ve 2009 yılında "Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Standartları" yayınlanmıştır [40].

2.8.3. Meme Kanser

GLOBOCAN raporuna göre 2020 yılında dünya genelinde kadınlarda 9.227.484 kanser vakası görülmüştür ve bunların 2.261.419'u yani %24,5'i meme kanseridir [30]. Türkiye'de ise 2020 yılında her iki cinsiyet için yeni tanı alan kanserlerin %10,3'ü kadınlarda görülen meme kanseridir [4]. Meme kanseri erkeklerde de görülebilir ancak kadınlarda, erkeklere oranla çok daha sık görülür. 2020 istatistiklerine göre kadın meme kanseri, tahmini 2,3 milyon yeni vaka (%11,7) ile dünyada en sık teşhis edilen kanser olarak akciğer kanserini geride bırakmıştır [5]. Risk faktörleri arasında uzun süre östrojene maruz kalmak (erken menarş, nulliparite ve geç menapoz), yüksek VKİ, fiziksel inaktivite, sigara, alkol, ileri yaş, ailede kanser öyküsü vardır. Meme kanserinin en sık rastlanan belirtisi, memede ağrısız, zamanla büyüyen bir kitlenin hissedilmesidir. Daha nadir olarak memede çekintiler, deride kalınlaşma,

şışlıklar, deride tahriş ya da bozulmalar ve meme ucunun hassaslaşması ya da içe dönmesi de dahil olmak üzere meme ucu belirtileri yer almaktadır [53].

Ülkemizde kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında;

- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM),
- Yılda bir klinik meme muayenesi,
- 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi önerilmektedir.

2.8.4. Serviks Kanseri

GLOBOCAN raporuna göre 2020 yılında dünya çapında 604.127 yeni serviks kanser vakası görülmüş ve serviks kanserinden ölenlerin sayısı ise 341.831 olarak bildirilmiştir [5]. Türkiye’de ise her yıl yaklaşık 2.532 kadına serviks kanseri teşhisi konulmaktadır ve her yıl yaklaşık 1.245 kişi serviks kanserinden kaybedilmektedir[54]. Serviks kanseri için risk faktörleri olarak HPV enfeksiyonu, erken yaşta cinsel ilişki, multipartner varlığı, sigara, ileri yaş, obezite, aile öyküsü, uzun süreli OKS kullanımı, beslenme alışkanlığı, düşük sosyoekonomik düzey ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar sayılabilir[53]. HPV en sık cinsel yolla bulaşan hastalık olup, serviks kanserlerinin %99,7’sinde pozitif olarak tespit edilmektedir[55]. HPV 16, 18, 31, 33, 45, 51, 52, 53 türlerinin yüksek karsinogenik risk etmeni olduğu ve serviks kanseri ile ilişkisi olduğu kanıtlanmıştır. Ülkemizde HPV aşısı 2007 yılında ruhsatlandırılmış ancak rutin aşı takvimine henüz alınmamıştır. Rahim ağzı kanseri erken dönemde genellikle asemptomatik olmakla birlikte, kanser invaziv hale geldiğinde anormal vajinal kanama (postmenopozal kanama, postkoital kanama, intermenstrual kanama, menoraji, uzun menstrüel kanama), artmış veya kanlı vajinal akıntı ve koitus sırasında ağrı yapabilir[53].

Ülkemizde kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında;

- 30-65 yaş aralığındaki kadınlara 5 yılda bir HPV-DNA ve smear testi yapılması önerilmektedir. HPV-DNA ve smear testi aynı anda alınmaktadır. HPV-DNA testi pozitif gelirse pap smear testi de değerlendirmeye alınır.

2.8.5. Kolorektal Kanser

GLOBOCAN 2020 raporuna göre dünya çapında her iki cinsiyette 1.931.590 kolorektal kanser vakası görölmüş ve 935.173 kişi kolorektal kanserlerden ölmüşdür[30]. Mortalite oranı bakımından akciğer kanserinden sonra 2. sırada gelmektedir. Risk faktörleri arasında aşırı kilolu veya obez olmak, fiziksel inaktif olmak, fazla miktarda işlenmiş veya işlenmemiş kırmızı et tüketmek, sigara ve alkol alışkanlığı, ileri yaş, kolon polipleri, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, ailevi kalıtsal sendromlar (Lynch sendromu gibi), tip 2 diyabet hastası olmak gibi faktörler sayılabilir. Bağırsak alışkanlıklarında değışiklikler, tenezm, dışkıda kan, bilinen bir neden olmaksızın kilo kaybı, güçsüzlük ve yorgunluk gibi semptomları olabilir [53].

Ülkemizde kolorektal kanser taramaları;

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

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, 30-70 yaş arasındaki bireylerin kanser tarama testlerine olan bilgi, tutum ve farkındalıklarının belirlenmesi ve kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri ve taramalara karşı olan tutumları ile ilişkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Türkiye’de sosyal medya aracılığıyla 22.04.2022-31.05.2022 tarihleri arasında ankete katılmayı kabul eden 30-70 yaş arası bireylere yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmada örneklem hesabı yapılmamıştır. Araştırmanın evrenini Sosyal medya platformlarında bulunacak ankete katılmayı kabul eden, 30-70 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Araştırma verileri çevrimiçi olarak toplanmıştır. Bu kapsamda Google Forms üzerinden bir anket formu oluşturulmuş ve link Whatsapp üzerinden katılımcılara gönderilmiştir. Ankete toplamda 544 katılımcı katılmıştır. Ancak 17 katılımcı 30 yaşın altında oldukları için çalışma dışı tutulmuştur. Çalışma 527 katılımcı ile tamamlanmıştır ve 30-70 yaş arası, en az okuma yazma bilen ve araştırmaya katılmaya istekli katılımcılar dahil edilmiştir.

Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 30-70 yaş aralığında olmak
- Eğitim durumu olarak en az okuryazar olmak
- Sosyal medya kullanabilmek
- Ölçeği yanıtlamaya engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmaması

Dışlama Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- 30 yaşından küçük veya 70 yaşından büyük olmak
- Okuma yazma bilmemek
- Ölçeği yanıtlamaya engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunması

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında bilgilendirme yapıp gönüllü olan katılımcılardan aydınlatılmış onam alındıktan sonra anket formunun doldurulması istendi. Katılımcılarla anket formu Whatsapp uygulaması üzerinden e-anket olarak gönderildi ve çevrelerindeki kişilerle paylaşımları istendi. Anketi cevaplandırmak yaklaşık 20 dakika sürdü. Anket 3 bölümden oluşmaktadır ve toplamda 57 soru vardır.

Anket formunun bölümleri:

1. Sosyo-demografik Veri Formu
2. Kanseri Tarama Testlerine Yönelik Farkındalık ve Bilgi Anketi
3. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

1- Sosyo-demografik Veri Formu

Sosyo-demografik veri formu 20 sorudan oluşmaktadır. Formun içeriğinde katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, kilosu, boyu, mesleği, eğitim durumu, bulunduğu hanenin gelir düzeyi, sosyal güvencesi, sigara ve alkol kullanım durumu, kronik hastalık varlığı, kanser tanısı varlığı, kanser tanısı varsa türü ve tedavi durumu, genel sağlık durumu, ailede kanser tanısı, ailede kanser tanısı varsa yakınlık durumu ve kanser türü ile ilgili sorular yer almaktadır.

2- Kanseri Tarama Testlerine Yönelik Farkındalık ve Bilgi Anketi

Bu form toplamda 13 soruyu içeren iki bölümden oluşmaktadır. Kanseri tarama testlerine yönelik bilgi soruları serviks, kolon ve meme kanserinin taramalarının nasıl

ve kaç yaşından itibaren yapıldığını içerir. Kansere tarama testlerine yönelik farkındalık bölümü ise ulusal kanser taraması farkındalığı, tarama testleri hakkında farkındalık, tarama testleri ile bilgi kaynağı, KETEM farkındalığı, hangi kanserlerin tarandığı, daha önce tarama yaptırılıp yaptırılmadığı, yaptırıldıysa hangi kanser türü için yaptırıldığı gibi soruları içerir.

3- Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

“Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği” 2019 yılında Elif Nur Yıldırım Öztürk ve arkadaşları tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Beşli Likert tipi ölçek, 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Maddeler 5'ten 1'e kadar derecelendirilmiştir [5: tamamen katılıyorum, 4: kısmen katılıyorum, 3: ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: kısmen katılmıyorum, 1: tamamen katılmıyorum]. Ölçek, 30-70 yaş arası, en az okuryazar olan, formu doldurmasını engelleyen bilişsel, görme veya ortopedik engeli olmayan kadın ve erkeklerde kullanıma uygundur.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120'dir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları 24'e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, 120'ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılması uygun olur. Ölçek puanları hesaplanırken anlamca olumsuz olan 13 madde (Madde 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ters kodlanmalıdır. Ters kodlama için “6-Katılımcı Cevabı” formülünün kullanılması önerilir. Ölçekteki maddelerin sırası önemli değildir. Çalışmacılar tarafından karışık bir sıra kullanılabilir [56]. Ölçeğin kullanımı için ilgili yazardan gerekli izin alınmıştır (EK).

3.5. Veri Analizi Öncesi Kategorizasyon:

- Eğitim durumu okuryazar, ilköğretim, ortaokul, lise, üniversite, yüksek lisans/doktora olarak sorulmuş, okuryazar, ilköğretim ve ortaokul seçeneklerini işaretleyen katılımcıların sayılarının az olması nedeniyle bu üç seçenek birleştirilip “ortaöğretim ve altı” başlığı altında toplanmıştır.

- Katılımcıların yaşları 30-39 arası, 40-49 arası, 50-70 arası yaşlar olarak kategorize edilmiştir.
- Kilo ve boylar ayrı ayrı sorulup, analiz öncesi beden kitle indeksleri hesaplanmıştır (kg/m^2). Daha sonra BMI'ler <25 , $25-29,9$ ve ≥ 30 olarak üç gruba ayrılmıştır. Genel sağlık durumu “Çok iyi”, “İyi”, “Ne iyi ne kötü”, “Kötü”, “Çok kötü” olarak sorulmuş olup, analizlerde “Çok iyi”, “İyi”, “Orta ve altı” olarak kategorize edilmiştir. Bilgi soruları katılımcıların cevaplarının ortalaması alınarak değerlendirilmiştir. Ortalaması ≤ 1 olan katılımcılar az bilgili, ≥ 4 olan katılımcılar çok bilgili, 1-4 arası olanlar ise orta derecede bilgili olarak değerlendirilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin elektronik ortama aktarılması (veri girişi) ve verilerin istatistiksel analizleri Hacettepe Üniversitesi tarafından lisansı sağlanan IBM SPSS Statistics Premium 23 V istatistiksel bilgisayar paket programı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler dağılımlar olarak, yüzde, ortalama, ortanca, çeyrekler, en küçük-en büyük değerler, standart sapma olarak belirtilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrow Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma uyan bağımsız iki gruplu sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, normal dağılıma uymayan bağımsız iki gruplu sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann whitney U testi, Kategorik değişkenler için, gruplar arasında fark olup olmadığının değerlendirilmesinde Pearson Ki-kare testi, 2x2 düzende gereğinde Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grubun ortalamaları karşılaştırılmasında ANOVA kullanılmıştır, parametrik koşullar sağlanamadığında Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Niceliksel değişkenler arasında doğrusal ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile test edilmiştir. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Çalışmanın etik onayı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.04.2022 tarihli ve 2022/06-17 no'lu karar ile alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların onamları alınmıştır. Onam formu; katılımcıların yapılacak çalışma hakkında bilgilendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmanın kim tarafından yapıldığı, içeriği, verilen yanıtların gizli tutulacağı ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı gibi bilgiler yer almaktadır.

4. BULGULAR

Ankete katılmayı kabul eden 544 kişiden 17 kişi, 30-70 yaş aralığında olmadığı için dışlanmış olup, toplamda 527 katılımcı değerlendirilmeye alınmıştır. Katılımcıların 355'i (%67,4) kadın, 172'si (%32,6) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $42,81 \pm 9,26$ (max:70,0 min:30,0) olarak hesaplandı.

Tablo 1'de çalışmaya dahil edilen bireylerin demografik özellikleri bulunmaktadır. Katılımcılara medeni durumları sorulduğunda, %76,1'i evli, %18'i bekar, %5,9'u ise eşinden boşanmış, eşi vefat etmiş ya da eşinden ayrı olduğunu belirtti.

Beden kitle indeksi ortalamaları $26,41 \pm 4,54$ (min 17,30 max:46,06) idi.

Eğitim durumlarına bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğunun üniversite mezunu (%54,3) olduğu görülürken, bunu %22 ile yüksek lisans/doktora, %16,5 ile lise ve %7,2 ile ortaöğretim ve altı mezunları takip etmektedir.

Ankete katılanların mesleklerine baktığımızda %19,2'si sağlıkla ilgili meslek mensubu olduğunu, %65,8'i sağlık dışı meslek mensubu olduğunu, %15'i ise mesleğinin olmadığını belirtti.

Bulduğunuz hanenin gelir düzeyi nedir sorusuna, katılımcıların %47,8'i 10.000 TL ve üstü, %45,4'ü 4.250 TL – 10.000 TL arası, %6,8'i 4.250 TL ve altı olarak cevap vermiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%96,6) sosyal güvencesi varken, %3,4'ünün sosyal güvencesi yoktu.

Ankete katılanların %32,6'si sigara kullandığını, %16,9'u sigarayı bıraktığını, %50,5'i daha önce hiç sigara kullanmadığını belirtirken, %21,8'i alkol kullandığını, %8,3'ü alkolü bıraktığını, %69,8'i ise daha önce hiç alkol kullanmadığını belirtti.

Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz sorusuna katılımcıların %51,2'si iyi, %20,3'ü çok iyi yanıtını vermiştir. %28,5'i ise orta ve altı cevabını vermiştir. Katılımcıların genel sağlık durumu ortalamaları $3,89 \pm 0,74$ 'tür.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	355	67,4
Erkek	172	32,6
Toplam	527	100
Medeni durum		
Evli	401	76,1
Bekar	95	18
Eşinden boşanmış, eşi vefat etmiş ya da eşinden ayrı	31	5,9
Toplam	527	100
Meslek		
Mesleğim yok	79	15
Sağlıkla ilgili meslek mensubuyum	101	19,2
Sağlık dışı meslek mensubuyum	347	65,8
Toplam	527	100
Eğitim durumu		
Ortaöğretim ve altı	38	7,2
Lise	87	16,5
Üniversite	286	54,3
Yüksek lisans/Doktora	116	22
Toplam	527	100
Gelir düzeyi		
4.250 TL ve altı	36	6,8
4.250 TL – 10.000 TL	239	45,4
10.000 TL ve üstü	252	47,8
Toplam	527	100
Sosyal güvence		
Var	509	96,6
Yok	18	3,4
Toplam	527	100
Sigara Alışkanlığı		
Kullanıyorum	172	32,6
Bıraktım	89	16,9
Hiç kullanmadım	266	50,5
Toplam	527	100
Alkol Alışkanlığı		
Kullanıyorum	115	21,8
Bıraktım	44	8,3
Hiç kullanmadım	368	69,8
Toplam	527	100
Genel sağlık durumu		
Orta ve altı	150	28,5
İyi	270	51,2
Çok iyi	107	20,3
Toplam	527	100

Çalışmaya katılan bireylerin %35,3'ünün en az bir kronik hastalığı varken, %64,7'sinin kronik hastalığı yoktu. Kronik hastalıkları olanlardan bu hastalıkları belirtmeleri istenildiğinde %9,7'sinde Hipertansiyon, %8,2'sinde Diyabetes Mellitus, %7'sinde Tiroid, %5,7'sinde Kalp, %5,1'inde Mide-Bağırsak, %3,4'ünde Psikiyatrik, %3,2'sinde Romatolojik, %2,7'sinde Akciğer, %0,8'inde Böbrek hastalıkları olduğu görülmüştür. Tablo 2'de katılımcıların kronik hastalıklarına ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların doktor tanılı kronik hastalıklarının dağılımı

	N	%
Kronik hastalık varlığı		
Var	186	35,3
Yok	341	64,7
Toplam	527	100
Kronik hastalık türü		
Hipertansiyon	51	9,7
Diyabetes Mellitus	43	8,2
Kalp Hastalığı	30	5,7
Akciğer Hastalığı	14	2,7
Tiroid Hastalığı	37	7
Böbrek Hastalığı	4	0,8
Mide-Bağırsak Hastalığı	27	5,1
Romatolojik Hastalık	17	3,2
Psikiyatrik Hastalık	18	3,4
Diğer Hastalıklar	18	3,4
Toplam	186	49,2
<i>Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir.</i>		

Ankete katılan bireylerin %3'ünün tanılı bir kanser hastalığı vardı. Kanser tanısı olanlara kanser türü sorulduğunda, 6 kişide meme kanseri, 2 kişide tiroid kanseri, 2 kişide kolorektal kanser (1 kolon kanseri ve 1 rektum kanseri), 1 kişide akciğer kanseri, 1 kişide prostat kanseri, 1 kişide testis kanseri, 1 kişide mide kanseri, 1 kişide serviks kanseri, 1 kişide karotis paraganglioma olduğu görüldü. Kanser tanısı alan katılımcıların tedavi durumlarını belirtmeleri istenildiğinde, 3 kişinin şu an tedavi aldığı, 12 kişinin geçmişte tedavi aldığı, 1 kişinin ise hiç tedavi almadığı öğrenildi. Tablo 3'te kanser hastalığı olan bireylere ait bilgiler verilmiştir.

Tablo 3. Kanser tanısı olan bireylere ait özellikler

	N	%
Tanılı kanser hastalığı		
Yok	511	97
Var	16	3
Kanser türü		
Akciğer Kanseri	1	0,2
Meme Kanseri	6	1,1
Prostat Kanseri	1	0,2
Testis Kanseri	1	0,2
Rektum Kanseri	1	0,2
Tiroid Kanseri	2	0,4
Kolon Kanseri	1	0,2
Mide Kanseri	1	0,2
Serviks Kanseri	1	0,2
Karotis Paraganglioma	1	0,2
Tedavi durumu		
Şu an tedavi alıyor	3	0,6
Geçmişte tedavi almış	12	2,3
Hiç tedavi almamış	1	0,2

Katılımcıların %50,3'ünün ailesinde kanser tanısı alan birey/bireyler vardı. Ailesinde kanser tanısı olduğunu söyleyen katılımcılara, bu kanserin türü sorulduğunda %14,4'ü meme kanseri, %9,3'ü kolon kanseri, %3'ü serviks kanseri, %31,9'u ise diğer kanser türleri olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %20,5'i "kanser tanısı alan birey/bireylere yakınlık düzeyiniz nedir?" sorusuna birinci derece akrabalar (anne, baba, çocuklar) yanıtını verirken, bunu sırasıyla %18,6 ile üçüncü derece akrabalar (yeğen, amca, dayı, hala, teyze), %15,2 ile ikinci derece akrabalar (dede, nine, torun, kardeş) takip etmiştir. Kanser tanısının %2,7 ile en az katılımcıların eşlerinde olduğu görülmüştür. Tablo 4'te ailede kanser tanısına ait veriler görülmektedir.

Tablo 4. Ailede kanser tanısı olan bireylere ait özellikler

	N	%
Ailede kanser		
Yok	265	50,3
Var	262	49,7
Toplam	527	100
Ailede kanserin türü		
Meme kanseri	76	14,4
Kolon kanseri	49	9,3
Serviks kanseri	16	3
Diğer kanserler	168	31,9
Toplam	309	58,6
<i>Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir.</i>		
Kanser tanısı alan bireye yakınlık düzeyi		
Eş	14	2,7
Birinci derece akrabalar (anne, baba, çocuklar)	108	20,5
İkinci derece akrabalar (dede, nine, torun, kardeş)	80	15,2
Üçüncü derece akrabalar (yeğen, amca, dayı, hala, teyze)	98	18,6
Dördüncü derece akrabalar (kuzenler)	18	3,4
Diğer	1	0,2
Toplam	319	60,6
<i>Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir.</i>		

Ülkemizde ulusal tarama programları kapsamında "kanser taraması" yapıldığını katılımcıların %73,4'ü biliyordu. Ulusal tarama programları kapsamında yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgisi olanlar ise anket katılımcılarının %50,1'i oluşturmuştur.

Katılımcıların %40,2'si daha önce KETEM'i duymasına rağmen, KETEM hakkında ayrıntılı bilgileri olmadığını belirttiler. %39,3'ünün KETEM hakkında bilgisi var, %20,5'inin ise hiç bilgisi yoktu.

Katılımcılara ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında hangi kanserler tarandığı sorulduğunda %53,7'sinin meme kanseri,

%50,1'inin serviks kanseri, %29,8'inin kolon kanseri tarandığı bilgisine sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların 27,5'si daha önce kanser tarama testi yaptırdığını belirtirken, büyük çoğunluğu hiç yaptırmamıştı. Daha önce bir kanser taraması yaptıranların hangi kanser türü/türleri için yaptırdıkları sorulduğunda, %18,6'sı serviks, %12,5'i meme, %3,2'si kolon kanserleri için tarama yaptırdıklarını belirttiler. Tablo 5'de katılımcıların kanser tarama testlerine ait farkındalık verileri bulunmaktadır.

Tablo 5. Kanser tarama testlerine ait farkındalık durumları

	N	%
Kanser taraması yapıldığı bilgisi		
Bilgim var	387	73,4
Bilgim yok	140	26,6
Toplam	527	100
Kanser tarama testleri bilgisi		
Bilgim var	264	50,1
Bilgim yok	263	49,9
Toplam	527	100
KETEM bilgisi		
Duydum ancak ayrıntılı bilgim yok	212	40,2
Bilgim var	207	39,3
Bilgim yok	108	20,5
Toplam	527	100
Hangi kanserler taranıyor?		
Tiroid	35	6,6
Rahim ağzı (Serviks)	264	50,1
Prostat	74	14
Akciğer	81	15,4
Kalın bağırsak (kolon)	157	29,8
Mide	50	9,5
Meme	283	53,7
Cilt	37	7
Bilgim yok	206	39,1
<i>Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir.</i>		
Kanser taraması yaptırdınız mı?		
Evet	145	27,5
Hayır	382	72,5
Toplam	527	100
Hangi kanser türü/türleri için yaptırdınız?		
Rahim ağzı (Serviks)	98	18,6
Meme	66	12,5
Kolon	17	3,2
Diğer	17	3,2
<i>Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir.</i>		

Katılımcıların %15,6'sı aile hekimi, %13,9'u internet, %9,1'i diğer aile sağlığı çalışanları (hemşire, ebe), %9,5'i branş hekimleri (aile hekimi dışındaki hekimler), %7,8'i arkadaş/komşu, %7,8'i televizyon, %5,9'u broşürler/dergiler ile bilgilendirildiğini belirtirken, %27,3'ü daha önce kanser taramaları hakkında hiç bilgilendirilmediğini belirtti. Tablo 6'da katılımcıların kanser tarama testleri hakkında bilgilendirildikleri kaynaklar verilmiştir.

Tablo 6. Kanser tarama testleri hakkında bilgi kaynaklarının dağılımı

	N	%
Kim tarafından bilgilendirildiniz?		
Aile hekimi	82	15,6
Diğer aile sağlığı çalışanları (hemşire, ebe)	48	9,1
Arkadaş/Komşu	41	7,8
Televizyon	41	7,8
İnternet	73	13,9
Branş hekimleri (Aile hekimi dışındaki hekimler)	50	9,5
Broşürler/Dergiler	31	5,9
Daha önce bilgilendirilmedim	144	27,3
Diğer	17	3,2

Ülkemizde rahim ağzı (serviks) kanseri taramasının rahim ağzından sürüntü alınarak yapıldığını doğru bilenler, anket katılımcılarının %62,6'sıdır. Kolon kanseri taramasının dışkıda gizli kan testi ve kolonoskopi ile yapıldığını doğru bilenler tüm katılımcıların %47,1'idir. Meme kanserinin mamografi ile tarandığını doğru bilenlerin oranı tüm katılımcıların %71'idir.

Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında rahim ağzı (serviks) kanseri taramasının 30 yaşından itibaren yapıldığını doğru bilenlerin oranı tüm katılımcıların %37,2'sidir. Kolon kanseri taramasının 50 yaşından itibaren yapıldığını doğru bilenlerin oranı %19,2'dir. Meme kanseri taramasının 40 yaşından itibaren yapıldığını doğru bilenlerin oranı ise tüm katılımcıların %39,1'dir. Tablo 7'de katılımcıların bilgi soruları anketine vermiş olduğu yanıtlar görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların kanser taramaları ile ilgili bilgi durumları

	N	%
Ülkemizde rahim ağzı (serviks) kanseri taraması nasıl yapılıyor?		
Rahim ağzından sürüntü alınarak	330	62,6
Kan alınarak	2	0,4
Ultrason ile bakılarak	7	1,3
Bilgim yok	188	35,7
Ülkemizde kolon (kalın bağırsak) kanseri taraması nasıl yapılıyor?		
Makattan muayene ile	20	3,8
Dışkıda gizli kan testi ve kolonoskopi ile	248	47,1
Endoskopi ile	45	8,5
Bilgim yok	214	40,6
Ülkemizde meme kanseri taraması nasıl yapılıyor?		
Biyopsi (parça) alınarak	33	6,3
Mamografi ile	374	71
Bilgisayarlı tomografi ile	4	0,8
Bilgim yok	116	22
Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında rahim ağzı (serviks) kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır?		
30	196	37,2
40	115	21,8
50	12	2,5
Bilgim yok	203	38,5
Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında kolon (kalın bağırsak) kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır?		
30	49	9,3
40	101	19,2
50	101	19,2
Bilgim yok	276	52,4
Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında meme kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır?		
30	121	23
40	206	39,1
50	14	2,7
Bilgim yok	186	35,3

Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinden katılımcıların aldıkları puanların ortalaması $92,01 \pm 16,23$ olup, minimum puan 54, maksimum puan 120'dir.

Katılımcıların yaşları ile ölçek puanları arasında anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$) ve negatif yönlü korelasyon saptandı ($t=-0,22$ $p<0,001$). Bireylerin yaşları azaldıkça ölçek puanları artmıştır. 30-39 yaş aralığındaki bireylerin ölçek puanı en yüksektir.

Katılımcıların yaşları ile bilgi puanları arasında da anlamlı bir fark vardı ($p=0,01$) ve negatif yönlü bir korelasyon saptandı ($t=-0,13$ $p=0,003$). Yaş arttıkça bilgi puanı azalmıştır. 30-39 yaş aralığındaki bireylerin bilgi puanı daha yüksektir (Tablo 8 ve 11).

Tablo 8. Ölçek ve bilgi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Yaş	Ölçek Puanı			Bilgi Puanı		
	Ortalama	Standart Sapma	P	Ortalama	Standart Sapma	P
30-39	96,41	15,31	<0,001	3,04	1,90	0,01
40-49	89,03	15,95		2,63	1,73	
50-70	88,54	16,45		2,46	1,73	

Çalışmaya katılan bireylerin çocuk sayıları ile tarama ölçeği puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($t=-0,201$ $p<0,001$). Çocuk sayısı azaldıkça alınan ölçek puanı artmaktadır. Hiç çocuğu olmayanların ölçek puanı en yüksektir. Çocuk sayısı ile bilgi puanı arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($t=-0,146$ $p=0,001$). Bir çocuğu olanlar en yüksek bilgi puanını almıştır (Tablo 9 ve 11).

Tablo 9. Ölçek ve bilgi puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılması

Çocuk sayısı	Ölçek Puanı			Bilgi Puanı		
	Ortalama	Standart Sapma	p	Ortalama	Standart Sapma	p
0	96,23	15,64	0,002	3,04	1,92	0,004
1	95,20	17,26		3,14	1,72	
2-3	89,66	15,73		2,55	1,78	
4 ve üstü	82,75	12,10		1,87	1,54	

Katılımcıların beden kitle indeksleri ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark saptandı ($p=0,008$). BMI<25 olanların tarama ölçeği puanı daha yüksekti, bunu BMI≥30 olanlar takip etti.

Katılımcıların beden kitle indeksleri ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark saptandı ($<0,001$) ve negatif yönlü bir korelasyon bulundu ($t=-0,192$ $p<0,001$). BMI azaldıkça bilgi puanı artmıştır (Tablo 10 ve 11).

Tablo 10. Ölçek ve bilgi puanlarının Beden Kitle İndeksine göre karşılaştırılması

BMI	Ölçek Puanı			Bilgi Puanı		
	Ortalama	Standart Sapma	p	Ortalama	Standart Sapma	p
<25	94,48	16,23	0,008	3,20	1,75	<0,001
25-29,9	89,63	15,67		2,43	1,81	
≥30	92,00	17,11		2,3	1,79	

Tablo 11. Korelasyon tablosu

		Ölçek puanı	Bilgi puanı	Yaş	Çocuk sayısı	BMI
Ölçek puanı	t p	1				
Bilgi Puanı	t p	0,307 <0,001				
Yaş	t p	-0,220 <0,001	-0,130 0,003			
Çocuk sayısı	t p	-0,201 <0,001	-0,146 0,001	0,417 <0,001		
BMI	t p	-0,064 0,142	-0,192 <0,001	0,287 <0,001	0,185 <0,001	1

Katılımcıların cinsiyetleri ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,062$).

Katılımcıların medeni durumları ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,006$). Bekar olan katılımcıların tarama ölçeği puanının daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Katılımcıların meslekleri ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Sağlıkla ilgili meslek mensubu olan katılımcıların tarama ölçeği puanları daha yüksek bulundu.

Katılımcıların eğitim durumları ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça tarama ölçeği puanının da arttığı görüldü.

Katılımcıların gelir düzeyleri ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Katılımcıların gelir düzeyleri yükseldikçe tarama ölçeği puanının arttığı görüldü.

Katılımcıların sosyal güvence durumu ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,148$).

Katılımcıların sigara alışkanlığı ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamazken ($p=0,51$), alkol alışkanlıkları ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$). Alkol kullanan katılımcıların tarama ölçeği puanları daha yüksekti.

Katılımcıların genel sağlık durumları ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,5$). Kronik hastalığı olanlarla olmayan katılımcıların tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,78$).

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,78$). Tablo 12’de katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile tarama ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırması

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanı			
	Ort.	SS	p
Cinsiyet			
Kadın	92,95	16,09	0,062
Erkek	90,08	16,40	
Medeni durum			
Evli	91,09	16,31	0,006
Bekar	96,71	14,87	
Eşinden boşanmış, eşi vefat etmiş ya da eşinden ayrı	89,51	17,08	
Meslek			
Mesleğim yok	88,03	15,40	<0,001
Sağlıkla ilgili meslek mensubuyum	98,73	15,23	
Sağlık dışı meslek mensubuyum	90,96	16,19	
Eğitim durumu			
Ortaöğretim ve altı	85,57	15,75	<0,001
Lise	86,91	16,37	
Üniversite	92,51	15,63	
Yüksek lisans/Doktora	96,71	16,22	
Gelir düzeyi			
4.250 TL ve altı	84,72	15,26	<0,001
4.250 TL – 10.000 TL	90,15	16,14	
10.000 TL ve üstü	94,82	15,93	
Sosyal güvence			
Var	92,19	16,24	0,148
Yok	86,94	15,44	
Sigara Alışkanlığı			
Kullanıyorum	92,13	16,01	0,51
Bıraktım	89,93	16,14	
Hiç kullanmadım	92,63	16,41	
Alkol Alışkanlığı			
Kullanıyorum	97,32	15,51	<0,001
Bıraktım	93,02	16,69	
Hiç kullanmadım	90,23	16,07	
Genel sağlık durumu			
Orta ve altı	90,98	15,72	0,5
İyi	92,87	16,37	
Çok iyi	91,28	16,61	
Kronik hastalık varlığı			
Var	92,28	15,96	0,78
Yok	91,87	16,40	

Tanılı bir kanser hastalığı olan katılımcı ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,87$). Kanser tanı türü ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,24$).

Kanser tanısı olup tedavi alan katılımcıların tedavi durumları ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,83$).

Tablo 13'te kanser tanısı olan bireylere ait veriler ile tarama ölçeği puanları karşılaştırılmıştır.

Tablo 13. Kanser tanısı olan bireylerin özellikleri ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırması

	Ort.	SS	p
Kanser tanısı			0,87
Yok	92,03	16,15	
Var	91,43	19,20	
Kanser türü			0,24
Akciğer Kanseri	71,00	.	
Meme Kanseri	97,00	19,61	
Prostat Kanseri	105,00	.	
Testis Kanseri	70,00	.	
Rektum Kanseri	112,00	.	
Tiroid Kanseri	93,50	23,33	
Kolon Kanseri	79,00	.	
Mide Kanseri	70,00	.	
Serviks Kanseri	113,00	.	
Karotis Paraganglioma	74,00	.	
Tedavi durumu			0,83
Şu an tedavi alıyorum	91,00	22,06	
Geçmişte tedavi aldım	90,00	19,50	
Hiç tedavi almadım	110,00	.	

Ailesinde kanser tanısı olan bireyler ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,059$). Ailede kanser tanısı olması ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark vardı ($p=0,003$). Ailesinde kanser tanısı olanların tarama testleri hakkında bilgi düzeyi daha yüksektir.

Ailesinde meme ve serviks kanseri tanısı olanlar ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,89$ $p=0,41$) ancak ailesinde kolon kanseri olanlar

ile tarama ölçekleri arasında anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Ailesinde kolon kanseri olanların tarama ölçeği puanı daha yüksek bulundu.

Ailesinde meme ve kolon kanseri tanısı olanlar ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark saptandı ($p=0,018$ $p=0,002$) ancak ailesinde serviks kanseri olanlar ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,21$). Ailesinde meme ve kolon kanseri olanların bilgi puanları daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. Ailesinde kanser tanısı olan bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırması

	Ölçek Puanı			Bilgi Puanı		
Ailede Kanser tanısı	Ort.	SS	p	Ort.	SS	p
Var	93,25	15,93	0,059	3,00	1,75	0,003
Yok	90,78	16,46		2,52	1,86	
Ailede Meme Kanseri						
Var	92,23	16,67	0,89	3,22	1,76	0,018
Yok	91,98	16,17		2,68	1,82	
Ailede Serviks Kanseri	Ort.	SS	p	Ort.	SS	p
Var	95,12	16,61	0,41	3,25	1,29	0,21
Yok	91,91	16,23		2,74	1,83	
Ailede Kolon Kanseri	Ort.	SS	p	Ort.	SS	P
Var	100,16	14,60	<0,001	3,57	1,73	0,002
Yok	91,18	16,17		2,67	1,81	

Ulusal tarama programları kapsamında “kansere taraması” yapıldığını bilen katılımcılar ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark saptandı ($p=0,012$). Tarama yapıldığını bilenlerin tarama ölçeği puanları yüksekti.

Kanser tarama testleri hakkında bilgisi olduğunu belirtenlerle tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,002$). Tarama testleri hakkında bilgisi olanların tarama ölçeği puanları yüksekti.

Katılımcıların kanser tarama bilgisini kimden/nerden edindiği ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,004$). Kanser taramaları hakkında branş hekimleri (aile hekimi dışındaki hekimler) tarafından bilgilendirilenlerin tarama ölçeği puanı daha yüksek bulundu.

KETEM hakkında bilgisi olanlar ile tarama ölçeği puanı arasında anlamlı fark bulunamadı ($p=0,074$).

Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında hangi kanserlerin tarandığını eksiksiz doğru bilenler ile tarama ölçeği puanı arasında anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$). Hangi kanserlerin tarandığını tam bilenlerin tarama ölçeği puanları yüksekti. Tablo 15'te tarama testleri farkındalık anketi ile tarama ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların kanser tarama testleri farkındalıkları ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırması

	Ort	SS	p
Kanser taraması yapıldığı bilgisi			0,012
Biliyorum	93,09	16,24	
Bilmiyorum	89,04	15,89	
Kanser tarama testleri bilgisi			0,002
Bilgim var	94,20	16,59	
Bilgim yok	89,82	15,59	
Kim tarafından bilgilendirildiniz?			0,002
Aile hekimi	91,00	17,43	
Diğer aile sağlığı çalışanları (hemşire, ebe)	89,81	15,84	
Arkadaş/Komşu	86,17	16,19	
Televizyon	89,09	15,17	
İnternet	91,87	16,36	
Branş hekimleri (Aile hekimi dışındaki hekimler)	98,35	15,57	
Broşürler/Dergiler	95,51	16,89	
Daha önce bilgilendirilmedim	91,83	15,33	
Diğer	103,23	13,39	
KETEM bilgisi			0,074
Duydum ancak ayrıntılı bilgim yok	91,16	15,45	
Bilgim var	93,86	17,33	
Bilgim yok	90,14	15,30	
Taranan kanserleri tam bilenler			<0,001
Bilmeyenler	90,55	16,18	
Tam bilenler	101,91	12,86	

Daha önce herhangi bir kanser taraması yaptıran katılımcılar ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Geçmişte kanser taraması yaptıranların ölçek puanları daha yüksekti. Kanser taraması yaptıran katılımcılar ile bilgi puanları arasında da anlamlı bir fark vardı ($p=0,005$). Geçmişte tarama yaptıranların bilgi puanları daha yüksektir.

Meme, serviks ve kolon kanseri taramaları yaptıranlar ile tarama ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,014$ $p<0,001$ $p=0,006$). Meme, serviks ve kolon kanseri taramaları yaptıranların tarama ölçekleri puanları daha yüksektir.

Meme, serviks ve kolon kanseri taramaları yaptıranlar ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$ $p<0,001$ $p=0,002$). Meme, serviks ve kolon kanseri taramaları yaptıranların bilgi puanları daha yüksektir (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların kanser taraması durumları ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırması

	Ölçek Puanı			Bilgi Puanı		
Tarama yaptırdınız mı	Ort.	SS	p	Ort.	SS	P
Evet yaptırdım	95,28	16,15	<0,001	3,77	1,31	0,005
Hayır yaptırmadım	90,77	16,11		2,37	1,83	
Meme Kanseri taraması	Ort.	SS	p	Ort.	SS	P
Evet	96,68	17,29	0,014	3,92	1,15	<0,001
Hayır	91,34	15,98		2,59	1,83	
Serviks Kanseri taraması	Ort.	SS	p	Ort.	SS	P
Evet	97,62	15,62	<0,001	4,03	1,17	<0,001
Hayır	90,73	16,11		2,47	1,81	
Kolon Kanseri taraması	Ort.	SS	p	Ort.	SS	P
Evet	102,58	14,27	0,006	4,17	1,50	0,002
Hayır	91,66	16,19		2,71	1,81	

Serviks, kolon ve meme kanserleri taramalarının nasıl yapıldığını bilenler ile tarama ölçeği puanı arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$, $P<0,001$, $P<0,001$). Serviks kanserinin rahim ağzından sürüntü alınarak tarandığını bilenler, kolon kanserinin dışkıda gizli kan testi ve kolonoskopi ile tarandığını bilenler ve meme kanserinin mamografi ile tarandığını bilenlerin tarama ölçeği puanları daha yüksekti.

Serviks, kolon ve meme kanserleri taramalarının kaç yaşından itibaren yapıldığını bilenler ile tarama ölçeği puanı arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,012$, $P=0,000$, $P=0,006$). Serviks kanserinin 30 yaşından itibaren tarandığını bilenler, kolon kanserinin 50 yaşından itibaren tarandığını bilenler ve meme kanserinin 40 yaşından itibaren tarandığını bilenlerin tarama ölçeği puanları daha yüksekti. Tablo 17’de bilgi sorularına ait veriler ile tarama ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar ile Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırması

	Ort.	SS	P
Ülkemizde rahim ağzı (serviks) kanseri taraması nasıl yapılıyor?			<0,001
Rahim ağzından sürüntü alınarak	95,03	15,78	
Kan alınarak	88,50	13,43	
Ultrason ile bakılarak	85,71	16,27	
Bilgim yok	87,00	15,83	
Ülkemizde kolon (kalın bağırsak) kanseri taraması nasıl yapılıyor?			<0,001
Makattan muayene ile	90,20	15,77	
Dışkıda gizli kan testi ve kolonoskopi ile	96,93	15,47	
Endoskopi ile	90,51	15,74	
Bilgim yok	86,79	15,60	
Ülkemizde meme kanseri taraması nasıl yapılıyor?			<0,001
Biyopsi (parça) alınarak	85,48	13,90	
Mamografi ile	94,37	15,96	
Bilgisayarlı tomografi ile	86,50	12,79	
Bilgim yok	86,44	16,08	
Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanseri Tarama Programı kapsamında rahim ağzı (serviks) kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır?			0,012
30	94,84	15,36	
40	91,90	16,33	
50	87,23	18,93	
Bilgim yok	89,65	16,49	
Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanseri Tarama Programı kapsamında kolon (kalın bağırsak) kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır?			<0,001
30	91,18	16,27	
40	93,20	15,98	
50	97,78	16,22	
Bilgi yok	89,61	15,83	
Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanseri Tarama Programı kapsamında meme kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır?			0,006
30	92,68	15,65	
40	94,62	16,22	
50	89,85	17,41	
Bilgim yok	88,86	16,09	

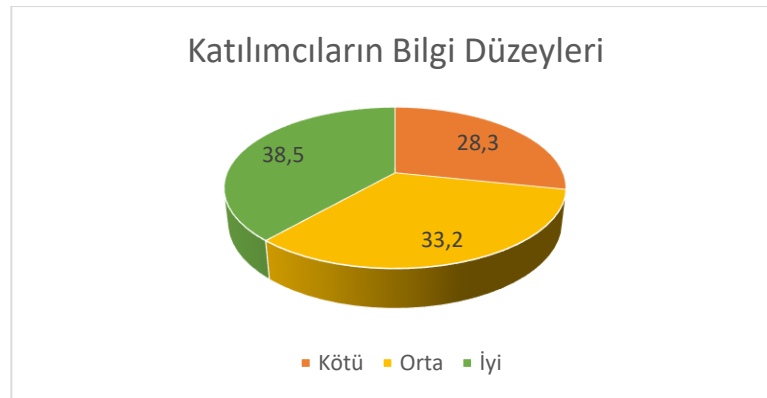
Bilgi soruları anketini tam bilenler ile tarama ölçeği puanı arasında anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Soruları eksiksiz doğru bilenlerin tarama ölçeği puanı daha yüksekti. Tablo 18’de bilgi sorularını eksiksiz doğru cevaplayanlar ile tarama ölçeği puanı karşılaştırılması gösterilmektedir.

Tablo 18. Kanser taramaları ile ilgili bilgi sorularını tam doğru cevaplama durumu ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının karşılaştırması

	Ort.	SS	P
Bilgi sorularını tam bilenler			<0,001
Bilmeyenler	91,17	16,07	
Tam bilenler	102,02	14,91	

Katılımcıların bilgi soruları anketi ortalaması 2,7 idi (min:0, maks:6).

Katılımcıların bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde %28,3’ü kötü (1 ve altı), %33,2’si orta (1 ve 4 arası), %38,5’i iyi (4 ve üzeri) olduğu görüldü.



Şekil 7. Katılımcıların bilgi düzeyleri değerlendirilmesi

Bilgi sorularını doğru bilenlerle katılımcıların cinsiyeti arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Kadın cinsiyet bilgi sorularını doğru cevaplamakta daha başarılı oldu.

Katılımcıların medeni durumları ve bilgi sorularını doğru cevaplama seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,79$).

Katılımcıların meslekleri ve bilgi sorularını doğru cevaplama seviyeleri arasında anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$). Sağlıkla ilgili meslek mensubu olanlar bilgi sorularını cevaplandırmakta daha başarılı oldular.

Katılımcıların eğitim durumları ve bilgi sorularını bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Eğitim seviyeleri yükseldikçe katılımcılar bilgi sorularını cevaplandırmakta daha başarılı oldular.

Katılımcıların gelir düzeyleri ve bilgi sorularını doğru bilme eğilimleri arasında anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Gelir düzeyi 10.000 TL ve üzeri olan katılımcıların bilgi sorularını doğru yanıtlama oranları daha yüksekti.

Bireylerin sosyal güvence durumları ve bilgi sorularını doğru bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,032$). Sosyal güvencesi olan bireyler bilgi sorularını doğru cevaplandırmakta daha başarılı oldu.

Katılımcıların sigara alışkanlıkları ile bilgi sorularını doğru yanıtlama seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,041$). Daha önce hiç sigara kullanmayan katılımcıların bilgi puanları daha yüksekti. Katılımcıların alkol alışkanlıkları ile bilgi sorularını doğru bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,321$).

Katılımcıların genel sağlık durumları ile bilgi sorularını doğru bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,264$).

Katılımcılardaki kronik hastalık varlığı ile bilgi sorularını doğru bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,143$).

Katılımcıların kanser tanıları ve kanser türleri ile bilgi sorularını bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,691$, $p=0,461$).

Katılımcılardan kanser tanısı olanların tedavi durumları ile bilgi sorularını doğru bilme eğilimleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,748$). Katılımcılara ait sosyodemografik veriler ile tarama testleri bilgi düzeyleri karşılaştırması Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Katılımcılara ait sosyo-demografik veriler ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Kategorilerinin karşılaştırması

	AZ BİLGİLİ (≤1)		ORTA BİLGİLİ (1-4)		İYİ BİLGİLİ (≥4)		
	N	%	N	%	N	%	P
Cinsiyet							
Kadın	54	15,2	129	36,3	172	48,5	<0,001
Erkek	95	55,2	46	26,7	31	18	
Medeni durum							
Evli	117	29,2	132	32,9	152	37,9	0,79
Bekar	22	23,2	33	34,7	40	42,1	
Eşinden boşanmış, eşi vefat etmiş ya da eşinden ayrı	10	32,3	10	32,3	11	35,5	
Meslek							
Meslek yok	30	38	29	36,7	20	25,3	<0,001
Sağlıkla ilgili meslek	7	6,9	20	19,8	74	73,3	
Sağlık dışı meslek	112	32,3	126	36,3	109	31,4	
Eğitim Durumu							
Ortaöğretim ve altı	17	44,7	15	39,5	6	15,8	<0,001
Lise	31	35,6	31	35,6	25	28,7	
Üniversite	80	28	98	34,3	108	37,8	
Yüksek Lisans/Doktora	21	18,1	31	26,7	64	55,2	
Gelir Düzeyi							
4.250 TL ve altı	17	47,2	12	33,3	7	19,4	<0,001
4.250 – 10.000 TL	82	34,3	94	39,3	63	26,4	
10.000 TL üstü	50	19,8	69	27,4	133	52,8	
Sosyal güvence							
Var	139	27,3	171	33,6	199	39,1	0,032
Yok	10	55,6	4	22,2	4	22,2	
Sigara Alışkanlığı							
Kullanıyorum	60	34,9	56	32,6	56	32,6	0,041
Bıaktım	28	31,5	31	34,8	30	33,7	
Hiç kullanmadım	61	22,9	88	33,1	117	44	
Alkol Alışkanlığı							
Kullanıyorum	30	26,1	37	32,2	48	41,7	0,321
Bıaktım	23	52,3	8	18,2	13	29,5	
Hiç kullanmadım	96	26,1	130	35,3	142	38,6	
Genel sağlık durumu							
Orta ve altı	40	26,7	60	40	50	33,3	0,264
İyi	76	28,1	81	30	113	41,9	
Çok iyi	33	30,8	34	31,8	40	37,4	
Kronik hastalık							
Var	45	24,2	71	38,2	70	37,6	0,143
Yok	104	30,5	104	30,5	133	39	
Kanser tanısı							
Var	3	18,8	6	37,5	7	43,8	0,691
Yok	146	28,6	169	33,1	196	38,4	

Tablo 19. (Devam) Katılımcılara ait sosyo-demografik veriler ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Kategorilerinin karşılaştırması

	AZ BİLGİLİ (≤1)		ORTA BİLGİLİ (1-4)		İYİ BİLGİLİ (≥4)		
	N	%	N	%	N	%	P
Kanser türü							
Yok	146	28,6	169	33,1	196	38,4	0,461
Akciğer	1	100	0	0	0	0	
Meme	1	16,7	3	50	2	33,3	
Prostat	0	0	1	100	0	0	
Testis	1	100	0	0	0	0	
Rektum	0	0	0	0	1	100	
Tiroid	0	0	0	0	2	100	
Kolon	0	0	0	0	1	100	
Mide	0	0	0	0	1	100	
Serviks	0	0	1	100	0	0	
Karotis Paraganglioma	0	0	1	100	0	0	
Tedavi durumu							
Hastalığı olmayanlar	146	28,6	169	33,1	196	38,4	0,748
Şuan tedavi alıyor	0	0	1	33,3	2	66,7	
Geçmişte tedavi almış	3	25	5	41,7	4	33,3	
Hiç tedavi almamış	0	0	0	0	1	100	

Ulusal tarama programları kapsamında “kanser taraması” yapıldığını bilgisine sahip katılımcılar ile bilgi sorularını doğru bilmek arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Tarama yapıldığı bilgisine sahip olan katılımcıların bilgi sorularını doğru yanıtlama oranı daha yüksektir.

Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgisi olanlar ile bilgi sorularını doğru cevaplayanlar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Tarama testleri bilgisine sahip olan bireylerin bilgi sorularını yanıtlamakta daha başarılı olduğu gözlemlendi.

Bireylerin kanser tarama testleri hakkında kim ya da ne tarafından bilgilendirildiği ile bilgi sorularını doğru cevaplamak arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Branş hekimleri tarafından bilgilendirilenlerin bilgi sorularında başarılı olma düzeyi en fazlaydı. Bunu sırasıyla broşür ve dergiler, diğer aile sağlığı çalışanları, aile hekimleri, internet, arkadaş/komşu ve televizyon takip etti.

Katılımcıların KETEM’den haberdar olmaları ile bilgi sorularını bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). KETEM hakkında bilgisi olanların bilgi sorularını yanıtlamakta daha başarılı olduğu görüldü.

Katılımcılardan hangi kanserlerin tarandığını doğru bilenler ile bilgi sorularını bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Hangi kanserlerin tarandığını tam bilenler, bilgi sorularını cevaplandırmakta daha başarılı oldu.

Katılımcıların kanser taraması yaptırıp yaptırmadığı ile bilgi sorularını bilme seviyeleri arasında anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$). Kanser taraması yaptıran katılımcılar bilgi sorularını cevaplandırmakta daha başarılıydı. Katılımcılara ait kanser tarama testleri farkındalık verileri ile tarama testleri bilgi düzeyleri karşılaştırması Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların kanser tarama testleri farkındalıkları ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Kategorilerinin karşılaştırması

	AZ BİLGİLİ (≤1)		ORTA BİLGİLİ (1-4)		İYİ BİLGİLİ (≥4)		
	N	%	N	%	N	%	P
Tarama yapıldığı bilgisi							
Biliyorum	80	20,7	128	33,1	179	46,3	<0,001
Bilmiyorum	69	49,3	47	33,6	24	17,1	
Tarama testleri bilgisi							
Bilgim var	29	11	78	29,5	157	59,5	<0,001
Bilgi yok	120	45,6	97	36,9	46	17,5	
Kim bilgilendirdi							
Aile hekimi	16	19,5	28	34,1	38	46,3	<0,001
Diğer aile sağlığı çalışanları	8	16,7	17	35,4	23	47,9	
Arkadaş/komşu	14	34,1	15	36,6	12	29,3	
Televizyon	13	31,7	19	46,3	9	22	
İnternet	23	31,5	22	30,1	28	38,4	
Branş hekimleri	2	4	17	34	31	62	
Broşür/Dergiler	8	25,8	7	22,6	16	51,6	
Daha önce bilgilendirilmedim	64	44,4	50	34,7	30	20,8	
Diğer	1	5,9	0	0	16	94,1	
KETEM bilgisi							
Duydum ancak bilgim yok	76	35,8	70	33	66	31,1	<0,001
Bilgim var	23	11,1	65	31,4	119	57,5	
Bilgim yok	50	46,3	40	37	18	16,7	
Hangi kanserlerin tarandığını doğru bilenler							
Bilmeyenler	147	32	166	36,2	146	31,8	<0,001
Bilenler	2	2,9	9	13,2	57	83,8	
Tarama yaptıranlar							
Yaptırdım	8	5,5	51	35,2	86	59,3	<0,001
Yaptırmadım	141	36,9	124	32,5	117	30,6	

5. TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olan kanser, toplumlar için oldukça büyük bir mortalite ve morbidite nedeni olmasının yanı sıra, önemli bir maddi ve manevi yüküdür. Risk faktörlerinden kaçınılarak ve mevcut kanıta dayalı önleme stratejileri uygulanarak günümüzde kanserlerin %30 ila %50'si önlenabilmektedir [2]. Erken teşhis edilen kanserlerin uygun şekilde tedavi edilmesi ile iyileşme şansı da son derece yüksektir.

Kanser taramaları ülkemizde toplum tabanlı taramalar olarak KETEM'ler, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM'ler) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM'ler)nde , fırsatçı taramalar olarak ise 2. ve 3. basamak hastanelerde yapılmaktadır. Etkin bir tarama, hedef popülasyonun %70'ni kapsamalıdır. Ancak ülkemizde halihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı kanser taramalarının kapsayıcılığı meme kanseri için %30-35, serviks kanseri için %20.0 ve kolorektal kanser için %20-30'dur [10]. Bu oranlar beklenen hedeflerden oldukça düşüktür.

Kanser ile ilgili doğru olmayan bilgi yüklenmesi, birçok efsane, yanlış algı ve bunun sonucunda ortaya çıkan endişeler kamuoyu algısını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, kanser etiyojisine ilişkin yetersiz farkındalık, gecikmeye neden olan risk faktörleri ve tarama programlarının düşük mevcudiyeti, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim de kansere bağlı mortalite ve morbiditeye katkıda bulunmaktadır [11]. Biz bu çalışmada bireylerin kanser taramalarına olan tutum, bilgi ve farkındalıklarını tespit etmeyi ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerini araştırmayı amaçladık.

Çalışmamıza 30-70 yaş arasında olan 527 birey katıldı. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinden katılımcıların aldıkları puanların ortalaması $92,01 \pm 16,23$ olup, minimum puan 54, maksimum puan 120'dir. Araştırmaya katılan bireylerin kanser taramaları hakkındaki tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir. 2022 yılında Ankara'da sadece kadınlarda yapılan benzer bir çalışmada, katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puanı ortalaması 96,87 bulunmuştur [57]. Bizim çalışmamızdan daha fazla olumlu tutum içermesinin nedeni, çalışmanın katılımcılarının hepsinin tarama yaş grubunda olması olabilir. 2021'de Covid-19 pandemisi döneminde yapılan başka bir çalışmada tutum ölçeği puanı ortalaması

99,75'tir [58]. Pandemi döneminde yapılan kısıtlamalar ve bireylerin sağlık durumları hakkındaki endişeleri yüzünden tarama testlerine yönelik tutumları daha olumlu bulunmuş olabilir.

Kanser taramaları hakkındaki bilgi sorularına verilen yanıtların ortalaması 2,7 idi (min:0, maks:6). Katılımcılarımızın bilgi düzeyini "orta derecede bilgili" olarak değerlendirdik (≤ 1 : az bilgili, 1-4: orta düzey bilgili ≥ 4 : iyi bilgili). Almadi ve arkadaşlarının, Suudi Arabistan'da 5.720 kişide yaptıkları kolorektal kanser taramaları hakkında bilgi ve tutumu ölçen, 13 merkezli bir çalışmada, katılımcıların bilgi puanı ortalaması 11,05 (min:1 maks:23) bulunmuştur [59]. Huang ve arkadaşlarının Çin'de 684 katılımcıda yaptığı 9 merkezli benzer bir araştırmada bilgi puanı ortalaması ise 11,86 (min:0 maks:24)'dır [60].

Katılımcıların %67,4'ü kadın, %32,6'sı erkektir. Çalışmamızda kadınların erkeklere göre tarama testleri hakkında daha bilgili olduğu görüldü. Bunun nedeni ulusal kanser programlarının erkeklerden daha çok kadınlara spesifik olması olabilir. Farooqi ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da yapmış oldukları benzer bir çalışmada da kadınların tarama testleri konusunda erkeklerden daha bilgili olduğu ortaya çıkmıştır [61]. Almadi'nin çalışmasında ise cinsiyet ile bilgi puanı arasında fark yoktur [59].

Katılımcıların yaş ortalaması $42,81 \pm 9,26$ olarak hesaplandı. En küçük yaş 30, en büyük yaş 70'ti. Türkiye'de ulusal kanser tarama programları T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kanser Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte olup 30 yaşında serviks kanseri taraması ile başlar, 70 yaşında kolorektal kanser taraması ile son bulur. Bu bağlamda biz de çalışmamıza 30-70 yaş aralığında olup tarama kapsamında olan bireyleri dahil ettik.

Çalışmamızda bireylerin yaşları azaldıkça tarama testleri hakkındaki tutumları olumlu yönde artmıştır. 30-39 yaş aralığındaki bireyler kanser taramaları hakkında en olumlu tutumlara sahiptir. Bunu sırasıyla 40-49 yaş ve 50-70 yaş takip eder. Bunun nedeni gençlerin sağlık kurumlarına daha rahat ulaşabilmeleri olabilir. Erkal'ın yapmış olduğu benzer bir çalışmada, 30-37 yaş arası bireyler, 54-61 yaş ile 62 yaş ve üstü bireylere göre kanser taramasına karşı daha olumlu tutumlara sahipken, bireylerin

yaşları arttıkça kanser taramasına yönelik tutumları giderek olumsuzlaşmaktadır [62]. Filiz'in ve Öztürk'ün yapmış oldukları çalışmalarda yaş arttıkça tutumun olumlu yönde arttığı görülmüştür [57, 63]. Kuralay ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise yaş arttıkça kansere ilişkin olumsuz tutumun arttığı bulunmuştur [64].

Katılımcıların yaşları ile bilgi puanları arasında negatif yönlü bir korelasyon saptandı. Yaş arttıkça bilgi puanı azalmıştır. 30-39 yaş aralığındaki bireylerin bilgi puanı en yüksek olup, 50-70 aralığında olanların en düşüktür. Genç bireyler, yaşlı bireylerden daha fazla öğrenmeye ve araştırmaya açıktır. Tekle ve arkadaşlarının Etiyopya'da kadınlarda servikal kanser taramaları üzerine yapmış olduğu benzer bir çalışmada, 30-34 yaş grubundaki kadınların, 45-49 yaş grubuna göre tarama testleri konusunda bilgilerinin iyi olma ihtimalinin üç kat daha fazla olduğu belirtilmiştir [65]. Babaoğlu ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı bir çalışmada 50-70 yaş arası katılımcıların en çok bilgi eksikliğinden dolayı kolorektal kanser taraması yaptırmadıkları ortaya çıkmıştır [66]. Aynı çalışmada bilgi eksikliği tarama testlerine olan katılımı da etkilemiştir [66]. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, katılımcıların bilgi puanı arttıkça kanser taramalarına olan tutumları da olumlu yönde artmaktadır. Bu beklediğimiz bir sonuçtur, bir konu hakkında bilgili olmak tutumu çoğunlukla pozitif yönde etkiler. Bir çalışmada serviks kanser taraması hakkında iyi bilgili olan kadınların, az bilgili kadınlara göre 4,8 kat daha olumlu tutumlara sahip olduğu gösterilmiştir [65]. Farooqi ve arkadaşlarının yaptığı kesitsel bir çalışmada katılımcıların bilgi puanları ile tutumları arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur [61].

Katılımcıların %76,1'i evli, %18'i bekar, %5,9'u ise eşinden boşanmış, eşi vefat etmiş ya da eşinden ayrı olduğunu belirtti. İzmir'de yapılan onkoloji hasta yakınlarının kanser tarama testleri hakkında bilgi ve tutumlarını inceleyen bir çalışmada da, kadın-erkek oranı ve medeni durum açısından bizim çalışmamızla benzer istatistikler sunulmuştur [67].

Medeni duruma baktığımızda, bekar olan katılımcıların tarama testlerine olan tutumlarının daha olumlu olduğu görüldü. Evli olanların tutumları da eşinden boşanmış, eşi vefat etmiş ya da eşinden ayrı olanlara göre daha olumluydu. Bilgi puanları ile medeni durum arasında ise anlamlı fark bulunamadı. Erkal'ın yapmış

olduğu benzer bir çalışmada bekârların tutumları daha olumlu bulunmuştur [62]. Farooqi'nin çalışmasında bilgi puanı ile medeni durum arasında anlamlılık bulunamazken, evli bireylerin tutumlarının bekar bireylere göre daha olumlu olduğu saptanmıştır [61]. Thapa ve arkadaşlarının Nepal'de kadınlarda yapmış olduğu benzer bir çalışmada, evli kadınlar bekâr kadınlardan 2,9 kat daha yetersiz bilgiye sahipken, evlilerin tarama testlerine karşı daha olumlu bir tutumları olduğu bildirildi [68]. Dahiya ve arkadaşlarının Hindistan'da yapmış olduğu başka bir çalışmada bekar kadınlarda bilgi puanının daha yüksek olduğu görüldü [69]. Tekle ve arkadaşlarının kadınlarda servikal kanser taramaları üzerine yapmış olduğu bir çalışmada bekar olmanın tarama testlerine olan tutumu artırdığı bulunmuştur [65]. Öztürk'ün yapmış olduğu benzer bir çalışmada ise medeni durum ile tutum arasında ilişki bulunamamıştır [63]. Kuveyt'te yapılan pap smear testleri üzerine bilgi ve tutumu inceleyen bir çalışmada ise evlilerin, eşinden ayrı olan kadınlardan daha bilgili olduğu ancak, tutumun medeni durum ile değişmediği ortaya konulmuştur [70].

Çalışmamıza katılan bireylerin çocuk sayıları azaldıkça taramalara yönelik olumlu tutumları artmaktadır. Hiç çocuğu olmayanların tutumu en yüksektir. Bu sonuç, çocuk sayısı arttıkça, çocuklarına bakım veren bireylerin sağlık konusunda kendisini ihmal etmesiyle açıklanabilir. Çalışmamızda bir çocuğu olanlar en yüksek bilgi puanına sahipken, bunu sırasıyla hiç çocuğu olmayanlar, 2-3 çocuğu olanlar, 4 ve üstü çocuğu olanlar takip etmiştir. Al Sairafi'nin Kuveyt'te yapmış olduğu pap smear testi hakkında bilgi ve tutumları içeren çalışmasında, kadınların doğum sayısı ile bilgi ve tutumları arasında ilişki bulunamamıştır [70]. El Asmar'ın Beyrut'ta kadınlarda yapmış olduğu meme kanseri üzerine bir araştırmada, katılımcıların çocuk sayıları ile bilgi ve tutum düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır [71]. Benzer bir çalışmada, meme kanseri için mamografi yaptıranların çocuk sayılarının yüksek olduğu ancak serviks kanseri için smear testi yaptıranlarda çocuk sayıları ile anlamlı bir fark olmadığı ortaya konmuştur [72].

Çağımızın hastalığı olan obezitenin, birçok kanser türü üzerine dolaylı ya da direkt etkisi bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda katılımcıların beden kitle indeksi ortalamaları (BMI) $26,41 \pm 4,54$ (min 17,30 max:46,06) idi. Altun'un benzer bir

çalışmasında katılımcıların ortalama beden kitle indeksi (BMI) $28,03 \pm 4,54$ bulunmuştur [73]. Çalışmamızda katılımcılardan BMI<25 olanların tutumları daha olumlu bulunmuş, bunu BMI≥30 olanlar takip etmiştir. En olumsuz tutum ise BMI 25-30 arasında olanlardadır. Bunun nedeni BMI 25-30 yani fazla kilolu olan bireylerin, yakın zamanda sağlık sorunlarıyla karşılaşacakları konusunda yeterince farkındalıkları olmaması olabilir. Ayrıca çalışmamızda BMI azaldıkça bilgi puanı artmıştır. Filiz'in yapmış olduğu benzer bir çalışmada, BMI ile tutum pozitif korelasyon göstermektedir [57]. Tekpınar'ın çalışmasında BMI>30 olanlar meme kanseri taraması yaptırmak için daha istekli bulunmuştur [74]. Aras'ın yaptığı tarama testleri farkındalığı üzerine bir çalışmada, mamografi yaptıranlarda BMI yüksek bulunurken, smear yaptıranlarda BMI anlamlı bulunmamıştır [72].

Eğitim durumlarına bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğunun üniversite mezunu (%54,3) olduğu görülürken, bunu %22 ile yüksek lisans/doktora, %16,5 ile lise ve %7,2 ile ortaöğretim ve altı mezunları takip etmektedir. Tekpınar ve arkadaşlarının yapmış olduğu benzer bir çalışmada da üniversite mezunlarının oranı bizim çalışmamızdaki gibi yüksek olup, tüm katılımcıların %48,3'üdür [74]. Çalışmamızda katılımcıların eğitim seviyeleri arttıkça taramalara karşı olumlu tutum gösterdikleri görüldü. Ayrıca katılımcılar eğitim seviyeleri yükseldikçe bilgi sorularını cevaplandırmakta daha başarılı oldular. Eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi seviyesinin de yükselmesi ve tutumu olumlu etkilemesi tesadüf değildir. Huang ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite ve üstü mezunlarının taramalara yönelik bilgi puanları daha yüksek gelmiştir [60]. Al Sairafi ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim durumu arttıkça bireylerin tarama testlerine olan tutumlarının ve bilgi düzeylerinin arttığı görülmüştür [70]. El Asmar ve arkadaşlarının meme kanseri üzerine yapmış olduğu bir çalışmada ise üniversite mezunu olan bireylerin tutum ve bilgilerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır[71].

Ankete katılanların yaklaşık %20'si sağlıkla ilgili meslek mensubu olduğunu belirtirken, %15'i ise mesleğinin olmadığını belirtti. Katılımcılardan sağlıkla ilgili meslek mensubu olanların tarama testlerine yönelik tutumları daha olumluydu. Bu beklenen bir sonuçtur. Ayrıca sağlıkla ilgili meslek mensubu olanlar bilgi sorularını

cevaplandırmakta daha başarılı oldular. Sualp'in yapmış olduğu benzer bir çalışmada çalışmaya katılanların %21,6'si sağlık çalışanıdır ve tarama testleri hakkında bilgileri diğer katılımcılardan yüksek çıkmıştır [75]. Özdemir'in yapmış olduğu bir çalışmada sağlık çalışanı olan katılımcıların her üç tarama testi hakkında sağlık çalışanı olmayanlara göre daha iyi bilgi sahibi oldukları ortaya konulmuştur [76].

Katılımcıların %47,8'inin gelir düzeyi 10.000 TL ve üstü iken, %6,8'inin 4.250 TL ve altıdır. Katılımcıların gelir düzeyleri yükseldikçe tutumlarının olumlu olduğu ve bilgi düzeylerinin arttığı saptandı. Bunun nedeni ülkemizde gelir seviyesi düşük olan insanların, ulusal kanser tarama programlarının ücretsiz olduğunu bilmeyip para ödeyecekleri düşüncesiyle sağlık kurumlarına daha az başvuru yapmaları ve tarama testlerini daha az araştırmaları olabilir. Güneş'in yapmış olduğu bir çalışmada gelir düzeyi arttıkça kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgi seviyeleri artmıştır [77]. Koçyiğit ve arkadaşlarının yapmış olduğu mamografi hakkında bilgi düzeylerini ölçen bir çalışmada gelir düzeyleri yüksek olanların bilgi seviyeleri de yüksektir [78]. Al Sairafi'nin yapmış olduğu başka bir çalışmada aylık gelirleri yüksek olan bireylerin taramalar konusunda yeterli bilgi sahibi olduğu görülmüş, ancak bunun tutumla ilişkisi olmadığı görülmüştür [70]. Farooqi'nin çalışmasında ise ayda 20.000 SAR'dan fazla geliri olanların bilgi düzeyi daha yüksekken, 10.000-20.000 SAR kazananların tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur [61].

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%96,6) sosyal güvencesi varken, %3,4'ünün sosyal güvencesi yoktu. Sosyal güvence varlığı ile tutum arasında anlamlı bir fark bulunamazken, sosyal güvencesi olan bireylerin bilgi seviyeleri yüksekti. Bu, sosyal güvencesi olan bireylerin sağlıkları konusunda daha araştırmacı olması ile açıklanabilir. Huang ve arkadaşlarının kolorektal kanserler üzerine yapmış olduğu bir çalışmada sosyal güvencesi olanların daha iyi bilgiye sahip oldukları ortaya konulmuştur [60]. Erkal'ın çalışmasında sosyal güvencesi olan katılımcıların, sosyal güvencesi olmayanlara göre kanser taramasına yönelik tutumları daha olumlu iken [62], Öztürk'ün yapmış olduğu çalışmada tutum ile sosyal güvence varlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır [63]. Açıköz'ün ve Aksoy'un çalışmalarında ise sağlık güvencesi

olanlarda, sağlık güvencesi olmayanlara göre mamografi yaptıрма oranı anlamlı olarak daha fazladır [79, 80].

Ankete katılanların %32,6'sı sigara kullandığını, %16,9'u sigarayı bıraktığını, %50,5'i daha önce hiç sigara kullanmadığını belirtirken, %21,8'i alkol kullandığını, %8,3'ü alkolü bıraktığını, %69,8'i ise daha önce hiç alkol kullanmadığını belirtti. Katılımcıların sigara kullanımı ile tutumları arasında bir ilişki bulunmazken, alkol kullananlar tarama testlerine karşı kullanmayanlardan daha olumlu bir tutuma sahiptiler. Bunun nedeni, sigaranın bağımlılık yapma potansiyelinin alkolden daha yüksek olması nedeniyle, sigara kullananların kanser konusunda farkındalığının daha az olması olabilir. Yeğenler'in benzer bir çalışmasında hayatının bir döneminde sigara ve alkol kullananların tarama testlerine karşı kullanmayanlardan daha olumlu bir tutum gösterdiği bulundu [81]. Katılımcıların sigara alışkanlıkları ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunurken, alkol alışkanlıkları ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark yoktu. Daha önce hiç sigara kullanmayan bireylerin tarama testlerine yönelik bilgi puanları daha yüksek iken, az bilgili olanların çoğu sigara kullanıyordu. Bu, geçmişte kanser ve kanser taramaları hakkında bilgi edinen bireylerin, tütün ve tütün ürünlerinin önemli bir kanser risk faktörü olduğunun bilincinde oldukları için bunu kullanmamaları ile açıklanabilir. El Asmar'ın çalışmasında sigara kullananlar düşük bilgi puanına sahipken, alkol kullananlar ile bir ilişki saptanmamıştır. Aynı çalışmada alkol ve sigara kullanmanın kanser tutumu üzerine etkisi anlamlı değildir [71]. Özsöyler'in çalışmasında sigara ve alkol kullanımı ile tarama testleri bilgisi arasında ilişki gözlenmemiştir [82].

Katılımcıların %51,2'si genel sağlık durumunun iyi, %20,3'ü çok iyi olduğu yanıtını vermiştir ve genel sağlık durumu ortalamaları $3,89 \pm 0,74$ 'tür. Çalışmamızdakilerin genel sağlık durumlarının orta-iyi arası olup, iyiye daha yakın olduğunu söyleyebiliriz. Genel sağlık durumları ile tutum ve bilgi seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Mor ve arkadaşlarının yaşlı kadınlarda mamografi çekirme davranışları ile ilgili yaptığı bir çalışmada öz değerlendirdikleri genel sağlık durumları ile mamografi çekirme davranışları arasında bir ilişki bulunmamıştır [83]. Cullati ve arkadaşlarının İsviçre'de yapmış olduğu bir çalışmada, genel sağlık durumu

ile son 3 yılda en az bir kanser tarama testi yaptıрма davranışı arasında ilişki bulunamamıştır [84].

Çalışmamıza katılan bireylerin %35,3'ünün en az bir kronik hastalığı vardır. Tekpınar'ın çalışmasında katılımcıların %29,7'sinde, Özel'in çalışmasında ise %23,17'sinde en az bir kronik hastalık vardır [74, 85]. Bu çalışmalardaki kronik hastalık oranlarının bizim çalışmamıza göre düşük olmasının nedeni, çalışma popülasyonları ortalamalarının bizimkinden daha genç olması olabilir. Kronik hastalık türlerine baktığımızda katılımcılarımızda sırasıyla en sık görülen dört hastalığın, hipertansiyon (%9,7), diyabetes mellitus(%8,2), tiroid hastalıkları(%7) ve kalp hastalıkları (%5,7) olduğunu saptadık. Katılımcılardaki kronik hastalık varlığı ile tutum ve bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Erdoğan'ın yapmış olduğu benzer bir çalışmada en sık görülen kronik hastalıklar sırasıyla, hipertansiyon(%52), diyabetes mellitus(%36,7), tiroid hastalıkları (%18,7), kalp hastalıkları (%16) olmuştur [86]. Erdoğan'ın çalışma grubunun yaş ortalamasının bizim grubumuzdan 10 yaş fazla olmasından dolayı, oranların bize göre yüksek olması normaldir. Çetin'in çalışmasında en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%14), diyabetes mellitus (%9,3), tiroid hastalıkları(%5,1) ve kalp hastalıkları (%4,2) olup, tarama testleri bilgisi ile kronik hastalık varlığı arasında ilişki bulunamamıştır [87]. Özel'in yapmış olduğu benzer bir çalışmada da kronik hastalık varlığı ve tarama bilgi puanı arasında ilişki bulunamamıştır [85]. Öztürk'ün ve Erkal'ın çalışmalarında da kronik hastalık varlığı ile tutum arasında ilişki bulunamamıştır [62, 63].

Ankete katılan bireylerin %3'ünün tanıli bir kanser hastalığı vardı. Öztürk'ün çalışmasında kendisinde kanser tanısı olanlar %3, Özel'in çalışmasında %3,49, Çetin'in çalışmasında %4,2, Yeğenler'in çalışmasında %4,6, Sualp'in çalışmasında %5,2, Aslan'ın çalışmasında %5, Özdemir'in çalışmasında %5,5 bulunmuştur [63, 75, 76, 81, 85, 87, 88]. 2020 GLOBOCAN verilerine göre Türkiye'de her iki cinsiyette en sık görülen ilk üç kanser akciğer, meme, kolorektal kanserler iken, kadınlarda en sık görülen ilk üç kanser meme, tiroid ve kolorektal kanserlerdir [4]. Bizim katılımcılarımızda en sık görülen kanser türü meme kanseri iken, bunu kolon ve tiroid kanserleri takip etmiştir. Araştırmamızdaki veriler GLOBOCAN 2020 verileriyle

tutarlılık göstermekle birlikte, erkek popülasyonun çalışmamızda kısıtlı olması nedeniyle, akciğer kanseri oranı beklenildiğinden az saptanmış olabilir. Tanılı bir kanser hastalığı olan katılımcılar ile tutum ve bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Katılımcılardaki kanser türü ile tutum ve bilgi arasında ilişki bulunamadı. Çetin'in çalışmasında tarama testleri bilgisi ile kendisinde kanser tanısı bulunma arasında ilişki yoktur [87]. Erkal'ın çalışmasında kendisinde kanser tanısı varlığı ile tutum ilişkisiz bulundu[62]. Öztürk'ün çalışmasında ise kanser tanısı olan bireylerin tutumu daha olumsuz bulunmuştur[63].

Katılımcıların %50,3'ünün ailesinde kanser tanısı alan bireyler vardı. Katılımcılar, kanser tanısının en sık birinci derece akrabalarında (%20,5), en az ise eşlerinde (%2,7) olduğunu belirttiler. Özer'in çalışmasında ise kanser tanısı alan akrabaların çoğunluğunu %38,9 ile ikinci derece akrabaların oluşturduğu ve en az da %4,3 oranıyla eşlerinde olduğu görülmüştür[89]. Çetin'in çalışmasında ailesinde kanser tanısı olan bireylerin oranı %49,3 ve çoğunluğu %26,5 ile birinci derece akrabalarıdır [87]. Erdem'in Düzce'de yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %64,2'sinin kanser tanısı alan yakını bulunmakta ve bunların %22,4'ü birinci derece yakınıdır [90]. Altun'un çalışmasında katılımcıların %41'inin ailesinde kanser tanısı olup, bunlardan %27,5'i birinci derece akrabadır [73]. Öztürk'ün çalışmasında katılımcıların %22,5'inin, Yeğenler'in çalışmasında ise %25,8'inin birinci derecede akrabasında kanser tanısı vardır [63, 81].

Ailesinde kanser tanısı olan katılımcılar bu kanserlerin en sık üç kanser türü olarak, %14,4 ile meme kanseri, %9,3 ile kolon kanseri, %3 ile serviks kanseri olduğunu belirtmişlerdir. Özel'in çalışmasında en sık üç kanser türünün meme (%32,34), GIS (%20,36) ve akciğer kanseri (%17,37) olduğu görülmüştür [85]. Özer'in çalışmasında ailesinde kanser olanlarda görülen en sık üç kanser türü %23,1 ile kolorektal kanser, %16,6 ile meme kanseri, %8,3 ile rahim ağzı kanseri olarak bulunmuştur [89]. Yetimakman'ın çalışmasında ailedeki en sık üç kanser türü prostat (%19,33), akciğer (%18,67) ve meme (%18,67) olarak bulunmuştur [91]. Çalışmamızda ailesinde kanser tanısı olan bireyler ile gösterilen tutumlar arasında anlamlılık yokken, ailesinde kanser tanısı olan bireylerin bilgi puanları daha yüksektir.

Bu durum, ailesinde kanser tanısı olan bireylerin merak edip daha çok araştırma yapması ancak olası bir kanser tanısı almaktan korktukları için taramalardan kaçınmaları ile açıklanabilir. Altun'un çalışmasında ailesinde kanser tanısı bulunması ile tarama yaptırmama durumu arasında ilişki bulunamamıştır [73]. Erkal'ın çalışmasında ailede kanser tanısı ile tutum ilişkisi saptanmamıştır [62]. Bayçelebi ve arkadaşlarının Trabzon'da yapmış olduğu bir çalışmada ailesinde kanser tanısı olan kişilerin, kanser tarama testleri hakkında daha çok bilgiye sahip oldukları saptanmıştır [92].

Ailesinde meme kanseri olanların tarama testlerine olan tutumları ile anlamlı bir ilişki saptanmadı ancak soygeçmişinde meme kanseri olanların bilgi puanları daha yüksekti. Yetimakman'ın çalışmasında ailesinde meme kanseri olan kadınların, diğer kadınlara göre çok daha sık ve düzenli mamografi çektiği görülmüştür [91]. Koçyiğit'in çalışmasında ailesinde meme kanseri öyküsü bulunanların meme kanseri hakkındaki bilgi puanları, kanser hikâyesi olmayanların puanlarına göre oldukça yüksek olarak bulunmuştur [78].

Ailesinde kolon kanseri olanların tarama testlerine karşı olan tutumları ve bilgi puanları daha yüksek bulundu. Yetimakman'ın çalışmasında ailesinde kolon kanseri tanısı olan bireylerin GGK testi bilme ve yaptırmama davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ancak kolonoskopi bilme ve yaptırmama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [91].

Ailesinde serviks kanseri olanların tarama testlerine olan tutumları ve bilgi düzeyleri anlamlı bulunmadı. Yetimakman'ın çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde, ailesinde serviks kanseri olan bireylerin pap smear testini bilme ve yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır [91].

Ülkemizde ulusal tarama programları kapsamında "kansere taraması" yapıldığını katılımcıların %73,4'ü biliyordu. Özdemir'in çalışmasında katılımcıların 68,2'si, Aslan'ın çalışmasında ise %65,4'ü kanser tarama programı varlığından haberdardı [76, 88]. Kanser taraması programından haberdar olan katılımcıların hem tarama testlerine karşı olan tutumları daha olumlu, hem de bilgi puanları daha yüksek bulundu. Bu sonuç beklediğimiz bir sonuçtur.

Ulusal tarama programları kapsamında yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgisi olanlar anket katılımcılarının %50,1'ini oluşturmuştur. Rüzgar'ın çalışmasında katılımcıların %76,4'ü, Sualp'in çalışmasında %49,4'ü, Filiz'in çalışmasında %42,1'i, Özsöyler'in çalışmasında %72,2'si tarama testleri tarama testleri hakkında bilgilerinin olduğunu bildirdi [57, 75, 82, 93]. Rüzgar ve Özsöyler'in çalışma gruplarının tarama testleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarının sebebi, yaş ortalamalarının daha yüksek olup, tarama yaş grubunda olmalarıyla açıklanabilir. Kanser taraması testleri hakkında bilgisi olduğunu belirten katılımcıların hem tarama testlerine olan tutumları daha olumlu, hem de bilgi puanları daha yüksek bulundu. Filiz'in çalışmasında ulusal kanser tarama testleri hakkında bilgisi olanlar ile tutum anlamlı bulunmamıştır [57].

Katılımcıların %39,3'ü KETEM hakkında bilgisinin var olduğunu belirtti. Erdem'in çalışmasında katılımcıların %39,4'ü, Özsöyler'in çalışmasında %30,9'u, Uğur'un çalışmasında %57,3'ü, Aslan'ın çalışmasında %20,9'u, Çetin'in çalışmasında %52,1'i, Sualp'in çalışmasında ise %47,7'si KETEM'i bildiklerini belirtmişlerdir [75, 82, 87, 88, 90, 94]. KETEM'i bilenlerin bilgi puanları daha yüksek bulunurken, KETEM bilgisi ile tutum arasında anlamlılık bulunamadı. Özel'in çalışmasında da KETEM'i bilenlerin bilgi düzeyleri daha yüksek saptanmıştır [85].

Katılımcılara ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında hangi kanserler tarandığı sorulduğunda, %53,7'si meme kanseri, %50,1'i serviks kanseri, %29,8'i kolon kanseri tarandığı bilgisine sahipken, %39,1'i konuyla ilgili herhangi bir bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Sualp'in çalışmasında %26,8'i, Çetin'in çalışmasında %39,5'i, Aslan'ın çalışmasında %34,4'ü bilgisi olmadığını belirtmiştir [75, 87, 88]. Çetin'in çalışmasında %54,9'u meme, %40,5'i serviks, %24,7 kolon kanserlerinin tarandığını belirtmiştir [87]. Kaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere yaptığı bir çalışmada katılımcıların %86,87'si meme, %85,46'sı serviks, %78,19'u kolon kanserinin tarandığı bilgisine sahiptir [95]. Bu oranların bizim çalışmamızdan yüksek olmasının nedeni katılımcıların hepsinin sağlık çalışanı olması

ile açıklanabilir. Özsöyler'in çalışmasında ise %33,6'sı meme kanseri, %23,9'u rahim ağzı kanseri, %15,6'sı ise kolon kanseri tarandığını belirtmiştir[82].

Çalışmamızda hangi kanserlerin tarandığını eksiksiz doğru bilenlerin tarama testlerine tutumları daha olumlu ve tarama testleri hakkındaki düzeyleri daha yüksekti. Bu sonuç beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların %27,5'i daha önce en az bir kanser tarama testi yaptırdığını belirtirken, büyük çoğunluğu hiç yaptırmamıştı. Bu oranlar ülkemiz için tahmin edilen tarama oranlarına yakın olup, olması gereken tarama kapsayıcılığı hedeflerinden ise oldukça uzaktır. Yeğenler'in çalışmasında daha önce kanser taraması yaptıranların oranı %42,4, Sualp'in çalışmasında %31,6, Rüzgar'ın çalışmasında %43,4, Tekpınar'ın çalışmasında %23,4, Özer'in çalışmasında %37, Filiz'in çalışmasında %27,6, Özsöyler'in çalışmasında %23,5, Altun'un çalışmasında %57 bulunmuştur [57, 73-75, 81, 82, 89, 93]. Erdoğan'ın çalışmasında katılımcıların 68,3'ü daha önce en az bir kez tarama yaptırmıştır [86]. Bizim çalışmamızdan daha yüksek bir oran çıkmasının nedeni, ortalama yaşın daha fazla olması nedeniyle çoğunluğun tarama yaş grubu içerisinde olması ile açıklanabilir.

Daha önce bir kanser taraması yaptıranların hangi kanser türü/türleri için tarama yaptırdıkları sorgulandığında, %18,6'sı serviks, %12,5'i meme, %3,2'si kolon kanserleri için tarama yaptırdıklarını belirttiler. Rüzgar'ın çalışmasında tarama yaptıranların %64'ü serviks, %45,5'i meme, %12,6'sı kolon kanseri için tarama yaptırdığını bildirmiştir [93]. Filiz'in çalışmasında tarama yaptıranların %81'i meme kanseri, %14,3'ü serviks kanseri, %4,8'i kolorektal kanser taraması yaptırmıştır [57]. Altun'un çalışmasında %46,5'si rahim ağzı, %25'i meme ve %4,5'i kolon kanseri taraması yaptırdığını belirtmişlerdir [73]. Özsöyler'in çalışmasında ise %37,5'i meme, %26,8'i meme, %25'i kolon kanseri için tarama yaptırdıklarını belirtmişlerdir [82]. Kolon kanseri için tarama oranlarının düşük olmasının nedeni ulusal kanser tarama programına en son eklenen kanser olması olabilir.

Daha önce herhangi bir kanser taraması yaptıran katılımcıların tarama testleri hakkındaki tutumları daha olumlu bulundu ve bilgi puanları daha yüksekti. Özel'in çalışmasında da daha önce kanser taraması yaptıranlarda, tarama testleri bilgisi daha

yüksek bulunmuştur [85]. Filiz'in çalışmasında en az bir tarama testi yaptıranların tutumu yaptırmayanlara göre daha olumludur [57]. Çalışmamızda meme, serviks ve kolon kanseri taramaları yaptıranların hiç yaptırmayanlara göre tutumları daha olumlu ve bilgi düzeyleri daha yüksekti.

Rüzğar'ın, Sualp'in ve Özsöyler'in çalışmalarında taramalar hakkındaki ilk üç bilgi kaynağı televizyon, aile hekimi ve internet olmuştur [75, 82, 93]. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK)'nun 2018 yılında yapmış olduğu Televizyon İzleme Eğilimleri araştırmasında, eğitim düzeyi yükseldikçe televizyon izlenme oranları düşmektedir [96]. Bizim çalışmamızdaki bireylerin televizyonu bilgi kaynağı olarak kullanmalarının çok daha düşük olmasının bir nedeni, eğitim düzeylerinin diğer çalışmalardakilerden daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda branş hekimleri tarafından bilgilendirilenler tarama testlerine karşı en olumlu tutumu gösterenlerdi. Bunu sırasıyla, broşür/dergi, internet ve aile hekimleri takip etti. Filiz'in çalışmasında aile hekiminin taramayı önerdiği bireylerde tarama testlerine karşı tutum daha olumlu bulunmuştur [57].

Çalışmamızda branş hekimleri tarafından bilgilendirilenler tarama testleri konusunda en iyi bilgili olanlardı. Bunu sırasıyla broşür ve dergi, diğer aile sağlığı çalışanları ve aile hekimleri takip etti. Çalışma popülasyonumuzun gelir düzeyi yüksek olduğu için, bireyler kanser tarama testleri hakkında bilgi edinmek amacıyla ikamet ettikleri yerlerdeki ücretsiz birinci basamak sağlık kuruluşları yerine ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerdeki branş hekimlerini tercih etmiş olabilirler. Tekle'nin yapmış olduğu bir çalışmada bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin tercih edenlerin serviks kanseri hakkında bilgisinin daha iyi olduğu görülmüştür [65]. Koçyiğit tarafından yapılan bir çalışmada, meme kanseri ile ilgili bilgileri sağlık personelinin edindiğini söyleyenler, arkadaş/komşudan öğrenenler ve TV-radyodan öğrenenler arasında bilgi puanı açısından anlamlı farklılık bulunurken, kitap/dergilerden öğrenenler arasında anlamlı bir fark saptanmadı [78].

Çalışmamızda serviks kanseri taramasının nasıl tarandığını doğru bilenler tüm katılımcıların %62,6'sı, kolon kanseri taramasının nasıl tarandığını doğru bilenler tüm katılımcıların %47,1'i, meme kanserinin nasıl tarandığını doğru bilenler tüm

katılımcıların %71'idir. Çalışmamızda kadın popülasyonu daha yoğun olduğu için meme ve serviks kanserinin nasıl tarandığının daha iyi bilinmesi normaldir. Özel'in çalışmasında serviks kanserinin nasıl tarandığını doğru bilenler tüm katılımcıların %71,25'i, kolon kanseri taramasının nasıl tarandığını doğru bilenler tüm katılımcıların %56,5 (%56,5 kolonoskopi, %68,7 GGK ile), meme kanserinin nasıl tarandığını doğru bilenler tüm katılımcıların %72,06'sıdır [85].

Çalışmamızda serviks kanseri taramasının kaç yaşında başladığını doğru bilenlerin oranı tüm katılımcıların %37,2'si, kolon kanseri taramasının kaç yaşında başladığını doğru bilenlerin oranı tüm katılımcıların %19,2'si, meme kanseri taramasının kaç yaşında başladığını doğru bilenlerin oranı tüm katılımcıların %39,1'idir. Kolon kanserinin taranmaya başlama yaşını katılımcıların daha az bilmesinin nedeni, çalışma grubumuzun yaş ortalamasının kolon kanseri tarama başlama yaşından düşük olması olabilir. Özel'in çalışmasında serviks kanseri taramasının kaç yaşında başladığını doğru bilenlerin oranı tüm katılımcıların %61,9'u, kolon kanseri taramasının kaç yaşında başladığını doğru bilenlerin oranı tüm katılımcıların %31,19'u, meme kanseri taramasının kaç yaşında başladığını doğru bilenlerin oranı tüm katılımcıların %46,03'üdür [85].

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışma online ortamda yapılmıştır bu nedenle çalışmaya katılanlar okuma yazma bilen, sosyal medya kullanabilen kişilerdir ve bu nedenle çalışmamız tüm topluma genellenemez. Buna ek olarak çalışmamıza dahil edilen hastaların yarısından fazlası üniversite mezunudur, bu nedenle de çalışma sonuçlarımızın topluma genellenebilmesi uygun değildir.

Çalışmamızın literatürde bu konuya dair yapılan diğer çalışmalara göre bazı üstün yönleri bulunmaktadır. Literatüre bakıldığında, kanser taramalarına yönelik bilgi, farkındalık ve tutum ölçen çalışmaların çoğunun, sadece kadınlar üzerinde yapıldığı görülmüştür. Bizim çalışmamız her iki cinsiyeti de kapsayan bir çalışmadır. İkinci bir üstünlük ise, yapılan çoğu çalışmanın sadece tek bir kanser türü için olan tutum, bilgi ve farkındalığı ölçmesidir. Çalışmamız, ülkemizde taranan her üç kanser türü düşünülerek yapılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Global yükü giderek artan ve can sıkıcı bir hale gelen kanserin erken teşhisi, tedavisinden çok daha kolay ve maliyet etkindir. Düzenli aralıklarla taramalar yaptırmak, sigara ve obezite gibi önlenabilir risk faktörlerini ortadan kaldırmak, olası bir kanser ihtimalini önlemek için atılabilecek kıymetli bir adımdır. Çalışmamızda sigara, alkol, obezite, ailede kanser gibi risk faktörlerine bakılmış ve bu risk faktörleri olan bireylerin tarama testleri hakkında yeterince farkındalığı olmadığı görülmüştür. Bu bağlamda primer görevi koruyucu sağlık hizmetleri olan aile hekimlerine büyük görevler düşmektedir. En azından her vizitte olmasa da, belirli periyotlarla bireylere kanser taramalarını hatırlatmak ve önlenabilir risk faktörlerinden söz etmek faydalı olabilir.

Çalışmadaki bireylerin %73,4'ünün Ulusal Kanser Tarama Programı'ndan haberi olmasına rağmen sadece %27,5'i daha önce en az bir kanser türü için tarama yaptırmıştır. Bu, tarama testlerinin kapsayıcılık oranı olan %70'ten çok uzak bir orandır. Katılımcıların çoğunun eğitim düzeyi toplumdan yüksek olmasına rağmen, yarısından daha fazlası kanserleri erken dönemde teşhis etmek amacıyla açılan KETEM'lerden bihaberdir. TV'lere kamu spotu uygulaması ya da resmi kurum bekleme salonlarına KETEM afişleri asmak bu konuda dikkat çekici olabilir.

Katılımcıların çoğu tarama testleri hakkında bilgi kaynağı olarak aile hekimlerini seçerken, branş hekimleri tarafından bilgilendirilenlerin tarama testlerine karşı daha olumlu tutum gösterdikleri ve daha iyi bilgili oldukları görülmüştür. Bu, branş hekimlerinin bireyler üzerinde ikna ediciliğinin daha yüksek olduğu anlamına gelebilir. Aile hekimlerinin bu konuda eksik noktaları tespit edilip, eğitimler düzenlenebilir. Yine çalışmamızda broşür veya dergi ile bilgilendirilenlerin tarama testleri hakkında bilgi düzeyleri, branş hekimleri tarafından bilgilendirilenlerden hemen sonra gelmektedir. ASM ve hastane bekleme salonlarında, kanser tarama testleri hakkında bilgilendirici, basit dille yazılmış, çok uzun olmayan küçük broşürler kullanılabilir.

Literatürde kanser taramaları hakkındaki çoğu tutum, bilgi ve farkındalık çalışmasının spesifik tek bir cinsiyet ya da belirli bir kanser türü için yapılmış olduğu

görüldü. Bu çalışmamız ile ulusal tarama testlerine karşı olan tutum, bilgi ve farkındalığı her iki cinsiyet için değerlendirmeyi amaçladık. Bu nitelikteki çalışmalar artırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Kars, A., *Kanser Hücre Biyolojisi*, in *İç Hastalıkları, Onkoloji*, H. Onat, Editor. 2008, Haluk Onat: Ankara. p. 15.
2. World Health Organisation. *Cancer*. 3 February 2022 October 11, 2022]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019*. 24 Haziran 2020 12 Ekim 2022]; Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>.
4. The Global Cancer Observatory. *GLOBOCAN 2020, Turkey*. March, 2021 October 12, 2022]; Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>.
5. The Global Cancer Observatory. *GLOBOCAN 2020, All cancers*. December, 2020. October 12, 2022]; Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>.
6. Soerjomataram, I. and F. Bray, *Planning for tomorrow: Global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070*. Nature reviews Clinical oncology, 2021. **18**(10): p. 663-672.
7. Karacan, R. and Z. Kılıçkan, *Türkiye’de Kanser Hastalığının Bütçeye Getirdiği Yük Bakımından Tarama ve Tedavi Edici Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması*. Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar, 2016(613): p. 45-52.
8. Eren, O.Ö., *Kanser Taramaları ve Kanserden Korunma*. Klinik Tıp Aile Hekimliği. **9**(2): p. 7-14.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Kanser Taramaları*. 12 Ekim 2022]; Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *ULUSAL KANSER KONTROL PLANI 2013 - 2018*. 12 Ekim 2022]; Available from: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf.
11. Pham, D.X., et al., *A Cross-Sectional Study about Knowledge, Awareness and Perception of Risk Factors for Cancer among Cancer-Patients Relatives and Healthy Adults in Ho Chi Minh City, Vietnam*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP, 2021. **22**(1): p. 277.
12. National Cancer Institute. *What Is Cancer?* May 5, 2021 November 3, 2022]; Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer#definition>.
13. National Cancer Institute. *Cancer Screening Overview (PDQ®)–Patient Version*. Updated: August 19, 2020 November 6, 2022]; Available from:

<https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/patient-screening-overview-pdq>.

14. Fearon, K., et al., *Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus*. The lancet oncology, 2011. **12**(5): p. 489-495.
15. Bast Jr, R.C. and J.F. Holland, *Holland-Frei cancer medicine* 8. 2010: PMPH-USA.
16. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Kanser Belirtileri Nelerdir*. November 7, 2022]; Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-nedir-belirtileri.html>.
17. Smetana, G., *Diagnosis of night sweats*. Jama, 1993. **270**: p. 2502-2503.
18. Hajdu, S.I., *A note from history: landmarks in history of cancer, part 1*. Cancer, 2011. **117**(5): p. 1097-1102.
19. Breasted, J.H., *The Edwin Smith Surgical Papyrus: published in facsimile and hieroglyphic transliteration with translation and commentary in two volumes*. 1930.
20. Chanu, M.T. and A.S. Singh, *Cancer disease and its' understanding from the ancient knowledge to the modern concept*. World Journal of Advanced Research and Reviews, 2022. **15**(2): p. 169-176.
21. Hajdu, S.I., *Greco-Roman thought about cancer*. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 2004. **100**(10): p. 2048-2051.
22. National Institutes of Health (US); Biological Sciences Curriculum Study, *NIH Curriculum Supplement Series [Internet]*. 2007, Bethesda (MD): National Institutes of Health (US).
23. Hejmadi, M., *Introduction to cancer biology*. 2014: Bookboon.
24. Benivieni, A., *De abditis nonnullis ac mirandis morborum & sanationum causis*. 1994: apud Andream Cratandrum.
25. Hajdu, S.I., *A note from history: landmarks in history of cancer, part 2*. Cancer, 2011. **117**(12): p. 2811-2820.
26. Peirce, J. and R. Mead, IV. *An account of a very extraordinary tumour in the knee of a person, whose leg was taken off by Mr. Jer. Peirce, Surgeon at Bath; communicated in a letter to Dr. Mead, Physician to His Majesty, and Fellow of the College of Physicians, and of the Royal Society, London*. Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 2002. **41**(452): p. 56-59.
27. Pott, P., *Chirurgical observations relative to... cancer of the scrotum* . . . CA: A Cancer Journal for Clinicians, 1974. **24**(2): p. 110-116.
28. Hajdu, S.I., *A note from history: landmarks in history of cancer, part 3*. Cancer, 2012. **118**(4): p. 1155-1168.

29. Hajdu, S.I., *A note from history: landmarks in history of cancer, part 4*. Cancer, 2012. **118**(20): p. 4914-4928.
30. GLOBOCAN 2020. *Cancer Today*. 2020 November 12, 2022]; Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
31. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *TÜRKİYE KANSER İSTATİSTİKLERİ* 2017. 2021; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf.
32. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Kanserin Nedenleri ve Sık Görülen Kanselerler*. 2017 November 7, 2022]; Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanserin-nedenleri-ve-s%C4%B1k-g%C3%B6r%C3%BClen-kanselerler.html>.
33. National Cancer Institute. *Age and Cancer Risk*. Updated: March 5, 2021 November 8, 2022]; Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/age>.
34. Jameson, J.L., Kasper, D. L., Longo, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., & Loscalzo, J. , *Harrison's principles of internal medicine*. 2018: Mac Graw Hills Education.
35. World Health Organisation. *Cancer*. 2022 November 8, 2022]; Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
36. National Cancer Institute. *The Genetics of Cancer*. Updated: August 17, 2022 November 10, 2022]; Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics>.
37. Allgayer, H., H. Rehder, and S. Fulda, *Hereditary Tumors*. 2009: Wiley Online Library.
38. Anand, P., et al., *Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes*. Pharmaceutical research, 2008. **25**(9): p. 2097-2116.
39. Moore, S.C., et al., *Association of leisure-time physical activity with risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults*. JAMA internal medicine, 2016. **176**(6): p. 816-825.
40. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *TÜRKİYE KANSER KONTROL PROGRAMI*. 2021 November 10, 2022]; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/2021_Kanser_Kontrol_Programi_/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf.
41. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Tütünle Mücadele*. November 8, 2022]; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Tutunle_Mucadele.pdf.

42. Kuper, H., H.O. Adami, and P. Boffetta, *Tobacco use, cancer causation and public health impact*. Journal of internal medicine, 2002. **251**(6): p. 455-466.
43. Pesch, B., et al., *Cigarette smoking and lung cancer—relative risk estimates for the major histological types from a pooled analysis of case–control studies*. International journal of cancer, 2012. **131**(5): p. 1210-1219.
44. General, U.S.P.H.S.O.o.t.S., C.f.C.D. Prevention, and H.P.O.o. Smoking, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: a Report of the Surgeon General*. 1989.
45. National Cancer Institute. *Harms of Cigarette Smoking and Health Benefits of Quitting*. December 19, 2017 November 10, 2022].
46. National Cancer Institute. *Alcohol*. April 29, 2015 November 10, 2022]; Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol>.
47. Nelson, D.E., et al., *Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States*. American Journal of Public Health, 2013. **103**(4): p. 641-648.
48. IARC. *Infectious agents*. 2022 November 10, 2022]; Available from: <https://gco.iarc.fr/causes/infections/data-sources-methods>.
49. de Martel, C., et al., *Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis*. The Lancet Global Health, 2020. **8**(2): p. e180-e190.
50. National Cancer Institute. *Radiation*. Updated: March 7, 2019 November 10, 2022]; Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/radiation>.
51. International Agency for Research on Cancer. *Kansere Karşı Avrupa Kodu*. November 11, 2022]; Available from: https://www.cancer.eu/wp-content/uploads/ecac_turkish.pdf.
52. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *KETEM El Kitabı*. HSGM. p. 1.
53. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Kanser Türleri Nelerdir*. 10.12.2022]; Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri.html>.
54. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. *Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2021*. 10.12.2022]; Available from: https://hpvcentre.net/statistics/reports/TUR_FS.pdf.
55. Kurtoğlu, E. and A. Alper Gürz, *Serviks kanseri epidemiyolojisi*. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics, 2014. **7**(4): p. 1-4.
56. Yıldırım Öztürk, E.N., M. Uyar, and T.K. Şahin, *Development of an Attitude Scale for Cancer Screening*. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi, 2020. **35**(4).

57. Filiz, G.K., *Ankara’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 30-70 Yaş Arası Kadınların Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ve Davranışları (Uzmanlık Tezi)*. 2022, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi: Ankara.
58. Çınar, D., et al., *Women’s attitudes towards healthy life awareness and breast cancer screening during the coronavirus disease 2019 pandemic: a cross-sectional descriptive study*. European Journal of Cancer Prevention, 2021. **31**(4): p. 346-353.
59. Almadi, M.A. and F. Alghamdi, *The gap between knowledge and undergoing colorectal cancer screening using the Health Belief Model: A national survey*. Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association, 2019. **25**(1): p. 27.
60. Huang, R.-l., et al., *Awareness, attitude and barriers of colorectal cancer screening among high-risk populations in China: a cross-sectional study*. BMJ open, 2021. **11**(7): p. e045168.
61. Farooqi, W.A., et al., *Knowledge, attitude, and perceived barriers regarding cancer screening in Saudi Arabia*. International Journal of Surgery and Medicine, 2021. **7**(2): p. 34-34.
62. Erkal, E., *Determining Individuals’ Attitudes Toward Cancer Screening and Their Influential Factors*. Makara Journal of Health Research, 2022. **26**(2): p. 6.
63. Öztürk, E.N.Y., *Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi (Uzmanlık Tezi)*. 2019, T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı: Konya.
64. Kuralay, Ç., N.İ. Ayyıldız, and H. Evcimen, *Kanser Etkinliğine Katılan Bireylerin Kansere İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021. **24**(4): p. 531-538.
65. Tekle, T., et al., *Knowledge, attitude and practice towards cervical cancer screening among women and associated factors in hospitals of Wolaita Zone, Southern Ethiopia*. Cancer management and research, 2020. **12**: p. 993.
66. Babaoğlu, A., E. Büyüközmen, and C. Fatma, *İzmir’de toplumda kanser tarama testleri farkındalığı ve bireylerin kanser tarama testlerine katılımını etkileyen faktörler*. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 2021. **5**(2): p. 173-181.
67. Kardaş, Ç.S., *Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Kansere Tarama Testleri Hakkında Bilgi Ve Tutumları (Uzmanlık Tezi)*. 2019, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği: İzmir.
68. Thapa, N., et al., *Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal*. Journal of gynecologic oncology, 2018. **29**(4).

69. Dahiya, N., et al., *Knowledge, attitude, and practice regarding the screening of cervical cancer among women in New Delhi, India*. Tzu-Chi Medical Journal, 2019. **31**(4): p. 240.
70. Al Sairafi, M. and F.A. Mohamed, *Knowledge, attitudes, and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women*. Medical Principles and Practice, 2009. **18**(1): p. 35-42.
71. El Asmar, M., et al., *Knowledge, attitudes and practices regarding breast cancer amongst Lebanese females in Beirut*. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 2018. **19**(3): p. 625.
72. Aras, G., *Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kadınların Meme Ve Serviks Kanseri Taramaları Hakkındaki Farkındalıkları (Uzmanlık Tezi)*. 2017, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi: Ankara.
73. Altun, Y., *Factors influencing women's participation in cancer screening*. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2020. **14**(2): p. 210-215.
74. Tekpınar, H., M. Özen, and Z. Aşık, *Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi*. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2018. **22**(1): p. 28-36.
75. Sualp, B.N., *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları (Uzmanlık Tezi)*. 2021, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: Çanakkale.
76. Özdemir, M.E., *Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi)*. 2016, T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: Ankara.
77. Gunes, G., *Kadınların Serviks Kanseri, Pap Smear Ve Hpv Aşısı Hakkında Bilgi Tutum Ve Davranışları*. Medical Sciences, 2009. **4**(3): p. 67-74.
78. Koçyiğit, O., et al., *Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi Ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma*. Nobel Medicus Journal, 2011. **7**(2).
79. Açıkgöz, A., R. Çehreli, and H. Ellidokuz, *Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları*. 2011.
80. Aksoy, Y.E., et al., *Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller*. J Breast Health, 2015. **11**: p. 26-30.
81. Yeğenler, F., *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 30-70 Yaş Arası Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi)*. 2021, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: İstanbul.
82. Özsöyler, M., *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş Ve Üzeri Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Ve Tutumları (Uzmanlık Tezi)*. 2018, T.C.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği: İzmir.

83. Mor, V., J.T. Pacala, and W. Rakowski, *Mammography for older women: who uses, who benefits?* Journal of gerontology, 1992.
84. Cullati, S., A.I. Charvet-Bérard, and T.V. Perneger, *Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes.* BMC public health, 2009. **9**(1): p. 1-11.
85. Özel, M., *18-65 Yaş Arası Kadınların Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Düzeyleri, Tutum Ve Davranışları (Uzmanlık Tezi).* 2021, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği: İstanbul.
86. Erdoğan, E., *Birinci Basamağa Başvuran Hastaların Kanseri Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Davranış Ve Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi).* 2020, T.C. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: İzmir.
87. Çetin, G., *30-70 Yaş Arası Bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kullanımı İle Kanseri Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi).* 2021, T.C. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: Tekirdağ.
88. Aslan, K.S., *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yetişkin Hastaların Kanseri Taramaları Hakkında Bilgi, Tutumlarının Değerlendirilmesi Ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisinin İncelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi).* 2021, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği: İzmir.
89. Özer, M.K., *Yetişkin Bireylerin Kanseri Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları (Uzmanlık Tezi).* 2019, T.C. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: Ordu.
90. Erdem, S.S., et al., *Düzce’de yaşayanların kanser ve kanser risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi.* Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017. **7**(1): p. 1-10.
91. Yetimakman, E.Z., *Birinci Derece Yakınlarında Kanseri Olan Ve Olmayan Bireylerin Kanseri Tarama Programlarına İlişkin Farkındalık, Bilgi Ve Tutumlarının Karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi).* 2018, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: İstanbul.
92. Bayçelebi, G., et al., *Trabzon’da kanser tarama testleri farkındalığı.* Journal of Human Rhythm, 2015. **1**(3): p. 90-94.
93. Rüzgar, M., *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş Ve Üzerindeki Hastaların Ulusal Kanseri Tarama Testleri Hakkında Bilgi Düzeyi, Tutum Ve Davranışları (Uzmanlık Tezi).* 2022, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: İstanbul.

94. Gök Uğur, H., et al., *Aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi tutum ve davranışları: karadeniz bölgesi'nde bir il. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 28 (5), 340-352. 2019.
95. Kaya, C., et al., *Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*. Ankara Medical Journal, 2017. **17**(1).
96. RTÜK. *Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması*. 2018; Available from: <https://www.rtuk.gov.tr/Media/FM/Birimler/Kamuoyu/televizyon-izleme-egilimleri-arastirmasi-20060053.pdf>.

8. EKLER

EK-1. Ölçek Kullanım İzni

Subject: Ynt: ölçek kullanım izni
 To: HILAL AKSOY +
 Cc: dr mehmet uyari +, Tahir Kemal Şahin +
 Date: 12/08/21 02:09 PM
 From: Elif Nur YILDIRIM +

Development of an Attitude Scale for Cancer Screening (1994B) Tutum Ölçeği ve Ölçöl... (304B)

Ölçeğe ilginiz için teşekkür ederiz. Ölçeği araştırmanızda kullanabilirsiniz, araştırmacılar olarak iznimiz var.

Size ekte çalışmanızda atıf yapmanızı istediğimiz orijinal makale dosyasını ve ölçeğin kendisini, kısa formunu ve puanlama özelliklerini içeren bir dosyayı iletiyorum. Ölçeğe ilgili bir sorunuz olursa bana mail atabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim. Saygılarımla.

Uzm. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK

Windows için Posta ile gönderildi

Kimden: HILAL AKSOY
 Gönderilme: 8 Aralık 2021 Çarşamba 13:48
 Kime: elifyildirim@hotmail.com
 Konu: ölçek kullanım izni

Sayın Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK,

Öncelikle "Development of an Attitude Scale for Cancer Screening" isimli çalışmanız için sizi ve çalışma arkadaşlarınızı tebrik ederim. Geliştirdiğiniz "Kanser Taramalama Yönelik Tutum Ölçeği"ni izniniz olursa yapacağımız çalışmada aile hekimliği polikliniklerine başvuran 30-70 yaş arası hastalarda kullanmak istiyoruz.

Saygılar
 Öğr. Gör. Dr. Hilal AKSOY
 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

EK-2. Araştırma Anket Formu

30-70 yaş arası bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Farkındalık ve Tutumları

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu anket "30-70 yaş arası bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Farkındalık ve Tutumları" isimli Aile Hekimliği Uzmanlık tez çalışmasında kullanılmak üzere oluşturulmuştur.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Soruların tümüne eksiksiz ve samimi olarak cevap vermeniz araştırmanın sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir.

Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın etik kurulu izni alınmış olup, anketi cevaplamanız ortalama 25-30 dakikanızı alacaktır.

Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Çalışmamıza verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Soru ve görüşleriniz için:

Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER

Öğr. Gör. Dr. Hilal AKSOY

Arş. Gör. Dr. Seval TUNÇ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

e-mail: tunc.seval@yahoo.com

Tel:03123051527

* Gerekli

Yukandaki talimatları okudum. Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasına, gizlilik kurallarına uyulması kaydıyla sunulmasını ve yayımlanmasını gönüllü olarak *

Yalnızca bir şıkka işaretleyin.

☐

onaylıyorum.

Yaşınız? *

Cinsiyetiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Kadın

☐ Erkek

Medeni durumunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Eşinden boşanmış / Eşinden ayrı

Lütfen çocuk sayınızı belirtiniz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Çocuğum yok.

☐ 1

☐ 2-3

☐ 4 ve üstü

Kilonuz? (Lütfen kg cinsinden belirtiniz.) *

Boyunuz? (Lütfen cm cinsinden belirtiniz.) *

Eğitim durumunuz nedir? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Okuryazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Yüksek Lisans / Doktora

Mesleğiniz nedir? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Mesleğim yok.
- ☐ Sağlık ile ilgili meslek mensubuyum.
- ☐ Sağlık dışı meslek mensubuyum.

Bulunduğunuz hanenin gelir düzeyi nedir? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 4.250 TL ve altı
- ☐ 4.250 TL - 10.000 TL
- ☐ 10.000 TL ve üstü

Sosyal güvenceniz var mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet, var
- ☐ Hayır, yok

Sigara kullanıyor musunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kullanıyorum
- ☐ Biraktım
- ☐ Hiç kullanmadım

Alkol kullanıyor musunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kullanıyorum
- ☐ Biraktım
- ☐ Hiç kullanmadım

Doktor tarafından tanı konulmuş, sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren, kronik bir hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Hayır, yok.
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Diyabet
- ☐ Kalp Hastalığı
- ☐ Akciğer Hastalığı
- ☐ Tiroid Hastalığı
- ☐ Böbrek Hastalığı
- ☐ Mide - Bağırsak Hastalığı
- ☐ Romatolojik Hastalık
- ☐ Psikiyatrik Hastalık

Diğer: ☐ _____

Tanılı herhangi bir kanser hastalığınız var mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet, var.
- ☐ Hayır, yok.

Kanser tanınız varsa, lütfen kanserin türünü belirtiniz.

Kanser tanınız varsa, tedavi durumunuzu belirtiniz.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Şu an tedavi alıyorum.
- ☐ Geçmişte tedavi aldım.
- ☐ Hiç tedavi almadım.

Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? (1: çok kötü, 5: çok iyi) *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Ailenizde kanser tanısı alan birey/bireyler var mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Var
- ☐ Yok

Ailenizde kanser tanısı alan birey/bireyler varsa, kanserin türü nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Diğer seçeneğini işaretlediyseniz, belirtiniz.) *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Meme Kanseri
☐ Kalın bağırsak (kolon) Kanseri
☐ Rahim ağzı (serviks) Kanseri

Diğer: ☐ _____

Ailenizde kanser tanısı alan birey/bireyler varsa, yakınlık düzeyiniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Eş
☐ Birinci derece akrabalar (anne, baba, çocuklar)
☐ İkinci derece akrabalar (dede, nine, torun, kardeş)
☐ Üçüncü derece akrabalar (yeğen, amca, dayı, hala, teyze)
☐ Dördüncü derece akrabalar (kuzenler)

Diğer: ☐ _____

Kanser Tarama Testlerine Yönelik Bilgi ve Farkındalık Anketi

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Ülkemizde ulusal tarama programları kapsamında "kansere taraması" yapıldığını biliyor muydunuz? *

Yalnızca bir şıkı işaretleyin.

- ☐ Evet, biliyordum.
☐ Hayır, bilmiyordum.

Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet, bilgim var.
- ☐ Hayır, bilgim yok.

Kanser taramaları hakkında bilgilendirildiyse, kim tarafından bilgilendirildiniz?

*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Aile hekimi
- ☐ Diğer aile sağlığı çalışanları (hemşire, ebe)
- ☐ Arkadaş/Komşu
- ☐ Televizyon
- ☐ İnternet
- ☐ Branş hekimleri (aile hekimi dışındaki hekimler)
- ☐ Broşürler/Dergiler
- ☐ Daha önce bilgilendirilmedim.
- ☐ Diğer: _____

KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) hakkında bilginiz var mı?

*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Duydum ancak ayrıntılı bilgim yok.
- ☐ Bilgim var.
- ☐ Bilgim yok.

Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında hangi kanserler taranıyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Tiroid
- ☐ Rahim ağzı (serviks)
- ☐ Prostat
- ☐ Akciğer
- ☐ Kalın bağırsak (kolon)
- ☐ Mide
- ☐ Meme
- ☐ Cilt
- ☐ Bilgim yok.

Daha önce herhangi bir kanser taraması yaptırdınız mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet, yaptırdım.
- ☐ Hayır, yaptırmadım.

Daha önce herhangi bir kanser taraması yaptırdıysanız hangi kanser türü/türleri için yaptırdınız?

Ülkemizde rahim ağzı (serviks) kanseri taraması nasıl yapılıyor? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Rahim ağzından sürüntü alınarak
- ☐ Kan alınarak
- ☐ Ultrason ile bakılarak
- ☐ Bilgim yok

Ülkemizde kolon (kalın bağırsak) kanseri taraması nasıl yapılıyor? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Makattan muayene ile
- ☐ Dışkıda gizli kan testi ve kolonoskopi ile
- ☐ Endoskopi ile
- ☐ Bilgim yok

Ülkemizde meme kanseri taraması nasıl yapılıyor? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Biyopsi (parça) alınarak
- ☐ Mamografi ile
- ☐ Bilgisayarlı tomografi ile
- ☐ Bilgim yok

Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında rahim ağzı (serviks) kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 30
- ☐ 40
- ☐ 50
- ☐ Bilgim yok

Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında kolon (kalın bağırsak) kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 30
- ☐ 40
- ☐ 50
- ☐ Bilgim yok

Ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında meme kanseri taraması kaç yaşından itibaren yapılır? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 30
- ☐ 40
- ☐ 50
- ☐ Bilgim yok

Kanser Taramalarına
Yönelik Tutum Ölçeği

Cümleleri okuduktan sonra lütfen size en yakın geleni işaretleyiniz ve bütün cümleleri işaretlemeyi unutmayınız.

Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	Tamamen katılıyorum	Biraz katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.	☐	☐	☐	☐	☐
Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme	☐	☐	☐	☐	☐

yapılması,
tarama
yaptırmamı
olumlu etkiler.

Bir sağlık
çalışanının
kansere taraması
yaptırmamı
önermesi, tarama
yaptırma
ihtimalimi artırır.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Yakın çevremden
birilerinin
kansere
yakalanması,
kansere taraması
yaptırma
ihtimalimi
arttırmaz.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kanser taraması
yaptırdığımda;
kendim için iyi bir
şey yaptığımı
düşünürüm.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kanser tarama
testlerini sadece
kendim istediğim
için yaptırım.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Test sonuçlarının
kötü
çıkacağından
korktuğum için
kansere taraması
yaptırmak
istemem.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Herhangi bir
şikâyetim
olmasa bile
kansere taraması
yaptırım.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kanser taraması
yapılan yer
gidemeyeceğim
kadar uzakta

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

olduğunda
tarama
yaptırmam.

Kanser taraması
yaptırmak için
zaman bulamam.

☐
☐
☐
☐
☐

Kanser taraması
için başvurmayı
unuturum.

☐
☐
☐
☐
☐

Kanser taraması
yaptırmanın
gereksiz
olduğunu
düşünürüm.

☐
☐
☐
☐
☐

Kanser taraması
yaptırmak için
yaşımın uygun
olmadığını
düşünürüm.

☐
☐
☐
☐
☐

Kanser tarama
testlerinin canımı
acırtmasından
korkarım.

☐
☐
☐
☐
☐

Kanser tarama
testlerinin yan
etkilerinden
çekinirim.

☐
☐
☐
☐
☐

Kanser taraması
için yapılan
işlemleri
utandırıcı
bulurum.

☐
☐
☐
☐
☐

Kanser tarama
testlerinin
sonuçlarına
güvenmem.

☐
☐
☐
☐
☐

Kanser benim
başıma gelmez
diye
düşündüğüm için
kanser taraması

☐
☐
☐
☐
☐

yaptırma gereği
duymam.

Kanser
taramaları
yaptırmaktan
daha önemli
işlerim var.

☐☐☐☐☐