

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN
ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMLARI KONUSUNDAKİ
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

DR. FATMA ÖZTÜRK DUMAN

ANKARA

2023

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN
ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMLARI KONUSUNDAKİ
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ
DR. FATMA ÖZTÜRK DUMAN

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. FATMA NUR BARAN AKSAKAL

ANKARA

2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
KISALTMALAR.....	v
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KANSER NEDİR?	3
2.2. DÜNYADA KANSER	3
2.3. TÜRKİYE’DE KANSER.....	6
2.4 KANSER ETYOLOJİSİ	8
2.5 ERKEN TANI VE TARAMA	9
2.6 TÜRKİYE ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMI.....	11
2.7 MEME KANSERİ	12
2.7.1 Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri.....	13
2.8 SERVİKS KANSERİ	16
2.8.1 Serviks Kanser Tarama Yöntemleri	17
2.9 KOLOREKTAL KANSER	18
2.9.1 Kolorektal Kanser Tarama Yöntemleri	19
2. 10 KANSER TARAMA PROGRAMLARI HAKKINDA DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE BİLGİ DÜZEYİ	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Kapsamı	23
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	23
3.3. Araştırmanın Tipi.....	23
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	23
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	24
• Kanser taramalarını önerme durumu	24
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı.....	25
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	25
3.8. Araştırmanın Uygulama Süresi.....	25
3.9.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi	26
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	26

4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	86
7. KAYNAKLAR.....	90
8. ÖZET	101
9. ABSTRACT	103
10. EKLER.....	105
11. ETİK KOMİSYON ONAYI.....	117
12. ÖZGEÇMİŞ.....	119



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Globocan 2020 Türkiye ve dünya için yaşa göre standartize edilmiş her iki cinsiyet için tahmini insidans oranları karşılaştırması [1].	5
Tablo 2. Türkiye 2020 yılı kadın ve erkek cinsiyette yaştan bağımsız kanser vakası sayısı [1].	7
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2022.	28
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin UKKP Hakkında Bilgi Düzeyleri, KETEM'e Başvurma Durumları, Ankara, 2022.	30
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kanser Taramalarıyla İlgili Yaptırma, Yaptırılan Yerler, Yaptırma Ve Yaptırmama/Düzensiz Yaptırma Nedenlerinin Dağılımı, Ankara, 2022	32
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Birinci Derece Yakınlarına Ya Da Çevresine Kanser Taraması Önerme Durumu ve Önerilen Yöntemlerin Dağılımı, Ankara, 2022.	34
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kolorektal Kanserinde Tarama Amacıyla Kullanılan Testler ile İlgili Düşünceleri, Testleri Yaptırma Durumları, Yaptırma Sıklığı ve Yaptırma/Yaptırmama Nedenleri, Ankara, 2022.	36
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Kolorektal Kanser Tarama Amacıyla GGK, Kolonoskopi Testi Yaptırma Durumları, Ankara, 2022	37
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Kadınların Meme Kanseri Tarama Amacıyla KKMM ve KMM ile İlgili Düşünceleri, Yapma/Yaptırma Durumları, Yapma/Yaptırma Sıklığı ve Yapma/Yaptırmama Nedenleri, Ankara, 2022.	39
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kadınların Meme Kanseri Tarama Amacıyla Yapılan Mamografi Testi ile İlgili Düşünceleri, Yaptırma Durumları, Yaptırma Sıklığı ve Yaptırma/Yaptırmama Nedenleri Ankara, 2022.	41
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Kadın Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Meme Kanseri Tarama Amacıyla Mamografi Testi Yaptırma Durumları, Ankara, 2022.	42
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Kadınların Serviks Kanseri Tarama Amacıyla Yapılan Pap Smear/HPV DNA Testi ile İlgili Düşünceleri, Yaptırma Durumları, Yaptırma Sıklığı ve Yaptırma/Yaptırmama Nedenleri Ankara, 2022.	44
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Kadın Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Serviks Kanseri Tarama Amacıyla Pap -Smear/HPV DNA Testi Yaptırma Durumları, Ankara, 2022	45
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KETEM'leri Bilme Durumlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.	46
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM'leri Bilme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Analizi, (Multivariate Logistik Regresyon).	47
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Tarama Amaçlı En Az Bir Kere Tarama Yaptırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2022.	49
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Tarama Amaçlı Düzenli Tarama Yaptırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2022.	51
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kanser Tarama Amaçlı Tarama Yaptırma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin 1. Modelde Logistik Regresyon Analizi.	53
Tablo 19. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kanser Tarama Amaçlı Tarama Yaptırma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin 2. Modelde Logistik Regresyon Analizi.	54
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yakınlarına ve Çevresine Kanser Taraması Önerme Durumunun Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.	56
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kanser Taramasını Önerme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Analizi, (Multivariate Logistik Regresyon).	57
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kanser Taramasını Önerme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Analizi, (Multivariate Logistik Regresyon).	58

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM’leri Bilme ve Tarama Önergelerine Göre En Az Bir Kere Tarama Yaptırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2022.	59
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM’leri Bilme ve Tarama Önergelerine Göre Düzenli Tarama Yaptırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2022.	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini yeni vaka sayısı [1]	4
Şekil 2. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini ölüm sayısı ve oranları [1]	5
Şekil 3. Türkiye Globocan 2020 yılı yaştan ve cinsiyetten bağımsız yeni kanser vakası sayısı [1]	Hata!
Yer işareti tanımlanmamış.	
Şekil 4. WHO 2018 yılı en yaygın kanserler ve bu kanserlerin insidans-mortalite oranları[1]	7

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CIN	: Cervical Intraepitelyal Neoplazi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GGK	: Gaitada Gizli Kan
HPV	: Human Papiloma Virüs
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IARC	: Uluslararası Kansere Araştırmaları Ajansı
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KRK	: Kolorektal kanser
MR	: Manyetik Rezonans
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
US	: Ultrasonografi
UKTP	: Ulusal Kanser Tarama Programı
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Kanser, günümüzde küresel çapta ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansına (IARC) göre 2020 yılında kanser insidansı 19,3 milyon olup 2040 yılına kadar bu sayının 30.2 milyona yükselmesi tahmin edilmektedir. Dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir ve 2020’de 10 milyon ölüme veya yaklaşık altı ölümden birine neden olmaktadır. Her 8 erkekten biri ve her 11 kadından biri kanserden ölmektedir. Globocan 2020 yılı verilerine göre sık görülen kanserler meme, akciğer, kolorektal ve prostat kanseridir [1,2].

Tanı yöntemleri ve tedavideki yenilikler, sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarının artması, ortalama yaşam süresinin uzaması gibi çeşitli nedenlerle kanserin önemi günümüzde giderek artmakta, her yıl daha çok sayıda kanserli hastaya tanı konulmaktadır. Kanser yükünün hızlı artışı, sağlık sistemleri için bir kriz teşkil etmektedir. Gelecekte birçok ülke için kanser hastalarının tedavisi ve bakımına yeterli ödenekleri temin etmek sorun olacaktır [3]. Bu da kanserde erken tanının önemini bize göstermektedir. Risk faktörlerinden kaçınma ve kanıta dayalı önleme stratejileri ile kanserin %30-50’si önlenabilir. Birçok kanserin iyileşme olasılığı, erken tanı konmuş ve uygun şekilde tedavi edilmişse yüksektir [2]. Ayrıca erken tanı ile hastaların sağlıklı yaşam süreleri uzamakta ve bu hastalara ayrılan tedavi ve bakım masraflarında da azalma olmaktadır. Erken tanı ise kanser tarama programları ile konulabilir.

Ülkemizde 1992’den beri kanser kayıtlılığı yapılmaktadır. Toplam 9 kanser kayıt merkezimiz bulunmakta olup bu merkezler Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon’dur [4].

Türkiye’de 2017 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 259,2 kadınlarda ise yüz binde 187,0’di. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 223,1 olup toplamda 180.288 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur. Son 5 yılın verileri değerlendirildiğinde yeni tanılarda bir miktar artış olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığı

görülmektedir. Türkiye'nin 2017 kanser verileri 2020 yılı GLOBOCAN verileri ile karşılaştırıldığında Türkiye kanser insidansı dünya insidansının bir miktar üzerinde seyretmektedir [5].

Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği üç kanser türünde tarama yapılmaktadır. Ulusal Kanser Tarama Standartları Programı kapsamında meme, serviks ve kolorektal kanser taraması yürütülmektedir. Meme kanseri erken tanı ve tarama kapsamında kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi çekimi yapılmaktadır. Serviks kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri olarak Pap-Smear ve HPV -DNA testi yapılmaktadır. Kolorektal kanser erken tanı ve tarama yöntemleri olarak ise gaitada gizli kan testi (GGK) ve Kolonoskopi yapılmaktadır [6].

Sağlık çalışanları kendi sağlıklarından sorumlu oldukları kadar tüm toplumun sağlığını korumak ve geliştirmekten de sorumludur. Ayrıca sağlık personeli toplumda tıbbi bilgilerin asıl kaynağı ve rol-model olması gereken bir gruptur. Sağlık bilgi düzeyi toplum geneline göre yüksek olup halka önerilerde bulunmaktadır. Bu çalışmada önerilerde bulunan bir grup olarak sağlık personelinin Ulusal Kanser Tarama Programı (UKTP) konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının ve önerme durumlarını öğrenmeyi amaçlıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER NEDİR?

Kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen geniş bir hastalık grubu için genel bir terimdir. Kullanılan diğer terimler, kötü huylu tümörler ve neoplazmalardır. Kanser tanımlayıcı özelliklerinden biri, olağan sınırlarının ötesinde büyüyen ve daha sonra vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve diğer organlara yayılabilen anormal hücrelerin hızlı bir şekilde çoğalmasındır; ikinci süreç metastaz olarak adlandırılır. Yaygın metastazlar, kanserden ölümlerin birincil nedenidir [2].

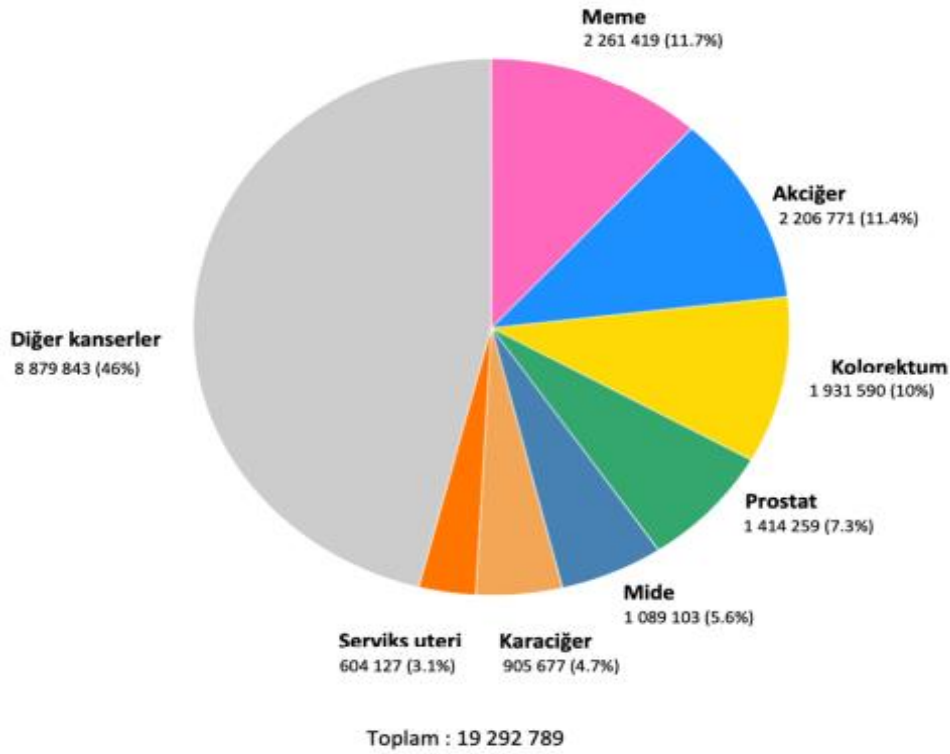
Türkiye coğrafi, kültürel, ekonomik ve sosyal farklılıkların gözlenebildiği bir ülkedir. Bu farklılıklar, kanser gibi çok sayıda etken ile ilişkili olabilen bir hastalığın kontrolü söz konusu olduğunda çok daha karmaşık bir tablo ortaya çıkmaktadır. Çünkü kanser sadece genetik yatkınlıkla açıklanabilen bir hastalık değildir. Başta sigara kullanımı olmak üzere beslenme, hava, çevre şartları, sedanter yaşam, teknolojik gelişmeler ve diğer birçok faktör ile ilişkili olarak gelişebilen bir hastalık türüdür [7].

2.2. DÜNYADA KANSER

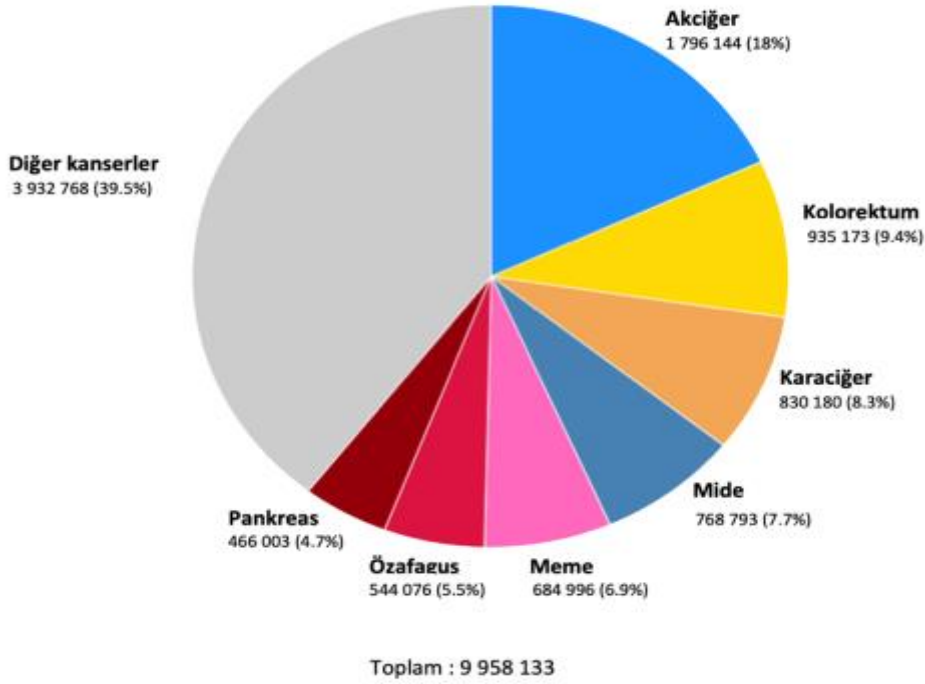
Kanser, tüm dünyada sık görülmesinin yanında mortalite ve morbiditesinin yüksek olması, tedavi maliyeti, süresi ve yan etkileri nedeniyle günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (GLOBOCAN)'nın 2020 yılı verilerine göre Dünya'da toplam 19,3 milyon yeni tanı kanser vakası ve yaklaşık 10 milyona kadar da kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. 2040 yılına kadar bu rakamların 30 milyonu aşması öngörülmektedir. GLOBOCAN verilerinde en dikkat çekici olay ise akciğer kanseri

dünya genelinde en sık görülen kanser türü iken, ilk defa meme kanseri dünya çapında en yaygın kanser türü olarak yerini almıştır [1].

Dünyada en yaygın görülen kanserler akciğer, meme, kolorektal, prostat, cilt kanseri, mide olup mortaliteye en çok neden olan kanserler ise akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve memedir. Yeni tanı koyulan kanser vakalarının %60'ından fazlasını ve kanser ölümlerinin ise %70'inden çoğunu dünyada en yaygın görülen 10 kanser tipi oluşturmaktadır. 2020 yılında dünya genelinde görülen vakaların %11,7'si meme kanseri, %11,4'ü akciğer kanseri, %10'u kolorektal kanser, %7,3'ü prostat kanseri ve %5,6'sı mide kanseridir [1,2]. Şekil 1'de GLOBOCAN'a göre dünya genelinde cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini yeni vaka sayısı görülmektedir. Şekil 2'de ise dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini ölüm sayısı ve oranları verilmiştir [1].



Şekil 1. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini yeni vaka sayısı [1].



Şekil 2. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini ölüm sayısı ve oranları [1].

Yine 2020 yılı Globocan verilerine göre en yaygın görülen ilk on kanser için Türkiye ve Dünya insidansları karşılaştırıldığında kişilerin meme kanserine yakalanma sıklığı %46,6 ve %47,8 ile benzerdir. Akciğer kanseri insidansı Türkiye’de %40 dünya genelinde %22,4 olup Türkiye oranı oldukça yüksektir. Aynı şekilde prostat, tiroid ve mesane kanserlerinde de insidans dünya geneline göre oldukça yüksektir. Tablo 1’de Globocan 2020 Türkiye ve Dünya için yaşa göre standartize edilmiş her iki cinsiyet için tahmini insidans oranları verilmiştir [1].

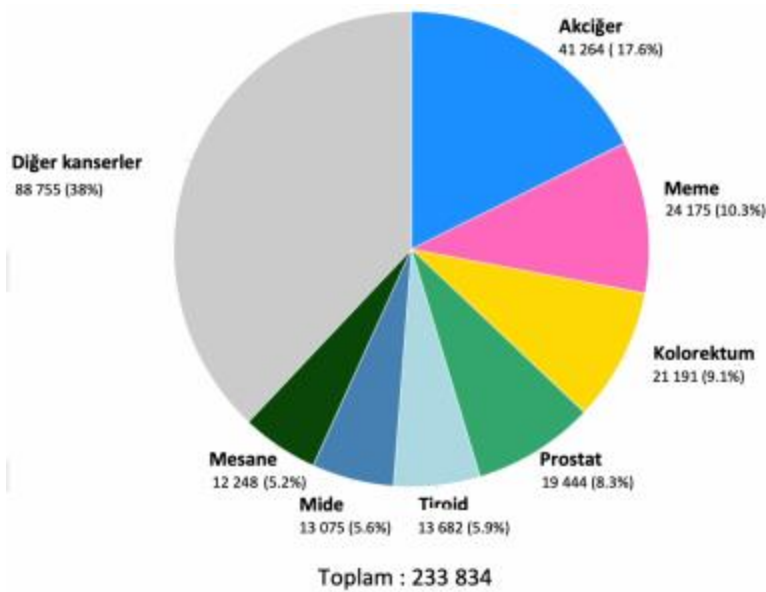
Tablo 1. Globocan 2020 Türkiye ve dünya için yaşa göre standartize edilmiş her iki cinsiyet için tahmini insidans oranları karşılaştırması [1].

	Türkiye İnsidans	Dünya İnsidans
Meme	46.6	47.8
Prostat	42.5	30.7
Akciğer	40.0	22.4
Kolorektum	20.6	19.5
Tiroid	14.3	6.6
Mide	12.6	11.1
Mesane	11.9	5.6
Korpus Uteri	11.3	8.7
Pankreas	7.9	4.9
Lösemi	7.7	5.4

Dünya çapında kanser vakalarının büyük bir kısmı düşük-orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Bu ülkelerde hastalar genellikle ileri evrede tanı almaktadır. Geç tanı ile hastalık yükü artar, tedavi gecikir, kür sağlanabilecek hastalar tedavi şansını kaybeder, mortalitenin artması ve devlet ekonomisine yük oluşturmaya neden olmaktadır. Bütün bunların yanında sosyal, maddi ve manevi yönlerden mücadelesi zor bir hastalık haline gelmektedir. Ve ilerleyen yıllarda ülkeler için altından kalkılamayacak bir yük haline dönüşebileceği düşünülmektedir [2]. Ayrıca bu hastaların çektiği duygusal ve fiziksel ızdırap, neoplazilere eşlik eden mortaliteden daha fazla acı vermektedir.

2.3. TÜRKİYE’DE KANSER

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanser yükü, sağlık açısından ve finansal yönden ciddi bir halk sağlığı problemidir. Son verilere göre Türkiye’de yaştan ve cinsiyetten bağımsız kanser hastalarının sayısı 41,264 akciğer, 24,175 meme, 21,191 kolorektum, 19,444 prostat ve toplamda 233,834’tür. Toplam ölüm sayısı ise 126,335 olarak verilmiştir. Bu sebeple kanser taramalarının önemi bir kez daha gözler önüne serilmektedir. Şekil 3’de Türkiye’deki 2020 yılı yeni kanser vaka sayıları verilmiştir [1].



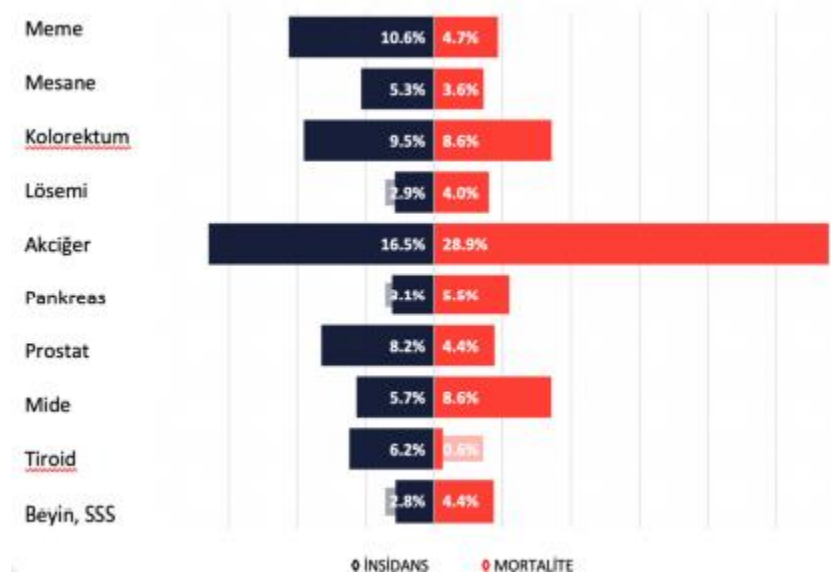
Şekil 3. Türkiye Globocan 2020 yılı yaştan ve cinsiyetten bağımsız yeni kanser vakası sayısı [1].

Bu verilere göre en sık görülen kanser erkeklerde akciğer kanseri kadınlarda ise meme kanseridir. İkinci sırada erkekte prostat kadınlarda tiroid kanseri yer almaktadır. Tablo2’de Türkiye 2020 yılı kadın ve erkek cinsiyette yaştan bağımsız kanser vaka sayısı verilmiştir [1].

Tablo 2. Türkiye 2020 yılı kadın ve erkek cinsiyette yaştan bağımsız kanser vakası sayısı [1].

	Erkek		Kadın
Akciğer	34 207 (%25.8)	Meme	24 175 (%23.9)
Prostat	19 444 (14.6)	Tiroid	11 034 (%10.9)
Kolorektum	11 989 (%9)	Kolorektum	9 202 (%9.1)
Mesane	10 476 (%7.9)	Akciğer	7 057 (%7)
Mide	8 187 (%6.2)	Korpus Uteri	5 918 (%5.9)
Diğer kanserler	48 513 (%36.5)	Diğer kanserler	43 632 (%43.2)
TOPLAM	132 816	TOPLAM	101 018

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye’ki kanser profilinde en yaygın görülen kanser akciğer kanseri olup insidansı %16,5’dır. Bunu sırasıyla meme ve kolorektal kanseri takip etmektedir. Mortalitesi açık ara en yüksek olan akciğer kanseri olup bunu kolorektum ve mide kanseri takip etmektedir. Türkiye’de 2018 yılında toplam yeni kanser vakası 210,537 olup kansere bağlı toplam ölüm 116,710’dur. Şekil 4’de WHO 2018 yılında ülkemizdeki en yaygın kanserlerin insidans-mortalite oranları verilmiştir [1,2].



Şekil 4. WHO 2018 yılı en yaygın kanserler ve bu kanserlerin insidans-mortalite oranları [1].

2.4 KANSER ETYOLOJİSİ

Kanserlerin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide iki grup risk faktörü vardır. Bunlar değiştirilebilir faktörler ve değiştirilemeyen faktörlerdir. Değiştirilemeyen faktörler yaş, cinsiyet ve aile öyküsü olup değiştirilebilir faktörler ise çevresel etkenlerdir. Bunlar:

1. Sigara ve alkol kullanımı
2. Radyasyona maruz kalma
3. Bazı virüsler
4. Kötü beslenme alışkanlığı
5. Gıdalardaki katkı maddeleri
6. Uzun süre güneş ışığına maruz kalma
7. Aşırı dozda röntgen ışınına maruz kalma
8. Bazı kimyasal maddeler (katran, benzin, boya maddeleri, asbest v.b.)
9. Hava kirliliği

Bu risk faktörlerinden biri veya daha fazlasına maruz kalmak kesin kanser gelişeceğini göstermez, ama kansere yakalanma ihtimalini artırır. Bazı insanlar birçok risk faktörü bulundurmasına rağmen hiç kansere yakalanmazken, tanı alan bazı hastalarda ise hiçbir risk faktörüne rastlanmayabilir [8]. Değiştirilemeyen risk faktörlerine yapabilecek bir şey yokken değiştirilebilir risk faktörlerinden kaçınarak kansere yakalanma riskimizi azaltabilirsiniz. Tütün, dünya çapında insan kanserlerinin majör nedenlerindendir. IARC Monograf Programı tarafından tütün dumanında 70'in üzerinde kanserojen madde bulunduğu ve bunlardan 16'sının insanlarda kansere sebep olduğu (Grup 1) bildirilmektedir [9]. Uzun süreli ve fazla miktarda alkol kullanımı üst solunum yolu, özofagus, kolorektum ve meme kanserinin görülme ihtimalini artırdığı bilinmektedir [10]. Obezite yemek borusu, kolon, pankreas, endometrium ve böbrek kanserlerinin yanı sıra menopozdan sonra meme kanseri riskini artırmaktadır [11]. Beslenme

ve kanser üzerine yapılan bir metaanalizde, işlenmiş et ve yüksek miktarlarda kırmızı et tüketiminin kolorektal kanser riskini artırdığı gösterilmiştir. Fazla rafine şeker tüketimi insülin direnci ve obeziteye sebep olarak dolaylı yollardan kansere olanak sağlar. Yine immobil yaşam tarzı kanser gelişimini hızlandırmaktadır [12,13]. Pek çok kanser türü ileri yaşta ortaya çıkmaktadır. 50 yaşın üstündeki kişilerde kanser görülme riski daha yüksektir [14]. Bu genel risk birikimi, bir kişi yaşlandıkça hücrel onarım mekanizmalarının daha az etkili olması şeklinde olabilir [2]. Genetik de yaş gibi değiştirilemez etkenlerdendir. Özellikle bazı kolon kanserleri ve meme kanserlerinde genetik geçiş söz konusudur [15,16]. Bazı kronik enfeksiyonlarda kanser için risk faktörleridir. Bu özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde özel bir sorundur. 2018 yılında dünya genelinde teşhis edilen kanserlerin yaklaşık %13'ü, Helicobacter pylori, insan papilloma virüsü (HPV), hepatit B virüsü, hepatit C virüsü ve Epstein-Barr virüsü gibi kanserojen enfeksiyonlara bağlanmıştır [2]. Kimyasal ajanlar ve ilaçlar, iyonize radyasyon, ultraviyole ışınları da kanser yapıcı etkileri ile bilinen fiziksel ajanlardır.

2.5 ERKEN TANI VE TARAMA

Kanserin artan önemi ve maliyeti; kanserin önlenmesi, erken tanı ve tarama faaliyetlerini ön plana çıkartmaktadır. Hastalıkların erken tanısında iki ayrı yol vardır. Birincisi hastalığın erken belirtilerini yakalamak, ikincisi ise hastalığın daha belirti vermediği kişileri yakalamaktır. Henüz belirti vermemiş kişileri yakalamak için tarama programları uygulanmaktadır. Tarama programları ile yakalanan kişilerin iyileşmesi ileri evre hasta olanlara göre hem daha kolay ve hem de maliyet etkindir. Görünüşte sağlam olan kişilere bazı testler ve muayeneler uygulanarak henüz tanısı konulmamış, bilinmeyen bir bozuklukların yaklaşık olarak belirlenmesidir. Tarama testlerinden kesin tanı koyması beklenmez ama testlerin sonunda pozitif ya da şüpheli olan vakaları bulması ve bu vakaların ileri bir merkezde daha detaylı tetkiklerinin yapılarak kesin tanı konulması gerekmektedir. Böylece tarama testleri ile

toplum “kesin sağlamalar” ile “olası hastalar” şeklinde ikiye ayrılır [4]. Dünya Sağlık Örgütü ulusal tarama programlarına alınacak hastalıklar için bazı kriterler bildirmiştir:

1. Araştırılan durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Belirlenen hastalık için kabul edilmiş bir tedavi bulunmalıdır.
3. Tanı ve tedavi olanakları var olmalıdır.
4. Tanınabilir bir örtük aşama veya erken bulgu aşaması bulunmalıdır.
5. Uygun bir test veya muayene bulunmalıdır.
6. Bu test popölasyon tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
7. Örtük halden açık hastalık haline geçişi de içinde olmak üzere hastalığın doğal gelişimi yeterince biliniyor olmalıdır.
8. Kimlerin hasta kabul edilerek tedavi göreceği konusunda üzerinde anlaşmaya varılmış bir politika bulunmalıdır.
9. Olgu bulma maliyetleri (tanı ve tanı alan hastaların tedavisi dahil olmak üzere) bir bütün olarak olası sağlık maliyetlerine kıyasla ekonomik olarak dengelenmiş olmalıdır.
10. Olgu bulma bir ‘ilk ve son projesi’ değil devam eden bir süreç olmalıdır [17].

Taramalar ile mortaliteyi önemli ölçüde azaltmak istiyorsak, hedef nüfusun %70'inden fazlasının katılması önemlidir. Daha az katılım olduğuunda kurtarılan yaşam yıllarının maliyeti de artmaktadır [18]. Kanser sık görölmesi, morbidite ve mortalitesinin yüksek olmasının yanı sıra tedavi maliyetlerinin de yüksek olması ačíısından en önemli sağlık problemlerinin başında gelmektedir. Bu nedenle kanserden korunma ve erken tanı oldukça önemlidir. DSÖ tarafından Kanser Kontrol Programı kapsamında kanserden korunma ve erken tanı için "Primer Koruma" ile "Sekonder Koruma" programları kabul görmüştür [19]. Tüm kanserlerin %40'ından fazlası önlenabilir. Kanserlerden bazıları erken teşhis edilip tedavi edilirse tam kür elde edilebilir. Geç tanıda bile hastaların acıları iyi palyatif bakımla giderilebilir [20]. Primer koruma kapsamında tütün kullanımından kaçınmak, alkol tüketimi azaltmak, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz

yapmak, sağlıklı vücut ağırlığını korumak, ultraviyole maruziyetinden kaçınmak, mesleki maruziyeti gibi değiştirilebilir-önlenebilir risk faktörleri konusunda toplumu bilinçlendirerek ve bu yönde çalışmalar yapılarak sağlanabilir [21]. Bazı kronik enfeksiyonlar kanser için risk faktörleridir; özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde özel bir sorundur. 2018 yılında dünya genelinde teşhis edilen kanserlerin yaklaşık %13'ü, *Helicobacter pylori*, insan papilloma virüsü (HPV), hepatit B virüsü, hepatit C virüsü ve Epstein-Barr virüsü gibi kanserojen enfeksiyonlara bağlanmıştır [22]. Sekonder koruma ise klinik bulgu vermeyen bireylerin tarama yöntemleriyle taranarak henüz hastalık oluşmadan hastalığın en başında kontrol altına alınması, morbiditenin ve mortalitenin düşürülmesi amaçlanmaktadır. Erken tanı ile uygun şekilde tedavi edilirse birçok kanserde kür şansı yüksektir [2]. Böylece hastaların yaşam kalitesi artar, beklenen yaşam süresi uzar, personel ve ilaç yükü açısından ülkelerin mali yükü azaltılabilir. Kanserinin erken dönemde tespit edilebilmesi; hem bireyi hem de toplumu bu hastalıktan en az zarar ile çıkması sağlanacaktır. Bunun için etkili bir tarama programının geliştirilmeli ve uygulanması gerekmektedir.

2.6 TÜRKİYE ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMI

Ülkemizde DSÖ önerilerine uygun şekilde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından Ulusal Kanser Kontrol Programı (UKKP) uygulanmaktadır. KETEM'ler "Erken teşhis hayat kurtarır!" prensibiyle yola çıkarak meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütmektedir. Günümüzde KETEM faaliyetlerine etkin şekilde devam etmektedir. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri konusunda eğitim almış doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görev almaktadır. Serviks ve meme kanseri taramaları çeşitli yöntemlerle kadınların davet edilerek gerekli muayene ve testlerin yapılması ile devam etmektedir. Kolorektal kanser taraması ise 2013 yılında programa dahil edilmiştir [4].

Ülkemizde kanser mücadelesi 1947 yılında sivil bir inisiyatif olarak Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun kurulması ile başlamıştır. 1982 yılında kanser ihbari zorunlu hastalıklar arasına alınmıştır. 1996 yılında ise Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Projesi çalışmaları başlamış olup 2008 yılında ülke geneline yayılmıştır. En son verilere göre KETEM'ler 336 merkez olarak (89'u bağımsız, 205'i sağlıklı hayat merkezi içinde ve 42'si mobil) hizmet vermeye devam etmektedir. KETEM'lerde toplum tabanlı Ulusal Kanser Kontrol Programı çerçevesinde toplumda kanser konusunda farkındalık oluşturmak için eğitimler vermek ve hedef gruba ücretsiz meme, serviks ve kolorektal kanser taraması yapmak amacıyla faaliyet yürütmektedirler. Bu kapsamda meme kanseri için ayda bir KKMM, yılda bir KMM, 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mamografi, serviks kanseri için 30- 65 yaş arası kadınlarda her 5 yılda bir Pap-Smear/ HPV-DNA, kolorektal kanser için ise kadın ve erkeklerde 2 yılda bir GGK bakılması, 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir [23].

2.7 MEME KANSERİ

Meme kanseri Türkiye'de ve dünyada kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Globocan 2020 yılı son verilerine göre meme kanseri dünyada en sık görülen kanser olup akciğer kanserini geride bırakmıştır. Toplam kanser insidans yükünün % 11,7'sini oluşturmaktadır [24]. Buna göre 2,3 milyon yeni meme kanseri vakası ve teşhis edilen her 8 kanserden biri meme kanseridir. Bu hastalıktan toplam 684,996 ölüm ile dünya çapında tüm kanser ölümlerinde ise beşinci sıradadır [1]. Ortalama riske sahip bir kadın yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski %7,8 ve mortalitesi de %2,3' dür [25]. Meme kanserinde yeni vaka oranları 2000'li yıllardan buyana her yıl yaklaşık %0,5 oranında artmaktadır. İnsidansdaki bu artış, kısmen obezite, daha az çocuk sahibi olma ve ilk doğumun 30 yaş üzerinde gerçekleşmesinden kaynaklanmaktadır. Meme kanseri kaynaklı ölümlerdeki azalma ise artan yeni vaka sayıları ve değişmeyen mamografi oranları ile bağlantılı olarak son yıllarda azalmıştır

[26]. Yine taramalar ile yaşam süresinin uzamasında en belirgin farkı meme kanserinde görmekteyiz [27].

Meme kanserinin tanı anındaki evresi mortalite, sağkalım ve uygulanacak tedaviyi belirlemede en önemli faktördür. Hastalık progresiftir ve erken dönem tanıda tedavi edilme ihtimali yüksek olduğu için yaşam beklentisi de fazladır. Tümörün palpabl olmadan tanı konulması hayati öneme sahiptir. Erken tanı ve tedavi yöntemleriyle gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı alan hastalarda 5 yıllık sağkalım %90-95 oranlarındadır [28]. Türkiye’de hastaların çoğunda tanı ileri evrede konulmaktadır. Evre 0 (Duktal karsinoma in situ) %4,7, Evre I %28,5, Evre II %48,3, Evre III %14,5 ve Evre IV %4 oranındadır [2]. Gelişmiş ülkelerde Evre 0 ve I meme kanseri oranları sırası ile %20-25 ve %50-60 kadardır. Bu sonuçlar ülkemizde meme kanseri tanısının çok geç konulduğunu görmekteyiz [7]. Ülkemizde meme kanserinden korunma, tarama, erken tanı için hedef toplumun eğitilmesi ve farkındalığının artırılması gerekmektedir. Erken teşhiste en önemli faktör, kişinin bu konularda bilinçlendirilmesidir. Sağlık sisteminin eğitim, farkındalık, korunma, tarama, tanı ve tedavi için gerekli altyapı oluşturulması, mevcut alt yapının geliştirilmesi, uygulamaların ulusal düzeyde yaygınlaştırılması, bu alanda yetişmiş yeterli sayıda sağlık çalışanı olması gerektiğini vurgulayabiliriz.

2.7.1 Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de meme kanseri için kullanılan tarama yöntemleri KKMM, KMM, mamografi, MR, ultrasonografidir. Esas tarama yöntemi mamografi olup risk durumuna göre diğer yöntemlerde kullanılmaktadır.

Kendi Kendine Meme Muayenesi; Toplumda 20 yaşından sonra her kadına kendi kendine meme muayenesi yapmaları önerilmeli ve bu konuda kişiler bilgilendirilmelidir. KKMM muayenesinin sağ kalım oranını arttırmadığına ilişkin çalışmalar vardır [29,30]. Ancak KKMM

uygulaması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve sağlık hizmetinden uzak bölgelerde önem kazanmaktadır. Diğer bir faydası ise meme sağlığı konusunda farkındalığı arttıracığı için önerilmesi gereken bir uygulamadır. Kadınlar, göğüslerinin normalde nasıl görüldüğünü ve nasıl hissettiğini bilmeli, herhangi bir değişikliği farkedebilmeli ve hemen bir sağlık kuruluşuna başvurabilsin. Ayrıca meme kanseri çoğu zaman hastaların kendileri tarafından belirlenmektedir. Düzenli ve doğru uygulanan kendi kendine meme muayenesi erken dönemde meme kanserinin saptanması için ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir bir yöntemdir [31]. Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı da KKMM’yi farkındalığı artırdığı için önermektedir.

Klinik Meme Muayenesi: Eğitimli bir klinisyen tarafından yapılan meme muayenesidir. 20 yaşından sonra yılda bir yapılması önerilir. Özellikle yüksek risk grubundaki hastaların tespitinde önemlidir. Yapılan klinik çalışmalar kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesinin meme kanseri farkındalığını artırdığını göstermektedir [32,33].

Mamografi (MG): Meme taramasında kullanılan en önemli tetkiktir. Semptom göstermeyen popülasyonda tarama tomografisi olarak kullanılırken semptomatik popülasyonda tanısal amaçlı kullanılmaktadır. Taramalar KETEM birimlerinde, tanısal amaçlı taramalar ise genellikle 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır [23]. Beklenen normal sonuç durumunda hasta 2 yıl sonra tekrarlanması gerektiği konusunda bilgi verilir. Anormal sonuç durumunda ileri basamak sağlık kuruluşuna hasta sevk edilir.

Mamografinin hangi yaşlarda ne kadar sıklıkla uygulanacağı konusunda farklı görüşler vardır. Uygulama ülkeden ülkeye değişmektedir. Yaş grupları için mamografik taramayı destekleyen makalelerde yeterli kanıt yoktur. Avrupa’da birçok ülkede meme kanserinin tarama yaşı 50-70 olarak belirlenmiştir [34]. Bunun yanında Amerika’da 40 yaşından sonra önerilmektedir [35]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda batı ülkelerinden farklı olarak Türkiye’de

meme kanseri tanısı konulan hastaların yaklaşık yarısı 50 yaş altında ve premenopozal dönemde olduğu için Sağlık Bakanlığı 2012'den beri mamografik taramaya 40 yaşında başlanmasını ve 2 yılda bir yapılmasını önermektedir. Mamografik tarama, kadının beklenen yaşam süresi 5 yılın altında ise sonlandırılmalıdır. Genelde bu yaş 70-74 yaş olarak belirlenmektedir [36].

Ultrasonografi (US); Rutin tarama programında yeri yoktur. Özellikle yoğun meme dokusunda ve erken yaş taramalarında radyasyon olmadığından kullanılmaktadır [37].

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ; Sağlıklı, riski olmayan kadınlarda, tarama için rutin önerilmez. Yüksek risk grubundaki kadınlarda, meme dansitesinin fazla olduğu durumlarda, klinik şüphe olduğunda, tedavi planlarken evreleme aşamasında, tedaviye yanıtın takibi gibi durumlarda, uzak metastaz varlığında, mamografi ve ultrasonografiye ek tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır [38].

Yukarda bahsedilen rutin taramalar ortalama risk altındaki kadınlar içindir. Yüksek risk altındaki kadınlara yönelik öneriler aşağıda belirtilmiştir.

Yüksek Riskli Kadınlarda Tarama; Risk faktörlerinden bir veya birkaç tanesini taşıyan kadınların meme kanserine yakalanma olasılığı, normal popülasyona göre 3-4 kat daha fazladır. Ailede meme kanseri öyküsü, ilk menarş ve ilk doğum yaşı, menopoz yaşı, vücut kütle indeksi, meme biyopsi varlığı, Atipik Lobüler Hiperplazi (ALH), Atipik Duktal Hiperplazi (ADH) ve lobüler karsinoma in situ (LCIS) varlığı, BRCA1/2 pozitifliği gibi risk faktörlerini içermektedir. Meme kanseri için yüksek risk taşıyan kadınlar daha erken yaşlarda mamografi, MRG ve US ile taranmalıdır [39].

Yüksek riskli gruplarda tarama;

1. Ailede meme kanseri tanısı olanlar, tanı aldığı yaştan 10 yıl öncesinden başlanmalıdır.
2. Geçmişte meme kanseri tanısı alanlar hangi yaşta olursa olsun taramaya devam edilmelidir.

3. Meme koruyucu cerrahi geçirenler radyoterapiden 1 yıl sonra ilk görüntüleme yapılmalıdır.
4. Meme biyopsisi sonucu lobuler intraepitelyal neoplazi veya atipik duktal hiperplazi gelenler yakın takipte olmalıdır.
5. BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonu olanlar mümkün olduğu kadar erken, genellikle 20 yaşında taramaya başlanır.
6. Toraks bölgesine radyoterapi alanlarda 8-10 yıl sonra veya hasta 25 yaşına gelince başlanması önerilir.

Özet olarak; Mamografi tarama için esas bir yöntemdir. US ve MRG tarama mamografisinde tespit edilen bir lezyonun araştırılmasında kullanılan ek yöntemlerdir.

2.8 SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri meme kanserinde olduğu gibi kadınlarda önemli bir sağlık sorunudur. Preinvazif lezyonların olması ve kolay ulaşılabilir bir organ olması nedeniyle erken tanıya uygun bir hastalıktır. Serviks kanseri tarama yöntemleri insidansı ve mortaliteyi azalttığı düşünülen ve etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama yöntemlerindendir [40]. IARC 2020 yılı verilerine göre dünya genelinde tahmini 604,000 kadın serviks kanseri tanısı almıştır ve yaklaşık 342,000 kadın ise bu hastalıktan ölmüştür. Yine dünya genelinde kadın cinsiyette en sık görülen dördüncü kanserdir [41]. Rahim ağzı kanseri en sık 35-44 yaş arasındaki kadınlarda teşhis edilir ve ortalama tanı yaşı 50'dir. 20 yaşın altındaki kadınlarda nadiren gelişir. Rahim ağzı kanseri vakalarının %20'sinden fazlası 65 yaş üstü kadınlarda bulunur. Ancak bu kanserler, 65 yaşından önce rahim ağzı kanseri taraması için düzenli olarak test yaptıran kadınlarda nadiren görülür [42]. Aydoğdu ve arkadaşlarının 2018'de yaptığı çalışmada ise ileri evre serviks kanserinin %65 gibi bir oranı 40-59 yaş civarında izlenmektedir [43].

Tarama programlarını düzgün bir şekilde uygulayan gelişmiş ülkelerde servikal kanser önemli bir sorun olmaktan çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 2. sıklıkta görülürken,

gelişmiş ülkelerde 6. hatta bazı ülkelerde 10. sıraya gerilemiştir. Gelişmemiş veya az gelişmiş ülkelerde servikal kanser halen çok ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir [7]. Bu ülkelerde yüksek insidans ve mortalite oranları her ikisi için de ~%90'larda görülmektedir [44].

Rahim ağzı kanserinin ana nedeni, cinsel temas yoluyla bulaşan son derece yaygın bir virüs ailesi olan yüksek riskli insan papilloma virüsü (HPV) türleri ile kalıcı enfeksiyondur [44]. Araştırmalar cinsel aktif kadınların %70'den fazlasının hayatları boyunca bu virüsle enfekte olduklarını göstermektedir [45]. Genellikle HPV enfeksiyonu kendi kendine geriler ancak gerilemeyen enfeksiyonlar tedavi edilmediğinde 10-20 yıl içinde kansere dönüştüğü tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 9-14 yaş arasında kız ve erkek çocuklarına HPV aşısı ile cinsel aktif hale gelmeden aşılmasını önermektedir. HPV'ye bağlı rahim ağzı kanseri vakalarının % 70'ini önleyebilmektedir. Son birkaç yıl içerisinde aşılama programında bir takım değişiklikler yapılmıştır. Aşı erişkinlerde 45 yaşına kadar kullanılabilir [46].

Dünya Sağlık Örgütü rahim ağzı kanserinin eliminasyonu amacıyla 2020-2030 dönemi küresel strateji planlarını açıklamış ve 90-70-90 hedef önerisinde bulunmuştur. Bu önerilere göre 2030 yılında tüm dünyada 15 yaşına gelmiş kızların %90'ın HPV aşısını yaptırmış, 35-45 yaş arasındaki kadınların %70'i taranmış ve tanı almış kadınların %90'ı tedaviye ve bakıma ulaşabilir olacaktır [44].

Özel Durumlar: HIV pozitif cinsel aktif hastalar daha erken taramaya alınmalıdır. 65 yaşa ulaşan hastalarda negatiflik durumunda tarama kesilebilir. Benign jinekolojik nedenler ile total histerektomi geçirmiş kişilerde taramaya gerek yoktur. CIN 2 - 3 nedenli histerektomi olanlarda üç kez negatif sitoloji görülmeli ve on yıl içinde pozitiflik saptanmadığında tarama programından çıkarılabilir [40].

2.8.1 Serviks Kanser Tarama Yöntemleri

Rahim ağzı kanserini erken bulmanın en iyi yolu düzenli tarama testleri yaptırmaktır. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında rahim ağzı kanseri taranmaktadır. 30 yaş ile 65 yaş arasındaki kadınlarda, 5 yılda bir uygulanması önerilen HPV testi ve Pap-smear testi kullanılmaktadır. Bu testler tek başına veya aynı anda yapılabilir. Hatırlanması gereken en önemli şey, hangi testi yaptıırırsanız yaptırın düzenli olarak tarama yaptırmaktır [47]. Kapsamlı bir önleme, tarama ve tedavi yaklaşımı ile rahim ağzı kanseri bir nesil içinde halk sağlığı sorunu olarak ortadan kaldırılabilir.

HPV Testi: Serviks kanserli hastaların %99.9'un da HPV-DNA gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması durumunda takip eden beş yıl içerisinde servikal kanseri görülme ihtimali çok düşüktür. Rahim ağzı hücrelerinde DNA parçalarını arayarak rahim ağzı kanserine neden olma olasılığı en yüksek olan HPV'yi test edebilirler. Test tek başına veya Pap testi ile aynı anda, aynı sürüntü veya ikinci bir sürüntü ile yapılabilir [23].

Pap (Papanicolaou) Testi: Pap-smear testi vajene dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesine dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu test ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanır. HPV veya Pap-smear testi her beş yılda bir tekrarlanır. Anormal sonuç saptanan hastalar ileri bir merkeze sevk edilmelidir. HPV-DNA'nın yapılamadığı merkezlerde smear ilk tercihtir [48].

2.9 KOLOREKTAL KANSER

Kolorektal kanser (KRK) dünyada en yaygın görülen kanserlerden biridir. Globocan 2020 verilerine göre dünya genelinde toplam 1,931,590 (toplamın %10'u) kolorektal kanser tanısı konurken, 935 173 hasta KRK nedeniyle kaybedilmiştir. Bu verilere göre Türkiye'de toplam 233,834 kanser vakasından 21,191'i kolorektal kanser tanısı alıp tüm kanserler içinde 3.sırada yer almaktadır (1). Her iki cinsiyette gerek insidansta gerek mortalitede 3. sırada olup

benzer seyretmektedir. Yaşam boyu kolorektal kanser geliştirme riski erkeklerde yaklaşık %4,3 ve kadınlarda ise %4,0'dür [49]. Kolorektal kanseri sinsi seyreder ve semptomatik hale geldiklerinde genellikle hastalık ileri evreye varmıştır. Tanı alan hastaların ortalama %40'ı erken evrede yakalanmaktadır [50]. Kolon kanserindeki prognoz ise tanı anındaki evreyle değişmektedir. Bu sebeple diğer kanser taramalarında olduğu gibi kolorektal kanserde de asemptomatik hastaları tarama programları ile yakalayabilmek için toplumu bilgilendirmek önemlidir. Tarama sonucu hastalığı erken evrede saptama olasılığı fazladır. Yapılan çalışmalar ile tarama ve izlemlerin hastalığın mortalitesini azalttığı gösterilmiştir [51].

Kolorektal kanseri için en önemli risk faktörü yaştır. 40-50 yaştan sonra görülme sıklığı artmaya başlamaktadır. Neredeyse %90'ı 50 yaşından büyüktür [52]. Diğer risk faktörleri ise; ailesinde kolorektal kanser tanısı veya kolorektal polip öyküsü olanlar, olanlar enflamatuvar barsak hastalığı olanlar, Ailesel Adenomatosis Poliposis Koli (FAP) gibi genetik bir sendrom veya Herediter Non-poliposis Kolorektal Kanser (HNPCC) ailesel kolon kanserleri içerisinde en yaygın görülenler olmalarına rağmen, bunlar KRK vakalarının %5'ten azını oluşturur [53]. KRK riskinde artışa katkıda bulunabilecek yaşam tarzı faktörleri ise; düzenli fiziksel aktivite eksikliği, meyve ve sebzelerden yoksun diyet, düşük lifli- yüksek yağlı veya işlenmiş etten zengin diyet, fazla kilo ve obezite., alkol tüketimi ve tütün kullanımı yer almaktadır [54].

2.9.1 Kolorektal Kanseri Tarama Yöntemleri

Ülkemizde Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre ortalama risk altında olan 50-70 yaş arasındaki kişilere iki yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve on yılda bir kolonoskopi ile tarama önerilmektedir. Son iki GGK testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir [55]. Bununla birlikte risk oranının fazla olduğu durumlarda daha erken veya diğer insanlardan daha sık test yaptırması gerekebilir. Bunlar crohn hastalığı veya ülseratif kolit gibi inflamatuvar bağırsak hastalığı, kendisinde

veya ailede kolorektal kanser öyküsü, kolorektal polip öyküsü, ailesel adenomatöz polipozis (FAP) gibi genetik bir sendrom varlığı, herediter non-polipozsiz koli (Lynch sendromu) öyküsü olan popülasyonda 40 yaşından itibaren taramaya başlanmalıdır[56]. Genetik geçiş ispatlandıysa 18 yaş itibariyle her yıl fleksibl sigmoidoskopi yapılmalıdır [57]. Tarama genellikle kolorektal kanseri erken, küçükken, yayılmamışken ve tedavisi daha kolay olduğunda bulabilir. Düzenli tarama, kolorektal kanseri bile önleyebilir. Bir polipin kansere dönüşmesi 10 ila 15 yıl kadar sürebilir. Tarama ile polipleri kansere dönüşme şansı olmadan bulabilir ve çıkarabilirler. ABD'de kolorektal kanserden ölümler birkaç on yıldır düşme eğilimindedir. Bunun en önemli nedeni daha sık tarama ile poliplerin bulunması ve kansere dönüşmeden önce çıkarılmasıdır[58].

Gaitada Gizli Kan Testleri: Gaitada gizli araştırması kolorektal kanserlerin erken teşhisinde değerli bir test olması nedeniyle tarama amaçlı birçok yöntem geliştirilmiştir [59]. Guaiak tabanlı ve immüno-histokimyasal olarak iki test türü kullanılmaktadır. Bu testler daha az invaziv ve yapılması daha kolaydır, ancak daha sık yapılması gerekmektedir. Guaiak tabanlı test sadece insan hemoglobinine spesifik olmadığından, diyetten etkilenir. Bu nedenle testten önce 6 günlük bir diyet önerilir ve 3 defa numune alınması gerektiği için uygulaması pratik değildir[60]Bundan dolayı ülkemizde daha çok immüno-histokimyasal yöntem kullanılmaktadır. GGK testinin negatif gelmesi kanser olmadığını veya ileride olmayacağı göstermez ve kişinin iki yıl sonra tekrar tarama yaptırması söylenmelidir. Anormal sonuç ya da pozitif sonuç dışkıda kan bulunduğunu gösterir ama bu direk kolon kanseridir dedirtmez. Polip, ülser, hemoroid, divertikül varlığı gibi durumlarda da pozitiflik görülebilir ancak kişinin kolonoskopi ile değerlendirilmesi için ileri bir sağlık merkezine sevk edilmelidir [55].

Kolonoskopi: GGK testleri tamamen negatif olsa da hedef popülasyondaki kişilerin 10 yılda bir tam bağırsak kolonoskopisi yaptırması önerilmektedir [61]. Kolon mukozanın direk görülmesi, biyopsi imkanı, polip ve lokal tümörlerin çıkarılmasına olanak sağlaması ile diğer

testlerden çok avantajlıdır. Kolonoskopi yeterli ve alınan biyopsilerde kansere rastlanmamışsa test normal olarak değerlendirilir [62].

2. 10 KANSER TARAMA PROGRAMLARI HAKKINDA DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE BİLGİ DÜZEYİ

Sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi, konuya verdiği önem ve toplumu yönlendirebilmesi tarama programlarının etkin bir şekilde yürütülebilmesi için çok önemlidir. Sağlık personeli bu konuda bilgi düzeyini geliştirmeye ihtiyaç duymaktadır [63]. Bu nedenle personelinin mevcut bilgi düzeyinin belirlenmeli ve konuya duyarlılığının artırılması gerekmektedir. 2015 yılında Şanlıurfa'da sağlık çalışanlarının UKTP hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada; çalışanların yaklaşık dörtte üçünün taranan kanser tiplerinin hepsini bilmediği, taramaların yapılma sıklığı ve yapılma yaşına ait bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmış olup her bir programı (meme kanseri tarama programı, serviks kanseri tarama programı, kolorektal kanser tarama programı) bilme seviyeleri ise %11.2 ile %23.2 arasında değişmektedir [64]. Yine Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada sağlık personelinin yaklaşık yarısı taranan kanser türlerini doğru bilmiş, uygulanan testleri ise sadece %18'i doğru cevaplayabilmiştir [65]. Çin'de yapılan bir araştırmada da hemşirelerin en az %60'ının, doktor ve Pap-Smear alan personelin %40'dan fazlasının HPV-DNA testi ile ilgili yedi sorudan altısını yanlış cevapladığını bildirmiştir [66]. Nijerya'da kadın sağlık çalışanlarına yapılan bir başka çalışmada mamografi taramasıyla ilgili soruları tam bilenlerin düzeyi %23.7 olarak bildirilmiştir [67].

Sağlık çalışanlarının ulusal kanser tarama programı ile ilgili genel olarak bilgi sahibi olmakla birlikte gerek ülkemizde gerek dünyada yeterli seviyede değildir. Kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda kanser taramaları ile ilgili sağlık çalışanlarını eğitmek maliyet etkin bir yöntemdir. Örneğin Hindistan'da yapılan bir çalışmada; sağlık çalışanlarının kanser taramaları ile ilgili bilgi düzeylerini saptayabilmek için üç günlük bir eğitim programı düzenlemiştir.

Eğitim 6ncesi, hemen sonrası ve 6 ay sonrasında yapılan 7alışmalarda bilgi d6zeylerinde anlamlı artış g6sterilmiştir [68]. Yapılacak eğitim ve tanıtım faaliyetleri ile olumlu tutum ve davranışların elde edilmesi ve kanser tarama programının istenilen başarıya ulaştırılması hedeflenmelidir. Tarama programlarının başarıya ulaşmasında aile hekimlerinin rol6 b6y6kt6r. 6zellikle bu konuda farkındalığa sahip olmaları, literat6rdeki son gelişmelere g6re yeterli bilgi d6zeylerinin bulunması, erken tanı ve tedavi i7in hastaları y6nlendirmeleri b6y6k 6nem taşımaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 18-65 yaş arasındaki personelin katılımı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2 Ekim 1979 yılında Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı olarak kurulmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi; 26 Mart 1979 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında imzalanan bir protokol ile Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi'nde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmete girmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi 2021 yılı itibarı ile bünyesinde; 284 Profesör, 78 Doçent, 50 Dr. Öğr. Üyesi, 73 Öğr. Gör. Dr., 952 Araştırma Görevlisi olmak üzere 1437 Öğretim Elemanı görev yapmakta, Tıp fakültesi bünyesinde 2778 öğrenci eğitim almaktadır [69]. 778 yatak kapasitesine sahip olan hastanede, 2021 yılında; yaklaşık 1,3 milyonun üzerinde hastaya tedavi hizmeti verilmiştir. Türkiye'nin her yerinden hasta sevklerinin gerçekleştiği, 3. Basamak sağlık hizmeti sağlayan bir kuruluştur. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında konumlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu çalışmanın tipi, kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın evrenini; Ankara ilinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 18-65 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. Hastane Başhekimliğinden akademik ve idari personel sayısı öğrenilmiş olup araştırmanın evreni 2774 kişi kabul edilmiştir. Akademik

personel araştırma görevlisi doktor, idari personel olarak hemşire ve diğer sağlık çalışanından oluşmaktadır. Diğer sağlık çalışanları; Tekniker, teknisyen, bilgisayar işletmeni, mühendis hizmetli, veri hazırlama ve kontrol işletmeni, sağlık memuru, memur, sosyal çalışmacı, biyolog, laborant, kimyager, hastane başmüdürü, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, şube müdürü, şef, fizyoterapist, diyetisyen, eczacı, psikolog, sekreter ve şoförden oluşmaktadır. Çalışmanın örneklem sayısı Openepi online bilgisayar programı ile hesaplanmıştır. Her bir meslek için ayrı ayrı tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. %95 güven aralığından $\alpha=0,05$, $d=3$, tasarım etkisi 1.0 ve %50 bilinmeyen sıklık ile hesaplanan örneklem sayısı 771 kişi hesaplanmış olup, %20 cevap vermeme sıklığı eklenerek 925 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada 931 kişiye ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'leri duyma durumu
- Kanser tarama amaçlı tarama yaptıрма durumu
- Kanser taramalarını önerme durumu

3.5.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Meslek
- Sigara kullanma durumu
- Alkol kullanma durumu
- Kronik hastalık durumu

- Kanser tanısı alma durumu
- Ailede ve yakın çevrede kanser öyküsü olma durumu
- Ulusal kanser tarama programı kapsamında kanser taraması yapıldığını bilme durumu
- Ulusal kanser tarama programı kapsamında olan kanserleri bilme durumu
- Ulusal kanser tarama programı kapsamında olan testleri bilme durumu
- Kanser taraması yaptıрма nedenleri
- Kanser taraması yaptırmama /düzensiz yaptıрма nedenleri
- Kanser tarama muayeneleri için hastane tercih durumları
- Kanser taraması yaptıranların yaptırdığı tarama yöntemleri

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak “Bir üniversite hastanesinde çalışan personelin ulusal kanser tarama programları konusundaki bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi” isimli anket formu kullanılmıştır. Anket toplam 57 sorudan oluşmaktadır. Ankette demografik özellikler ve kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlar sorgulanmıştır. Anket formu Ek-1’de sunulmaktadır.

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Bu çalışma, danışman eşliğinde araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bir anketin yanıtlanma süresi 8-10 dakikadır. Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulama Süresi

Araştırma 2022 Ocak ayında literatür taramasıyla başlamıştır. 2022 Şubat ayında araştırma formu oluşturulmuştur. 2022 Nisan ayında araştırma verilerinin toplanması, 2022 Mayıs ayında veri girişi gerçekleştirilmiştir. 2022 Mayıs-Haziran döneminde veri analizi, 2022 Haziran-Temmuz döneminde ise raporlama süreci tamamlanmıştır.

3.9.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Windows için sürüm 23.0 (SPSS Inc. Chicago, USA) bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en küçük- en büyük değer) ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler yerine göre Ki-kare ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bağımlı değişkenler üzerine etkili olabilecek faktörler multivariate lojistik regresyon analizi (Backward:LR) ile ayrıntılı incelenmiştir. Lojistik regresyon analizlerinde ki kare testi sonucunda $p<0,25$ olan değişkenler modele alınmıştır. Lojistik regresyon sonucu tahmini rölatif risk (OR) hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Anket uygulaması mesai saatleri içerisinde olmasından dolayı çalışanların ellerindeki işlerini, hastalarını bırakıp ankete zaman ayırmakta zorlandıkları için ankete katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olduğu belirlenmiştir.
- Çalışma tasarım itibarı ile neden-sonuç ilişkisini güçlü olarak belirleyememektedir.

4. BULGULAR

Araştırmaya 18-64 yaş arasında 931 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,28 \pm 9,00$, ortancası 31 (min:18- maks:64)'tür.

Tablo 3' de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %61,3'ü kadın %38,7'si erkektir. Katılımcılar yaş gruplarına göre %93,1'i 49 yaş ve altı, %6,9'u 50 yaş ve üstü şeklinde dağılmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %55,4'ü evli %44,6'sı bekdir. Araştırmaya katılan bireylerin meslek dağılımı %30,7'si araştırma görevlisi dr, %33,8'i hemşire, %35,5'i diğer sağlık çalışanıdır. Araştırmaya katılan bireylerin %37,7'si sigara kullanmakta %62,3'ü kullanmamakta olup %38,6'sı alkol kullanmakta %61,4'ü ise alkol kullanmamaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %22'sinin kronik hastalığı olup %78'inin kronik hastalığı yoktur. Katılımcıların %1,8'inin kanser tanısı mevcuttur. Katılımcıların ailede, akrabalar da yakın çevresinde kanser tanısı alma durumuna bakıldığında %58,6'sı evet %41,4'ü hayır demştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2022.

	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=931)		
Erkek	360	38,7
Kadın	571	61,3
Yaş Grupları (n=931)		
49 yaş ve altı	867	93,1
50 yaş ve üstü	64	6,9
Medeni Durum (n=931)		
Bekar/Dul	415	44,6
Evli	516	55,4
Meslek(n=931)		
Araştırma Görevlisi Doktor	286	30,7
Hemşire	315	33,8
Diğer Sağlık Çalışanı	330	35,5
Sigara Kullanımı (n=931)		
Evet	351	37,7
Hayır	580	62,3
Alkol Kullanımı (n=931)		
Evet	359	38,6
Hayır	572	61,4
Kronik Hastalık Varlığı (n=931)		
Evet	205	22,0
Hayır	726	78,0
Kanser Tanısı Alma Durumu (n=931)		
Evet	17	1,8
Hayır	914	98,2
Ailede, Akrabalarda, Yakın Çevrede Kanser Tanısı Alma Durumu(n=931)		
Evet	546	58,6
Hayır	385	41,4
* Sütun yüzdesidir		

Tablo 4’de araştırmaya katılan bireylerin ulusal kanser tarama programı hakkında bilgi düzeyleri, KETEM’e başvurma durumları sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ulusal kanser tarama programı kapsamında kanser taraması yapıldığını bilme durumuna göre %88’i bilmekte %12’si ise tarama yapıldığını bilmemektedir. Katılımcıların ulusal kanser tarama programı kapsamında olan kanserleri birini durumuna göre %24,42 akciğer kanseri, %64,59’u kolon kanseri, %85,47’si meme kanseri, %9,03’ü mide kanseri, %32,35’i prostat kanseri ve %64,83’ü serviks kanseri için tarama yapıldığını bilmektedir.

Katılımcıların KETEM’ler hakkında bilgi sahibi olma durumuna bakıldığında %71,3’ü bilgisi olduğunu %28,7’si bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların KETEM’lerde hangi kanser tarama testlerinin yapıldığını bilme durumuna göre %60,9’u mamografi, %53,1’i Pap Smear/HPV DNA testi, %10,8’i endoskopi, %24,9’u kolonoskopi, %40,5’i gaitada gizli kan testi(GGK), %18’i ultrasonografi ve %33,4’ü bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların KETEM’lere başvurma durumua bakıldığında %4,1’i başvurmuş, %95,9’u başvurmamıştır.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin UKKP Hakkında Bilgi Düzeyleri, KETEM’e Başvurma Durumları, Ankara, 2022.

	Sayı	(%)*
UKKP Kapsamında Kansere Taraması Yapıldığını Bilme Durumu (n=931)		
Evet	819	88,0
Hayır	112	12,0
UKKP Olan Kanseri Bilme Durumu (n=819)**		
Meme Kanseri	700	85,47
Serviks Kanseri	531	64,83
Kolon Kanseri	529	64,59
Prostat Kanseri	265	32,35
Akciğer Kanseri	200	24,42
Mide Kanseri	74	9,03
KETEM Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu (n=931)		
Bilgim var	664	71,3
Bilgim yok	267	28,7
KETEM’de Hangi Kansere Tarama Testlerinin Yapıldığını Bilme Durumu (n=931)**		
Mamografi	567	60,9
Pap-Smear/HPV-DNA Testi	495	53,1
Endoskopi	101	10,8
Gaitada Gizli Kan Testi (GGK)	377	40,5
Bilgim Yok	311	33,4
Kolonoskopi	232	24,9
Ultrasound	168	18,0
KETEM’e Başvurma Durumu (n=931)		
Evet	38	4,1
Hayır	893	95,9
* Sütun yüzdesidir **Toplam cevap sayısına göre yüzdedir		

Tablo 5'de araştırmaya katılan bireylerin kanser taramaları ile ilgili yaptırma yaptırılan yerler yaptırma ve yaptırmama düzensiz yaptırma nedenlerinin dağılımı sunulmuştur

Katılımcıların kanser tarama amacıyla tarama yaptırma durumuna bakıldığında %8,2'si düzenli yaptırdığını, %12,2'sinin evet ancak düzensiz yaptırdığını, %79,6'sının hayır hiç yaptırmadığını ifade etmiştir. Tarama yaptıranların muayene için tercih ettikleri yerlere göre %69'u kendi çalıştığı hastanede, %10,2 si özel hastane ya da muayenehanede, %8,6'sı KETEM'lerde, %5,9'u diğer devlet hastaneleri ve %6,4'ü diğer şekilde ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan bireylerin hangi tarama yöntemlerini yaptırdığına bakıldığında %63,7'si Pap Smear/HPV DNA testi, %62,1'si mamografi, %15,8'i akciğer grafisi, %12,6'sı GGK, %11,6'sı kolonoskopi/sigmoidoskopi, %8,4'ü bilgisayarlı tomografi, %7,7'si tiroid usg, %3,6'sı diğer şekilde ifade etmişlerdir.

Katılımcıların tarama yaptırma sebeplerine bakıldığında %11'i aile hekimi önerisi, %47,6'sı aile hekimi dışı branşta bir hekim önerisi, %20,9'u ailede kanser öyküsü olması, %6,3 çevre/tanidik/akraba önerisi ve çevrede/tanıdıklarda kanser öyküsü olması, %7,9'u sosyal medyadan duyduğunu ifade etmiştir. Kanser taraması yaptırmama / düzensiz yaptırma nedenlerine bakıldığında %40,4'ü yaşı gereği yaptırmadığını, %32'si sağlıklı olduğunu düşündüğü için yaptırmadığını, %24,9'u kolay ve ulaşılabilir olmaması nedeniyle, %3,8'i ailede kanser öyküsü olmaması nedeniyle, %3,2'si utandığı için, %2,8'i kanser tarama testlerinin yeterliğine inanmadığı için, %2,5'i tarama yapıldığını bilmediği için, %0,4'ü korktuğu için, %0,4'ü kanser tarama testlerine inanmadığı için, %0,3'ü zaman bulamadığı için tarama yaptırmadığını ifade etmiştir.

Tablo5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kansere Taramalarıyla İlgili Yaptırma, Yaptırılan Yerler, Yaptırma Ve Yaptırmama/Düzensiz Yaptırma Nedenlerinin Dağılımı, Ankara, 2022

	Sayı	(%)*
Kanser Tarama Amacıyla Tarama Yaptırma Durumu (n=931)		
Evet düzenli yaptırma	76	8,2
Evet ancak düzensiz yaptırma	114	12,2
Hayır	741	79,6
Kanser Tarama Muayeneleri İçin Tercih Edilen Yer (n=374)		
Kendi Çalıştığı Hastane	258	69,0
Diğer Devlet Hastaneleri	22	5,9
KETEM	32	8,6
Özel Hastane Ya da Muayenehane	38	10,2
Diğer	24	6,4
Kanser Taraması Yaptıran Katılımcıların Hangi Tarama Yöntemlerini Yaptırdığı (n=191)**		
Pap-Smear/HPV-DNA Testi	121	63,7
Mamografi	118	62,1
Akciğer Grafisi	30	15,8
Gaitada Gizli Kan(GGK)	24	12,6
Kolonoskopi/Sigmoidoskopi	22	11,6
Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)	21	11,1
Bilgisayarlı Tomografi	16	8,4
Tiroid USG	14	7,7
Diğer	6	3,6
Kanser Taraması Yaptırma Sebepleri (n=191)		
Aile Hekimi Önerisi	21	11,0
Aile Hekimi Dışı Branşta Bir Hekim Önerisi	91	47,6
Ailede Kanser Öyküsü	40	20,9
Çevre/Tanıdık/Akraba Önerisi	12	6,3
Çevrede/Tanıdıklarda Kanser Öyküsü	12	6,3
Sosyal Medya	15	7,9
Kanser Taraması Yaptırmama/Düzensiz Yaptırma Nedenleri(n=788)		
Yaşı Gereği Yaptırmayan	318	40,4
Sağlıklı Olduğu Düşüncesi Nedeniyle	252	32,0
Kolay ve Ulaşılabilir Olmaması	30	24,9
Ailede Kanser Öyküsü Olmaması	22	3,8
Utanması Nedeniyle	3	3,2
Kanser Tarama Testlerinin Yeterliliğine İnanmama	3	2,8
Tarama Yapıldığını Bilmeme	20	2,5
Korkması Nedeniyle	25	0,4
Kanser Tarama Testlerine İnanmama	2	0,4
Zaman Bulamama	113	0,3
* Sütun yüzdesidir **Toplam cevap sayısına göre yüzdedir		

Tablo 6'da araştırmaya katılan bireylerin yakınlarına kanser taraması önerme durumu ve önerilen yöntemlerin dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların %71'i yakınlarına kanser taramasını önerdiğini, %29'u önermediğini ifade etmiştir. Yakınlarına kanser taraması öneren katılımcıların hangi tarıma yöntemlerini önerdiğine bakıldığında %82,3'ü kendi kendine meme muayenesi (KKMM), %60,7'si klinik meme muayenesi, %81,7'si mamografi, %66,9'u Pap smear/HPV DNA testi, %51,7'si GGK ve %48,7'si kolonoskopi/sigmoidoskopi önerdiğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına anketin son sorusu 'herhangi bir kanser taramasını duymadıysanız ya da yaptırmadıysanız anket sonrası tarama yaptırmayı düşünür müsünüz?' diye sorduğumuzda katılımcıların %63.7'si evet, %16.1'i hayır, %20.2'si kararsız olduğunu belirtmiştir. Evet diyenlerin %31,4'ü GGK, %24,9'u mamaografi, %22,7'si Pap smear/HPV DNA, %20,9'u kolonoskopi yaptırmayı düşündüğünün ifade etmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Birinci Derece Yakınlarına Ya Da Çevresine Kansere Taraması Önerme Durumu ve Önerilen Yöntemlerin Dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı	(%)*
Birinci Derece Yakınlarına Ya Da Çevresine Kanser Taraması Önerme (n=931)			
	Evet	661	71,0
	Hayır	270	29,0
Birinci Derece Yakınlarına Ya Da Çevresine Kanser Taraması Öneren Katılımcıların Hangi Tarama Yöntemini Önerdiği (n=661)**			
	Kendi Kendine Meme Muayenesi	544	82,3
	Mamografi	540	81,7
	Pap Smear/HPV-DNA Testi	442	66,9
	Klinik Meme Muayenesi	401	60,7
	Gaitada Gizli Kan (GGK)	342	51,7
	Kolonoskopi/Sigmoidoskopi	322	48,7
* Sütun yüzdesidir **Toplam cevap sayısına göre yüzdedir			

Tablo 7'de araştırmaya katılan bireylerin kolon kanserinde tarama amacıyla kullanılan testler ile ilgili düşünceleri, testleri yaptırmaları, yaptırmama sıklığı ve yaptırmama/ yaptırmama nedenleri sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin gaitada gizli kan testinin (GGK) tarama amacıyla yapılması hakkındaki düşüncelerine bakıldığında %6,8'i yapılmalı, %24,1'i fikrim yok, %9,1'i yapılmamalı şeklinde cevaplamıştır. Katılımcıların tarama amacıyla GGK testi yaptırmama durumuna bakıldığında %11,2'si yaptırmış, %88,8'i yaptırmamıştır. Yaptıranların yaptırmama sıklığına bakıldığında %51,4'ü doktor isteği olduğunda, %43'ü şimdiye kadar sadece bir kez,

%5,6'sı iki yılda bir kez tarama yaptırmıştır. GGK testi yaptıranların yaptırma sebeplerine bakıldığında %53,3'ü doktor isteği ile, %17,1'i şikayetinin olması nedeniyle, %15,2'si düzenli sağlık kontrolü nedeniyle, %5,7'si ailede kolorektal kanser hikayesi nedeniyle tarama yaptırmıştır. GGK testini yaptırmama sebeplerine bakıldığında %49,8'i şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamış, %36,8'i yaşı gereği, %6,5'i risk altında olmadığını düşündükleri için, %2,2'si zaman olmaması nedeniyle tarama yaptırmamışlardır.

Katılımcıların kolonoskopi işleminin tarama amacıyla yapılması hakkındaki düşüncelerine bakıldığında %59,7'si yapılmalı, %19,7'si fikrim yok, %20,6'sı yapılmamalı şeklinde ifade etmişlerdir. Katılımcıların tarama amacıyla kolonoskopi yaptıрма durumuna bakıldığında %8,7'si yaptırmış, %91,3'ü yaptırmamıştır. Kolonoskopi yaptıranların yaptırma sebeplerine bakıldığında %53,7'si doktor isteği ile, %30,5'i şikayeti olması nedeniyle, %7,3'ü ailede kolorektal kanser hikayesi nedeniyle, %2,4'ü düzenli sağlık kontrolü nedeniyle yaptırmıştır. Kolonoskopi yaptırmayanların yaptırmama sebeplerine bakıldığında %47'si şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama, %36'sı yaşı gereği, %7,1'i işlemden korkma, %7'si risk altında olmadığını düşünme, %1,2'si zaman olmadığı için yaptırmıştır.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kolorektal Kanserde Tarama Amacıyla Kullanılan Testler ile İlgili Düşünceleri, Testleri Yaptırma Durumları, Yaptırma Sıklığı ve Yaptırma/Yaptırmama Nedenleri, Ankara,2022.

	Sayı	(%)*
GGK Testinin Tarama Amacıyla Yapılması Hakkında Düşünceleri (n=931)		
Yapılmalı	622	66,8
Fikrim Yok	224	24,1
Yapılmamalı	85	9,1
Tarama Amacıyla GGK Testi Yaptırma(n=931)		
Evet	104	11,2
Hayır	827	88,8
GGK Testi Yaptırma Sıklığı (n=104)		
Doktor İsteği Olduğunda	55	51,4
İki Yılda Bir	6	5,6
Şimdiye Kadar Sadece Bir Kez	42	43,0
GGK Testi Yaptırma Sebebi (n=105)		
Düzenli Sağlık Kontrolü Nedeniyle	16	15,2
Doktor İsteği ile	56	53,3
Ailede Kolorektal Kanser Hikayesi Nedeniyle	6	5,7
Şikayet Olması Nedeniyle	18	17,1
Diğer	9	8,6
GGK Testi Yaptırmama Sebebi (n=855)		
Yaşı Gereği Yaptırmayan	315	36,8
Şikayet Olmadığı için İhtiyaç Duymayan	426	49,8
Risk Altında Olmama Düşüncesi	56	6,5
Zaman Olmaması	19	2,2
İşlemden Korkulması	7	0,8
Diğer	32	3,7
Kolonoskopi İşleminin Tarama Amacıyla Yapılması Hakkında Düşünceleri (n=931)		
Yapılmalı	556	59,7
Fikrim Yok	183	19,7
Yapılmamalı	192	20,6
Tarama Amacıyla Kolonoskopi Yaptırma(n=931)		
Evet	81	8,7
Hayır	850	91,3
Kolonoskopi Yaptırma Sıklığı (n=83)		
Doktor İsteği Olduğunda	41	49,4
On Yılda Bir	4	4,8
Şimdiye Kadar Sadece Bir Kez	38	45,8
Kolonoskopi Yaptırma Sebebi (n=82)		
Düzenli Sağlık Kontrolü Nedeniyle	2	2,4
Doktor İsteği ile	44	53,7
Ailede Kolorektal Kanser Hikayesi Nedeniyle	6	7,3
Şikâyet Olması Nedeniyle	25	30,5
Diğer	5	6,1
Kolonoskopi Yaptırmama Sebebi (n=861)		
Yaşı Gereği Yaptırmayan	311	36,1
Şikayet Olmadığı için İhtiyaç Duymayan	405	47,0
İşlemden Korkulması	61	7,1
Risk Altında Olmama Düşüncesi	60	7,0
Zaman Olmaması	10	1,2
Diğer	14	1,6
* Sütun yüzdesidir		

Tablo 8’de araştırmaya katılan katılımcıların yaş durumuna göre kolorektal kanser tarama amacıyla GGK ve kolonoskopi testi yaptırma durumları verilmiştir.

Katılımcıların 50 yaş ve üzeri GGK testi yaptırma sıklığı %20,3 iken 50 yaş altı yaptıran 10,5'tir. 50 yaş ve üzeri kolonoskopi testi yaptırma sıklığı %20,4 iken 50 yaş altı kolonoskopi testi yaptırma sıklığı %7,6'dır. 50 yaş altında ailede kanser öyküsü olanları GGK testi yaptırma sıklığı %11,4 olup kolonoskopi testi yaptıran ise %8'dir.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Kolorektal Kanser Tarama Amacıyla GGK, Kolonoskopi Testi Yaptırma Durumları, Ankara,2022

	Sayı	(%)*
50 Yaş Ve Üzeri GGK Testi Yaptırma Durumu (n=64)		
Evet	13	20,3
Hayır	51	79,7
50 Yaş Altında GGK Yaptırma Durumu (n=867)		
Evet	91	10,5
Hayır	776	89,5
50 Yaş Ve Üzeri Kolonoskopi Testi Yaptırma Durumu (n=64)		
Evet	15	23,4
Hayır	49	76,6
50 Yaş Altında Kolonoskopi Testi Yaptırma Durumu (n=867)		
Evet	66	7,6
Hayır	801	92,4
50 Yaş Altında Ailede Kanser Öyküsü Olanların GGK Testi Yaptırma Durumu (n=499)		
Evet	57	11,4
Hayır	442	88,6
50 Yaş Altında Ailede Kanser Öyküsü Olanların Kolonoskopi Testi Yaptırma Durumu (n=499)		
Evet	40	8
Hayır	459	92
* Sütun yüzdesidir		

Tablo 9'de araştırmaya katılan kadınların meme kanseri tarama amacıyla kendi kendine Meme muayenesi ve klinik Meme muayenesi ile ilgili düşünceleri yapma yaptırmama durumları yapma yaptırmama ve yapma yaptırmama nedenleri sunulmuştur.

Katılımcıların Kendi Kendine Meme muayenesi (KKMM) Yapılması hakkındaki düşüncelerine bakıldığında yapılmalı diyen %96,7, fikrim yok diyen %2,1, yapılmamalı diye cevaplayan %1,2'dir. k k m m yapma durumuna göre %84,9'u evet, %15,1'i hayır demiştir. k k m m yapma sıklığı göre ise aklına geldikçe yapan %62,6, ayda bir kez yapan %22,6, haftada bir kez yapan %6,8, yılda bir kez yapan %8'dir. Katılımcıların kkmm yapma sebeplerine bakıldığında %76,2'si sağlık kontrolü nedeniyle, %6,8'i ailede meme kanser hikayesi nedeniyle, %4,7'si şikayeti olması, %2,9'u doktor isteği ile yapmaktadır. KKMM yapmama sebeplerine bakıldığında ise şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymayan %48,3, risk altında olmadığını düşünen %14,6, nasıl yapılacağını bilmeyen %7,9'dur.

Katılımcıların klinik meme muayenesi (KKM) hakkındaki düşüncelerine bakıldığında %72,7'si yapılmalı %15,9'u yapılmamalı, %11,4'ü fikrim yok demiştir. k m m yaptırma durumlarına göre %65,3'ü hayır, %34,7'si evet şeklinde cevaplamıştır. KMM yaptırma sıklığına göre doktor isteği ile %47,5, şimdiye kadar sadece bir kez yaptıran %39,9, iki yılda bir kez yaptıran %12,6'dır. KMM yaptırma sebeplerine bakıldığında %28,8'i şikayeti olması nedeniyle, %28,3 doktor isteğiyle, %28,3'ü düzenli sağlık kontrolü nedeniyle, %10,6'sı ailede meme kanser hikayesi olması nedeniyle yaptırmıştır. KMM yaptırmama sebeplerine göre %72,4'ü şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamış, %19,3'ü risk altında olmama düşüncesi ile yaptırmamış, %1,6'sı işlemden korkma, %1,1'i konuyla ilgili bilgi sahibi olmama nedeniyle yaptırmamıştır.

Katılımcıların tarama yaş grubuna göre tarama yaptırma durumları; 20 yaş üzeri KKMM yapma %84,9; 20-39 yaş arası KMM yaptırma sıklığı %24,9 iken 40 yaş ve üzeri %58,8'dir.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Kadınların Meme Kanseri Tarama Amacıyla KKMM ve KMM ile İlgili Düşünceleri, Yapma/Yaptırma Durumları, Yapma/Yaptırma Sıklığı ve Yapma/Yaptırmama Nedenleri, Ankara,2022.

	Sayı	(%)*
KKMM Yapılması Hakkında Düşünceleri (n=571)		
Yapılmalı	552	96,7
Fikrim Yok	12	2,1
Yapılmamalı	7	1,2
KKMM Yapma (n=571)		
Evet	485	84,9
Hayır	86	15,1
KKMM Yapma Sıklığı (n=487)		
Akla Gelindikçe	305	62,6
Haftada Bir Kez	33	6,8
Ayda Bir Kez	110	22,6
Yılda Bir Kez	39	8,0
KKMM Yapma Sebebi (n=487)		
Düzenli Sağlık Kontrolü Nedeniyle	371	76,2
Doktor İsteği ile	14	2,9
Ailede Meme Kanseri Hikayesi Nedeniyle	33	6,8
Şikayet Olması Nedeniyle	23	4,7
Diğer	46	9,4
KKMM Yapmama Sebebi (n=89)		
Nasıl Yapılacağını Bilinmemesi	7	7,9
Şikayet Olmadığı için İhtiyaç Duymayan	43	48,3
Risk Altında Olmama Düşüncesi	13	14,6
Diğer	26	29,2
KMM Yaptırılması Hakkında Düşünceleri (n=571)		
Yapılmalı	415	72,7
Fikrim Yok	65	11,4
Yapılmamalı	91	15,9
KMM Yaptırma(n=571)		
Evet	198	34,7
Hayır	373	65,3
KMM Yaptırma Sıklığı (n=198)		
Doktor İsteği Olduğunda	94	47,5
İki Yılda Bir Kez	25	12,6
Şimdiye Kadar Sadece Bir Kez	79	39,9
KMM Yaptırma Sebebi (n=198)		
Düzenli Sağlık Kontrolü Nedeniyle	56	28,3
Doktor İsteği ile	56	28,3
Ailede Meme Kanseri Hikayesi Nedeniyle	21	10,6
Şikâyet Olması Nedeniyle	57	28,8
Diğer	8	4,0
KMM Yaptırmama Sebebi (n=373)		
Şikayet Olmadığı için İhtiyaç Duymayan	270	72,4
İşlemden Korkulması	6	1,6
Risk Altında Olmama Düşüncesi	72	19,3
Konuyla İlgili Bilgi Sahibi Olunmaması	4	1,1
Diğer	21	5,6
* Sütun yüzdesidir		

Tablo 10’da araştırmaya katılan kadınların meme kanserinde tarama amacıyla yapılan mamografi testi ile ilgili düşünceleri, yaptırma durumları, yaptırma sıklığı ve yaptırma/yaptırmama nedenleri sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin mamografinin tarama amacıyla yapılması hakkındaki düşüncelerine bakıldığında %89,1’i yapılmalı, %5,8’i yapılmamalı, %5,1’i fikrim yok şeklinde cevaplamıştır. Katılımcıların tarama amacı ile mamografi yaptırma durumlarına göre %74,8’i yaptırmamış, %25,2’si yaptırmıştır. Tarama amacıyla mamografi yaptırma sıklığına bakıldığında %37,8’i doktor isteğiyle, %31,5’i şimdiye kadar sadece bir kez, %30,8’i iki yılda bir kez yaptırmıştır. Mamografi yaptıranların yaptırma sebeplerine bakıldığında %46,2’si düzenli sağlık kontrolleri nedeniyle, %28’i doktor isteğiyle, %16,1’i şikayeti olması nedeniyle, %7’si ailede meme kanser hikayesi nedeniyle yaptırmıştır. Tarama yaptırmayanların yaptırmama sebeplerine bakıldığında %50,5’i yaşı gereği yaptırmamış, %38,1’i şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymadığı için, %5,8’i risk altında olmadığını düşündüğü için, %1,4’ü işlemden korktuğu için, %0,5’i konu ile ilgili bilgi sahibi olmadığı için yaptırmamıştır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kadınların Meme Kanseri Tarama Amacıyla Yapılan Mamografi Testi ile İlgili Düşünceleri, Yaptırma Durumları, Yaptırma Sıklığı ve Yaptırma/Yaptırmama Nedenleri Ankara,2022.

	Sayı	(%)*
Mamografinin Tarama Amacıyla Yapılması Hakkında Düşünceleri (n=571)		
Yapılmalı	509	89,1
Fikrim Yok	29	5,1
Yapılmamalı	33	5,8
Tarama Amacıyla Mamografi Yaptırma (n=571)		
Evet	144	25,2
Hayır	427	74,8
Tarama Amacıyla Mamografi Yaptırma Sıklığı (n=143)		
Doktor İsteği	54	37,8
İki Yılda Bir Kez	44	30,8
Şimdiye Kadar Sadece Bir Kez	45	31,5
Mamografi Yaptırma Sebebi (n=143)		
Düzenli Sağlık Kontrolü Nedeniyle	66	46,2
Doktor İsteği ile	40	28,0
Ailede Meme Kanseri Hikayesi Nedeniyle	10	7,0
Şikayet Olması Nedeniyle	23	16,1
Diğer	4	2,8
Mamografi Yaptırmama Sebebi (n=428)		
Yaşı Gereği Yaptırılmaması	216	50,5
Şikayet Olmadığı için İhtiyaç Duymayan	163	38,1
Risk Altında Olmama Düşüncesi	25	5,8
İşlemden Korkulması	6	1,4
Konuyla İlgili Bilgi Sahibi Olunmaması	2	0,5
Diğer	16	3,7
* Sütun yüzdesidir		

Tablo 11’de araştırmaya katılan kadın katılımcıların yaş durumuna göre meme kanseri tarama amacıyla mamografi testi yaptırma durumları verilmiştir

Kadın katılımcılardan 40 yaş ve üzeri mamografi yaptırma durumuna bakacak olursak katılımcıların %67,3’ü test yaptırmış, %32,7’si yaptırmamıştır. 40 yaş altı katılımcıların mamografi testi yaptırma durumu %8,1’dir. Ailede kanser öyküsü olan 40 yaş altı kadın katılımcıların mamografi testi yaptırma durumuna baktığımızda %75,8’i yaptırmıştır.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Kadın Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Meme Kanseri Tarama Amacıyla Mamografi Testi Yaptırma Durumları, Ankara,2022

	Sayı	(%)*
40 Yaş Ve Üzeri Mamografi Yaptırma Durumu (n=165)		
Evet	111	67,3
Hayır	54	32,7
40 Yaş Altında Mamografi Yaptırma Durumu (n=406)		
Evet	33	8,1
Hayır	373	91,9
40 Yaş Altında Ailede Kanser Öyküsü Olanların Mamografi Yaptırma Durumu (n=33)		
Evet	25	75,8
Hayır	8	24,2
* Sütun yüzdesidir		

Tablo 12'da araştırmaya katılan kadınların serviks kanserinde tarama amacıyla yapılan Pap Smear/HPV-DNA Testi ile ilgili düşünceleri yaptırma durumları yaptırma sıklığı ve yaptırma/yaptırmama nedenleri sunulmuştur.

Bireylerin Pap Smear/HPV-DNA testinin tarama amacıyla yapılması hakkındaki düşüncelerine bakıldığında %87,9'u yapılmalı, %3'ü yapılmamalı, %9,1'i fikrim yok şeklinde ifade etmişlerdir. Tarama amacıyla Pap Smear/HPV-DNA Testi yaptırma durumlarına bakıldığında %38,7'si yaptırmış, %61,3'ü yaptırmıştır. Pap Smear/HPV-DNA testi yaptırma sıklığına göre %46,4'ü doktor isteği olduğunda, %38,3'ü şimdiye kadar sadece bir kez, %15,3'ü iki yılda bir kez yaptırmıştır. Katılımcıların Pap Smear/HPV-DNA testi yaptırma sebebine bakıldığında %47,1'i düzenli sağlık kontrolü nedeniyle yaptırmış, %44,8'i doktor isteğiyle, %3,6'sı şikayeti olması nedeniyle, %0,9'u ailede serviks kanseri hikayesi nedeniyle test yaptırmıştır. Katılımcıların Pap Smear/HPV-DNA testini yaptırmama sebeplerine göre %27,3'ü şikayetçi olmadığı için ihtiyaç duymadığı için, %22,8'i risk altında olmadığını düşündüğü için, %9,7'si işlemden korktuğu için tarama yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Kadınların Serviks Kanseri Tarama Amacıyla Yapılan Pap Smear/HPV DNA Testi ile İlgili Düşünceleri, Yaptırma Durumları, Yaptırma Sıklığı ve Yaptırma/Yaptırmama Nedenleri Ankara,2022.

	Sayı	(%)*
Pap Smear/HPV-DNA Testinin Tarama Amacıyla Yapılması		
Hakkında Düşünceleri (n=571)		
Yapılmalı	502	87,9
Fikrim Yok	52	9,1
Yapılmamalı	17	3,0
Tarama Amacıyla Pap Smear/HPV DNA Yaptırma(n=571)		
Evet	221	38,7
Hayır	350	61,3
Pap Smear/HPV-DNA Testi Yaptırma Sıklığı (n=222)		
Doktor İsteği Olduğunda	103	46,4
Beş Yılda Bir Kez	34	15,3
Şimdiye Kadar Sadece Bir Kez	85	38,3
Pap Smear/HPV-DNA Testi Yaptırma Sebebi (n=223)		
Düzenli Sağlık Kontrolü Nedeniyle	105	47,1
Doktor İsteği ile	100	44,8
Ailede Serviks Kanseri Hikayesi Nedeniyle	2	0,9
Şikâyet Olması Nedeniyle	8	3,6
Diğer	8	3,6
Pap Smear/HPV-DNA Testi Yaptırmama Sebebi (n=351)		
Şikayet Olmadığı için İhtiyaç Duymayan	201	57,3
İşlemden Korkulması	34	9,7
Risk Altında Olmama Düşüncesi	80	22,8
Diğer	36	10,3
* Sütun yüzdesidir		

Tablo 13’de araştırmaya katılan kadın katılımcıları yaş durumuna göre servis kanseri tarama amacıyla Pap -Smear/HPV DNA testi yaptırma durumu verilmiştir.

Kadın katılımcıların 30 yaş ve üzerinde Pap -Smear/HPV DNA Testi yaptırma sıklığı %57,4 olup 30 yaş altı test yaptıran %12,9'dur.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Kadın Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Serviks Kanseri Tarama Amacıyla Pap -Smear/HPV DNA Testi Yaptırma Durumları, Ankara,2022

		Sayı	(%)*
30 Yaş Ve Üzeri Pap -Smear/HPV DNA Testi Yaptırma Durumu (n=331)			
	Evet	190	57,4
	Hayır	141	42,6
30 Yaş Altında Pap -Smear/HPV DNA Testi Yaptırma Durumu (n=240)			
	Evet	31	12,9
	Hayır	209	87,1
* Sütun yüzdesidir			

Tablo 14’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımıyla özelliklerine göre KETEM’leri bilme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, kronik hastalığı olma durumu ve aile-akraba ya da yakın çevrede kanser tanısı olma durumuna göre KETEM’leri bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Alkol kullanma durumuna göre KETEM’leri bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tek yönlü analizlerde çok fazla anlam gösteren değişken çıkması sebebiyle içlerinden en önemli faktörleri belirleyebilmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi için modele cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, ailede-akraba da ya da yakın çevrede kanser tanısı alma durumu dahil edilmiştir.

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KETEM’leri Bilme Durumlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.

		KETEM’leri Bilme Durumu			
		Bilgim Var		Bilgim Yok	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=931)					
	Erkek	224	62,2	136	37,8
	Kadın	440	77,1	131	22,9
$\chi^2=23,758$ $p<0,001$					
Yaş Grupları (n=931)					
	49 yaş ve altı	630	72,7	237	27,3
	50 yaş ve üstü	34	53,1	30	46,9
$\chi^2=11,125$ $p=0,001$					
Medeni Durum (n=931)					
	Bekâr/Dul	316	76,1	99	23,9
	Evli	348	67,4	168	32,6
$\chi^2=8,517$ $p=0,004$					
Meslek (n=931)					
	Araştırma Görevlisi Doktor	249	87,1	37	12,9
	Hemşire	250	79,4	65	20,6
	Diğer Sağlık Çalışanı	165	50,0	165	50,0
$\chi^2=117,956$ $p<0,001$					
Sigara İçme Durumu (n=931)					
	Evet	233	66,4	118	33,6
	Hayır	431	74,3	149	25,7
$\chi^2=6,720$ $p=0,010$					
Alkol Kullanma Durumu (n=931)					
	Evet	260	72,4	99	27,6
	Hayır	404	70,6	168	29,4
$\chi^2=0,347$ $p=0,556$					
Kronik Hastalığı Olma Durumu (n=931)					
	Evet	118	57,6	87	42,4
	Hayır	546	75,2	180	24,8
$\chi^2=24,335$ $p<0,001$					
Kanser Tanısı Alma Durumu (n=931)					
	Evet	13	76,5	4	23,5
	Hayır	651	71,2	263	28,8
$p=0,790$					
Ailede, Akrabalarda ya da Yakın Çevrede Kanser Tanısı Alma Durumu (n=931)					
	Evet	404	74,0	142	26,0
	Hayır	260	67,5	125	32,5
$\chi^2=4,607$ $p=0,032$					
*: satır yüzdesi					

Tablo 15’de araştırmaya katılan bireylerin KETEM’leri bilme durumunu etkileyen faktörlerin Lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

Modele göre cinsiyet, meslek, kronik hastalığı olma durumu, aile-akraba ya da yakın çevrede kanser tanısı alma durumu göre KETEM’leri bilme durumları için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş grupları, medeni durum, sigara içme durumu ile modele göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM’leri Bilme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Analizi, (Multivariate Logistik Regresyon)

		Odds Ratio (Güven Aralığı)	P (Value)
Cinsiyet			
	Erkek	1(referans)	
	Kadın	1.764 (1.252-2.487)	0.001
Meslek			
	Araştırma Görevlisi Doktor	6,548 (4,287-10,000)	<0.001
	Hemşire	2,898 (1,974-4,255)	<0.001
	Diğer Sağlık Çalışanı	1(referans)	
Kanser Dışı Kronik Hastalığı Olma Durumu			
	Evet	1(referans)	
	Hayır	1,716 (1,200-2,453)	0.001
Ailede, Akrabalarda ya da Yakın Çevrede Kanser Tanısı Alma Durumu			
	Evet	1,676 (1,220-2,302)	0.001
	Hayır	1(referans)	
O.R.: Odds Ratio			

Tablo 16’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanser tarama amaçlı en az bir kere tarama yaptıırma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, kronik hastalık varlığı, kanser tanısı alma durumu ve ailesinde-yakın çevresinde kanser tanısı varlığına göre kanser tarama amaçlı en az bir kere tarama yaptıırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Alkol kullanma durumu ile kanser tarama amaçlı en az bir kere tarama yaptıırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kansere Tarama Amaçlı En Az Bir Kere Tarama Yaptırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2022.

		Kanser Tarama Amaçlı Tarama Yaptırma Durumu			
		Evet/Düzensiz		Hayır	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=931)					
	Kadın	174	30,5	397	69,5
	Erkek	16	4,4	344	95,6
$\chi^2 = 92,09$ p<0,001					
Yaş (n=931)					
	49 Yaş ve Altı	166	19,1	701	80,9
	50 Yaş ve Üstü	24	37,5	40	62,5
$\chi^2 = 11,256$ p=0,001					
Medeni Durum (n=931)					
	Evli	149	28,9	367	71,1
	Bekar/Dul	41	9,9	374	90,1
$\chi^2 = 51,100$ p<0,001					
Meslek (n=931) regresyonu					
	Araştırma Görevlisi Doktor	24	8,4	262	91,6
	Hemşire	92	29,2	223	70,8
	Diğer Sağlık Çalışanı	74	22,4	256	77,6
$\chi^2 = 41,262$ p<0,001					
Sigara İçme Durumu (n=931)					
	Evet	50	14,2	301	85,8
	Hayır	140	24,1	440	75,9
$\chi^2 = 13,175$ p<0,001					
Alkol Kullanma Durumu (n=931)					
	Evet	73	20,3	286	79,7
	Hayır	117	20,5	455	79,5
$\chi^2 = 0,002$ p=0,965					
Kronik Hastalık Varlığı Durumu (n=931)					
	Var	65	31,7	140	68,3
	Yok	125	17,2	601	82,8
$\chi^2 = 20,663$ p<0,001					
Kanser Tanısı Alma Durumu (n=931)					
	Evet	15	88,2	2	11,8
	Hayır	175	19,1	739	80,9
p<0,001**					
Ailenizde, Yakın Çevresinde Kanser Tanısı Varlığı Durumu (n=931)					
	Var	139	25,5	407	74,5
	Yok	51	13,2	334	86,8
$\chi^2 = 20,727$ p<0,001					
*: Satır Yüzdesi ** Fisher's Exact Test düzeltilmeli ki kare testi uygulanmıştır					

Tablo 17'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tamamlayıcı özelliklerine göre kanser tarama amaçlı düzenli tarıma yaptıрма durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, kronik hastalık varlığı durumu ve ailesinde-yakın çevresinde kanser tanısı varlığına göre kanser tarama amaçlı düzenli tarama yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0,05$). Katılımcıların yaş, alkol kullanma durumu ve kanser tanısı alma durumuna göre kanser tarama amaçlı düzenli tarama yaptıрма durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0,05$).



Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kansere Tarama Amaçlı Düzenli Tarama Yaptırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2022.

		Kanser Tarama Amaçlı Tarama Yaptırma Durumu			
		Evet/Düzenli		Hayır/Düzensiz	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=931)					
	Kadın	101	17,7	470	82,3
	Erkek	13	3,6	347	96,4
$\chi^2 = 40,718$ p<0,001					
Yaş (n=931)					
	49 Yaş ve Altı	103	11,9	764	88,1
	50 Yaş ve Üstü	11	17,2	53	82,8
$\chi^2 = 1,562$ p=0,21					
Medeni Durum (n=931)					
	Evli	91	17,6	425	82,4
	Bekar/Dul	23	5,5	392	94,5
$\chi^2 = 31,306$ p<0,001					
Meslek (n=931)					
	Araştırma Görevlisi Doktor	16	5,6	270	94,4
	Hemşire	60	19,0	255	81,03
	Diğer Sağlık Çalışanı	38	11,5	292	88,5
$\chi^2 = 25,501$ p<0,001					
Sigara İçme Durumu (n=931)					
	Evet	32	9,1	319	90,9
	Hayır	82	14,1	498	85,9
$\chi^2 = 5,130$ p=0,02					
Alkol Kullanma Durumu (n=931)					
	Evet	47	13,1	312	86,9
	Hayır	67	11,7	505	88,3
$\chi^2 = 0,390$ p=0,532					
Kronik Hastalık Varlığı Durumu (n=931)					
	Var	37	18,0	168	82,0
	Yok	77	10,6	649	89,4
$\chi^2 = 8,241$ p=0,004					
Kanser Tanısı Alma Durumu (n=931)					
	Evet	2	11,8	15	88,2
	Hayır	112	12,3	802	87,7
$\chi^2 = 0,004$ p=0,95					
Ailenizde, Yakın Çevresinde Kanser Tanısı Varlığı Durumu (n=931)					
	Var	79	14,5	467	85,5
	Yok	35	9,1	350	90,9
$\chi^2 = 6,077$ p=0,014					
*: Satır Yüzdesi ** Fisher's Exact Test düzeltilmeli ki kare testi uygulanmıştır					

Tek yönlü analizlerde çok fazla anlam gösteren değişken çıkması sebebiyle içlerinden en önemli faktörleri belirleyebilmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Kronik hastalık ve kanser tanısı olması birbiri ile ilişkili olduğu için iki defa regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi için kurulan birinci modele kronik hastalıkla beraber cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, ailede-yakın çevrede kanser tanısı olması durumu eklenmiştir. İkinci modele ise kanser tanısı ile beraber cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, ailede-yakın çevrede kanser tanısı olması durumu eklenmiştir.

Tablo 18’de araştırmaya katılan bireylerin kanser tarama amaçlı tarama yaptırma durumlarını etkileyen faktörlerin 1. modelde Lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

Birinci modele göre cinsiyet, medeni durum, meslek, kronik hastalığı olma durumu ve ailede- akrabalarda veya yakın çevrede kanser tanısı alma durumu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek gruplarında sadece araştırma görevlisi doktorlar diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kansere Tarama Amaçlı Tarama Yaptırma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin 1. Modelde Logistik Regresyon Analizi

		Odds Ratio (Güven Aralığı)	P (Value)
Cinsiyet			
	Erkek	10,902 (6,042-19,673)	<0.001
	Kadın	1(referans)	
Medeni Durum			
	Bekâr/Dul	3,130 (2,033-4,819)	<0.001
	Evli	1(referans)	
Meslek			
	Araştırma Görevlisi Doktor	2,053 (1,165-3,616)	0.005
	Hemşire	1,408 (0,913- 2,173)	0.091
	Diğer Sağlık Çalışanı	1(referans)	
Kanser Dışı Kronik Hastalığı Olma Durumu			
	Evet	1(referans)	
	Hayır	1,703 (1,117-2,597)	0.002
Ailede, Akrabalarda ya da Yakın Çevrede Kansere Tanısı Alma Durumu			
	Evet	1(referans)	
	Hayır	1,695 (1,145-2,508)	0.003
O.R.: Odds Ratio			

Tablo 19’da araştırmaya katılan bireylerin kanser tarama amaçlı tarama yaptırma durumlarını etkileyen faktörlerin 2. modelde Lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

İkinci modele göre cinsiyet, medeni durum, meslek, kanser tanısı alma durumu ve ailede- akrabalarda veya yakın çevrede kanser tanısı alma durumu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek gruplarında sadece araştırma görevlisi doktorlar diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kanser Tarama Amaçlı Tarama Yaptırma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin 2. Modelde Logistik Regresyon Analizi

		Odds Ratio (Güven Aralığı)	P (Value)
Cinsiyet			
	Erkek	10,282 (5,746-18,396)	<0.001
	Kadın	1(referans)	
Medeni Durum			
	Bekâr/Dul	3,241 (2,124-4,945)	<0.001
	Evli	1(referans)	
Meslek			
	Araştırma Görevlisi Doktor	(2,228 1,275-3,893)	0.005
	Hemşire	1,437 (0,940-2,198)	0.094
	Diğer Sağlık Çalışanı	1(referans)	
Kanser Tanısı Alma Durumu			
	Evet	1(referans)	
	Hayır	14,214 (3,062-65,988)	0.001
Ailede, Akrabalarda ya da Yakın Çevrede Kanser Tanısı Alma Durumu			
	Evet	1(referans)	
	Hayır	1,712 (1,160-2,526)	0.007
O.R.: Odds Ratio			

Tablo 20'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tamamlayıcı özelliklerine göre yakınlarına çevresine kanser taraması önerme durumunun değeriendirilmesi sunulmuştur.

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı durumu, kanser tanısı alma durumu ve ailesinde-yakın çevresinde kanser tanısı varlığı durumu ile yakınlarına ve çevresine kanser taraması önerme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$).



Tablo 20. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yakınlarına ve Çevresine Kanser Taraması Önerme Durumunun Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.

		Yakınlarına ve Çevresine Kanser Taraması Önerme Durumu			
		Evet		Hayır	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=931)					
	Kadın	461	80,7	110	19,3
	Erkek	200	55,6	160	44,4
$\chi^2 = 67,988$ p<0,001					
Yaş (n=931)					
	49 Yaş ve Altı	625	72,1	242	27,9
	50 Yaş ve Üstü	36	56,3	28	43,8
$\chi^2 = 6,512$ p=0,011					
Medeni Durum (n=931)					
	Evli	338	65,5	178	34,5
	Bekar/Dul	323	77,8	92	22,2
$\chi^2 = 16,976$ p<0,001					
Meslek (n=931)					
	Araştırma Görevlisi Doktor	262	91,6	24	8,4
	Hemşire	243	77,1	72	22,9
	Diğer Sağlık Çalışanı	156	47,3	174	52,7
$\chi^2 = 154,993$ p<0,001					
Sigara İçme Durumu (n=931)					
	Evet	220	62,7	131	37,3
	Hayır	441	76,0	139	24,0
$\chi^2 = 18,945$ p<0,001					
Alkol Kullanma Durumu (n=931)					
	Evet	275	76,6	84	23,4
	Hayır	386	67,5	186	32,5
$\chi^2 = 8,908$ p=0,003					
Kronik Hastalık Varlığı Durumu (n=931)					
	Var	119	58,0	86	42,0
	Yok	542	74,7	184	25,3
$\chi^2 = 21,412$ p<0,001					
Kanser Tanısı Alma Durumu(n=931)					
	Evet	16	94,1	1	5,9
	Hayır	645	70,6	269	29,4
$\chi^2 = 4,495$ p=0,032**					
Ailenizde, Yakın Çevresinde Kanser Tanısı Varlığı Durumu (n=931)					
	Var	403	73,8	143	26,2
	Yok	258	67,0	127	33,0
$\chi^2 = 5,065$ p=0,024					
*: Satır Yüzdesi ** Fisher's Exact Test düzeltilmeli ki kare testi uygulanmıştır					

Tek yönlü analizlerde çok fazla anlam gösteren değişken çıkması sebebiyle içlerinden en önemli faktörleri belirleyebilmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Kronik hastalık ve kanser tanısı olması birbiri ile ilişkili olduğu için iki defa regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi için kurulan birinci modele cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı durumu ve ailesinde-yakın çevresinde kanser tanısı varlığı durumu eklenmiştir. İkinci modele ise cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, kanser tanısı alma durumu ve ailesinde-yakın çevresinde kanser tanısı varlığı durumu eklenmiştir.

Tablo 21’de araştırmaya katılan bireylerin kanser taramasına önerme durumunu etkileyen faktörlerin 1. modelde Lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

Birinci modele göre cinsiyet, meslek, kronik hastalığı olma durumu ve ailede-akrabada ya da yakın çevrede kanser tanısı alma durumu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kanser Taramasını Önerme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Analizi, (Multivariate Logistik Regresyon)

		Odds Ratio (Güven Aralığı)	P (Value)
Cinsiyet			
	Erkek	4.275 (2.945-6.205)	<0.001
	Kadın	1(referans)	
Meslek			
	Araştırma Görevlisi Doktor	1(referans)	
	Hemşire	7,134 (4,067-12,514)	<0.001
	Diğer Sağlık Çalışanı	14,387 (8,677-23,854)	<0.001
Kanser Dışı Kronik Hastalığı Olma Durumu			
	Evet	1,550 (1,061-2,266)	0.024
	Hayır	1(referans)	
Ailede, Akrabalarda ya da Yakın Çevrede Kanser Tanısı Alma Durumu			
	Evet	1(referans)	
	Hayır	1,815 (1,296-2,542)	0.001
O.R.: Odds Ratio			

Tablo 22’da araştırmaya katılan bireylerin kanser taramasına önerme durumunu etkileyen faktörlerin 2. modelde Lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

İkinci modele göre cinsiyet, meslek ve ailede- akrabalarda veya yakın çevrede kanser tanısı alma durumu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kanser tanısı alma durumu için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$).

Tablo 22.Araştırmaya Katılan Bireylerin Kanser Taramasını Önerme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Analizi, (Multivariate Logistik Regresyon)

		Odds Ratio (Güven Aralığı)	P (Value)
Cinsiyet			
	Erkek	4,046 (2,787-5,873)	<0.001
	Kadın	1(referans)	
Meslek			
	Araştırma Görevlisi Doktor	1(referans)	
	Hemşire	7,364 (4,210-12,881)	<0.001
	Diğer Sağlık Çalışanı	15,942 (9,678-26,258)	<0.001
Kanser Tanısı Alma Durumu			
	Evet	1(referans)	
	Hayır	5,465 (0,705-42,377)	0.104
Ailede, Akrabalarda ya da Yakın Çevrede Kanser Tanısı Alma Durumu			
	Evet	1(referans)	
	Hayır	1,702 (1,218-2,379)	0.002
O.R.: Odds Ratio			

Tablo 23’de araştırmaya katılan bireylerin KETEM’leri bilme ve tarama önermelerine göre en az bir kere tarama yaptıрма durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Katılımcılardan KETEM’i ‘biliyorum’ diyenlerin %79,5’i, ‘bilmiyorum’ diye ifade edenlerin %20,5’i bu zamana kadar kanser tarama amaçlı en az bir kere tarama yaptırmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Katılımcılardan tarama ‘öneriyorum’ diyenlerin %85,8’i, ‘önermiyorum’ diye ifade edenlerin %14,2’si tarama amaçlı en az bir kere tarama yaptırmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM’leri Bilme ve Tarama Önermelerine Göre En Az Bir Kere Tarama Yaptırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2022.

		Kanser Tarama Amaçlı Tarama Yaptırma Durumu			
		Evet/Düzensiz		Hayır	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
KETEM’i Bilme Durumu (n=931)					
	Biliyorum	151	79,5	513	71,3
	Bilmiyorum	39	20,5	228	28,7
P=0,005					
Tarama Önerme Durumu (n=931)					
	Öneriyorum	163	85,8	498	67,2
	Önermiyorum	27	14,2	243	32,8
P<0,001					
*: Sütun Yüzdesi					

Tablo 24’de araştırmaya katılan bireylerin KETEM’leri bilme ve tarama önermelerine göre düzenli tarama yaptıırma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Katılımcılardan KETEM’i ‘biliyorum’ diyenlerin %79,8’i, ‘bilmiyorum’ diye ifade edenlerin %20,2’si düzenli kanser taraması yaptırmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Katılımcılardan tarama ‘öneriyorum’ diyenlerin %82,5’i, ‘önermiyorum’ diye ifade edenlerin %17,5’i düzenli kanser taraması yaptırmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 24. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM’leri Bilme ve Tarama Önermelerine Göre Düzenli Tarama Yaptırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2022.

		Kanser Tarama Amaçlı Tarama Yaptırma Durumu			
		Evet/Düzenli		Hayır/Düzensiz	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
KETEM’i Bilme Durumu (n=931)					
	Biliyorum	91	79,8	573	70,1
	Bilmiyorum	23	20,2	244	29,9
P=0,032					
Tarama Önerme Durumu (n=931)					
	Öneriyorum	94	82,5	567	69,4
	Önermiyorum	20	17,5	250	30,6
p=0,004					
*: Sütun Yüzdesi					

5. TARTIŞMA

Toplumun kanser taraması yaptırmada sağlık çalışanlarına önemli bir görev düşmektedir. Birincil ve ikincil korumada başta hekimler olmak üzere bütün sağlık çalışanı üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmelidirler. Sağlık personelinin kanserle mücadelede tarama programları hakkındaki bilgi ve farkındalığı artırılırsa bireylere daha çok tarama yaptırmaları için önerilerde bulunabilirler. Çalışmamızda bu konuya dikkat çekilmesi ve kanser taramaları hakkında bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarının bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların %22'sinin kronik hastalığı, %1,8'inin kanser tanısı vardır. Ailede, akrabalarda ya da yakın çevrede kanser tanısı alma durumu ise %58,6'dır. Tekpınar'ın çalışmasında katılımcıların %29,7'sinde kronik hastalık, %1,7'sinde kanser tanısı ve %35'inde ailede/yakın çevrede kanser öyküsü bulunmaktadır [70]. Başka bir çalışmada ise ailede kanser öyküsü olma durumu %68'dir [71].

Bu çalışmada katılımcıların %88'i ulusal kanser tarama programı kapsamında kanser taraması yapıldığını bilmektedir. Benzer çalışmalarda kanser taraması yapıldığını bilme sıklığı %52-%68 arasında değişmektedir [72,73]. Bu çalışmalar genel popülasyona yapılmıştır ve bizim çalışmamızdan daha az bilme durumunu açıklayabilir. Denizli'de hekim dışı sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada %56,5'dir [74].

Bu çalışmada katılımcıların taraması yapılan kanserleri ayrı ayrı doğru bilme durumu; %85'i meme kanseri, %64'ü serviks kanseri, %64'ü kolorektal kanserinin tarandığını doğru bilmiş olup her üç kanseri birlikte tam olarak doğru bilme sıklığı sadece %20,5'dir. Türkiye ortalamasına göre yüksek bir il olarak Ankara'da ve üçüncü basamak bir hastane çalışanlarının ayrı ayrı taranan kanserleri bilme durumu yüksek çıksa da hepsini tam olarak doğru bilme durumu beklenenin altında kalmıştır. Ankara'da 2017 yılında bizim çalışmamıza benzer bir

çalışmada katılımcıların (doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli) taranan tüm kanserleri doğru bilme durumu %18,7 iken en yüksek oranda bilinen kanser türü ise %86 ile meme kanseri olup bizim çalışmamıza yakındır [65]. Eroğlu'un çalışmasında hepsini bilme sıklığı %47,6 olup [75] bu çalışmada katılımcıların hepsinin hekim olmasından dolayı bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuş olabilir. Şanlıurfa'da (2015) 1. basamak sağlık hizmetleri çalışanları ile yapılan bir çalışmada bu oran %11.2 ile %23.2 arasında değişmekte olup taranan kanserleri birlikte doğru bilme sıklığı %6.3'dür [76]. Özer'in hekim dışı personel ile yaptığı çalışmada katılımcıların %75'i meme kanseri, %45'ü serviks kanseri, %32 kolon kanseri olup her üç kanseri birlikte tam olarak doğru bilen sıklığı sadece %7,4'dür [74]. Çanakkale'de (2019) araştırma görevlileri ile yapılan çalışmada taranan kanseri tam olarak doğru bilen sıklığı %8,2'dir [77]. Literatüre baktığımızda Türkiye'de sağlık personelinde ulusal kanser tarama programlarına yönelik belirgin bir bilgi eksikliği olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların KETEM'leri bilme/duyma oranı %71,3'dür. Özer'in çalışmasında bu oran %97,4 olup oldukça yüksektir [74]. Genel popülasyonda yapılan benzer çalışmalarda bu oranlar %17-%52 arasındadır [78,79,80]. Literatürde görüldüğü gibi KETEM'lerin bilinirliği yetersizdir. Türkiye'de kanser taramalarının yapıldığı başlıca kurum KETEM olup, bu yüzden tarama programlarının amacına ulaşabilmesi için KETEM'lerin bilinmesi çok önemlidir.

Bu çalışmada katılımcıların KETEM'lerde yapılan kanser tarama testlerini bilme durumuna göre %60 oranında mamografi, %53 Pap-smear/HPV DNA testi, %40 GKG testi olduğunu ifade etmişlerdir. Her üç testi tam olarak doğru bilen %20,3 olup hiç bilmediğini ifade edenlerin sıklığı %33'dür. Yaklaşık yarısı da eksik ya da yanlış bilmektedir. KETEM'i bilmeyenlerin sıklığı ile KETEM'de yapılan tarama testlerini bilmeyenlerin sıklığı yaklaşık aynıdır. Bu da bize katılımcı cevaplarının tutarlı olduğunu göstermektedir. Çaman'ın çalışmasında katılımcıların KETEM'de bildikleri hizmetler; serviks kanser taraması %34,9,

meme kanser taraması %34,6 ve kolorektal kanser taraması %22,9'dur [79]. Bizim çalışmamızda kanser taraması için kullanılan testleri tek tek bilme oranları yüksek olsa da tümünü bilme oranı düşük, hiç bilmeyenlerin oranı ise yüksektir. Bu da sağlık personelinin KETEM'leri ve sundukları hizmetleri yeteri kadar bilmediğini göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların KETEM'e başvurma sıklığı %4'dür. Çalışmamızda katılımcıların halihazırda bir hastanede çalışması, çoğunluğunun genç nüfusu içermesi ve yukarda da belirttiğimiz gibi KETEM'i bilmeyenlerin fazlalığından kaynaklı KETEM başvuru sıklığı düşük olabilir. Mevcut çalışmalarda da kanser taraması için KETEM'ler çok az tercih edilmektedir. 2021 yılında genel popülasyonda yapılan bir çalışmada KETEM'lere başvuru sıklığı %17 olup geri kalanı devlet ya da üniversite hastanesini [82], Lale'in çalışmasında ise %5,8 sıklıkta KETEM'ler tercih edilmiştir [83]. Çınar'ın birinci basamak sağlık hizmetlerinde 55 yaş üzeri kadınlarda yaptığı çalışmada KETEM'lerde kanser taraması yaptırma sıklığı mamografi için %17,8; Pap-Smear için %15,2 ve ASM'de %15,2; GGK için ASM'de %55 ve KETEM'de %17,5'dir. Bu çalışmadaki katılımcıların toplamda yaptırdığı taramalara bakacak olursak sırasıyla; meme kanser taraması yaptıran %57,2; serviks kanser taraması yaptıran %46,5 ve kolorektal kanser taraması yaptıran %20,9 olup KETEM'leri kullanım sıklığı da oldukça düşüktür [84]. Konya KETEM'de 2007-2010 yıllarına ait kayıtlar üzerinden yapılan bir çalışmada toplam 21,802 kişinin başvurduğu ve yıllar içinde başvurunun azaldığını belirtmiştir [85]. Bu da zamanla kanser taramalarına ilginin azaldığını göstermekte olup katılımın canlı tutulması için zaman zaman farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

Bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin (risk grubunda olmayan) büyük bir çoğunluğu hiç (%79,6) kanser taraması yaptırmamıştır. Düzenli tarama yaptıran %8,2 olup en az bir kere tarama yaptıranlar %12,2'dir. Yaş gruplarına bakacak olursak; 20 yaş ve üzeri kadınların %85'inin KKMM yapmakta; 20-39 yaş arasında %24,9 KMM yaptırmış, 40 yaş ve üzeri %58,8'i KMM yaptırmış; 30 yaş ve üzeri kadınlarda Pap-Smear/HPV-DNA testi yaptırma

sıklığı %57,4; 40 yaş ve üzeri kadınların mamografi yaptıırma sıklığı %67,3'dür. 50 yaş üstü katılımcıların GGK testi yaptıırma sıklığı %20,3 olup kolonoskopi yaptıırma sıklığı %23,4'dür. Taramalarda en çok kullanılan yöntem ise Pap-Smear/HPV-DNA testi, mamografi daha az sıklıkla GGK ve kolonoskopidir. Lale'in 40 yaş ve üzeri aile hekimlerine yaptığı çalışmasında hekimlerin %60'ı mamografi, %60'ı Pap-Smear, %41'i KKMM, %8,6'sı kolonoskopi, %2,7'si GGK testi yaptırmışlardır [83]. Ayas'ın (2021) uzman hekimler ile yaptığı çalışmada tarama yaptıranların sıklığı %41,8 olup düzenli tarama yaptıranların sıklığı %31,7 olarak belirtilmiştir [86]. Çalışmamızda kanser tarama yaptıırma orta düzeyde diyebiliriz. Özellikle meme ve serviks kanser taramaları kolorektal kanser taramalarına göre yüksektir. Bu kolonoskopinin invaziv bir işlem olmasından dolayı olabilir. Ayrıca mamografi ve Pap-Smear/HPV-DNA testi kanser taramasına daha önceden başlandığı için daha uzun süredir taraması yapılmakta olup daha çok bilinmektedir. Bir diğer neden de doğurganlık çağındaki kadınların gebelik öncesi veya sonrasındaki kontrolleri için daha çok hastaneye gitmek durumunda kalmaları ve personelin farkındalığı ile test alınması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda kanser taraması yaptıran katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%69) kendi hastanesini tercih etmiştir. KETEM'leri tercih edenler sadece %8,6'dır. Açıkgözün çalışmasında da katılımcıların büyük çoğunluğu kanser taramalarını çalıştıkları kurumlarda yaptırmış [87]. Bu çalışan bireyler için hem işi bırakıp gitmeden hem de ulaşım kolaylığı sağlaması açısından katılımcıya fayda sağlamaktadır. Apaydın serviks kanseri üzerine hemşirelerde yaptığı çalışmada (2017) katılımcıların tarama yaptırdıkları yer olarak çoğunlukla (%63,9) hastane, daha az olarak ASM'de (%2,4) yapıldığını belirtmiştir [88]. 40 yaş üzeri aile hekimleri ile yapılan çalışmada katılımcılar tarama için en çok üniversite hastanelerini (%32,6) tercih etmiş, KETEM'leri tercih edenler sadece %5,8'dir [83]. Yazar bu durumu bulundukları şehirde üniversite hastanesinin çok olmasından kaynaklı olabileceğini ifade etmiştir. Aslında

kolonoskopi hariç diğer testler KETEM’lerde yapılabilir. Gerek sağlık personelinin gerek genel popülasyonun bu durumu benimseyip uygulaması teşvik edilmelidir.

Bu çalışmada kanser taraması yaptıran katılımcıların tarama yaptırmama sebeplerine baktığımızda yaklaşık yarısı başka branşta bir hekim önerisiyle yaptırmış, %20,9’u ailede kanser öyküsü olması, %11’i aile hekimi önerisi ve %7,9 sıklıkla sosyal medyada duydukları için, %6,3 ile çevrede kanser öyküsü olması ve %6,3 ile tanıdık önerisi ile yaptırmışlardır. Çalışmamızda katılımcılar tarama için genellikle kendi çalıştıkları hastaneyi tercih ettiklerinden çoğunlukla branş hekim önerisi almış olmaları beklenen bir sonuçtur. Güven çalışmasında tarama yaptıran katılımcıların en çok doktor önerisi ile yaptırdıklarını belirtmiştir [89]. Apaydın’ın çalışmasında hemşirelerin Pap-Smear taramasını öğrendikleri yer olarak sırasıyla; (%57,5) kadın doğum doktorunun önerdiğini, (%26,5) kendisinin derslerden öğrendiğini, (%9,2) internetten kendisinin araştırdığını, (%4,4) aile hekiminin önerdiğini ifade etmiştir. Yine aynı çalışmada kadın doğum doktorundan öneri alanların daha fazla test yaptırdığı belirtilmiştir [88]. Ak ve arkadaşlarının (2009) Pap-Smear testi farkındalık çalışmasında katılımcıların testleri duydukları kaynak olarak %57’si sağlık kurumundan, %26’sı sosyal medya, %14’ü komşu olarak belirtmiştir [90]. Bu çalışmada katılımcılar aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastalar olması, bizim çalışmamızdaki çalışan bireylere oranla daha fazla sosyal medya kullanımı olması ve daha fazla komşudan duyma olması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada kanser taraması yaptırmayan katılımcıların yaptırmama sebepleri %40,4’ü yaşı gereği, %32’si sağlıklı olduğunu düşünme, %24,9’u kolay ulaşılabilir olmaması nedeniyle yaptırmamışlardır. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda tarama yaptırmama nedenleri ağırlıklı olarak şikayeti olmadığı için, ihmal, zaman bulamadığı için ve yaşı gereği şeklinde belirtilmiştir [91]. Bizim çalışmamızda katılımcıların büyük bir çoğunluğu tarama yaşının altındadır. Bunun dışında tarama yaşında olup yaptırmayanlardan sağlıklı olduğunu düşünenler ve şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymayanlar ağırlıklıdır. Ayrıca kolay ulaşılabilir

değil diyenlerin kendi çalıştıkları hastaneyi kanser taraması için tercih etmeyip ihmal etikleri de ortadadır. Görüldüğü gibi sağlık personelinin kanser taramaları konusunda bilgisi olsa da davranışa dönüşmede yetersiz olduğu görülmektedir.

Bizim çalışmamızda katılımcıların %71'i birinci derece yakınlarına ya da çevresine kanser taramasını önermektedir. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda; başka kişilere kanser taramasını önerir misiniz sorusuna katılımcıların %98'inin evet dediği [74], Güvenç'in çalışmasında Pap-smear testini önerme sıklığı %97,4 [92], Soylar'ın çalışmasında da %90'larda olumlu yanıt verilmiştir [93]. Çaman'ın KETEM'de yaptığı çalışmada katılımcıların tarama konusunda öneri alma sıklığı %86 [79], Özsöyler'in çalışmasında %33,5 olarak açıklamıştır [80]. Bizim çalışmamızda ise kanser tarama testlerinin önerilmesi genel popülasyona göre yüksek olsa da sağlık personelleri ile yapılan diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada katılımcıların kanser taraması için önerdiği testler %82 ile KKMM, %81 ile mamografi, %66 ile Pap Smear/HPV-DNA testi, %60 ile KMM, %51 ile GGK, %48 ile kolonoskopidir. Kaya'nın çalışmasında kanser taramasını önerenlerin oranı sırasıyla %72 KKMM, %69 Pap Smear, %67 mamografi, %64 GGK, %48 KMM ve %33 kolonoskopi [65], Soylar'ın (2020) çalışmasında mamografi %95; Pap-smear %94; GGK testi %90; Kolonoskopi %91 oranında önerildiği saptanmıştır [93]. Bizim çalışmamızda kanser tarama testlerinin önerilme durumları Kaya'nın çalışmasına göre yüksek Soylar'ın çalışmasına göre düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak Kaya'nın çalışması bizim çalışmamızdan 5 yıl önce yapılmış olup aradaki zamanda kanser vakalarının artması ile bilgi ve farkındalık artmış olabilir; Soylar'ın çalışması ise ağırlıklı olarak hekim ve hemşirelerden oluştuğu için olabilir diye düşündük. Ayas çalışmasında ise uzman hekimlerin %18'i kanser taramasını önermezken, %14'ü her muayenede önerdiğini belirtmiştir [86].

Bu çalışmada katılımcıların üçte ikisi KRK taramasının yapılması gerektiğini düşünmektedir. En az bir defa GGK testi yaptıranların sıklığı %11,2 olup kolonoskopi

yaptıranlar %8,7'dir. 50 yaş üstü katılımcıların GGK testi yaptıurma sıklığı %20,3; kolonoskopi yaptıurma sıklığı ise %23,4'dür. Düzenli aralıklarla iki yılda bir GGK testi yaptıran %5,6 olup on yılda bir kolonoskopi yaptıran %4,8'dir. Test yaptıranların yaptıurma sebeplerine göre çoğunluğu doktor isteğı ve şikayeti olması üzerine yaptırmıştır. Ailede kolorektal kanser öyküsü ile test yaptıranların sıklığı %5,7 ile GGK ve %7,3 ile kolokoskopidir. Tarama yaptırmayan katılımcıların yaptırmama sebeplerine göre çoğunluğu şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama ve yaşı gereğı yaptırmamıştır. Sağlık personeline yapılan bir çalışmada KRK taraması yapılması gerektiğini düşünenlerin oranı GGK testi için %50 olup testi yaptıranlar %5 iken kolonoskopi yapılması gerektiğini düşünenler %31,9 olup testi yaptıran %2,2 olup bizim çalışmadan düşüktür. Yine bu çalışmada KRK tarama testi yaptıranların çoğı düzenli sağlık kontrolü, şikayeti olması ve ailede KRK öyküsü olması nedeniyle yaptırmış olup; yaptırmayanların yaptırmama nedenleri ise çoğunluğu şikayeti olmadığından, kendini risk altında hissetmedikleri için ve işlem den korktukları içindir [94]. Çakmak'ın sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada 50 yaş ve üzeri grupta %16,7'sinin GGK testi yaptırdığı, kolonoskopi yaptıran olmadığı, test yaptırmayanların yaptırmama nedenleri ise çoğunluk şikayeti olmadığı için [95], Lale'nin çalışmada %2,7'si son bir yıl içinde GGK yaptırmış, son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptıranların oranı ise %8,6 olup tarama yaptırmama nedenleri ise en çok zaman yetersizliği şeklinde belirtmişlerdir [83]. Elli yaş ve üzeri katılımcılarla yapılan bir çalışmada (2012) son bir yıl içinde GGK testi yaptıranlar %7,7 olup son on yıl içinde kolonoskopi yaptıran oranı %5,4 olup kendisinde ya da ailesinde kanser tanısı olanların KRK taraması yaptıurma sıklığı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [96]. Bayçelebi'nin çalışmasında katılımcıların %10,8'i GGK testi %5'i kolonoskopi yaptırmıştır [97]. Genel popölasyona yapılan bu iki çalışmada tarama yaş grubunda olmasına rağmen KRK taraması yaptıurma oranları bizim çalışmaya göre düşüktür. Fakat kendilerinde ya da ailelerinde kanser tanısı alanların olması bireylerin kanser taramaları konusunda farkındalığını artırmış olabilir.

Literatüre baktığımızda genel olarak tarama testi yaptırma / yaptırmama oranları benzer ve GGK testini yaptıranlar kolonoskopiden daha fazladır. Bu kolonoskopi işleminin invazif olmasından kaynaklı olabilir. Ancak test yaptıranların çoğunluğu herhangi bir şikayet üzerine doktora gittiği görülmekte olup tanı ve tedavi amaçlı test yapılmaktadır. Bu da ülkemizde gerek sağlık personeline gerek genel popülasyonda taramalar konusunda bilgi ve farkındalığın yetersiz olduğunu göstermektedir. ABD’ de (2012) 50-75 yaş aralığında kolorektal kanser taraması yaptıranların sıklığı %65 [98], Kanada’da (2012) tüm eyaletlerinde yapılan bir çalışmada kolorektal kanser tarama sıklığı %55,2 olarak saptanmış ve GGK yaptıranlar %30,1 ve kolonoskopi/sigmoideskopi yaptıranların sıklığı %37,2’dir [99]. Çok merkezli olarak Asya-Pasifik ülkelerinde yapılan kolorektal kanser taramaları Filipinler (%69), Avustralya (%48) ve Japonya (%38)’da en yüksek oranlara sahip iken Hindistan (%1,5), Malezya (%3), Endonezya (%3), Pakistan (%7,5) ve Brunei (%13,7)’de en düşük oranlara sahip olduğu saptanmış [100]. Bizim çalışmamızla benzer çalışmalara göre KRK taraması yaptırma oranları yüksek olsa da dünya literatürüne baktığımızda düşük bulunmuştur. Bunun en önemli nedenleri olarak tarama programına bizden önce başlamış olmaları, eğitim ve gelişmişlik düzeylerinin yüksek olması ile açıklanabilir. Ülkemizde gerek sağlık camiasında gerek genel popülasyonda kanser taramaları konusunda bilgi ve farkındalığın eksik olduğuda aşıkardır.

Bu çalışmada kadın katılımcıların tamamına yakını KKMM yapılması gerektiğini düşünmekte olup KKMM yaptığını ifade eden katılımcıların sıklığı %84 ve düzenli ayda bir kez yapan %22’dir. Sağlık çalışanları ile yapılan bir başka çalışmada KKMM yapma sıklığı %78 olup düzenli yapma sıklığı %23’dır [101]. Sri-Lanka’da kadın sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %84’i KKMM yaptığını %47,9’u ise düzenli yaptığını belirtmiştir [102]. Bizim çalışmamızda KKMM yaptığını söyleyenler her ne kadar yüksek çıksada her ay düzenli KKMM yapanların oranı düşüktür. Düzeltilmiş KKMM yapılması kişinin bedenini bilmesine, gelişen bir farklılığın kolayca farkedilmesi ve ileri araştırmaya erken

gidilebilmesi için önemlidir. Ayrıca KKMM yapılması bireyin meme kanseri konusunda farkındalığını artırmakta ve çevresine de örnek olabilmesi açısından da değerlidir.

Bu çalışmada KKMM yapan katılımcıların yapma sebeplerine göre %76 oranında düzenli sağlık kontrolü için yapıldığı görülmektedir. Ailede meme kanseri nedeniyle yapanların oranı %6,8'dir. Kokkun'un sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada KKMM yapma nedenleri olarak %83 sıklıkla düzenli sağlık kontrolü nedeniyle, %4,6 sıklıkla ailede meme kanseri olması [94], Çaman ve arkadaşlarının çalışmasında da ailesinde kanser olan bireylerin risk algısı yüksek olup, koruyucu sağlık davranışlarında artış olduğunu şeklinde belirtilmiştir [79]. Bizim çalışmada düzenli KKMM yapma sıklığı her ne kadar düşük çıksa da çoğunluğun en az bir kerede olsa KKMM yapmış olmaları katılımcıların meme kanseri taramasının yapılması gerektiğini bildiklerini göstermektedir. Farkındalık çalışmaları ile bilgilerinin davranışa dönüşmesi sağlanabilir. Böylece farkındalığı yüksek personel kanser taramalarını çevresine ve hastalarına önermeleri de artacaktır.

Bu çalışmada KKMM yapmayanların yapmama sebeplerine bakıldığında ise çoğunluğu şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama ve kendisini risk altında düşünmedikleri için yapmadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları ile yapılan benzer çalışmalarda KKMM yapmama nedenleri arasında en sık şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama, kendini risk altında görmeme, ihmal ve zaman yetersizliği şeklindedir. Ayrıca az da olsa diğer nedenler kitle çıkmasından korkma, nasıl yapılması gerektiğini bilmeme, yaşının küçük olduğunu düşünme, KKMM'nin gerekliliğine inanmama gelmektedir [74, 103, 104].

Meme kanserinin erken teşhisi için önemli yöntemlerden biri de KMM'dir. Bu çalışmada katılımcıların %72'si KMM yapılması gerektiğini düşünmekte olup %34,7'si KMM yaptırmışlardır. Yaş gruplarına göre ise; 20-39 yaş arası KMM yaptırmama sıklığı %24,9 iken 40 yaş ve üzeri %58,8'dir. KMM yaptıranların yaklaşık yarısı doktor isteği ile yaptırmış olup

şimdiye kadar sadece bir kez KMM yaptıran %40'dır. Benzer sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda KMM yaptırma sıklığı sırasıyla %31,7-%32,9-%41'dir [83, 87, 105]. Sri Lanka'da Nilaweera ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise katılımcıların %33,3'ünün KMM yaptırdığı belirlenmiştir [102]. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının literatürdeki çalışmalarla benzer sıklıkta KMM yaptırdığı görünmekte olup KMM yaptırma oranları düşüktür.

Bu çalışmada KMM yaptıranların yaptırma nedenlerine bakacak olursak %28,8 şikayeti olması, %28,3 doktor isteği ile ve %28,3 düzenli sağlık kontrolü nedeniyle KMM yaptırmışlardır. Ailede meme kanseri öyküsü olması nedeniyle yaptıranlar %10,6'dır. Ailesinde meme kanseri tanısı almış birey bulunması kişilerde meme kanseri risk düzeyini önemli ölçüde arttığı çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir [106,107]. Ancak risk algısının yüksek olması her zaman davranışa dönüşmeyebilir. Ailede kanser tanısı olması kişilerin tarama yaptırmasını anlamlı düzeyde artırmadığı çalışmalarda vardır [108]. Kokkun'un çalışmasında sağlık personelinin KMM yaptırma nedenlerine göre yaklaşık yarısı düzenli sağlık kontrolü için, %26,8'i şikayeti nedeniyle, %14,6'sı doktor isteği ile yaptırmış olup ailede meme kanseri nedeniyle yaptıranlar %4,9'dur [94]. KMM yaptırmak için uzman klinisyene ihtiyaç olup KKMM gibi pratik olmadığından KMM yaptırma sıklığı daha düşüktür.

Bu çalışmada KMM yaptırmayanların yaptırmama nedenlerine bakacak olursak tamamına yakını şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama ve risk altında olmadığını düşünmektedirler. Konuyla alakalı bilgi sahibi olmama ise %1,1'dir. Katılımcıların hastane çalışanı olduğu için bilgi eksikliğinden kaynaklı yaptırmama oranı düşüktür. Ancak çoğunluğunun risk altında hissetmemesi ve sağlıklı olduğunu düşünmesi katılımcıların yaş ortalamasının düşük olması ile açıklanabilir. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda KMM yaptırmama sebepleri en çok şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama ve ihmal etme olup daha az zaman bulamama, bilgi eksikliği ve kendi muayenesinin yeterli olduğunu düşünme yer almaktadır [74,94,95,103,109]. Literatüre baktığımızda yıllara göre zamanla sağlık

personelinin meme kanser taramasında bilgisinin arttığını görmekteyiz. Ancak bilginin davranışa dönüşmesinde eksiklikler vardır. Personelin sağlıklı olduğunu düşündüğü için ihtiyaç duymaması ve zaman bulamaması en çok neden olarak görmekteyiz.

Bu çalışmada kadın katılımcıların çoğunluğu tarama amaçlı mamografi yapılması gerektiğini düşünmekte olup mamografi yaptırma sıklığı %25,2'dir. Kırk yaş üstü kadın katılımcılarda mamografi yaptırma sıklığı %67'dir. Şimdiye kadar sadece bir kez mamografi çekirme sıklığı %31,5 olup iki yılda düzenli yaptıran sıklığı %30,8'dir. Katılımcılarımızın 40 yaş üzeri mamografi yaptırma oranı literatüre göre yüksek bulunmuştur. Üçüncü basamak bir sağlık merkezinde çalışan katılımcıların meme kanseri konusunda bilgi ve farkındalıklarının yüksek olduğu ile açıklanabilir. Çaman'ın (2014) genel popülasyonda yapılan çalışmasında mamografi çekirme sıklığı tüm yaş gruplarında %4 [79], Gaziantep'te (2018) üniversite personeli (sağlık çalışanı, diğer sağlık çalışanı, üniversite çalışanı) ile yapılan çalışmada %31,4'dir [110]. Sağlık çalışanları ile yapılan 40 yaş ve üzeri çalışmalara bakacak olursak mamografi çekirme sıklığı %34,7 [104], Lale'nin çalışmasında (2016) %60 [83], Kaya'nın çalışmasında (2017) %58,5 [65], İzmir'de yapılan bir çalışmada %49 [111], Şeker'in çalışmasında %45,4 [81] ve Çakmak'ın çalışmasında %55,1 olup düzenli iki yılda bir yaptıranlar %71,1 [95] ve 2021 yılında Özer'in çalışmasında ise %53,8'dir [74]. Aradan geçen yıllara göre bakacak olursak meme kanseri taramaları açısından farkındalığımızın arttığını görmekteyiz. Bu henüz yeterli olmasa da yıllara göre artış olması umut vericidir. Tayvan'da 2017'de Wu ve arkadaşlarının çalışmasında 45 yaş üstü mamografi çekme sıklığı %38 [112], ABD'de bir çalışmada 40 yaş üzeri kadınların son bir yıldaki sıklığı %43 [113], Singapur'da Chong'un hemşire ve ebelerde yaptığı çalışmada 50 yaş üzerindekilerde mamografi çekirme oranı %64.8 olup 50 yaş altındakilerde ise %31.1 bulmuştur [114]. Gerek Türkiye'de gerekse yurtdışı çalışmalarda farklı gelişmişlik düzeyine sahip bölgelerde, farklı yaş ve meslek

gruplarında yapılan çalışmalarda taramaları bilme, uygulama oranları yukardaki farklı çalışmalarda da görüldüğü üzere değişmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların mamografi çekirtme nedenleri olarak %46,2 sıklıkta düzenli sağlık kontrolü nedeniyle ve %7 sıklıkta ailede meme kanseri hikayesi olmasından dolayı yaptırmıştır. Karacaoğlan'ın çalışmasında ailesinde kanser olanların mamografi yaptırma oranı %11,9 [104], Kokkun'un çalışmasında düzenli sağlık kontrolü için ve %4,2'si ailede meme kanseri nedeniyle [94], Dinçel'in çalışmasında katılımcıların çoğunluğu doktor önerisi ile ve herhangi bir şikayeti olması ile [115], İstanbul'da 40-49 yaş arası kadınlarda yapılan bir çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olmak etkili bir faktör olarak belirtilmiştir [116].

Bu çalışmada katılımcıların mamografi çekirtmeme sebepleri ise yarısı yaşı gereği, yaklaşık yarısı da şikayeti olmadığı için kendisini risk altında görmediğinden yaptırmamışlardır. Literatüre baktığımızda sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda genel olarak ihmal, zaman bulamama, kanser tanısı almaktan korkma, şikayeti olmadığı için gerek görmeme ve gereksiz bulma ağırlıklıdır [74, 83, 117].

Bu çalışmada kadın katılımcıların çoğunluğu Pap Smear/HPV-DNA testinin yapılması gerektiğini düşünmekte olup testi yaptıranların oranı %38,7'dir. 30 yaş ve üzeri test yaptırma sıklığı %57,4'dür. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda Pap Smear/HPV-DNA testi yaptırma sıklığı sırasıyla; Lale'nin (2013) çalışmada %60 [83], Özçam (2014) ve arkadaşlarının çalışmasında %43,5 [118], Ankara'da (2017) yapılan bir çalışmada %37,2 [119], yine aynı yılda Şeker'in çalışmasında %20,7 [81], Muğla'da yapılan çalışmada (2018) katılımcıların %70'inin Pap Smear/HPV-DNA testi yaptırdığı ve bunlarında %88,9'u düzenli olarak test yaptırdığı belirtilmiştir [95]. Literatüre baktığımızda yıllara göre anlamlı bir artış görmekteyiz. Çalışmamızda mamografide olduğu gibi Pap Smear/HPV-DNA testini yaptırma sıklığı literatüre göre yüksek çıksa da olması gerekenin altındadır. Yine de bu katılımcılarımızın meme ve serviks kanseri hakkında bilgi ve farkındalığının kolorektal kansere göre yüksek olduğunu

göstermektedir. Bunun en önemli sebebi olarak birincisi kadın cinsiyet olması, kolonoskopi kadar invaziv olmaması ve meme /serviks kanser taraması kolorektal kanser taramasına göre daha önceden başlamış ve daha fazla biliniyor olması ile alakalı olabilir.

Bu çalışmada Pap Smear/HPV-DNA testini yaptıranların yaptırma sıklığına göre %38,3'ü şimdiye kadar sadece bir kez test yaptırmış olup beş yılda bir düzenli yaptıran %15,3'dür. Sağlık çalışanlarına yönelik çalışmalarda; Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) son beş yıl içerisinde test yaptıranlar %56 ve düzenli jinekolojik muayene olanların %81,1'i bu testi yaptırmış [120] ve Nur Eke'nin çalışmasında %29,8'i düzensiz ve %20,6'sı düzenli olarak olarak test yaptırdığını belirtmiştir [121]. Bizim çalışmamızda katılımcılarımızın Pap-Smear/HPV-DNA testini yaptırma sıklığı benzer çalışmalara kıyasla düşüktür. Katılımcıların yaş ortalamasının düşüklüğü test yaptırmak için tekrarlanan beş yıllık periyotların henüz gelmemiş olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların Pap Smear/HPV-DNA testini yaptırma sebeplerine bakacak olursak test yaptıranların %47,1'i düzenli sağlık kontrolü nedeniyle yaptırmış olup %44,8'i de doktor isteği ile yaptırmıştır. Düzenli mamografi yaptıranlarla yaklaşık aynı sıklıktadır. Bu bize tarama yaş grubunda olan kadın katılımcıların yaklaşık yarısı düzenli kanser taraması yaptırdığını düşündürmektedir. Ayrıca bu katılımcıların çoğunun doğurganlık çağında olması ve aralıklı doktor muayenelerinde test alınmasının kolaylaştırıcı olması ile de açıklanabilir. Kadın doktorlar ile yapılan bir çalışmada tarama yaptırmama nedenlerine göre sırasıyla düzenli sağlık kontrolü, doktor önerisi ve ailede kanser öyküsü olması nedeniyle yaptırdıklarını belirtilmiştir [121].

Bu çalışmada Pap Smear/HPV-DNA testini yaptırmayan katılımcıların yaptırmama sebepleri ise en sık şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama, kendisini risk altında hissetmeme ve işlemden korkma şeklindedir. Antalya'da kadın hekimlere yapılan çalışmada (2016) Pap-smear testi yaptırmama sebepleri bizim çalışmamızla benzer olup [121], Öztürk çalışmasında

sırasıyla risk grubunda olmadığı, şikayetinin olmaması, ileride yaptırmayı düşünme ve uygun zaman bulamadığı şeklinde belirtmiştir [119]. Genel popülasyonda yapılan bir çalışmada ise sağlıklı olduğunu düşünme, bilgi sahibi olmama ve zaman bulamama yer almaktadır [82].

Bu çalışmada katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre KETEM'leri bilme durumları sorgulandığında alkol kullanım durumu hariç diğer özellikleri (cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, kronik hastalık olma durumu, kanser tanısı alma durumu, ailede/akrabalarda/yakın çevrede kanser tanısı alma durumu) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sırayla inceleyecek olursak; bu çalışmada kadınların KETEM'leri bilme durumu erkeklere göre anlamlı şekilde yüksektir. 2017 yılında Erdem ve arkadaşlarının çalışması [122] ile Sualp'in çalışmasında kadınlar erkelere göre KETEM'leri daha fazla bilmektedirler [82]. Ankara'da (2020) bir ASM'de yapılan bir çalışmada kadınların KETEM'leri bilme sıklığı %63,9 olarak belirtilmiştir [123]. Konya'da yapılan bir çalışmada KETEM'e başvuran bireylerin %94'ü kadındır [85]. Genel olarak kadınların kanser hakkında bilgi sahibi olma, kanserden korkma ve kanserden korunmak için önlem alma, KETEM hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taraması yaptıрма durumu erkelere göre daha fazladır [122].

Çalışmamızda yaş, medeni durum ve meslek gruplarına göre KETEM'i bilme durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşı 49 ve altındaki bireyler, bekarlar ve doktorlar daha fazla KETEM'leri bilmektedir. Çünkü katılımcılarımızın çoğunun yaş ortalaması düşük olması ve bundan dolayı henüz evli olmamaları başta hekimler olmak üzere hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre KETEM'leri daha fazla bilmesi zaten beklediğimiz bir durumdur. Literatüre baktığımızda genel popülasyonda aslında durum tam tersi olup evli ve ileri yaşlılarda (özellikle tarama yaşı gelmiş popülasyonda) KETEM/ASM ya da kanser taraması yapıldığını bilme durumu daha fazladır. Örneğin Erdem'in çalışmasında yaş gruplarına göre KETEM'leri bilme durumları arasında fark olmayıp [122], Küçükceran ve arkadaşlarının çalışmasında

evlilerin bekarlara göre ASM’de tarama yapıldığını bilme durumu istatistiksel olarak daha fazladır [123]. Ayrıca bu çalışmanın yaş ortalaması 44 olup evliler sağlığına daha çok dikkat ediyor ve bekarlara göre daha ileri yaşta olmaları bilme durumunu artırıyor olabilir. Çalışmamızda KETEM’leri bilmeyen hekimlerin sayısı az da olsa olması düşündürücüdür. Aynı şekilde diğer sağlık çalışanlarının yarısı KETEM’leri bilmemektedir. Bizim çalışmamızda daha fazla olsa da beklenenin altındadır. Çünkü sağlık personeli bilmeli ki hastalara da önerebilsin. Bilmediği kurumu önermesi ve gitmesi zaten beklenemez.

Bu çalışmada sigara içmeyenler KETEM’leri daha çok bilmekte olup sağlığına daha çok dikkat ediyor olabilir. Yine bu çalışmada kronik hastalık varlığı ve ailede/akrabada/yakın çevresinde kanser tanısı olma durumuna göre KETEM’leri bilme durumu istatistiksel olarak anlamlıdır. Çaman çalışmasında KETEM’e başvuran katılımcıların çoğunda ailede ya da tanıdıklarda kanser öyküsü daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olsa da katılımcıların risk algısında anlamlı fark olduğunu belirtmiştir [79].

Bu çalışmada yapılan çok değişkenli analiz sonucunda kadın olmak, sırasıyla araştırma görevlisi doktor ve hemşire olmak, kronik hastalığı olmaması ve ailede/yakın çevrede kanser tanısı alanların KETEM’leri bilme durumuna daha etkili faktörler olarak değerlendirilmiştir. Bu durumun nedeni olarak kadınların kendi sağlıklarına daha çok dikkat etmesinden, doktorlar başta olmak üzere hemşirelerin gerek fakülte eğitimleri sırasında gerek işleri gereği KETEM’leri bilmesinden, üçüncü basamak bir hastanede çalışan genç çalışanların daha az kronik hastalığa sahip olmasından ve yakın çevresinde kanser tanısı olanların KETEM’ler hakkında daha bilgi sahibi olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre en az bir kere kanser taraması yaptırmaları arasında alkol kullanım durumu hariç diğer özellikleri (cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, kronik hastalık olma durumu, kanser tanısı alma durumu, ailede/akrabalarda/yakın çevrede kanser tanısı alma durumu) istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı özellikler düzenli kanser taraması için analiz edildiğinde alkol kullanımı ve yaş grupları dışında diğer özellikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sırasıyla inceleyecek olursak; çalışmamızda kadınların en az bir kere ya da düzenli kanser tarama amaçlı tarama yaptırmaları erkeklerle göre daha fazla bulunmuştur. Özer'in çalışmasında [124], 50 yaş ve üzeri katılımcılar ile yapılan başka bir çalışmada GGK testi yaptırmada [125], Erzurum'da birinci basamakta 50-70 yaş arası katılımcılarda GGK testi yaptırmaları araştıran bir çalışmada da kadın olmanın tarama davranışını arttırdığı belirtilmiştir [126]. Yapılan bir çalışmada kadınların koruyucu sağlık davranışlarına daha yatkın oldukları bildirilmiştir [127]. Genel popülasyonda 2022 yılında kolorektal kanser taramaları üzerine yapılan bir çalışmada kadın ve erkeklerin test yaptırmaları benzer olup fark saptanmamıştır [128]. Bu çalışmanın yaş ortalaması 54 olup tarama yaşının üzerinde olmasından dolayı ve risk algısında artış ile beraber cinsiyetler arasında fark saptanmamış olabilir. Hodge ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların kolorektal kanser taramalarına daha az katıldıkları saptanmıştır [129]. Amerika'da 50 yaş ve üzeri yetişkinlerle yapılan bir araştırmada kadın olmak, 65 yaş altında olmak, az eğitilmiş olmak, sağlık sigortasının olmaması kolorektal kanser taramalarına katılımı olumsuz etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir [130]. Bizde KETEM'lerde ücretsiz sağlık taraması yapılması önemli bir avantaj olmasına rağmen tarama yaş aralığında tarama yaptıran sayısı gerek sağlık çalışanlarında gerek genel popülasyonda oldukça düşüktür. Cinsiyet ile ilgili çalışmalar arasındaki bu farklılık örneklem grubunun sahip olduğu eğitim düzeyi, tarama yaşında olup olmaması, bölgenin kültürel farklılıkları gibi durumlardan kaynaklanabilir.

Bu çalışmada 50 yaş ve üzeri katılımcıların 49 yaş ve altı katılımcılara göre daha fazla (en az bir defa ya da düzenli) kanser taraması yaptırdığı bulunmuştur. Özer'in çalışmasında 40 yaş ve üzeri bireylerde [124], 2021 yılında Edirne'de yapılan bir çalışmada 50 yaş ve üstü hekimlerde [86], 2017 yılında Ankara'da serviks kanser taramasına yönelik çalışmada 30-50

yaş grubunda [88], yine serviks kanser taraması üzerine yapılan 40 yaş ve üzerinde bir çalışmada [119] anlamlı şekilde daha fazla tarama yaptırdığı belirtilmiştir. 2018 yılında yapılan bir çalışmada da yaş ile beraber KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çekirme sıklığı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [103]. Tayvan’da yapılan bir çalışmada yaş ile serviks kanser taramasına katılımın arttığı [131], Chong ve arkadaşlarının çalışmasında GGK testi yaptırmada ileri yaştan etkili olduğu belirtilmiştir [132]. Literatürde görüldüğü gibi genel olarak yaş artıka bireylerin sağık algısı ile kanser taraması yaptırma durumlarında artış görölmektedir. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu bulunmuştur.

Bu çalışmada evli katılımcıların en az bir defa ya da düzenli tarama yaptırma durumları bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Özer [124] ve Öztürk’ün çalışmasında evlilerin daha fazla tarama yaptırdığı [119], kadın sağık çalışanları ile yapılan bir başka çalışmada evlilerin bekarlara göre KKMM, KMM ve serviks kanser taramalarına katılımlarının daha yüksek olduğu ancak mamografi çekirme ile anlamlı fark olmadığı [111] ve Çakmak sağık çalışanlarında kanser tarama davranışları adlı çalışmasında evli katılımcılarda daha fazla KKMM, KMM, mamografi, serviks muayenesi ve pap-smear testi yaptırdığı; bekar olan çalışanların da daha fazla HPV testi yaptırdığını belirtmiştir [95]. Literatüre göre evli bireylerin daha çok tarama yaptırma eğiliminde olduğunu görmekteyiz. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu evli bireylerin genel olarak bekarlara göre daha ileri yaşıta olması ile ve evli bireylerin aile bilinci ile sağıklarına daha çok dikkat ediyor olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların meslek gruplarına göre en az bir defa ya da düzenli kanser taraması yaptırma durumları farklılık göstermektedir. Çalışmamızda hemşireler daha fazla tarama yaptırmış olup araştırma görevlisi doktorlar ise daha az kanser taraması yaptırmıştır. Çalışmadaki katılımcı doktorların çoğunluğu yeni mezun olup uzmanlık eğitimi için üçüncü basamak bir hastanede çalışan asistanlardan oluşmaktadır. Kanser tarama yaşının altında olmaları nedeniyle daha az tarama yaptırmış olmaları beklenen bir durumdur. Hemşire ve diğer

sağlık çalışanlarının çoğunluğu kalıcı personel olup yaş ortalaması asistan hekimlerden yüksek olması nedeniyle daha fazla tarama yaptırmış olmaları zaten beklenmektedir. Benzer çalışmalara bakacak olursak; Çakmak'ın çalışmasında ebeler, hemşire ve doktorlardan daha fazla [95], 2014 yılında İzmir'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin KKMM yapma yüzdeleri diğer meslek gruplarına daha fazla [87], 2021 yılında Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada uzman hekimlerin mamografi çekirme sıklığı hemşire ve asistan hekimlerden daha fazla olup hemşire ve uzman hekimlerin düzenli KKMM yapma sıklığı asistan hekimlere göre daha yüksek olup KMM yaptırma durumları arasında fark yoktur [133]. Uzman hekimlerin asistanlardan daha ileri yaşta olmaları nedeniyle bu farklılık oluşmuş olabilir. Kunduracı'nın çalışmasına göre mamografi ile meslek arasında ilişki gözlenmiş olup eczacı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sağlık teknikeri gibi diğer adı altında sunulan grupta mamografi çekirme yüzdesi doktor ve hemşirelere göre oldukça yüksek bulunmuş ama KKMM, KMM, serviks testi yaptırmada anlamlı bir fark gösterilmemiştir [111].

Bu çalışmada sigara içmeyen katılımcılar daha fazla kanser taraması yaptırmış, alkol kullanımı ile bir ilişki saptanmamıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının 50 yaş üstü bireyler ile yaptığı çalışmada sigara ve alkol kullanmayanlarda GGK testi yaptırma sıklığı daha yüksek [125], 2020 yılında aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada sigara kullanma durumu ile mamografi, Pap-smear, kolonoskopi yaptırma arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup sigara içmeyenlerin daha fazla GGT testi yaptırdığını belirtmiştir [134]. Literatürde fark olmadığını bulan çalışmalarda yer almaktadır; 2013 yılında aile hekimlerine yapılan bir çalışmada [83], hemşireler ile yapılan bir çalışmada sigara kullanma ile servix kanser taraması arasında [88], bir üniversite kampüs çalışanlarında sigara ve alkol kullanımı ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir [135]. Öztürk çalışmasında alkol kullanımı ile kanser taramalarına yönelik anlamlı bir ilişki olmadığını; hayatının herhangi bir döneminde sigara kullanmış olanlar kullanmamış olanlara göre kanser taramalarına yönelik

daha olumlu bir tutuma sahip olduklarını [136], Yeğenler ise hayatının herhangi bir döneminde sigara içenlerin içmeyenlere göre; hayatının herhangi bir döneminde alkol kullananların kullanmayanlara göre kanser taramalarına yönelik daha olumlu bir tutuma sahip olduklarını belirtmiştir [137]. Sigara ve alkol kullanmak bireylerin sağlık durumlarını etkileyebilen önemli davranışlardır. Literatüre baktığımızda çalışmaların çoğunda katılımcıların kanser taramasına karşı olumsuz tutumunu görmekteyiz. Sigaranın birçok kanser üzerindeki olumsuz etkisi olduğu düşünüldüğünde, sigara kullananların daha çok tarama yaptırmaları önerilmelidir. Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak sigara içmeyenler daha fazla kanser taramasına dahil olmuşlardır. Bu katılımcılarımızın sağlıklı yaşam biçimini benimsediklerini göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların kronik hastalık varlığı ve ailesinde/çevresinde kanser tanısı alanların varlığına göre en az bir defa ya da düzenli kanser taraması yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kendisinde kanser tanısı alma durumu sadece en az bir defa kanser taraması yaptırmada anlamlıdır. Elli yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada (2019) kronik hastalığı olanların kolorektal kanser tarama yaptırmaları oranı [89], Ayas'sın çalışmasında kendisinde daha önce kanser tanısı alanların daha fazla kanser tarama testi yaptırdığı [86], Filiz'in çalışmasında (2022) kronik hastalığı olan katılımcılarda kanser tarama ölçek puanları [138] ve sağlık algısı ile kanser tarama farkındalığı arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde Sağlık Algı Puanının daha yüksek olduğunu belirtilmiştir [139]. Özel'in çalışmasında kronik hastalık varlığı ile çevresinde kanser tanısı olanların KKMM, mamografi ve Pap-smear testi yaptırmaları sıklığı daha fazla bulunmuş olup kendisinde kanser tanısı olanlarda bir fark saptanmamıştır [140], Erzurum'da 50-70 yaş arası katılımcılarda GGK testinin yaptırmaları durumunu araştıran bir çalışmada ailede kanser öyküsü olması tarama davranışını arttırdığı bulunmuştur [126]. Chen ve ark.'nın Çin'de yaptığı kolorektal kanser riski yüksek bireylerin GGK test öyküsü, ailede kolorektal kanser öyküsü ve kolon polip öyküsü kolonoskopi taramasına katılım ile ilişkili bulunmuştur [141].

Koç ve Esin'in çalışmasında kolorektal kanser tanısı olan katılımcıların birinci derece akrabaları ile yaptığı araştırmada katılımcıların kolonoskopi yaptırmalarını en güçlü etkileyen faktörün sağlık motivasyonu olduğu belirlenmiştir [142]. Literatüre baktığımızda genellikle kronik hastalık varlığı ve ailede/çevresinde kanser tanısı olması bireylerin kanser taramaları konusunda farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda literatürle uyumludur. Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı olmayanlara göre daha çok sağlık personeliyle temas kurması, birinci basamak ya da hastanelerde daha fazla bulunmak zorunda kalması sonucu sağlıkla ilgili farkındalıklarının yüksek olmasıyla açıklanabilir. Aynı şekilde yakınlarında/çevresinde kanser tanısı olması ile de açıklanabilir ya da halk arasında korkulan bir hastalık olarak çevresinde kanser tanısı olanların olması bu konuda bilgi ve farkındalıklarını artırdığı görülmektedir. Literatürde pek çok çalışmada aile öyküsünün kişilerde risk algısını etkilediği gösterilmiştir. Ancak bu çalışmaların tam tersini işaret eden çalışmalarda bulunmaktadır. Özer çalışmasında çevresinde kanser öyküsü olmasının kanser taraması yaptıрма durumunu etkilemediğini [124], 40 yaş ve üzeri aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada ailede kanser öyküsüyle tarama yaptıрма durumları arasında anlamlı fark olmadığını ancak ailesinde kolon kanseri öyküsü olmasına göre kolonoskopi yaptıрма arasında anlamlı fark olduğunu, yine bu çalışmada en az bir kronik hastalığa sahip olmanın KMM ve kolonoskopi yaptıрма açısından anlamlı fark olduğunu belirtilmiştir [83]. Kadın sağlık çalışanları ile yapılan iki çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olanların olmayanlara göre KKMM yapma, KMM yaptıрма ve mamografi çekirme durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır [143,103]. Meme kanserinde genetik yatkınlık önemli bir risk faktörü iken özellikle sağlık personelinin bilgiyi davranışa dönüştürememiş olmasının en çarpıcı örnekleridir. Ailede kanser öyküsü olması özellikle doktorlar gibi bilinçli bir grupta taramalar açısından farklılık göstermemesi şaşırtıcıdır. Burada sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını ihmal ettikleri düşünülebilir.

Bu çalışmada tarama yaptıırma durumunu etkileyen faktörleri daha iyi anlayabilmek için anlamlı çıkan değişkenlere lojistik regresyon analizi yaptık. Kronik hastalık ve kanser tanısı alma durumu birbiri ile ilişkili olduğu için ayrı ayrı iki defa regresyon analizi yaptık. Her iki durumda da anlamlı sonuç elde ettik. Regresyon analizine göre cinsiyet, medeni durum, meslek, kronik hastalığı olma durumu, kanser tanısı alma durumu ve ailede/akraba/yakın çevrede kanser tanısı alma durumu; tarama yaptıırmada daha etkili faktörler olarak saptanmıştır. Bu durumun nedeni olarak kadın olmak, evli olmak, kronik hastalık varlığı, kanser tanısı alma, yakın çevrede kanser tanısı alanların olması ile sırasıyla hemşireler ve diğer sağlık personelinin risk algısının yüksek olması ile bilginin davranışa dönüşmesi şeklinde yorumlayabiliriz.

Kanser ile mücadele kapsamında toplumun taramalar konusunda sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmesi önemlidir. Genel popölasyonun kanser taramaları konusunda bilgi ve farkındalığı yetersizdir. Halkın tarama yaptıırmadaki en önemli bilgi kaynağı ve teşvik edicisi sağlık personelidir ve bunu birçok çalışmada görmekteyiz. Güven çalışmasında tarama yaptııran katılımcıların en çok doktor önerisi ile yaptıırdıklarını belirtmiştir [89]. Karadağ çalışmasında; doktorların kanser taraması için öneride bulunması, hastaların KETEM'e tarama amaçlı başvurularını etkileyen en önemli tek faktör olduğunu belirtmiştir [79]. Bu nedenle sağlık personelinin taramalar konusunda bilgi sahibi olması ve topluma önerilerde bulunması beklenmektedir. Aynı zamanda personelin taramalarını yaptıırtarak bilgisini davranışa dönüştürerek hem topluma rol model olup hem de kendi sağlığına dikkat etmiş olacaktır. Singapur kolorektal kanser insidansının yüksek olduğu ölkelerden biri olup Wong çalışmasında bireylerin tarama davranışlarında en belirleyici olarak doktorun önermesi olduğu vurgulanmıştır [144]. Santos'un çalışmasında da ailede kolorektal kanser öyküsünün olması katılımcıların risk algısını değiştirdiğı ancak kolonoskopi yaptıırma durumunu etkilemediğı bulunmuştur. Aynı çalışmada kolonoskopi yaptıırma sıklığını etkileyen tek faktörün, bireylerin bir sağlık çalışanı tarafından kanser konusunda bilgilendirilmiş ve tarama yaptıırtmak üzere

yönlendirilmiş olmaları şeklinde açıklamıştır [145]. Mevcut birçok çalışma, bireylerin kanser taramasına katılımı için doktor veya sağlık personelinin bilgilendirmesi ya da yönlendirmesinin önemi üzerinde durmaktadır [144]. Literatürdeki benzer çalışmalarda da gördüğümüz gibi taramaların sağlık personeli tarafından uygun riskli bireylere önerilmesi bireylerin tarama yaptırmadaki en önemli motivasyon aracıdır. Hastaların kanser taraması önerilenlerin önerilmeyenlere göre kanser taramalarına karşı daha olumlu tutum sergilemektedirler ve kanser taraması önerilmesinin bireylerde kanserler ve taramalar konusunda farkındalık oluşturduğu da düşünülebilir.

Bu araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre yakınlarına ve çevresine kanser taramasını önerme durumu arasında cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, meslek, sigara içme durumu, kronik hastalık olma durumu, kanser tanısı alma öyküsü ve ailede/akrabalarda/yakın çevrede kanser tanısı alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sırayla inceleyecek olursak; kadın doktorlar, erkek doktorlara göre daha fazla kanser taraması önermektedir. Çalışmamızda kadın katılımcıların KETEM'leri bilme durumu ve kanser taraması yaptıрма durumlarını da düşünürsek kanser taramaları konusunda erkek katılımcılara göre bilgi, tutum ve davranışlarının yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Mosli çalışmasında (2017) birinci basamak sağlık hizmetlerinde kolorektal kanser taramasına yönelik bilgi, tutum ve davranışta kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha fazla tarama önerdiklerini belirtmiştir [146].

Bu çalışmada 49 yaş ve altındaki katılımcılar, bekarlar ve araştırma görevlisi doktorlar daha fazla tarama önerisinde bulunmuştur. Bu durum daha önce de belirttiğimiz gibi katılımcı hekimlerimizin yaş ortalamasının düşük olması, henüz evli olmamaları, işleri gereği ve aldıkları eğitim ile hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından daha fazla konuya hakim olmaları ile açıklanabilir. Katılımcı doktorların kanser tarama yaptıрма durumları yaşları gereği düşük olsa da kanser taramalarına olan yüksek olumlu tutumları umut vericidir. Yine Mosli'nin

alışmasında daha tecrübeli hekimlerin genç hekimlere göre taramalara yönelik daha olumlu tutum sergilediğini belirtmiştir [146]. Bu bizim çalışmamızla tam tersidir. Bu durum Mosli'nin çalışmasında sadece hekimlerin olması ile açıklanabilir. Soylar'ın çalışmasında (2020) sağlık personelinin tarama testlerine yönelik %90'ın üzerinde olumlu tutumlarının olduğu (Mamografi %95,8; Pap-smear %94,8; GGK testi %90,1; Kolonoskopi %91,2) belirtmiştir [93]. Güvenç'in çalışmasında sağlık alışanlarının Pap-Smear testini önerme sıklığı %97,4 [92] olup Khanna'nın çalışmasına göre %93,9'dur [147]. Sağlık personelinin genel olarak tarama testlerine karşı olumlu tutumlarının olması beklenen bir durumdur ve bizim çalışmamızda (%91) da literatür ile uyumludur. Ülkemizde yukardaki örneklerin tam tersi düşük önerilerde bulunan çalışmalarda çoktur. Kaya'nın çalışmasında sağlık çalışanlarının %69'u Pap-smear testi, %67'si mamografi, %64'ü GGK testini, %48'i KMM ve %33'ü kolonoskopi önermekte [65], 2019 yılında Korkmazer çalışmasında hekimlerin yarısından fazlasının kanser taraması önermekte [77], 2022 yılında bir ASM'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %28'i [138], 2018 yılında Özsöyler'in çalışmasında katılımcıların %33,5'i [80] Aydın'da Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında bireylerin %25,9'u doktorundan kanser taraması hakkında tavsiye almıştır [96]. 2021 yılında Ayas'ın çalışmasında hekimlerin %14'ü hastalarına her muayenede kanser taraması önerdiğini, %18'inin ise hiç önermediğini belirtmiştir [86]. Bu oranlar çok düşüktür. Hekimlerimiz başta olmak üzere sağlık personeli erken tanının önemi konusunda gerekli duyarlılığı göstermemektedir.

Bu çalışmada sigara kullanmayan katılımcılar ile alkol kullanan katılımcıların kanser taramalarını önerme durumları daha fazla saptanmıştır. Daha önce de bahsettiğimiz gibi sigara kullanmayan sağlığına dikkat eden bireyler daha çok tarama önermekte iken alkol kullanımı için tam tersi durum söz konusudur. Alkol kullananlar kullanmayanlara göre daha fazla tarama önerisinde bulunmaktadır. Özer çalışmasında sigara kullanımı ile kanser taramalarını önerme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmadığını belirtmiştir [74].

Bu çalışmada kronik hastalık varlığı, kanser hastalığı varlığı ve ailede/yakın çevresinde kanser tanısı olanlar daha çok kanser taramalarını önermektedir. Bu demografik özellikler KETEM'leri bilme ve kanser taraması yaptırmada da anlamlı olup; bu katılımcıların kanser taramalarına karşı bilgi ve farkındalığının iyi olduğunu göstermektedir. Ayas'ın çalışmasında hekimlerin kendileri ve yakınlarında kanser tanısı öyküsü olanların [86]. Özer çalışmasında bunlara ek olarak sağlık personelinin kronik hastalık varlığında olması ile kanser taramalarını önerme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur [74]. Burda Özer'in çalışmasında katılımcılar hekim dışı personel olup Ayas'ın çalışması ise sadece hekimlerden oluşmaktadır. Bizim çalışmamız ise hekim, hemşire ve diğer hastane çalışanıdır. Bu farklılıkların sebebi olabilir. Ayrıca literatürde çalışmamızdaki gibi demografik özelliklere göre kanser taraması önerme durumlarını ele alan çalışmalar kısıtlıdır. Bu durumu daha iyi analiz edebilmek için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada tarama yaptıрма durumunu etkileyen faktörleri daha iyi anlayabilmek için tüm değişkenlere lojistik regresyon analizi yaptık. Kronik hastalık ve kanser tanısı alma durumu birbiri ile ilişkili olduğu için ayrı ayrı iki defa regresyon analizi yaptık. Kronik hastalığı olma durumu anlamlı olup kanser tanısı alma durumu anlamlı değildi. Regresyon analizine göre cinsiyet, meslek, kronik hastalığı olma durumu ve ailede/akraba/yakın çevrede kanser tanısı olma durumuna göre; yakınlarına ve çevresine kanser taramalarını önermeleri üzerinde daha etkili faktörler olarak elde edilmiştir. Bu durumun nedeni olarak kadın olmak, sırasıyla araştırma görevlisi doktor ve hemşire olmak, kronik bir hastalığın olmaması ve yakın çevrede kanser tanısı alanların olması; kanser taramalarını önerme durumunu artıran başlıca durumlardır.

Bu çalışmada katılımcıların KETEM'leri bilme durumu ve kanser taramalarını önerme durumuna göre kanser taraması yaptıрма durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Yani KETEM'leri daha çok bilen ve daha çok kanser taraması öneren

bireyler anlamlı şekilde daha fazla kanser taraması yaptırmaktadır. Bu beklentimizi karşılayan bir sonuç olup bilginin davranışa dönüştüğünün iyi bir örneğidir. Benzer sonuçlar Ayas'ın çalışmasında da saptanmıştır. Hekimlerin kanser taramalarını önerme sıklıklarının artışı ile verdikleri doğru yanıt oranı artmış olup; kanser taraması yaptırmış hekimlerin yaptırmayanlara göre verdikleri doğru yanıt ortalamasının daha fazla olduğu saptanmıştır [86]. Yani bilgi ve farkındalık arttıkça daha çok tarama yapılıyor ve daha çok kişiye kanser taraması öneriliyor. ABD'de birinci basamakta çalışan kadın doktorlar ile yapılan bir çalışmada doktorların kendilerine tarama testi yaptıрма oranları %53,7 ile kolonoskopi, %83,5 ile KMM, %70,7 ile mamografi olduğu belirtilmiş ve bu oranlar hastalara bu tarama testlerini önerme oranları ile karşılaştırıldığında KMM, mamografi için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak da doktorların iyi kişisel sağlık alışkanlıklarının hastalarına öneri ve taramalarını etkilediği yönünde yorum yapılmıştır [148]. Bu durumu ülkemiz için tam tersi şekilde yorumlayabiliriz. Bizler az tarama yaptırıyoruz ve az öneride bulunuyoruz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının Ulusal Kansere Tarama Programları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları incelenmiştir. Katılımcıların %61,3'ü kadın, yaş ortalaması $34,28 \pm 9,00$, %93,1'i 49 yaş ve altı, %55,4'ü evli, %30,7'si araştırma görevlisi doktor, %33,8'i hemşire, %diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Araştırma bulgularının incelenmesiyle ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

- 1- Katılımcıların %22'sinin kronik hastalığı olup, %1,8'inin kanser tanısı vardır. Ayrıca katılımcıların %58,6'sının ailede, akrabalarında, yakın çevrede kanser tanısı alanlar vardır.
- 2- Katılımcıların %88'i Ulusal Kansere Tarama Programını bilmekte, taranan kanserleri bilme durumu sırasıyla %85,47 meme kanseri, %64,83 serviks kanseri, %64,59 kolon kanseri olup üçünü tam olarak doğru bilme %20'dir.
- 3- Katılımcıların %71,3'ü KETEM'leri bilmekte olup KETEM'lere başvuru sıklığı %4,1'dir.
- 4- Katılımcıların %20,4'ü kanser taraması yaptırmış, çoğunluğu kendi hastanesinde yaptırmıştır. En çok tarama yaptırılan yöntemler Pap-Smear/HPV DNA ve mamografidir.
- 5- Katılımcıların tarama yaptıрма sebepleri en çok aile hekimi dışı branşta bir hekim önerisi, ailede kanser öyküsü olması ve aile hekim önerisidir. Tarama yaptırmayan katılımcıların yaptırmama sebepleri ise en çok yaşı gereği, sağlıklı olduğunu düşünme, kolay ulaşılabilir olmamasıdır.

- 6- Katılımcıların %71'i birinci derece yakınlarına ya da çevresine kanser taramasını önermektedir.
- 7- Katılımcılardan kolorektal kanser taraması yaptıranların %11,2'i GGK yaptırmış, 50 yaş üzeri yaptıran %20,3 ve iki yılda bir düzenli yaptıran %5,6'dır. Kolonoskopiye %8,7 sıklığında yaptırılmış ve 50 yaş üzeri %23,4 olup on yılda bir düzenli yaptıran %4,8'dir. Kolorektal kanser taraması yaptırmayanların en çok yaptırmama sebebi şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama ve yaşı gereği yaptırmamışlardır.
- 8- Katılımcıların meme kanser taraması için KKMM yapma sıklığı %84,9 olup her ay düzenli yaptıranlar %22,6'dır. KMM yaptıranlar %34,7 olup, 20-39 yaş arası %24,9, 40 yaş ve üzerinde %58,8 yaptırmıştır ve düzenli yaptıran %12,6'dır. KKMM ve KMM yaptırmayanların en çok nedeni şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamadır.
- 9- Katılımcıların %25,2'si mamografi yaptırmış, 40 yaş üzeri yaptıran ise % 67,3 olup iki yılda bir düzenli yaptıranlar %30,8'dir. Tarama yaptırmayanların yaptırmama nedenleri en çok yaşı gereği ve şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamadır.
- 10- Katılımcıların %38,7'si Pap Smear/HPV-DNA yaptırmış, 30 yaş üzeri yaptıran %57,4 olup beş yılda düzenli yaptıranlar %15,3'dür. Test yaptırmayanların yaptırmama nedenleri ise en çok şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama ve risk altında olmadığını düşünmedir.
- 11- Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre KETEM'leri bilme durumu karşılaştırıldığında kadınlarda, 49 yaş ve altında, bekarlarda, doktorlarda, sigara içmeyenlerde, kronik hastalığı olmayanlarda, kanser tanısı alma öyküsü olanlarda ve çevresinde kanser tanısı almış olanlarda anlamlı yüksek bulunmuştur.
- 12- Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre tarama yaptırmama durumu karşılaştırıldığında kadınlarda, 50 yaş ve üzerinde, evlilerde, hemşire ve daha sonra diğer sağlık personelinde, sigara içmeyenlerde, kronik hastalığı olanlarda, kanser tanısı

alma öyküsü olanlarda ve çevresinde kanser tanısı almış olanlarda anlamlı yüksek bulunmuştur.

13- Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre çevresine kanser taramalarını önerme durumu karşılaştırıldığında kadınlarda, 49 yaş ve altında, bekarlarda, doktor ve daha sonra hemşirelerde, sigara içmeyenlerde, alkol kullananlarda, kronik hastalığı olmayanlarda, kanser tanısı alma öyküsü olanlarda ve çevresinde kanser tanısı almış olanlarda anlamlı yüksek bulunmuştur.

14- Katılımcıların KETEM'i bilme ve tarama önerme durumlarına göre kanser taraması yaptırma durumuna göre; KETEM'leri bilenler ve tarama önerenler daha çok kanser taraması yaptırdığı bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

❖ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin bilgi düzeyi iyi olsada uygulama orta düzeyde diyebiliriz. Tarama yaş grubunda olanların meme ve serviks kanser taramaları orta düzeyde iken kolorektal kanser taramaları daha düşük bulunmuştur. Tarama yaş grubunda bulunanlar ve diğer sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm personelin kurum içi eğitimler ile bilgi ve farkındalık çalışmalarına ihtiyaçları vardır.

❖ Çalışmamızda personelin birinci derecede yakınlarına ve çevresine kanser taramalarını önermesi iyi düzeydedir. Bu olumlu tutumu uygun hastalara da yapmaları konusunda çalışanların bilgilendirilmesi uygun olacaktır.

❖ Çalışmamızda personelin KETEM'leri bilme düzeyi orta düzeyde olup başvurma düzeyi ise düşüktü. Bu konuda kurum içi eğitimler yapılabilir.

❖ Literatürde sağlık çalışanlarının KETEM'ler hakkında bilgi düzeyini araştıran çalışmalar kısıtlı olup yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

❖ Literatürde genel popülasyonda yapılan çalışmalarda UKKP ve KETEM'lerin bilinirliğinin yetersiz olduğu gözlendi. Özellikle tarama yaş grubunda olan bireylerin kanser taramaları için en elverişli yer olan KETEM'leri bilmesi ve tarama için başvurması çok önemlidir. Bunun için bilgi ve farkındalık çalışmaları yapılabilir. Böylece KETEM'ler kuruluş amacına ulaşır hem de hastanelerdeki yoğunluğa olumlu düzeyde katkı sağlanmış olur. Ayrıca taramaların artması ile erken tanı imkanı elde edilip, hastalıklara bağlı gelişebilecek morbidite ve mortalitenin azalması sağlanacaktır.



7. KAYNAKLAR

- [1] “Cancer Today.” <https://gco.iarc.fr/today/home> (accessed Dec. 16, 2022).
- [2] “Cancer.” https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 (accessed Dec. 16, 2022).
- [3] “Dünya Kanser Raporu 2008.” <https://studylibtr.com/doc/604005/d%C3%BCnya-kanser-raporu-2008> (accessed Dec. 16, 2022).
- [4] “Türkiye Kanser Kontrol Programı”, Accessed: Dec. 16, 2022. [Online]. Available: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_2016.pdf
- [5] *Türkiye Kanser İstatistikleri 2017*. Accessed: Dec. 16, 2022. [Online]. Available: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf
- [6] “Kanser Taramaları.” <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> (accessed Dec. 16, 2022).
- [7] “Türkiye Kanser Kontrol Programı.” https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/2021_Kanser_Kontrol_Programi_/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf (accessed Dec. 16, 2022).
- [8] “Kanser Dairesi Başkanlığı.” <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa> (accessed Dec. 16, 2022).
- [9] “Iarc Monographs On The Identification Of Carcinogenic Hazards To Humans”, Accessed: Dec. 16, 2022. [Online]. Available: <https://monographs.iarc.who.int/>
- [10] D. E. Nelson *et al.*, “Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States,” *Am J Public Health*, vol. 103, no. 4, pp. 641–648, Apr. 2013, doi: 10.2105/AJPH.2012.301199.
- [11] A. G. Renehan, D. L. Roberts, and C. Dive, “Obesity and cancer: Pathophysiological and biological mechanisms,” *Arch Physiol Biochem*, vol. 114, no. 1, pp. 71–83, Feb. 2008, doi: 10.1080/13813450801954303.
- [12] D. S. M. Chan *et al.*, “Red and processed meat and colorectal cancer incidence: Meta-analysis of prospective studies,” *PLoS One*, vol. 6, no. 6, 2011, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0020456.
- [13] G. W. Ressel, “American cancer society releases guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention,” *American Family Physician*, vol. 66, no. 8. Oct. 15, 2002. doi: 10.3322/caac.20140.
- [14] “Kanser Nedir Belirtileri.” <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1.html> (accessed Dec. 16, 2022).
- [15] P. D. P. Pharoah, N. E. Day, S. Duffy, D. F. Easton, and B. A. J. Ponder, “Family History And The Risk Of Breast Cancer: A Systematic Review And Meta-Analysis,” *J. Cancer*, vol. 71, pp. 800–809, 1997, doi: 10.1002/(SICI)1097-0215(19970529)71:5.

- [16] A. K. Rustgi, "The genetics of hereditary colon cancer," *Genes and Development*, vol. 21, no. 20. pp. 2525–2538, Oct. 15, 2007. doi: 10.1101/gad.1593107.
- [17] J. M. G. Wilson and G. Jungner, "Principles And Practice Of Screening For Disease".
- [18] R. W. Blamey, A. R. M. Wilson, and J. Patnick, "Screening for breast cancer," *BMJ*, vol. 321, no. 7262, pp. 689–693, Sep. 2000, doi: 10.1136/BMJ.321.7262.689.
- [19] World Health Organization and others, "Fifty-eighth world health assembly," *International plan of action on ageing: report on implementation. Geneva: World Health Organization, Document A*, vol. 58, 2005.
- [20] World Health Organisation, "Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes: Diagnosis and Treatment," *WHO Guide for Effective Programmes*, pp. 1–42, 2008.
- [21] "WHO, Cancer, 2019", Accessed: Dec. 17, 2022. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- [22] C. de Martel, D. Georges, F. Bray, J. Ferlay, and G. M. Clifford, "Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis," *Lancet Glob Health*, vol. 8, no. 2, pp. e180–e190, Feb. 2020, doi: 10.1016/S2214-109X(19)30488-7.
- [23] "Türkiye Kanser Kontrol Programı." <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-il-faaliyetleri.html?view=article&id=511&catid=383> (accessed Dec. 17, 2022).
- [24] "Latest global cancer data: Cancer burden rises to 19.3 million new cases and 10.0 million cancer deaths in 2020questions And Answers (Q&A) – IARC." <https://iarc.spherical.horse/fag/latest-global-cancer-data-2020-qa/> (accessed Dec. 17, 2022).
- [25] V. Beral *et al.*, "Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease," *Lancet*, vol. 358, no. 9291, pp. 1389–1399, Oct. 2001, doi: 10.1016/S0140-6736(01)06524-2.
- [26] R. L. Siegel, K. D. Miller, H. E. Fuchs, and A. Jemal, "Cancer statistics, 2022," *CA Cancer J Clin*, vol. 72, no. 1, pp. 7–33, Jan. 2022, doi: 10.3322/CAAC.21708.
- [27] "Press Release N° 292," 2020, Accessed: Dec. 17, 2022. [Online]. Available: <https://gco.iarc.fr/>
- [28] "Cancer Facts & Figures 2012 | American Cancer Society." <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2012.html> (accessed Dec. 17, 2022).
- [29] T. McCready, D. Littlewood, and J. Jenkinson, "Breast self-examination and breast awareness: a literature review," *J Clin Nurs*, vol. 14, no. 5, pp. 570–578, May 2005, doi: 10.1111/J.1365-2702.2004.01108.X.
- [30] N. Huang, L. Chen, J. He, and Q. D. Nguyen, "The Efficacy of Clinical Breast Exams and Breast Self-Exams in Detecting Malignancy or Positive Ultrasound Findings," *Cureus*, vol. 14, no. 2, Feb. 2022, doi: 10.7759/CUREUS.22464.
- [31] "ACS Breast Cancer Screening Guidelines." <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html> (accessed Dec. 17, 2022).

- [32] "Screening for breast cancer," *radiologic.theclinics.com*, Accessed: Dec. 17, 2022. [Online]. Available: [https://www.radiologic.theclinics.com/article/S0033-8389\(17\)30107-0/abstract](https://www.radiologic.theclinics.com/article/S0033-8389(17)30107-0/abstract)
- [33] "Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması ‘Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu’* | TRDizin." <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/93186/> (accessed Dec. 17, 2022).
- [34] "CanScreen5." <https://canscreen5.iarc.fr/?page=countryfactsheetbreast&q=GBR&rc> (accessed Dec. 17, 2022).
- [35] "Cancer Screening | Resources and FAQ | American Cancer Society." <https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early/get-screened.html> (accessed Dec. 17, 2022).
- [36] "Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları." <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (accessed Dec. 17, 2022).
- [37] "Türk Radyoloji Derneği Meme Kanseri Tarama Rehberi", Accessed: Dec. 17, 2022. [Online]. Available: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri>
- [38] E. Aribal, K. Atahan, N. Özaydın, S. Baskan, P. Balcı, And E. Yavuz, "Meme kanserinde tarama ve tanı (İstanbul meme kanseri konsensuskonferansı 2010)," *Meme Sağlığı Dergisi*, vol. 8, no. 3, pp. 100–125, 2012, Accessed: Dec. 17, 2022. [Online]. Available: <http://search.yayin/detay/157713>
- [39] R. Kozan and V. Yavuz Tokgöz, "Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı".
- [40] "Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları." <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (accessed Dec. 17, 2022).
- [41] "All cancers," 2020, Accessed: Dec. 17, 2022. [Online]. Available: <https://gco.iarc.fr/today>
- [42] E. T. H. Fontham *et al.*, "Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society," *CA Cancer J Clin*, vol. 70, no. 5, pp. 321–346, Sep. 2020, doi: 10.3322/CAAC.21628.
- [43] S. G. Mavi Aydoğdu and Ü. Özsoy, "Serviks kanseri ve HPV," *Androloji Bülteni*, 2018, doi: 10.24898/tandro.2018.62533.
- [44] "Cervical cancer – IARC." <https://www.iarc.who.int/cancer-type/cervical-cancer/> (accessed Dec. 17, 2022).
- [45] J. Metindir, S. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, K. Hastalıkları Kliniği, and A. Özet, "Acta Oncologica Servikal Kanseri Kontrolünde Human Papilloma Virüs İnfeksiyonlarına Karşı Aşılama Vaccination Against Human Papillomavirus Infection in Cervical Cancer Control."
- [46] S. Zhang and P. Batur, "Human papillomavirus in 2019: An update on cervical cancer prevention and screening guidelines," *Cleve Clin J Med*, vol. 86, no. 3, pp. 173–178, Mar. 2019, doi: 10.3949/CCJM.86A.18018.
- [47] "Screening Tests for Cervical Cancer." <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests.html> (accessed Dec. 17, 2022).

- [48] E. Durusoy, "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Preinvaziv Ve İnvaziv Servikal Lezyonlarda Human Papillomavirus Tiplerinin Prevalansının Saptanması."
- [49] "Colorectal Cancer Statistics | How Common Is Colorectal Cancer?" <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/key-statistics.html> (accessed Dec. 17, 2022).
- [50] K. A. Cronin *et al.*, "Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, part I: National cancer statistics," *Cancer*, vol. 124, no. 13, pp. 2785–2800, Jul. 2018, doi: 10.1002/CNCR.31551.
- [51] D. M. Eddy, "Screening for colorectal cancer," *Ann Intern Med*, vol. 113, no. 5, pp. 373–384, Sep. 1990, doi: 10.7326/0003-4819-113-5-373.
- [52] B. K. Edwards *et al.*, "Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates," *Cancer*, vol. 116, no. 3, pp. 544–573, Feb. 2010, doi: 10.1002/CNCR.24760.
- [53] R. W. Burt, J. A. DiSario, and L. Cannon-Albright, "Genetics of colon cancer: impact of inheritance on colon cancer risk," *Annu Rev Med*, vol. 46, pp. 371–379, 1995, doi: 10.1146/Annurev.Med.46.1.371.
- [54] "What Are the Risk Factors for Colorectal Cancer? | CDC." https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm (accessed Dec. 17, 2022).
- [55] "Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları." <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (accessed Dec. 17, 2022).
- [56] "What Should I Know About Screening for Colorectal Cancer? | CDC." https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/screening/index.htm (accessed Dec. 17, 2022).
- [57] "Karahasanoğlu T. Kolorektal Kanserler: Tanı ve... - Google Akademik." https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Karahasano%C4%9Flu+T.+Kolor+ektal+Kanserler%3A+Tan%C4%B1+ve+Cerrahi+Tedavi.+Gastrointestinal+Sistem+Hastal%C4%B1klar%C4%B1+Sempozyumu+Kitab%C4%B1+%C4%B0stanbul.+2001%3B271-9.%29&btnG (accessed Dec. 23, 2022).
- [58] "Detecting Colorectal Cancer | Can Colorectal Cancer Be Found Early?" <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/detection.html> (accessed Dec. 17, 2022).
- [59] E. Altekin Ahmet Solak Pnar Tuncel Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı ve zmir Özet, "Gaitada Gizli Kan Testlerinde Guaiac ve İmmunokimyasal Yöntemlerin Karşılaştırılması" The Comparison of Guaiac-Based and Immunochemical Methods for Fecal Occult Blood Screening," 2003.

- [60] M. R. Nadel *et al.*, "A national survey of primary care physicians' methods for screening for fecal occult blood," *Ann Intern Med*, vol. 142, no. 2, Jan. 2005, doi: 10.7326/0003-4819-142-2-200501180-00007.
- [61] D. K. Rex, D. A. Johnson, J. C. Anderson, P. S. Schoenfeld, C. A. Burke, and J. M. Inadomi, "American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected]," *Am J Gastroenterol*, vol. 104, no. 3, pp. 739–750, 2009, doi: 10.1038/AJG.2009.104.
- [62] PDQ Screening and Prevention Editorial Board, "Colorectal Cancer Screening (PDQ®): Health Professional Version," *PDQ Cancer Information Summaries*, 2002, Accessed: Dec. 17, 2022. [Online]. Available: <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colorectal-screening-pdq>
- [63] A. Gör Ayla Kanbur *et al.*, "Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü Cervical Cancer Prevention, Early Diagnosis-Screening Methods and Midwives / Nurses Role (Derleme)."
- [64] S. Yazar *et al.*, "Araştırma Makalesi Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları ile ilgili bilgi düzeyi," 2015. [Online]. Available: <http://tjph.org/ojs/index.php/>
- [65] C. Kaya¹, Y. Üstü², E. Özyörük, Ö. Aydemir, Ç. Şimşek, and A. D. Şahin, "Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Knowledge, Attitudes and Behaviors of Health Workers About Cancer Screenings," *Ankara Med J*, vol. 17, no. 1, pp. 73–83, 2017, doi: 10.17098/amj.95107.
- [66] T. T. C. Kwan, S. S. T. Lo, K. F. Tam, K. K. L. Chan, and H. Y. S. Ngan, "Assessment of knowledge and stigmatizing attitudes related to human papillomavirus among Hong Kong Chinese healthcare providers," *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 116, no. 1, pp. 52–56, Jan. 2012, doi: 10.1016/J.IJGO.2011.07.035.
- [67] A. O. Akhigbe and V. O. Omuemu, "Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city," *BMC Cancer*, vol. 9, no. 1, pp. 1–9, Jun. 2009, doi: 10.1186/1471-2407-9-203/TABLES/4.
- [68] R. Hariprasad *et al.*, "Retention of knowledge levels of health care providers in cancer screening through telementoring," *J Glob Oncol*, vol. 2018, no. 4, pp. 1–7, Jul. 2018, doi: 10.1200/JGO.18.00048.
- [69] "Faaliyet Raporları | Tıp Fakültesi | Gazi Üniversitesi." <https://med.gazi.edu.tr/view/page/187312/faaliyet-raporlari> (accessed Dec. 23, 2022).
- [70] H. Tekpınar, Z. Aşık, and M. Özen, "Evaluation of the patients who apply to family medicine polyclinic," *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, vol. 22, no. 1, pp. 28–36, 2018, doi: 10.15511/tahd.18.00128.
- [71] A. Merdin, "Toplumsal kanser ve hematoloji bilinci," *Türk Onkoloji Dergisi*, vol. 28, no. 4, pp. 150–153, 2013, doi: 10.5505/tjoncol.2013.968.
- [72] Melike Esen Özdemir, "Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş ve Üzeri Bireylerin Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2016."

- [73] Ç. Yiğitbaş *et al.*, "Bingöl Devlet Hastanesine Başvuran Yetişkinlerin Kansere Tarama Testlerine İlişkin Bilgi Ve Tutumları Knowledge And Attitudes About Cancer Screening Tests On Adult Admitted To State Hospital Of Bingöl."
- [74] Mehmet Özer, "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personellerinin Kansere Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.2021."
- [75] Eda Eroğlu, "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Kansere Taramaları Hakkında Bilgi Tutum Ve Davranışları. Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2019."
- [76] S. Yazar *et al.*, "Araştırma Makalesi Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının Ulusal Kansere Tarama Standartları ile ilgili bilgi düzeyi," 2015. [Online]. Available: <http://tjph.org/ojs/index.php/>
- [77] B. Korkmazer, M. G. Kılınçarslan, B. Sarıgül, and E. M. Şahin, "Araştırma Görevlisi Hekimlerin Kansere Tarama Hakkındaki Tutum ve Davranışları," 2019.
- [78] Gülşah Çetin, "30-70 Yaş Arası Bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kullanımı İle Kansere Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2021."
- [79] "Karadağ Çaman Ö.Bilir N, Özcebe H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi? Fırat Tıp Derg. 2014; 19(2):95–100".
- [80] Muazzez Özsöyler, "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş Ve Üzeri Hastaların Kansere Tarama Testleri Hakkında Bilgi Ve Tutumları. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. Uzmanlık Tezi.2018."
- [81] N. Şeker, Y. Köksal Yasin, E. Özyayın, B. Çapacı, and P. Okyay, "Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşundaki Hemşirelerin Kansere Tarama Programları Bilgileri ile Tarama Testlerini Yaptırma Durumları Knowledge of Nurses' in Tertiary Health Care Institutions about Cancer Screening Programs and Status of Screening Tests," 2017.
- [82] Büşra Nur Sualp, "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kansere Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Uzmanlık Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı." 2021.
- [83] A. Selda Tekiner, G. Lale, A. Gülsen Ceyhan Peker, Y. Adresi, A. Selda Tekiner Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, and K. Tıp Dergisi, "Araştırma Makalesi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara Ankara Merkezinde Çalışan 40 Yaş ve Üstü Aile Hekimlerinin Kansere Taramalarını Kendilerine Yaptırma Oranları," 2016. [Online]. Available: www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr
- [84] Abdurrahman Çınar, "İzmir İli Bornova İlçesindeki 55 Yaş Üstü Kadınların Kansere Taraması Yaptırma Davranışı Ve Bu Davranışın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kullanımı İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı." 2016.
- [85] M. Ali Eryılmaz, "Kansere Tarama Testlerinin toplumdaki dağılımının belirlenmesi ve insidansın tahmininde KETEM kayıtlarının katkısı: Konya örneği. Bodur, S., Eryılmaz, M. A., Cevcik, S., & Durduran, Y. (2011)." [Online]. Available: <https://www.researchgate.net/publication/332984519>

- [86] Zehra Ayas, "Edirne İl Merkezindeki Uzman Hekimlerin Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi Ve Davranışları Uygulama Yöntemleri Ve Karşılaşılan Engeller. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.2021."
- [87] A. Acikgoz, R. Cehreli, and H. Ellidokuz, "Determination of Knowledge and Behavior of Women Working at a Hospital on Breast Cancer Early Detection Methods, and Investigation of Efficiency of Planned Education," *J Breast Health*, vol. 11, no. 1, pp. 31–38, Jan. 2015, doi: 10.5152/tjbh.2014.2322.
- [88] Tuğba Apaydın, "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerin Rahim Ağzı Kanseri Ve Pap Smear Farkındalığının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi.2017."
- [89] Vasfiye Güven, "50-70 Yaş Bireylerin Kolorektal Kanser Taraması Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı." 2019.
- [90] N. Gürbüz *et al.*, "Ak M., Canbal M., Turan S., Gürbüz N.(2010). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2(2):1-4." [Online]. Available: www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr
- [91] Veysel Yaprın, "Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Ve Meme Kanseri Taramaları Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Uzmanlık Tezi.2021."
- [92] Şebnem Güvenç, "Manisa Kent Merkezi Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının; Kanseri Tarama Performansları Ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.2019."
- [93] P. Soylar, A. Özer, Ö. Doğan Yükseköl, and M. Ulucan, "Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Cancer Screening Tests Among Health Workers in a University Hospital in Turkey.Soylar P, Özer A, Yükseköl ÖD, Ulucan M.," *Journal of Cancer Education*, vol. 35, no. 4, pp. 718–723, Aug. 2020, doi: 10.1007/s13187-019-01517-2.
- [94] Mehtap Kokkun, "Malatya İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Ulusal Kanseri Tarama Programlarındaki Taramalar Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2014."
- [95] "Çakmak, R. Sağlık çalışanlarında kanseri tarama davranışları (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü)."
- [96] N. Şeyda Şahin, "Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region," *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, vol. 19, no. 1, pp. 37–48, 2015, doi: 10.15511/tahd.15.01037.
- [97] "2015.Bayçelebi G, Aydın F, Gokosmanoglu F. et al. Trabzon'da Kanseri Tarama Testleri Farkındalığı. J hum rhythm. 2015;1:90-94".
- [98] P. A. Hannon *et al.*, "Colorectal Cancer Control Program Grantees' Use of Evidence-Based Interventions," *Am J Prev Med*, vol. 45, no. 5, pp. 644–648, Nov. 2013, doi: 10.1016/J.AMEPRE.2013.06.010.

- [99] H. Singh, C. N. Bernstein, J. N. Samadder, and R. Ahmed, "Screening rates for colorectal cancer in Canada: a cross-sectional study," *CMAJ Open*, vol. 3, no. 2, pp. E149–E157, Apr. 2015, doi: 10.9778/CMAJO.20140073.
- [100] J. H. Koo *et al.*, "Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study," *Gastrointest Endosc*, vol. 76, no. 1, pp. 126–135, Jul. 2012, doi: 10.1016/J.GIE.2012.03.168.
- [101] "Yurdakoş, K., Gülhan, Y. B., Ünalın, D., & Öztürk, A. (2012, August). Samsun İli Kamu Hastaneleri Kadın Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu. In 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi."
- [102] R. I. W. Nilaweera, S. Perera, N. Paranagama, and A. S. Anushyanthan, "Knowledge and Practices on Breast and Cervical Cancer Screening Methods among Female Health Care Workers: A Sri Lankan Experience," *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, vol. 13, no. 4, pp. 1193–1196, 2012, doi: 10.7314/APJCP.2012.13.4.1193.
- [103] Kadriye Mertcan, "Sağlık Çalışanlarında Meme Kanseri Risk Düzeylerinin, Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi.Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi.Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2018."
- [104] M. Kabacaoglu, B. Oral, E. Balci, and O. Gunay, "Breast and cervical cancer related practices of female doctors and nurses working at a University Hospital in Turkey," *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, vol. 16, no. 14, pp. 5869–5873, 2015, doi: 10.7314/APJCP.2015.16.14.5869.
- [105] A. Bulut and A. Bulut, "Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications," *Breast Cancer: Targets and Therapy*, vol. 9, pp. 163–169, 2017, doi: 10.2147/BCTT.S126124.
- [106] "Onat, H., & Başaran, M. (2003). Meme kanseri risk faktörleri ve koruma. Topuz E, Aydıner A, Dinçer. Meme Kanseri, 1, 90-107."
- [107] "Evrensel, T. (2005). Meme kanseri etyolojisi, risk faktörleri ve korunma. Meme Kanseler, 623-627."
- [108] F. Uncu And N. Bilgin, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları Knowledge, Attitude And Behavior Of Midwives And Nurses Working In Primary Health Services On Breast Cancer Early Diagnosis Practices," 2011.
- [109] "Aslan,A.,Temiz,M.,Yiğit,Y.,Can,R.,Canbolat,E.,Yiğit,F.(2007). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin, 6(3),193-198."
- [110] Fatma Ağ, "Gaziantep Üniversitesi Çalışanlarının Birincil, İkincil, Üçüncül Koruma İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Uzmanlık Tezi.2018."
- [111] Yasemin Ergül Kunduracı, "Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Dahili Birimlerinde Görev Yapan Kadın Sağlık Çalışanlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.2017."

- [112] T.-Y. Wu and S.-L. Chen, "Breast Cancer Screening Practices and Related Health Beliefs among Taiwanese Nurses," *Asia Pac J Oncol Nurs*, vol. 4, no. 2, pp. 104–111, Apr. 2017, doi: 10.4103/2347-5625.204495.
- [113] G. R. Sadler, C. M. Ko, J. A. Cohn, M. White, R. N. Weldon, and P. Wu, "Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: The Black cosmetologists promoting health program," *BMC Public Health*, vol. 7, no. 1, pp. 1–8, Apr. 2007, doi: 10.1186/1471-2458-7-57/TABLES/5.
- [114] "P N Chong 1, M Krishnan, C Y Hong, T S Swah. Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore - PubMed." <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12587705/> (accessed Dec. 17, 2022).
- [115] E. Dinçel *et al.*, "İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler," *J Breast Health*, vol. 6, no. 3, p. 3, 2010.
- [116] V. Ozmen *et al.*, "Survey on a Mammographic Screening Program in Istanbul, Turkey," *Breast J*, vol. 17, no. 3, pp. 260–267, May 2011, doi: 10.1111/J.1524-4741.2011.01065.X.
- [117] "Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları [Knowledge and Practices of Nurses Working in an Education Hospital on Early Diagnosis of Breast and Cervix Cancers]." [Online]. Available: www.korhek.org
- [118] H. Ozcam, G. Cimen, C. Uzuncakmak, S. Aydin, T. Ozcan, and B. Boran, "Evaluation of the Knowledge, Attitude, and Behavior of Female Health Workers about Breast Cancer, Cervical Cancer, and Routine Screening Tests," *Istanbul Medical Journal*, vol. 15, no. 3, pp. 154–160, 2014, doi: 10.5152/imj.2014.86548.
- [119] Özge Öztürk, "Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği.2017."
- [120] S. Coskun, H. Can, and S. Turan, "Knowledge about Cervical Cancer Risk Factors and Pap Smear Testing Behavior among Female Primary Health Care Workers: A Study from South Turkey," *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, vol. 14, no. 11, pp. 6389–6392, 2013, doi: 10.7314/APJCP.2013.14.11.6389.
- [121] R. N. Eke, H. Atsız Sezik, and M. Özen, "Are female doctors aware of cervical cancer?," *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital*, 2016, doi: 10.5222/terh.2016.053.
- [122] "Hami MY, Ehlers VJ, van der Wal DM. Nurses perceptions about reasons for women's non-utilisation of cervical cancer screening services in Malawi. J Women's Health Care. 2015;4(3):240".
- [123] H. Küçükceran, E. Ağadayı, And H. Şentürk, "Evaluation Of The Approaches Of Women Registered To A Family Medicine Unit İn Ankara Regarding Having Cervical Cancer Screening Tests," *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, Jun. 2020, Doi: 10.21763/Tjfmprc.650940.
- [124] Melike Özer Karabulut, "Yetişkin Bireylerin Kansere Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Uzmanlık tezi. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, 2019."

- [125] M. Yılmaz, F. Dereli, and G. Yelten, "Some Sociodemographic Characteristics, Healthy Lifestyle Behaviors and Health Beliefs of Individuals Aged 50 and over Effect on Screening Behaviors of Colon Cancer," *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2017, doi: 10.5222/head.2016.226.
- [126] "Genç, Z. ve Baysal H.Y. (2020). Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kansere yönelik sağlık inançlarının gaitada gizli kan testi yaptırma durumlarına etkisi. Sağlık ve Toplum, 30(2), 90-97."
- [127] U. Berberoğlu And B. Tokuç, "Edirne merkez İlçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar," *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, vol. 6, no. 6, pp. 421–426, 2007, Accessed: Dec. 18, 2022. [Online]. Available: <http://search.yayin/detay/71958>
- [128] Sevilay Aydın, "Kolorektal Kanser Riski Yüksek Olan Bireylerde Kolorektal Kanser Tarama Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.2022."
- [129] "Ebscohost | 96255920 | Colorectal Cancer Screening: The Role Of Perceived Susceptibility, Risk And Cultural Illness Beliefs Among American Indians."
- [130] H. A. Beydoun and M. A. Beydoun, "Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States," *Cancer Causes & Control* 2007 19:4, vol. 19, no. 4, pp. 339–359, Dec. 2007, doi: 10.1007/S10552-007-9100-Y.
- [131] S. J. Lin, "Factors influencing the uptake of screening services for breast and cervical cancer in Taiwan," <http://dx.doi.org/10.1177/1466424007092802>, vol. 128, no. 6, pp. 327–334, Nov. 2008, doi: 10.1177/1466424007092802.
- [132] V. H. Chong *et al.*, "Factors Associated with Participation in Stool Based Colorectal Screening in Brunei Darussalam," *Asian Pac J Cancer Prev*, vol. 21, no. 8, p. 2231, Aug. 2020, doi: 10.31557/APJCP.2020.21.8.2231.
- [133] V. Tipta, U. Tezi, Ö. Üyesi, P. Gamze, And E. Bucaktepe, "Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Ve Meme Kanser Taramaları Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Yaprın,V. (2021)."
- [134] Seda Bozbiyık, "İzmir İli Merkez İlçelerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Kolorektal, Prostat, Meme, Serviks Kanselerine Ait Risk Faktörleri Ve Tarama Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.2020."
- [135] Servet Derya Yılmaz, "Bir Üniversitenin Merkez Kampüsünde Çalışan İdari Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumu Ve İlişkili Faktörler İle Kanser Tarama Testi Yaptırma Durumları," Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, ISPARTA, 2022. Accessed: Dec. 18, 2022. [Online]. Available: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- [136] E. Nur and Y. Öztürk, "Development of an Attitude Scale for Cancer Screening Examination of critical polymorphisms of candidate genes in osteoporosis View project Investigation of Functional Polymorphisms of Candidate Genes in Osteoporosis View project," 2020, doi: 10.5505/tjo.2020.2341.
- [137] Fatih Yeğenler, "Aile Hekimliği Kliniği Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 30-70 Yaş Arası Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.2021."

- [138] Gamze Karatarla Filiz, "Ankara'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 30-70 Yaş Arası Kadınların Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ve Davranışları. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği.2022."
- [139] İ. Tepecik *et al.*, "The Relationship Between Health Perception and Cancer Screening Awareness," *Türk Aile Hek Derg*, vol. 24, no. 4, pp. 175–183, 2020, doi: 10.15511/tahd.20.00475.
- [140] Murat Özel, "18-65 Yaş Arası Kadınların Kansere Taraması Hakkında Bilgi Düzeyleri, Tutum Ve Davranışları.Tıpta Uzmanlık Tezi.İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği.2021."
- [141] H. Chen *et al.*, "Participation and yield of a population-based colorectal cancer screening programme in China," *Gut*, vol. 68, no. 8, pp. 1450–1457, Aug. 2019, doi: 10.1136/GUTJNL-2018-317124.
- [142] S. Koc and M. N. Esin, "Screening behaviors, health beliefs, and related factors of first-degree relatives of colorectal cancer patients with ongoing treatment in Turkey," *Cancer Nurs*, vol. 37, no. 6, pp. E51–E60, 2014, doi: 10.1097/NCC.000000000000121.
- [143] N. Gençtürk, İ. Üniversitesi, S. B. Fakültesi, And E. Bölümü, "Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları The Status Of Knowledge And Practice Of Early Diagnosis Methods For Breast Cancer By Women Healthcare Professionals," 2013.
- [144] R. K. Wong, M. L. Wong, Y. H. Chan, Z. Feng, C. T. Wai, and K. G. Yeoh, "Gender differences in predictors of colorectal cancer screening uptake: a national cross sectional study based on the health belief model," *BMC Public Health*, vol. 13, no. 1, 2013, doi: 10.1186/1471-2458-13-677.
- [145] E. M. Santos, M. T. Lourenço, and B. M. Rossi, "Risk perception among Brazilian individuals with high risk for colorectal cancer and colonoscopy," *Hered Cancer Clin Pract*, vol. 9, no. 1, Dec. 2011, doi: 10.1186/1897-4287-9-4.
- [146] M. Mosli *et al.*, "Knowledge, attitude, and practices of primary health care physicians toward colorectal cancer screening," *Saudi J Gastroenterol*, vol. 23, no. 6, pp. 330–336, Nov. 2017, doi: 10.4103/SJG.SJG_1_17.
- [147] D. Khanna, N. Khargekar, and A. Budukh, "Knowledge, attitude, and practice about cervical cancer and its screening among community healthcare workers of Varanasi district, Uttar Pradesh, India," *J Family Med Prim Care*, vol. 8, no. 5, p. 1715, 2019, doi: 10.4103/JFMPC.JFMPC_143_19.
- [148] E. Frank, R. Rothenberg, C. Lewis, and B. F. Belodoff, "Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study," *Arch Fam Med*, vol. 9, no. 4, pp. 359–367, 2000, doi: 10.1001/ARCHFAMI.9.4.359.

8. ÖZET

Kanser hastalıkları, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kanser tarama programları ile erken tespit edilen vakaların tedavisi ve iyileşmesi ileri evre hasta olanlara göre hem daha kolay, hem de daha maliyet etkilidir.

Bu araştırmada, bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin Ulusal Kanser Tarama Programları hakkındaki bilgi, tutum ve davranış durumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı-kesitsel tipte olup çalışanlarından örnek seçimine gidilerek 931 kişi dahil edildi. Veriler x soruluk anket ile toplandı. Toplanan veriler tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testleri kullanılarak analiz edildi.

Çalışma sonuçlarına göre personelin yaş ortalaması $34,28 \pm 9,008$, %61,3'ü kadın idi. Katılımcıların %30,7'si araştırma görevlisi doktor, %33,8'i hemşire ve %35,5'i diğer sağlık personelidir. Katılımcıların UKTP bilme sıklığı %88 idi. Taranan tüm kanserleri tam olarak doğru bilme %20,5 olup gerisi yanlış, eksik veya fazladan bir kanser türünü seçmiştir. KETEM'leri bilme sıklığı %71,3, başvurma sıklığı %4,1 idi. Katılımcıların en az bir kere kanser taraması yaptırmama sıklığı %20,4 olarak bulundu. 20 yaş ve üzeri KKMM yapma sıklığı %84,9; 40 yaş ve üzeri KMM yaptırmama 58,8 ve mamografi %67,3; 30 yaş üzeri Pap-Smear/HPV-DNA testi %57,4; 50 yaş ve üzeri GGK %20,3 ve kolonoskopi yaptırmama sıklığı %23,4'dür. Tarama yaptırmayanların en sık yaptırmama nedenleri ise yaşı gereği ve şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamayı. Birinci derece yakınlarına ya da çevresine kanser taraması önerenler %71'di. Kadınların bilgi, tutum ve davranışının daha fazla olduğu, KETEM'leri

bilenlerin ve kanser taraması önerisinde bulunanların kendilerine daha fazla kanser taraması yaptırdığı bulunmuştur.

Sonuç olarak; sağlık personelinin kanser taramalarını bilme oranlarının ve tarama davranışlarının orta düzeyde olduğu, taramalara karşı iyi tutumlarının olduğu ve kanser taramaları ile ilgili eğitime ihtiyaçları olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanı, Ankara, Ulusal Kanser Tarama Programı, KETEM



9. ABSTRACT

Cancer diseases are the second leading cause of death in the world and in our country, after cardiovascular diseases. Treatment and recovery of cases detected earlier with cancer monitoring programs are both easier and more cost-effective than those with terminal cancer.

In this study, it was aimed to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of the health personnel working in a university hospital about the National Cancer Monitoring Programs. The research is descriptive-cross sectional and 931 people were selected as samples from employees. Data were collected by a questionnaire with 47 questions. Collected data were analyzed using descriptive statistics and chi-square tests.

According to the results of the study, the mean age of the personnel was 34.28 ± 9.008 , and 61.3% of them were women. 30.7% of the participants are research assistant doctors, 33.8% are nurses and 35.5% are other health personnel. The frequency of knowing UKTP of the participants was 88%. Knowing all the monitored cancers correctly was 20.5%, and the rest chose an incorrect, missing or extra cancer type. The frequency of knowing KETEMs was 71.3%, the frequency of admission was 4.1%. The frequency of having cancer monitoring at least once was found to be 20.4%. The frequency of BSE at the age of 20 and over is 84.9%; 40 years and older had CBE 58.8% and mammography 67.3%; Pap-Smear/HPV-DNA test over 30 years old 57.4%; 50 years of age and older have a FDA of 20.3%, and the frequency of colonoscopy is 23.4%. The most common reasons for those who did not have monitoring were that they did not need it because of their age and because they did not have any complaints. Those who recommended cancer monitoring to their first-degree relatives or friends were 71%. It was found that women had more knowledge, attitudes and behaviors, and those who knew about KETEMs and suggested cancer monitoring had more cancer monitoring done.

As a result; It was found that health personnel's knowledge of cancer monitoring and monitoring behaviors were at a moderate level, they had good attitudes towards monitoring and they needed training on cancer monitoring.

Keywords: Health Professional, Ankara, National Cancer Monitoring Program, KETEM



10. EKLER

Anket Formu

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMLARI KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

İnt. No: Anket No: Tarih:.....

Ben intern doktor Gazi üniveristesinde çalışan sağlık personelinin ülkemizde rutin olarak önerilen kanser taramalarına (mamografi, kolonoskopi, pap smear, gaitada gizli kan) yönelik bilgi tutum ve davranışını ölçmeye yönelik hazırlanmış bir ankettir. Herhangi bir özel bilgi, telefon vb talep edilmemektedir. Anket sırasında sizden istediğimiz tüm kişisel bilgileriniz ve cevaplarınız tamamen gizli kalacaktır. Veriler toplu halde analiz edilecektir. Ankete katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kabul edilmesi durumunda ankete vereceğiniz içten doğru yanıtlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Katılmayı kabul ediyorum

Katılmayı kabul etmiyorum

1.Yaşınız

2.Cinsiyetiniz nedir?

1.Erkek 2.Kadın

3.Medeni durumunuz nedir?

1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış/Dul

4.Mesleğiniz ?

-Araştırma Görevlisi Doktor

-Hemşire

-Tekniker/Teknisyen

-Bilgisayar İşletmeni-Mühendis

-Hizmetli/Personel

-Veri Hazırlama Ve Kontrol İşletmeni

-Sağlık Memuru/Memur/Sosyal Çalışmacı

-Biyolog

- Laborant-Kimyager
- Hastane Başmüd-Hast.Müd-H.Müd Yrd.-Şube Müd-Şef
- Fizyoterapist
- Diyetisyen
- Eczacı
- Psikolog
- Sekreter
- Şoför
- Diğer

5. Meslekte kaçınıcı yılınız?

6. Sigara içiyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır, içtim bıraktım
- 3.Hayır, hiç içmedim

7. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hayır kullanmıyorum
2. Evet, arada sırada
3. Evet, haftada en az bir kez düzenli

8. Kronik bir hastalığınız var mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır

9. Kronik hastalığınız var ise aşağıdakilerden hangisi/hangileri seçiniz?

1. Diabetes mellitus (şeker hastalığı)
2. Hipertansiyon
3. Koroner arter hastalığı
4. Hiperlipidemi
5. Diğer

10. Hiç kanser tanısı aldınız mı ?

1. Evet
2. Hayır

11. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden seçiniz?

- Meme kanseri
- Kolorektal kanseri (kalın bağırsak kanseri)
- Serviks (rahim ağzı) kanseri
- Akciğer kanseri
- Prostat kanseri
- Mide kanseri
- Diğer

12. Ailenizde, akrabalarınızda ya da yakın çevrenizde kanser olan var mı?

1. Var
2. Yok

13. Türkiye’de ulusal kanser tarama programı kapsamında kanser taraması yapılıyor mu?

- 1.Evet
2. Hayır

14. Cevabınız evet ise Türkiye’de ulusal kanser tarama programı kapsamında olan kanserler hangileridir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Bilmiyorum
- Akciğer kanseri
- Meme kanseri
- Mide kanseri
- Servix kanseri
- Prostat kanseri
- Kolon kanseri

15. Kanser taraması kimlere ve hangi yaş gruplarına yapılıyor biliyor musunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

-Bilmiyorum

-Akciğer kanseri 40-60 yaş grubu tüm kadın ve erkeklere tarama yapılıyor

-Meme kanseri 40 - 69 yaş grubundaki tüm kadınlara tarama yapılıyor

-Serviks kanseri 30 - 65 yaş grubundaki tüm kadınlara tarama yapılıyor

-Kolon kanseri 50 -70 yaş grubundaki tüm kadın ve erkeklere tarama yapılıyor

-Prostat kanseri 40-69 yaş grubu tüm erkeklere tarama yapılıyor

16. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'leri duydunuz mu ?

1. Duydum

2. Duydum ancak bilgim yok

17. KETEM 'e hiç başvurduğunuz mu ?

1.Evet

2.Hayır

18. KETEM'lerde aşağıdaki kanser tarama testlerinden hangileri yapılabilmektedir ? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

-Bilmiyorum

-Mamografi

-Pap Smear/HPV-DNA testi (rahim ağzı sürüntüsünde HPV virüs tarama)

-Endoskopi

-Gaitada gizli kan testi (GGK)

-Kolonoskopi

-Ultrason

19. Kanser tarama amaçlı hiç tarama yaptırdınız mı?

1. Evet, düzenli yaptırıyorum

2. Evet ancak düzenli olmuyor

3. Hayır

20. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisini yaptırdınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Mamografi
- Bilgisayarlı tomografi
- Kolonoskopi/Sigmoidoskopi
- MR
- Pap Smear/HPV-DNA testi (rahim ağzı sürüntüsünde HPV virüs tarama)
- Gaitada gizli kan (GGK)
- Akciğer grafisi
- Tiroid usg
- Diğer

21. Kanser taraması yaptırmanızı sağlayan unsur neydi? (daha önce tarama yaptıranlar için)

- Aile Hekimi Önerisi
- Aile Hekimi Dışı Branşta Bir Hekim Önerisi
- Çevrede Tanıdık / Akraba Önerisi
- Ailede Kanser Öyküsü
- Çevrede Tanıdıklarda Kanser Öyküsü
- Sosyal Medya
- Diğer

22. Kanser tarama muayeneleri için nereyi tercih ediyorsunuz?

- 1.Kendi hastanemi
- 2.Diğer devlet hastanelerini
- 3.KETEM'leri
- 4.Özel hastane ya da muayenehaneleri
- 5.Diğer

23. Kanser taramasını yaptırmama//düzensiz yaptırmamızın sebebi nedir?

- Yaşım gereği yaptırmadım
- Tarama yapıldığını bilmiyordum
- Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için
- Kolay ve ulaşılabilir olmadığı için

- Ailemde kanser olmadığı için
- Kanser tarama testlerinin yeterliliğine inanmadığım için
- Korktuğum için
- Utandığım için
- Kanser tarama testlerine inanmadığım için
- Zaman bulamadığım için

24. Birinci derece yakınlarınıza ya da çevrenize kanser taraması yaptırmaları konusunda önerilerde bulunuyor musunuz ?

- 1.Evet
- 2.Hayır

25. Cevabınız evet ise hangi testleri öneriyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Kendi kendine meme muayenesi
- Klinik meme muayenesi
- Mamografi
- Pap Smear/HPV-DNA Testi (rahim ağzı sürüntüsünde HPV virüs tarama)
- Gaitada Gizli Kan (GGK)
- Kolonoskopi/Sigmoidoskopi

26. Sizce gaitada gizli kan testi (GGK) tarama amaçlı yapılmalı mıdır?

1. Evet
2. Hayır
3. Fikrim yok

27. Tarama amaçlı GGK testi yaptırdınız mı? (Cevabınız evetse 29. ve 30. sorulara, hayırsa 31. soruya geçiniz)

- 1.Evet
2. Hayır

28. GGK testi ne sıklıkla yaptırıyorsunuz?

- Doktor isteği olduğunda
- İki yılda bir yaptırıyorum

-Şimdiye kadar sadece bir kez

29. GGK testini niçin yaptırdınız?

-Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle

-Doktor isteği ile

-Ailemde kolorektal kanser hikayesi nedeniyle

-Şikayetimin olması nedeniyle

-Diğer

30. GGK testini yaptırmama sebebiniz nedir?

-Yaşım gereği yaptırmadım

-Şikayetimin olmadığından ihtiyaç duymadım

-İşlemden korktuğum için

-Kendimi risk altında görmediğim için

-Zamanımın olmaması

-Diğer

31. Sizce kolonoskopi tarama amaçlı yaptırılmalı mı?

1.Evet

2. Hayır

3. Fikrim yok

32. Kolonoskopi yaptırdınız mı? (Cevabınız evetse 33. ve 34. sorulara, hayırsa 35. soruya geçiniz)

1. Evet

2. Hayır

33. Kolonoskopi ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?

-Doktor isteği olduğunda

-On yılda bir yaptırıyorum

-Şimdiye kadar sadece bir kez

34. Kolonoskopi niçin yaptırdınız?

-Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle

-Doktor isteği ile

- Ailemde kolorektal kanser hikayesi nedeniyle
- Şikayetim olması nedeniyle
- Diğer

35. Kolonoskopi yaptırmama sebebiniz nedir?

- Yaşım gereği yaptırmadım
- Şikayetim olmadığından ihtiyaç duymadım
- İşlemden korktuğum için
- Kendimi risk altında görmediğim için
- Zamanımın olmaması
- Diğer

SADECE KADINLAR DOLDURACAK

1. Sizce kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapılmalı mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Fikrim yok

2. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz? (Cevabınız **Evetse** 3.ve 4.sorulara, **Hayırsa** 5. Soruya geçiniz)

- 1.Evet
- 2.Hayır

3. Kendi kendine meme muayenesi ne sıklıkta yapıyorsunuz?

- 1.Aklıma geldikçe
- 2.Haftada.... kez
- 3.Ayda Kez
- 4.Yılda Kez

4. Kendi kendine meme muayanesini niçin yapıyorsunuz?

- 1.Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
- 2.Doktor isteği ile
- 3.Ailede meme kanseri hikayesi nedeniyle
- 4.Şikayeti olması nedeniyle

5.Diğer

5. Kendi kendine meme muayenesi yapmama sebebiniz nedir?

1. Nasıl yapılacağını bilmiyorum
2. Şikayetim olmadığı için ihtiyaç duymama
3. Kendimi risk altında görmediğim için
4. Diğer...

6. Sizin yaşınızda Klinik Meme Muayenesi (KMM) yaptırılmalı mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Fikrim yok

7. Şimdiye kadar hiç klinik meme muayenesi (doktor tarafından yapılan meme muayenesi) yaptırdınız mı? (Cevabınız **Evetse 8.ve 9.sorulara, Hayırsa 10. Soruya** geçiniz)

- 1) Evet
- 2) Hayır

8. Klinik meme muayenesi ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?

1. Doktor isteği olduğunda
2. İki yılda bir kez
3. Şimdiye kadar sadece bir kez

9. Klinik meme muayenesini niçin yaptırdınız?

1. Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
2. Doktor isteği ile
3. Ailede meme kanseri hikayesi nedeniyle
4. Şikayetim olması nedeniyle
5. Diğer...

10. Klinik meme muayenesi yapmama sebebiniz nedir?

1. Şikayetim olmadığı için ihtiyaç duymama
2. İşlemden korktuğum için
3. Kendimi risk altında görmediğim için

4. Konuyla ilgili bilgiye sahip olmadığım için

5. Diğer...

11. Sizce mamografi tarama amaçlı yaptırılmalı mı?

1.Evet

2.Hayır

3.Fikrim yok

12. Şimdiye kadar hiç mamografi yaptırdınız mı? (Cevabınız **Evetse 13.ve 14.sorulara, Hayırsa 15.** Soruya geçiniz)

1. Evet

2. Hayır

13. Mamografiyi ne sıklıkla yaptırıyorsunuz?

1. Doktor isteği olduğunda

2. İki yılda bir kez

3. Şimdiye kadar sadece bir kez

14. Mamografiyi niçin yaptırdınız?

1. Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle

2. Doktor isteği ile

3. Ailede meme kanseri hikayesi nedeniyle

4. Şikayetim olması nedeniyle

5. Diğer

15. Mamografi yaptırmama sebebiniz nedir?

1.Yaşım gereği yaptırmadım

2. Şikayetim olmadığından ihtiyaç duymadım

3. İşlemden korktuğum için

4. Kendimi risk altında görmediğim için

5. Konuyla ilgili bilgiye sahip olmadığım için

6. Diğer

16. Sizince Pap Smear/HPV-DNA testi (rahim ağzı sürüntüsünde HPV virüs tarama) tarama amaçlı yaptırılmalı mı?

- 1.Evet
2. Hayır
3. Fikrim yok

17. Pap Smear/ HPV-DNA testi yaptırdınız mı? (Cevabınız **Evetse 18.**ve 19.sorulara, **Hayırsa 20.** Soruya geçiniz)

1. Evet
2. Hayır

18. Pap Smear/ HPV-DNA testini ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?

1. Doktor isteği olduğunda
2. Beş yılda bir kez
3. Şimdiye kadar sadece bir kez

19. Pap Smear/ HPV-DNA testini niçin yaptırdınız?

1. Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
2. Doktor isteği ile
3. Ailede serviks kanseri hikayesi nedeniyle
4. Şikayeti olması nedeniyle
5. Diğer

20. Pap Smear/ HPV-DNA testini yaptırmama sebebiniz nedir?

1. Şikayetim olmadığından ihtiyaç duymama
2. İşlemden çekindiğim için
3. Kendimi risk altında görmediğim için
4. Diğer

HERKES DOLDURACAK

21. Herhangi bir ulusal kanser taraması duymadıysanız ya da yaptırmadıysanız bu anket sonrası yaptırmayı düşünür müsünüz ?

1. Evet

2. Hayır
3. Kararsızım

22. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisini yaptırmayı düşünürsünüz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- 1.Mamografi
- 2.Kolonoskopi/Sigmoidoskopi
- 3.Pap Smear/HPV-DNA testi
- 4.Gaitada gizli kan



11. ETİK KOMİSYON ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 24.09.2021-E.172404



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-604.01.02-172404
Konu : Değerlendirme ve Onay

24.09.2021

Sayın Prof. Dr. Fatma Nur BARAN AKSAKAL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz araştırmacı grubu Fatma Nur BARAN AKSAKAL ve Fatma ÖZTÜRK DUMAN'dan oluşan, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Hastanesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı **Araş. Gör. Dr. Fatma ÖZTÜRK DUMAN**'ın, uzmanlık tez çalışması olan *"Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Personelin Ulusal Kansere Tarama Programları Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi"* başlıklı tez çalışması ile ilgili araştırma önerisi Komisyonumuzun **21.09.2021** tarih ve **14** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2021 - 876

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSVZVL4511

Belge Takip Adresi : <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr/belgedogrulama.aspx>



Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No: 61 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel: 0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks: 0 (312) 202 38 76
İnternet: <http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@ts01.kep.tr

Bilgi için: **Fatih HOŞNAK**
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No: 03122022666



**GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK
KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ**

TOPLANTI TARİHİ : 21/09/2021		TOPLANTI SAYISI : 14	
ADI – SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN			
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.C.Haluk BODUR			
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN			
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER			
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL			
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ		KATILAMADI	
Prof.Dr.Gülray BAYRAMOĞLU			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA			
Doç.Dr.İlyas OKUR			
Doç.Dr.Nihan KAFA			
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN			

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı: FATMA

Soyadı: ÖZTÜRK DUMAN

Doğum Yeri-Tarihi: T

Eğitimi:

2017-2023: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı

Uzmanlık Eğitimi

2006-2012: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce