

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi

Dr. Öğr. Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL

**30-70 YAŞ ARASI BİREYLERİN BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI İLE KANSER
TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Gülşah ÇETİN

TEKİRDAĞ – 2021

TEŞEKKÜR

Öncelikle tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince desteğini ve katkılarını esirgemeyen, tez danışmanım sevgili hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL'e ve Dr. Öğr. Üyesi Aydan ÇEVİK VAROL'a,

Uzmanlık eğitimine birlikte başladığımız ve bu süreci beraber sonlandıracağımız başta eş kıdemlerim olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde anlayış gösterip destek veren, bu zorlu süreçte de yanımda olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim kıymetli annem Sevgül, babam Zafer ve kardeşim Rasim KÖPRÜLÜ'ye,

Meslek hayatımın her anında yanımda olan, her zaman bana güç veren, en büyük moral ve motivasyon kaynağım, canımdan çok sevdiğim eşim, hayat arkadaşım Fatih ÇETİN'e ve tez sürecimdeki en büyük mutluluk sebebim, henüz dünyaya gözlerini açmamış olan canım kızıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gülşah ÇETİN

Tekirdağ, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
SİMGE VE KISALTMALAR.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	3
AİLE HEKİMLİĞİ.....	4
Aile Hekimliği Tanımı	4
Aile Hekimi Kimdir?.....	4
Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	5
KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ (KETEM)	6
KANSERİN TANIMI VE ÖNEMİ	7
DÜNYADA KANSER.....	8
TÜRKİYE’DE KANSER.....	9
KANSER TARAMALARI	10
TÜRKİYE’DE UYGULANAN ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMI	11
AİLE HEKİMLİĞİ VE KANSER TARAMALARI	12
MEME KANSERİ.....	14
Meme Kanseri Etiyoloji ve Epidemiyolojisi	14
Meme Kanserinde Tarama	15
SERVİKS KANSERİ	17
Serviks Kanseri Etiyoloji ve Epidemiyolojisi	17
Serviks Kanserinde Tarama.....	19

KOLOREKTAL KANSER	21
Kolorektal Kanser Etiyoloji ve Epidemiyolojisi	21
Kolorektal Kanserde Tarama.....	22
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	25
BULGULAR	27
TARTIŞMA.....	51
SONUÇLAR.....	59
ÖZET	61
SUMMARY	63
KAYNAKLAR.....	65
EKLER	76

SİMGE VE KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ASR	Yaşa Standardize Edilmiş Hız (Age Standardized Rate)
BI-RADS	Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemleri (Breast Imaging Reporting and Data Systems)
CIN	Servikal intraepitelyal neoplazi
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FAP	Ailesel Adenomatöz Polipozis (Familial Adenomatous Polyposis)
GGK	Gaitada gizli kan
GLOBOCAN	Global Kanser Gözlemevi (Global Cancer Observatory)
HNPCC	Hereditör Nonpolipozis Kolorektal Kanser (Hereditary Non-poliposis Colorectal Cancer)
HPV	Human Papilloma Virüsü
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research on Cancer)
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KKMM	Kendi kendine meme muayenesi
KMM	Klinik meme muayenesi
MR	Manyetik rezonans
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
UKTS	Ulusal Kanser Tarama Standartları

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Cinsiyete göre dünyada en sık görülen kanserlerin sıralaması (ASR'ye göre)

Tablo 2. Cinsiyete göre dünyada en çok öldüren kanserlerin sıralaması (ASR'ye göre)

Tablo 3. Ülkemizde cinsiyete göre en sık görülen kanserlerin sıralaması (ASR'ye göre)

Tablo 4. Ülkemizde cinsiyete göre en çok öldüren kanserlerin sıralaması (ASR'ye göre)

Tablo 5. BI-RADS sınıflaması

Tablo 6. BI-RADS'a göre meme dokusu özelliklerinin tiplendirilmesi

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Tablo 8. Katılımcıların yaş grupları ve alkol kullanma durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 9. Katılımcıların ailede kanser öyküsü bulunma durumu, birinci basamak sağlık hizmeti kullanma durumu ve kanser taramaları konusundaki bilgi ve tutumlarına göre dağılımı

Tablo 10. Katılımcıların düzenli aile hekimine gitme durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 11. Katılımcıların rahim ağzı kanser taraması ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına göre dağılımı

Tablo 12. Katılımcıların meme kanseri tarama testleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına göre dağılımı

Tablo 13. Katılımcıların mamografi ve gaitada gizli kan testi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına göre dağılımı

Tablo 14. Katılımcıların kolonoskopi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına ve kanser tarama testlerini yaptırmama veya düzensiz yapma nedenlerine göre dağılımı

Tablo 15. Rahim ağzı kanser taramasını bilme durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 16. HPV DNA/Smear testi yaptırmama durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 17. Mamografi çekilme durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 18. Gaitada gizli kan testini bilme durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 19. Daha önce gaitada gizli kan testi yaptıрма durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 20. Kolonoskopi bilgisi durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 21. Daha önce kolonoskopi yaptıрма durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 22. HPV DNA/Smear testi önerilme durumu ile HPV DNA/Smear testi yaptıрма durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 23. Mamografi önerilme durumu ile mamografi çekilme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 24. Gaitada gizli kan testi önerilme ile GGK testi yaptıрма durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 25. Kolonoskopi önerilme ile kolonoskopi yaptıрма durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kanser tarama testlerini bilme durumlarının dağılımı (%)

Şekil 2. Kanser tarama testleri davranışlarının dağılımı (%)



GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, vücudun bazı kısımlarına etki edebilen büyük bir hastalık takımı için genel bir ifadedir. Kanser, 2020’de yaklaşık 10 milyon ölümün gerçekleştiği, dünya çapında ölümün önde gelen nedenidir (1). Türkiye İstatistik Kurumu ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2019’a göre; ölüm nedenlerine bakıldığında, %36,8 ile kalp damar hastalıkları ilk sırada yer alırken, bunu %18,4 ile benign ve malign kitleler, %12,9 ile de solunum sistemi hastalıkları takip etti (2).

Ortalama yaşam süresinin artması, teşhis ve tedavide meydana gelen yeni gelişmeler, sağlık kuruluşlarından daha fazla faydalanabilme imkanının ortaya çıkması gibi çeşitli sebeplerle günümüzde kanserin önemi giderek artmakta ve her sene daha fazla kişi kanser tanısı almaktadır (3).

Kanserin ortaya çıkmasını engellemek ve kansere bağlı yaşam kayıplarını en aza indirmek için bazı tedbirler alınmalıdır. Birincil ve ikincil koruma önlemleri olarak isimlendirilen bu tedbirlerin ve gerekli durumlarda hastalığın tedavi izlem aşamalarının beraber uygulanması zorunludur. Birincil koruma hastalığa sebep olan davranışların değiştirilmesi için uygulananları, hastalığın ortaya çıkmasına sebep olan faktörlere maruziyetin azaltılmasını, bu faktörlere maruziyetin azaltılamadığı hallerde ise hastalığın oluşumunu engellemeyi, hastalığın risk faktörlerinin kontrol altına alınmasını ve böylece hastalıklara yakalanma oranlarını düşürmek için yapılanları kapsamaktadır. İkincil koruma ise, hasta sayısını olabildiğince azaltmak amacıyla erken teşhis için yapılan girişimlerdir ve hastalıkların belirtisiz oldukları dönemde tanı almasını ve ilerlemesinin engellenmesini amaçlayan faaliyetleri içermektedir. Bu durumda taramalar da ikincil koruma kapsamında

olmaktadır. Birincil koruma bütün halk için uygulanmakta iken, ikincil koruma sadece o hastalık için risk altında olan bireyleri hedef almaktadır (4-7).

Bazı malign neoplazmlar için hedef kitle belirlenerek, bu kişilerde henüz semptom ve şikayetler oluşmadan önceki dönemde, tetkik ve muayene şeklinde verilen her çeşit sağlık hizmeti kanser taraması diye adlandırılır (8). Kanser taramaları koruyucu hekimliğin vazgeçilmez bir parçasıdır ve kanserde erken teşhis ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Hastalıkların erken teşhisinde iki metot bulunmaktadır. Birincisi hastalığın erken semptomlarını tespit etmek, diğeri ise hastalığın henüz semptom göstermediği bireyleri tespit etmektir. Tarama programları hastalığı semptom vermeyen bireyleri tespit etmek için yürütülmektedir. Hiç kuşkusuz ki erken evrede tanı alan kişilerin tedavisi ileri evrede olan kişilere göre hem daha kolay olmakta hem de maliyeti azaltmaktadır (9).

Ülkemizde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı olan Kanser Daire Başkanlığı, bireylerin yaşlarına ve risk durumlarına göre ulusal kanser tarama programlarını hayata geçirmiştir. Bu taramalar da Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Aile sağlığı merkezleri (ASM) üzerinden uygulanmaktadır (9).

Birinci basamakta çalışan aile hekimleri için kanser tarama testleri, kayıtlı nüfuslarına yaptıkları periyodik sağlık muayeneleri içerisinde en önemlilerinden biridir. Aile hekimleri kanser taramaları ile ilgili danışmanlık verme, hedef kitleyi taramaya çağırma, ASM koşullarında uygulanabilecek taramaları yapma ve taramaları kayıt altına alma gibi görevleri ile taramaların en önemli noktasındadırlar (10).

Ülkemizde de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tavsiye ettiği üç kanser çeşidi için tarama uygulanmaktadır. Bunlar; meme, rahim ağzı kanseri ve kolorektal kanserdir (11). Rahim ağzı kanseri HPV DNA ve smear testiyle, meme kanseri mamografi ve meme muayenesi ile, kolorektal kanser ise gaitada gizli kan (GGK) testi ve kolonoskopi yöntemleriyle taranmaktadır (12).

Çalışmamızın amacı, Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 30-70 yaş arası bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım durumu ile ulusal kanser tarama programında mevcut olan rahim ağzı, kolorektal ve meme kanseri hakkındaki bilgilerini, tutumlarını ve tarama kriterlerine uyan kişilerin davranışlarını değerlendirmek ve hastalarımızda kanser taramaları ile ilgili farkındalık oluşturmaktır.

GENEL BİLGİLER

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetini kişilere birlikte sunarak, kişilerin sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşabildikleri, daha az maliyetle etkili ve yaygın sağlık hizmeti verilen birimdir (13). Sağlık hizmetlerinin basamaklara ayrılmasının en önemli sebebi kişinin bir sağlık problemi nedeniyle ortaya çıkan bakım ihtiyacına ilk başvurdukları noktada ulaşabilmeleri ve bu ilk başvuru yerlerine her zaman kolay bir şekilde erişme imkanının olmasıdır (14). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin birçok özelliği mevcuttur. Bunlar;

1- Öncelikli ve ihtiyacın olduğu sağlık hizmetlerinin daha kolay ulaşılabilir olması ve bireyler arası eşitsizliklerin azaltılması

2- Bütüncül hizmet vermeleri

3- Temelini koruyucu sağlık hizmetlerinin meydana getirmesi

4- Sağlık problemlerinin erken teşhis ve tedavisi için oldukça elverişli olması

5- Birinci basamağın özelliklerinin birbirine etki edip birbirini güçlendirmesi

6- Uzman gerektiren hizmetlere ihtiyacı en aza düşürmesi (15).

İyi düzenlenmiş birinci basamak sağlık hizmetleri olan ülkelerde, diğer uzman hizmetlere ağırlık vermiş olan ülkelere kıyasla, daha az maliyetlerle daha iyi sağlık belirteçlerine ve halk memnuniyetine ulaşabilmektedir (16).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan yerler, sağlık hizmeti almak isteyen bireylerin ilk başvurdukları merkezlerdir. Bu yerlerde hasta bakımları ayakta veya evde verilebilir, daha sıklıkla da iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir (17).

Birinci basamak sağlık hizmetleri olarak; Aile sağlığı merkezi, Toplum sağlığı merkezi (TSM), Ana çocuk sağlığı ve Aile planlaması merkezi ve KETEM sayılmaktadır (17). Birinci basamak sağlık hizmetinin günümüzdeki uygulanma modeli Aile hekimliğidir. Aile hekimliği ve birlikte uygulanmaya başlayan hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmetleri oldukça ilerlemiş, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımı daha kolay hale gelmiş ve verilen hizmetler her yönüyle gelişmiştir. Verilen koruyucu sağlık hizmetinin içeriği de genişletilmiştir. Çocuk, bebek, gebe ve lohusa izlemleri, aşılama, özel gruplara yönelik tarama ve izlemler ile geliştirilmiş, periyodik sağlık muayeneleri de dahil edilmiş ve sağlık konularıyla ilgili olarak danışmanlık yapılarak sağlığı daha iyi hale getirecek hizmetlerin verilmesi sağlanmıştırdır (13).

AİLE HEKİMLİĞİ

Aile Hekimliği Tanımı

Aile hekimliği, sağlık sisteminin ilk tıbbi temas noktasını meydana getirir (18). Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği Avrupa Bölgesi (WONCA-Avrupa) (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) 2002 yılında disiplinin farklı özelliklerini sunan aile hekimliği tanımını “Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır” diye yapmıştır. Terim olarak Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliği beraber ve aynı manada geçse de burada kastedilen, mezuniyet öncesi tıp eğitimini bitirmiş ve pratisyen olarak görev yapan tabipler değil, en az 3 yıl olacak şekilde birinci basamak uzmanlık eğitimini tamamlamış tabiplerdir (19).

Aile Hekimi Kimdir?

Aile hekimi her yaş grubunu, cinsiyeti ve hastalık durumunu kapsayacak şekilde, her bireye sürekli ve kapsamlı olarak birinci basamak teşhis, tedavi ve iyileştirici sağlık hizmetleri ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunmakla görevlidir. İcap ettiği ölçüde mobil sağlık hizmeti de verir ve tam gün niteliğine göre çalışır. Aile hekimi, Bakanlığın gerekli gördüğü eğitimleri almış uzman hekim veya hekimler ve aile hekimliği uzmanlarıdır (20).

Aile hekimi fiziksel, psikolojik, çevresel, kültürel ve hayata dair bütün faktörleri beraber değerlendirerek, hastalıklarının idaresini kendi hastalarıyla konuşurken, tekrarlayan bir araya gelmelerle meydana gelmiş olan ve biriken bilgiyi, itimatı kullanırlar. Mesleki vazifelerini, hastalığı engelleyerek, tedavi, bakım veya hastalıkta iyileşme elde ederek ifa ederler, hatta ya direkt kendisi aracılığıyla ya da başka meslek çalışanları vasıtasıyla ihtiyaç halinde sağlık hizmetlerine erişmede hastaları desteklerler (21).

Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları 2010 yılında çıkarılan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ile belirlenmiştir. Aile hekimi, beraber görev yaptığı ekibin denetimini yapmak ve hizmet içi eğitimlerini almalarına aracı olmak, ASM’yi idare etmek ve bireye yönelik sağlık hizmeti vermekle sorumludur. Bireye yönelik önleyici, tedavi edici, iyileştirici sağlık hizmetlerini, kendisine kayıtlı olan kişileri bütünüyle inceleyerek, ekip anlayışı içerisinde yerine getirir. Aile hekiminin bakanlık tarafından usul ve esaslar kapsamında belirlediği vazife, yetki ve yükümlülükleri şu şekildedir;

- a) Görev yaptığı bölgenin sağlık hizmetinin düzenlenmesinde o bölgenin toplum sağlığı merkezi ile birlikte çalışır,
- b) Görevini yaparken karşı karşıya geldiği toplumu ve çevreyi alakadar eden sağlık ile ilgili konuları toplum sağlığı merkezine haber verir,
- c) Kayıtlı nüfusundaki bireylerin ilk muayenelerini yapmak için bireylerle iletişime geçer veya altı ay içerisinde ev ziyareti yapar,
- ç) Birey odaklı önleyici sağlık hizmetlerini ve birinci basamak teşhis, tedavi, iyileştirici ve danışmanlık hizmeti sunar,
- d) Kayıtlı nüfusuna sağlık konusunda danışmanlık yapar, hastalıkları önleyici, aile planlaması ve anne çocuk sağlığı hizmetlerini verir,
- e) Kişilerin periyodik sağlık muayenesini gerçekleştirir,
- f) Kendisine kayıtlı kişilere uygun izlem ve taramaları (kronik hastalık ve kanser taramaları, gebe, lohusa, bebek, çocuk sağlığı ve benzeri) gerçekleştirir,
- g) Kendisine kayıtlı olan kişilerden, mecburi olarak evde takibi gereken yaşlı, yatalak, özürlü ve benzeri haldeki kişilere mobil/yerinde sağlık hizmeti verir,
- ğ) ASM koşullarında teşhis veya tedavi edilemeyen hastaları bir üst kuruma sevk eder, 2. ve 3. basamak tedavi ve iyileştirici hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin uyum içerisinde olmasını mümkün kılar,

- h) Gerekli tetkikleri yapar veya yapılmasını sağlar,
- ı) Kişilerin sağlık kayıtlarını yapar ve ihtiyaç durumunda bildirim yapar,
- i) Kendine kayıtlı nüfustaki bireyleri senede en az 1 kez görüp muayene ederek sağlık kayıtlarını yeniler,
- j) İhtiyaç halinde hastayı gözleme alıp tahlillerini yapar ve tedavisini gerçekleştirir,
- k) Entegre sağlık hizmeti verilen yerlerde ihtiyaç halinde hastayı yatırıp tedavi eder,
- l) İlgili mevzuatta bireye yönelik verilebileceği düşünülen birçok sağlık raporu, sevk belgesi, reçete gibi formların düzenlenmesini sağlar,
- m) Bakanlıkça belirlenmiş konularda hizmet içi eğitimlere iştirak eder,
- n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilmiş başka vazifeleri de yerine getirir (22).

KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ (KETEM)

Ülkemizde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı olan Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, kanser taramaları ve kanserin engellenmesi konularına dikkat çekmektedir. Bu sebeple üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları ile birlikte uygulanmak üzere “Ulusal Kanser Kontrol Programı” düzenlenmiştir. Bu programı daha düzenli bir şekilde uygulayabilmek için de DSÖ'nün tarama yapılmasını uygun gördüğü kanserlerde, toplumun belirli hedef popülasyonunu kapsayacak şekilde tarama programlarını gerçekleştirebilmek için KETEM'i kurmuştur (9).

KETEM'ler, il devlet hastaneleri ile bütünleştirilerek, ihtiyaç halinde de hastanenin bütün olanaklarından yararlanabilecek şekilde düzenlenmişlerdir. KETEM'lerin temel kuruluş sebepleri; serviks, kolorektal ve meme kanserlerine bağlı yaşam kayıplarını en aza indirmektir. Bu amacını da Ulusal Kanser Tarama Standartları aracılığıyla gerçekleştirmektedir (23).

Toplumda kanser ile ilgili dikkatleri çekmek, birebir verilecek eğitimlerle bireylerin kanserden korunma yolları ve tarama programları konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlayarak kanserden korunmayı gerçekleştirebilmek ve taramaları uygulayabilmek KETEM'lerin en önemli hedeflerindedir. KETEM'de verilen hizmetlerin büyük kısmı da farkındalık oluşturabilmek için yapılan hizmetiçi eğitim ve halk eğitimleri eylemlerini kapsamaktadır. Meme muayenesi ve eğitimi, mamografi çekimi, gaitada gizli kan testi ve pap smear testi uygulaması ve değerlendirilmesi de bu merkezlerde yapılmaktadır. Ülkemizde kanser taramaları konusunda verilen hizmetlerin tümü ücretsiz olarak verilmektedir (24).

KANSERİN TANIMI VE ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından kanser tanımı temel olarak; anormal hücrelerin kontrolsüz şekilde büyümesiyle vücudun hemen hemen her organında veya dokusunda oluşabilen, sınırlarını aşarak kendine komşu bölgelere ve diğer organlara da yayılabilen büyük bir hastalık grubudur. Kanserden ölümün önemli bir sebebi olan ve kanserin ileri evresine ise metastaz denir (25). Hücre DNA'sı kanser gelişmesi durumunda normal işlevini kaybeder, hücre başkalaşır farklı bir genetiğe bürünür ve o şekilde çoğalır. Kanser başka hastalıklara da neden olabilir ve başka doku ve organlara metastaz gerçekleşebilir (26). Kanserlerin %85-90'lık kısmının hücre DNA'sının mutasyona uğraması, DNA'daki küçük ilerleyici dönüşümler ve DNA replikasyonunda oluşan kusurlar ile oluştuğu, %10-15'inin ise kalıtsal olduğu değerlendiriliyor (27). Kanser oluşumundaki bu hücre değişiklikleri multifaktöriyeldir. Çeşitli sebepler bu konuda suçlanmaktadır. Bunlar arasında bakterilerden virüslere, radyasyondan genetiğe, çevresel etmenlerden kimyasallara ve beslenme alışkanlıklarına kadar birçok faktör tanımlanmıştır (28).

Kanser, oldukça sık görülen, tedavisi ise ucuz olmayan, uzun süren ve yan tesirleri olan önemli bir sağlık sorunudur. Mortalite ve morbiditesi ise bir hayli yüksek bir hastalıktır (29). Bu sebeple kanserin erken tanısının oldukça önemi bulunmaktadır. DSÖ'nün Kanser Kontrol Programı kapsamında tanınmış olan "Primer Koruma" ve "Sekonder Koruma" kavramları kanserin erken teşhisi için ve kanserden korunma amacıyla kullanılmaktadır (30).

Mortalite ve morbiditeye çokça neden olan ve sık görülen hastalıklar halk sağlığına en önemli hastalıklar olarak kabul görmektedir. Teşhis olanaklarının artması, teknolojinin ilerlemesi ve halkın büyük kısmına verilen sağlık hizmetleri ile birçok hastaya kanser tanısı konulabilmektedir. Üstelik hayat koşullarının iyileşmesi sebebiyle ortalama yaşam süresinin yükselmiş bulunması, kanserin tedavi imkanlarının gelişmesi ve daha fazla kişinin doktora müracaat ediyor olması kanserin daha fazla teşhisine imkan sağlar. Ne yazık ki insanlar teknolojinin ilerlemesi sebebiyle kanser yapıcı etkenlerle daha çok karşılaşmakta ve kanserin toplumda yaygınlığı gittikçe artmaktadır (10).

Bazı risk etmenlerinden uzaklaşarak veya onları değiştirerek ve mevcut kanıta dayalı korunma stratejilerini hayata geçirerek kanser ölümlerinin %30 ila %50'si önlenabilir. Kanser erken tanısı ve kansere yakalanan hastaların yönetimi ile de kanser yükü azaltılabilir. Ayrıca kanserden korunma, kanserin kontrolü için en uygun maliyetli ve uzun vadeli stratejiyi sunar (31).

Erken teşhis ve tedavi, kanser hastalarının iyileşme olasılığını artırmaktadır. Korku, bilmemezlik, ihmalkarlık gibi nedenlerle hekime başvurmamak da teşhisi geciktirmekte ve hastalığın tedavisini daha zor hale getirmektedir. Bu sebeplerle “periyodik sağlık muayenesi” yaptırılmalı ve kanser hastalığı ihtimali olanlar bir an önce uzmana başvurmalıdır (10).

DÜNYADA KANSER

Kanser yaş, maddi durum, cinsiyet ayırt etmeksizin herkesi etkileyebilen ve aile ve toplumlar üzerinde ciddi yük oluşturan bir hastalıktır (32).

Dünya’da 2020’de yaklaşık 19,3 milyon kişiye kanser hastalığı tanısı konulmuştur, yaklaşık 10 milyon insan ise kanser sebebiyle yaşamını yitirmiştir. Son 5 yıl içerisinde dünyada 50,6 milyon insana kanser teşhisi konulmuştur (33). Tahminlere göre 2040 senesinde kanser insidansının %56,7 artışla 30,2 milyon olması öngörülmektedir (34).

Kanser, 2020’de yaklaşık 10 milyon ölüm ile dünya çapında önde gelen ikinci ölüm nedenidir. Erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseridir. Kadınlarda en sık görülen kanserler ise meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseridir (Tablo 1) (25).

Uluslar arası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Global Cancer Observatory (Globocan) 2020 verilerine göre, dünyada yaşa standardize edilmiş hızlarına [Age Standardized Rate (ASR)] göre en sık saptanan ilk 5 kanser sırasıyla; 1-meme, 2-prostat, 3-akciğer, 4-kolorektal, 5-serviks iken, yaşa standardize edilmiş hızlarına göre en çok öldüren ilk 5 kanser ise sırasıyla; 1-akciğer, 2-meme, 3-kolorektal, 4-karaciğer ve 5-mide kanseridir (35). Burada en çok göze çarpan kısım ise, dünyada her iki cinsiyette en sık saptanan kanser Globocan 2018 verilerinde akciğer kanseri iken, Globocan 2020 verilerinde bunun yerini meme kanserinin almış olmasıydı (36). Mortalite ve insidans sıralamasının cinsiyete göre dağılımı ise tablodaki gibidir (Tablo 1 ve 2) (35).

Tablo 1: Cinsiyete göre dünyada en sık görülen kanserlerin sıralaması (ASR’ye göre)

Kadın	Erkek
1- Meme kanseri	1- Akciğer kanseri
2- Kolorektal kanser	2- Prostat kanseri
3- Akciğer kanseri	3- Kolorektal kanser
4- Serviks kanseri	4- Mide kanseri
5- Tiroid kanseri	5- Karaciğer kanseri

Tablo 2: Cinsiyete göre dünyada en çok öldüren kanserlerin sıralaması (ASR'ye göre)

Kadın	Erkek
1- Meme kanseri	1- Akciğer kanseri
2- Akciğer kanseri	2- Karaciğer kanseri
3- Serviks kanseri	3- Kolorektal kanser
4- Kolorektal kanser	4- Mide kanseri
5- Mide kanseri	5- Özefagus kanseri

TÜRKİYE'DE KANSER

Son zamanlarda Türkiye'de oldukça önemli toplumsal sağlık sorunlarından biri de tüm dünyada olduğu gibi kanserdir. 2020 yılı verilerine göre, ülkemizde son bir yıl içerisinde yaklaşık 230 bin kişiye kanser tanısı konulmuştur ve maalesef ki yaklaşık 130 bin kişi de kanser sebebiyle yaşamlarını yitirmiştir (37). Globocan verilerine baktığımızda ise, 2040 yılında Türkiye için öngörülen kanser insidansının artış oranı yaklaşık %70 iken, kanser sebebiyle ölümlerin artış oranının ise yaklaşık %90 olacağı beklenmektedir (38).

Globocan 2020 verilerine baktığımızda, ülkemizde cinsiyetten bağımsız yaşa standardize edilmiş hızlarına göre en sık saptanan ilk 5 kanser sırasıyla; 1-meme, 2-prostat, 3-akciğer, 4-kolorektal, 5-tiroid kanseri iken, yaşa standardize edilmiş hızlarına göre en çok öldüren ilk 5 kanser ise sırasıyla; 1-akciğer, 2-meme, 3-prostat, 4-mide, 5-kolorektal kanserdir (39). Bu veriler ışığında dünyada ASR'ye göre en sık saptanan kanser meme kanseriyken, ülkemizde de ASR'ye göre en sık saptanan kanser yine meme kanseri olmuştur. Bu nedenle de kanser taramalarının ne kadar önemli olduğunu burada bir kez daha görmekteyiz.

Ülkemizde her iki cinsiyette en sık görülen ve en çok öldüren kanserleri de Tablo 3 ve 4'te görmekteyiz (39).

Tablo 3: Ülkemizde cinsiyete göre en sık görülen kanserlerin sıralaması (ASR'ye göre)

Kadın	Erkek
1- Meme kanseri	1- Akciğer kanseri
2- Tiroid kanseri	2- Prostat kanseri
3- Kolorektal kanser	3- Kolorektal kanser
4- Akciğer kanseri	4- Mesane kanseri
5- Uterus kanseri	5- Mide kanseri

Tablo 4: Ülkemizde cinsiyete göre en çok öldüren kanserlerin sıralaması (ASR'ye göre)

Kadın	Erkek
1- Meme kanseri	1- Akciğer kanseri
2- Akciğer kanseri	2- Mide kanseri
3- Kolorektal kanser	3- Kolorektal kanser
4- Mide kanseri	4- Prostat kanseri
5- Pankreas kanseri	5- Pankreas kanseri

KANSER TARAMALARI

Kanser taraması, uzun yıllardır kanser nedenli hastalık ve mortaliteyi azaltma ile ilgili verilen savaşın önemli bir parçasıdır. Yüksek seviyede duyarlılığı olması, kanser tarama testinin efektif olması için mutlaka gereklidir. Tarama yönteminin gerçekten yararlı olabilmesi için de, o testin genel nüfusa yayılmış olması gerekir (40).

Bir hastalığın erken tanısı için iki metot vardır. Bunlardan ilki yapılan muayenede hastalığın erken dönemindeki semptomları tespit etmek, diğeri ise tarama metodudur. Tarama, görünüşte sağlıklı kişilere, hastalığın henüz semptom bile vermediği dönemde bazı tetkik, muayene veya başka yöntemler uygulanarak erken evrede hastalığı tespit etmektir. Tarama programlarının sayesinde hastalığı asemptomatik evrede yakalanmış olan bu kişilerin tedavisi, ileri evrede yakalanmış olanlara göre daha kolay ve tedavinin maliyeti de daha az olmaktadır (9). Tarama için yapılan testin doğruluğu ve maliyeti açısından hastanın kendisi ve sağlık kuruluşlarınca onaylanabilir olması çok önemlidir. Belirli bir hastalığın belli bir grup veya yerleşimin bir program içinde taranması işlemine toplum tabanlı tarama denmektedir. Bir hastanın herhangi başka bir sebeple sağlık kurumuna başvurması vesilesiyle o kişiye yapılan taramaya ise fırsatçı tarama denir (41).

Kanser, birbirinden değişik klinik ve tedavi seyri ile aslında yüzlerce çeşit hastalıktan oluşmaktadır. Bu yüzden kanserin çeşidine göre de tarama metotları belirlenmiştir. Bazı kanser çeşitleri için tarama yapılması tavsiye edilmektedir. DSÖ tarafından tarama yapılması tavsiye edilen kanserler kolorektal kanser, serviks, meme, prostat gibi kanserlerdir. DSÖ'nün önem verdiği tarama kriterlerinden biri, ülkedeki o kanserin seyrinin tarama yöntemi sayesinde olumlu yönde etkilenmesi ve o tarama yönteminin ülkenin kanser programının içinde olmasıdır (9).

Bu testlerin kesin bir şekilde tanı koymasını beklenmemelidir. Tarama testi sonrasında test sonuç takibi yapılmalıdır ve bu testlere göre sonuçları pozitif olan veya şüpheli sonucu olanlar bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Böylelikle, tarama yapılan kişiler "kesin sağlamlar" ve "olası hastalar" şeklinde gruplandırılabilir. Fakat, tarama yönteminin uygulanabilir olması için bu yöntem, DSÖ tarafından tanımlanmış olan kriterlere sahip olmalıdır. Bu kriterler şunlardır;

- ❖ Hastalık, ciddi bir halk sağlığı problemi olmalıdır.
- ❖ Hastalık, erken dönemde semptom göstermelidir ve erken dönemde saptanabilir olmalıdır.
- ❖ Hastalığın tüm sürecine dair yeterli bilgi olmalıdır.
- ❖ Hastalığın uygun bir tedavisi olmalıdır.
- ❖ Hastalığın tanı ve tedavisi için gereken tüm personel donanım vb. imkanlar yeterli olmalıdır.
- ❖ Tarama testleri halk tarafından kabul görmelidir.
- ❖ Testler kolay bir şekilde uygulanabilir olmalıdır.
- ❖ Testlerin özgüllüğü ve duyarlılığı yüksek olmalıdır.
- ❖ Taramanın devamlılığı olmalıdır (9).

Dünya Sağlık Örgütü kanser hastalarının erken dönemde tespit edilebilmesine yönelik serviks, meme ve kolorektal kanserlerde toplum tabanlı tarama programlarını tavsiye etmektedir ve bu taramaların bütüncül bir kanser kontrol programının bir parçası olmasının zorunlu olduğunu ifade etmektedir (9).

TÜRKİYE'DE UYGULANAN ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMI

Kanserin önlenmesi ve tarama programları Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu sebeple üniversitelerle ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içerisinde "Ulusal Kanser Kontrol Programı" düzenlenmiştir. Bu programı yürütebilmek için

de DSÖ tarafından taranması tavsiye edilen kanserlerde, toplum tabanlı tarama programlarının uygulanması için KETEM'ler oluşturulmuştur (42). KETEM'ler "Erken teşhis hayat kurtarır!" sloganıyla işe koyularak serviks, kolorektal ve meme kanseriyle ilgili tarama programlarını uygulamaktadır. Her şehrimizde en az bir tane olmak üzere, ülkemizde şu anda toplam 183 KETEM mevcuttur (9,43). Bu merkezlerin görevleri; sağlık çalışanlarının ve toplumun kanserle ilgili eğitim programlarıyla bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, risk grubundakilere tarama testleri yapılarak kanserin erken teşhis edilmesi, kanser teşhisi alan hastaların ilgili bölümlere yönlendirilmesi, bu hastaların takibinin yapılması ve olanaklar çerçevesinde tıbbi, sosyal ve ruhsal destekte bulunulmasıdır (42). KETEM'lerde konu ile ilgili eğitim almış hekim, ebe, hemşire, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar çalışmaktadır. Meme ve serviks kanser taramaları için kadınlar bu merkezlere çağırılarak gerekli tetkikler ve muayeneleri yapılacak şekilde taramaları gerçekleştirilmektedir. Kolorektal kanser tarama programına ise ülkemizde 2013 yılında başlanmıştır (9).

Ülkemizde 2004 yılında "Meme Kanseri Ulusal Tarama Standartları", 2007 yılında "Serviks Kanseri Ulusal Tarama Standartları" ve 2009 yılında "Kolorektal Kanseri Ulusal Tarama Standartları" yayınlanmıştır (42).

Günümüzde ülkemizde taraması yapılan kanser programları şu şekildedir;

Kadınlarda meme kanseri tarama programı;

- 20 yaş ve üzeri kadınların ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapabilmesi için danışmanlığın verilmesi
- Yılda bir kez bir hekim tarafından klinik meme muayenesi (KMM) yapılması
- 40-69 yaş aralığındaki kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi yapılması

Kadınlarda rahim ağzı kanseri tarama programı;

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

Kadın ve erkeklerde kolorektal kanser taramaları;

- 50-70 yaş arası kişilere 2 yılda bir kez GGK testi yapılması
- 50-70 yaş arası kişilere 10 yılda bir kez kolonoskopi yapılması (11).

AİLE HEKİMLİĞİ VE KANSER TARAMALARI

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları içerisinde kanser taramaları da önemli yer teşkil etmektedir (22).

Türkiye'de kişilerin kayıtlı olduğu aile hekimlerinin bulunduğu ASM'ler kişilerin ikametlerine yakın olur ve kolay ulaşılabilir. Aile hekimleri kendisine kayıtlı nüfusu anne

karnındaki fetüsten en yaşlısına kadar tanır ve eğitimleri, içinde bulunduğu şartlar, sağlık durumları hakkında haberdar olur (9). Birinci basamak hizmetlerini aşan durumlar için de başka uzman doktorlar, diş tabibi, diyetisyen gibi mesleklere hastayı yönlendirerek koordinatör vazifesini üstlenir. Bu sebeple aile hekimi, kendisine kayıtlı olan nüfusun sağlık danışmanıdır ve onlara yol gösteren kişi durumundadır. Hizmet verdiği nüfusu her açıdan tanır. Bireyleri değerlendirirken aile, çevre ve iş ilişkilerini göz önüne alır (44). Kendisine kayıtlı nüfustaki bireyler için ayrıca hangi sağlık eğitiminin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gerektiğini tespit edebilir. Aile hekimleri, kendisine kayıtlı nüfustaki kişilere sadece hastalandıkları zamanlarda hizmet vermez, bireyin sağlık olanakları, riskleri, psikososyal çevresi ve akut veya kronik sağlık sorunlarıyla bireyi bütüncül bir yaklaşımla her açıdan ele alır (9).

Aile hekimliği sisteminin amacı, bölgesindeki kişilere koruyucu, teşhis, tedavi, rehabilite edici sağlık hizmeti vermektir (9).

Aile hekimleri oldukça geniş bir yelpazede hasta ve semptom ile karşılaşır. Düşük prevalanslı hastalıkların ayırıcı tanısını yaparak hastayı ayırıştırmak, akut ve kronik sağlık problemleri ile mevcut semptomların ilişkilerini değerlendirmek kısa muayene süresinde epey zorlayıcıdır. Aile hekimlerinin 'kapı tutucu (gatekeeper)' görevi üstlendiği ülkelerde kanser tanısında birinci basamağın yeri ile alakalı çalışmalarda kanser tanısının gecikmesine sebep olduğuna ilişkin iddialar bulunmaktadır. Ülkemizde ise kanser tanısında aile hekimlerinin üstlendiği göreve ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Ancak kanser kontrolünün başarılı olabilmesi için aile hekimlerinin kanser tanı sürecindeki görevinin geliştirilmesi, erken evrede kanser tanısının önündeki zorlukların anlaşılması ve çözüm yolları bulunması gerekmektedir (45).

Kanser taramalarının hedef kitlenin %70'ine ulaşması, taramaların toplum tabanlı kabul edilebilmesi için en önemli kriterdir. Bu sebeple ülkemizde kişilerin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olan aile hekimlerinin tarama programına dahil edilmesi, hedef nüfusa erişebilmenin tek yoludur. Aile hekimlerinin kanser taramalarında anahtar role sahip olduğu noktalar; programın halka anlatılması ve katılımın artırılması, hedef nüfusun kanser taraması için davet edilmesi ve tarama sonuçlarının takip edilmesi ve kişilere iletilmesidir. Aile hekimleri tüm bu sebeplerle kesinlikle tarama programlarının bir kolu olmalı ve bu hususta mutlaka desteklenmelidirler (9).

MEME KANSERİ

Meme Kanseri Etiyoloji ve Epidemiyolojisi

Meme kanseri dünyada kadınlarda açık ara farkla en sık görülen kanserdir ve kadınlarda kanser sebepli ölümlerin en sık nedenidir. Globocan 2020 verilerine göre meme kanseri, yaşa standardize edilmiş hızlarına göre dünyada en sık görülen kanser ve en çok öldüren ikinci kanserdir. Toplamda yeni vakaların ise %11,7'sini meydana getirmektedir. Bu verilere göre yaklaşık 2,3 milyon yeni tanı almış meme kanseri vakası bulunmaktadır. Yaklaşık 685000 kadın ise meme kanseri sebebiyle yaşamını yitirmiştir. Aynı veriler, meme kanserinin tanı konulmuş her 8 kanserden biri olduğunu da göstermektedir (35).

Ülkemizde de kadınlarda en sık saptanan kanser türü meme kanseridir. 2017 yılı Türkiye kanser istatistiklerine göre toplam 180.288 kişinin yeni kanser tanısı aldığı öngörülmektedir ve buna göre neredeyse günde 500 kişi yeni kanser tanısı almaktadır. 2017 yılında toplam 19.211 kadına da meme kanseri tanısı konulmuştur. Bu istatistik sonuçlarına göre de kanser teşhisi konulan her 4 kadından 1'i meme kanseridir. Teşhis konulmasının ortanca yaşı 53'tür. Evresine göre incelendiğinde ise vakaların %47,9'u lokalize, %41,2'si bölgesel evrede ve %11'i de ileri metastatik evrede teşhis edilmiştir (45).

Gelişmiş ülkelerde hayatları süresince her 8 kadından biri meme malignitesi için risk taşımaktadır. Bu ülkelerde bu risk artışına rağmen mortalitede düşüş görülmektedir. Ancak gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde meme malignitesinde hem görülme sıklığında hem de mortalitede artış gözlenmektedir (46). Meme malignitesi olan kadınlarda 10 yıllık sağ kalım oranları tüm evrelere göre, gelişmekte olan ülkeler için %53 iken, gelişmiş ülkeler için %83 olarak gösterilmiştir. Bu ciddi fark, gelişmiş ülkelerde daha yaygınlaşmış olan mamografi taraması sayesinde erken teşhis edilmesi ve tedavi olanaklarının bu ülkelerde daha iyi olması sebebiyle olduğu söylenebilir. Mamografinin morbidite ve mortaliteyi azaltmak konusunda gayet etkili bir tarama metodu olduğu IARC tarafından da bildirilmektedir. Özellikle meme malignitesi nedeniyle oluşan mortaliteyi 50-69 yaş aralığındaki kadınlarda %35 oranında azalttığı görülmüştür (47).

Etiyolojisi çok faktörlü olmasına rağmen en önemli faktör cinsiyettir. Erkeklere oranla kadınlarda 100-200 kat daha fazla meme kanserine rastlanmaktadır. Diğer önemli etkenler ise yaş ve genetikdir. 40 yaş üstü kadınlarda meme kanserine daha fazla rastlanmaktadır ve yaş arttıkça görülme sıklığı da artmaktadır. Meme kanserinin görülme sıklığının gittikçe artması, erken dönemde tanı imkanının olabilmesi ve teşhis konulduğunda tedavi olanaklarının mevcut bulunması meme kanserini gittikçe önemli hale getirmektedir (48).

Meme Kanserinde Tarama

Meme kanserinin erken dönemde teşhis edilip hastanın doğru tedaviyi alması iyi prognoz ile yakından bağlantılıdır. Bu kanserin %61'i tarama yöntemleri sayesinde erken dönemde teşhis edilebilmektedir. Bu dönemde teşhis edilenlerin yaşam beklentisi 5 yılda %99'dur (49).

Meme kanseri tarama programları dediğimizde 3 yöntem akla gelmektedir. Bunlar KKMM, bir hekim tarafından yapılan KMM ve mamografidir. Bu programlardan ortaya çıkan verilerin çoğu ortalama risk taşıyan kadınlara aittir ve bu sebeple bu veriler genel toplum için de geçerli sayılabilir (50).

Ülkemizde ve tüm dünyada tarama için mamografi tavsiye edilmekte ve kullanılmaktadır. Çoğu sağlık uzmanı mamografinin daha etkin olabilmesi için KMM ile beraber uygulanmasını tavsiye etmektedir (11).

40-69 yaş aralığındaki her kadın Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı Standartları'na göre her 2 yılda bir mamografi çektirmelidir. Ayrıca 20 yaş üstü kadınlara ayda bir KKMM yapması hususunda tavsiyede bulunulmalı ve KKMM ile ilgili bilgi verilmelidir (51).

KKMM veya KMM'nin kanser sebepli ölümleri azalttığına ilişkin kesin bilgi yoktur. Yüksek risk taşıyan kadınlarda yardımcı metot olarak kullanılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Bununla beraber KKMM; sağlık kontrollerinin yeterli yapılamadığı, sağlık hizmetlerine ulaşımın da zor olduğu toplumlarda oldukça önemlidir. KKMM eğitimi verilmesinin en önemli yararı da hedef kitlede meme kanseri farkındalığını artırmaktır (52).

KMM, özellikle yüksek riskli kadınların saptanması ve risk analizi kapsamında taramaya başlama yaşının geriye çekilmesi ihtiyacının tespit edilmesi konusunda önem taşımaktadır (50). Mamografi çektirmeyen ancak aile hekimliği hizmetlerinden düzenli olarak yararlanan kadınlara, periyodik muayeneleri esnasında KMM yapılarak teşhis konulabilmesi nedeniyle KMM son derece önemlidir (53).

Mamografi meme neoplazilerini saptamada yararlanan ana teşhis metodudur. Semptomu olmayan kişilerde tarama amacıyla uygulanmasına tarama mamografisi, semptomu olan kişilerde teşhis amacıyla uygulanmasına da tanısal mamografi denmektedir. Tanısal mamografide muayene bulguları ile mamografik bulgular sentez edilip değerlendirme yapılmalıdır. Tarama mamografisi ise meme neoplazilerini erken dönemde teşhis etmek,

meme kanseri sebepli ölümü azaltmak, meme koruyucu cerrahi uygulayabilme şansı yakalamak ve tedavi sebepli morbiditeyi azaltmak amaçlı uygulanmaktadır (54).

Çalışmalar, tarama amaçlı yapılan mamografinin meme malignitesine bağlı mortaliteyi %20-40 kadar azalttığını saptamıştır. Mamografi bu nedenle dünya çapında temel tarama metodu olarak uygulanmaktadır ve bu metodu uygulayan ülkelerin sıklıkla meme kanserini erken dönemde teşhis ettiği görülmüştür. Taramanın meme kanseri sebepli mortaliteyi 2/3 oranında azalttığı, tedavi yöntemlerinin ise mortaliteyi 1/3 azalttığı saptanmıştır (55).

Rutin mamografi 40 yaşından küçük kadınlarda bazı sebeplerden ötürü genelde tavsiye edilmez:

-Bu yaşta kanser riski genel olarak belirgin şekilde düşüktür. Meme kanseri insidansı 50 yaş üstü kişilerde 10/10000’u aşmakta iken, 25 yaş altı kişilerde 1/10000’den düşüktür.

-Radyasyon açısından meme dokusu bu yaşta daha hassastır.

-Genç, dens memelerde mamografinin yararı daha azdır (54).

1993 yılında Amerikan Radyoloji Koleji’nce mamografideki bulguların raporlandırılabilmesi için faydalanılan terminolojiyi standart hale getirmek için “Breast Imaging Reporting and Data Systems (BI-RADS)” adıyla bir tanımlama geliştirmiştir. Bu sistem ile memede saptanan kitleler ve meme parankim yapısı tanımlanır (Tablo 5 ve 6). Mamografide kitlelerin yapısal niteliklerinin sınıflaması yapıldıktan sonra, kitlenin şüphe derecesi belirlenmekte ve son değerlendirme kategorileri oluşturulmaktadır. Tip 1 ve 2 sınıfındaki memelerde mamografi duyarlılığı yüksek iken, Tip 3 ve 4 meme yapısında duyarlılık daha azdır (56).

Tablo 5. BI-RADS sınıflaması

BI-RADS 0	Önceki mamografilere veya ek incelemelere ihtiyaç duyulmaktadır.
BI-RADS 1	Normal mamogram
BI-RADS 2	İyi huylu bulgular
BI-RADS 3	Muhtemelen iyi huylu bulgular
BI-RADS 4	Şüpheli bulgular
4A	-Düşük şüphe
4B	-Orta şüphe
4C	-Yüksek şüphe
BI-RADS 5	Yüksek ihtimalle kötü huylu lezyon
BI-RADS 6	Tanı konmuş kanser

Tablo 6. BI-RADS'a göre meme dokusu özelliklerinin tiplendirilmesi

Tip1	Yağ dokusu fazla olan meme tipi
Tip2	Yağ ve fibroglandüler doku barındıran meme tipi
Tip3	Heterojen yoğun meme tipi
Tip4	Çok yoğun meme tipi

Ülkemizde uygulanan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na göre, 40-69 yaş aralığındaki kadınlarda tarama mamografisinin 2 yılda bir çekilmesi tavsiye edilmektedir (57). Tarama mamografisi sonlandırma zamanı ise kişinin yaşı ve mevcut olan diğer hastalıkları değerlendirilerek belirlenmelidir. Beklenen yaşam süresi 5 yıldan az ise mamografi 70-74 yaş aralığında durdurulmalıdır (58).

Kadınlar risk durumlarına göre incelenip daha erken yaşlarda da tarama programına dahil olabilmektedir. Göğüs bölgesine radyoterapi alma hikayesi olan kadınlarda, alınan bu tedaviden 8-10 yıl sonrasında, kişi 25 yaşından küçükse yıllık KMM ile, kişi 25 yaşından büyükse 6 ayda bir KMM ve yıllık mamografi çekimi yaptırılarak meme kanseri taramasına başlanması önerilmektedir. Ailesinde meme kanseri hikayesi olanlarda, ailede tanı almış en genç kişinin tanı konulma yaşınının 10 yıl öncesinden başlayarak ve 30 yaşından küçük olmamak şartıyla, 6 ayda bir KMM ve yıllık mamografi çekimi yaptırılarak meme kanseri taraması uygulanması gerekir. BRCA-1 veya BRCA-2 gen mutasyonu taşıyıcıları meme kanseri için en yüksek riskli grup olarak kabul edilmektedir. Bu kişilerde farkındalığın oluşturulması için 18 yaş itibariyle aylık düzenli bir şekilde KKMM yapmasının önerilmesi oldukça önemlidir. Yine bu gruba 25 yaş itibariyle 6 ayda bir KMM yapılması, 25-29 yaş aralığında yıllık meme MR (manyetik rezonans) çektirilmesi, 30-75 yaş aralığında ise yıllık meme MR ve yıllık mamografinin beraber çektirilmesi tavsiye edilmektedir (50). Ayrıca daha önce biyopsi ile doğrulanmış atipik duktal hiperplazi, lobüler neoplazi, duktal karsinoma in situ ve meme kanseri olan hastalara 6 ayda bir KMM ve yıllık mamografi ile tarama yapılması her yaş için tavsiye edilmektedir (59).

SERVİKS KANSERİ

Serviks Kanseri Etiyoloji ve Epidemiyolojisi

Ülkemizde ve tüm dünyada kadın ölümlerinin önemli nedenlerinden biri de serviks kanseridir. Globocan 2020 verilerine göre, dünyada yaklaşık 604 bin vaka ve tüm kanserler

arasında yüzde 3,1'lik oran ile kadınlarda en sık saptanan kanserler arasında 4. sıradadır. Bu verilere göre serviks kanseri, yaşa standardize edilmiş hıza göre kadınlarda en çok öldüren 3. kanserdir. Yaklaşık 340 bin kadın serviks kanseri sebebiyle yaşamını yitirmiştir (35). Serviks kanseri, erken teşhisle kesin tedavi olabilen, böylelikle de mortalitesi azalan kanser türüdür (60).

Serviks kanseri, 20. yüzyılın ilk çeyreğinde tanı almış her 5 hastadan birinin tanıdan sonraki 1 yıl içerisinde ölümüne neden oluyordu. Günümüzde ise uygulanan başarılı kanser tarama programları ile ölümlerin önemli bir kısmının önüne geçilmiştir. Sosyoekonomik olarak gelişmiş ülkelerde taramaların sonuçları sevindiricidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde serviks kanseri mortalitesinde 20-30 yılda yüzde 50'den fazla düşüş görülmüştür. Az gelişmiş ülkelerde ise maalesef durum hiç iç açıcı değildir. Bu ülkelerde serviks kanseri tanısı konulması durumunda %90'lara ulaşan ölüm oranları gözlenmektedir (9). Görüldüğü üzere, özellikle serviks kanserinde global eşitsizlik oldukça dikkat çekicidir. Yüksek gelirli ülkelere göre, düşük ve orta gelirli ülkelerde mortalite 3 kat, insidans 2 kat daha fazladır (61).

Dünyada serviks kanserinden en çok etkilenen gruplar; 40-49 yaş aralığındaki kadınlar, HIV(+) kadınlar ve gelişmekte olan ülkelerde bulunan kadınlardır (62,63).

Ülkemizde, Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 verilerine göre, yaşa standardize edilmiş kanser hızı kadınlarda yüz binde 187 iken, serviks kanserinin yaşa standardize edilmiş hızı ise yüz binde 4,3'tür. Bu verilere göre serviks kanseri, ülkemizde kadınlarda en sık görülen 10 kanser arasında 9. sıradadır (45). Globocan 2020 verilerine göre ise, ülkemizde yaklaşık 2.532 yeni serviks kanseri vakası tespit edilmiş ve 1.245 kişi serviks kanserinden yaşamını yitirmiştir (37). Evresine göre incelendiğinde, vakaların %55,2'si lokalize, %34,3'ü bölgesel evrede ve %10,4'ü de ileri metastatik evrede teşhis edilmiştir. Buna göre, ülkemizde serviks kanserlerinin önemli kısmı, erken evrede teşhis edilmektedir (45).

Serviks kanserinin en sık saptanması 50-59 yaş arasında olmasıyla birlikte, ülkemizde invaziv serviks kanserlerinin yüzde 65'ine 40-60 yaş arasındaki kadınlarda rastlanmaktadır (64).

Human Papilloma Virüsünün (HPV), serviks kanserinin ortaya çıkmasında etken olduğu görülmüştür (65). HPV, cinsel yolla en sık bulaşan hastalıktır ve serviks malignitelerinin %99,7'sinde pozitif olduğu saptanmıştır (66). Seksüel olarak aktif olan yetişkinlerin %70'inden fazlası, yaşamlarının bir noktasında HPV'yle karşı karşıya kalmaktadır. Bu kişilerin de %70'inden çoğunun 15-24 yaş aralığında bulunduğu görülmüştür (67). HPV enfeksiyonunun çoğunlukla gerilemesi beklenmektedir fakat gerilemeyen

enfeksiyonların tedavi olmazsa 10-20 sene içerisinde kansere dönüşebileceği tahmin edilmektedir (25).

HPV, kanser yapma durumuna göre ikiye ayrılır. İlk grupta “düşük riskli” kabul edilen genital siğiller ve servikal lezyonlara sebep olan HPV 6 ve 11 bulunmaktadır. Diğer gruptaysa, “yüksek riskli” şeklinde isimlendirilen serviks, vulva, vajina, penis ve anüsün skuamöz hücreli kanserine sebep olan HPV 16 ve 18 yer almaktadır. HPV enfeksiyonu bulunmayan kadınlarda servikste kanser oluşma ihtimali çok az olmasına rağmen HPV enfeksiyonu bulunan kadınlarda bu ihtimal 250-400 kat daha fazladır (64).

Serviks Kanserinde Tarama

Birinci basamağın en önemli görevlerinden biri taramalardır. Taramalar konusunda birinci basamağın en büyük başarısı ise rahim ağzı kanserinin kontrolüdür (68,69). Erken evrede tanı konulmadığında rahim ağzı kanserinin mortalitesi oldukça yüksektir (70). Bu sebeple, etkin bir tarama programı ile rahim ağzı kanserinin preinvaziv evrede saptanması ve tedavi edilmesi mortalite ve insidansı düşürmek için çok önemli bir adımdır (71).

Rahim ağzı kanserinin taranması için iki test kullanılmaktadır. Bunlar Pap-smear testi ve HPV-DNA testidir. Jinekolojik muayenede spekulumla muayene esnasında HPV-DNA testi ve servikal sitoloji için fırça ile hücre örnekleri alınır. Hem HPV-DNA testi hem de sitoloji için aynı örnekten yararlanılabilmektedir (72).

Pap-smear testi, vajen ve serviks epitelinden dökülen hücrelerden fırça ile örnek alınıp bu örneğin mikroskop altında incelenmesi şeklinde uygulanmaktadır. Bu tarama testiyle henüz belirti vermemiş olan kanser öncesi dönemdeki servikal lezyonlar tespit edilmektedir. Bu testler sıvı bazlı veya konvansiyonel olarak yapılabilmektedir (73). Rahim ağzı kanserinde erken teşhis için faydalanılan smear testi, maliyet etkin, kolay uygulanabilen, kişiye zararı olmayan, duyarlılığı yüksek bir tarama testidir. Ayrıca mortaliteyi, morbiditeyi ve tedavi yükünü azaltmaktadır (74).

HPV-DNA testi ise, servikste hücrelerde rahim ağzı kanseri ile ilişkisi kanıtlanmış olan HPV-DNA'nın varlığını ortaya koyan testtir. Rahim ağzı kanserli kadınların %99,9'unda HPV-DNA saptanmıştır. HPV-DNA'nın negatif olduğu durumda; devamındaki 5 yıl içinde rahim ağzı kanseri olma olasılığı çok düşüktür (73). HPV, epidermisi geçip immünitete etki edemediğinden antikor bulunamamaktadır. Bu sebeple testte yalnızca virüsün genetik materyali saptanabilmektedir. Kısa sürede sonuç alınamaması, ucuz olmaması, teknolojik

donanım ihtiyacı olması ve HPV enfeksiyonlarının genellikle geçici olması sebebiyle kullanılabilirliğinin düşük olması testi sınırlayan önemli hususlardandır (75).

Ülkemizde Pap-smear testi ile rahim ağzı kanseri taramasına 1992 yılında başlanmıştır. Ancak hedef kadın nüfusunun %70'inin taranması istenmesine rağmen bu istenen değer in epey altında kalınması sebebiyle 2012 yılında öncelikli olarak HPV-DNA testi ile tarama yapılması kararı alınmıştır (9).

HPV-DNA ve sitolojinin beraber yorumlandığı metoda Co-test denir (76). Günümüzde hedef tarama popülasyonu olarak 30 yaş üstü kadınlar için en çok uygun görülen tarama metodu co-testtir. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ve American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) hedef tarama popülasyonu olarak 30-65 yaş aralığındaki kadınları kabul etmekte ve 5 yılda bir bu kadınların co-test ile taranmasını tavsiye etmektedir. 30 yaş altı kadınlarda HPV enfeksiyonları büyük oranda geçicidir ve bu sebeple bu yaş grubunda co-test tavsiye edilmemektedir. 21-30 yaş aralığındaki kadınlara sadece 3 yılda bir sitoloji metodu uygun görülmektedir (77,78). 30-65 yaş aralığındaki kadınlara cinsel aktif olmasalar bile tarama yaptırması önerilmektedir (79).

Ülkemizde uygulanmakta olan Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na göre, 30-65 yaş aralığındaki her kadının 5 yılda bir HPV-DNA testi veya smear testiyle değerlendirilmesi uygun görülmüştür. Bu testlerin aile hekimliğine kayıtlı kadın nüfus esas alınarak yapılması ve bu kadınların çeşitli davet yöntemleriyle çağırılarak testin hedef nüfusa uygulanması önerilmektedir. 65 yaşındaki kadınlarda, son iki smear testi veya HPV-DNA testi negatif gelmişse tarama sonlandırılır. Kişiy e benign sebeplerle total histerektomi operasyonu uygulanmışsa bu olguların takibi gerekli görülmemektedir. Ancak kişiy e total histerektomi servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) 2 ve 3 sebebiyle uygulanmışsa; kişinin üç belgelendirilebilen raporu ve yöntem olarak yeterli olan negatif sitolojisi bulunuyorsa ve son 10 sene içerisinde pozitif veya anormal sonucu bulunmuyorsa tarama sonlandırılmalıdır (73).

HPV-DNA testi negatif gelen ve Pap-smear testi normal olarak sonuçlanan kadınlara, 5 yıl sonra rahim ağzı kanser taramasını tekrar yaptırması gerektiği söylenir. Yetersiz numune alımı durumunda ise, kişinin testi tekrar yapılır. HPV-DNA testi pozitif gelmesi veya pap-smear testinde anormal hücrelerin (LSIL, HSIL, ASC-H, ASC-US, Atipik glandüler hücreler vb) bulunması, bireyin yeniden ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini ifade eder. Kişinin HPV-DNA test sonucu pozitif çıkmışsa smear testi yaptırması için ve smear testinde

anormal sonuç çıkmışsa tedavi ihtiyacı olan bir durumun mevcut olup olmadığını saptamak için rahim ağzının daha ayrıntılı olarak muayene edilmesi amacıyla kişinin ileri merkezlerdeki jinekoloji uzmanlarına yönlendirilmesi gerekmektedir (73).

KOLOREKTAL KANSER

Kolorektal Kanser Etiyoloji ve Epidemiyolojisi

Kolorektal kanser, dünyada sık görülen kanser türlerinden biridir. Globocan 2020 verilerine baktığımızda kolorektal kanser, yaşa standardize edilmiş hızlarına göre dünyada en sık görülen dördüncü kanser ve en çok öldüren üçüncü kanserdir. Bu verilere göre yaklaşık 1,93 milyon yeni tanı almış kolorektal kanser vakası mevcut olup bunun yaklaşık 1,06 milyon kişisi erkek ve 860 bin kişisi kadındır. Yaklaşık 930 bin kişi ise kolorektal kanser sebebiyle yaşamını yitirmiştir ve kolorektal kanser dünyadaki ölümlerin %10'unu meydana getirmektedir (35).

Ülkemizde, Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 verilerine göre, kolorektal kanserin yaşa standardize edilmiş hızı erkeklerde yüz binde 25,1 iken, kadınlarda yüz binde 14,7'dir. Bu verilere göre kolorektal kanser, ülkemizde hem kadınlarda hem erkeklerde en sık görülen 3. kanserdir (45). Globocan 2020 verilerine göre ise, ülkemizde yaklaşık 21 bin yeni kolorektal kanser vakası tespit edilmiştir. Bunun yaklaşık 12 bin kişisi erkek ve 9 bin kişisi kadındır. Bu verilere göre ülkemizde yaşa standardize edilmiş hızlarına göre en sık görülen dördüncü kanser ve en sık öldüren beşinci kanserdir. Yaklaşık 10.800 kişi ise kolorektal kanserden yaşamını yitirmiştir (37). Kolorektal kanserler evresine göre incelendiğinde ise, vakaların %34,1'i lokalize, %42,1'i bölgesel evrede ve %23,8'i de ileri metastatik evrede teşhis edilmiştir (45).

Kolorektal kanser 40 yaş öncesinde nadiren görülürken, 40-50 yaş itibarıyla görülme sıklığı artmaya başlar. Hastaların %90'ı 50 yaş üstüdür. Kolorektal kanser hastaları içerisinde 80 yaş üstü erkek hasta oranı %10 iken, kadın hasta oranı %15'tir. Bir kişinin ömür boyu bu kansere yakalanma olasılığı yaklaşık %2,4-5 civarındadır. Hastada mevcut olan bazı faktörler sebebiyle de bu risk artmaktadır (9).

Vakaların dünya üzerindeki yayılımı coğrafi olarak farklılıklar gösterir. Batı toplumlarında kolorektal kansere daha sık rastlanmaktadır. Slovakya, Slovenya, Macaristan, Norveç, Hollanda, Yeni Zelanda, Kuzey Amerika, Avustralya ve Doğu Asya'da (Singapur, Kore, Japonya) hastalığın görülme sıklığı daha yüksektir. Ancak gelişmekte olan ülkelere göre görülme sıklığı çok daha düşüktür (80). Bu farklılığın çevresel faktörler, diyet ve genetik

eğilimle ilgili olduğu düşünülmektedir (81). Hastalığın görülme sıklığının gelişmiş ülkelerde daha fazla olması sebebiyle bu kanser modernliğin hastalığı şeklinde de ifade edilebilir. Dünya zenginleştikçe ve daha çok kişi Batı tarzı diyetlere ve yaşam şekline geçtikçe hastalığın görülme sıklığı da büyük olasılıkla artacaktır (82,83).

Kolorektal kanserlerin büyük kısmı adenomatöz poliplerden meydana gelir. Adenomdan kansere ilerleyişin ise 10 yıl sürdüğü tahmin edilmektedir (84). Etiyolojisinde çevresel ve genetik risk faktörlerinin bulunmasının yanı sıra, kolorektal kanser tanısı konulmuş olguların %75-80'i sporadik olarak ortaya çıkmıştır (85). Sporadik olan kolorektal kanser ortalama 50 yaş üstünde teşhis edilmektedir ve genellikle çevresel etmenlerle ilişkilidir. Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser (HNPCC [Lynch Sendromu]) ve Ailesel Adenomatöz Polipozis Koli (FAP) ailesel olan kolorektal kanserler içerisinde en sık görülenler olmasına rağmen, tüm vakaların %5'ten daha azını meydana getirir (86).

Kolorektal Kanserde Tarama

Gelişmiş ülkelerde kolorektal kanser, ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Ülkemizde de en sık saptanan ilk 10 kanser içinde olan kolorektal kanser önemli bir sağlık problemidir. Genellikle bu organlarda prekanseröz lezyonların mevcut oluşu ve görece olarak kolay ulaşılabilen organlar olması sebebiyle, erken tanı için gayet uygun bir hastalıktır. Erken evre lokalize kolorektal kanserleri ve premalign adenomatöz polipleri tespit etmek ve tedavi etmek için çeşitli tarama metotları mevcuttur. Bu metotların kanserin mortalite ve morbiditesini geriletliği düşünülmektedir ve etkinliği de ispatlanmıştır (87).

Kolorektal kanserler genellikle sinsi ilerler ve teşhis konulduğunda ileri dönemdedir. Adenomdan maligniteye dönüşmesinin minimum 10 yıl aldığı düşünülmektedir (88). Bu kansere yakalanan hastaların sadece %40'ı erken dönemde tanı alabilmektedir. Hastalığın prognozu ise, tümörün teşhis anında bulunduğu evreye göre değişmektedir. Hastalıkla ilgili belirtiler ortaya çıkmadan teşhis edilebilmesi için toplumun bu konudaki farkındalığı artırılmalıdır ve 50 yaş üstü bireylerin tarama programlarına dahil olması sağlanmalıdır. Yapılan çalışmalarda da tarama ve izlemin kolorektal kanserin ölüm oranlarında gerileme sağladığı gösterilmiştir (89,90). Tarama programının başarılı olabilmesi için hekimlerin de konu ile ilgili yeterli farkındalığının olması, kişide hastalıkla ilgili riski belirleyebilmesi, kılavuzlara uyarak kişilere önerilerde bulunması, erken teşhis yapabilmesi, en kısa zamanda kişiyi tedavi için yönlendirmesi ve devamında da hastayı takip edebilmesi oldukça önemlidir (91).

Kolorektal kanser için kullanılmakta olan yöntemler, gaitada gizli kan testi (GGK), kolonoskopi, sigmoidoskopi ve diğer görüntüleme yöntemleridir. Tarama önerileri ise, bireyin ailesinde kolorektal malignite öyküsünün mevcut olması, bireyde inflamatuvar barsak hastalığının olması veya daha öncesinde bireye kolorektal kanser teşhisi konulmuş olması durumlarına göre değişkenlik göstermektedir. Tüm bunlara göre tarama zamanı ve tarama yöntemleri de kişiye özel seçilmelidir (92,93).

Ülkemizde kolorektal kanser için taramalar, Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartlarına uygun şekilde yürütülmektedir. Buna göre ise, hedef popülasyon olan 50-70 yaş aralığındaki (50 ve 70 yaş dahil) tüm bireylere 2 yılda bir GGK yapılması ve 10 yılda bir kolonoskopi uygulanması önerilmektedir. Riski yüksek olan bireylerde (birinci derece akrabasında adenomatöz polip veya kolorektal kanser olanlar, Crohn, ülseratif kolit, HNPCC, FAP öyküsü olanlar) taramaya 40 yaşından itibaren başlanmalıdır (87). Eğer bireyin birinci derece akrabası kolorektal kanser tanısını genç yaşta almışsa, 40 yaşından bağımsız olacak şekilde, kanserin tanı alma yaşından 5 yıl öncesinden başlanıp kişi taramaya alınmalıdır (9).

Gaitada Gizli Kan Testi: GGK, kolorektal kanser taramasında oldukça mühim bir yöntemdir. Kolorektal malignitenin erken dönemde teşhis edilmesine imkan tanıyarak mortalitenin gerilemesine epey yardımcı olmaktadır (94). Bu test, polip taramasından ziyade, kanserin teşhisinde daha duyarlı bir yöntemdir (9). İmmünokimyasal test ve guaiac tabanlı test olmak üzere iki çeşidi mevcuttur. Guaiac tabanlı test sıklıkla kullanılan yöntemdir, ancak insan hemoglobinine spesifik değildir (94). Bu test, ilaç kullanımından ve yenilen gıdalardan etkilenebilmektedir. Bu sebeple test yapılmadan önce kişilerin diyet yapması gerekmektedir. Örnek alımından en az 3 gün öncesinden itibaren C vitamini ile beslenmenin 250 mg/gün altında tutulması ve kırmızı et tüketiminin kesilmesi, örnek alımı öncesi 7 gün boyunca da nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve aspirin kullanımından kaçınılması tavsiye edilmektedir (95).

Demir ilaçları, testi pozitifleştirmez ancak dışkı rengini siyahlaştırır. Diş eti kanamaları pozitif sonuca sebep olur. Alınan numuneye idrar bulaşmamasına da dikkat edilmelidir. Testin yanlış negatiflik durumunun sıkça gözlenmesi sebebiyle, 3 kez farklı zamanlarda alınan gaita numunesi ile tekrar edilmelidir. GGK testi, hemoroid, peptik ülser, anal fissür, inflamatuvar barsak hastalığı ve divertikülozda da pozitif sonuç verebilir (96). İmmünokimyasal test ise, direkt dışkıdaki hemoglobini ölçmektedir ve sadece bir kez alınan dışkı numunesi yeterli olmaktadır. Bu test yiyeceklerden, vitaminlerden ve ilaçlardan

etkilenmez ve bu sebeple de test öncesi kişinin diyet yapmasına ve ilaçlarını kesmesine gerek yoktur (97).

GGK test sonucunun negatif olması, normal sonuç olarak değerlendirilmektedir ve gaitada kan olmadığı anlamına gelmektedir. Bu sonuç, kişinin kolorektal malignitesi olmadığını ya da gelecekte kesinlikle olmayacağını göstermez. Bireye, 2 sene sonra GGK testini tekrar etmesi gerektiği söylenir.

GGK test sonucunun pozitif olması ise anormal sonuç olarak kabul edilmektedir ve gaitada kan olduğu anlamına gelir. Kesin kanser teşhisi koydurmaz, ancak kişi kolonoskopi açısından uzman hekimlerce muayene edilmesi için ileri merkezlere yönlendirilmelidir.

GGK test sonucunun belirsiz olarak gelmesi ise, alınmış olan numunede kan olup olmadığını kesin olarak tespit edilemediği anlamına gelmektedir. Bu sonuç, kişinin kanser olup olmadığını göstermez, sadece yapılan testin tekrarlanması gerektiğine işaret eder. Bu durumda, 2-3 gün arayla en çok iki kez daha test tekrarlanır. Testin tekrarlanması mutlaka gereklidir, çünkü kolorektal tümörler veya polipler devamlı olarak kanamaya sebep olmazlar ve gaitada kanın mevcut olup olmadığını netleştirilmesi ise mühim bir konudur (87).

Kolonoskopi: Kolon ve rektum mukozasının doğrudan görülebilmesi, işlem yapılırken aynı zamanda biyopsi alınabilmesi ve bunun yanında polip ve lokal lezyonların çıkarılabilmesi imkanının olması nedeniyle diğer testlere göre oldukça avantajlıdır (98). Kolondaki tüm lezyonların %95'inin tespit edilebildiği en etkili tarama yöntemidir (99). Kanama ve perforasyon gibi önemli komplikasyonların olasılığı %0,1'dir. İşlem öncesinde diyet ve ilaçların düzenlenmesi ve bağırsak temizliği gerekmektedir. İşlem esnasında da genellikle bilinçli sedasyon uygulanır (100). Kişinin GGK testlerinin tamamı negatif olarak sonuçlansa bile, hedef popülasyondaki tüm kişilerden tam bağırsak kolonoskopisi istenmelidir. Bu tetkikin yeterliliği için kolonun bütün segmentleri incelenmiş ve kuşkulu kısımlardan biyopsi alınmış olmalıdır (101).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza Haziran 2021 ile Ekim 2021 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir sebeple başvuran, çalışmanın dahil edilme kriterlerini taşıyan gönüllüler katıldı. 103 erkek ve 112 kadın olmak üzere toplam 215 kişinin verileri analiz edildi. Çalışma öncesinde Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nda 27/05/2021 tarih ve 2021.134.05.07 numarası ile izin alınmış olup alınan iznin belgesi Ek 1'de sunulmuştur.

Kişilerin çalışmamıza dahil edilme kriterleri;

- Kişinin 30-70 yaş arasında olması
- Aile hekimliği polikliniğine başvurmuş olması
- Gönüllü olması

Kişilerin çalışmamıza dahil edilmeme kriterleri;

- Kişinin 30 yaş altı ve 70 yaş üstünde olması
- Anketi doldurmak için gerekli mental ve fiziki yeterliliğe sahip olmaması

Aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylere çalışma kısaca anlatılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formları (Ek 2) alınmıştır. Takiben, kişilerin sosyodemografik özelliklerini, sağlık özgeçmişlerini, kanserle ilişkili soygeçmiş bilgilerini, aile hekimliği birimine kayıtlı olma durumları, kendi aile hekimlerini tanıma durumu ve aile hekimine başvurma nedenlerini, ülkemizde uygulanan taramalar ve KETEM hakkındaki bilgi durumunu, kanser tarama testleri ile ilgili bilgi durumlarını, tutum ve davranışlarını, tarama testi bilgisini ve önerisini nereden aldığını sorgulayan 44 soruluk anket formu yüz yüze

görüşme yöntemiyle uygulanmıştır (Ek 3). Anket soruları araştırmacılarca literatür incelenerek oluşturulmuştur.

İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Elde edilen verilerin analizi SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metotlar olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde “Fisher-Exact” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır. $p < 0,05$ olduğu durumlar istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.



BULGULAR

Çalışmamıza aile hekimliği polikliniğimize başvuran toplam 215 kişi dahil edilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişken (N=112)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 46,61 \pm 9,25$ (yıl)]		
30-39 yaş	49	22,8
40-49 yaş	88	40,9
50-70 yaş	78	36,3
Cinsiyet		
Kadın	112	52,1
Erkek	103	47,9
Medeni durum		
Bekar	21	9,8
Evli	183	85,1
Boşanmış/ayrılı	11	5,1
Eğitim düzeyi		
İlköğretim mezunu	82	38,1
Lise/üniversite mezunu	133	61,9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	130	60,5
Çalışmıyor	85	39,5
Meslek grubu		
Beyaz yaka	64	49,2
Mavi yaka	66	50,8
Gelir durumu		
≤ 4000 TL	65	30,2
4001-6000 TL	62	28,8
6001-8000 TL	28	13,1
> 8000 TL	60	27,9

Sosyal güvence		
Var	209	97,2
Yok	6	2,8
İkamet yeri		
İl merkezi	185	86,0
İlçe	30	14,0
Sigara kullanma		
Hiç kullanmamış	77	35,8
Bırakmış	49	22,8
İçiyor	89	41,4
Kronik hastalık		
Var	64	29,8
Yok	151	70,2
Kronik hastalığın adı*		
Diyabetes Mellitus	20	9,3
Hipertansiyon	30	14,0
Kronik İskemik Kalp Hastalığı	9	4,2
Hipotiroidi	11	5,1
Diğer	12	5,6
Kanser tanısı alma		
Hayır	206	95,8
Evet	9	4,2

*Soruya birden çok yanıt verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısına göre satır bazlı olarak hesap edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalamasının $46,61 \pm 9,25$ (yıl) olduğu tespit edilmiş ve 88 kişinin (%40,9) 40-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 112 kişinin (%52,1) kadın, 183'ünün (%85,1) evli, 133'ünün (%61,9) lise/üniversite mezunu ve 130'unun (%60,5) çalıştığı belirlenmiştir. 66 kişinin (%50,8) mavi yaka, 65'inin (%30,2) gelirinin ≤ 4000 TL, 209'unun (%97,2) sosyal güvencesinin olduğu ve 185'inin (%86,0) il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. 89 kişinin (%41,4) sigara içtiği, 151'inin (%70,2) kronik hastalığı olmadığı, 30'unun (%14,0) Hipertansiyonu olduğu ve 206'sının (%95,8) kanser tanısı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların yaş grupları ve alkol kullanma durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Değişken (N=215)	Kadın (n=112)		Erkek (n=103)	
	n	%	n	%
Yaş sınıfları				
30-39 yaş	30	26,8	19	18,4
40-49 yaş	49	43,8	39	37,9
50-70 yaş	33	29,6	45	43,7
Alkol kullanma durumu				
Hiç kullanmamış	92	82,1	32	31,1
Bırakmış	8	7,1	37	35,9
İçiyor	12	10,8	34	33,0

Kadınların yaş ortalamasının 44,98±8,80 (yıl) ve ortalama yaşının 45,5 olduğu; erkeklerin ise 48,38±9,81 (yıl) ve ortalama yaşın 46,0 olduğu tespit edilmiştir. 49 kadının (%43,8) 40-49 yaş grubunda, 92'sinin (%82,1) hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir. 45 erkeğin (%43,7) 50-70 yaş grubunda olduğu ve 37'sinin (%35,9) alkolü bırakmış olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların ailede kanser öyküsü bulunma durumu, birinci basamak sağlık hizmeti kullanma durumu ve kanser taramaları konusundaki bilgi ve tutumlarına göre dağılımı

Değişken (N=215)	n	%
Ailede kanser tanısı alan		
Var	106	49,3
Yok	109	50,7
Ailede kanser olan kişiler*		
Eş	6	2,8
1.derece akraba	57	26,5
2.derece akraba	41	19,1
Uzak akraba	17	7,9
Aile hekimliğine kayıtlı olma		
Evet	215	100,0
Aile hekimini bilme/tanıma		
Evet	203	94,4
Hayır	12	5,6
Düzenli aile hekimine gitme		
Evet	151	70,2
Hayır	64	29,8
Aile hekimine başvurma sebepleri*		
Yeni başlayan, kısa süreli hastalık	95	44,2
Periyodik muayene amaçlı	30	14,0
Kronik hastalık takibi için	12	5,6
Kanser taraması amacıyla	5	2,3
Sağlık raporu için	21	9,8
İlaç raporu çıkarttırmak için	3	1,4
İlaç yazdırmak için	99	46,0
Aşı olmak için	39	18,1
Son 1 yılda hiç başvurmamış	49	22,8
Kanser tarama testinin ücretsiz olduğunu bilme		
Evet	120	55,8
Hayır	95	44,2
Ülkemizde yapılan kanser taramalarını bilme*		
Rahim ağzı kanseri	87	40,5
Akciğer	36	16,7
Kalın bağırsak	53	24,7

Prostat	45	20,9
Meme	118	54,9
Bilmiyor	85	39,5
Kanser tarama içeriğini doğru bilme		
Hayır	199	92,6
Evet	16	7,4
Kanser taramanın gerekli olması		
Evet	210	97,7
Hayır	5	2,3
Kanser tarama bilgilendirme yapılan yer		
1.basamak	31	14,4
2 ve 3.basamak	29	13,5
Hiç bilgilendirme yapılmadı	155	72,1
KETEM'i duyma/bilme		
Bilgisi yok	103	47,9
Duymuş, ne olduğunu biliyor	112	52,1

* Soruya birden çok yanıt verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısına göre satır bazlı olarak hesap edilmiştir.

109 kişinin (%50,7) ailesinde kanser tanısı olmadığı, 57'sinin (%26,5) 1.derece akrabada kanser tanısı olduğu, 215'inin (%100,0) aile hekimliğine kayıtlı olduğu ve 203'ünün (%94,4) aile hekimini bildiği/tanıdığı belirlenmiştir. 151 kişinin (%70,2) düzenli aile hekimine gittiği, 99'ünün (%46,0) ilaç yazdırmak için aile hekimine gittiği, 120'sinin (%55,8) kanser tarama testinin ücretsiz olduğunu bildiği ve 118'inin (%54,9) ülkemizde ulusal kanser tarama standartlarına (UKTS) göre yapılan kanser taramalarından meme kanserini bildiği belirlenmiştir. 199 kişinin (%92,6) kanser tarama içeriğini doğru bilmediği, 210'unun (%97,7) kanser taramasının gerekli olduğunu düşündüğü, 155'inin (%72,1) kanser tarama testleri ile ilgili hiç bilgilendirme almadığı, 31'inin (%14,4) kanser tarama testleri ile ilgili bilgilendirilmesinin 1.basamak kuruluşta yapıldığı ve 112'sinin (%52,1) KETEM'i duyduğunu/ne olduğunu bildiği belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların düzenli aile hekimine gitme durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Değişken (N=215)	Kadın (n=112)		Erkek (n=103)	
	n	%	n	%
Düzenli aile hekimine gitme				
Evet	81	72,3	70	68,0
Hayır	31	27,7	33	32,0

Çalışma grubumuzdaki kadınların 81'inin (%72,3), erkeklerin ise 70'inin (%68,0) yılda en az 1 kez olmak üzere düzenli aile hekimine gittiği tespit edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Katılımcıların rahim ağzı kanser taraması ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına göre dağılımı

Değişken (N=112)	n	%
Rahim ağzı kanser taraması bilgisi olma		
Evet	98	87,5
Hayır	14	12,5
HPV DNA/Smear testi önerilme		
Evet	69	61,6
Hayır	43	38,4
HPV DNA/Smear testi öneren kişi/kişiler*		
Aile hekimi	9	13,0
Diğer branş hekimleri	47	68,1
Aile sağlığı çalışanı	1	1,4
Diğer hemşire ve sağlık çalışanları	4	5,8
Akraba, komşu, arkadaşlar	9	13,0
İletişim araçları (TV, internet)	6	8,7
Kitap, gazete, dergi ve broşür	1	1,4
HPV DNA/Smear testi yaptırma		
Evet	71	63,4
Hayır	41	36,6
HPV DNA/Smear testi yaptırma sıklığı		
Yılda bir kez	12	16,9
2 yılda bir kez	17	23,9
5 yılda bir kez	12	16,9
Sadece bir kez	30	42,3
HPV DNA/Smear testi sıklığının UKTS uygunluğu	52	73,2
Uygun değil	19	26,8
Uygun		
HPV DNA/Smear testi yaptırılan yer*		
ASM	4	5,6
Devlet hastanesi	22	31,0
Üniversite hastanesi	16	22,5
Özel hastane	22	31,0
KETEM	15	21,1
Rahim ağzı kanseri taraması sıklığını bilme		
Yılda bir kez	47	42,0
2 yılda bir kez	10	8,9
5 yılda bir kez	15	13,4
Bilmiyor	40	35,7
KKMM bilgisi		
Evet	102	91,1
Hayır	10	8,9
Daha önce KKMM yapma		
Evet	85	75,9
Hayır	27	24,1
KKMM yapma sıklığı		
Ayda bir kez	46	54,1

6 ayda bir kez	15	17,6
Yılda bir kez	17	20,0
Haftada bir kez	7	8,3
Kendi kendine meme muayenesi UKTS uygunluğu		
Uygun değil	39	45,9
Uygun	46	54,1

* Soruya birden çok yanıt verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısına göre satır bazlı olarak hesap edilmiştir.

Çalışma grubumuzdaki 112 kadının tamamının 30-65 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. 98 kişinin (%87,5) rahim ağzı kanser taraması bilgisi olduğu, 69'una (%61,6) HPV DNA/Smear testi önerildiği, 47'sine (%68,1) diğer branş hekimlerinin önerdiği ve 71'inin (%63,4) HPV DNA/Smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. 30 kişinin (%42,3) sadece bir kez HPV DNA/Smear testi yaptırdığı, 52'sinin (%73,2) HPV DNA/Smear testi sıklığının UKTS'ye uygun olmadığı ve 22'sinin (%31,0) devlet hastanesi, 22'sinin (%31,0) özel hastanede HPV DNA/Smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. 47 kişinin (%42,0) rahim ağzı kanseri taraması sıklığını yılda bir kez olarak bildiği, 102'sinin (%91,1) kendi kendine meme muayenesi (KKMM) bilgisi olduğu belirlenmiştir. 85 kişinin (%75,9) daha önce kendi kendine meme muayenesi yaptığı, 46'sının (%54,1) ayda bir kez yaptığı ve yaptıkları kendi kendine meme muayenesi sıklığının UKTS'ye uygun olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Katılımcıların meme kanseri tarama testleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına göre dağılımı

Değişken (N=112)	n	%
Kendi kendine meme muayenesi öğrenilen yer*		
Aile hekimi	10	11,8
Diğer branş hekimleri	28	32,9
Aile sağlığı çalışanı	6	7,1
Diğer hemşire ve sağlık çalışanları	13	15,3
Akraba, komşu, arkadaşlar	14	16,5
İletişim araçları (TV, internet)	32	37,6
Kitap, gazete, dergi ve broşür	7	8,2
Olması gereken KKMM sıklığını bilme		
Haftada bir kez	16	14,3
Ayda bir kez	41	36,5
Yılda bir kez	7	6,3
Bilmiyor	48	42,9
Hekim tarafından klinik meme muayenesi olma		
Evet	53	47,3
Hayır	59	52,7

Klinik meme muayenesini yapan kişi*		
Aile hekimi	2	3,8
Genel cerrahi uzmanı	42	79,2
Dahiliye uzmanı	1	1,9
Diğer branş hekimleri	11	20,8
Klinik meme muayenesi olma sıklığı		
Yılda bir kez	14	26,4
2 yılda bir kez	8	15,1
5 yılda bir kez	6	11,3
Sadece bir kez	25	47,2
Klinik meme muayenesi sıklığı UKTS uygunluğu		
Uygun değil	39	73,6
Uygun	14	26,4
Olması gereken klinik meme muayene sıklığını bilme		
Yılda bir kez	9	8,0
2 yılda bir kez	3	2,7
5 yılda bir kez	51	45,5
Bilmiyor		
Mamografi bilgisi olma		
Evet	110	98,2
Hayır	2	1,8
Kadınların özellikli yaş grubu		
40-69 yaş	82	73,2
Diğer yaşlar	30	26,8
40-69 yaş grubundakilere mamografi önerisi		
Evet	51	62,2
Hayır	31	37,8
Mamografi öneren kişi*		
Aile hekimi	8	15,7
Diğer branş hekimleri	36	70,6
Aile sağlığı çalışanı	3	5,9
Diğer hemşire ve sağlık çalışanları	5	9,8
Akraba, komşu, arkadaşlar	4	7,8
İletişim araçları (TV, internet)	2	3,9

* Soruya birden çok yanıt verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısına göre satır bazlı olarak hesap edilmiştir.

28 kişinin (%32,9) kendi kendine meme muayenesini diğer branş hekimlerinden öğrendiği, 48'inin (%42,9) olması gereken kendi kendine meme muayenesi sıklığını bilmediği, 59'unun (%52,7) hekim tarafından klinik meme muayenesi olmadığı, 42'sinin (%79,2) genel cerrahi uzmanı tarafından ve 25'inin (%47,2) sadece bir kez muayene olduğu belirlenmiştir. 39 kişinin (%73,6) klinik muayene sıklığının UKTS'ye uygun olmadığı, 51'inin (%45,5) olması gereken klinik muayene sıklığını bilmediği ve 110'unun (%98,2) mamografi bilgisi olduğu belirlenmiştir. 82 kadının (%73,2) 40-69 yaş grubunda olduğu, bu

yaş grubundaki kadınların 51'inin (%62,2) mamografi önerisi aldığı ve 36'sının (%70,6) diğer branş hekimlerinden mamografi önerisi aldığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 13. Katılımcıların mamografi ve gaitada gizli kan testi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına göre dağılımı

Değişken (N=215)	n	%
Daha önce mamografi çekilme		
Evet	42	51,2
Hayır	40	48,8
Mamografi çekilme sıklığı		
Yılda bir	6	14,3
2 yılda bir	14	33,3
Sadece bir kez	22	52,4
Mamografi sıklığı UKTS uygunluğu		
Uygun değil	26	61,9
Uygun	12	38,1
Olması gereken mamografi sıklığımı bilme		
Yılda bir kez	33	29,4
2 yılda bir kez	21	18,8
5 yılda bir kez	6	5,4
Bilmiyor	52	46,4
GGK testi bilgisi olma		
Evet	117	54,4
Hayır	98	45,6
50-70 yaş bireylere GGK testi önerilmesi		
Evet	23	29,5
Hayır	55	70,5
GGK testi öneren kişi/kişiler*		
Aile hekimi	14	60,9
Diğer branş hekimleri	8	34,8
Diğer hemşire ve sağlık çalışanları	1	4,3
Akraba, komşu, arkadaşlar	1	4,3
Daha önce GGK testi yaptırma		
Evet	23	29,5
Hayır	55	70,5
GGK testi yaptırma sıklığı		
2 yılda bir kez	6	26,1
5 yılda bir kez	4	17,4
Sadece bir kez	13	56,5
GGK testi yaptırma sıklığı UKTS uygunluğu		
Uygun değil	15	65,2
Uygun	8	34,8
GGK testi yapılan yer		
Aile sağlığı merkezi	13	56,5
Devlet hastanesi	2	8,7
Üniversite hastanesi	6	26,1
Özel hastane	2	8,7

Olması gereken GGK testi sıklığını bilme

Yılda bir kez	27	12,6
2 yılda bir kez	15	7,0
5 yılda bir kez	8	3,7
Bilmiyor	165	76,7

* Soruya birden çok yanıt verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısına göre satır bazlı olarak hesap edilmiştir.

42 kişinin (%51,2) daha önce mamografi yaptırdığı, 22'sinin (%52,4) sadece bir kez yaptırdığı, 26'sının (%61,9) mamografi sıklığının UKTS'ye uygun olmadığı ve 52'sinin (%46,4) olması gereken mamografi sıklığını bilmediği belirlenmiştir. 117 kişinin (%54,4) gaitada gizli kan testi bilgisi olduğu görülmüştür. Çalışmamızda 50-70 yaş arası 78 (%36,3) birey olduğu, bu bireylerden 55'ine (%70,5) gaitada gizli kan testi önerildiği, 14'üne (%60,9) aile hekiminin önerdiği belirlenmiştir. 55 kişinin (%70,5) daha önce gaitada gizli kan testi yaptırmadığı, 13'ünün (%56,5) sadece bir kez gaitada gizli kan testi yaptırdığı, 15'inin (%65,2) GGK testi yaptırma sıklığının UKTS'ye uygun olmadığı belirlenmiştir. 13 kişinin (%56,5) gaitada gizli kan testi yaptırdığı yerin aile sağlığı merkezi olduğu ve 165'inin (%76,7) olması gereken gaitada gizli kan testi yaptırma sıklığını bilmediği belirlenmiştir (Tablo 13).

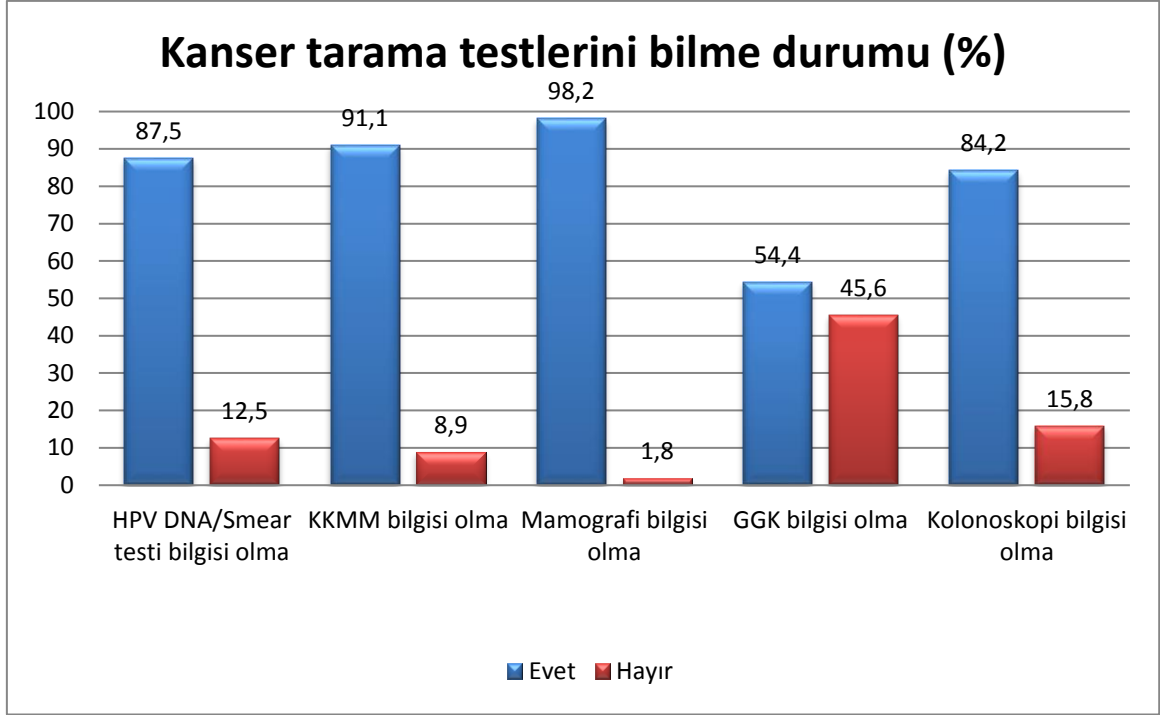
Tablo 14. Katılımcıların kolonoskopi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına ve kanser tarama testlerini yaptırmama veya düzensiz yaptırma nedenlerine göre dağılımı

Değişken (N=215)	n	%
Kolonoskopi bilgisi		
Evet	181	84,2
Hayır	34	15,8
Daha önce kolonoskopi önerilmesi		
Evet	20	25,6
Hayır	58	74,4
Kolonoskopi öneren kişiler*		
Aile hekimi	4	20,0
Diğer branş hekimleri	16	80,0
Akraba, komşu, arkadaşlar	2	10,0
Daha önce kolonoskopi yapılma durumu		
Evet	11	14,1
Hayır	67	85,9
Kolonoskopi sıklığı UKTS uygunluğu		
Uygun değil	1	9,1
Uygun	10	90,9
Olması gereken kolonoskopi sıklığını bilme		
Yılda bir kez	18	8,4
2 yılda bir kez	15	7,0

5 Yılda bir kez	12	5,6
10 yılda bir kez	9	4,2
Bilmiyor	161	74,8
Kanser tarama testlerini yaptırmama veya düzensiz yaptırma nedenleri*		
Zaman bulamadığım için	20	13,5
Utandığım için	11	7,4
Herhangi bir şikayetim olmadığı için	85	57,4
Kötü sonuç almaktan korktuğum için	15	10,1
Kolay ve ulaşılabilir olmadığı için	3	2,0
Kanser tarama testlerini bilmediğim için	27	18,2
Ailemde kanser hastalığı olmadığı için	7	4,7
Kanser tarama testi yaptırmam önerilmediği için	57	38,5
Yapılacak işlemden korktuğum/çekindiğim için	22	14,9

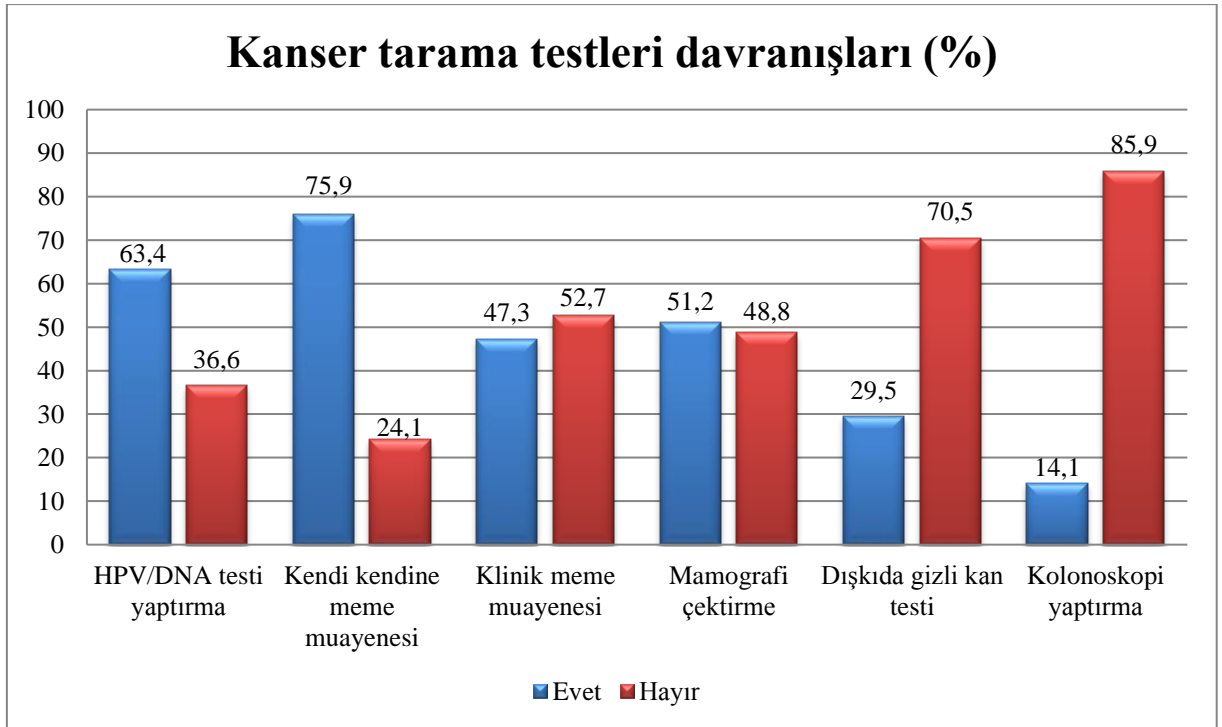
* Soruya birden çok yanıt verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısına göre satır bazlı olarak hesap edilmiştir.

181 kişinin (%84,2) kolonoskopi bilgisi olduğu, 58'ine (%74,4) daha önce kolonoskopi önerilmediği, 16'sına (%80,0) diğer branş hekimlerinin önerdiği, 67'sine (%85,9) daha önce kolonoskopi yapılmadığı belirlenmiştir. 10 kişinin (%90,9) kolonoskopi sıklığının UKTS'ye uygun olduğu, 161'inin (%74,8) olması gereken kolonoskopi sıklığını bilmediği belirlenmiştir. Düzensiz kanser taraması yaptıran katılımcıların 85'inin (%57,4) herhangi bir şikayeti olmadığı için 57'sinin (%38,5) kanser tarama testi yaptırmaması önerilmediği için kanser taraması yaptırmadığı belirlenmiştir (Tablo 14).



Şekil 1. Kanser tarama testlerini bilme durumlarının dağılımı (%)

Katılımcıların kanser tarama testlerini bilme durumlarına ilişkin bulgularının dağılımı Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 2. Kanser tarama testleri davranışlarının dağılımı (%)

Katılımcıların kanser tarama testi yaptırma davranışlarına ilişkin bulgularının dağılımı Şekil 2’de verilmiştir.

Tablo 15. Rahim ağzı kanser taramasını bilme durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Rahim ağzı kanser taraması bilgisi	Evet (n=98)		Hayır(n=14)		İstatistiksel analiz¹
Değişken	n	%	n	%	Olasılık
Yaş dağılımı					
30-39 yaş	25	25,5	5	35,7	$\chi^2=0,717$ p=0,699
40-49 yaş	44	44,9	5	35,7	
50-70 yaş	29	29,6	4	28,6	
Medeni durum					
Bekar	7	7,1	4	28,6	$\chi^2=1,160$ p=0,280
Evli	84	85,8	10	71,4	
Boşanmış/ayrı	7	7,1	-	-	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	35	35,7	7	50,0	$\chi^2=1,067$ p=0,302
Lise/üniversite	63	64,3	7	50,0	
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	57	58,2	7	50,0	$\chi^2=0,083$ p=0,773
Çalışıyor	41	41,8	7	50,0	
Meslek grubu					
Beyaz yaka	30	73,2	3	42,9	p=0,183
Mavi yaka	11	26,8	4	57,1	
Gelir durumu					
≤4000 TL	29	29,6	6	42,9	$\chi^2=7,013$ p=0,071
4001-6000 TL	22	22,4	5	35,7	
6001-8000 TL	13	13,3	3	21,4	
>8000 TL	34	34,7	-	-	
Sosyal güvence					
Var	95	96,9	13	92,9	$\chi^2=0,593$ p=0,441
Yok	3	3,1	1	7,1	
İkamet yeri					
İl merkezi	89	90,8	11	78,6	p=0,172
İlçe	9	9,2	3	21,4	
Sigara kullanma					
Hiç kullanmamış	51	52,0	6	42,9	$\chi^2=2,102$ p=0,350
Bırakmış	16	16,3	1	7,1	
İçiyor	31	31,7	7	50,0	
Kronik hastalık					
Var	26	29,6	4	28,6	$\chi^2=0,006$ p=0,938
Yok	69	70,4	10	71,4	

Kanser tanısı alma

Hayır	92	93,9	14	100,0	p=0,440
Evet	6	6,1	-	-	

Ailede kanser tanısı

Var	57	58,2	6	42,9	$\chi^2=0,627$
Yok	41	41,8	8	57,1	p=0,428

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanılmıştır.

Rahim ağzı kanseri bilgisi olması durumu ile yaş dağılımı, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek grubu, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, ikamet yeri, sigara kullanma, kronik hastalık, kanser tanısı alma ve ailede kanser tanısı varlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Gruplar belirtilen nitelikler bakımından bağımsız ve homojendir (Tablo 15).

Tablo 16. HPV DNA/Smear testi yaptıрма durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

HPV DNA/Smear testi yaptıрма Değişken	Evet (n=71)		Hayır(n=41)		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş dağılımı					
30-39 yaş	13	18,3	17	41,5	$\chi^2=7,130$
40-49 yaş	35	49,3	14	34,1	p=0,028*
50-65 yaş	23	32,4	10	24,4	
Medeni durum					
Bekar	1	1,4	10	24,4	$\chi^2=16,372$
Evli	64	90,1	30	73,2	p=0,000***
Boşanmış/ayrı	6	8,5	1	2,4	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	29	40,8	13	31,7	$\chi^2=0,577$
Lise/üniversite	42	59,2	28	68,3	p=0,447
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	44	62,0	20	48,8	$\chi^2=1,347$
Çalışıyor	27	38,0	21	51,2	p=0,246
Meslek grubu					
Beyaz yaka	17	63,0	16	76,2	$\chi^2=0,445$
Mavi yaka	10	37,0	5	23,8	p=0,505
Gelir durumu					
≤4000 TL	22	31,0	13	31,7	
4001-6000 TL	15	21,1	12	29,3	$\chi^2=1,483$
6001-8000 TL	10	14,1	6	14,6	p=0,686
>8000 TL	24	33,8	10	24,4	
Sosyal güvence					
Var	68	95,8	40	97,6	$\chi^2=0,241$
Yok	3	4,2	1	2,4	p=0,624

İkamet yeri					
İl merkezi	66	93,0	34	82,9	p=0,119
İlçe	5	7,0	7	17,1	
Sigara kullanma					
Hiç kullanmamış	37	52,1	20	48,8	$\chi^2=0,931$
Bırakmış	12	16,9	5	12,2	p=0,628
İçiyor	22	31,0	16	39,0	
Kronik hastalık					
Var	20	28,2	13	31,7	$\chi^2=0,033$
Yok	51	71,8	28	68,3	p=0,857
Kanser tanısı alma					
Hayır	65	91,5	41	100,0	p=0,084
Evet	6	8,5	-	-	
Ailede kanser tanısı					
Yok	31	43,7	18	43,9	$\chi^2=0,001$
Var	40	56,3	23	56,1	p=0,980

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanılmıştır. p<0,05 *, p<0,01 **, p<0,001 ***.

HPV DNA/Smear testi yaptırma durumu ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek grubu, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, ikamet yeri, sigara kullanma, kronik hastalık, kanser tanısı alma ve ailede kanser tanısı varlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (p>0,05). Gruplar belirtilen nitelikler bakımından bağımsız ve homojendir (Tablo 16).

HPV DNA/Smear testi yaptırma durumu ile yaş dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=7,130$; p=0,028). HPV DNA/Smear testi yaptıran 35 kişinin (%49,3) 40-49 yaş grubunda olduğu, HPV DNA/Smear testi yaptırmayan 17 kişinin (%41,5) 30-39 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. HPV DNA/Smear testi yaptıranların ağırlıklı olarak 40-49 yaş grubunda olduğu, HPV DNA/Smear testi yaptırmayanların ise ağırlıklı olarak 30-39 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 16).

HPV DNA/Smear testi yaptırma durumu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=16,372$; p=0,000). HPV DNA/Smear testi yaptıran 64 kişinin (%90,1) evli olduğu, HPV DNA/Smear testi yaptırmayan 10 kişinin (%24,4) bekar olduğu belirlenmiştir. Bekar olanların ağırlıklı olarak HPV DNA/Smear testi yaptırmadığı, evli ve boşanmış/ayrı olanların ise ağırlıklı olarak HPV DNA/Smear testi yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 16).

Mamografiyi bilme durumu (Evet, n=110; Hayır, n=2) olduğu için ilişkilere bakılamadı.

Tablo 17. Mamografi çekilme durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Mamografi çekilme Değişken	Evet (n=42)		Hayır(n=40)		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş dağılımı					
40-49 yaş	19	45,2	30	75,0	$\chi^2=6,359$ p=0,012*
50-70 yaş	23	54,8	10	25,0	
Medeni durum					
Bekar	1	2,4	2	5,0	$\chi^2=2,967$ p=0,227
Evli	36	85,7	37	92,5	
Boşanmış/ayrı	5	11,9	1	2,5	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	18	42,9	20	50,0	$\chi^2=0,420$ p=0,517
Lise/üniversite	24	57,1	20	50,0	
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	31	73,8	28	70,0	$\chi^2=0,147$ p=0,701
Çalışıyor	11	26,2	12	30,0	
Meslek grubu					
Beyaz yaka	6	54,5	7	58,3	$\chi^2=0,034$ p=0,885
Mavi yaka	5	45,5	5	41,7	
Gelir durumu					
≤4000 TL	21	50,0	9	22,5	$\chi^2=7,704$ p=0,053
4001-6000 TL	8	19,0	15	37,5	
6001-8000 TL	4	9,5	7	17,5	
>8000 TL	9	21,4	9	22,5	
Sosyal güvence					
Var	42	100,0	37	92,5	$\chi^2=3,270$ p=0,071
Yok	-	-	3	7,5	
İkamet yeri					
İl merkezi	39	92,9	36	90,0	p=0,709
İlçe	3	7,1	4	10,0	
Sigara kullanma					
Hiç kullanmamış	23	54,8	16	40,0	$\chi^2=3,185$ p=0,203
Bırakmış	8	19,0	6	15,0	
İçiyor	11	26,2	18	45,0	
Kronik hastalık					
Var	19	45,2	12	30,0	$\chi^2=1,427$ p=0,232
Yok	23	54,8	28	70,0	
Kanser tanısı alma					
Hayır	38	90,5	39	97,5	p=0,360
Evet	4	9,5	1	2,5	
Ailede kanser tanısı					
Var	18	42,9	15	37,5	$\chi^2=0,072$ p=0,788
Yok	24	57,1	25	62,5	

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanılmıştır. p<0,05 *, p<0,01 **, p<0,001 ***.

Mamografi çekilme durumu ile yaş dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=6,359$; $p=0,012$). Mamografi çekilen 23 kişinin (%54,8) 50-70 yaş grubunda olduğu, mamografi çekilmeyen 30 kişinin (%75,0) 40-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 40-49 yaş grubunda olanların ağırlıklı olarak mamografi çekilmediği, 50-70 yaş grubunda olanların ise ağırlıklı olarak mamografi çekildiği belirlenmiştir (Tablo 17).

Mamografi çekilme durumu ile medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek grubu, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, ikamet yeri, sigara kullanma, kronik hastalık, kanser tanısı alma ve ailede kanser tanısı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Gruplar belirtilen nitelikler bakımından bağımsız ve homojendir (Tablo 17).

Tablo 18. Gaitada gizli kan testini bilme durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Ggk bilgisi olma Değişken	Evet (n=117)		Hayır(n=98)		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş dağılımı					
30-39 yaş	29	24,8	20	20,4	$\chi^2=0,847$
40-49 yaş	45	38,4	43	43,9	$p=0,655$
50-70 yaş	43	36,8	35	35,7	
Cinsiyet					
Kadın	69	59,0	43	43,9	$\chi^2=4,870$
Erkek	48	41,0	55	56,1	$p=0,027^*$
Medeni durum					
Bekar	10	8,5	11	11,2	$\chi^2=0,772$
Evli	100	85,5	83	84,7	$p=0,680$
Boşanmış/ayrı	7	6,0	4	4,1	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	33	28,2	49	50,0	$\chi^2=10,737$
Lise/üniversite	84	71,8	49	50,0	$p=0,001^{**}$
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	50	42,7	35	35,7	$\chi^2=1,100$
Çalışıyor	67	57,3	63	64,3	$p=0,294$
Meslek grubu					
Beyaz yaka	44	65,7	20	31,7	$\chi^2=14,952$
Mavi yaka	23	34,3	43	68,3	$p=0,000^{***}$
Gelir durumu					
≤4000 TL	24	20,5	41	41,8	
4001-6000 TL	30	25,6	32	32,7	$\chi^2=27,110$
6001-8000 TL	14	12,0	14	14,3	$p=0,000^{***}$
>8000 TL	49	41,9	11	11,2	

Sosyal güvence					
Var	114	97,4	95	96,9	$\chi^2=0,049$
Yok	3	2,6	3	3,1	$p=0,826$
İkamet yeri					
İl merkezi	105	89,7	80	81,6	$\chi^2=2,286$
İlçe	12	10,3	18	18,4	$p=0,131$
Sigara kullanma					
Hiç kullanmamış	43	36,8	34	34,7	$\chi^2=1,868$
Bırakmış	30	25,6	19	19,4	$p=0,393$
İçiyor	44	37,6	45	45,9	
Kronik hastalık					
Var	35	29,9	29	29,6	$\chi^2=0,003$
Yok	82	70,1	69	70,4	$p=0,958$
Kanser tanısı alma					
Hayır	112	95,7	94	95,9	$\chi^2=0,005$
Evet	5	4,3	4	4,1	$p=0,944$
Ailede kanser tanısı					
Var	57	48,7	49	50,0	$\chi^2=0,035$
Yok	60	51,3	49	50,0	$p=0,851$

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre "Pearson- χ^2 " çapraz tablolarından yararlanılmıştır. $p<0,05$ *, $p<0,01$ **, $p<0,001$ ***.

Gaitada gizli kan testi bilgisi olması durumu ile yaş dağılımı, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, ikamet yeri, sigara kullanma, kronik hastalık, kanser tanısı alma ve ailede kanser tanısı varlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Gruplar belirtilen nitelikler bakımından bağımsız ve homojendir (Tablo 18).

GGK testi bilgisi olması durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=4,870$; $p=0,027$). GGK testi bilgisi olan 69 kişinin (%59,0) kadın olduğu, GGK testi bilgisi olmayan 55 kişinin (%56,1) erkek olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin ağırlıklı olarak gaitada gizli kan testi bilgisi olmadığı, kadınların ise ağırlıklı olarak gaitada gizli kan testi bilgisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

GGK testi bilgisi olması durumu ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=10,737$; $p=0,001$). GGK testi bilgisi olan 84 kişinin (%71,8) lise/üniversite mezunu olduğu, GGK testi bilgisi olmayan 49 kişinin (%50,0) ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. İlköğretim mezunu olanların ağırlıklı olarak GGK testi bilgisi olmadığı, lise/üniversite mezunu olanların ise ağırlıklı olarak GGK testi bilgisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

GGK testi bilgisi olması durumu ile meslek grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=14,952$; $p=0,000$). GGK testi bilgisi olan 44 kişinin (%65,7) beyaz

yaka olduğu, GGK testi bilgisi olmayan 43 kişinin (%68,3) mavi yaka olduğu belirlenmiştir. GGK testi bilgisi olanların ağırlıklı olarak beyaz yaka olduğu, GGK testi bilgisi olmayanların ise ağırlıklı olarak mavi yaka olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

Gaitada gizli kan testi bilgisi olması durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=27,110$; $p=0,000$). GGK testi bilgisi olan 49 kişinin (%41,9) >8000 TL gelir düzeyinde olduğu, GGK testi bilgisi olmayan 41 kişinin (%41,8) ≤ 4000 TL gelir düzeyinde olduğu belirlenmiştir. GGK testi bilgisi olanların ağırlıklı olarak >8000 TL gelir düzeyinde olduğu, GGK testi bilgisi olmayanların ise ağırlıklı olarak ≤ 4000 TL gelir düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

Tablo 19. Daha önce gaitada gizli kan testi yaptırma durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Ggk testi yaptırma Değişken	Evet (n=23)		Hayır(n=55)		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş dağılımı					
50-70 yaş	23	100,0	55	100,0	#
Cinsiyet					
Kadın	8	34,8	25	45,5	$\chi^2=0,757$ $p=0,384$
Erkek	15	65,2	30	54,5	
Medeni durum					
Bekar	-	-	1	1,8	$\chi^2=2,758$ $p=0,252$
Evli	20	87,0	52	94,5	
Boşanmış/ayrık	3	13,0	2	3,7	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	14	60,9	32	58,2	$\chi^2=0,048$ $p=0,826$
Lise/üniversite	9	39,1	23	41,8	
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	17	73,9	32	58,2	$\chi^2=1,111$ $p=0,292$
Çalışıyor	6	26,1	23	41,8	
Meslek grubu					
Beyaz yaka	-	-	8	34,8	$p=0,148$
Mavi yaka	6	100,0	15	65,2	
Gelir durumu					
≤ 4000 TL	10	43,6	26	47,3	$\chi^2=3,393$ $p=0,065$
4001-6000 TL	3	13,0	22	40,0	
6001-8000 TL	5	21,7	2	3,6	
>8000 TL	5	21,7	5	9,1	
Sosyal güvence					
Var	23	100,0	54	98,2	$\chi^2=0,424$ $p=0,515$
Yok	-	-	1	1,8	

İkamet yeri					
İl merkezi	21	91,3	46	83,6	p=0,492
İlçe	2	8,7	9	16,4	
Sigara kullanma					
Hiç kullanmamış	11	47,8	17	30,9	$\chi^2=2,122$ p=0,346
Bırakmış	5	21,7	18	32,7	
İçiyor	7	30,5	20	36,4	
Kronik hastalık					
Var	10	43,5	31	56,4	$\chi^2=0,625$ p=0,429
Yok	13	56,5	24	43,6	
Kanser tanısı alma					
Hayır	21	91,3	53	96,4	$\chi^2=0,356$ p=0,577
Evet	2	8,7	2	3,6	
Ailede kanser tanısı					
Var	9	39,1	29	52,7	$\chi^2=0,718$ p=0,397
Yok	14	60,9	26	47,3	

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre "Fisher-Exact" veya "Pearson- χ^2 " çapraz tablolarından yararlanılmıştır.

Gaitada gizli kan testi yaptırma durumu ile yaş dağılımı, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek grubu, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, ikamet yeri, sigara kullanma, kronik hastalık, kanser tanısı alma ve ailede kanser tanısı varlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (p>0,05). Gruplar belirtilen nitelikler bakımından bağımsız ve homojendir (Tablo 19).

Tablo 20. Kolonoskopi bilgisi durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Kolonoskopi bilgisi Değişken	Evet (n=181)		Hayır(n=34)		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş dağılımı					
30-39 yaş	42	23,2	7	20,6	$\chi^2=3,491$ p=0,175
40-49 yaş	78	43,1	10	29,4	
50-70 yaş	61	33,7	17	50,0	
Cinsiyet					
Kadın	99	54,7	13	38,2	$\chi^2=3,108$ p=0,078
Erkek	82	45,3	21	61,8	
Medeni durum					
Bekar	15	8,3	6	17,6	$\chi^2=4,289$ p=0,117
Evli	158	87,3	25	73,5	
Boşanmış/ayrılı	8	4,4	3	8,9	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	117	64,6	16	47,1	$\chi^2=3,042$ p=0,081
Lise/üniversite	64	35,4	18	52,9	

Çalışma durumu					
Çalışmıyor	73	40,3	12	35,3	$\chi^2=0,130$
Çalışıyor	108	59,7	22	64,7	$p=0,719$
Meslek grubu					
Beyaz yaka	60	55,6	4	18,2	$\chi^2=8,773$
Mavi yaka	48	44,4	18	81,8	$p=0,003^{**}$
Gelir durumu					
≤4000 TL	52	28,7	13	38,2	
4001-6000 TL	48	26,6	14	41,2	$\chi^2=10,096$
6001-8000 TL	23	12,7	5	14,7	$p=0,018^*$
>8000 TL	58	32,0	2	5,9	
Sosyal güvence					
Var	176	97,2	33	97,1	$\chi^2=0,003$
Yok	5	2,8	1	2,9	$p=0,954$
İkamet yeri					
İl merkezi	158	87,3	27	79,4	$p=0,278$
İlçe	23	12,7	7	20,6	
Sigara kullanma					
Hiç kullanmamış	64	35,4	13	38,2	$\chi^2=0,153$
Bırakmış	42	23,2	7	20,6	$p=0,927$
İçiyor	75	41,4	14	41,2	
Kronik hastalık					
Var	50	27,6	14	41,2	$\chi^2=1,908$
Yok	131	72,4	20	58,8	$p=0,167$
Kanser tanısı alma					
Hayır	172	95,0	34	100,0	$p=0,360$
Evet	9	5,0	-	-	
Ailede kanser tanısı					
Var	91	50,3	15	44,1	$\chi^2=0,223$
Yok	90	49,7	19	55,9	$p=0,637$

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre "Pearson- χ^2 " çapraz tablolarından yararlanılmıştır. $p<0,05$ *, $p<0,01$ **, $p<0,001$ ***.

Kolonoskopi bilgisi durumu ile yaş dağılımı, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, ikamet yeri, sigara kullanma, kronik hastalık, kanser tanısı alma ve ailede kanser tanısı varlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Gruplar belirtilen nitelikler bakımından bağımsız ve homojendir (Tablo 20).

Kolonoskopi bilgisi durumu ile meslek grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=8,773$; $p=0,003$). Kolonoskopi bilgisi olan 60 kişinin (%55,6) beyaz yaka olduğu, kolonoskopi bilgisi olmayan 18 kişinin (%81,8) mavi yaka olduğu belirlenmiştir. Kolonoskopi bilgisi olanların ağırlıklı olarak beyaz yaka olduğu, kolonoskopi bilgisi olmayanların ise ağırlıklı olarak mavi yaka olduğu belirlenmiştir (Tablo 20).

Kolonoskopi bilgisi durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=10,096$; $p=0,018$). Kolonoskopi bilgisi olan 58 kişinin (%32,0) >8000 TL

geliri olduğu, kolonoskopi bilgisi olmayan 14 kişinin (%41,2) 4001-6000 TL geliri olduğu belirlenmiştir. Kolonoskopi bilgisi olanların ağırlıklı olarak >8000 TL geliri olduğu, kolonoskopi bilgisi olmayanların ise ağırlıklı olarak 4001-6000 TL geliri olduğu belirlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 21. Daha önce kolonoskopi yaptırma durumu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Kolonoskopi yaptırma Değişken	Evet (n=11)		Hayır(n=67)		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş dağılımı					
50-70 yaş	11	100,0	67	100,0	#
Cinsiyet					
Kadın	4	36,4	29	43,3	$\chi^2=0,185$ p=0,667
Erkek	7	63,6	38	56,7	
Medeni durum					
Bekar	-	-	1	1,5	$\chi^2=0,310$ p=0,856
Evli	10	90,9	62	92,5	
Boşanmış/ayrık	1	9,1	4	6,0	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	8	72,7	38	56,7	p=0,510
Lise/üniversite	3	27,3	29	43,3	
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	7	63,6	42	62,7	p=1,000
Çalışıyor	4	36,4	25	37,3	
Meslek grubu					
Beyaz yaka	-	-	8	32,0	p=0,552
Mavi yaka	4	100,0	17	68,0	
Gelir durumu					
≤4000 TL	5	45,4	31	46,3	$\chi^2=5,404$ p=0,145
4001-6000 TL	1	9,1	24	35,8	
6001-8000 TL	2	18,2	5	7,5	
>8000 TL	3	27,3	7	10,4	
Sosyal güvence					
Var	11	100,0	66	98,5	$\chi^2=0,166$ p=0,683
Yok	-	-	1	1,5	
İkamet yeri					
İl merkezi	9	81,8	58	86,6	p=0,649
İlçe	2	18,2	9	13,4	
Sigara kullanma					
Hiç kullanmamış	3	27,3	25	37,3	$\chi^2=0,482$ p=0,786
Bırakmış	4	36,4	19	28,4	
İçiyor	4	36,4	23	34,3	
Kronik hastalık					
Var	6	54,5	35	47,8	$\chi^2=0,020$ p=0,887
Yok	5	45,5	32	52,2	

Kanser tanısı alma

Hayır	10	90,9	64	95,5	p=0,463
Evet	1	9,1	3	4,5	

Ailede kanser tanısı

Var	6	54,5	32	47,8	$\chi^2=0,008$
Yok	5	45,5	35	52,2	p=0,927

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher-Exact” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanılmıştır.

Daha önce kolonoskopi yaptırma durumu ile yaş dağılımı, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek grubu, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, ikamet yeri, sigara kullanma, kronik hastalık, kanser tanısı alma ve ailede kanser tanısı varlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Gruplar belirtilen nitelikler bakımından bağımsız ve homojendir (Tablo 21).

Tablo 22. HPV DNA/Smear testi önerilme durumu ile HPV DNA/Smear testi yaptırma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

HPV DNA/Smear testi önerilme Değişken	Evet (n=69)		Hayır(n=43)		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	n	%	n	%	
HPV DNA/Smear testi yaptırma					
Evet	61	88,4	10	23,3	$\chi^2=48,453$
Hayır	8	11,6	33	76,7	p=0,000***

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher-Exact” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanılmıştır. $p<0,05$ *, $p<0,01$ **, $p<0,001$ ***.

HPV DNA/Smear testi önerilme durumu ve HPV DNA/Smear testi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=48,453$; $p=0,000$). HPV DNA/Smear testi önerilen 61 kişinin (%88,4) HPV DNA/Smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. HPV DNA/Smear testi önerilmeyen 33 kişinin (%76,7) de HPV DNA/Smear testi yaptırmadığı belirlenmiştir. HPV DNA/Smear testi önerilen kadınların ağırlıklı olarak HPV DNA/Smear testi yaptırdığı, HPV DNA/Smear testi önerilmeyen kadınların ise ağırlıklı olarak HPV DNA/Smear testi yaptırmadığı belirlenmiştir (Tablo 22).

Tablo 23. Mamografi önerilme durumu ile mamografi çekilme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Değişken	Mamografi önerilme		Mamografi çekilme		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	Evet (n=51) n	%	Hayır(n=31) n	%	
Mamografi çekirme					
Evet	41	80,4	1	3,2	$\chi^2=45,951$ p=0,000***
Hayır	10	19,6	30	96,8	

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher-Exact” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanılmıştır. p<0,05 *, p<0,01 **, p<0,001 ***.

Mamografi önerilme durumu ve mamografi çekilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=45,951$; p=0,000). Mamografi önerilen 41 kişinin (%80,4) mamografi çektiği belirlenmiştir. Mamografi önerilmeyen 30 kişinin (%96,8) de mamografi çekmediği belirlenmiştir. Mamografi önerilen kadınların ağırlıklı olarak mamografi çektiği, mamografi önerilmeyen kadınların ise ağırlıklı olarak mamografi çekmediği belirlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 24. Gaitada gizli kan testi önerilme ile gaitada gizli kan testi yaptırma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Değişken	Gaitada gizli kan testi önerilme		Gaitada gizli kan testi yaptırma		İstatistiksel analiz ¹ Olasılık
	Evet (n=23) n	%	Hayır(n=55) n	%	
GGK testi					
Evet	20	87,0	3	5,5	$\chi^2=51,812$ p=0,000***
Hayır	3	13,0	52	94,5	

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher-Exact” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanılmıştır. p<0,05 *, p<0,01 **, p<0,001 ***.

Gaitada gizli kan testi önerilme ve GGK testi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=51,812$; p=0,000). GGK testi önerilen 20 kişinin (%87,0) GGK testi yaptırdığı belirlenmiştir. GGK testi önerilmeyen 52 kişinin (%94,5) de GGK testi yaptırmadığı belirlenmiştir. GGK testi önerilen kişilerin ağırlıklı olarak GGK testi

yaptırdığı, gaitada gizli kan testi önerilmeyen kişilerin ise ağırlıklı olarak GGK testi yaptırmadığı belirlenmiştir (Tablo 24).

Tablo 25. Kolonoskopi önerilme ile kolonoskopi yaptırma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Kolonoskopi önerilme Değişken	Evet (n=20)		Hayır(n=58)		İstatistiksel analiz¹ Olasılık
	n	%	n	%	
Kolonoskopi yaptırma					
Evet	11	55,0	-	-	$\chi^2=37,137$
Hayır	9	45,0	58	100,0	p=0,000***

¹ İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher-Exact” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanılmıştır. p<0,05 *, p<0,01 **, p<0,001 ***.

Kolonoskopi önerilme ve kolonoskopi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=37,137$; p=0,000). Kolonoskopi önerilen 11 kişinin (%55,0) kolonoskopi yaptırdığı belirlenmiştir. Kolonoskopi önerilmeyen 58 kişinin (%100,0) de hiçbirinin kolonoskopi yaptırmadığı belirlenmiştir. Kolonoskopi önerilen kişilerin ağırlıklı olarak kolonoskopi yaptırdığı, kolonoskopi önerilmeyen kişilerin ise ağırlıklı olarak kolonoskopi yaptırmadığı belirlenmiştir (Tablo 25).

TARTIŞMA

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde ikinci en sık ölüm nedeni olup morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Getirdiği ekonomik ve sosyal yük bakımından ülkemiz için oldukça önemli toplum sağlığı sorunu olmuştur. Birincil ve ikincil koruma yöntemleri ile bazı sık görülen kanser türlerinin morbidite ve mortalite oranları önemli ölçüde azaltılabilmektedir (102). Bu açıdan birinci basamak hekimlerine, yani aile hekimleri ve KETEM’de çalışan hekimlere büyük iş düşmektedir. Özellikle aile hekimleri kanser taramaları ile ilgili kendisine kayıtlı nüfusa bilgi ve danışmanlık verme, hedef nüfusunu taramaya çağırma, ASM koşullarında uygulanabilecek kanser tarama testlerini yapma ve kayıtları tutma gibi görevleri ile bu konuda oldukça önemli bir yerdedirler.

Kanserden korunmada özellikle halkın kanser taramaları hakkındaki bilgisi, tutum ve davranışları önemli bir etken olmaktadır. Bu sebeple ülkemizde kanser tarama programları ile ilgili eğitim ve bilgilendirme çalışmaları gerçekleştirilmektedir. Bizim çalışmamızda da kanser tarama testleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları etkileyen faktörleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım durumunu incelemeyi, kanser tarama programları ile ilgili hastalarımızda farkındalık oluşturmayı amaçladık.

Çalışmamıza 112’si kadın (%52,1), 103’ü erkek (%47,9) olmak üzere toplamda 215 kişi katılmıştır. Çalışma grubumuzun %22,8’i 30-39 yaş aralığında, %40,9’u 40-49 yaş aralığında, %36,3’ü ise 50-70 yaş aralığındaki kişilerden oluşmaktadır ve yaş ortalaması 46,6’dır. Çalışmamıza katılanların %29,8’i kronik hastalık olarak en az bir hastalığının bulunduğunu belirtmiştir. Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada katılımcıların %29,7’sinde en az bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır ve bu oran bizim çalışmamızdaki

oranla benzerdir (103). Çalışmamızdaki katılımcıların %4,2'si kendisinde kanser tanısı bulunduğunu, %49,3'ü ise ailesi ve akrabalarında kanser öyküsü olduğunu belirtmiştir. Benzer çalışmalara baktığımızda ise kendisinde kanser tanısı olanların oranı %5-9, ailesinde ve akrabalarında kanser öyküsü olma oranının ise %35-68 arasında olduğu görülmektedir (103-108).

Dr. Yetimakman'ın yaptığı ve 300 bireyin katıldığı tez çalışmasında yakınında kanser hastalığı olan kişilerin kanser tarama testlerini daha yüksek oranda bildiği bulunmuştur (109). Bayçelebi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin kanser tarama testleri ile ilgili daha yüksek oranda bilgi sahibi oldukları ve daha fazla kanser tarama testi yaptırdıkları görülmüştür (110). Bizim çalışmamızda ise kişilerin ailesinde kanser öyküsü olması ile kanser tarama testlerini bilme ve yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çınar'ın yaptığı tez çalışmasında kadınların %68,1'i düzenli sağlık hizmeti aldığı bir hekim olduğunu belirtmiştir (111). Bizim çalışmamızda da kadınların %72,3'ü yılda en az bir kez olmak üzere düzenli olarak aile hekimine gittiğini ifade etmiştir.

Ulusal kanser tarama programına göre yapılan kanser taramaları sorgulandığında, katılımcıların %39,5'i bilgisi olmadığını, bilgisi olan katılımcıların ise %54,9'u meme kanseri, %40,5'i rahim ağzı kanseri, %24,7'si kalın bağırsak kanseri, %20,9'u prostat kanseri, %16,7'si de akciğer kanseri yanıtını vermiştir. Aslan'ın yaptığı ve 321 kişinin katıldığı tez çalışmasında katılımcıların %34,4'ü bilgisi olmadığını söylemiştir ve bilgisi olanların %55,3'ü meme kanseri, %47,3'ü rahim ağzı kanseri, %25,7'si akciğer kanseri, %25,4'ü kalın bağırsak kanseri, %19'u prostat kanseri yanıtını vermiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki sonuçlar ile benzerdir. Benzer başka çalışmalara bakıldığında ise, meme kanseri taramasının yapıldığının bilinme durumu %28,1-%77,2 oranla ilk sırada yer alırken, ikinci sırada %24,3-%74,9 bilinme oranlarıyla rahim ağzı kanseri yer almaktadır. Meme kanserinin bilinme durumunun ilk sırada yer almasının nedeni dünyada ve ülkemizde en sık görülen kanser olması ve medya kampanyalarının diğer kanser taramalarına oranla daha fazla olması olabilir (104,108,112,113). Çalışmamızda yapılan taramaların tümünü doğru bilme oranı %7,4 olarak belirlenmiştir. Özdemir'in yaptığı tez çalışmasında ise tarama yapılan kanserleri doğru bilme oranı %10,2 olarak bulunmuştur (105).

Çalışmamızda katılımcıların %47,9'unun KETEM hakkında bilgisi olmadığı görülmüştür. Benzer çalışmalarda ise KETEM hakkında bilgisi olmayanların oranı %57-82 arasında değişmektedir. Pirinççi ve arkadaşlarının yaptığı çalışma 50 yaş ve üstü kişiler ile

yapıldığından bu durum KETEM’i bilmeme oranının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. KETEM’den daha etkin şekilde yararlanılabilmesi için toplumun KETEM ile ilgili daha fazla bilgilendirilmesi oldukça önem arz etmektedir (106-108).

Kızılırmak ve arkadaşlarının yaptığı ve 101 kadın katılımcının bulunduğu bir çalışmada Pap-smear testi bilgisi olan kadınların oranı %73,3, daha önce testi yaptırmış olan kadınların oranı %68,3 olarak belirlenmiş ve pap-smear testi bilgisi olan kadınların testi daha çok yaptırdığı tespit edilmiştir (114). Bayçelesi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların smear testini bilme oranı %50,7, smear testi yaptırma oranı ise %24,9 olarak bulunmuştur (110). Dr. Sualp’in yaptığı tez çalışmasında, kadın katılımcıların %81,7’si smear testini bildiğini söylemiş ancak smear testi için önerilen tarama sıklığının beş yılda bir olduğunu bilenlerin oranı %10,9, smear testi yaptırma oranı da %54,0 olarak bulunmuş (115). Bizim çalışmamızda da kadınların %87,5’inin rahim ağzı kanser taraması ile ilgili bilgi sahibi olduğu, %13,4’ünün önerilen rahim ağzı kanser taraması sıklığı olarak “beş yılda bir” cevabını vermek üzere doğru bildiği, %63,4’ünün en az bir kez HPV DNA/smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. Smear testini bilenlerin yaklaşık yarısının testi yaptırmış olması, kişilerin bilgilerini davranışlarına yansıtmadığını ortaya koymaktadır.

Çınar’ın yaptığı tez çalışmasında kadınlara rahim ağzı kanser taraması için smear testi önerisinin en çok %44,9 oran ile diğer branş hekimi tarafından verildiği, %24,7 oran ile de aile hekimleri tarafından önerildiği görülmüştür (111). Bizim çalışmamızda da smear testinin en çok %68,1 oran ile diğer branş hekimleri tarafından önerildiği, kadınların %13,0’üne de aile hekimi tarafından önerildiği belirlenmiştir. Kadınlar smear testi yaptırmak için 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarını daha fazla kullandıkları için sonuçların bu şekilde çıktığı düşünülmektedir. Smear testinin aile sağlığı merkezlerinde yapılmasının yaygınlaştırılması durumunda aile hekimi tarafından smear testi önerilen kişi sayısının da artacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda ayrıca HPV DNA/Smear testi önerilen kadınların %88,4’ünün testi yaptırdığı, HPV DNA/Smear testi önerilmeyen kadınların da %76,7’sinin testi yaptırmadığı belirlenmiştir. HPV DNA/smear testi önerilen kadınlar anlamlı olarak daha yüksek oranda testi yaptırmaktadır.

Sualp’in yaptığı tez çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça ve gelir düzeyi yükseldikçe smear testini bilme oranının da anlamlı olarak arttığı görülmüş ve çalışanlarda da smear testini bilme oranı anlamlı yüksek bulunmuştu. İl merkezinde yaşayanların smear testini daha çok bildiği ve yaptırdığı tespit edilmiştir (115). Bizim çalışmamızda smear testini bilme durumu ile eğitim düzeyi, çalışma durumu ve ikamet yeri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Akyüz ve arkadaşlarının yaptığı, 265 kadının katılmış olduğu bir çalışmada, kadınların %51,3'ü daha önce smear testi yaptırmış ve testi yaptıran oranlarının yaşla birlikte arttığı belirtilmiştir (116). Bizim çalışmamızda da testi yaptıran kadınların %49,3'ü 40-49 yaş aralığındadır. Çalışmamızda yaş dağılımı ile pap-smear testi yaptıran durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) ve testi yaptıranların ağırlıklı olarak 40-49 yaş grubunda olduğu, HPV DNA/Smear testi yaptırmayanların ise ağırlıklı olarak 30-39 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebi olarak 40-49 yaş aralığındaki kadınların premenopoz veya menopoz döneminde olma oranının daha fazla olması ve bununla ilişkili şikayetleri sebebiyle daha çok kadın hastalıkları polikliniğine başvurmaları sebebiyle daha fazla jinekolojik muayene olup muayene sırasında da pap-smear testi alınması olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızda bekar olan kadınların anlamlı olarak daha az HPV DNA/smear testi yaptırdığı görülmektedir. Bunun sebebi olarak da cinsel yönden aktif olmayan kadınların kendilerinin HPV DNA/smear testi yaptırmaya gerek olmadığını düşünmelerini söyleyebiliriz.

Bayçelebi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %48,1'i kendi kendine meme muayenesini (KKMM) bilmekte iken, sadece %23,6'sı düzenli KKMM yapıyordu (110). Özsöyler'in yaptığı tez çalışmasında ise, kadınların %82,5'i KKMM'ni bildiğini, %50,8'i KKMM yaptığını belirtmiş ve sadece %9,5'i düzenli KKMM yapmaktaydı (117). Korkut'un yaptığı bir çalışmada da Türkiye'nin batısındaki kadınların %75,3'ü KKMM biliyordu (118). Sualp'in yaptığı tez çalışmasında da katılımcıların %82,2'sinin KKMM hakkında bilgisi vardı, %41,6'sı KKMM'nin ayda bir sıklıkta olması gerektiğini biliyor, %21,3'ü ise düzenli olarak KKMM yapıyordu (115). Bizim çalışmamızda da, kadınların %91,1'i KKMM biliyor, %36,5'i de KKMM'nin ayda bir kez yapılması gerektiğini biliyordu ve %54,1'i de ayda bir kez düzenli KKMM yapıyordu. Çalışmamızdaki kadınların KKMM bilme oranı diğer çalışmalara göre yüksekti ve bununla birlikte de ayda bir kez düzenli KKMM yapma oranı da belirgin olarak yüksek bulundu. Bu sebeple halkın KKMM bilgisi arttıkça düzenli KKMM yapma oranlarının da artacağını ve sağlık çalışanları tarafından halka KKMM'nin daha fazla anlatılması gerektiğini düşünmekteyiz. Özdemir'in yaptığı tez çalışmasında KKMM öğrenme yerleri sorgulandığında katılımcıların büyük kısmı KKMM'yi hekimlerden öğrendiğini belirtirken, aile hekimlerinden öğrenenlerin oranı diğer branş hekimlerinden öğrenenlere göre düşük bulunmuştu (105). Bizim çalışmamızdaki oran da bu sonuç ile paralel şekilde gelmişti. Aile hekimliği sağlıkta ilk temas noktası olma görevini üstlenmesi sebebiyle aile hekimleri de bu konuda üzerine düşeni yapmalı ve halka daha kolay ulaşabilmesi sebebiyle kadınlara daha

fazla KKMM eğitimi vermelidir. Hekimlerden KKMM öğrenenlerin oranının yüksek olmasının nedeninin de sağlık personellerine verilen kanser tarama programları ile ilgili eğitimlerin etkili olması ve sağlık personellerindeki farkındalığı artırması olduğu söylenebilir.

Özdemir'in yaptığı tez çalışmasında kadınların %48,7'si daha önce KMM yaptırmıştı (105). Özsoyler'in tez çalışmasında bu oran %23, Dişçigil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %42,7, Sualp'in yaptığı tez çalışmasında ise %33,7 olarak bulunmuştur (115,117,119). Bizim çalışmamızda da bu oran %47,3 olarak diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur. Yıllık olarak yapılması gereken ve oldukça kısa süren bir muayene olan klinik meme muayenesinin ülkemizde istenen düzeylerde olmadığı dikkati çekmektedir.

Tekpınar'ın yaptığı tez çalışmasında kadınların %23,9'unun daha önce mamografi çektiği bulunmuştur (120). Özsoyler'in tez çalışmasında kadınların %89,7'si mamografiyi biliyor, %19,8'i de daha önce mamografi yaptırmıştı (117). Özdemir'in yaptığı tez çalışmasında ise kadınların mamografiyi bilme oranı %93,3, daha önce mamografi çekme oranı ise %72,3 olarak bulunmuştu (105). Sualp'in yaptığı tez çalışmasında da kadınların %80,2'si mamografiyi, %15,8'i de iki yılda bir çekilmesi gerektiğini biliyordu ve %43,6'sı ise daha önce mamografi yaptırmıştı (115). Bizim çalışmamızdaki kadınların ise %98,2'si mamografiyi biliyordu ve %18,8'i de iki yılda bir çekilmesi gerektiğini biliyordu. %51,2'si de en az bir kez mamografi yaptırmıştı. Benzer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da mamografi çekme oranının istenilen seviyede olmamasının nedeni kamu spotları ve meme kanseriyle mücadele kapsamında kurulan derneklerin etkinlikleri ile mamografi hakkında halka yeterli bilgilendirme sağlanmasına rağmen bireylerin mamografiye yönlendirilmesinde eksikliklerin olması ve sağlık çalışanları tarafından kadınlara mamografi için yeteri kadar önermenin yapılmaması olabilir.

Çınar'ın yaptığı tez çalışmasında mamografi taraması önerisinin en çok %51,1 oran ile diğer branş hekimi tarafından verildiği, %19,2 oran ile de aile hekimleri tarafından önerildiği görülmüştür (111). Bizim çalışmamızda da mamografi taramasının en çok %70,6 oran ile diğer branş hekimleri tarafından önerildiği, kadınların %15,7'sine de aile hekimi tarafından önerildiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar bize, aile hekimlerinin kişilere mamografi önerisi konusunda yetersiz kaldığını ve meme kanseri taramasında aktif rol alamadığını göstermektedir. Çalışmamızda ayrıca mamografi yaptırmaması önerilen kadınların %80,4'ünün mamografiyi yaptırdığı, mamografi önerilmeyen kadınların da %96,8'inin mamografi yaptırmadığı belirlenmiştir. Mamografi yaptırmaması önerilen kadınlar anlamlı olarak daha yüksek oranda mamografi yaptırmıştır.

Aksoy ve arkadaşlarının yaptığı ve 40 yaş üstü olan 254 kadının olduğu bir çalışmada, mamografi çekirme oranı, evli ve sosyal güvencesi olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş (121). Bizim çalışmamızda mamografi çekirme ile medeni durum ve sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda 50-70 yaş grubu kadınların mamografi çekilme oranları 40-49 yaş grubu kadınlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, 50-70 yaş grubu kadınların kendilerini meme kanseri açısından daha riskli görmeleri ve çevrelerinde kendi yaş gruplarındaki kadınlarda daha fazla meme kanseri vakasına rastlamaları ile açıklanabilir.

Bayçelebi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gaitada gizli kan (GGK) testini bilme oranı %63, GGK testi yaptırma oranı ise %10,8 olarak bulunmuştu (110). Özsöyler'in tez çalışmasında GGK testini bilenlerin oranı %22,6, yaptıranların oranı ise %10,0 olarak tespit edildi (117). Özer'in yaptığı tez çalışmasında GGK testini yaptırma oranı %15,3, Tekpınar'ın tez çalışmasında ise bu oran %15,9 olarak bulunmuştu (104,120). Sualp'in tez çalışmasında katılımcıların %64,8'i GGK testini biliyordu ve %6,8'i de iki yılda bir yapılması gerektiğini doğru olarak biliyordu, %32,2'si de daha önce GGK testi yaptırmıştı (115). Bizim çalışmamızda GGK testini bilenlerin oranı %54,4, önerilen tarama sıklığını doğru olarak bilenlerin oranı ise %7,0 olarak belirlendi. En az bir kez GGK testi yaptırmış olanların oranı ise %29,5 olarak bulundu. Bizim çalışmamızın GGK testini bilme ve yaptırma oranları diğer çalışmalarla benzer olarak gelmiştir.

Çınar'ın yaptığı tez çalışmasında GGK testinin en çok %57,5 oran ile aile hekimi tarafından önerildiği, %31,3 oran ile de diğer branş hekimi tarafından önerildiği görülmüştür. Katılımcılar GGK testini %55 oran ile de en çok aile sağlığı merkezlerinde yaptırmışlardır (111). Bizim çalışmamızda da GGK testinin en çok %60,9 oran ile aile hekimleri tarafından önerildiği, katılımcıların %34,8'ine de diğer branş hekimi tarafından önerildiği belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, aile hekimlerinin kişilere GGK testi önerisi konusunda daha başarılı olduğu görülmektedir. GGK testinin aile sağlığı merkezlerinde de yapılıyor olmasının bunun sebebi olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca %56,5 oran ile katılımcıların GGK testini aile sağlığı merkezinde yaptırmış olduğu görülmektedir. Bu da bizim düşüncemizi destekler niteliktedir. Çalışmamızda ayrıca daha önce en az bir kez GGK testi önerilen kişilerin %87,0'sinin testi yaptırdığı, GGK testi önerilmeyenlerin de %94,5'inin testi yaptırmadığı belirlenmiştir. GGK testi önerilen kişiler anlamlı olarak daha yüksek oranda testi yaptırmaktadır.

Çalışmamızda GGK testi bilgisi olanların eğitim düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu ve bu tahmin edilen bir sonuçtur. Kadınların, beyaz yakalı meslek grubunda olanların

ve gelir düzeyi yüksek olanların GGK testi bilme oranı da yüksek olarak belirlendi. Beyaz yakalı meslek grubunda olanların eğitim düzeyinin genelde mavi yakalı olanlara göre yüksek olması, bu durumun eğitim düzeyi arttıkça GGK testinin bilinme oranının yükselmesinin getirdiği bir sonuç olduğunu düşünmekteyiz. Kanser tarama testleri ücretsiz olarak yapılmasına rağmen çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyi yükseldikçe GGK testini bilme oranı da artıyordu. Bunun sebebinin de halk tarafından kanser tarama testlerinin ücretsiz olarak yapıldığının bilinmemesi olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda da kanser tarama testlerinin ücretsiz olarak yapıldığının bilinme oranı %55,8 olarak bulunmuştu. Çalışmamızda GGK testini bilme oranı kadınlarda anlamlı daha yüksek bulunmasına rağmen GGK testini yaptırmış olanların %65,2'sinin yani çoğunun erkek olduğu görülmektedir.

Özsöyler'in yaptığı tez çalışmasında katılımcıların kolonoskopi bilme oranı %32,6, en az bir kez yaptırmaya oranı ise %4,3 olarak bulunmuştu (117). Tekpınar'ın yaptığı tez çalışmasında daha önce kolonoskopi yaptırmaya oranı %1,99, Özer'in tez çalışmasında %2, Taştan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %11,3 olarak bulunmuştu (104,120,122). Sualp'in tez çalışmasında katılımcıların %74,2'si kolonoskopi biliyordu ve %4,2'si ise önerilen tarama sıklığının on yıl olduğunu biliyordu, daha önce en az bir kez kolonoskopi yaptırmaya oranı ise %18,6 olarak bulunmuştu (115). Bizim çalışmamızda kolonoskopi bilme oranı %84,2, önerilen tarama sıklığını doğru bilme oranı %4,2, en az bir kez kolonoskopi yaptıranların oranı ise %14,1 olarak belirlendi. Çalışmalarda kolonoskopi yaptırmaya oranlarının diğer tarama testlerine göre düşük olmasının sebebi olarak kolonoskopinin invaziv, zorlu bir tarama metodu olması ve sedasyon sağlanarak uygulanması nedeniyle bireylerin katılımını azaltmakta olmasını ve kolonoskopinin sadece 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilmesi sebebiyle teste erişimin zor olması olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda diğer kanser tarama testlerinde olduğu gibi kolonoskopinin bilme ve yapılma oranı, çoğu çalışmadaki kolonoskopi bilme ve yapılma oranlarına göre yüksek bulundu. Bunun sebebi de çalışmamızda kanser taraması için uygun yaş aralığındaki katılımcı sayımızın daha fazla olması olabilir.

Çalışmamızda kolonoskopi bilme durumu ile meslek grubu ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kolonoskopi bilenlerin daha çok beyaz yakalı meslek grubunda olduğu görüldü. Kanser tarama testleri ücretsiz olarak yapılmasına rağmen çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyi yükseldikçe kolonoskopi bilme oranı artıyordu. Bunun sebebinin de halk tarafından kanser tarama testlerinin ücretsiz olarak yapıldığının yeterince bilinmemesi olduğunu düşünmekteyiz.

Dr. Özdemir'in yapmış olduğu 360 kişinin katıldığı tez çalışmasında düzenli kanser taramasını yaptırmayan kişiler bunun nedeni olarak sağlıklı olduklarını düşündüklerini ve zaman bulamadıklarını söylemişlerdir. Çalışmada kişilerin kanser tarama testlerini bilme yüzdeleri yüksek olmasına karşın testleri yaptırmama yüzdeleri düşük bulunmuştur (105). Bizim çalışmamızda da aynı şekilde katılımcıların kanser tarama testlerini bilme yüzdeleri yüksek olmasına karşın testleri yaptırmama yüzdeleri daha düşük bulunmuştur. Buradan yola çıkarak kişilerin bilgilerini eyleme dönüştürmekte sorun yaşadığını görmekteyiz ve bunu da en iyi olarak kanser tarama testi bilme oranları yüksek olmasına rağmen test yaptırmama oranlarının istenilen düzeylerde olmamasından anlayabiliriz. Çalışmamızda düzenli kanser taraması yaptırmayan katılımcılar bunun sebebi olarak %57,3 oranla en çok "herhangi bir şikayetim olmadığı için" yanıtını ve ikinci olarak %38,5 oranla "kanser tarama testi yaptırmam önerilmediği için" yanıtını vermişlerdir. Bunun sebebinin kanser tarama testlerinin amacının halk tarafından tam olarak anlaşılammış olması ve semptomu olmayan kişilerin de kanser tarama testlerini yaptırmaması gerektiğini bilmemeleri olduğunu düşünmekteyiz. Burada hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının hastalara şikayeti olmayan kişilerin de kanser tarama testi yaptırmaması gerektiğini anlatma ve kanser tarama testlerini önerme konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Erdoğan'ın yaptığı tez çalışmasında da katılımcının kanser taraması yaptırmama durumu ile aile hekiminin bilgilendirmesi ve aile hekiminin ısrarı/zorlaması arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (123). Aker ve arkadaşlarının Kocaeli KETEM'de yaptığı çalışmada, başlıca tarama yaptırmama nedeni olarak katılımcılar en sık "aile hekiminin önermesi" cevabını vermişlerdir (124). Kişilerin kanser tarama testleri konusundaki bilgilerini eyleme dönüştürmesindeki en etkili faktörün aile hekimleri başta olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının halkı kanser tarama testleri konusunda daha fazla bilgilendirmesi ve uygun yaş aralığında olan kişilere kanser tarama testlerini daha fazla önermesi olduğunu görmekteyiz.

SONUÇLAR

Çalışmamızda aile hekimliği polikliniğimize başvurmuş 30-70 yaş arasındaki kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım durumunu ve ulusal kanser tarama programında mevcut olan rahim ağzı, kolorektal ve meme kanseri hakkındaki bilgilerini, tutumlarını ve tarama kriterlerine uyan kişilerin davranışlarını inceledik ve katılımcılardaki kanser tarama programlarının farkındalığının ve kanser tarama testlerini yaptırma oranlarının henüz istenen düzeylerde olmadığını gördük.

Kanser tarama testlerini bilme oranları benzer çoğu çalışmaya göre daha yüksek bulunmasına rağmen testleri yaptırma oranlarının yine de düşük olduğu görüldü. Kişilerin bilgilerini eyleme dönüştürmede sorun yaşadığını ve bu sorunu aşmakta taramaların koruyucu hekimliğin önemli bir parçası olduğunu düşündüğümüzde başta aile hekimleri olmak üzere sağlık çalışanlarına büyük görev düştüğünü tespit ettik.

Literatürdeki benzer çoğu çalışmada, kişilerin ailesinde kanser öyküsü olmasının kanser tarama testlerini bilme ve yaptırma oranlarını artırdığı görülmüş. Ancak bizim çalışmamızda, ailede kanser öyküsü bulunması ile kanser tarama testlerini bilme ve yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların düzenli kanser taraması yaptırmama nedenlerini sorguladığımızda, halk tarafından kanser tarama testlerinin amacının tam olarak anlaşılamadığını ve semptomu olmayan kişilerin kanser tarama testi yaptırmaya gerek olmadığını düşündüklerini gördük. Hekimlerin hastaları kanser tarama testleri konusunda bilgilendirmesinin yetersiz kaldığını ve başta aile hekimleri olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının halkı kanser tarama testleri konusunda daha fazla bilgilendirmesi ve uygun yaş

aralığında olan kişilere kanser tarama testlerini önerme konusunda daha duyarlı olması gerektiğini açıkça görmekteyiz.

Katılımcılarımıza HPV DNA/smear testi, mamografi ve kolonoskopi yaptırma önerisini nereden aldığını sorguladığımızda, öncelikli görevi koruyucu hekimlik olan aile hekimlerinin, çoğu kanser tarama testini önerme konusunda diğer branş hekimlerinin gerisinde kaldığını tespit ettik. Aile hekimleri öncelikli görevi olan koruyucu hekimliği ihmal etmemeli, bu konuda hastalarına daha çok vakit ayırmalı ve hastalara kanser tarama testlerini önerme konusunda ısrarcı olmalıdır.

Kanser tarama programları özellikle KETEM ve aile hekimliği olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülmekte iken kadınların sadece %26,7'sinin HPV DNA/smear testini birinci basamak sağlık kuruluşunda yaptırdığını tespit ettik. Bu sebeple halka özellikle kanser tarama testleri için nerelere başvurabilecekleri ile ilgili eğitim verilmelidir. Kanser taramaları ile ilgili halka eğitim vermede, farkındalık oluşturmada ve kanser tarama testlerini yapma veya yapılması için yönlendirme konusunda birinci basamakta çalışan hekimlere önemli görevler düşmektedir.

Çalışmamızda katılımcılarımızın sadece %52,1'i KETEM'in ne olduğunu biliyordu. Çeşitli kamu spotları ve medya kampanyaları ile halkın KETEM ile ilgili bilinçlendirilmesi ve böylece KETEM'in kanser taramaları konusundaki etkinliğinin artırılması sağlanmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve halkın sağlıkla ilgili en kolay erişebileceği birim olan aile hekimliğinin, kanser tarama testleri ile ilgili daha aktif çalışabilmeleri için desteklenmelerine ve aile hekimlerinin bu konuda teşvik edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Kanser hem dünyada hem de ülkemizde ikinci en sık ölüm nedeni olup morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Ülkemizde ulusal kanser tarama programlarının uygulanmaya başlaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kanser taramalarındaki rolü büyük önem kazanmıştır. Çalışmamızın amacı, Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 30-70 yaş arası bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım durumu ile ulusal kanser tarama programında mevcut olan rahim ağzı, kolorektal ve meme kanseri hakkındaki bilgilerini, tutumlarını ve tarama kriterlerine uyan kişilerin davranışlarını değerlendirmek ve hastalarımızda kanser taramaları ile ilgili farkındalık oluşturmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Haziran-Ekim 2021 tarihleri arasında üniversitemiz Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir sebeple başvuran, 30-70 yaş arasındaki 215 kişi dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veriler, birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım durumu ve kanser tarama testleri hakkında bilgi, tutum ve tarama kriterlerine uyan kişilerin davranışlarını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Verilerin analizi SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapıldı. İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde “Fisher-Exact” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tablolarından yararlanıldı. $p < 0,05$ olduğu durumlar istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan 215 kişinin 112'si (%52,1) kadın, 103'ü (%47,9) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $46,61 \pm 9,25$ idi. Katılımcıların %85,1'inin evli, %61,9'unun lise/üniversite mezunu olduğu ve %60,5'inin çalıştığı, %86,0'sinin il merkezinde yaşadığı belirlendi. %70,2'sinin kronik hastalığı olmadığı, %95,8'inin kanser tanısı olmadığı,

%50,7'sinin ailesinde kanser tanısı olmadığı belirlendi. Katılımcıların tamamının aile hekimliğine kayıtlı olduğu ve %94,4'ünün aile hekimini bildiği/tanıdığı, %70,2'sinin düzenli aile hekimine gittiği belirlendi. Kadınlarda HPV DNA/smear testinin bilinme oranı %87,5, kendi kendine meme muayenesinin %91,1, mamografinin %98,2, tüm katılımcılarda gaitada gizli kan testinin bilinme oranı %54,4, kolonoskopinin %84,2 olarak bulundu. Tarama testi için yaşı ve cinsiyeti uygun olan kişilerin tarama testlerini yaptırmaları da HPV DNA/smear testi için %63,4, KKMM için %75,9, KMM için %47,3, mamografi için %51,2, gaitada gizli kan testi için %29,5, kolonoskopi için %14,1 olarak bulundu. Tarama testlerini bilme oranlarının yaptırmaları oranlarından yüksek olduğu görüldü. HPV DNA/Smear testi yaptıranların ağırlıklı olarak 40-49 yaş grubunda olduğu, HPV DNA/Smear testi yaptırmayanların ise ağırlıklı olarak 30-39 yaş grubunda olduğu görüldü. Bekar olanların ağırlıklı olarak HPV DNA/Smear testi yaptırmadığı belirlendi. 40-49 yaş grubunda olanların ağırlıklı olarak mamografi çekilmediği, 50-70 yaş grubunda olanların ise ağırlıklı olarak mamografi çekildiği görüldü. Lise/üniversite mezunu olanların, beyaz yakalı meslek grubunda olanların ve >8000 TL gelir düzeyinde olanların ağırlıklı olarak gaitada gizli kan testi bilgisi olduğu, ilköğretim mezunu olanların, mavi yakalı meslek grubunda olanların ve ≤4000 TL gelir düzeyinde olanların ağırlıklı olarak gaitada gizli kan testi bilgisi olmadığı belirlendi. Kolonoskopi bilgisi olanların ağırlıklı olarak beyaz yakalı meslek grubunda ve >8000 TL geliri olduğu belirlendi. Kanser tarama testlerini yaptırmama veya düzensiz yaptırmaları nedenleri olarak da ilk sırada “herhangi bir şikayetim olmadığı için”, ikinci sırada da “kanser tarama testi yaptırmam önerilmediği için” yer alıyordu. HPV DNA/smear testi, mamografi, gaitada gizli kan testi veya kolonoskopi önerilen kişilerin ağırlıklı olarak önerilen testlerini yaptırdığı görüldü (p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda katılımcılardaki kanser tarama programlarının farkındalığının ve kanser tarama testlerini yaptırmaları oranlarının henüz istenen düzeylerde olmadığını gördük. Kanser taramaları ile ilgili halka eğitim vermede, farkındalık oluşturmada ve kanser tarama testlerini yapma veya yapılması için yönlendirme konusunda birinci basamakta çalışan hekimlere önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser taramaları, Aile Hekimliği, Ulusal Kanser Tarama Programı

EVALUATION OF INFORMATION, ATTITUDES AND BEHAVIORS ABOUT CANCER SCREENING TESTS AND USE OF PRIMARY HEALTH CARE OF INDIVIDUALS BETWEEN 30-70 YEARS

SUMMARY

Introduction and Objective: Cancer is the second most common cause of death both in the world and in our country, and it is a disease with high morbidity and mortality. With the implementation of national cancer screening programs in our country, the role of primary health care services in cancer screening has gained great importance. The aim of our study is to evaluate the use of primary health care services of individuals between the ages of 30-70 who applied to the Family Medicine Outpatient Clinic, their knowledge and attitudes about cervical, colorectal and breast cancer available in the national cancer screening program, the behaviors of people who meet the screening criteria, and is to raise awareness.

Materials and Methods: Our study included 215 people between the ages of 30-70 who applied to the Family Medicine Polyclinic of our university for any reason between June and October 2021. A questionnaire form, which was created to evaluate about sociodemographic data, use of primary health care services, the knowledge, attitudes about cancer screening tests and behaviors of people who met the screening criteria, was applied to the participants by face-to-face interview method. Data analysis was performed using a package program called SPSS (IBM SPSS Statistics 24). “Fisher-Exact” or “Pearson- χ^2 ” crosstabs were used to evaluate the relationship between two qualitative variables. Cases with $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Results: Of the 215 participants, 112 (52.1%) were female and 103 (47.9%) were male. The mean age of the participants was 46.61 ± 9.25 . It was determined that 85.1% of the participants were married, 61.9% were high school/university graduates, 60.5% were working and 86.0% were living in the city center. It was determined that 70.2% did not have a chronic disease, 95.8% did not have a diagnosis of cancer, and 50.7% did not have a family history of cancer. It was determined that all of the participants were registered to family medicine, 94.4% of them knew/recognized the family physician, and 70.2% of them went to the family physician regularly. The rate of knowledge of HPV DNA/smear test in women was 87.5%, breast self-examination was 91.1%, and mammography was 98.2%, in all participants, the rate of knowing the stool occult blood test was 54.4%, and colonoscopy was 84.2%. The rates of

have screening tests of people whose age and gender are suitable for the screening test are 63.4% for HPV DNA/smear test, 75.9% for BSE, 47.3% for CBE, 51.2% for mammography, 29.5% for stool occult blood test, 14.1% for colonoscopy. It was seen that the rate of knowing the screening tests was higher than the rate of having them done. It was observed that those who had the HPV DNA/Smear test were predominantly in the 40-49 age group, while those who did not have the HPV DNA/Smear test were predominantly in the 30-39 age group. It was determined that those who were single did not have HPV DNA/Smear test mostly. It was observed that those in the age group of 40-49 were not predominantly have a mammography, while those in the age group of 50-70 were predominantly have a mammography. It was determined that those who graduated from high school/university, those in the white-collar profession, and those with an income level of >8000 TL predominantly had knowledge of fecal occult blood test. It was determined that those who graduated from primary school, those who were in the blue-collar occupation group and those with an income level of ≤4000 TL did not have knowledge of fecal occult blood test. It was determined that those with colonoscopy knowledge were predominantly in the white-collar occupation group and had an income of >8000 TL. Among the reasons for not having cancer screening tests or having them done irregularly, the first place was "because I did not have any complaints", and the second was "because I was not recommended to have a cancer screening test". It was observed that people who were recommended HPV DNA/smear test, mammography, stool occult blood test or colonoscopy had the recommended tests mostly done ($p>0.05$).

Conclusion: In our study, we saw that the awareness of cancer screening programs and the rate of having cancer screening tests in the participants were not yet at the desired levels. Physicians working in primary care have important duties in educating the public about cancer screenings, raising awareness, and conducting cancer screening tests or directing to having them.

Keywords: Cancer screenings, Family Medicine, National Cancer Screening Program

KAYNAKLAR

1. WHO. Cancer. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
Erişim tarihi: 24.08.2021.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
Erişim tarihi:24.08.2021.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri 2015. Erişim adresi:
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_ve_Egitim_Db/Dokumanlar/rehberler/psm_2019.pdf Erişim tarihi: 15.12.2021.
4. Bentzen N. Wonca International Dictionary For General/Family Practice. Wonca International Classification Committee. Erişim adresi:
<http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf> Erişim tarihi: 15.12.2021.
5. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Archives of Medicine and Health Sciences, 2014;2(2):254-257.
6. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heatf I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health, 2008;62:580–583.
7. Margarida M, Moreira A. Too Many Types of Prevention? Euras J Fam Med, 2015;4(3):142-4.
8. Forman D, Ferlay J. The Global and Regional Burden of Cancer. In: Stewart BW, Wild CP (eds). IACR World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Cancer Reports (IACR) Publications 2014:16-53.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf Erişim tarihi: 15.12.2021
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Erişim adresi: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf Erişim tarihi:15.12.2021.

11. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Taramaları. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> Erişim tarihi: 25.08.2021.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Tarama Standartları. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari.html> Erişim tarihi: 15.12.2021.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci basamak sağlık hizmetleri. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-saglik-hizmetleri.html> Erişim tarihi: 13.12.2021.
14. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology: Oxford University Press; 1998:119-23.
15. Lağarlı T, Eser E, Baydur H. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2015;12(3):162-77.
16. Farmer FL, Stokes CS, Fiser RH, Papini DP. Poverty, primary care and age specific mortality. J Rural Health. 1991;7(2):153-69.
17. Karadağ Z. Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2007.
18. Evans P. The European Society of General Practice/Family Medicine. The European definition of general practice/family medicine, Wonca Europe 2002. Barcelona: WHO Europe Office; 2002.
19. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. Erişim adresi: <https://www.tahud.org.tr/page/aile-hekimligi-nedir> Erişim tarihi: 27.08.2021.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tanimi.html> Erişim tarihi: 27.08.2021.
21. WONCA-Europe Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı 2002. Erişim adresi: <https://www.woncaeurope.org/file/28b50fc9-f884-44ef-963d-128d14b5fb98/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf> Erişim tarihi:27.08.2021.
22. Resmi Gazete, 25 Mayıs 2010 tarihli 27591 sayılı, Madde 4.
23. KETEM El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KETEM_EL_KiTABI.pdf Erişim tarihi: 14.12.2021.

24. T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Adapazarı İlçe Sağlık Müdürlüğü Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM). Erişim adresi: <https://adapazarism.saglik.gov.tr/TR-57848/kanser-erken-teshis-tarama--ve-egitim-merkezi-ketem.html> Erişim tarihi: 14.12.2021.
25. WHO. Cancer. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 Erişim tarihi: 29.08.2021.
26. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study Global Burden. *JAMA Oncol.* 2017;3(4):524–48.
27. Yokus B, Çakır DÜ. Kanser Biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Derg.* 2012;1(2):7–18.
28. Williams GM. DNA reactive and epigenetic carcinogens. *Exp Toxicol Pathol.* 1992;44(8):457–63.) (Williams GM. Mechanisms of chemical carcinogenesis and application to human cancer risk assessment. *Toxicology.* 2001 Sep 14;166(1–2):3–10.
29. Gürsu R.U., Kesmezacar Ö., Karaçetin D., Mermut Ö., Ökten B., Güner Ş.İ.(2012).İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: Yeni Kurulan Bir Ünitenin 18 Aylık Sonuçları. *İstanbul Tıp Dergisi.*,13(1):13-8.
30. Şengelen M. ve Çelik İ.(2003). Kanser istatistikleri. Yasavul Ü (editör).Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı 1. Baskı.Ankara:Hacettepe Üniversitesi Yayınları.S:1333-7.
31. WHO. Cancer. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_2 adresinden Erişim tarihi: 30.08.2021.
32. WHO. Guide To Cancer Early Diagnosis. Erişim adresi: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/ Erişim Tarihi: 30.08.2021.
33. WHO. International Agency for Research on Cancer. Cancer Stories. Erişim adresi <https://infogram.com/globocan-2020-1h9j6qg7xdp8v4g?live> Erişim tarihi: 30.08.2021.
34. WHO. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today - Turkey. Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+] ,World. International Agency for Research on Cancer. Erişim adresi: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1&multiple_cancers=1&populations=900 Erişim tarihi: 30.08.2021.

35. WHO. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. Cancer Today. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars> Erişim tarihi: 30.08.2021.
36. Freddie Bray, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram, Rebecca L. Siegel, Lindsey A. Torre, Ahmedin Jemal. (2018) Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA: A cancer journal for clinicians, 68:394-424.[Elektronik Dergi]. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492> Erişim tarihi: 30.08.2021.
37. WHO. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today - Turkey. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf> Erişim tarihi: 30.08.2021.
38. WHO. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today - Turkey. Estimated number of deaths from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+], Turkey. International Agency for Research on Cancer. Erişim adresi: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1&multiple_cancers=1&populations=792&types=1 Erişim tarihi: 30.08.2021.
39. WHO. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today - Turkey. Erişim adresi: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=792&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1#collapse-group-0-4 Erişim tarihi: 30.08.2021.
40. Pinsky PF. Principles of Cancer Screening. Surg Clin North Am. 2015 Oct;95(5):953-66. doi: 10.1016/j.suc.2015.05.009. Epub 2015 Jun 20. PMID: 26315516; PMCID: PMC4555845.
41. Early detection Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes; Module 3. Geneva: WHO; 2007. Sayfa 3-15.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kansere Kontrol Programı 2009-2015 http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf Erişim tarihi: 23.09.2021.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem> Erişim tarihi 23.09.2021.

44. Aydın S. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset;2004.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 Ankara, 2021.
46. Dogan N, Toğrak D. Female Breast Cancer Mortality Rates in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2014, 15, 7569-73 PMID: 25292030
47. Houssami N, Irwig L, Ciatto S. Radiological surveillance of interval breast cancers in screening programmes. The Lancet Oncology. 2006;7 (3):259-65.
48. Altunok H., Işıktekin Atalay B., Önsüz M.F., Işıklı B. (2016). Yaşlılık döneminde önerilen tarama testleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15 (6), 588-595.
49. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. Meme Kanseri Tarama ve Tanı. Meme Sağlığı Dergisi 2012; 8(3) :100;125.
50. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. ACU Sağlık Bil Derg 2016;4: 185-188.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi:15.10.2021.
52. Robson M, Offit K. Management of an inherited predisposition to breast cancer. N Eng J Med 2007;357:154-62.
53. American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures 2007-2008. Atlanta: American Cancer Society, Inc.;2008.1-36.
54. Yılmaz MH. Meme kanserinde radyolojik tanı ve değerlendirme. Meme Kanseri Sempozyum Dizisi, Aralık 2006, 54: 27-30.
55. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu”, Journal of Breast Health 2009; 5(3):125-134.
56. Ankara Meme Hastalıkları Derneği Erişim Adresi: <https://www.ankaramemehastaliklariderneği.com/AMHDDdata/userfiles/file/30.1.2014-2.pdf> Erişim tarihi: 17.10.2021.
57. Kayhan A, Arıbal E. Meme Kanseri Taraması: Neden Yapıyoruz? Ne Zaman? Değerlendirmede Yaşanan Sorunlar. Türk Radyoloji Seminerleri, 2014, 2.2: 230-240.
58. Avrupa Meme Görüntüleme Derneği (EUSOBI) ve 30 Ulusal Meme Radyolojisi Biriminin Meme Kanseri Taraması Hakkında Görüş Metni. Erişim adresi:

<https://www.turkrad.org.tr/assets/2017/Meme-kanseri-taramasi-gorus.docx> Erişim tarihi: 17.10.2021.

59. Mainiero M.B., Lourenco A., Mahoney M.C., Newell M.S., Bailey L., Barke L.D. ve ark. (2013). ACR Appropriateness Criteria Breast Cancer Screening. American College of Radiology. 10: 11-14, S:45-49.

60. Prof. Dr. Serdar Günalp. Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitapevi; 2014. sayfa:963-76.

61. WHO. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.2020.

62. Berman TA, Schiller JT. Human papillomavirus in cervical cancer and oropharyngeal cancer: One cause, two diseases. Cancer 2017;123:2219–2229. doi:10.1002/cncr.30588.

63. Wipperman J, Neil T, Williams T. Cervical Cancer: Evaluation and Management. *AFP* 2018;97:449–454.

64. Mavi Aydoğdu SG, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul* 2018;20:25–9.

65. Aref-Adib M, Freeman-Wang T. Cervical cancer prevention and screening: the role of human papilloma virustesting. *The Obstetrics&Gynecology* 2016; 18:251–63.

66. Kurtoğlu E, Alper Gürz A. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2014;7(4).

67. Sonay Kurt A, Canbulat N, Savaşer S. Adölesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2013; 9:59–63. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201309204>.

68. Mirnezami R, Nicholson J, Darzi A. Preparing for precision medicine. *N Engl J Med*. 2012;366(6):489–91.

69. Baer A, Kiviat NB, Kulasingam S, Mao C, Kuypers J, Koutsky LA. Liquid-based Papanicolaou smears without a transformation zone component: should clinicians worry? *Obstet Gynecol*. 2002 Jun;99(6):1053–9.

70. Can H, Öztürk YK, Güçlü YA, Öztürk F, Demir Ş. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Farkındalığı. *Tepecik Eğitim HastDerg* 2010 ;20(2):77-84.

71. Güner H, Taşkiran Ç. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papillomavirüs. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2007 ;4(1): 11-19.

72. Cancer screening. Cervical cancer screening tests : Techniques for cervical cytology and human papillomavirus testing. [uptodate.com](https://www.uptodate.com) Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-screening-tests-techniques-for-cervical->

cytology-and-human-papillomavirus-

testing?search=cervical%20cancer%20screening%20tests&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Erişim tarihi: 23.11.2021.

73. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi: 25.11.2021.

74. Özdemir Ö, Bilgili N. Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamaları. TAF Prev Med Bull 2010;9:605–12. <https://doi.org/10.5455/pmb.201004270303597>.

75. Kaya M, Akın A.(ed) Serviks Kanseri Tarama Programları. Halk Sağlığı Yaklaşımı ile Servikal Kanseri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. 2009;6-15.

76. Tosun M, Malatyahoğlu E. Servikal Kanselerde Tarama ve Erken Tanı Yöntemleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2014;7(4):18-24.

77. Saslow D, Solomon D, Lawson HW J et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA: a cancer journal for clinicians 2012;62(3):147-72.

78. Committee on Practice B-G. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. Obstet Gynecol 2012;120(5):1222-38.

79. White MC, Shoemaker ML, Benard VB. Cervical Cancer Screening and Incidence by Age: Unmet Needs Near and After the Stopping Age for Screening. Am J Prev Med 2017;53:392–395. doi:10.1016/j.amepre.2017.02.024.

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

81. Magalhaes B, Peleteiro B, Lunet N. Dietary patterns and colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer Prev. 2012;21:15-23.

82. Brody H. Colorectal cancer. Nature. 2015 May 14;521(7551):S1. doi: 10.1038/521S1a. PMID: 25970450.

83. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet*. 2019 Oct 19;394(10207):1467-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32319-0. PMID: 31631858.
84. Doubeni CA, Jambaulikar GD, Fouayzi H, et al. Neighborhood socioeconomic status and use of colonoscopy in an insured population—a retrospective cohort study. *PLoS ONE* 2012;7:e36392.
85. Wei EK, Giovannuci E, Wu K, Rosner B, Fuchs CS, Willet WC ve Ark. Comparison of Risk Factors for Colon and Rectal Cancer. *Int J Cancer* 2004; 108(3): 433-42.
86. Allen J, Sears CL. Impact of the gut microbiome on the genome and epigenome of colon epithelial cells: contributions to colorectal cancer development. *Genome Med*. 2019 Feb 25;11(1):11.
87. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi:08.12.2021.
88. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD, et al. Colorectal cancer screening: Clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology*. 1997;112(2):594–642.
89. Yang DX, Gross CP, Soulos PR, Yu JB. Estimating the magnitude of colorectal cancers prevented during the era of screening: 1976 to 2009. *Cancer*. 2014 Sep 15;120(18):2893–901.
90. Cronin KA, Lake AJ, Scott S, Sherman RL, Noone AM, Howlader N, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, part I: National cancer statistics. *Cancer*. 2018 Jul 1;124(13):2785–800.
91. Hislop G. Trends and risk factors for colorectal cancer. *BCM J* 2000; 42(3):131-5.
92. Çefle K. Kanser Genetiği. *Klinik Gelişim Dergisi* 2009; 22:50-59.
93. Derici H, Tansuğ T, Reyhan E, Kara C, Nazlı O, Bozdağ AD. Familial Adenomatöz Polipozis: Üç Kardeşin Sunumu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27 (4): 629-32.
94. Altekin E, Solak A, Tuncel P. Gaitada Gizli Kan Testlerinde Guaiak ve İmmunokimyasal Yöntemlerin Karşılaştırılması. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*. 2003;3:143-7.
95. Guaiac-based fecal occult blood test (gFOBT). Tests for screening for colorectal cancer: Stool based tests Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/tests-for-screening-for-colorectal-cancer?search=Tests%20for%20screening%20for%20colorectal%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Erişim tarihi: 12.12.2021.

96. Turkcerrahi.com.[internet] Tarhan Ö.R. Gaitada Gizli Kan Testi. Erişim adresi:<https://www.turkcerrahi.com/makaleler/kolon-rektum-ve-anus/gaitada-gizli-kan-testi/> Erişim tarihi:12.12.2021.
97. Fecal immunochemical test (FIT). Tests for screening for colorectal cancer: Stool based tests Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/tests-for-screening-for-colorectal-cancer?search=Tests%20for%20screening%20for%20colorectal%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Erişim tarihi: 12.12.2021.
98. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2008. The American journal of gastroenterology, 2009, 104,3: 739.
99. Remzi F.H, Öncel M. Kolon Kanserinde Tarama ve Takip. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 17(1):50-57.
100. Colonoscopy. Tests for screening for colorectal cancer: Endoscopic visualization https://www.uptodate.com/contents/tests-for-screening-for-colorectal-cancer?search=Tests%20for%20screening%20for%20colorectal%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Erişim tarihi: 12.12.2021.
101. Bevan R, Rutter MD. Colorectal Cancer Screening-Who, How, and When?. Clin Endosc. 2018;51(1):37-49.
102. Tuncer M. Kanserin ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2007(707):5-9.
103. Tekpınar H, Aşık Z, Özen M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kanser Taramalarına İlişkin Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(1):28-36.
104. Özer M.K. Yetişkin Bireylerin Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları (Uzmanlık tezi). Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği; 2019.
105. Özdemir M.E. 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). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği; 2016.
106. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Bolu F, Durak AA, vd. Düzce’de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 25 Ağustos 2017;7(1):1-10.

107. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. TAF Prev Med Bull. 2015;14(3):209-14.
108. Aslan K.S. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yetişkin Hastaların Kanser Taramaları Hakkında Bilgi, Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisinin İncelenmesi (Uzmanlık Tezi). İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği; 2021.
109. Yetimakman E.Z. Birinci Derece Yakınlarında Kanser Olan Ve Olmayan Bireylerin Kanser Tarama Programlarına İlişkin Farkındalık, Bilgi Ve Tutumlarının Karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi; 2018.
110. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon'da Kanser Tarama Testleri Farkındalığı. Dergi Park. 2015;90-5.
111. Çınar A. İzmir İli Bornova İlçesindeki 55 Yaş Üstü Kadınların Kanser Taraması Yaptırma Davranışı ve Bu Davranışın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile İlişkisi (Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği; 2016.
112. Tat AN, Ozturk HB, Gunay O, Balcı E. Kayseri İli Yeşilhisar İlcesindeki Yetişkin Kadınların Kanser Taramaları ile İlgili Bilgi – Tutum ve Uygulamaları. İçinde: 3International 21National Public Health Congress 2019. Erişim adresi: <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/603> Erişim tarihi:06.01.2022.
113. Uğur HG, Avcı İA. Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 01 Nisan 2015;4(2):244-58.
114. Kızılırmak A., Kocaöz S.(2018). Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27(3) :165-175.
115. Sualp B.N. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları (Uzmanlık Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği; 2021.

116. Akyüz A., Güvenç G., Yavan T., Çetintürk A., Kök G.(2006). Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*; 48: 25-29.
117. Özsöyler M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş ve Üzeri Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi ve Tutumları (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Aile Hekimliği; 2018.
118. Korkut Y, Assesment of knowledge, attitudes and behaviors regarding breast and cervical cancer among women in western Turkey. *Journal of International Medical Research* 2019; Vol. 47(4) 1660-1666.
119. Dişçigil G, et al. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 2007, 20.1: 029-036.
120. Tekpınar H. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kanser Taramaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği; 2017.
121. Aksoy Y.E., Turfan E.C., Sert E., Mermer G. (2015). Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Engeller. *J Breast Health*, 11: 26-30.
122. Tastan S, Andsoy II, Iyigun E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(9):5157-63. doi:10.7314/apjcp.2013.14.9.5157. PMID: 24175793.
123. Erdoğan E. Birinci Basamağa Başvuran Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Davranış ve Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği; 2020.
124. Aker A, Baysal Ş, Anıl G, ve ark. Kocaeli Derince Ketem'e Kanser Taraması İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. 3. International 21. National Public Health Congress; 2019 Erişim adresi: <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/235> Erişim tarihi: 07.01.2022.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	
Araştırmanın Açık Adı	30-70 Yaş Arası Bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi
Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Eda Çelik Güzel / TNKÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Etik Kurul Toplantı Tarihi	27.05.2021
Araştırma Protokol Numarası	2021.134.05.07
Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Diğer:
Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/> TNKÜ BAP <input type="checkbox"/> Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/> Diğer:
Araştırmanın Bütçesi	100 ₺
Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/> Çok Merkezli <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------------	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişkili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sibel ÖZKAN GÜRDAL	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aşşın NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER
İmza:

EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

30-70 YAŞ ARASI BİREYLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI İLE KANSER TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL

Araştırmanın Amacı: Kanser günümüzün önemli bir halk sağlığı sorunu olup gündemdeki yerini korumaktadır. Sebebi bilinen ölümler sıralamasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sıradaki kanser, öldürücülüğü yanında bıraktığı sakatlıklar ve tedavisindeki yüksek maliyetler nedeniyle iş gücünde ve ülke ekonomisinde çok ağır kayıplara neden olmaktadır.

Kanser konusunda toplumda farkındalık sağlanması, toplum bilincinin geliştirilmesi ve kanser taramaları, kanserle mücadelede en etkili yöntemlerin başında gelmektedir. Ülkemizde de Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği üç kanser türünde tarama yapılmaktadır.

Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında; Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlığın verilmesi, Yılda bir klinik meme muayenesi, 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mammografi çekimi yapılmaktadır.

Kadınlarda serviks (rahim ağzı) kanseri tarama programı kapsamında; 30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir smear ve HPV -DNA testi yapılmaktadır.

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

Çalışmamızın amacı, 30-70 yaş arası bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımını ile kanser tarama testleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve kanser taraması yaptıran oranlarını artırmak için yürütülen faaliyetlere katkıda bulunmaktır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Bu araştırmanın protokolü, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Çalışmamızda herhangi bir tedavi ve girişim olmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Çalışmamızda herhangi bir risk yoktur.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Gülşah ÇETİN - 05354135804

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütölmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla

anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 3: ANKET FORMU

Anket No:

30-70 YAŞ ARASI BİREYLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI İLE KANSER TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı, Aşağıda yer alan anket aracılığıyla toplanacak verilerden Dr. Öğr. Üyesi Eda Çelik Güzel danışmanlığında gerçekleştirilecek olan uzmanlık tezimde yararlanılacaktır. Anketin amacı sizlerin **birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımınız ile kanser tarama testleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarınız arasındaki ilişkiyi** değerlendirmektir. Verdiğiniz bilgiler sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacaktır ve tamamen gizli kalacaktır. Onay verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Dr. Gülşah ÇETİN

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

- 1- Yaşınız?
- 2- Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek
- 3- Medeni Durumunuz? a) Bekar b) Evli c) Boşanmış/Ayrı Yaşıyor d) Eşi vefat etmiş
- 4- Eğitim Durumunuz? a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite
- 5- Mesleğiniz?
- 6- Ailenizin aylık toplam geliri?
- 7- Sosyal güvenceniz var mı? a) Var b) Yok
- 8- İkamet ettiğiniz yer? (Hangi il-ilçe-köy)
- 9- Sigara içiyor musunuz? a) Hiç kullanmadım b) Bıraktım c) İçiyorum (Günde.....paket.....yıldır)
- 10- Alkol kullanır mısınız? a) Hiç kullanmadım b) Bıraktım c) İçiyorum (Haftada.....kez.....kadeh)
- 11- Bilinen kronik bir hastalığınız var mı? a) Hayır b) Evet; belirtiniz.....
- 12- Tanı aldığınız bir kanser hastalığı var mı? a) Hayır b) Evet; belirtiniz.....
- 13- Ailenizde kanser hastası olan var mı? a) Yok b) Var

****13.1** Cevabınız “Var”sa Hangi Akrabanız / Yakınıınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Eş
- b) 1. Derece Akraba: Anne, Baba, Kardeş, Çocuk
- c) 2. Derece Akraba: Anne Ve Babanın Kardeşleri (Hala, Teyze, Amca, Dayı), Yeğen, Dede, Nine
- d) Uzak Akraba / Tanıdık

14- Bir Aile hekimliği birimine kayıtlı mısınız? a) Evet b) Hayır

15- Bir Aile hekimliği birimine kayıtlı iseniz, kayıtlı olduğunuz aile hekiminin kim olduğunu biliyor musunuz? a) Evet b) Hayır

16- Bir Aile hekimliği birimine kayıtlı iseniz, aile hekiminize düzenli olarak (yılda en az 1 kez) gidiyor musunuz? a) Evet b) Hayır

17- Aile hekiminize son 1 yılda hangi sebeplerle başvurduunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) a) Yeni başlayan, kısa süreli hastalık b) Periyodik muayene amaçlı c) Kronik hastalık takibi için d) Kanser taraması amacıyla e) Sağlık raporu için f) İlaç raporu çıkartmak için g) İlaç yazdırmak için h) Aşı olmak için i) Son 1 yılda hiç başvurmadım k) Diğer.....

18- Ülkemizde kanser tarama testlerinin ücretsiz olarak yapıldığını biliyor musunuz? a) Evet b) Hayır

19- Ülkemizde ulusal kanser tarama programlarına göre hangi kanser taramalarının yapıldığını biliyor musunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) a) Rahim ağzı kanseri b) Akciğer c) Kalın barsak d) Prostat e) Meme f) Bilmiyorum g) Diğer, belirtiniz.....

20- Sizce kanser tarama testleri sağlık açısından gerekli mi? a) Evet b) Hayır

21- Kanser taramaları ile ilgili size hiç bilgilendirme yapıldı mı? Yapıldıysa bilgilendirmeyi nereden aldınız? a) Aile sağlığı merkezi b) Devlet hastanesi c) Üniversite hastanesi d) KETEM e) Hiç bilgilendirme yapılmadı

22- KETEM hakkında bilginiz var mı? a) Bilgim yok b) Duydum, ancak ne olduğunu bilmiyorum c) Duydum, ne olduğunu biliyorum

*******23-35. ARASI SORULARI SADECE KADIN KATILIMCILAR CEVAPLANDIRACAKTIR.**

23- Rahim ağzı kanser taraması (HPV DNA/Smear testi) hakkında bilginiz var mı? a) Evet b) Hayır

24- (30-65 yaş kadın katılımcılar için) Size hiç HPV DNA/Smear testi yaptırmanız önerildi mi? a) Evet b) Hayır

****24.1** Cevabınız “Evet” ise, HPV DNA/Smear testi yaptırmanızı size kim önerdi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) a) Aile hekimi b) Diğer branş hekimi c) Aile sağlığı çalışanı d) Diğer hemşire ve sağlık çalışanları e) Akraba, komşu, arkadaşlar f) İletişim araçları (TV, İnternet) g) Kitap, gazete, dergi, broşür

25- (30-65 yaş kadın katılımcılar için) Hiç HPV DNA/Smear testi yaptırdınız mı? a) Evet b) Hayır

****25.1** Cevabınız “Evet” ise, HPV DNA/Smear testi ne sıklıkta yaptırılıyorsunuz? a) Yılda bir b) 2 yılda bir c) 5 yılda bir d) Sadece 1 kez yaptırdım e) Diğer

****25.2** Cevabınız “Evet” ise, HPV DNA/Smear testini nerede yaptırdınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) ASM b) Devlet hastanesi c) Üniversite hastanesi d) Özel hastane e) KETEM

26- Rahim ağzı kanser taraması için HPV DNA/Smear testinin hangi sıklıkta yapılması gerektiğini biliyor musunuz?

a) Yılda bir b) 2 yılda bir c) 5 yılda bir d) 10 yılda bir e) Bilmiyorum

27- Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilginiz var mı? a) Evet b) Hayır

28- Kendi kendinize meme muayenesi hiç yaptınız mı? a) Evet b) Hayır

****28.1** Cevabınız “Evet” ise, kendi kendinize meme muayenesini ne sıklıkta yapıyorsunuz? a) Ayda bir kez b) 6 ayda bir kez c) Yılda bir kez d) Diğer.....

****28.2** Cevabınız “Evet ise, Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını kimden/nere-den öğrendiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) Aile hekimi b) Diğer branş hekimi c) Aile sağlığı çalışanı
d) Diğer hemşire ve sağlık çalışanları e) Akraba, komşu, arkadaşlar
f) İletişim araçları (TV, İnternet) g) Kitap, gazete, dergi, broşür

29- Kendi kendine meme muayenesinin ne sıklıkta yapılması gerektiğini biliyor musunuz?

a) Her gün b) Haftada bir c) Ayda bir d) Yılda bir e) Bilmiyorum

30- Bir hekim tarafından size klinik meme muayenesi yapıldı mı? a) Evet b) Hayır

****30.1** Cevabınız “Evet” ise, hangi hekim tarafından yapıldı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) Aile hekimi b) Genel cerrahi uzmanı c) Dahiliye uzmanı d) Diğer branş hekimi

****30.2** Cevabınız “Evet” ise, ne sıklıkta klinik meme muayenesi oluyorsunuz?

a) Yılda bir b) 2 yılda bir c) 5 yılda bir d) Sadece 1 kez yapıldı e) Diğer.....

31- Klinik Meme Muayenesinin ne sıklıkta yapılması gerektiğini biliyor musunuz?

a) Ayda bir b) Yılda bir c) 2 yılda bir d) 5 yılda bir e) Bilmiyorum

32- Mamografi hakkında bilginiz var mı? a) Evet b) Hayır

33- (40-69 yaş kadın katılımcılar için) Size hiç mamografi çektirmeniz önerildi mi?

a) Evet b) Hayır

****33.1** Cevabınız “Evet” ise, mamografiyi size kim önerdi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) Aile hekimi b) Diğer branş hekimi c) Aile sağlığı çalışanı
d) Diğer hemşire ve sağlık çalışanları e) Akraba, komşu, arkadaşlar
f) İletişim araçları (TV, İnternet) g) Kitap, gazete, dergi, broşür

34- (40-69 yaş kadın katılımcılar için) Hiç mamografi çektirdiniz mi? a) Evet b) Hayır

****34.1** Cevabınız “Evet” ise, Ne sıklıkta mamografi çektirirsiniz?

a) Yılda bir b) 2 yılda bir c) 5 yılda bir d) Sadece 1 kez çektirdim e) Diğer.....

35- Mamografinin hangi sıklıkta çekilmesi gerektiğini biliyor musunuz?

a) Yılda bir b) 2 yılda bir c) 5 yılda bir d) 10 yılda bir e) Bilmiyorum

36- Dışkıda (gaitada) gizli kan testi hakkında bilginiz var mı? a) Evet b)Hayır

37- (50-70 yaş arası tüm katılımcılar için) Size hiç dışkıda gizli kan testi yaptırmanız önerildi mi? a) Evet b) Hayır

**37.1 Cevabınız “Evet” ise, dışkıda gizli kan testi yaptırmayı size kim önerdi?

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Aile hekimi b) Diğer branş hekimi c) Aile sağlığı çalışanı
d) Diğer hemşire ve sağlık çalışanları e) Akraba, komşu, arkadaşlar
f) İletişim araçları (TV,İnternet) g)Kitap, gazete, dergi, broşür

38- (50-70 yaş arası tüm katılımcılar için) Hiç dışkıda gizli kan testi yaptırmanız mı? a) Evet b)Hayır

**38.1 Cevabınız “Evet” ise, Dışkıda gizli kan testini ne sıklıkta yaptırıyorsunuz? a) Yılda bir b) 2 yılda bir c) 5 yılda bir d) Sadece 1 kez yaptırırım e) Diğer.....

**38.2 Cevabınız “Evet” ise, Dışkıda gizli kan testini nerede yaptırmanız?

- a) ASM b) Devlet hastanesi c)Üniversite hastanesi d) Özel hastane e) KETEM

39- Dışkıda gizli kan testinin hangi sıklıkta yapılması gerektiğini biliyor musunuz?

- a) Yılda bir b) 2 yılda bir c) 5 yılda bir d) 10 yılda bir e) Bilmiyorum

40- Kolonoskopi hakkında bilginiz var mı? a) Evet b) Hayır

41- (50-70 yaş arası tüm katılımcılar için) Size hiç kalın barsak (kolon) kanseri taraması amacıyla kolonoskopi yaptırmanız önerildi mi? a) Evet b) Hayır

**41.1 Cevabınız “Evet” ise, kolonoskopi yaptırmayı size kim önerdi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Aile hekimi b) Diğer branş hekimi c) Aile sağlığı çalışanı
d) Diğer hemşire ve sağlık çalışanları e) Akraba, komşu, arkadaşlar
f) İletişim araçları (TV,İnternet) g)Kitap, gazete, dergi, broşür

42- (50-70 yaş arası tüm katılımcılar için) Hiç kolonoskopi yaptırmanız mı? a) Evet b) Hayır

**42.1 Cevabınız “Evet” ise, kolonoskopiye ne zaman ve kaç kez yaptırmanız?

43- Kolonoskopinin hangi sıklıkta yapılması gerektiğini biliyor musunuz?

- a) Yılda bir b) 2 yılda bir c) 5 yılda bir d) 10 yılda bir e) Bilmiyorum

44- Kanser tarama testlerini hiç yaptırmadıysanız veya düzensiz yaptırdıysanız nedeni nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Zaman bulamadığım için
b) Utandığım için
c) Herhangi bir şikayetim olmadığı için
d) Kötü sonuç almaktan korktuğum için
e) Kolay ve ulaşılabilir olmadığı için
f) Kanser tarama testlerini bilmediğim için
g) Ailemde kanser hastalığı olmadığı için
h) Kanser tarama testi yaptırmam önerilmediği için
i) Yapılacak işlemde korktuğum/çekindiğim için
k) Diğer, Lütfen belirtiniz.....