

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 35 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN KANSER TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI

Dr. Muazzez Özsöyler

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Umut Gök Balcı

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2018



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 35 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN KANSER TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI

Dr. Muazzez Özsöyler

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Umut Gök Balcı

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2018

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında emeği geçen tez danışmanım Doç. Dr. Umut GÖK BALCI'ya ve teknik olarak yardımcı olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim sürecinde beraber çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm hocalarım, başasistanlarım, uzmanlarım ve asistan arkadaşlarıma,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

Dr. Muazzez ÖZSÖYLER

İzmir, 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……..i

KISALTMALAR…….iv

TABLOLAR LİSTESİ…….vi

ÖZET…….viii

ABSTACT……x

1. GİRİŞ VE AMAÇ……1
2. GENEL BİLGİLER……..3
   - 2.1.ULUSAL KANSER PROGRAMI……..3
     - 2.1.1. Tarama Nedir? Kanser Taraması Neden Yapılır?.....3
     - 2.1.2. Türkiye'de Uygulanmakta Olan Ulusal Kanser Tarama Programı……..4
     - 2.1.3. Aile Hekimliği ve Kanser Taramaları…….5
   - 2.2. SERVİKS KANSERİ…….6
     - 2.2.1. Serviks Kanseri Epidemiyoloji……...6
     - 2.2.2. Serviks Kanseri Risk Faktörleri……..7
       - 2.2.2.1.HPV……..7
     - 2.2.3. Tarama……9
       - 2.2.3.1. Sitoloji……10
       - 2.2.3.2. HPV Testi……...10
       - 2.2.3.3. Görsel Muayene (VIA, VILI)……10
       - 2.2.3.4.Ülkemizde Hedef Populasyon ve Tarama Sıklığı……...11
   - 2.3. MEME KANSERİ……...11
     - 2.3.1. Meme Kanseri Epidemiyoloji……...11
     - 2.3.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri……..12
     - 2.3.3. Tarama……..14
   - 2.4. KOLOREKTAL KANSER……16
     - 2.4.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi……...16
     - 2.4.2. Etyoloji……..16
     - 2.4.3. Semptomlar……...18
     - 2.4.4. Tanı ve Tarama……..18
       - 2.4.4.1. Gaitada gizli kan testleri…….18
       - 2.4.4.2. Guaiac Tabanlı Gaitada Gizli Kan Testi……19
       - 2.4.4.3. Gaitada Gizli Kan Taramasında İmmünokimyasal Testler…19
       - 2.4.4.4.Fekal DNA Testi……19
       - 2.4.4.5.Sigmoidoskopi……...19
       - 2.4.4.6. Kolonoskopi…….....20
       - 2.4.4.7. Çift Kontrast Baryumlu Enema…….20
       - 2.4.4.8.Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi……..20

2.5. PROSTAT KANSERİ……..21
2.5.1. Prostat Kanseri Epidemiyoloji……...21
2.5.2. Risk Faktörleri……..21
2.5.3. Tarama……..22
2.5.4. Tanı……...23
3. YÖNTEM VE GEREÇLER……24
3.1. ARAŞTIRMA PROJESİ……..24
3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ……..24
3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ……24
3.4.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ ……..24
3.5.ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ……...24
3.6.ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ……..…..24
3.7.VERİLERİN TOPLANMASI……...25
3.8.VERİLERİN ANALİZİ……25
4. BULGULAR……..26
5. TARTIŞMA……49
6. SONUÇLAR……...56
7. KAYNAKLAR……...57
8. EKLER……....67
8.1. Anket Formu……....67
8.2. Etik Kurul Onayı……..71
9. ÖZGEÇMİŞ……72

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACS: American Cancer Society

ASAP: Atipik küçük asiner proliferasyon

BTK: Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi

CIN: Servikal intraepitelyal neoplazi

ÇKBE: Çift Kontrast Baryumlu Enema

DNA: Deoksiribonükleik asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EAU: Avrupa Üroloji Derneği

ERSPC: The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

ESMO: The European Society for Medical Oncology

FAP: Familyal adenomatöz polipozis

GGK: Gaytada gizli kan

HBCO: Hereditary Breast/Ovarian Cancer

HGPIN: High-grade prostatic intraepithelial neoplasia

HNPCC: Herediter non polipozis kolorektal kanser

HPV: Human Papilloma Virüs

HRT: Hormon replasman tedavisi

IARC: Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

KRK: Kolorektal kanser

KVS: Kardiyovasküler sistem

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NCCN: National Comprehensive Cancer Network

PSA: Prostat spesifik antijen

SIL: Servikal intraepitelyal lezyon

TRUS: Transrektal ultrasonografi

TURP: Transüretral prostat rezeksiyonu

VIA: Visual inspection after application of acetic acid

VILI: Visual inspection after application of lugol iodine

WHI: Women Health Initiative

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri ve alışkanlıkları

Tablo 2. Çalışmaya katılanlarda herhangi bir kronik hastalık bulunma durumu ve kronik hastalık çeşitlerine göre dağılımı

Tablo 3. Çalışmaya katılanların ailesinde ve yakın çevresinde kanser bulunma durumu

Tablo 4. Çalışmaya katılanların kanser taramaları hakkında bilgi alma durumu ve bilgi kaynaklarının dağılımı

Tablo 5. Çalışmaya katılanların taranan kanser hastalıklarıyla ilgili verdiği yanıtlar

Tablo 6. Çalışmaya katılanlara kanser taramalarının önerilme durumu

Tablo 7. Çalışmaya katılanların kanser tarama yaptırma durumu ve tarama yaptırdığı hastalıkların dağılımı

Tablo 8. Çalışmaya katılanların düzenli aralıklarla kanser taramaları yaptırma durumu, düzensiz yaptıran ve yaptırmayanlarda yaptırmama nedenleri, kanser taramaları için tercih ettiği kurumlar

Tablo 9. Çalışmaya katılanların KETEM hakkında bilgi durumu

Tablo 10. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre kanser taramalarını bilme durumu

Tablo 11. Kronik hastalıklara göre kanser taramalarını bilme durumu

Tablo 12. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre kanser taramalarını bilme durumu

Tablo 13. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre kanser taramalarını yaptırma

Tablo 14. Kronik hastalıklara göre kanser taramalarını yaptırma durumu

Tablo 15. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre kanser taramalarını yaptırma durumu

Tablo 16. Çalışmaya katılan kadınlarda smear testini duyma durumu, yaptırma durumu, yaptırma sıklığı ve yaptırma yaşı ortalaması

Tablo 17. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre smear taramasını yaptırma

Tablo 18. Kronik hastalıklara göre smear taramasını yaptırma durumu

Tablo 19. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre smear taraması yaptırma durumu

Tablo 20. Çalışmaya katılan kadınlarda meme muayenesi ve mamografi ile ilgili bilgi durumu

Tablo 21. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre mamografi taramasını yaptırma

Tablo 22. Kronik hastalıklara göre mamografi taramasını yaptırma durumu

Tablo 23. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre Mamografi taramasını yaptırma durumu

Tablo 24. Çalışmaya katılanların GGK tarama testi, kolonoskopi bilgi ve yaptırma durumu

Tablo 25. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre GGK taramasını yaptırma

Tablo 26. Kronik hastalıklara göre GGK taramasını yaptırma durumu

Tablo 27. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre GGK taramasını yaptırma durumu

Tablo 28. Çalışmaya katılan erkeklerde prostat kanseri hakkında bilgilendirilme durumu

ÖZET

Aile hekimliği polikliniğine başvuran 35 yaş ve üzeri hastaların kanser tarama testleri hakkında bilgi ve tutumları

Amaç: Kanser, fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra sosyal, maddi ve manevi yönleri ile mücadelesi zor bir hastalıktır. Erken evrede tanı alan vakaların tedavisi ileri evre vakalara göre hem daha kolay hem de daha az maliyetli olmaktadır ve hastaların yaşam kalitesine etkisi büyüktür. Erken tanıyla kansere bağlı ölümlerin önüne geçilebilmektedir. Bireylerin bu konudaki farkındalığı tarama testlerini yaptırmalarını sağlayarak sağlığın iyileştirilmesi konusunda katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada da hastaların bu konuda bilgi düzeyi ve tutumunun değerlendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Çalışmamıza, Aralık 2017-Ocak 2018 tarihlerinde Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 35 yaş üzeri 230 kişi dahil edildi. Katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle 32 sorudan oluşan anket uygulandı. Çalışmamız tanımlayıcı nitelikteydi. Verilerin analizinde SPSS 20.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 49.3, %54'ü kadın, %87'si evli, %37.8'i ilkokul mezunu, %68.7'sinin gelir düzeyi orta, %53.5'i sigara içmiyor, %75.7'si alkol kullanmıyor olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında %39.7'si ile en sık 45-54 yaş grubu daha sonrasında %30.1 ile 35-44 yaş grubu gelmektedir. Çalışmaya katılanların %72.2'si kanser taramaları hakkında bilgisi olduğunu beyan etmiştir. %6.1'i düzenli aralıklarla kanser taramasını yaptırdığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %78.4'ü smear testini duymuş, %31.8'i smear testini yaptırmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %82.5'i kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olduğunu , %50,8'i muayeneyi yaptığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %23'üne hekim tarafından meme muayenesi yapılmıştır. %19,2'si mamografi yaptırmıştı. Çalışmaya katılanların %22.6'sı GGK testini duymuş, %10.0'ı GGK testini yaptırmış, %32.6'sının kolonoskopi hakkında bilgisi var, %4.3'ü kolonoskopi yaptırmıştır. Çalışmaya katılan erkeklerin %15.5'i prostat kanseri hakkında bilgilendirilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada katılımcıların büyük kısmının kanser tarama testleri hakkında bilgilerinin eksik olduğu ve buna bağlı olarak da yaptırma oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Halkın kanser tarama konusunda daha çok bilgilendirilmesi ve tarama testlerini yapmaları konusunda teşvik edilmeleri gerekmektedir. Bu konuda eğitimler düzenlenmelidir. Birinci basamak hekimlerine de bu konuda büyük görev düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanser taramaları, bilgi düzeyi, aile hekimliği, kanser

ABSTRACT

Knowledge and Attitudes About Cancer Screening Tests of 35 Years Old and Over Who Applied to Family Medicine Policlinic

Aim: Cancer is a hard disease to struggle with social, material and spiritual aspects as well as physical disorders. The treatment of cases diagnosed at early stage is both easier and less costly than advanced stage cases and the effect on the quality of life of patients is great. Cancer-related deaths are prevented by early diagnosis.Individuals' awareness of this issue will contribute to improving health by providing screening tests. In this study, it was aimed to evaluate the level of knowledge and attitude of the patients in this subject and to increase their awareness.

Materials and Methods: The study included 230 people over 35 years of age who applied to Tepecik Education and Research Hospital Family Physician outpatient clinics between December 2017 and January 2018.Participants used a face-to-face interview questionnaire consisting of 32 questions. Our study was descriptive.SPSS 20.0 program was used in the analysis of the data.

Results: The average age of the participants was 49.3, 54% were female, 87% were married, 37.8% were primary school graduates, 68.7% were middle income, 53.5% were not smoking and 75.7% were not using alcohol. When we look at the age groups, it is seen that the group with the age of 45-54 is the most common group with 39.7%, followed by the group of 35-44 with 30.1% later.72.2% of the participants stated that they had information about cancer screenings. 6.1% of those participating in the study stated that they regularly had cancer screening.78.4% of women who participated in the study heard smear test,31.8% had smear test.82.5% of women participating in the study reported that they had information about breast self-examination,50.8% stated that they did the examination. Clinical breast examination was performed in 23% of the participants.19.2% of the women participating in the study had had mammography. 22.6% of those who participated in the study heard the fecal ocult blood test,10.0% had fecal ocult blood test, 32.6% had information about colonoscopy, 4.3% had colonoscopy.15.5% of men participating in the study were informed about prostate cancer.

Conclusion: In this study, it was determined that most of the participants lacked knowledge about cancer screening tests and it was found that the rate of taking the tests was low. People need to be more informed about cancer screening and encouraged to do screening tests. Trainings should be organized in this regard. Primary care physicians also have a major task in this regard.

Keywords: Cancer screening, level of knowledge, family physician, cancer

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser ülkemiz dahil tüm dünyada en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Hasta ve hasta yakınlarında yol açtığı psiko-sosyal travma ve önemli bir hasta grubunda hala tatmin edici olmayan tedavi başarısı kanserin korkulan bir hastalık olarak algılanmasına neden olmaktadır. Bu tespitler her ülke için bir kanser politikasının oluşturulması ve uygulanması konusunu gündeme getirmektedir (1).

IARC(Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu), 2008 yılında 12,4 milyon yeni kanser vakası, 7,6 milyon kanser nedenli ölüm ve 28 milyon, ilk tanıdan itibaren 5 yıl veya daha az süre geçmiş kanserli hasta olduğunu tahmin etmektedir. IARC ayrıca yeni vakaların yarısından biraz fazlasının ve kanser nedenli ölümlerin üçte ikisinin düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde olduğunu tahmin etmiştir. 2008'de dünya nüfusu tahminen 6,7 milyar olup, 2030'da 8,3 milyara yükselmesi beklenmektedir (2). Kanser oranlarıyla yaş arasındaki güçlü bağlantı göz önüne alındığında 2030 yılında en çok düşük ve orta gelir grubundaki ülkelere etki edecek artan kanser yükünden bahsedilebilir (3).

Türkiye'de 2014 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246,8 kadınlarda ise yüz binde 173,6 olarak saptanmıştır. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 210,2'dir. Türkiye'de toplam 163 bin kişi yeni kanser tanısı almıştır. Türkiye kanser insidansı, dünya insidansının üzerinde seyrederken, Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere göre kanser açısından kadınlarda ve erkeklerde daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir. Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türünün diğer ülkelerdeki sıralama ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (52,5/100000 kişide YSH), kadınlarda ise meme kanseri (43,0/100000 kişide YSH) en sık görülen kanser türleridir (4).

Kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. 2013 yılı içinde tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'inin 50-69 yaş aralığında, %40'ının ise 25-49 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Meme kanseri evreleri incelendiğinde veri tabanında yer alan invaziv vakaların yalnızca %11,1'i uzak evrededir. Kolorektal kanserler kadınlarda ve de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüz binde 22,8 ve kadınlarda

ise yüz binde 13,8 sıklıkta görülmektedir. Serviks kanseri ise kadın kanserlerinde onuncu sıradadır. Başlıca etkeni HPV (human papilloma virus) olan bu kanser türü ülkemizde düşük sıklıkta görülmesine rağmen, uluslararası kanser ajansı tarafından yapılmış olan analizlerde HPV'ye bağlı kanserlerin erkek kanserlerinin %1'inden, kadın kanserlerinin ise %5-10'undan sorumlu olduğu görülmektedir. Ülkemiz verileri incelendiğinde de, HPV ile ilişkili kanserlerin kadınları daha sıklıkla etkilediği, kadınlarda erkeklerin yaklaşık 5 katı HPV ilişkili kanser olduğu tahmin edilmektedir (4).

Kuramsal hesaplara göre mevcut bulunan erken yakalama yöntemleri, kanser ölümlerinin yaklaşık üçte birini, yani yılda yaklaşık 3-3,5 milyon ölümü ortadan kaldırma olanağı sunmaktadır (5).

Bu çalışmanın amacı ise aile hekimliği polikliniğimize başvuran hastaların kanser tarama testleri hakkındaki bilgilerini ölçmek, ne oranda tarama yaptırdıklarını tespit etmek ve hastalarımızda farkındalık oluşturmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ULUSAL KANSER PROGRAMI

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizin de en önemli toplumsal sağlık sorunlarından biridir. Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin, 2030 yılına kadar hızlanarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir. 2012 verileri değerlendirildiğinde; bir yıl içinde ülkemizde 175.000 civarında yeni kanser vakasının ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Türkiye 2013-2023 yaşa standardize hız projeksiyon değerleri, kanser yükünün yaşlanma ile birlikte azalarak arttığını göstermektedir. Hastalığın tam ve etkin kontrolünün dinamik, çok yönlü, bilimsel, multidisipliner ve maliyet etkin bir program ile mümkün olabileceği öngörülmektedir (6).

Meme, serviks ve kolorektal kanserlerinde olduğu gibi, uygun tarama programları yürütüldüğünde bu kanserleri erken teşhis ve tedavi etmek mümkündür. Ülkemizde mevcut verilere göre tanı konulan meme, serviks ve kolorektal kanserlerinin büyük çoğunluğu bölgesel ve uzak metastaz düzeyinde olmaktadır. Bu nedenle, ulusal çapta sorunların ortaya konması, mevcut imkanlar dahilinde ulusal tarama programının geliştirilmesi ve bölgesel farklılıklar göz önünde bulundurularak ülke genelinde uygulanabilmesi çok önemlidir. Etkin bir kanser kontrolünde erken ya da geç, teşhis edilen tüm hastaların kaliteli ve uzun yaşam sürmesi, hastalığın en iyi şekilde tedavi edilmesi için en iyi şekilde palyasyon sağlanmalıdır. Tüm bu önlemlerin belirli bir plan çerçevesinde yürütebilmesi için ulusal kaynakları ve ihtiyaçları gözeten bir ulusal kanser kontrol programı gerekli olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, tüm dünyada kabul görmüş olan kanser kontrol basamaklarının etkili şekilde uygulanabilmesi için ülke verileri, sosyo-kültürel özellikleri, insan kaynakları ve mali kaynaklar açısından her biri ele alınarak değerlendirilmeli, yapılacaklar önceliklendirilmeli ve en önemlisi tüm uygulayıcıların katılımı ile genel kabul görmüş bir ulusal program oluşturulması gerekmektedir. Çağın en önemli ve korkutucu toplum sağlığı problemlerinden biri olan kanser ile savaş ancak bu şekilde kazanılabilir (6).

2.1.1. Tarama Nedir? Kanser Taraması Neden Yapılır?

Hastalıkların erken tanısında iki yol vardır. Birincisi hastalığın erken belirtilerini yakalamak, ikincisi ise hastalığın daha belirti bile vermediği kişileri yakalamaktır. Tarama programları henüz belirti vermemiş hastalığı olan kişileri

yakalamak için uygulanmaktadır. Tarama programları ile yakalanan hastalığı taşıyan kişilerin iyileşmesi ve tedavisi kuşkusuz ki ileri evre hastalara göre hem daha kolay, hem de daha maliyet etkindir (6).

Tarama, görünüşte sağlıklı olan kişilere bazı testler, muayeneler ya da başka yöntemler uygulanarak henüz tanısı konulmamış, bilinmeyen hastalık veya bozuklukların yaklaşık olarak belirlenmesidir. Tarama testlerinin kesin tanı koydurucu olması gerekmemektedir. Testler sonucunda pozitif veya şüpheli olan vakaların daha ileri merkezlere yönlendirilerek, bu kişilere daha detaylı tetkiklerinin yapılması esastır. Böylece şekilde tarama testleri ile kontrolden geçirilen toplum "kesin sağlamlar" ile "olası hastalar" olarak ikiye ayrılmış olur (6).

Toplumda hastalıkların taranması için DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından belirlenmiş bir takım ölçütlerin karşılanması gerekmektedir (7);

- Araştırılan durum, önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
- Tanımlanan hastalığa sahip hastalar için kabul edilmiş bir tedavi yöntemi bulunmalıdır.
- Teşhis ve tedavi için tesisleri mevcut olmalıdır.
- Saptanabilen bir latent veya erken semptomatik dönem olmalıdır.
- Uygun bir test veya muayene yöntemi bulunmalıdır.
- Test, toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
- Hastalığın preklinik dönemden açık hastalık haline gelişi de dahil olmak üzere, doğal gelişim süreci tam olarak anlaşılmış olmalıdır.
- Kimlerin hasta olarak kabul edileceği konusunda üzerinde anlaşılmış bir politika bulunmalıdır.
- Olgu bulma maliyetleri (hastaların tanısı ve tanı alan hastaların tedavisi dahil olmak üzere), bir bütün olarak sağlık bakımının olası masraflarına kıyasla ekonomik açıdan dengelenmiş olmalıdır.
- Olgu saptanması, tek seferlik değil, süregelen bir süreç olmalıdır.

2.1.2. Türkiye'de Uygulanmakta Olan Ulusal Kanser Tarama Programı

Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yapılmaktadır. KETEM'ler "Erken teşhis hayat kurtarır!" prensibiyle yola çıkarak meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili

tarama programları yürütmektedir. Halen ülkemizde toplam 197 KETEM mevcut olup, her ilimizde en az bir tane bulunmaktadır. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında eğitim almış olan doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görevlendirilmiştir. Çalışanlar aynı zamanda kişilerarası iletişim ve sağlık eğitmenliği konularında da eğitilmiştir. Serviks ve meme kanserleri için yürütülen taramalar çeşitli yöntemlerle kadınlarımızın davet edilerek gerekli muayene ve testlerin yapılması şeklinde devam etmektedir. Kolorektal kanser taramaları da 2013 yılında başlamıştır (6).

2.1.3. Aile Hekimliği ve Kanser Taramaları

Aile hekimi anne karnındaki fetüsten, ailenin en yaşlısına kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için diğer uzman hekimler, diş hekimi, diyetisyen gibi kişilere hastayı yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenmektedir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı bireylerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren kişi konumundadır. Aile hekimi, genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakındır ve kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır. Kişilerin aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Aile hekimleri, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri sadece bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir (8).

Kanser taramalarının toplumsal tabanlı olması için en önemli kriter hedef nüfusun %70'ine ulaşan bir programın yürütülmesidir. Bunun nedenle hedef nüfusa ulaşabilmenin en iyi yolu aile hekimlerinin programa entegrasyonudur. Aile hekimleri kanser tarama programında, programın topluma anlatılmasında, aktarılmasında ve katılımın arttırılmasında, programa katılacak olan hedef nüfusun davet edilmesinde, tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde anahtar fonksiyona sahiptir. Bu nedenlerle aile hekimleri tarama programlarının mutlaka bir parçası olmalı ve bu konuda desteklenmelidir (6).

2.2. SERVİKS KANSERİ

2.2.1. Serviks Kanseri Epidemiyoloji

Serviks kanseri, dünyada, kadınlarda, meme ve kolorektal kanserlerin ardından dördüncü en sık görülen kanser türü olup önemli bir halk sağlığı problemidir. Yaşa standartize insidans oranı 14/100000 olarak tespit edilen kanserin mortalitesi 6,8/100000 olarak bildirilmiştir. 2012 yılı içerisinde, 528000 yeni vakanın tanı aldığı, 266000 hastanın kaybedildiği saptanmış ve bu oranın tüm kadın kanserlerine bağlı ölümler içerisinde 7,5/100000 olduğu tespit edilmiştir. Bu ölümlerin yaklaşık %87'sinin, serviks kanserinin 15,7/100000'lik insidans oranı ile ikinci sırada görüldüğü az gelişmiş ülkelerde meydana geldiği tespit edilmiştir. 42,7/100000 ile Doğu Afrika, 33,3/100000 ile Melanezya, 31,5/100000 ile Güney ve 30,6/100000 ile Orta Afrika bu ülkeler arasında en yüksek oranlara sahip olanlardır. Serviks kanseri, Doğu ve Orta Afrika'da kadınlarda en sık görülen kanser türü olarak raporlanmıştır (9).

Daha gelişmiş ülkelerde ise son 50 yılda tarama programının etkin uygulanması ve HPV aşısının da uygulamaya girmesiyle birlikte insidans ve mortalite oranlarında %75'lik bir azalma görülmüş ve serviks kanseri 9,9/100000'luk bir oranla tüm kadın kanserleri içinde altıncı sırada yer aldığı görülmüştür. Gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ülkeler arasındaki fark oldukça belirgin olup, serviks kanseri insidansı Avustralya/Yeni Zelanda'da 5,5/100000, Batı Asya'da ise 4,4/100000 olarak rapor edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde(ABD) beyazlarda 7,7/100.000, Latin/İspanyol kökenlilerde 12,5/100.000, Afrikan/Amerikan kökenlilerde 10,7/100.000, Hint kökenliler ve Alaska yerlilerinde 9,7/100.000'lik oranlarla renk ve köken farklılıklarına bağlı değişken oranlar bildirilmiş ve Kuzey Amerika bölgesi, Batı Asya ve Avustralya/Yeni Zelanda'nın ardından serviks kanserinin en az görüldüğü dördüncü bölge olmuştur (10).

Türkiye, serviks kanseri insidansının en düşük olduğu Batı Asya grubu ülkeleri içerisinde yer almaktadır. Serviks kanseri dünyada kadınlarda en sık dördüncü kanser konumunda iken, ülkemizde yaşa göre standardize edilmiş 4,3/100.000'lük insidans ve 1,7/100.000'lik mortalite oranları ile on ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (9).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2010 yılı içerisinde KETEM tarafından 134.039 kadın, diğer sağlık kuruluşları tarafından ise 1.467.662 kadın

serviks kanseri açısından taranmıştır. KETEM tarafından 17 merkezde yapılan 3500 serviks kanseri taramasındaki HPV prevalansı %2,9 olarak bildirilmiştir. HPV aşısı ülkemizde 2007 yılında ruhsatlandırılmış ancak rutin aşı takvimine henüz girmemiştir, bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın ve Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği'nin çalışmaları devam etmektedir (11).

2.2.2. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Serviks kanseri ortalama görülme yaşı 52 olup, 35-39 ve 60-64 yaşlarında olmak üzere iki ayrı dönemde pik yapmaktadır (12). Serviks kanseri risk faktörleri arasında ilk ilişki yaşının küçük olmasının (<16 yaş), seksüel partner sayısının, yüksek paritenin, ırkın, düşük sosyoekonomik düzeyin ve sigara içiminin önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Özellikle paritenin önemi çok uzun süredir bilinmekte olup bu durum cinsel temasa ve buna bağlı faktörlere araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Bu sebeple cinsel yolla bulaşan birçok hastalık ve virüs araştırılmıştır. Öncelikle dikkatler herpes virüs üzerinde toplansa da yapılan çalışmalarda kesin bir sonuca varılamamıştır. Daha sonraları 1970'li yıllarla birlikte HPV üzerinde çalışmalar başlamış ve pozitif bulgularla birlikte günümüzde önemli bir bilgi birikimi elde edilmiştir. Günümüzde serviks kanseri gelişimi için HPV'nin mutlaka var olması gerektiği, diğer risk faktörlerinin ya virüsle karşılaşma oranlarını arttırdığı ya da viral persistansı karsinojenik süreci hızlandırdığı için önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (13).

2.2.2.1. HPV

Serviks kanserinde en önemli etken olarak HPV enfeksiyonu gösterilmiştir (14). HPV ve servikal kanser arasındaki ilişki tüm kanser türleri içinde tektir çünkü diğer hiçbir kanser için tek sebep yoktur. Seksüel aktif kadınların %70'inden fazlası hayatları boyunca HPV ile enfekte olurlar (15). Pap smear testiyle yapılan taramalar serviks kanseri riskini düşürmekle birlikte, HPV enfeksiyonunun ve prekanseröz lezyonların gelişmesini önlemez (16). Yüzden fazla HPV tipi tanımlanmıştır. Bunlardan 40 tanesinin genital yolu enfekte ettiği bilinmektedir (17).

HPV servikal kanser ilişkisinin gösterilmesi iki yolla korunmaya ışık tutmaktadır. Biyolojik ajan olarak HPV enfeksiyonunun taranması ve saptanması asemptomatik servikal kanser prekürsörü olan lezyonların gösterilmesini sağlar. Bu

sekonder korumadır. Lezyonların başlamadan önce HPV enfeksiyonlarına karşı immünizasyon ise primer koruma sağlayacaktır (18).

HPV tip 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 68 yüksek onkojenik risk taşıyan tiplerdir. Çünkü bu tiplerin sıklıkla serviks kanseri, servikal intraepitelyal lezyon (SİL) gibi preinvaziv lezyon evreleri ile birlikteliği saptanmıştır. Diğer genital tipler olan 6, 11, 42-44 ve bazı daha nadir tipler onkojenik değildir ya da düşük risk oluşturmaktadır. Bu tipler genellikle subklinik lezyonlara ya da dış genital siğillere sebep olur (18).

HPV küçük, zarfsız, çift sarmallı DNA virüsüdür. Servikal karsinogenezisten, yüksek riskli HPV onkogenlerinden E6 ve E7'nin ekspresyonu sorumludur. Rb gen yapımı ile E7 kompleksleri kontrolsüz hücre proliferasyonuna neden olur (19). P53'e E6'nın bağlanması protein yapımını bozar, DNA'nın onarım fonksiyonu bozulur ve hücrenin apoptozise gitmesi önlenir (20). Hücre ileri hasarı daha fazla durduramaz ve öylece mutasyon ve genomik instabilite oluşur. İnatçı HPV enfeksiyonları özellikle onkojenik grup, CİN(servikal intraepitelyal neoplazi) ve kansere neden olur (21).

Tekrarlayan, inatçı HPV enfeksiyonları, HPV genomunun E6 ve E7 proteinleri tarafından p53'ün inaktivasyonu ile sonuçlanır ve p Rb tümör süpresyon genleri ciddi intraepitelyal lezyonlara ve en sonunda da kansere yol açar. HPV-DNA'sı servikal kanserlerin %99.7'sinde tespit edilmiştir. Her yıl teşhis edilen servikal kanserlerin %50'den fazlasında HPV 16 ve 18 bulunmaktadır (17).

Klinik, subklinik ve latent HPV enfeksiyonları en yaygın seksüel geçişli enfeksiyonlardır. Latent genital HPV enfeksiyonları fertil yaştaki seksüel aktif kadınların %5-40'ında tespit edilmiştir (22). Seksüel aktiviteye başladıktan hemen sonra genç kadınlar arasında HPV prevalansı en yüksek seviyededir. Yaşla birlikte tedrici olarak düşer. Bazı toplumlarda dördüncü veya beşinci dekattan sonra ikinci bir pik yaptığı görülmüştür. Genç yaşlarda pik sonrasındaki prevalansta hızlı düşüş sonradan edinilen immüniteyi gösterir. İkinci yaş spesifik prevalans piki HPV tiplerine karşı orijinal immünite kaybının göstergesidir. Seksüel aktif kadınların büyük çoğunluğu hayatlarının bir döneminde HPV enfeksiyonu geçirecektir. Ancak bu enfeksiyonların büyük bir kısmı spontan olarak gerileyecek ve duyarlı yollarla dahi

tanımlanamayacaktır. Onkojenik HPV ile uzun süreli inatçı enfeksiyonlar ise CİN ve servikal kanser riskini artıracaktır (18).

2.2.3. Tarama

Yıllık yapılan pap smear testi ile bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin 4/1000'den 5/10000'e düştüğü tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı bir analize göre 10 yılda bir yapılacak tarama ile bile serviks kanseri insidansının %64 azaltılabileceği belirtilmektedir (23). Pap smear testi serviks kanserini taramaya yönelik, birçok ülkede yaygın olarak kullanılan, basit bir testtir. İlk kez 1930'lu yıllarda Yunan doktor George Papanicolaou tarafından tanımlandığı için onun ismine ithafen Pap Smear ya da Pap test olarak da adlandırılmıştır (24).

Pap smear, bir tarama yönteminin özelliklerine sahip eşsiz bir testtir. Ucuz, kolay uygulanabilir, hastalar tarafından kabul edilebilir ve toplumsal taramalarda kullanımı ile serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %90 oranında düşürülebilmektedir (25).

Pap smear yalnızca hastanelerde yapılabilecek bir test değildir. Uygun bir yapılanma ile tüm birinci basamak sağlık kurumlarında da uygulanabilir bir testtir (26).

Serviks kanserinde kullanılan bazı tarama testleri şunlardır(27):

- Sitoloji
    - Konvansiyonel pap smear
    - Sıvı bazlı sitoloji
- HPV DNA testi
- Görsel muayene
    - VIA (Visual inspection after application of acetic acid)
    - VILI (Visual inspection after application of lugol iodine)

2.2.3.1. Sitoloji

Konvansiyonel Pap smear: 1950'lerden beri birçok ülkede kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde uygulanan sitoloji tabanlı tarama programları ile kanser mortalitelerinde önemli oranda azalmalar sağlanmıştır. Testin sensitivitesi (%38-84) düşük olmasına rağmen spesifitesi (>%90) oldukça yüksektir. Spesifitesinin yüksek olması, uzun süredir kullanılan ve etkisi kanıtlanmış bir test olması, kabul edilebilir olması, işlem sonuçlarının kayıtlarının tutulmasının kolay olması, diğer testlere göre daha ucuz olması testin güçlü yönleri olarak sayılabilir. Sonuçların hemen alınamıyor olması, izlem gerektirmesi ve kaliteli laboratuvar gerektirmesi ise testin sınırlılıklarıdır (27).

Sıvı bazlı sitoloji: İngiltere gibi bazı gelişmiş ülkelerde tarama testi olarak kullanılmaktadır. Sensitivitesi yaklaşık %70 civarındadır. Ek eğitim gerektirmesi, laboratuvar aşamasının daha uzun sürmesi ve yüksek maliyetli olması testin sınırlılıklarıdır (27).

2.2.3.2. HPV Testi

Bazı gelişmiş ülkelerde sitolojik testlerle birlikte kullanılmaktadır. Hem sensitivitesi (%60-70) hem de spesifitesi (%80-95) yüksektir. Ancak spesifitesi 35 yaşın üzerindeki kadınlarda yüksek olmasına rağmen, genç kadınlarda daha düşüktür. Pap smear ile birlikte uygulanması sensitiviteyi arttırmaktadır. Örnek almak ve işlem sonuçları ile ilgili kayıtların tutulması basittir. Pahalı olması, hemen sonuç alınamaması, kompleks laboratuvar ekipmanları gerektirmesi ve HPV enfeksiyonlarının sıklıkla geçici olması nedeni ile kullanılabilirliğinin az olması testin önemli sınırlılıklarıdır (27).

2.2.3.3. Görsel Muayene (VIA, VILI)

Sadece araştırmalarda kullanılmakta olup kanser insidans ve mortalitesine yönelik etkilerini belirlemeye yönelik randomize kontrollü çalışmalar yapılmaktadır. Sensitivitesi yüksek (%70-80) olmakla birlikte spesifitesi (%50-70) düşüktür. Testin kolay ve ucuz olması, daha az altyapı gerektirmesi, hemen sonuç verdiği için hastanın tekrar çağrılmaması ve tanıyla eş zamanlı tedavi yapılabilmesi, diğer testlerle kombine edilebilmesi testin güçlü yönleridir. Spesifitesi düşük olduğundan sevk sıklığında artışa neden olabilir. Personele verilen kısa bir eğitim sonrası testi uygulayabilir fakat sıklıkla tekrarlayan eğitimlere ihtiyaç duyulabilir. Postmenopozal kadınlarda uygun

olmaması, standardizasyonun yetersiz olması ve kayıt tutmanın zor olması testin sınırlılıklarıdır. Gelişmekte olan ülkelerde tarama testi alternatifi olarak düşünülebilir (27).

2.2.3.4. Ülkemizde Hedef Populasyon ve Tarama Sıklığı

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan serviks kanseri tarama programı ulusal standartlarına göre ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir hedef, kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten toplum tabanlı taramadır. Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalıdır. HPV veya pap smear testi geliştirilecek davet yöntemleriyle her beş yılda bir tekrarlanır. Son iki HPV veya pap smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir (28).

Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olguların takibi (CIN II ve III varlığı, benign kabul edilmemektedir) gerekli değildir. CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda; üç dökümante edilebilen (raporu olan), teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmelidir (28).

2.3. MEME KANSERİ

2.3.1. Meme Kanseri Epidemiyoloji

Amerika'da 2012 yılı itibari ile yaklaşık 226.870 kadın invaziv meme kanseri tanısı almış ve aynı yıl içinde 39.510 kadın meme kanseri nedeniyle ölmüştür. Ülkemizde tüm ölüm nedenlerine baktığımızda kanserlerin, erkeklerde % 15,04, kadınlarda ise %10,74 oranlarıyla ikinci sırada yer aldığını görmekteyiz. Türkiye'de 2000 yılı itibariyle 21.174 kadının ölüm nedeni kanser olarak görülmektedir. Ülkemizde meme kanseri kadınlarda en sık ölüme neden olan hastalıklar içinde %2,1'lik oranla 8. sırada yer almaktadır. Bu oranla ülkemizde meme kanserinden ölüm hızı ABD'ye göre daha yüksek görülmektedir. Meme kanseri progresif bir hastalıktır, erken dönem tanıda tedavi edilme şansı daha yüksek olduğundan yaşam beklentisi fazladır. Tümörün palpabl olmadan önce tanısının konulması hayati önem arz etmektedir. Erken tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı alan hastalarda 5 yıllık sağ kalım yaklaşık %90-95 oranlarındadır. Meme kanseri tarama yöntemleri ile tanıların %63,7'si erken lokalize dönemde

konulabilmektedir. Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık sağ kalım beklentileri %97,9 dur. Bu haliyle meme kanseri tüm dünyada en sık görülen akciğer, kolon ve mide kanserleri arasında en iyi prognoza ve en uzun sağ kalıma sahip kanser türüdür. Fakat bu durum aynı zamanda kanserle yaşanan hayatın uzun olması gibi başka bir sorunu gündeme getirmektedir (6).

2.3.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Kadın cinsiyeti meme kanseri için en büyük risk faktörüdür. Cinsiyet kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden biridir. Günümüzde bir kadının yaşam boyu riski non-invazif meme kanseri açısından 1/6 ve invazif meme kanseri açısından 1/8'dir. Bu riskin büyük kısmı yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar (29).

Erken menarş (12 yaşından önce), geç menapoz (55 yaşından sonra) gibi östrojene maruz kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir. Östrojene maruz kalınan sürenin kısalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir (Rölatif Risk [RR]:1,5-3,4) (30-32). Tam dönem gebelikle ilişkili olan meme epitelinin terminal diferansiasyonu da koruyucudur, dolayısıyla ilk canlı doğumun ileri yaşta yapılması veya hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Nulliparite meme kanseri rölatif riskinde 1.2-1.7 artışa neden olmaktadır (33). Multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışmalıdır (29).

Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından oldukça önemli bir risk faktörüdür. Birinci derece tek bir akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1.80 kat artırır. Birinci derece iki akrabada kanser varlığında ise bu risk 2.9 kat artar. Meme kanserine yaka-lanmış olan akraba 30 yaş altında tanı almış ise risk 2.9 kat, 60 yaş üstünde tanı konmuş ise risk 1.5 kat artar (34). Meme kanseri vakalarının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir (35). Kalıtsal meme kanseri ile ilişkili çeşitli genler saptanmıştır. Bu genler içinde en önemli olarak bilinenleri HBOC (Hereditary Breast/Ovarian Cancer) sendromundan sorumlu BRCA1/BRCA2, LiFraumeni sendromundan sorumlu TP53 ve Cowden sendromundan sorumlu PTEN genleridir (36)

Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişim riskini 2 kat arttırır. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez çünkü reprodüktif alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (37).

Özellikle 10-14 yaşları arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruziyet meme kanseri gelişim riskini artırmaktadır. Hayatın ilk 3 dekatında toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır (38).

Hem WHI (Women Health Initiative) hem de Bir Milyon Kadın Çalışması'nda, HRT (hormon replasman tedavisi) alan kadınlarda, verilen tedavi yönteminden bağımsız olarak hayatı tehdit eden meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur (39,40). HRT kullanımı ile ilişkili meme kanseri riski, alkol kullanımı, aşırı kilo (BMI >30 kg/m2), 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir. Epidemiyolojik çalışmalarda oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir. Geniş katılımlı bir çalışmada 1.24'lük bir rölatif risk artışı gösterilmiş olmakla beraber (41). Yakın tarihli iki çalışmada ise bu ilişki ortaya konamamıştır (42,43).

Çalışmalar alkol tüketim miktarının ve süresinin de meme kanseri için risk artışıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin serum östradiol düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol tüketiminin (günde 1-2 kadeh), meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir (44).

Yüksek yağ içeriğine sahip yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin de serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa neden olduğunu düşündüren bazı çalışmalar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir (29).

Aşırı kilolu veya obez kadınlarda postmenapozal meme kanseri daha sık görülmektedir (45).

Kişisel invaziv veya in situ meme kanseri öyküsü kontralateral memede invaziv kanser gelişme riskini artırmaktadır. In situ lezyonlarda kontralateral invaziv meme kanseri riski 10 yıllık %5'dir (46). İnvaziv meme kanseri olanlarda ise

kontralateral meme kanseri gelişme riski premenapozal kadınlarda yıllık %1, postmenapozal kadınlarda ise yıllık %0,5 artmıştır (29).

Dens meme yapısı bağımsız bir faktör olarak artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Mamografik olarak dens meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4-5 kat artmış olduğu düşünülmektedir (47).

2.3.3. Tarama

Meme kanseri taramasında kişinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM), doktor tarafından yapılan fizik muayene ve mamografi olmak üzere başlıca üç temel unsur vardır. Tarama programlarına dair elde edilen verilerin büyük kısmı ortalama risk grubuna giren kadınları kapsayan çalışmalara aittir. Dolayısıyla bu sonuçların toplum geneli için de geçerli olduğu kabul edilebilir (48).

KKMM, meme kanserinin mümkün olduğunca erken dönemde tanı almasını sağlamak amacıyla kadınların, meme ve çevresindeki bölgeyi, olağan dışı kitle ve şekil ve renk değişikliklerini belirlemek için düzenli aralıklarla, sistematik bir şekilde, aynı yöntemi kullanarak muayene etmesidir. Her kadının kolayca uygulayabileceği, ekonomik ve basit bir yöntem olan KKMM, memeye basitçe dokunmaktan farklı, özel olarak kanseri aramak/araştırmak amacıyla geliştirilmiş bir tekniktir. Meme dokusunun daha iyi tanınması ve olası değişikliklerinin belirlenebilmesi için, KKMM'nin düzenli ve periyodik aralıklarla yapılması, kişilerin meme muayenesine istekli olması, muayene tekniğini iyi bilmesi ve pratik yapmada kendilerini sorumlu hissetmeleri gerekmektedir (49).

Kendi kendine meme muayenesi ya da doktor tarafından yapılan muayenenin kansere bağlı ölümleri azalttığına dair kesin bir veri bulunmamaktadır. Yine de özellikle yüksek riskli gruplarda yardımcı yöntem olarak kullanılması konusunda bir görüş birliği bulunmaktadır. Öte yandan kendi kendine meme muayenesi sağlık kontrollerinin yapılamadığı, sağlık hizmetine erişimin kısıtlı olduğu toplumlarda daha önem kazanmaktadır. Bu eğitimin verilmesinin bir diğer faydası da hedef popülasyonda meme kanseri farkındalığının artmasına belirgin katkı sağlayacak olmasıdır (50). Klinik meme muayenesi özellikle riski yüksek hastaların tespiti ve risk

analizi doğrultusunda tarama yaşının geriye çekilmesi gereksiniminin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır (48).

Mamografi meme hastalıklarını değerlendirmede kullanılan temel tanı yöntemidir. Asemptomatik kadınlarda tarama amaçlı kullanılabilirken (tarama mamografisi) tanı amacıyla ve semptomatik hastalarda tedavinin planlanması amacıyla da kullanılabilir (tanısal mamografi). Tanısal mamografide, mamografik bulgularla, fizik muayene bulgularını birlikte değerlendirmek önemlidir (51). Son yıllarda meme kanseri insidansı sürekli olarak artış göstermektedir. Tarama mamografisinin amacı meme kanserini erken evrede, tedavi şansı varken yakalamaktır. Amerika Milli Kanser Enstitüsü 40 yaşından sonra tarama mamografisi ile birlikte fizik muayene yapılmasını tavsiye etmektedir. Rutin mamografik görüntüleme 40 yaşın altındaki kadınlarda şu nedenlerden dolayı genellikle önerilmez:

- Genel olarak kanser riski belirgin olarak düşüktür.50 yaşından büyük kadınlarda 10/10000'u geçen meme kanseri insidansı 25 yaş altı kadınlarda 1/10000'in altındadır (52)
- Meme dokusu radyasyona daha duyarlıdır (51)
- Mamografi genç, yoğun memelerde daha az faydalıdır (51).

Tanısal mamografi, ele gelen kitle, lokalize ağrı, meme başı akıntısı, tarama mamografisinde anormallik saptanması gibi durumlarda endikedir (53). 30 yaşın üstünde ele gelen kitle nedeniyle biyopsi yapılması planlanan bir kadına tanısal mamografi yapılmalıdır. Biyopsiden önce mamografi yapılmasının amacı klinik anomaliyi daha iyi ortaya koymak ve multifokal karsinom ya da invazif karsinomun intraduktal komponenti gibi lezyonları tespit etmektir. Tanısal mamografi bulguların benign olup biyopsiye gerek olmadığını da söyleyebilir (51).

Mamografide saptanabilecek bulgular üç alt başlık altında incelenebilir: Kitleler (kitle, asimetrik yoğunluk, yapısal bozulma), kalsifikasyonlar, eşlik eden diğer bulgular (cilt, trabeküler yapılar ve meme başında meydana gelen değişiklikler, aksiller lenf nodları) (51).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, tarama mamografisinin 40-69 yaş arası

kadınlarda 2 yılda bir yapılmasını önermektedir (54). Türk Radyoloji Derneği'nce hazırlanan meme kanseri tarama rehberinde, mamografik taramaya başlama yaşı 40 olarak kabul edilmekte ve yıllık kontrol önerilmektedir (55). Taramanın, kadının yaş ve eşlik eden diğer hastalıkların varlığına bağlı olarak beklenen yaşam süresi 5 yıl altında ise 70-74 yaş arasında durdurulması uygun bulun- maktadır. 2010 yılında gerçekleştirilen Ulusal Meme Kanseri Konsensus Toplantısı'nda 40 yaş üzeri yıllık, en az 70 yaşına kadar tarama yapılması kararı verilmiştir (56).

2.4.KOLOREKTAL KANSER

2.4.1.Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kolorektal kanser (KRK) her iki cinsiyette en sık görülen üçüncü kanser türüdür (57). Kanserle ilişkili en sık ölüm nedenleri arasında erkeklerde ikinci, kadınlarda ise üçüncü sırada yer almaktadır (58). Her yıl bir milyona yakın kişi KRK'ye yakalanmakta ve yaklaşık beş yüz bin kişi KRK nedeniyle ölmektedir. Ülkemizde ise en sık görülen 10 kanser sıralamasında 7.24/100.000 insidans ile 7. sırada yer almakta olup, yılda yaklaşık 5000 yeni vaka görülmekte ve kolorektal kansere bağlı yaklaşık 3200 ölüm gerçekleşmektedir. Yaşa bağlı insidans ve mortalite oranı sırasıyla 100.000'de 37.5 ve 14.1 iken, erkeklerde daha yüksek olup sırasıyla 100.000'de 52.2 ve 20.5 olarak saptanmıştır. Yaşla birlikte her iki cinsiyette de görülme sıklığı artmaktadır ve özellikle her iki cinsiyette de 75 yaş üzerinde en sık görülen kanserdir. Hem erkekler hem de kadınlar için yaşam boyu KRK gelişme riski %13.2 civarındadır (59).

2.4.2.Etyoloji

1.Coğrafya: Hastalığın dünyadaki dağılımı bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Kuzey Amerika ve Yeni Zelanda'da sık görülürken, Afrika ve Orta Amerika'da daha az görülmektedir (60).

2.Yaş: Kolorektal kanser görülme sıklığı 40 yaşından itibaren artmaktadır. ABD'de 93-95 yılları arasında yapılan bir taramada 40 yaş altındaki hastalarda kolorektal kanser görülme oranı %0.05-0.06 iken aynı oran 40-60 yaş arası %0.6-0.8 ve 60-80 yaş arasında ise %3-4 olarak bulunmuştur (61).

3. Aile hikayesi ve genetik: Ailede kolorektal kanser bulunması bir diğer risk faktörüdür. Birinci derece tek bir akrabada kolorektal kanser bulunmasıyla risk 1.7 kat artarken, iki veya daha fazla akrabada kolorektal kanser bulunduğunda risk 2.7 kat ve 45 yaş altı akrabalarda kolorektal kanser varlığında 5.3 kat artar (62). Kolorektal kanser gelişme riski familyal adenomatöz polipozis (FAP) ve herediter non polipozis kolorektal kanser (HNPCC)'de yüksektir. HNPCC' de kolorektal kanserli hastanın en az üç akrabasında kolorektal vardır ve bu hastaların en az biri 50 yaş altında olup en az biri birinci derece akrabadır ve bu durum en az iki nesildir devam etmektedir (Amsterdam Kriterleri) (63).

4. Aşırı kilo, yağdan zengin ve posalı yiyeceklerden fakir beslenme bilinen risk faktörleridir (64).

5. Kolorektal kanserle ilişkili diğer durumlar:

• Adenomatöz polipler başta olmak üzere, hamartomatöz ve jüvenil polipozis sendromlarında da kolorektal kanser riski artar (65).

• Kolorektal kanser saptanan hastalarda senkron veya metakron lezyon gelişme riski yüksektir (66).

• İnflamatuar barsak hastalıklarında kolorektal kanser insidansı artar (66)

• Meme, over ve uterus kanserlerinde kolorektal kanser gelişme riski 2 kat artmıştır (67).

• Üreterosigmoidostomi ve pelvik radyasyon uygulanması risk faktörleri arasındadır (68).

• Kolorektal kanserlerin %75'ini ise hiçbir risk faktörü bulunmayan sporadik kanser olgularından oluşur (69).

2.4.3. Semptomlar

Barsak alışkanlığında değişme: İshal ya da daha sıklıkla kabızlık şeklinde olabilir. Özellikle rektum kanserlerinde daralma nedeniyle, kabızlık, kalem gibi ince gaita yapma görülür. Hatta hasta hiç gaz ve gaita çıkaramayacak duruma da gelebilir. İshal ise özellikle büyük villöz adenomu olan hastalarda görülen artmış mukus sekresyonu ile ilişkilidir. Bu hastalar gaitalarının sümük gibi olduğunu söyleyebilir (70).

Rektal kanama

Karın ağrısı

Şişkinlik

Tenesmus: Kişi gaita yapma ihtiyacıyla tuvalete gider ancak gaitasını yapamaz. Rektum kanserlerinde rektumun gaita yerine kitleyle dolması nedeniyle olur (70).

Demir eksikliği anemisi: Anemi sebebi araştırılan hastalarda gaitada gizli kan testi pozitif bulunmuşsa kolonoskopi yapmak gereklidir (70).

Kilo kaybı ve iştahsızlık

Aşikar rektal kanama: Hemoroid ya da anal fissür gibi benign perianal hastalıklara bağlı olmayan yani açıklanamayan aşikar rektal kanamalarda kolonoskopi ile tüm kolonun değerlendirilmesi gerekmektedir (70).

2.4.4. Tanı ve Tarama

2.4.4.1. Gaitada gizli kan testleri

Gaitada gizli kan testinin (GGK) bazı dezavantajları vardır. GGK testi genelde kanama yapmayan poliplerin taranmasında iyi bir seçenek değildir. Testin yüksek dereceli poliplerden çok kansere karşı duyarlılığı daha fazladır. Ayrıca GGK testi pozitif çıkarsa yalancı pozitif sonuçları değerlendirmek gerekmektedir (6).

2.4.4.2. Guaiac Tabanlı Gaitada Gizli Kan Testi

Guaiac ağacının reçinesi emdirilmiş kağıda sürülen gaitanın üzerine 1-2 damla hidrojen peroksid damlatılır. Peroksit alpha-guaiaconic asiti çok yavaş bir şekilde mavi renkli quinone çevirir. Hemoglobinin içindeki "heme" bu reaksiyonu katalize eder. Sonuçta eğer gaitada kan varsa test kağıdı saniyeler içinde maviye döner. Bu testi uygulamak için hazır ticari kitler bulunmaktadır, muayenehanede, evde bile yapılması mümkündür. Bu test kanın kaynağını göstermemektedir. Yani sensitif değildir. Ülser, hemoroid, divertiküloz veya iltihabi barsak hastalıklarında da gaitada gizli kan olabilir. Test üç defa farklı zamanlarda yapılan gaita ile tekrarlanır. Testten önce dikkat edilmesi gereken durumlar bulunmaktadır: Testten yedi gün önce nonstereoid antienflamatuar ilaçlar ve aspirin kullanımı bırakılmalıdır, bunlar kanamaya neden olarak yalancı pozitifliğe sebep olabilir. Ağrı kesici olarak parasetamol kullanılabilir. Testten 3 gün önce C vitamini ve narenciye meyve ve meyve suları, kırmızı et bırakılmalıdır. Diş eti kanaması da testi pozitif yapar. Gaitanın idrarla karıştırılmaması gerekmektedir. Test pozitif çıkarsa kolonoskopi yapılmalıdır (70).

2.4.4.3. Gaitada Gizli Kan Taramasında İmmünokimyasal Testler

Bu testlerin pozitifik oranları %5-7 arasında değişmektedir. İmmünokimyasal test diğer GGK testlerine göre daha pahalıdır, fakat yanlış pozitifik oranı daha düşük olduğu için daha az kolonoskopi gerektirmesinden dolayı maliyet etkinlikte diğerlerine göre daha üstündür (6).

2.4.4.4. Fekal DNA Testi

Polip veya kanserden dökülen hücrelerdeki mutasyonlu DNA'ları saptar (70).

2.4.4.5. Sigmoidoskopi

60 cm'lik fleksible sigmoidoskopi splenik fleksuraya ulaşabilmektedir. Sigmoidoskopide bulunan poliplerden sonra hastaya kolonoskopi yapıldığında, %20 hastada ek neoplazmlar saptanabilmektedir. Sigmoidoskopi ile taramada sadece proksimalde tümörü olan vakalar atlanabilmektedir (71).

2.4.4.6. Kolonoskopi

Kolon mukozasının direkt görülmesi, işlem esnasında biyopsi olanağı, polip ve lokal tümörlerin çıkarılmasına olanak sağlaması ile diğer testlere göre daha avantajlıdır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji kolonoskopiyi ulaşılabilirliğinin olduğu yerlerde tercih edilmesi gereken tarama yöntemi olarak belirtmektedir (72). Kolonoskopi yapılmasıyla, sigmoidoskopi ile kaçırılabilecek proksimal lezyonlar yakalanabilmektedir (73). Kolonoskopi ile taramanın sigmoidoskopi ile taramaya göre riski daha fazladır (71). Perforasyon ve major kanama gibi major komplikasyonların oranı %0.1'dir. Eşlik eden hastalıklar, ileri yaş, polipektomi ve az deneyimli endoskopist perforasyon riskini artırmaktadır (74). Kolonoskopi tetkiki pahalıdır. Hastalara işlem sırasında sedasyon verilmektedir. Hasta kolonoskopi sonrası günlük aktivitelerine hemen dönememekte, bir kişi eşliğinde eve gidişi sağlanmaktadır (6).

2.4.4.7. Çift Kontrast Baryumlu Enema (ÇKBE)

Bu tetkikte bağırsak mukozası baryumla sıvanır, rektal kateterle kolona hava verilir ve floroskopi altında çok sayıda grafi çekilir. Hastalara işlem öncesi bağırsak hazırlığı yapılmalıdır. Sedasyon genellikle yapılması gerekmez. Hastalar işlem esnasında kramp tarzı ağrılar hissedebilirler, fakat işlem sonrasında hemen işe dönebilmektedirler (6). ÇKBE 1 cm'den büyük adenomların yarısını ve tüm poliplerin %39'unu saptayabilmektedir (75). Retrospektif çalışmalar ÇKBE'nin kolorektal kanserlerin %15-22'sini kaçırdığını göstermektedir (76). Anormal bulgu saptandığında kolonoskopiyle biyopsi veya eksizyona gidilmelidir. Yalancı pozitiflik kalmış gaita içeriğinden, havadan ya da diğer mukozal anormalliklerden kaynaklanabilmektedir. ÇKBE'nin avantajları arasında tüm kolonun muayene edilebilmesi ve komplikasyon açısından daha güvenli bir yöntem olması sayılabilir (6).

2.4.4.8. Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi (BTK)

BTK'de çok sayıda ince kesit tomografi çekimleri kullanılarak iki ve üç boyutlu görüntüler elde edilmektedir. BTK için hastaların kolonoskopideki gibi bağırsak temizliği yapması gerekmektedir. Bunun nedeni yanlış pozitifliklerin önüne geçebilmektir (6).

2.5. PROSTAT KANSERİ

2.5.1. Prostat Kanseri Epidemiyoloji

Prostat kanseri günümüzde erkek toplumunu ilgilendiren başlıca sağlık sorunlarından biridir. Avrupa'da her yıl tahmini 2,6 milyon yeni prostat kanseri tanısı konulmaktadır. Avrupa'daki tüm erkek kanserlerinin %11'ini prostat kanseri oluşturmaktadır (77). Bu değer Avrupa Birliği'ndeki kanser ölümlerinin %9'unu oluşturmaktadır (78).

Ülkemizde hem teşhis konulma hem de kansere bağlı mortalite açısından akciğer kanserinden sonra ikici sırada yer almakta olup kesin tanı biyopsi ile konulmaktadır. Prostat kanseri, genellikle semptomsuz ilerleyen ve mortalitesi düşük bir hastalıktır. Taranacak hastalarda verilecek tedavinin morbiditesinin çok iyi değerlendirilmesi, gereksiz tanıya yönelik işlemlerden ve tedaviden kaçınılması gerekmektedir. Bu sebeple, biyopsi yapılacak hasta seçimi gereksiz tanı ve tedaviden kaçınmak açısından son derece önemlidir (79).

2.5.2. Risk Faktörleri

Klinik prostat kanseri gelişmesindeki risk faktörleri kesin olarak bilinmemektedir. Kalıtım önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Birinci derecede akrabada hastalık varlığında, hastalık riski en az iki katına çıkmaktadır. İki ya da daha fazla akrabada hastalığın görüldüğü durumlarda risk 5 ile 11 kat artmaktadır (80). Üç ya da daha fazla akrabada tanı konulmuş veya en az iki akrabada erken yaşta prostat kanseri gelişmiş olan küçük bir alt gruptaki bireyler (yaklaşık %9) gerçek kalıtımsal prostat kanseri olarak tanımlanmıştır (81).

Diyette yüksek oranda hayvansal yağların bulunması prostat kanseri gelişmesindeki riskin artmasında önemli olabileceği düşünülmektedir (82). Diğer faktörler arasında düşük E vitamini, selenyum, lignanlar ve izoflavenoidlerin alınması sayılabilir (83). Yine güneş ışığına maruziyet ile klinik prostat kanseri gelişme ihtimalinin ters ilişkili olduğu belirtilmektedir. Güneş ışığının D vitamininde yükselmeye neden olmasının prostat kanserinden koruyucu etkiye sahip olabileceği düşünülmektedir (84).

2.5.3. Tarama

Prostat kanseri taramasının kimlere ve hangi düzeyde yapılacağı en tartışmalı konulardan birisidir. Toplum genelinde tarama (toplumsal tarama ya da saha taraması) yerine seçilmiş erkeklerde yapılan taramanın (oportunistik ya da fırsatçı tarama) ileri evrede hastalığı olan önemli sayıda hastanın atlanmasına yol açabileceği ileri sürülürken, toplum-tabanlı taramanın yaşamsal tehdit oluşturmadığı için tedavi almasına gerek olmayan hastaların saptanmasına yol açarak tanı ve tedavi ile ilişkili risk ve zararları artırdığı savunulmaktadır. Bu alanda yapılan meta-analiz çalışmaları, toplumsal taramanın prostat kanseri ve lokalize hastalık tanısı konulma sıklığını artırdığını ancak hastalarda sağ kalım oranlarını etkilemediğini göstermektedir (85).

Prostat kanseri tanısı için toplumsal (saha) tarama ve oportunistik (fırsatçı) tarama yapılabilir (85).

On üç yıllık izlem verisinin eklenmesiyle güncellenen ERSPC(The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) çalışmasının verileri, izlem süresi uzadıkça prostat kanserine bağlı ölüm oranlarındaki azalmanın devam ettiğini (%21) göstermektedir. Ancak tarama ile elde edilen mortalite oranındaki düşüşün karşılığı olarak kurtarılan hasta başına taranması ve tedavi edilmesi gereken hasta sayılarında da azalma vardır (taranması gereken hasta sayısı 9 yıllık izlemde 1410, 13 yıllık izlemde 781; tedavi edilmesi gereken hasta sayısı 9 yıllık izlemde 48, 13 yıllık izlemde 27) (85).

Asemptomatik bireylerin rutin olarak prostat kanseri için saha taraması birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerekli değildir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın da resmi görüşü bu yöndedir (85).

Sonuç olarak, ERSPC çalışmasının bulguları da dikkate alındığında literatür verilerine göre toplumsal taramanın mortaliteyi azaltıcı etkisi bulunmamaktadır. Bu sebeple herhangi bir üriner sistem yakınması olan, hiçbir semptomu olmayan ama kişisel olarak tarama isteyen, 65 yaş üzerinde olan ya da ailesinde prostat kanseri öyküsü olan (birinci derece ilk akrabada 2 kat birinci derece ikinci akrabada 3-4 kat risk artışı) hastalara serum total prostat spesifik antijen (PSA) testi ve parmakla rektal muayene aracılığı ile fırsatçı tarama yapılabilir (85).

Prostat kanseri taramasında serum total PSA ölçüm sonucunun mutlaka parmakla rektal muayene bulgusuyla beraber değerlendirilmesi gerekmektedir (85).

Bu konuda farklı görüşler de bulunmaktadır: Türkiye'de genel ve bölgesel toplum tabanlı epidemiyolojik veri eksikliği bulunmaktadır. Bu sebeple toplumsal tarama gerekli değil kararının zemini tartışmalıdır (85).

Toplumsal tarama önermeyen çalışmaların birincil değerlendirme kriterinin mortalite olması tartışmaya açıktır. Kanser gibi ciddi bir toplumsal sorun için tarama kararı, mortalite ya da farmakoekonomi verisinin yanı sıra toplumsal verilerle de desteklenmelidir (85).

Ülkemizde serum total PSA ölçümü için laboratuvar kalibrasyon standardizasyonu gelişme aşamasındadır, bu sebeple ölçüm sonuçları laboratuvarlar arasında değişkenlik gösterebilmektedir (85).

2.5.4. Tanı

Prostat kanserinin kesin tanısı biyopsi ile konulmaktadır. Tarama, serum total prostat spesifik antijen düzeyi ve parmakla rektal muayenenin kombine edilmesini gerektirmektedir. Prostat kanseri tanısı için en yaygın kullanılan belirteç prostat spesifik antijendir. Bununla beraber prostat spesifik antijeninin spesifite ve sensivite değerleri düşük olup kanser tanısı için mutlak alt sınır değeri henüz tanımlanamamıştır. PSA'nın prostat kanserini tahmin etmede yetersizliği nedeniyle PSA deriveleri (PSA dansitesi ve yaşa özgü PSA), PSA'nın moleküler formları (serbest PSA yüzdesi ve proPSA), PSA kinetikleri (PSA artış hızı ve ikilenme zamanı) ve prostatın görüntülenmesi ikincil destek olarak kullanılsa da bunların hiçbiri tek başına tanıda kullanılmak için uygun değildir. Farklı değişkenler kullanılarak yapılan tanısal yaklaşımların daha uygun olduğu gösterilmiştir. Parmakla rektal muayene, prostat biyopsisi kararında hala önemli bir yer tutmaktadır. Prostat kanserlerinin çoğu prostatın periferal bölgesi yerleşimli olduğu için tümör hacmi > 0.2 ml olduğun zaman rektal muayene sırasında saptanabilir hale gelmektedir. PSA düzeyinden bağımsız olarak tek başına rektal muayene ile prostat biyopsi kararı verilebilir ve pozitif muayene bulgusunun varlığında kanser saptanması olasılığı artmaktadır (79).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. ARAŞTIRMA PROJESİ

Bu çalışmada; SBÜ İzmir Tepecik EAH Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 35 ve yaş üstü hastaların kanser taramaları konusundaki bilgi ve tutumları ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ

Bu araştırma tanımlayıcı bir anket çalışması olup, Aralık 2017 tarihinde başlanarak 6 ay içinde tamamlandı.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma gerekli onaylar alındıktan sonra SBÜ İzmir Tepecik EAH Aile Hekimliği Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini SBÜ İzmir Tepecik EAH Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 35 ve yaş üzeri, örneklem seçim kriterleri karşılayan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü evren sayısı bilinen örneklem formülü ile hesaplandı.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Bu çalışmaya SBÜ İzmir Tepecik EAH Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 35 ve yaş üzeri olan, gönüllü onam vermiş olan ve soruları anlayıp yanıtlayabilecek mental kapasitede olan hastalar dahil edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ

Dışlanma kriterleri; 35 yaşından küçük olmak, gönüllü onam vermemek ve soruları anlayıp yanıtlayabilecek yeterli mental kapasitede olmamak olarak belirlenmiştir.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Bu araştırmada veriler, tarafımızca hazırlanan, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlık özgeçmişi, kansere yönelik soygeçmiş bilgileri ile kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik soruların yer aldığı anket formu ile yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir.

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20 yazılımı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı bulgular sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma ile kategorik değişkenler için frekans ve yüzde ile sunuldu. Ana bağımlı değişken olan kanser taramalarını bilme ve yaptırma durumuna göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılarak incelendi. Smear, GGK, Mamografi tarama testlerini yaptırmaya göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Tip-1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu durumlar testin tanısal değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu şeklinde yorumlandı.

4. BULGULAR

Tablo 1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri ve alışkanlıkları			
		n	**%**
Cinsiyet	Kadın	126	54,8
	Erkek	104	45,2
Medeni durum	Bekar	9	3,9
	Evli	200	87,0
	Boşanmış/ayrı yaşıyor	7	3,0
	Eşi ölmüş	14	6,1
Eğitim durumu	Okur yazar değil	3	1,3
	İlkokul	87	37,8
	Ortaokul	47	20,4
	Lise	55	23,9
	Üniversite	38	16,5
Gelir düzeyi	Düşük	64	27,8
	Orta	158	68,7
	Yüksek	8	3,5
Sigara kullanma	İçmiyorum	123	53,5
	Bıraktım	38	16,5
	Ara sıra içiyorum	12	5,2
	Her gün içiyorum	57	24,8
Alkol kullanma	Kullanmıyorum	174	75,7
	Bıraktım	1	0,4
	Ara sıra içiyorum	55	23,9
Yaş grubu	35-44	70	30,1
	45-54	91	39,7
	55-64	57	24,9
	65 yaş ve üzeri	12	5,2
Yaş *ortalama±standart sapma* ; 49,3 ± 8,30 (Min:35,0, Max:67,0)			

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 49.3, %54'ü kadın, %87'si evli, %37.8'i ilkokul mezunu, %68.7'sinin gelir düzeyi orta, %53.5'i sigara içmiyor, %75.7'si alkol kullanmıyor olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında %39.7'si ile en sık 45-54 yaş grubu daha sonrasında %30.1 ile 35-44 yaş grubu gelmektedir (Tablo 1).

Tablo 2. Çalışmaya katılanlarda herhangi bir kronik hastalık bulunma durumu ve kronik hastalık çeşitlerine göre dağılımı			
		n	**%**
Herhangi bir Kronik hastalık bulunma	Var Yok	94 136	40,9 59,1
Kronik hastalığı bulunanlarda kronik hastalık çeşidi ***(*Birden fazla şık işaretlendiğinden n=108'dir.)***		**n**	**%**
	KVS	61	56,5
	Diyabet	30	27,8
	Akciğer hastalğı	6	5,6
	Tiroid hastalığı	8	7,4
	Romatolojik hastalık	3	2,8
	Toplam	108*	100,0

Çalışmaya katılanların %59.1'inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunanlarda en sık KVS(kardiyovasküler sistem) hastalığı sonrasında sıklık sırasına göre diyabet, tiroid, akciğer ve romatolojik hastalık bulunmaktadır (Tablo 2).

Tablo 3. Çalışmaya katılanların ailesinde ve yakın çevresinde kanser bulunma durumu			
		n	**%**
Ailede kanser bulunma	Yok Var	198 32	86,1 13,9
Aile dışı kanser bulunma	Yok Var	183 47	79,6 20,4

Çalışmaya katılanların %86.1'inde ailede kanser, %20.4'ünde ise aile dışı yakın çevrede kanser bulunmaktadır (Tablo3).

Tablo 4. Çalışmaya katılanların kanser taramaları hakkında bilgi alma durumu ve bilgi kaynaklarının dağılımı			
		n	**%**
Kanser tarama testleri hakkında bilgisi olma	Yok Var	64 166	27,8 72,2
		n	**%**
Bilgi kaynağı ***(*Birden fazla şık işaretlendiğinden n=360'dır.)***	Aile hekimi	76	21,1
	Branş hekimi	40	11,1
	Hemşire ve diğer sağlık çalışanları	10	2,8
	Televizyon	122	33,9
	İnternet	67	18,6
	Broşürler	45	12,5
	Toplam	360*	100,0

Çalışmaya katılanların %72.2'si kanser taramaları hakkında bilgisi olduğunu beyan etmiştir. Bilgi kaynakları sorgulandığında en sık televizyon sonrasında sıklık sırasına göre aile hekimi, internet, broşürler, branş hekimi, hemşire ve diğer sağlık çalışanları gelmektedir (Tablo 4).

Tablo 5. Çalışmaya katılanların taranan kanser hastalıklarıyla ilgili verdiği yanıtlar			
		n	**%**
Kanser tarama testleri hangi kanser türleri için yapılmaktadır? ***(Birden fazla şık işaretlenebilir)***	Meme	155	33,6
	Kalın barsak	72	15,6
	Prostat	65	14,1
	Rahim ağzı	110	23,9
	Fikrim yok	59	12,8
	Toplam	461	100,0

Çalışmaya katılanlar "Kanser tarama testleri hangi kanser türleri için yapılmaktadır?" sorununa en sık meme daha sonrasında sıklık sırasına göre rahim ağzı, kalın barsak, prostat, fikrim yok yanıtlarını verilmişlerdir (Tablo 5).??????

Tablo 6. Çalışmaya katılanlara kanser taramalarının önerilme durumu			
		n	**%**
Hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından size kanser tarama testini yaptırmanızı öneren oldu mu?	Hayır Evet	153 77	66,5 33,5

Çalışmaya katılanlar tarafından "Hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından size kanser tarama testini yaptırmanızı öneren oldu mu?" sorusu %66.5 hayır, %33.5 evet olarak yanıtlanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Çalışmaya katılanların kanser tarama yaptırma durumu ve tarama yaptırdığı hastalıkların dağılımı			
		n	**%**
Kanser tarama yaptırma durumu	Yaptırmayan Yaptıran	176 54	76,5 23,5
		n	**%**
Tarama yaptıranlarda yaptırdığı tarama ***(*Birden fazla şık işaretlendiğinden n=56'dır.)***	Rahim ağzı	15	26,8
	Meme	21	37,5
	Kalın barsak	14	25,0
	Prostat	6	10,7
	Toplam	56	100,0

Çalışmaya katılanların %23.5'i kanser taramasını yaptırdığını ifade etmiştir. Hangi kanser taramasını yaptırdığı sorgulandığında ise en sık meme daha sonrasında sıklık sırasına göre rahim ağzı, kalın barsak, prostat yanıtları verilmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Çalışmaya katılanların düzenli aralıklarla kanser taramaları yaptırma durumu, düzensiz yaptıran ve yaptırmayanlarda yaptırmama nedenleri, kanser taramaları için tercih ettiği kurumlar			
		n	**%**
Düzenli aralıklarda kanser tarama yaptırma durumu	Yaptırmayan Yaptıran	216 14	93,9 6,1
		n	**%**
Düzensiz yaptırma ve yaptırmama nedenleri ***(*Birden fazla şık işaretlendiğinden n=314'dür.)***	Korktuğum için	26	8,3
	Utandığım için	23	7,3
	Zaman bulamadığım için	56	17,8
	Bilgim olmadığı için	75	23,9
	Nasıl ulaşacağımı bilmediğim için	21	6,7
	İşe yarayamayacağını düşündüğüm için	5	1,6
	Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için	108	34,4
	Toplam	314	100,0
		n	**%**
Kanser taramaları için tercih edilen kurum	Aile hekimi	125	54,3
	Devlet hastanesinde ilgili branşta	105	45,7

Çalışmaya katılanların %6.1'i düzenli aralıklarla kanser taramasını yaptırdığını ifade etmiştir. Kanser taramalarını yaptırmayan veya düzensiz yaptıranlara nedenleri sorulduğunda; en sık sağlıklı olduğumu düşündüğüm için yanıtı verilmiştir. Sonrasında sıklık sırasına göre; bilgim olmadığı için, zaman bulamadığım için, korktuğum için, utandığım için, nasıl ulaşacağımı bilmediğim için, işe yaramayacağını düşündüğüm için yanıtları verilmiştir. Kanser taramaları için tercih edilen kurum sorgulandığında %54.3 aile hekimi, %45.7 devlet hastanesi yanıtı verilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Çalışmaya katılanların KETEM hakkında bilgi durumu			
		n	**%**
KETEM hakkında bilgisi olma durumu	Duydum ancak ne işe yaradığını bilmiyorum	30	13,0
	Duydum ve bilgim var	71	30,9
	Bilgim yok	129	56,1
	Toplam	230	100,0

Çalışmaya katılanlar KETEM hakkında bilgi durumu sorgulandığında; yarısından fazlası %56.1'i bilgim yok, %30.9 duydum ve bilgim var, %13'ü duydum ancak ne işe yaradığını bilmiyorum olarak yanıtlamışlardır (Tablo 9).

Tablo 10. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre kanser taramalarını bilme durumu				
		Kanser taraması bilme durumu		**p**
		Bilmiyor N %	**Biliyor N %**	
Yaş grupları	35-44	14	55	0,345
		20,3%	79,7%	
	45-54	30	61	
		33,0%	67,0%	
	55-64	16	41	
		28,1%	71,9%	
	65 yaş ve üzeri	4	8	
		33,3%	66,7%	
Cinsiyet	Kadın	29	97	0,073
		23,0%	77,0%	
	Erkek	35	69	
		33,7%	66,3%	
Medeni durum	Bekar	3	6	0,419
		33,3%	66,7%	
	Evli	52	148	
		26,0%	74,0%	
	Boşanmış /ayrı yaşıyor	3	4	
		42,9%	57,1%	
	Eşi ölmüş	6	8	
		42,9%	57,1%	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	3	0	**<0.001**
		100,0%	0,0%	
	İlkokul	45	42	

		51,7%	48,3%	
	Ortaokul	8	39	
		17,0%	83,0%	
	Lise	6	49	
		10,9%	89,1%	
	Üniversite	2	36	
		5,3%	94,7%	
Gelir durumu	Düşük	35	29	**<0.001**
		54,7%	45,3%	
	Orta	29	129	
		18,4%	81,6%	
	Yüksek	0	8	
		0,0%	100,0%	
Sigara kullanımı	İçmiyorum	33	90	0,907
		26,8%	73,2%	
	Bıraktım	10	28	
		26,3%	73,7%	
	Ara sıra içiyorum	3	9	
		25,0%	75,0%	
	Her gün içiyorum	18	39	
		31,6%	68,4%	
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	51	123	0,152
		29,3%	70,7%	
	Bıraktım	1	0	
		100,0%	0,0%	
	Ara sıra içiyorum	12	43	
		21,8%	78,2%	
Ki-kare testi				

Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, sigara kullanımı, alkol kullanımı açısından kanser taramalarını bilme durumu oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Eğitim durumu yükseldikçe kanser taramalarını bilme oranları yükselmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Gelir durumu yükseldikçe kanser taramalarını bilme oranları yükselmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$) (Tablo 10).

Tablo 11. Kronik hastalıklara göre kanser taramalarını bilme durumu				
		Kanser taraması bilme durumu		**p**
		Bilmiyor N %	**Biliyor N %**	
Kronik hastalık	Var	30	64	0,250
		31,9%	68,1%	
	Yok	34	102	
		25,0%	75,0%	
KVS	Var	19	42	0,499
		31,1%	68,9%	
	Yok	45	124	
		26,6%	73,4%	
Diyabet	Var	14	16	**0,014**
		46,7%	53,3%	
	Yok	50	150	
		25,0%	75,0%	
Akciğer hastalığı	Var	3	3	0,352*
		50,0%	50,0%	
	Yok	61	163	
		27,2%	72,8%	
Tiroid hastalığı	Var	1	7	0,449*
		12,5%	87,5%	
	Yok	63	159	
		28,4%	71,6%	
Romatolojik hastalık	Var	1	2	1,000*
		33,3%	66,7%	
	Yok	63	164	
		27,8%	72,2%	
Ki-kare testi				

Herhangi bir kronik hastalık, KVS hastalığı, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, romatolojik hastalık bulunma duruma durumuna göre kanser taramalarını bilme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 11). Diyabet hastalığı olmayanlarda kanser taramalarını bilme oranı %75, diyabet hastalığı olanlarda kanser taramalarını bilme oranı %53.3'dür. Diyabet hastalığı olmayanlarda, olanlara göre kanser taramalarını bilme oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.014) (Tablo 11)

Tablo 12. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre kanser taramalarını bilme durumu				
		Kanser taraması bilme durumu		**p**
		Bilmiyor N %	**Biliyor N %**	
Ailede kanser	Yok	60	138	**0,037**
		30,3%	69,7%	
	Var	4	28	
		12,5%	87,5%	
Aile dışı kanser	Yok	58	125	**0,010**
		31,7%	68,3%	
	Var	6	41	
		12,8%	87,2%	
Ki-kare testi				

Kanser taramasını bilme sıklığı ailesinde kanser olmayanlarda %69,7, ailesinde kanser olanlarda %87,5'dir. Ailesinde kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser taramasını bilme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.037) (Tablo 12). Kanser taramasını bilme sıklığı aile dışında kanser olmayanlarda %68,3, ailesinde kanser olanlarda %87,2'dir. Aile dışında kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser taramasını bilme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.010) (Tablo 12).

Tablo 13. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre kanser taramalarını yaptırma				
		Kanser taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Yaş grupları	35-44	57	12	0,065
		82,6%	17,4%	
	45-54	70	21	
		76,9%	23,1%	
	55-64	37	20	
		64,9%	35,1%	
	65 yaş ve üzeri	11	1	
		91,7%	8,3%	
Cinsiyet	Kadın	86	40	**0,001**
		68,3%	31,7%	

	Erkek	90	14	
		86,5%	13,5%	
Medeni durum	Bekar	8	1	0,784
		88,9%	11,1%	
	Evli	153	47	
		76,5%	23,5%	
	Boşanmış /ayrı yaşıyor	5	2	
		71,4%	28,6%	
	Eşi ölmüş	10	4	
		71,4%	28,6%	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	3	0	0,057
		100,0%	0,0%	
	İlkokul	75	12	
		86,2%	13,8%	
	Ortaokul	32	15	
		68,1%	31,9%	
	Lise	38	17	
		69,1%	30,9%	
	Üniversite	28	10	
		73,7%	26,3%	
Gelir durumu	Düşük	59	5	**0.001**
		92,2%	7,8%	
	Orta	113	45	
		71,5%	28,5%	
	Yüksek	4	4	
		50,0%	50,0%	
Sigara kullanımı	İçmiyorum	93	30	0,885
		75,6%	24,4%	
	Bıraktım	31	7	
		81,6%	18,4%	
	Ara sıra içiyorum	9	3	
		75,0%	25,0%	
	Her gün içiyorum	43	14	
		75,4%	24,6%	
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	134	40	0,799
		77,0%	23,0%	
	Bıraktım	1	0	
		100,0%	0,0%	
	Ara sıra içiyorum	41	14	
		74,5%	25,5%	
Ki-kare testi				

Yaş gruplarına, medeni duruma, eğitim durumuna, sigara kullanımına, alkol kullanımına göre kanser taramasını yaptırma oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 13). Kanser taraması yaptırma oranı kadınlarda %31.7,

erkeklerde %13.5 olarak saptanmıştır. Kadınlarda yaptırma oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.001). Kanser taraması yaptırma oranı gelir durumu düşük olanlarda %7.8, orta olanlarda %28.5, yüksek olanlarda 50.0'dır. Gelir durumu yükseldikçe kanser taraması yaptırma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yükselmektedir (p=0.001) (Tablo 13).

Tablo 14. Kronik hastalıklara göre kanser taramalarını yaptırma durumu

		Kanser taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Kronik hastalık	Var	74	20	0,513
		78,7%	21,3%	
	Yok	102	34	
		75,0%	25,0%	
KVS	Var	51	10	0,128
		83,6%	16,4%	
	Yok	125	44	
		74,0%	26,0%	
Diyabet	Var	24	6	0,630
		80,0%	20,0%	
	Yok	152	48	
		76,0%	24,0%	
Akciğer hastalığı	Var	5	1	0,100*
		83,3%	16,7%	
	Yok	171	53	
		76,3%	23,7%	
Tiroid hastalığı	Var	4	4	0,090*
		50,0%	50,0%	
	Yok	172	50	
		77,5%	22,5%	
Romatolojik hastalık	Var	3	0	1,000*
		100,0%	0,0%	
	Yok	173	54	
		76,2%	23,8%	
Ki-kare testi				

Kanser tarama yaptırma oranlarında; herhangi bir kronik hastalık, KVS, diyabet, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, romatolojik hastalık bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 14).

Tablo 15. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre kanser taramalarını yaptırma durumu

		Kanser taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Ailede kanser	Yok	156	42	**0,044**
		78,8%	21,2%	
	Var	20	12	
		62,5%	37,5%	
Aile dışı kanser	Yok	151	32	**<0.001**
		82,5%	17,5%	
	Var	25	22	
		53,2%	46,8%	
Ki-kare testi				

Kanser taramasını bilme sıklığı ailesinde kanser olmayanlarda %21,2, ailesinde kanser olanlarda %37,5'dir. Ailesinde kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser taramasını bilme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.044) (Tablo 15). Kanser taramasını bilme oranı aile dışında kanser olmayanlarda %17,5, ailesinde kanser olanlarda %46,8'dir. Aile dışında kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser taramasını bilme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.001) (Tablo 15).

Tablo 16. Çalışmaya katılan kadınlarda smear testini duyma durumu, yaptırma durumu, yaptırma sıklığı ve yaptırma yaşı ortalaması

		n	**%**
Smear testini duyma	Duymayan Duyan	27 99	21,4 78,6
Smear testini yaptırma	Yaptırmayan Yaptıran	89 37	68,2 31,8

Smear testini yaptırma sıklığı	İki yılda bir yaptırıyorum Beş yılda bir yaptırıyorum Düzensiz aralıklarla yaptırıyorum Hiç yaptırmadım	6 2 29 89	4,8 1,6 23,0 70,6
Smear yaptırma yaşı *ortalaması±standart sapma; 34,3±7,71 (Min:20,0, Max:55,0)*			

Çalışmaya katılan kadınların %78.4'ü smear testini duymuş, %31.8'i smear testini yaptırmıştır. Katılımcıların smear testini yaptırma sıklığı sorgulandığında; %70,6'sı hiç yaptırmadığını, %23'ü düzensiz aralıklarla yaptırdığını, %4.8'si iki yılda bir yaptırdığını, %1.6'sı beş yılda bir yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 16).

Tablo 17. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre smear taramasını yaptırma

		Smear taramasını yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan **N** **%**	**Yaptıran** **N** **%**	
Yaş grupları	35-44	29	15	0,368
		65,9%	34,1%	
	45-54	34	15	
		69,4%	30,6%	
	55-64	20	7	
		74,1%	25,9%	
	65 yaş ve üzeri	6	0	
		100,0%	0,0%	
		86,5%	13,5%	
Medeni durum	Bekar	6	0	0,390
		100,0%	0,0%	
	Evli	71	33	
		68,3%	31,7%	
	Boşanmış /ayrı yaşıyor	4	1	
		80,0%	20,0%	
	Eşi ölmüş	8	3	
		72,7%	27,3%	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	3	0	**<0.001**
		100,0%	0,0%	
	İlkokul	48	7	
		87,3%	12,7%	
	Ortaokul	20	7	
		74,1%	25,9%	
	Lise	10	13	

		43,5%	56,5%	
	Üniversite	8	10	
		44,4%	55,6%	
Gelir durumu	Düşük	29	3	**0.012**
		90,6%	9,4%	
	Orta	57	31	
		64,8%	35,2%	
	Yüksek	3	3	
		50,0%	50,0%	
Sigara kullanımı	İçmiyorum	58	23	0,938
		71,6%	28,4%	
	Bıraktım	11	4	
		73,3%	26,7%	
	Ara sıra içiyorum	5	3	
		62,5%	37,5%	
	Her gün içiyorum	15	7	
		68,2%	31,8%	
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	80	29	0,129
		73,4%	26,6%	
	Bıraktım	1	0	
		100,0%	0,0%	
	Ara sıra içiyorum	8	8	
		50,0%	50,0%	
Ki-kare testi				

Smear taraması yaptırma oranları; yaş gruplarına, medeni durumuna, sigara kullanımına, alkol kullanımına göre istatistiksel olarak farklı değildir (Tablo 17). Eğitim durumu yükseldikçe smear taraması yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yükselmektedir ($p<0.001$). Gelir durumu yükseldikçe smear tarama yaptırma oranı istatistiksel anlamlı derecede yükselmektedir ($p=0.012$) (Tablo 17).

Tablo 18. Kronik hastalıklara göre smear taramasını yaptırma durumu

		Smear taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Kronik hastalık	Var	37	12	0,423
		75,5%	24,5%	
	Yok	52	25	
		67,5%	32,5%	
KVS	Var	21	7	0,565
		75,0%	25,0%	

	Yok	68	30	
		69,4%	30,6%	
Diyabet	Var	16	4	0,316
		80,0%	20,0%	
	Yok	73	33	
		68,9%	31,1%	
Akciğer hastalığı	Var	2	0	0,100*
		100,0%	0,0%	
	Yok	87	37	
		70,2%	29,8%	
Tiroid hastalığı	Var	6	1	0,673*
		85,7%	14,3%	
	Yok	83	36	
		69,7%	30,3%	
Romatolojik hastalık	Var	1	1	0,503*
		50,0%	50,0%	
	Yok	88	36	
		71,0%	29,0%	
Ki-kare testi				

Smear taraması yaptırma oranı; herhangi bir kronik hastalık, KVS hastalığı, diyabet, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, romatolojik hastalık bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildir (Tablo 18).

Tablo 19. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre smear taraması yaptırma durumu

		Smear taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Ailede kanser	Yok	76	31	0,818
		71,0%	29,0%	
	Var	13	6	
		68,4%	31,6%	
Aile dışı kanser	Yok	71	22	**0,018**
		76,3%	23,7%	
	Var	18	15	
		54,5%	45,5%	
Ki-kare testi				

Smear yaptırma oranı; ailede kanser bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,818). Smear yaptırma oranı aile dışında kanser olmayanlarda %23,7, ailesinde kanser olanlarda %45,5'dir. Aile dışında kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser taramasını bilme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0,018) (Tablo 19).

Tablo 20. Çalışmaya katılan kadınlarda meme muayenesi ve mamografi ile ilgili bilgi durumu

		n	%
Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi	Hayır Evet	22 104	17,5 82,5
Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı	Ayda 1 kez düzenli Düzensiz aralıklarla Hiç yaptırmadım	12 52 62	9,5 41,3 49,2
Hekim tarafından meme muayenesi yaptırma	Hayır Evet	97 29	77,0 23,0
Mamografi hakkında bilgisi olma	Hayır Evet	13 113	10,3 89,7
Mamografi yaptırma sıklığı	İki yılda bir Düzensiz aralıklarla Hiç çektirmedim	12 13 101	9,5 10,3 80,2

Çalışmaya katılan kadınların %82.5'i kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi vardır. Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı sorgulandığında; %49.2'si hiç yaptırmamış, %41.3'ü düzensiz aralıklarla, %9.5'i ayda bir kez düzenli yaptırmış olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %23'üne hekim tarafından meme muayenesi yapılmıştır, %89.7'sinin mamografi hakkında bilgisi vardır. Mamografi yaptırma sıklığı sorgulandığında; %80.2'si hiç çektirmemiş, %10.2'si düzensiz aralıklarla, %9.5'i iki yılda bir yaptırıyor olarak tespit edilmiştir (Tablo 20).

Tablo 21. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre Mamografi taramasını yaptırma

	Mamografi taramasını yaptırma durumu		**p**
	Yaptırmayan N	**Yaptıran N**	

		%	%	
Yaş grupları	40-49	43	8	**0.044**
		84,3%	15,7%	
	50 ve üzeri	35	17	
		67,3%	32,7%	
Medeni durum	Bekar	5	1	0,645
		83,3%	16,7%	
	Evli	83	21	
		79,8%	20,2%	
	Boşanmış /ayrı yaşıyor	5	0	
		100,0%	0,0%	
	Eşi ölmüş	8	3	
		72,7%	27,3%	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	3	0	0,615
		100,0%	0,0%	
	İlkokul	45	10	
		81,8%	18,2%	
	Ortaokul	19	8	
		70,4%	29,6%	
	Lise	19	4	
		82,6%	17,4%	
	Üniversite	15	3	
		83,3%	16,7%	
Gelir durumu	Düşük	29	3	0.208
		90,6%	9,4%	
	Orta	67	21	
		76,1%	23,9%	
	Yüksek	5	1	
		83,3%	16,7%	
Sigara kullanımı	İçmiyorum	65	16	0,862
		80,2%	19,8%	
	Bıraktım	11	4	
		73,3%	26,7%	
	Ara sıra içiyorum	7	1	
		87,5%	12,5%	
	Her gün içiyorum	18	4	
		81,8%	18,2%	
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	85	24	0,297
		78,0%	22,0%	
	Bıraktım	1	0	
		100,0%	0,0%	
	Ara sıra içiyorum	15	1	
		93,8%	6,2%	
Ki-kare testi				

Mamografi taramasını yaptırma oranı; medeni duruma, eğitim durumuna, gelir durumuna, sigara kullanımına, alkol kullanıma göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildir (Tablo 21).

Mamografi yaptırma 40-49 yaş grubunda %15,7, 50 ve üzeri yaş grubunda %32,7'dir. Daha yaşlı grupta mamografi yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir(p=0.044) (Tablo 21).

Tablo 22. Kronik hastalıklara göre Mamografi taramasını yaptırma durumu

		Mamografi taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Kronik hastalık	Var	38	11	0,648
		77,6%	22,4%	
	Yok	63	14	
		81,8%	18,2%	
KVS	Var	22	6	0,811
		78,6%	21,4%	
	Yok	79	19	
		80,6%	19,4%	
Diyabet	Var	17	3	0,762
		85,0%	15,0%	
	Yok	84	22	
		79,2%	20,8%	
Akciğer hastalığı	Var	2	0	1,000*
		100,0%	0,0%	
	Yok	99	25	
		79,8%	20,2%	
Tiroid hastalığı	Var	4	3	0,140*
		57,1%	42,9%	
	Yok	97	22	
		81,5%	18,5%	
Romatolojik hastalık	Var	2	0	0,100*
		100,0%	0,0%	
	Yok	99	25	
		79,8%	20,2%	
Ki-kare testi				

Mamografi yaptırma oranı; herhangi bir kronik hastalık, KVS hastalığı, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, romatolojik hastalık bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildir (Tablo 22).

Tablo 23. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre Mamografi taramasını yaptırma durumu

		Mamografi taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Ailede kanser	Yok	87	20	0,532
		81,3%	18,7%	
	Var	14	5	
		73,7%	26,3%	
Aile dışı kanser	Yok	76	17	0,461
		81,7%	18,3%	
	Var	25	8	
		75,8%	24,2%	
Ki-kare testi				

Mamografi yaptırma oranı; ailede kanser bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,532). Mamografi yaptırma oranı; aile dışında kanser bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,461)(Tablo 23).

Tablo 24. Çalışmaya katılanların GGK tarama testi, kolonoskopi bilgi ve yaptırma durumu

		n	**%**
GGK duyma	Hayır	178	77,4
	Evet	52	22,6
GGK yaptırma	Hayır	207	90,0
	Evet	23	10,0
Kolonoskopi bilgi	Hayır	155	67,4
	Evet	75	32,6
Kolonoskopi yaptırma	Hayır	220	95,7
	Evet	10	4,3

Çalışmaya katılanların %22.6'sı GGK testini duymuş, %10.0'ı GGK testini yaptırmış, %32.6'sının kolonoskopi hakkında bilgisi var, %4.3'ü kolonoskopi yaptırmıştır (Tablo 24)

Tablo 25. Sosyodemografik özelliklere, sigara ve alkol kullanımına göre GGK taramasını yaptırma				
		GGK taramasını yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Yaş grupları	50-64 yaş	87	21	*1,000
		80,6%	19,4%	
	65 yaş ve üzeri	10	2	
		83,3%	16,7%	
Cinsiyet	Kadın	114	12	0,791
		90,5%	9,5%	
	Erkek	93	11	
		89,4%	10,6%	
Medeni durum	Bekar	9	0	0,283
		100,0%	0,0%	
	Evli	180	20	
		90,0%	10,0%	
	Boşanmış /ayrı yaşıyor	5	2	
		71,4%	28,6%	
	Eşi ölmüş	13	1	
		92,9%	7,1%	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	3	0	**0,034**
		100,0%	0,0%	
	İlkokul	82	5	
		94,3%	5,7%	
	Ortaokul	37	10	
		78,7%	21,3%	
	Lise	52	3	
		94,5%	5,5%	
	Üniversite	33	5	
		86,8%	13,2%	
Gelir durumu	Düşük	61	3	0.114
		95,3%	4,7%	
	Orta	140	18	
		88,6%	11,4%	
	Yüksek	6	2	
		75,0%	25,0%	
Sigara kullanımı	İçmiyorum	111	12	0,567
		90,2%	9,8%	
	Bıraktım	36	2	

		94,7%	5,3%	
	Ara sıra içiyorum	11	1	
		91,7%	8,3%	
	Her gün içiyorum	49	8	
		86,0%	14,0%	
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	155	19	0,694
		89,1%	10,9%	
	Bıraktım	1	0	
		100,0%	0,0%	
	Ara sıra içiyorum	51	4	
		92,7%	7,3%	
Ki-kare testi				

GGK taramasını yaptırma oranı; yaş grubu, cinsiyete, medeni duruma, gelir durumuna, sigara kullanımına, alkol kullanıma göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildir (Tablo 25). Eğitim durumuna göre GGK yaptırma oranlarına bakıldığında; ilkokul mezunu olanlarda %5,7, ortaokul mezunu olanlarda %21,3, lise mezunu olanlarda %5,5, üniversite mezunu olanlarda %13,2'dir. Ortaokul mezunu olan grup çıkarılarak analiz yapıldığında anlamlı farklılık ortadan kalkmaktadır. Sonuç olarak eğitim duruma göre GGK yaptırma oranındaki anlamlı farklılık ortaokul mezunu olan grubun diğer gruplardan daha sıklıkla GGK yaptırmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 25).

Tablo 26. Kronik hastalıklara göre GGK taramasını yaptırma durumu

		GGK taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan N %	**Yaptıran N %**	
Kronik hastalık	Var	80	14	**0,040**
		85,1%	14,9%	
	Yok	127	9	
		93,4%	6,6%	
KVS	Var	53	8	0,344
		86,9%	13,1%	
	Yok	154	15	
		91,1%	8,9%	
Diyabet	Var	23	7	0,017
		76,7%	23,3%	
	Yok	184	16	

		92,0%	8,0%	
Akciğer hastalığı	Var	5	1	0,472*
		83,3%	16,7%	
	Yok	202	22	
		90,2%	9,8%	
Tiroid hastalığı	Var	6	2	0,185*
		75,0%	25,0%	
	Yok	201	21	
		90,5%	9,5%	
Romatolojik hastalık	Var	3	0	0,100*
		100,0%	0,0%	
	Yok	204	23	
		89,9%	10,1%	
Ki-kare testi				

GGK yaptırma oranı; KVS hastalığı, akciğer hastalığı, tiroid hastalığı, romatolojik hastalık bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildir (Tablo 26). GGK taraması yaptırma oranı; kronik hastalığı olmayanlarda %6,6, kronik hastalığı olanlarda %14,6'dır. Kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre GGK yaptırma oranı anlamlı derecede yüksektir (p=0.040). GGK taraması yaptırma oranı; diyabet hastalığı olmayanlarda %8,0, kronik hastalığı olanlarda %23,3'dür. Diyabet hastalığı olanlarda olmayanlara göre GGK yaptırma sıklığı anlamlı derecede yüksektir (p=0.040)(Tablo 26)

Tablo 27. Ailede ve yakın çevrede kanser bulunmasına göre GGK taramasını yaptırma durumu				
		GGK taraması yaptırma durumu		**p**
		Yaptırmayan **N** **%**	**Yaptıran** **N** **%**	
Ailede kanser	Yok	182	16	**0,025**
		91,9%	8,1%	
	Var	25	7	
		78,1%	21,9%	
Aile dışı kanser	Yok	171	12	**0,002**
		93,4%	6,6%	
	Var	36	11	
		76,6%	23,4%	
Ki-kare testi				

GGK yaptırma oranı ailesinde kanser olmayanlarda %8,1, ailesinde kanser olanlarda %21,9'dur. Ailesinde kanser olanlarda, olmayanlara göre GGK yaptırma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.025) (Tablo 27). GGK yaptırma oranı aile dışında kanser olmayanlarda %6,6, ailesinde kanser olanlarda %23,4'dür. Aile dışında kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser taramasını bilme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.002) (Tablo 27).

Tablo 28. Çalışmaya katılan erkeklerde prostat kanseri hakkında bilgilendirilme durumu			
		n	**%**
Prostat kanseri bilgilendirme	Hayır Evet	87 16	84,5 15,5

Çalışmaya katılan erkeklerin %15.5'i prostat kanseri hakkında bilgilendirilmiştir (Tablo 28).

5. TARTIŞMA

Kanser yüksek mortalitesi, hasta ve hasta yakınlarında oluşturduğu psikososyal travma ve tedavinin yüksek maliyetli olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Erken yakalama yöntemleri, kanser ölümlerinin yaklaşık üçte birini ortadan kaldırma olanağı sunmaktadır. Çalışmamız 126 (%54,8) kadın, 104 (%45,2) erkek katılımcıyla yapılmıştır. Yaş ortalaması 49.3 olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında %39.7'si ile en sık 45-54 yaş grubu daha sonrasında %30.1 ile 35-44 yaş grubu gelmektedir. Çalışmaya katılanların %72.2'si kanser taramaları hakkında bilgisi olduğunu beyan etmiştir. Bu sonuç, çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun tarama yaş grubunda olması ile açıklanabilir. Bilgi kaynakları sorgulandığında en sık televizyon sonrasında sıklık sırasına göre aile hekimi, internet, broşürler, branş hekimi, hemşire ve diğer sağlık çalışanları gelmektedir. Ülkemiz için medya, önemli bir bilgi kaynağı olarak görülmektedir. Ak ve ark nın (86) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çeşitli çalışmalarda da bilgi kaynağı olarak öncelikle televizyon ve ardından sağlık çalışanları bildirilmiştir (87).

Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, sigara kullanımı, alkol kullanımı açısından kanser taramalarını bilme durumu oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Eğitim durumu yükseldikçe kanser taramalarını bilme oranları yükselmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Gelir durumu yükseldikçe kanser taramalarını bilme oranları yükselmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Çalışmaya katılanlara kanser tarama testlerinin hangi kanser türleri için yapıldığını sorduğumuzda en sık meme daha sonrasında sıklık sırasına göre rahim ağzı, kalın barsak, prostat, fikrim yok yanıtlarını vermişlerdir. Kadın katılımcılarımızın daha fazla olması ve bu konuda daha duyarlı olmaları ile ilgili olabilir.

Kanser taramasını bilme oranı ailesinde kanser olmayanlarda %69,7, ailesinde kanser olanlarda %87,5'dir. Ailesinde kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser taramasını bilme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.037$). Kanser taramasını bilme oranı aile dışında kanser olmayanlarda %68,3, ailesinde kanser olanlarda %87,2'dir. Aile dışında kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser

taramasını bilme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.010). Aile ve yakın çevrede kanser öyküsünün, bireylerde farkındalık oluşturması beklediğimiz bir sonuçtur.

Çalışmaya katılanların yalnızca %23,5'i kanser taramasını yaptırdığını ifade etmiştir. Bunu genel olarak çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyinin düşük olması ile açıklanabilir. Ayrıca hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından kanser tarama testlerinin yaptırılmasını öneren olup olmadığı sorulduğunda %66,5 hayır cevabı verilmiştir. Hekimlerin de bu konuda yeterli bilgilendirme yapmadığı ve belki de hekimler tarafından çok önemsenmediğini düşündürmektedir. Çalışmaya katılanların yalnızca %6,1'i düzenli aralıklarla kanser taramasını yaptırdığını ifade etmiştir. En sık neden olarak da sağlıklı olduklarını düşünmeleri (%34,4) ve sonrasında bilgisi olmaması (%23,9) saptanmıştır. Yine taramanın amacı ve önemi konusunda yeterli bilgilendirme yapılmadığı düşünülebilir.

Yaş gruplarına, medeni duruma, eğitim durumuna, sigara kullanımına, alkol kullanımına göre kanser taramasını yaptırma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Kanser taraması yaptırma oranı kadınlarda %31,7, erkeklerde %13,5 olarak saptanmıştır. Kadınlarda yaptırma oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.001). Yapılan bir çalışmada kadınların koruyucu sağlık davranışlarına daha yatkın oldukları bildirilmiştir (88). Kanser taraması yaptırma oranı gelir durumu düşük olanlarda %7,8, orta olanlarda %28,5, yüksek olanlarda %50,0'dır. Gelir durumu yükseldikçe kanser taraması yaptırma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yükselmektedir (p=0.001).

Kanser taramaları için tercih edilen kurum sorgulandığında %54,3 aile hekimi, %45,7 devlet hastanesi yanıtı verilmiştir. Bu sonuçlar aile hekimliğine henüz yeterli güven duyulmadığını göstermektedir. Çalışmaya katılanların KETEM hakkında bilgi durumu sorgulandığında da yarısından fazlasının (%56,1) bilgisi olmadığı, %13'ünün de duyduğunu ancak ne işe yaradığını bilmedikleri saptanmıştır. Cevaplar diğer sonuçlarımızı destekler nitelikteydi.

Çalışmaya katılan kadınların %78,4'ü smear testini duymuştur. Bu oran Akyüz ve arkadaşlarının (89) Ankara'da yaptığı çalışmada %76,9, Ünalan ve arkadaşlarının (90) İstanbul'da yaptığı çalışmada %49,5, Ak ve arkadaşlarının (86) Malatya'da

yaptığı çalışmada %54,2, Karaca ve arkadaşlarının (91) Kars'da yaptığı çalışmada %29,9 olarak saptanmıştır. Bölgesel farklılıklar buna neden olmuş olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların %31.8'i smear testini yaptırmıştır. Akyüz ve arkadaşlarının (89) yaptığı çalışmada %51,2 Ak ve arkadaşlarının (86) yaptığı çalışmada %19,4 olarak kaydedilmiştir. Çalışmamızda testi yaptırma oranın düşük olması eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü ile ilgili olabilir. Kalyoncu ve arkadaşlarının (92) yaptıkları çalışmada pap smear testini duyan kadınların yaptırma oranı %72.92'dir. Akyüz ve arkadaşlarının (89) araştırmasında daha önce pap smear testini duyan kadınlar ile hiç duymamış olanlar arasında pap smear yaptırma açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Kadınların dörtte birinin daha önce pap smear testini hiç duymadığını belirttiği halde ismini bilmedikleri testi yaptırmış olmaları çalışmalarında saptadıkları önemli bir bulgudur (89). Bizim çalışmamızda da hangi kanser türleri için tarama yaptırdınız sorusuna serviks kanseri için %11,9 oranında yaptırdım yanıtı gelirken pap smear yaptırma oranının %31,8 olması dikkat çekicidir. Bu sonuç, kadınların büyük bir bölümünün bilinçli olarak değil, jinekolojik muayene sırasında sağlık personelinin konuya hassasiyeti sonucu pap smear taramasından geçirilebildiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda smear taraması yaptırma oranı; yaş gruplarına, medeni durumuna, sigara kullanımına, alkol kullanımına göre istatistiksel olarak farklı değildir. Eğitim durumu yükseldikçe smear taraması yaptırma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yükselmektedir ($p<0.001$). Benzer şekilde kalyoncu ve ark nın (92) ve ak ve ark nın (86) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça testi yaptırma oranları artmaktadır.

Smear testini yaptırma sıklığı sorgulandığında katılımcıların yalnızca %6,4'ü düzenli aralıklarla test yaptırdığını belirtmiştir. Başka bir çalışmada (93) düzenli test yaptırma oranının % 0 düzeyinde olması bu konunun ileri düzeyde aksadığını ve bu soruna bir müdahalenin gerekli olduğunu göstermektedir. Yine aynı çalışmada (93) pap test yaptırma yaşı dağılımı, yaptıranlar için teste başlama yaşının çoğunlukla 30'lu yaşlar olduğunu ve test yaptıranların % 88'inin sadece bir kez test yaptırmış olduğu saptanmış. Servikal kanserin erken teşhisine yönelik pap smear taramasıyla ilgili olarak American Cancer Society (ACS), kadınların ilk seksüel deneyimden 3 yıl sonra

veya seksüel aktif olsun ya da olmasın 21 yaşına geldiklerinde, 30 yaş ve üzerinde her yıl, üç yıl negatif sonuç çıkması durumunda 3 yılda bir pap smear testi yaptırmalarını, 70 yaşın üzerinde ve son 10 yılda anormal pap test sonucu olmayan, üç veya daha fazla normal pap test sonucu olan kadınların servikal kanser tarama programından çıkarılmalarını önermektedir (109). Bizim çalışmamızda da teste başlama yaşı ortalama 34 olarak saptanmıştır. Bu test yapıldığında, bu testin düzenli aralıklarla yapılmasının önemi kişilere anlatılmalıdır. Bulgularımız bu konuda da bir aksama olduğunu düşündürmektedir.

Almaborak'ın çalışmasında (94) bilgi düzeyi ile ters orantılı olarak smear testi yaptırma oranı düşüktür (%15,8). Bu çalışmada katılımcıların %68'i pap smear testi hakkında yeterli bilgilendirildiğinde testi yaptırmayı kabul etmiş; katılımcıların %75,4'ü servikal kanser tarama programına katılmayı onaylamıştır. Bu durum smear testi yaptırmada yeterli bilgilendirmenin önemini göstermektedir.

Çalışmamızda gelir durumu yükseldikçe smear tarama yaptırma oranı istatistiksel anlamlı derecede yükselmektedir (p=0.012). Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça, bilgi kaynaklarına ve sağlık sistemine erişimin artmakta olduğu kanısına varılabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların %82,5'i kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Şirin ve arkadaşlarının (95) yaptığı çalışmada kadınların %53,9'unun KKMM'ni bildiği, Dündar ve ark. nın (96) yaptığı çalışmada kadınların %72,1'inin KKMM'ni bildiği saptanmış. Bizim çalışmamızda duyma oranın yüksek ancak yapma oranlarının düşük olması genelde medya aracılığıyla sadece duyduğu ancak ne şekilde yapacağı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir. Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı sorgulandığında; çalışmaya katılan kadınların %50,8'inin KKMM'ni yaptığını, sadece %9,5'i ayda bir kez düzenli KKMM yaptığı saptanmıştır. Dişcigil ve ark. nın (87) Ege bölgesinde yaptığı çalışmada KKMM yapma oranı % 61,7 düzenli yapma oranı ise % 19,9 olarak saptanmıştır. Dündar ve ark. nın (96) yatığı çalışmada ise bu oranlar sırasıyla % 40,9 ve % 10,2 olarak kaydedilmiştir. Sonuçların çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %23'üne klinik meme muayenesi yapılmıştır, Dişcigil ve ark. nın (87) yaptığı çalışmada bu oran %42,7 Dündar ve ark. nın (96) yaptığı çalışmada % 21,7 olarak kaydedilmiştir. Oestreicher ve ark. (97) invaziv meme kanseri tanısında KMM ile sensitivitesi %78, KMM ve mamografinin birlikte uygulandığında %82 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak KMM invaziv meme kanseri tanısında % 4'luk bir artış sağlamıştır. Bir başka çalışmada da mamografide malignite düşünülmeyen kadınlarda KMM ile %5,1'inde malignite saptanmıştır (98). Bu nedenle bazı araştırmacılar tarafından KMM mamografiye ek olarak tamamlayıcı tarama yöntemi olarak kabul edilmektedir (99).

Çalışmaya katılan kadınların %89,7'sinin mamografi hakkında bilgisi vardır. Mamografi yaptırma sıklığı sorgulandığında; %80.2'si hiç çektirmemiş, %10.2'si düzensiz aralıklarla, %9,5'i iki yılda bir yaptırıyor olarak tespit edilmiştir. Dişcigil ve ark. nın (87) yaptığı çalışmada 40 yaş üstünde olan kadınların %40,6'sına bir kez mamografi yapılmıştı. 50 yaş üzerindeki kadınların ise %48,9'u önerilen, düzenli aralıklarla mamografi yapıldığını bildirmişti. Çalışmamızda KMM ve mamografi yaptırma oranları düşük olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, taramaların önemi konusunda bilgi eksikliği olduğunu ve yeterli yönlendirmenin yapılmadığını düşündürmektedir.

Mamografi taramasını yaptırma oranı; medeni duruma, eğitim durumuna, gelir durumuna, sigara kullanımına, alkol kullanıma göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildir. Mamografi yaptırma 40-49 yaş grubunda %15,7, 50 ve üzeri yaş grubunda %32,7'dir. Daha yaşlı grupta mamografi yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir($p=0.044$). Açıkgöz ve arkadaşlarının (100) yaptığı çalışmada 50-59 yaş arası kadınlarda genç olanlara göre daha çok mamografi yaptırdığı saptanmıştır.

Kolorektal kanser icin tarama, gaitada gizli kan testi 50-69 yaş arası, yılda bir, kolonoskopi 50-69 yaş arası, 10 yılda bir yapılması önerilmektedir (6). Yapılan çalışmalar uygun tarama ve izlem programlarının KRK mortalitesini anlamlı düzeylerde azalttığını göstermiştir (101). Çalışmamıza katılanların %22,6'sı GGK testini duymuş, %10,0'ı GGK testini yaptırmış, Yiğitbaş ve ark. nın (102) yaptığı

çalışmada GGK testini duyma %41,8 yaptırma % 4,5 Bayçelebi ve arkadaşlarının (103) yaptığı çalışmada GGK testini yaptırma %10,8 olarak bulunmuştur.

GGK taraması yaptırma oranı, kronik hastalığı olmayanlarda %6,6, kronik hastalığı olanlarda %14,6'dır. Kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre GGK yaptırma sıklığı anlamlı derecede yüksektir (p=0.040). Solmi et al.'da (104) herhangi bir kronik hastalığa sahip olmak kolorektal kanser taraması yaptırma oranlarında belirleyici olarak görülmüştür.

GGK yaptırma sıklığı ailesinde kanser olmayanlarda %8,1, ailesinde kanser olanlarda %21,9'dur. Ailesinde kanser olanlarda, olmayanlara göre GGK yaptırma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.025). GGK yaptırma oranı aile dışında kanser olmayanlarda %6,6, ailesinde kanser olanlarda %23,4'dür. Aile dışında kanser olanlarda, olmayanlara göre kanser taramasını bilme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.002).

Çalışmamıza katılanların %32,6'sının kolonoskopi hakkında bilgisi var, %4,3'ü kolonoskopi yaptırmıştır. Yiğitbaş ve ark.'nın (102) yaptığı çalışmada bilgisi olanlar % 22,9, yaptırdım diyenler %1,8, Acıkgöz ve ark.'da (100) yaptıranlar %9,9 olarak bulunmuş. Güneş ve ark. (105) tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne yatan hastaların refakatçilerinden oluşan 356 kişiye anket ile kanser hakkında bilgi çalışması yapılmıştır. Çalışmaya katılanların 337 (%94,6)'si son 10 yılda kolorektal kanser ile ilgili herhangi bir tarama yaptırmamıştır (105). Genel olarak sonuçlar oldukça düşük olarak görülmektedir. Bunun nedenleri arasında işlemin uygulama zorluğu, mahremiyet kaygısı olabilir.

Prostat kanseri 50 yaş altı erkeklerde nadiren görülürken (% 0,1), pik insidansı 70–74 yaş arasında yapar ve tanı konulan hastaların % 85'i 65 yaş üzerindedir (106). Prostat spesifik antijen ölçümünün tanımlanmasıyla birlikte 50-59 yaş arası erkeklerde prostat kanser insidansı belirgin şekilde artmıştır. Schröder ve ark (107) tarafından yapılan veri inceleme çalışmasında 1993-2002 arasında prostat kanseri tarama programlarına giren 8 Avrupa ülkesindeki veriler incelenmiş, tarama yapılan olguların sonuçları (83645 taranan olguda / 3038 prostat kanseri) kontrol gruplarıyla (99393 olguda 891 prostat kanseri) karşılaştırılınca taramanın, prostat kanseri tanı sıklığını artırdığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan erkeklerin %10,7 si prostat kanseri için tarama testini yaptırmıştı. Hoffman ve ark.(108) tarafından yapılan bir çalışmada 40 yaş üzerindeki 3010 kişiye PSA ve prostat kanseri ile ilgili anket soruları sorulmuş. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun prostat tarama testi PSA hakkında bilgisi varmış. Ancak katılımcıların çok az kısmı tarama testi olan PSA'yı yaptırmıştır(108). Bayçelebi ve ark. nın (103) yaptığı çalışmada toplamda 922 erkeğin % 35,6'sı PSA testini yaptırmış , %64,4'ü yaptırmamıştı. Çalışmamızda hekim tarafından prostat kanseri için hekim tarafından öneri yapılıp yapılmadığı soruduğunda 40 yaş üstü erkeklerin %15,5' i evet cevabını vermiştir. Tarama yaptırma sonuçlarının düşük düzeyde olması bilgilendirme yetersizliği ile ilişkilendirilebilir.

6. SONUÇ

Yaptığımız çalışmada katılımcıların büyük kısmı kanser taramaları hakkındaki bilgilerinin olduğunu belirtse de ayrıntılı sorgulandığında aslında bilgilerinin eksik olduğu ve buna bağlı olarak da testleri yaptırma oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Yaptırmama nedenlerinin başında ise en çok sağlıklı olduklarını düşünmeleri olarak vardı.

Bilgi edinme kaynağı olarak daha sıklıkla medyayı belirttiklerini, sağlık çalışanlarının ise daha sonra geldiği tespit edilmiştir. Aile öyküsü ve yakın çevrede kanser öyküsünün olmasının farkındalığı arttırdığını tespit edilmiştir.

Hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından kanser tarama testinin yaptırılmasını öneren olup olmadığı sorusuna katılanların büyük kısmı hayır cevabını vermiştir. Sağlık çalışanlarının bu konuda daha duyarlı olması gerekmektedir.

Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin ve testleri yaptırma oranının arttığı saptanmıştır. Halkın kanser tarama, taramanın anlamı ve önemi konusunda daha çok bilgilendirilmesi ve tarama testlerini yaptırmaları konusunda teşvik edilmeleri gerekmektedir. Bu amaçla sağlık eğitimleri düzenlenmelidir.

Kanserde erken tanı ve tedavi çoğu zaman hayat kurtarıcıdır. Kanser taramaları koruyucu hekimliğin önemli bir parçasıdır. Aile hekimlerinin üzerine bu konuda büyük görev düşmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Güllü İ, Zengin N. Kanserle Mücadelede Ulusal Kanser Danışma Kurulunun Rolü. Tuncer M(ed). Türkiye'de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık;2009:777.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs .World population prospects: the 2006 revision.New York: United Nations ; 2007.
3. Dünya Kanser Raporu 2008 [internet] Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (erişim tarihi:12.02.2018). http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/dunyaraporu2008.pdf
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara;2017.
5. National Cancer Control Programmes-2nd ed.,World Health Organization, Cenevre, 2002:2.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara;2016:1.
7. Wilson J, Jungner G. Pr inciples and practice of screening for disease.World Health Organization Public Health Paper 34, Geneva:WHO; 1968.
8. Aydın S. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset;2004.
9. Kurtoğlu E, Gürz AA. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics, 2014, 7.4: 1-4.
10. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality World wide: IARC CancerBase No. 11 [Internet][cited:15.03.2018]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: http://globocan.iarc.fr
11. Mollahaliloğlu S, Başaran BB, Eryılmaz Z. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara; 2010.
12. Jemal A, Thomas A, Murray T, et. Al. Cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2002;52:23-47.
13. Güner H, Taşkıran Ç. Epidemiology of cervical cancer and the role of human papilloma virüs. J Turkish Obstetric Gynecol Soc 2007, 4:11-9.

14. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide İARC Cancer Base No. 5, version 2.0. Lyon:IARC Press; 2004.

15. Bosch FX, de Sanjose S. Chapter 1. Human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. J Natl Cancer Inst Monogr 2003;31:3-13.

16. Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK Lancet 2004;364:249-56.

17. Walboomers J, Jacobs M, Manos M, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999;189:12-9.

18. Metindir J. Servikal Kanser Kontrolünde Human Papilloma Virüs İnfeksiyonlarına Karşı Aşılama. Acta Oncologica Turcica, 2007, 40.1: 5-10.

19. Cheiappan S, Kraus VB, Kroger B, et al. Adenovirus E! A, simian virüs 40 tumor antigen, and human papillomavirus E7 protein share the capacity to disrupt the interaction betvveen transcription factor E2F and the retinoblastoma gene product. Proc Natl Acad Sci 1992;89:4549-53.

20. Thomas M, Matlashewski G, Pim D, Banks L. Induction of apoptosis by p53 is independent of its oligomeric State and can be abolished by HPV-18 E6 through ubiquitin mediated degredation. Oncogene 1996;13:265-73.

21. Schlect NF, Kulağa S, Robitaille J, et al. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. JAMA 2001;286:3106-14.

22. İARC VVorking Group. Human papillomaviruses. İARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol.64. Lyon: International Ageney for Research on Cancer; 1995

23. Soler ME, Gaffikin L, Blumenthal PD. Cervical cancer screening in developing countries. Prim. Care Update Ob Gyns 2000; 7.3: 118-23

24. Uyar E.E, Gökaslan H. Pap Smear ile Servikal Kanser Taraması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2007, 8.3: 105-110

25. Güngör M.Y, Güngör L, Açık Y, Oğuzöncül F. Elazığ Devlet Hastanesi'nde Görev Yapan Evli, Hamile Olmayan Hemşire, Ebe ve Bayan Sağlık

Teknisyenlerinde Pap smear Taraması. F.Ü.Sağlık Bil.Dergisi 2001;15.3: 471-476.

26. Zemheri, E. Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi. Sürekli Tıp Eğitimi dergisi (sted), 2005, 14: 1-4.

27. Kaya M. Serviks kanseri tarama programları. Akın A.(ed) Halk Sağlığı Yaklaşımı ile Servikal Kanser. Hüksam yay. Ankara: 2009.

28. Servik kanseri tarama programı. 2008 [internet] Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (erişim tarihi:15.02.2018). http://kanser.gov.tr/index.php/kanser/kanser-taramalari/886-serviks-kanseri-tarama-programı

29. Koçak S, et al. Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 2011, 7.2.

30. Hsieh CC, Trichopoulos D, Katsouyanni K, Yuasa S. Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case-control study. Int J Cancer 1990; 46: 796-800

31. Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 2000; 152:950-964.

32. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer Lancet 1997; 350: 1047.

33. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: The Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 1994; 139: 819-835.

34. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. Lancet 2001; 358: 1389.

35. Pharoah PD, Day NE, Duffy S, Easton DF, Ponder BA. Family history and the risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Cancer 1997: 71: 800-809.

36. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian, 2009.

37. Kelsey JL, Fischer DB, Holford TR, LiVoisi VA, Mostow ED, Goldenberg IS, White C. Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. J Natl Cancer Inst 1981; 67: 327-333.

38. John EM, Kelsey JL. Radiation and other environmental exposures and breast cancer. Epidemiol Rev 1993; 15: 157-162.

39. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, Rodabough RJ, Gilligan MA, Cyr MG, Thomson CA, Khandekar J, Petrovitch H, McTiernan A; WHI Investigators. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the women's health initiative randomized trial. JAMA 2003; 289: 3243-3253.

40. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the million women study. Lancet 2003; 362: 419-427

41. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Lancet 1996; 347: 1713.

42. Hankinson SE, Colditz GA, Manson JE, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Speizer FE. A prospective study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. Cancer Causes Control 1997; 8: 65-72.

43. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, Bernstein L, Malone KE, Ursin G, Strom BL, Norman SA, Wingo PA, Burkman RT, Berlin JA, Simon MS, Spirtas R, Weiss LK. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. N Engl J Med 2002; 346: 2025-2032.

44. Terry MB, Zhang FF, Kabat G, Britton JA, Teitelbaum SL, Neugut AI, Gammon MD. Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. Ann Epidemiol. 2006; 16: 230-240.

45. Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. CA Cancer J Clin. 2008; 58: 347-371

46. Fisher B. Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National surgical adjuvant breast and bowel project B-24 randomized controlled trial. Lancet 1999; 353: 1993.

47. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, Jong RA, Hislop G, Chiarelli A, Minkin S, Yaffe MJ. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. N Engl J Med 2007; 356: 227-336.

48. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. ACU Sağlık Bil Derg 2016;4: 185-188

49. Akyolcu N. Kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki sağlık bilgisi düzeylerinin ölçülmesi. İçinden Uluslararası Cerrahi Kongresi'88, İstanbul, 1988: 209-216.

50. Robson M, Offit K. Management of an inherited predisposition to breast cancer. N Eng J Med 2007;357:154-62.

51. Yılmaz MH. Meme kanserinde radyolojik tanı ve değerlendirme. Meme Kanseri Sempozyum Dizisi, 2006, 54: 27-30.

52. Maass H. Mammakarzinom: Epidemiologie. Gynakologe. 1994;27:3.

53. American College of Radiology: Standarts for the performance of diagnostic mammography and problem solving breast evaluation (Adopted by the ACR Council 1994). In: ACR Digest of Official Actions. Reston, VA, American College of Radiology,1994.

54. Kayhan A, Arıbal E. Meme Kanseri Taraması: Neden Yapıyoruz? Ne Zaman? Değerlendirmede Yaşanan Sorunlar. Türk Radyoloji Seminerleri, 2014, 2.2: 230-240.

55. TRD Yeterlilik Kurulu, Rehber ve Standartlar Komitesi-Meme Kanseri Tarama Rehberi;2011.

56. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. Meme Kanserinde Tarama ve Tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansi 2010). Meme Hastalıkları Dergisi 2012; 8: 100-25.

57. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2006. CA Cancer J Clin 2006;56:106-30.

58. Dube C, Rostom A, Lewin G, et al. The Use of aspirin for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2007;146:365-75.

59. Yalçın BM, et al. İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2012, 16.4: 169-177.

60. Correa P, Haenszel W. The epidemiology of large-bowel cancer. Adv Cancer Res 1978; 26:1-141.

61. Landis SH, Murray T, Bolden S, et al. Cancer statistics .CA Cancer J Clin 1999; 49:8-31.

62. Fuchs CS, Giovannucci E, Colditz GA et al. A prospective study of family history and the risk of colorectal cancer. N Eng J Med 1994; 331:1669-74.

63. Vasen HFA, Wijnen JT, Menko FH, et al. Cancer risk in families with hereditary nonpolyposis colorectal cancer diagnosed by mutation analysis. Gastroenterology 1996; 110:1020-7.

64. Willet WC. Goals for nutrition in the year 2000. CA Cancer J Clin 1999; 49:331-52.

65. Desai DC, Neale KF, Talbot IC, et al. Juvenile polyposis. Br J Surg 1995; 82:14-7.

66. Ekbom A, Helmick C, Zack M, et al. Ulcerative colitis and colorectal cancer: a population based study. N Eng J Med 1990; 323:1228-33.

67. Rosen P, Fireman Z, Figer A, et al. Colorectal tumor screening in women with a past history of breast, uterine, or ovarian malignancies. Cancer 1986; 57:1235-9.

68. Otchy DP, Nelson H. Radiation injuries of the colon and rectum. Surg Clin North Am 1993; 73:1017-35.

69. Shelton AA, Wong WD. Colorectal cancer. In Current Surgical Therapy, Cameron SL (ed). St Louis, Mosby,1999; 217-228.

70. Turkcerrahi.com.[internet]Tarhan ÖR. Kolon ve Rektum Kanseri. [cited: 27.03.2018]. Available from: http://www.turkcerrahi.com/wp-content/uploads/kolon-ve-rektum-kanseri.pdf

71. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study. J Natl Cancer Inst 2003; 95:230.

72. 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.

73. Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal fndings. N Engl J Med 2000; 343:169.

74. Warren JL, Klabunde CN, Mariotto AB. Adverse events after outpatient colonoscopy in the Medicare population. Ann Intern Med 2009; 150:849.

75. Winawer SJ, Stewart ET, Zauber AG. A comparison of colonoscopy and double-contrast barium enema for surveillance after polypectomy. National Polyp Study Work Group. N Engl J Med 2000; 342:1766.

76. Toma J, Paszat LF, Gunraj N, Rabeneck L. Rates of new or missed colorectal cancer after barium enema and their risk factors: a population-based study. Am J Gastroenterol 2008; 103:3142.

77. Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimate of cancer incidence and mortalitiy in Europe in 1995. European journal of cancer, 2002;38:99-166.

78. Black RJ, et al. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. European journal of cancer, 1997, 33.7: 1075-1107.

79. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Prostat Kanseri Klinik Protokolü, Türkiye,2017.

80. Steinberg GD, et al. Family history and the risk of prostate cancer. The prostate, 1990, 17.4: 337-347.

81. Carter BS, et al. Mendelian inheritance of familial prostate cancer. Proceedings of the National Academy of Sciences, 1992, 89.8: 3367-3371.

82. Meyer F, et al. Dietary fat and prostate cancer survival. Cancer Causes & Control, 1999, 10.4: 245-251.

83. Denis L, Morton MS, Griffiths K. Diet and its preventive role in prostatic disease. European urology, 1999, 35.5-6: 377-387.

84. Hanchhette CL, Schwartz GG. Geographic patterns of prostate cancer mortality. Evidence for a protective effect of ultraviolet radiation. Cancer, 1992, 70.12: 2861-2869.

85. Prostat Kanseri Yol Haritası: Uluslararası Kılavuzlar ve Klinik Deneyimler Işığında Prostat Kanserine Yaklaşım Önerileri.[interrnet]. Üroonkoloji derneği. (30.03.2018). https://www.trod.org.tr/files/file/Prostat_Kanseri_Yol_Haritasi_Ana_dokuman.pdf

86. Ak M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda pap smear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2010, 2010.2: 1-4.

87. Dişçigil G, et al. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal, 2007, 20.1: 029-036.

88. Tokuç, B, Berberoğlu, U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007, 6.6: 421-426.

89. Akyüz A, et al. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2006, 48.1 025-029.

90. Ünalan P, et al. Marmara Üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2005, 36.4: 147-151.

91. Karaca M. 'Pap Smear' Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor?. Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 2008, 18.1: 22-28.

92. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuranların Pap smear hakkındaki bilgi tutum ve davranışları. Sağlık ve Toplum 2003;1360-6

93. Temel H. Sivas İl Merkezi'nde yaşayan 35 yaş ve üzeri kadınların, serviks kanseri ve Pap testi konusundaki bilgi, tutum ve davranışları (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi;2008.

94. Almobarak AO, et al. Knowledge, attitudes and practices of Sudanese women regarding the pap smear test and cervical cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2016, 17.2: 625-630.

95. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection From Cancer and Early Diagnosis Applications in izmir, Turkey a Pilot Study. Cancer Nurs 2006; 29 207 13

96. Dündar PE, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC cancer, 2006, 6.1: 43.

97. Oestreicher N, Lehman CD, Seger DJ, Buist DS, White E. The incremental contribution of clinical breast examination to invasive cancer detection in a mammography screening program. Am J Roentgenol. 2005;184(2):428-432*

98. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Istanb Med J. 2014;15(3):154-160

99. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. CA Cancer J Clin. 2004;54(6):345-361

100. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. 2011.

101. Bagheri LK. Why Colorectal Diseases are Important?. 2013:1-2.

102. Yiğitbaş Ç, et al. Bingöl Devlet Hatanesine Başvuran Yetişkinlerin Kanser Tarama Testlerine İlişkin Bilgi ve Tutumları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2014, 17.1: 29-38.

103. Bayçelebi G, et al. Trabzon'da kanser tarama testleri farkındalığı. Journal of Human Rhythm, 2015, 1.3.

104. Solmi F, Von Wagner C, Kobayashi LC, Raine R, Wardle J, Morris S. Decomposing socio-economic inequality in colorectal cancer screening uptake in England Sociel Science&Medicine 2015; 134: 76-86

105. Yapucu ÜG, et al. Sağlıklı Bireylerde Kanser Risk Faktörleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ,2007;2:13-22.

106. Ries LAG, EisnerMP, Kosary CL. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2001, Bethesda, Md: National Cancer Institute; 2004.

107. Schroder FH, Bagma CH: The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSCP). Br J Urol. 1997;79:68-71

108. Hoffman RM , Couper MP , Zikmund-Fisher BJ , Levin CA , McNaughton-Collins M , Helitzer DL , VanHoewyk J , Barry MJ . Prostate cancer screening decisions: results from the National Survey of Medical Decisions Arch Intern Med. 2009;17:1611-18.

109. Ozan H. Pap Smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden? Hassa H (ed). Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi 2005; 2: 36-40.

8. EKLER

8.1. ANKET FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 35 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN KANSER TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI ANKETİ

Bu anket, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında yapılan bir tez çalışmasında kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Vereceğiniz cevaplar verilerin doğru elde edilmesi için önemlidir. Lütfen size en uygun seçeneği seçiniz. Katkınız için teşekkür ederiz.

../../201.

1.Yaşınız:….

2.Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek c) Diğer

3. Medeni durumunuz:

a) Bekar b) Evli c) Boşanmış/ayrı yaşıyor d) Eşi ölmüş

4.Eğitim durumunuz:

a) Okuryazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

5.Aile gelir düzeyiniz (aylık toplam):

a) Düşük b) Orta c) Yüksek

6.Sigara içiyor musunuz?

a) İçmiyorum b) Bıraktım c) Ara sıra içiyorum d) Her gün içiyorum

7. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Kullanmıyorum b) Bıraktım c) Ara sıra d) Haftada en az birkaç gün

8.Doktor tarafından tanı konmuş sürekli bir hastalığınız var mı?Varsa belirtiniz.

a) Hayır b) Evet…….

9.Ailenizde kanser hastası olan var mı?

a) Yok b) Var

10.Aileniz dışında kanser tanısı alan tanıdığınız var mı?

a) Yok b) Var

11.Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?

a) Hayır b) Evet

12.Kanser tarama testleri hakkında bilgiyi nerden aldınız?(Birden fazla şık işaretlenebilir)

a) Aile hekiminiz b) Branş hekimleri c) Hemşire ve diğer sağlık çalışanları

d) Televizyon e) İnternet f) Tanıdıklar g) Broşürler h) Diğer.....

13.Kanser tarama testleri hangi kanser türleri için yapılmaktadır?(Birden fazla şık işaretlenebilir)

a) Meme b) Kalın barsak c) Prostat d) Rahim ağzı e) Fikrim yok

14.Hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından size kanser tarama testini yaptırmanızı öneren oldu mu?

a) Hayır b) Evet

15.Siz herhangi bir kanser tarama testi yaptırdınız mı?

a) Hayır yaptırmadım

b) Evet yaptırdım .....kanseri için

16.Kanser tarama testlerini düzenli aralıklarla yaptırır mısınız?

a) Hayır b) Evet

17.Kanser tarama testlerini yaptırmadıysanız ya da düzensiz yaptırıyorsanız nedeni nedir?(Birden fazla şık işaretlenebilir)

a) Korktuğum için

b) Utandığım için

c) Zaman bulamadığım için

d) Bilgim olmadığı için

e) Nasıl ulaşacağımı bilmediğim için

f) İşe yaramayacağını düşündüğüm için

g) Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için

h) Diğer .....

18.Kanser tarama testini nerede yaptırmayı tercih edersiniz?

a) Aile hekiminizde b) Devlet hastanesinde ilgili branşlarda

c) Özel hastanelerde d) Diğer…….

19.KETEM hakkında bilginiz var mı?

a) Duydum ancak ne işe yaradığını bilmiyorum

b) Duydum ve bilgim var

c) Bilgim yok

20-28 arası sorular kadın katılımcılar içindir.

20.Smear testini duydunuz mu?

a) Hayır b) Evet

21. Smear testini hiç yaptırdınız mı ?

a) Hayır b) Evet

22. Cevap evet ise ilk olarak kaç yaşında yaptırdınız?.....

23.Smear testini ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?

a) Yılda bir yaptırıyorum

b) İki yılda bir yaptırıyorum

c) Beş yılda bir yaptırıyorum

d) Düzensiz aralıklarla yaptırıyorum

e) Hiç yaptırmadım

24.Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilginiz var mı?

a) Hayır b) Evet

25.Kendine meme muayenesini ne sıklıkta yaparsınız?

a) Ayda bir kez düzenli

b) Yılda bir kez

c) Düzensiz aralıklarla

d) Hiç yapmadım

26.Hekim tarafından klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?

a) Hayır b) Evet

27.Mamografi hakkında bilginiz var mı?

a) Hayır b) Evet

28.Ne sıklıkta mamografi çektirirsiniz?

a) İki yılda bir

b) Beş yılda bir

c) Düzensiz aralıklarla

d) Hiç çektirmedim

29.Gaytada gizli kan testini duydunuz mu?

a) Hayır b) Evet

30.Gaytada gizli kan testi yaptırdınız mı?

a) Hayır b) Evet

31.Kolonoskopi hakkında bilginiz var mı?

a) Hayır b) Evet

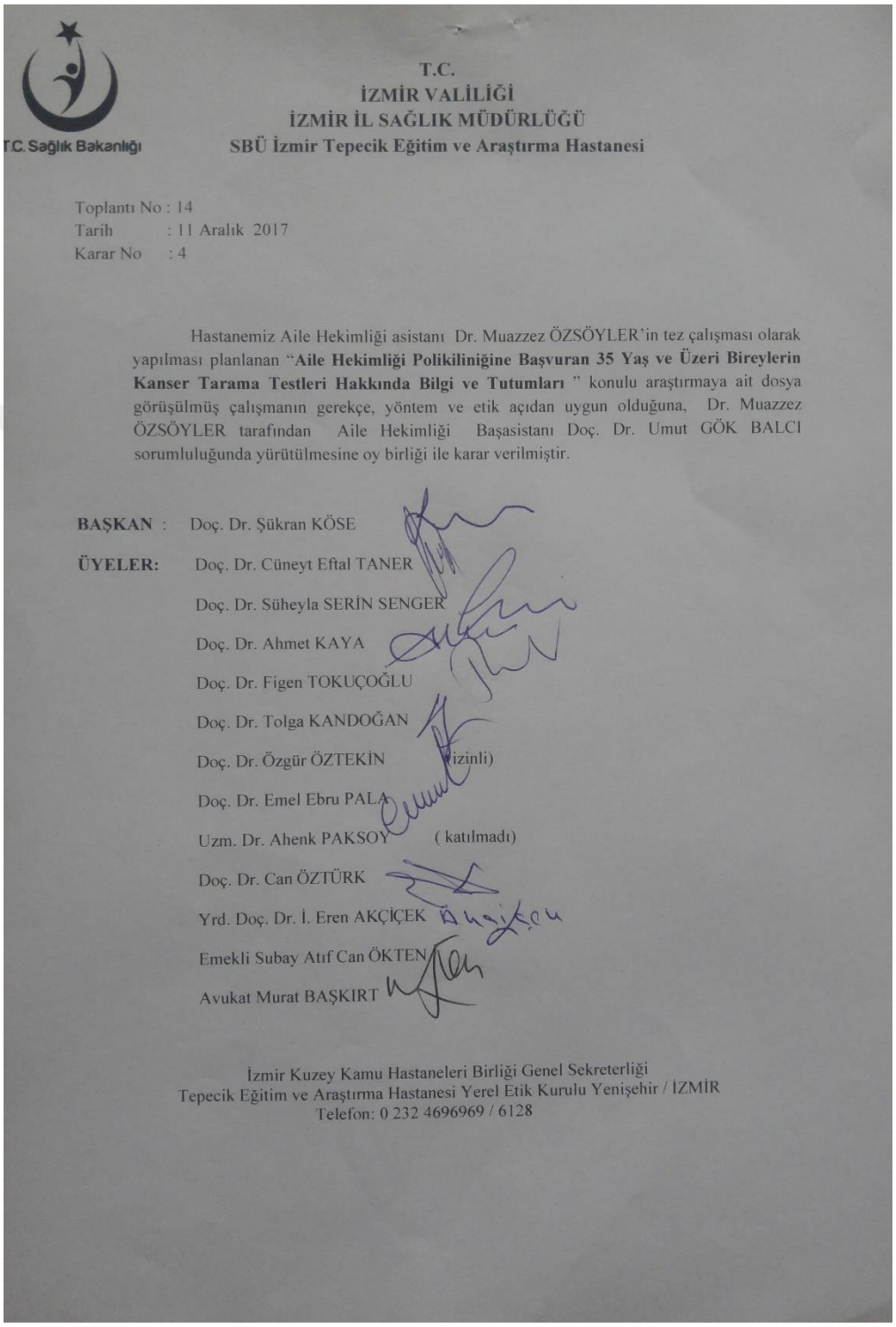
32.Kanser tarama amaçlı kolonoskopi yaptırdınız mı?

a) Hayır b) Evet

33.(erkek katılımcılar için)Prostat kanseri taraması için hekiminiz tarafından bilgilendirildiniz mi?

a) Hayır b) Evet

8.2. ETİK KURUL ONAYI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 14
Tarih : 11 Aralık 2017
Karar No : 4

Hastanemiz Aile Hekimliği asistanı Dr. Muazzez ÖZSÖYLER'in tez çalışması olarak yapılması planlanan "**Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş ve Üzeri Bireylerin Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi ve Tutumları** " konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Muazzez ÖZSÖYLER tarafından Aile Hekimliği Başasistanı Doç. Dr. Umut GÖK BALCI sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER: Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN (izinli)

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY (katılmadı)

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK

Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

9. ÖZGEÇMİŞ

Muazzez Özsöyler, 1984 yılında Adana' da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimlerini Adana'da tamamladı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2009 yılında mezun oldu. 2009-2012 yılları arasında Düziçi Devlet Hastanesinde pratisyen hekim olarak çalıştı. 2012-2013 yıllarında Osmaniye Özel İbni Sina Hastanesinde acil serviste çalıştı. 2014 yılından itibaren hala İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde asistan hekim olarak görev yapmaktadır.