T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA KADIN HASTALARIN ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMINA YÖNELİK FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ayşegül YAPALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA KADIN HASTALARIN ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMINA YÖNELİK FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ayşegül YAPALI

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ümit AYDOĞAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA 2025

TEŞEKKÜR

Hem uzmanlık eğitimim boyunca hem de tez hazırlama sürecimde bana yol gösteren, bilgi, birikim ve tecrübelerinden faydalandığım Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu ve Tez Danışmanım Prof. Dr. Ümit AYDOĞAN'a,

Eğitim dönemim ve tez çalışmama destek ve katkılarından dolayı Doç. Dr Yusuf Çetin DOĞANER'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım değerli uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Meslek hayatımın 24. yılında, çalışma hayatı ile beraber sürdürdüğüm eğitim sürecinde, bana destek olan aileme teşekkürlerimi sunuyorum…

Dr. Ayşegül YAPALI

Ankara, 2025

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR i

KISALTMALAR iv

TABLOLAR v

ŞEKİLLER vi

ÖZET vii

ABSTRACT ix

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ 3

2.1.2. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 5

2.2. KANSER TANIMI VE ÖNEMİ 7

2.2.1. Kanser Tarihçesi 8

2.2.2. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 9

2.3. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ 10

2.3.1. Dünyada Kanser Epidemiyolojisi 10

2.3.2. Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi 12

2.4. KANSERDE ERKEN TANI VE TARAMA PROGRAMLARI 14

2.4.1. Dünyadaki Kanser Taramaları 14

2.4.2. Türkiye'deki Kanser Taramaları 17

2.5. KANSERDEN KORUNMA 22

2.5.1. Kanserden Korunmada Birincil Korunma Önlemleri 22

2.5.2. Kanserden Korunmada İkincil Korunma Önlemleri 23

2.5.3. Kanserden Korunmada Üçüncül Korunma Önlemleri 23

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 25

3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI 25
3.2. ÇALIŞMANIN YERİ VE ZAMANI 25
3.3. ÇALIŞMANIN POPÜLASYONU 25
3.4. VERİ TOPLAMA FORMU VE DEĞİŞKENLER 26
3.5. ARAŞTIRMA SÜREÇLERİ 26
3.6. ETİK KONULAR VE İZİNLER 27
3.7. İSTATİSTİK ANALİZ 28
4. BULGULAR 29
5. TARTIŞMA 37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 46
KAYNAKLAR 48
ÖZGEÇMİŞ 55
EKLER 57
EK-1. VERİ TOPLAMA FORMU 57
EK-2. TUEK ONAYI 59
EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 60
EK-4. ETİK KURUL ONAYI 63

KISALTMALAR

AB : Avrupa Birliği

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GGK : Gaitada Gizli Kan Testi

GLOBOCAN : Küresel Kanser Yükü Çalışması

HIV : Human Immunodeficiency Virus

HP : Helicobacter pylori

HPV : Human Papilloma Virus

IARC : Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri

MÖ : Milattan Önce

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

MS : Milattan Sonra

PSA : Prostat Spesifik Antijen

SS : Standart Sapma

TUEK : Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu

USG : Ultrasonografi

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

WONCA : Dünya Aile Hekimleri Birliği

TABLOLAR

Sayfa

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 29

Tablo 2. Katılımcıların yaşam tarzı özellikleri ve alışkanlıklarının dağılımı..... 30

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı 30

Tablo 4. Katılımcıların ailesel olarak kanser durumlarının dağılımı 31

Tablo 5. Katılımcıların kanser taramalarına ait bilgi ve tutumları 32

Tablo 6. Katılımcı özellikleri ve tarama yaptırma durumu arasındaki ilişki..... 34

Tablo 7. Katılımcı özellikleri ve taramalar hakkında bilgi sahibi olma arasındaki ilişki..... 36

ŞEKİLLER

Sayfa

Şekil 1. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ve özellikleri..... 4

Şekil 2. Her iki cinsiyette en sık görülen ilk 15 kanser türü 11

Şekil 3. Her iki cinsiyette en çok ölüme neden olan ilk 15 kanser türü..... 11

Şekil 4. Türkiye de her iki cinsiyette en sık görülen kanserler..... 12

Şekil 5. Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanserler 13

Şekil 6. Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanserler 13

Şekil 7. Türkiye Ulusal Servikal Tarama Programı algoritması..... 20

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada kadınların kanser taraması hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesi, tarama programlarına uyumu etkileyen sosyodemografik özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel türde gözlemsel saha araştırması tasarımına sahip bu çalışma, 01.10.2022-31.09.2023 tarihleri arasında Ulusal Kanser Tarama Programına katılım kapsamında Ankara İli Keçiören İlçesi Ayvalı Zeki Polat ASM'ye başvuran 384 kadın hasta ile yürütülmüştür. Kadınlara; sosyodemografik özellikleri, yaşam tarzı özellikleri, kronik hastalık özellikleri, ailevi kanser hikayeleri, kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyi ve kanser tarama programına katılım özelliklerine ait 19 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS istatistik programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %41,1'i 41-50 yaş aralığında olup, yaş ortalamaları 45,35±10,21'dir. Katılımcıların 15'i (%4,0) bekar, 321'i (%86,3) evli ve 36'sı (%9,7) boşanmıştır. Katılımcıların çoğu sosyal güvencesi (%82,8) ve en az bir çocuk sahibi olan (%94,3) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların (%31.1) i düzenli egzersiz yapmakta iken, (%24,7) i sigara kullanmaktadır. Kadınların %45.6 'sında bir kronik hastalık var iken, en sık görülen hastalıklar hipertansiyon (%40), hipertiroidi (%27,4) ve diyabettir (%25,7). Kadınların ailesinde kanser öyküsü olma durumu (%33.1) olup en sık kanser görülen aile yakınları anne ve babalardır (%55,1). Ailede en sık görülen kanser türleri ise sıklık sırasına göre meme (%29,9), akciğer (%21,3) ve kolon kanserleridir (%11,8). Kadınların (% 74.6) i kanser taramaları hakkında bilgi sahibi iken, %55,4'ü bilgiyi bir sağlık çalışanından edinmiştir. Tarama yaptırmayanlarda, en sık yaptırmama sebebi bilgi eksikliği iken (%31,1), bunu zaman eksikliği (%26,1) ve kanser tanısı alma korkusu (%13,7) izlemektedir. En sık kanser taraması yaptıranlar 41-50 yaş arasında olanlar (%66,9) iken, öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça ve çocuk sayısı azaldıkça tarama yaptırma sıklığı artmaktadır. Ayrıca, sosyal güvencesi olanlar (%58,6), düzenli egzersiz yapanlar (%63,9) ve ailede kanser öyküsü bulunanlar (%69,3) daha fazla

sıklıkta kanser taraması yaptırmaktadır. Bununla birlikte, kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olanların çoğu; 41-50 yaş arasında (%80,9), daha yüksek öğrenim düzeyine sahip (lise mezunlarında %81,6 ve üniversitesi mezunlarında %94,4), çalışan (%93,9), sosyal güvence sahibi (%80,4), gelir düzeyi yüksek olan (%92,5), daha az sayıda çocuk sahibi olan, daha geç yaşta çocuk sahibi olan (ilk çocuğunu 23 yaş ve üzerinde doğuranlarda %88,7) ve düzenli egzersiz yapan (%81,5) kadınlardan oluşmaktadır.

Sonuç: Bu çalışmada, kadınların öğrenim düzeyi, sosyal güvence varlığı ve gelir düzeyi gibi faktörlerin kanser taramalarına katılım ile ilişkide olduğu tespit edilmiştir. Okuma yazma bilmeyen ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda kanser taramaları konusunda farkındalık düzeyi düşüktür. Kanser taramaları ile ilgili farkındalığı ve katılımı artırmak için bireylere sağlık hizmeti sunumunda ilk başvuru merkezleri olan aile hekimlerinin koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamında hasta eğitimine önem vermeleri ve bu konu ile ilgili görsel ve yazılı kamu spotlarının kullanılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak, Kadın, Kanser Tarama, Farkındalık.

ABSTRACT

Aim: This study aimed to determine women's knowledge and awareness about cancer screening tests, and to investigate demographic and other factors on their compliance with the cancer screening program.

Materials and Methods: This cross-sectional observational field research was conducted with 384 female patients who were admitted to the Ayvalı Zeki Polat Family Health Center in Keçiören District, Ankara, within the participation scope of the National Cancer Screening Program between October 1, 2022, and September 31, 2023. A questionnaire of 19 questions related to sociodemographic characteristics, lifestyle characteristics, chronic disease characteristics, family cancer histories, and knowledge about and participation in the cancer screening program was administered to the participants. The relationships between the participants' demographic, clinical, and lifestyle characteristics, knowledge levels, and participation status in screenings were analyzed.

Results: When the age distribution of the participants in our study was examined, 41.1% of the participants were between the ages of 41 and 50, with a mean age of 45.35±10.21. Of the women 15 (4.0%) of the participants were single, 321 (86.3%) were married, and 36 (9.7%) were divorced. Most of the participants were women with social security (82.8%) and had at least one child (94.3%). While 31.1% of the participants exercised regularly, 24.7% were smokers. 45.6% of the women had a chronic disease, the most common being hypertension (40%), hyperthyroidism (27.4%), and diabetes (25.7%). A family history of cancer was present in 33.1% of the women, and the most common family relatives with cancer were mothers and fathers (55.1%). The most common types of cancer in the family, in order of frequency, are breast (29.9%), lung (21.3%) and colon cancer (11.8%). While women (74.6%) have information about cancer screenings, 55.4% of them obtained the information from a healthcare professional. Among those who do not have screening, the most common reason for not having screening is lack of information (31.1%), followed by lack of time (26.1%) and fear of being diagnosed with cancer (13.7%). While those who have

cancer screenings most frequently are between the ages of 41-50 (66.9%), the frequency of screening increases as the education level and income level increases and as the number of children decreases. In addition, those with social security (58.6%), those who exercise regularly (63.9%) and those with a family history of cancer (69.3%) have cancer screenings more frequently. However, most of those who have information about cancer screenings; Women aged 41-50 (80.9%) had a higher education level (81.6% of high school graduates and 94.4% of university graduates), were employed (93.9%), had social security (80.4%), had a higher income (92.5%), had fewer children, had children at a later age (88.7% of those who had their first child at age 23 or older), and exercised regularly (81.5 age (88.7% for first childbirth at 23 years or older), and engaged in regular exercise (81.5%).

Conclusion: This study found that factors such as women's education level, social security status, and income level were associated with participation in cancer screenings. Awareness about cancer screenings is low among illiterate women and women with low socioeconomic status. To increase awareness and participation in cancer screenings, it is important for family physicians, who are the first point of contact for healthcare services, to prioritize patient education within the scope of preventive medicine services and to use visual and written public service announcements on this topic.

Keywords: Primary Care, Woman, Cancer Screening, Awareness.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserler ölümlerin majör nedenlerinden birini oluşturmakta ve ortalama yaşam ömrünün artmasının önünde duran en önemli engel olarak bildirilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan hesaplamalarda; 112 ülkede kanserlerin 70 yaş öncesi ölümlerin en sık veya ikinci en sık nedeni oluşturduğu, 23 ülkede ise üçüncü veya dördüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir (2). Birçok ülkede inme ve koroner kalp hastalıklarına bağlı mortalite de belirgin azalma sağlanması nedeni ile kanserler mortalitenin önde gelen nedeni olarak gözlenmektedir (3).

Dünya nüfusu artışı ile birlikte ileri yaştaki kişi sayısındaki artışın kanser insidansında ve mortalite oranlarının artışında en önemli rolü oynadığı kabul edilmektedir (4,5). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC; International Agency for Research on Cancer) Küresel Kanser Yükü Çalışması (GLOBOCAN; The Global Cancer Observatory) 2020 raporuna göre, 2020 yılında dünyada 19,3 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 10 milyon kanser ilişkili ölüm bildirilmiştir (6).

Her iki cinsiyette gözlenen kanserler bakış açısı ile en sık gözlenen kanserler sıralandığında kadınlarda gelişen meme kanseri tüm kanser türleri içerisinde en sık görülen kanser türünü oluşturmaktadır (7,8). Küresel Kanser Yükü Çalışması 2020 raporunda kadınlarda gelişen meme kanseri her iki cinsiyet dâhil %11,7 ile en sık görülen kanser türü olarak saptanmıştır. Aynı raporda sadece kadınlarda gelişen kanser türleri değerlendirildiğinde meme kanseri %24,5 ile ilk sırada yer almış, kolorektal kanserler (%9,4), akciğer kanserleri (%8,4) ve serviks kanseri (%6,5) en sık görülen diğer kanserler olarak belirlenmiştir. Ayrıca meme kanseri %15,5 ile kadınlarda kanser ilişkili ölümlerin en sık nedenini oluşturmakta, meme kanserini; akciğer (%13,7), kolorektal (%9,5) ve serviks (%7,7) kanserleri takip etmektedir (6).

İnsan ömrünü ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli nedenlerden birini oluşturan kanserler, ülkemizde de en çok ölüme yol açan klinik tablolar arasında yer almaktadır. Ülkemizde 2020 yılında 230.000'den biraz fazla yeni kanser vakası ve yaklaşık 125.000 kanser ilişkili ölüm gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Türkiye'de kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra kanserler ikinci en sık ölüm nedeni

olarak bildirilmekte, her beş ölümden birinin kanser ilişkili olduğu rapor edilmektedir (9).

Kanser taramaları, risk altında olduğu kabul edilen kişilerde sekonder koruma amacıyla uygulanan muayene ve tanısal değerlendirme yöntemlerini içermektedir. Kanser taramalarında amaç, erken dönemde tanı konulması, erken tedavi uygulanması ve bu sayede morbidite ve mortalite oranlarının azaltılmasıdır. Kanser türleri içerisinde anlamlı düzeyde mortalite, prevalans ve insidans oranlarına sahip, erken tanı sayesinde etkin tedavi seçenekleri bulunanlar tarama programlarına alınmaktadır (10). DSÖ önerileri ile uyumlu olarak ülkemizde meme kanseri, serviks kanseri ve kolon kanseri tarama programı yürütülmektedir (11-13).

Kanser tarama programları ile ilgili kanser türleri ilişkili morbidite, mortalite ve sağlık harcamalarının azaltılabilmesi için risk altındaki popülasyonun en az %70'inin programa katılması gerekmektedir. Ülkemizde yürütülen tarama programlarına katılımın düşük olduğu, meme kanseri için %30-35, serviks kanseri için %20 ve kolorektal kanserler için %20-30 civarında olduğu rapor edilmektedir (14).

Toplumun, özellikle risk altında bulunan popülasyonun kanser etiyolojisi, erken tanı ve tedavi olanakları bilgi düzeyi ile tarama programları varlığı konusundaki farkındalık eksiklikleri kanser ilişkili mortalitenin önde gelen nedenini oluşturmaktadır (15).

Bu çalışmada, aile sağlığı merkezi (ASM)'ne başvuran kadınların kanser tarama testleri hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesi, tarama programlarına uyumu etkileyen demografik ve diğer özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Günümüzde sağlık veya sağlıklı olma ile ilgili çeşitli tanımlamalar literatürde yer almakta, kişilerde herhangi bir hastalığın bulunmaması ifade edilmeye çalışılmaktadır. Modern tıp döneminde ise en çok kabul edilen tanımlama 1948'de DSÖ tarafından yapılmıştır. DSÖ tarafından sağlık *"yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan da bir iyilik hali"* olarak ifade edilmiştir (16).

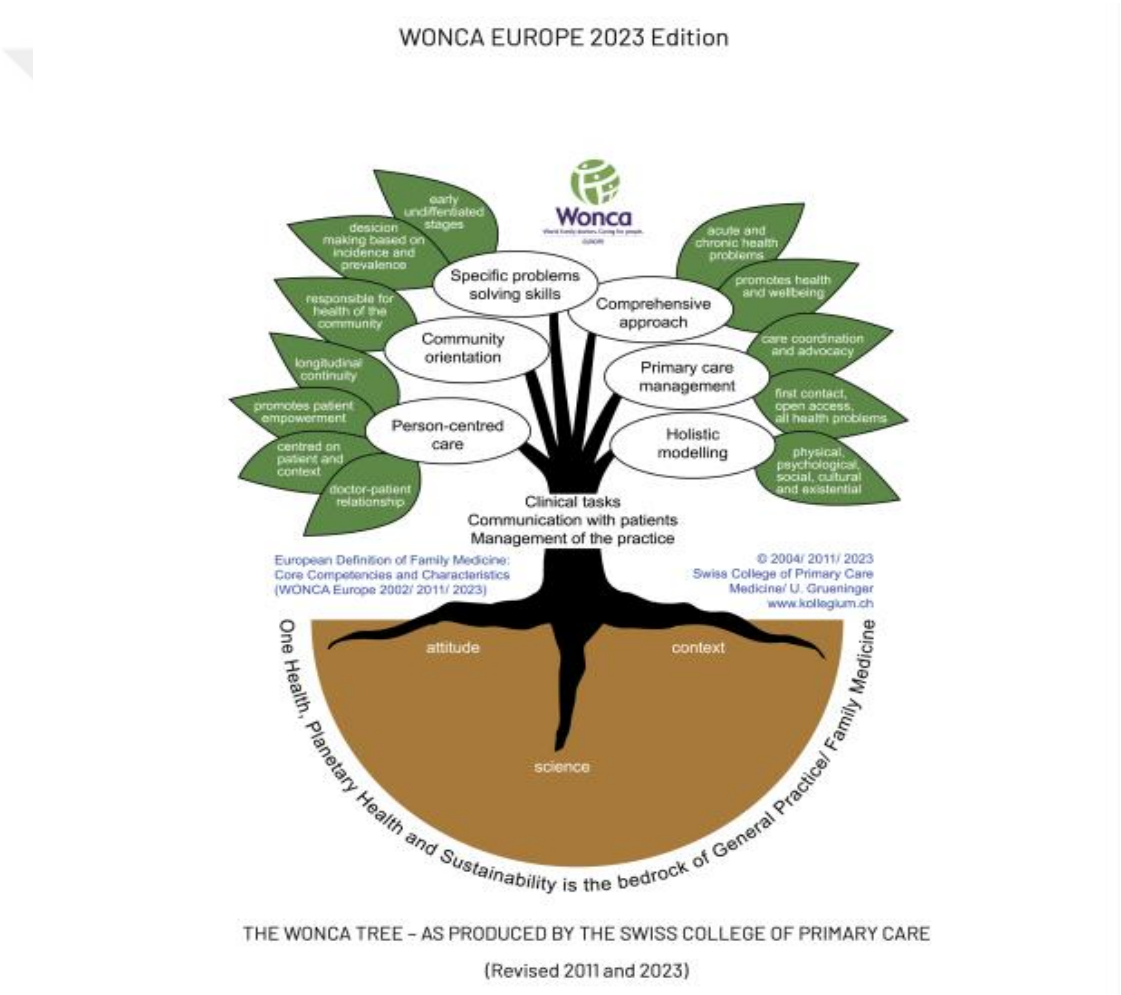
Sağlık hizmetleri ise kişilerin ve toplumun sağlıklı hallerinin korunması, geliştirilmesi ve devamlılığının sağlanması amacı ile yürütülen uygulamaları içermektedir. Bu kapsamda sağlığın korunması, hastalıkların ve sakatlıkların tedavisi ve gerekli rehabilitasyonu için uygulanan tüm süreçler sağlık hizmeti olarak tanımlanır (17). Genel olarak sağlık hizmetleri 4 ana kategoride değerlendirilmektedir. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi alt başlıklarıdır. İfade edilen sağlık hizmetlerinin uygulanmasında birinci basamak ve en önemli bileşeni olan Aile hekimliği sistemi önemli bir yer tutmaktadır (17,18).

2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumunun Temel Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın iyileştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin kolayca ulaşabildikleri, merkezinde Aile Hekimliği sisteminin yer aldığı sağlık hizmetidir (19).

Tıbbi hizmetler kapsamında ayrı bir disiplin olarak 1900'lü yılların başında ortaya çıkan Aile Hekimliği, günümüze kadar DSÖ başta olmak üzere çeşitli kurumlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. 2002'de Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA; World Organization of Family Doctors) tarafından geliştirilen tanımlama günümüzde yaygın olarak kullanılan tanımlamadır (20).

Aile hekimliği birimleri kişilerin sağlık hizmeti almak için ilk başvurdukları merkezlerdir. Aile hekimleri yaş, cinsiyet, ırk ayrımı yapmadan bütüncül bir bakış açısı ile başvuran kişilerin tüm sağlık sorunlarını, fiziksel, ruhsal ve kültürel özelliklerini değerlendirerek araştırır. Tüm bu süreçlerde kaynakları etkin kullanarak gerekli olması durumunda sağlık hizmet sunumunun diğer başmaklarına hasta yönlendirilmesini yapar ve koordinasyonunu sağlar. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarının ilk değerlendirmesini yapar, koruyucu sağlık hizmetlerini ve sağlığın geliştirilmesi uygulamalarını yürütür (21). Aile hekimliği yeterlilikleri ve çekirdek özellikleri Şekil 1'de özetlenmiştir.



Şekil 1. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ve özellikleri (22).

2.1.2. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde sağlık hizmeti bütüncül bir yaklaşımla Cumhuriyetin ilanı ile birlikte temelleri atılmış, 1930 yılında yayımlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile hız kazanmıştır. Bu yıllardan itibaren basamaklı sağlık hizmetleri alt yapısı oluşturulmuş, birinci basamakta koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi ile birlikte, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, aşılamalar ve gebe takibi, sağlıklı çocuk takibi gibi süreçler yerine getirilmiştir (16,17).

24.11.2004 tarihli ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile birlikte ülkemizde aile hekimliği sistemi 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmış, 2010 yılı sonuna kadar tüm ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır (23).

25.01.2013 tarihinde uygulamaya giren 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin ilgili maddesinde Aile Hekimi: *"Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir"* şeklinde tanımlanmıştır. Aynı yönetmelikte ASM; *"Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu"* şeklinde açıklanmıştır (24,25).

Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir (19).

"a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak."

Kanserler tüm ölüm nedenleri içerisinde dünyada ve ülkemizde kalp damar hastalıklarından sonra ikinci en sık ölüm nedeni olarak bildirilmektedir (10,26). İnsidans hızları ve ölüm oranları göz önünde bulundurularak bazı kanser türlerine yönelik olarak yapılan taramalar, kanser öncül lezyonların tespitini, mevcut kanser hastalarını erken dönemde yakalamayı ve bu sayede morbidite ve mortalite oranlarını azaltmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser ve risk gruplarında akciğer kanseri gibi kanser türlerine yönelik tarama programları yürütülmektedir (3,7).

2.2. KANSER TANIMI VE ÖNEMİ

Kanser, olağan dışı hücre çoğalması sonucunda oluşan, vücudun belirli bir bölümünü veya komşu yapıları, uzak organları etkileyebilen klinik tablolar için kullanılan genel bir ifadedir. Kanser ile birlikte malign tümör veya benign tümör gibi terminolojiler yaygın olarak kullanılmaktadır. Metastaz ise kanser hücrelerinin olağan sınırlarını aşarak komşu yapılara ve uzak doku ve organlara yayılım özelliği göstererek bu doku ve organlarda da anormal çoğalma özelliği göstermeye devam etmesi olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak birden fazla doku ve organa metastaz yapma özelliği gösteren kanserlerde mortalite oranları daha yüksek gözlenmektedir (27,28).

Kanserler genel kabul edilen görüş ile genetik ve çevresel faktörlerin ortak etkisi sonucunda oluştuğu kabul edilmektedir. Hücrelerin büyüme, bölünme ve gelişme süreçleri ile ilişkili genlerdeki değişiklikler kanser oluşumunda rol oynamaktadır. Kanser oluşumunda proto-onkogenler, tümör supresör genler ve DNA onarım genlerinin rolü olduğu bildirilmektedir (29,30).

Prototo-onkogenler normal hücre büyümesi ve olgunlaşmasında görev alan genlerdir, bu genlerde oluşan değişiklikler genin onkogen özelliği göstermesine ve kontrolsüz hücre çoğalmasına, diğer ifade ile kanser oluşumuna neden olmaktadır. Tümör supresör genler hücre büyüme ve bölünmesinin kontrolünde görev almakta, bu genlerdeki değişiklikler yine hücrelerin kontrolsüz şekilde bölünmesine izin vererek kanser oluşumuna katkıda bulunmaktadır. DNA onarım genleri ise hasar oluşmuş DNA'nın tamirinde rol oynamakta, bu genlerdeki değişiklikler yine kanser oluşumuna katkı sunmaktadır. DNA'sında hasar oluşan hücreler immün sistem hücreleri tarafından ortadan kaldırılmaktadır. Ancak yaşlanma gibi faktörler immün sistem hücrelerinin hasra görmüş hücrelerin ortadan kaldırmadaki gücünü azaltabilmektedir. Bu durum kanser insidansının ileri yaşlarda artış göstermesinde en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (15,31).

2.2.1. Kanser Tarihçesi

İnsanlık tarihinde günümüz kanser terminolojisi içerisinde değerlendirilebilecek ilk bilgiler Milattan Önce (M.Ö.) 1.500 yıllara kadar dayanmaktadır (32). Tıbbın gelişime yön veren en önemli isim olan Hipokrat (M.Ö. 460–360), vücudun farklı bölümlerinde oluşan ülserleşen, ağrılı kitleleri ifade etmek için "onkos"; yavaş bir şekilde olağan dışı yerlerde büyüyen dokuları tanımlamak için ise "karnikos" veya "karsinoma" ifadelerini kullanmıştır. Kanser ifadesi ise ilk kez Milattan Sonra (M.S.) 29–200 arasında Galen tarafından anormal büyüyen bu dokuların yengece benzemesi nedeni ile kullanılmıştır (33,34).

Modern tıp öncesi (1500 – 1850) dönemde kanser ile ilgili yeni bilgiler elde edilmiştir. Ambroise Paré (1510-1590) tarafından *"meydana geldiği doku elemanlarını içeren aşırı büyüme"* kötü huylu tümör olarak tanımlanmıştır. Bu yıllarda meme kanserine birçok kanser türüne göre daha kolay tanı konulması nedeni kanserlerin kadınlarda daha çok görüldüğü düşünülmüştür. Kanserin lenfatik yol ile yayılım özelliği gösterdiği cerrahi olarak tedavi edilmediğinde ölümle sonuçlandığı belirtilmiştir. Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) kanserlerden ölen 700 hastanın otopsi raporunu yayınlamış, günümüzde bilinen kanser türlerinin (meme, mide,

rektum ve pankreas) birçoğunu tanımlayarak, birincil (primer) ve ikincil (sekonder) tümör ayrımını açıklamıştır (32,35).

2.2.2. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kanser oluşumunda hem genetik faktörlerin hem de çevresel faktörlerin etkisi söz konusudur. Çeşitli nedenler ile oluşan genetik değişiklikler çevresel faktörlerin etkisi ile birleşerek kanser klinik tablosunun gelişmesine neden olmaktadır (36).

Temel olarak kanser gelişiminden sorumlu olan risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen faktörler olarak iki başlıkta incelenmektedir. Yaş, cinsiyet ve genetik faktörler değiştirilemeyen risk etmenlerini, sigara, sağlıksız beslenme, stres maruziyeti, hareketsiz yaşama ve hepatit B, hepatit C, Human Papilloma Virüs (HPV) gibi viral enfeksiyonlar değiştirilebilir etkenler arasında yer almaktadır (36,37).

Kanserler her yaşta görülebilmekle birlikte birçok kanser türünün ileri yaşta daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Genel bilgi birikimimiz tüm kanserlerin insidansının 70 yaşına kadar artış gösterdiği ve daha sonra azalma eğilimine girdiği şeklindedir. Bununla birlikte bireyler yaşamları boyunca farklı yaşlarda ve farklı risk faktörleri varlığında farklı kanser türleri tanısı alma riskleri değişiklik göstermektedir (38,39).

Sigara ve alkol tüketiminin kanser riskini artırdığı kabul edilmektedir. Sigara ile en çok ilişkilendirilen kanser türlerinden biri akciğer kanseridir. Tüm akciğer kanser türlerinin 3'te 2'sinden fazlasının etiyolojisinde sigara kullanımı bulunmaktadır. Sigara kullananlarda ayrıca, özofagus, larinks, dil ve dudak, mesane, pankreas ve serviks kanserleri kullanmayanlara göre daha yüksek oranda görülmektedir. Alkol kullanımı ise özellikle oral bölgede farenks ve ses telleri dahil olmak üzere, özofagus ve karaciğer kanserlerinin gelişme sıklığını artırmaktadır (36,40,41).

Birçok kanser türünün etiyolojisinde çeşitli enfeksiyoz etkenler yer almaktadır. Hepatit B ve hepatit C virüsü karaciğer kanserine, HPV rahim ağzı (serviks) kanserlerine, Helicobacter Pylori (HP) mide kanserine, Schistosomiasis mesane

kanserine neden olabilmektedir (42,43). İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü'nün (HIV, Human Immunodeficiency Virus) hücresel ve humoral bağışıklığı etkileyerek kaposi sarkomu ve lenfoma gibi kanserlere neden olduğu bilinmektedir (44).

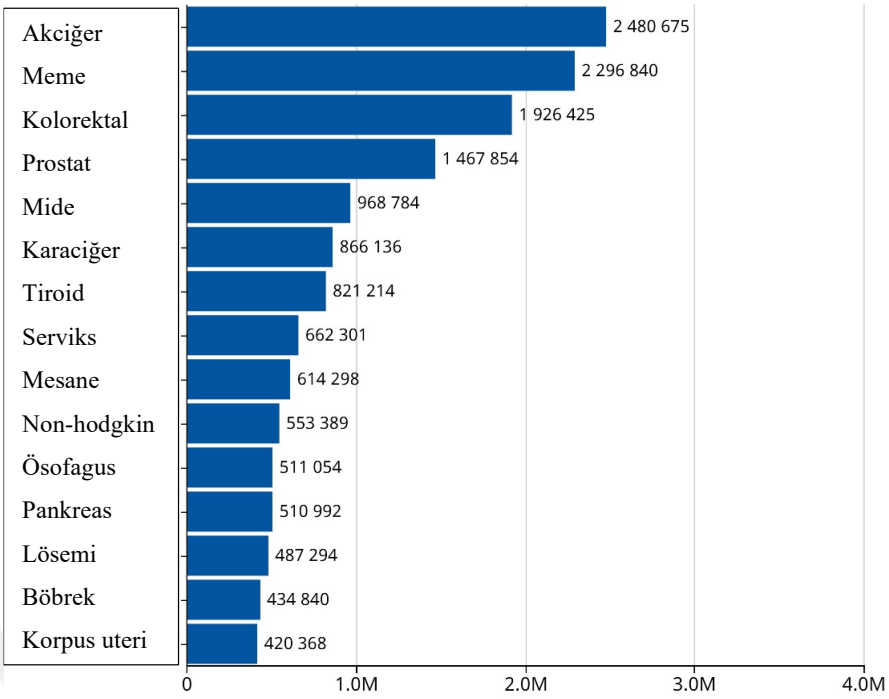
Çeşitli kimyasal (benzilklorid, nitro-etil-üre, vb.) ajanların ve fiziksel ajanların (ultraviyole, asbest vb.) kanser yapıcı etkilerinin olduğu bilinmektedir. İyonize radyasyonun lösemilere asbeste maruziyetin akciğer kanserine yol açtığı gösterilmiştir (45).

2.3. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

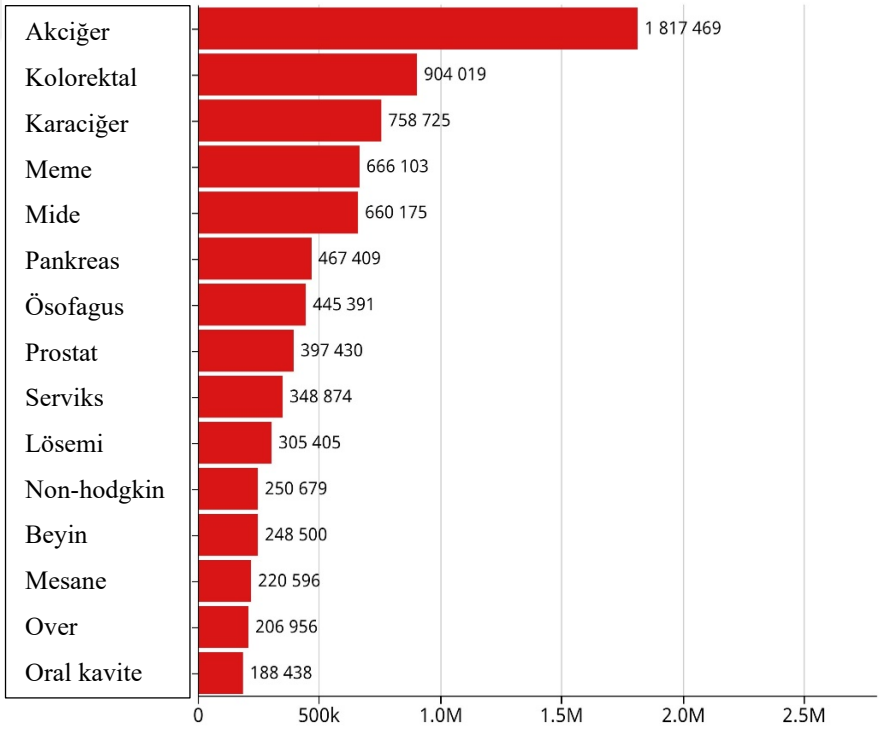
Modern tıbbın çeşitli olanakları sayesinde artan insan ömrünün en temel faktör olarak rol alması ile birlikte kanser insidansının artış gösterdiği ve önümüzdeki yıllarda da bu artışın devam edeceği kabul edilmektedir. IARC 2022 GLOBOCAN verilerine göre Dünyada 2022 yılında yaklaşık 20 milyon yeni kanser vakası tanısı konulduğu ve yaklaşık 10 milyon insanın kanser ilişkili nedenler ile kaybedildiği bildirilmiştir (46). Önümüzde ki 20 yıl içerisinde kanser insidansında en az % 50 artış görüleceği ve 2040 yılında yaklaşık 30 milyon yeni kanser vakası ile karşılaşılacağı öngörülmektedir (47).

2.3.1. Dünyada Kanser Epidemiyolojisi

GLOBOCAN 2022 dünya kanser istatistikleri verilerine göre en sık görülen ilk 5 kanser türü meme kanseri, prostat kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanserler ve mide kanserleridir (46). Aynı raporda en çok ölüme neden olan 5 kanser türü ise sırası ile akciğer, kolorektal, karaciğer, meme ve mide kanseri olarak rapor edilmiştir (Şekil 2 ve Şekil 3).



Şekil 2. Her iki cinsiyette en sık görülen ilk 15 kanser türü (M; milyon) (GLOBOCAN 2022) (46).

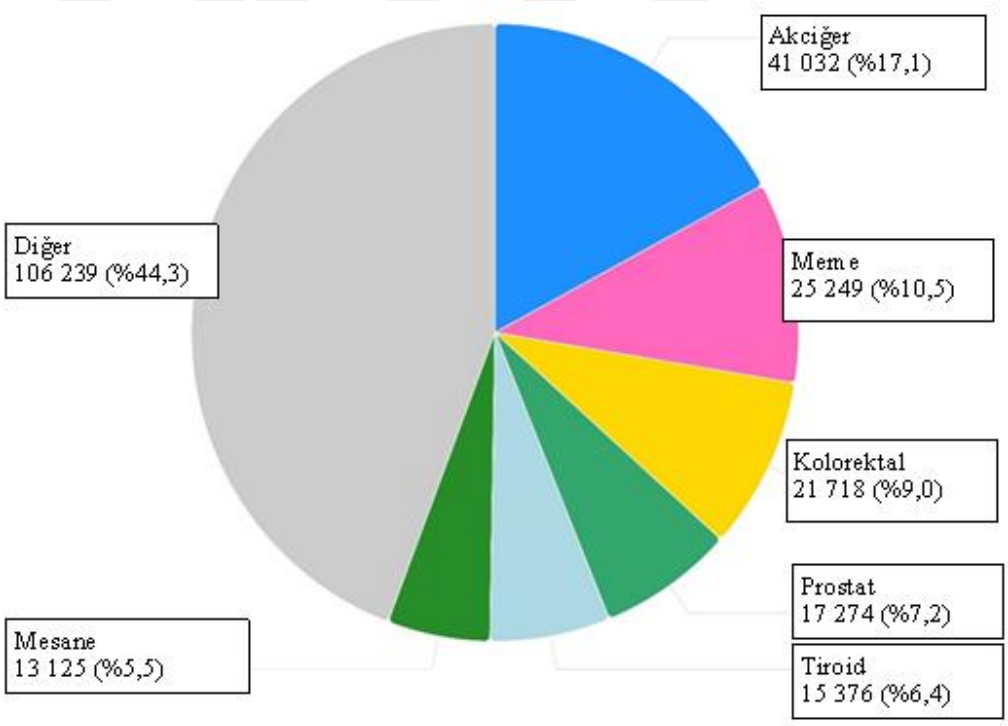


Şekil 3. Her iki cinsiyette en çok ölüme neden olan ilk 15 kanser türü (M, milyon) (GLOBOCAN 2022) (46).

2.3.2. Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi

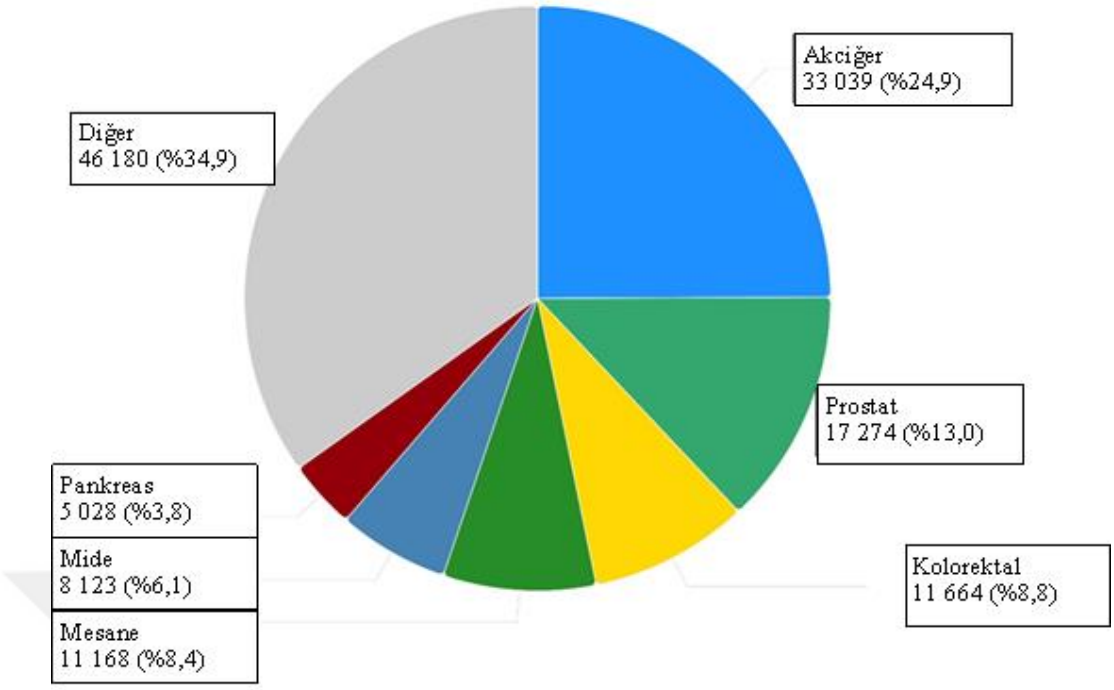
GLOBOCAN 2022 verilerine göre Türkiye'de 2022 yılında toplam 240.013 kişiye kanser tanısı konulmuştur (46). 2020 GLOBOCAN verilerine göre Türkiye'de 2020 yılında 233.834 kişiye kanser teşhisi konulmuş ve iki yılda yaklaşık 65.000 kişi artış görülmüştür (47).

2022 yılı raporuna göre erkeklerde kanser tanısı konulan kişi sayısı 132.476 iken kadınlarda 107.537'dir. Ülkemizde en sık görülen ilk 5 kanser türü meme kanseri, prostat kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser ve tiroid kanseri olarak tespit edilmiştir. En çok ölüme neden olan kanser türleri ise akciğer kanseri, meme kanseri, prostat kanseri, mide kanseri ve kolorektal kanserler olarak belirlenmiştir (Şekil 4) (46).

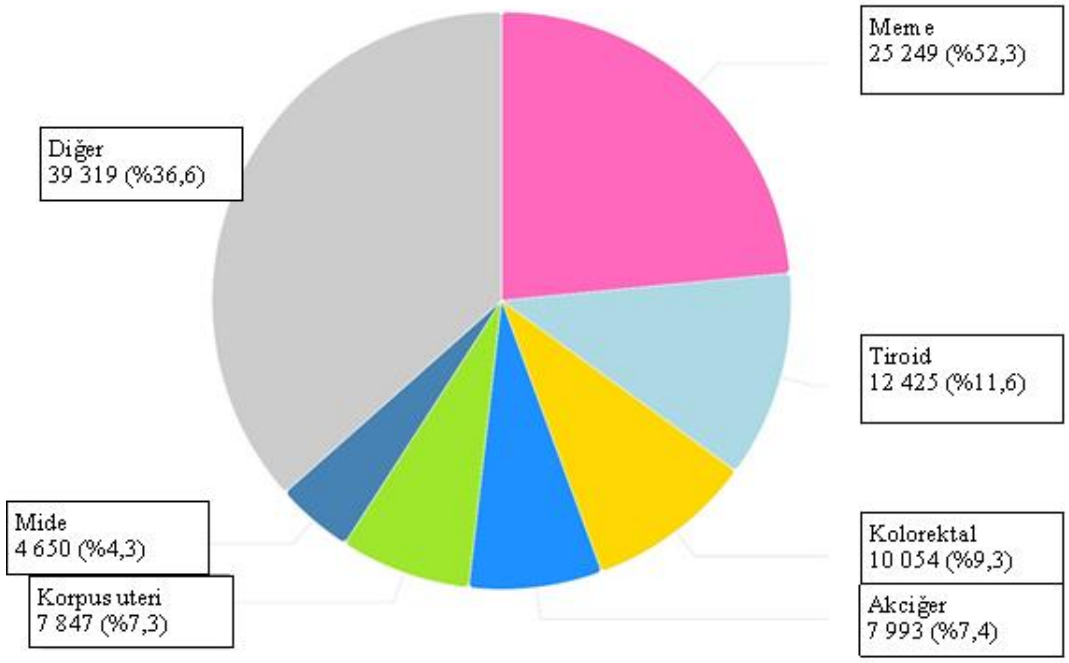


Şekil 4. Türkiye de her iki cinsiyette en sık görülen kanserler (46).

Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türleri sıklık sırasına göre; meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, uterus ve akciğer kanseri olarak bildirilmişken, erkeklerde ise sıklık sıralaması; akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri ve mide kanseri şeklindedir (Şekil 5 ve Şekil 6) (46).



Şekil 5. Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanserler (46).



Şekil 6. Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanserler (46).

2.4. KANSERDE ERKEN TANI VE TARAMA PROGRAMLARI

Genel yaklaşım ile tarama testleri henüz belirti ve bulgu göstermeyen kişilerde mevcut olan bir hastalığın tespit edilmesini amaçlayan testlerdir. DSÖ tarama kapsamına alınacak hastalıkların ve kullanılacak tarama testlerinin bazı temel özelliklerinin olması gerektiğini belirtmektedir. Öncelikle tarama kapsamına alınacak olan hastalık yaygın görülen bir durum olmalı, tarama testlerinin tespit edebileceği latent periyod içermelidir. Ayrıca ekonomik açıdan uygulanabilir ve sağlayacağı yararın maliyet etkin olarak değerlendirilmesi gerekir. Son olarak tarama kapsamına alınan hastalığın tedavi olanaklarının bulunması gerekmektedir (48).

Kanserlerde erken tanı tedavi başarısını ve sağ kalım oranlarını artıran en önemli yaklaşım olarak kabul edilmektedir. İlerlemiş, belirti ve bulguları belirgin hale gelmiş kanser ile mücadele çoğunlukla hasta yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen daha zor bir süreç içermektedir. Bu nedenlerle kanser taraması yaygın uygulanan tarama programları arasında yerini almıştır (10,26).

2.4.1. Dünyadaki Kanser Taramaları

Kanser tarama programları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ülkelerin sosyokültürel özellikleri, risk faktörleri ve ekonomik şartları kanser tarama programlarının kapsamında belirleyici olmaktadır (49). Sosyokültürel ve ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde meme kanserleri, serviks kanseri, kolorektal kanserler, prostat ve akciğer kanserleri en sık tarama kapsamına alınan kanser türlerini oluşturmaktadır (49-51).

Meme kanseri dünyada en sık görülen kanser türünü ve kadınlarda kanser ilişkili mortalitenin önde gelen nedenini oluşturmaktadır. Meme kanseri insidansının insanların gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu, gelişmişlik düzeyi en yüksek olan ülkelerde meme kanseri insidansının da yüksek olduğu bildirilmektedir (11,51). Tüm dünyada kadınlarda insidansın 48/100.000 olduğu sahra altı Afrika'da bu oran 30/100.000 iken batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da 70/100.000'lere kadar çıktığı rapor edilmiştir (51).

Meme kanseri tanısında ve tedavisinde yaşanan güçlükler tüm ülkelerde tarama ve tedavi programının yürütülmesinde problemlere neden olmaktadır. Yayımlanan kılavuzlarda meme kanseri tarama ve tanı süreci kişilerin kendi kendini değerlendirmesi, temel görüntüleme yöntemleri ile inceleme ve ince iğne aspirasyon veya biyopsi ile doku incelemesini içermektedir. Gelişmiş ülkelerde insidans artışında etkin bir şekilde uygulana tarama programları önemli bir katkı sunmaktadır. Düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde ise tarama ve tanısal süreçlerde yaşanan problemler bu ülkelerin dünyada meme kanseri ilişkili ölümlerin 3'te 2'sinden sorumlu olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle eğitim ve farkındalık artışı ile beraber erken tanıya olanak sağlayan tarama programların toplumda geniş şekilde uygulanmasını amaçlayan programların geliştirilmesi gerekmektedir (49,51).

Kolorektal kanser ilişkili ölümlerin ikinci en sık nedenini oluşturmaktadır. Birçok kolorektal kanserler yavaş büyüme özelliği gösteren, adenomatöz polip gibi prekürsör lezyonlardan oluşan kanserlerdir. Bu yavaş büyüme özelliği hem erken dönem kanser hem de prekürsör lezyonunun taranabilmesi için bir pencere dönemi sağlamaktadır (49). Bununla birlikte kolorektal kanser taramalarına uyum birçok gelişmiş ülkede düşük düzeydedir. Kolorektal kanser taramalarına uyum Hırvatistan ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerde %19 İspanya Bask bölgesinde ise %69 arasında değişmektedir (52,53). Risk altındaki popülasyonun özellikleri, ekonomik imkanlara ve hasta/topum değerlerine göre dünyada kolorektal kanser taramalarında kullanılan yöntemler değişkenlik göstermektedir (49). Görüntüleme bazlı tarama yöntemleri içerisinde kolon grafisi, kolon kapsül ile görüntüleme, fleksible sigmoidoskopi ve kolonoskopi yer almaktadır. Ayrıca fekal immünokimsayal testler veya multitarget gaita DNA incelemesi gibi gaita temelli laboratuvar testleri, septin 9 gibi kan örneği bazlı testler kullanılabilmektedir (42,49).

Servikal kanserler tüm kanserler içerisinde en sık görüle 4. kanser türünü oluşturmakta ve kansere bağlı ölümler sıralamasında ilk 5'te yer almaktadır (50). DSÖ 2030 eliminasyon hedefleri kapsamında risk altındaki popülasyonun %70 kapsayıcılıkla yaşamları boyunca en az iki kez taranmasını önermektedir (54). Serviks kanseri tarama programı kapsamında farklı metotlar yer almaktadır. Sitolojik inceleme, HPV DNA testi ve inspeksiyon ile değerlendirme en yaygın kullanılan

testlerdir. Gelişmiş ülkelerde sitolojik inceleme ve HPV DNA testi yaygın olarak kullanılırken, kaynakları sınırlı ülkelerde inspeksiyon ile değerlendirme daha fazla kullanılmaktadır (50).

Akciğer kanserleri dünyada kanser ilişkili ölümlerin önde gelen nedenlerinden biri olmasına rağmen birçok ülkede popülasyon bazında yürütülen akciğer kanser taramaları bulunmamaktadır (55). Elde edilen kanıtlar özellikle risk altındaki popülasyonda (ciddi şekilde sigara maruziyeti olan 40 yaş ve üzeri kişiler vb.) düşük doz bilgisayarlı tomografi ile yürütülen tarama programlarının akciğer kanseri ilişkili mortalite oranlarının azaltılmasında yararlı olduğunu göstermektedir (8,55).

Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen ikinci kanser türünü oluşturmakta ve erkeklerde 5. en sık kanser ilişkili ölüm nedeni olarak bildirilmektedir (56). Bununla birlikte insidansında 25 kata kadar ulaşan bölgesel farklılıklar olduğu bildirilmektedir. Avusturalya ve Yeni Zelanda en yüksek oranda bildirilirken Güney Asya ülkelerinde en düşük düzeyde bildirilmektedir 15. İnsidanslardaki bölgesel farklılıklarda en önemli rol tarama testi amacı ile Prostat Spesifik Antijen (PSA) testi kullanımı ile ilişkilidir. Tarama amacı ile PSA'nın kullanılması sonrası dönemde çeşitli ülkelerde insidans artışları bildirilmiştir (56,57).

Birçok ülkede ulusal düzeyde kanser taraması ücretsiz olarak yürütülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise kanser taramaları ücretsiz olarak uygulanmamaktadır. Bu ülkede ulusal kanser enstitüsü; Pap Smear testini (21-65 yaş arası kadınlarda 2 yılda 1), gaitada gizli kan (GGK) testini (>50 yaş yılda 1) kolonoskopi (50-75 yaş arasında 10 yılda 1) ve mamografi (40-74 yaş arasında yılda 1) testlerini kanser taraması amacı ile önermektedir (58,59).

Avrupa Birliği (AB) 2003 yılından itibaren toplum tabanlı meme, serviks ve kolorektal kanser taraması yapılmasını önermekte ve ülkelerin sağlık otoriteleri tarafından finanse edilmesini desteklemektedir (59,60). Bazı ülkelerde ise sadece bazı kanser türlerinde sınırlı kaynaklar ile tarama programı yürütülmektedir. Mısır'da sadece mamografi ile ulusal düzeyde meme kanseri tarama programı yer almakta, Çin'de ise ulusal düzeyde rutin olarak uygulanan herhangi bir tarama programı bulunmamaktadır. Hindistan da ise ilk kez 2016 yılında başlayan bir programı ile 30

yaş ve üzerindeki kadınlarda meme ve serviks kanserine yönelik tarama uygulanmıştır (59,60).

2.4.2. Türkiye'deki Kanser Taramaları

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) 2000'li yılların başlarından itibaren Türkiye'de DSÖ'nün önerdiği kanserler için toplum tabanlı tarama programlarının uygulanmasını sağlamaktadır (11). Ülkemizde kanser taramaları ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Bu kapsam da tarama yürütülen kanserler için ulusal tarama standartları belirlenmiştir.

DSÖ en sık görülen ve kanser ilişkili mortalitenin önde gelen nedenlerini oluşturan meme, serviks ve kolorektal kanserlerin erken evrelerde tanı konulmasına yönelik toplum tabanlı tarama programlarının uygulanmasını önermektedir. Bu uygulamalar tarama, erken teşhis ve etkin tedavi başmaklarını içeren bütüncül bir kanser kontrol programı ile mümkün olabileceği ifade edilmektedir (14,59).

2.4.2.1. Meme kanseri taraması ve ulusal standartlar

Türkiye'de kadınlarda meme kanseri insidansı yaklaşık 50/100.000 kişi olarak bildirilmekte ve kadınlarda görülen kanserlerin 4'te 1'ini meme kanseri oluşturmaktadır (11,59). Ülkemizde son dekatlarda meme kanseri insidansında yaklaşık 2,5 katlık bir artış olduğu çalışmalarda bildirilmektedir. Ülkemizde meme kanseri insidansındaki artışta nüfusun ve özellikle ileri yaştaki kişi sayısının artması rol oynamaktadır. Ayrıca obezite, hareketsiz yaşam, doğurganlık yaşının artışı veya doğurmama, kısa süreli emzirme ve doğum kontrol hapı kullanımı gibi yaşam tarzı değişiklikleri insidans artışında sorumlu tutulmaktadır (59).

Ülkemizde meme kanseri tarama yöntemi olarak yüksek risk grubunda olmayan kadınlarda;

- 20 yaşından itibaren kendi kendine meme muayenesi,
- 20 yaşından sonra yılda bir kez klinik meme muayenesi ve
- 40 yaşından sonra (40-69 yaş arası) mamografi önerilmektedir (59).

Ülkemizde yürütülen epidemiyolojik araştırmalar; gelişmiş ülkelerden farklı olarak Türkiye'de meme kanseri tanısı alan kadınların yaklaşık %50'sinin 50 yaşından küçük olduğunu göstermiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı mamografi taramasının 40 yaşından itibaren uygulanmasını ve 2 yılda bir tekrarlanmasını önermektedir (59).

Yürütülen tarama programları sayesinde kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesinin kadınlarda meme kanseri farkındalığı sağladığı, planlı bir şekilde davetle yapılan mamografi incelemelerinin ise meme kanserine bağlı ölümleri azalttığı rapor edilmiştir (59).

Toplum tabanlı standardize mamografi ile tarama 50-69 yaş grubunda mortalite oranını %25, 40-69 yaş grubunda ise %40 oranında azaltmaktadır (11).

Ultrasonografi (USG), tarama mamografisini desteklemek üzere özellikle mamografinin duyarlılığının düşük olduğu yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda uzun yıllardır ilave dilen bir diğer görüntüleme aracıdır. Tek başına mamografi ile karşılaştırıldığında USG'nin eklenmesi kanser saptanma oranın artırmakta, ancak gereksiz biyopsi oranında da artışa neden olmaktadır. Duyarlılığının düşük olması ve ek maliyete neden olması nedenleri ile tarama amaçlı USG rutin olarak kullanılmamaktadır (11,59). Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ise yüksek risk grubundaki kadınlarda tanısal doğruluğu artırmak ve biyopsi alınacak dokuyu belirlemek amacı ile kullanılabilmektedir (59).

Meme kanseri risk faktörlerinden biri veya birkaçını taşıyan kadınlar yüksek riskli olarak kabul edilmektedir. Bu grupta daha erken yaşlarda tarama programına, mamografi ve/veya USG/MRG'ye başvurulması önerilmektedir. En önemli risk faktörleri olarak başta ailede meme kanseri öyküsü olması yer almaktadır. Menarş yaşı, ilk doğum yaşı, menopoz yaşı, vücut kitle indeksi, meme biyopsisinde atipik lobüler hiperplazi, atipik duktal hiperplazi ve lobüler karsinoma in situ varlığı, meme kanseri ilişkili gen pozitiflikleri (BRCA1/2, vb.) diğer risk faktörlerini oluşturmaktadır (36,59).

Ulusal tarama programı kapsamında yüksek riskli kadınlarda tarama programına;

- Birinci derece akrabasında meme kanseri olanların tanı konulan yaştan 10 yıl önce başlanması,
- Meme kanseri tanısından sonra hangi yaşta olursa olsun taramaya devam edilmesi,
- Meme koruyucu cerrahi geçiren olgularda radyoterapiden 12 ay sonra ilk görüntüleme yapılması, ilk 2 yıl boyunca istenirse 6 ayda bir görüntüleme yapılması, sonra yıllık görüntülemelere geçilmesi,
- Herhangi bir nedenle alınan meme biyopsisinde lobuler intraepitelyal neoplazi veya atipik duktal hiperplazi saptananlarda yakın takibe devam edilmesi,
- BRCA1 gen mutasyonu taşıyıcılığı bilinen veya şüphelenilen kadınlarda erken (20 yaşında) dönemde, BRCA2 gen mutasyonu taşıyıcısı olanlarda 25-30 yaş arasında başlanması,
- Toraks bölgesel radyoterapi alanların taramaya tedaviden 8 yıl sonra veya hasta 25 yaşına gelince başlanması önerilmektedir (59).

Ülkemizde mamografi ile düzenli olarak meme kanseri tarama saptıra kadın oranı düşüktür. Eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, evlilik durumu ve gazete haberlerini okuma gibi faktörler mamografi ile tarama programlarına katılımda etkili olan faktörler olarak bulunmuştur (11,61). Kadınlar çoğunlukla bilgileri bir sağlık profesyoneli yerine televizyondan öğrenmekte ve bilgi eksikliği en önemli katılmama nedenini oluşturmaktadır (61).

2.4.2.2. Serviks kanseri taraması ve ulusal standartlar

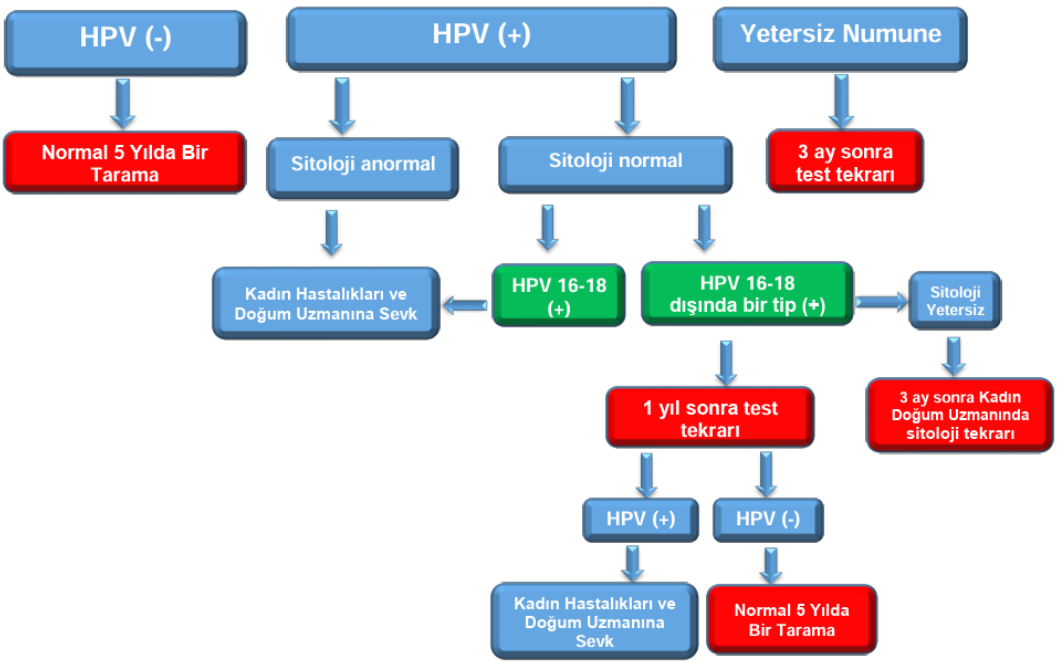
Servikal kanserler kadınlarda kansere bağlı ölümlerde önde gelen nedenlerden birini oluşturmaktadır 19r1. Servikal kanserler ülkemizde kadınlarda en sık görülen 9. kanser türü olarak bildirilmekte, tüm yaş grupları dahil edildiğinde kadınların %2,4'ünde görüldüğü rapor edilmektedir (12).

HPV enfeksiyonu en sık görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan birini oluşturmaktadır ve servikal kanserlerin hemen hemen tamamı HPV ile ilişkili rapor edilmektedir (12). HPV'nin 100'den fazla subtipi bulunmakta ve en az 14'ünün kanser

ilişkili olduğu bilinmektedir. HPV enfeksiyonu sonrası 15-20 yıl içerisinde servikal kanser gelişimi gözlenmektedir ve HPV tespitine yönelik tarama önem arz etmektedir. DSÖ 2018 yılında yayımladığı bir raporda tarama testleri ile HPV pozitifliği tespit edilen kadınların tedavi edilmesini bu sayede bu kanser ilişkili ölümlerin azaltılabileceğini belirtmiştir. Bu rapor sonrasında DSÖ 2020 yılında 'Servikal Kanser Eliminasyon Programı'nı yayınlayarak ilk kez bir kanser türünün eliminasyonunu vaat etmiştir (62).

Türkiye'de popülasyon bazlı servikal kanser tarama programı 2004 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Ancak nitelikli personel yetersizliği, koordinasyon yetersizlikleri, kalite standartlarında yetersizlik ve yetersiz laboratuvar kapasitesi gibi nedenler ile ilk yılarda yaygın bir şekilde uygulama da problemler yaşanmıştır (63).

Günümüzde ulusal kanser tarama standartları kapsamında 30-65 yaş arası kadınlarda her 5 yılda bir HPV-DNA ve Pap Smear testi ile tarama programı yürütülmektedir (12,59). 2020 yılında güncellenen tarama programı algoritması Şekil 7'de sunulmuştur.



Şekil 7. Türkiye Ulusal Servikal Tarama Programı algoritması (59).

2.4.2.3. Kolorektal kanser taraması ve ulusal standartlar

Türkiye'de kolorektal kanser insidansı erkeklerde 24,4 ve kadınlarda 15,3 olarak bildirilmekte, her iki cinsiyetteki en sık görülen 3. kanser türünü oluşturmaktadır. Kolorektal kanserler malign özellik göstermeyen bir polip olarak başlamakta ve kanser dönüşüm süreci 5-15 yıl sürmektedir. Bu uzun süre sağlık profesyonelleri için erken dönemde lezyonların tanınması için benzersiz bir fırsat sunmakta ve bu kişilerde kanser oluşmasını önleyebilmektedir (13).

Kolorektal kanser prognozu tanı anındaki kanserin evresi ile doğrudan ilişkilidir. Kanser asemptomatik dönemde tespit edilebilmekte, toplumun farkındalık düzeyi ve tarama programlarının yaygınlığı erken tespiti artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda tarama programlarının kolorektal kanser mortalite oranlarını azalttığı gösterilmiştir (13,53).

Kolorektal kanserleri erken dönemde tespit etmek için etkin tarama programları uygulanmaktadır. Ülkemizde yürütülen tarama programı kapsamında uygulanan testler; GGK testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve görüntüleme yöntemleri kullanımıdır (59).

GGK testinin en önemli dezavantajları; kanama ile seyretmeyen poliplerin tespitinde yararlı olmaması ve yalancı pozitiflik durumlarıdır. Çift Kontrast Baryumlu Enema 10 cm'den büyük adenomların yarısını ve tüm poliplerin %39'unu saptayabilmekte, lezyonların önemli bir bölümünü kaçırabilmektedir (59).

Ülkemizde yürütülen kolorektal kanser tarama programı kapsamında iki yılda bir GGK testi ve 10 yılda bir kolonoskopi önerilmektedir. Tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşında başlayarak 70 yaşına kadar toplum tabanlı tarama yürütülmesi hedeflenmektedir (14,59).

Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olan kişilerde normal popülasyonda yürütülen tarama uygulamamalarına 40 yaşında başlanması, birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser saptanan kişilerde ise akrabalarında kanserin çıkış yaşından 10 yıl önce tarama prosedürlerinin uygulanması gerektiği belirtilmektedir (59).

2.5. KANSERDEN KORUNMA

Günümüzde modern tıbbın tüm olanakları doğrultusunda kanser etiyolojisi ve risk faktörleri ortaya konulmasına rağmen başta ortalama yaşam ömrünün artması ile ilişkili hücre yaşlanması ve kanser risk faktörlerine artan maruziyet kanser insidansının artışına neden olmaktadır (47).

Kanserlerin önemli bir kısmının (yaklaşık %30-50'si) çeşitli risk faktörlerinin etkisinin azaltılması ve bilgi birikimine dayalı korunma, önleme davranışları sayesinde azaltılabileceği kabul edilmektedir (10). Ayrıca erken tanı sayesinde kanserlerin tedavisi mümkün olabilmekte ve sağ kalım oranlarında yüz güldürücü sonuçlara ulaşılabilmektedir. Genel bir bakış açısı ile sigara maruziyetinin azaltılması, alkol tüketiminin sınırlandırılması, yaş ve fiziksel aktivite durumuna uygun şekilde beslenme alışkanlığının oluşturulması ve düzenli egzersiz ile birçok kanser türüne karşı korunma sağlanabileceği ifade edilmektedir. Bu bakış açış ile çeşitli kanser türlerine karşı kanser korunma stratejileri dünyada ve ülkemizde uygulanmaktadır (14,42,64).

2.5.1. Kanserden Korunmada Birincil Korunma Önlemleri

Kanser oluşumunda rol oynayan birçok faktör (UV radyasyonu, iyonlaştırıcı radyasyon, tütün ve alkol tüketimi, obezite, bazı virüs ve paraziter hastalıklar, çeşitli kimyasal ajanlara maruz kalma, vb.) birincil koruma diğer bir ifade ile hastalığın oluşmadan önlenmesi için açık bir şekilde belirlenmiştir. Uzun yılar sonucunda elde edilen veriler kanser ilişkili risk faktörlerine ve ajanlara maruz kalmanın önlenmesi, azaltılması, hatta tamamen ortadan kaldırılması ile kanser insidansının belirgin şekilde düşürülmesi sağlanabilir. Kanser ilişkili etkenlere yönelik bağışıklama hizmetleri, obez kişilere yönelik diyet ve egzersiz, sigara kullanımının/maruziyetinin azaltılması ve alkol alımının sınırlandırılması birincil koruma yaklaşımlarına örnek olarak verilebilir (15,42,65).

Kanser kontrol programlarının en önemli parçalarından birini oluşturan önleme çalışmaları; risk faktörlerinin belirlenmesini, kanser oluşumuna katkı oranını ve bu risk faktörlerinin etkilerinin azaltılması için toplum tarafından geniş şekilde kabul

görecek eylemlerin geliştirilmesini gerektirmektedir. Sonuç olarak birincil koruma uygulamaları, kanser tanısal süreç ve özellikle tedavi ilişkili maliyetleri uzun vadede azaltacak maliyet etkin bir yaklaşım olarak kabul edilir (3,59,66).

2.5.2. Kanserden Korunmada İkincil Korunma Önlemleri

İkincil koruma uygulamaları kanser ilişkili belirti ve bulguların henüz oluşmadığı veya hafif olduğu dönem ile hastalığa tanı konulması arasında geçen sürece yönelik yaklaşımları içermektedir. Bu dönemde en temel amaç hastalığın erken dönemde tanı konulmasını sağlayarak kanserin ilerlemesini durdurmak ve prevalansını düşürmektedir. Kanser taramaları, toplumun kanser tarama programlarına yönelik bilgi ve farkındalığının artırılması ve bu programların toplumda geniş bir şekilde kabul görmesi ikincil korumanın temel bileşenini (59,65).

Birincil korumada olduğu gibi ikincil koruma kapsamında yürütülen kanser taramaları da uzun dönemde maliyet etkindir. Üstelik erken dönemde veya evrede tanı konulması, kanser ilişkili morbidite ve mortalite oranlarının azaltılmasına doğrudan etki göstermektedir. Birçok kanser türünde belirlenmiş genetik yatkınlık tarama programlarının daha erken dönemde uygulanması gereken bireylerin belirlenmesine fırsat sunmaktadır. Kanser tanısının konulduğu andaki evresi, uygulanacak tedavinin başarılı olmasına dolayısı ile sağ kalım oranlarının artmasına belirgin katkı sunacaktır. (50,59).

Sonuç olarak kanser taramaları başta risk grupları olmak üzere toplumda geniş bir şekilde kabul gördüğünde, uygulama süreçleri etkin bir şekilde planlandığında ve uygulandığında (finansman, erişim kolaylığı, vb.) kanser ilişkili ölümleri azaltacak ve hatta bazı kanser türlerinde kanser gelişiminin önlenmesi sağlayabilecektir (3,51).

2.5.3. Kanserden Korunmada Üçüncül Korunma Önlemleri

Kanser hastalarında belirtiler oluştuktan ve tanı konulduktan sonra etkin tedavinin uygulanması ve rehabilitasyon uygulamaları ile bireylerin işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan hizmetlerden bütünü üçüncül koruma kapsamında değerlendirilmektedir (42,59).

Üçüncül koruma uygulamaları tamamen tedavi edilebilir kanserlerin prevalansını düşürebilmektedir. Tam kür sağlamayan durumlarda ise sağ kalımı uzatmakta ve bu süreçte yaşam kalitesini artırmaktadır. İleri evre kanserlerde ise hastanın rehabilitasyonu ve duruma uyum sağlaması amaçlanır. Bu kapsamda palyatif bakım hizmeti ile son evre kanser hastalarında başta ağrı semptomu ve diğer belirtilere yönelik tedaviler ile hastanın konforu artırılmaya çalışılır (59,67,68).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI

Kesitsel türde gözlemsel saha araştırması tasarımına sahip bu çalışma, ulusal kanser tarama programı kapsamında ASM'ye başvuran hastalar ile yürütülmüştür.

3.2. ÇALIŞMANIN YERİ VE ZAMANI

Çalışma, Ankara İli Keçiören İlçesi Ayvalı Zeki Polat Aile Sağlığı Merkezinde yürütülen Ulusal Kanser Tarama Programına 01.10.2022-30.09.2023 tarihleri arasında katılan kadın hastalar ile yürütülmüştür.

3.3. ÇALIŞMANIN POPÜLASYONU

Çalışmanın popülasyonunu, Ankara İli Keçiören İlçesi Ayvalı Zeki Polat ASM'de bulunan altı aile hekimliği birimi nüfusuna kayıtlı olan ve ulusal kanser tarama programı kapsamında 01.10.2022-30.09.2023 tarihleri arasında ASM'ye başvuran kadın hastalar oluşturmuştur.

Çalışma öncesinde minimum örneklem genişliği hesaplanmamış olup, çalışmanın dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan tüm hastaların araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Çalışmaya alınan hastalar için;

- Dahil edilme kriterleri:
    - Ulusal kanser tarama programı kapsamında 01.10.2022-30.09.2023 tarihleri arasında aile sağlığı merkezine başvurmak
    - Kadın olmaktır.

Veri toplama aşamasında vazgeçenler ve veri toplama formunu eksik dolduranlar çalışma dışında bırakılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA FORMU VE DEĞİŞKENLER

Hastaların verilerinin toplanmasında kullanılmış olan ve 19 sorudan oluşan veri toplama formu (Ek-1); hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence varlığı, aylık gelir düzeyi, çocuk varlığı, ilk çocuk doğum yaşı, çocuk sayısı), yaşam tarzı özellikleri (düzenli egzersiz yapma durumu, sigara ve alkol kullanım öyküleri, sağlık beslenmeye dikkat etme durumları), kronik hastalık özellikleri, ailevi kanser hikayeleri, kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyi ve kanser tarama programına katılım özelliklerine ait sorular içermektedir.

Katılımcılar veri toplama formunu gözlem altında doldurmuştur. Formun ortalama doldurulma süresi 15 dakika olarak bulunmuştur.

3.5. ARAŞTIRMA SÜREÇLERİ

Çalışma için etik kurul onayı ve idari izinler alındıktan sonra Ayvalı Zeki Polat Aile Sağlığı Merkezinde bulunan altı aile hekimliği birimine ulusal kanser tarama programı kapsamında hizmet almak amacıyla 01.10.2022-31.09.2023 tarihleri arasında başvuran kadınlar, aldıkları sağlık hizmeti sonrasında çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve katılım tercihleri sorulmuştur.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar, hasta mahremiyeti korunarak ayrı bir poliklinik odasında veri toplama formunu doldurmaya davet edilmiştir. Formu dolduran hastalar dolu formu aynı odada bulunan bir kutuya bırakarak odadan ayrılmıştır.

Toplamda 12 aylık veri toplama süresi boyunca toplanan veri toplama formları bilgisayar ortamına işlenmiş ve veri analizi için veritabanı oluşturulmuştur.

3.6. ETİK KONULAR VE İZİNLER

Çalışmanın yapılacağı ASM'nin bağlı olduğu Keçiören İlçe Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli idari izin alınmıştır.

Veri toplama formu (Ek-1).

Çalışmaya başlanmadan önce, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu'na (TUEK) tez onayı için başvurulmuş ve 31.03.2022 tarihinde tez onayı alınmıştır (Onay numarası: 2022-220) (Ek-2).

Dahil edilme ve dışlanma kriterlerine göre çalışmaya alınması uygun olan hastaların çalışma hakkında bilgilendirilmesi sonrası çalışmaya katılımı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır (Ek-3).

Ayrıca, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve etik kurul oluru alınmıştır (Etik Kurul olur tarihi: 27.06.2022 ve numarası: 2022/07) (Ek-4).

Çalışmaya katılıma onay verip vermemeleri hastaların aile hekimliği merkezinde aldıkları hizmeti etkilememiştir.

Çalışma; tasarım, veri toplama, veri analizi ve raporlanması dahil tüm aşamalarda İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun yürütülmüştür.

Çalışmaya alınan hastaların kimlik bilgileri toplanmamıştır. Bununla beraber, çalışma için toplanan veriler yalnızca araştırmanın bilimsel amaçları için kullanılmıştır.

Çalışmanın yürütülmesinde, hiçbir kurum, kuruluş ya da kişiden finansal destek sağlanmamıştır.

3.7. İSTATİSTİK ANALİZ

İstatistiksel analizler IBM SPSS versiyon 23 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin sunumunda sürekli sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma (SS), kategorik değişkenler için ise sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-kare Testi kullanılmıştır. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma periyodu boyunca araştırmanın dahil edilme ve dışlanma kriterlerin uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 384 hastanın verileri analize alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %41,1'i 41-50 yaş aralığında olup, yaş ortalamaları 45,35±10,21'dir. Katılımcıların %86,3'ü evli, %34'ü ilkokul mezunu, %69,5'i ev hanımı, %82,8'inin sosyal güvencesi bulunmakta ve %41,6'sının da geliri giderinden azdır. Ayrıca, katılımcıların %94,3'ü çocuk sahibi olup, %46,4'ü ilk çocuğunu 19-23 yaş aralığında doğurmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		**n (%)**
Yaş (yıl)	40 yaş ve altı	118 (30,9)
	41-50 yaş	157 (41,1)
	51-60 yaş	68 (17,8)
	60 yaş üstü	39 (10,2)
Medeni durum	Bekar	15 (4)
	Evli	321 (86,3)
	Boşanmış	36 (9,7)
Eğitim durumu	Okuryazar değil	14 (3,7)
	İlkokul	130 (34)
	Ortaokul	42 (11)
	Lise	87 (22,8)
	Üniversite	107 (28)
	Diğer	2 (0,5)
Meslek	Ev hanımı	266 (69,5)
	Emekli	19 (5)
	Çalışan	98 (25,6)
Sosyal güvence varlığı	Var	280 (82,8)
	Yok	58 (17,2)
Aylık gelir düzeyi	Düzenli geliri yok	5 (1,3)
	Geliri, giderinden az	159 (41,6)
	Geliri, giderinden fazla	80 (20,9)
Çocuk varlığı	Yok	22 (5,7)
	Var	362 (94,3)
İlk çocuk doğurma yaşı	18 yaş ve altı	61 (16,9)
	19-23 yaş arası	168 (46,4)
	23 yaş üstü	133 (36,7)
Çocuk sayısı	1	70 (19,3)
	2	161 (44,4)
	3	104 (28,7)
	4	14 (3,9)
	5	14 (3,9)

Katılımcıların %31,1'i düzenli egzersiz yaptığını ifade etmekte olup, %24,7'si sigara içmekte ve %20,5'i sağlıklı beslenmeye özen gösterdiklerini belirtmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların yaşam tarzı özellikleri ve alışkanlıklarının dağılımı

Yaşam Tarzı Özellikleri		**n (%)**
Düzenli egzersiz yapma durumu	Yapmayan	264 (68,9)
	Yapan	119 (31,1)
Sigara kullanım durumu	Kullanmayan	273 (71,1)
	Kullanan	95 (24,7)
	Bırakan	16 (4,2)
Alkol kullanım durumu	Kullanmayan	378 (99,5)
	Kullanan	2 (0,5)
	Bırakan	0 (0)
Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu	Dikkat eden	76 (20,5)
	Dikkat etmeyen	294 (79,5)

Tablo 3'te katılımcıların kronik hastalık durumları verilmiştir. Katılımcıların %45,6'sı herhangi bir kronik hastalığı olduğunu ifade etmektedir. Kronik hastalıklar içerisinde en sık olarak %40,0 ile hipertansiyon tespit edilmiş olup, sıklık sırasına göre takip eden hastalıklar arasında hipotiroidi (%27,4), diyabet (%25,7) ve koroner kalp hastalığı (%14,9) bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı

Kronik Hastalık Durumları		**n (%)**
Kronik hastalığı	Olmayan	209 (54,4)
	Olan	175 (45,6)
Saptanan kronik hastalık	Koroner kalp hastalığı	26 (14,9)
	Hipertansiyon	70 (40,0)
	Hipotiroidi	48 (27,4)
	Diyabet	45 (25,7)
	Hiperlipidemi	10 (5,7)
	Diğer	59 (33,7)

Tablo 4'te katılımcıların ailevi kanser özellikleri sunulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların %33,1'i ailelerinde kanser hastası bir bireyin bulunduğunu belirtmiştir. Kanser hastası aile bireylerinin ilişkisel dağılımına bakıldığında, katılımcıların %55,1'i anne ve baba gibi birinci derece yakınlarıdır. Ailede kanser tanısı alan bireylerde en sık görülen üç kanser türü sırasıyla; meme (%29,9), akciğer (%21,3) ve kolon (%11,8) kanseridir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların ailesel olarak kanser durumlarının dağılımı

Ailesel kanser durumları		**n (%)**
Ailede kanser hastası birey varlığı	Yok	257 (66,9)
	Var	127 (33,1)
Ailedeki kanser hastası olan bireyin yakınlığı	Anne, baba	70 (55,1)
	Teyze, hala, amca, dayı	22 (17,3)
	Kardeş	17 (13,4)
	Dede, anneanne, babaanne	16 (12,6)
	Eş	2 (1,6)
Ailedeki kanser hastası olan bireyin tanı aldığı kanser türü	Meme	38 (29,9)
	Akciğer	27 (21,3)
	Kolon	15 (11,8)
	Tiroid	10 (7,9)
	Rahim	8 (6,3)
	Pankreas	7 (5,5)
	Mide	5 (3,9)
	Lösemi	5 (3,9)
	Gırtlak	4 (3,1)
	Prostat	3 (2,4)
	Karaciğer	2 (1,6)
	Ağız	1 (0,8)
	Serviks	1 (0,8)
	Mesane	1 (0,8)

Tablo 5'te katılımcıların kanser taramalarına ait bilgi ve tutumları verilmiştir. Kanser taraması yapılma sıklığı sorusuna meme kanseri için 2 yıl cevabını verenlerin oranı %81,0; kolon kanseri için 2 yıl cevabını verenlerin oranı %84,8, serviks kanseri için 5 yıl cevabını verenlerin oranı ise %80,6'dır. Kanser taramasıyla ilgili bilgiye ulaşma kaynakları arasında, katılımcıların %55,4'ü sağlık personelinden, bilgi edindiğini ifade etmektedir. Katılımcıların %55,5'i ulusal kanser tarama programına katıldıklarını belirtmektedir.

Kanser taraması yaptıran katılımcılar arasında en sık yapılan taramalar; mamografi (%65,7), Pap Smear/HPV-DNA testi (%92) ve GGK (%15) olarak kaydedilmiştir. Katılımcıların kanser taraması yaptırmama nedenleri arasında en yaygın neden taramanın yapılacağını bilmemek (%31,1) ve zaman ayıramamak (%26,1) olarak ikinci sıklıkta belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların kanser taramalarına ait bilgi ve tutumları

Özellik		
		n (%)
Kadınlarda yapılan kanser taramaları hakkında bilgi varlığı	Hayır	99 (25,8)
	Evet	285 (74,2)
Meme kanseri tarama sıklığı	1	13 (16,4)
	2	64 (81,0)
	3	1 (1,3)
	5	1 (1,3)
Kolon kanseri tarama sıklığı	1	9 (13,6)
	2	56 (84,9)
	5	1 (1,5)
Serviks kanseri tarama sıklığı	1	5 (6,9)
	2	9 (12,5)
	5	58 (80,6)
Kanser taraması ile ilgili bilgi kaynağı	Sağlık personeli	159 (55,4)
	Medya	65 (22,6)
	Arkadaş/komşu	51 (17,8)
	Diğer	12 (4,2)
Kanser taraması yaptırma durumu	Hayır	171 (44,5)
	Evet	213 (55,5)
Yapılan kanser taraması	Mamografi	140 (65,7)
	Pap Smear/HPV-DNA	196 (92,0)
	Kolonoskopi/Sigmoidoskopi	29 (13,6)
	Gaitada gizli kan	32 (15,0)
Tarama yaptırmama nedeni	Bilgi eksikliği	50 (31,1)
	Zaman eksikliği	42 (26,1)
	Başvuru yerini bilmeme	12 (7,5)
	Hastalık tanısı alma korkusu	22 (13,7)
	Güven eksikliği	8 (5,0)
	Diğer	27 (16.8)

Tablo 6'da katılımcıların demografik ve klinik özellikleri ile kanser taraması yaptırma durumu arasındaki ilişkiler verilmiştir. Yaş ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($p<0,001$), 41-50 yaş arası olanlarda kanser taraması yaptırma durumu en fazla iken 40 yaş ve altı olanlarda en az olarak tespit edilmiştir. Öğrenim durumu ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,0016$). Sonuçlar incelendiğinde üniversite mezunu olanlarda kanser taraması yaptırma durumu en fazla iken okuryazar olmayanlarda en azdır. Sosyal güvencesi olma durumu ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,004$). Sonuçlar incelendiğinde sosyal güvencesi olanlarda kanser taraması yaptırma durumu daha fazladır. Aylık gelir düzeyi ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,002$). Sonuçlar incelendiğinde geliri giderinden fazla olanlarda kanser taraması yaptırma durumu en fazla iken az olanlarda en azdır. İlk çocuğunu doğurma yaşı ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Sonuçlar incelendiğinde ilk çocuğunu 19-23 yaş aralığında doğurmuş olanlarda kanser taraması yaptırma durumu en fazla iken 18 yaş ve daha küçükken doğurmuş olanlarda en azdır. Çocuk sayısı ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,033$). Sonuçlar incelendiğinde 3 çocuğu olanlarda kanser taraması yaptırma durumu en fazla iken 5 çocuğu olanlarda en azdır. Düzenli egzersiz yapma durumu ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,029$). Sonuçlar incelendiğinde düzenli olarak egzersiz yapanlarda kanser taraması yaptırma durumu daha fazladır. Ailesinde kanser hastası birey olma durumu ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kanser hastası birey olanlarda kanser taraması yaptırma durumu daha fazladır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcı özellikleri ve tarama yaptırma durumu arasındaki ilişki

Sosyodemografik ve Yaşam Tarzı Özellikleri		**Kanser taraması yaptırma durumu, n (%)**		***p***
		Yaptırmayan	Yaptıran	
Yaş (yıl)	40 yaş ve altı	67 (56,8)	52 (44,)	**<0,001**
	41-50 yaş	52 (33,1)	105 (66,9)	
	51-60 yaş	29 (42,6)	39 (57,4)	
	60 yaş üstü	22 (56,4)	17 (43,6)	
Medeni durum	Bekar	10 (66,7)	5 (33,3)	0,196
	Evli	138 (43)	183 (57)	
	Boşanmış	16 (44,4)	20 (55,6)	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	10 (71,4)	4 (28,6)	**0,016**
	İlkokul	69 (53,07)	61 (46,9)	
	Ortaokul	33 (52,3)	30 (47,6)	
	Lise	32 (36,7)	55 (63,2)	
	Üniversite	15 (33,3)	30 (66,6)	
Meslek	Ev hanımı	126 (47,4)	140 (52,6)	0,218
	Emekli	6 (31,6)	13 (68,4)	
	Çalışan	39 (39,8)	59 (60,2)	
Sosyal güvence varlığı	Var	116 (41,4)	164 (58,6)	**0,004**
	Yok	36 (62,1)	22 (37,9)	
Aylık gelir düzeyi	Geliri, giderine eşit	69 (50)	69 (50)	**0,020**
	Geliri, giderinden az	75 (47,2)	84 (52,8)	
	Geliri, giderinden fazla	25 (31,3)	55 (68,8)	
Çocuk varlığı	Yok	9 (40,9)	13 (59,1)	0,896
	Var	162 (44,8)	200 (55,2)	
İlk çocuk doğurma yaşı	18 yaş ve altı	36 (59)	25 (41)	**0,011**
	19-23 yaş	63 (37,5)	105 (62,5)	
	23 yaş üstü	63 (47,4)	70 (52,6)	
Çocuk sayısı	1	29 (41,4)	41 (58,6)	**0,033**
	2	71 (44,1)	90 (55,9)	
	3	43 (41,3)	61 (58,7)	
	4	7 (50)	7 (50)	
	5	12 (85,7)	2 (14,3)	
Düzenli egzersiz yapma durumu	Yapmayan	127 (48,1)	137 (51,9)	**0,029**
	Yapan	43 (36,1)	76 (63,9)	
Sigara kullanımı	Kullanmayan	122 (44,7)	151 (55,3)	0,278
	Kullanan	39 (41,1)	56 (58,9)	
	Bırakan	10 (62,5)	6 (37,5)	
Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu	Dikkat eden	36 (47,4)	40 (52,6)	0,623
	Dikkat etmeyen	130 (44,2)	164 (55,8)	
Kronik hastalık varlığı	Yok	94 (45)	115 (55)	0,848
	Var	77 (44)	98 (56)	
Ailede kanser hastası birey varlığı	Yok	132 (51,4)	125 (48,6)	**<0,001**
	Var	39 (30,7)	88 (69,3)	

Tablo 7'de katılımcıların demografik ve klinik özellikleri ile kadınlarda yapılan kanser taramaları hakkında bilgi varlığı arasındaki ilişki sunulmuştur. Kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde 41-50 yaş arası olanlarda bilgi sahibi olma durumu en fazla iken 60 yaş üstü olanlarda en azdır. Öğrenim durumu ile kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde üniversite ve üstü okul mezunu olanlarda bilgi sahibi olma durumu en fazla iken eğitim düzeyi azaldıkça bilgi sahibi olma durumu da azalmaktadır. Meslek ile kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde çalışanlarda bilgi sahibi olma durumu en fazla iken ev hanımı olanlarda en azdır. Sosyal güvencesi olma durumu ile kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde sosyal güvencesi olanlarda bilgi sahibi olma durumu daha fazladır. Aylık gelir düzeyi ile kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde geliri giderinden fazla olanlarda bilgi sahibi olma durumu en fazla iken az olanlarda en azdır. İlk çocuğunu doğurma yaşı ile kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde ilk çocuğunu 23 yaşından sonra doğurmuş olanlarda bilgi sahibi olma durumu en fazla iken yaş azaldıkça bilgi sahibi olma durumu da azalmaktadır. Çocuk sayısı ile kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde 2 çocuğu olanlarda bilgi sahibi olma durumu en fazla iken 5 çocuğu olanlarda en azdır. Düzenli egzersiz yapma durumu ile kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı

bir ilişki bulunmaktadır (p<0,0027). Sonuçlar incelendiğinde düzenli egzersiz yapanlarda bilgi sahibi olma durumu daha fazladır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcı özellikleri ve taramalar hakkında bilgi sahibi olma arasındaki ilişki

Sosyodemografik ve Yaşam Tarzı Özellikleri		**Kadınlarda yapılan kanser taramaları hakkında bilgi durumu, n (%)**		P*
		Bilgisi olmayan	**Bilgisi olan**	
Yaş (yıl)	40 yaş ve altı	30 (25,4)	88 (74,6)	**<0,001**
	41-50 yaş	30 (19,1)	127 (80,9)	
	51-60 yaş	15 (22,1)	53 (77,9)	
	60 yaş üstü	24 (61,5)	15 (38,5)	
Medeni durum	Bekar	6 (40)	9 (60)	0,203
	Evli	85 (26,5)	236 (73,5)	
	Boşanmış	6 (16,7)	30 (83,3)	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	7 (50)	7 (50)	**<0,001**
	İlkokul	59 (45,4)	71 (54,6)	
	Ortaokul	10 (23,8)	32 (76,2)	
	Lise	16 (18,4)	71 (81,6)	
	Üniversite	6 (5,6)	101 (94,4)	
Meslek	Ev hanımı	89 (33,5)	177 (66,5)	**<0,001**
	Emekli	4 (21,1)	15 (78,9)	
	Çalışan	6 (6,1)	92 (93,9)	
Sosyal güvence varlığı	Var	55 (19,6)	225 (80,4)	**<0,001**
	Yok	29 (50)	29 (50)	
Aylık gelir düzeyi	Geliri, giderine eşit	36 (26,1)	102 (73,9)	**<0,001**
	Geliri, giderinden az	56 (35,2)	103 (64,8)	
	Geliri, giderinden fazla	6 (7,5)	74 (92,5)	
Çocuk varlığı	Yok	4 (18,2)	18 (81,8)	0,556
	Var	95 (26,2)	267 (73,8)	
İlk çocuk doğurma yaşı (yıl)	18 yaş ve altı	36 (59)	25 (41)	**<0,001**
	19-23 yaş	44 (26,2)	124 (73,8)	
	23 yaş üstü	15 (11,3)	118 (88,7)	
Çocuk sayısı	1	20 (28,6)	50 (71,4)	**<0,001**
	2	30 (18,6)	131 (81,4)	
	3	27 (26)	77 (74)	
	4	7 (50)	7 (50)	
	5	11 (78,6)	3 (21,4)	
Düzenli egzersiz yapma durumu	Yapmayan	77 (29,2)	187 (70,8)	**0,027**
	Yapan	22 (18,5)	97 (81,5)	
Sigara kullanımı	Kullanmayan	77 (28,2)	196 (71,8)	0,206
	Kullanan	18 (18,9)	77 (81,1)	
	Bırakan	4 (25)	12 (75)	
Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu	Dikkat eden	22 (28,9)	54 (71,1)	0,558
	Dikkat etmeyen	73 (24,8)	221 (75,2)	
Kronik hastalık varlığı	Yok	54 (25,8)	155 (74,2)	0,978
	Var	45 (25,7)	130 (74,3)	
Ailede kanser hastası birey varlığı	Yok	72 (28)	185 (72)	0,154
	Var	27 (21,3)	100 (78,7)	

*Ki-kare testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamız ulusal kanser tarama programı kapsamında ASM'ye başvuran 18 yaş ve üzerindeki 384 kadın hasta ile yürütülmüştür. Kadın hastaların ulusal kanser tarama programına yönelik farkındalığının değerlendirilmesi ile ilgili yapmış olduğumuz çalışmada; her 4 katılımcıdan 3'ünün kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olduğu ve katılımcıların yarısının en az bir kanser taraması yaptırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların %41,1'inin 41-50 yaş aralığında yer aldığı tespit edilmiştir. Katılımcıların meme kanseri, serviks kanseri ve kolon kanseri tarama başlangıç yaşı ortalamaları sırasıyla 38,6, 31,4 ve 47,9 olarak saptanmış olup, tarama bitiş yaşlarının ise sırasıyla 71,65, 63,46 ve 68,49 olduğu görülmüştür. Oluşturulan ulusal ve uluslararası kanser tarama kılavuzları meme kanseri taramasının 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mamografi ile, serviks kanser taramasının 30- 65 yaş arası kadınlarda her 5 yılda 1 pap-smear ve HPV-DNA testleri ile, kolon kanseri taramasının 50 – 70 yaş arası kadın ve erkeklerde 2 yılda bir GGK testi ve 10 yılda 1 kolonoskopi ile yürütülmesini önermektedir (14,36,58,60,66). Aile fertlerinde veya birinci derece yakınlarında kanser tanısı olan kişilerde kanserlerin daha sık görüldüğü bildirilmekte, bu kişilerde taramaların daha erken yaşlarda yapılması gerektiği belirtilmektedir (69). Katılımcıların yaş ortalamasının ulusal kanser tarama programı öneri aralığında olduğu gözlenmekle birlikte, katılımcıların her üç kanser türünde de daha erken dönemde tarama yaptırmalarının %33,1'inin ailesinde kanser hastası olması ile ilişkili olduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda 40 -60 yaş arasında yer alan kadınlarda 60 yaş ve üzeri olanlar ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranda kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirrttikleri gözlenmiş, aynı yaş grubunun daha yüksek oranda kanser tarama testleri yaptırdığı saptanmıştır. Erkal ve arkadaşları tarafında ülkemizde yapılan bir çalışmada kanser taramalarına olumsuz bakış açısına sahip olan kişi oranının yaşla birlikte artış gösterdiği belirlenmiştir (70). Tosun ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada Türk kadınlarda kültürel inançların meme kanseri taramalarına etkisi araştırılmış, daha düşük kültürel inançları olan kadınlarda kanser

taramalarına katılımının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (71). Aynı çalışmada 39 yaş ve altındaki kadınların daha düşük sayıda kültürel inançları olduğu ve kanser taramalarına olan bakış açılarının daha olumlu olduğu ifade edilmiştir. Sonuçlarımızın riskli grup olarak ifade edilen 60 yaş öncesindeki kadınlarda farkındalık ve tarama testlerine daha uyumlu olduğunu desteklemektedir. Bilgi ve farkındalık sağlanmasının tarama testlerine olumlu bakış açısını artırmada ve testleri katılımı sağlamada etkili olabileceği çalışmamız ile de vurgulanmıştır.

Çalışmamızda katılımcılar %86,3'ünün evli ve %9,7'sinin boşanmış olduğu, sadece %4'ünün bekar olduğu gözlenmiştir. Medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde anlamlı farklılık olmamakla birlikte evli veya boşanmışlarda kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma oranının daha yüksek olduğu ve daha yüksek oranda kanser taramasına katıldığı görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bulgularımız ile benzer şekilde medeni durum ile bilgi, farkındalık ve taramalara katılım/uyum arasında ilişki gösterilememiş, bazı çalışmalarda ise çalışmamızdan farklı olarak medeni durum ile kanser taramalarına katılım arasında ilişki gösterilmiştir (72,73). Nepal'de yapılan bir çalışmada evli kadınların daha yüksek oranda taramalara katıldığı, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise bekarların tarama testlerine daha olumlu bir bakış açısının olduğu rapor edilmiştir (74,75). Farklı ülkelerden elde edilen farklı veriler toplumların sosyo-kültürel özelliklerinin kanser taramaları tutum ve davranışları üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte bekar katılımcı oranımızın oldukça düşük olmasının sonuçlar üzerine etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve daha kapsamlı çalışmalar ile medeni durumun kanser taramalarına etkisi araştırılmalıdır.

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyi artıkça kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma oranının belirgin şekilde artığı, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olanların yaklaşık %50'sinin bilgi sahibi olduğu saptanırken bu oranın üniversite mezunu olanlarda %95'e ulaştığı ve farkın istatistiksel anlamlı olduğu görülmüştür. Benzer şekilde kanser testi yaptırma durumunda da dikkat çekecek şekilde öğrenim durumu artıkça teste katılım oranın artış göstermektedir. Okuryazar olmayanlarda %33,3 iken eğitim düzeyi ile birlikte artış göstererek üniversite mezunlarında %66,6 ile en yüksek orana ulaşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık

taramaları ile eğitim düzeyi arasındaki pozitif yönlü ilişki birçok sağlığın korunması ve devamlılığı sağlayan uygulamalarda dikkat çeken bir detay olarak bildirilmektedir (76,77). Eğitim düzeyi artışı kişilerin sağlıklı olma ve sağlıklarını koruma noktasında daha meraklı, araştırmacı ve daha uyumlu olmasına neden olmaktadır. Kanser taramaları ile yapılan çalışmalarda da bu durum gösterilmiş; eğitim düzeyi artışının hem bilgi, farkındalık oranlarında hem de taramalara katılım konusunda daha uyumlu davranış gösterdiklerini desteklemektedir (78,79). Sonuçlarımızın bu noktada literatür ile parallelik göstermiş, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığının birçok koruyucu sağlık hizmetinde olduğu gibi kanser taramaları içinde önemli olduğuna dikkat çekilmiştir.

Bizim çalışmamızda da çalışan, sosyal güvencesi olan ve aylık geliri giderinde daha yüksek olan kadınlarda anlamlı olarak kanser taramaları hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olanların ve geliri giderinden daha yüksek olanların istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda tarama testi yaptırdıkları bulunmuştur. Ülkemizde Kuzhan ve Adlı tarafından yürütülen bir çalışmada meme kanseri olan kadınların sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri araştırılmıştır (80). Bu çalışmada okuma yazma bilmeyen, ekonomik geliri düşük olan ve kırsal bölgelerde ikamet eden hastalarda olumsuz prognostik özelliklere sahip meme kanseri oranının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuç kanser taramaları konusunda bilgi ve farkındalık eksikliğinin okuma yazma bilmeyen, ekonomik geliri düşük olan ve kırsal bölgelerde yaşayan kadınlarda geç tanı alma ve ileri dönem kanser tanısı alma ilişkisini göstermiştir. Tosun ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi ve aylık gelir seviyesi artıkça kültürel inançları bağlılık düzeylerinin azaldığı ve kanser taramalarına daha olumlu yaklaşımları gözlemlenmiştir (71). Sonuçlarımız literatür ile uyumlu olarak eğitim düzeyi ile birlikte, gelir düzeyinin ve sosyal güvence varlığının önemini göstermiş, bu tür tarama programlarının planlanmasında bu testlerin kolay ulaşılabilir ve ücretsiz sunulmasının önemli parametreler olarak değerlendirilmesi ve göz önünde bulundurulmasının gerekliliğini vurgulamıştır.

Bu çalışmada katılımcıların %94,3'nün çocuk sahibi olduğu, çocuk sahibi olanların 3'te 2'sinin 1 veya 2 çocuğu olduğu görülmektedir. Ayrıca ilk çocuk doğurma yaşı katılımcıların yaklaşık yarısında (%46,4) 18-23 yaş aralığındadır. Çocuk sahibi olma ile kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taramalarına katılma arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir. Bu duruma çocuk sahibi olmayan katılımcı sayısının %5'den az olmasının etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Farklı ülkelerden bildirilen çalışmalarda doğum sayısı veya çocuk sayısı ile kanser taramaları bilgi ve tutumları arasında ilişki olmadığı rapor edilmiştir (79,81). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında mamografi yaptıran kadınların çocuk sayısının daha yüksek olduğu, serviks kanseri için pap-smear yaptıranlarda ise çocuk sayısı ile bir ilişki gösterilemediği belirtilmiştir (82). Teskereci ve arkadaşları tarafından kadınlarda jinekolojik kanserler için farkındalık düzeyini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada evlilik yaşı, gebelik sayısı ve çocuk sayısı ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir (83). Çalışmamızda; dünyada ve ülkemizde yapılan birçok araştırmaya benzer olarak çocuk sayısı ile tarama programlarına katılım arasında ilişki bulunmamıştır.

Bununla birlikte kadınların eğitim düzeyi ve çalışma hayatına katılım düzeyi artıkça çocuk planlaması yaptıkları, 1 veya 2 çocuk planlama oranlarını arttığı bilinmektedir. Ayrıca bu kadınlar okumaya ve araştırmaya, sağlıklarını koruma ve devamlılığını sağlama amacı ile kanser taramaları gibi uygulamalara daha katılımcı olmaktadır.

Bizim çalışmamızda ilk çocuk doğurma yaşı artıkça kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma oranının istatistiksel anlamlı olarak arttığı (18 yaş altında %41 iken 23 yaş ve üzerinde %88,7), benzer şekilde ilk çocuk doğruma yaşı daha yüksek olan kadınların daha fazla kanser taramasına katılım (18 yaş altında %41 iken, 19-23 ve 23 yaş üzerinde sırası ile %62,5 ve %52,6) gösterdikleri belirlenmiştir. Ayrıca çocuk sayısı artıkça kadınların kanser taramaları hakkında bilgi düzeyi ve kanser taramasına katılım oranları belirgin şekilde azalma göstermiştir.

Erken yaşlarda (<18 yaş) gebelik ve çocuk doğurma öyküsü genellikle eğitim düzeyi düşük, sosyo-kültürel ve ekonomik olarak zayıf gruplarda görülen davranış özellikleridir. Henüz cinsel olgunluğun ve doğurganlığın tam olarak gelişimini

tamamlamadığı kabul edilen bu yaşlardaki gebelik ve çocuk sahibi olan kadınlar sağlık okuryazarlığı ve bilgi düzeyi sınırlıdır (84,85). Üstelik bu kadınlarda aile planlaması farkındalıkları da sınırlı olabilmekte ve 3 veya daha fazla çocuk sahibi olma daha yüksek oranda görülebilmektedir. Bu kadınların erken dönemde çocuk sahibi olma veya çok fazla sayıda çocuk sahibi olmaları kendi sağlıklarını ihmal etmesine de yol açabilmektedir (86,87). Bu temel özelliklerin 18 yaş altında çocuk sahibi olan kadınların ve daha fazla çocuk sahibi olan kadınların kanser taramaları farkındalık ve katılım oranlarının düşük olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Eğitim düzeyi yüksek kadınlarda ilk gebelik yaşı çoğunlukla cinsel olgunluğun tamamlandığı ve doğurganlığın önerildiği 20'li yaşlar ve sonrasına kaymaktadır. Eğitim düzeyi ve çalışma hayatına katılım isteyerek, planlayarak veya çalışma hayatının getirdiği zaman kısıtlamaları nedeni ile daha az sayıda çocuk sahibi olma (1 veya 2 gibi) sonucunu doğurmaktadır (86,88). Bu kadınlarda yaş artıkça sağlıklarını koruma ile ilgili endişeleri artmaktadır. Sonuç olarak kanser insidanslarının artış gösterdiği yaşlara doğru ilerledikçe eğitime ve araştırmaya daha açık olarak, doğru şekilde farkındalıklarını artırmakta ve taramalara daha yüksek oranda katılım göstermektedir.

Bizim çalışmamızda düzenli egzersiz yapan kadınların kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma oranlarının daha yüksek olduğu ve kanser taramalarına katılım oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte sağlık beslenme alışkanlığı ile kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taramalarına katılım oranları benzer bulunmuştur. Günümüzün en önemli sağlık problemlerinde biri olan obezitenin çeşitli kronik hastalıklar ile birlikte bazı kanser türlerinin gelişimi için de risk faktörü olabileceği bildirilmektedir. Bu kapsamda kişilerin sağlıklı olma ve sağlıklarının devamlılığını koruma davranış özellikleri, beslenme alışkanlığı veya düzenli egzersiz yapma süreçlerinin kronik hastalıklar ve kanser insidanslarına etkileri araştırma konuları arasında yer almaktadır (89,90). Ülkemizde bildirilen çalışmalarda vücut kitle indeksinin (VKİ) >30 olanlarda meme kanseri taramalarına katılıma daha uyumlu oldukları saptanmıştır (82,91). Özellikle düzenli egzersiz kadınların sağlıklı olma motivasyonlarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir ve kanser taramalarına daha yüksek oranda katılımlarının bu

motivasyon ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Çalışmamız bu bakış açısını destekleyen veriler sunmuş, egzersiz ve beslenme alışkanlıkları kazandırılmasının kanser taramaları gibi diğer davranış özellikleri edinilmesinde önemli olabileceğini fikrini uyandırmıştır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların yaklaşık 4'te 3'ü sigara kullanmayan (%71,1) ve sigara kullanımını bırakan (%4,2) kadınlardan oluşmaktadır. Ülkemizde kadınlarda sigara kullanım oranları daha düşük olarak bildirilmektedir ve çalışma grubumuz bu genel görüşü desteklemektedir (92,93).

Çalışmamızda sigara kullananların daha yüksek oranda kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olduğu ve daha yüksek oranda kanser taramalarına katılım gösterdiği tespit edilmiş, ancak farklılık anlamlı bulunmamıştır. Ülkemize yapılan benzer çalışmalarda da sigara kullananlarda kanser taramalarına anlamlı düzeyde olmamakla birlikte daha olumlu bakış açısı olduğu bildirilmiştir (94,95). Sigara maruziyetinin akciğer ve larinks kanseri başta olmak üzere çeşitli kanser türleri için risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (96). Benzer şekilde tarama programı kapsamında değerlendirilen meme, kolon ve serviks kanserleri içinde sigara kullanımı risk faktörleri arasında yer almaktadır (97,98). Ülkemizde kadınlarda sigara kullanımı sosyo-kültürel açıdan gelişmiş ve ekonomik özgürlüğü olanlarda daha yüksek oranda görülmektedir. Bu kişilerin öğrenmeye olan eğilimleri sigaranın kanserler dahil çeşitli hastalıklar için risk faktörü olması farkındalığına ve kanser taramalarına daha olumlu bakmalarına neden olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar benzer sayıda bulunmuş, kronik hastalık varlığı ile kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taraması yaptırma arasında ilişki gösterilememiştir. Ülkemizde yapılan benzer kanser taramaları ile ilgili çalışmalarda katılımcı gruplarının yaş ortalamalarının kronik hastalık oranının artışında en önemli faktör olduğu gösterilmiştir (83,91). Genel popülasyon ile karşılaştırıldığında çalışma grubumuzda daha yüksek saptanan kronik hastalık varlığı, katılımcıların çoğunluğunun ileri yaşta olması ile açıklanabilir.

Ülkemizden bildirilen diğer çalışmalarda da verilerimiz ile uyumlu şekilde kronik hastalık varlığı ile kanser taramaları bilgi düzeyi ve tutumları arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (70,73). Bu kişilerin mevcut kronik hastalıkları nedeni ile düzenli sağlık hizmetine başvuruları, bazı hastalarda kanser taramaları gibi sağlıklarının korunması ile ilişkili süreçlere daha olumlu bakmasına denen olmaktadır. Bununla birlikte bazı hastalarda sürekli hastane başvurusu, yaşam motivasyonlarına olumsuz etki göstermekte, tedavi süreçleri ile birlikte diğer sağlık koruyucu davranışlara uyumlarını olumsuz etkilemektedir. Toplum tabanlı bir kanser tarama programı her türlü risk grubunu, olumsuz davranış özellikleri gösterenler dahil ederek planlanmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların %33,1'inde ailelerinde kanser tanısı alan kişi olduğu saptanmıştır. Ailede kanser tanısı olan katılımcıların %70,1'inde kanser tanısının birinci derece yakınlarında (%55,1'inde anne ve baba, %13,4'ünde kardeş ve %1,6'sında eş) ve en sık görülen üç kanser türünün meme, akciğer ve kolon kanseri olduğu görülmüştür. Ailede kanser öyküsü ile kanser bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmaz iken, ailede kanser öyküsü olanların istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda (%69,3'e karşı %48,6) kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir. Ailede kanser öyküsü olan kadınların tarama testlerinin güvenilirliği ve etkinliği konusunda daha olumlu bir yaklaşıma sahip olduğu bildirilmektedir. Bu düşünceye sahip olan kadınlarda daha yüksek oranlarda tarama testlerine katılım söz konusudur (99). Yavan ve arkadaşları tarafından ülkemizde yürütülen bir çalışmada ailesinde meme kanseri olan kadınların kendilerinde meme kanseri olma risk algısının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (100). Bizim çalışmamızda başta birinci derece yakınları olmak üzere ailede kanser tanısı alan bir kişi olması, bu kişilerin daha yüksek oranda sağlık profesyonellerinden bilgi almasına, genetik geçiş risk faktörü başta olmak üzere kanser risk faktörleri farkındalığının daha yüksek olmasına neden olduğu düşünülmüştür. Bu kapsamda literatür ile uyumlu olarak ailede kanser tanısı olan kişi varlığı bizim çalışmamızda da kanser taramalarına uyum oranını artıran temel faktörlerden biri olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların %74,2'si kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olduğunu ve bilgi sahibi olanların %55,4'i bilgi kaynağının sağlık çalışanları olduğunu belirtmiştir. Lüleci ve Kılıç tarafından kadılarda meme kanseri taramasına etkili olan faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, kadınların tarama hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu ve sadece üçte birinin gerekli bilgilendirmeyi sağlık çalışanlarında aldığı saptanmıştır (11). Aynı çalışmada kadınların sağlık profesyonelleri tarafından daha iyi bir şekilde bilgilendirilmesi gerektiği vurgulanmış. Kadının ailedeki rolü, kanser tanısı alma korkusu, mahremiyet endişesi, mamografi çektirmenin neden olduğu kaygı ve eşinin ailesinin desteği katılımda etkili diğer faktörler olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanları tarafından risk altındaki kişilere kanser taramaları hakkında yeterli bilginin verilmesinin ve testlere erişim kolaylığı sağlanmasının katılım oranlarını artırma etkili olduğu bildirilmektedir (101). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada mamografi çektirenlerin doktor bilgilendirmesi ve önerisi ile test yaptırdıkları rapor edilmiştir (102). Akbaş ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada da benzer şekilde katılımcıların doktor önerisi ile pap-smear testini yaptırdığı belirlenmiştir (81). Çaman ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada ise kanser tarama merkezlerine başvuru öncesinde hekim bilgilendirmesi ve taramaya katılma önerisi, katılımcıların taramaya katılmasını etkileyen tek faktör olarak saptanmıştır (103). Sonuçlarımız ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzer şekilde sağlık profosyonelleri yönlendirmesinin kanser taramalarına uyumda etkili olduğunu desteklemektedir. Hastaların sağlık hizmeti için ilk başvuru merkezleri olan aile hekimliği birimlerinde afiş broşür gibi uygun eğitim materyalleri ile kanser taramalarına dikkat çekilmesi, farkındalığın artırılması ve sonrasında doğrudan sağlık çalışanları tarafından bilgi verilmesi kanser taramalarına uyumu olumlu yönde etkileyecektir.

Kanser ile mücadele sürecinin en önemli basamağını kanser tarama programları oluşturmaktadır. Toplum tabanlı tarama programları uygulama alanını ise birinci basmak sağlık hizmet sunucuları diğer ifade ile aile hekimleri oluşturmaktadır. Bireylerin sağlık hizmeti başvuruşlarında ilk temas noktası erişim kolaylığı nedeni ile aile hekimliği birimleridir (104,105). Bir tarama programının başarıya ulaşabilmesi için hedef nüfusun %70'inin kapsanması gerektiği bilinmektedir (14). Kadınların kanser taramalarına katılım oranlarının artırılması için ulusal düzeyde ve kurum düzeyinde kadınların endişe ve kaygıları ile birlikte sosyo-kültürel engelleri ortadan

kaldıran yaklaşımlar uygulanmalıdır. Bireylerin kolaylıkla aile hekimliği birimlerine erişebilmesi ifade edilen hedef popülasyona ulaşılmasında bu birimlerin en önemli avantajını oluşturmaktadır (101).

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI / GÜÇLÜ YÖNLERİ

Bu çalışma ülkemizin başkenti Ankara'nın merkez ilçelerinden birinde yer alan aile sağlığı merkezine başvuran kadınlarda yürütülmüştür. Bu kadınların sosyo-kültürel olarak ülkemiz genelinden daha iyi bir düzeye sahip olabileceği, ülke genelini yansıtmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca katılımcıların yaklaşık 3'te 1'inde ailede kanser öyküsü mevcuttur. Bu durum kanser hakkında bilgi düzeyi ve kanser taramalarına katılım hakkında daha duyarlı olmalarına neden olabilir. Kanser bilgi düzeyi ve katılımı etkileyen risk faktörlerini araştırmayı amaçladığımız çalışmamızın örneklem seçimi toplum genelini yansıtmayabilir ve sonuçlarının yorumlanırken göz önünde bulundurulmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın hastaların ulusal kanser tarama programına yönelik farkındalığının değerlendirilmesi ile ilgili yapmış olduğumuz ve 384 katılımcının dahil edilmiş olduğu çalışmamızda, katılımcıların çoğu 50 yaş altında, evli, sosyal güvencesi ve en az bir çocuk sahibi olan kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların üçte birine yakını düzenli egzersiz yapmakta iken, yaklaşık dörtte biri sigara kullanmaktadır.

Kadınların dörtte üçü kanser taramaları hakkında bilgi sahibi iken, %55,4'ü bilgiyi bir sağlık çalışanından edinmiştir. Kadınların %81'inin meme kanseri tarama sıklığı iki, %84,9'unun kolon kanseri tarama sıklığı iki, %80,6'sının serviks kanseri tarama sıklığı beştir. Tarama yaptırmayanlarda, en sık yaptırmama sebebi bilgi eksikliği iken, bunu zaman eksikliği ve kanser tanısı alma korkusu izlemektedir. Toplum tabanlı bir kanser tarama programı her türlü risk grubunu, olumsuz davranış özellikleri gösterenler dahil ederek planlanmalıdır.

En sık kanser taraması yaptıranlar 41-50 yaş arasında olanlar (%66,9) iken, öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça tarama yaptırma sıklığı artmaktadır. Toplumun eğitim düzeyi ve gelir düzeyi göz önünde bulundurularak bu tür tarama programlarında kullanılacak testlere kolay ulaşılabilir ve ücretsiz sunulması planlanmalıdır.

Bu çalışmada; ileri yaşta, okuryazar olmayan/ilkokul mezunu olan, ev hanımı olan, sosyal güvencesi olmayan, aylık geliri düşük olan ve 18 yaş altında ilk çocuğunu doğuran kadınların kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma oranlarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ulusal, lokal ve kurumsal bazda kanser tarama programları tanıtımlarına ağırlık verilmesi, ulusal düzeyde kamu spotları kurumsal düzeyde afiş broşür çalışmaları yararlı olacaktır.

Kanser taramalarında risk faktörleri olan kişiler öncelikli hedef popülasyonu oluşturmaktadır. İleri yaş, sigara, alkol, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam ve ailede kanser öyküsü en temel risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmada ileri yaştaki kadınların kanser taramalarına katılımı daha düşük saptanmış, sigara kullanımı, sağlıklı beslenme durumu ve kronik hastalık varlığı ile kanser taramalarına

katılım arasında ilişki gösterilememiştir. Bu faktörler kanser risk faktörleri bilgi ve bilinç düzeyinin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve beslenme alışkanlıkları kazandırılmasının kanser taramaları gibi diğer davranış özellikleri edinilmesine pozitif katkı sunduğu göz önünde bulundurularak planlama yapılmalıdır.

Ailede kanser varlığı, birçok kanser türünün kalıtsal özelliği nedeni ile en temel risk faktörüdür. Çalışmamızda ailede kanser tanısı olanlarda kanser tarama yaptırma oranı olmayanlar ile karşılaştırıldığında yüksek olmasına rağmen (%69,3'e karşılık %48,6) bu oranın yeterli olmadığı düşünülmüştür. Bu kişilerin mutlaka kanser taramalarına %100 katılımı gerekmektedir. Ailedeki kanserli kişinin tanı ve tedavi süreçlerinde görev alan sağlık profesyonellerinin ailenin diğer üyelerinde bilgi ve farkındalığı artırmada daha aktif rol alarak bu oranlar artırılabilir.

Bu çalışmada katılımcıların %55,4'ünde kanser taraması ile ilgili bilgi kaynağı sağlık çalışanları olarak saptanmıştır. Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan bilgilendirme ve farkındalık sağlama oranlarının artırılmasının kanser tarama programlarına katılımı artırmada ve toplumdaki hedef kapsayıcılığı sağlamada etkili olacağı aşikârdır. Bu kapsamda bireylerin sağlık hizmeti ilk başvuru merkezleri olan aile hekimliği birimleri, bu birimlerde çalışan sağlık profesyonelleri daha etkin bir rol oynayabilir. Hastaların sağlık hizmeti için ilk başvuru merkezleri olan aile hekimliği birimlerinde afiş broşür gibi uygun eğitim materyalleri ile kanser taramalarına dikkat çekilmesi katılım oranlarını artırılmasında yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bray, F, Laversanne, M, Weiderpass, E, Soerjomataram, I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. Cancer. 2021;127(16):3029-30.

2. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2020: Deaths by CauseAge, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. 2020 [27.03.2024]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-andglobal-health-estim ates/ghe-leading causes-of-death. Erişim tarihi 04.03.2025.

3. Soerjomataram, I, Bray, F. Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020-2070. Nat Rev Clin Oncol. 2021;18(10):663-72.

4. Murray, CJ, Lopez, AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349(9061):1269-76.

5. Fadelu, T, Rebbeck, TR. The rising burden of cancer in low- and middle-Human Development Index countries. Cancer. 2021;127(16):2864-6.

6. Sung, H, Ferlay, J, Siegel, RL, Laversanne, M, Soerjomataram, I, Jemal, A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.

7. Fidler, MM, Bray, F, Soerjomataram, I. The global cancer burden and human development: A review. Scand J Public Health. 2018;46(1):27-36.

8. Cao, W, Chen, HD, Yu, YW, Li, N, Chen, WQ. Changing profiles of cancer burden worldwide and in China: a secondary analysis of the global cancer statistics 2020. Chin Med J (Engl). 2021;134(7):783-91.

9. Saluja, G, Brenner, R, Morrongiello, BA, Haynie, D, Rivera, M, Cheng, TL. The role of supervision in child injury risk: definition, conceptual and measurement issues. Inj Control Saf Promot. 2004;11(1):17-22.

10. Eren, Oö Kanser taramaları ve kanserden korunma. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2017;9(2):7-14.

11. Luleci, D, Kilic, B. Factors Affecting Women's Participation in Breast Cancer Screening in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2022;23(5):1627-34.

12. Arslan, HN, Oruc, MA. Results from a cervical cancer screening program in Samsun, Turkey. BMC Womens Health. 2022;22(1):331.

13. Sahin, MK, Aker, S, Arslan, HN. Barriers to Colorectal Cancer Screening in a Primary Care Setting in Turkey. J Community Health. 2017;42(1):101-8.

14. Kessler, RC, Adler, L, Ames, M, Demler, O, Faraone, S, Hiripi, E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychological medicine. 2005;35(2):245-56.

15. Pham, DX, Pham, TTT, Pham, TN, Bui, TD. A Cross-Sectional Study about Knowledge, Awareness and Perception of Risk Factors for Cancer among Cancer-Patients Relatives and Healthy Adults in Ho Chi Minh City, Vietnam. Asian Pac J Cancer Prev. 2021;22(1):277-85.

16. Akdur, R. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara. 1999:140.

17. Çavmak, Ş, Çavmak, D. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(1):48-57.

18. Yardımcı, Y, Akbıyık, D, Aypak, C, Yıkılkan, H, Görpelioğlu, S. Türkiye'de aile hekimliği uygulaması ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10(2):81-90.

19. Bakanlığı, S. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. Ankara: Resmi Gazete (28539 sayılı). 2013.

20. Güldal, D, Günvar, T, Mevsim, V, Kuruoğlu, E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2012;16(3).

21. Başak, O. WONCA Europe 2002 Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Türkçe Çeviri Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayını, Ankara, Haziran. 2003.

22. Health care funding: The Health Foundation; 2024 Available from: https://www.health.org.uk/publications/long-reads/health-care-EEEfunding#:~:text=Planned%20NHS%20England%20RDEL%20in,small%20increase%20of%200.2%25, Erişim tarihi: 17.04.2025.

23. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu, 25665 (2004).

24. Fedai, R. Sağlıkta dönüşüm programının öncesi: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi: 1923-2003. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2019;8(2):2010-32.

25. Karaboğa, G, Çağlar, Y, Şener, İ. Cumhuriyet Tarihimizde Sağlık Sisteminin Gelişimi ve Organizasyonel Dönüşüm. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2023;12:318-37.

26. Fitzmaurice, C, Dicker, D, Pain, A, Hamavid, H, Moradi-Lakeh, M, MacIntyre, MF, et al. The global burden of cancer 2013. JAMA oncology. 2015;1(4):505-27.

27. Torre, LA, Siegel, RL, Ward, EM, Jemal, A. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2016;25(1):16-27.

28. Murphy, CC, Zaki, TA. Changing epidemiology of colorectal cancer - birth cohort effects and emerging risk factors. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2024;21(1):25-34.

29. Johnson, CA, James, D, Marzan, A, Armaos, M. Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management. Semin Oncol Nurs. 2019;35(2):166-74.

30. Grothey, A, Fakih, M, Tabernero, J. Management of BRAF-mutant metastatic colorectal cancer: a review of treatment options and evidence-based guidelines. Ann Oncol. 2021;32(8):959-67.

31. Sun, YS, Zhao, Z, Yang, ZN, Xu, F, Lu, HJ, Zhu, ZY, et al. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. Int J Biol Sci. 2017;13(11):1387-97.

32. Faguet, GB. A brief history of cancer: age-old milestones underlying our current knowledge database. Int J Cancer. 2015;136(9):2022-36.

33. Hajdu, SI. A note from history: landmarks in history of cancer, part 1. Cancer. 2011;117(5):1097-102.

34. Inchingolo, F, Santacroce, L, Ballini, A, Topi, S, Dipalma, G, Haxhirexha, K, et al. Oral Cancer: A Historical Review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(9).

35. Atıcı,E. Tıp tarihinde kanser ve lösemi. Türk onkoloji dergisi. 2007;22(4):197-204.

36. Lewandowska, AM, Rudzki, M, Rudzki, S, Lewandowski, T, Laskowska, B. Environmental risk factors for cancer - review paper. Ann Agric Environ Med. 2019;26(1):1-7.

37. Hayashi, T, Fujita, K, Hayashi, Y, Hatano, K, Kawashima, A, McConkey, DJ, et al. Mutational Landscape and Environmental Effects in Bladder Cancer. Int J Mol Sci. 2020;21(17).

38. Martin, A, Woolbright, BL, Umar, S, Ingersoll, MA, Taylor, JA, 3rd. Bladder cancer, inflammageing and microbiomes. Nat Rev Urol. 2022;19(8):495-509.

39. Zhang, X, Edwards, BJ. Malnutrition in Older Adults with Cancer. Curr Oncol Rep. 2019;21(9):80.

40. Malhotra, J, Malvezzi, M, Negri, E, La Vecchia, C, Boffetta, P. Risk factors for lung cancer worldwide. Eur Respir J. 2016;48(3):889-902.

41. Klein, AP. Pancreatic cancer epidemiology: understanding the role of lifestyle and inherited risk factors. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2021;18(7):493-502.

42. Meyskens Jr, FL, Mukhtar, H, Rock, CL, Cuzick, J, Kensler, TW, Yang, CS, et al. Cancer prevention: obstacles, challenges, and the road ahead. Journal of the National Cancer Institute. 2016;108(2):djv309.

43. Athanasiou, A, Bowden, S, Paraskevaidi, M, Fotopoulou, C, Martin-Hirsch, P, Paraskevaidis, E, et al. HPV vaccination and cancer prevention. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2020;65:109-24.

44. Goncalves, PH, Montezuma-Rusca, JM, Yarchoan, R, Uldrick, TS, editors. Cancer prevention in HIV-infected populations. Seminars in oncology; 2016: Elsevier.

45. Markowitz, S. Asbestos-related lung cancer and malignant mesothelioma of the pleura: selected current issues. Semin Respir Crit Care Med. 2015;36(3):334-46.

46. Cancer Today GLOBOCAN (The Global Cancer Observatory) 2022: International Agency for Research on Cancer; 2022 [updated 08.02.2024]. Available from: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf, Erişim tarihi: 17.04.2025.

47. Cancer Today GLOBOCAN (The Global Cancer Observatory) 2020: International Agency for Research on Cancer; 2020. Available from: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf , Erişim tarihi: 15.04.2025.

48. Ersoy, E, Saatçı, E. Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış. Türk Aile Hek Derg. 2017;21(2):82-9.

49. Shaukat, A, Levin, TR. Current and future colorectal cancer screening strategies. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2022;19(8):521-31.

50. Rajaram, S, Gupta, B. Screening for cervical cancer: Choices & dilemmas. Indian J Med Res. 2021;154(2):210-20.

51. Wilkinson, L, Gathani, T. Understanding breast cancer as a global health concern. Br J Radiol. 2022;95(1130):20211033.

52. Schreuders, EH, Ruco, A, Rabeneck, L, Schoen, RE, Sung, JJ, Young, GP, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. Gut. 2015;64(10):1637-49.

53. Portillo, I, Arana-Arri, E, Idigoras, I, Bilbao, I, Martínez-Indart, L, Bujanda, L, et al. Colorectal and interval cancers of the Colorectal Cancer Screening Program in the Basque Country (Spain). World J Gastroenterol. 2017;23(15):2731-42.

54. Brisson, M, Drolet, M. Global elimination of cervical cancer as a public health problem. Lancet Oncol. 2019;20(3):319-21.

55. Bonney, A, Malouf, R, Marchal, C, Manners, D, Fong, KM, Marshall, HM, et al. Impact of low-dose computed tomography (LDCT) screening on lung cancer-related mortality. Cochrane Database Syst Rev. 2022;8(8):CD013829.

56. Zhang, K, Bangma, CH, Roobol, MJ. Prostate cancer screening in Europe and Asia. Asian J Urol. 2017;4(2):86-95.

57. Wong, MC, Goggins, WB, Wang, HH, Fung, FD, Leung, C, Wong, SY, et al. Global Incidence and Mortality for Prostate Cancer: Analysis of Temporal Patterns and Trends in 36 Countries. Eur Urol. 2016;70(5):862-74.

58. Smith, RA, Andrews, KS, Brooks, D, Fedewa, SA, Manassaram-Baptiste, D, Saslow, D, et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2019;69(3):184-210.

59. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı; 2021.

60. Bruni, L, Serrano, B, Roura, E, Alemany, L, Cowan, M, Herrero, R, et al. Cervical cancer screening programmes and age-specific coverage estimates for 202 countries and territories worldwide: a review and synthetic analysis. Lancet Glob Health. 2022;10(8):e1115-e27.

61. Demir Yildirim, A, Ozaydin, A. İstanbul Moda'da oturan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme kanseri taramalarına katılımları. J Breast Health. 2014;10:47-56.

62. World Health Organization. Launch of the Global Strategy to Acceleratethe Elimination of Cervical Cancer 2020 [25.03.2024]. Available from: https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/11/17/default-calendar/launch-of-the-global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer , Erişim tarihi: 13.04.2025.

63. Gultekin, M, Zayifoglu Karaca, M, Kucukyildiz, I, Dundar, S, Boztas, G, Semra Turan, H, et al. Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women. Int J Cancer. 2018;142(9):1952-8.

64. Michaels, E, Worthington, RO, Rusiecki, J. Breast Cancer: Risk Assessment, Screening, and Primary Prevention. Med Clin North Am. 2023;107(2):271-84.

65. Ursoniu, S. Primordial prevention, developing countries and the epidemiological transition: thirty years later. Wien Klin Wochenschr. 2009;121(5-6):168-72.

66. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2022;400(10352):563-91.

67. Pandve, HT. Quaternary prevention: need of the hour. J Family Med Prim Care. 2014;3(4):309-10.

68. Perez, M, Abisaad, JA, Rojas, KD, Marchetti, MA, Jaimes, N. Skin cancer: Primary, secondary, and tertiary prevention. Part I. J Am Acad Dermatol. 2022;87(2):255-68.

69. Onur, O, Alper, C. Cancer early diagnosis, screening, and education centers in Turkey. Cancer Surgery. 2017;2.

70. Erkal, E. Determining individuals' attitudes toward Cancer Screening and their influential factors. Makara J Health Res. 2022;26(2):111-7.

71. Tosun, H, Isik Andsoy, I, Gul, A. Cultural Beliefs of Turkish Women for Breast Cancer and Screening. J Transcult Nurs. 2021;32(5):451-7.

72. Althobaiti, A, Jradi, H. Knowledge, attitude, and perceived barriers regarding colorectal cancer screening practices and risk factors among medical students in Saudi Arabia. BMC Med Educ. 2019;19(1):421.

73. Öztürk, ENY, Uyar, M, Şahin, TK. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. 3 Uluslararası 21 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; Antalya2019.

74. Thapa, N, Maharjan, M, Petrini, MA, Shah, R, Shah, S, Maharjan, N, et al. Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal. Journal of gynecologic oncology. 2018;29(4).

75. Tekle, T, Wolka, E, Nega, B, Kumma, WP, Koyira, MM. Knowledge, attitude and practice towards cervical cancer screening among women and associated factors in hospitals of Wolaita Zone, Southern Ethiopia. Cancer management and research. 2020:993-1005.

76. Yalçın Gürsoy, M, Bulut Ayaz, C. Does Health Literacy Affect Colorectal Cancer Screening Rates? J Community Health Nurs. 2023;40(2):147-56.

77. Lee, M, Lee, MA, Ahn, H, Ko, J, Yon, E, Lee, J, et al. Health Literacy and Access to Care in Cancer Screening Among Korean Americans. Health Lit Res Pract. 2021;5(4):e310-e8.

78. Huang, RL, Liu, Q, Wang, YX, Zou, JY, Hu, LF, Wang, W, et al. Awareness, attitude and barriers of colorectal cancer screening among high-risk populations in China: a cross-sectional study. BMJ Open. 2021;11(7):e045168.

79. El Asmar, M, Bechnak, A, Fares, J, Al Oweini, D, Alrazim, A, El Achkar, A, et al. Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Breast Cancer amongst Lebanese Females in Beirut. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(3):625-31.

80. Kuzhan, A, Adli, M. The Effect of Socio-Economic-Cultural Factors on Breast Cancer. J Breast Health. 2015;11(1):17-21.

81. Al Sairafi, M, Mohamed, FA. Knowledge, attitudes, and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women. Med Princ Pract. 2009;18(1):35-42.

82. Aras, G. Eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı kadınların meme ve serviks kanseri taramaları hakkındaki farkındalıkları [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.

83. Teskereci, G, Arslan, UO, Oncel, S. The awareness levels of women for gynecologic cancer in Turkey: A cross-sectional study. Int J Gynaecol Obstet. 2022;156(3):539-45.

84. Jolly, MC, Sebire, N, Harris, J, Robinson, S, Regan, L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol. 2000;96(6):962-6.

85. Lawn, JE, Blencowe, H, Waiswa, P, Amouzou, A, Mathers, C, Hogan, D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016;387(10018):587-603.

86. Marphatia, AA, Ambale, GS, Reid, AM. Women's Marriage Age Matters for Public Health: A Review of the Broader Health and Social Implications in South Asia. Front Public Health. 2017;5:269.

87. Marphatia, AA, Saville, NM, Amable, GS, Manandhar, DS, Cortina-Borja, M, Wells, JC, et al. How Much Education Is Needed to Delay Women's Age at Marriage and First Pregnancy? Front Public Health. 2019;7:396.

88. Pedro, J, Brandão, T, Schmidt, L, Costa, ME, Martins, MV. What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. Ups J Med Sci. 2018;123(2):71-81.

89. Yang, WJ, Zhao, HP, Yu, Y, Wang, JH, Guo, L, Liu, JY, et al. Updates on global epidemiology, risk and prognostic factors of gastric cancer. World J Gastroenterol. 2023;29(16):2452-68.

90. Rojas, K, Stuckey, A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. Clin Obstet Gynecol. 2016;59(4):651-72.

91. Tekpınar, H, Özen, M, Aşık, Z. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(1):28-36.

92. Kilic, D, Ozturk, S. Gender differences in cigarette consumption in Turkey: evidence from the Global Adult Tobacco Survey. Health Policy. 2014;114(2-3):207-14.

93. Can, G, Topbas, M, Oztuna, F, Ozgun, S, Can, E, Yavuzyilmaz, A. Factors contributing to regular smoking in adolescents in Turkey. J Sch Health. 2009;79(3):93-7.

94. Özsöyler, M, Güzelöz Çapar, Z, Keser, M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş ve Üzeri Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi ve Tutumları. Forbes Journal of Medicine. 2023;4(1):76-83.

95. Çetin, G. 30-70 yaş arası bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı ile kanser tarama testleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi; 2021.

96. Chang, JT, Anic, GM, Rostron, BL, Tanwar, M, Chang, CM. Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-analysis. Nicotine Tob Res. 2021;23(4):635-42.

97. Choi, S, Ismail, A, Pappas-Gogos, G, Boussios, S. HPV and Cervical Cancer: A Review of Epidemiology and Screening Uptake in the UK. Pathogens. 2023;12(2).

98. Stumbar, SE, Stevens, M, Feld, Z. Cervical Cancer and Its Precursors: A Preventative Approach to Screening, Diagnosis, and Management. Prim Care. 2019;46(1):117-34.

99. Hasnain, M, Menon, U, Ferrans, CE, Szalacha, L. Breast cancer screening practices among first-generation immigrant muslim women. J Womens Health (Larchmt). 2014;23(7):602-12.

100. Yavan, T, Akyuz, A, Tosun, N, IyigUn, E. Women's breast cancer risk perception and attitudes toward screening tests. J Psychosoc Oncol. 2010;28(2):189-201.

101. Oruç, MA, Arslan, S, Bayram, N, Özen, Ö, Öztürk, O. Aile Hekimliği Birimlerinde Kanser Taramalarını Arttırma Çabası-Samsun Örneği. Fırat Tıp Dergisi. 2022;27:87-91.

102. Babuş, S. Manisa'da seçilmiş iki bölgede meme kanseri ve erken tanı yöntemleri açısından bilgi, tutum ve davranış araştırması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2017;26(6):221-30.

103. Çaman, ÖK, Bilir, N, Özcebe, H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi. Fırat Med J. 2014;19(2):95-100.

104. Şahin, S. Kanserde erken tanı ve tarama programları. Ege Tıp Dergisi. 2015;54.

105. Kringos, DS. The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi/Turkish Journal of Family Practice. 2013;17(4):165-79.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

IV- Mesleki Deneyimi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

EKLER

EK-1. VERİ TOPLAMA FORMU

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA KADIN HASTALARIN ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMINA YÖNELİK FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı,

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

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

Bu çalışmada, Ankara İli Keçiören ilçesi AYVALI ZEKİ POLAT Aile Sağlığı Merkezinde bulunan altı Aile Hekimliği Biriminde nüfusa kayıtlı kadın hastalarda ulusal kanser tarama programına yönelik farkındalıkları değerlendirilecektir. Çalışma, uzmanlık öğrencisi Dr. Ayşegül YAPALI 'nın tez çalışmasıdır. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. Eğer çalışmayı kabul ediyorsanız, veri toplama formundaki sorular size uzmanlık öğrencisi Dr. Ayşegül YAPALI tarafından sorulacak ve verdiğiniz cevaplar kayıt altına alınacaktır. Veri toplama süreci yaklaşık olarak 5-10 dakika sürecektir. Veri toplama sürecinde verdiğiniz bilgiler, bilimsel araştırma amaçlı kullanılacak olup, cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılımınız için size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır. Bu çalışmanın hastalığınızın tanı ve tedavi sürecinizde size zararı olmayacak ve tedavi sürecinizi değiştirmeyecektir. Çalışma ile ilgili olarak tüm sorularınızı 05072348030 no'lu telefon ile uzmanlık öğrencisi Dr. Ayşegül YAPALI ile iletişim kurarak iletebilirsiniz.

İlgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

TARİH:

1. Doğum Tarihi (yaş): .....

2. Medeni durumu: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış

3. Eğitim durumu: ☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul

☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Diğer (lütfen belirtiniz): .....

4. Meslek: ☐ Ev hanımı ☐ Emekli ☐ Çalışan

5. Sosyal güvenceniz var mı? ☐Evet ☐ Hayır

6. Aylık gelir düzeyi: Düzenli geliri yok; Geliri, giderinden az; Geliri, giderine eşit; Geliri, giderinden fazla

7. Çocuğunuz var mı?

☐ Hayır ☐ Evet ise → **İlk çocuk doğurma yaşı:**...../**Çocuk sayısı:**.....

8. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Haftada en az 3 gün 30-45 dakika süren egzersiz)

☐ Hayır ☐ Evet ise →(Lütfen belirtiniz): .....

9. Sigara kullanımı

□ **Hayır** □ **Evet →_____paket/gün, _____aydır/yıldır** □ **Bıraktım →_____paket/gün, _____aydır/yıldır**

10.Alkol kullanımı

☐ Hayır ☐ Evet → ____kadeh/gün/hafta, ____aydır/yıldır ☐ Bıraktım → _____ kadeh/gün/hafta, ____aydır/yıldır

11.Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor musunuz?

☐Evet ☐Hayır

12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

☐ Hayır

☐ Evet ise → ☐ Kalp hastalığı ☐ Şeker hastalığı

☐ Tansiyon yüksekliği ☐ Kolesterol seviyesinin yüksek olması

☐ Guatr (Hipotiroidi) ☐ Diğer (lütfen belirtiniz): .....

13.Ailenizde kanser hastası birey var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Lütfen hangi kanser olduğunu ve size olan yakınlığını belirtiniz):

.....

14. Kadın cinsiyet için belirli yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilginiz var mı? (Cevabınız Evet ise 16.soruya, HAYIR ise 18.soruya geçiniz)

☐Hayır ☐Evet

15. Aşağıdaki kanserlerin tarama yaş aralığı (başlanıç-bitiş) ve sıklığını belirtiniz.

☐ Meme kanseri Yaş aralığı:..... Sıklık:.....

☐ Kolon (Kalın Bağırsak) kanseri Yaş aralığı:..... Sıklık:.....

☐ Serviks (Rahim Ağzı) kanseri Yaş aralığı:..... Sıklık:.....

16. Kanser taraması ile ilgili bilgiye nereden ulaştınız?

☐ Sağlık personel → ☐ Aile hekimim ☐ Diğer (lütfen belirtiniz): .....

☐ Medya (TV, gazete, internet, vb.)

☐ Yakınlarım/Arkadaşlarım/Komşum, vb.

☐ Diğer (Lütfen belirtiniz): .....

17. Kanser taraması yaptırdınız mı? (Cevabınız Evet ise 18.soruya, HAYIR ise 19.soruya geçiniz)

☐Evet ☐Hayır

18. Kanser taramalarından hangisi/hangilerini yaptırdınız?

☐Mamografi ☐ Pap smear/HPV-DNA ☐ Kolonoskopi/sigmoidoskopi ☐ Gaitada gizli kan

19. Tarama yaptırmama nedeniniz/nedenleriniz nelerdir?

☐ Tarama yapıldığını bilmiyordum.

☐ Zaman ayıramıyorum

☐ Nereye başvurmam gerektiğini bilmiyorum

☐ Maddi olanaksızlıklar yüzünden gidemiyorum

☐ Doktora gitmeye çekiniyorum

☐ Kötü bir hastalığım olmasından korkuyorum

☐ Tıbba güvenmiyorum

☐ Diğer (lütfen belirtiniz): .....

EK-2. TUEK ONAYI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
01/04/2022 16:27 - E-50687469 - 799 - 173

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Ayşegül YAPALI)

Sayın: Dr.Ayşegül YAPALI
(Aile Hekimliği Kliniği Birimi)

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kadın Hastaların Kanser Tarama Programına Yönelik Farkındalığının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmanızı uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 31.03.2022 tarih ve 6 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiş ve kayıt altına alınmıştır.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Cevdet Serkan GÖKKAYA
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : c73d0dc6-2959-4a6d-a203-4f0143f61e45 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys
General Dr.Tevfik Sağlam Cd. Etlik ARGE/TUEK Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: dilek.menay@saglik.gov.tr İnternet Adresi: http://www.gulhanceah.saglik.gov.tr/
Bilgi için: Dilek MENAY
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 312) 304 61 05

EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	FORM 04

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Projesinin Adı: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kadın Hastaların Ulusal Kanser Tarama Programına Yönelik Farkındalığının Değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırıcının Adı: Ümit AYDOĞAN
Diğer Araştırıcıların Adı: Ayşegül YAPALI, Yusuf Çetin DOĞANER

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kadın Hastaların Ulusal Kanser Tarama Programına Yönelik Farkındalığının Değerlendirilmesi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı görevli Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN ve uzmanlık öğrencisi Dr. Ayşegül YAPALI'nın sorumluluğu altındadır.

1. Araştırmanın amacı nedir?

Bu araştırmanın amacı; kanser erken tanısında önemli bir yeri olan ulusal kanser tarama programı hakkında kadın hastaların farkındalık düzeyini belirlemek ve bu farkındalık düzeyini etkileyen faktörleri ortaya koymaktır.

2. Gönüllünün sorumlulukları nedir?

Çalışmaya katılmayı kabul eden Ayvalı Zeki Polat Aile Sağlığı merkezine ulusal kanser tarama programı kapsamında başvuran kadın hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 19 soruluk anket uygulanmaktadır.

3. Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler hakkındaki bilgiler nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

4. Çalışmaya katılan gönüllülerin bilgilerinin gizliliği ve hakları nelerdir?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır, ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

5. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre ne kadar?

Araştırma, 01.09.2022-31.08.2023 tarihleri arasında 12 ay sürecektir.

6. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı?

Çalışmaya Ayvalı Zeki Polat Aile Sağlığı merkezine 01.09.2022-31.08.2023 tarihleri arasında Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadın hastaların katılması planlanıyor.

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	FORM 04

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Uzmanlık öğrencisi Dr. Ayşegül YAPALI tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, budurumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projeninyürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim *{Ancak araştırmacıları zordurumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı datutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortayaçıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbimüdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'ı, [redacted] 'den veya Araştırma Görevlisi Dr. Ayşegül YAPALI'yı [redacted] 'den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Katılımcı ile Görüşen Hekim
Adı soyadı, unvanı: Ayşegül YAPALI Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi

EK-4. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 27.06.2022
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 27.06.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/07
PROJE/ KARAR NO : 2022-220 (Değerlendirilme Tarihi: 27.06.2022)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Uzmanlık öğrencisi Dr. Ayşegül YAPALI ve Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER'in yardımcı araştırmacı oldukları, 2022/220 kayıt numaralı, **"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kadın Hastaların Ulusal Kanser Tarama Programına Yönelik Farkındalığının Değerlendirilmesi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Gülhane Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
9	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
11	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
12	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
15	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135