T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SAĞLIK ALGISI İLE KANSER TARAMASI FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Seda KARAKOYUNLU ŞEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR/2019





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SAĞLIK ALGISI İLE KANSER TARAMASI FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Seda KARAKOYUNLU ŞEN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR/2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR..... i
KISALTMALAR..... ii
TABLO LİSTESİ..... iii
ŞEKİL LİSTESİ..... iv
ÖZET..... vi
ABSTRACT..... viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ..... 1
2.GENEL BİLGİLER..... 2
2.1.KANSER TANIMI.....2
2.2.KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ.....3
2.3.KANSER ETİYOLOJİSİ.....4
2.3.1.Kanser Risk Faktörleri.....4
1.Çevresel etmenler.....4
2.Genetik etmenler.....7
2.4.KANSER İSTATİSTİKLERİ.....8
2.5.KANSER TARAMALARI.....12
2.5.1.Tarama Testlerinin Özellikleri.....12
2.6.TARAMA PROGRAMI KAPSAMINDAKİ KANSER TÜRLERİ.....13
2.6.1.Serviks Kanseri.....13
2.6.2.Meme Kanseri.....16
2.6.3.Kolorektal Kanserler..... 19
3.GEREÇ VE YÖNTEM..... 23
3.1.ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ.....23
3.1.1.Sağlık Algısı Ölçeği.....23
3.2.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ.....24
3.3.İSTATİSTİKSEL YÖNTEM.....24
3.4.ETİK KURUL ONAYI..... 25
4.BULGULAR..... 26
4.1.SOSYO-DEMOGRAFİK TANIMLAYICI BULGULAR.....26
4.2.KRONİK HASTALIK VARLIĞI, MADDE KULLANIMI,

SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARIYLA İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR 29
4.3.AİLEDE KANSER VARLIĞI VE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TANIMLAYICI BULGULAR 33
4.4.SAĞLIK ALGISI PUANI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 39
5.TARTIŞMA 46
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 51
7.KAYNAKLAR 53
8.EKLER 59
8.1.EK 1: HASTA ONAM FORMU 59
8.2.EK 2: ANKET FORMU 60
8.3.EK 3: BİLGİLENDİRME KARTI 61
8.4.EK 4: SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ 62
8.5.EK 5: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ONAM FORMU 63
8.6.EK 6: ETİK KURUL ONAM FORMU 64
9.ÖZGEÇMİŞ 65

TEŞEKKÜR

Tez hazırlama sürecinde emeği geçen tez danışmanım Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk'e, asistanlığım süresince eğitim sorumluluğumuzu yapan Doç. Dr. Haluk Mergen'e ve Doç. Dr. Hülya Parıldar'a ayrıca bize yol gösteren diğer hocalarımıza ve uzmanlarımıza,

Hayattaki bütün olumsuzluklara ve umutsuzluklara karşı beraber bir sığınak inşa ettiğimiz tatlı oğluma, sevgili eşime, hep desteklerini hissettiğim kız kardeşlerime ve asla pes etmemeyi öğrendiğim canım anneme,

Teşekkür ederim.

KISALTMALAR

M.Ö.	Milattan Önce
M.S.	Milattan Sonra
WHO	World Health Organization
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
HTLV-1	Human T-Hücre Lenfotropik Virusu Tip 1
HTLV-II	İnsan T-Hücre Lenfotropik Virusu Tip 2
HCV	Hepatit C Virüsü
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
HPV	Human Papilloma Virusu
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
PAP-SMEAR	Papanikolaou Testi
HIV	Human Immunodeficiency Virus
PCR	Polimeraz Zincir Reaksiyonu
BT	Bilgisayarlı Tomografi
MRG	Manyetik Rezonans görüntüleme
BRCA 1 ve 2	Breast Cancer Susceptibility 1 Ve 2
GGK	Gaytada Gizli Kan
FAB	Familial Adenomatous Polyposis
SAÖ	Sağlık Algısı Ölçeği
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
USA	United States
VIF	Variance İnflation Factor
TV	Televizyon
SAP	Sağlık Algısı Puanı

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık algısı puanının sosyo-demografik değişkenler ile ilişkisi

Tablo 2. Sağlık algısı puanı ile kronik hastalık varlığı, madde kullanımı ve sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilgili değişkenlerin ilişkisi

Tablo 3. Sağlık algısı puanı ile ailede kanser varlığı ve kanser taramalarına yönelik değişkenlerin ilişkisi

Tablo 4. Çalışma grubunda sağlık algısı puanı ile ilişkili değişkenleri gösteren çok değişkenli lineer regresyon modeli

Tablo 5. Kanser tanısı değişkeni ile sigara, alkol kullanımı, spor yapma ve sağlıklı beslenme değişkenlerinin ilişkisi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Amerikan Kanser Derneği, Kanser Atlası, Kanser bölgesi ve cinsiyete göre en yüksek ve en düşük insidans hızları

Şekil 2. Tüm dünyada ölüm nedenleri, WHO

Şekil 3. Türkiye'de ölüm nedenlerinin dağılımı

Şekil 4. Türkiye'de kansere bağlı tedavi maliyetleri projeksiyonu

Şekil 5. Erkeklerde en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları (Türkiye birleşik veri tabanı, 2014) (dünya standart nüfusu, 100.000 kişide)

Şekil 6. Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları (Türkiye birleşik veri tabanı, 2014) (dünya standart nüfusu, 100.000 kişide)

Şekil 7. Çalışma grubunun cinsiyete göre dağılımı

Şekil 8. Katılımcıların minimum, maksimum, 1.-3. çeyrek ve ortanca yaşları

Şekil 9. Çalışma grubunun medeni duruma göre dağılımı

Şekil 10. Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımı

Şekil 11. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

Şekil 12. Çalışma grubunun sosyal güvencelerinin bulunup bulunmamasına göre dağılımı

Şekil 13. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre dağılımı

Şekil 14. Katılımcıların tanılı kronik hastalığa göre dağılımı

Şekil 15. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Şekil 16. Sigara kullanan bireylerin bir günde içtikleri sigara sayısına göre dağılımı

Şekil 17. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Şekil 18. Katılımcıların düzenli spor yapma durumuna göre dağılımı

Şekil 19. Katılımcıların sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumuna göre dağılımı

Şekil 20. Katılımcıların ailede kanser tanısı bulunma durumuna göre dağılımı

Şekil 21. Katılımcıların kanser tarama bilgisi varlığına göre dağılımı

Şekil 22. Katılımcıların meme, kolon ve serviks kanserine yönelik tarama yapıldığını bilme durumuna göre dağılımı

Şekil 23. Uygun yaş gruplarının meme, kolon ve serviks kanserine yönelik tarama yaptırma durumuna göre dağılımı

Şekil 24. Katılımcıların kanser tarama bilgisine hangi kaynaktan ulaşıldığına göre dağılımı

Şekil 25. 40 yaş ve üzeri mamografi çektirmeyen kadınların çektirmeme nedenlerine göre dağılımı

Şekil 26. 30 yaş ve üzeri serviks taraması yaptırmayan kadınların tarama yaptırmama nedenlerine göre dağılımı

Şekil 27. 50 yaş ve üzeri gaytada gizli kan taraması yaptırmayan bireylerin tarama yaptırmama nedenlerine göre dağılımı

Şekil 28. 50 yaş ve üzeri kolonoskopi/sigmoidoskopi yaptırmayan bireylerin tarama yaptırmama nedenlerine göre dağılımı

Şekil 29. Katılımcıların sağlık algısı puanlarının minimum, maksimum, 1.-3. çeyrek ve ortanca değerleri

ÖZET

SAĞLIK ALGISI İLE KANSER TARAMASI FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: İnsan yaşam süresinin uzamasıyla bazı hastalıkların görülme sıklığı artmış olup, dolaylı olarak bu hastalıklardan etkilenen insan sayıları da artmıştır. Bu hastalıkların en önemlilerinden biri de kanserdir. Kanserden korunma ve tespit yollarından en önemlisi olan taramalar, kanser yükünü azaltmak amacıyla hemen hemen tüm dünyada önerilmekte ve yapılmaktadır. Kişilerin kanser taramalarını bilme ve yaptırma durumu ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi irdelemek çalışmanın temel amacıdır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniğinde yürütüldü. Araştırmanın evreni, 2019 yılı Ocak-Şubat-Mart aylarında polikliniğe başvuran bireyler olarak belirlendi. Çalışmada, polikliniğe başvuran hasta ve sağlıklı bireylere çalışma kısaca anlatılarak aydınlatılmış onamlarının alınmasını takiben 2 adet anket formu doldurtuldu. Birinci anket, demografik özelliklerin yer aldığı yaş, cinsiyet, okul durumu gibi bilgileri içermesinin yanı sıra kanser taramaları ile ilgili soruları da içeriyordu. İkinci anket ise 'Sağlık Algısı Ölçeği' idi. Araştırma kapsamında 322 katılımcı ile çalışma analiz edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 42,62±14,87 olan çalışma grubunun %65,3'ünü kadınlar oluşturmaktaydı. Bireylerin %46,3'ü ilköğretim mezunu, %27,8'i üniversite ve %16,6'sı ise lise mezunu idi ve %28,4'ü işçi, %19,4'ü ev hanımı, %15'i emekli ve %10,3'ü memurdu. Çalışma grubunu oluşturan bireylerin yaklaşık yarısında kronik bir hastalık bulunmaktaydı. %31,9'u sigara kullandığını, %18,1'i alkol kullandığını, %13,8'i düzenli spor yaptığını, %52,8'i sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %30,3'ü ailesinde kanser tanısı bulunan bir bireyin bulunduğunu ifade etmiştir. Kanser taramalarının yapıldığını bilme durumuna göre incelendiğinde; %83,4'ü bildiğini (n=267) ifade etmiştir. Bu 267 kişiye hangi kanser taramalarından haberdar oldukları sorulduğunda; %77,2'si meme kanserine, %47,2'si kolon kanserine ve %74,9'u serviks kanserine yönelik taramaların yapıldığını bildiğini belirtmiştir. Bilgi kaynağı olarak %50 civarında sağlık personelleri gösterilmiştir. %39,4'u en az bir kez tarama yaptırdığını söylemiştir. 40 yaş ve üzerindeki kadınların %63,3'ü

mamografi çektirdiğini, yaşı 30 ve üzerinde olan kadınların %58,5'i pap-smear yaptırdığını, yaşı 50 ve üzerinde olan bireylerin %22'si gaytada gizli kan testi, %14'ü kolonoskopi yaptırdığını ifade etmiştir. Pap-smear ve mamografi taramalarını yaptırmamaya gösterilen en sık sebep zaman ayıramamak iken, kolorektal kanseri için tarama yaptırmamaya gösterilen en sık sebep kişilerin taramalar ile ilgili bilgi eksikliğidir. Çalışma grubunun sağlık algısı ölçeğine dayanarak hesaplanan sağlık algısı puanı ortalaması 50,18±9,86'dır. Yaş arttıkça SAP (sağlık algısı puanı) değeri azalıyordu ($p<0,001$). SAP ile serviks ve meme kanseri taramaları için önerilen yaş sınırlarının altında yaptırma ve yaptırmama arasında anlamlılık bulunmaktadır. Kolonoskopi ve gaytada gizli kan testi yaptırma durumu değişkenleri ile puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Sonuç: SAP değeri ile kanser taramaları arasında yaş sınırlı kısıtlı bir anlamlılık mevcuttur ve kanser taramaları farkındalığını arttırmak için daha çok bilgilendirme ve eğitim çalışması yapılması (özellikle kolorektal kanser taramaları için) önerilir.

Anahtara kelimeler: sağlık algısı ölçeği, kanser taramaları, serviks kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION AND CANCER SCREENING AWARENESS

Aim: With the prolongation of human life period, the incidence of some diseases has increased and indirectly the number of people affected by these diseases has increased. One of the most important of these diseases is cancer. Screening, which is one of the most important ways of prevention and prevention of cancer, is proposed and made in almost all over the world in order to reduce the cancer burden. The main purpose of this study is to examine the relationship between the perception of cancer screening and making and the perception of health.

Materials and Methods: The cross-sectional descriptive research was carried out in the Family Medicine Clinic of Tepecik Education and Research Hospital of the University of Health Sciences. The population of the study was determined as the individuals who applied to the outpatient clinic in January-February-March 2019. In this study, the patients and healthy individuals who presented to the outpatient clinic were briefly explained and two questionnaires were filled after the informed consent was obtained. The first survey included information on age, gender, and school status, as well as questions about cancer screening. The second survey was 'Health Perception Scale'. The study was analyzed with 322 participants.

Results: The mean age of the study group was 42.62 ± 14.87 and 65.3% of the study group was female. 46.3% of the individuals were primary school graduates, 27.8% were university graduates and 16.6% were high school graduates and 28.4% were workers, 19.4% were housewives, and 15% were retired and 10.3% were civil servants. About half of the subjects in the study group had a chronic disease. 31.9% of them said that they used cigarette, 18.1% used alcohol, 13.8% said they do regular sports, 52.8% said that they paid attention to healthy nutrition. 30.3% of the participants stated that there was an individual diagnosed with cancer in their family. When examined according to the knowledge of cancer screening done; 83.4% (n = 267) stated that he knew. When these 267 people were asked what cancer screening they were aware of; 77.2% reported that they had breast cancer, 47.2% had colon cancer and 74.9% had been screened for cervical cancer. About 50% of the health personnel were shown as a source of information. 39.4% at least once said he had the

scan. 63.3% of women aged 40 years and older had mammography, 58.5% of women aged 30 and over had pap-smear, 22% of individuals aged 50 and over had a hidden blood test in the stool, 14%. u stated that he had colonoscopy. While the most common reason for not taking Pap-smear and mammography scans is to avoid time, the most common reason for not taking a scan for colorectal cancer is the lack of information about screening. The mean health perception score calculated based on the health perception scale of the study group was 50.18 ± 9.86. As the age increased, the SAP (health perception score) value decreased ($p < 0.001$). There is a significant difference between SAP and cervical and breast cancer screening at the recommended age range. There is no significant difference between the mean scores of the colonoscopy and latent blood test.

Conclusion: There is a limited limited age range between the SAP value and cancer screening, and more information and training studies (especially for colorectal cancer screening) are recommended to increase the awareness of cancer screening.

Keywords: health perception scale, cancer screening, cervical cancer, breast cancer, colorectal cancer

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan yaşam süresinin uzamasıyla bazı hastalıkların görülme sıklığı artmış olup, dolaylı olarak bu hastalıklardan etkilenen insan sayıları da artmıştır. Bu hastalıkların en önemlilerinden biri de kanserdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) konuyla ilgili olarak 'Kanser herkesi etkiler - genç ve yaşlı, zengin ve fakir, erkekler, kadınlar ve çocuklar - hastalar, aileler ve toplumlar üzerinde muazzam bir yük oluşturur. Kanser, dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir' açıklamasıyla kanser sıklık ve önemine vurgu yapmaktadır (1). Kanserden korunma ve tespit yollarından en önemlisi olan taramalar, kanser yükünü azaltmak amacıyla hemen hemen tüm dünyada önerilmekte ve yapılmaktadır. Ancak taramaların toplum genelinde bilinirliği ve uygulanırlığı bu programlarda en önemli ayağı oluşturmaktadır.

Ülkeler tarafından yürütülen tarama programları eksiksiz planlansa bile hedef nüfusun bu taramaları yaptırmasında birçok etken söz konusudur. Bunlardan ilki taramalara yönelik bilinirliktir. Sağlık programını yürüten kuruluşlar tarafından çeşitli kanallardan bilgilendirmeler duyurulmaya çalışılsa bile kişilerin bu bilgiye ulaşamamasında birçok etken söz konusu olabilir. Tarama yaptırmadaki bir diğer önemli etken de kişilerin tarama yaptırma durumu karşısındaki tutumudur.

Bu çalışmanın temel amaç ve hedefleri

1. Ülkemizde birinci basamakta sağlık hizmetlerinde uygulamada olan kanser tarama programlarının, araştırma grubu tarafından bilinme durumunu,
2. Hedef nüfusun kanser taramaları ile ilgili tutum ve davranışlarını etkileyen faktörleri,
3. Sağlık algısı ölçeği aracılığı ile kişilerin sağlık algısı düzeyini etkileyen faktörleri,
4. Sağlık algısı ile kanser taraması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının ilişkisini irdelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER TANIMI

En eski kanser tanımına (kanser kelimesi kullanılmamasına rağmen) Mısır'da Edwin Smith Papirüs'ü adlı travma cerrahisi konusundaki eski bir Mısır ders kitabının bir kopyasıda rastlandığı ve M.Ö 3000 yıllarına kadar uzandığı bilinmektedir. Bu papirüste meme tümörü olan 8 vaka tanımlanmakta ve tedavisinin olmadığı belirtilmektedir (2). Kanser teriminin ilk defa Hipokrat tarafından (M.Ö. 460-377) organizmanın şifa bulmayan yeni yapılanmaları için kullanıldığı görülmüş, vücut yüzeyinde büyüyen ve genellikle ülsere olan, kırmızı, sıcak, ağrılı, diğerlerinden farklı karakterde olup daha yavaş büyüyen şişliklere Hipokrat, "karkinos" ya da "karkinoma" olarak tanımlamıştır. Galen (M.S. 2.yüzyıl) ise yengece benzettiği görünümü nedeniyle "kanser" adını vermiştir. Hipokrat'la başlayan ve Galen'le devam eden humoral patoloji teorisi doğrultusunda, tümör oluşumundan kara safra sorumlu tutulmuştur (3). Türk tıp tarihinde ise kansere "seretan" adı verilmiştir. Tarsuslu Osman Hayri Efendi'nin "Kenzüsıhhatül Ebdaniye" (1298) adlı eserinde seretan, fındık ya da küçük yumru büyüklüğünde, ağrılı, etrafı damarlı bir oluşum olarak tanımlanmaktadır (4).

Rönesans ile birlikte Avrupa tıbbında kanserin tanımlanması ile ilgili yeni gelişmeler olmuştur. Bu döneminin büyük cerrahı Ambroise Paré (1510-1590), malign tümörleri, "meydana geldiği yerin elemanlarından oluşan etin fazla büyümesi" olarak tanımlamış ve kadınlarda kanserin daha fazla olduğunu, meme kanserlerinin ise koltuk altı gangliyonları aracılığı ile yayılım yaptığını belirtmiştir. Kanser üzerinde ilk bilimsel, mikroskobik inceleme Marcello Malpighi (1628-1694) tarafından yapılmıştır. Günümüzde bilinen birçok kanser türünü ise Morgagni (1682-1771) tanımlamış ve primer tümörleri sekonder tümörlerden ayırmıştır. On yedinci yüzyıl cerrahları ile birlikte kanser, dokunulmaması gereken bir olgu olmaktan çıkmıştır (4). O zamandan bu zamana fazlaca yol kat edilmesine rağmen kanser mekanizmaları hala gizemini korumaktadır.

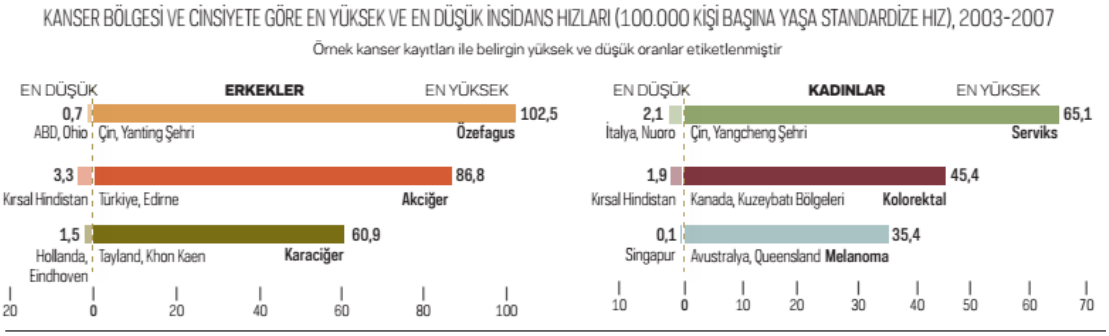
Günümüzde DSÖ tarafından yapılan en güncel tanıma göre Kanser, anormal hücrelerin normal sınırlarının ötesinde büyümesiyle karakterize edilen ve daha sonra vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve / veya diğer organlara yayılabilen geniş

bir hastalık grubu için kullanılan genel bir terimdir. Kullanılan diğer yaygın terimler malign tümörler ve neoplazmalardır. Kanser vücudun hemen her bölümünü etkileyebilir ve her biri özel tedavi stratejileri gerektiren birçok anatomik ve moleküler alt tipe sahiptir (5). Hücre kontrolünün bozulup bir hastalık olarak kanser tablosu çıkıncaya kadar geçen kanser oluşum süresi, kanser cinslerine göre değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 15-20 yıl olarak tanımlanmaktadır. Sebebi iyi bilinmeyen bu hastalıkların oluş mekanizması da tam olarak bilinmemektedir. Ancak bu konuda son yıllarda önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isimlendirilirler. Belirti, bulgu ve tedavileri de kanserin cinsine göre değişmektedir (6).

2.2. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser'in herkesi etkileyebildiği - genç ve yaşlı, zengin ve fakir, erkekler, kadınlar ve çocuklar - hastalar, aileler ve toplumlar üzerinde muazzam bir yük oluşturduğu bilinmektedir. Kanser, dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden birisi olarak kabul edilmektedir (1). Bu yüzden kanseri iyi anlamak ve kavramak tespit ve tedavi açısından önemlidir. Kanser epidemiyolojisi toplumdaki kanser özelliklerini ve kanser nedenlerini araştırmakta; kanser insidansının insandan insana, toplumdan topluma ve zaman içerisinde değiştiğini göstermektedir. Toplumda görülen kanserlerin dağılımı coğrafi bölge, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, meslek ve sosyal alışkanlıklardan etkilemektedir (7).

Dünyanın farklı bölgelerinde kanserlerin ortaya çıkışındaki değişkenlik, riskli yaşam tarzı veya çevresel faktörlerin değiştirilmesiyle önlenebilecek olan kanser oranlarına işaret etmektedir. Risk faktörlerindeki farklılıklara ilaveten, toplumsal farkındalık ile ilişkili kapsamlı erken tanı uygulamaları bazı kanserlerde ulusal ve bölgesel değişiklikleri açıklayabildiği düşünülmektedir (8). Örneğin Amerikan Kanser Derneği tarafından yayınlanan kanser atlası 2003-2007 verilerine göre erkeklerde görülen ösafagus kanseri dünyada en yüksek Çin' in Yanting şehrinde görülürken, en düşük Amerika Birleşik Devletleri' nin (ABD) Ohio eyaletinde görülmektedir (şekil 1) (8).



Şekil 1: Amerikan Kanser Derneği, Kanser Atlası, Kanser bölgesi ve cinsiyete göre en yüksek ve en düşük insidans hızları (8).

2.3. KANSER ETİYOLOJİSİ

Kanser, dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktayken, bu ölümlerin çoğundan kaçınılabileceği bildirilmektedir. Kanserlerin% 30-50'si, tütünden kaçınma ve kansere karşı enfeksiyonlara neden olan bağışıklık kazandırma gibi, halk sağlığı önlemleri gibi sağlıklı yaşam tarzı seçimleriyle önlenebileceği tanımlanmıştır. Bazı kanser türlerinin ise erken tespit ile tedavi edilebileceği veya iyileştirilebileceği ifade edilmektedir; hatta geç evre kanserde bile, hastaların acılarının erken ve etkili palyatif bakımla hafifletilmesinin önemi vurgulanmaktadır (9).

2.3.1.Kanser Risk Faktöleri

Kanser, yaşanılan çevrede karşılaşılan ve/veya hücrede ortaya çıkan, fiziksel kimyasal ya da biyolojik etkenlere maruz kalınması nedeniyle normal hücre Deoksiribonükleik asit'inin (DNA) değişime uğraması sonucu ortaya çıkan genetik bir hastalıktır. Çevresel ve kalıtsal faktörlerin kanser oluşumuna katkıları kanser türüne ve yaşanılan çevreye göre değişmektedir (10). Kanserin sadece %5-10'u genetik yatkınlığa bağlı iken, büyük bir kısmının çevresel ve yaşam biçimi faktörlerine bağlı olduğu bilinmektedir (11).

1.Çevresel etmenler:

Çevresel olarak maruz kaldığımız birçok kimyasal madde, kansere sebep olmaktadır. İlaçlar ve yağlı yiyecekler, bazı küfler (aflatoksinler), iyottan fakir diyet, kırmızı etten zengin beslenme, yanmış yağları içeren gıdalar gibi pek çok etmen de kansere sebep olan önemli çevresel faktörler arasında yer almaktadır. Sigara, alkol,

hardal gazı, benzen, kömür tozu ve zifti, madeni yağlar, naftalin ve asbestos da diğer kimyasal kanser yapıcı etkenler olarak kabul edilmektedir (12).

a.Yaş**:** İlerleyen yaş ile kanser prevelansında artış görülmektedir. Özellikle prostat ve cilt kanserleri yaşla anlamlı derecede artmaktadır. Bu durumun başlıca üç nedeni vardır:

1. Yaşlılık, kanser gelişimi için uzun bir zaman aralığı sağlamaktadır.
2. Yaşın ilerlemesi ile doğal olarak ortaya çıkan moleküler değişiklikler, çoğu zaman kanser gelişiminde saptanan değişikliklere benzerlik göstermektedir.
3. Yaş ilerledikçe organizmada saptanan bazı değişiklikler, kanser gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (7).

b.Sigara: Sigara içmenin akciğer, gırtlak, yemek borusu, ağız boşluğu, nazofarinks, farinks, mesane, pankreas, böbrek, karaciğer, mide, bağırsak, serviks, lösemi ve yumurtalık kanseri gibi pek çok kanser türü için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Sigaraya bağlı bazı kanserlerin görülme sıklığı, sigara içme prevalansındaki azalmalara bağlı olarak azalmaktadır; bunlar arasında akciğer kanseri (erkeklerde azalma), özofagus kanseri (kadınlarda azalma) ve laringeal kanser bulunur. Bununla birlikte, tütün maruziyetini azaltmada daha fazla ilerleme olmadığı sürece, bu düşüşlerin yavaşlaması ve sonunda duracağı öngörülmektedir (13).

c.Alkol: Kronik alkol tüketimi kanser için güçlü bir risk faktörüdür. Üst gastrointestinal sistemde (oral kavite, farinks, hipofarinks, gırtlak, yemek borusu) ve ayrıca karaciğerde kanser oluşumunda majör risk faktörleri arasında yer aldığı tanımlanmaktadır. Tüm bunlara ek olarak, kolorektum ve meme kanseri riskini artırdığını bildiren çok sayıda epidemiyolojik çalışma bulunmaktadır. Ancak etanol bağımlı karsinogenesiz ile ilişkili mekanizmalar gösterilmesine rağmen etanolün kendisi kanserojen olarak tanımlanamamaktadır (14).

d.Kimyasal ajanlar ve ilaçlar: Bir kimyasal bileşiğin kendisi toksik olabileceği gibi organizmada biyotransformasyon sonucu da toksik bileşiklere dönüşebilir (15). Nitrojen mustard, benzilklorid, nitrosonetil ürea doğrudan etkili ajanlar iken organik

ürünlerin tam yanmamasıyla oluşan polisiklik aromatik hidrokarbonlar dolaylı yoldan etkili ajanlardır. Polisiklik aromatik hidrokarbonlar bacalarda, mangalda pişen etlerde ve sigarada bulunmaktadır. Tıpta kullanılan tüm ilaçlar hastalara önerilirken yarar zarar dengesi göz önüne alınmaktadır. Karsinojen ilaçlar listesi çok uzun ve kabarık olduğu halde seçilmiş hastalara uygun dozlarda ilaçlar verilerek bu risk azaltılmaya çalışılmaktadır. Kanser ile ilişkisi bulunan başlıca ilaçlar adriamisin, (doxorubicin), androjenik steroidler, klorambusil, sisplatin, siklofosfamid, siklosporin-A, dietilstilbesterol ve tamoksifendir (7).

e.Fiziksel ajanlar: Kansere sebep olan fiziksel etkenler içinde, radyasyon, ısı, güneş ışığı, mekanik darbeler bulunmaktadır. İyonize radyasyon gibi ışınımlar (x, gama ışınları, nükleer emisyonlar, ultraviole ışınları) biyolojik makromoleküllere direkt olarak etki edebilecek yeterli intrinsik enerjiye sahiptirler. Böylelikle biyolojik makro moleküllerden elektron kopartarak ya da bunları pozitif yükle yükleyerek DNA'da tek ve çift zincir kırıkları ile baz ya da şekerde modifikasyonlara sebep olabileceği bildirilmiştir. Son yıllarda elektirikli ev aletlerinden yayılan, düşük ve yüksek frekanslı manyetik alanların da (noniyonize ışınımlar) DNA üzerinde hasar oluşturduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (12).

f.Enfeksiyöz ajanlar: Tümörlerin progresyonu ile invazyonu, inflamasyon ve antitümör immün yanıtlara bağlıdır. Kanser olgularının %15'inde enfeksiyöz ajanlar veya enfeksiyon ilişkili inflamasyon bulunduğu rapor edilmiştir (16). HTLV-1'in (İnsan T-hücre Lenfotropik Virusu Tip 1) yetişkin T hücre lösemisi ve lenfomada; HTLV-II' nin (İnsan T-hücre Lenfotropik Virusu Tip 2) tüylü hücreli lösemide; HCV' nin (Hepatit C Virüsü) hepatosellüler karsinomda rol oynadığı bilinmektedir (17).

g.Diyet ve beslenme: Diyet faktörlerinin Batı ülkelerindeki kanserlerin yaklaşık % 30'unu oluşturduğu ve bu durumun tütünün önlenebilir bir kanser nedeni olarak sekonder hale getirildiği düşünülmektedir. Aşırı kilo veya obezite, özofagusta adenokarsinom (skuamöz hücreli karsinom değil) için spesifik bir risk faktörüdür. Gelişmekte olan ülkelerde, ağız boşluğu, farenks ve yemek borusu kanserlerinin yaklaşık %60'ının, meyve ve sebzelerde ve hayvansal ürünlerdeki kısıtlı diyete bağlı

mikro besin eksikliklerine maruziyet sonucu geliştiği düşünülmektedir. Çok yüksek sıcaklıkta içecek ve yiyecek tüketmenin bu kanserler için riski arttırdığına dair tutarlı kanıtlar bulunmaktadır (18).

h.Egzersiz: Fiziksel hareketsizlik önemli ölçüde kanser tipleri ile ilişkilidir ve mekanizma kesin olarak bilinmemekle birlikte; egzersiz, obezite, immün ve endokrin fonksiyonların birbirleri arasındaki etkileşimin kanser gelişimini kolaylaştırabileceği veya baskılayabileceği düşünülmektedir. Düzenli ve zorlayıcı egzersizin kansere karşı güçlü bir önleyici tedavi sağladığı ve insidans düzeyini %40 oranında azaltma potansiyeli olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır (11). En yüksek önleyici etki meme ve kolorektal kanserler üzerindedir. Kanser tanısı sonrası verilen egzersiz reçetesinin cerrahi sonuçları geliştirmede, hissedilen yakınmaları azaltmada, radyasyon ve kemoterapiye bağlı etkilerle baş etmede, fiziksel işlevi sürdürme veya arttırmada, psikolojik sağlığı geliştirmede, yağ alımını ve kas-kemik kaybını azaltmada ve yaşam süresini uzatmada olası yararları bildirilmektedir (11).

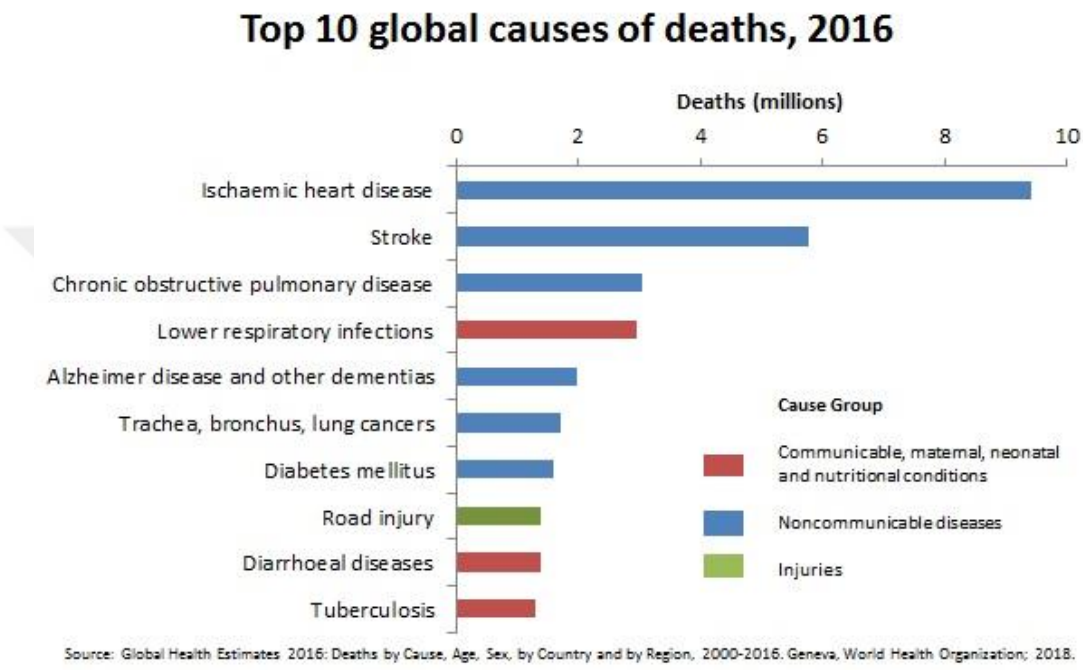
2.Genetik etmenler:

Somatik mutasyon teorisine göre kanser, birden fazla genetik ve epigenetik faktörün etkisiyle çok aşamalı olarak ve kalıtsal ya da sonradan kazanılmış mutasyonların somatik hücrelerde birikmesiyle ortaya çıkan bir somatik genetik hastalıktır (19). Tüm kanserler, DNA dizisindeki birtakım anormalliklerle oluşmaktadır. Kanserlerin %10-15 sinin, kalıtımsal olduğu yani ebeveynlerden gelen genlerle aktarıldığı, geriye kalan %85-90' lık kısmının ise yaşam boyunca canlı hücrelerdeki DNA'nın, mutajenlere maruz kalması, hücre DNA'sındaki hafif progressif değişiklikler ve replikasyonda hatalar oluşması ile şekillendiği düşünülmektedir (12).

Sık gözlenen ailesel tümörler arasında; kalın barsak tümörleri, erken çocukluk dönemindeki göz tümörleri (retinoblastoma), ailesel meme tümörleri, ailesel meme ve yumurtalık kanserinin birlikte olduğu olgular, farklı kanser tiplerinin bir arada oldukları Li-Fraumeni sendromu (yumuşak dokuya ait tümörler, merkezi sinir sistemi tümörleri, meme kanseri gibi), erken çocukluk döneminde gözlenen böbrek tümörleri (Wilms tümörü) sayılabilir (20).

2.4.KANSER İSTATİSTİKLERİ

DSÖ'nün 2016 tüm dünyada ölüm verilerine baktığımızda kanserler, kaynaklandığı organlara göre ayrılmış ve trakea, bronş ile akciğer kanseri en çok öldüren 10 neden arasında 6.sırada yer almıştır.(şekil 2)



Şekil 2: Tüm dünyada ölüm nedenleri, WHO (21)

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye' de de en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır.(şekil 3)

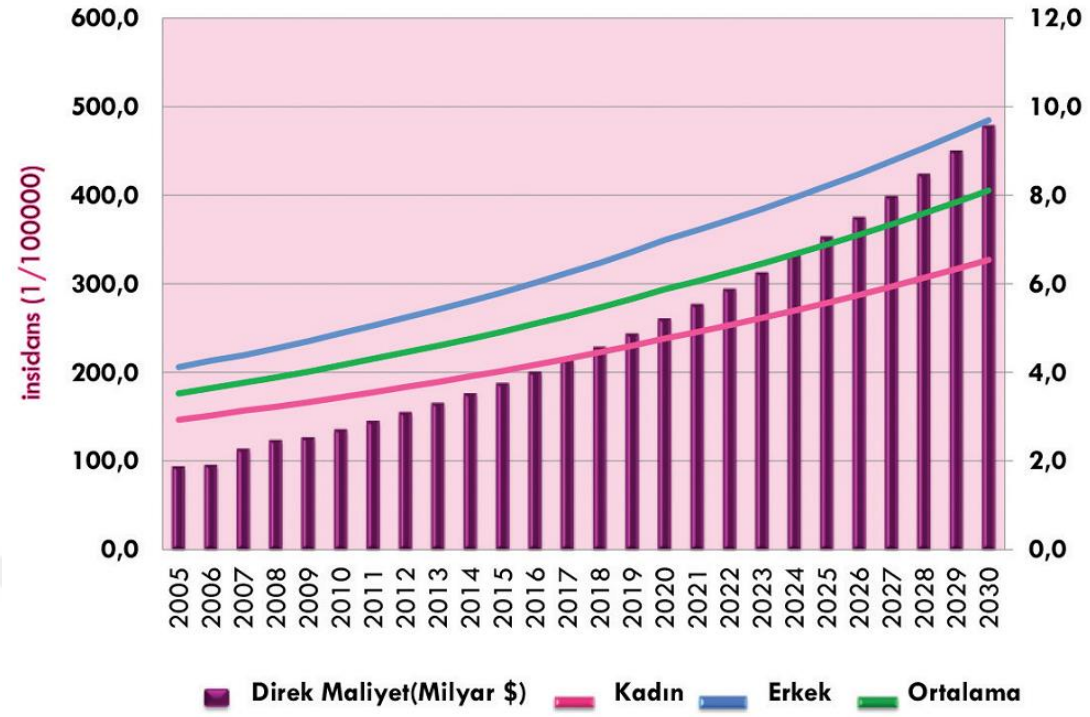
Ölüm nedenlerinin dağılımı, 2016, 2017

	2016 (r)		2017	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Toplam	**420 189**	**100,0**	**416 881**	**100,0**
Dolaşım sistemi hastalıkları	166 069	39,5	165 323	39,7
İyi huylu ve kötü huylu tümörler (malign ve benign neoplazmlar)	81 647	19,4	81 527	19,6
Solunum sistemi hastalıkları	49 295	11,7	49 855	12,0
Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	20 731	4,9	20 110	4,8
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	20 220	4,8	20 504	4,9
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	21 473	5,1	18 901	4,5
Diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb.)	60 754	14,5	60 661	14,6

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.
(r) 2016 yılı verileri idari kayıtların güncellenmesi nedeniyle revize edilmiştir.

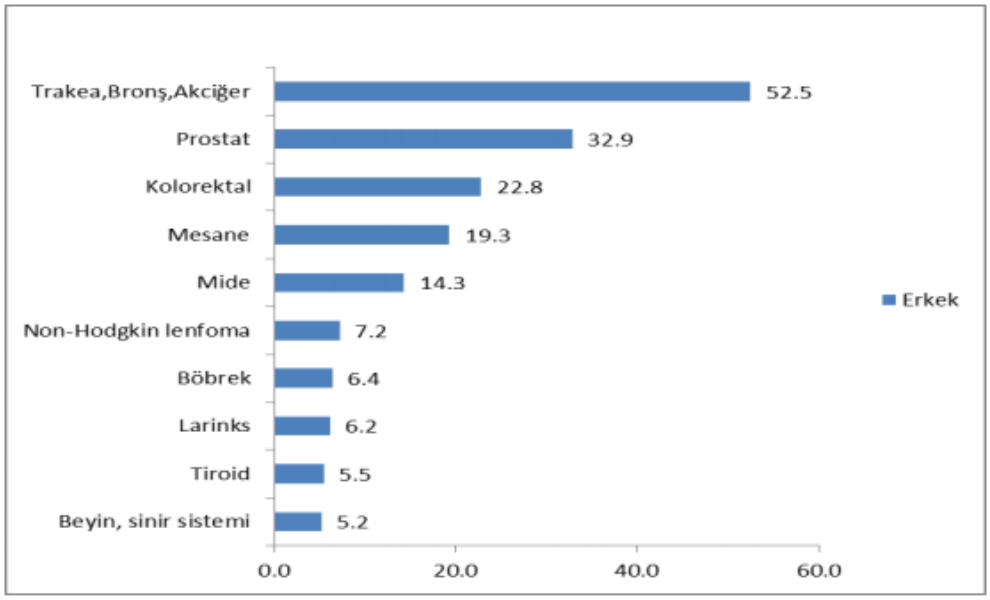
Şekil 3: Türkiye'de ölüm nedenlerinin dağılımı (22)

Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin, 2030 yılına kadar hızla artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir (23). 2008 verileri değerlendirildiğinde; bir yıl içinde ülkemizde 165.000'in üzerinde yeni kanser vakasının ortaya çıktığı görülmektedir. Sık rastlanmakta ve görülme sıklığı zaman içinde hızla artmakta olan bu hastalığın tam ve etkin kontrolü ancak dinamik, çok yönlü, bilimsel, multidisipliner ve maliyet etkin bir program ile mümkün olabileceği tanımlanmıştır. Kansere karşı gerekli önlemler alınmadığı ve sistematik bir kontrol programı uygulanmadığı takdirde 2030'lu yıllarda direkt tedavi maliyetlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesi tarafından karşılanamaz bir büyüklüğe ulaşacağı beklenmektedir (şekil 4) (23).

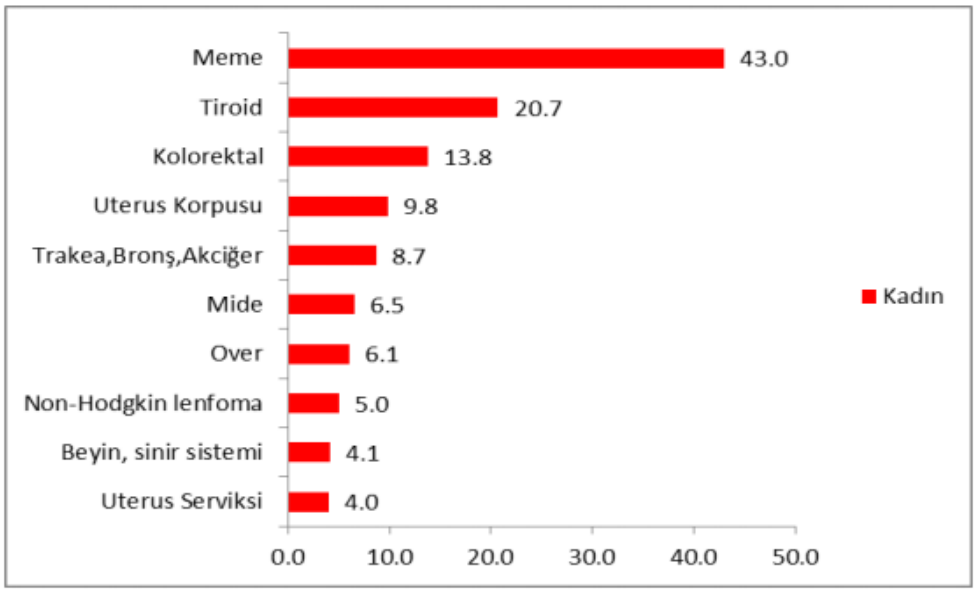


Şekil4: Türkiye'de kansere bağlı tedavi maliyetleri projeksiyonu (23)

En sık görülen kanserleri cinsiyet gözeterek ayırdığımızda, erkeklerde sırasıyla; trekea,bronş ile akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide ilk beşi oluştururken, kadınlarda sırasıyla; meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve trekea,bronş ile akciğer kanserleri ilk beşi oluşturmaktadır (şekil5 ve 6) (24).



Şekil 5: Erkeklerde en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları (Türkiye birleşik veri tabanı, 2014) (dünya standart nüfusu, 100.000 kişide) (24)



Şekil 6: Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları (Türkiye birleşik veri tabanı, 2014) (dünya standart nüfusu, 100.000 kişide) (24)

DSÖ kanser ile ilgili dikkat çeken bilgileri aşağıdaki gibi sıralamıştır.

Kanser ile ilgili ana unsurlar (25)

- Kanser, dünyadaki ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve 2018'deki tahmini 9,6 milyon ölümden sorumludur. Küresel olarak, 6 ölümden yaklaşık 1 tanesi kanserden kaynaklanmaktadır.
- Kanser ölümlerinin yaklaşık% 70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür.
- Kanser ölümlerinin yaklaşık üçte biri, başlıca 5 davranış ve beslenme riskinden kaynaklanmaktadır: yüksek vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze alımı, fiziksel aktivite eksikliği, tütün kullanımı ve alkol kullanımı.
- Tütün kullanımı kanser için en önemli risk faktörüdür ve kanser ölümlerinin yaklaşık% 22'sinden sorumludur
- Hepatit ve insan papilloma virüsü (HPV) gibi kansere neden olan enfeksiyonlar, düşük ve orta gelirli ülkelerde kanser vakalarının% 25'inden sorumludur
- Geç dönem sunum ve erişilemeyen tanı ve tedavi yaygındır. 2017 yılında, düşük gelirli ülkelerin sadece% 26'sı genel olarak kamu sektöründe patoloji hizmetlerine sahip olduğunu bildirmiştir. Yüksek gelirli ülkelerin% 90'ından

fazlası, düşük gelirli ülkelerin % 30'undan azı tedavi hizmetlerinin mevcut olduğunu bildirmiştir.

- Kanserin ekonomik etkisi önemlidir ve artmaktadır. 2010 yılında kanserin yıllık toplam ekonomik maliyetinin yaklaşık 1,16 trilyon ABD doları olduğu tahmin edilmektedir.
- 5 düşük ve orta gelirli ülkeden sadece 1'i kanser politikasını yönlendirmek için gerekli verilere sahiptir.

2.5.KANSER TARAMALARI

Ülkemizde güncel periyodik muayene kılavuzlarına göre DSÖ'nün önerdiği üç kanser türünde tarama yapılmaktadır (26).

Taraması yapılan kanserler:

Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında;

- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlığın verilmesi
- Yılda bir klinik meme muayenesi
- 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mammografi çekimi,

Kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında;

- 30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir pap-smear ve HPV -DNA testi yapılması

Kolorektal kanser taramaları;

- 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması,
- 50-70 yaş arasında 10 yılda bir Kolonoskopi yapılması önerilmektedir (27).

Tarama Testlerinin Özelikleri

Tarama testleri; asemptomatik bireylerde bir hastalık saptamak üzerine tasarlanmışlardır. DSÖ'ye göre tarama testleri belirlenmiş ilkelere bağlı olmalıdırlar. Taranan durum yaygın bir sağlık sorunu olmalı ve onaylanmış tarama testinin bu sorunu erken tespit edebileceği uzun bir latent periyodu içermelidir. Tarama testleri hem ekonomik açıdan makul olmalı, hem de toplum için kar ve zarar oranları kabul

edilebilir düzeyde olmalıdır. Sonuç olarak tespit edilen hastalığın da tedavi edilebilir olması gerekmektedir (28).

2.6.TARAMA PROGRAMI KAPSAMINDAKİ KANSER TÜRLERİ

2.6.1.Serviks Kanseri

Tüm dünyada, yılda 400.000'in üzerinde serviks kanseri olgusu görülmekte ve her yıl yaklaşık 250.000 kadın serviks kanserinden ölmektedir. Serviks kanseri, dünyada her iki dakikada bir kadın ölümüne neden olan ve kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanserdir. Gelişmiş ülkelerde kadın kanserlerinin %3,6'sını, gelişmemiş ülkelerde ise %15'ini oluşturmaktadır. En sık 50-59 yaşları arasında görülmekle birlikte, ülkemiz koşullarında invaziv serviks kanserlerinin %65'i, 40–60 yaş grubunda görülmektedir (29). Human Papilloma Virus (HPV) en sık cinsel yolla bulaşan hastalık olup, serviks kanserlerinin %99,7'sinde pozitif olarak tespit edilmektedir (30). HPV ve servikal kanser arasındaki ilişki kanserler arasında farklılık arz etmektedir, zira diğer hiçbir kanser için tanımlanmış tek bir sebep yoktur. Seksüel aktif kadınların %70'inden fazlası yaşamları boyunca HPV ile infekte oldukları rapor edilmiştir (31).

HPV, kanserojen özelliklerine göre iki gruba ayrılır. Birinci grupta, "düşük riskli" olarak adlandırılan servikal lezyonlar ve genital siğillere neden olan HPV 6 ile 11 yer almaktadır. İkinci grupta ise "yüksek riskli" olarak adlandırılan vajina, vulva, anüs, penis ve serviksin skuamöz kaynaklı karsinomuna neden olan HPV 16 ile 18 bulunmaktadır (29).

Risk faktörleri

- HPV teşhisi konmuş kadınlar
- HPV aşısı yaptırmamış kadınlar
- Prekanseröz lezyonlar için düzenli Pap smear yaptırmamış kadınlar
- Anormal Pap smear sonucu olan ya da kanser öncesi servikal hücre değişikikleri tanısı öyküsü olan kadınlar
- Daha önce serviks kanseri öyküsü olan kadınlar
- HPV infeksiyonu riskinin artmasına neden olan birden fazla cinsel partneri bulunan kadınlar

- Yüksek riskli cinsel aktivitede bulunan partneri olan kadınlar
- Erken yaşta ilk cinsel ilişkisinde bulunan kadınlar
- Otoimmün bir durumu, HIV enfeksiyonu ya da bağışıklık sistemini zayıflatan herhangi bir durumu olan kadınlar.
- Sigara kullanan kadınlar, riskli grup olarak kabul edilir (32).

Belirti ve bulgular

- Vajinal yoldan alışılmadık akıntı varlığı, artmış vajinal akıntı olması, bu akıntının bazen kan içermesi,
- Anormal vajinal kanama,
- Cinsel ilişki sonrası kanama,
- Menopoz sonrası kanama,
- Periyodlar arasında lekelenme ve kanama,
- Adet kanamalarının uzun sürmesi ve normalden daha ağır geçmesi,
- Pelvik muayene sonrası kanama,
- Cinsel ilişki sırasında ağrı olması,
- İleri evrelerde kötü kokulu vajinal akıntı, bel ve kasık ağrısı, anemi, kilo kaybı, idrar yapmada güçlük ya da bacak ödemi görülebilir (33).

Tarama ve tanı

Taramanın birincil hedefi, servikal kanseri önleme amacıyla, serviksin intraepitelyal prekürsör lezyonlarının doğru tespit edilmesi ve tedavisinin zamanında yapılmasıdır (29). Serviks kanseri taraması pap-smear uygulaması ile yapılabildiği gibi HPV-DNA PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) testi de son yıllarda kullanıma girmiştir (30). Sitolojik tarama testlerine ek olarak HPV DNA tespiti ve HPV tiplemesi önemlidir. HPV DNA tespitinde PCR ile DNA amplifikasyonu en spesifik ve hassas yöntem olarak kabul edilmektedir (34).

Pap-smear; serviks ve vajen epitelinden dökülen normal hücreler ve hastalık nedeni ile değişmiş hücrelerin incelenmesine dayanan bir testtir. Pap-smear testi ile preinvaziv ve kanseröz dönemdeki hücreler endoservikal kanalda saptanmakta ve bu aşamadaki kanser tedavisi ile hücreler kansere dönüşmeden kanser gelişimi önlenebilmektedir. Erken tanıda kullanılan pap-smear test; kolay uygulanabilen,

maliyeti düşük, zarar vermeyen, duyarlılığı yüksek, ayrıca tedavi yükünü, morbidite ve mortaliteyi azaltan bir testtir (29).

Serviks kanserinde temel tanı aracı kolposkopidir. Kolposkopide, bir kolposkop kullanarak serviksin içindeki değişiklikleri doğrudan ve çok yakından görmek mümkündür. Kolposkopi esnasında, serviks dokusu incelenmekte ve gerekli görüldüğü takdirde biyopsi alınmaktadır. Tanı konulduktan sonra hastalığın evresini belirlemek amacıyla Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) gibi)farklı tetiklerin yapılması gerekebilir (35).

Tedavi

Her hastanın tedavisi farklılık göstermekte olup, tedavi kararında hastalığın yeri, evresi, hastanın yaşı ve diğer sağlık sorunları gibi birden fazla faktör etkilidir. Multidisipliner bir çalışma gerektiren bu tedaviler; radyoterapi, kemoterapi, cerrahi gibi farklı seçenekleri içermektedir (35).

Korunma

Primer korunmada profilaktik aşı uygulaması yer alırken; günümüzde tarama testleri ile HPV'yi erken dönemde belirleyip, sebep olduğu lezyonları erken tedavi ederek invaziv kanser gelişmesini önleyen sekonder korunmada aktif olarak uygulanmaktadır (29).

HPV aşısı: Profilaktik HPV aşısı yeni bir enfeksiyon gelişimini önler, fakat vücutta var olan enfeksiyonu tedavi etmez. Kişinin cinsel yönden aktif olmadığı 9–13 yaş döneminde, aşı uygulamasıyla yüksek düzeyde koruma sağlanmaktadır. HPV enfeksiyonunu önlemek için, en yaygın onkojenik HPV alt tipleri olan 6, 11, 16 ve 18'i içeren farklı HPV aşıları bulunmaktadır ve bu aşılar serviks kanserlerinin %15'ine karşı koruma sağlandığı bilinmektedir. Bu amaçla geliştirilen bivalan ve kuadrivalan HPV aşıları, hem kadınlarda hem de erkeklerde kullanılmaktadır. Bivalan aşı HPV 16 ve 18'e, kuadrivalan aşı ise HPV 6, 11, 16 ve 18'e karşı etkilidir (29).

Korunmada genel ilkeler (36):

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarından ve gebelikten korunmak için kondom gibi bariyer tip kontraseptif yöntemlerin kullanılması,

- Tek eşli cinsel yaşam, cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi,
- A ve C vitamini ve folik asit yönünden zengin bir diyet uygulanması,
- Sigara ve alkol kullanımının bırakılması,
- Siklus dışı anormal kanamalara ve akıntılara, özellikle koitus sonrası lekelenme kanamalarına kanserin erken belirtisi olabileceğinden dikkat edilmesi,
- Cinsel aktif ve 18 yaşına gelmiş kadınların yıllık Pap-smear test kontrolleri ile izlenmesi,
- Kişisel hijyenin bozuk olması serviks kanseri için risk faktörü olduğundan kişisel hijyen özellikle vulva hijyeni konusunda bilgi verilmesi,
- Tüm kadınların düzenli aralarla sitolojik olarak taranması, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ve çok sayıda seksüel partneri olan kadınların taranması,
- Doğurganlığın planlanması, erken yaşta cinsel ilişki ve gebelikten sakınılması,
- Servikal kanserden korunma ve erken belirtiler konusunda tüm kadınların aydınlatılması,

- Serviks kanserini önlemek için aşılama programlarının uygulanması.

2.6.2.Meme Kanseri

Meme kanseri, dünyada akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanserdir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda kadın cinsiyet için en sık görülen kanser türüdür. Ülkemizde de meme kanseri kadınlar arasında görülen kanserler içinde 41.6/100.000 oranı ile ilk sırada yer almakta olup görülme yaşı giderek düşmektedir (37). Hayat boyu her sekiz kadından birinin meme kanserine yakalanma riski vardır. Kanser, meme dokusunun herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. En sık görülen tipi; meme kanallarından kaynaklanan duktal kanserlerdir. Süt bezlerinden köken alan lobüler kanserler de sık görülür. Ayrıca medüller, tübüler, müsinöz gibi tipleri de vardır. Meme kanseri oluşumunda genetik değişiklikler çok önemlidir. BRCA 1 veya 2 mutasyonuna sahip olma özellikle önemlidir (7).

Risk faktörleri (38)

- Kadın cinsiyet ve ileri yaş
- Aile öyküsünde meme kanseri varlığı,
- Bireyin öz-geçmişinde invazive meme kanseri, duktal karsinom in situ veya lobuler karsinom in situ varlığı veya benign proliferatif hastalık göstergesi olan meme biyopsilerinin varlığı
- BRCA1 ve BRCA2 mutasyonuna sahip olmak (hayat boyu meme kanseri riskinin %40-85 olduğu belirtilmektedir)
- Erken menarj, geç menopoz gibi endojen östrojene maruziyeti artıran üreme faktörleri ve menopoz sonrası kullanılan östrojen-progesteron hormonlarının kombinasyonu
- Hiç doğum yapmamış olmak ya da geç yaşta doğum yapmak (Yirmi yaş öncesinde gebelik sürecinin tamamını geçiren kadınlarda, meme kanseri riskinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Otuz beş yaş sonrası doğum yapan kadınlarda ise, hiç doğum yapmamış kadınlara kıyasla meme kanseri riskinin yaklaşık %50 daha düşük olduğu belirtilmektedir)
- Emzirmeme (Emzirme meme kanseri riskini azaltıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Her 12 aylık emzirmenin meme kanseri riskinde %4.3 azalma sağladığı ve her ilave doğum için ise bu orana %7 eklenebileceği belirtilmektedir)
- Obezite
- Metabolik sendrom ve insülin direnci
- Radyasyon maruziyeti
- Yüksek düzey alkol tüketimi (hiç alkol tüketmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında, her gün 35-44g alkol tüketen kadınların %32, her gün en az 45g alkol tüketen kadınların ise %46'lık bir risk artışıyla karşı karşıya oldukları bildirilmiştir)
- Sigara kullanımı
- Fiziksel inaktivite

Belirti ve bulgular

Meme kanserinin en sık rastlanan belirtisi, memede ağrısız, zamanla büyüyen bir kitlenin hissedilmesidir. Ancak, hastaların çok azında ağrı da belirtilere eşlik edebilir. Daha nadir olarak memede çekintiler, deride kalınlaşma, şişlikler, deride tahriş ya da bozulmalar ve meme ucunun hassaslaşması ya da içe dönmesi de dahil olmak üzere meme ucu belirtileri yer almaktadır. Sanıldığının aksine ağrı ve kanlı akıntı ileri evrelerde ortaya çıkmaktadır (39).

Tarama ve tanı

Meme kanseri taramasında kişinin kendi kendine meme muayenesi, doktor tarafından yapılan fizik muayene ve mamografiyi kapsayan başlıca üç temel yöntem tanımlanmaktadır. Türkiye'de genel olarak mamografi ile fırsatçı tarama yapılması yöntemi uygulanmaktadır. Ancak kişiler risk gruplarına göre değerlendirilip daha erken dönemde de tarama programına alınabilmektedir. Örneğin toraks bölgesine eksternal radyoterapi öyküsü olan kadınlarda tedaviden 8-10 yıl sonra başlayan bir tarama programı önerilmektedir. Aile bireylerindeki meme kanseri öyküsü ile ilişkili olarak ailede meme kanseri tanısı alan en genç bireyin tanı yaşının 10 yıl öncesinden başlanarak tarama yapılması gerekmektedir. En yüksek risk olarak kabul edilen genetik yatkınlığa sahip kişilerde (BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu taşıyıcılarında) farkındalığın sağlanması için 18 yaşından itibaren aylık düzenli kendi kendine meme muayenesi yapılması önemlidir. Yüksek risk grubu kabul edilen bu grupta 25 yaşından itibaren ise 6 aylık periyotlarda klinik fizik muayeneye başlanılması, 25-29 yaşlar arasında yıllık meme MR(manyetik rezonans) ile tarama yapılması, 30-75 yaş arasında ise yıllık mamografi ve meme MR'ın birlikte yapılması önerilmektedir (37).

Tarama yöntemleri arasında yer alan klinik doktor muayenesinin ve kişinin kendi kendini muayene etmesinin kansere bağlı mortaliteyi azalttığına dair bir veri elde edilmemiş olmasına rağmen özellikle yüksek riskli kişilerde yardımcı yöntem olarak kullanılmaları konusunda görüş birliği bulunmaktadır (40).

Tedavi

Her hastanın tedavisi farklılık göstermekte olup, tedavi kararında hastalığın yeri, evresi, hastanın yaşı, patolojik tanı ve diğer sağlık sorunları gibi birden fazla

faktör etkilidir. Multidisipliner bir çalışma gerektiren bu tedaviler; radyoterapi, kemoterapi, cerrahi gibi farklı seçenekleri içermektedir (39).

Yüksek riskli hastada risk azaltıcı tedaviler

Meme kanseri açısından yüksek risk grubuna giren kadınlar için bazı risk azaltıcı yöntemler tanımlanmış ve uygulanmaktadır. Risk azaltıcı tedavilerin genel olarak amacı kanserden korunma, sağ kalım avantajı ve hayat kalitesinde artış sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak tanımlanmış olan yaklaşımlar arasında:

- Yaşam biçiminde değişiklik yapılması
- Yakın izlem (Tarama)
- İlaçla önleme (Kemoprevansiyon)
- Cerrahi (risk azaltıcı mastektomi ve risk azaltıcı oferektomi tanımlanmaktadır (41).

2.6.3.Kolorektal Kanserler

Kolon ve rektumun kanserlerine kolorektal kanser denir. Kolorektal kanserler, özellikle gelişmiş batı ülkelerinin önemli bir sağlık sorunudur. Kolorektal kanserler, kanser türleri içinde görülme sıklığı açısından tüm dünyada 3'üncü, kanser nedenli ölümlerde 4'üncü, Avrupa'da ise kanser nedenli ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır (42). Kolorektal kanser insidansının ülkelere göre farklı olması çevresel faktörler, lokal karsinojenler ve diyete bağlanmaktadır. Düşük kolorektal kanser insidansına sahip bölgelerden(örneğin Asya) batı ülkelerine göç eden insanlarda riskin artması, bölgesel diyet alışkanlıklarının önemli bir risk faktörü olabileceğini desteklemektedir (43).

Kolorektal kanser belirtileri genellikle ileri evrelerde ortaya çıkmaktadır. Sık görülmekte, tanı konabilmekte ve erken evrelerde saptanması durumunda başarılı tedavi olasılığı artmaktadır. Bu özellikleriyle temel bir halk sağlığı sorunu olan kolorektal kanserler, taramaya en uygun hastalıklar arasında yer almaktadır (44). Kolorektal kanserler sıklıkla benign lezyonlardan yavaş büyüyerek gelişirler. Bundan dolayı erken tanı ile kolorektal kanserlerin mortalite hızlarının azaldığı yapılan randomize kontrollü çalışmalarda gösterilmiş ve tarama programlarının kullanılması önerilmiştir (42).

Risk faktörleri

Kalın bağırsak kanserinin değiştirilebilir risk faktörleri şunlardır:

- Aşırı kilolu veya obez olmak
- Fiziksel olarak aktif olmamak
- Fazla miktarda işlenmiş (sosis, salam ve benzeri) veya işlenmemiş kırmızı et (sığır, kuzu, karaciğer ve benzerleri) tüketmek
- Sigara dahil tütün ürünlerini kullanmak
- Fazla miktarda alkol almak

Kalın bağırsak kanserinin değiştirilemez risk faktörleri şunlardır:

- Yaş alma: Yaş arttıkça kalın bağırsak kanseri riski artmaktadır
- Kişinin kalın bağırsak poliplerinin olması
- Kişinin inflamatuvar bağırsak hastalığı (Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı) olması
- Kişinin daha önceden kalın bağırsak kanseri geçirmesi
- Ailede kalın bağırsak polipleri veya kalın bağırsak kanseri olması
- Kalıtsal bir sendromun olması (ailesel adenomatöz polipozis ve kalıtımsal polipozis dışı kolon kanseri (Lynch sendromu) gibi)
- Tip 2 diyabet hastası olması (45).

Belirti ve bulgular

Sağ kolon kanserlerinde karın ağrısı, dispeptik yakınmalar, halsizlik ve karın sağ alt kısmında palpabl kitle en sık görülen yakınmalardır. Nedeni açıklanamayan anemi ve hızlı kilo kaybı varlığında sağ kolon tümörü mutlaka akla gelmelidir. Gözle görülür kanama nadiren bulunur. Sol kolon kanserlerinde bu bölgede kolon çapının daha dar olması, dışkının daha kıvamlı olması ve bu bölümde yerleşen tümörlerin daha çok daraltıcı tipte olması nedeniyle temel yakınmalar dışkılama ile ilgili değişikliklerdir. Dışkılama güçlüğü, dışkı çapında incelme, kabızlık veya kabızlık sürecini takip eden ishal (Koenig sendromu), distansiyon, kolik tarzda ağrılar ve dışkıya bulaşmış rektal kanama en sık görülen yakınmalardır. Kanama sık olmakla birlikte nadiren masif niteliktedir. Rektum kanserlerinde ana semptom rektal

kanamadır. Sık görülen diğer bulgular kabızlık, karın ağrısı ve boşalamama hissidir (46).

Tarama ve tanı

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de kolorektal kanser tarama programları periyodik sağlık muayeneleri sırasında uygulanmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez 2009 yılında yayınlanan Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları, 2012 yılı Aralık ayında güncellenmiştir (44). Program 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınların iki yılda bir gaytada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi ile taranmasını öngörmektedir (44). Sağlık Bakanlığı'nın 2016 yılı verilerine göre 1,708,025 kişinin kolorektal kanser için taramaya alındığı bildirilmiştir (47). GGK testi pozitif saptanan kişilerde ise kolonoskopi yapılması önerilmektedir (47).

Yüksek riskli hastalarda tarama

- Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser bulunanlar, risksiz hastalar gibi takip edilir, ancak takip 50 yaş yerine 40 yaşlarıda başlatılmalıdır.
- Daha önce adenomatöz polip nedeniyle polipektomi yapılan hastalara 3 yıl sonra kolonoskopi yapılır. Normalse hasta 5 yıl sonra kontrole çağırılmalıdır.
- FAP ailesindeki bireylerde FAP geni varlığında genetik testlerle araştırılır.18 yaşından başlanarak her yıl fleksible sigmoidoskopi yapılması önerilmektedir (46).

Tedavi

Kolorektal kanserlerin tedavisi öncelikle cerrahidir. Kemoterapi ve radyoterapi diğer tedavi yöntemleridir (46).

Korunma

Kalın bağırsak kanserini önlemek için atılması gereken en önemli adımlardan biri tarama olmakla birlikte;

- Sağlıklı kiloda kalmak ve bunu sürdürmek
- Taze meyve ve sebze ağırlıklı beslenmek

- Posa içeriği yüksek besinlerin tüketimini arttırmak. Posa içeriği en yüksek besinler sırasıyla; kuru baklagiller, tahıllar, sebze-meyvelerdir.
- Günde 30-60 dakika orta düzeyde fiziksel aktivite yapmak (tempolu yürüyüş, bisiklete binme gibi)
- Sigara ve alkol kullanmamak da diğer koruyucu önlemler olarak kabul görmektedir (45).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniğinde yürütüldü. Araştırmanın evreni, 2019 yılı Ocak-Şubat-Mart aylarında polikliniğe başvuran bireyler olarak belirlendi. Çalışmada, polikliniğe başvuran hasta ve sağlıklı bireylere çalışma kısaca anlatılarak aydınlatılmış onamlarının (Bkz. EK 1) alınmasını takiben 2 adet anket formu doldurtuldu. Birinci anket demografik özelliklerin yer aldığı yaş, cinsiyet, okul durumu gibi bilgileri içermesinin yanı sıra kanser taramaları ile ilgili soruları da içeriyordu (Bkz. EK 2). İkinci anket ise kullanım izninin alındığı 'Sağlık Algısı Ölçeği' idi (Bkz. EK 4).

Araştırma kapsamında 2019 yılı Ocak-Şubat-Mart aylarında toplam 325 kişi tarafından çalışmaya katılım sağlanmıştır ancak 3 kişi Sağlık Algısı Ölçeğini eksik doldurduğundan 322 adet anket ile çalışma analiz edilmiştir.

3.1.1.Sağlık Algısı Ölçeği

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kadıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 15 maddesi ve "kontrol merkezi", "Öz farkındalık", "Kesinlik" ve "Sağlığın önemi" alt başlıklı dört alt faktörü bulunmaktadır. SAÖ 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler "çok katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'dir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82 olarak tespit edilmiştir (48,49).

3.2.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 2019 Ocak-Şubat-Mart Ayları Arasında Başvurmak
2. 18 yaş ve üzeri olmak
3. Gönüllü onam vermiş olmak
4. Soruları algılayıp cevaplayabilecek yeterli bilişsel kapasitede olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. 18 yaşından küçük olmak
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
3. Soruları algılayıp cevaplayabilecek yeterli bilişsel kapasitede olmamak ve yeterli iletişim kurabilecek düzeyde Türkçe bilmemek

3.3.İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Çalışma grubunun tanımlayıcı bulguları; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları, sürekli değişkenler için ise ortalama, standart sapma, ortanca, 1.çeyrek, 3.çeyrek en küçük ve en yüksek değerleri ile verilmiştir.

Sağlık algısı puanı ve bağımsız değişkenler arasındaki tek değişkenli analizlerde Student's T Testi, Mann Whitney U Testi, Varyans Analizi, Kruskal Wallis Testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Post-hoc analizler için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Sağlık algısı düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki çok değişkenli analizde Lineer Regresyon Analizi- Forward yöntemi kullanılmıştır. Nominal değişkenler için dummy (kukla) değişkenler oluşturulmuştur. Tek değişkenli analizlerde p değeri 0,25'den daha küçük olan değişkenler çok değişkenli analize dahil edilmiştir. Bağımsız değişkenler arasındaki çoklu doğrusal bağlantının kontrolü için "tolerance" değerlerinin 0,1'in üzerinde ve VIF (variance inflation factor) değerlerinin 10'un altında olması kriteri kullanılmıştır.

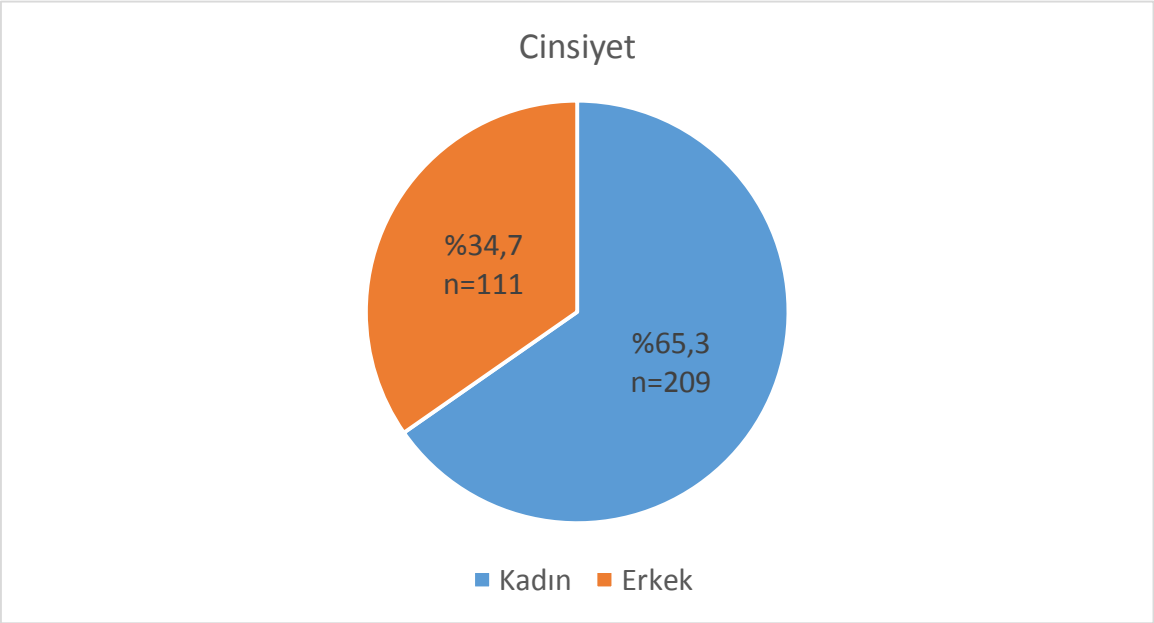
3.4.ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için etik kurul onayı, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.04.2018 tarihli ve 2018/5-7 nolu karar ile alındı (Bkz. EK 6).

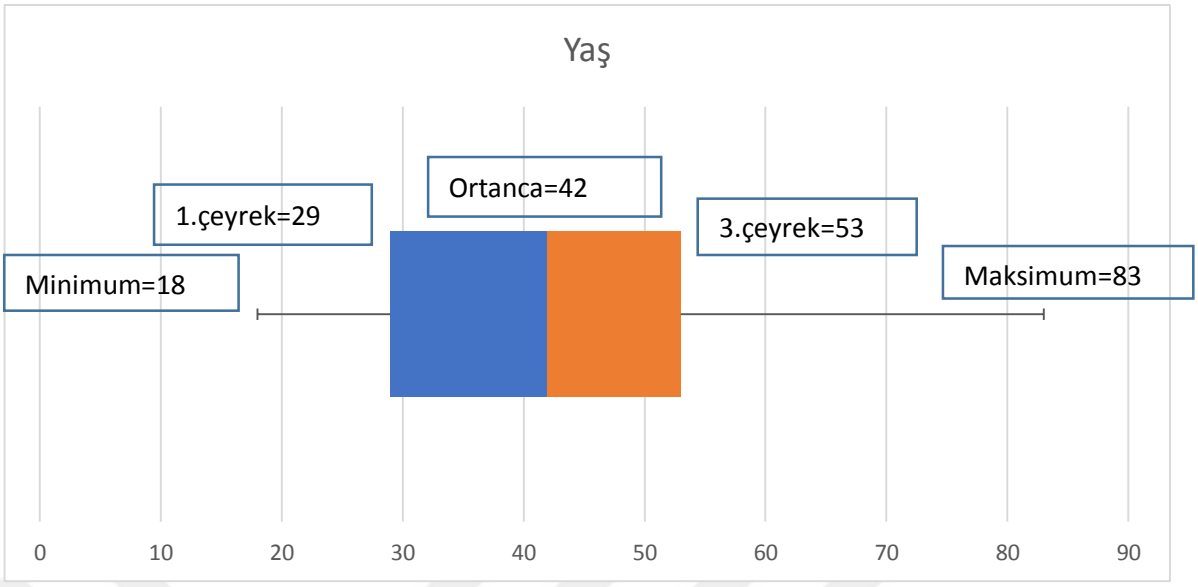
4.BULGULAR

4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK TANIMLAYICI BULGULAR

Yaş ortalaması 42,62±14,87 olan çalışma grubunun %65,3'ünü kadınlar oluşturmaktaydı (Şekil 7, 8).

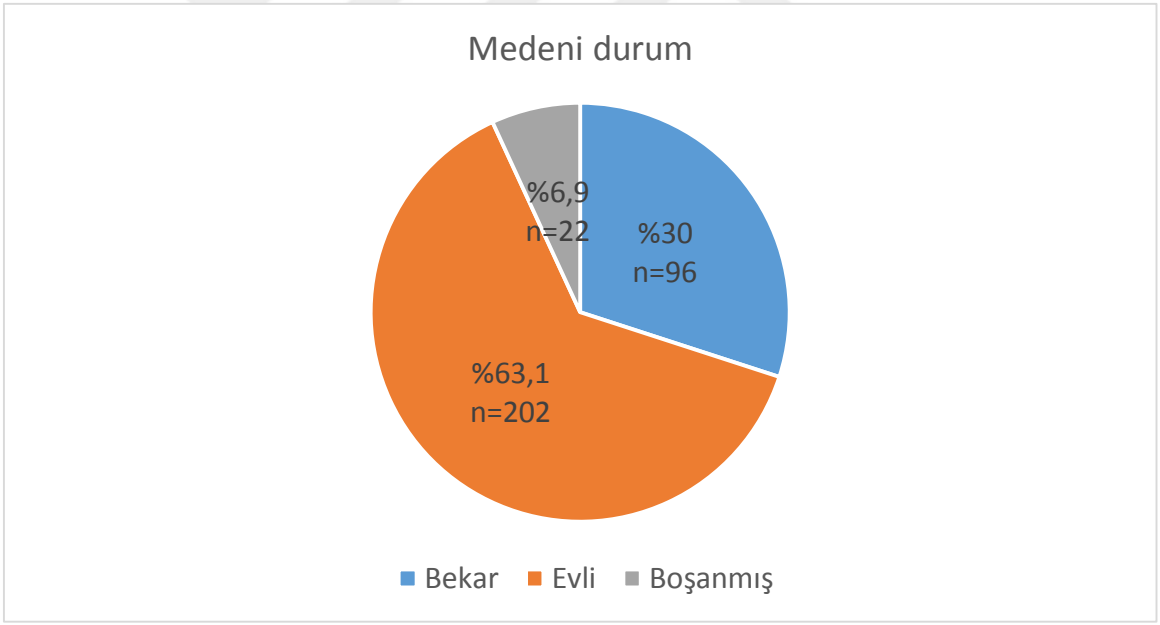


Şekil 7.Çalışma grubunun cinsiyete göre dağılımı



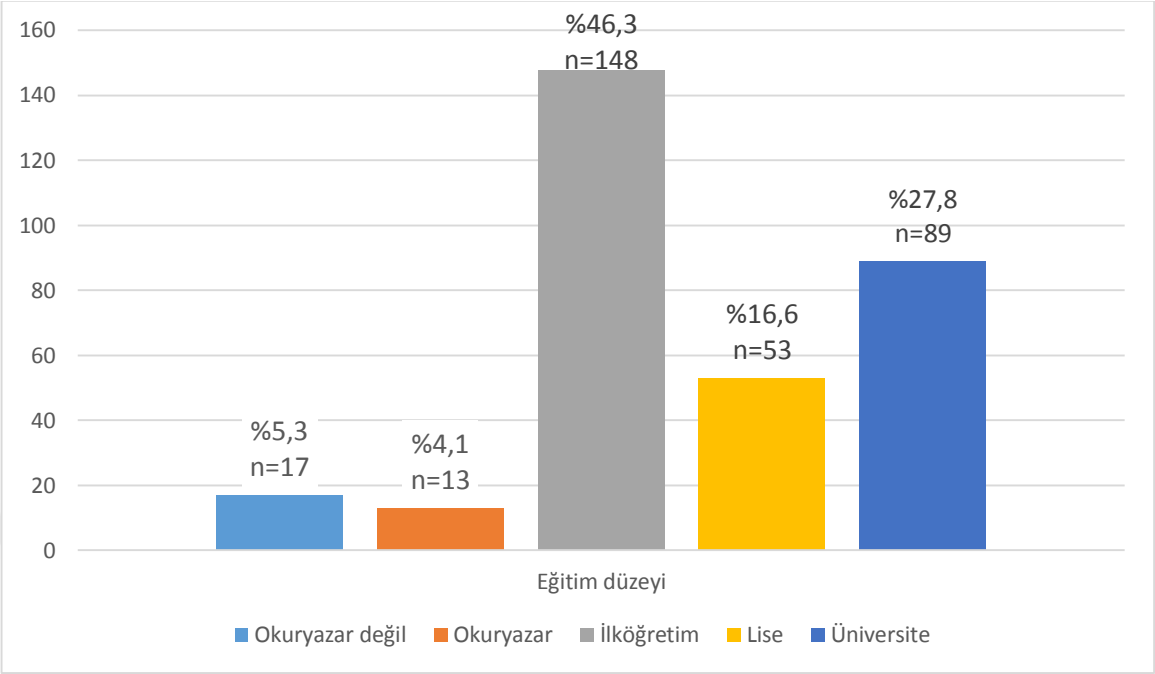
Şekil 8. Katılımcıların minimum, maksimum, 1.-3. çeyrek ve ortanca yaşları

Çalışma grubunun %30'u bekar, %63,1'i evli ve %6,9'u ise boşanmış olduğunu belirtti (Şekil 9).



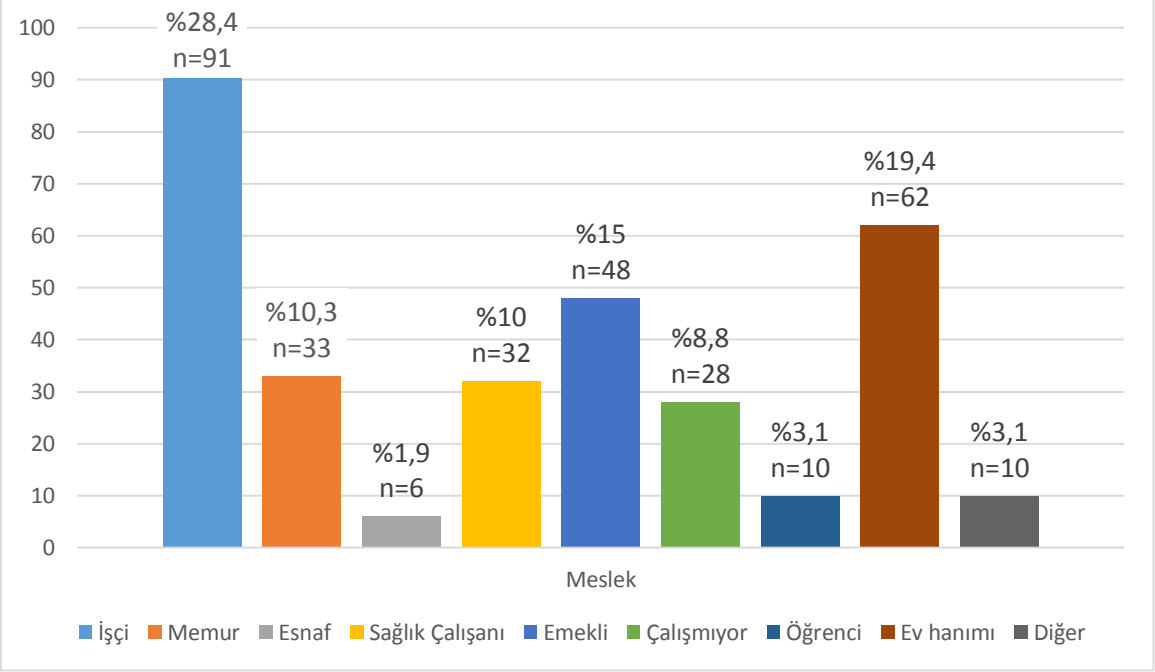
Şekil 9. Çalışma grubunun medeni duruma göre dağılımı

Bireylerin eğitim düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde; %46,3'ü ilköğretim mezunu, %27,8'i üniversite ve %16,6'sı ise lise mezunu idi. Okuma yazma bilmeyenler katılımcıların %5,3'ünü oluştururken %4,1'i ise sadece okuryazar olduğunu belirtti (Şekil 10).



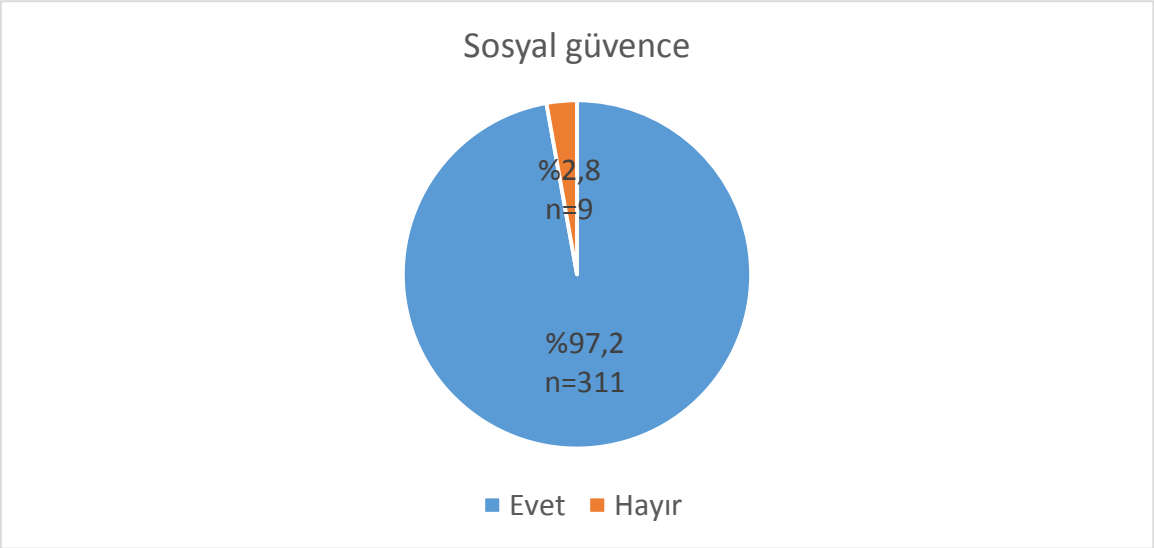
Şekil 10. Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımı

Çalışmaya katılan bireylerin meslekleri sorulduğunda; %28,4'ü işçi, %19,4'ü ev hanımı, %15'i emekli ve %10,3'ü memur, %10'u sağlık çalışanı olduğunu söylemiştir. Grubun %8,8'i ise çalışmadığını ifade etmiştir (Şekil 11).



Şekil 11. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

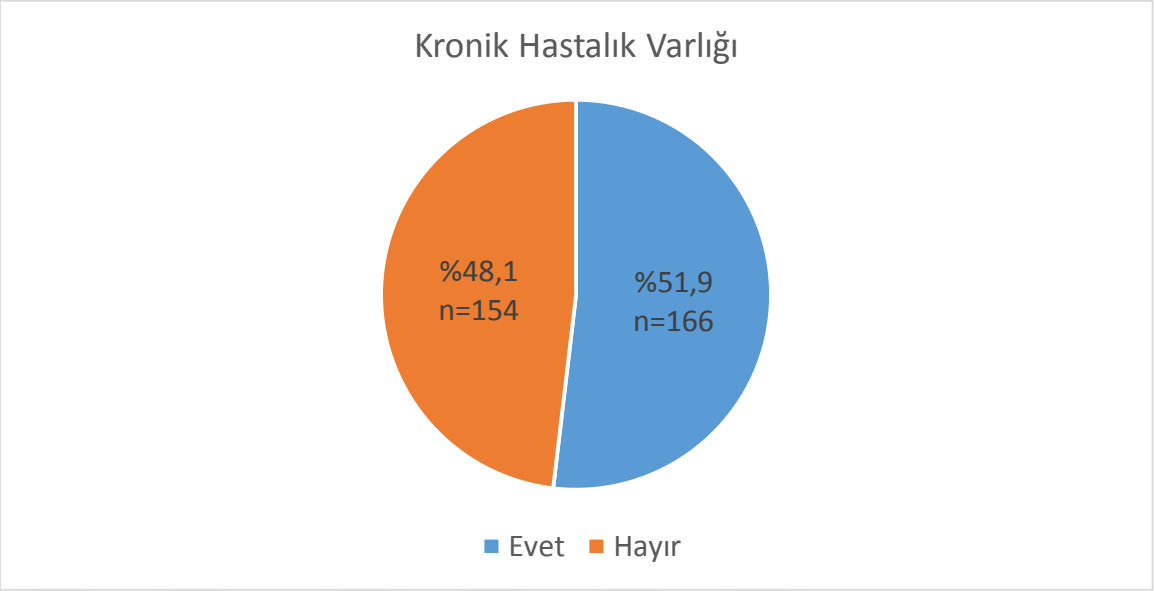
Bireylerin sosyal güvencelerini değerlendiren soruda; %97,2'si sosyal güvencesinin bulunduğunu, %2,8'i ise bulunmadığını belirtmiştir (Şekil 12).



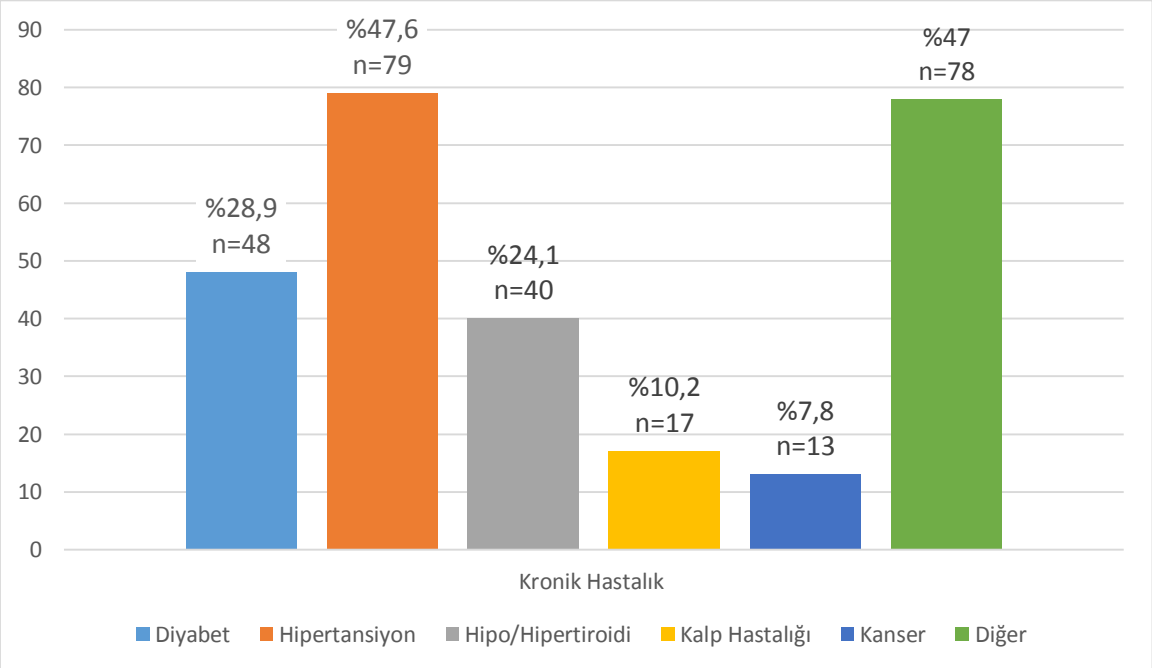
Şekil 12. Katılımcıların sosyal güvencelerinin bulunup bulunmamasına göre dağılımı

4.2. KRONİK HASTALIK VARLIĞI, MADDE KULLANIMI, SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARIYLA İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR

Katılımcıların yaklaşık yarısında kronik bir hastalık bulunmaktaydı (Şekil 13). Bunların %28,9'unda diyabet, %47,6'sında hipertansiyon, %24,1'inde hiper/hipotiroid, %10,2'sinde kalp hastalığı ve %7,8'inde kanser tanısı bulunmaktaydı (Şekil 14). Yüzde 50'sinde bir kronik hastalık, %34,9'unda iki, %12,7'sinde üç, %1,8'inde ise dört kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin %16,4'ünde hem diyabet hem de hipertansiyon tanısı bulunduğu saptanmıştır.



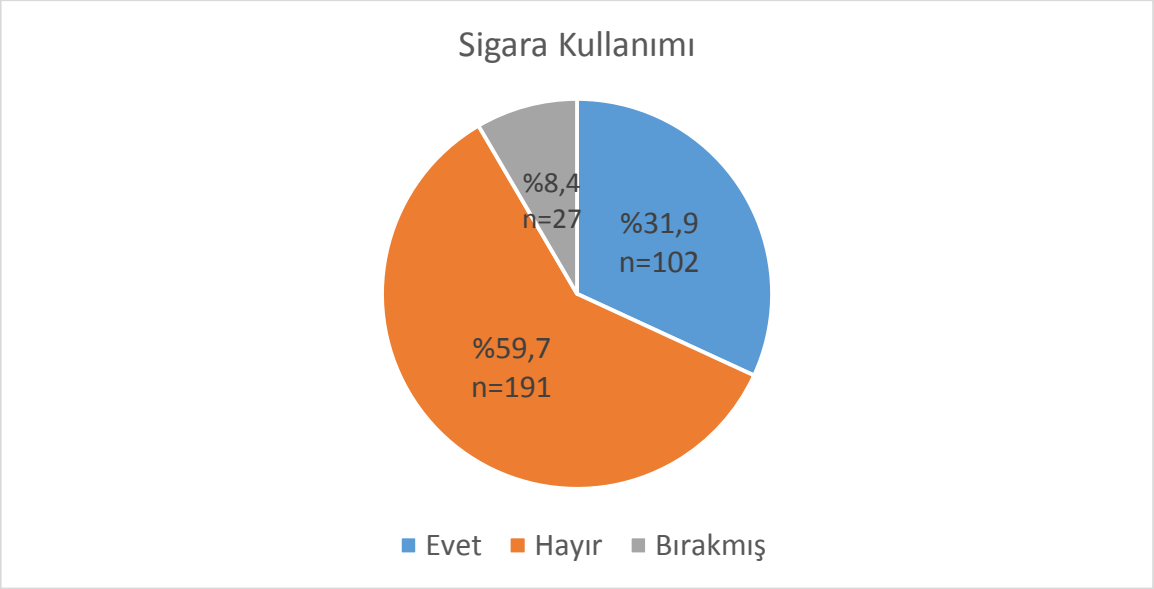
Şekil 13. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre dağılımı



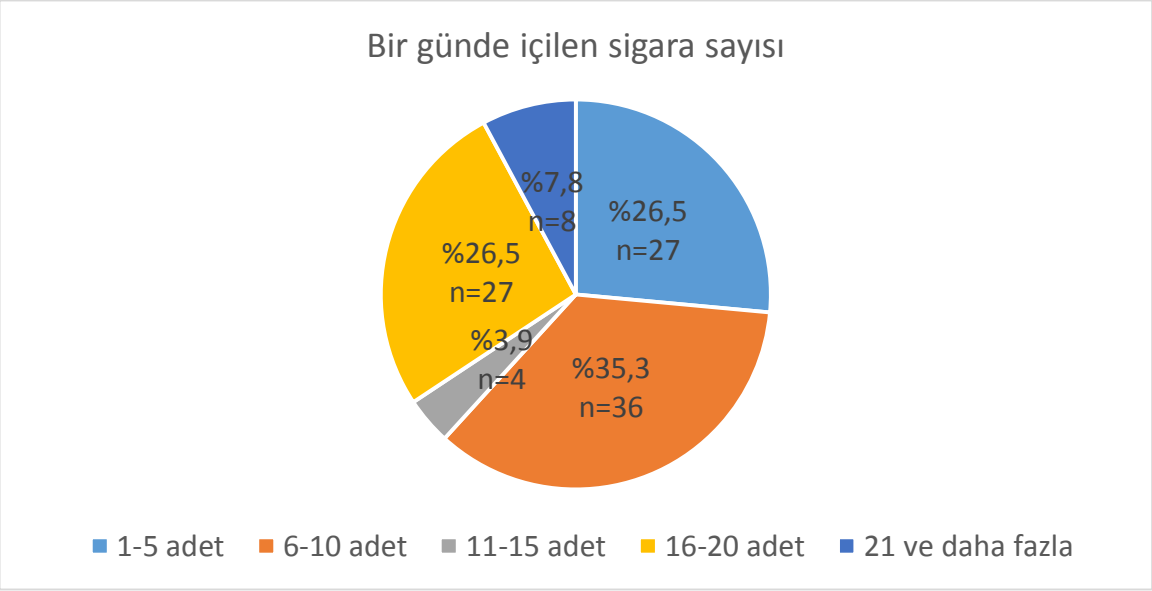
Şekil 14. Katılımcıların tanılı kronik hastalığa göre dağılımı

Çalışmaya katılan bireylerin sigara kullanma durumları incelendiğinde; %59,7'si sigara kullanmadığını, %31,9'u sigara kullandığını, %8,4'ü ise bıraktığını söylemiştir (Şekil 15). Sigara kullanan 102 kişinin %26,5'i günde 1-5 adet, %35,3'ü

6-10 adet, %3,9'u 11-15 adet, %26,5'i 16-20 adet, %7,8'i ise 21 ve daha fazla sigara içtiğini ifade etmiştir (Şekil 16).

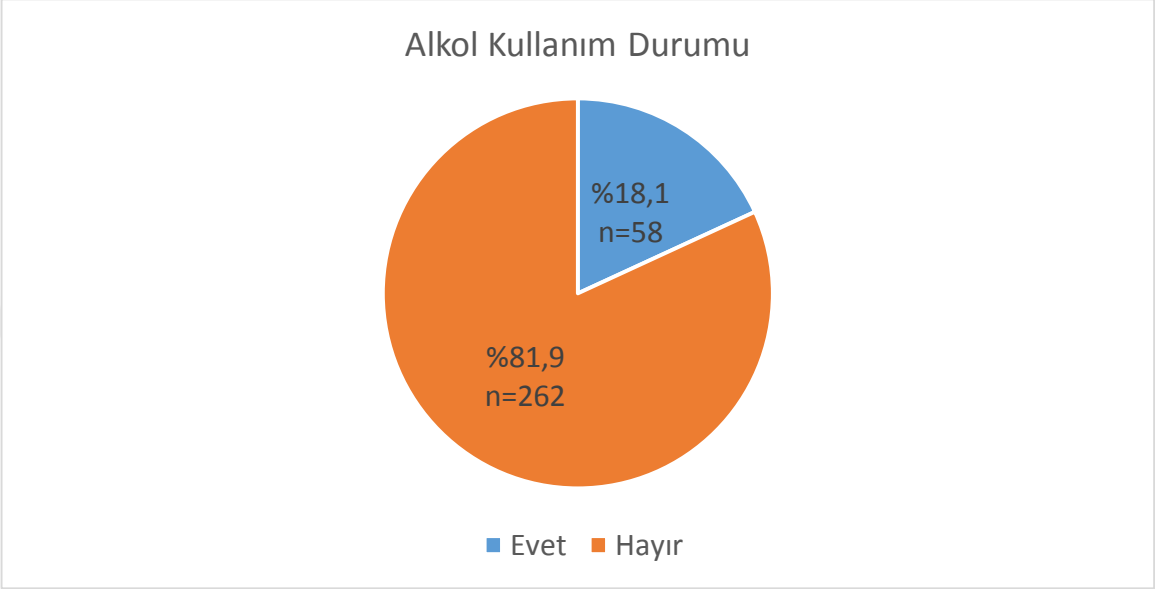


Şekil 15. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre dağılımı



Şekil 16. Sigara kullanan bireylerin bir günde içtikleri sigara sayısına göre dağılımı

Çalışmaya katılan bireylerin alkol kullanım durumları incelendiğinde; %18,1'i kullandığını, %81,9'u ise kullanmadığını belirtmiştir (Şekil 17). Bireylerin tümü madde bağımlılığı bulunmadığını söylemiştir.



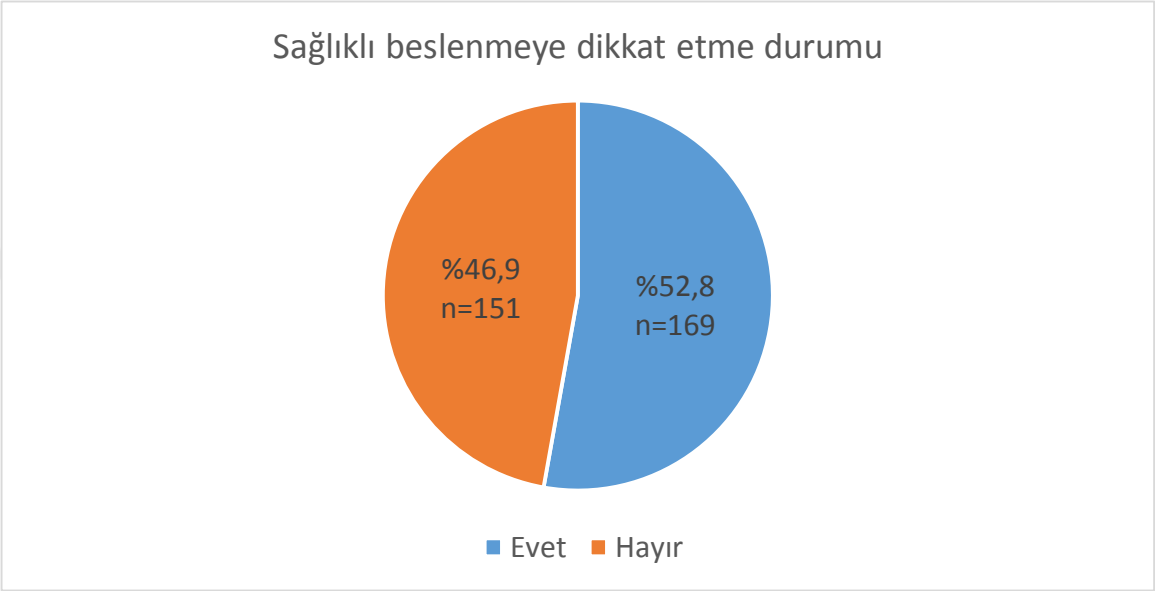
Şekil 17. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Egzersiz yapma durumlarının değerlendirildiği soruda bireylerin %13,8'i düzenli spor yaptığını, %86,3'ü ise düzenli spor yapmadığını ifade etmiştir (Şekil 18).



Şekil 18. Katılımcıların düzenli spor yapma durumuna göre dağılımı

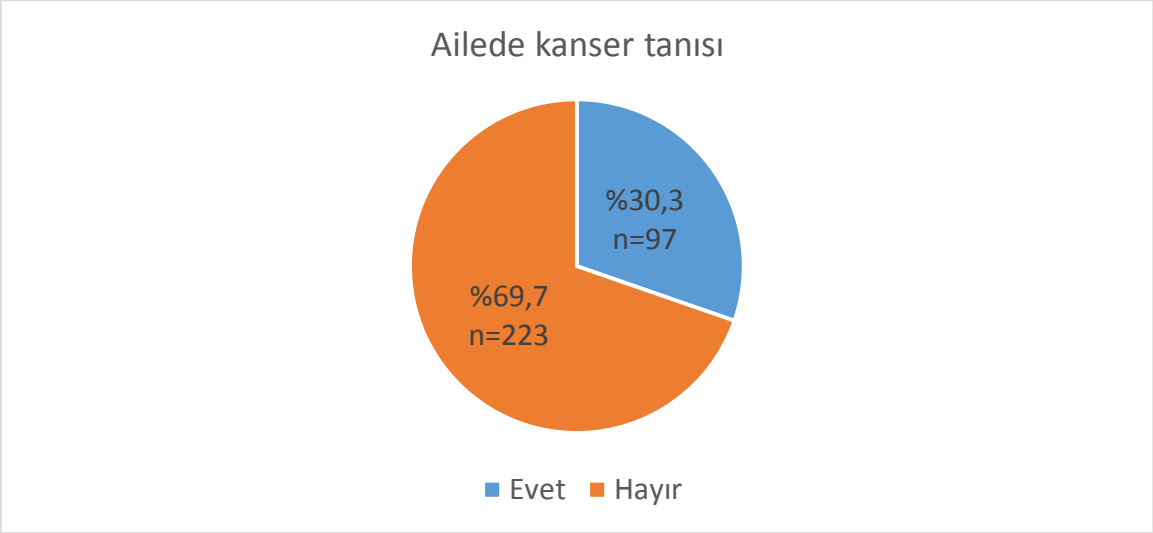
Bireylerin sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumlarına göre dağılımı Şekil 19'te sunulmuştur. Buna göre %52,8'i dikkat ettiğini, %46,9'u ise dikkat etmediğini belirtmiştir.



Şekil 19. Katılımcıların sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumuna göre dağılımı

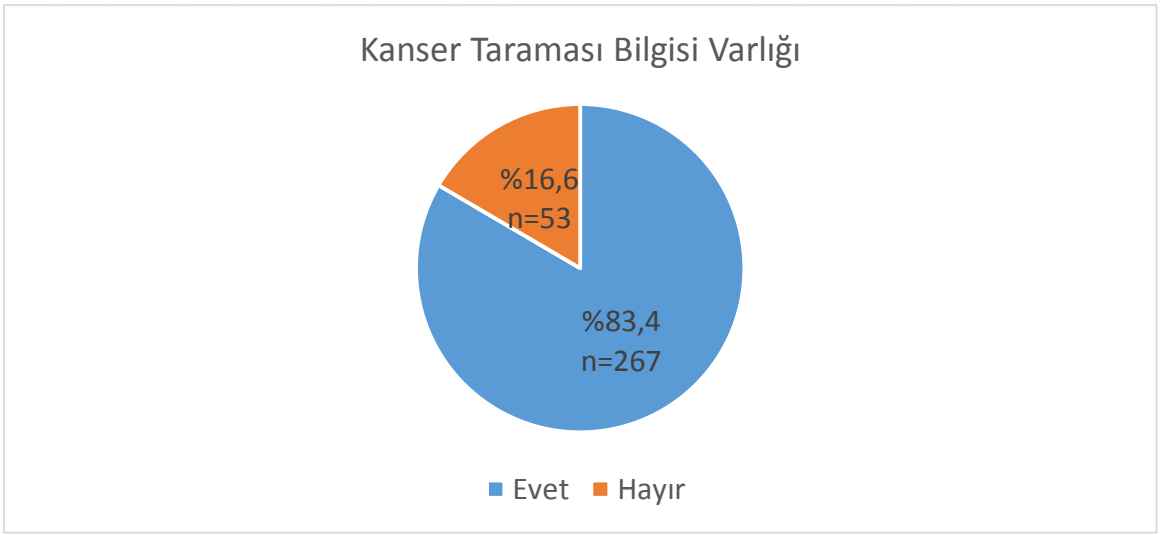
4.3.AİLEDE KANSER VARLIĞI VE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TANIMLAYICI BULGULAR

Katılımcıların %30,3'ü ailesinde kanser tanısı bulunan bir bireyin bulunduğunu ifade etmiştir (Şekil 20). Ailesinde kanser tanısı bulunanların %75,3'ünün birinci derece yakınında, %20,6'sının ise ikinci derece yakınında kanser tanısı bulunduğu saptanmıştır.



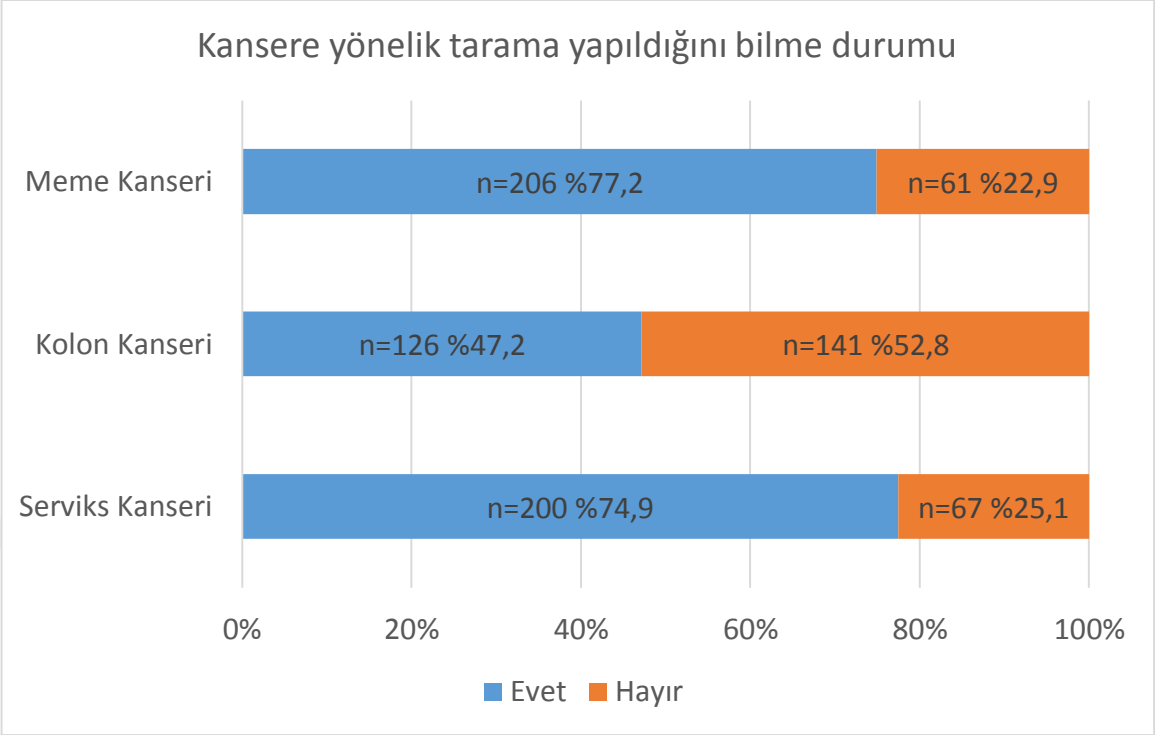
Şekil 20. Katılımcıların ailede kanser tanısı bulunma durumuna göre dağılımı

Uygun yaş aralığında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilme durumuna göre çalışma grubu incelendiğinde; %83,4'ü bildiğini, %16,6'sı ise bilmediğini ifade etmiştir (Şekil 21).



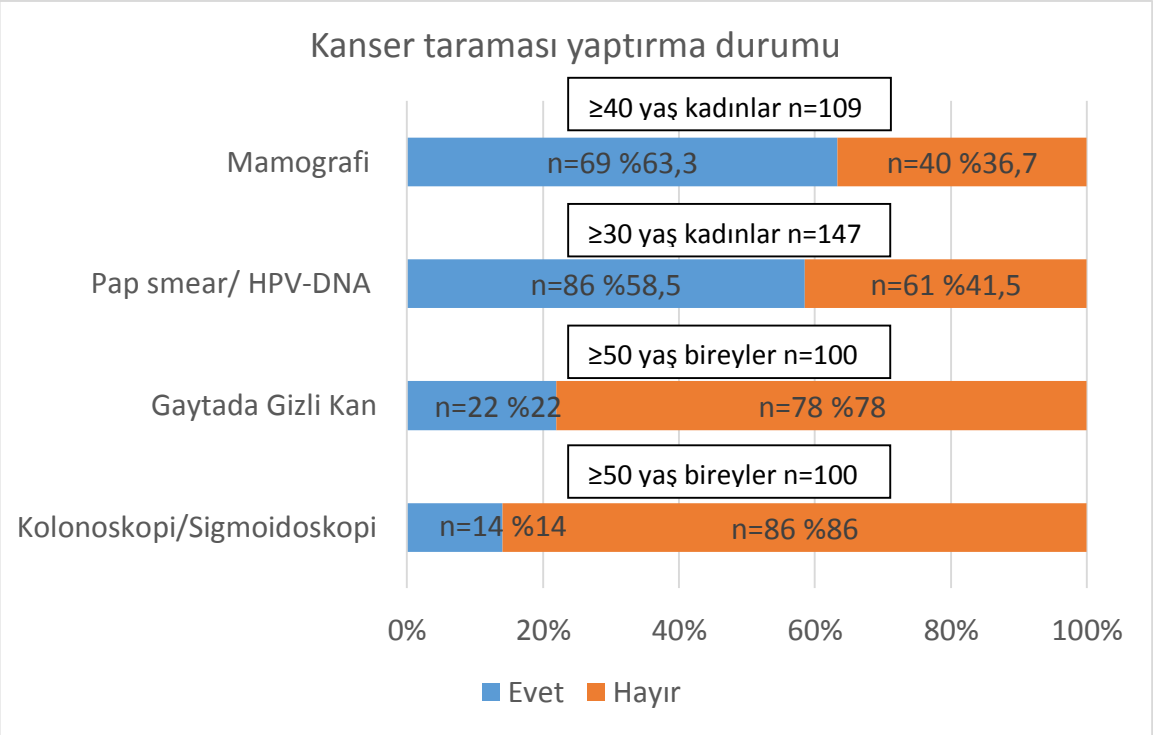
Şekil 21. Katılımcıların kanser tarama bilgisi varlığına göre dağılımı

Uygun yaş aralığında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilen 267 kişiye hangi kanser taramalarından haberdar oldukları sorulduğunda; %77,2'si meme kanserine, %47,2'si kolon kanserine ve %74,9'u serviks kanserine yönelik taramaların yapıldığını bildiğini belirtmiştir (Şekil 22).



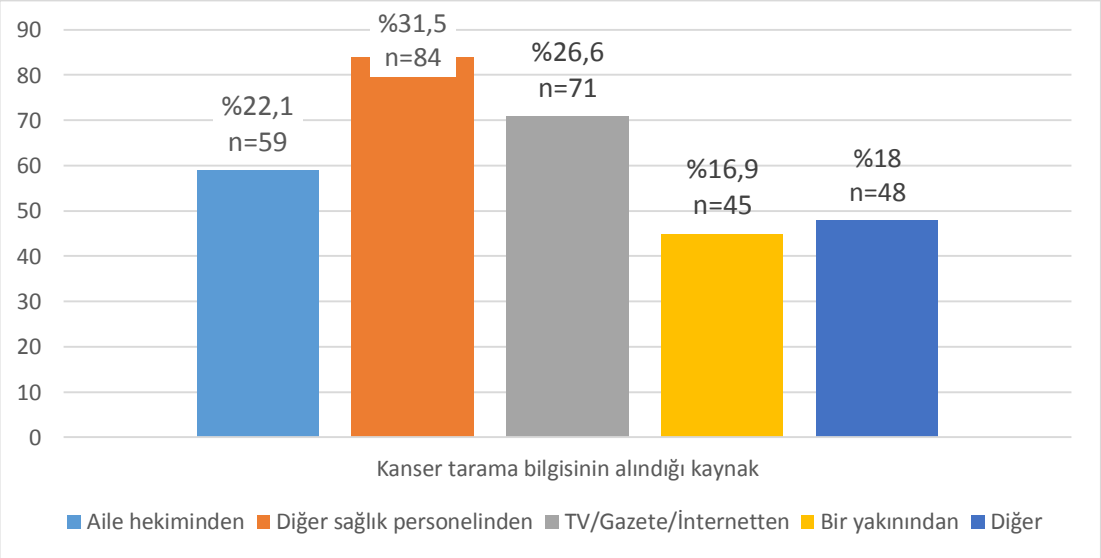
Şekil 22. Katılımcıların meme, kolon ve serviks kanserine yönelik tarama yapıldığını bilme durumuna göre dağılımı

Çalışma grubuna hiç kanser taraması yaptırıp yaptırmadığı sorulduğunda; %39,4'ü tarama yaptırdığını, %60,6'sı ise yaptırmadığını ifade etmiştir. Kırk yaş ve üzerindeki kadınların %63,3'ü mamografi çektirdiğini, %36,7'si ise hiç çektirmediğini belirtmiştir. Yaşı otuz ve üzerinde olan kadınların %58,5'i serviks kanseri taraması yaptırdığını, %41,5'i ise daha önce yaptırmadığını belirtmiştir. Yaşı 50 ve üzerinde olan bireylerin %22'si gaytada gizli kan testi yaptırdığını, %78'i daha önce hiç yaptırmadığını, %14'ü kolonoskopi yaptırdığını, %86'sı ise yaptırmadığını ifade etmiştir (Şekil 23).



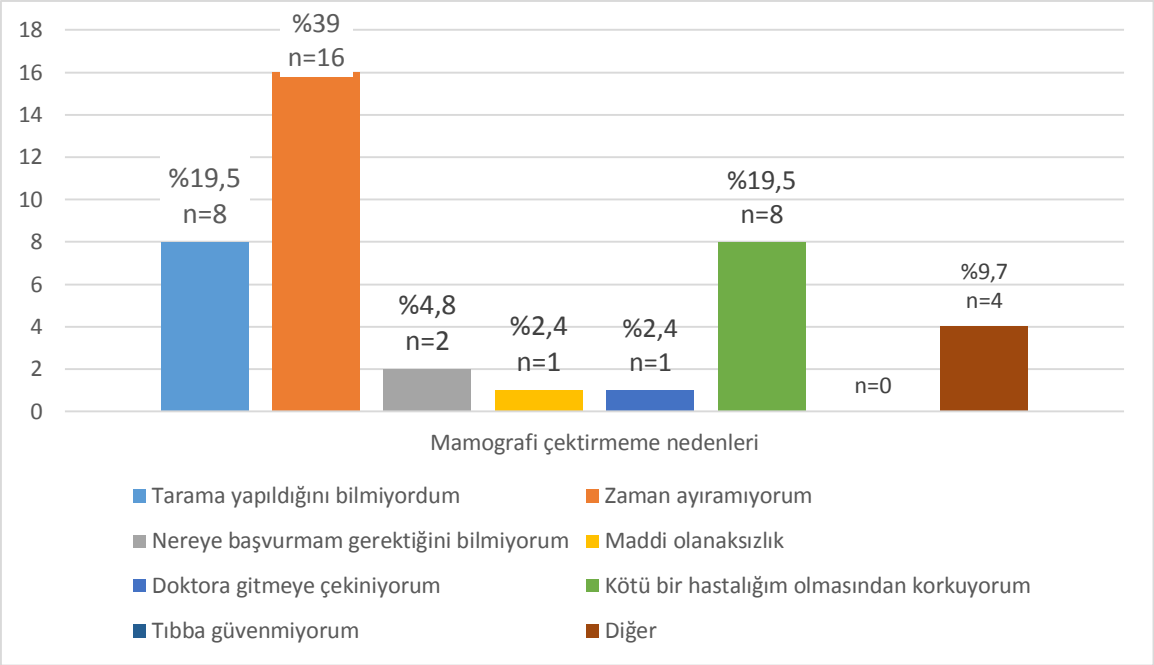
Şekil 1. Uygun yaş gruplarının meme, kolon ve serviks kanserine yönelik tarama yaptırma durumuna göre dağılımı

Uygun yaş aralığında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilen 267 kişinin bu bilgiye nereden ulaştığı sorulduğunda; bireylerin %22,1'i aile hekiminden, %31,5'i diğer sağlık personelinden, %26,6'sı tv, gazete ya da internetten, %16,9'u bir yakınından ulaştığını belirtmiştir (Şekil 24).



Şekil 24. Katılımcıların kanser tarama bilgisine hangi kaynaktan ulaşıldığına göre dağılımı

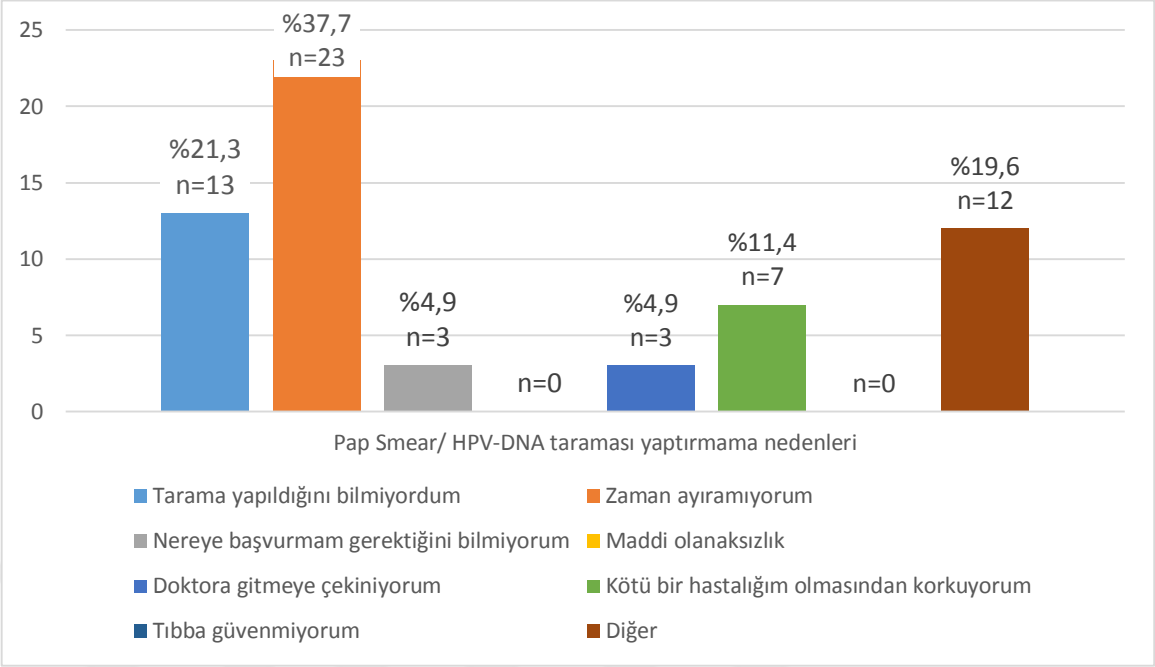
Yaşı 40 ve üzerinde olup mamografi çektirmeyen kadınların (n=40) neden mamografi çektirmediği sorulduğunda en fazla bildirilen nedenler; zaman ayıramama (%41), tarama yapıldığını bilmeme (%20,5) ve kötü bir hastalığı olmasından korkmadır (%20,5) (Şekil 25).



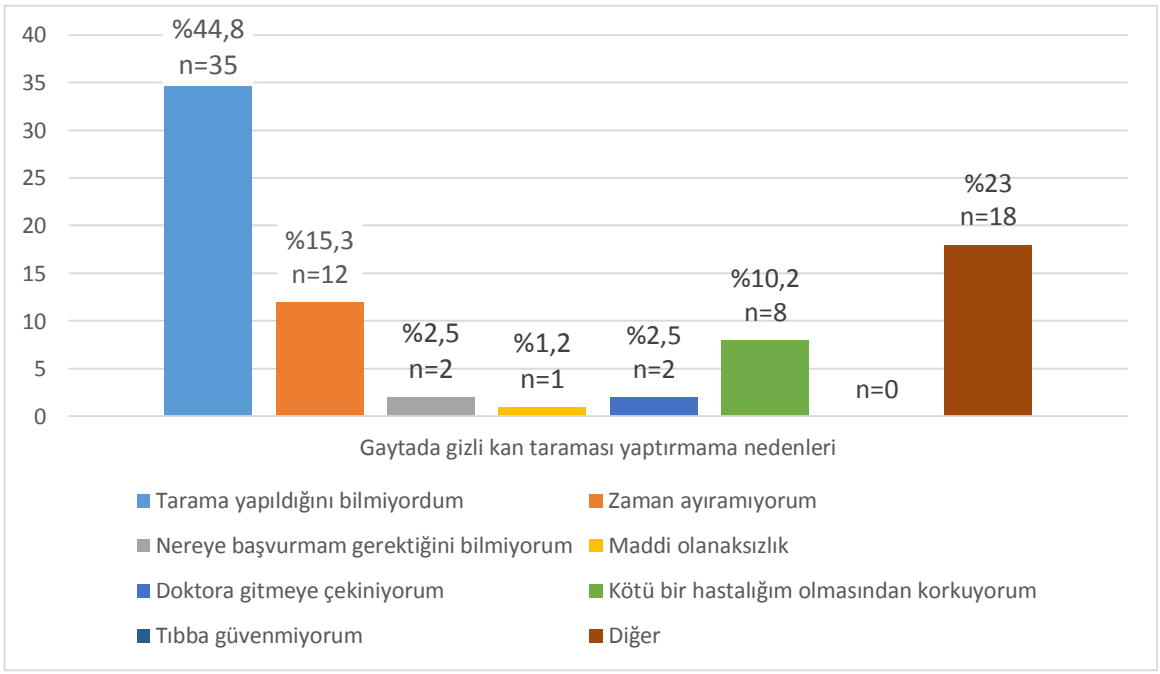
Şekil 25. 40 yaş ve üzeri mamografi çektirmeyen kadınların çektirmeme nedenlerine göre dağılımı

Yaşı 30 ve üzerinde olup serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınların (n=61) tarama yaptırmama nedenleri incelendiğinde; %38,3'ü zaman ayıramadığını, %21,7'si tarama yapıldığını bilmediğini ve %11,7'si kötü bir hastalığının olmasından korktuğunu ifade etmiştir (Şekil 26).

Yaşı 50 ve üzerinde olup gaytada gizli kan baktırmayan bireylerin (n=78) tarama yaptırmama nedenleri ile ilgili değerlendirmede; %44,8'i tarama yapıldığını bilmediğini, %15,3'ü zaman ayıramadığını, %10,2'si ise kötü bir hastalığı olmasından korktuğunu belirtmiştir (Şekil 27).

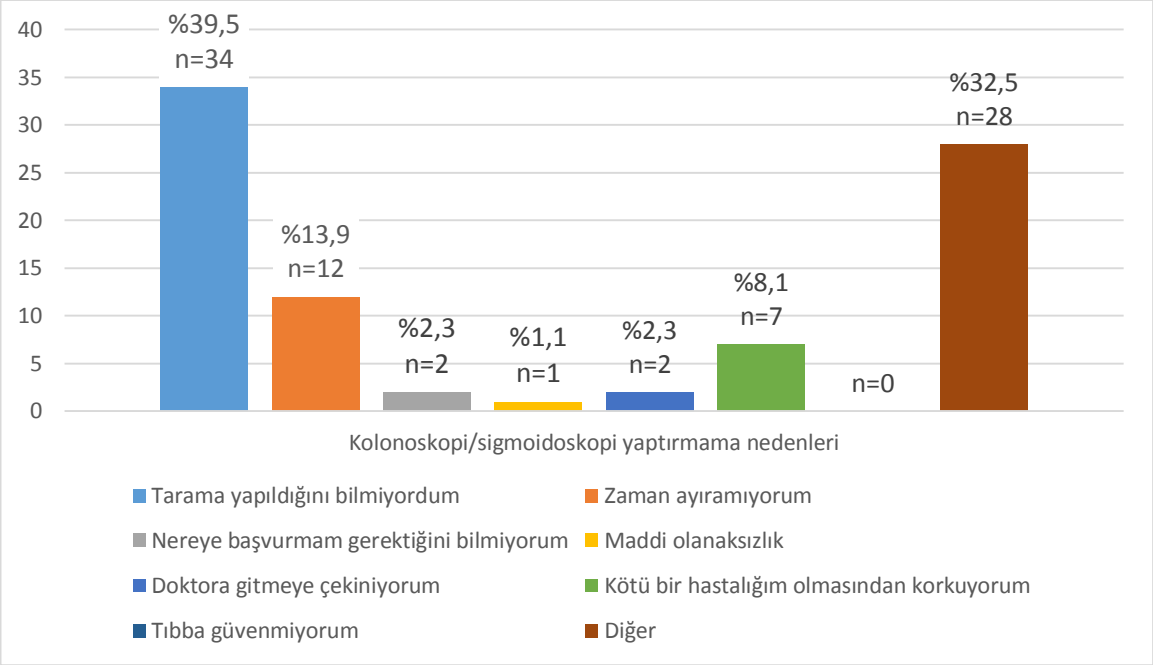


Şekil 26. 30 yaş ve üzeri serviks taraması yaptırmayan kadınların tarama yaptırmama nedenlerine göre dağılımı



Şekil 27. 50 yaş ve üzeri gaytada gizli kan taraması yaptırmayan bireylerin tarama yaptırmama nedenlerine göre dağılımı

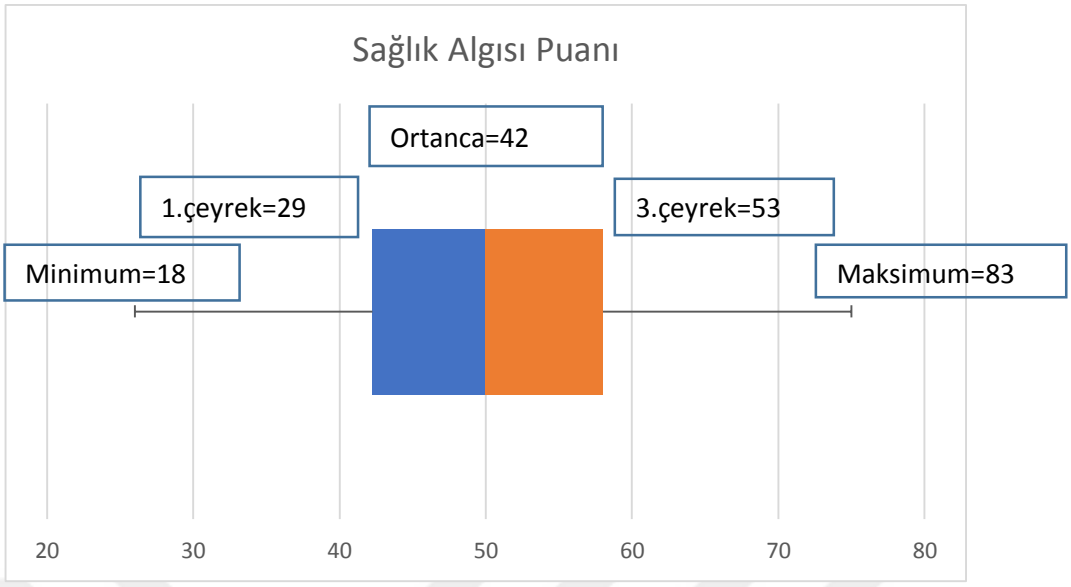
Yaşı 50 ve üzerinde olup kolonoskopi/sigmoidoskopi yaptırmayan bireylerin (n=86) tarama yaptırmama nedenleri incelendiğinde en fazla belirtilen nedenler; tarama yapıldığını bilmeme (%39,5), zaman ayıramama (%13,9) ve kötü bir hastalığın olmasından korkmadır (%8,1) (Şekil 28).



Şekil 28. 50 yaş ve üzeri kolonoskopi/sigmoidoskopi yaptırmayan bireylerin tarama yaptırmama nedenlerine göre dağılımı

4.4. SAĞLIK ALGISI PUANI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Çalışma grubunun sağlık algısı ölçeğine dayanarak hesaplanan sağlık algısı puanı ortalaması 50,18±9,86'dır (Şekil 29).



Şekil 29. Katılımcıların sağlık algısı puanlarının minimum, maksimum, 1.-3. çeyrek ve ortanca değerleri

Sağlık algısı puanı ile ilişkili sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde; yaş arttıkça sağlık algısı puanının azaldığı saptanmış olup ($p<0,001$) aralarında düşük düzeyde negatif bir ilişki vardır (korelasyon katsayısı= -0,260). Erkeklerde sağlık algısı puanı kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ve Medeni durum ile sağlık algı puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır. Eğitim düzeyi gruplarının ortanca sağlık algısı puanları istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,001$). Post-hoc analizlerde bu farklılığın okuryazar olmayanlar ile ilköğretim, lise ve üniversite mezunları arasındaki ve üniversite mezunları ile okuryazar olanlar, ilköğretim ve lise mezunları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır. Okuryazar olmayanların sağlık algısı puanı ortalaması en düşük iken, üniversite mezunlarının puanı en yüksektir. Meslek grupları açısından sağlık algı puanları incelendiğinde; ortanca puanları arasında istatistiksel anlamlılık görülmüştür ($p<0,001$). Post-hoc analizlerde bu farklılığın memur olanlar ile emekli ve öğrenciler arasındaki ve sağlık çalışanları ile emekli ve ev hanımı olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Sosyal güvence varlığı ile sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 1).

Tablo 6. Sağlık algısı puanının sosyo-demografik değişkenler ile ilişkisi

Sosyo-demografik değişkenler		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	p
Cinsiyet	Kadın	49.62	10.12	50	0.162[a]
	Erkek	51.24	9.32	50	
Medeni durum	Bekar	51.71	9.43	53	0.166[b]
	Evli	49.65	10.18	49	
	Boşanmış	48.41	8.18	50	
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	39.41	4.38	40	**<0.001[c]**
	Okuryazar	46.69	8.62	46	
	İlköğretim	47.91	9.92	48	
	Lise	51.00	9.14	53	
	Üniversite	56.06	7.55	57	
Meslek	İşçi	50.86	9.32	50	**<0.001[c]**
	Memur	55.36	8.62	55	
	Esnaf	52,.17	9.95	57.5	
	Sağlık çalışanı	53.97	7.07	54	
	Emekli	46.98	10.04	46	
	Çalışmıyor	49.64	8.96	48.5	
	Öğrenci	52.20	9.43	53.5	
	Ev hanımı	45.95	10.72	44	
	Diğer	54.80	9.58	56.5	
Sosyal güvence	Evet	50.26	9.88	50	0.399[a]
	Hayır	47.44	9.55	48	

[a]Student's T Testi p değeri, [b]Varyans Analizi p değeri, [c]Kruskal Wallis Testi p değeri

Kronik bir hastalığı bulunmayanların sağlık algısı puanı ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,005). Tanılı kronik hastalık sayısına göre karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olmayanlar ile iki hastalığı olanların puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,009). Kanser tanısı bulunan bireyler ile kanser tanısı bulunmayanlar bireyler arasında sağlık algısı puanı açısından istatistiksel anlamlılık bulunmamaktadır. Sağlık algısı puanı ortalaması; sigara kullananlar ile (p=0,023), alkol kullanmayanlarda anlamlı olarak daha düşüktür (p=0,001). Benzer şekilde düzenli spor yapmayanlarda (p=0,040) ve sağlıklı beslenmediğini ifade edenlerde sağlık algısı puanı ortalaması istatistiksel anlamlı olarak daha düşük hesaplanmıştır (p<0,001) (Tablo 2).

Tablo 7. Sağlık algısı puanı ile kronik hastalık varlığı, madde kullanımı ve sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilgili değişkenlerin ilişkisi

Değişkenler		**Ortalama**	**Standart sapma**	**Ortanca**	**p**
Kronik hastalık	Evet	48.69	10.07	48	**0.005**[a]
	Hayır	51.80	9.40	53	
Kronik hastalık sayısı	Yok	51.80	9.40	53	**0.009**[b]
	Bir	49.20	10.21	49	
	İki	47.50	8.93	47.5	
	Üç veya dört	50.00	10.87	47	
Kanser tanısı	Evet	48.31	11.71	42	0.360[c]
	Hayır	50.18	9.70	50	
Sigara kullanımı	Evet	47.99	9.36	49	**0.023**[b]
	Hayır	51.28	9.95	52	
	Bıraktım	50.70	10.09	48	
Alkol kullanımı	Evet	53.93	8.47	53	**0.001**[a]
	Hayır	49.35	9.97	49	
Spor yapma	Evet	53.02	10.01	54.5	**0.040**[a]
	Hayır	49.73	9.79	49	
Sağlıklı beslenme	Evet	52.78	8.90	53	**<0.001**[a]
	Hayır	47.28	10.11	47	

[a]Student's T Testi p değeri, [b]Varyans Analizi p değeri, [c]Mann Whitney U Testi p değeri

Ailesinde kanser hastası olanların sağlık algısı puanı ortalaması anlamlı olarak daha düşüktür (p=0,008). Kanser tarama bilgisi ve bilinen kanser taraması sayısı değişkenleri açısından istatistiksel anlamlılık bulunmamaktadır. Mamografi için önerilen yaş grubu dışında olan (<40 yaş) kadınların ortalama puanları; mamografi çektirmiş ve çektirmemiş olanların ortalama puanlarından anlamlı olarak yüksektir (p<0,001). Benzer olarak smear taraması için önerilen yaş grubu dışında olan (<30 yaş) kadınların ortalama puanları smear yaptırmış ve yaptırmamış olanları ortalama puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,001). Kolonoskopi çektirme durumu ve gaytada gizli kan testi yaptırma değişkenleri ile puan ortalaması arasında anlamlı fak bulunmamaktadır (Tablo 3).

Tablo 8. Sağlık algısı puanı ile ailede kanser varlığı ve kanser taramalarına yönelik değişkenlerin ilişkisi

Değişkenler		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	p
Ailede kanser hastası	Evet	47.99	9.30	48	**0.008**[a]
	Hayır	51.14	9.97	51	
Kanser taraması bilgisi	Evet	50.12	9,.97	51	0.782[a]
	Hayır	50.53	9.42	49	
Bilinen kanser taraması sayısı	Hiçbirini bilmiyor	49.96	9.32	49	0.529[b]
	Bir	49.96	9.25	50,5	
	İki	49.15	10.32	49	
	Üç	51.27	10.25	53	
Mamografi yaptırma durumu	Önerilen yaş grubunda değil (<40 yaş)	54.20	8.69	54,5	**<0.001**[b]
	Evet	46.23	9.61	45	
	Hayır	45.15	9.67	43	
Smear yaptırma durumu	Önerilen yaş grubunda değil (<30 yaş)	56	7.67	56	**<0.001**[b]
	Evet	46.34	9.81	45	
	Hayır	48.03	9.76	48	
Kolonoskopi yaptırma durumu	Önerilen yaş grubunda değil (<50 yaş)	51.46	9.97	52	0.058[b]
	Evet	46.44	11.54	42,5	
	Hayır	49.45	9.38	49	
Gaytada gizli kan testi yaptırma	Önerilen yaş grubunda değil (<50 yaş)	51.46	9.97	52	0.110[b]
	Evet	49.74	10.99	46	
	Hayır	49.08	9.41	49	

[a]Student's T Testi p değeri, [b]Varyans Analizi p değeri

Çok değişkenli lineer regresyon analizine dahil edilen bağımsız değişkenlerin tümünün tolerance değerleri 0,1'in üzerinde ve VIF (variance inflation factor) değerleri 10'un altındadır. Modeldeki değişkenler sağlık algısı puanının %47,2'sini açıklayabilmektedir. Analiz sonuçlarına göre; sağlık algısı puanı ile ilişkili değişkenler yaş, memur olma, ev hanımı olma, sigara kullanma, alkol kullanma, sağlık beslenme ve aile kanser tanısının bulunmasıdır. Buna göre sağlık algısı puanı;

- Yaşın 1 birimlik artışında 0,116 birim azalmaktadır,
- Memur olanlarda diğer bireylerden 3,530 birim daha yüksektir,

- Ev hanımı olanlarda diğerlerine göre 3,648 birim daha düşüktür,
- Sigara kullananlarda kullanmayanlara göre 2,971 birim daha düşüktür,
- Alkol kullananlarda diğerlerine göre 3,591 birim daha yüksektir,
- Sağlıklı beslenenlerde diğerlerinden 4,696 birim daha yüksektir,
- Ailesinde kanser tanısı bulunanlarda diğerlerine göre 2,202 birim daha düşüktür (Tablo 4).

Tablo 9. Çalışma grubunda sağlık algısı puanı ile ilişkili değişkenleri gösteren çok değişkenli lineer regresyon modeli

Modelde bulunan değişkenler	ß	%95 Güven Aralığı	P*
Yaş	-0.116	-0.183- -0.048	0.001
Memur olma	3.530	0.290-6.770	0.033
Ev hanımı olma	-3.648	-6.228- -1.068	0.006
Sigara kullanma	-2.971	-5.123- -0.818	0.007
Alkol kullanma	3.591	0.970-6.211	0.007
Sağlıklı beslenme	4.696	2.733-6.659	<0.001
Ailede kanser tanısının bulunması	-2.202	-4.327- -0.077	0.042

*Lineer Regresyon Forward yöntemi p değeri

Dahil edilen değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, kronik hastalık varlığı, sigara, alkol kullanımı, spor yapma, sağlıklı beslenme, ailede kanser hastası, gaytada gizli kan testi yaptırma

Kanser tanısı ile sigara, alkol kullanma, spor yapma ve sağlıklı beslenme değişkenlerinin ilişkisine bakıldığında; kanser tanısı alan bireylerin hiçbiri sigara kullanmazken, kanser tanısı olmayan bireylerin %33,3'ünün sigara kullandığı görülmüştür (p=0,011). Alkol egzersiz ve sağlıklı beslenme davranışları ile kanser tanısı değişkeni arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 10. Kanser tanısı değişkeni ile sigara, alkol kullanımı, spor yapma ve sağlıklı beslenme değişkenlerinin ilişkisi

Değişken		**Kanser tanısı % (n)**			
		Evet	**Hayır**	**Toplam n**	**p**
Sigara kullanımı	**Evet**	%0 (0)	%33.3 (102)	102	**0.011**[a]
	Hayır/Bıraktım	%100 (13)	%66.7 (204)	217	
Alkol kullanma	**Evet**	%15.4 (2)	%18.3 (56)	58	0.569[a]
	Hayır	%84.6 (11)	%81.7 (250)	261	
Spor yapma	**Evet**	%7.7 (1)	%14.1 (43)	44	0.443[a]
	Hayır	%92.3 (12)	%85.9 (263)	275	
Sağlıklı beslenme	**Evet**	%53.8 (7)	%52.6 (161)	168	0.931[b]
	Hayır	%46.2 (6)	%47.4 (145)	151	

[a]Fisher Exact Testi p değeri, [b]Ki-Kare Analizi p değeri

Sütun yüzdesi verilmiştir.

5.TARTIŞMA

Kanserin, dünya genelinde mortalite ve morbidite üzerindeki büyük etkisinden dolayı kanser taraması farkındalığı ile ilgili literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Bunlardan bazıları genel olarak kanser taramaları ile ilgili iken bazıları ise bir kanser türüne yönelik bilgi ve tutumu araştırmıştır.

Çalışmada katılan bireylerin yaş ortalaması 42,62±14,87 dir. Bunların %65,3 ü kadındır, %34,7 si erkektir. Katılımcıların çoğu evlidir (%63,1).2017 yılından Düzce ilinde kanser taramaları ile ilgili yapılan çalışmada da benzer şekilde katılımcıların %61.5'i kadın, %58.8'i evli olarak saptanmıştır (50). Katılımcıları eğitim durumlarına göre incelendiğinde %46,3'ü ilköğretim mezunu iken, ikinci sırada %27,8 ile üniversite mezunu gelmektedir. Bu durum çalışmanın yapıldığı hastanenin bulunduğu konumun özelliği ve hastane personelinin sağlık hizmeti alabilmek için sıklıkla Aile hekimliği polikliniği başvurusunu tercih etmesi ile açıklanabilir. Keza çalışmaya katılanların %10'unun sağlık çalışanı olduğu dikkat çekmektedir.

Kronik hastalık varlığı yönüyle, hasta popülasyonu değerlendirilerek 6 alt gruba ayrılmıştır. Katılımcıların % 51,9'unda kronik hastalık tanısı mevcuttur. Bunlardan sıklık olarak ilk sırayı % 47,6 ile Hipertansiyon, ikinci sırayı %28,9 ile Diyabetes Mellutus oluştururken kanser tanısı olan bireyler %7,8'lik dilimi oluşturmaktadır. 2015 yılında yayımlanan bir çalışmada katılımcıların en az bir kronik hastalığa sahip olma durumu % 32,8 olarak saptanırken, benzer olarak katılımcılarda en sık görülen kronik hastalık %37,8 ile Hipertansiyon'dur. Çalışmada aktif sigara içenlerin oranı %31,9 iken yine aynı çalışmada sigara kullanım oranları çalışmamız ile benzer seviyelerde bulunmuştur (%28,4) (51). Düzenli spor yapanların oranı %13,8 iken sağlık beslenmeye dikkat edenlerin oranı %52,8 olarak saptanmıştır.

Ailede kanser tanısı varlığı sorgulandığında katılımcıların ifadelerine göre, % 30,3 oranında ailesinde kanser tanısı olan en az birey olduğu ve bunların %75,3 birinci derece akraba; % 20,6 sının ise ikinci derece akraba olduğu değerlendirildi. 2017 yılında Tekpınar'ın yaptığı çalışmada da aile kanser öyküsü olma durumu %35 oranıyla benzer bulunmuştur (7). 2017 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise kanser tanılı akrabası olan bireylerin oranı %64,2 olarak çok daha yüksek düzeyde saptanmıştır (50). 2014 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların %55,4'ünde ailesinde kanser öyküsü saptanmıştır (52). Çeşitli çalışmalarda farklı

düzeyler saptanması toplumsal kültürün aile kavramının genişliği açısından belirleyici olabileceği ile ilişkilendirilebilir.

Uygun yaş aralıklarında birinci basamakta yapılan kanser tarama programlarının bilinirliği sorgulandığında %83,4'ü evet, %16,6'sı hayır olarak cevaplamıştır. 2017 yılında Erdem ve ark' nın yaptığı çalışmada da kanser hakkında bilgi sahibi olanların oranı benzer şekilde %79,3 olarak saptanmıştır (50). Çalışmada, kanser taraması ile ilgili bilgi sahibi olan 267 kişiye bu bilgiye nereden ulaştıkları sorulduğunda %53,6' bir sağlık personelinden (%22,1'i Aile hekiminden), %26,6'sı medyadan, %16,9 u ise bir yakınımdan cevabını vermişlerdir.

Kanser taramaları ile ilgili bilgi sahibi olanlara günümüzde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü'nce yapılan kanser taramalarının hangilerini duydukları sorulduğunda, %77,2'sinin meme kanseri; %74,9'unun serviks kanseri; %47,2'sinin kolon kanseri ile ilgili taramaları bildiğini ifade etti. Herhangi bir kanser taraması yaptıranlar %39,4 olarak saptandı. Düzce'de 2017 yılında yapılan çalışmada katılımcıların %59'u mamografi, %49,7'si pap-smear hakkında bilgi sahibi olarak belirtilmiştir. Katılımcıların %81,4'ü daha önce kanser taraması yaptırmadığı yönünde beyanda bulunmuştur (50).

Çalışmada tarama yaş aralığında bulunan kişilerin tarama yaptırma durumu değerlendirildiğinde:

- 30 yaş ve üzeri kadınların %58,5' i serviks kanseri taraması için pap-smear/HPV-DNA testi yaptırmış olduğu,
- 40 yaş ve üstü kadınların %63,3'ü meme kanseri taraması için mamografi yaptırmış olduğu,
- 50 yaş ve üstü her iki cinsiyetin kolorektal kanser taraması için, %22 sinin GGT; % 14'ünün kolonoskopi/sigmoidoskopi yaptırmış olduğu saptandı.

Literatüre göre, 2015 yılında Samsun'da yapılan bir çalışmada kırk yaşından büyük kadınların %36,8'i ise en az bir kez mamografi çektirdiğini saptanmıştır (53). Bayçelebi ve ark.'nın 2015 yılında Trabzon'da yaptığı çalışmada: 40 yaş üstü kadınların %12,7'si mamografi yaptırmış, toplam kadınların % 8,2'si smear testi yaptırmış, toplam olguların % 6.7'si GGK testi yaptırmış olarak belirtilmiştir (54). Çorum' da 2015 yılında yapılan bir çalışmada 40 yaş üstü kadınlar değerlendirilmiş,

kadınların %52,3'ünün mamografi uygulamasını bildikleri ancak yalnızca iki kadının (%0,9) mamografi yaptırdığı rapor edilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada kadınların %48,2'si pap-smear testi hakkında bilgi sahibiyken, %33,9 u en az bir kez pap-smear testi yaptırdığını beyan etmiştir (55). Can ve ark'ının 2010 yılında sağlık çalışanı kadınlar ile yaptığı çalışmada 40 yaş üstü katılımcıların pap-smear yaptırma oranı %58 olarak değerlendirilmiştir, ayrıca pap-smear ile ilgili bilgi sahibi olan katılmcıların %50,7'si uygulamayı yaptırdığı beyanında bulunmuştur(56). Aydın'da 2015 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılanların %56,2'si kolorektal kanser taramasını duyduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %53'ü 50-70 yaş grubunda olup (50 ve 70 yaş dahil), bunların %18,3'ü herhangi bir kolorektal kanser tarama yöntemini yaptırdığı saptanmıştır **(**57). Yine 2015 yılında Aydın'da yapılan bir diğer çalışmada, katılımcıların %25,8'inin kolorektal kanser konusunda bilgi sahibi olduğu ve %11,9'unu daha önce kolorektal kanser taraması yaptırdığı belirtilmiştir. (GGK %7,7; sigmoidoskopi %3,6 ve kolonoskopi %5,4) (44).

Bu çalışmada kanser taramaları ile ilgili bilgi sahibi olan 267 kişiye, bu bilgiye nereden ulaştıkları sorulduğunda %53,6'sı bir sağlık personeli (%31,5'i diğer sağlık personelinden, %22,1'i Aile hekiminden olarak belirtmiştir), %26,6' medya, %16,9'u bir yakınım ve %18'i diğer cevabını vermiştir.

Önerilen yaş aralıklarında olup tarama yaptırmayanlara, yaptırmama nedeni sorulduğunda

- 30 yaş ve üzeri olup serviks kanseri için tarama yaptırmayan kadınların, %38,3'ü zaman ayıramadığını, %21,7'si tarama yapıldığını bilmediğini ve %11,7'si de kötü bir hastalığı olmasından korktuğu için yaptırmadığını ifade etmiştir.
- 40 yaş ve üzeri olup mamografi yaptırmayan kadınların, %41'i zaman ayıramadığını, %20,5'i tarama yapıldığını bilmediğini ve %20,5'i de kötü bir hastalığı olmasından korktuğu için yaptırmadığını ifade etmiştir.
- 50 yaş ve üzeri GGT yaptırmayan kadın ve erkek katılımcıların, %44,8 i tarama yapıldığını bilmediğini, %15'i zaman ayıramadığını, %10,2'si kötü bir hastalığı olmasından korktuğu için yaptırmadığını ifade etmiştir.
- 50 yaş ve üzeri kolonoskopi/sigmoidoskopi yaptırmayan kadın ve erkek katılımcıların, %39,5'i tarama yapıldığını bilmediğini, %13,9'u zaman

ayıramadığını, %8,2'i kötü bir hastalığı olmasından korktuğu için yaptırmadığını ifade etmiştir

Pap-smear ve mamografi taramalarını yaptırmamaya gösterilen en sık sebep zaman ayıramamak iken, kolorektal kanseri için tarama yaptırmamaya gösterilen en sık sebep kişilerin taramalar ile ilgili bilgi eksikliğidir. Türkiye'de 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlar yayınlanmış iken Kolorektal kanser taramaları 2013 yılında başlamıştır (23,37). Kolorektal kanser taramalarının diğerlerine göre daha geç başlamış olması, kolorektal kanser taramalarının daha az bilinirliğini açıklayabilir.

Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği'nden aldığı puanları değerlendirmelerinde:

- Katılımcıların sağlık algısı puan (SAP) ortalaması yaklaşık 50 dir.
- Yaş arttıkça SAP değeri azalıyor ($p<0,001$)
- Okur-yazar olmayanların SAP değeri en düşük iken; üniversite mezunu olanların en yüksektir ($p<0,001$)
- Meslek grupları arasında da istatistiksel anlamlılık mevcut ($p<0,001$): SAP değerleri açısından memur>sağlık çalışanı>öğrenci ve en düşük puan ev hanımlarına ait olarak saptanmıştır.
- Kronik bir hastalığı bulunmadığını, sigara kullanmadığını, alkol kullandığını, düzenli spor yaptığını, sağlıklı beslendiğini ve ailede kanser tanısı olmadığını belirtenlerde SAP değeri daha düşük bulunmuştur.

2018 yılında Kolaç ve ark.'nın fabrikada çalışanlar ile yaptığı bir çalışmada da benzer şekilde, çalışanların demografik özellikleri ile sağlık algısı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; alkol kullanımı ve eğitim ile sağlık algısı ölçek puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmuştur. Alkol kullananların sağlık algısı puan ortalamaları kullanmayanlardan daha yüksek ve üniversite mezunu olanların sağlık algısı puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksek saptanmıştır (58). Yılmaz ve ark.'nın 2018 yılında cerrahi hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada ise ortalama puan 38.43±7.70 saptanmıştır. Sağlık algısı puan ortalaması ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması sonucunda; yaş, öğrenim durumu ile sağlık algısı puan ortalaması arasında, bu çalışmadakine benzer olarak istatistiksel fark saptandığı ifade edilmiştir (59).

Çalışmada kanser tanısı olanların sağlık davranışları (sigara ve alkol kullanma durumu, düzenli spor yapma ve sağlıklı beslenme durumu) ile ilgili ifadeleri değerlendirildiğinde sadece sigara kullanımı ile ilişki tanımlanmıştır. Kanser tanısı olanların hiç biri sigara kullanmazken, kanser tanısı olmayanların %33,3' ü sigara kullanmaktadır.

Çalışmamızın ana hedefi olan SAP değeri ile kanser taraması bilgisi ve yaptırma durumu aşağıdaki gibidir

- Kanser tarama bilgisi ve bilinen kanser taraması sayısı değişkenleri açısından istatistiksel anlamlılık bulunmamaktadır.
- Mamografi yaptırma durumunda; önerilen yaş aralığında (>40 yaş) istatistiksel anlamlılık saptanmazken, 40 yaş altı mamografi yaptıranlarda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$)
- Pap-smear yaptırma durumunda; önerilen yaş aralığında (>30 yaş) istatistiksel anlamlılık saptanmazken, 30 yaş altı pap-smear yaptıranlarda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$)
- Kolonoskopi ve gaytada gizli kan testi yaptırma durumu değişkenleri ile puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,11$)

Literatürde benzer bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak 2017 yılında Kızılırmak ve ark.'nın yaptığı çalışmada kendi kendine meme muayenesi yapma ile SAP değeri arasında anlamlı fark bulunmuştur (60).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın amaçladığı temel bulgular aşağıda sıralanmıştır.

- Kanser taraması ile ilgili bilgi sahibi olanların oranı %83,4 olarak saptanmıştır
- Kanser taraması ile ilgili bilgi sahibi katılımcıların %77,2'si meme kanseri taraması; %74,9'u serviks kanseri taraması; %47,2'si kolorektal kanser taramasından haberdar olduklarını ifade etmiştir
- Herhangi bir kanser taraması yaptıranların oranı %39,4'tür
- Katılımcıların beklenen yaşlarda kanser taraması yaptırma oranları değerlendirildiğinde; %63,3 mamografi, %58,5 pap-smear, %22 GGT, %14 kolonoskopi yaptırıldığı ifade edilmiştir.
- Beklenen yaşlarda kanser taraması yaptırmayanlara nedeni sorulduğunda en çok alınan cevap; meme ve serviks kanser taramaları için "zaman ayıramıyorum" iken, kolorektal kanser taraması için "tarama yapıldığını bilmiyordum" olarak değerlendirilmiştir.
- SAP değeri ile kanser taramaları arasında yaş sınırlı kısıtlı bir anlamlılık mevcuttur. Taramaların önerildiği yaş aralıklarında yaptırma ve yaptırmama durumu ile ilgili istatistiksel anlam bulunmazken, önerilen yaş sınırlarının altında yaptırma ve yaptırmama arasında anlamlılık bulunmaktadır. Bu durumun SAP ve yaş durumu arasındaki ilişkisine bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir.

Bu bulgular kapsamında kanseri önlemede, erken tanı ve teşhisinin yapılmasında etkinliği kanıtlanmış en önemli uygulamalardan olan taramalar ile ilgili bilgiyi hedef popülasyona ulaştırmak ve yapılmasını sağlamak kanser tarama programlarının temel hedeflerinden biri olsa da bu konuda başarılı olmak biraz da kişilerin bu taramalara karşı tutumunu sorgulamaktan geçmektedir. İnsanlar bu uygulamaları biliyor ve kolayca ulaşıyor olsa bile yaptırıp yaptırmamaları kendi insiyatiflerinde olabilmektedir. Nitekim çalışmada taramaların bilinirlik oranı %80'i geçse dahi, uygulamayı yaptıranların oranının %40'ı dahi geçemediği saptanmıştır. Beklenildiği üzere bilme durumu ile yaptırma durumu doğru orantılı olarak bulunmuştur. Kolorektal kanser taramaları ile ilgili bilgi ve yaptırma oranları, sorgulanan diğer iki kanser taramasına göre oldukça düşük ölçüde saptanmıştır,

“tarama yapıldığını bilmeme” durumu da büyük ölçüde, yaptırmama nedeni olarak ifade edilmiştir.

SAP ile serviks ve meme kanseri taramaları için önerilen yaş sınırlarının altında yaptırma ve yaptırmama arasında anlamlılık bulunmaktadır. Çalışmamızda SAP değeri ile ilgili pozitif etkenler: memur olma, alkol kullanma, sağlıklı beslenme, üniversite mezunu olmadır. Negatif etkenler: ileri yaş, ev hanımı olma, sigara kullanma, ailede kanser tanısı olmasıdır.

Bu etkenlere baktığımızda SAP değerini etkileyen temel etken eğitim durumudur. Nitekim ülkemizde ileri yaşta okur-yazar oranı ve üniversite bitirme oranı daha azdır. Kişilerin yaptığı işler de büyük ölçüde eğitim durumlarına bağlıdır. Ailede kanser tanısının olması kişilerin sağlık algısını artırması beklenirken negatif yönde etkileşimde olduğunun saptanması ilginçtir.

Sonuç olarak kanser taramaları farkındalığını arttırmak için daha çok bilgilendirme ve eğitim çalışması yapılması (özellikle kolorektal kanser taramaları için) önerilir.

KAYNAKLAR

1. WHO. Guıde To Cancer Eary Dıagnosıs. Erişim: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/ Erişim Tarihi: 01.03.2019
2. American Canser Society, Oldest Descriptions Of Cancer. Erişim: https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/history-of-cancer/what-is-cancer.html Erişim Tarihi: 01.03.2019
3. Sigerist HE. The Hıstorıcal Development Of The Pathology And Therapy Of Cancer. Bull N Y Acad Med. 1932 Nov; 8(11): 642–53.
4. Atıcı E. Tıp Tarihinde Kanser Ve Lösemi. Türk Onkoloji Dergisi 2007;22(4):197-204
5. WHO. What İs Cancer? Erişim: https://www.who.int/cancer/en/ Erişim Tarihi: 04.03.2019
6. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. Ankara 1992. Erişim: http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kanser.pdf Erişim Tarihi: 04.03.2019
7. Tekpınar H. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kanser Taramaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Uzmanlık tezi 2017
8. American Canser Society. Kanser Atlası 2014 Coğrafi çeşitliliğe bakış: 46-7.
9. WHO. Canser Prevention. Erişim: https://www.who.int/cancer/prevention/en/ Erişim Tarihi:05.03.2019
10. Tuncer AM. Türkiye'de Kanser Kontrolü. TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş DaireBaşkanlığı. Erişim: http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf#page=20 Erişim Tarihi:06.03.2019
11. Şenışık S. Kanser Ve Egzersiz. Spor Hekimliği Dergisi 2014;49: 99-110
12. Yokuş B, Çakır DÜ. Kanser Biyokimyası. Dicle Üniv Vet Fak Derg 2012; 1(2): 7-18.

13. Canser Research UK. Tobacco And Canser. Erişim: https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/risk/tobacco#heading-Zero Erişim Tarihi: 07.03.2019

14. Pöschl G, Seıtz HK. Alcohol And Canser. Alcohol & Alcoholism 2004; 39(3):155–65.

15. Gürbüz N. Antimutajenler Ve Antikansirojenler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006; 26: 312-18.

16. Salman T, Varol U, Yıldız İ, Küçükzeybek Y, Alacacıoğlu A. Mikrobiyota Ve Kanser. Acta Oncol Tur. 2015; 48(2): 73-8.

17. Şevik M. Onkojenik Retrovirusler. Selçuk Tıp Derg 2013;29 Onkoloji Ek Sayı-1: 1-4.

18. Key TJ, Schatzkin A, Willett WC, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. Diet, Nutrition And The Prevention Of Cancer. Public Health Nutrition 2004; 7(1A), 187–200.

19. Ekmekçi A, Konaç E, Önen Hİ. Gen Polimorfizmi Ve Kansere Yatkınlık. Marmara Medical Journal 2008;21(3);282-95.

20. Güran Ş. Kanserden Korunma. Gülhane TIp Dergisi 2005; 47: 324-26.

21. WHO. The Top 10 Causes Of Death. Erişim: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death Erişim Tarihi: 08.03.2019

22. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Ölüm nedeni istatistikleri, 2017. Erişim: http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620 Erişim Tarihi: 08.03.2019

23. TC Sağlık Bakanlığı. 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı. Erişim: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf Erişim Tarihi: 08.03.2019

24. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR._uzuuun.pdf Erişim Tarihi: 08.03.2019

25. WHO. Cancer Key Facts. Erişim: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer Erişim Tarihi: 08.03.2019

26. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015; 49-51.

27. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Taramaları. Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari Erişim Tarihi: 11.03.2019

28. Ersoy E, Saatçi E. Periyodik Sağlık Muayenelerine Genel Bakış. Türk Aile Hek Derg2017; 21 (2): 82-9.

29. Mavi Aydoğdu SG, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. Androl Bul 2018;20:25−9.

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

31. Metindir J. Servikal Kanser Kontrolünde Human Papilloma Virüs İnfeksiyonlarına Karşı Aşılama. Acta Oncologica Turcica 2007; 40: 5-10.

32. Türk Jinekoloji Onkoloji Derneği. Rahim Ağzı Kanseri Erişim: http://www.trsgo.org/menu/152/rahim-agzi-serviks-kanseri#a4 Erişim Tarihi: 11.03.2019

33. Karaoğlan D. Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörleri Ve Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi 2016

34. Yavuzer D, Karadayı N, Erdağı A, Salepçi T, Baloğlu H, Dabak R. Serviks Kanseri Ve Prekanseröz Lezyonlarında Pcr İle Hpv Tiplemesi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2009;XX(1):1-6.

35. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri. Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/362-kanser-dairesi-baskanligi-kanser-turleri-serviks-kanseri.html Erişim Tarihi: 11.03.2019

36. Kanbur A, Çapık C. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011: 61-72.

37. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı Ve Tarama Programı. ACU Sağlık Bil Derg 2016(4):185-88.

38. Açıkgöz A, Akal Yıldız E. Meme Kanseri Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2017; 5(1): 45-56.

39. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri. Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/400-meme-kanseri.html Erişim Tarihi: 11.03.2019

40. Güllüoğlu BM. Meme Hastalıklarına Yaklaşım: "Meme Kanseri İçin Risk Değerlendirmesi Ve Tarama Stratejileri". Türk Aile Hek Derg 2008;12(1): 9-17.

41. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A, Yalçın B. Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesive Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sağlığı Dergisi 2011;7(2): 47-54.

42. Öztürk Emiral G Ve Ark. Yarı Kırsal Alanda Yaşayan Kişilerde Gaitada Gizlikan Taraması Ve Tarama Programları Hakkında Farkındalıkları. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2018; 3(1),42-55.

43. Büyükdoğan M. Kolorektal Kanserde Genetik Ve Etyolojik Faktörler. Selçuk Tıp Derg 2009;25 (3):171-180.

44. Şahin NŞ ve Ark. Aydın Merkez İlçede Kolorektal Kanser Taramasına İlişkin Bilgi, Tutum Ve Engeller. Türk Aile Hek Derg 2015;19 (1): 37-48.

45. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kolorektal Kanserler. Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/363-kal%C4%B1n-ba%C4%9F%C4%B1rsak-kanseri-kolorektal-kanser.html Erişim Tarihi: 11.03.2019

46. Karahasanoğlu T. Kolorektal Kanserler: Tanı Ve Cerrahi Tedavi. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu 11-12 Ocak 2001, İstanbul, s. 271-79.

47. Mayir B, Ensari CÖ, Durhan A, Çöpelci Y. Colonoscopy Findings İn Patients Who Have Positive Fecal Occult Blood Test For Colorectal Cancer Screening. Turk J Colorectal Dis 2018;28: 27-30.

48. Kadıoğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(1):47-53.

49. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development Of A Scale To Measure Adults' Perceptıons Of Health: Prelımınary Fındıngs. Journal of Community Psychology, July 2007; 35 (5): 557–61.

50. Erdem SS Ve Ark. Düzce'de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017; 7 (1): 01-10

51. Sözen F, Aydemir S, Kut A. Bir Üniversite Hastanesi Örnekleminde Hastaların Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkındaki Farkındalıkları. Türk Aile Hek Derg 2015;19 (3): 112-21.

52. Karadağ Çaman Ö, Bilir N, Özcebe H. Ailede Kanser Öyküsü ve Algılanan Kanser Riski, Kanserden Korunma Davranışları ile İlişkili mi? Firat Med J 2014; 19(2): 95-100.

53. Aker S, Öz H, Kaynar Tunçel E. Samsun'da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ile İlgili Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. J Breast Health 2015; 11: 115-22.

54. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon'da Kanser Tarama Testleri Farkındalığı. J hum rhythm- September 2015;1(3):90-4.

55. Büyükkayacı Duman N, Yüksel Koçak D, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. JAREN 2015;1(1):30-8.

56. Can H, Kılıç Öztürk Y, Güçlü YA, Öztürk F, Demir Ş. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Farkındalığı. Tepecik Eğit Hast Derg 2010; 20 (2): 77-84.

57. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü Basamak Sağlık Merkezine Başvuranlarda Kolorektal Kanser Tarama Programı Farkındalık Çalışması. TAF Prev Med Bull 2015; 14(3): 209-14.

58. Kolaç N, Sezer Balcı A, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. Bakırköy Tıp Dergisi 2018;14: 267-74.

59. Türe Yılmaz A, Çulha İ, Kersu Ö, Gümüş D, Ünsal A, Köşgeroğlu N. Cerrahi Hastalarının Sağlık Algıları Ve Etkileyen Faktörler. The Journal of Academic Social Science Nisan 2018;68: 89-99.

60. Kızılırmak A, Kartal B, Calpbinici P. Investigation Of The Relation Between Doing Breast Self- Examination (BSE) Of The Students And Perception Of Health. Asian Pac. J. Health Sci 2017; 4(2):191-97.

8.EKLER

8.1.EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. Bu bir araştırma çalışmasıdır.

2. Kişilerde sağlık algısı ile kanser tarama farkındalığı arasındaki ilişkiyi saptamak temel hedeftir.

3. Araştırmada iki adet anket doldurmanız istenecektir.

4. Bu araştırmada gönüllü olmanız esastır

5. Araştırmada girişimsel herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.

6. Araştırmada herhangi bir laboratuar tetkiki yapılmayacaktır.

7. Araştırmada bilgileriniz gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.

8. Araştırma devam ederken istediğiniz zaman hiçbir hak kaybına uğramadan ayrılabilirsiniz.

9. Araştırma Tepecik EAH aile hekimliğine başvuran kişiler ile yapılmaktadır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı / soyadı / imzası / tarih

Araştırmacının adı / soyadı / imzası / tarih

Ass.Dr. Seda KARAKOYUNLU ŞEN

8.2.EK 2: ANKET FORMU

A)Aşağıdaki soruları cevaplayınız.

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: a) kadın b) erkek

3. Medeni durumunuz.: a) bekar b) evli c) boşanmış

4. Öğrenim durumunuz: a)okur-yazar değil b) okur- yazar c)ilköğretim
   d) lise e)üniversite f)yüksek lisans/doktora

5. Mesleğiniz: a)işçi b) memur c) esnaf d) sağlık çalışanı e)emekli
   f)çalışmıyor g)öğrenci
   h) ev hanımı i)diğer

6. Sosyal güvenceniz var mı? a)evet b) hayır

7. Kronik bir hastalığınız var mı, varsa belirtiniz:
   a)evet …..... b)hayır

8. Sigara kullanıyor musunuz:
   a) evet (ne kadar) b) hayır c) bıraktım

9. Alkol kullanıyor musunuz:
   a) evet (ne kadar) b) hayır

10. Madde bağımlılığınız var mı?:
    a) evet b) hayır

11. Düzenli spor yapar mısınız?:
    a) evet b) hayır

12. Sağlıklı beslenmeye dikkat eder misiniz?
    a)evet b) hayır

13. Ailenizde kanser hastası birey var mı?
    a) evet (yakınlığı) b)hayır

14. Uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını biliyor musunuz?
    a) evet b) hayır

(14. soruya cevap hayır ise 16. Sorudan devam ediniz)

15. Hangi kanserlere yönelik taramaların yapıldığını biliyor musunuz?
a)meme b)kolon(kalın barsak) c)seviks (rahim ağzı)

(kanser taramaları ile ilgili bilgi verilecek)

16. Hiç kanser taraması yaptırdınız mı?
a) evet b) hayır

17. 16. soruya cevap evet ise, hangilerini yaptırdınız?
a)mamografi
b)pap smear/HPV-DNA
c)kolonoskopi/sigmoidoskopi
d)gaitada gizli kan

18. Kanser taraması ile ilgili bilgiye nereden ulaştınız?
a) sağlık personelinden i)aile hekimimden ii)diğer
b) medya (tv, gazete, internet…)
c) yakınımdan
d) diğer…

19. Tarama yaptırmama nedeniniz/nedenleriniz nelerdir?
a)Tarama yapıldığını bilmiyordum
b) Zaman ayıramıyorum
c) Nereye başvurmam gerektiğini bilmiyorum
d) maddi olanaksızlıklar yüzünden gidemiyorum
e) doktora gitmeye çekiniyorum
f) kötü bir hastalığım olmasından korkuyorum
g) tıbba güvenmiyorum
h) diğer…

8.3.EK 3: BİLGİLENDİRME KARTI

GÜNÜMÜZDE T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN KANSER TARAMA PROGRAMLARI

RAHİM AĞZI KANSERİ: 30-65 YAŞ ARASINDAKİ KADINLAR TARAMA İÇİN HER 5 YILDA BİR PAP-SMEAR TESTİ/ HPV-DNA TESTİ YAPTIRMALIDIR.

MEME KANSERİ: 40-69 YAŞ ARASI TÜM KADINLAR 2 YILDA BİR MAMOGRAFİ YAPTIRMALIDIR.

KOLOREKTAL KANSER: 50-70 YAŞ ARASI HERKES 2 YILDA BİR GAYTADA GİZLİ KAN TESTİ VE 10 YILDA BİR SİGMOİDOSKOPİ/KOLONOSKOPİ TESTİ YAPTIRMALIDIR.

8.4.EK 4: SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Sağlık algısını ölçen aşağıdaki ölçeği lütfen eksiksiz cevaplayınız

1-hiç katılmıyorum 2-katılmıyorum 3-kararsızım 4-katılıyorum 5-çok katılıyorum

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1)Sağlığımı çok düşünürüm					
2)Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir					
3)Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olur					
4)Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur					
5)Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım					
6)Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık kafam karışıyor					
7)Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum					
8)Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum					
9)Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım					
10)Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır					
11)Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir					
12)Sağlıklı olmak şans işidir					
13)Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14)İstediğim kadar sağlıklı olabilirim					
15)Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum					

TEŞEKKÜRLER…

8.5.EK 5: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ONAM FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	SEDA KARAKOYUNLU
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	İZMİR TEPECİK E.A.H SUAM

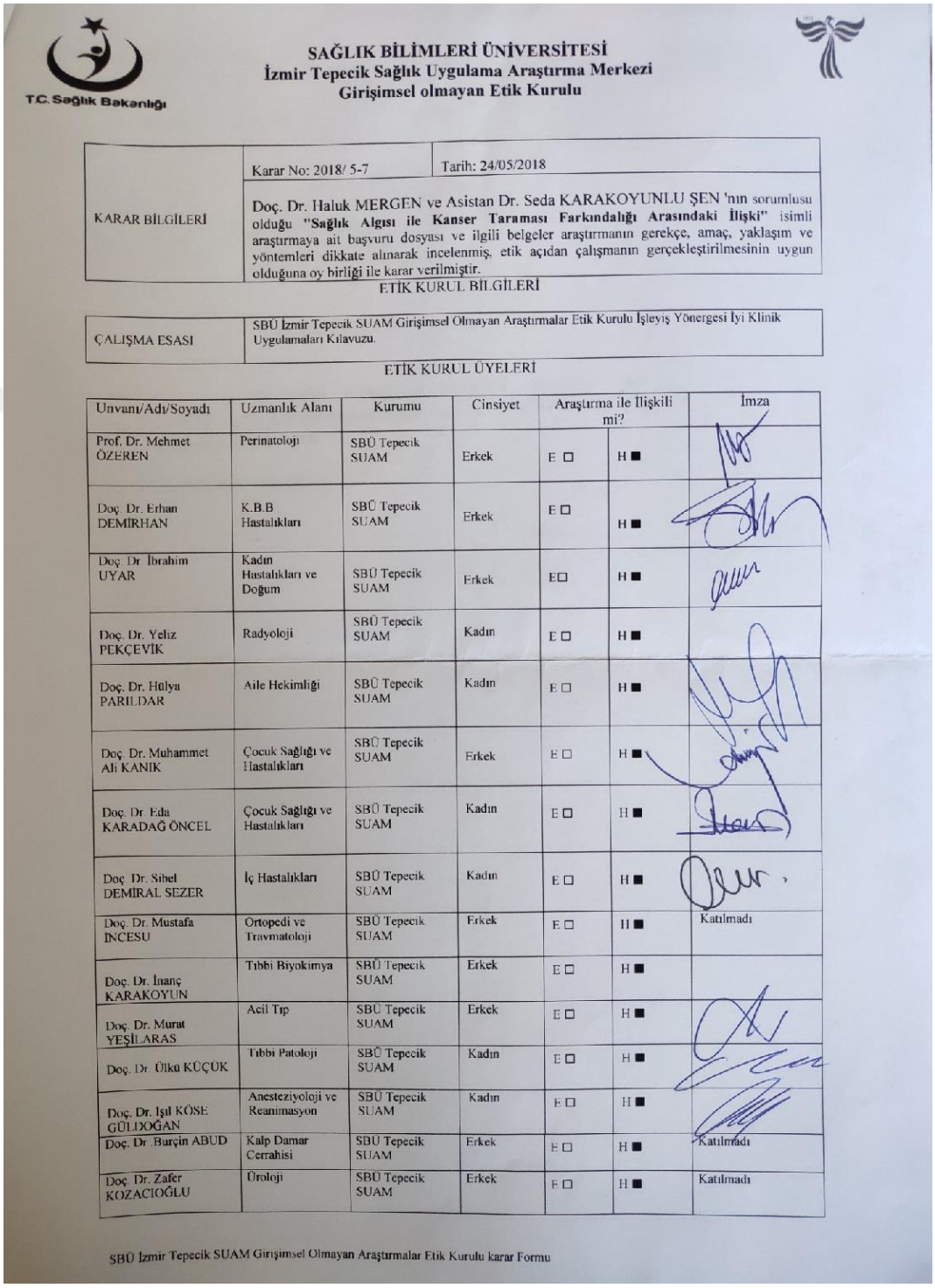
Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı
Doç Dr Seçil ARICA
e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	08.05.2018
Karar No:	82
Tez Konusu:	(X) Uygundur. ( ) Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur ( ) Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. ( ) Uygun değildir.

Ek:
1-Tez konusu onay formu
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

8.6.EK 6: ETİK KURUL ONAM FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İzmir Tepecik Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi
Girişimsel olmayan Etik Kurulu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018/ 5-7	Tarih: 24/05/2018
	Doç. Dr. Haluk MERGEN ve Asistan Dr. Seda KARAKOYUNLU ŞEN 'nın sorumlusu olduğu **"Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki"** isimli araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	SBÜ İzmir Tepecik SUAM Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu.

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Mehmet ÖZEREN	Perinatoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Erhan DEMİRHAN	K.B.B Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	
Doç. Dr. İbrahim UYAR	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E☐	H ■	
Doç. Dr. Yeliz PEKÇEVİK	Radyoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Hülya PARILDAR	Aile Hekimliği	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Muhammet Ali KANIK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Sibel DEMİRAL SEZER	İç Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Mustafa İNCESU	Ortopedi ve Travmatoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	Katılmadı
Doç. Dr. İnanç KARAKOYUN	Tıbbi Biyokimya	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Murat YEŞİLARAS	Acil Tıp	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Ülkü KÜÇÜK	Tıbbi Patoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Işıl KÖSE GÜLDOĞAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Burçin ABUD	Kalp Damar Cerrahisi	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	Katılmadı
Doç. Dr. Zafer KOZACIOĞLU	Üroloji	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	Katılmadı

SBÜ İzmir Tepecik SUAM Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu karar Formu

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Seda KARAKOYUNLU ŞEN

Doğum yeri ve tarihi: Sarıkaya/ 16.05.1985

İletişim adresi ve telefonu: sedakarakoyunlu@hotmail.com/ 5558680875

Yabancı dili: İngilizce ve Almanca

II. Eğitimi

Boğazlıyan Kaymakam Kemal Bey İlköğretim Okulu 1991-1996

Boğazlıyan Anadolu Lisesi 1996-2000

Yozgat Şehitler Fen Lisesi 2000-2003

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 2004-2011

III. Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

2011-2012: Nevşehir Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

2012-2013: Ağrı/ Patnos Badişan Aile Sağlığı Merkezi- Aile Hekimi

2013-2014: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği-Asistan Doktor

2014-2016: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı-Asistan Doktor

2016-Günümüz: SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği-Asistan Doktor

IV. Bilimsel İlgi Alanları

2019- 4. Uluslararası Arası Sağlık Bilimleri Ve Aile Hekimliği Kongresi, Poster Sunumu: ‘Hiponatremide Önemli Bir Sebep: Akciğer Karsinomu’