T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

# 18 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. Gülbin Merve Aydın**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL/2019**

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERİTESİ**
**ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

# 18 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. Gülbin Merve Aydın**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL/2019**

# İÇİNDEKİLER:

TEŞEKKÜR ……iv

KISALTMALAR ……v

TABLO LİSTESİ ……..vii

ŞEKİL LİSTESİ ……ix

ÖZET ……..x

ABSTRACT ……xii

1. GİRİŞ VE AMAÇ ……1
2. GENEL BİLGİLER ……....2
   - 2.1.Kanserin tanımı ve önemi ……..2
   - 2.2.Kanser risk faktörleri ……....3
     - 2.2.1. Tütün kullanımı ……..3
     - 2.2.2. Alkol tüketimi ……4
     - 2.2.3. Enfeksiyonlar ……5
     - 2.2.4. Diyet, obezite ve fiziksel aktivite ……..5
     - 2.2.5. Mesleksel faktörler ……6
     - 2.2.6. Radyasyon ……..8
     - 2.2.7. Ultraviyole ışınlar ……..8
     - 2.2.8. Hormonal faktörler ……9
     - 2.2.9. Genetik faktörler ……....9
     - 2.2.10. Hava kirliliği ……10
   - 2.3. Kanser belirtileri ……..10
   - 2.4. Kanser tanı yöntemleri ……12
   - 2.5. Kanser tedavisi ……12
     - 2.5.1. Cerrahi.....12
     - 2.5.2. Radyoterapi.....12
     - 2.5.3. Kemoterapi.....13

2.5.4. Hormonal tedavi.....13
2.6. Kanser erken tanı ve tarama yöntemleri ……..13
2.6.1. Meme kanseri taramaları ……..14
2.6.2. Serviks kanseri taramaları ……15
2.6.3. Kolorektal kanser taramaları ……15
2.7.Kanserden korunma ……..16
2.8. Bazı kanser türlerinin epidemiyolojisi ve risk faktörleri ……17
2.8.1. Meme kanseri ……...17
2.8.2. Serviks kanseri ……..19
2.8.3. Kolorektal kanserler ……..20
2.8.4. Akciğer kanseri ……21
2.8.5. Mide kanseri ……21
2.8.6. Prostat kanseri ……..23
2.8.7. Deri kanseri ……..23
3. GEREÇ VE YÖNTEM ……..25
3.1.Etik kurul izni ……..25
3.2.Çalışmanın özellikleri ……..25
3.3. Çalışmada dahil edilme kriterleri ……25
3.4. Çalışmada hariç tutulma kriterleri ……..25
3.5. Çalışma anketi ……..26
3.6. Verilerin istatistiksel analizi ……26
4. BULGULAR ……..27
4.1. Sosyo-demografik veriler ……27
4.2. Bireylerin kanser algısı ve etkileyen faktörler ……31
4.3. Kanser risk faktörlerini bilme durumları ve etkileyen faktörler ……..33
4.4. Kanser ve sigara ilişkisi ……...36
4.5. Kanser belirtilerini bilme ve sosyo-demografik faktörlerle ilişkisi ……38
4.6. Kanserden korunma önlemlerini bilme ve sosyo-demografik faktörlerle ilişkisi ……40
4.7. Kişilerin kanser teşhis ve tedavi karşısındaki tutumlarının değerlendirilmesi ……...43
4.8. Kişilerin kanser taramasına bakış açıları ……48

4.9. Kadın kanserleri ve tarama yaptırma durumları ……..50
4.9.1. Meme kanseri ……..52
4.9.2. Rahim ağzı kanseri ……..53
4.10. . Erkek kanserleri ve tarama yaptırma durumları ……54
4.10.1. Kolon kanseri …….....54
4.10.2. Akciğer kanseri ……55
4.10.3. Prostat kanseri ……56
5. TARTIŞMA…….58
5.1.Bireylerin kanser ile ilgili algıları…….59
5.2. Bireylerin kanser risk faktörlerini bilme durumları…….60
5.3. Bireylerin sigara kanser ilişkilerini bilme durumları……61
5.4. Bireylerin kanser belirtilerini bilme durumları…….62
5.5. Bireylerin kanserden korunma önlemleri…….65
5.6.. Bireylerin kanser teşhis ve tedavi karşısındaki tutumları……66
5.7. Bireylerin kanser taramalarına bakış açıları…….67
5.8. Kadın kanserleri ve tarama yaptırma durumları……...69
5.9. Erkek kanserleri ve tarama yaptırma durumları……...70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER ……72
7. KAYNAKLAR ……...73
8. EKLER ……...76
8.1.EK 1: Çalışma Anketi.....76
8.2.EK 2: Etik Kurul İzni.....80

# TEŞEKKÜR

Üç yıllık asistanlık süresi boyunca ve tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocam

Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e,

Eğitimim süresince mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum tüm uzmanlarımıza,

Asistanlığımız süresince birbirimize destek olduğumuz tüm asistan arkadaşlarıma ve aileme

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gülbin Merve Aydın

İSTANBUL - 2019

# KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACS:** American Cancer Society

**AICR:** American Institute for Cancer Research

**BHK:** Bazal Hücreli Karsinom

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**BRCA 1/ BRCA2:** Breast Cancer Susceptibility

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**BT KOLONOGRAFİ:** Bilgisayarlı Tomografi Kolonografi

**CVID:** CommonVariable Immune Deficiency

**DES:** Dietilstilbestrol

**DM:** Diabetes Mellitus

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**EBV:** Ebstein Barr Virüs

**FAP:** Familyal Adenomatöz Polipozis

**GGK:** Gaitada Gizli Kan

**HBV:** Hepatit B Virüsü

**HCV:** Hepatit C Virüsü

**HIV:** Human Immunodefiency Virus

**HPV:** Human Papilloma Virüs

**H. PYLORİ:** Helicobacter Pylori

**HRT:** Hormon Replasman Tedavisi

**IARC: (**International Agency for Research On Cancer) Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu

**KOK:** Kombine Oral Kontraseptif

**KKMM:** Kendi Kendine Meme Muayenesi

**KMM:** Klinik Meme Muayenesi

**KT:** Kemoterapi

**LCIS:** Lobüler Carsinoma İn Situ

**MM:** Malign Melanom

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**NMDK:** Melanom Dışı Deri Kanseri

**OK:** Oral Kontraseptif

**PSA:** Prostat Spesifik Antijen

**RİA:** Rahim İçi Araç

**SBÜ:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**UKA:** Uluslararası Kanser Ajansı

**UV:** Ultraviyole

**YEHK:** Yassı Epitel Hücreli Karsinom

# TABLO LİSTESİ

Tablo 1: İnsanda kanser yaptığı kesin olan maddelerin başlıcaları (Grup 1) ……..7

Tablo 2: İnsan için muhtemel kanserojen olan maddelerin bazıları (Grup 2A) ……..8

Tablo 3: Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik verileri …….27

Tablo 4: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre yaş grupları, öğrenim durumları ve aylık gelirinin dağılımı ……28

Tablo 5: Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre sigara içme durumları …….28

Tablo 6: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre sigara içme durumları ……..29

Tablo 7: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanser ile ilgili algılarının dağılımı …..31

Tablo 8: Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre kanser ile ilgili algılarının dağılımı ……32

Tablo 9: Araştırma grubundaki bireylerin eğitim durumlarına göre kanser ile ilgili algılarının dağılımı ……33

Tablo 10: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanser risk faktörleri.....36

Tablo 11: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanser belirtileri …….39

Tablo12: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanserden korunma önlemleri ……..41

Tablo 13: Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre kanserden korunma önlemleri ……42

Tablo 14: Araştırma grubundaki bireylerin eğitim düzeylerine göre kanserden korunma önlemleri …….43

Tablo 15: Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek konusundaki tutumları……45
Tablo 16: Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre "Aileden birinin kansere yakalanması durumunda kendisine hastalığını söylemek" konusundaki tutumları …….....48
Tablo 17: Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre kanser taraması için doktor tarafından yönlendirilme durumları.....49
Tablo 18: Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre kanser taraması için başvuru durumlarının dağılımı …….50

# ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre ailesinde kanser hastası olan ve olmayanların dağılımı…….....29
Şekil 2: Araştırmaya katılan bireylerin "ailede kanser hastası varsa/olsaydı bu durum sizi araştırmaya iter miydi" konusundaki tutumlarının dağılımı…….....30
Şekil 3: Araştırma grubundaki sigara içen bireylerin sigaranın kanserle ilişkisi hakkında düşünceleri …….37
Şekil 4: Araştırma grubundaki sigara içmeyen bireylerin sigaranın kanserle ilişkisi hakkında düşünceleri ……..37
Şekil 5: Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre kanser hastası olmaları durumunda tedavi konusunda tutumları …….....46
Şekil 6: Araştırmaya katılan kadın bireylere göre kadınlarda en sık görülen kanserler……51
Şekil 7: Araştırmaya katılan kadın bireylerin kanser taraması yaptırma durumları.....52
Şekil 8: Araştırmaya katılan kadın bireylere göre meme kanseri tarama yöntemleri.....52
Şekil 9: Araştırmaya katılan kadın bireylere göre rahim ağzı kanseri tarama yöntemleri ……53
Şekil 10: Araştırmaya katılan erkek bireylere göre erkeklerde en sık görülen kanserler ……54
Şekil 11: Araştırmaya katılan erkek bireylere göre kolon kanseri tarama yöntemleri …….55
Şekil 12: Araştırmaya katılan erkek bireylere göre akciğer kanseri tarama yöntemleri …….56
Şekil 13: Araştırmaya katılan erkek bireylerin prostat kanseri ve kolon kanseri taraması yaptırma durumları ……......57

# ÖZET

**Amaç:** Kanser; sebebi bilinen ölümler sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır. Kanserde erken tanı hayat kurtarıcıdır. Bu nedenle kişilerin kanser hakkında bilgisini ölçmek ve farkındalığını arttırmak önemlidir. Çalışmamızda;18 yaş ve üstü bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamız tek merkezli, prospektif, kesitsel, tanımlayıcı ve analitik niteliktedir. Örneklem büyüklüğü Mart ve Mayıs 2019 ayları arasında SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü bireyler üzerinden "basit rastgele örneklemde örneklem genişliği tahmini" yöntemiyle hesaplandı. Anket; bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen, kanser hakkında bilgi tutum ve davranışlarını değerlendiren kadın ve erkekler için 20 ortak soru ve toplamda 26 kadın, 25 erkek sorularından oluşmaktadır. İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Araştırma grubundaki bireylerin %60'ı kadın, %40'ı erkek; %57,6'sı 18-39 yaş grubunda, %37,4'ü 40-64 yaş grubunda ve %5'i 65 yaş ve üstüydü. Katılımcıların %70,6'sı kanserin ölümcül olduğunu, %87,9'u erken tanıyla tedavisi olan bir hastalık olduğunu düşünüyordu. En sık ifade edilen ilk 3 kanser belirtisi; memede ya da vücutta hissedilen kitle (%90,3), ben ve siğillerde değişiklik (%74,7), aşırı kilo kaybı (%72,9), ilk 3 kanser risk faktörü; sigara (%97,9), sağlıksız yaşam tarzı (%90,9), radyasyon (%90,9); ilk 3 kanserden korunma önlemi; sigara içmemek (%66,5), sağlıklı beslenmek (%50,6), radyasyondan kaçınmak (%45,9) idi. Katılımcıların kanser olsalardı öğrenmek isteyeceklerin oranı %77,9'du. Kanser taraması için başvuranlar %27,4, doktor tarafından yönlendirilenler %15 oranındaydı. Kadın bireylere göre; meme kanseri tarama yöntemleri; mamografi (%78,4) , KKMM (%63,2) idi, serviks kanseri tarama yöntemleri; pap smaer testi (%62,3), HPV testiydi (%15,2) . Kadın bireylerin %39,2'si meme kanseri, %39,2'si serviks kanseri taraması yaptırmıştı. Erkek bireylerin %30,1'i GGK testi ile, %55,6'sı kolonoskopi ile kolon kanseri taraması yapıldığını biliyordu. Erkek bireylerin %5,9'u kolon kanseri, %15,4'ü prostat kanseri taraması yaptırmıştı.

**Sonuç:** Çalışmamızda bireylerin kanser belirtileri, risk faktörleri, kanserden korunma önlemleri, tarama yöntemleri konularında bilgileri belli düzeyde mevcuttur, ancak bu oranları arttırmak gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kanser, Bilgi, Tutum, Davranış

# ABSTRACT

**Objective:** Cancer; the second cause of deaths are known. Early diagnosis in cancer is life-saving. Therefore, it is important to measure and increase awareness of people about cancer. In this study, we aimed to measure the knowledge, attitudes and behaviors of individuals aged 18 years and older.

**Methods:** Our study is single-centered, prospective, cross-sectional, descriptive and analytical. The sample size was calculated by using the "simple random sample sampling estimate üzerinden method for individuals aged 18 years or older who applied to the Family Medicine outpatient clinics of SBU Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital between March and May 2019. Survey; It consists of 20 common questions for men and women who determine the sociodemographic characteristics of individuals and evaluates their knowledge and attitudes about cancer and a total of 26 female and 25 male questions. SPSS 15.0 for Windows program was used for statistical analysis. Statistical alpha significance level was accepted as $p < 0,05$.

**Results:** 60% of the individuals in the research group were female and 40% were male; %57,6 were in the 18-39 age group, %37,4 were in the 40-64 age group, and %5 were 65 and over. %70,6 of the participants thought that cancer was fatal and %87,9 thought it was a disease that was treated with early diagnosis. The first three most common cancer symptoms are; breast or body mass (%90,3), changes in nevus and warts (%74,7), excessive weight loss (%72,9), the first 3 cancer risk factors; smoking (%97,9), unhealthy lifestyle (%90,9), radiation (%90,9); top 3 cancer prevention measures; not to smoke (%66,5), healthy eating (%50,6), avoiding radiation (%45,9). The percentage of participants who would like to learn if they had cancer was %77,9. The rate of those who applied for cancer screening was %27,4 and the rate of those referred by the doctor was %15,2. According to female individuals; breast cancer screening methods; mammography (%78,4), BSE (%63,2), cervical cancer screening methods; pap smaer test (%62,3) and HPV test (%15,2). %39,2 of the women had breast cancer screening and %39,2 had cervical cancer screening. %30,1 of male subjects knew that colon cancer screening was performed by GGK test and %55,6 by

colonoscopy. %5,9 of the male subjects had colon cancer screening and %15,4 had prostate cancer screening.

**Conclusion:** In our study, individuals had some knowledge about cancer symptoms, risk factors, cancer prevention measures, screening methods, but these rates should be increased.

**Keywords:** Cancer, Knowledge, Attitude, Behavior

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünya genelinde giderek artan bir sağlık problemidir ve toplumlarda önemli bir sosyoekonomik yüke, bireylerde de maddi ve manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. Ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir (1). Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin, 2030 yılına kadar hızla artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir (2).Tüm dünyada kanser en önemli ölüm nedenlerinden biri olmakla birlikte kanserden ölümlerin yaklaşık %30'u önlenebilmektedir (3).

International Agency for Research on Cancer (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2018 verilerine göre; dünyada her iki cinsiyette kanser insidansları sırasıyla; %46,3 meme kanseri , %29,3 prostat kanseri, %22,5 akciğer kanseri, % 19,7 kolorektal kanser, %13,1 serviks kanseri, %11,1 mide kanseri, %9,3 karaciğer kanseri, %8,4 uterus korpusu kanseri, %6,7tiroid kanseri, %6,6 over kanseridir (4). GLOBOCAN 2018 verilerine göre; dünyada her iki cinsiyette kanser mortalite oranları sırasıyla; %18,4 akciğer kanseri,%9,2 kolorektal kanser, %8,2 mide kanseri, %6,6 meme kanseridir (4).

Türkiye kanser istatistikleri verilerine göre 2014’ de erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü sırayla; akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri ve mide kanseridir (1). Kadınlarda sık görülen ilk beş kanser türü sırasıyla; meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, uterus korpusu kanseri, akciğer kanseridir (1). Globocan 2012 verilerine göre; Türkiye’de deri kanseri dışındaki kanserlerin yaşa göre standardize edilmiş hızları erkeklerde yüz bin kişide 220,3; kadınlarda yüz bin kişide 156,3 tür (1).

2000'li yılların başında dünyada yılda 6 milyon insan kansere yakalanırken bu sayı önümüzdeki yirmi yıl içinde 2 katına çıkacaktır (3). 2005 yılı içinde 12 milyon kişi kansere yakalanmış,7 milyon insan kanser nedeniyle yaşamını yitirmiş, 25 milyon kişi kanserle yaşamaktadır (3). 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında tüm dünyada iki misline yakın artış öngörülmektedir. Bu artışın %75'inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacak olması ve bu ağırlığı

kaldırmakla karşı karşıya kalacak ülkelerin kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5'ine sahip bulunuyor olması kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir (3).

Bu bakımdan kanser önemi giderek artan bir sağlık ve yaşam sorunudur. Kanser; tüm dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır. Kanserde erken tanı hayat kurtarıcı rol oynamaktadır.

Bu nedenle kişilerin kanser hakkında bilgisini ölçmek ve kanser tarama testlerinin farkındalığını arttırmak ve geliştirmek önemlidir.

Biz bu çalışmada;18 yaş ve üstü bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmeyi amaçladık.

# 2.GENEL BİLGİLER

## 2.1.KANSERİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal hücrelerin yayılması ile karakterize edilen bir hastalık grubudur (5). Yayılma kontrol edilmezse ölüme neden olabilir. Kansere, tütün, bulaşıcı organizmalar ve sağlıksız diyet gibi dış faktörler ve kalıtsal genetik mutasyonlar, hormonlar ve bağışıklık koşulları gibi iç faktörler neden olur (5). Yaşam biçimini değiştirmek kanser mortalitesini % 50 oranda azaltabilmektedir. Kanserlerin yaklaşık üçte ikisi sigara, kötü beslenme ve egzersiz yapmamaya bağlıdır (3). Bazı kanserler, insan papilloma virüsü (HPV), hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV), insan immun yetmezlik virüsü (HIV) ve Helicobacter Pylori (H. pylori) gibi enfeksiyöz ajanlarla ilgilidir (5). Bu kanserlerin birçoğu, enfeksiyonun önlenmesi, davranış değişiklikleri, aşılama yoluyla veya enfeksiyonun tedavisiyle önlenebilir. Cilt kanseri vakalarının çoğu, cildi aşırı güneş ışınlarından koruyarak önlenebilmektedir (3).

Bu faktörler önlenebilir ve değiştirilebilir olması nedeniyle kanserde koruyuculuk önemlidir (3). Koruyuculuk alanında, kanserde ikincil koruma olan erken tanıdan çok kanserin oluşmasını engellemeye yönelik birincil korumaya öncelik verilmelidir. Tütün kullanımının önlenmesi, beslenmede risk faktörlerinden uzak

durulması, fizik aktivitenin arttırılması gibi yaşam koşulları ve alışkanlıklara ilişkin değişiklikler birincil korumaya, yani hastalık oluşmadan önlem almaya yönelik örnekleridir (3). Mamografi, gaitada gizli kan taramaları gibi yöntemler ise erken tanı yani ikincil koruma yöntemleridir (3). Birincil koruma ile kanser insidansı düşürülebilirken, ikincil koruma ile ancak erken tanı konarak, kansere yakalananlarda azalma olmadan, tanı alanların yaşam süreleri uzatılabilir (3).

Kanser taramaları, belirtilerin ortaya çıkmasından önce, genellikle daha az tedavi gerektirerek ve daha iyi sonuçlara yol açarak, kanseri erken teşhis edebilme imkânı sunar (5). Kanser taramalarının meme, kolon, rektum, rahim ağzı ve akciğer kanserleri (uzun süreli ve / veya ağır sigara içenler arasında) ölümlerini azalttığı bilinmektedir (5). Çoğu kanser türü için, ailede kanser öyküsü ile kanser riski artar. Artık birçok ailevi kanserin yalnızca genetik yapısından değil, ortak gen varyasyonları ile yaşam tarzı ve çevresel risk faktörleri arasındaki etkileşimlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (5).

## 2.2. KANSER RİSK FAKTÖRLERİ

- Tütün Kullanımı
- Alkol Tüketimi
- Enfeksiyonlar
- Diyet, Obezite ve Fiziksel Aktivite
- Mesleksel Faktörler
- Radyasyon
- Ultraviyole Işınlar
- Hormonal Faktörler
- Genetik Faktörler
- Hava Kirliliği (1,3,6)

### 2.2.1. Tütün Kullanımı

Tütün, tüm ülkeler için en önemli halk sağlığı problemidir. Tütün, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki önlenebilir ölümlerin başlıca nedenidir (7). Tütün kullanımı ve buna karşı girişimler değişmezse, 2000'den 2030 kadar tütün kullananların

sayısı 1,2 milyardan 1,6 milyara ve yıllık ölümler 4,9 milyondan 10 milyona ulaşacaktır (7). Bu artışlar özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanacaktır. Sigara başlıca kanserler, kalp ve akciğer hastalıklarından olmak üzere ölümlere ve 50'den fazla sağlık problemine yol açar (7). Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur (7).

Akciğer kanseri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık görülen kanser türüdür (2). Sigara içmek , akciğer kanseri için en önemli risk faktörüdür. Tüm akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık% 80'inin sigaradan kaynaklandığı düşünülmektedir (8). Sigara ile kanser ilişkisi o kadar açıktır ki tütün kontrolü yapabilen ülkelerde son 10 yılda kanserlerde %10'luk bir azalma kaydedilmiş bulunmaktadır (2). Etkin bir tütün kontrolü sağlandığında her yıl yaklaşık 110.000 hayat kurtarılabilecektir (2).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) tüm kanser ölümlerinin üçte biri sigaraya bağlanmaktadır (7). Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir (7). Genellikle bu bölgelerde kanser gelişme riski akciğer kanseri riskinden daha azdır. Belirgin olarak sigara içenlerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında ikincil bir sigara ile ilişkili kanser çıkma riski artmaktadır (7).

### 2.2.2. Alkol Tüketimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlığa çok farklı yönlerle zararlı olduğu belirtilen alkolün en önemli sağlık etkilerinden biri kanser olup çok çeşitli kanserlere yol açtığı bilinmekte, kansere bağlı mortalitenin önemli bir nedeni olmaya devam etmektedir (2).

Alkolün neden olduğu kanserler ağız boşluğu, larinks, özofagus ve karaciğer kanserleridir. Alkolün kolon ve rektum kanser riskini artırdığını gösteren kanıtlar mevcuttur. Alkol kullanımı yanında sigara içimi de varsa kanser riski, her biri için 5 kat iken, 25 kata çıkmaktadır (9).

Epidemiyolojik çalışmalar özofagus kanser riskinin alkol, sigara alışkanlıkları ile gastroözefageal reflülü ve de BMI yüksek olan kişilerde risk oluşturduğunu göstermektedir (3). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda başlıca ağız kanser nedenleri; betel çiğnemek, tütün içmek, bira ve likör türü alkol tüketmektir (3). Alkol alımı meme

kanser riskini arttırmaktadır. Cinsiyet hormonlarının yükselmesi, kronik alkol alımı ve folat yetersizliği beraberinde kanser riski ciddi boyutlara erişir (3).

### 2.2.3. Enfeksiyonlar

Bazı kanserlerin enfeksiyonlarla olan ilişkisine; virüs enfeksiyonlarına; Hepatit B Virüsü ve karaciğer kanseri, İnsan Papilloma Virüsü (HPV) ve serviks kanseri, İnsan Herpes Virüsü tip8 ile Kaposi sarkomu örnek verilebilir. Bakteri enfeksiyonlarına; Helicobakter pylori ve mide kanseri ilişkisi örnek verilebilir.Parazit enfeksiyonlarına; schistosomiasis ve mesane kanseri ilişkisi örnek verilebilir (3). Hepatit B virüsü (HBV) gibi kronik enfeksiyonlar, Hepatit C virüsü hepatokarsinomaya neden olmaktadır (3).

### 2.2.4. Diyet, Obezite ve Fiziksel Aktivite

Yetersiz ve dengesiz beslenen, yeterince fiziksel aktivite yapmayan, sedanter yaşayan ya da obez bireylerde kanser riski artmaktadır (10).

Beslenme ilişkili faktörler bazı kanserlerin gelişiminde rol oynar. Kolorektal kanserlerin gelişiminde obezite, hiperinsülinemi ve sonucu insülin direnci, karın bölgesi yağlanması, beslenme faktörleriyle beraber burada sorumludur (3). Pankreas kanseri etiyolojisinde, diyabet, obezite ve kronik pankreatit rol oynamaktadır. Bunların doğrudan veya dolaylı olarak kişinin beslenmesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir (3).

Yeme alışkanlığı oral kanserlerde de risk oluşturmaktadır (3). Ağız boşluğu, farinks, larinks, özefagus kanserleri ile yiyecek alımları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında protein tüketimiyle pozitif, antioksidanlarla negatif korelasyon olduğu, flavanoid gibi besin olmayan maddelerin ise riski %70'e kadar düşürebileceği saptanmıştır (3).

Yiyecekler arasında üzerinde durulan gıdalar; hayvansal kaynaklı gıdalar ve doymuş yağ asitleri olup, et, peynir ve kızartılmış yiyeceklerin risk oluşturduğu ileri sürülmektedir (3). Buna karşın sebze ve meyve tüketiminin özellikle üst sindirim sisteminde squamöz hücre karsinomlarında koruyucu olabileceği savunulmaktadır (3). Kızartma, kaynatma, ızgara gibi pişirme yöntemleriyle kanserler arasında ilişki çeşitli yollarla araştırılmıştır. Kolon, rektum ve mide kanserleri için kızartmanın risk oluşturduğu vurgulanmaktadır (3). Diyette meyve ve sebze oranının az olması serviks kanseri riskini arttırmaktadır (3).

Egzersizin kanser hastalığından nasıl koruma sağladığı bugüne kadar tam olarak saptanamamıştır ancak, bununla ilgili çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür (11). Düzenli egzersizin bazı kanser hastalıklarının insidansını %40 gibi önemli bir oranda azaltabildiği çalışmalarda gösterilmiştir (11). En önemli azalma meme ve kolorektal kanser insidansında görülmektedir (11). Bunlar dışında prostat, endometrium, akciğer, testis, over gibi kanser türlerinde de düzenli egzersiz yapılması ile birlikte insidans düzeylerinin önemli oranda azaldığı ve egzersizle birlikte birçok kanser türüne karşı önemli oranda koruyuculuk sağlandığı gösterilmiştir (11).

### 2.2.5. Mesleksel Faktörler

International Agency for Research on Cancer (IARC); kanser oluşumunda rolü olan maddeleri 4 ana grupta ele almaktadır (3). Gruplamada, etkenin kanser meydana gelmesindeki rolü dikkate alınmaktadır. İnsanda kanser yaptığı kesin olan maddelerin başlıcaları (Grup 1) ve insan için muhtemel kanserojen maddelerin bazıları (Grup 2A) Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmektedir (3).

- **Kesin kanserojen maddeler:** (definitely carcinogenic substances): Bu gruptaki maddelerle ilgili olarak insanlarda kanser yapıcı özellik bakımından "yeterli kanıt" vardır. (Tablo 1) (3)
- **Grup 2 A**. **Muhtemel kanserojen maddeler:** (probably carcinogenic substances): Bu gruptaki maddelerin kanser yapıcı özellikleri kesin olmamakla birlikte bu açıdan güçlü kanıtların varlığı söz konusudur (Tablo 2) (3).
- **Grup 2 B. Şüpheli kanserojen maddeler:** (possibly carcinogenic substances): Bu maddelerle ilgili olarak kanser yapıcı özellik bakımından yeterli kanıt yoktur, ancak bu konuda zayıf bazı ipuçları vardır (3).
- **Grup 3. Grup 1 ve Grup 2'de yer almayan maddeler:** Bu maddelerin kanser oluşumundaki önemleri açık değildir. Bazı çalışmalarda zayıf bilgiler elde edilmekle birlikte bu konudaki bilgiler çelişkilidir (3).
- **Grup 4. İnsanda kanser yapmayan maddeler:** (probably not carcinogenic to humans): Çalışmalar sonucunda insanda kanser meydana getirme özelliği bakımından herhangi kanıt bulunamamış olan maddeler bu grupta yer almaktadır. Kanserojen maddelerin gruplaması bu şekilde yapılmıştır. Bu

gruplarda yer alan madde ve etkenler zaman içinde değişiklik gösterebilmektedir (3).

Tablo 1: İnsanda kanser yaptığı kesin olan maddelerin başlıcaları (Grup 1) (3).

| Etken | İlgili çalışma alanı | İlgili kanser türü |
|---|---|---|
| Aflatoksin | Tarım işleri | Karaciğer tümörü |
| Aminobifenil | Lastik endüstrisi | Mesane |
| Arsenik ve bileşikleri | Pestisid üretimi | Akciğer, deri |
| Asbest | İzolasyon işleri | Akciğer, plevra |
| Benzen | Boya, ayakkabı | Lösemi |
| Benzidin | Lastik ve boya işleri | Mesane |
| Kadmiyum | Pil yapımı metal işi | Prostat |
| Krom | Krom kaplama | Akciğer |
| Naftil amin | Lastik ve boya işleri | Mesane |
| Nikel | Nikel rafinerisi | Burun, akciğer |
| Radon | Madencilik | Akciğer |
| Vinil klorür | Plastik endüstrisi | Karaciğer anjiosarkom |
| İyonizan radyasyon | Sağlık işleri | Lösemi, akciğer, kemik |
| UV ışın | Tarım, denizcilik | Deri |

Tablo 2: İnsan için muhtemel kanserojen maddelerin bazıları (Grup 2A) (3).

| Etken | İlgili çalışma alanı |
|---|---|
| **Akrilamid** | Akrililk işleri |
| **Dizel egzozu** | Otomobil endüstrisi |
| **Dietil sülfat** | Kimya endüstrisi |
| **Epiklorhidrin** | Reçine yapımı, çözücü |
| **Formaldehit** | Doku koruyucu, kimya sanayi |
| **Tetraklor etilen** | Kuru temizleme |
| **Toluidin** | Azo boyaları imali |

### 2.2.6. Radyasyon

Radyasyona maruz kalmak bilinen bir kanser nedenidir. Kanser riskinin artmasıyla bağlantılı iki ana radyasyon türü vardır (12);

- **Güneş ışığından kaynaklanan ultraviyole radyasyon** : Melanom dışı cilt kanserlerinin ana nedenidir (12).
- **İyonize radyasyon içerenler**: X-ışınları , BT taramaları, floroskopi ve nükleer tıp taramaları gibi kanseri teşhis etmek için yapılan testlerden tıbbi radyasyon. Evimizdeki radon gazı (12).

Yüksek dozlu iyonize radyasyonlar ile kanser arasında ilişki olduğu saptanmıştır (13). Ancak teşhis amacıyla kullanılan düşük dozlu radyasyon uygulamalarının da masum olmadığına ilişkin endişeler artmaktadır. Bu endişeleri azaltmak konuyla ilgili kişilerin bu risklerden korunma yollarına gerekli özeni göstermesiyle mümkün olabilir. İyonizan radyasyonun deri kanseri, tiroid kanseri, lösemi, diğer hematolojik malignitelerin oluşumunda rol oynadığı saptanmıştır (13).

### 2.2.7. Ultraviyole Işınlar

Deri kanserlerinin epidemiyolojisinde güneş kaynaklı ultraviyole ışınları (UV) önemli rol oynar (14). Güneş ışığına maruz kalmanın, malign melanom, bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom gibi deri kanserinin ana nedeni olduğu

gösterilmiştir (6). Diğer tüm kanserlerde olduğu gibi korunmada önemli olan, erken tanı için bireylerin izlemlerini yapması/yaptırması ve şüpheli lezyonların hızla uygun yöntemle tedavisidir (14). Özellikle yüksek insidans oranlarının olduğu bölgelerde, deri kanserini azaltacak toplumsal eğitimler ve etkin kişisel muayene yöntemlerini öğretmekte aynı öneme sahiptir (14).

### 2.2.8. Hormonal Faktörler

Hormonal faktörlerin, kadınlarda özellikle meme kanseri, endometriyal ve yumurtalık kanserleri etiyolojisinde önemli rol oynadığı bilinmektedir (15). Kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımı hem nullipar, hem de multipar kadınlarda meme kanseri risk artışı ile ilişkili bulunmuştur (15). Oral kontraseptif (OK) kullanımı over kanseri ve endometriyal kanserlere karsı koruyucu bir etkiyle sahiptir (15).

Erkeklerdeki bazı kanserler de, ilişkileri daha az tanımlanmış olmasına rağmen hormonal faktörlerle ilişkili olabilir (15).Yapılan son çalışmalarda, endojen hormonların testis kanseri etiyolojisindeki rolünü değerlendirmeye çalışılmış, ancak ilişkileri saptamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (15).

### 2.2.9. Genetik Faktörler

Kanser tek bir hücredeki değişimle başlar. Bu değişim çeşitli dış etkenler ve genetik faktörlerle başlayabilir (3). Hücrelerin bölünmesi ve kontrolü genlerin kontrolü altında olduğundan kanser temel olarak genlerle ilişkili olan bir hastalıktır (16).

Kişinin genetik yapısı kanser gelişimine doğrudan yatkınlık yaratabildiği gibi, kişinin çevresel faktörlere karşı verdiği yanıtta da etkilidir (3). Öte yandan genetik faktörlerin rol oynadığı ailesel kanser vakaları halk sağlığı açısından önemlidir (3). Ailesel kanser vakaları söz konusu olduğunda bu aile bireyleri daha sık ve sporadik vakalara göre çok daha erken yaşlarda kanser geliştirme riski taşıdıklarından bu aile bireylerinde kanser tarama testleri ve girişimlerinin yapılması gerekmektedir (3).

Genetik geçişli olabilen kanserlere örnek olarak meme kanseri, over kanseri,tiroid kanseri, kolorektal kanserler, akciğer kanseri verilebilir (8).

### 2.2.10. Hava Kirliliği

Hava kirliliğinin sağlık sonuçlarına baktığımızda kronik etkilerinden biri de akciğer kanseridir (17).

Uluslararası Kanser Ajansı (UKA) çoğunlukla deneysel ve mesleksel verilere dayalı olarak; benzen, benzo(a)pirin, 1,3-butadien ve is, kurum içeren polisiklikaromatik hidrokarbonları insanlar için grup 1 karsinojen; dizel motoru egzoz dumanı ve diğer hidrokarbonları insanlar için grup 2A muhtemel karsinojen ve benzin motoru dumanını da insanlar için grup 2B muhtemel karsinojen olarak gruplandırmıştır (17). Kaliforniya Çevresel Koruma Ajansı da dizel motoru egzoz dumanını karsinojen olarak değerlendirmektedir (17).

## 2.3. KANSER BELİRTİLERİ

Kanserin belirtileri çok çeşitlidir. Hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklik gösterir (18). Örneğin kalın barsak kanserlerinde dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler olup kabızlık, ağrı, kanama gibi belirtiler çıkabilirken, idrar yolları kanserlerinde idrar yapmada güçlük, ağrı, idrardan kan gelmesi, akciğer kanserinde göğüs ağrısı, kanlı balgam, öksürük gibi belirtiler olabilir. Belirtiler kişiden kişiye değişiklik de gösterebilir (18). Bazen hastanın hiç yakınması yokken kontrol muayenelerinde tesadüfen saptanır. Kanser belirtilerinin çeşitliliğine rağmen, üzerinde önemle durulması gereken ve doktora başvurmayı gerektiren belli başlı belirtiler şunlardır (18);

- **Vücudun herhangi bir yerinde şişlik:** Vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan şişlikler kişileri uyarmalıdır. Bunlar memede şişlik, boyunda, koltuk altında, kasıklarda bezelerde şişlik, karında ele gelen şişlikler olabilir. Böyle bir şişliğin saptanması mutlaka kanser anlamına gelmez, iltihabı hastalıklar ve diğer bazı hastalıklarda da meydana gelebilir (18).
- **İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara:** Özellikle deride, dudakta, ağız ve makat bölgesinde olmak üzere vücudun herhangi bir bölgesinde iyileşmeyen yaralar kanser yönünden kişiyi uyarmalıdır (18,19).

- **Ben ve siğillerdeki değişiklik:** İnsanlarda çok yaygın olarak rastlanan ben ve siğillerin çoğu zararsızdır. Ancak bunlarda ortaya çıkabilecek olan hızlı büyüme, renk değişiklikleri, üzerinde yaraların açılması gibi değişikliklerde hekime danışılmalıdır (19,20).
- **Olağan dışı kanama:** Vücudun herhangi bir bölgesinden olan kanamalar kanser açısından uyarıcı olmalıdırlar. Örneğin uzun süredir sigara içen bir bireyin balgamında kan görülmesi başka bir nedene bağlı olabileceği gibi akciğer kanserine de bağlı olabilir. Kalın barsak kanserlerinde en erken ve başta gelen belirtilerden birisi dışkıda kan olmasıdır. Aynı şekilde idrar yolları kanserlerinde idrarda kanama görülür. Uzun süredir menopozda olan bir kadında tekrar vajinal kanamaların başlaması da kanser açısından uyarıcı olmalıdır. Böyle bir kanama varlığında kişinin ilgili hekime başvurması gerekmektedir (18,19).
- **Yutma güçlüğü:** Yemek borusu kanserlerinde sık rastlanan bir belirtidir (18,19).
- **Sürekli öksürük ve ses kısıklığı:** Ses kısıklığı gırtlak (Larinks) kanserinin erken bir belirtisi olabilir. Özellikle uzun süredir sigara içen bireylerde uyarıcı olmalıdır. İltihabi hastalıklarda da ses kısıklığı olabilir. Ancak gırtlak kanseri erken tanı konursa tedavi şansı da yüksek olacağından mutlaka ilgili uzmana başvurulmalıdır. Uzun süreli düzelmeyen öksürüklerde akciğer kanseri de akıla gelmelidir (18,19).
- **İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik:** Kalın barsak kanserinde hastalar bazen kabız, bazen ishal, bazen de hem kabız hem ishal olmaktan yakınırlar. Birlikte ağrı ve kan varlığında kalın barsak kanserini akla getirmelidir. İdrar yolları kanserlerinde idrar güçlükleri ortaya çıkabilir (18,19).
    - Bu belirtiler her zaman kanser belirtileri olmayabilir. Ancak bunları kendisinde fark eden kişinin derhal bir doktora başvurması gerekir (18). Bu noktada semptomatik hastalığın erken tanınmasının teşvik edilmesi için sağlık profesyonellerinin ve halkın eğitimi önemlidir (6).

## 2.4. KANSER TANI YÖNTEMLERİ

Kanser başlığı altında toplanan her bir hastalık kendine göre özellikler taşır. Her bir kanser tipinin kendine göre etyolojisi, risk faktörleri, tanı yöntemleri ve tedavi yöntemleri vardır (3).

Tanıda hastanın hikâyesi alınıp fizik muayenesi yapıldıktan sonra gerekli görülürse ileri görüntüleme yöntemleri kullanılabilir (18). Sadece bir yöntemle tanı koymak çoğu zaman mümkün olmadığı gibi farklı kanser türlerinde de farklı yöntemler öncelik kazanmaktadır (18). Bu yöntemlerle sadece tanı koymakla kalmayıp hastalığın yaygınlığı da değerlendirilebilir (18).

## 2.5. KANSER TEDAVİSİ

Kanser tedavileri arasında cerrahi, radyasyon, kemoterapi, hormon tedavisi, immünoterapi ve hedefli tedavi (özellikle kanser hücresi büyümesini engelleyen ilaçlar) bulunur (5).

Her yöntemin kendine özgü avantaj ve dezavantajlarının bulunması, kanserin kişiye özgü bir hastalık olması, tedavinin kişiden kişiye farklılık gösterebilmesi nedeniyle tek bir kesin tedavi yönteminin varlığından bahsetmek doğru değildir (16).

### 2.5.1. Cerrahi

Cerrahi; radyoterapi ve/veya kemoterapi ile birlikte kullanılabildiği gibi, tek başına da sıklıkla kullanılan yaygın bir yöntemdir (16). Gelişen kanserlerin ilerlemesinin önlenmesinde profilaktik olarak, dokudan bir parça alıp (biyopsi) tanı konmasında ve metastaz veya yayılım olmayan durumlarda kanserli dokunun vücuttan çıkarılmasında sıklıkla kullanılmaktadır (16).

### 2.5.2. Radyoterapi

Radyoterapi, kanserli hücreleri iyonizan ışınlar kullanarak öldürmeye dayanan bir tedavi yöntemidir (16). Vücudun sadece belli bir bölgesini hedef alarak yapılabildiği gibi, tüm vücudu hedef alan tedaviler de uygulanmaktadır (16). Radyoterapinin çeşitli yöntemleri mevcuttur. Bu yöntemlerin geliştirilmesindeki temel hedef, öldürülmek

istenen kanser hücreleri üzerine maksimum etki gösterecek ancak sağlıklı hücrelere de minimum hasarı verecek olan sistemlerin geliştirilmesidir (16).

### 2.5.3. Kemoterapi

Kemoterapinin (KT) asıl amacı kanser hücrelerini kemoterapotik ajanlar kullanarak öldürmektir, sitotoksik anti-neoplastik ajanlar bu tip tedavide başroldedir (16). Lösemi ve lenfoma gibi kanser türlerinde etkili bir tedavi yöntemi olduğu kanıtlanmıştır (16). KT uygulamaları esnasında verilen ilaçlar alkilleyici ajanlar, kortikosteroidler, anti metabolitler, anti tümör antibiyotikler, mitotik inhibitörler ve topoizomeraz inhibitörlerdir (16).

### 2.5.4. Hormonal tedavi

Hormonlar vücutta doğal olarak üretilen proteinler veya ihtiyaca göre dışarıdan verilen kimyasal maddelerdir. Üretim sonrası, bu moleküller dolaşıma girip endokrin sinyaller yoluyla doku ve organların davranışını kontrol ederler (16). Hormonlar kanser tedavisinde ilaç olarak kullanılabilirler (16). Bunlar genelde prostat, meme ve endometriyum kanserlerinin tedavisinde kullanılan seks hormonlardır (16).

Kanser tedavisi uzun süreli ve zahmetli bir tedavidir. Hastalar tedavileri tamamlanıp iyileşseler bile kontrol muayeneleri devam etmelidir (18).

## 2.6. KANSER ERKEN TANI VE TARAMA YÖNTEMLERİ

Kanserin erken evrelerinde saptanması ve uygun tedavinin sağlanması kanser kontrolünde önemli unsurlardır. Erken teşhisin amacı mortaliteyi ve ileri hastalığın ciddi sonuçlarını azaltmaktır (6).

Popülasyona dayalı taramanın kanser mortalitesini azaltmada, erken evrede meme, serviks ve kolorektal kanserlerin tespitinde etkili olduğu gösterilmiştir (6). Taramanın asıl amacı, asemptomatik olanlar arasında gizli hastalığı bulmak ve kanser bireye daha ciddi bir tehdit oluşturmadan ve topluma ek bir yük getirmeden önce yeterli tedaviyi sağlamaktır (6).

Özellikle birincil korunma (önleme) stratejileri geliştirilememiş olan birçok kanser türü için çeşitli tarama stratejileri denenmiş, ancak bunların çoğunda başarı

sağlanamamıştır (6). Örneğin, dünyada en çok öldüren kanser tipi olan akciğer kanseri için 1950'li yıllardan bu yana, akciğer grafileri ile başlanarak çok çeşitli görüntüleme teknikleri tarama testi olarak denenmiş, fakat hiçbir modalite ile hastalığın mortalitesini azaltmak mümkün olmamıştır (3).

Ülkemizde kanser tarama programları çerçevesinde meme, serviks, kolorektal kanser taramaları yapılmaktadır (3). Ulusal Kanser Kontrol Programı içindeki bu kanser tarama programları ile meme, serviks ve kolon-rektum kanserleri için hazırlanmış olan ulusal standartlar mevcuttur (3).

### 2.6.1. Meme Kanseri Taramaları

Meme kanseri kadınlarda yaygın olmasına karşın, bazı basit erken tanı ve tarama yöntemleriyle kısa sürede tanı konulabilmekte ve tedaviye erken dönemde başlanabilmektedir (20). Meme kanseri erken tespit edildiğinde oldukça başarılı tedavi sonuçları elde edilebilen ve ölüm oranı azaltılabilen bir kanser türüdür (20).

Tarama yöntemleri olarak;

- **Kendi kendine meme muayenesi (KKMM):** 20'li yaşların başlarında, kadınlara KKMM 'sinin yararları ve kısıtlamaları hakkında bilgi verilmelidir (5).
- **Klinik meme muayenesi (KMM):** 20'li ve 30'lu yaş kadınlar için, tercihen en az 3 yılda bir klinik meme muayenesinin; periyodik sağlık muayenesinin bir parçası olması önerilir. 40 yaş ve üstü asemptomatik kadınlar, yıllık olarak periyodik sağlık muayenesinin bir parçası olarak bir KMM yaptırmaya devam etmelidir.
- **Mamografi:** 40 yaşından itibaren önerilmektedir (5).

Kadınlarda meme kanseri taraması klinik meme muayenesi ve mamografiyi içerir (5). Mamografi, meme kanserini sıklıkla erken bir aşamada tespit edebilir (5,21). Sayısız araştırma mamografi ile erken teşhisin hayat kurtardığını ve tedavi seçeneklerini arttırdığını göstermiştir (5). Mamografi, asemptomatik kadınlarda çoğu meme kanserini tespit edebilir, ancak daha genç kadınlar ve yoğun memeli kadınlar için duyarlılığı düşüktür (5). Meme kanseri riski yüksek olan kadınlar için 30 yaşındayken, mamografi ile birlikte manyetik tınlaşım görüntüleme (MRG) kullanarak yıllık tarama önerilir (5).

Ülkemizde meme kanseri tarama programı kapsamında; ayda bir KKMM yapması için danışmanlığın verilmesi, yılda bir klinik meme muayenesi, 40-69 yaş arası (40 ve 69 yaşlar dahil) kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi önerilmektedir (21).

### 2.6.2. Serviks Kanseri Taramaları

Kanser taramaları içinde en erken yaygınlaşmış olanı, "Pap-smear" ile yapılan serviks kanseri taramaları olmuştur (3). Taramanın birincil hedefi, servikal kanseri önleme amacıyla, serviksin intraepitelyal prekürsör lezyonlarının doğru tespit edilmesi ve tedavisinin zamanında yapılmasıdır (22). Serviks kanserinin uzun preinvaziv döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış sitolojik tarama testlerinin varlığı, preinvaziv lezyonların etkili bir şekilde tedavi edilebilir olması bu hastalığa özgü bir özelliktir ve tarama, erken tanıya imkân sağlar (23). Servikal kanser tarama programları, bu kanserin görülme sıklığını ve ölüm oranlarını azaltmak için son derece önemlidir (24).

Amerikan Kanser Derneği, Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği ve Amerikan Klinik Patoloji Derneği ile işbirliği içinde, 2012 yılında servikal kanserin önlenmesi ve erken teşhisi için yeni tarama kılavuzları yayınlamıştır (5). Bu kılavuzlarda taramanın uygun olduğu aralığa ve Pap smear testine ek olarak HPV testinin dahil edilmesi vurgulanmıştır (5). 21-29 yaş arası kadınlar için Pap smear testleri ile her 3 yılda bir tarama yapılmalıdır (19). 30-65 yaşları arasındaki kadınlar için, hem HPV testi hem de Pap testi (tercih edilen) ile her 5 yılda bir veya sadece Pap smear testi ile her 3 yılda bir tarama yapılmalıdır (5). Geçtiğimiz 10 yıl içinde 3 ardışık negatif Pap smear testi veya ≥ 2 ardışık negatif HPV ve Pap smear testi geçirmiş 65 yaş üstü kadınlar ve total histerektomi yapılan kadınların serviks kanseri taramasının durdurulması gerekir (5).

Ülkemizde kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında; 30-65 yaş aralığındaki kadınlara 5 yılda bir Pap smear ve HPV -DNA testi yapılması önerilmektedir (21).

### 2.6.3. Kolorektal Kanser Taramaları

Amerikan Cancer Society'de (ACS) önerilen kolorektal kanser tarama yöntemleri;

- **Periyodik dışkıda gizli kan incelemesi:** Kadın ve erkeklerde 50 yaştan itibaren yılda bir yapılması önerilmektedir (5).
- **Dışkı DNA testi:** Kadın ve erkeklerde 50 yaşından itibaren her 3 yılda bir önerilmektedir (5).
- **Periyodik sigmoidoskopi incelemesi:** Kadın ve erkeklerde 50 yaşından itibaren her 5 yılda bir yapılması önerilmektedir, sadece sigmoidoskopi ya da sigmoidoskopi ile yıllık olarak yapılan dışkıda gizli kan incelemesi birlikte yapılabilir (5).
- **Çift kontrastlı baryumlu lavman:** Kadın ve erkeklerde 50 yaşından itibaren her 5 yılda bir önerilmektedir (5).
- **Kolonoskopi:** Kadın ve erkeklerde 50 yaşından itibaren her 10 yılda bir önerilmektedir (5).
- **BT kolonografi:** Kadın ve erkeklerde 50 yaşından itibaren her 5 yılda bir önerilmektedir (5).

Ülkemizde kolorektal kanser taraması programı kapsamında; 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlara 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması, 50-70 yaş arasında 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir (21).

### 2.7. KANSERDEN KORUNMA

Kanser erken tarama programları ve kanserli hasta yönetimi gibi kanıta dayalı stratejilerin uygulanması ile kanser kontrol edilebilir ve azaltılabilir (3). Risk faktörlerinden korunmak ile %30'dan fazla kanser önlenebilmektedir (3).

Kanserden korunma öncelikleri ulusal ve bazen yerel ölçeklerde farklılık gösterebilir (6).

Kanserden korunma yöntemleri 3 aşamalıdır (3);

- **Birincil korunma:** Kanser oluşumunu tetikleyecek her türlü maddeyle teması engellemek.
- **İkincil korunma:** Tarama ve erken tanı yoluyla kanseri erken teşhis edip iyileşme şansını arttırmak.

- **Üçüncül korunma:** Hastanın gerekli tedavisini yapmak ve tedavinin yan etkilerinin oluşumunu en az düzeye indirmektir.

Primer korunmada henüz kansere ilişkin hiçbir belirti, hücre değişimi yoktur. Bu dönemde alınan önlemlerle kanserin oluşumu engellenebilmektedir (3). Bazı yaşam tarzı değişiklikleri ile kanser insidansı azaltılabilmektedir (6). Örneğin tütün kullanımı önlenirse yüksek oranda tütün ile ilişkili kanserler önlenebilir (3). Bazı enfeksiyon kaynaklı kanserlerin birincil olarak önlenmesi aşılama ile gerçekleştirilebilir (6).

İkincil korunmada erken tanı söz konusu olup klinik bulgu yok ancak hücresel düzeyde kanser başlamış bulunmaktadır (3). Sekonder veya ikincil korunmaya örnek olarak meme kanseri tarama programları gösterilebilir (3). Üçüncül veya tersiyer korunmada ise kanser bulguları vardır ve ancak doğru tedavi ile mortalite azaltılabilir (3).

American Institute for Cancer Research'de (AICR) 10 kanser önleme önerisi belirtilmiştir;

- Sağlıklı kiloda olmak
- Fiziksel olarak aktif olmak
- Tahıl, sebze, meyve ve baklagiller açısından zengin bir diyetle beslenmek
- İşlenmiş gıdalar ve yağ, nişasta veya şeker içeriği yüksek olan gıdaların tüketimini sınırlamak
- Kırmızı ve işlenmiş etin tüketimini sınırlamak
- Şekerli içeceklerin tüketimini sınırlamak
- Alkol tüketimini sınırlamak
- Anneler için bebek emzirmek
- Gerekli besin maddelerini sadece yiyeceklerden elde etmek
- Kanseri yenenlerin kanserden korunma önerilerine uymasını sağlamak (25).

## 2.8. BAZI KANSERLERİN EPİDEMİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

### 2.8.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, tüm dünyada ve Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanserdir (1,6).

Meme kanserinde prognoz diğer kanserlere göre daha iyidir, ancak çok sık görüldüğünden kadınların en sık kanserden ölüm nedenidir (3,20). Gelişmiş ülkelerde meme kanserinin ortalama 5 yıllık sağ kalım oranı %90'a yakındır (3). Bu başarılı sonuç, tarama programları sayesinde erken tanı ve zamanında etkin bir tedavi ile açıklanabilir (3)

American Cancer Society'de belirtilen meme kanserinin değiştirilemez risk faktörleri;

- Kadın olmak (8)
- İleri yaş (8)
- Genetik mutasyonlar (BRCA1/BRCA2) (8)
- Ailede meme kanseri öyküsü olması (meme kanseri olan birinci derece bir akraba (anne, kız kardeşi veya kızı) olması neredeyse bir kadının riskini iki katına çıkarır. 2 birinci derece akrabaya sahip olmak, riskini yaklaşık 3 kat arttırır. Meme kanseri babası veya erkek kardeşi olan kadınların da meme kanseri riski daha yüksektir.) (8, 26)
- Kişisel meme kanseri öyküsü olması (8)
- Irk ve etnik köken (8)
- Yoğun meme dokusuna sahip olmak (8)
- Bazı iyi huylu meme hastalıkları (proliferatif olmayan lezyonlar, atipi olmayan proliferatif lezyonlar, atipi ile proliferatif lezyonlar, lobüler karsinoma in situ (LCIS) ) (8, 26)
- Erken menarş (12 yaşından önce) (8)
- Geç menopoz (55 yaştan sonra) (8)
- Göğüs bölgesine radyasyon uygulaması (8)
- Dietilstilbestrol'e (DES) maruz kalmak (8).

Yaşam tarzı ile ilişkili meme kanseri risk faktörleri:

- Alkol kullanmak (8)
- Obezite (8)
- Sedanter yaşam (8)
- Nullipar olmak (8)

- Hiç emzirmemek (8)
- OKS kullanımı (8)
- Menopoz sonrası HRT almış olmak (8, 26, 27)
- Meme implantları (8)

Meme Kanseri Riskine Belirsiz Etkileri Olan Faktörler:

- Diyet ve vitaminler (8)
- Çevrede bulunan kimyasallar (8)
- Tütün dumanı (8)
- Gece vardiyası olarak belirtilmiştir (8).

### 2.8.2. Serviks Kanseri

Globocan 2012 Verilerine göre kadınlarda en sık görülen ilk 5 kanser sıralamasında serviks kanseri dünyada 3.sırada; IARC' ye üye 24 ülkede ise 4.sırada yer almaktadır (1).

Dünyada her yıl yaklaşık 400.000-500.000 yeni serviks kanseri saptanırken, bunların 190.000 tanesi ölmekte ölümlerin de %78'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (3). Amerikan Kanser Derneği'nin tahminlerine göre Amerika'da 2019'da yaklaşık 13.170 yeni invazif rahim ağzı kanseri vakası teşhis edilecek ve yaklaşık 4.250 kadın rahim ağzı kanserinden ölecektir (8).

Serviks kolay ulaşılabilir bir organ olduğundan, bu organın kanserlerinde Pap smear testi sayesinde erken tanı yapılabilmekte ve prognoz anlamlı olarak iyileşmektedir (3). Daha önce hiç Pap-smear yaptırmamış bir kadında yaşam boyu serviks kanserine yakalanma riski yüzde birdir (3).

American Cancer Society'de serviks kanseri risk faktörleri;

- HPV enfeksiyonu
- Sigara içmek
- İmmün yetmezlik durumları
- Klamidya enfeksiyonu (8)
- Meyve ve sebzeden fakir beslenmek (8)
- Obezite (8)

- Uzun süreli OKS kullanmak (özellikle 5 yıldan uzun süre) (8)
- Rahim içi araç (RİA) kullanımı (8)
- Üç ve daha fazla fullterm gebelik öyküsü (8)
- İlk gebeliğin 17 yaştan küçükken olması (8)
- Düşük sosyoekonomik düzey (8)
- DES maruziyeti (8)
- Ailede serviks kanseri öyküsü olması (8)
- Erken yaşta ilk koitus (16 yaştan önce) (3)
- Birden fazla cinsel partner varlığı (3)
- Irk (3)**.**

### 2.8.3. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanser dünyada 3. yaygın kanser çeşididir. İnsidans oranı ülkeler arasında farklılık gösterir, en yüksek orana Kuzey Amerika, Avusturya ve Batı Avrupa'da, en düşük orana da Afrika ve Asya'da rastlanır (3).

2014 Türkiye Kanser İstatistik verilerine göre kolorektal kanserler; tüm yaş gruplarında erkeklerde en sık görülen 3.kanserlerdir (1).

Kolorektal kanser risk faktörleri ACS' de şu şekilde belirtilmiştir:

Değiştirilemez risk faktörleri (8);

- İleri yaş (50 yaş üstü)
- Kişide kolorektal polip veya kolorektal kanser öyküsü
- Kişide inflamatuar barsak hastalığı öyküsü
- Ailede kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü
- Kalıtsal bir sendromun olması (Lynch sendromu, Ailesel Adenomatöz Polipozis (FAP) gibi)
- Irk
- Tip 2 Diyabetes Mellitus

Değiştirilebilir risk faktörleri (8);

- Obezite
- Sedanter yaşam
- Diyet ( kırmızı et, işlenmiş etler, yüksek sıcaklarda pişirilmiş etler, kızartmalar)

- Sigara içmek
- Alkol tüketimi
- Yağ ve kolesterolden zengin diyet (8).

### 2.8.4. Akciğer Kanseri

Dünya Kanser Raporu 2014 verilerine göre dünyada akciğer kanseri erkeklerde en sık birinci, kadınlarda en sık görülen üçüncü kanserdir (6).
2016 yılında akciğer kanseri (trakea ve bronş kanserleri ile birlikte) 1,7 milyon ölüme neden olmuştur (28).

Türkiye 2014 istatistik verilerine göre; tüm yaş gruplarında erkeklerde %21,1 oranıyla en sık görülen kanserdir, kadınlarda tüm yaş gruplarında ise %5 oranıyla en sık görülen beşinci kanserdir (1).

Akciğer kanseri en agresif kanserlerden biridir ve 5 yıllık genel sağ kalımı %10-15 arasındadır (6).

Akciğer kanseri, hem erkekler hem de kadınlar arasında en önemli kanser ölüm nedenidir. Sigara içenler için risk çok, sigara içmeyenler için ise risk düşüktür (8).

Risk faktörleri (8);

- Sigara içmek ve pasif içicilik
- Radon maruziyeti
- Asbest maruziyeti
- Mesleki bazı kanserojen maddeler (arsenik , berilyum, kadmiyum, silika, vinil klorür, nikel bileşikleri, krom bileşikleri, kömür ürünleri, hardal gazı ve klorometil eterler gibi solunan kimyasallar**)**
- Hava kirliliği
- İçme suyunda arsenik
- Kişide ve/veya ailesinde akciğer kanseri öyküsü
- Göğüs bölgesine radyasyon almak (8)

### 2.8.5. Mide Kanseri

Mide kanseri dünya çapında en sık görülen beşinci kanserdir (6). Türkiye 2014 kanser istatistik verilerine göre mide kanseri; tüm yaş gruplarında erkeklerde %5,9 oranla en sık beşinci sırada, kadınlarda %3,9 oranla en sık altıncı sırada yer almaktadır

(1). Son yıllarda ciddi artış gösteren mide kanseri taramalarına ulusal kanser tarama programında yer verilmesi düşünülmektedir (29).

Mide kanseri en sık Japonya ve Çin'de görülür. Avrupa'nın yıllık insidansı 100.000'de 12-15'tir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada mide kanseri tanı alma yaşı ortalama 57 yaş ve kadın erkek oranı 1/2 bulunmuştur (29).

Çoğu mide kanseri (% 90) sporadiktir (6). Kişinin mide kanseri riski bazı faktörlerle değişebilir (8).

American Cancer Society'de mide kanseri risk faktörleri şu şekilde belirtilmiştir (8):

- Erkek cinsiyet
- İleri yaş (50 yaş üzeri)
- Etnik köken
- Helicobacter Pylori enfeksiyonu
- Mide lenfoması
- Diyet (Yüksek miktarda füme gıda, tuzlanmış balık ve et ve sebze turşusundan zengin diyetleri olan kişilerde mide kanseri riskinde artış görülür.)
- Sigara içmek
- Obezite
- Geçirilmiş mide ameliyatı
- Pernisiyöz anemi
- Hipertrofik gastropati
- A kan grubu
- Kalıtsal kanser sendromları
- Ailede mide kanseri öyküsü
- Bazı mide polipleri (hiperplastik polip, inflamatuar polip gibi)
- Ebstein Barr Virüsü (EBV) enfeksiyonu
- Bazı meslekler (Kömür, metal ve kauçuk endüstrisinde çalışan kişiler)
- Common Variable Immune Deficiency (CVID) Sendromudur (8).

### 2.8.6. Prostat Kanseri

Dünyada 2012'de erkeklerde %15 oranında en sık görülen ikinci kanser prostat kanseridir (6). Türkiye kanser istatistiklerine göre 2014'de erkeklerde tüm yaş gruplarında %12,7 oranında en sık görülen ikinci kanserdir (1).

Tarama, serum total Prostat Spesifik Antijen (PSA) düzeyi ve parmakla rektal muayenenin kombine edilmesini gerektirir (30). Tanıda gerekli görüldüğünde ise transrektal ultrasonografi, prostat biyopsisi yapılmaktadır (8,31).

American Cancer Society'de belirtilen prostat kanseri risk faktörleri (8);

- 50 yaş üzeri olmak
- Irk, etnik köken
- Aile öyküsü
- Gen mutasyonları (BRCA1/BRCA2)
- Prostat kanseri riski üzerinde daha az belirgin etkisi olan faktörler ise (8);
- Diyet (fazla kırmız et, az meyve sebze tüketimi)
- Obezite
- Sigara içmek
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
- Prostat iltihabı
- Vazektomi (8)

### 2.8.7. Deri Kanseri

Melanom dışı deri kanserleri dünyadaki en sık kanser tipi olup her yıl 2 milyon insanda ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan malign melanom (MM) ABD'de en sık görülen 7. kanserdir (32). Melanom dışı deri kanserlerinin dünyadaki insidansını değerlendiren sistematik bir çalışmada, dünyada en yüksek insidansın Avustralya'da olduğu saptanmıştır (33). Melanom dışı deri kanserlerinin (NMDK) ana iki histolojik tipi bazal hücreli karsinom (BHK) ve yassı epitel hücreli karsinomdur (YEHK); tüm NMDK vakalarının sırasıyla %75 ve %25'ini oluştururlar (32).

Hem melanom dışı deri kanserleri hem de melanom için konağa ait veya çevresel risk faktörleri mevcuttur (32).

American Cancer Society'de belirtilen melanom ve melanom dışı deri kanseri risk faktörleri (8);

- Ultraviyole ışığa maruz kalmak
- Radyasyon
- Nevüsler
- Açık tenli olmak
- Ailede deri kanseri öyküsü
- Kişide deri kanseri öyküsü
- Baskılanmış immün sistem
- İleri yaş
- Erkek cinsiyet
- Xeroderma Pigmentosum (8).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. Etik Kurul İzni

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yapıldı.

(Tarih:19.02.2019 ve Onay No:2269 )

## 3.2. Çalışmanın Özellikleri

Çalışma tek merkezli, prospektif bir çalışma olarak planlandı. Kesitsel, tanımlayıcı ve analitik nitelikte olan araştırmanın evrenini Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü bireyler oluşturdu. Örneklem büyüklüğü Mart 2019 ve Mayıs 2019 ayları arasında 2 ay süreyle SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü bireyler üzerinden "Basit rastgele örneklemde örneklem genişliği tahmini" yöntemiyle hesaplanmış olup; çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 340 kişi çalışmaya dahil edildi. Veriler; katılımcılara yüz yüze anket uygulama yöntemi uygulanarak toplanmıştır. Çalışmaya alınan tüm bireylerden sözel ve yazılı onam alındı.

Anket; bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen, kanser hakkında bilgi tutum ve davranışlarını değerlendiren kadın ve erkekler için 20 ortak soru ve toplamda 26 kadın 25 erkek sorularından oluşmaktaydı.

## 3.3. Çalışmada Dahil Edilme Kriterleri

- Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvurmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18 yaş ve üstü olmak

## 3.4. Çalışmada Hariç Tutulma Kriterleri

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
2. 18 yaşın altında olmak

3. Kanser hastası olmak
4. Gebe olmak
5. Sağlık çalışanı olmak

### 3.5. Çalışma Anketi

Katılımcılara yönlendirilen çalışma formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik gelir gibi sosyo-demografik özellikleri, sigara alışkanlıkları, kanser risk faktörleri, kansere ilişkin algılar, kanser belirtileri, kanserden korunma önlemleri, katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırma durumu ve tarama testlerinin farkındalığına yönelik hazırlanmıştır. Anket; kadınlar ve erkekler için 20 ortak soru ve toplamda 26 kadın ve 25 erkek sorularından oluşmaktaydı.

Çalışma formu araştırmacının kendisi tarafından oluşturulmuştur. Formun oluşturulmasında uzman görüşü temel alınmıştır. Çalışma formunun tamamı EK-1 de gösterilmiştir.

### 3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişken için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi. Sayısal değişkenler normal dağılım koşulunu sağladığında bağımsız iki grup karşılaştırmaları Student t test, normal dağılım koşulunu sağlamadığında Mann Whitney U testi ile yapıldı. Gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

# 4.BULGULAR

## 4.1. Sosyo-demografik Veriler

Çalışmamıza 340 birey katılmıştır. Araştırma grubundaki bireylerin %60' ı kadın, %40'ı erkek; %57,6'sı 18-39 yaş grubunda, %37,4'ü 40-64 yaş grubunda ve %5'i 65 yaş ve üstüdür.

Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te verilmektedir.

Bireylerin %72,4' ü lise ve üstü, %21,5' i lise altı eğitim düzeyinde, %6,2' si okuryazar değildi. Araştırmaya katılan bireylerin %37,9' unun aylık geliri 3000 TL ve üstü, %19,1'inin aylık geliri 1700 TL ve altında saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin %33,5 i sigara içiyordu.

Tablo 3. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

| | | Sayı | % |
|---|---|---|---|
| **Cinsiyet** | Kadın | 204 | 60,0 |
| | Erkek | 136 | 40,0 |
| **Yaş** | 18-39 yaş | 196 | 57,6 |
| | 40-64 yaş | 127 | 37,4 |
| | 65 yaş ve üstü | 17 | 5,0 |
| **Eğitim durumu** | Okur-yazar değil | 21 | 6,2 |
| | | | |
| | Lise altı | 73 | 21,5 |
| | Lise ve üstü | 246 | 72,4 |
| **Aylık gelir** | 1700 TL altı | 65 | 19,1 |
| | 1700-3000 TL | 129 | 37,9 |
| | 3000 TL ve üstü | 146 | 42,9 |
| **Sigara içme** | Evet | 114 | 33,5 |
| | Hayır | 226 | 66,5 |

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre yaş grupları, öğrenim durumları, aylık gelir dağılımı Tablo 4'te verilmektedir.

Yaş dağılımı açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark yoktu.(p:0,249) Cinsiyet gruplarının eğitim durumu, aylık gelir düzeyi oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,001 p=0,003). Kadınların eğitim düzeyi daha düşüktü. Kadınların aylık gelir 1700 TL ve altı oranı, erkeklerin 3000 TL ve üstü oranı yüksekti.

Tablo 4: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre yaş grupları, öğrenim durumları ve aylık gelirinin dağılımı

| | | **Cinsiyet** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Kadın | | Erkek | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **Yaş** | 18-39 yaş | 125 | 61,3 | 71 | 52,2 | 0,249 |
| | 40-64 yaş | 70 | 34,3 | 57 | 41,9 | |
| | 65 yaş ve üstü | 9 | 4,4 | 8 | 5,9 | |
| **Eğitim durumu** | Okur-yazar değil | 20 | 9,8 | 1 | 0,7 | 0,001 |
| | Lise altı | 37 | 18,1 | 36 | 26,5 | |
| | Lise ve üstü | 147 | 72,1 | 99 | 72,8 | |
| **Aylık gelir** | 1700 TL altı | 50 | 24,5 | 15 | 11,0 | 0,003 |
| | 1700-3000 TL | 78 | 38,2 | 51 | 37,5 | |
| | 3000 TL ve üstü | 76 | 37,3 | 70 | 51,5 | |

Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre sigara içme durumu Tablo 5'de verilmektedir. Yaş gruplarının sigara içme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p = 0,038). Yaş grubu arttıkça sigara içme oranı yüksekti.

Tablo 5: Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre sigara içme durumu

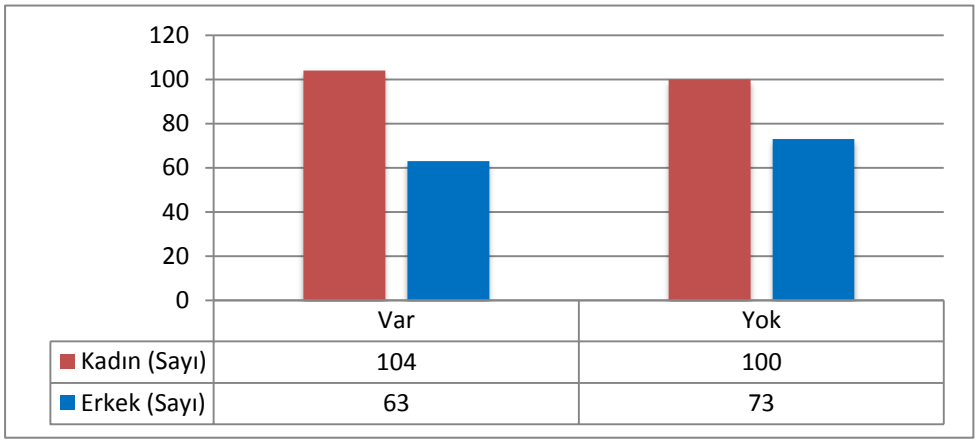
| | | **Yaş** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 18-39 yaş | | 40-64 yaş | | 65 yaş ve üstü | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **Sigara içme** | Evet | 55 | 28,1 | 51 | 40,2 | 8 | 47,1 | 0,038 |
| | Hayır | 141 | 71,9 | 76 | 59,8 | 9 | 52,9 | |

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre sigara içme durumu Tablo 6' da verilmektedir. Araştırma grubundaki kadınların %27,5'i, erkeklerin %42,6'sı sigara içiyordu. Cinsiyete göre sigara içme bakımından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark saptandı (p:0,004). Erkeklerin sigara içme oranı daha yüksekti.

Tablo 6: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre sigara içme durumu

| | | Cinsiyet | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Kadın | | Erkek | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **Sigara içiyor** | Evet | 56 | 27,5 | 58 | 42,6 | 0,004 |
| | Hayır | 148 | 72,5 | 78 | 57,4 | |

Araştırmaya katılan bireylerin %49,1'inin ailesinde kanser hastası olduğu saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre ailesinde kanser hastası olan ve olmayanların dağılımı Şekil 1' de verilmiştir.



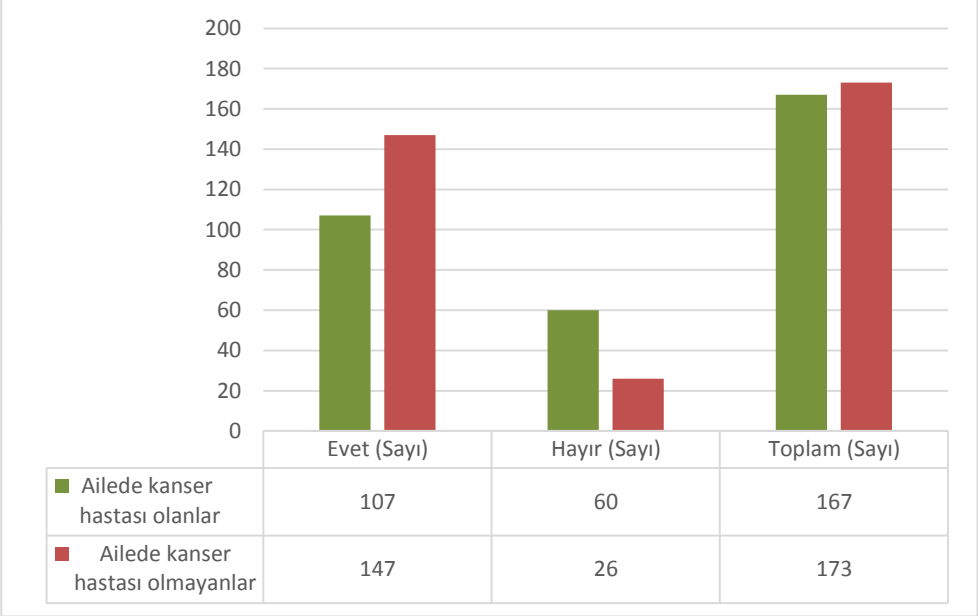

Şekil 1: Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre ailesinde kanser hastası olan ve olmayanların dağılımı

Araştırmaya katılan ailesinde kanser hastası olan bireylerin %45,5'inin birinci derece, %45,5'inin ikinci derece, %9'unun üçüncü derece yakınında kanser hastası olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan bireylerin %3,8'i gemi sanayi, kot boyama, baca temizleme, ayakkabı imalatı gibi işlerde çalışmış olduğu saptandı. Bu işlerde çalışan bireylerin %53,8'i kadın %46,2'si erkekti.

Araştırmaya katılan bireylerin "ailede kanser hastası varsa/olsaydı bu durum sizi araştırmaya iter miydi" konusundaki tutumlarının dağılımı Şekil 2'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerden ailesinde kanser hastası olanların %64,1' i ailede kanser hastası olmasının kendisini korkutup araştırmaya yönlendireceğini belirtmişti. Araştırmaya katılan bireylerden ailesinde kanser hastası olmayanların %85'i ise bu durumun kendisini korkutup araştırmaya yönlendireceğini belirtmişti.




| | Evet (Sayı) | Hayır (Sayı) | Toplam (Sayı) |
|---|---|---|---|
| Ailede kanser hastası olanlar | 107 | 60 | 167 |
| Ailede kanser hastası olmayanlar | 147 | 26 | 173 |

Şekil 2: Araştırmaya katılan bireylerin "ailede kanser hastası varsa/olsaydı bu durum sizi araştırmaya iter miydi" konusundaki tutumlarının dağılımı

### 4.2. Bireylerin Kanser Algısı ve Etkileyen Faktörler

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanserle ilgili algıları Tablo 7'de verilmektedir.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre 'kanser ölümcüldür, kanser tedavisi olan bir hastalıktır, kanser erken tanı ile tedavisi olan bir hastalıktır, kanser bulaşıcıdır' algıları bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadı.

Araştırma grubundaki kadınların %66,7'si erkeklerin %76,5'i kanserin ölümcül bir hastalık olduğunu, kadınların %87,7'si erkeklerin %88,2'si kanserin erken tanı ile tedavisi olabilen bir hastalık olduğunu, kadınların %83,3'ünün erkeklerin %89'unun kanserin bulaşıcı olmadığını düşündükleri saptandı. Buna karşılık kadınların %8,3'ünün erkeklerin %7,4'ünün kanserin bulaşıcı olduğunu düşündükleri saptandı.

Tablo 7: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanser ile ilgili algıları

| | | Cinsiyet | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Toplam | | Kadın | | Erkek | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | p |
| **Kanser ölümcüldür** | Evet | 240 | 70,6 | 136 | 66,7 | 104 | 76,5 | 0,147 |
| | Hayır | 83 | 24,4 | 56 | 27,5 | 27 | 19,9 | |
| | Fikrim yok | 17 | 5,0 | 12 | 5,9 | 5 | 3,7 | |
| **Kanser tedavisi olan bir hastalıktır** | Evet | 181 | 53,2 | 110 | 53,9 | 71 | 52,2 | 0,558 |
| | Hayır | 144 | 42,4 | 87 | 42,6 | 57 | 41,9 | |
| | Fikrim yok | 15 | 4,4 | 7 | 3,4 | 8 | 5,9 | |
| **Kanser erken tanı ile tedavisi olan bir hastalıktır** | Evet | 299 | 87,9 | 179 | 87,7 | 120 | 88,2 | 0,365 |
| | Hayır | 31 | 9,1 | 17 | 8,3 | 14 | 10,3 | |
| | Fikrim yok | 10 | 2,9 | 8 | 3,9 | 2 | 1,5 | |
| **Kanser bulaşıcıdır** | Evet | 27 | 7,9 | 17 | 8,3 | 10 | 7,4 | 0,267 |
| | Hayır | 292 | 85,9 | 171 | 83,8 | 121 | 89,0 | |
| | Fikrim yok | 21 | 6,2 | 16 | 7,8 | 5 | 3,7 | |

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre "Kanser tedavisi olan bir hastalıktır ve kanser erken tanı ile tedavisi olan bir hastalıktır" algıları bakımından 18-39 yaş,40-64 yaş,65 yaş ve üstü bireyler arasında yüksek düzeyde anlamlı bir fark

saptandı (p<0,001 p<0,001). Yaş grubu küçüldükçe kanserin tedavisi olan ve erken tanı ile tedavisi olan bir hastalık olduğunu düşünme oranı artıyordu.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre "Kanser bulaşıcıdır" algısı bakımından 18-39 yaş,40-64 yaş,65 yaş ve üstü bireyler arasında anlamlı bir fark saptandı (p<0,01).Yaş grubu küçüldükçe kanserin bulaşıcı bir hastalık olmadığını düşünme oranı artıyordu.

Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre kanser ile ilgili algıları Tablo 8'de verilmektedir.

Tablo 8: Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre kanser ile ilgili algılarının dağılımı

| | | **Yaş** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 18-39 yaş | | 40-64 yaş | | 65 yaş üstü | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **Kanser ölümcüldür** | Evet | 136 | 69,4 | 92 | 72,4 | 12 | 70,6 | 0,882 |
| | Hayır | 51 | 26,0 | 28 | 22,0 | 4 | 23,5 | |
| | Fikrim yok | 9 | 4,6 | 7 | 5,5 | 1 | 5,9 | |
| **Kanser tedavisi olan bir hastalıktır** | Evet | 128 | 65,3 | 51 | 40,2 | 2 | 11,8 | <0,001 |
| | Hayır | 61 | 31,1 | 70 | 55,1 | 13 | 76,5 | |
| | Fikrim yok | 7 | 3,6 | 6 | 4,7 | 2 | 11,8 | |
| **Kanser erken tanı ile tedavisi olan bir hastalıktır** | Evet | 183 | 93,4 | 106 | 83,5 | 10 | 58,8 | <0,001 |
| | Hayır | 9 | 4,6 | 16 | 12,6 | 6 | 35,3 | |
| | Fikrim yok | 4 | 2,0 | 5 | 3,9 | 1 | 5,9 | |
| **Kanser bulaşıcıdır** | Evet | 6 | 3,1 | 18 | 14,2 | 3 | 17,6 | <0,001 |
| | Hayır | 176 | 89,8 | 105 | 82,7 | 11 | 64,7 | |
| | Fikrim yok | 14 | 7,1 | 4 | 3,1 | 3 | 17,6 | |

Araştırma grubundaki bireylerin eğitim durumlarına göre kanser ile ilgili algıları Tablo 9'da verilmektedir.

Araştırma grubundaki bireylerin eğitim durumlarına göre "Kanser ölümcüldür", " Kanser tedavisi olan bir hastalıktır", "Kanser erken tanı ile tedavisi olan bir hastalıktır", "Kanser bulaşıcıdır" algıları bakımından okuryazar olmayanlar, lise altı,

lise ve üstü eğitim düzeyli bireyler arasında anlamlı fark bulundu. (p:0,008 p<0,001 p<0,001 p<0,001).

Eğitim düzeyi arttıkça kanserin tedavisinin olduğunu ve erken tanıyla tedavisinin olduğunu düşünenlerin oranı artıyordu (Tablo-9).

Okuryazar olmayan bireylerin %90,5'i kanserin ölümcül olduğunu, %38,1'i kanserin bulaşıcı olduğunu düşünüyordu. Lise ve üstü eğitim düzeyli bireylerin %92,3'ü kanserin bulaşıcı olmadığını düşünüyordu.

Tablo 9: Araştırma grubundaki bireylerin eğitim durumlarına göre kanser ile ilgili algıları

| | | **Eğitim Durumu** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Okuryazar değil | | Lise altı | | Lise ve üstü | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | p |
| **Kanser ölümcüldür** | Evet | 19 | 90,5 | 54 | 74,0 | 167 | 67,9 | 0,008 |
| | Hayır | 0 | 0,0 | 14 | 19,2 | 69 | 28,0 | |
| | Fikrim yok | 2 | 9,5 | 5 | 6,8 | 10 | 4,1 | |
| **Kanser tedavisi olan bir hastalıktır** | Evet | 2 | 9,5 | 13 | 17,8 | 166 | 67,5 | <0,001 |
| | Hayır | 16 | 76,2 | 57 | 78,1 | 71 | 28,9 | |
| | Fikrim yok | 3 | 14,3 | 3 | 4,1 | 9 | 3,7 | |
| **Kanser erken tanı ile tedavisi olan bir hastalıktır** | Evet | 12 | 57,1 | 55 | 75,3 | 232 | 94,3 | <0,001 |
| | Hayır | 6 | 28,6 | 13 | 17,8 | 12 | 4,9 | |
| | Fikrim yok | 3 | 14,3 | 5 | 6,8 | 2 | 0,8 | |
| **Kanser bulaşıcıdır** | Evet | 8 | 38,1 | 12 | 16,4 | 7 | 2,8 | <0,001 |
| | Hayır | 9 | 42,9 | 56 | 76,7 | 227 | 92,3 | |
| | Fikrim yok | 4 | 19,0 | 5 | 6,8 | 12 | 4,9 | |

### 4.3. Kanser Risk Faktörlerini Bilme Durumları ve Etkileyen Faktörler

Kanser risk faktörlerinin sorgulandığı sorulara verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 10' da verilmiş olup; bazı risk faktörlerini bilme (ileri yaş, sağlıksız yaşam, genetik faktör, radyasyon, bazı virüs ve bakteriler) ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre "İleri yaş kanser risk faktörüdür" bilgisi bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,018). Kadınların %30,4'ünün, erkeklerin %38,2'sinin ileri yaşın kanser risk faktörü olduğunu düşündükleri saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre "sağlıksız yaşam tarzı" kanser risk faktörüdür bilgisi bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,041). Erkeklerin %91,2'sinin kadınların %90,7'sinin sağlıksız yaşam tarzının kanser risk faktörü olduğunu düşündükleri saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre "radyasyon" kanser risk faktörüdür bilgisi bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,021). Kadınların %91,7'si erkeklerin %89,7'si radyasyonun kanser risk faktörü olduğunu düşündükleri saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre "genetik geçiş" kanser risk faktörüdür bilgisi bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu(p:0,001). Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda genetik geçişin kanser risk faktörü olduğunu düşündükleri saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre "bazı virüsler/bakteriler" kanser risk faktörüdür bilgisi bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,002). Kadınların %58,8'inin, erkeklerin %58,8'inin bildikleri saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre stresin kanser risk faktörü olması bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmadı (p:0,274), ancak katılımcıların %84'1'inin stresin kanser risk faktörü olduğunu düşündükleri saptandı.

Araştırmaya katılan bireylerin kanser risk faktörlerini bilme ve yaş grupları arasındaki karşılaştırma yapılmış olup yaş gruplarına göre "sigara içmek" ve "radyasyon" kanser risk faktörüdür bilgileri bakımından 18-39 yaş, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireyler arasında anlamlı bir fark saptandı (p:0,025 p:0,027). 18-39 yaş grubunun %99'u "sigara içmek" ve %91,8'i "radyasyonun" kanser risk faktörü olduğunu bildikleri saptandı.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre "genetik geçişin" kanser risk faktörü bilgisi bakımından 18-39, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireyler arasında anlamlı bir fark saptandı (p:0,031). 18-39 yaş grubunun genetik geçişin kanser risk faktörü olduğunu düşünenlerin oranı %87,8 idi.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre "sigara içmek", "genetik geçiş", bazı virüsler/bakterilerin kanser risk faktörü olması bilgileri bakımından okuryazar olmayan, lise altı, lise ve üstü eğitim düzeyli bireyler arasında anlamlı bir fark saptandı (p:0,003 p:0,027 p:0,023). Eğitim düzeyi arttıkça sigara içmenin kanser risk faktörü olduğunu bilme oranı artıyordu. Okuryazar olmayan bireylerin %19'unun genetik geçişin, %38,1'inin virüs-bakterilerin kanser risk faktörü olması konusunda fikri yoktu.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre stresin kanser risk faktörü olması bilgisi bakımından anlamlı fark saptanmadı. Ancak lise ve üstü eğitim düzeyli bireylerin %84,1'i, lise altı eğitim düzeyli bireylerin %84,9'u stresin kanser risk faktörü olduğunu düşünüyordu.

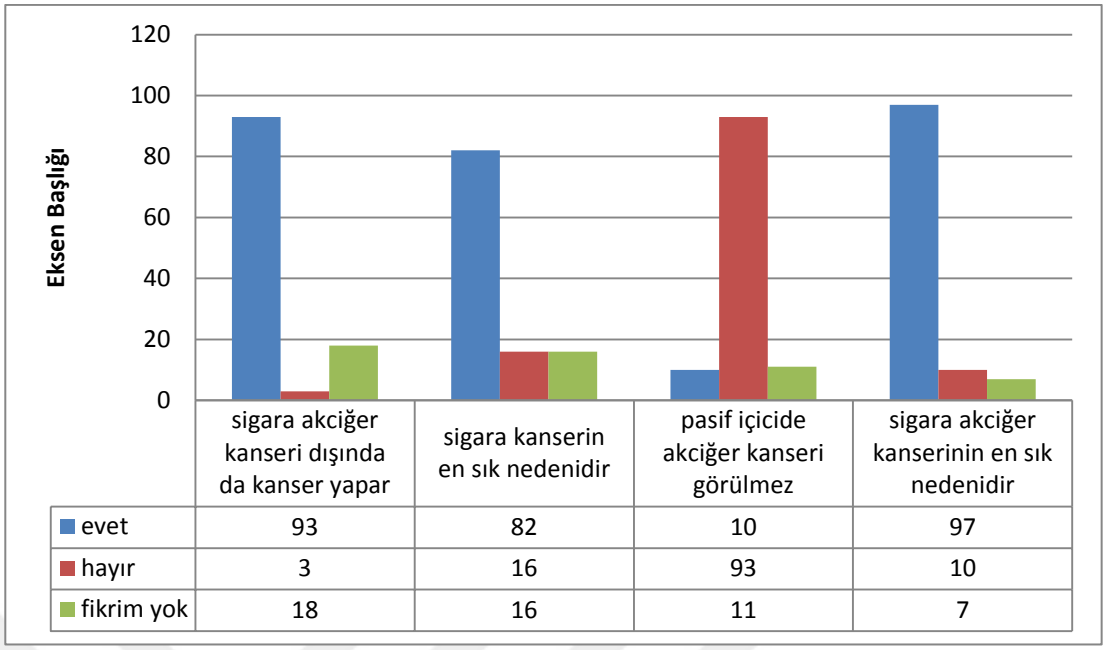
| | | Cinsiyet | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Toplam | | Kadın | | Erkek | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **İleri yaş** | Evet | 114 | 33,5 | 62 | 30,4 | 52 | 38,2 | 0,018 |
| | Hayır | 180 | 52,9 | 106 | 52,0 | 74 | 54,4 | |
| | Fikrim yok | 46 | 13,5 | 36 | 17,6 | 10 | 7,4 | |
| **Sigara içmek** | Evet | 333 | 97,9 | 199 | 97,5 | 134 | 98,5 | 0,850 |
| | Hayır | 3 | 0,9 | 2 | 1,0 | 1 | 0,7 | |
| | Fikrim yok | 4 | 1,2 | 3 | 1,5 | 1 | 0,7 | |
| **Sağlıksız yaşam tarzı** | Evet | 309 | 90,9 | 185 | 90,7 | 124 | 91,2 | 0,041 |
| | Hayır | 17 | 5,0 | 7 | 3,4 | 10 | 7,4 | |
| | Fikrim yok | 14 | 4,1 | 12 | 5,9 | 2 | 1,5 | |
| **Radyasyon** | Evet | 309 | 90,9 | 187 | 91,7 | 122 | 89,7 | 0,021 |
| | Hayır | 14 | 4,1 | 4 | 2,0 | 10 | 7,4 | |
| | Fikrim yok | 17 | 5,0 | 13 | 6,4 | 4 | 2,9 | |
| **Genetik geçiş** | Evet | 280 | 82,4 | 181 | 88,7 | 99 | 72,8 | 0,001 |
| | Hayır | 33 | 9,7 | 12 | 5,9 | 21 | 15,4 | |
| | Fikrim yok | 27 | 7,9 | 11 | 5,4 | 16 | 11,8 | |
| **Bazı virüsler-bakteriler** | Evet | 200 | 58,8 | 120 | 58,8 | 80 | 58,8 | 0,002 |
| | Hayır | 67 | 19,7 | 30 | 14,7 | 37 | 27,2 | |
| | Fikrim yok | 73 | 21,5 | 54 | 26,5 | 19 | 14,0 | |
| **Stres** | Evet | 286 | 84,1 | 173 | 84,8 | 113 | 83,1 | 0,274 |
| | Hayır | 24 | 7,1 | 11 | 5,4 | 13 | 9,6 | |
| | Fikrim yok | 30 | 8,8 | 20 | 9,8 | 10 | 7,4 | |

Tablo 10: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanser risk faktörleri

### 4.4. Kanser ve Sigara İlişkisi

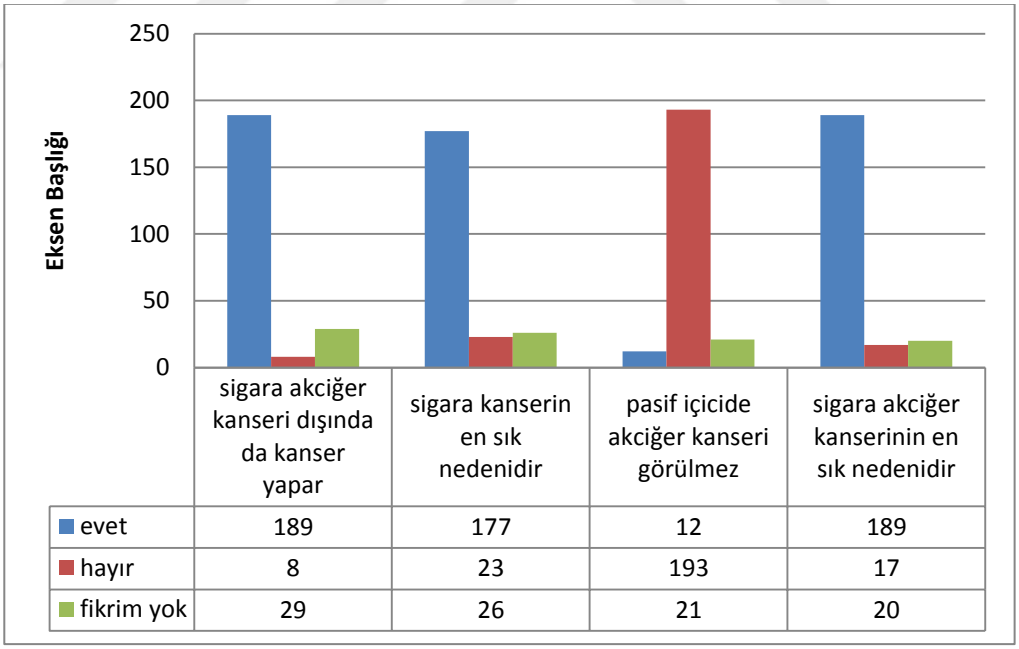
Çalışmamızdaki katılımcıların %84,1'i sigaranın akciğer kanserinin en sık nedeni olduğunu ve %76,2'si sigaranın kanserlerin en sık nedeni olduğunu belirtti. Araştırma grubundaki sigara içen ve sigara içmeyen bireylerin sigaranın kanserle ilişkisi hakkında düşünceleri Şekil 3'te ve Şekil 4'te verilmektedir.

Araştırma grubundaki bireylerin sigara içme durumlarına göre sigaranın kanserlerle ilişkisi bakımından sigara içenler ve içmeyenler arasında anlamlı fark saptanmadı.




| | sigara akciğer kanseri dışında da kanser yapar | sigara kanserin en sık nedenidir | pasif içicide akciğer kanseri görülmez | sigara akciğer kanserinin en sık nedenidir |
|---|---|---|---|---|
| evet | 93 | 82 | 10 | 97 |
| hayır | 3 | 16 | 93 | 10 |
| fikrim yok | 18 | 16 | 11 | 7 |

Şekil 3: Araştırma grubundaki sigara içen bireylerin sigaranın kanserle ilişkisi hakkında düşünceleri




| | sigara akciğer kanseri dışında da kanser yapar | sigara kanserin en sık nedenidir | pasif içicide akciğer kanseri görülmez | sigara akciğer kanserinin en sık nedenidir |
|---|---|---|---|---|
| evet | 189 | 177 | 12 | 189 |
| hayır | 8 | 23 | 193 | 17 |
| fikrim yok | 29 | 26 | 21 | 20 |

Şekil 4: Araştırma grubundaki sigara içmeyen bireylerin sigaranın kanserle ilişkisi hakkındaki düşünceleri

### 4.5. Kanser Belirtilerini Bilme ve Sosyo-demografik Faktörlerle İlişkisi

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanser belirtileri hakkındaki düşünceleri Tablo-11' de verilmektedir.

Katılımcıların %90,3'ü memede ya da vücutta hissedilen kitlenin,%74,7'si ben ve siğillerde değişikliğin,%72,9'u aşırı kilo kaybının %68,2'si vücudun herhangi bir yerinden olağan dışı kanamanın kanser belirtileri olduğunu belirtti.

Tablo-11 de görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre "vücutta iyileşmeyen yaraların", "idrar ve dışkılama alışkanlıklarındaki değişikliğin" kanser belirtisi olduğu bilgileri bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark saptandı (p:0,006 p:0,002). Erkeklerin kadınlara göre vücutta iyileşmeyen yaraların ve idrar ve dışkılamada değişikliğin kanser belirtisi olduğunu daha fazla bildikleri saptandı.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre "yutma güçlüğünün" kanser belirtisi olduğu bilgisi bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark saptandı (p:0,008). Kadınlar erkeklere göre yutma güçlüğünün kanser belirtisi olduğunu daha fazla biliyordu.

Tablo 11: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanser belirtileri hakkındaki düşünceleri

| | | Cinsiyet | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Total | | Kadın | | Erkek | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **Aşırı kilo kaybı** | Evet | 248 | 72,9 | 145 | 71,1 | 103 | 75,7 | 0,251 |
| | Hayır | 28 | 8,2 | 15 | 7,4 | 13 | 9,6 | |
| | Fikrim yok | 64 | 18,8 | 44 | 21,6 | 20 | 14,7 | |
| **Vücutta iyileşmeyen yaralar** | Evet | 207 | 60,9 | 114 | 55,9 | 93 | 68,4 | 0,006 |
| | Hayır | 44 | 12,9 | 24 | 11,8 | 20 | 14,7 | |
| | Fikrim yok | 89 | 26,2 | 66 | 32,4 | 23 | 16,9 | |
| **Memede ya da vücutta hissedilen kitle** | Evet | 307 | 90,3 | 188 | 92,2 | 119 | 87,5 | 0,321 |
| | Hayır | 11 | 3,2 | 6 | 2,9 | 5 | 3,7 | |
| | Fikrim yok | 22 | 6,5 | 10 | 4,9 | 12 | 8,8 | |
| **Vücudun herhangi bir yerinde ağrı** | Evet | 213 | 62,6 | 129 | 63,2 | 84 | 61,8 | 0,565 |
| | Hayır | 59 | 17,4 | 32 | 15,7 | 27 | 19,9 | |
| | Fikrim yok | 68 | 20,0 | 43 | 21,1 | 25 | 18,4 | |
| **Yutma güçlüğü** | Evet | 184 | 54,1 | 114 | 55,9 | 70 | 51,5 | 0,008 |
| | Hayır | 40 | 11,8 | 15 | 7,4 | 25 | 18,4 | |
| | Fikrim yok | 116 | 34,1 | 75 | 36,8 | 41 | 30,1 | |
| **Vücudun herhangi bir yerinden olağan dışı kanama** | Evet | 232 | 68,2 | 136 | 66,7 | 96 | 70,6 | 0,208 |
| | Hayır | 21 | 6,2 | 10 | 4,9 | 11 | 8,1 | |
| | Fikrim yok | 87 | 25,6 | 58 | 28,4 | 29 | 21,3 | |
| **İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik** | Evet | 191 | 56,2 | 108 | 52,9 | 83 | 61,0 | 0,002 |
| | Hayır | 38 | 11,2 | 16 | 7,8 | 22 | 16,2 | |
| | Fikrim yok | 111 | 32,6 | 80 | 39,2 | 31 | 22,8 | |
| **Uzun süreli öksürük** | Evet | 237 | 69,7 | 145 | 71,1 | 92 | 67,6 | 0,150 |
| | Hayır | 28 | 8,2 | 12 | 5,9 | 16 | 11,8 | |
| | Fikrim yok | 75 | 22,1 | 47 | 23,0 | 28 | 20,6 | |
| **Ben ve siğillerde değişiklik** | Evet | 254 | 74,7 | 156 | 76,5 | 98 | 72,1 | 0,063 |
| | Hayır | 20 | 5,9 | 7 | 3,4 | 13 | 9,6 | |
| | Fikrim yok | 66 | 19,4 | 41 | 20,1 | 25 | 18,4 | |

Kanser belirtileri ile yaş grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında "memede ya da vücutta hissedilen kitlenin", "vücudun herhengi bir yerinde ağrının", "vücudun herhangi bir yerinden olan olağan dışı kanamanın" kanser belirtileri olduğu' bilgileri

bakımından 18-39 yaş, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireyler arasında anlamlı fark saptandı. (p:0,011 p:0,001 p:0,023). Yaş grubu küçüldükçe memede ya da vücutta hissedilen kitlenin ve vücudun herhangi bir yerinde olan ağrının kanser belirtisi olduğunu düşünenlerin oranı artmaktaydı. En yüksek oranda 40-64 yaş grubu, vücudun herhangi bir yerinden olağan dışı kanamanın kanser belirtisi olduğunu biliyordu.

Araştırmaya katılan bireylerin kanser belirtileri konusunda bilgi düzeyleri lise altı ve lise üstü bireylerin okuryazar olmayanlara kıyasla daha yüksekti. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre "iyileşmeyen yaraların", "memede ya da vücutta hissedilen kitlenin", "idrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişikliğin", "ben ve siğillerdeki değişikliğin" kanser belirtisi olduğu bilgileri bakımından okuryazar olmayanlar, lise altı, lise ve üstü eğitim düzeyli bireyler arasında anlamlı fark saptandı (p:0,001 p:0,003 p:0,008 p:0,045).

Eğitim düzeyi arttıkça memede ya da vücutta hissedilen kitlenin, idrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişikliğin, ben ve siğillerdeki değişikliğin kanser belirtisi olduğunu düşünenlerin oranı artmaktaydı. Okuryazar olmayan bireylerin %66,7'sinin iyileşmeyen yaraların; %57,1'inin idrar ve dışkılamadaki değişikliğin kanser belirtileri olması konusunda fikri yoktu.

### 4.6. Kanserden Korunma Önlemleri Bilme ve Sosyo-demografik Faktörlerle İlişkisi

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanserden korunma önlemleri Tablo 12'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %50,6'sının sağlıklı beslenerek, %66,5'inin sigara içmeyerek, %45,9'unun radyasyondan kaçınarak, %14,7'sinin kanser taraması yaptırarak kanserden korundukları saptandı.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre fiziksel aktivite yaparak ve sigara içmeyerek kanserden korunmak bakımından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,033 p:0,004). Erkekler kadınlara göre daha fazla fiziksel aktivite yapıyordu, kadınlar erkeklere göre daha az sigara içiyordu.

Araştırmaya katılan bireylerin %36,8'i kanserden korunmak için hiçbir şey yapmadığını belirtmişti.

Tablo 12: Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanserden korunma önlemleri

| | | Cinsiyet | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Total | | Kadın | | Erkek | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **Sağlıklı besleniyorum** | Evet | 172 | 50,6 | 100 | 49,0 | 72 | 52,9 | 0,479 |
| | Hayır | 168 | 49,4 | 104 | 51,0 | 64 | 47,1 | |
| **Fiziksel aktivite yapıyorum** | Evet | 110 | 32,4 | 57 | 27,9 | 53 | 39,0 | 0,033 |
| | Hayır | 230 | 67,6 | 147 | 72,1 | 83 | 61,0 | |
| **Sigara içmiyorum** | Evet | 226 | 66,5 | 148 | 72,5 | 78 | 57,4 | 0,004 |
| | Hayır | 114 | 33,5 | 65 | 27,5 | 58 | 46,2 | |
| **Ultraviyole ışınlardan kaçınıyorum** | Evet | 120 | 35,3 | 75 | 36,8 | 45 | 33,1 | 0,487 |
| | Hayır | 220 | 64,7 | 129 | 63,2 | 91 | 66,9 | |
| **Konserve tüketmiyorum** | Evet | 100 | 29,4 | 62 | 30,4 | 38 | 27,9 | 0,627 |
| | Hayır | 240 | 70,6 | 142 | 69,6 | 98 | 72,1 | |
| **Radyasyondan kaçınıyorum** | Evet | 156 | 45,9 | 89 | 43,6 | 67 | 49,3 | 0,307 |
| | Hayır | 184 | 54,1 | 115 | 56,4 | 69 | 50,7 | |
| **Kanser taraması yaptırıyorum** | Evet | 50 | 14,7 | 35 | 17,2 | 15 | 11,0 | 0,118 |
| | Hayır | 290 | 85,3 | 169 | 82,8 | 121 | 89,0 | |
| **Hiçbir şey yapmıyorum** | Evet | 125 | 36,8 | 79 | 38,7 | 46 | 33,8 | 0,358 |
| | Hayır | 215 | 63,2 | 125 | 61,3 | 90 | 66,2 | |

Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre kanserden korunma önlemleri Tablo 13'te verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre sağlıklı beslenerek, fiziksel aktivite yaparak, UV ışınlardan kaçınarak, konserve tüketmeyerek, radyasyondan kaçınarak, kanser taraması yaptırarak kanserden korunma önlemleri bakımından18-39 yaş, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireyler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,005 p:0,002 p:0,004 p:0,023 p:0,011 p:0,002). 40-64 yaş grubunun daha fazla sağlıklı beslenerek kanserden korunma önlemi aldığı saptandı. En az 65 yaş ve üstü bireyler sağlıklı beslendiği saptandı.

Yaş grubu arttıkça fiziksel aktivite yapanların, radyasyondan kaçınanların oranı azalıyordu. 40-64 yaş bireylerin %23,6'sının kanser taraması yaptırarak kanserden korunduğu saptandı.

Tablo 13: Araştırma grubundaki bireylerin yaş gruplarına göre kanserden korunma önlemleri

| | | Yaş | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 18-39 yaş | | 40-64 yaş | | 65 yaş ve üstü | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | p |
| **Sağlıklı besleniyorum** | Evet | 103 | 52,6 | 67 | 52,8 | 2 | 11,8 | 0,005 |
| | Hayır | 93 | 47,4 | 60 | 47,2 | 15 | 88,2 | |
| **Fiziksel aktivite yapıyorum** | Evet | 77 | 39,3 | 32 | 25,2 | 1 | 5,9 | 0,002 |
| | Hayır | 119 | 60,7 | 95 | 74,8 | 16 | 94,1 | |
| **Sigara içmiyorum** | Evet | 130 | 66,3 | 75 | 59,1 | 9 | 52,9 | 0,284 |
| | Hayır | 66 | 33,7 | 52 | 40,9 | 8 | 47,1 | |
| **Ultraviyole ışınlardan kaçınıyorum** | Evet | 78 | 39,8 | 42 | 33,1 | 0 | 0,0 | 0,004 |
| | Hayır | 118 | 60,2 | 85 | 66,9 | 17 | 100 | |
| **Konserve tüketmiyorum** | Evet | 62 | 31,6 | 38 | 29,9 | 0 | 0,0 | 0,023 |
| | Hayır | 134 | 68,4 | 89 | 70,1 | 17 | 100 | |
| **Radyasyondan kaçınıyorum** | Evet | 97 | 49,5 | 57 | 44,9 | 2 | 11,8 | 0,011 |
| | Hayır | 99 | 50,5 | 70 | 55,1 | 15 | 88,2 | |
| **Kanser taraması yaptırıyorum** | Evet | 18 | 9,2 | 30 | 23,6 | 2 | 11,8 | 0,002 |
| | Hayır | 178 | 90,8 | 97 | 76,4 | 15 | 88,2 | |
| **Hiçbir şey yapmıyorum** | Evet | 70 | 35,7 | 45 | 35,4 | 10 | 58,8 | 0,154 |
| | Hayır | 126 | 64,3 | 82 | 64,6 | 7 | 41,2 | |

Araştırma grubundaki bireylerin eğitim düzeylerine göre kanserden korunma önlemleri Tablo 14'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite yapma, sigara içmeme, ultraviyole ışınlardan kaçınma, konserve tüketmeme, radyasyondan kaçınma yollarıyla kanserden korunma önlemleri bakımlarından okuryazar olmayanlar, lise altı, lise ve üstü eğitim düzeyli bireyler arasında yüksek düzeyde anlamlı fark saptandı ($p<0,001$ $p<0,001$ $p<0,001$ $p<0,001$ $p<0,001$ $p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı beslenerek, fiziksel aktivite yaparak, radyasyondan kaçınarak, kanser taraması yaptırarak kanserden korunanların oranı

artıyordu. Lise ve üstü eğitim düzeyli bireylerin %75,3'ü sigara içmeyerek, %19,2'si kanser taraması yaptırarak kanserden korunduklarını belirtti.

Tablo 14: Araştırma grubundaki bireylerin eğitim düzeylerine göre kanserden korunma önlemleri

| | | Eğitim Düzeyi | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Okuryazar değil | | Lise altı | | Lise ve üstü | | |
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | p |
| **Sağlıklı besleniyorum** | Evet | 24 | 36,9 | 50 | 38,8 | 98 | 67,1 | <0,001 |
| | Hayır | 41 | 63,1 | 79 | 61,2 | 48 | 32,9 | |
| **Fiziksel aktivite yapıyorum** | Evet | 16 | 24,6 | 34 | 26,4 | 60 | 41,1 | <0,001 |
| | Hayır | 49 | 75,4 | 95 | 73,6 | 86 | 58,9 | |
| **Sigara içmiyorum** | Evet | 39 | 60,0 | 65 | 50,4 | 110 | 75,3 | <0,001 |
| | Hayır | 26 | 40,0 | 64 | 49,6 | 36 | 24,7 | |
| **Ultraviyole ışınlardan kaçınıyorum** | Evet | 17 | 26,2 | 30 | 23,3 | 73 | 50,0 | <0,001 |
| | Hayır | 48 | 73,8 | 99 | 76,7 | 73 | 50,0 | |
| **Konserve tüketmiyorum** | Evet | 17 | 26,2 | 27 | 20,9 | 56 | 38,4 | <0,001 |
| | Hayır | 48 | 73,8 | 102 | 79,1 | 90 | 61,6 | |
| **Radyasyondan kaçınıyorum** | Evet | 21 | 32,3 | 42 | 32,6 | 93 | 63,7 | <0,001 |
| | Hayır | 44 | 67,7 | 87 | 67,4 | 53 | 36,3 | |
| **Kanser taraması yaptırıyorum** | Evet | 7 | 10,8 | 15 | 11,6 | 28 | 19,2 | 0,538 |
| | Hayır | 58 | 89,2 | 114 | 88,4 | 118 | 80,8 | |
| **Hiçbir şey yapmıyorum** | Evet | 34 | 52,3 | 63 | 48,8 | 28 | 19,2 | <0,001 |
| | Hayır | 31 | 47,7 | 66 | 51,2 | 118 | 80,8 | |

### 4.7. Kişilerin kanser teşhis ve tedavi karşısındaki tutumlarının değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek konusundaki tutumları Tablo 15' de verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek istemeleri bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmadı. Katılımcıların %77,9'u kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek istediklerini belirtti.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek istemeleri bakımından 18-39 yaş, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireyler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,014). 65 yaş ve üstü bireylerin %76,7'si kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek istediklerini belirtti.

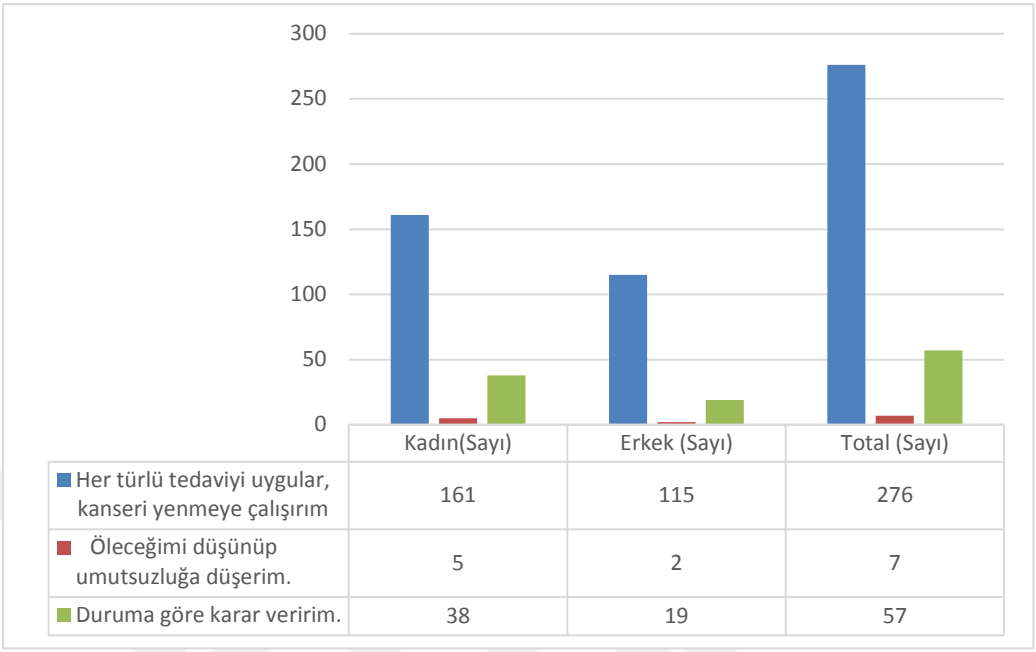
Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine göre kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek istemeleri bakımından okuryazar olmayanlar, lise altı, lise ve üstü eğitim düzeyli bireyler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,006). Kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek isteyeceğini en fazla belirten grup lise altı eğitim düzeyli bireylerdi.

Tablo 15: Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre kanser hastası olmaları durumunda hastalığı öğrenmek konusundaki tutumları

| | Tutumlar | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tanımlayıcı özellikler** | Evet | | Hayır | | Duruma göre | | P |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| | | | | | | | **Cinsiyet** |
| **Kadın** | 150 | 73,5 | 21 | 10,3 | 33 | 16,2 | 0,056 |
| **Erkek** | 115 | 84,6 | 8 | 5,9 | 13 | 9,6 | |
| | | | | | | | **Yaş grupları** |
| **18-39** | 152 | 77,6 | 11 | 5,6 | 33 | 16,8 | 0,014 |
| **40-64** | 100 | 78,7 | 14 | 11 | 13 | 10,2 | |
| **65 yaş ve üstü** | 13 | 76,5 | 4 | 23,5 | 0,0 | 0,0 | |
| | | | | | | | **Eğitim düzeyi** |
| **Okuryazar değil** | 49 | 75,4 | 5 | 7,7 | 11 | 16,9 | 0,006 |
| **Lise altı** | 104 | 80,6 | 13 | 10,1 | 12 | 9,3 | |
| **Lise ve üstü** | 112 | 76,7 | 11 | 7,5 | 23 | 15,8 | |

.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kanser hastası olmaları durumunda tedavi konusunda tutumları Şekil 5’ de verilmektedir. Cinsiyet ile tedavi tutumları arasında ilişki saptanmadı.




| | Kadın(Sayı) | Erkek (Sayı) | Total (Sayı) |
|---|---|---|---|
| Her türlü tedaviyi uygular, kanseri yenmeye çalışırım | 161 | 115 | 276 |
| Öleceğimi düşünüp umutsuzluğa düşerim. | 5 | 2 | 7 |
| Duruma göre karar veririm. | 38 | 19 | 57 |

Şekil 5: Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre kanser hastası olmaları durumunda tedavi konusunda tutumları

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre kanser hastası olmaları durumunda tedavi konusunda tutumları bakımından 18-39 yaş, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireyler arasında anlamlı fark saptandı (p:0,034). 40-64 yaş grubu bireylerin %84,3'ünün, 65 yaş ve üstü bireylerin ise %82,4'ünün her türlü tedaviyle kanseri yenmeye çalışacaklarını düşündükleri saptandı.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine göre kanser hastası olmaları durumunda tedavi konusunda tutumları bakımından okuryazar olmayanlar, lise altı, lise üstü eğitim düzeyli bireyler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,006). Lise altı eğitim düzeyli bireylerin %86'sı lise ve üstü eğitimli bireylerin %80,1'i her türlü tedaviyi uygulayıp kanseri yenmeye çalışacaklarını belirtmişti. Okuryazar olmayanların %21,5'i tedavi konusunda duruma göre karar vereceklerini belirtti.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre "tedaviye rağmen iyileşme ihtimalinin düşük olduğu kanser hastası olmaları" durumunda tedavi konusunda tutumları bakımından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların %55,3'ü her şeye rağmen tedavi olacaklarını, %20,6'sı öleceğini kabullenip kalan ömrünü dilediği gibi geçireceklerini, %24,1'i duruma göre karar vereceklerini belirtti.

Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre aileden birinin kansere yakalanması durumunda kendisine hastalığı söylemek konusunda tutumları Tablo 16'da verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre aileden birinin kansere yakalandığını öğrenmesi durumunda kendisine hastalığını söylemek konusundaki tutumları bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark saptandı(p:0,001). Erkekler kadınlardan daha fazla oranda hastalığı kişiye söyleme tutumunda olacaklarını belirtmişti. Kadınların %47,1'i duruma göre karar vereceklerini belirtti.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre aileden birinin kansere yakalandığını öğrenmesi durumunda kendisine hastalığını söylemek konusundaki tutumları bakımından 18-39 yaş, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireylerin yüksek düzeyde arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Hastalığı kişiye söylemek konusundaki tutum en fazla 65 yaş ve üstü bireylerdeydi.18-39 yaş grubu bireylerin %49,5'i duruma göre karar vereceğini belirtti

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine göre aileden birinin kansere yakalandığını öğrenmesi durumunda kendisine hastalığını söylemek konusundaki tutumları bakımından okuryazar olmayanlar, lise altı, lise üstü eğitim düzeyli bireyler arasında yüksek düzeyde anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Hastalığı kişiye söylemek konusundaki tutum en fazla lise ve üstü eğitim düzeyli bireylerdeydi.

Tablo 16: Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre "Aileden birinin kansere yakalanması durumunda kendisine hastalığını söylemek" konusundaki tutumları

| | Tutumlar | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tanımlayıcı özellikler** | Evet | | Hayır | | Duruma göre | | P |
| **Cinsiyet** | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| **Kadın** | 54 | 26,5 | 54 | 26,5 | 96 | 47,1 | |
| **Erkek** | 63 | 46,3 | 23 | 16,9 | 50 | 36,8 | 0,001 |
| | | | | | | | **Yaş grupları** |
| **18-39** | 72 | 36,7 | 27 | 13,8 | 97 | 49,5 | |
| **40-64** | 38 | 29,9 | 42 | 33,1 | 47 | 37 | <0,001 |
| **65 yaş ve üstü** | 7 | 41,2 | 8 | 47,1 | 2 | 11,8 | |
| | | | | | | | **Eğitim düzeyi** |
| **Okuryazar değil** | 20 | 30,8 | 13 | 20 | 32 | 49,2 | <0,001 |
| **Lise altı** | 42 | 32,6 | 39 | 30,2 | 48 | 37,2 | |
| **Lise ve üstü** | 55 | 37,7 | 25 | 17,1 | 66 | 45,2 | |

### 4.8. Kişilerin Kanser Taramasına Bakış Açıları

Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre kanser taraması için doktor tarafından yönlendirilme durumları Tablo 17'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre kanser taraması için doktor tarafından yönlendirilme durumları bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,022). Kadınlar erkeklere göre kanser taraması için daha fazla doktor tarafından yönlendirilmişti.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre kanser taraması yaptırmak için doktor yönlendirilmesi durumları bakımından 18-39 yaş, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireyler arasında yüksek düzeyde anlamlı fark bulundu (p<0,001). En yüksek oranda doktor tarafından yönlendirilen grup 40-64 yaş grubu bireylerdi.

Tablo 17: Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre kanser taraması için doktor tarafından yönlendirilme durumları

| | Kanser taraması için yönlendiren doktor oldu mu? | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tanımlayıcı özellikler** | Evet | | Hayır | | |
| **Cinsiyet** | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **Kadın** | 38 | 18,6 | 166 | 81,4 | |
| **Erkek** | 13 | 9,6 | 123 | 90,4 | 0,022 |
| **18-39** | 17 | 8,7 | 179 | 91,3 | <0,001 |
| **40-64** | 32 | 25,2 | 95 | 74,8 | |
| **65 yaş ve üstü** | 2 | 11,8 | 15 | 88,2 | |
| **Okuryazar değil** | 6 | 9,2 | 59 | 90,8 | 0,435 |
| **Lise altı** | 15 | 11,6 | 114 | 88,4 | |
| **Lise ve üstü** | 30 | 20,5 | 116 | 79,5 | |

Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre kanser taraması için başvuru durumları Tablo 18'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %27,4'ü kanser taraması yaptırmak için başvurduğunu belirtti. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre kanser taraması yaptırmak için başvuru durumları bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu (p:0,002). Kadınlar erkeklere göre daha fazla kanser taraması yaptırmak için başvuruda bulunduğunu belirtmişti.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre kanser taraması yaptırmak için başvuru durumları bakımından18-39 yaş, 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü bireyler arasında yüksek düzeyde anlamlı fark bulundu (p<0,001). Kanser taraması yaptırmak için başvuran 40-64 yaş grubu bireylerin oranı %49,6 idi.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine göre kanser taraması yaptırmak için başvuru durumları bakımından okuryazar olmayan, lise altı, lise ve üstü eğitim düzeyli bireyler arasında yüksek düzeyde anlamlı fark bulundu

(p<0,001). Okuryazar olmayan bireylerin kanser taraması yaptırmak için başvuranların yüzdesi %23,1 idi.

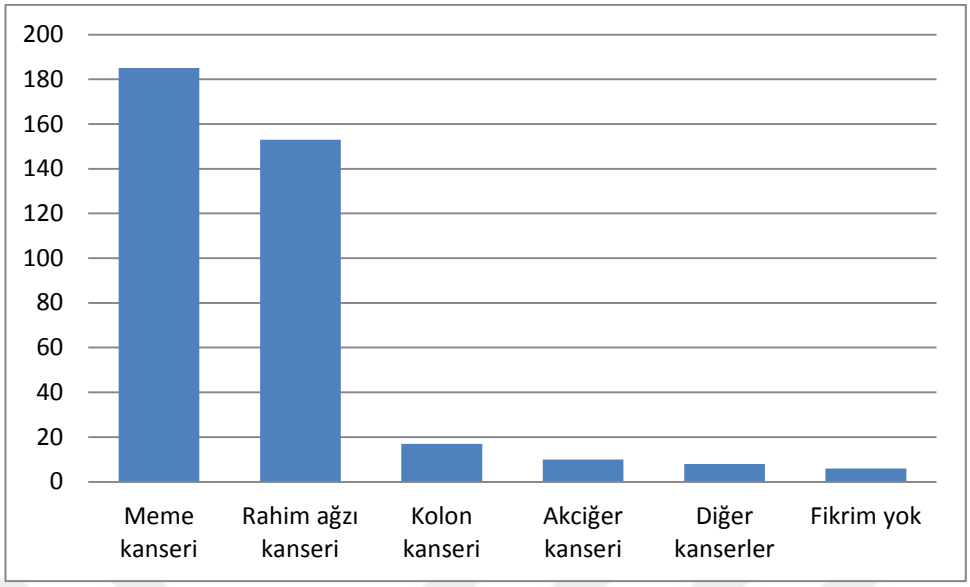
Tablo 18: Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre kanser taraması için başvuru durumlarının dağılımı

| | **Kanser taraması yaptırmak için başvuru durumları** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tanımlayıcı özellikler** | Evet | | Hayır | | |
| **Cinsiyet** | Sayı | % | Sayı | % | P |
| **Kadın** | 68 | 33,3 | 136 | 66,7 | |
| **Erkek** | 25 | 18,4 | 111 | 81,6 | 0,022 |
| **18-39** | 23 | 11,7 | 173 | 88,3 | |
| **40-64** | 63 | 49,6 | 64 | 50,4 | <0,001 |
| **65 yaş ve üstü** | 7 | 41,2 | 10 | 58,8 | |
| **Okuryazar değil** | 15 | 23,1 | 50 | 76,9 | |
| **Lise altı** | 40 | 31 | 89 | 69 | <0,001 |
| **Lise ve üstü** | 38 | 26 | 108 | 74 | |

### 4.9. Kadın Kanserleri ve Tarama Yaptırma Durumları

Araştırmaya katılan kadın bireylere göre kadınlarda en sık görülen kanserler Şekil 6'da verilmektedir.

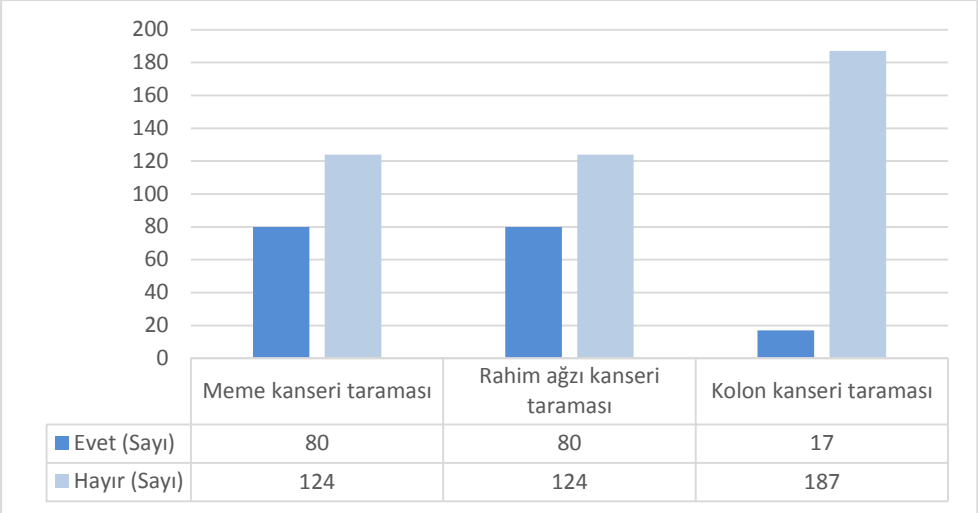
Araştırmaya katılan kadın bireylerin %90,7'si meme kanserinin, %75'i rahim ağzı kanserinin, %8,3'ü kolon kanserinin kadınlarda en sık görülen kanserler olduğunu düşünüyordu. Kadınların %2,9'unun kadınlarda en sık görülen kanserler hakkında fikri yoktu.




Şekil 6: Araştırmaya katılan kadın bireylere göre kadınlarda en sık görülen kanserler

Araştırmaya katılan kadın bireylerin kanser taraması yaptırma durumları Şekil 7' de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin meme kanseri taraması yaptırma oranı %39,2, serviks kanseri taraması yaptırma oranı %39,2, kolon kanseri taraması yaptırma oranı %8,3 olarak saptandı.

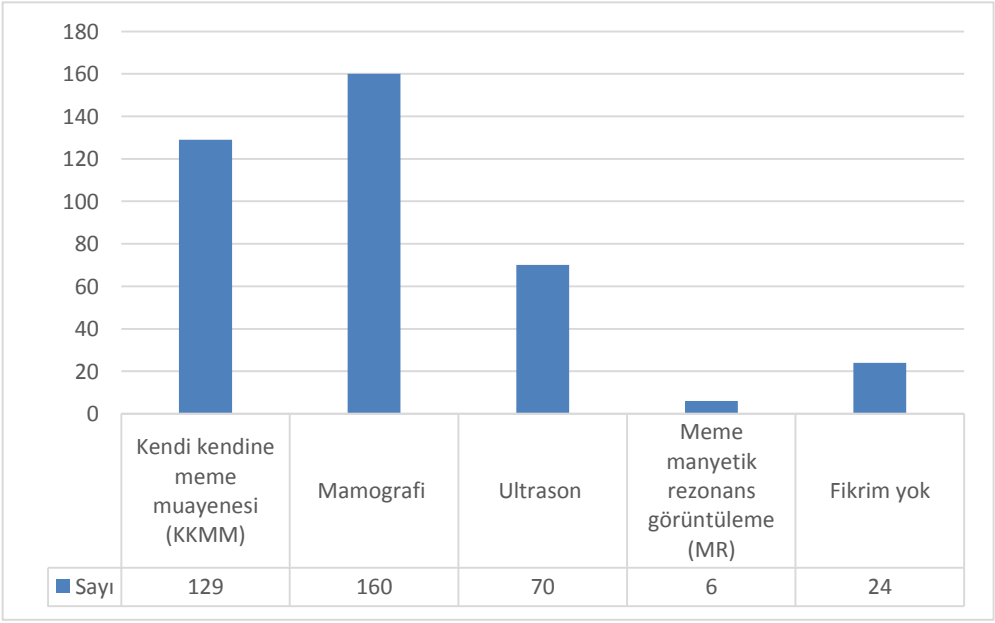



Şekil 7: Araştırmaya katılan kadın bireylerin kanser taraması yaptırma durumları

### 4.9.1. Meme Kanseri

Araştırmaya katılan kadın bireylere göre meme kanseri tarama yöntemleri Şekil 8'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin%78,4'ü mamografinin, %63,2'si KKMM' sinin, %34,3'ü ultrasonun meme kanseri tarama yöntemi olduğunu belirtti.



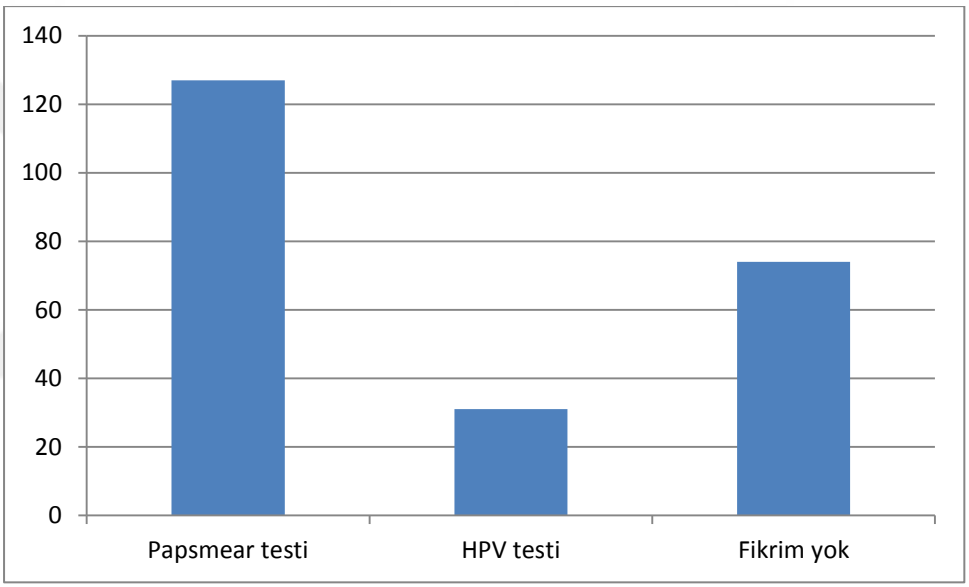

Şekil 8. Araştırmaya katılan kadın bireylere göre meme kanseri tarama yöntemleri

Kadın katılımcıların %11,8'inin meme kanseri tarama yöntemleri hakkında fikri yoktu.

### 4.9.2 Rahim Ağzı Kanseri

Araştırmaya katılan kadın bireylere göre rahim ağzı kanseri tarama yöntemleri Şekil 9'da verilmektedir.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin %62,3'üne göre serviks kanseri tanı yöntemi pap smear testiydi. Kadın bireylerin %36,3'ü serviks kanseri tarama yöntemlerini bilmiyordu.




Şekil 9: Araştırmaya katılan kadın bireylere göre rahim ağzı kanseri tarama yöntemleri

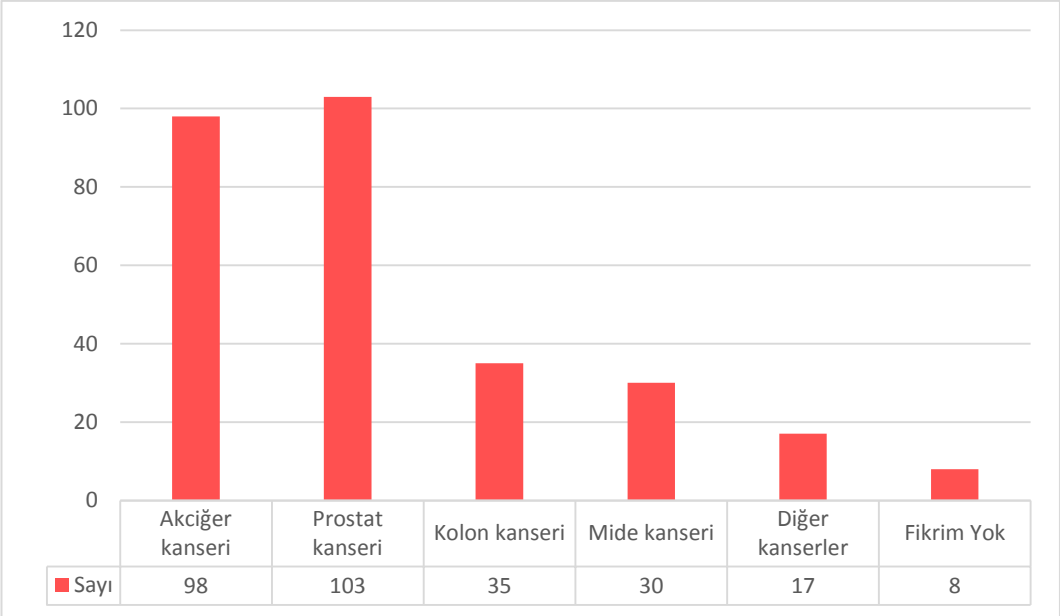
### 4.10. Erkek Kanserleri

Araştırmaya katılan erkek bireylerin %75,7' ine göre prostat kanseri, %72,1'ine göre akciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanserlerdi. Araştırmaya katılan erkek bireylerin %5,9'unun erkeklerde en sık görülen kanserler hakkında fikri yoktu.

#### 4.10.1. Kolon Kanseri

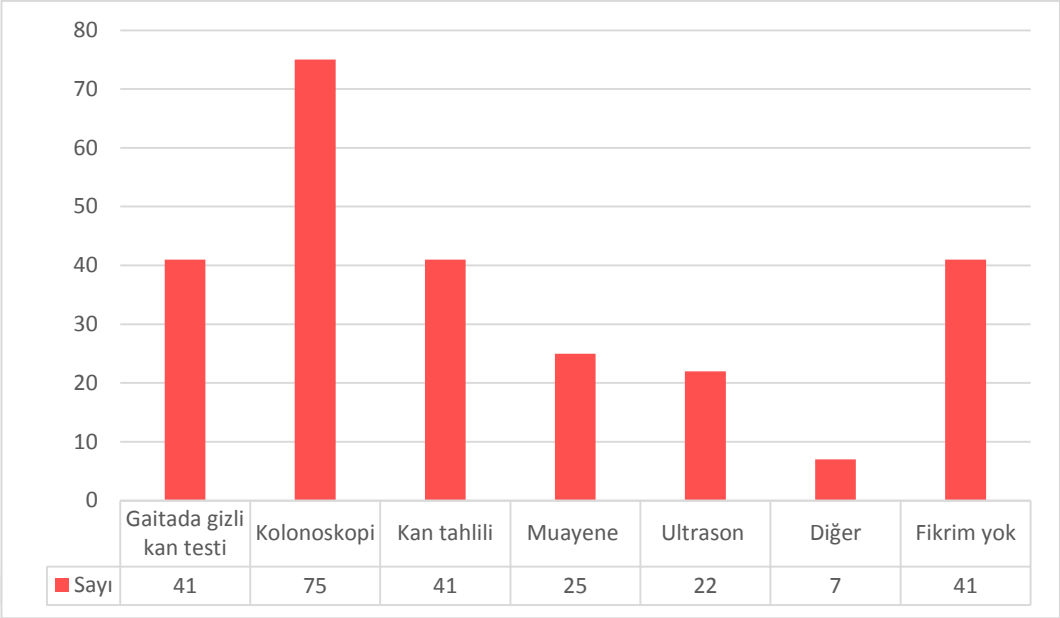
Araştırmaya katılan erkek bireylere göre erkeklerde en sık görülen kanserler Şekil 10'da verilmektedir.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin %55,1'i kolonoskopinin, %30,1'i gaitada gizli kan testinin, %30,1'i kan tahlilinin kolon kanseri tarama yöntemi olduğunu belirtti. Erkek bireylerin %30,1'inin kolon kanseri tarama yöntemleri hakkında fikri yoktu.




Şekil 10: Araştırmaya katılan erkek bireylere göre erkeklerde en sık görülen kanserler

Araştırmaya katılan erkek bireylere göre kolon kanseri tarama yöntemleri Şekil 11'de verilmektedir.

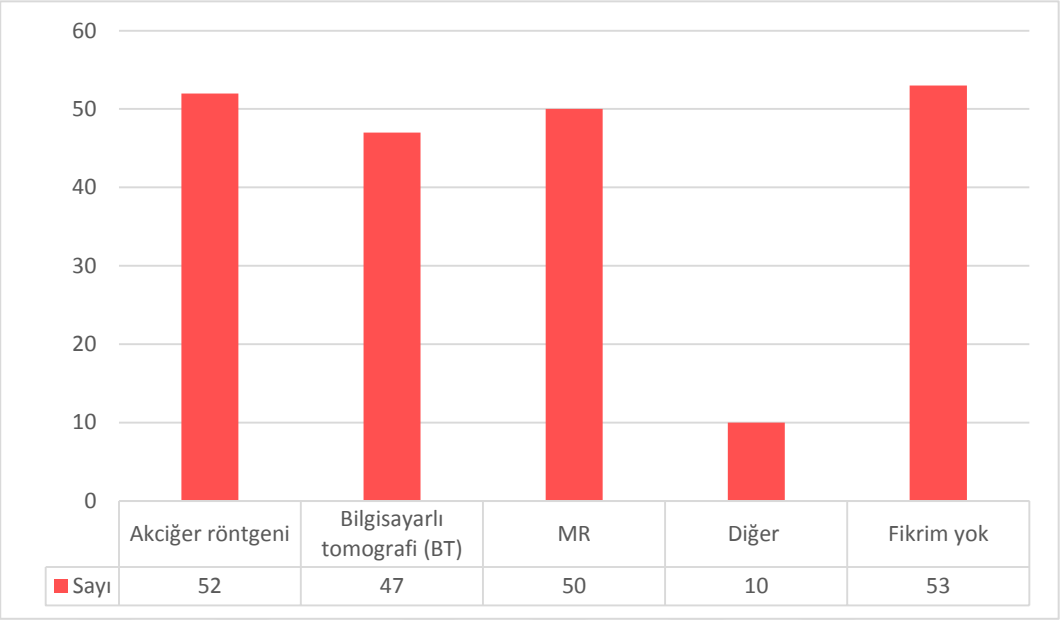



Şekil 11: Araştırmaya katılan erkek bireylere göre kolon kanseri tarama yöntemleri

### 4.10.2. Akciğer Kanseri

Araştırmaya katılan erkek bireylere göre akciğer kanseri tarama yöntemleri Şekil 12'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkek bireylere göre akciğer kanseri tarama yöntemleri Şekil 10' da verilmektedir. Araştırmaya katılan erkek bireylerin %38,2'si röntgen ile, %36,8'si MR ile, %34,6'sı BT ile akciğer kanseri taraması yapıldığını düşündükleri saptandı. Erkek bireylerin %39'unun akciğer kanseri tarama yöntemi konusunda fikri yoktu.

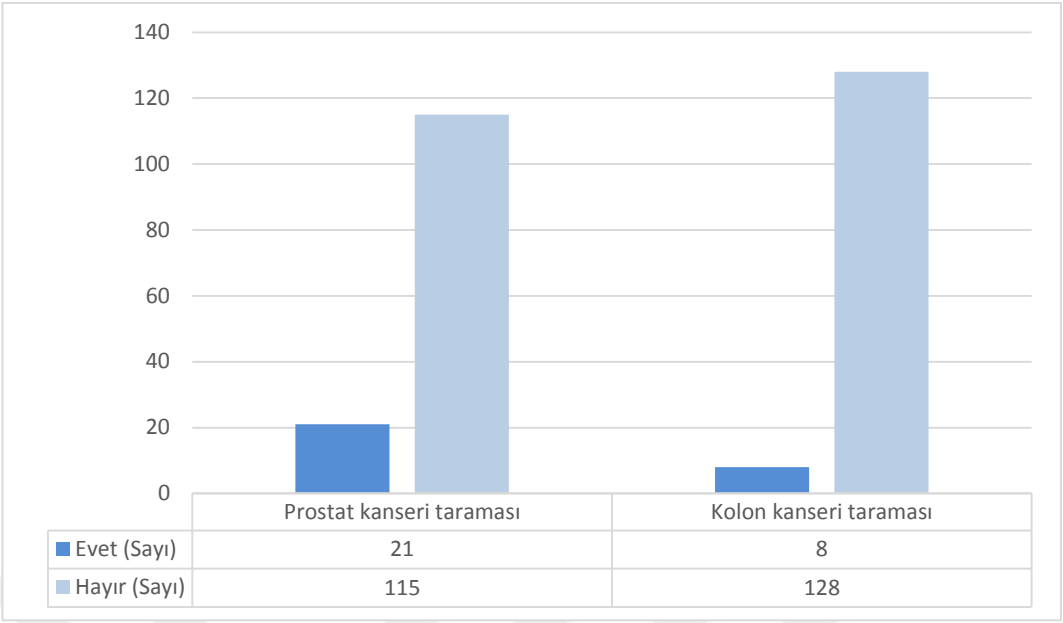



Şekil 12: Araştırmaya katılan erkek bireylere göre akciğer kanseri tarama yöntemleri

### 4.10.3. Prostat Kanseri

Araştırmaya katılan erkek bireylerin prostat kanseri ve kolon kanseri taraması yaptırma durumları Şekil 13'te verilmektedir

Araştırmaya katılan erkek bireylerin %15,4'ü prostat kanseri taraması, %5,9'u kolon kanseri taraması yaptırdığını belirtmişti.




Şekil 13: Araştırmaya katılan erkek bireylerin prostat kanseri ve kolon kanseri taraması yaptırma durumları

# 5.TARTIŞMA

Kanser; tüm dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır. Kanserde erken tanı hayat kurtarıcı rol oynamaktadır.

Kanser sadece genetik yatkınlıkla açıklanabilen bir hastalık olmamakla birlikte başta sigara kullanımı olmak üzere beslenme, solunan hava, yaşanılan çevre şartları, sedanter yaşam şekli ve diğer birçok faktör ile ilişkili olarak gelişebilen bir hastalık türüdür (2). Ancak bunların yanı sıra birincil ve ikincil korunma ile kanserin büyük bir çoğunluğu önlenebilmektedir. Bu noktada kanserin erken teşhisi için kanser taramalarının önemi büyüktür. Kanserle mücadelede başarılı olabilmek için bireylerin kanser ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının bilinmesi önem taşımaktadır. Bizim çalışmamızdaki amacımız da bireylerin kanser hakkında bilgi tutum ve davranışlarını ölçmektir.

Araştırma grubundaki bireylerin (n:204) %60'ı kadın, (n:136) %40'ı erkekti. Araştırma grubunda yaşa göre dağılım açısından kadın ve erkekler arasında fark yoktu. Öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde öğrenim düzeyi kadınlarda düşüktü (p:0,001). Sosyoekonomik gelir düzeyine baktığımızda kadınların 1700 TL ve altı oranı yüksekken erkeklerin 3000 TL ve üstü gelir oranı yüksekti (p:0,003). Katılımcıların %33,5'i sigara içiyorken bu oran kadınlarda %27,5 erkeklerde %42,6 idi (p:0,004). Araştırma grubunun (n:13) %3,8'i kimyasal ve kanserojen madde maruziyeti olan mesleklerde (gemi sanayi, kot boyama, baca temizleme, ayakkabı imalatı) çalışmış ya da çalışmaktadır. Araştırmamıza katılan katılımcıların %49,1'inin ailesinde kanser hastası olduğunu saptadık (Şekil 1). Kadın katılımcıların %51'inin, erkek katılımcıların %46,3'ünün ailesinde kanser hastası vardı.

Ailesinde kanser hastası olanların "ailede kanser hastası varsa/olsaydı bu durum beni araştırmaya yönlendirirdi" diyenlerin oranı %64,1 iken, ailesinde kanser hastası olmayanların "ailede kanser hastası varsa/olsaydı bu durum beni araştırmaya yönlendirirdi" diyenlerin oranı %85 idi. Aile ve yakın çevrede kanser öyküsünün, bireylerde kanser taramaları konusunda farkındalık oluşturmasını beklerken oranları bu şekilde saptamamız şaşırtıcıydı.

### 5.1. Bireylerin Kanser İle İlgili Algıları

Çalışmamıza katılan bireylerin %70,6'sı kanserin ölümcül olduğunu düşünüyordu. Kanserin ölümcül olduğunu en çok düşünen grup okuryazar olmayanlardı (p:0,008). Gültekin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kanserin ölümcül olduğunu düşünenlerin oranını %93,1 olarak belirtmektedir (34). Dr. Mumcu doktora tezinde kanserin ölümcül olduğunu düşünenlerin oranını %92,2 olarak belirtmiştir (35). Çetingöz ve arkadaşları çalışmasında kanserin ölümle sonuçlanan bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranını %87 olarak belirtmektedir (36). Erdem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kanserin ölümcül olduğunu düşünenlerin oranını %55,2 olarak belirtmektedir (37). Duran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %53,9'unun kanserin ölümcül olduğunu düşündükleri belirtilmektedir (38). Dr. Korkmaz yüksek lisans tezinde kanseri ölümcül olarak görenlerin oranını %47 olarak belirtmektedir (39). Literatürde farklı oranların olmasının nedeninin çalışılan grupların farklılıklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların %80,9'u kanseri en ölümcül hastalık olarak belirtmektedir (40). Bizim çalışmamızda kadınların %66,7'si, erkeklerin %76,5'i kanserin ölümcül olduğunu düşünmekteydi. Çalışma grubumuzda erkeklere göre kadınların kanserin daha az ölümcül olduğunu düşünmesinin sebebi eğitim durumlarına bakıldığında kadınların erkeklere göre öğrenim düzeyinin düşük olmasından dolayı olabilir.

Çalışmamızda kanserin tedavisi olan bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranı %53,2 idi, bu oran kadınlarda %53,9 erkeklerde %52,2 idi. Çalışmamızda kanserin erken tanı ile tedavisi olan bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranı ise %87,9'du. Kanserin erken tanı ile tedavisi olan bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranı eğitim düzeyi arttıkça ve yaş grubu küçüldükçe artmaktaydı. ($p<0,001$ $p<0,001$). Gültekin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kanserin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranını %37, erken tanıyla tedavisi olan bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranını ise %16 olarak belirtmiştir (34). Dr. Mumcu çalışmasında erken teşhisin hayat kurtarıcı olduğunu söyleyenlerin oranlarını kadınlarda %24 erkeklerde %33,1 olarak belirtmiş, yaş grubu ve eğitim durumlarına göre oranların

değişkenliğinin çalışmamızla benzer şekilde saptanmış olduğu belirtilmektedir (35). Dr. Korkmaz yüksek lisans tezinde katılımcıların %35,1'inin kanserin tedavi edilebilir olduğunu belirtmektedir (39). Çalışmamızda kanserin tedavisi olan bir hastalık olduğunu düşünenlerin oranının diğer çalışmalara göre yüksek olmasını; önceki yıllara göre birçok kanser türünün erken teşhis ile sağ kalımın artmasına ve çalışmamızın daha güncel olmasına bağlayabiliriz.

Kanserin bulaşıcı olduğunu düşünenler katılımcıların %7,9'uydu. Kanserin bulaşıcı olması yönünden eğitim durumlarına ve yaş gruplarına göre anlamlı fark saptadık ($p<0,001$ $p<0,001$). En çok okuryazar olmayanlar ve 65 yaş ve üstü bireyler kanserin bulaşıcı olduğunu düşünmekteydi. Dr. Mumcu doktora tezinde kanserin bulaşıcı olduğunu belirtenlerin oranını %13,8 olarak belirtmektedir (35). Gültekin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kanserin bulaşıcı olduğunu düşünenlerin oranını %3,6 olarak belirtmiştir (34). Kanserin bulaşıcı olması ile ilgili bilimsel bir veri olmamasına rağmen katılımcıların bir kısmının bu şekilde düşünmesi kanser sebepleri hakkındaki bilgi düzeyinin yetersizliğini göstermektedir.

### 5.2. Bireylerin Kanser Risk Faktörlerini Bilme Durumları

Çalışmamızdaki katılımcılara kanser risk faktörlerini sorduğumuzda katılımcıların %97,9'u sigara, %90,9'u sağlıksız yaşam tarzı, %90,9'u radyasyon, %82,4'ü genetik faktörler, %84,1'i stres, %58,8'i bazı virüs/bakteriler, %33,5'i ileri yaş olarak yanıtladı. Radyasyon ve genetik faktörlerin risk faktörleri olması konusunda kadınlar daha bilgiliydi. Sağlıksız yaşam tarzının kanser risk faktörü olduğunu bilenlerin oranı 18-39 yaş grubunda ve erkeklerde daha fazlaydı ($p:0,018$ $p:0,041$). İleri yaşın kanser risk faktörü olduğunu erkekler daha fazla biliyordu (0,018). Sigara, radyasyon, genetik faktörlerin kanser risk faktörleri olduğunu 18-39 yaş grubunun ve lise üstü eğitim düzeyli bireylerin daha fazla bildiğini saptadık. Dr. Korkmaz'ın yüksek lisans tez çalışmasında katılımcılar kanser nedenleri olarak en çok stres sıkıntı, sigara, genetik faktörler, dengesiz sağlıksız beslenme belirtmiştir (39). Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanserin nedenleri %84 oranında sigara, %99 oranında sağlıksız beslenme olarak belirtilmektedir (34). Dr. Mumcu doktora tezinde katılımcıların kanser nedenleri olarak sigara %95,7, radyasyon

%89,4, ailede kanser öyküsü %83, bazı virüs bakteriler %63,5, yaşlanma %44,4, üzüntü ve stresin oranını %86,4 olarak belirtmektedir (35). Erdem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kanser nedenlerinden sigara içmenin oranını %78,5, "stres ve üzüntü" oranını %71,2 olarak belirtmektedir (37). Bostıck ve arkadaşlarının Amerika'da (1993) yaptıkları çalışmada kanser belirtileri sırasıyla en çok sigara içmek, diyet, genetik faktörler olarak belirtmiştir (41).

Çalışmamızda stresin risk faktörü olması konusunda; cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeylerine göre fark yoktu. Stresin kansere neden olduğuna dair bilimsel verinin olmamasına rağmen katılımcıların yüksek oranda bu şekilde algılaması düşündürücüdür. Bu durumun bu türde algıların her yaş ve eğitim düzeyinde bilgi gereksiniminin olabileceğini göstermektedir. Stresin birçok hastalığa neden olduğu bilinmekte olup aynı zamanda internet televizyon gibi iletişim kaynakları insanlarda stresin kansere neden olduğu algısı oluşturmaktadır. Çalışmamız kanser risk faktörleri bilinme oranları diğer çalışmaları desteklemektedir.

### 5.3. Bireylerin Sigara Kanser İlişkisini Bilme Durumları

Çalışmamızda sigara içme oranı %33,5 olup bu oran kadınlarda %27,5 erkeklerde %42,6'dır. Duran ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara içenlerin oranı %24,2 olarak belirtilmektedir (38). Slusarska ve arkadaşlarının Polonya'da yaptıkları çalışmada sigara içenlerin oranı %24,3 olarak belirtilmektedir (42). Turgay ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada sigara içme oranlarını kadınlarda %36,2 erkeklerde %66,2 olarak belirtmektedir (43). Dr. Mumcu doktora tezinde sigara içme oranlarını kadınlarda %9,2 erkeklerde %36,5 olarak belirtmiştir (35). Çalışmamızdaki sigara içme oranları diğer çalışmalardaki gibi erkeklerde daha fazla orandadır. Türkiye'de toplu taşıma araçlarında, halka açık yerlerde sigara içmeyi kısıtlayan ve televizyon ve radyo, gazete ve dergilerde tütün reklamlarını yasaklayan, sigara karşıtı yasaların yürürlüğe girmesine rağmen, çalışmamızda sigara içme oranları yüksekti. Türkiye genelinde 2008 yılında 15 ve üstü yaş bireylerin %31,3'ü tütün kullanıyorken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür (44). TÜİK verilerine göre sigara içme oranı son yıllarda azalmaktadır, bunun sebebi bu çalışmalardır, çalışmaların devam etmesi sigara içme oranlarını azaltacaktır.

Katılımcıların %84,1'inin sigaranın akciğer kanserinin en sık nedeninin olduğunu ve %76,2'sinin sigaranın kanserlerin en sık nedeni olduğunu düşündüklerini saptadık. Sigara içen ve içmeyen bireyler arasında sigaranın kanserle ilişkisini bilmeleri açısından fark yoktu. Açıkgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların çoğunluğunun sigaranın zararları ve sigaranın kanserle ilişkisi bakımından doğru bilgilere sahip olduğu belirtilmektedir (20). Turgay ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sigara içmenin kanser nedeni olduğunu söyleyenlerin oranını %65,9 olarak belirtmiştir (43). Gültekin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigaranın kanserin nedenlerinden biri olduğunu bilenlerin oranı %84 olarak belirtilmiştir (34). Duran ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara içmenin kanser nedeni olduğunu bilenlerin oranı %92,2 olarak belirtmektedir (38). Dr. Mumcu çalışmasında sigara içmenin kansere neden olduğunu söyleyenlerin oranını erkeklerde %95,2, kadınlarda %96,2 olarak belirtmektedir.(35) Çalışmamızda katılımcıların sigara kanser ilişkisi hakkında bilgi düzeyinin belli düzeyde olduğu ve halen yetersiz olduğu görülmektedir.

### 5.4. Bireylerin Kanser Belirtilerini Bilme Durumları

Çalışmamızda katılımcıların %90,3'ü memede ya da vücutta hissedilen kitle, %74,7'si ben ve siğillerde değişiklik, %72,9'u aşırı kilo kaybı, %69,7'si uzun süreli öksürük, %68,2'si vücudun herhangi bir yerinden olan olağan dışı kanamanın kanser belirtileri olduğunu belirtmişti.

Çalışmamızda aşırı kilo kaybının kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını %72,9 olarak saptadık. Sosyo-demografik özelliklere göre fark yoktu. Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser belirtilerinden kilo kaybının oranını % 75,6 olarak belirtmiştir (37). Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada aşırı kilo kaybının kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını %72,5 olarak belirtmiştir (45). Dr. Ercan yaptığı çalışmada kanser belirtilerinden en sık ikinci kanser belirtisi olarak kilo kaybı olduğunu belirtmektedir (46). Çalışmamızdaki sonuçlar literatürle uyumludur.

Çalışmamızda iyileşmeyen yaraların kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını %60,9 olarak saptadık. Eğitim düzeyi arttıkça bilenlerin oranı artmaktaydı, erkekler kadınlara göre daha çok bilgiliydi (p<0,001 p:0,006). Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada iyileşmeyen yaraların kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı %39,8 olarak belirtmektedir (34). Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada iyileşmeyen yaraların kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı %36,9 olarak belirtilmiş, eğitim düzeyi yüksek olanların bilgi düzeyi daha yüksek olduğu belirtilmiştir (45). Çalışmamızda oranların yüksek olmasını çalışmamızın örnekleminin özelliklerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz ancak bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin artması literatürle uyumludur.

Çalışmamızda memede ya da vücutta hissedilen kitlenin kanser belirtisi olduğunu katılımcıların %90,7'si biliyordu. Okuryazar olmayanlar ve 65 yaş üstü bireyler daha az bilgiliydi. Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada memede ya da vücutta hissedilen kitlenin kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı %85,6, eğitim düzeyi yüksek olanların ve gençlerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (45). Çetingöz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada memede ele gelen şişliğin kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı %72,4 olarak belirtilmiş (36). Bizim çalışmamızda daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda vücudun herhangi bir yerinde olan ağrının kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını %62,6 saptadık. Yaş grupları arasında en çok bilen 18-39 yaş grubuydu (p:0,001). Dr. Mumcu'nun yaptığı çalışmada ağrının en sık söylenen ikinci kanser belirtisi olduğu belirtilmektedir (35).

Çalışmamızda yutma güçlüğünün kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı %60,9'du. Kadınlar daha bilgiliydi (p:0,008). Turgay ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada yutma güçlüğünün kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı kadın öğretmenlerde %47 erkek öğretmenlerde %34 olarak belirtilmiştir (43). Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada ise katılımcıların yutma güçlüğünün kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı %20,6 olarak belirtilmiştir (45).

Çalışmamızda vücudun herhangi bir yerinden olan olağan dışı kanamanın kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı %68,2 idi. 65 yaş ve üstü bireyler daha az

bilgiliydi (p:0,023). Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada olağan dışı kanamanın kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı %66,2 oranında olduğu ve genç kadınların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (45). Turgay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada olağan dışı kanamanın kanser belirtisi olduğunu bilen kadınların oranını %69,1, erkeklerde %46,9 olduğunu belirtmiştir (43). Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser belirtilerinden olağan dışı kanamaların oranını %47,4 olarak belirtmiştir (37).

Çalışmamızda idrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişikliğin kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını %56,2 olarak saptadık, eğitim düzeyi arttıkça bilenlerin oranı artmaktaydı, erkekler daha bilgiliydi. Turgay ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada mesane alışkanlıklarında değişikliğin kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını kadınlarda %42,3 erkeklerde %45,5 olarak belirtmiştir (43). Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada dışkılama alışkanlıklarında değişikliğin kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranının %32,5 olduğunu ve genç kadınların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (45).

Çalışmamızda uzun süreli öksürüğün kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını %69,7 saptadık. Cinsiyet, yaş grupları ve eğitim düzeylerine göre fark yoktu. Turgay ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada kalıcı öksürüğün kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını kadınlarda %55,7 erkeklerde %46,4 olarak belirtmiştir (43). Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser belirtilerinden sürekli öksürük veya ses kısıklığının oranını %51,7 olarak belirtmektedir (37).

Çalışmamızda ben ve siğillerde değişikliğin kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranını %74,7 olarak saptadık. Eğitim düzeyi arttıkça bilenlerin oranı artmaktaydı. Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada ben ve siğillerde değişikliğin kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranının %27,5 olduğunu ve genç kadınların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (45). Turgay ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada siğillerde değişikliğin kanser belirtisi olduğunu bilenlerin oranı kadın öğretmenlerde %90,6 erkek öğretmenlerde %76,1 olarak belirtilmiştir (43). İzmir'deki çalışmada bilenlerin oranının fazla çıkmasının sebebinin popülasyonun eğitim düzeyinin yüksek olmasından dolayı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda genel olarak kanser belirtilerinin sorgulanmasında literatüre göre daha yüksek oranda kanser belirtilerine doğru cevap verilmiştir. Bunun sebebinin bakanlığımızın kanser farkındalık çalışmalarının ( KETEM, mobil araç ve birinci basamak çalışmaları) sonucu olduğunu düşünmekteyiz.

### 5.5. Bireylerin Kanserden Korunma Önlemleri

Kanser türlerinin çoğu yaşam tarzı ya da çevresel risklerle ilişkilidir ve bu nedenle önlenebilirdir (5)**.** Çalışmamızda katılımcılara kanserden korunma önlemlerini sorguladığımızda katılımcıların %66,5'inin sigara içmeyerek, %50,6'sının sağlıklı beslenerek, %45,9'unun radyasyondan kaçınarak, %35,3'ünün UV ışınlardan kaçınarak, %32,4'ünün fiziksel aktivite yaparak, %14,7'sinin kanser taraması yaptırarak önlem aldıklarını saptadık. Çalışmamızda kanserden korunmak için hiçbir şey yapmayanların oranı %36,8 idi.

Dr. Mumcu çalışmasında kanserden korunmak için önlem almayanların oranını %66 olarak belirtmiştir, kanserden korunmak için önlem alanların ise en çok sırasıyla besinlere dikkat etmek, sigara içmemek, fiziksel aktivite yapmak olarak belirtmektedir (35). Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %79,4'ünün beslenmesine dikkat ederek, %70,9'unun sigara ve alkol kullanmayarak kanserden korunduklarını ve %81,4'ünün kanser taraması yaptırmadığını belirtmektedir (37).

Katılımcıların sigara içmemek, sağlıklı beslenmek, radyasyondan kaçınmak, UV ışınlardan kaçınmak, fiziksel aktivite yapmak, konserve tüketmemek gibi kanserden korunma önlemlerine baktığımızda eğitim düzeyi arttıkça önlem alanların oranının arttığını, 18-39 yaş ve 40-64 yaş grubunun 65 yaş üstüne göre daha çok önlem aldığını görmekteyiz. Duran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcıların kanserden korunmada en çok beslenmeye dikkat ettikleri belirtilmiş (38). Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada beslenmesine dikkat edenlerin oranını %62,2, sigara içmeyenlerin oranını %44,2, güneşten korunanların oranını %36,3, radyasyonlu ortamlardan kaçınanların oranını %32,9 olarak belirtmiştir (34). Açıkgöz ve arkadaşları çalışmalarında kadınların yaklaşık üçte ikisinin fiziksel aktivite yaptığını belirtmektedir (20). Slusarska ve arkadaşlarının Polonya'da yaptığı

çalışmada kanserden korunmada kadınların yüksek oranda sigara içmediği ve diyetlerinde hayvansal yağ tüketimini sınırlamış oldukları belirtilmektedir (42).

Çalışmamızda bireylerin kanserden korunma yöntemleri diğer çalışmalarla benzerdir. Bireylerin kanserden korunmak için önlem aldıklarını ve eğitim düzeyi arttıkça kanserden korunma bilincinin arttığını söyleyebiliriz. Ancak farkındalığın arttırılması için halk eğitimleri planlanmalı internet televizyon gibi toplu iletişim kaynaklarından yararlanılarak bilgilendirme yapılmalıdır.

### 5.6. Bireylerin Kanser Teşhis ve Tedavisi Karşısındaki Tutumları

Araştırmamızdaki katılımcıların kanser olmaları durumunda hastalığı öğrenmek isteyenlerin oranını %77,9 saptadık. 40-64 yaş grubu ve lise altı eğitim düzeyli bireyler daha fazla oranda öğrenmek isteyeceklerini belirttiler (p:0,014 p:0,006). Dr. Korkmaz'ın yüksek lisans tezinde katılımcıların %58'inin kanser olsalardı bilmek isteyecekleri saptanmış (39). Çetingöz ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %84'ü gelecekte, kanser olacaklarsa bunu bilmeyi istediklerini belirtmiştir (36). Bu bulgular, Türkiye'de kanser tanısının söylenmesi ya da söylenmemesi hakkındaki tartışmaların ve pratiklerin değerlendirilmesinde önemli bir veridir.

Çalışmamızda kanser olmaları durumunda tedavi konusunda tutumlarını sorguladığımızda katılımcıların %81,2'si tedavi olacağını, %2,1'i öleceğini düşünüp umutsuzluğa düşeceğini belirtmişti, 18-39 yaş grubu ve okuryazar olmayan bireyler daha çok duruma göre karar vereceğini söylemişlerdi (p:0,034 p:0,006). Duran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser olursam öleceğimi düşünürüm diyenlerin oranı %53,9 olarak belirtilmiş (38). Araştırmamızdaki katılımcıların tedaviye rağmen iyileşme ihtimalinin düşük olduğu kanser hastası olmaları durumunda her şeye rağmen tedavi olurum diyenlerin oranı %55,3, öleceğimi kabullenip kalan ömrümü dilediğim gibi geçiririm diyenlerin oranı %20,6 idi.

Çalışmamızda aileden biri kansere yakalansa ona söylemek konusunda tutumlarına baktığımızda katılımcıların %34,4'ünün hastalığı söyleyeceklerini, %42,9'unun duruma/kişiye göre karar vereceklerini saptadık. Erkeklerin kadınlara göre, 65 yaş üstü bireylerin diğer yaş gruplarına göre, lise ve üstü eğitimli bireyler

diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla oranda hastalığı söyleyeceklerini saptadık. Yapılan çalışmalardaki oranların farklı saptanması; kişilerin bu durum karşısındaki tavırlarının kişiye özel olmasından kaynaklanmaktadır.

Kanser gibi ölümcül hastalıkların teşhis anında ve tedavi sürecinde bireyleri bedenen ve ruhen etkiledikleri bilinmektedir. Kanserin hastalara üzüntü, öfke, çaresizlik, depresyon, anksiyete, ölüm korkusu, beden imaj algısı değişikliği, sosyal rollerde değişiklik, sosyal ilişkilerde rol kaybı gibi pek çok psikolojik sorunu da beraberinde getirdiği bilimsel çalışmalarla desteklenmiştir (48). Kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin de stresinin arttığı bilinmektedir (49). Kanserli olguların tedavisinde hastanın psikolojik durumu ve tedaviye uyumu, tedavinin başarısını etkilemektedir (50). Bu nedenle bu hastalıklara yakalanan bireylere ve yakınlarına psikolojik destek verilmelidir.

### 5.7. Bireylerin Kanser Taramalarına Bakış Açıları

Çalışmamızda kanser taraması için başvuranların oranını %27,4 saptadık, bu oran 40-64 yaş grubu bireylerde %49,6, 65 yaş ve üstü bireylerde %41,2 idi. Kadınların %33,3'ü erkeklerin %18,4'ü tarama yaptırmak için başvurduğunu belirtmişti. Kadınlar ve 40-64 yaş grubu bireyler kanser taraması için daha çok tarama için başvurmuştu (p:0,002 p<0,001). Dr. Özsöyler'in çalışmasında kanser taraması yaptıranların oranı %23,5 olarak belirtilmiştir (51). Erdem ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kanser taraması yaptıranların oranını kadınlarda %25,5, erkeklerde %8 olarak belirtmektedir (37). Çalışmamızda 40-64 yaş, 65 yaş ve üstü grubun kanser taramaları için daha fazla başvurması tarama yaş grupları olması nedeniyle olmasını beklediğimiz bir veridir. Çalışmamızda kanser taraması yaptırma oranları diğer çalışmaları destekler şekilde düşüktür, bireylerin kanser taramaları konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı uygulamalarına göre, kanser tarama programı Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ile Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)'ne bağlı bulunan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) birimlerince yönetilmekte ve

uygulanmaktadır. KETEM'ler toplumun kanser ve kanserde erken teşhis ile taramanın önemi hakkındaki farkındalığını eğitim yoluyla artırmak, erken yakalanabilir kanserlerde erken teşhis ve toplum tabanlı tarama faaliyetlerini yürütmek, bulunduğu ilde kanser kontrolünde etkin rol almak, tüm bu faaliyetler sonucunda da önlenebilir ve erken yakalanabilir kanserlerin morbidite ve mortalitesini azaltmak amacıyla kurulmuş kuruluşlardır. KETEM'lerde meme, serviks, kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütmektedir (47). KETEM 'lerin internet ve televizyon gibi toplu iletişim kaynakları ile tanıtımları yapılırsa kanser taraması yaptırma oranları artacaktır.

Çalışmamızda kanser taramaları için doktor tarafından yönlendirilen katılımcıların oranı %15 idi. Kadınlar ve 40-64 yaş gubunun daha fazla yönlendirildiğini saptadık (p:0,022 p<0,001). Dr. Özsöyler'in çalışmasında hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından kanser tarama testlerini yaptırmak için yönlendirilenlerin oranı %33,5 olarak belirtilmektedir (51). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç belki de hekimler tarafından bu konuda yeterli bilgilendirilme yapılmadığı ve kanser taramalarını günlük pratiğin bir parçası olarak görmemelerinden dolayı olabilir. Hekimlere hizmet içi eğitimlerin yapılması kişileri kanser taramalarına yönlendirmelerini arttıracaktır.

Çalışmamızda erkek bireylerin kanser taraması için doktor tarafından yönlendirilme oranı %9,6, kadın bireylerin kanser taraması için doktor tarafından yönlendirilme oranı %18,6 idi. Erkeklerin kanser taraması yaptırma oranlarının düşük çıkmasının nedeni; kadınların hastaneye daha fazla başvurması, erkeklerin çalışma ortamında daha fazla bulunmasından dolayı olabilir. TÜİK 2018 verilerine göre 15 yaş üstü erkeklerin çalışma oranı %72,7, kadınların çalışma oranı %34,2'dir (44).

### 5.8. Kadın Kanserleri, Tarama ve Yaptırma Durumları

Çalışmamızda kadın bireylere kadınlarda en sık görülen kanserleri sorguladığımızda meme kanseri diyenlerin oranı %90,7, rahim ağzı kanseri diyenlerin oranı %75, kolon kanseri diyenlerin oranı %8,3'tü. Globocan 2012

verilerine göre dünyada kadınlarda en sık görülen 3 kanser sırasıyla meme kanseri, kolorektal kanserler, serviks kanseridir (1).

Çalışmamızda meme kanseri tarama yöntemi olarak mamografiyi bilenler %78,4, KKMM sini bilenler %63,2 oranındaydı, kadınların %11,8'inin ise meme kanseri tarama yöntemleri konusunda fikri yoktu. Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada kadınların %69,3'ünün KKMM' sinin, %71,8'inin mamografinin, meme kanseri tarama yöntemi olduğunu bildikleri saptanmış (45). Estape ve arkadaşlarının İspanya'da yaptıkları çalışmada kadınların %87'sinin mamografinin en iyi meme kanseri tarama yöntemi olduğunu düşündükleri saptanmış (52). Dr. Özdemir uzmanlık tezinde kadın katılımcıların %76,5'inin KKMM'nin meme kanseri tarama testi olduğunu bildikleri, tarama yaş grubunun %93,3'ünün mamografinin meme kanseri tarama testi olduğunu bildiklerini belirtmiş (53). Şirin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %53,9'unun KKMM'yi bildiği belirtilmektedir (54). Dündar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %72,1'inin KKMM'yi bildiği belirtilmektedir (55). Erdem ve arkadaşları yaptıkları çalışmada KKMM' yi tarama yöntemi olarak bilenlerin oranını %59,3, mamografiyi bilenlerin oranını %59 olarak belirtmektedir (37). Çalışmamızda meme kanseri tarama yöntemleri bilinme oranları diğer çalışmalarla benzer şekilde sonuçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan kadın bireylerin %62,3'ünün serviks kanseri tarama yöntemi olarak pap smaer testini, %15,2'sinin HPV testini bildiklerini saptadık. Kadınların %36,3'ünün ise serviks kanseri tarama yöntemleri konusunda fikri yoktu. Duran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların pap smear testini hiç duymayanların oranı %49,7 olarak belirtilmektedir. Erdem ve arkadaşları yaptıkları çalışmada smear testinin serviks kanseri tarama yöntemi olarak bilenlerin oranını %49,7 olarak belirtmiş (37). Lotrean ve arkadaşlarının Romanya'da yaptığı çalışmada kadınların pap smear testinin serviks kanseri tarama yöntemi olduğunu bilenlerin oranı %75 olarak belirtilmektedir (45).

Çalışmamıza katılan kadın bireylerin %39,2'sinin meme kanseri taraması, %39,2'sinin serviks kanseri taraması yaptırdıklarını saptadık. Slusarska ve arkadaşlarının Polonyo' da yaptıkları çalışmada 2004'te katılımcıların %28,9'unun mamografiyle meme kanseri taraması yaptırdıklarını, %28,1'inin Pap smear testiyle serviks kanseri taraması yaptırdıklarını belirtmektedir (42). Dr. Mumcu çalışmasında

mamografi ile meme kanseri taraması yaptıranların oranını %14,3, pap smear testi ile serviks kanseri taraması yaptıranların oranını %29,2 olarak belirtmektedir (35). Dr. Özsöyler yaptığı çalışmada meme kanseri taraması yaptıranların oranı %37,5, serviks kanseri taraması yaptıranların oranını %26,8 olarak belirtmiştir (50). Bizim çalışmamızda meme kanseri ve serviks kanseri taraması yaptırma oranlarının daha yüksek olmasını çalışmamızın ikinci basamak hastanede yapılmış olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kadınların kolon kanseri taraması yaptıranların oranı %8,3 idi. Açıkgöz ve arkadaşları yaptığı çalışmada kolonoskopi yaptıran kadınların oranını %9,9 olarak belirtmektedir (20). Çalışmamızda diğer çalışmalarda olduğu gibi kolon kanseri diğer kanserlere göre daha az bilinmektedir. Bunun nedeninin kolon kanseri taramasının meme kanseri ve serviks kanseri taramalarından sonra eklenmesi olduğunu düşünmekteyiz. Türkiye'de KETEM' lerde uygulanmak üzere; meme kanseri taraması ulusal standartları 2004' de, serviks kanseri taraması standartları 2007'de, kolorektal kanser taraması standartları ise 2009'da yürürlüğe girmiştir (3).

### 5.9. Erkek Kanserleri, Tarama ve Yaptırma Durumları

Çalışmamızda erkek bireylerin erkeklerde en sık görülen kanserler bilgisini sorguladığımızda akciğer kanseri diyenlerin oranı %72,1, prostat kanseri diyenlerin oranı %75,7 idi. Globocan 2012 verilerine göre erkeklerde dünyada ve Türkiye'de tüm yaş gruplarında en sık görülen ilk 2 kanser sırasıyla akciğer kanseri ve prostat kanseridir (1).

Çalışmamıza katılan erkek bireylerin %30,1'inin GGK testi ile, %55,6'sının kolonoskopi ile kolon kanseri taraması yapıldığını bildiklerini saptadık. Erkek katılımcıların %30,1'inin kolon kanseri tarama yöntemleri konusunda fikri yoktu.

Dr. Özdemir tezinde erkek katılımcıların %58,1'inin GGK testini bildikleri, %71,4'ünün kolonoskopiyi bildikleri belirtilmiş (53). Dr. Özdemir çalışmasını hem sağlık çalışanlarına hem de hastalara yapmıştır. Çalışmamızda erkeklerin GGK ve kolonoskopinin kolon kanseri tarama yöntemi olduğunu bilme oranlarının Dr. Özdemir'in çalışmasından düşük saptanmasını çalışmamıza sağlık çalışanı almamamıza bağlayabiliriz. Dr. Ercan tez çalışmasında kolonoskopinin tarama

yöntemi olarak kullanıldığının hastaların bilme oranı %14,0 olarak belirtmektedir (46).

Çalışmamızda erkek katılımcıların %5,9'unun kolon kanseri taraması, %15,4'ünün prostat kanseri taraması yaptırdıklarını saptadık. Duran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerin %6,9'unun GGK ile kolon kanseri taraması, %5,9'unun PSA ile prostat kanseri taraması yaptırdıkları belirtilmektedir. (38). Dr. Mumcu çalışmasında kolonoskopi ile kolon kanseri taraması yaptıranların oranını %15,2 olarak belirtmektedir (35). Dr. Özsöyler yaptığı çalışmada GGK testini yaptıranların oranını %10, kolonoskopi yaptıranların oranını %4,3 ve PSA testi ile prostat kanseri taraması yaptıranların oranını %10,7 olarak belirtmiştir (50).

Diğer çalışmalardaki kolon kanseri taraması yaptırma oranlarının çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir.

# 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda bireylerin kanser belirtileri, kanser risk faktörleri, kanserden korunma önlemleri, kanser tarama yöntemleri konularında bilgileri ve farkındalıkları belli düzeyde mevcuttur, ancak bu oranları arttırmak gerekmektedir. KETEM' lerin internet ve televizyon gibi iletişim yollarıyla tanıtımı sayesinde bireylerin kanser ile ilgili bilgi düzeyi ve farkındalıkları arttırılabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça kanser belirtilerini, kanser risk faktörlerini, kanser tarama yöntemlerini bilme ve kanserden korunma önlemleri alma oranları genel anlamda artmaktaydı. Bu sebeple bireylerin kanser hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde geliştirecek eğitimler düzenlenmelidir.

Kanserin erken teşhisinde ve kanserden sağ kalımın arttırılmasında kanser taramalarının önemi büyüktür. Bu hususta periyodik sağlık muayenesi kapsamında olan kanser taramaları açısından; hekimlere özellikle birinci basamak hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir. Hekimlerin bireyleri kanser taramaları için yönlendirme oranlarını arttırmak hekimlerin hizmet içi eğitimi ile mümkün olacaktır.

Kanser gibi ölümcül hastalıkların teşhis anında ve tedavi sürecinde bireyleri bedenen ve ruhen etkiledikleri bilinmektedir. Kanserin hastalara ve hasta yakınlarına pek çok psikolojik sorunu da beraberinde getirdiği bilinmektedir. Bu nedenle kanser bu hastalıklara yakalanan bireylere ve yakınlarına psikolojik destek verilmelidir.

# 7. KAYNAKLAR


1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri 2017, Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR._uzuuun.pdf Erişim tarihi:01.05.2019
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye Kanser Kontrol Programı, Ankara 2016, Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf, Erişim tarihi:17.04.2019
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Kanser Kontrolü, Ankara 2009 Erişim adresi: http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf Erişim tarihi:20.04.2019, syf:5-385
4. GLOBOCAN 2018 Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, worldwide, both sexes, all ages Erişim adresi: http://gco.iarc.fr/ Erişim tarihi:20.04.2019
5. American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2015, Erişim adresi: http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf Erişim tarihi:17.04.2019 syfa:1-52
6. IARC, WHO, WORLD CANCER REPORT 2014 Erişim adresi: http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer Reports/World-Cancer-Report-2014 Erişim tarihi:20.04.2019 syfa:147- 477
7. Tütün Kontrolü, Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M, Örsel O et al; Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64
8. American Cancer Society, Erişim adresi: https://www.cancer.org/cancer.html Erişim tarihi:05.05.2019
9. Özkan Ç, Çelik İ, Beslenme ve Kanser, - Akad Geriatri, 2009 - akadgeriatri.org
10. Bayrak U, Gram E, Mengeş E,Okumuş Z, Sayar H, Skrijelj E et al Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Dergipark, cilt:24, sayı:23
11. Kanser ve Egzersiz, ŞENIŞIK S, Turkish Journal of Sports Medicine 2014, Cilt 49, Sayı 3
12. National Cancer Instıtute, Cancer Prevention Overwiew, Erişim adresi:www.cancer.gov, Erişim tarihi:28.04.19
13. Radiation, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume, Erişim adresi: http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Radiation-2012, Erişim tarihi:21.04.2019
14. Sümen A, Öncel S, Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Öğrencilerle İlgili Yapılan Çalışmalar: Literatür İncelemesi, DEUHYO ED 2014,7 (2),78-91
15. Öztürk R, Perimenopozal Dönemde Hormonal Kontrasepsiyon, STED 2012, cilt 21, sayı 3
16. Baykara O, Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, Dergipark Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2016, cilt:5 sayı:3
17. 2010 European Respiratory Society, Hava Kalitesi ve Sağlık, Türk Toraks Derneği 2010, çeviri: EVYAPAN F, MUNGAN D, AKGÜN M, ARBAK P , ISBN: 978-1-84984-008-8
18. Kutluk T, Kars A, Kanser Konusunda Genel Bilgiler, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Başbakanlık Basımevi, Ankara 1994; ss:40-47
19. National Cancer Instıtute (NCI), Cancer Facts for People Over 50, Erişim adresi: http://www.unitedcancerfoundation.org/pdf/Cancer_Facts_For_People_Over_50_.pdf Erişim tarihi:28.04.2019
20. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H, et al; Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi, Journal Breast Health 2015; 11: 31-8
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı, Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa.html, Erişim tarihi:29.04.2019
22. Jeronimo J, Castle PE, Temin S, Denny L, Gupta V, Kim JJ, et al. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. J Glob Oncol 2017;3:635–57

23. Yıldırımer N. Levonorgestrel-releasing intrauterin sistem ve bakırlı rahim içi araçların kullanım süresi ile servikal sitoloji değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Düzce: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı; 2012
24. Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın sağlığı taramasında güncel durum. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4:638–59
25. American Institute for Cancer Research (AICR), Erişim adresi: http://www.aicr.org/reduce-your-cancer-risk/recommendations-for-cancer-prevention/index.html Erişim tarihi:29.04.2019
26. Güran Ş, Kanserden Korunma, Gülhane Tıp Dergisi 2005; 47: 324-326
27. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2012;156:635-48
28. World Health Organization, The Top Ten Causes of Death 2018, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/ . Erişim tarihi:17.04.2019
29. Alacalı M, Mide Kanseri, Mide Kanseri Taramaları ve Mide Kanserinden Korunma, Ankara Medical journal 2012; 12(4): 195-198
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Prostat Kanseri Klinik Protokolü, Türk Üroloji Derneği, Erişim adresi: http://hta.gov.tr/pdf/prostat_ca_20_09_1.pdf , Erişim tarihi:18.06.19
31. Prostat Kanseri, Üroonkoloji Derneği 1999, erişim adresi: http://uroonkoloji.org/wp-content/uploads/2016/02/prostat-kanseri.pdf erişim tarihi:02.05.2019
32. Genç B; Yüzdeki Malign Deri Tümörleri ve Tedavisi, Tıpta Uzmanlık tezi, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Kliniği; İstanbul 2006
33. Çalış M, Uzun H, Bazal Hücreli Karsinomun Tedavisinde Güncel Gelişmeler, Acta Oncologica Turcıca (AOT) 2016; 49 (3): 206-211
34. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology 2011;8(1):57-61
35. Mumcu H, Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri 2014
36. Çetingöz R, Kentli S., Uruk Ö., Demirtaş E., Eyiler F., Kınay M. (2002). Turkish People‟s Knowledge of Cancer and Attitudes Toward Prevention and Treatment. *Journal of Cancer Education*, 17, 55-58
37. Erdem S, Yıldız M, Yıldırım H, Mayda A, Bolu F, Durak A, Şener Ö, Düzce'de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi, DÜ Sağlık Bil Enst Derg 2017; 7(1): 01-10
38. Duran E, KOÇ S, Korkmaz M, Turkish Social Attitudes towards to Cancer Prevention: a Health Belief Model Study *DOI:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.18.7935*
39. Korkmaz E, Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı Psikosoyal Onkoloji ve Programı, İstanbul 2010
40. Sadler GR, Escobar RP, Ko CM. et al. African-American woman's perceptions of their most serious health problems. Journal of The National Madical Association
41. Knowlage Attitudes and Personal Practices Regarding Prevention and Early Detectin of Cancer BOSTICK M, SPRAFKA M, VIRNIG B, POTTER J, Preventive Medicine 22, 65-85, 1983
42. S´ LUSARSKA B, ZARZYCKA D, WYSOKIN´ SKI M, A. SADURSKA, ADAMSKA-KUZ´MICKA I, CZEKIRDA M, Health behaviours and cancer prevention among Polish women, (2010) *European Journal of Cancer Care* **19**, 786–794
43. Turgay A, Sarı D, Türkistanlı E, Knowledge, attitudes, risk factors, and early detection of cancer relevant to the schoolteachers in Izmir, Turkey Preventive Medicine 40 (2005) 636– 641
44. TÜİK Merkezi Dağıtım Sistemi Erişim adresi: https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=72&locale=tr Erişim tarihi:21.06.19
45. Lotrean L, Aloaiei R, Popa M, Vries H, Knowledge Regarding Early Detection of Cancer among Romanian Women having Relatives with Cancer**,** Research Article DOI:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.3.1091
46. Ercan G, Hasta ve Sağlık Çalışanlarının Kolonoskopinin Gerekli Olduğu Durumlar ve Kolorektal Kanser Risk Faktörleri, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2018

47. T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Müdürlüğü Adapazarı İlçe Sağlık Müdürlüğü Erişim adresi: https://adapazarism.saglik.gov.tr/TR,57848/kanser-erken-teshis-tarama--ve-egitim-merkezi-ketem.html erişim tarihi:19.06.19
48. Scherbring, M. (2002). Effect of Caregiver Percepiton of preparedness on Burden in a Oncology Popilation. *Oncology Nursing Forum*, 29(6),70-76
49. Fallowfield L. Helping the relatives of patients with cancer. Eur J Cancer 1995; 31A: 1731-1732
50. Onat H, Mandel MN. Kanser Hastasına Yaklaşım, Tanı, Tedavi ve Takipte Sorunlar, İzmir, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002
51. Özsöyler M, Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş ve Üzeri Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi ve Tutumları, Tepecik Sağlık Uygulamaları ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, İzmir 2018
52. Estape T, Estape J, Grau J, Ferrer C, Cancer Knowledge Among Spanish Women Partıcıpatıng in Literacy Schemes, Psycho-Oncology 12: 194–197 (2003) Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pon.706
53. Özdemir M, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş ve Üzeri Bireylerin Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara 2016
54. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection From Cancer and Early Diagnosis Applications in İzmir, Turkey a Pilot Study. Cancer Nurs 2006; 29 207 13
55. Dündar PE, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey, BMC cancer, 2006, 6.1: 43

# 8. EKLER

## EK 1: Çalışma Anketi

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**
**ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**
**AS. DR. GÜLBİN MERVE AYDIN**

### 18 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü bireylerin kanser hakkında bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanan çalışmanın olgu rapor formudur. Kadın 26 soru, erkek 25 sorudan oluşmakta, 4 sayfa.
Anket isimsiz olarak doldurulacak olup kimlik bilgileriniz ve şahsi bilgileriniz yer almayacaktır.
Anket No:

1-) Kaç yaşındasınız?
-18-39
-40-64
->65
2-) Cinsiyetiniz
-kadın
-erkek
3-) Eğitim durumunuz?
-okuryazar değil
-lise altı
-lise ve üstü
4-) Aylık geliriniz?

| | |
|---|---|
| | <1700 |
| | 1700 -3000 |
| | >3000 |

5-) Sizce kanser nasıl bir hastalıktır?

| | . | Evet | Hayır | Fikrim yok |
|---|---|---|---|---|
| | Kanser ölümcül bir hastalıktır | | | |
| | Kanser tedavisi mümkün olan bir hastalıktır | | | |
| | Kanser erken tanı ile tedavisi mümkün bir hastalıktır | | | |
| | Kanser bulaşıcı bir hastalıktır | | | |

6-) Sizce kanser risk faktörleri nelerdir?

| | | Evet | Hayır | Fikrim yok |
|---|---|---|---|---|
| | İleri yaşta olmak | | | |
| | Sigara içmek | | | |
| | Sağlıksız yaşam tarzı (sağlıksız beslenmek, fiziksel aktivite yapmamak) | | | |
| | Radyasyona maruz kalmak | | | |
| | Genetik geçiş (ailede kanser hastası olması ) | | | |
| | Bazı virüsler /bakteriler | | | |
| | Stres | | | |

7-) Ailenizde kanser tanılı kimse var mı?
-evet
-hayır
8-) Ailenizde kanser tanılı biri varsa yakınlık derecesi?
-1.derece akraba (ebeveyn, kardeş, çocuklar)
-2.derece akraba (anne ve babanın kardeşleri, yeğen, dede ve nine)
-3.derece akraba (kuzen)
9-) Ailenizde kanser olan birey mevcutsa/olsaydı bu sizi korkutup kendinizi araştırmaya iter mi?
-evet
-hayır
10-) Sigara içiyor musunuz?
-evet
-hayır
11-) Sigaranın zararları konusunda sizce hangisi/ hangileri doğru?

| | | Evet | Hayır | Fikrim yok |
|---|---|---|---|---|
| | Sigara, akciğer kanseri dışında başka kanserlere de neden olur. | | | |
| | Sigara; kanserin en sık nedenlerinden biridir | | | |
| | Sigara dumanına | | | |

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**
**ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**
**AS. DR. GÜLBİN MERVE AYDIN**

# 18 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü bireylerin kanser hakkında bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanan çalışmanın olgu rapor formudur. Kadın 26 soru, erkek 25 sorudan oluşmakta, 4 sayfa.
Anket isimsiz olarak doldurulacak olup kimlik bilgileriniz ve şahsi bilgileriniz yer almayacaktır.
Anket No:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | maruz kalan bireylerde (pasif içicilerde) akciğer kanseri görülmez | | | |
| | Sigara akciğer kanserinin en sık nedenidir | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Ben ve siğillerde değişiklik | | | |

14-) Kanserden korunmak için neler yapıyorsunuz?

| | Evet | Hayır |
|---|---|---|
| Sağlıklı besleniyorum | | |
| Fiziksel aktivite yapıyorum | | |
| Sigara İçmiyorum | | |
| Zararlı güneş ışınlarından kaçınıyorum | | |
| Tütsülenmiş gıda ve konserve tüketmiyorum | | |
| Radyasyonlu ortamlardan kaçınıyorum | | |
| Kanser taraması yaptırıyorum | | |
| Hiçbir şey yapmıyorum | | |

12-) Gemi sanayi, kot boyama, baca temizleme, ayakkabı imalatı gibi bir işte çalıştınız mı?
-evet
-hayır

13-) Sizce kanserin belirtisi/belirtileri nelerdir?

| | | evet | hayır | Fikrim yok |
|---|---|---|---|---|
| | Aşırı kilo kaybı | | | |
| | İyileşmeyen yaralar | | | |
| | Memede ya da vücutta hissedilen kitle | | | |
| | Vücudun herhangi bir yerinde ağrı | | | |
| | Yutma güçlüğü | | | |
| | Vücudun herhangi bir yerinden olan olağan dışı kanama | | | |
| | İdrar ve dışkılama alışkanlıkların da değişiklik | | | |
| | Uzun süreli sürekli öksürük | | | |

15-) Kanser hastası olsaydınız hastalığınızın size söylenmesini ister miydiniz?

-evet -duruma göre
-hayır

16-)Kanser hastası olsaydınız;

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**
**ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**
**AS. DR. GÜLBİN MERVE AYDIN**

## 18 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü bireylerin kanser hakkında bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanan çalışmanın olgu rapor formudur. Kadın 26 soru, erkek 25 sorudan oluşmakta, 4 sayfa.
Anket isimsiz olarak doldurulacak olup kimlik bilgileriniz ve şahsi bilgileriniz yer almayacaktır.
Anket No:

| | | Evet | Hayır | |
|---|---|---|---|---|
| | Her türlü tedaviyi uygular, kanseri yenmeye çalışırım | | | |
| | Öleceğimi düşünüp umutsuzluğa düşerim | | | |
| | Duruma göre karar veririm | | | |

17-) Kanser hastası olup tedaviye rağmen iyileşememe ihtimalinizin yüksek olduğunu öğrenseydiniz;

| | | Evet | Hayır | |
|---|---|---|---|---|
| | Her şeye rağmen tedavi olurum | | | |
| | Öleceğimi kabullenip kalan ömrümü dilediğim şekilde geçiririm | | | |
| | Duruma göre karar veririm | | | |

18-) Ailenizden birinin kansere yakalandığını öğrenseniz kendisine hastalığını söyler misiniz?

| | | |
|---|---|---|
| | Evet | |
| | Hayır | |
| | Duruma /kişiye göre karar veririm | |

19-) Kanser taraması yaptırmanız için sizi yönlendiren doktor oldu mu?
-evet -hayır

20-) Kanser taraması yaptırmak amacıyla herhangi bir doktora başvurdunuz mu?
-evet -hayır

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**
**ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**
**AS. DR. GÜLBİN MERVE AYDIN**

# 18 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü bireylerin kanser hakkında bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanan çalışmanın olgu rapor formudur. Kadın 26 soru, erkek 25 sorudan oluşmakta, 4 sayfa.
Anket isimsiz olarak doldurulacak olup kimlik bilgileriniz ve şahsi bilgileriniz yer almayacaktır.
Anket No:

ERKEK

21-) Sizce erkeklerde en fazla görülen kanser hangisi/hangileridir?
- Prostat kanseri - Mide kanseri

- Kolon kanseri - Diğer

- Akciğer kanseri - Fikrim yok

22-)sizce akciğer kanserine ne/nelerle taranır?
-Akciğer röntgeni -MR - fikrim yok

-Tomografi - diğer

23-)sizce kolon kanseri ne/nelerle taranır?
-muayene

- Kan tahlili -Diğer

- Ultrason -Fikrim yok

- Gaitada gizli kan testi

- Kolonoskopi

24-)daha önce prostat kanseri taraması yaptırdınız mı?
-evet
-hayır
25-) Daha önce kolon kanseri taraması yaptırdınız mı?
-evet
-hayır

KADIN

21-) Sizce kadınlarda en fazla görülen kanser hangisi/hangileridir?

- Meme kanseri - Kolon kanseri

- Serviks kanseri - Diğer

-Akciğer kanseri - Fikrim yok

22-) sizce meme kanseri nasıl taranır?

- Kendi kendine muayene - Fikrim yok

- Mamografi

- Ultrason

- MR

23-) Sizce serviks kanseri ne/nelerle taranır?

- Servikal smear testi

-HPV testi

-Fikrim yok

24-) Daha önce meme kanseri taraması yaptırdınız mı?

-evet -hayır

25-) daha önce serviks kanseri taraması yaptırdınız mı?

-evet - hayır

26-)daha önce kolon kanseri taraması yaptırdınız mı?

-evet -hayır

**EK 2: Etik Kurul İzni**

**T.C**
**İSTANBUL VALİLİĞİ**
**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**
**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**
**Araştırma ve Uygulama Merkezi(SAUM)**
**Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

**Sayı:2269** **Tarih: 19/02/2019**
**Konu: Onay Yazısı**

**Doç.Dr.Güzin ZEREN ÖZTÜRK**

**"18 Yaş ve üstü bireylerin kanser hakkında bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi"** isimli çalışmanızın evrakları incelendi ve etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr.Yüksel Altuntaş
Etik Kurul Başkanı

# ÖZGEÇMİŞ

## I- Bireysel Bilgiler

Adı soyadı: Gülbin Merve Aydın
Doğum yeri ve tarihi: Diyarbakır 15.10.1988
Yabancı dili: İngilizce
E- posta: gulbinmerve@gmail.com
Telefon: 05335037088

## II- Eğitimi

İlköğretim: Şehit Yüzbaşı Bahtiyer Er İlköğretim Okulu, Ali Emiri Orta Okulu
Ortaöğretim: Batman Fen Lisesi (3 yıl), Diyarbakır Anadolu Lisesi (son yıl)
Üniversite: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi 2008-2014
Uzmanlık Eğitimi: SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma S.U.A.M Aile Hekimliği 2016-2019

## III- Ünvanları

## IV- Mesleki Deneyimi

Çekerek Devlet Hastanesi Acil 09/2014- 04/2015

## V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

## VI- Bilimsel İlgi Alanları

1) **Sözel bidiriler**
   7th International Trakya Family Medicine Congress- Erişkin Aşılamada Hekimin Rolü
2) **Poster bildiriler**
   22nd Wonca Europe Conference- Evaluation of socio-demographic characteristics and addiction levels of patients who referred to smoking cessation policlinic

## VII- Bilimsel Etkinlikleri

## VIII- Diğer Bilgiler

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı- Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Sertifikası
6. Çocuk Dostları Kongresi Aile Hekimliği:Yenidoğan Temel Yaklaşım Kursu (Workshop)