TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Derince Fatih Aile Sağlığı Merkezi 41.04.041 Numaralı Birime Başvuran 40-60 Yaş Aralığındaki Hastaların Kanser Taramalarına Karşı Bilgi Tutum ve Davranışları

DR. EBUZER ÇELİK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2025

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Derince Fatih Aile Sağlığı Merkezi 41.04.041 Numaralı Birime Başvuran 40-60 Yaş Aralığındaki Hastaların Kanser Taramalarına Karşı Bilgi Tutum ve Davranışları

DR. EBUZER ÇELİK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. TUNCAY MÜGE ALVUR

ETİK KURUL UYGUNLUK ONAYI

Karar No: KOÜ GOKAEK-2025/10/19 Proje No: 2025/235

2025

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER 1

TEŞEKKÜR 7

KISALTMALAR 8

ÇİZİMLER DİZELGESİ (ŞEKİLLER LİSTESİ) 10

ÇİZELGELER DİZELGESİ (TABLOLAR LİSTESİ) 10

1-GİRİŞ VE AMAÇ 12

1.1. GİRİŞ 12

1.2. AMAÇ 13

2-GENEL BİLGİLER 14

2.1. KANSER TANIMI 14

2.2. KANSER ETİYOLOJİSİ 14

2.2.1. Kanser Oluşmasını Etkileyen Faktörler 14

2.3. DÜNYADA KANSER 15

2.3.1. Dünyada Kanser İstatistikleri 15

2.4.TÜRKİYEDE KANSER 15

2.4.1.Türkiye de Kanser İstatistikleri 15

2.5. KANSERDE ERKEN TANI VE KORUNMA YÖNTEMLERİ 16

2.5.1. Kanserde Erken Tanı *16*

2.5.2. Kanserden Korunma Yöntemleri *16*

2.5.2.1. Kanserde Birincil Koruma *16*
2.5.2.2. Kanserde İkincil Koruma *16*
2.5.2.3. Kanserde Üçüncül Koruma *17*
2.5.2.4. Kanserde Dördüncül Koruma *17*
2.5.2.5. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Kansere Karşı Kodu *17*
2.6. KANSER TARAMALARI *18*

2.6.1.Kanser Tarama Tanımı ve Önemi *18*

2.6.2. Kanser Taramalarının Amacı *19*

2.6.3. Kanser Taramalarının Zorlukları *19*

2.6.4. Kanser Taramalarının Riskleri *19*

2.6.5. Kanser Tarama Kriterleri *19*

2.7. DÜNYADA KANSER TARAMALARI *20*

2.7.1. Dünyada Kanser Taramaları önerileri *20*

2.7.2. Dünyada Kanser Tarama İstatistikleri *20*

2.8. TÜRKİYEDE KANSER TARAMALARI *20*

2.8.1. Kanser Taraması Yapılan Merkezler *21*

2.8.2. Kanser Taramaları İstatistikleri *22*

2.9. KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri) *22*

2.9.1. Tanımı ve Amaçları *22*

2.10. MEME KANSERİ VE MEME KANSERİ TARAMASI *23*

2.10.1. Meme Kanseri Semptomları *23*

2.10.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri *23*

2.10.3. Meme Kanseri Taraması *24*

2.10.3.1. Dünyada Meme Kanseri Tarama Önerileri *24*
2.10.3.2. Türkiye'de Meme Kanseri Taraması *25*
2.10.3.3. Yüksek Riskli Hastalarda Meme Kanseri Taraması *25*
2.10.3.4. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) *25*
2.10.3.5. Klinik Meme Muayenesi *26*
2.10.3.6. Mamografi *27*

2.10.3.6.1. Mamografideki Radyasyon Riski *27*

2.10.3.6.2. Mamografide Görülebilen Lezyonlar *27*

2.10.3.6.3. Mamografide BIRADS Sınıflandırması *28*

2.10.3.6.4. Mamografi Dezavantajları *28*

2.10.3.6.5. Mamografideki Yenilikler *29*

2.10.3.7. Ultrasonografi *29*
2.10.3.8 Biyopsi *29*

2.10.3.9. MR Görüntüleme Yöntemi *29*

2.10.4. Taramada Aile Hekimlerinin Görevleri: *30*

2.11.SERVİKS KANSERİ VE SERVİKS KANSERİ TARAMASI *30*

2.11.1. Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri: *30*

2.11.2 Serviks Kanseri Etiyolojisi *31*

2.11.3. Serviks Kanseri Risk Faktörleri *31*

2.11.4.Serviks Kanseri Semptomları *32*

2.11.5. Serviks Kanseri Taraması *32*

2.11.5.1. Türkiye'deki Serviks Kanseri Taraması *33*
2.11.5.2. Histerektomi Sonrası Tarama *33*
2.11.5.3. Rahim Ağzı Kanseri Taramasında Aile Hekiminin Rolü *33*
2.11.5.4. Serviks Kanseri Tarama Yöntemleri *35*
2.11.5.4.1. HPV-DNA Testi *35*
2.11.5.4.2. Pap Smear Testi *35*
2.11.6. Serviks Kanseri Tanısı *36*
2.12. KOLOREKTAL KANSER VE KOLOREKTAL KANSER TARAMASI *37*
2.12.1. Kolorektal Kanser *37*
2.12.2. Kolorektal Kanser İçin Risk Faktörleri *37*
2.12.3. Kolorektal Kanserin Klinik Belirtileri *38*
2.12.4. Kolorektal Kanserin Önlenmesi *39*
2.12.4.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri *39*
2.12.4.2. Tarama ve Erken Tanı *40*
2.12.4.3. Genetik Danışmanlık ve Testler *40*
2.12.5. Kolorektal Kanser Tanı Yöntemleri *40*
2.12.6. Kolorektal Kanser Taraması *41*
2.12.6.1. Dışkıda Gizli Kan Testi (GGK Testi): *41*
2.12.6.2 Fekal İmmünokimyasal Test (FIT): *42*
2.12.6.3 Kolonoskopi: *42*
2.12.6.4 DNA Tabanlı Dışkı Testleri: *42*
2.12.7. Dünyada Kolorektal Kanser Taramaları *42*
2.12.8. Dünya Genelinde Kolorektal Kanser Tarama İstatistikleri *42*
2.12.9. Ülkemizde Kolorektal Kanser Taramaları *43*
2.12.10. Türkiye'de Kolorektal Kanser Tarama İstatistikleri *43*

2.12.11. Ülkemizde Taramanın Yapılışı *43*

2.12.12. Aile Hekimliğinde Kolorektal Kanser Taraması *43*

2.13. PROSTAT KANSERİ VE PROSTAT KANSERİ TARAMASI *44*

2.13.1. Prostat Kanseri Belirtileri *44*

2.13.2. Prostat Kanseri Taraması *45*

2.13.3. Taramanın Riskleri *45*

2.14. AKCİĞER KANSERİ VE AKCİĞER KANSERİ TARAMASI *46*

2.14.1. Akciğer Kanseri Tarama Kılavuzları (2023) *46*

2.14.2. Erken Tanı ve Yaşam Süresi *46*

2.15. KANSER TARAMASINA KATILIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER *47*

2.15.1. Bireysel Faktörler *47*

2.15.2. Psikolojik Faktörler *47*

2.15.3. Sosyokültürel Faktörler *47*

2.15.4. Sağlık Sistemi ve Hizmet Sunumuna Ait Faktörler *47*

3. GEREÇ VE YÖNTEM *49*

3.1. Araştırmanın Tipi *49*

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı *49*

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem *49*

3.4. Dahil Edilme Kriterleri *49*

3.5. Dışlama Kriterleri *49*

3.6. Veri Toplama Yöntemi *49*

3.7. Anket Formunun Bölümleri: *50*

3.7.1 Sosyo-demografik Veri Formu *50*

3.7.2 Kanser Tarama Hakkında Bilgi ve Tarama Yaptırma Davranışları *50*

3.7.3 Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği *50*

3.8. Veri Analizi Öncesi Kategorizayon: *51*

3.9. Verilerin Analizi *51*

3.10. Araştırmanın Etik Yönü *51*

4. BULGULAR *52*

5. TARTIŞMA *66*

6- SONUÇ VE ÖNERİLER *73*

7. TÜRKÇE ÖZET *76*

8-KAYNAKÇA: *78*

9-EKLER *89*

EK-1: ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET FORMU *89*

EK-2: KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NDAN ALINAN YAZI *96*

..... *96*

EK-3: KANSER TARAMA ÖLÇEĞİNİ YAPAN KİŞİDEN İZİN ALINMASI *97*

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübesiyle bize yardımcı olan bizlere değer veren güler yüzlü tez danışmanı hocam Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR'a ve Dr. Öğr. Üyesi Canan TUZ YILMAZ'a çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca tanıştığım güzel arkadaşlıklar kurduğum AHU ve SAHU tüm aile hekimi asistanı arkadaşlarıma teşekkür ederim. Hepsine yaşamları boyunca iyi insanlarla karşılaşmasını ve başarılarının devamını dilerim.

Uzmanlık eğitimim süresince bana destek veren kıymetli eşim Merve ÇELİK'e teşekkür ederim. Tez yazarken yanımda bulunan baba öğretmenin ödevini yap bende oyun oynayayım diyen oğlum Huzeyfe ÇELİK'e teşekkür ederim. Yakın zamanda doğan oğlum Mustafa Tahir ÇELİK'e kucak dolusu sevgiler gönderiyorum.

Ayrıca beni yetiştiren bugünlere getiren annem Deste ÇELİK ve babam Mustafa ÇELİK'e canı gönülden teşekkür ederim.

KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACS: Amerikan Kanser Derneği

ACOG: Amerikan Kadın Doğum Uzmanları Koleji

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

ASC-H: Atipik Skuamöz Hücre – HSIL Dışlanamaz

ASC-US: Atipik Skuamöz Hücreler – Belirsiz Önemi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

CESM: Kontrastlı Spektral Mamografi

CIN: Servikal İntraepitelyal Neoplazi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FAP: Familyal Adenomatöz Polipozis

FIT: Fekal İmmünokimyasal Test

GGK: Gaitada Gizli Kan

GLOBOCAN: Global Cancer Observatory

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

HHV-8: Human Herpesvirus 8

HPV: Human Papillomavirus

HSIL: Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon

HTLV-1: Human T-Lymphotropic Virus Type 1

HYP: Hastalık Yönetim Platformu

HYBS: Halk Sağlığı Yönetim Bilgi Sistemi

IARC: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

İSM: İl Sağlık Müdürlüğü

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KTEM: Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi

LDCT: Düşük Doz Bilgisayarlı Tomografi

LEETZ: Loop Elektrik Eksizyon Tedavisi

LEEP: Loop Elektrosurgikal Eksizyon Prosedürü

LSIL: Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü

PAP: Pap Smear Testi

PET-CT: Pozitron Emisyon Tomografi – Bilgisayarlı Tomografi

PSA: Prostat Spesifik Antijen

SHM: Sağlıklı Hayat Merkezi

TDK: Türkiye Dil Kurumu

TL: Türk lirası

USPSTF: Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü

UV: Ultraviyole

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZİMLER DİZELGESİ (ŞEKİLLER LİSTESİ)

Şekil 1: Kanser tarama ve erken tanı şeması

Şekil 2: Ulusal kanser kontrol programı şeması

Şekil 3: Mamografi tarama algoritması

Şekil 4: HPV taramasında algoritma

Şekil 5: GGK tarama algoritması

ÇİZELGELER DİZELGESİ (TABLOLAR LİSTESİ)

Tablo 1: Katılımcı yaşları

Tablo 2: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Tablo 3: Katılımcı sağlık durumları ve sağlık öyküleri

Tablo 4: Katılımcı kanser riski değerlendirmesi

Tablo 5: Katılımcı kanser taraması önerisi

Tablo 6: Katılımcıya kanser taramasını öneren

Tablo 7: Katılımcıların KETEM'i bilme durumu

Tablo 8: Katılımcıların ulusal kanser tarama hakkında bilgisi

Tablo 9 Katılımcıların kanser taraması çeşitleri hakkında bilgisi

Tablo 10: Katılımcıların kanser taraması çeşitleri hakkında bilgi kaynağı

Tablo 11: Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu

Tablo 12: Katılımcıların hangi kanser taraması yaptırma durumu

Tablo 13: Katılımcıların kanser taraması nerede yaptırdığı

Tablo 14: Katılımcıların kanser taraması yaptırma düzeni ve tanı alma durumu

Tablo 15: Katılımcıların kanser taraması neden yaptırmadığı

Tablo 16: Katılımcıların kanser taraması için nasıl ikna olma durumuna cevabı

Tablo 17: Katılımcıların ölçek puanı

Tablo 18: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması

Tablo 19: Katılımcıların sağlık verileri ile kanser taramalarına yönelik Tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması

Tablo 20: Katılımcıların kanser taramaları hakkındaki bilgileri ile kanser taramalarına yönelik Tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması

Tablo 21: Katılımcıların hangi kanser taramaları hakkındaki bilgileri ile kanser taramalarına yönelik Tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması

Tablo 22: Katılımcıların kanser taramalarını yaptırma durumları ile kanser taramalarına yönelik Tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması

Tablo 23: Katılımcıların kanser taramalarını yaptırmaya ikna olma durumları ile kanser taramalarına yönelik Tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması

Tablo 24: Katılımcıların yaşları ile kanser taraması hakkında bilgi ve davranışları arasındaki ilişki

Tablo 25: Katılımcıların sosyodemografik durumu ile kanser taramasını bilme durumu arasında ilişki

Tablo 26: Katılımcıların sosyodemografik durumu ile kanser taramasını yaptırma durumu arasında ilişki

1-GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

Kanser vücudun her herhangi bir organında atipik hücrelerin kontrolsüz olarak prolifere olduğu ve çevre dokulara metastaz yaptığı bir hastalık anlamına gelmektedir. Kanser tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ölüm nedenlerindendir. [1]

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2022 de yayınlanan verilerde Dünya genelinde yaklaşık 19,9 milyon kişinin yeni kanser tanısı aldığı, 9,7 milyon kişinin kanser nedeniyle öldüğü ve son 5 yılda 53,5 milyon vaka olduğu belirtilmiştir. Dünya genelinde 6 ölümden birinin sebebi kanserlerdir. Dünya genelinde en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer, meme, kolorektal kanserdir. Erkeklerde sırasıyla en sık akciğer, prostat, kolorektal kanser görülür. Kadınlarda en sık görülen kanserler sırasıyla meme, akciğer, kolorektal kanserler görülmektedir.[2]

Türkiye de 2022 yılı itibariyle erkeklere en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal kanserlerdir. Kadınlarda en sık görülen kanserler ise sırasıyla meme, tiroit, kolorektal kanserlerdir.[3]

Ülkemizde de kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ölüm sebebi kanserlerdir. Türkiye de 2023 yılında Ölüm nedenlerini %33,4 kardiyovasküler hastalıklar, %15 kanserler, %13,2 solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. 2023 yılında 79076 kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Bu kanserlerin 6118'i kolon kanseri, 4750 si meme kanseri, 516'sı ise serviks kanserine bağlı ölümlerdir.[4]

Tüm kanser vakalarının yarısına yakını önlenebilir. Kanserlerin önlenmesi ulusal programlar ve yaşam tarzı değişiklikleri ile mümkündür. Örneğin hareketsizlik, aşırı kilo kolorektal, meme, endometrial kanser riskini artırmaktadır. Kanser vakaların yaşam tarzı değişiklileri ve kanser taramaları ile önlenmesi sağlığa harcanan maliyeti de azaltmaktadır.[5]

Erken teşhis ile bazı kanserler tedavi edilerek ölüm oranları azaltılabilmektedir. Erken teşhis ise tarama ile mümkündür.[6] Tarama testlerindeki amaç semptomu olmayan kişilerde hastalığı hastalık ortaya çıkmadan tanı koymaktır. Erken tanı konularak hastalığın ilerlemesini önüne geçerek kişinin yaşam süresini ve hayat kalitesini artırmaktadır.[7]

Taramanın başarılı olabilmesi için taramayla hastalığın erken saptanması ve kanser semptomları ile başvuran kişiden daha etkili bir sonuç alması önemlidir. [8]

Kanser taramaları kanserle mücadele konusunda etkin yöntemdir. Ülkemizde taraması yapılan kanserler serviks kanseri, meme kanseri ve kolorektal kanserdir. [9]

Kanser taramalarının amacına ulaşabilmesi için hedef nüfusun %70 ini taramak gerekmektedir.[10]

Kadınların meme kanseri tarama programı kapsamında 20 yaşından itibaren ayda bir kendi kendine meme muayene (KKMM) yılda bir klinik meme muayenesi yaptırmalıdır. 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi yaptırmalıdır. Kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında 30-65 yaş Aralığındakilere 5 yılda bir HPV -DNA testi yaptırmalıdır. Kolorektal kanser taramaları 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlara 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılmalıdır. On yılda bir ise kolonoskopi yapılmalıdır. [9]

1.2. AMAÇ

Çalışmamızda Kocaeli Derince İlçesi Fatih Aile Sağlığı Merkezi 41 numaralı birime başvuran hastaların kanser taramalarına karşı bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık. Kanser tarama yaptırma oranlarının sosyodemografik özelliklere göre nasıl değiştiği araştırılmaktadır. Ayrıca başvuran hastaların kanser taramalarını neden yaptırmadığı ve tarama yaptırma oranlarının nasıl artırılabileceği araştırılmaktadır. Araştırma yaparken kişileri bu sayede bilgilendirmek ve eksik taramaları yapmak hedeflenmiştir.

2-GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER TANIMI

Kanser, vücuttaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde hücre proliferasyonu ve çevre dokulara invazyon yapması ile karakterize bir hastalık grubudur. Normal hücreler belirli bir düzen içinde büyür, bölünür ve ölürken; bazı hücreler bu kontrol mekanizmasından çıkar ve çoğunlukla tümör oluşumuna yol açar. Bu tümörler iyi huylu (benign) veya kötü huylu (malign) olabilir. Kötü huylu tümörlere (malignitelere) kanser denir. Kanserler metastaz yaparak vücudun farklı bölgelerine sıçrayabilir. Metastazlar kansere bağlı mortalitenin önemli sebeplerindendir.[1]

2.2. KANSER ETİYOLOJİSİ

Kanser; kanser olmayan bir lezyondaki normal hücrelerin zamanla atipik hücrelere proliferasyonu sonucu oluşur. Proliferasyon mekanizmasında ise %5-10 genetik yapı rol oynarken %90-95 çevresel faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir.[11]

2.2.1. Kanser Oluşmasını Etkileyen Faktörler

Genetik Faktörler: Genetik mutasyonlar kanser oluşumuna sebep olurlar. Hücrelerin çoğalması vücutta kontrol altındadır. Onkogenler hücrelerin büyümesini teşvik ederken tümör süpresör genler ise hücrelerin kontrolsüz olarak büyümesini engeller. Eğer bu denge bozulursa anormal hücreler kontrolsüz çoğalmaya başlar ve kanser ortaya çıkar.[12]

Çevresel Faktörler: Çevresel faktörler kanserin gelişiminin önemli sebeplerindendir. Bunlar; fiziksel kanserojenler (UV, radyasyon vb.), kimyasal kanserojenler (asbest, sigara vb.), biyolojik kanserojenler (bazı virüsler ve enfeksiyonlar), alkol tüketimi, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik önemli çevresel risk faktörlerindendir.[1]

Beslenme ve Hormonlar: Beslenme alışkanlıkları ile kanserin gelişiminde arasında ilişki mevcuttur. Yüksek yağlı, işlenmiş gıdalar ve aşırı alkol tüketimi, kanser riskini artırabilmektedir. Ayrıca, hormonlar da bazı kanser türlerinin gelişimine neden olabilir. Örneğin, östrojen hormonu uzun süre maruz kalınırsa meme kanseri ortaya çıkabilmektedir.[13]

Yaş ve Cinsiyet: Yaş ilerledikçe hücrelerde yaşlanmalar ve genetik mutasyonlar artmaktadır. Buda kanser oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Cinsiyet de kanser gelişiminde önemlidir. Kadınlarda meme kanseri yaygın görülmekte iken erkeklerde prostat kanseri sık görülmektedir.[14]

Bağışıklık Sistemi: Bağışıklık sistemi yapısı bozulmuş hücreleri tespit ederek yok etmektedir. Bağışıklık sistemi zayıf olursa hatalı hücreler vücutta çoğalır ve kanser oluşumuna sebep olabilir.[1]

2.3. DÜNYADA KANSER

2.3.1. Dünyada Kanser İstatistikleri

Globocan 2022 yılı raporunda Dünyada kanser insidansı 19,9 milyondur. Kanser mortalitesi 9,7 milyondur. Son 5 yılda ise kanser insidansı 55,5 milyondur.[2]

Dünyada 2022 yılında en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer, meme, kolorektal, prostattır. Erkeklerde en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal kanserdir. Kadınlardan en sık görülen kanserler sırasıyla meme, akciğer, kolorektal ve serviks kanseridir. Dünyada ölümün en sık sebeplerinden biri kanserlerdir. En çok ölüme sebep olan kanserler ise sırasıyla akciğer, kolorektal, karaciğer kanserlerdir. Erkeklerde ölüme en sık sebep olan kanserler sırasıyla akciğer, karaciğer, kolorektal kanserlerdir. Kadınlarda en sık ölüme sebep olan kanserler sırasıyla meme, akciğer, kolorektal, serviks kanseridir.[2]

2.4.TÜRKİYEDE KANSER

2.4.1.Türkiye de Kanser İstatistikleri

Kanser, son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de en önemli sağlık sorunları sebeplerindendir. Ülkemizde kanser kaynaklı ölümlerin oranı giderek artmaktadır. 2002 yılında %12 olan oran 2009'da %21 olmuştur. Günümüzde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin 2030 yılına kadar birinci sıraya yükselmesi beklenmektedir. Bundan dolayı kanserinin önlenmesi için ekstra çaba gösterilmesi gerekmektedir ve ulusal stratejiler geliştirilmelidir.[15]

Türkiye de 2022 yılında en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroit kanseridir. Türkiye de 2022 yılında erkeklerde en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer kanseri, prostat kanseri ve kolorektal kanserdir. Kadınlarda ise en sık görülen kanserler sırasıyla meme kanseri, tiroit kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanserleri ve korpus uteri kanseridir. [16–18]

Kanserler ölümlerin önemli sebeplerindendir. Türkiye de 2023 yılında ölümün en sık nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Ölümün ikinci en sık nedeni ise kanserlerdir. Yaklaşık her 6 ölümden 1'i kanserlerdir. Kanserden ölümlerin en sık sebebi ise solunum sistemi kanserleridir. Erkeklerde kansere bağlı ölümün en sık sebepleri sırasıyla akciğer, mide, kolorektal, prostat kanserleridir. Kadınlarda kansere bağlı ölümün en sık sebebi sırasıyla meme, akciğer, kolorektal kanserlerdir.[19]

2.5. KANSERDE ERKEN TANI VE KORUNMA YÖNTEMLERİ

2.5.1. Kanserde Erken Tanı

Kanserin erken tespit edilmesi tedavi yanıtı ve kanserin önlenmesi açısından önemlidir. Kanserler %30-50 oranında erken teşhis ile önlenebilir.[5] Tedavi maliyetleri bu sayede azalmaktadır. Kişilerin yaşam süresi uzamaktadır. Erken tespitin iki bileşeni vardır. Bunlar erken teşhis ve taramadır. Erken teşhis; öncü semptomları olan kişilerde yapılacak testler ile kanseri çok ilerlemeden tanı koymaktır. Tarama ise sağlıklı kişilerde kanserleri semptomlar ortaya çıkmadan tespit etmek için yapılan testlerdir.[1]

2.5.2. Kanserden Korunma Yöntemleri

2.5.2.1. Kanserde Birincil Koruma

Birincil koruma, kanser oluşumunu önlemeye yönelik önlemleri kapsar. Bu koruma düzeyi, henüz hastalık ortaya çıkmadan önce risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını hedefler. Bu kapsamda sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesi ve çevresel risklerin azaltılması esastır.[1]

Başlıca birincil korunma stratejileri şunlardır;

-Tütün ve tütün ürünlerinden uzak durmak

-Alkol tüketimini azaltmak

-Sağlıklı ve dengeli beslenmek

-Düzenli fiziksel aktivite yapmak ve obeziteden kaçınmak

-Güneşin zararlı ışınlarından korunmak (UV maruziyetinin azaltılması)

-Hepatit B (HBV) ve Human Papilloma Virüsü (HPV) gibi enfeksiyonlara karşı aşılanmak vs.

Bu önlemler sayesinde birçok kanser türü önlenebilir. Özellikle akciğer, karaciğer, rahim ağzı ve deri kanserleri gibi türlerde birincil koruma son derece etkilidir.[1]

2.5.2.2. Kanserde İkincil Koruma

İkincil koruma; hastalığı erken evrede tespit etmeyi amaçlar. Bu sayede hastalığın ilerleyişi ve komplikasyonlar önlenebilmektedir. Bu da erken tanı ve tarama programları ile gerçekleştirilir. Amaç, kanserin henüz klinik belirtiler ortaya çıkmadan önce tespit

edilmesi ve hızlı bir şekilde tedaviye başlanmasıdır. Türkiye'de bu hizmetler KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri), aile sağlığı merkezleri (ASM) ve hastaneler aracılığıyla ücretsiz olarak sunulmaktadır. [20]

2.5.2.3. Kanserde Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma, hastalığın tanı almasından sonra uygulanan tedavi, rehabilitasyon ve komplikasyonların önlenmesine yönelik tüm sağlık hizmetlerini kapsar. Amaç, hastalığın ilerlemesini durdurmak, yaşam kalitesini artırmak ve nüks ile metastaz gibi olumsuz sonuçların önüne geçmektir. Üçüncül koruma sayesinde kanserle yaşayan bireylerin yaşam süresi uzatılabilir ve yaşam kalitesi iyileştirilebilir.[21]

Bu koruma düzeyinde şu uygulamalar ön plandadır; Etkin tedavi (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi vb.), komplikasyonların ve nükslerin önlenmesi, palyatif bakım (özellikle ileri evre hastalarda ağrı kontrolü ve destekleyici hizmetler), psikososyal destek ve rehabilitasyon, düzenli takip ve kontroller vs.[21]

2.5.2.4. Kanserde Dördüncül Koruma

Dördüncül koruma, tedavi sürecindeki hastaların, gereksiz veya aşırı müdahalelerden, yan etkilerden ve tedaviye bağlı olarak gelişebilecek olumsuz durumlardan korunmasını hedefler.[22]

2.5.2.5. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Kansere Karşı Kodu

Dünya Sağlık Örgütü tarafından kanser riskini azaltmak ve kişileri bilgilendirip kanseri önlemek için 12 önemli uyarıdan oluşan Avrupa Kansere Karşı Kodu yayınlanmıştır. Herkesin bu önerilere uyduğunda kanserin %50 oranında önlenebileceği tahmin edilmektedir.[23] Bu öneriler; [23]

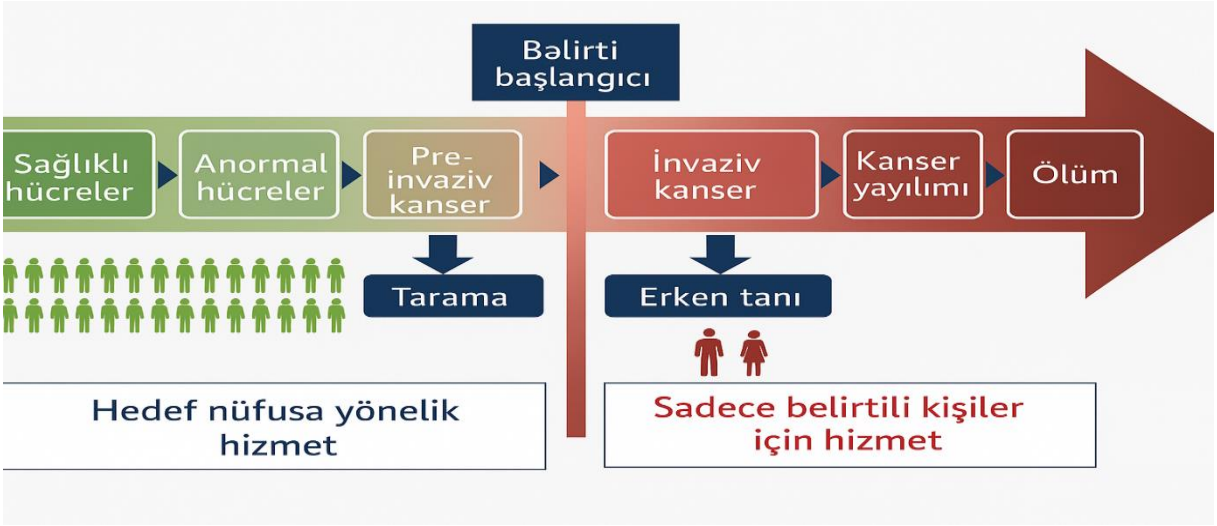
	Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Kansere Karşı Kodu
1	Hiçbir tütün türünü kullanmayın.
2	Evinizi ve işyerinizi her türlü dumandan uzak tutun.
3	Ideal kiloya ulaşmak için için hareket edin.
4	Gündelik hayatta fiziksel aktiviteleri artırın.
5	Sağlıklı yiyecekler tüketin: Tahıl, bakliyat, sebze ve meyveyi bol tüketin. Çok yağlı ve karbonhidratlı yiyeceklerden uzak durun. İşlem görmüş hayvansal gıdaları ve yiyecekleri tüketmemeye çalışın. Tuz tüketimini sınırlandırın.
6	Herhangi bir tür alkol tüketiyorsanız, alımınızı sınırlayın.
7	Çocukları yüksek güneş ışığında bulundurmayın. Güneş koruyucu ürünler kullanın.
8	İşyerlerinde kansere sebep olacak etkenlerden korunmak için tedbir alın.
9	Evinizde radon seviyesini tespit edin ve fazla ise azaltmak için çaba gösterin.
10	Kadınlar kanser riskini azaltmak için çocuklarını sıksık emzirmeli ve hormonal tedavilerinden uzak durmalıdır.

11	Çocuklara hepatit B aşısı ve HPV aşılarını yaptırın.
12	Kanser taramalarınızı yaptırın. Bağırsak kanseri (erkekler ve kadınlar), meme kanseri (kadınlar), rahim ağzı kanseri (kadınlar)

2.6. KANSER TARAMALARI

2.6.1.Kanser Tarama Tanımı ve Önemi

Kanser taramaları sağlıklı kişilerde kanserleri semptomlar ortaya çıkmadan tespit etmek için yapılan basit testlerdir. Bu taramalar, belirli bir yaş grubundaki veya risk faktörleri taşıyan bireylerde kanserin saptanmasına yardımcı olur. Erken tanı, kanserin tedavi edilmesini kolaylaştırır ve tedavi şansını artırır. Böylece ülkelerin sağlık harcamalarını azaltmaktadır.[24]



Şekil 1: Kanser tarama ve erken tanı şeması[24]

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde taramadan çok tedaviye pay ayrılmaktadır. Türkiye de bütçenin %5,4 sağlığa ayrılmıştır. Sağlığa ayrılan bütçenin yaklaşık %3 ü kanser tedavisine ayrılmaktadır. Kanser tarama maliyetleri kanser tedavisinden daha azdır. Kanser tarama maliyeti kanser tedavisi maliyetinin yaklaşık 30 da 1'i kadardır. Bu yüzden taramalara önem verilmelidir.[25]

Tarama testleri, herhangi bir şikâyeti olmayan ancak risk altında olan bireylere uygulanır. Klinik teşhisten farklı olarak, taramalarda şüpheli sonuçlar ayırt edilir ve ileri tetkiklerle kesin tanıya ulaşılır. Etkili bir tarama programı için hedef popülasyonun en az %70'inin katılımı sağlanmalıdır. Tarama süreci, hedef nüfusun bilgilendirilmesi, davet edilmesi, tarama testlerinin uygulanması, anormal sonuçlar için ileri testlere sevk edilmesi, zamanında patolojik tanı, evreleme ve etkin tedaviye erişim gibi adımları içermelidir.[20]

2.6.2. Kanser Taramalarının Amacı

Kanserin, semptomlar ve bulgular ortaya çıkmadan önce tespit etmektir. Erken evrede tespit edilen kanserlerin tedavi edilmesi daha kolaydır. Erken teşhis, tedavi sürecini hızlandırır ve hastaların yaşam sürelerini uzatabilir. Erken tanı sayesinde tedavi maliyetleri genellikle daha düşüktür. Tarama testleri, kanserin erken evrede tedavi edilmesini sağlar, böylece hastalık yayılmadan tedavi edilebilir.[26]

2.6.3. Kanser Taramalarının Zorlukları

Tarama aşamasının önünde bazı engeller mevcuttur. Bunlar; kişilerin taramalar hakkında farkındalığının düşük olması, bilgi düzeyenin yetersiz olması, ulaşımın yetersiz olması, teşhis ve tedavi imkânlarının yetersiz olmasıdır. Taramanın başarısı için önündeki bu engeller azaltılmalıdır.[24]

2.6.4. Kanser Taramalarının Riskleri

Tarama testleri, bazen sağlıklı bireylerde yanlış pozitiflik verebilir. Bu da gereksiz tıbbi işlemlere yol açabilir. Bazen ise tarama testi kanseri tespit edemeyebilir. Ayrıca bazı kanserler çok yavaş ilerlemektedir; bu kanseri erken tanı koymak gereksiz tedavi yüküne sebep olabilir.[26]

2.6.5. Kanser Tarama Kriterleri

Dünya Sağlık Örgütü Wilson-Jungner kriterlerine göre ulusal tarama programlarına alınacak hastalıklar aşağıdaki özelliklere sahip olması gerektiğini bildirmiştir.

(1) Taranan durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.

(2) Tanı konulduktan sonra hastalık tedavi edilebilir olmalıdır.

(3) Tanı ve tedavi imkânı olmalıdır.

(4) Erken evrede tespit edilebilir olmalıdır.

(5) Tanı konulabilecek bir yöntemi olmalıdır.

(6) Test yaptıracak kişiler tarafından kabul edilebilir olmalıdır.

(7) Hastalığın seyri başlangıçtan ortaya çıktığı sürece kadar bilinmelidir.

(8) Hastaların hangi aşamada tedavi edileceğinin kararı verilmiş olmalıdır.

(9) Tarama maliyeti ve tarama sonrası tanı alması durumunda tedavi maliyeti ekonomik olmalıdır.

(10) Tarama bir defalık değil uzun süreli bir program olmalıdır. [27]

2.7. DÜNYADA KANSER TARAMALARI

2.7.1. Dünyada Kanser Taramaları önerileri

Dünya genelinde uygulanan kanser tarama programları, hastalıkların erken teşhisine olanak sağlayarak mortalite oranlarını düşürmeyi hedeflemektedir. Dünyada kanser taramaları uygulamaları bazı farklılıklar olsa da büyük benzerlikler vardır.

Dünya sağlık örgütü meme, kalın bağırsak ve rahim ağzı kanseri taraması önermektedir.[24]

Amerikan Kanser Derneğine göre ise meme, kalın bağırsak, rahim ağzı, akciğer ve prostat kanseri taramaları önermektedir.[26]

2.7.2. Dünyada Kanser Tarama İstatistikleri

Dünya genelinde, özellikle OECD ülkelerinde, kanser tarama programlarda önemli farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, meme kanseri taraması, 50-69 yaş arasındaki kadınlar için genellikle her iki yılda bir yapılmaktadır. Ancak, bu tarama oranları ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir; Danimarka'da hedeflenen nüfusun %83'ü taranırken, Meksika ve Türkiye'de bu oran %25'in altındadır.[28]

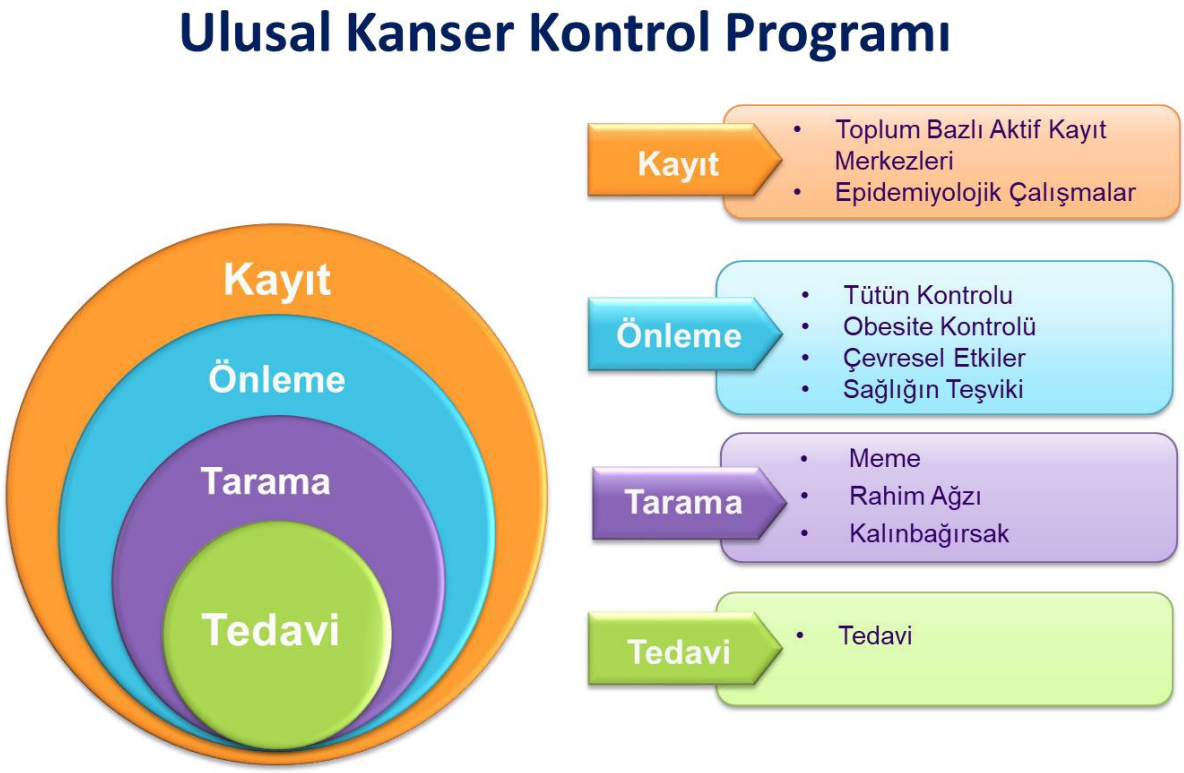
Serviks kanseri taraması oranları da ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örneğin, İsveç'te 20-69 yaş arasındaki kadınların %79'u serviks kanseri taramasına tabi tutulurken, Kosta Rika'da bu oran %3'tür.[28]

Kolorektal kanser taramaları da benzer şekildedir. Örneğin, Finlandiya'da bu programların kapsamı %79 iken, Macaristan'da %3'ün altındadır.[28]

2.8. TÜRKİYEDE KANSER TARAMALARI

Ülkemizde ulusal kanser taramaları, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) koordinasyonunda, ilçe sağlık müdürlükleri ve aile sağlığı merkezleri ile iş birliği içinde yürütülmektedir. Bu yapı sayesinde, toplum tabanlı tarama hizmetleri daha geniş kitlelere ücretsiz ve erişilebilir şekilde sunulmakta; özellikle meme, rahim ağzı ve kalın bağırsak kanseri gibi yaygın kanser türlerinin erken teşhisi hedeflenmektedir.[20]

Türkiye’de Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında, Sağlık Bakanlığı tarafından üç kanser türü için sistematik tarama programları yürütülmektedir: meme kanseri, rahim ağzı (serviks) kanseri ve kalın bağırsak (kolorektal) kanseri.[29]



Şekil 2: Ulusal kanser kontrol programı şeması[20]

2.8.1. Kanser Taraması Yapılan Merkezler

Kişiler kanser taramalarını Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), İlçe Sağlık Müdürlükleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Aile Sağlığı Merkezlerinde, Devlet ve Üniversite hastanelerinde ücretsiz olarak yaptırabilirler. Ayrıca mobil araçlar ile sağlık erişiminin zor olduğu yerlerde hizmet verilmektedir.[30]

Aile sağlığı merkezleri kanser taramaları açısından önemli bir yere sahiptir. Aile hekimleri hastaların ikamet ettiği bölgede çalıştığı için hastaları sosyal, sağlık, ekonomik açıdan daha iyi tanımaktadır. Bundan dolayı koruyucu sağlık hizmetlerini yakından takip edip etkili bir hizmet sunmaktadır. Aile hekimi hastaların sağlık sisteminde ilk ulaşabilecek kişidir. Kanser taramaları içinde önemli bir başvuru merkezidir. Taramaların hedef değer olan %70 e ulaşmasında aile hekimlerinin önemi büyüktür. Aile hekimleri belli yaş aralığındaki hastalarını kanser taramaları için davet eder. Kanser taramaları konusunda hastaları bilgilendirir. Kanser taramasını kabul eden hastaların taramalarını yapar ya da gerekli sağlık kuruluşları yönlendirir.[20]

2.8.2. Kanser Taramaları İstatistikleri

Türkiye'de toplum kanser tarama oranları, hedeflenen düzeylerin altında seyretmektedir. Bu durumun başlıca nedenleri, literatürde kanser tarama hizmetlerinde görev alacak eğitimli sağlık personeli eksikliği, kanser taramalarının önemi konusunda toplumun farkındalık ve bilgi eksikliği olarak bulunmuştur.[31]

Bu bağlamda ülkemizde kanser taramaları hem fırsatçı (opportunistic) hem de toplum temelli (population-based) yaklaşımlar ile yürütülmektedir. Türkiye'de meme kanseri tarama oranı %30–35, serviks kanseri tarama oranı %20 ve kolorektal kanser tarama oranı %20–30 düzeyindedir. Bu oranlar, ulusal ve uluslararası rehberlerde önerilen %70'lik hedefin altındadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2023 yılı verilerine göre, Türkiye genelinde toplam 7,7 milyon kanser taraması yapılmıştır. Bu taramaların 2,8 milyonu meme kanseri, 2,9 milyonu serviks kanseri ve 2 milyonu kolorektal kanser taramalarıdır. 2024 yılının ilk yarısında ise yaklaşık 4,5 milyon kişiye kanser taraması uygulanmış, bunların 1,6 milyonu meme, 1,7 milyonu serviks ve 1,2 milyonu kolorektal kanser taramaları oluşturmuştur.[29]

Bu veriler, ülkemizde kanser taramaları konusunda farkındalığın giderek arttığını, ancak istenen düzeye ulaşmak için eğitim, bilgilendirme ve hizmet sunum altyapısının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

2.9. KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri)

2.9.1. Tanımı ve Amaçları

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında kurulmaya başlanmış, 2008 yılından itibaren ise Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında yaygınlaştırılmıştır.[20]

KETEM; Bazı kanserlerin erken teşhisi için taramaları yapılan, danışmanlık ve eğitim veren sağlık bakanlığına bağlı bir kurumdur. Erken tanı ve korunma için halkı bilgilendirir. Aile hekimleri tarafından kanser tarama için yönlendirilen hastalara gerekli tarama ve bilgilendirme yapar. Danışmanlık hizmeti verir. Kanser tarama yapılan hastaların sonuçları takip edilir. Tarama sonrası kanser çıkan hastalar bilgilendirilir ve uygun tedavi merkezlerine sevk edilir. Hasta ve hasta yakınlarına bilgilendirme ve sosyal destek sağlanır.[32]

40–69 yaş arası kadınlara meme kanseri taraması yapılır. Bunun için 2 yılda bir mamografi çekimi yapılır. 20 yaş üzeri kadınlara eğitimli personeller tarafından kendi kendine meme muayenesi eğitimi verilir. 30–65 yaş arası kadınlara serviks (rahim ağzı) kanseri taraması yapılır. Bunun için 5 yılda bir HPV-DNA testi yapılır. 50–70 yaş arası

bireylere kolorektal kanser taraması yapılır. Bunun için 2 yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi yapılır.[29]

Bu hizmetler, ücretsiz, randevusuz ve yaygın erişilebilir şekilde sunulmaktadır. Tarama sonrası pozitif veya şüpheli sonuç alınan bireyler, tanı ve tedavi süreçleri için ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedir.[32]

2.10. MEME KANSERİ VE MEME KANSERİ TARAMASI

Dünyada ve Türkiye de kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseridir. Dünyada ve Türkiye de kadınlarda en sık ölüme sebep olan kanser yine meme kanseridir.[33]

Ülkemizde meme kanseri, kadınlarda en sık ölüme neden olan kanserdir. Her yıl yaklaşık 24.000 yeni vaka görülmektedir. Tüm kadın kanserlerinin yaklaşık %24'ünü oluşturmaktadır. Bu vakaların yaklaşık %5'i ölümle sonuçlanmaktadır.[34]

Meme kanserlerinin %99 kadınlarda %1'i erkeklerde görülür. Her 8 kadından 1'i meme kanseri olma riski vardır. Her 27 kadından biri meme kanserinden ölme riski vardır. Gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri riski daha düşüktür ancak bu risk zamanla giderek artmaktadır.[35] Kadınlarda meme kanseri sıklığı 20 yaşından başlayarak artmaktadır. 45-55 yaşında plato yaparak 55 yaşından itibaren görülme sıklığı daha çok artmaktadır.[36]

Türkiye de meme kanserlerinin %80 i 40 yaş üzerinde görülmektedir. %20 si ise 40 yaş altında görülmektedir.[20] Tanı konulan kadınların ortanca yaşı 53'tür. Tanı anında vakaların %44,5'i 50–69 yaş aralığındadır. Vakaların %11'i ileri evrede (evre III–IV) tanı almaktadır.[37]

2.10.1. Meme Kanseri Semptomları

Meme kanseri, özellikle erken evrelerinde genellikle asemptomatiktir. İlerleyen evrelerde çeşitli belirtilerle kendini gösterebilir. En yaygın semptom memede ele gelen sert, düzensiz sınırlı ve genellikle ağrısız bir kitledir. Bunun yanı sıra meme başında çekilme, meme başından özellikle kanlı akıntı gelmesi, memede şekil ve boyut değişiklikleri, ciltte portakal kabuğu görünümü ve koltuk altı lenf bezlerinde büyüme gibi belirtiler gözlenebilir. Bu semptomların fark edilmesi, erken tanı ve tedavi açısından büyük önem taşır. Ancak meme kanserlerinin bir kısmı, yalnızca mamografi ile saptanabilir. Bu nedenle semptom olmasa dahi tarama yaptırılmalıdır.[38]

2.10.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinin en önemli riski kadın olmaktır. İkinci önemli risk ise yaştır. Diğer riskler; Obezite, hareketsizlik, ailede meme kanseri olma öyküsü, BRCA1-BRCA2

mutasyonunun olması, erken menarj, geç menopoz, atipili ya da atipisiz proliferatif fibrokistik hastalıklar, tek göğüste meme kanseri hikayesi, hiç doğum yapmamak veya ilk doğumun 35 yaş üstünde olması, kısa süreli emzirme, menopozdan sonra 5 yıldan fazla hormon replasman tedavisi almak, beyaz ırk, radyasyon, obezite vs.[35]

Aşırı kilolu ve obez bireylerde serbest östradiol düzeylerinin artması, meme kanseri riskini yaklaşık %50 oranında artırabilmektedir. Alkol tüketimi de meme kanseri riskini etkileyen önemli faktördür. Her gün alkol alınması meme kanseri riskinde %7'lik bir artışa sebep olabilir.[20]

2.10.3. Meme Kanseri Taraması

Meme kanseri, kadınlar arasında hem morbidite hem de mortalite açısından en önemli sağlık sorunlarından biridir. Erken evrede tespit edildiğinde tedavi başarısı yüksektir. Bu yüzden tarama programları yüksek öneme sahiptir. Tarama programları sayesinde meme kanseri, semptomlar ortaya çıkmadan önce teşhis edilerek hem yaşam süresi uzatılır hem de yaşam kalitesi artırılır.[39]

Tarama muayenelerinde erken tespit edilen meme kanserleri küçüktür ve çevre dokulara yayılma ihtimali düşüktür. Meme kanserinin boyutu ve yayılım miktarı meme kanserinin prognozu açısından önemlidir. Bu sayede tedavi şansıda artmaktadır.[39]

Birçok uluslararası çalışmada, düzenli mamografi taramalarının meme kanseri mortalitesini %25–41 arasında azalttığı gösterilmiştir. Örneğin; bir araştırmada mamografi taramasına davet edilen kadınlarda mortaliteyi %22 oranında azalttığını, taramaya katılan kadınlarda ise mortaliteyi %33 oranında azaltmıştır.[40] Yapılan başka bir araştırmada, 50 yaşın üzerinde düzenli olarak mamografi çektirmenin kadınlar için meme kanseri ölüm oranını %30 oranında azaltabildiği gösterilmiştir. Buda erken tanının ve düzenli tarama testlerinin kanserin erken evrede tespit edilmesinde önemli bir rolü olduğunu göstermektedir.[41]

Gelişmiş ülkelerde, erken tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde meme kanseri tanısı almış hastaların 5 yıllık sağkalım oranı yaklaşık %90-95 civarındadır.[42]

Dünya genelinde meme kanserinden kaynaklanan ölümlerin yarısından fazlası az gelişmiş ülkelerdedir. Bu durum, az gelişmiş ülkelerde meme kanseri teşhisi, taraması ve tedavisine yeterli düzeyde erişim sağlanamamasından kaynaklanmaktadır. Erken tanı, etkin tarama programları ve tedaviye ulaşımda yaşanan zorluklar bu ülkelerde kanser mortalitesinin yüksek olmasının başlıca sebeplerindendir.[43]

2.10.3.1. Dünyada Meme Kanseri Tarama Önerileri

Amerikan Kanser Derneği ortalama riskli gruplarda 40-54 yaş aralığındaki kadınlarda her yıl mamografi çekilmelidir. 55 yaş ve üzeri kadınlarda iki yılda bir mamografi

çekilmelidir. Kadından beklenen yaşam süresi 10 yıl oldukça tarama devam etmelidir. Amerikan kanser derneği yüksek risk taşıyan kadınlarda ise 30 yaşından itibaren her yıl mamografi ve meme MR'ı önermektedir. Yüksek risk taşıyan grup özellikleri; kendisi veya birinci derece yakınlarında BRCA1 veya BRCA2 mutasyonuna sahip olmak, 30 yaşından önce göğüs bölgesine radyasyon tedavisi almak, Li-Fraumeni sendromu, Cowden sendromu veya Bannayan-Riley-Ruvalcaba sendromlarından birine sahip olmak ya da bu sendromlardan birine sahip birinci derece yakınlarında olması meme kanseri için yüksek risk taşımaktadır.[39]

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü'nün (USPSTF) meme kanseri taramasıyla ilgili önerileri: 40-74 yaş arası kadınlar için 2 yılda bir mamografi yapılması B düzeyinde önerilir. 75 yaş üstü kadınlarda ise yeterli kanıt bulunmadığı için tarama ile ilgili net bir öneri sunulmamaktadır.[44]

2.10.3.2. Türkiye'de Meme Kanseri Taraması

Türkiye de DSÖ önerileri dikkate alınarak kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında; kadınların 20 yaşından itibaren ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması ve yılda bir klinik meme muayenesi yaptırması önerilmektedir. 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi önerilmektedir.[29]

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verilerine göre, ülkemizde 15 yaş ve üstü kadınların %39,4'ü hayatlarında en az bir kez kendi kendine meme muayenesi yapmıştır. Mamografi çektiren kadınların oranı ise %28,9 dur. Bu veriler ülkemizde meme kanseri taraması oranlarının yetersiz olduğunu göstermektedir.[45]

2.10.3.3. Yüksek Riskli Hastalarda Meme Kanseri Taraması

Birinci derece yakında meme kanseri olanlarda kişiye kanserin tanı konulduğu tarihten 10 yıl önce taramaya başlanmalıdır. Meme kanseri tanısı alırsa taramaya ara verilmez. Meme biyopsisinde atipik duktal hiperplazi görülen hastalar yakın takip edilmelidir. BRCA1 gen mutasyonu olanlar 20 yaşından itibaren, BRCA2 mutasyonu olanlar ise 25 yaşından itibaren taramaya başlanmalıdır. Toraksa radyoterapi tedavisi alanlar taramaya tedaviden 8 yıl sonra ya da 25 yaşına gelince taramaya başlanmalıdır.[20]

2.10.3.4. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Premenopozal kadınlar için kendi kendine meme muayenesi, adet döngüsünün 8–12. günleri arasında yapılmalıdır. Âdet kanaması bitiminde yapılmalıdır. Bu dönemde hormon seviyeleri düşük olduğu için meme dokusu daha yumuşak olur ve olası kitleler daha rahat fark edilir. Menopozdaki kadınlar ise her ayın aynı gününde muayene yapmalıdır. Emziren kadınlar için önerilen zaman ise emzirme sonrası, memede süt birikimi azaldığında yapılan

muayenedir. Oral kontraseptif kullananlarda ise yeni kutuya başlamadan önceki gün yapılmalıdır.[46]

Kadınların 20 yaşından itibaren kendi kendine muayene yapması önerilmektedir. Muayene hem ayakta hem de yatarak yapılmalıdır. Kendi kendine muayene aynanın karşısına geçilerek yapılır. Eller yukarı kaldırılır her iki meme simetrik mi ona bakılır. Meme başında kızarıklık, çöküklük, ödem var mı bakılır. Sonra öne eğilerek iki memenin de aynı hareket edip etmediğine bakılır. Meme başı hafif sıkılıp akıntı var mı bakılır. Parmaklarla meme dokusu sıkıştırılarak ele gelen kitle var mı bakılır. Sonrasında bir el yukarıda diğer el ile sağ ve sol meme yukarıdan aşağıya, aşağıdan yukarıya, dıştan içe ve meme başından başlayarak dışa doğru daire çizerek muayene edilir. Sonra sağ ve sol koltuk altı el ile bastırılarak ele gelen kitle var mı kontrol edilir. Kanser kitlesi genelde sert, ağrısız, düzensiz kenarlı ve hareketsizdir. Muayene sonucunda kitle fark eden hasta hemen doktora başvurmalıdır.[20]

Meme kanseri ile ilgili yapılan çalışmalarda, meme kitlelerinin büyük kısmı kişinin kendi muayenesi sonrasında tespit edildiği ve bunların dörtte 1'i kötü huylu tümörler olduğu belirtilmektedir.[47]

Kendi kendine muayeneler gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri yeterli olmadığı için meme kanserinin tespiti için önemlidir. Bu ülkelerde kadınlara verilen meme muayenesi eğitimleri artırılmalıdır.[48]

Yurtdışı çalışmalarında, her ay düzenli olarak yapılan kendi kendine meme muayenesinin (KKMM) sıklığı %41,2 ile %82,5 arasında değişirken, ülkemizde bu oran %10,2 ile %24,4 arasındadır. Bu oranları artırmak için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.[49]

2.10.3.5. Klinik Meme Muayenesi

Meme kanseri genelde 40 yaş üstünde görülür. Ama %20 oranda 40 yaş altında görülebilir. Bu yüzden 20 yaşında başlanarak yılda 1 defa genel cerrahi uzmanı, kadın doğum uzmanı ya da aile hekimi tarafından klinik meme muayenesi yapılmalıdır. Muayene yaparken önce ayakta memelerin simetrisini bakılır. Sonra hem oturarak hem de yatar pozisyonda tüm meme dokusu muayene edilir. Meme başından perifere doğru el ile muayene edilir. Koltuk altı lenf nodları muayene edilir.[20]

Meme muayenesi sırasında bulunan kitleler, meme kanserinin belirtisi olabilir, ancak her kitle kanser demek değildir. Menstrüel döngü gibi hormonal değişiklikler geçici fizyolojik kitlelere neden olabilir. Elle yapılan muayene ile tespit edilen kitlerin büyük çoğunluğu, biyopsi ile iyi huylu (benign) çıkmaktadır. Bu nedenle, meme muayenesi sırasında bir kitle fark edilirse, kesin tanı için ileri tetkik yapılmalıdır.[20]

2.10.3.6. Mamografi

Kullanım amaçları; tarama ve tanı koyma amacıyla kullanılmaktadır.[39]

Mamografi lezyonları el ile hissedilmeden 2-4 yıl önce saptayabilmektedir.[35] Mamografide düşük doz ile röntgen kullanılır. Mamografi memede semptom gelişmeden önceki değişiklikleri (kitleler, kireçlenmeler, asimetriler vs.) erken evrede tespit eder. Erken evrede saptanan kanserlerin tedavisi daha kolaydır. Mastektomi veya kemoterapi alma olasılığı azdır. Mamografi bazen bazı kitleleri göstermeyebilir. Mamografi kesin tanı yöntemi değildir. Patolojik bir kitle saptandığında ultrason ya da daha ileri tetkik(biyopsi) yapılmalıdır. Son zamanlarda gelişen teknoloji ile birlikte 2D/3D mamografiler vardır. Normal mamografiye göre tanı koyma ihtimali daha yüksektir.[39]

Mamografi işlemi kadınların üst bölümündeki giysiler çıkarılarak yapılır. Tetkik öncesi tüm yabancı objeler (sütyen, kolye, cilde takılan maddeler, vs.) çıkarılmalıdır. Kadın tetkik sırasında cihazın önünde ayakta pozisyonda durur. Her bir memenin ayrı pozisyonu için teknisyen memeyi iki plaka arasına sıkıştırarak ve dikkatlice 5-10 sn sürecek bası uygular. Memenin sıkıştırılması esnasında, kadınlar biraz ağrı ve rahatsızlık hissedebilir. Mamografi çekimi sırasında hareket edilmemesi önemlidir. Her iki meme için mamografi işlemi hazırlık dahil 5-10 dakika sürer. Mamografi çekilirken hamile olma ihtimali varsa teknisyene bildirilmelidir. Çünkü hamilelerde mamografi çekimi yapılmaz.[39]

Yaşı 35 altında olan doğurmamış ve hiç emzirmemiş kadınlarda meme dokusu yoğundur. Bu yüzden mamografiden önce ultrason çekilmesi önerilmektedir.[20]

2.10.3.6.1. Mamografideki Radyasyon Riski

Mamografide verilen radyasyon oranı düşüktür. Yapılan bazı çalışmalara göre, bu radyasyonun meme kanseri gelişme riskine etkisi oldukça azdır. Bir çalışma, 34 yıl boyunca tekrarlanan mamografi çekimlerinde (40-55 yaş arası yıllık, 55-74 yaş arası ise iki yılda bir) radyasyona bağlı meme kanseri riskinin tarama yapılan 1000 kadında yalnızca 1 olduğunu bildirilmiştir.[50]

Batı toplumlarında, kadınlar arasında meme kanseri riski her on kadında biridir. Ancak, yukarıda bahsedilen radyasyon riskinin meme kanseri riskiyle karşılaştırıldığında, bu risk 100 kat daha düşüktür.[50]

2.10.3.6.2. Mamografide Görülebilen Lezyonlar

Mamografide mikro kalsifikasyonlar kümeleri görülmesi meme kanserinin en erken görülen bulgusudur.[35] Kitle, asimetri ve şekil bozuklukları mamografide görülen diğer bulgulardır.[20]

2.10.3.6.3. Mamografide BIRADS Sınıflandırması

BIRADS 0: Ek inceleme gerekli

BIRADS 1: Negatif

BIRADS 2: Benign bulgular

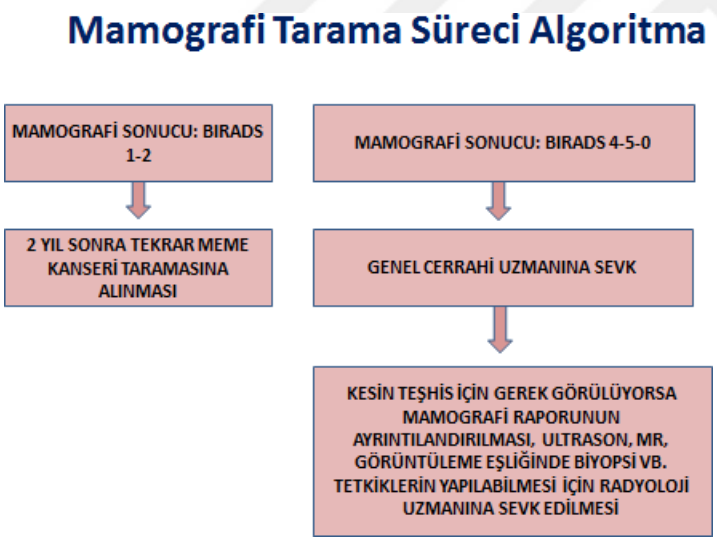
BIRADS 3: Yüksek ihtimalle benign bulgular

BIRADS 4: Şüpheli anormallik bulgular

BIRADS 5: Yüksek olasılıkla kötü huylu

BIRADS 6: Bilinen tanı almış kanser[51]

BIRADS1-2 negatif kabul edilir. BRADS0-4-5 pozitif kabul edilmektedir. BIRADS-3 çıkan hastalar 6 ay sonra tekrar mamografi çekilir. Negatif çıkan hasta 2 yılda bir mamografi için davet edilir. Pozitif çıkan hasta ise genel cerrahi uzmanına sevk edilmektedir. [52]



Şekil 3: Mamografi Tarama Algoritması[52]

2.10.3.6.4. Mamografi Dezavantajları

Kitleler el ile hissedilse bile bazen %15 oranında mamografide görülmez. Bu yüzden yakın takip edilir bir ay içinde kitle gerilemezse ileri tetkik için sevk edilmelidir.[35]

Yoğun meme dokusuna olan kadınlarda mamografi iyi sonuç vermemektedir. Yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda ultrason yapılmalıdır.[39]

2.10.3.6.5. Mamografideki Yenilikler

Tomosentez ve kontrastlı spektral mamografi (CESM), yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda klasik mamografiden daha iyi sonuçlar vermektedir.[50]

Tomosentez; 3D mamografi olarak da bilinir ve memeyi farklı açılardan tarayarak dokuların üst üste binmesini azaltır. Bu sayede tümörler, yoğun doku nedeniyle gizlenmekten kurtulur. Bu teknik, özellikle yanlış negatif sonuçları azaltarak kanserin daha doğru tespit edilmesine olanak tanır.

Kontrastlı Spektral Mamografi (CESM); Mamografinin etkinliğini artırmak için kullanılan bir kontrast madde içerir. Bu madde, kanserli dokuların daha fazla ışık emmesini sağlayarak, tümörlerin sağlıklı dokudan daha iyi ayırt edilmesini sağlar. CESM, özellikle yoğun meme dokusu olan kadınlarda tümörlerin daha belirgin hale gelmesini sağlar.

Her iki teknik, yoğun meme dokusu nedeniyle kanserin gizlenebileceği durumlarda mamografiye destek için daha kolay tanı koymak amacıyla kullanılır. Bu iki yöntem tarama amacıyla günümüzde kullanılmamaktadır.[50]

2.10.3.7. Ultrasonografi

Mamografiyi desteklemek için yapılan ileri bir tetkiktir. Mamografide görülen kitlenin solid-kistik ayrımını yapmaktadır. Hızlı, ağrısız ve radyasyona maruz kalmadan yapılması ultrasonun avantajlarıdır. Özgüllüğü düşüktür. Maliyetli bir tetkiktir. Bu yüzden tarama amaçlı kullanılmamaktadır.

Kullanım alanları; meme kanseri riski yüksek hastalar, yoğun meme dokusuna sahip hastalarda, mamografiden korkan hastalarda, genç hastalarda, hamilelerde, aksiller lenfadenopati tespitinde ve tümör boyutlarının belirlenmesinde kullanılmaktadır.[35]

2.10.3.8 Biyopsi

Meme kanseri taraması sonucu şüpheli lezyonların ayırıcı tanısı için kullanılır. İnvaziv bir işlemdir. Meme kanserinin kesin tanı yöntemi biyopsidir. Yaklaşık %98 oranında doğruluk sağlar. Ağrılı bir yöntem olduğu için ileri tetkik olarak yapılmaktadır.[35]

2.10.3.9. MR Görüntüleme Yöntemi

Meme kanseri yüksek riskli hastalarda ultrasona ek tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır. Meme büyütme estetiği olan hastaların meme kanseri taramaları için tercih edilir. Ancak maliyetlidir. Değerlendirecek yeterli personel bulunmamaktadır. Bu yüzden ileri tetkik amaçlı olarak kullanılmalıdır.[20]

2.10.4. Taramada Aile Hekimlerinin Görevleri:

Gelen hastanın tarama aralığında olup olmadığına bakılır. Tarama aralığında olan hastanın genel tıbbi bilgileri alınır. Meme hastalıkları sorgulanır. Ailesinde meme hastalığı var mı sorgulanır. Hastaya kendi kendine muayene yapıyor mu ve yılda 1 defa klinik meme muayenesi yaptırıyor mu sorulur. Hasta bu konularda bilgilendirilir ve tarama merkezlerine yönlendirilir. Hasta mamografi için tarama merkezine yönlendirilir. Tarama testlerinin kabul edilmemesi durumunda kişiler bilgilendirilir ve riskler anlatılır. Mamografi çektirmek istemediği bilgisi AHBS'ye işlenerek imzalı beyanı alınmalıdır. Bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilmelidir.[52]

Bir aile sağlığı birimine başvuran bireyde, meme kanseri tarama özelinde öncelikle hastanın cinsiyetinin kadın olmasına ve yaşının tarama aralığında olup olmadığı değerlendirilir. Tarama aralığında bulunan kadınların genel tıbbi öyküsü alınır ve meme hastalıkları açısından sorgulama yapılır. Aile öyküsünde meme hastalığı bulunup bulunmadığı da kaydedilir.

Bireye, kendi kendine meme muayenesi yapıp yapmadığı ve yılda en az bir kez klinik meme muayenesi yaptırıp yaptırmadığı sorulur. Bu konularda farkındalık oluşturmak amacıyla kişiye bilgilendirme yapılır ve uygun kanser tarama merkezlerine yönlendirilir. Tarama testlerini yaptırmak istemeyen bireylere, testlerin önemi ve yapılmaması durumunda oluşabilecek riskler hakkında bilgi verilir. Mamografi çektirmeyi reddeden kişilerin bu beyanı, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)'ne kaydedilmeli ve imzalı onam formu alınmalıdır. Reddeden kişiler, bir yıl sonra yeniden taramaya davet edilmelidir.

Mamografi sonuçları ulusal elektronik sağlık kayıtlarından takip edilir. Sonuç normal aralıkta ise 2 yıl sonra kontrol tarama için aile sağlığı merkezine davet edilir. Kadının mamografi tarama sonucun normal aralıklarda değilse, kişiye bu testin bir tarama testi olduğu, tanı için ayrıntılı tetkik gerektiğinden genel cerrahi uzmanına başvurması anlatılır. Tüm süreç AHBS sistemine kaydedilir.[52]

2.11.SERVİKS KANSERİ VE SERVİKS KANSERİ TARAMASI

2.11.1. Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri:

Serviks kanseri dünyada kadınlarda meme, akciğer ve kolorektal kanserden sonra en sık görülen kanserdir.[2] Ekonomik yönden zayıf ülkelerde ise kanserin 2. en sık sebebi serviks kanseridir.[53] Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre 162 kadından 1'i yaşamı boyunca serviks kanseri olma riski altındadır.[54]

Serviks kanseri 2022 yılında dünyada kadınlarda kanser vakalarının %6,5'ini ve kansere bağlı ölümlerin ise %7,7'sini oluşturmaktadır. Dünyada 672.000 yeni serviks kanseri vakası görülmüştür ve 353.000 kişi serviks kanserinden vefat etmiştir.[2] Serviks kanserine bağlı ölümlerin %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. Serviks kanserinin yaygınlığının ve ölüm oranlarının en fazla olduğu yerler Sahra Altı Afrika, Orta Amerika ve Güneydoğu Asya'dır.[55]

Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılında serviks kanserini elimine etme programı başlatmıştır. Servikal kanseri elimine etmek için kadınlarda kanser servikal kanser sıklığının 100.000 de 4 ün altında olmalıdır. Dünya sağlık örgütü eliminasyon için 3 ana hedef belirlemiştir;[56]

-15 yaş altı kız çocukların %90'ı HPV aşısının tüm dozlarını yaptırmalıdır.

-35 yaş ile 45 yaş arası kadınların tarama oranlarının %70 üzerinde olmalıdır.

-Servikal kanser tanısı almış kadınların %90'ı tedaviye ulaştırılmalıdır.

Bu hedefler 2030 yılana kadar gerçekleştirilirse önümüzdeki yüzyılda servikal kanserin elimine edilebilir.[56]

Türkiyede serviks kanseri, tarama oranlarının düşük olmasına rağmen serviks kanseri sıklığı gelişmiş ülkelerden daha düşüktür. Ama zamanla bu artmaktadır.[20] Ülkemizde serviks kanserinin görülme sıklığı yüz binde 4,5'tir ve bir yıl içerisinde 2.374 kadın serviks kanseri tanısı almıştır.522 kadın serviks kanserinden vefat etmiştir.[2] Ülkemizde ortalama tanı alma yaşı 51dir. Smear testi yaptırmamış bir kadında hayatı boyunca serviks kanserine yakalanma riski 1/100'dür.[20]

2.11.2 Serviks Kanseri Etiyolojisi

Serviks kanseri HPV virüsü enfeksiyonu etkisiyle oluşur. HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaşır. HPV enfeksiyonu genellikle bağışıklık sistemi tarafından yok edilir. HPV virüsünün bazı yüksek riskli tipleri (HPV-16-18) vücuttan atılamaz ve kronik enfeksiyon oluşturur. Kronik HPV enfeksiyonları zamanla %95 oranında kansere dönüşebilmektedir. Bu dönüşme süresi kişinin sağlık durumuna göre 15-20 yılı bulabilmektedir. Bağışıklığı zayıf kişilerde bu süre daha kısa sürmektedir.[55]

2.11.3. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Yüksek riskli HPV virüsü ile enfekte olmak (TİP-16,18 vs.), diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, zayıf bağışıklık sistemi, erken cinsel ilişki yaşı, partner sayısı fazla olması, erken yaşta gebelik, hormonal kontraseptif kullanımı, alkol, sigara vs.[55]

2.11.4.Serviks Kanseri Semptomları

Adet dönemleri arasında kanama, menopozdan sonra veya cinsel ilişkiden sonra kanama, artan veya kötü kokulu vajinal akıntı, pelviste kalıcı ağrı, kilo kaybı, yorgunluk ve iştahsızlık, vajinal rahatsızlık vs.[55]

Aşı Uygulama Takvimi

9-14 yaş arası: 2 doz önerilir. 0, 6-12 aylarda yapılır.[57]

15 yaş ve üzeri: 3 doz önerilir. İlk dozdan 1-2 ay sonra ikinci doz, 6 ay sonra üçüncü doz uygulanır.[57]

Bağışıklığı baskılanmış kişiler: 3 doz önerilir. 0.2.6 aylarda yapılır.[57]

Gebeler: HPV aşıları gebelerde önerilmemektedir.[57]

2.11.5. Serviks Kanseri Taraması

Serviks kanseri tarama yöntemleri ile önlenebilir. Erken teşhis edilirse büyük oranda tedavi edilebilir. Serviks kanserinin en önemli sebebi insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonudur. Kadınlar taramalarını düzenli yaptırırsa serviks kanseri büyük oranda engellenebilmektedir.[15]

Servikal kanserin karsinogenez süreci genellikle 10 ila 20 yıldır. Bu da erken dönemde prekanseröz lezyonların (servikal displazi ve CIN) tanımlanmasına ve müdahaleye olanak sağlamaktadır.[15]

Servikal prekanseröz lezyon genellikle ağrıya veya başka semptomlara neden olmaz. PAP SMEAR tarama testi ile bu hücreler kanserleşmeden tanı konulabilir.[58]

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 30 yaşından itibaren kadınlar için her 5-10 yılda bir HPV-DNA testi önermektedir. HIV geçirenlerde ise 25 yaşından itibaren taramaya başlanmalıdır.[55]

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü'nün (USPSTF) rahim ağzı kanseri tarama önerileri ise; 21-29 yaş arası kadınların her 3 yılda bir sitoloji (PAP testi) yaptırmaları öneriliyor. 30-65 yaş arası kadınlar için, üç seçenek sunuluyor: 3 yılda bir sitoloji, 5 yılda bir HPV testi, 5 yılda bir sitoloji ve HPV testi kombinasyonundan biri önerilmektedir. 21 yaş altındaki kadınlara serviks kanser taraması önermemektedir. Histerektomi yapılan kadınlarda eğer yüksek riskli prekanseröz lezyon ve kanser öyküsü yoksa serviks kanseri taraması önermemektedir. 65 yaş üstünde ise serviks kanseri taramalarını düzenli yaptıran kişilerde tarama önerilmemektedir.[59]

Amerikan Jinekologlar ve Kadın Doğum Uzmanları Koleji (ACOG) önerileri ve USPSTF önerileri birbirine benzerdir. ACOG ek olarak 65 Yaş ve Üzeri Taramada Eğer son 10 yıl içinde üç negatif Pap testi, iki negatif HPV testi veya iki negatif ko-test sonucu alınmışsa ve en son test önerilen aralıkta yapılmışsa, tarama gerekmez önerisinde bulunmuştur. Daha önce servikal kanser veya yüksek dereceli servikal değişiklik öyküsü olanlar için tarama 20 yıl süreyle devam etmelidir. [60]

Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi'nin (IARC) yaptığı bir araştırmasına göre her yıl tarama yapılması ile 5 yılda bir tarama yapılması arasında önemli bir fark yoktur. Bu yüzden 5 yılda bir smear testi yaptırmak serviks kanseri riskini büyük oranda azaltmaktadır.[61]

Birçok ülkede servikal kanser taramaları uygulanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kanser taraması oranları yüksektir. Bu yüzden gelişmiş ülkelerde önemli bir sorun olmaktan çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kanser tarama oranları yüksek olmadığından serviks kanseri hala ciddi bir sorundur. Türkiye'de serviks kanseri tarama oranları yeterli değildir. [20]

2.11.5.1. Türkiye'deki Serviks Kanseri Taraması

Türkiye de serviks kanseri taramaları 1992 yılında servikal smear ile fırsatçı taramalar ile başlamış olup 2014 yılında serviks kanseri ulusal tarama programıyla devam etmiştir. Servikal smear alınması yerine sadece HPV-DNA testi ile tarama yöntemine geçilmiştir.[20]

Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standartları'na göre; 30-65 yaş arası tüm kadınlara her 5 yılda bir HPV DNA testi yapılması önerilmektedir. HPV testi pozitif çıkan kadınlara ek olarak smear (sitoloji) testi uygulanarak durumları tekrar değerlendirilir. Sonuçlara göre takip ya da ileri tetkik planlanır. 65 yaşındaki kadınlarda, eğer son üç tarama testi negatif ise, taramanın sonlandırılması önerilmektedir.[52]

Günümüzde servikal kanser taraması kadınlarda 5 yılda bir HPV-DNA bakılarak yapılmaktadır.[29]

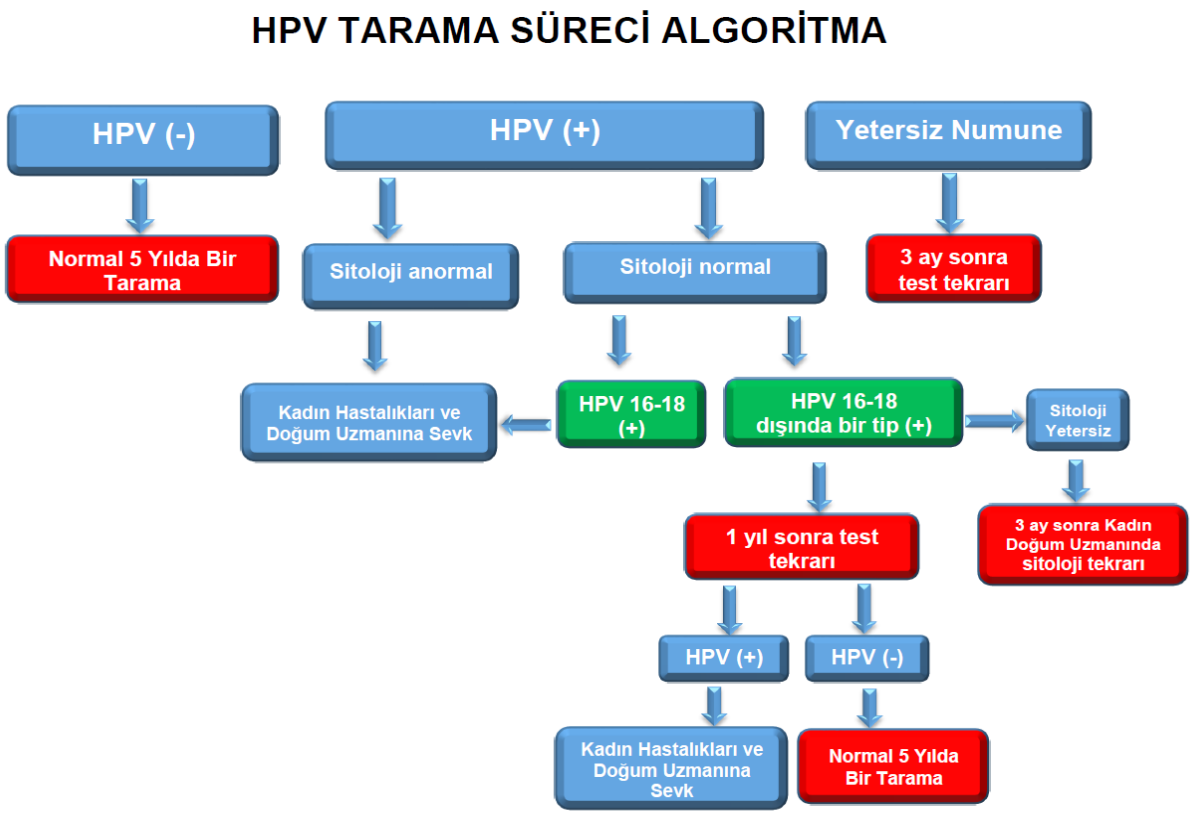
2.11.5.2. Histerektomi Sonrası Tarama

Bening jinekolojik nedenlerle yapılan total histerektomi olgularında tarama yapılmaz. Bu hastaların takibi gereksizdir. Ancak, CIN II veya III nedeniyle histerektomi yapılmış ise tarama devam etmelidir. Bu hastaların tarama kesilmesi için 3 negatif sitoloji sonucu ve son 10 yıl içinde anormal sonuç bulunmaması durumunda tarama kesilir.[62]

2.11.5.3. Rahim Ağzı Kanseri Taramasında Aile Hekiminin Rolü

Serviks kanseri ulusal tarama programı kapsamında aile hekimleri, kendi birimlerine tanımlı kadın bireylerden servikal kanser taraması yaş grubundakileri tespit edebilir. Söz

konusu bireyleri, aile sağlığı merkezine davet ederek rahim ağzı kanseri ve numune alınması konusunda gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Servikal kanser taramasını kabul eden ve aile hekiminin smear alınmasında tıbbi bir sakınca görmediği bireylere işlem öncesi bilgilendirilmiş onam formları imzalatılmalıdır. HPV-DNA /PAP-SMEAR numuneleri alınarak İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Numune alınması için uygun ortam bulunmaması halinde ise HPV-DNA /PAP-SMEAR numunesi alınabilmesi için uygun merkezlere (KETEM, SHM, mobil araç, ilçe devlet hastaneleri vs.) yönlendirilmelidir. Tüm işlemler AHBS sistemine kaydedilmelidir. Tarama sonuçları, aile hekimleri tarafından AHBS sistemiyle takip edilebilir. Ayrıca bireyler de tetkik barkod numarası ile https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/sonucsorgula adresinden sonuçlarını öğrenilebilir. Servikal kanser tarama testi belirsiz olarak raporlanan bireyler 3 ay sonra tekrar numune vermelidir. Tarama testi sonucu negatif çıkan hastalar 5 yıl sonra tekrar davet edilir. Testin negatif çıkması servikal kanseri ekarte ettirmeyeceği anlatılır. Yüksek riskli HPV16-18 tespit edilenler kadın doğum uzmanına yönlendirilir. Düşük riskli HPV-DNA Pozitif çıkan hastalar smear yapılması için yönlendirilir. Smear sonucu anormal çıkarsa kadın doğum uzmanına yönlendirilir. Smear sonucu normal çıkarsa 1 yıl sonra HPV-DNA testi tekrarlanır. Bu test pozitif çıkarsa kadın doğum uzmanına yönlendirilir. Aile hekimleri sonuçları takip eder ve tüm süreci AHBS sistemine kaydeder.[52] Tarama testini kabul etmeyen kadınlara riskler ve önlemler hakkında bilgi verilir ve test ret nedenleri ile birlikte AHBS sistemine kaydedilerek bir yıl sonraya randevu oluşturulur[52]



Şekil 4: HPV taramasında algoritma[52]

2.11.5.4. Serviks Kanseri Tarama Yöntemleri

2.11.5.4.1. HPV-DNA Testi

HPV-DNA testi, HPV virüsünün DNA'sını tespit etmek için yapılan bir laboratuvar testidir. HPV, genital bölgede enfeksiyona yol açar. Cinsel yolla bulaşan bir virüstür. Virüsün yüksek risk taşıyan türleri, servikal kanserin yanı sıra diğer genital kanserlere yol açabilir. Bu nedenle HPV enfeksiyonlarının erken teşhisi, kanserin önlenmesi açısından büyük önem taşır. HPV DNA testi genellikle servikal kanserin taraması ve takibi için kullanılır.[63]

HPV-DNA testi jinekolojik muayene sırasında rahim ağzından alınan sürüntü örneklerinden yapılır. Bu test, Pap-smear testine ek olarak veya onun yerine kullanılabilir. Testin yapılması için, rahim ağzından özel bir fırça ile sürüntü örneği alınır ve bu örnek, laboratuvara gönderilerek HPV'nin DNA'sı test edilir. HPV-DNA testi, 1-2 hafta içerisinde sonuçlanır. Eğer test yüksek riskli HPV türlerinden birini tespit ederse, kişi daha ileri tetkikler için kadın doğum doktoruna yönlendirilir.[63]

HPV-DNA testinde genellikle üç tür sonuç alınır:[63]

Yetersiz numune: 3 ay sonra test tekrarlanır.[64]

Negatif Sonuç: Testin negatif olması, HPV'nin var olmadığını gösterir.[64]

Pozitif Sonuç: Testin pozitif olması, HPV enfeksiyonunun var olduğunu gösterir. Düşük riskli(HPV6 ve HPV11) veya yüksek riskli HPV türleri (örneğin HPV 16 ve 18) bulunduğunu gösterir. Bu durumda, ek testler ve sıkı takip önerilir.[64]

HPV'ler düşük, potansiyel olarak yüksek ve yüksek riskli türler olarak üç gruba ayrılır;[64]

1- HPV6, HPV11 düşük risklidir;

2- HPV26, HPV53 ve HPV66 potansiyel olarak yüksek risklidir.

3- HPV16, HPV18, HPV31, HPV33.[64]

Serviks kanserinin %71'ine HPV 16-18 neden olmaktadır. HPV 6-11 ise genelde genital siğillere neden olmaktadır.[65]

2.11.5.4.2. Pap Smear Testi

Pap smear testi, rahim ağzından alınan hücre örneklerinin mikroskop altında incelenerek yapılan bir tarama testidir. Bu test servikal kanseri erken evrelerde tespit eder.[63]

Pap smear testi sonuçları şu şekilde sınıflandırılır:[63]

-Negatif: Alınan hücre örneklerinde herhangi bir anormallik yoktur.

-Pozitif: Alınan hücrelerde anormal değişiklikler bulunur. Bu durum kanserin belirtisi olabilir. Anormal sonuçlar ek testler ve takip gerektirir. [63]

Test Performans Karşılaştırması[66]

Test Yöntemi	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)
HPV DNA Testi	94,6	94,2
Pap Smear Testi	55,4	96,8
Kombine Test (HPV DNA + Pap Smear)	100	92,5

Servikal örnek alınması için uygun dönem; menstrüasyon döneminde iken servikal örnek alınmaz. Örnek menstrüasyon bitince alınmalıdır. Teste gelmeden 48 saat içinde cinsel ilişkiden uzak durulmalıdır, duş alınmamalıdır ve vajinal bölgeye herhangi bir kimyasal madde kullanılmamalıdır.[67]

Smear Değerlendirmesi

ASC-US: HPV testi önerilir; HPV negatifse izlem yapılabilir.

ASC-H: Kolposkopi önerilir.

LSIL: Kolposkopi veya izlem önerilir.

HSIL: Kolposkopi ve biyopsi önerilir.

Karsinom: Tedavi için uygun yönlendirme yapılır.[68]

2.11.6. Serviks Kanseri Tanısı

Tarama testleri sonucu şüpheli çıkan kişilerde kesin tanı koymak için yapılan ileri tetkiklerdir. Serviks kanseri tanısı kolposkopi ve biyopsi ile konulmaktadır.[69]

Kolposkopi: Serviksin büyütücü cihaz(kolposkop) ile incelenmesidir. Amaç: Anormal alanları görmek ve biyopsi alınacak alanı belirlemek. Servikse %3-5 asetik asit veya Lugol solüsyonu sürülerek renk değişimleri gözlenir.

Servikal Biyopsi: Serviksten küçük doku parçalarının alınarak mikroskop altında incelenmesidir. Altın standart tanı yöntemidir.[69]

2.12. KOLOREKTAL KANSER VE KOLOREKTAL KANSER TARAMASI

2.12.1. Kolorektal Kanser

Kolorektal kanser, kalın bağırsak veya rektumda gelişen kanser türüdür. Genellikle yavaş gelişir. Çoğunlukla erken evrede semptom göstermez. Ancak düzenli taramalar ile erken teşhis ve tedavi mümkündür. Kolorektal çoğu bağırsak duvarındaki normal hücrelerin anormal şekilde çoğalması sonucu oluşan poliplerden kaynaklanır.[70]

Dünyada ve Türkiye'de en sık görülen 3. kanserdir. Tüm kanserlerin yaklaşık %10 ununu oluşturmaktadır. Kolorektal kanser dünyada ve Türkiye'de akciğer kanserinden sonra en çok ölüme sebep olan kanserdir.[2]

Dünyada 2022 yılında 1,9 milyon yeni kolorektal kanser vakası tespit edilmiştir. Kolorektal kanser sebebiyle 930.000 ölüm gerçekleşmiştir. Kolorektal kanserin insidans ve ölüm oranları coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Özellikle Avrupa, Avustralya ve Yeni Zelanda'da insidans oranları oldukça yüksektir. Ölüm oranları ise Doğu Avrupa ülkelerinde daha yüksek gözlemlenmiştir. Bu farklılıklar sağlık altyapıları, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve genetik faktörlerin etkisiyle açıklanabilir.[71]

Kolorektal kanserin küresel yükü 2040 yılı itibarıyla önemli bir artış göstermesi beklenmektedir. Yeni vakaların sayısının yılda 3,2 milyona çıkacağı ve ölümlerin ise yıllık 1,6 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu artış, yaşlanan nüfus, gelişmekte olan ülkelerdeki yaşam beklentisinin artması ve değişen yaşam tarzı alışkanlıkları gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir. Kolorektal kanserin küresel sağlık üzerindeki etkisinin giderek daha büyük bir sorun haline gelmesi, daha etkili sağlık politikaları, erken tanı yöntemleri ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.[71]

2.12.2. Kolorektal Kanser İçin Risk Faktörleri

Kolorektal kanser insidansı gelişmiş ülkelerde daha sık görülmektedir. Beslenme ile ilişkili en önemli risk faktörlerinden biri obezitedir. Ayrıca, etin yüksek sıcaklıklarda pişirilmesi sırasında oluşan mutajenik heterosiklik aminler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar kanser riskini artırmaktadır. Tütsülenmiş, salamura ve bazı işlenmiş et ürünlerinde bulunan nitritler de kalın bağırsakta kanserojen N-Nitrozo bileşiklerine dönüşerek kolorektal kanser riskini yükseltir.[20]

Kişi başına düşen yağ tüketimi ile kolorektal kanser mortalitesi arasında güçlü bir ilişkiyi gösteren çalışmalar mevcuttur. Yüksek yağ alımının kalın bağırsağın lümeninde

sitotoksik serbest yağ asitlerinin seviyesini artırarak kanser oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Ayrıca lifli gıdaların dışkı hacmini artırarak gıdanın kolondan geçişini hızlandırır. Bu sayede bağırsak içeriğini azaltarak karsinojenlerin kolon mukozası tarafından daha az emilimini sağlar.[20]

Kolorektal kanserin gelişiminde genetik ve çevresel risk faktörleri önemli rol oynamaktadır. Bu risk faktörlerinin anlaşılması, koruyucu önlemlerin alınması ve erken tanı stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Kolorektal kanseri geliştirme riskini artıran başlıca etkenler:

İleri yaş: Kolorektal kanser görülme sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir. Vakaların büyük bir bölümü 50 yaş ve üzerindeki kişilerdedir.[71]

Aile öyküsü ve genetik yatkınlık: Ailesinde kolorektal kanser görülen kişilerde daha sık görülmektedir. Lynch Sendromu veya Ailesel Adenomatöz Polipozis (FAP) olan kişilerde kolorektal kanser gelişme riski artmaktadır.[71]

Öz geçmiş: Kolorektal kanser geçirmiş bireyler ile bazı kolorektal poliplere sahip olan kişiler tekrar kolorektal kanser geliştirme açısından yüksek risk altındadır.[71] Yapılan bir araştırmaya göre Tip 2 Diyabet hastalığı olan kişilerde kolorektal kanser riski diyabet olmayan kişilere göre 1,3 kat artmaktadır. Erkeklerde distal kolon kanseri riskini artırmakta iken kadınlarda proksimal kolon kanseri riskini artırmaktadır.[72] İnflamatuvar bağırsak hastalığı (Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı) olan kişilerde de kolon kanseri riski artmaktadır. Bunun sebebi kronik inflamasyon sonucu hücrelerin zamanla yapısının bozularak kansere dönüşmesidir.[73]

Yaşam tarzı faktörleri: Sağlıksız yaşam alışkanlıkları da kolorektal kanser riskini artırmaktadır. Özellikle işlenmiş et tüketiminin fazla, sebze ve meyve tüketiminin yetersiz olduğu beslenme düzenleri, fiziksel aktivite eksikliği, obezite, sigara kullanımı ve aşırı alkol tüketimi kolorektal kanserine neden olabilmektedir.[71]

2.12.3. Kolorektal Kanserin Klinik Belirtileri

Kolorektal kanser erken evrelerde genellikle belirti vermez. Bu nedenle risk altındaki bireylere düzenli olarak tarama testleri yapılmalıdır. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte bazı semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtiler, genellikle tümörün bulunduğu bölgeye ve ilerleme düzeyine göre değişkenlik göstermektedir.

Kolorektal kanserin yaygın klinik semptomları şu şekilde sıralanabilir:[71]

Bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler: ishal, kabızlık ya da dışkının incelmesi gibi durumlar uzun süre devam etmesi

Rektal kanama ve dışkıda kan: Dışkıda parlak kırmızı renkte kan ya da katran benzeri dışkı (melena)

Karın bölgesinde rahatsızlık: Karın krampları, ağrılar veya şişkinlik tümörün bağırsak lümenini daraltması sonucu ortaya çıkabilir.

Açıklanamayan kilo kaybı: Herhangi bir diyet ya da fiziksel aktivite artışı olmaksızın gerçekleşen hızlı kilo kaybı

Kronik yorgunluk ve enerji kaybı: Kişi yeterince dinlenmesine rağmen sürekli yorgunluk hissediyorsa

Anemi bulguları: Sürekli kan kaybına bağlı olarak gelişen demir eksikliği anemisi gelişebilir. Anemi ise halsizlik, solukluk, nefes darlığı gibi semptomlara neden olabilir.[71]

Kolorektal kanserin klinik bulguları tümörün yerleşim yerine göre farklılık göstermektedir. Sağ kolon tümörlerinde; daha geniş lümene sahip olmasından dolayı tıkanıklık belirtileri daha geç ortaya çıkmakta ve başlıca bulgular karın ağrısı, halsizlik, kilo kaybı, kronik kan kaybına bağlı demir eksikliği anemisi daha sık görülür. Sol kolon tümörlerinde ise; daha dar bir lümen bulunduğundan, tıkanıklık belirtileri daha erken dönemde ortaya çıkmakta ve bu tümörlerde dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler (kabızlık, ishal, dışkının incelmesi), bulantı ve kusma gibi kolon tıkanıklığı belirtileri daha sık görülür.[74]

2.12.4. Kolorektal Kanserin Önlenmesi

Kolon kanseri olan hastaların %60'ı geç evrede başvurur. Kanser lenf noduna ve çevre dokulara metastaz yapmış olur. Ameliyat ile lezyon alındıktan sonra genelde 5 yılda hastaların yarısına yakını hayatını kaybetmektedir. Bu yüzden erken önlem alınması büyük önem taşımaktadır.[75]

Kolorektal kanserler yaşam tarzı değişiklikleri ve kanser taramaları ile önlenebilmektedir. Taramalar gelişmiş ülkelerde daha etkili yapılmaktadır. Tarama ile erken evrede kanserler tespit edilir. Erken evrede tespit edilen kanserin tedavisi daha kolaydır. Bu sayede sağ kalım oranı artmaktadır.[71]

2.12.4.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Sağlıklı ve dengeli beslenme: Lif açısından zengin besinler tüketilmelidir. Meyve ve sebze tüketimi artırılmalıdır. İşlem görmüş etlerden uzak durulmalıdır.

Tütün ürünlerinden uzak durmak: Sigara kullanımı kolorektal kanser riskini artıran önemli bir çevresel faktördür.

Fiziksel aktivite: Düzenli egzersiz obeziteyi önleyerek kolorektal kanser riskini azaltır.

Alkol tüketiminin sınırlandırılması: Aşırı alkol kullanımı kolorektal kanserle riskini artırmaktadır. Alkol tüketimi azaltılmalıdır.

Zararlı çevresel etkenlerden korunma: Pestisit, kimyasal maddeler ve radyasyona maruziyet gibi çevresel risklerin azaltılması da önemlidir.[71]

2.12.4.2. Tarama ve Erken Tanı

Kolorektal kanser genellikle erken evrelerde belirti vermemektedir. Kanserin ortaya çıkması için uzun süre geçmesi gerekmektedir. Bu nedenle düzenli taramalar hastalığın erken evrede yakalanmasını ve tedavi şansının artırılmasını sağlar. Erken dönemde uygulanan tedavilerin başarı oranı oldukça yüksektir. [71]

Düzenli taramalar hastalığın insidansını ve kolorektal kansere bağlı ölüm oranlarını azaltır. Tarama ile prekanseröz polipler tespit edilip çıkarılabilmekte ve hastalık oluşmadan engellenebilmektedir. Bu sayede sağlık sistemi üzerinde ekonomik yükü de azalmaktadır.[71]

Dışkı bazlı testler kolorektal kanserin erken tespitinde yaygın olarak kullanılır. İnvaziv olmayan ve kolay uygulanabilir testlerdir. Bu testlerin en bilineni Dışkıda Gizli Kan Testi (GGK) dir. GGK, dışkı örneğinde gözle görülmeyen kan varlığını tespit eder. Bu durum kolorektal kanserin veya öncül lezyonların bir göstergesi olabilir. GGK testinde küçük bir dışkı örneği alınıp laboratuvarda analiz edilir. Eğer test sonucu pozitif çıkarsa, tanının kesinleştirilmesi amacıyla genellikle kolonoskopi yada daha ileri invaziv yöntemlere başvurulmaktadır.[71]

2.12.4.3. Genetik Danışmanlık ve Testler

Aile öyküsünde kolorektal kanser bulunan ya da Lynch Sendromu veya FAP (Familial Adenomatöz Polipozis) gibi genetik yatkınlıklara sahip bireyler risk altında olduğu için bu kişilere genetik danışmanlık verilmelidir. Genetik testler bireylerin taşıdığı risk düzeyini ortaya koymakta ve kişiye özel tarama takvimlerin oluşturulmasını sağlar.[71]

2.12.5. Kolorektal Kanser Tanı Yöntemleri

Kolorektal kanserin tanısı klinik ve laboratuvar yöntemleri ile yapılmaktadır. Tanı süreci genellikle fiziksel muayene ile başlar. Rektal tuşe muayenesi erken dönemde rektal lezyonların belirlenmesine yardımcı olur. Ardından hastalığın evresini ve yayılımını değerlendirmek amacıyla abdominal ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır.

Kesin tanı ise endoskopik yöntemlerle konulmaktadır. Kolonoskopi ya da sigmoidoskopi ile kolonik mukozanın doğrudan incelenir. Bu inceleme sırasında şüpheli alanlardan biyopsi alınarak histopatolojik analiz yapılmaktadır. Malignite tanısının doğrulanmasında bu yöntemler altın standart kabul edilmektedir.[71]

2.12.6. Kolorektal Kanser Taraması

Kolorektal kanser çoğu zaman belirti vermeden ilerleyen bir kanserdir. Genellikle ileri evrelerde tanı konulur. Bu nedenle, özellikle semptomsuz bireylerde yapılan düzenli tarama programları, hastalığın erken tanısı ve önlenmesi açısından önemlidir. Kolorektal kanser tarama ile saptanabilen ve önlenebilen bir kanser türüdür.

Kolorektal kanser genellikle adenomatoz polipler gibi iyi huylu lezyonların zamanla kansere dönüşmesiyle oluşur. Bu süreç genellikle yıllar alır. Sürecin uzun sürmesi tarama programlarının etkili olabilmesini sağlar. Düzenli kanser taramaları ile hem kolorektal kanser görülme sıklığı hem de bu kansere bağlı ölüm oranları anlamlı düzeyde azalmaktadır.[76]

Kolorektal kanser taramasına katılan kişilerin sağkalım oranı, taramaya katılmayanlara göre %68 daha yüksektir. Bu da taramanın önemini ve etkisini göstermektedir.[77]

Birçok uluslararası çalışmada düzenli kolon kanseri taramalarının mortaliteyi önemli ölçüde azalttığını göstermektedir. Özellikle 50–70 yaş arasındaki bireylerde, 10 yılda bir yapılan taramalar, kolon kanseri mortalitesini %68–88 oranında azaltmaktadır. Örneğin, bir meta-analiz, 10 yılda bir yapılan kolon taramasının mortaliteyi %73 oranında azalttığını belirtmektedir.[78]

Taramaların etkinliği toplumun farkındalığı ve sağlık sistemine erişimi ile doğrudan ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde tarama oranları yüksekken gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar düşüktür.[76]

Taramada kullanılan testler kolorektal kanserin gizli kanamaları tespit etmektedir. Kalın bağırsaktaki prekanseröz lezyonlar ve kolorektal kanserler sıklıkla kanama eğilimindedir. Bu mikroskopik veya zaman zaman makroskopik kanamalar görülmektedir. Dışkıda gizli kan testleri (GGK) ya da immünokimyasal testler (FIT) gaita temelli tarama yöntemleridir.[79]

2.12.6.1. Dışkıda Gizli Kan Testi (GGK Testi):

En yaygın kullanılan tarama testidir. Dışkıda mikroskobik düzeydeki kanı tespit eder. Test pozitif çıkarsa kolonoskopi yapılmalıdır.[76]

GGK duyarlılığı ve özgüllüğü düşüktür. Yalancı pozitif veya yalancı negatif çıkabilir. Bu yüzden GGK testleri pozitif çıkması kanser olması anlamına gelmemektedir. Negatif çıkması da kanser olmadığı anlamına gelmemektedir.[80]

GGK testi %50 oranında yalancı negatif sonuç verebilir. GGK testi pozitif çıkanların %25-41'i kolon patolojisi tespit edilmiştir.[75]

2.12.6.2 Fekal İmmünokimyasal Test (FIT):

GGK'ya benzer bir testtir. Ancak daha hassas bir yöntemdir. Genellikle yıllık olarak uygulanır. Kolaylıkla evde yapılabilir. Sadece insan hemoglobinine duyarlıdır. Diyet gerektirmez.[76]

2.12.6.3 Kolonoskopi:

Hem tanı hem de tedavi aracı olarak kullanılan en etkili tarama yöntemidir. Tüm kolon incelenir. Ayrıca polipler aynı seansta çıkarılabilir. Bu sayede hem tanı hem de tedavi imkânı sunmaktadır. Genellikle 10 yılda bir önerilir.[76]

Kolonoskopi kolon kanseri taramalarında %95 hassasiyete sahiptir. Kolon yapısını incelemede altın standart yöntemdir. Düzenli aralıklarla tarama yapıldığında kolon kanserine bağlı ölüm oranını %70 oranında azaltmaktadır.[75]

2.12.6.4 DNA Tabanlı Dışkı Testleri:

Yeni nesil tarama yöntemleri arasında yer alır. Hem kan hem de tümöre özgü DNA mutasyonlarını tespit eder.[76]

2.12.7. Dünyada Kolorektal Kanser Taramaları

Otoriteler 50 yaşından itibaren yılda 1 defa gaitada gizli kan testi yapılmasını önermektedir. 5 yılda 1 sigmoidoskopi ve 10 yılda 1 defa kolonoskopi yapılmasını önermektedir.[80]

ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) ve Amerikan kanser derneği (ACS) benzer önerilerde bulunmaktadır. Yılda 1 GGK testi, her 5 yılda bir sigmoidoskopi ve her 10 yılda bir kolonoskopi önermektedirler. 45 ila 75 yaş aralığındaki kişiler kolorektal kanser taraması yaptırmalıdır. Kolorektal kansere yakalanma riski yüksek olan kişiler ise doktoru ile özel program belirleyerek buna göre tarama ve takip yaptırmalıdır.[81]

2.12.8. Dünya Genelinde Kolorektal Kanser Tarama İstatistikleri

Dünya genelinde kolorektal kanser taraması oranları ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 50 yaş ve üzerindeki nüfusun yaklaşık %67'si düzenli kolorektal kanser taramasına katılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kolorektal kanser taraması oranı genellikle %60-70 civarındadır.[70]

2.12.9. Ülkemizde Kolorektal Kanser Taramaları

Ülkemiz de kolorektal kanser taraması 2013 yılında başlamıştır. 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılmasını önerilir. 50-70 yaş arasında 10 yılda bir Kolonoskopi önerilir (51 ve 61 yaşında). 70 yaş üzerinde son iki GGK tarama testi negatif ise taramaya son verilir.[20]

Birinci derece akrabalarında kanser veya polip öyküsü varsa kanser taraması 40 yaşına çekilmelidir. Birinci derece akrabalarında erken yaşta kanser görülürse bu tarihten 5 yıl önce kanser taramasına başlanmalıdır.[20]

2.12.10. Türkiye'de Kolorektal Kanser Tarama İstatistikleri

Ülkemizde kanser taramaları istenilen düzeyde değildir. Türkiye kanser kontrol programının verilerine göre tarama %30 civarlarındadır. %70 tarama hedefinin uzağındadır. Bu yüzden tanı konulan kolorektal kanserlerin %24'ü ileri evrededir. Kanserin erken tespiti için taramalara ağırlık verilmelidir.[20]

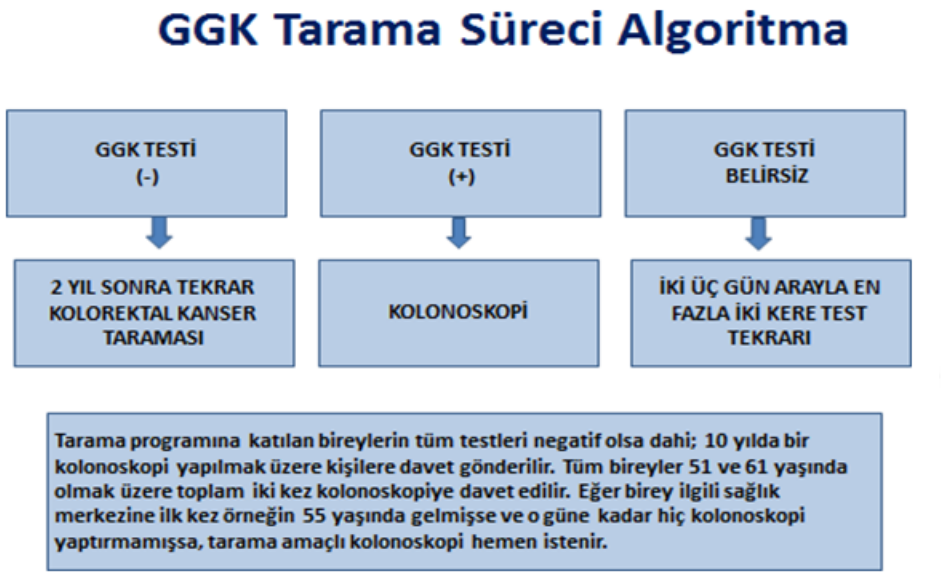
2.12.11. Ülkemizde Taramanın Yapılışı

İlçe sağlık müdürlükleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Aile sağlığı merkezinde görevli hekim, ebe, hemşire ve laboratuvar teknisyenleri tarafından GGK kiti ücretsiz dağıtılır. GGK kiti kişi tarafından evde yapıldıktan sonra sadece kit içindeki test kaseti verilen merkeze geri getirilir. Taramanın sonucuna göre hasta yönlendirilir. Tarama testi belirsiz çıkan kişilere tekrar GGK kiti verilerek test tekrarlanır. Tarama testi negatif çıkan hasta 2 yıl sonra tekrar tarama için çağrılır. Tarama testi pozitif çıkan hastaya testin pozitif çıkması kanser olduğu anlamına gelmediği sadece dışkıda kan varlığını gösterdiği kanında kolorektal kanserin bir bulgusu olduğu anlatılır. Pozitif çıkan hasta ileri tetkik için genel cerrahi doktoruna yönlendirilir.[20]

2.12.12. Aile Hekimliğinde Kolorektal Kanser Taraması

Aile hekimine kayıtlı 50-70 yaş aralığındaki hastalar 2 yılda bir davet edilir. Taramayı kabul edenlere onam formu imzalatılır ve GGK kiti verilerek kolon kanseri taraması yapılır. Test kasetini getirmesi söylenir. Test sonucu değerlendirilir. AHBS sistemine kayıt edilir. Test sonucu belirsiz gelirse test iki üç gün içinde tekrarlanır. Test sonucu negatif gelirse tarama takvimine göre iki yıl sonraya randevu verilir. Test negatif gelmesinin kanseri dışlamadığı şüpheli şikâyet gördüğünde doktora başvurması konusunda bilgilendirilir. Test sonucu pozitif gelirse hasta bilgilendirilir. Pozitif gelmesi kanser anlamına gelmediği anlatılır. Hasta ileri tetkik için hasta genel cerrahi veya gastroenteroloji doktoruna yönlendirilir. Tarama testlerini kabul etmeyen hasta riskler konusunda bilgilendirilir. Yaptırmak istemediğine dair imzalını beyan alınır. Tarama yaptırmak

istemeyen hasta 1 yıl sonra tarama için tekrar davet edilir. Kanser taraması gizlilik içinde yürütülmelidir. Hasta haklarına saygılı olunmalıdır.[52]



Şekil 5: GGK tarama algoritması[52]

2.13. PROSTAT KANSERİ VE PROSTAT KANSERİ TARAMASI

Prostat kanseri prostat bezinde hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması sonucu gelişen kötü huylu (malign) bir tümördür. Prostat bezi mesanenin hemen altında ve üretranın etrafında yer alan ceviz büyüklüğünde bir organdır. Sperm için sıvı üreterek üreme fonksiyonunda önemli bir rol oynar.[82]

Globocan 2022 verilerine göre prostat kanseri dünyada erkeklerde akciğer kanserinden (%15,2) sonra ikinci sıklıkla (%14,2) görülen kanserdir. 1,5 Milyon kişiye prostat kanseri tanısı konulmuştur. Erkeklerde kansere bağlı ölümlerin beşinci (%7,3) nedenidir. Dünyada yaklaşık 400000 kişi prostat kanseri nedeniyle vefat etmiştir.[2,83]

2.13.1. Prostat Kanseri Belirtileri

Prostat kanseri genelde erken dönemde semptom vermez. Bazen idrar akımında problemler ve kan gelmesi gibi erken bulgular görülebilmektedir.

İdrar yapmada zorluk, idrardan veya meniden kan gelmesi, erektil disfonksiyon, kilo kaybı, halsizlik semptomları görülebilir. Ayrıca kemiklere metastaz yaparsa kemik ağrısı

görülebilir. Omurilik kemiklerine metastaz yaparsa sinir basına bağlı ekstremitelerde uyuşma ve güçsüzlük görülebilir.[84]

2.13.2. Prostat Kanseri Taraması

USPSTF, 55-69 yaş arasındaki erkekler için PSA testi önermektedir. 70 yaş ve üzeri erkeklerde ise PSA testi ile yapılan tarama önerilmemektedir.[85]

2.13.2.1. Prostat Kanseri Taraması: AUA 2023 Kılavuzları

Amerika Üroloji Birliği (AUA) prostat kanseri taramasını kişilere yeterli bilgilendirme yapılarak kendi tercihine bırakmıştır. Bu yaklaşım, hastaların bilgi sahibi olmalarını ve bilinçli kararlar almalarını sağlar.

Prostat kanseri taraması için ilk test olarak PSA (Prostat Spesifik Antijen) testi önerilmektedir. PSA testi, prostat kanseriyle ilişkili bir biyomarkerdir. Tarama sürecinde önemli bir rol oynar.[86]

45-50 yaş arası: PSA testi ile tarama başlanabilir.

40-45 yaş arası: Eğer birey yüksek risk altındaysa (örneğin, siyah ırk, genetik yatkınlık, güçlü aile öyküsü) tarama önerilebilir.

50-69 yaş arası: Her 2-4 yılda bir düzenli PSA testi önerilmektedir.

PSA testi, her 2-4 yılda bir yapılabilir. Ancak, tarama süresi ve sıklığı, bireysel risk faktörlerine ve önceki test sonuçlarına göre değişiklik gösterebilir.[86] PSA testi yüksek çıkan bireylerde ek testler ve biyopsi gerekebilir.[86]

2.13.3. Taramanın Riskleri

Prostat kanseri taramasının bazı potansiyel riskleri bulunmaktadır:

Yanlış Pozitif Sonuçlar: PSA testi prostat kanseri dışında durumlarla da yükselebilir. Bu durumlar gereksiz biyopsilere yol açabilir.

Aşırı Tanı: Bazı prostat kanseri türleri tedavi gerektirmeyebilir. Bu türlerin tespiti gereksiz tedavilere neden olabilir.

Tedavi Riskleri: Prostat biyopsisi ve tedavileri enfeksiyon, kanama gibi komplikasyonlara yol açabilir.

Sonuç olarak prostat kanseri taraması, bireysel risk faktörleri, yaş ve genel sağlık durumu göz önünde bulundurularak, bir üroloji uzmanı ile birlikte karar verilmesi gereken

bir süreçtir. PSA testi, tek başına yeterli bir tarama yöntemi olmayıp dijital rektal muayene ve gerekirse prostat MR gibi ek testler ile desteklenmelidir. Sağlık profesyonelleriyle görüşerek, kişisel risk profilini uygun en doğru tarama yöntemi belirlenmelidir.[86]

2.14. AKCİĞER KANSERİ VE AKCİĞER KANSERİ TARAMASI

Akciğer kanseri, akciğer parankiminde veya bronşlarda gelişen malign tümörleri ifade eder. Genellikle akciğerlerin iç yüzeyini kaplayan bronş veya bronşiollerden başlayarak zamanla çevre dokulara ve vücudun diğer bölgelerine yayılabilir.

Hastalığın başlıca belirtileri arasında uzun süre geçmeyen öksürük, nefes darlığı, balgamda kan, iştahsızlık, kilo kaybı ve halsizlik gibi şikâyetler bulunur. Tanı klinik değerlendirme, görüntüleme yöntemleri ve biyopsi ile konur.

Erken tanı, tedavi şansını artırabilir ve yaşam süresini uzatabilir. Bu nedenle risk faktörleri taşıyan bireylerde düzenli tarama ve sigara içiminin bırakılması büyük önem taşır.[87]

2022 yılına ait GLOBOCAN verilerine göre akciğer kanseri dünya genelinde en sık görülen ve en fazla ölüme yol açan kanser türüdür. Bu yıl dünya genelinde yaklaşık 2,48 milyon yeni akciğer kanseri vakası ve 1,82 milyon ölüm bildirilmiştir.[2,88]

2.14.1. Akciğer Kanseri Tarama Kılavuzları (2023)

Amerikan Kanser Derneği, aşağıdaki kriterlere sahip bireyler için yıllık düşük doz bilgisayarlı tomografi (LDCT) taramasını önermektedir:

-Yaş Aralığı: 50–80

-Sigara İçme Geçmişi: Günde 1 paket sigara içen bir kişi için 20 yıl boyunca sigara içmiş olmak

-Sigara Durumu: Aktif sigara içenler veya son 15 yıl içinde sigarayı bırakmış olanlar

Bu kriterlere uyan bireylerin, tarama testi hakkında sağlık profesyonelleriyle görüşmeleri önerilmektedir. Tarama, akciğer kanserine bağlı ölüm oranlarını azaltabilir.[89]

2.14.2. Erken Tanı ve Yaşam Süresi

Erken evrede tespit edilen akciğer kanseri vakalarında tedavi şansı artmakta, sağkalım oranları yükselmektedir. Örneğin, NELSON çalışması her 320 tarama testiyle bir hayatın kurtarılabileceğini göstermiştir.[89]

Akciğer kanseri taraması, yüksek risk grubundaki bireyler için hayat kurtarıcı olabilir. Tarama programlarına katılmadan önce bir sağlık profesyoneli ile görüşerek kişisel riskler ve taramanın faydaları hakkında bilgi almak önemlidir.[89]

2.15. KANSER TARAMASINA KATILIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.15.1. Bireysel Faktörler

Yaş: Genellikle orta yaş ve üzeri bireyler taramaya daha sık katılmaktadır.

Cinsiyet: Bazı kanser türlerinde (örneğin meme kanseri) kadınlar daha yüksek katılım oranına sahiptir.

Eğitim düzeyi: Eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı da artmakta bu da taramaya katılımı artırmaktadır.

Gelir düzeyi: Düşük gelirli bireylerde taramaya erişim ve katılım daha düşüktür.

Sağlık okuryazarlığı: Kanser ve tarama hakkında bilgi sahibi olmak, bireyin taramaya katılma olasılığını artırır.[90]

2.15.2. Psikolojik Faktörler

Kanser korkusu: Tanı almaktan korkma taramaya gitmeme nedenlerinden biridir.

Algılanan risk: Bireyler kendilerini risk altında görmediklerinde taramaya gitmeyi gereksiz bulabilir.

Güvensizlik: Testin doğruluğuna veya sağlık sistemine güven duymamak.[90]

2.15.3. Sosyokültürel Faktörler

Toplumsal ve kültürel inanışlar: Bazı toplumlarda hastalıkla ilgili damgalanma ya da kadercilik anlayışı taramaya katılımı engelleyebilir.

Aile ve çevre desteği: Sosyal destek tarama kararı üzerinde önemli bir rol oynar. [90]

2.15.4. Sağlık Sistemi ve Hizmet Sunumuna Ait Faktörler

Erişilebilirlik: Sağlık merkezlerine ulaşım kolaylığı önemlidir.

Hizmet kalitesi ve güvenilirliği: Sağlık personelinin yaklaşımı, hizmetin kalitesi ve test sonuçlarının güvenilirliği katılımı etkiler.

Randevu sistemi ve bekleme süresi: Uzun bekleme süreleri ve karmaşık randevu sistemleri katılımı azaltabilir.

Bilgilendirme ve çağrı sistemleri: SMS, telefonla bilgilendirme gibi hatırlatma sistemleri katılımı artırır.[90]

Toplumun sağlık okuryazarlığının düşük olması ve bunun sonucu olarak kanser farkındalığının yetersizliği, kanserin geç tanı almasına yol açan önemli bir risk faktörüdür. Kanser semptomları, gelişme riski, risk faktörleri, tedavinin etkinliği ve erken teşhis stratejilerinin etkinliği hakkında eksik bilgi veya yanlış inançlar, bireylerin hastalıkla ilgili erken dönemde harekete geçmesini engelleyebilir. Bu durum, hastalığın ilerlemesine ve tedavi sürecinin gecikmesine yol açarak sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir.[91]

Özellikle son 20-25 yıldır yapılan araştırmalar, mamografik taramanın yararlarının yanı sıra yanlış pozitif bulgular ve gereksiz tedavi gibi potansiyel zararlarını gündeme getirmiştir. Bu durum, ülkemiz kadınlarının mamografik taramaya yönelik olumsuz bir yaklaşım geliştirmelerine sebep olmaktadır. Yanlış pozitif sonuçlar, gereksiz tıbbi müdahalelere yol açarak, hastalar üzerinde psikolojik ve fiziksel yük oluşturabilmektedir.[92]

Birçok çalışmada, hekimlerin tarama testlerini önerdiği bireylerin, bu testlere katılma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Örneğin, bir sistematik inceleme, hekim önerisinin kolon kanseri taraması gibi testlere katılımı önemli ölçüde artırdığını ortaya koymuştur. Bu etki, hekimlerin önerilerinin yanı sıra, önerinin içeriği ve kalitesiyle de ilişkilidir. Özellikle hekimlerin önerilerini coşkulu ve açık bir şekilde ifade etmeleri, bireylerin bu testlere katılma olasılıklarını artırmaktadır.[93]

Sonuç olarak kanser taramaları ile erken tanı konularak ve uygun tedavi yapılarak önemli oranda iyileşme sağlanabilmektedir. Ancak, bilgi eksikliği, korku ve ihmal gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarına geç başvurulması tanının gecikmesine, bu da tedavinin zorlaşmasına yol açmaktadır. Bu nedenle kanser taraması farkındalığı tv, sosyal medya, broşürler ile artırılmalıdır. Kişiler ise periyodik sağlık kontrolleri ihmal etmemeli ve kanser belirtisi olabilecek şikayetler ciddiye alınarak vakit kaybetmeden bir hekime başvurulmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, 40-60 yaş arasındaki bireylerin kanser tarama testlerine olan bilgi, tutum ve farkındalıklarının belirlenmesi ve kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri ve taramalara karşı olan tutumları ile ilişkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Kocaeli Derince Fatih Aile Sağlığı Merkezinde kâğıt anket aracılığıyla 01.05.2025-01.07.2025 tarihleri arasında ankete katılmayı kabul eden 40-60 yaş arası bireylere yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmada örneklem hesabı yapılmamıştır. Araştırmanın evrenini Fatih ASM 41 numaralı birime başvuran ankete katılmayı kabul eden, 40-60 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Araştırma kâğıt anket oluşturarak başvuran hastaların anketi cevaplaması sağlanmış ve tamamlanan anketler bir kutuya bırakılmıştır. Ankete toplamda 250 katılımcı katılmıştır. Ancak 1 katılımcı 40 yaşın altında oldukları için çalışma dışı tutulmuştur. Çalışma 249 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.4. Dahil Edilme Kriterleri

-Anketi cevaplamayı kabul etmek
-40-60 yaş aralığında olmak
- 41 Numaralı birime muayene olmak
-Anketi cevaplayacak bilişsel yeterliliği olması

3.5. Dışlama Kriterleri

-Anketi cevaplamayı reddetmek.
-40 yaşından küçük veya 60 yaşından büyük olmak
-41 numaralı birime muayene olmamak.
- Anketi cevaplayacak bilişsel yeterliliği olmaması

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında bilgilendirme yapılıp kayıtlı olan hastalardan aydınlatılmış onam alındıktan sonra anket formunun doldurulması istendi. Katılımcılarla anket kâğıt çıktısı alınarak uygulandı. Anketi cevaplandırmak yaklaşık 10 dakika sürdü. Anket 3 bölümden oluşmaktadır ve toplamda 50 soru vardır.

3.7. Anket Formunun Bölümleri:

1. Sosyo-demografik Veri Formu
2. Kanser Tarama hakkında bilgi ve tarama yaptırma davranışları
3. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

3.7.1 Sosyo-demografik Veri Formu

Sosyo-demografik veri formu 13 sorudan oluşmaktadır. Formun içeriğinde katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, bulunduğu hanenin gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, kanser tanısı varlığı, genel sağlık durumu, fiziksel aktivite düzeyi, kendinde kanser tanısı, ailede kanser tanısı ve kanser riski ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.7.2 Kanser Tarama Hakkında Bilgi ve Tarama Yaptırma Davranışları

Bu form toplamda 13 soruyu içeren bölümden oluşmaktadır. Hangi kanser taramalarının hakkında bilgisi varlığı ve kanser taramalarına yönelik davranışlarını içerir. Tarama testleri önerilme durumu, kimin önerdiği, kanser taraması bilgisi, tarama testleri ile bilgi kaynağı, KETEM farkındalığı, hangi kanserlerin tarandığı, daha önce tarama yaptırılıp yaptırılmadığı, yaptırıldıysa hangi kanser türü için yaptırıldığı, nerede yapıldığı, ne sıklıkla yapıldığı, tarama sonucu tanı aldı mı, kanser taramasını neden yaptırmadığı ve kanser taramasına nasıl ikna olursun gibi soruları içerir.

3.7.3 Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

“Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği” 2019 yılında Elif Nur Yıldırım Öztürk ve arkadaşları tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Beşli Likert tipi ölçek, 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Maddeler 5'ten 1'e kadar derecelendirilmiştir [5: tamamen katılıyorum, 4: kısmen katılıyorum, 3: ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: kısmen katılmıyorum, 1: tamamen katılmıyorum]. Ölçek, 30-70 yaş arası, en az okuryazar olan, formu doldurmasını engelleyen bilişsel, görme veya ortopedik engeli olmayan kadın ve erkeklerde kullanıma uygundur.
Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120’dir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları 24’e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, 120’ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılması uygun olur. Ölçek puanları hesaplanırken anlamca olumsuz olan 13 madde (Madde 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ters kodlanmalıdır. Ters kodlama için ‘‘6−Katılımcı Cevabı’’ formülünün kullanılması önerilir. Ölçekteki maddelerin sırası önemli değildir. Çalışmacılar tarafından karışık bir sıra kullanılabilir [56]. Ölçeğin kullanımı için ilgili yazardan gerekli izin alınmıştır (EK).

3.8. Veri Analizi Öncesi Kategorizayon:

Katılımcıların fiziksel aktivite durumu “çok düşük”, “düşük”, “orta’’, “yüksek”, “çok yüksek” şeklinde sorulmuş olup, analizlerde “çok düşük”, “düşük”, “orta’’, “yüksek”, “yüksek/çok yüksek” şeklinde kategorize edilmiştir.

Katılımcıların genel sağlık durumu “Çok iyi”, “İyi”, “orta”, “Kötü”, “Çok kötü” olarak sorulmuş olup, analizlerde “Çok iyi”, “İyi”, “Orta”, “kötü/çok kötü”, olarak kategorize edilmiştir.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin elektronik ortama aktarılması (veri girişi) ve verilerin istatistiksel analizleri Hacettepe Üniversitesi tarafından lisansı sağlanan IBM SPSS Statistics Premium 23 V istatistiksel bilgisayar paket programı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler dağılımlar olarak, yüzde, ortanca, çeyrekler, en küçük-en büyük değerler olarak belirtilmiştir. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik onayı Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan Sayı : E-80418770-020-775555 Konu : 2025/235 no’lu karar ile alınmıştır.

4. BULGULAR

Anket 01.05.2024-01.07.2025 tarihleri arasında 249 kişiye yapılmıştır. Anket yapılan 249 kişinin yaş ortanca değeri 50 (45-55) bulunmuştur. (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcı yaşları(n=249)

	Medyan(25.-75. persentil)
Yaşınız	50 (45-55)

Katılımcılar 88(%35,3)'i erkek, 161(%64,7)'i kadın toplamda 249 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim durumu ilköğretim 135(%54,2) kişi, ortaokul 12 (%18,9) kişi, lise 47(%18,9) kişi, yüksekokul/üniversite 39(%15,7) kişi, hiç okul okumayan 16(%6,4) kişi bulunmuştur. Katılımcıların medeni durumu evli 226(%90,8) kişi, bekar 23(%9,2) kişi bulunmuştur. Katılımcıların mesleği ev hanımı 128(%51,4) kişi, işçi 49(%19,7) kişi, emekli 35(%14,1) kişi, memur 19(%7,6) kişi, diğer meslekler 17(%6,8) kişi, işsiz 2(%0,8) kişi bulunmuştur. Katılımcıların gelir durumu gelirim giderimden az 87(%34,9) kişi, gelirim giderime eşit 141(%56,6) kişi, gelirim giderimden fazla 21(%8,4) kişi bulunmuştur. Katılımcıların fiziksel aktivite durumu çok düşük 30(%12) kişi, düşük 87(%34,9) kişi, orta 98(%39,4) kişi, yüksek ve çok yüksek 34(%13,6) kişi bulunmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri tablo 2 de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=249)

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	88	35,3
Kadın	161	64,7
Eğitim durumu		
İlköğretim	135	54,2
Ortaokul	12	4,8
Lise	47	18,9
Yüksekokul/Üniversite	39	15,7
Yok	16	6,4
Medeni durumu		
Evli	226	90,8
Bekar	23	9,2
İş durumu		
Ev hanımı	128	51,4
İşçi	49	19,7
Emekli	35	14,1
Memur	19	7,6
Diğer meslek	17	6,8
İşsiz	2	0,8
Gelir durumu		

Gelirim giderimden az	87	34,9
Gelirim giderime eşit	141	56,6
Gelirim giderimden fazla	21	8,4
Fiziksel aktivite durumu		
Çok düşük	30	12
Düşük	87	34,9
Orta	98	39,4
Yüksek/çok yüksek	34	13,6

Katılımcıların genel sağlık durumu çok iyi 10 (%4) kişi, iyi 94 (%37,8) kişi, orta 122(%49) kişi, kötü ve çok kötü 23 (%9,2) kişi bulunmuştur. Katılımcıların 139(%55,8) kişinin kronik hastalığı bulunmuştur. Katılımcılardan 144(%57,8) kişi ise düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların 5(%2) tanesinin kanser öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların 102(%41) tanesinin ailesinde kanser öyküsü bulunmaktadır. Katılımcı sağlık durumları ve sağlık öyküleri tablo 3 de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcı sağlık durumları ve sağlık öyküleri(n=249)

	n	%
Sağlık durumu		
Çok iyi	10	4
İyi	94	37,8
Orta	122	49
Kötü/çok kötü	23	23
Kronik hastalık		
Evet	139	55,8
Hayır	110	44,2
Düzenli ilaç kullanımı		
Evet	144	57,8
Hayır	105	42,2
Kanser tanısı aldınız mı		
Evet	5	2
Hayır	244	98
Ailenizde kanser tanısı var mı		
Evet	102	41
Hayır	147	59

Katılımcıların yaşamı boyunca kanser olma riskine 77 (%30,9) kişi risk yok cevabını vermiştir. 66(%26,5) kişi yaşamı boyunca kanser olma ihtimaline orta cevabını vermiştir. 29 kişi ise yüksek/çok yüksek cevabını vermiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcı kanser riski değerlendirmesi(n=249)

	n	%
Yaşamınız boyunca kanser olma riskiniz var mı		
Risk yok	77	30,9
Çok düşük	29	11,6
Düşük	48	19,3
Orta	66	26,5
Yüksek/çok yüksek	29	11,6

Katılımcıların kanser taraması önerildi mi sorusuna 174(%69,9) kişi evet cevabını vermiştir. 75(%30,1) kişi ise hayır cevabını vermiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcı kanser taraması önerisi(n=249)

		n	%
Kanser taraması önerildi mi	Evet	174	69,9
	Hayır	75	30,1

Tarama önerilen katılımcılardan 97 kişiye aile hekimi, 27 kişiye uzman hekim, 62 kişiye aile sağlığı çalışanı tarama önerisinde bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıya kanser taramasını öneren(n=174)

		n	%
Aile hekimi önerdi	Evet	97	55,7
	Hayır	77	44,3
Uzman hekim önerdi	Evet	27	15,5
	Hayır	147	84,5
Aile sağlığı çalışanı önerdi	Evet	62	35,6
	Hayır	112	64,4

Katılımcılardan 137(%55) kişi KETEM'i duydum ve bilgim var cevabını vermiştir. Katılımcıların 91(%36,5) kişi duymadım bilgim yok cevabını vermiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların KETEM'i bilme durumu(n=249)

	n	%
KETEM hakkında bilgin varmı		
Duymadım bilgim yok	91	36,5
Duydum ama ne işe yaradığını bilmiyorum	21	8,4

Duydum ve bilgim var	137	55

Katılımcıların ulusal kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olan 173(%69,5) kişi vardır. 76(%30,5) kişi ise ulusal kanser taramaları hakkında bilgisi yoktur (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların ulusal kanser tarama hakkında bilgisi(n=249)

		n	%
Ulusal kanser taramaları hakkında bilgi	Evet	173	69,5
	Hayır	76	30,5

Katılımcılarda kanser taramaları hakkında bilgisi olan 173 kişinin meme kanseri taramasını bilenler 163(%94,2) kişidir. Serviks kanseri taramasını bilen 152(%87,9) kişi vardır. Kolon kanserini taramasını bilen 109(%63) kişi vardır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların kanser taraması çeşitleri hakkında bilgisi(n=173)

		n	%
Meme	Evet	163	94,2
	Hayır	10	5,8
Serviks	Evet	152	87,9
	Hayır	21	12,1
Kolon	Evet	109	63
	Hayır	64	37

Katılımcılardan kanser tarama çeşitleri hakkında bilgisi olan 173 kişiden aile hekiminden bilgi aldığını cevabını veren 101(%58,4) kişi vardır. Katılımcılardan sağlık çalışanından bilgi aldığı cevabını veren 59(%34,1) kişi vardır (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların kanser taraması çeşitleri hakkında bilgi kaynağı(n=173)

Bilgi kaynağı		n	%
Aile hekimi	Evet	101	58,4
	Hayır	72	41,6
Uzman hekim	Evet	8	4,6
	Hayır	165	95,4
Sağlık çalışanı	Evet	59	34,1
	Hayır	114	65,9
TV/Medya	Evet	24	13,9
	Hayır	149	86,1
Arkadaş/komşu	Evet	21	12,1
	Hayır	152	87,9

Katılımcılardan 164(%65,9) kişi en az bir kanser taraması yaptırmıştır. Katılımcılardan 85(%34,1) kişi herhangi bir kanser taraması yaptırmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu(n=249)

		n	%
Kanser taraması yaptırdınız mı	Evet	164	65,9
	Hayır	85	34,1

Katılımcılardan kanser taraması yaptıran 164 kişiden 115(%46,2)'i meme kanseri taraması yaptırmıştır. Katılımcılardan kanser taraması yaptıran 164 kişiden 131(%52,6) 'i serviks kanseri taraması yaptırmıştır. Katılımcılardan kanser taraması yaptıran 164 kişiden 61(%24,5)'i kolon kanseri taraması yaptırmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların hangi kanser taraması yaptırma durumu(n=164)

		n	%
Meme	Evet	115	46,2
	Hayır	134	53,8
Serviks	Evet	131	52,6
	Hayır	118	47,4
Kolon	Evet	61	24,5
	Hayır	188	75,5

Katılımcıların kanser taraması yaptıran 164 kişiden 107(%65,2) kişi ASM de tarama testi yaptırmıştır. Katılımcılardan 88(%53,7) kişi KETEM de tarama testi yaptırmıştır. Katılımcılardan 76 kişi hastane de tarama testi yaptırmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların kanser taraması nerede yaptırdığı(n=164)

		n	%
ASM	Evet	107	65,2
	Hayır	57	34,8
KETEM	Evet	88	53,7
	Hayır	76	46,3
Hastane	Evet	76	46,3
	Hayır	88	53,7

Katılımcılardan kanser taraması yaptıran 164 kişiden 54(%33) kişi taramalarını düzenli aralıklarla yaptırmaktadır. Kanser taraması yaptıran 164 kişiden 110(%67) kişi ise tarama testlerini düzenli yaptırmamıştır. Katılımcılardan tarama yaptıran 164 kişiden 2 (%1,2) kişi tarama sonucunda kanser tanısı almıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların kanser taraması yaptırma düzeni ve tanı alma durumu(n=164)

	n	%
Ne sıklıkla yaptırırsınız		
Düzenli aralıklarla	54	33
Bazen	110	67
Test sonucu kanser tanısı		
Evet	2	1,2
Hayır	162	98,8

Katılımcılardan kanser taramasını yaptırmayan ve neden yaptırmadın sorusunu cevap veren 82 kişiden 43(%52,4) kişi sağlıklı olduğum için yaptırmadım cevabını işaretlemiştir. Katılımcılardan 22(%26,8) kişi bilgim olmadığı için yaptırmadım cevabını vermiştir. 17(%20,7) kişi ise tarama yaptırmam gerektiğini bilmediğim için yaptırmadım cevabını vermiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların kanser taraması neden yaptırmadığı(n=82)

		n	%
Korktuğum için	Evet	4	4,9
	Hayır	78	95,1
Bilgim yok	Evet	22	26,8
	Hayır	60	73,2
Zamanım yok	Evet	10	12,2
	Hayır	72	87,8
Tarama yaptırmam gerektiğini bilmiyorum	Evet	17	20,7
	Hayır	65	79,3
Ulaşım sıkıntısı	Evet	2	97,6
	Hayır	80	2,4
Utandığım için	Evet	3	3,7
	Hayır	79	96,3
Sağlıklı olduğum için	Evet	43	52,4
	Hayır	39	47,6

Katılımcılardan kanser taraması yaptırmayan ve kanser taraması nasıl yapılırsa sorusuna cevap veren 83 kişiden 54(%65,1) kişi yeterli bilgilendirme yapılırsa ikna olurum cevabını vermiştir. Katılımcılardan 12(%21,7) kişi ise ikna olmam cevabını vermiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların kanser taraması için nasıl ikna olma durumuna cevabı(n=83)

		n	%
Bilgilendirme yapılırsa	Evet	54	65,1
	Hayır	29	34,9
Araç tesis edilirse	Evet	10	12
	Hayır	73	88
Hediye verilirse	Evet	9	10,8
	Hayır	74	89,2
Mobil araç gelirse	Evet	9	10,8
	Hayır	74	89,2
İkna olmam	Evet	18	21,7
	Hayır	65	78,3

Anket yapılan 249 kişinin kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanı ortanca değeri 106 (91-111) bulunmuştur. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinden katılımcıların aldıkları puanların ortalaması 106±17,3 olup, minimum puan 34, maksimum puan 119'dur.

Tablo 17. Katılımcıların ölçek puanı

	Medyan(25.-75. persentil)
Ölçek puanı	106 (91-111)

Katılımcıların cinsiyetleri ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,152). Katılımcıların medeni durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı fark bulunamadı(p=0,848). Katılımcıların eğitim durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulanamadı(p=0,105). Katılımcıların meslekleri ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulanamadı(p=0,456). Katılımcıların gelir durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulanamadı(p=0,554). Katılımcıların fiziksel aktivite durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulanamadı(p=0,330). Tablo 18'de sosyo-demografik özellikler ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 18. ***Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması(n=249)***

	Medyan (25.-75. persentil)	p
Cinsiyet		0,152
Erkek	105 (80-111)	
Kadın	107 (95-111,5)	

Medeni durum		0,848
Evli	106,5 (90-111)	
Bekar	105 (95-112)	
Eğitim durumu		0,105
İlkokul	107 (96-111)	
Ortaokul	105 (94-111)	
Lise	107 (88-112)	
Yüksekokul/üniversite	105 (77-112)	
Yok	90 (65-107,5)	
Meslek		0,456
Ev hanımı	104,5 (95-111)	
İşçi	109 (93,5-113)	
Emekli	107 (90-111)	
Memur	93 (78,5-111,75)	
Diğer	105 (76-113)	
Gelir durumu		0,554
Gelirim giderimden az	106 (90-110)	
Gelirim giderime eşit	105 (91-113)	
Gelirim giderimden fazla	109 (86,5-111)	
Fiziksel aktivite durumu		0,330
Çok düşük	103,5 (91,5-111)	
Düşük	108 (99-112)	
Orta	104 (80,75-111)	
Yüksek/çok yüksek	104,5 (87,25-115)	

Katılımcıların genel sağlık durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulanamadı(p=0,476). Katılımcıların kronik hastalığı varlığı ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulanamadı(p=0,915). Katılımcıların düzenli ilaç kullanımı ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulanamadı(p=0,703). Katılımcıların kendilerinde kanser tanısı olanlar ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında kanser tanısı olanların sayısı az olduğu için değerlendirme yapılamadı. Katılımcıların ailesinde kanser tanısı olanlar ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulanamadı(p=0,617). Katılımcıların yaşam boyu kanser olma olasılığı değerlendirmesi ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulundu(p=0,036). Çok düşük risk cevabı verenlerin tutum ölçeği puanı yüksek/çok yüksek risk cevabı verenlerden daha düşük bulunmuştur. Tablo 19 da açıklanmıştır.

Tablo 19. ***Katılımcıların sağlık verileri ile kanser taramalarına yönelik Tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması(n=249)***

	Medyan (25.-75. persentil)	p
Genel sağlık durumu		
Çok iyi	101 (76,5-111,5)	0,476
İyi	104,5 (88,75-111)	
Orta	106,5 (92,75-111)	
Kötü/çok kötü	109 (99-112)	
Kronik hastalık varlığı		
Evet	106 (93-111)	0,915
Hayır	105,5 (86-111)	
Düzenli ilaç kullanımı		
Evet	106 (93,25-111)	0,703
Hayır	105 (84-111)	
Kanser tanınız var mı		
Evet	114 (107-119)	
Hayır	105 (90,25-111)	
Ailede kanser var mı		
Evet	105,5 (94,5-112)	0,617
Hayır	106 (88-111)	
Yaşam boyu kanser riski		
Risk yok	105 (90,5-111)	**0,036**
Çok düşük risk	103 (77-110)	
Düşük risk	104,5 (97-111)	
Orta risk	105 (85-112)	
Yüksek/çok yüksek risk	110 (105,5-115)	

Katılımcıların KETEM'İ bilme durumu ile kanser taraması ölçek puanı arasında anlamlı fark bulundu($p<0,001$). Duydum ve bilgim var cevabı verenlerin ölçek puanı duymadım bilgim yok cevabını verenlerden daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların ulusal kanser taramalarını bilme durumu ile kanser taraması ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur($p<0,001$). Ulusal kanser taramalarını bilenlerin kanser taraması ölçek puanı bilmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılardan kanser taraması önerilme durumu ile kanser tarama ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kanser taraması önerilenlerin kanser taraması ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. ***Katılımcıların kanser taramaları hakkındaki bilgileri ile kanser taramalarına yönelik Tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması(n=249)***

	Medyan (25.-75. persentil)	p
KETEM bilme durumu		**<0,001**
Duydum ve bilgim var	109 (98-113)	
Duydum ama ne işe yaradığını bilmiyorum	105 (78-113)	
Duymadım bilgim yok	98 (81-109)	
Ulusal kanser taramalarını bilme		**<0,001**
Evet	108 (97-112,5)	
Hayır	98,5 (76-109)	
Kanser taraması önerilme		**0,005**
Evet	107 (97-111)	
Hayır	101 (77-110)	

Katılımcılardan kanser taramalarını bilenlerden meme kanseri taramasını bilme durumu ile kanser tarama ölçeği arasında anlamlı fark bulunmamıştır(p=0,448). Katılımcılardan kanser taramalarını bilenlerden serviks kanseri taramasını bilme durumu ile kanser tarama ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur(p=0.038). Katılımcılardan kanser taramalarını bilenlerden Serviks kanseri taramasını bilenlerin serviks kanseri taraması bilmeyenlere göre ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılardan kanser taramalarını bilenlerden kolon kanseri taramasını bilme durumu ile kanser tarama ölçeği arasında anlamlı fark bulunmamıştır(p=0,312).(Tablo 21)

Tablo 21. ***Katılımcıların hangi kanser taramaları hakkındaki bilgileri ile kanser taramalarına yönelik Tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması(n=173)***

	Medyan (25.-75. persentil)	p
Meme kanser taramasını bilme		0,448
Evet	108 (99-113)	
Hayır	107 (88-111)	
Serviks kanseri taramasını bilme		**0,038**
Evet	108 (99-113)	
Hayır	102 (86-110)	
Kolon kanseri taramasını bilme		0,312
Evet	108 (99,5-112)	
Hayır	105,5 (92-112)	

Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile kanser tarama ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0,001). Kanser taraması yaptıranların kanser taraması ölçek puanı kanser taraması yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kanser taraması yaptıran 164 kişiden meme kanser taraması yaptırma sorusuna evet veya

hayır cevabı verenler ile kanser tarama ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,146). Katılımcıların kanser taraması yaptıran 164 kişiden serviks kanser taraması yaptırma sorusuna evet veya hayır cevabı verenler ile kanser tarama ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,460). Katılımcıların kanser taraması yaptıran 164 kişiden kolon kanser taraması yaptırma sorusuna evet veya hayır cevabı verenler ile kanser tarama ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,593). Katılımcıların kanser taramasını ne sıklıkla yaptırma durumu ile kanser taraması ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur(p=0,000). Kanser taramalarını düzenli aralıklarla yapanların bazen yaptıranlara göre ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. ***Katılımcıların kanser taramalarını yaptırma durumları ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması***

	Medyan (25.-75. persentil)	p
Kanser taraması yaptırma durumu		
Evet	107 (98-112)	**<0,001**
Hayır	99 (77-110)	
Meme kanseri taraması yapma durumu		
Evet	108 (99-113)	0,146
Hayır	106 (95-111)	
Serviks kanseri taraması yapma durumu		
Evet	107 (98-113)	0,460
Hayır	106 (96-111)	
Kolon kanseri taraması yapma durumu		
Evet	107 (101-111)	0,593
Hayır	107 (97-113)	
Kanser taramalarını ne sıklıkla yaptın		
Bazen	103 (94-111)	**<0,001**
Düzenli aralıklarla	110 (106-115)	

Katılımcılardan kanser taraması yaptırmayanlar arasında ‘‘yeterli bilgilendirme yapılırsa kanser taraması yaptırırım’’ cevabına evet cevabını verenler ile vermeyenler arasında kanser taraması ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur(p=0,001). ‘‘Evet’’ cevabını verenlerin ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılardan kanser taraması yaptırmayanlar arasında ‘‘kanser taraması yaptırmaya ikna olmam’’ cevabına evet cevabını verenler ile vermeyenler arasında kanser taraması ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur(p=0,001). ‘‘Evet’’ cevabını verenlerin ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 23. ***Katılımcıların kanser taramalarını yaptırmaya ikna olma durumları ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının karşılaştırması(n=76)***

	Medyan (25.-75. persentil)	p
Bilgilendirme yapılırsa tarama yaptırırım		**0,001**
Evet	107 (82-111)	
Hayır	81 (70-98)	
Tarama yaptırmaya ikna olmam		**0,001**
Evet	81 (66-93)	
Hayır	105 (80-111)	

Katılımcıların yaşları ile kanser taramaları hakkında bilgileri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,106). Katılımcıların yaşları ile kanser taraması yaptırmaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,106). Katılımcıların yaşları ile kanser taraması hakkında bilgi ve davranışları arasındaki ilişki tablo 24 de verilmiştir.

Tablo 24. ***Katılımcıların yaşları ile kanser taraması hakkında bilgi ve davranışları arasındaki ilişki***

	Yaş medyan değeri (25.-75. persentil)	p
Kanser taramaları hakkında bilginiz var mı?		0,106
Evet	49 (45-55)	
Hayır	52 (45-56)	
Kanser taraması yaptırdınız mı?		0,491
Evet	51 (45-56)	
Hayır	49 (45-54)	

Katılımcıların kanser taramasını bilme durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(p=0,000). Kadınların kanser taramaları hakkındaki bilgi durumu oranı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kanser taramasını bilme durumu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,239). Katılımcıların kanser taramasını bilme durumu ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,115). Katılımcıların kanser taramasını bilme durumu ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,225). Katılımcılardan kanser taramaları bilme durumu ailede kanser tanısı olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,781). Katılımcıların kanser taramasını bilme durumu sosyodemografik durumları arasında ilişki tablo 25 de verilmiştir.

Tablo 25. ***Katılımcıların sosyodemografik durumu ile kanser taramasını bilme durumu arasında ilişki***

		Kanser taramaları hakkında bilginiz var mı?		p
		Evet	**Hayır**	
Cinsiyet, n (%)	**Kadın**	139 (86,3)	22 (13,7)	**<0,001**
	Erkek	34 (38,6)	54 (61,4)	
Medeni Durum, n (%)	**Evli**	160 (70,8)	66 (29,2)	0,239
	Bekar	13 (56,5)	10 (43,5)	
Gelir durumu, n (%)	**Gelirim giderimden az**	53 (60,9)	34 (39,1)	0,115
	Gelirim giderime eşit	104 (73,8)	37 (26,2)	
	Gelirim giderimden fazla	16 (76,2)	5 (23,8)	
Öğrenim Durumu, n (%)	**İlkokul**	99 (73,3)	36 (26,7)	0,225
	Ortaokul	10 (83,3)	2 (16,7)	
	Lise	30 (63,8)	17 (36,2)	
	Yüksek okul	26 (66,7)	13 (33,3)	
	Yok	8 (50)	8 (50)	
Ailede kanser tanısı, n (%)	**Evet**	72 (%70,6)	30 (%29,4)	0,781
	Hayır	101 (%68,7)	46 (%30,5)	

Katılımcıların kanser taramasını yaptırma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0,001). Kadınların kanser taramalarını yaptırma durumu oranı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kanser taramasını yaptırma durumu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,447). Katılımcıların kanser taramasını yaptırma durumu ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark

bulunmamıştır(p=0,164). Katılımcıların kanser taramasını yaptırma durumu ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(p=0,003). Eğitim durumu ortaokul olanların kanser taraması yaptırma oranı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile ailede kanser tanısı olma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır(p=0,342). Katılımcıların sosyodemografik durumu ile kanser taramasını yaptırma durumu arasında ilişki tablo 26 da verilmiştir.

Tablo 26. ***Katılımcıların sosyodemografik durumu ile kanser taramasını yaptırma durumu arasında ilişki***

		Kanser taraması yaptırdınız mı?		p
		Evet	**Hayır**	
Cinsiyet n (%)	**Kadın**	142 (88,2)	19 (11,8)	**<0,001**
	Erkek	22 (25)	66 (75)	
Medeni Durum n (%)	**Evli**	151 (66,8)	75 (33,2)	0,447
	Bekar	13 (56,5)	10 (43,5)	
Gelir durumu n (%)	**Gelirim giderimden az**	57 (65,5)	30 (34,5)	0,164
	Gelirim giderime eşit	97 (58,8)	44 (31,2)	
	Gelirim giderimden fazla	10 (47,6)	11 (52,4)	
Öğrenim Durumu n (%)	**İlkokul**	99 (73,3)	36 (26,7)	**0,003**
	Ortaokul	10 (83,3)	2 (16,7)	
	Lise	25 (53,2)	22 (46,8)	
	Yüksek okul	18 (46,2)	21 (53,8)	
	Yok	12 (75)	4 (25)	
Ailede kanser tanısı, n (%)	**Evet**	71 (69,6)	31 (30,4)	0,342
	Hayır	93 (63,3)	54 (36,7)	

5. TARTIŞMA

Çalışma bir aile sağlığı birimine başvuran 40-60 yaş aralığındaki erkek ve kadınlardan oluşan 249 kişiye yapılmıştır. Bu çalışma, 40-60 yaş aralığındaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, sağlık durumu ve bilgileri, kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran 249 katılımcıdan elde edilen bulgular, orta yaş grubunun kanser tarama bilgileri ve kanser taramalarına karşı tutumları hakkında önemli ipuçları sunmaktadır.

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre, katılımcıların kanser tarama ölçeği puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, bireylerin kanser taramaları konusunda olumlu düşüncelere sahip olduklarını ve taramalara yönelik farkındalık düzeylerinin yüksek olabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar, sağlık eğitimi faaliyetlerinin, medyada yer alan farkındalık kampanyalarının ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülen danışmanlık hizmetlerinin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde yer alan bazı çalışmalara kıyasla ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Örneğin; Yıldırım Öztürk, Uyar ve Şahin (2020) Meramda yaptığı bir çalışmada ölçek puanları daha düşük bulunmuştur.[94] Uysal & Ünal Toprak 2022 yılında yaptığı araştırmada da ölçek puanları düşük bulunmuştur.[95] Çalışmamızda ölçek puanının yüksek olmasının sebebi kişilerin tarama aralığında olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların oranı erkeklere kıyasla daha fazla bulunmuştur. Benzer şekilde Babaoğlu AB ve ark. (2021) yaptığı bir çalışma da ankete katılan kadınların oranı daha yüksek bulunmuştur.[45] Bu durum, kadınların zamanlarının daha uygun olması nedeniyle aile sağlığı merkezine daha sık başvurması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu en çok ilkokul mezunu bulunmuştur. Katılımcıların mesleği ise en çok ev hanımı olarak bulunmuştur. Bu durumun sebebi katılımcıların çoğunun ev hanımı olması nedeniyle eğitim durumlarının düşük olmasından kaynaklanabilir. Gök Uğur ve ark. (2019) yaptığı benzer çalışmada da katılımcılar en çok ev hanımı ve ilkokul mezunu bulunmuştur. Bunun sebebi ev hanımı olan kişilerin sağlık hizmetlerine daha sık başvurmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğuna (%70) kanser taraması önerilmiştir. Kanser taraması önerilen yaş grubunda en fazla öneriyi aile hekimlerinin yaptığı görülmüştür. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tarama programlarındaki merkezi rolünü desteklemektedir. Nitekim çeşitli çalışmalarda da aile hekimlerinin, bireylerin kanser taramalarına katılımında önemli bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Örneğin, Yasin Altun (2020) çalışmasında, katılımcıların kanser taramasına katılma nedenleri arasında en sık bildirilen faktörün aile hekimi önerisi olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, birinci basamak sağlık çalışanlarının erken tanı süreçlerindeki önemini vurgulamakta ve bu alandaki eğitimin, farkındalığın artırılmasının kanserle mücadelede etkili olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %63,5'inin Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezini (KETEM) duyduğunu ifade etmiştir. Literatürde de benzer sonuçlar bildirilmektedir. Örneğin, Elâzığ'da Sevda Yaşar & Zeynep Durağın yaptığı bir çalışmada katılımcıların yalnızca %65,3'ünün KETEM duyduğu belirtilmiştir.[96] Bu merkezlerin halk nezdindeki bilinirliğinin sınırlı düzeyde kaldığını göstermektedir. Oysa KETEM'ler, ücretsiz tarama hizmetleri sunarak kanserde erken tanı ve tedaviyi destekleyen önemli bir birimdir.

Çalışmamızda katılımcıların %69,5'inin ulusal kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Karakoyunlu Şen & Kılıç Öztürk 2020 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %83,4'ü kanser taramalarını bildiğini belirtmiştir.[97] Bizim yaptığımız çalışmada bilgi düzeyinin düşük olması bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin az olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda ulusal kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten katılımcıların %94,2'si meme kanseri taramasını, %87,9'u serviks (rahim ağzı) kanseri taramasını ve %63'ü kolorektal (kalın bağırsak) kanseri taramasını bildiklerini ifade etmiştir. Bu bulgular, ulusal tarama programlarında yer alan kanser türleri arasında meme kanseri taramasının toplumda en çok bilinen tarama yöntemi olduğunu göstermektedir. Serviks kanseri taraması da oldukça yüksek oranda bilinmesine rağmen, kolorektal kanser taramalarına ilişkin bilgi düzeyinin daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Benzer şekilde, literatürde de meme ve serviks kanseri taramalarına ilişkin farkındalığın kolorektal kansere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün (2020) çalışmasında katılımcıların %77,2'si meme kanseri, %74,9'u serviks kanseri tarama yöntemlerini bildiklerini ifade ederken, %47,2'si kolorektal kanser taraması bildiğini ifade etmiştir[97]. Kolorektal kanser taramasının az bilinmesinin sebebi yapıldığı yaş aralığının dar olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu durum, özellikle kolorektal kanser farkındalığı açısından daha fazla bilgilendirme ve yönlendirmeye ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %65,9'unun en az bir kanser taraması yaptırdığı belirlenmiştir. Bu oran, kanser taramalarına katılımın toplumda giderek yaygınlaştığını ve bireylerin erken tanı konusundaki farkındalığının arttığını göstermektedir. Bulgumuz, literatürde yer alan bazı çalışmalarda bildirilen oranlardan daha yüksektir. Bunun nedeni son yıllarda artan koruyucu sağlık hizmetlerine teşvikten kaynaklanabilir. Örneğin, Altun'un (2020) Türkiye'de kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %57'si en az bir kanser taraması yaptırmıştır.[98]

Çalışmamızda katılımcıların %46,2'si meme, %52,6'sı serviks ve %24,5'i kolorektal kanser taramaları yaptırmış durumda. Bu dağılım, özellikle serviks ve meme kanseri taramalarında bireylerin daha fazla katılım gösterdiğini, kolorektal taramaların ise halen daha düşük düzeyde uygulandığını ortaya koymaktadır. Kolon kanseri taraması yaptırma oranının düşük olması kolon kanseri taramasının bilinirliğinin az olmasından kaynaklanmış olabilir. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda kanser taraması yaptırma oranları bizim

çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur. Özsöyler, Güzelöz Çapar ve Keser (2023) 35 yaş ve üzeri bireylerde yaptığı çalışmada meme kanseri taraması yaptırma oranı %37,5 rahim ağzı kanseri %26,8 kalınbağırsak kanseri %25 bulunmuştur.[99] Bu oranlar %70 olan kanser taraması hedefinden çok uzaktır.

Çalışmamızda, kanser taraması yaptırdığını belirten katılımcıların tarama testlerini en çok %65,2 ile Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yaptırdıklarını ifade etmiştir. Bu bulgu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tarama hizmetlerindeki etkinliğini ve erişilebilirliğini ortaya koymaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinin, bireylerin yaşadıkları yere yakın olmaları, randevusuz hizmet verebilmeleri ve toplumla doğrudan ilişki içinde olmaları nedeniyle kanser tarama testlerinde tercih edilen ilk başvuru noktası haline geldiği görülmektedir. Benzer şekilde, Özsöyler, Güzelöz Çapar ve Keser (2023) tarafından yapılan çalışmada da, bireylerin önemli bir kısmının tarama testlerini ASM'lerde yaptırdığı(%54,3) tespit edilmiştir.[99] Bunun da aile hekimliği sistemine duyulan güvenin ve erişim kolaylığının bir yansıması olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda, kanser taraması yaptırdığını belirten katılımcıların yalnızca %33'ünün taramaları düzenli aralıklarla yaptırdığı belirlenmiştir. Bu bulgu, bireylerin kanser taramalarına başlangıç düzeyinde katılım gösterse de süreklilik açısından eksiklikler olduğunu ortaya koymaktadır. Oysa etkili bir tarama programının başarıya ulaşabilmesi, yalnızca bir kez yapılan değil, belirlenen aralıklarla tekrarlanan taramalarla mümkündür. Düzensiz tarama davranışları, erken tanı oranlarını azaltmakta ve taramanın koruyucu etkisini sınırlamaktadır. Benzer bir durum, Özsöyler, Güzelöz Çapar ve Keser (2022) tarafından yapılan çalışmada da gözlemlenmiştir. Araştırmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun tarama testlerinden haberdar olduğu; ancak düzenli olarak taramaya katılanların oranının %6,1 gibi oldukça düşük bir değer bulunmuştur. Bekdemir Aka, Gençtürk ve Şen (2024) tarafından yapılan çalışmada ise kanser taramalarını düzenli yapanların oranı %18,2 bulunmuştur[100]. Bizim çalışmamızda düzenli yaptırma oranının bu çalışmalara göre yüksek çıkmasının nedeni son yıllarda HYP ile artan kanser tarama programları olabilir.

Çalışmamızda, kanser taraması yaptırmayan katılımcıların birinci yaptırmama sebebi %52,4 ile bu durumu "sağlıklı olduğum için yaptırmadım" şeklinde gerekçelendirmiştir. Bu bulgu, toplumda taramaların amacı olan belirti göstermeyen bireylerde erken tanı anlayışının yeterince yerleşmediğini göstermektedir. Bireylerin yalnızca hastalık belirtisi ortaya çıktığında sağlık hizmetine başvurması, önleyici sağlık davranışlarının geri planda kaldığını düşündürmektedir. Benzer şekilde, Bekdemir Aka, Gençtürk ve Şen (2024) tarafından yapılan bir çalışmada da bireylerin kanser taramalarına katılmama nedenleri arasında en yaygın bildirilen gerekçenin %29,6'sı "nedeni yok" ifadesi olduğu belirtilmiştir. Yaptırmayanların 2. en sık nedeni %17,5 ile "sağlıklı olduğum'' için cevabını vermiştir. Bu ortak bulgular, bireysel sağlık algısının, kanser taramalarına yönelik davranışlarda belirleyici bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Babaoğlu AB ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada kanser taraması yaptırmama nedenine en çok

‘‘yaptırmam gerektiğini bilmiyordum’’ cevabını vermiştir.[45] Buda kanser taraması bilinirliğinin yetersiz olduğu ve bu durum için halkın bilgilendirilmeye ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların yaşları, cinsiyetleri ve medeni durumları ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Toplumda genellikle yaşlı kişilerin, kadınların ve evli kişilerin sağlık hizmetlerine daha ilgili oldukları yönünde bir algı bulunsa da elde edilen bulgular, tutum açısından yaş, cinsiyet ve medeni durumun tek başına belirleyici bir faktör olmadığını ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, Göl ve Açıkgöz'ün (2024) yaptıkları çalışmada bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumları cinsiyete ve medeni durumu göre anlamlı farklılık göstermemiştir.[101]

Çalışmamızda, katılımcıların eğitim durumu ve iş durumu ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Genellikle eğitim düzeyi arttıkça, iş durumu düzeldikçe sağlık okuryazarlığının ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelimin arttığı düşünülse de bu çalışmada tutum açısından belirgin bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Yıldırım Öztürk ve ark. (2020) yaptığı çalışmada eğitim durumu ile kanser tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.[94] Eğitim durumu yüksek olanların kanser tarama ölçek puanı daha büyük bulunmuştur.

Çalışmamızda, katılımcıların genel sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve ailesinde kanser tanısı bulunması gibi sağlıkla ilişkili değişkenler ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak katılımcıların yaşam boyu kanser olma olasılığına ilişkin öznel değerlendirmeleri ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kanser riskini yüksek görenler kanser riskini düşük görenlerden ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, bireylerin kişisel ya da ailesel sağlık öykülerinin, taramalara yönelik tutumlarını doğrudan tek başına etkilemediğini ama kanser riski yüksek değerlendiren kişilerin kanser olma olasılığını daha yüksek gördüğü için kanser taramalarına karşı daha olumlu tutum sergilediğini düşündürmektedir. Literatürde Yıldırım Öztürk ve ark (2020) yapığı benzer çalışmada kronik hastalık durumu ve ailesinde kanser olma durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde İşcan Ayyıldız & Evcimen (2023) yaptığı benzer bir çalışmada ise ailesinde kanser öyküsü bulunan bireylerin ve kronik hastalığı olan kişilerin ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur[102].

Çalışmamızda katılımcıların KETEM hakkında bilgi sahibi olma durumları ile kanser taraması ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. KETEM hakkında bilgi sahibi olanların ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olma durumu da kanser taraması ölçek puanlarını anlamlı şekilde etkilemiştir. Kanser taramaları hakkında bilgi sahip olan kişilerin ölçek puanı yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumları ile kanser

taraması ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuçlar, kişilerin bilgi düzeyinin tarama hizmetlerine yönelik tutum ve davranışlarını doğrudan etkilediğini göstermektedir. Göl ve Açıkgöz'ün (2024) yaptığı çalışmada ise kanser taramaları hakkında bilgi durumları ile kanser tarama tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken kanser taraması yaptırma durumu ile kanser tarama tutum ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kanser taraması yaptıran kişilerim ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur.[101]

Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde, yaş değişkeni ile katılımcıların kanser taraması yaptırma durumları arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar, yaşın tek başına bireylerin kanser taramaları konusundaki bilgi düzeylerini ya da tarama yaptırma davranışlarını belirlemede yeterli bir faktör olmadığını göstermektedir. Yasin Altun(2020) kadınlarda yaptığı benzer çalışmada ise yaş ile kanser taraması yaptırma durumu arasında zayıfta olsa anlamlı bir fark bulunmuştur.[98]

Çalışmamızda katılımcıların kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma durumları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bulgu, cinsiyetin bireylerin kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeylerinde etkili bir değişken olabileceğini göstermektedir. Özellikle kadın katılımcıların, erkek katılımcılara kıyasla tarama programları hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu durum, kadınların çoğunun ev hanımı olması ve zamanlarının müsait olması gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarını daha sık ziyaret etmeleri, toplumsal olarak sağlık konusunda daha ilgili ve bilinçli olmaları ile açıklanabilir. Demir ve ark. 2024 yaptığı çalışmada ise cinsiyet ile kanser taraması bilme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.[8] Benzer şekilde Şahin ve ark., (2015) yaptığı çalışmada da cinsiyet ile kanser taraması bilme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.[103]

Çalışmamızda katılımcıların kanser taramalarını bilme durumları ile medeni durum, gelir düzeyi, öğrenim düzeyi ve ailede kanser tanısı bulunması gibi sosyodemografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, bireylerin kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeylerinin yalnızca demografik özelliklere bağlı olarak değişmediğini; bilginin dağılımında başka bireysel veya çevresel faktörlerin etkili olabileceğini göstermektedir. Şahin ve arkadaşlarının (2015) Aydın'da gerçekleştirdiği benzer çalışmada, katılımcıların kolorektal kanser taramaları konusundaki bilgi düzeyleri ile gelir ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.[103] Demir ve ark.(2024) yaptığı çalışmada ise eğitim durumu ile kanser taraması bilgisi arasında anlamlı fark bulunmuştur.[8] Eğitim durumu lise ve üzeri olanların kanser taraması bilme durumu yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni eğitim durumu arttıkça sağlık okuryazarlığının artması olabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların kanser taraması yaptırma durumları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre, kadın katılımcıların erkeklere kıyasla kanser taraması yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, kadınların genellikle sağlık kuruluşlarıyla daha sık temas kurmaları, jinekolojik kontrollerin yaygınlığı ve kadınlara yönelik yürütülen toplumsal farkındalık kampanyalarının daha görünür olmasıyla açıklanabilir. Demir ve ark. (2024) yaptığı çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur.[8]

Çalışmamızda, katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile medeni durumları ve gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, bireylerin tarama davranışlarının evli ya da bekar olmalarından ya da ekonomik durumlarından bağımsız olarak gelişebildiğini göstermektedir. Genellikle evli bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları düşünülse de bu durumun kanser taramalarına doğrudan yansımadığı anlaşılmaktadır. Benzer şekilde, düşük ya da yüksek gelirli bireyler arasında da tarama yaptırma davranışları açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Literatürde medeni durumun sağlık hizmeti kullanımını etkileyebileceği, özellikle eş desteğinin bazı davranışları teşvik edebileceği öne sürülse de bazı çalışmalarda bu değişkenin kanser taramasına katılım üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığı rapor edilmiştir. Örneğin, Şahin ve ark. (2015) Aydın'da yürüttükleri araştırmada, medeni durumun ve gelir düzeyinin kolorektal kanser taraması yaptırma davranışı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını bulmuştur.[103] Benzer şekilde, Babaoğlu AB ve ark. (2021) yaptığı bir çalışma da gelir düzeyinin ve medeni durumun kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına katılımında anlamlı bir fark yaratmadığını ortaya koymuştur.[45]

Çalışmamızda, katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmamızda ortaokul okuyanların durumu dikkate alınmazsa eğitim durumu arttıkça kanser tarama yaptırma oranlarının azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum, bireylerin eğitim düzeylerinin sağlık davranışları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle okul okumayanların, ilkokul ve ortaokul mezunlarının diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek oranda tarama yaptırmıştır. Bunun nedeni eğitim durumu arttıkça kişilerin kendilerinin sağlıklı olduğu algısının artması veya çalıştığı iş nedeniyle yeterli zaman bulamamasından kaynaklanabilir. Demir ve ark. (2024) yaptığı çalışmada eğitim durumu ile kanser taraması yaptırma arasında anlamlı bir ilişi bulunmuştur. Eğitim durumu yüksek olanların kanser taramasını daha az yaptırdığı tespit edilmiştir.[8] Gök Uğur ve ark. (2019) yaptığı benzer araştırmada ise serviks kanseri yaptırma durumu ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunurken kolon kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.[104]

Araştırmamızda katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile ailede kanser tanısı bulunma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Genellikle ailede kanser öyküsü olan bireylerin risk algılarının daha yüksek olduğu ve bu durumun tarama davranışını teşvik edeceği varsayılır. Ancak çalışmamızın bulguları bu varsayımı desteklememiştir. Bu

durum, bireylerin ailede kanser öyküsüne rağmen taramaların öneminden haberdar olmamaları, sağlık okuryazarlıklarının düşük olması veya düzenli sağlık hizmeti kullanımı konusunda yeterince desteklenmemeleri ile açıklanabilir. Literatürde Altun (2020) tarafından yapılan benzer çalışmada da ailesinde kanser tanısı olanların kanser tarama yaptırma davranışını anlamlı bir şekilde etkilemediği bulunmuştur.[98]

6- SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, bireylerin sosyodemografik özellikleri, kanser tarama davranışları, kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutum düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan 249 bireyin büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmuş; katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve gelir gibi değişkenleri göz önüne alındığında, genellikle orta yaş grubunda, evli, ilköğretim mezunu ve orta gelir düzeyine sahip bireylerden oluştuğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %49'u sağlık durumlarını "orta" düzeyde değerlendirirken, %37,8'i "iyi", %4'ü "çok iyi" ve %9,2'si ise "kötü" veya "çok kötü" olarak bildirmiştir. Katılımcıların %55,8'inde kronik hastalık bulunmakta, %57,8'i düzenli ilaç kullanmakta ve %2'sinde kendisinde kanser öyküsü varken %41'inin ailesinde kanser öyküsü mevcuttur.

Katılımcıların %55'i KETEM hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtirken, %36,5'i KETEM'i duymadığını ifade etmiştir. Ulusal kanser taramaları hakkında %69,5'lik bir kesim bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Ulusal kanser taramasını bilenlerden meme kanseri taramasını bilenler %94,2 serviks kanseri taramasını bilenler: %87,9 kolon kanseri taramasını bilenler %63 bulunmuştur. Kanser taraması bilme oranları yüksek olmasına rağmen yaptırma davranışları

Katılımcıların %58,4'ü aile hekiminden bilgi almıştır. %34,1'i ise sağlık çalışanlarından bilgi aldığını ifade etmiştir. Bu sonuçta aile hekiminin kanser taramalarında önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %65,9'unun en az bir kez kanser taraması yaptırdığı saptanmıştır. En sık yaptırılan taramalar meme ve serviks kanseri taramaları olurken, kolorektal kanser taramaları daha düşük oranlarda gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların yalnızca %33'ü taramaları düzenli olarak yaptırmaktadır. Kanser taraması yaptırmayan bireyler arasında en sık belirtilen nedenin "kendini sağlıklı hissetme" ve "bilgi eksikliği" olduğu tespit edilmiştir.

Kanser taramalarına katılım oranı incelendiğinde, kanser taraması yaptıranların %46,2'si meme kanseri taraması, %52,6'sı serviks (rahim ağzı) kanseri taraması, %24,5'i ise kolon (kalın bağırsak) kanseri taraması yaptırmıştır. Bu sonuçlar, katılımcıların önemli bir kısmının en az bir kanser taramasına katıldığını ancak %70 olan kanser tarama hedefinden uzak olduğu görülmektedir.

Tarama yaptırmayanların tarama yaptırmama nedenleri %52,4'ü "sağlıklı olduğu" için, %26,8'i "bilgisi olmadığı" için, %20,7'si ise "tarama yaptırması gerektiğini bilmediği" için tarama yaptırmamıştır. Tarama yaptırmayanların %65,1'i yeterli bilgilendirme yapılırsa ikna olacağını belirtmiştir. Tarama yaptırmayanların %21,7'si hiçbir şekilde ikna olmayacağını ifade etmiştir.

Sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve gelir durumu) tutum puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmaması, kanser taramaları konusundaki tutumun daha çok bireysel farkındalık, bilgi düzeyi ve sağlık okuryazarlığı gibi değişkenlerden etkilendiğini göstermektedir. Nitekim, kanser olma riskini yüksek değerlendiren bireylerin tutum puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olması da bu bulguyu desteklemektedir ($p=0,036$).

Katılımcıların genel sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve ailesinde kanser öyküsü ile kanser taramalarına yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırma bulgularına göre, KETEM ve ulusal kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olan bireylerin, bu taramalara yönelik tutum düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Ayrıca, sağlık profesyonelleri tarafından kanser taraması önerilen bireylerin ve taramaları düzenli olarak yaptıranların tutum puanları da daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile kanser tarama tutum ölçeği puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Kanser taraması yaptıran bireylerin tutum puanı, yaptırmayan bireylere göre daha yüksektir. Bu durum, tutum puanlarının davranışlara yansıdığını ve olumlu tutuma sahip bireylerin tarama yaptırma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak, kanser taraması yaptıran bireyler arasında meme, serviks ve kolon kanseri özelinde yapılan taramaların tutum ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, tarama yaptırma davranışının tek bir kanser türüne odaklı olmadığını, genel tarama algısı ve tutum düzeyine bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Kanser taramasını düzenli aralıklarla yaptıran bireylerin tutum ölçek puanı, yalnızca bazen yaptıranlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu bulgu, düzenli taramaya katılımın güçlü bir tutumla ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Katılımcılardan kadınların kanser taramaları hakkında bilgi düzeyleri, erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,001$). Katılımcıların medeni durum, gelir düzeyi, öğrenim durumu ve ailede kanser öyküsü ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların cinsiyet ile hem bilgi düzeyi hem de kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Kadınlar hem bilgi düzeyi hem de tarama yaptırma oranı açısından erkeklerden daha öndedir. Eğitim durumu ile kanser taraması yaptırma arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,003$). Ortaokul mezunlarının tarama yaptırma oranı diğer gruplara göre daha yüksektir. Medeni durum, gelir düzeyi ve ailede kanser öyküsü ile kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Sonuç olarak, bireylerin kanser taramalarına yönelik olumlu tutumlarının bilgi ve bilinç düzeyi ile yakından ilişkili olduğu, özellikle sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanlarından alınan bilginin bu konuda belirleyici bir rol oynadığı saptanmıştır.

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda, topluma yönelik bilgilendirme çalışmaları artırılmalıdır. Çünkü; kanser taramalarına yönelik bilgi eksikliği, taramaların yaptırılmamasında en önemli engellerden biridir. Bu nedenle ulusal çapta yürütülecek kapsamlı bilgilendirme kampanyaları ile toplumun bilgi düzeyi artırılmalıdır.

Aile sağlığı merkezlerinin rolü güçlendirilmelidir: Araştırmada, bireylerin önemli bir kısmının aile hekimlerinden bilgi aldığı belirlenmiştir. Aile hekimleri dışında diğer sağlık çalışanlarının da risk altındaki bireyleri taramalara yönlendirmesi, düzenli hatırlatmalar yapması ve bireysel danışmanlık sunması teşvik edilmelidir.

Taramaların düzenliliği ve izlemi sağlanmalıdır. Taramaları bir kez yaptırmış bireylerin oranı yüksek olsa da düzenli tarama alışkanlığının yeterince yerleşmediği görülmektedir. Bu nedenle, bireylerin tarama periyotları konusunda bilgilendirilmesi, dijital sistemlerle izlenmesi ve gerekli durumlarda hatırlatma mesajları gönderilmesi önerilmektedir.

Toplumsal cinsiyet temelli müdahale programları geliştirilmelidir. Kadınlar, erkeklere göre daha fazla kanser taraması yaptırmaktadır. Erkek bireylerin kanser taramaları konusundaki bilgi, farkındalık ve katılım düzeylerini artırmaya yönelik cinsiyete duyarlı sağlık eğitimi programları hazırlanmalıdır.

Ulusal kanser tarama programlarının etkinliği değerlendirilmelidir. Tarama programlarının etkinliğini değerlendirmek üzere düzenli aralıklarla saha araştırmaları yapılmalı; elde edilen veriler doğrultusunda programlar güncellenmelidir. Veri odaklı yaklaşımlar, daha hedefe yönelik stratejilerin geliştirilmesini sağlayacaktır.

Araştırmaların teşvik edilmesi ve yaygınlaştırılmalıdır. Farklı bölgelerde yapılacak benzer araştırmalarla, ülke genelinde karşılaştırmalı veriler elde edilmeli; bölgesel farklara göre uyarlanmış müdahale stratejileri geliştirilmelidir.

7. TÜRKÇE ÖZET

7.1. Giriş ve Amaç:

Bu çalışmada, Kocaeli ili Derince ilçesinde bir aile sağlığı birimine başvuran 40-60 yaş arası bireylerin kanser taramaları konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

7.2. Gereç ve Yöntem:

Araştırma, 01.05.2025- 01.07.2025 tarihleri arasında Derince Fatih Aile Sağlığı Merkezi 41 No'lu Aile Hekimliği Birimi'ne başvuran, araştırma kriterlerine uygun ve katılımı kabul eden 249 kişi ile gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizlerde Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Spearman korelasyon testi kullanılmış; $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

7.3. Bulgular:

Katılımcıların yaş ortanca değeri 50 (45-55), ölçek puanı ortanca değeri ise 106 (91-111) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %64,7'si kadın, %35,3'ü erkektir. Çoğunluğu evli, ilkokul mezunu, ev hanımı ve orta gelir grubundandır. Katılımcıların önemli bir kısmı kronik hastalığa sahip olup düzenli ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %55'i Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) hakkında, %69,5'i ise genel olarak kanser taramaları hakkında bilgi sahibidir. Katılımcıların %65,9'u en az bir kez kanser taraması yaptırmıştır. En sık yapılan tarama serviks kanseri taramasıdır (%52,6). Taramaların çoğu aile sağlığı merkezlerinde (%65,2) gerçekleştirilmiştir. Kanser taraması yaptırmama gerekçesi olarak en çok "sağlıklı olduklarını düşünmeleri" ifade edilmiştir.

7.4. Sonuç:

Katılımcıların kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olmalarına rağmen, tarama yaptırma oranları düşüktür. Aile hekimleri, kanser taramalarında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, aile hekimleri bilgilendirme ve yönlendirme açısından desteklenmeli; toplumu bilinçlendirmek amacıyla televizyonlarda kamu spotları gibi farkındalık artırıcı kampanyalara yer verilmelidir.

7.5. Anahtar Kelimeler:

Kanser taramaları, aile hekimliği, meme kanseri, serviks kanseri, kolon kanseri

ABSTRACT

Introduction and Objective:

This study aimed to evaluate the knowledge, attitudes, and behaviors regarding cancer screenings among individuals aged 40–60 who applied to a family health unit in the Derince district of Kocaeli, Türkiye.

Materials and Methods:

Between May 01th and July 01th, 2025, 249 participants who applied to the 41st Family Medicine Unit of Derince Fatih Family Health Center, met the inclusion criteria, and agreed to participate were included in the study. The Mann-Whitney U test was used for comparisons between two groups, and the Kruskal-Wallis test for more than two groups. The Spearman correlation test was used to compare quantitative variables with scale scores and sub-dimensions. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results:

The median age of the participants was 50 (45–55), and the median total scale score was 106 (91–111). Of the participants, 64.7% were female and 35.3% were male. Most were married, primary school graduates, housewives, and in the middle-income group. Many had chronic illnesses and were on regular medication. A majority were aware of KETEM (55%) and cancer screenings in general (69.5%). About 65.9% had undergone at least one type of cancer screening, with cervical cancer screening being the most common (52.6%). Most screenings were conducted at family health centers (65.2%). The most common reason for not undergoing screening was the belief of being healthy.

Conclusion:

Although participants had knowledge about cancer screenings, their participation in screenings was relatively low. Family physicians play a key role in promoting cancer screenings. Therefore, family physicians should be supported in educating patients, and public service announcements encouraging cancer screenings should be broadcast on television to raise awareness.

Keywords:

Cancer screenings, family medicine, breast cancer, cervical cancer, colorectal cancer

8-KAYNAKÇA:

1. World Health Organization. Cancer. Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer. Erişim Tarihi 25.05.2025.
2. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf.
3. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&sexes=2&populations=792,.
4. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709.
5. https://www.who.int/activities/preventing-cancer erişim 20.03.2025.
6. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer.
7. Ersoy, E., & Saatçı, E. (2017). Kanser taramaları: İhtilaflar. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 21(3), 118-121.
8. Demir, L. S., Talaş, A. B., Büyükkeleci, Y., Berber, Z., Urhan, B., Doğan, A., Satır, E. N., Durduran, Y., Yücel, M., & Demir, G. S. (2024). 18 yaş üstü bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgilerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 34(1), 68–77.
9. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari erişim tarihi 20.03.2025.
10. Yazar, S. & Tekin, R. N. Numanoğlu Tekin, R., & Malhan, B. S. (2024). Dünya'da ve Türkiye'de kanser taraması: Kolorektal kanser, meme ve serviks kanserleri [Cancer screening in the world and in Turkey: Colorectal cancer, breast and cervical cancers]. Guven Medical and Health Sciences Journal, 1(2), 46–52.
11. Tayar, M. & Bulut, D. S. Tayar, M., & Bulut, D. S. (2019). Beslenme ve kanser. Türkiye Klinikleri Gıda Bilimleri - Özel Konular, 5(1), 1–7. https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-beslenme-ve-kanser-86295.html.
12. Torrezan, G. T. Untangling the mechanisms of cancer predisposition. *Nat. Rev. Cancer* **23**, 429–429 (2023).

13. American Cancer Society. Diet and Physical Activity: What's the Cancer Connection? Erişim adresi: https://www.cancer.org/healthy.
14. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of Cancer: The Next Generation. Cell. 2011;144(5):646-674. doi:10.1016/j.cell.2011.02.013.
15. 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf.
16. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&sexes=0&populations=792.
17. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&sexes=1&populations=792.
18. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&sexes=2&populations=792.
19. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023 erişim tarihi 06.04.2025.
20. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. TÜRKİYE KANSER KONTROL PROGRAMI. 2021 erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf.
21. World Health Organization. Cancer control: Knowledge into action. WHO Guide for Effective Programmes. Module 6: Palliative Care. Geneva: WHO Press; 2007. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9241547345.

22. Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B. & Brodersen, J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur. J. Gen. Pract.* **24**, 106–111 (2018).

23. https://www.cancer.eu/cancer-prevention-the-european-code-against-cancer/ erişim tarihi 09.04.2025.

24. https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cancer-screening-and-early-detection-of-cancer erişim tarihi 08.04.2025.

25. Karacan, R. and Z. Kılıçkan, Türkiye'de Kanser Hastalığının Bütçeye Getirdiği Yük Bakımından Tarama ve Tedavi Edici Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması. Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar, 2016(613): p. 45-52.

26. American Cancer Society. Cancer Screening Guidelines. Erişim adresi: https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early/cancer-screening-guidelines.html erişim tarihi:06.05.2025.

27. Andermann, A., Blancquaert, I., Beauchamp, S. & Déry, V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull. World Health Organ.* **86**, 317–319 (2008).

28. OECD 2023, Sağlık Bir Bakışta 2023: OECD Göstergeleri, OECD Yayıncılık, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en erişim tarihi 16.04.2025.

29. Sağlık Bakanlığı. Farkında Ol, Taramanı Yaptır, Kanseri Engelle. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024 [erişim tarihi 15 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/farkinda-ol-taramani-yaptir-kanseri-engelle.html.

30. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/4-subat-duenya-kanser-guenue.html erişim tarihi 08.04.2025.

31. Hatipoğlu AA. Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri. İçinde: Tuncer AM, editör. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık; 2009. s.231-236.

32. https://shm.saglik.gov.tr/shm/hizmetlerimiz/7-kanser-erken-teshis-tarama-ve-egitim-merkez-ketem-faaliyetleri.html erişim tarihi 09.04.2025.

33. Bray, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA. Cancer J. Clin.* **68**, 394–424 (2018).

34. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye Kanser İstatistikleri 2020. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri.

35. *Bilgel, N. (Ed.). (2006). Aile Hekimliği (s. 513–520). Medikal Tıp Kitabevi*.

36. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2008, Cilt 22, Sayı 6, Sayfalar 377-384.

37. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2021. p. 1–65.

38. American Cancer Society. Signs and Symptoms of Breast Cancer. Erişim adresi: https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/breast-cancer-signs-and-symptoms.html.

39. https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/mammograms/mammogram-basics.html erişim tarihi 09.04.2025.

40. Dibden, Amanda et al. “Worldwide Review and Meta-Analysis of Cohort Studies Measuring the Effect of Mammography Screening Programmes on Incidence-Based Breast Cancer Mortality.” Cancers vol. 12,4 976. 15 Apr. 2020, doi:10.3390/cancers12040976.

41. Alpaslan, N. (2019). Meme kanseri tanısı için derin öznitelik tabanlı karar destek sistemi. Selçuk Üniversitesi Mühendislik, Bilim ve Teknoloji Dergisi, 7(1), 213-227. doi:10.15317/Scitech.2019.193.

42. Fahad Ullah M. (2019). Breast Cancer: Current Perspectives on the Disease Status. Advances in experimental medicine and biology, 1152, 51–64. https://doi.org/10.1007/978-3-030-20301-6_4.

43. Kadıoğlu Gürsoy, N. (2019). Kırklareli ili merkez ilçe ketem'e 2012–2016 yılları arasında mamografi taramasına gelen kadınların, ikinci mamografi taramasına gelme oranı ve bunları etkileyen faktörler [Yüksek lisans tezi, Kırklareli Üniversitesi].
44. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/index.php/recommendation/breast-cancer-screening erişim tarihi: 24.04.2025.
45. Babaoğlu, A. B., Büyüközmen, E., & Can, F. E. (2021). İzmir'de toplumda kanser tarama testleri farkındalığı ve bireylerin kanser tarama testlerine katılımını etkileyen faktörler. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5(2), 173-181. doi:10.29058/mjwbs.853692.
46. Meme Sağlığı Derneği (MEMEDER). Erişim: https://memeder.org/kkm_donem.htm.
47. Özer, A., Bankaoğlu, E., Ekerbiçer, H. Ç., Hüdayioğlu, M. R., & Özdemir, M. (2009). Kahramanmaraş'ta yaşayan bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma ve mammografi çektirme durumu ile bunları etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni, 28(1), 14-18.
48. Alam A, Yılmaz M, Acar N. Kanser tarama yöntemlerinin etkileri ve güncel gelişmeler. J Cancer Studies. 2021;45(6):112-118.
49. Kısa, İ., Özkan, G., & Er, F. (2020). Meme tarama yöntemleri hakkında verilen videolu eğitimin ve yapılan takibin farkındalık düzeyine etkisi. Kesit Akademi Dergisi, 6(24), 67-77. doi: http://dx.doi.org/10.29228/kesit.45337.
50. Yaffe MJ, Mainprize JG. Risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening. Radiology 2011; 258:98–105.
51. Mamografide BIRADS™ sınıflandırması Balleyguier, Corinne ve diğerleri.Avrupa Radyoloji Dergisi, Cilt 61, Sayı 2, 192 – 194.
52. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/aile-hekimligi-uygulama-ve-gelistirme-db/Dokumanlar/Yonerge/EK6_KANSER.pdf erişim tarihi 10.04.2025.

53. Koh, Wui-Jin et al. “Cervical Cancer, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.” Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN vol. 17,1 (2019): 64-84. doi:10.6004/jnccn.2019.0001.

54. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin. 2019;69(1):7-34. doi:10.3322/caac.21551.

55. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer erişim tarihi: 16.04.2025.

56. https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative erişim tarihi 24.04.2025.

57. Akalın, A. (2022). Human Papillomavirus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV aşısında güncel yaklaşımlar. Androloji Bülteni (Andrology Bullettin), 24(2).

58. https://www.cdc.gov/cervical-cancer/screening/index.html erişim tarihi: 05.04.2025.

59. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening erişim tarihi: 08.05.2025.

60. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – Updated Cervical Cancer Screening Guidelines erişim adresi: https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines erişim tarihi:15.05.2025.

61. World health organization. National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines 2nd edition. World Health Organization, Geneva. erişim adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim tarihi: 14.05.2025.

62. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genel_Nitelikli_Yazi_ve_Gorusler/Serviks_Kanseri_Tarama_Programi_Ulusal_Standartlari.pdf erişim tarihi:06.05.2025.

63. Tosun, M., & Malatyalıoğlu, E. (2014). Servikal Kanserlerde Tarama ve Erken Tanı Yöntemleri. Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Özel Konular, 7(4), 18-24. Erişim adresi: https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-servikal-kanserlerde-tarama-ve-erken-tani-yontemleri-69422.html erişim tarihi:09.05.2025.

64. Findik, S., Findik, S., Abuoğlu, S., Cihan, F. G., Ilter, H., & Iyisoy, M. S. (2019). Human papillomavirus (HPV) subtypes and their relationships with cervical smear results in cervical cancer screening: a community-based study from the central Anatolia region of Turkey. International journal of clinical and experimental pathology, 12(4), 1391–1398.

65. Muñoz, N., Bosch, F. X., Castellsagué, X., Díaz, M., De Sanjose, S., Hammouda, D. at al. (2004). Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. International Journal of Cancer, 111(2), 278-285. https://doi.org/10.1002/ijc.20244.

66. Koliopoulos, George et al. “Diagnostic accuracy of human papillomavirus testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis of non-randomized studies.” Gynecologic oncology vol. 104,1 (2007): 232-46. doi:10.1016/j.ygyno.2006.08.053.

67. Saslow, Debbie et al. “American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer.” CA: a cancer journal for clinicians vol. 52,6 (2002): 342-62. doi:10.3322/canjclin.52.6.342.

68. Solomon, D., Davey, D., Kurman, R., et al. (2002). The 2001 Bethesda System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology. JAMA, 287(16), 2114–2119.

69. World Health Organization (WHO). (2021). WHO Guidelines for Screening and Treatment of Cervical Pre-cancer Lesions for Cervical Cancer Prevention (2nd ed.). Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824.

70. American Cancer Society. Colorectal Cancer: Prevention & Early Detection. Erişim adresi: https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer.html erişim tarihi: 05.04.2025.

71. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer erişim tarihi 10.04.2025.

72. Overbeek, Jetty A et al. “Sex- and site-specific differences in colorectal cancer risk among people with type 2 diabetes.” International journal of colorectal disease vol. 34,2 (2019): 269-276. doi:10.1007/s00384-018-3191-7.

73. https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html.

74. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3), 209–249. https://doi.org/10.3322/caac.21660.

75. Uyanıkoğlu A.(2015). Kolorektal Kanser Taramasında Yeni Yöntemler. Güncel Gastroenteroloji. 19/3, 157-160.

76. Kalaycı T, Çetinkaya E, Duman BB, Bayraktar Y. Kolorektal Kanserlerde Tanı ve Moleküler Özellikler. Gastroenteroloji Dergisi. 2020;31(1):10–17.

77. Zauber AG, et al. Colon Cancer Screening in the United States: A Review of Guidelines. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2020; 30(6):1102-1112.

78. Zheng, Senshuang et al. “Effectiveness of Colorectal Cancer (CRC) Screening on All-Cause and CRC-Specific Mortality Reduction: A Systematic Review and Meta-Analysis.” Cancers vol. 15,7 1948. 24 Mar. 2023, doi:10.3390/cancers15071948.

79. Gupta, S., Halm, E. A., Rockey, D. C., et al. (2022). Comparative Effectiveness of Fecal Immunochemical Test Outreach, Colonoscopy Outreach, and Usual Care for Boosting Colorectal Cancer Screening Among the Underserved: A Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1754365.

80. Mengel, M. B., & Schwiebert, L. P. (2020). Aile Hekimliği: Ayaktan Tedavi ve Korunma Kitabı (Ü. Aydoğan & K. Sağlam, Çev., 5. baskı, ss. 783–785). Güneş Tıp Kitabevleri.
81. https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html erişim tarihi: 09.05.2025.
82. https://www.cancer.org/cancer/types/prostate-cancer/about/what-is-prostate-cancer.html erişim tarihi:22.05.2025.
83. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&types=1&sexes=1.
84. https://www.cancer.org/cancer/types/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html erişim tarihi: 17.05.2025.
85. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/index.php/recommendation/prostate-cancer-screening erişim tarihi: 27.05.2025.
86. Moyer, V. A. (2012). Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of Internal Medicine, 157(2), 120–134. https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459.
87. Siddiqui , Faraz, et al. “Lung Cancer.” StatPearls, StatPearls Publishing, 8 May 2023.
88. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&types=1.
89. Pacheco, Pedro et al. “Lung Cancer Screening With Low-Dose CT: A Systematic Review.” Cureus vol. 16,12 e75515. 11 Dec. 2024, doi:10.7759/cureus.75515.
90. World Health Organization (WHO). (2020). Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940 erişim tarihi:16.05.2025.

91. Kelly, M., & Barker, M. (2009). The importance of health literacy in cancer prevention. Cancer Prevention Research, 2(4), 245-251. https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-08-0242.

92. Öztürk, M., & Aydın, M. (2019). Mammografi taramasının yararları ve zararları: Türkiye'de halk sağlığı bağlamında bir değerlendirme. Türk Kanser Dergisi, 29(3), 142-148.

93. Peterson, Emily B et al. "Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: A systematic review." Preventive medicine vol. 93 (2016): 96-105. doi:10.1016/j.ypmed.2016.09.034.

94. Öztürk, E. N. Y., Uyar, M. & Şahin, T. K. KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ.

95. Uysal, N. & Ünal Toprak, F. Kadınların Sağlık Algıları, Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim. Fakültesi Derg.* **6**, 65–76 (2022).

96. Yaşar, S., Durak, Z. & Aslan, Y. Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Cumhur. Üniversitesi Sağlık Bilim. Enstitüsü Derg.* https://doi.org/10.51754/cusbed.1464174 (2024) doi:10.51754/cusbed.1464174.

97. Şen, S. K. Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. *Türkiye Aile Hekim. Derg.* (2020).

98. Altun, Y. Kadınların Kanser Taramalarına Katılımını Etkileyen Faktörler. *Turk. J. Fam. Med. Prim. Care* **14**, 210–215 (2020).

99. Özsöyler, M., Güzelöz Çapar, Z. & Keser, M. Knowledge and Attitudes About Cancer Screening Tests of 35 Years Old and Over Who Applied to Family Medicine Policlinic. *Forbes J. Med.* **4**, 76–83 (2023).

100. Bekdemir Ak, Ö., Gençtürk, N. & Şen, E. Türk toplumunun ulusal kanser tarama programları konusunda bilgi ve davranış düzeylerinin belirlenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Sağlık Ve Yaşam Bilim. Derg.* **6**, 77–86 (2024).
101. Göl, İ. & Açıkgöz, S. Yetişkin Bireylerde Kanser Bilgi Yükü ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Arasındaki İlişki. *Ordu Üniversitesi Hemşire. Çalışmaları Derg.* **7**, 677–684 (2024).
102. İşcan Ayyıldız, N. & Evcimen, H. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Kanser Tarama Tutumlarının Kadercilik ile İlişkisinin İncelenmesi. *Turk. J. Fam. Med. Prim. Care* **18**, 364–370 (2024).
103. Şahin, N. Ş. *et al.* Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Turk. J. Fam. Pract.* **19**, 37–48 (2015).
104. Gök Uğur, H., Aksoy Derya, Y., Yilmaz Yavuz, A., Şilbir, M. F. & Öner, A. KADINLARIN ULUSAL STANDARTLAR KAPSAMINDA TARAMASI YAPILAN KANSERLERE YÖNELİK ERKEN TANI BİLGİ GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI: KARADENİZ BÖLGESİ'NDE BİR İL ÖRNEĞİ. *STED Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 5–8 (2019) doi:10.17942/sted.529150.

9-EKLER

EK-1: ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET FORMU

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; Kocaeli de bir aile sağlığı merkezine başvuran 40-60 yaş arası hastaların kanser taramalarına yönelik bilgi tutum ve davranışlarıdır.

Bu araştırmanın amacı; Kocaeli de bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran 40-60 yaş arası hastaların Kanser Taramalarına yönelik bilgi tutum ve davranışlarını kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği ile ölçmek, sonuçlarını değerlendirmek, tutum ve davranışlarını diğer faktörlerle ilişkilerini belirlemek ve geliştirecek faktörleri belirlemektir.

Bu çalışma 3 bölüm olmak üzere 50 sorudan oluşan bir anket çalışmasıdır. İlk bölümdeki 13 soru sosyodemografik özelikler içerirken sonraki bölümdeki 13 soru kanser tarama bilgi ve davranışlarını içermektedir. Son bölümdeki 24 soru ise ölçek çalışmasıdır. Çalışma yaklaşık olarak 10 dk sürecektir ve çalışmaya katılması beklenen gönüllü sayısı minimum 245 kişidir. Çalışmaya Kocaeli Derince Fatih Aile Sağlığı Merkezi 41 nolu birime başvuran 40-60 yaş arası hastalar dahil edilecektir.

Araştırmaya katılımınız isteğe bağlı olup, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir.

Toplanan veriler sadece bilimsel amaç ile kullanılacak olup, kişisel mahremiyetiniz tümüyle korunacaktır.

Dr.Ebuzer ÇELİK

Prof.Dr.Tuncay Müge ALVUR

1. BÖLÜM SOSYODERMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

1) Doğum Yılı:

2) Eğitim Durumu:

a) İlköğretim b) Ortaokul c) Lise d) Yüksekokul/Üniversite e) Diğer (Belirtiniz……)

3) Cinsiyet:

a) Erkek b) Kadın

4) Medeni Hali:

a) Evli b) Bekar

5) İşiniz nedir?

a) İşçi b) Memur c) Ev hanımı d) Çiftçi e) Emekli

f) Esnaf g) İşsiz h) Diğer (belirtiniz.....)

6) Gelir durumunuza en uygun ifadeyi işaretleyiniz.

a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime eşit c) Gelirim giderimden fazla

7) Fiziksel aktivite düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

a) Çok düşük b) Düşük c) Orta d) Yüksek e) Çok yüksek

8)Genel olarak sağlığınız nasıldır?

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

9) Kronik hastalığınız var mıdır?

a) Evet b) Hayır

10) Düzenli kullandığınız ilaç var mıdır?

a) Evet b) Hayır

11) Daha önce kanser tanısı aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

12) Ailenizde Kanser tanısı olan var mı?

a) Evet b) Hayır

13) Yaşamınız boyunca herhangi bir kanser olma riskinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
a) Risk yok b) Çok düşük risk c) Düşük risk d) Orta risk e) Yüksek/çok yüksek risk

2. BÖLÜM KANSER TARAMA BİLGİ DÜZEYLERİ VE KANSER TARAMA DAVRANIŞLARI

14) Size kanser taraması önerildi mi?

a) Evet b) Hayır

15) Cevabınız Evet ise kim tarafından önerildi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Aile hekimi b) Uzman hekim c) Aile sağlığı çalışanı d) Arkadaş/komşu
f) Diğer

16) KETEM (Kanser Erken Tarama ve Eğitim Merkezi) hakkında bilginiz var mı?
a) Duydum ama ne işe yaradığını bilmiyorum
b) Duydum ve bilgim var
c) Duymadım bilgim yok

17) Ulusal Kanser taramaları hakkında bilginiz var mıdır? Cevabınız hayır ise 20.soruya geçiniz.

a) Evet b) Hayır

18) Hangi kanser taramaları hakkında bilginiz var? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Meme b) Rahim ağzı c) Kalın bağırsak

19) Kanser taramaları hakkında bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Aile hekimi d) TV/Medya

b) Uzman hekim e) Arkadaş/komşu/tanıdık

c) Sağlık çalışanı f) Diğer

20) Kanser taraması yaptırdınız mı? (Cevabınız Hayır ise 25. Soruya geçiniz)

a) Evet b) Hayır

21) Hangi kanser taramasını yaptırdınız?

a) Meme b) rahim ağzı c) Kalın bağırsak

22) Nerede yaptırdınız?

a) ASM b)KETEM c) Hastane

23) Ne sıklıkla yaptırırsınız?

a) Düzenli aralıklarla b) Bazen

24) Kanser taraması sonrası kanser tanısı aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

25) Cevabınız Hayır ise neden yaptırmadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Korktuğum için

b) Bilgim yok

c) Zamanım yok

d) Tarama yaptırmam gerektiğini bilmiyorum

e) Tarama yapılacak merkezlere ulaşım güçlüğü yaşıyorum

f) Utandığım için

g) İşe yaramadığını düşünüyorum

h) Sağlıklı olduğum için

26) Cevabınız Hayır ise kanser taraması nasıl yapılsa tarama yaptırma konusunda ikna olursunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Yeterli bilgilendirme yapılırsa

b) Kanser Tarama merkezine ulaşım araç tesis edilirse

c) Tarama yaptırana hediye verilirse

d) Mobil kanser tarama aracı gelirse

e) İkna olmam

3. BÖLÜM KANSER TARAMA ÖLÇEĞİ

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

Sıra No	İfadeler	Tamamen Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
5	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.					
6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					
8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi arttırır.					
9	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırma ihtimalimi arttırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırırım.					

12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırırım.					
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					
17	Kanser taraması yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.					
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					
21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					
23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırma gereği duymam.					
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					

EK-2: KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NDAN ALINAN YAZI

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-80418770-020-775555
Konu : 2025/235

Sayın Prof.Dr. Tuncay Müge ALVUR

GOKAEK-2025/10/19 **Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur** sorumluluğunda yürütülmesi planlanan **2025/235** proje numaralı Kocaeli Derince Fatih Aile Sağlığı Merkezi 41 Nolu Birime Başvuran 40-60 Yaş Arası Hastaların Kanser Taramaları Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları başlıklı proje değerlendirilmiş, yardımcı araştırmacının isim bilgisinin eklenmesi koşuluyla yürütülmesi uygun bulunmuştur.

KARAR: YARDIMCI ARAŞTIRMACI BİLGİSİ EKLENMİŞ BAŞVURU FORMUNUN GÖNDERİLMESİ KOŞULUYLA KABUL, PROJENİN YÜRÜTÜLMESİ UYGUNDUR.

Projenizin yürütülmesi açıklamaları yerine getirmeniz koşuluyla uygun bulunmuştur, projenizin çoklu imza formu hazırlanmıştır. Yukarıdaki kararı ve yanıtlarınızı ekleyerek yazacağınız bir üst yazı ile yalnızca eksiklik bildirilen belgeleri yaptığınız düzeltmeleri işaretleyerek gönderdiğinizde çoklu imza formu gönderilecektir.

Araştırmaya Etik Kurul onay tarihinden sonra en geç 90 gün içinde başlamanız, (i) Başlayamadığınızda veya protokolde bildirdiğiniz hususlarda herhangi bir değişiklik yaptığınızda Değişiklik Bilgi Formu ile, (ii) Araştırmanızı onay aldığınız şekilde tamamladığınızda Sonuç Raporu ile Etik Kurul'a başvurmanız gerekmektedir.

Prof.Dr. Bülent KARA
Kurul Başkanı

EK-3: KANSER TARAMA ÖLÇEĞİNİ YAPAN KİŞİDEN İZİN ALINMASI

Gmail

Kanser tarama ölçeği
3 ileti

7 Ocak 2025 14:28

İyi gunler sayın uzm, Dr Elif Nur Yıldırım Öztürk, Ben aile hekimi asistanı Dr, Ebuzer çelik bitirme tezim icin geliştirdiğiniz kanser tarama ölçeğinizi kullanabilirmiyim

7 Ocak 2025 15:30

Doktor bey merhaba,

Ölçeğe ilginiz için teşekkür ederiz. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz, araştırmacılar olarak iznimiz var.

Size ekte çalışmanızda atıf yapmanızı istediğimiz orijinal makale dosyasını ve ölçeğin kendisini, kısa formunu ve puanlama özelliklerini içeren bir dosyayı iletiyorum. Ölçekle ilgili bir sorunuz olursa bana mail atabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim. Saygılarımla,

Uzm, Dr, Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK

Android için Outlook edinin

Sent: Tuesday, January 7, 2025 3:28:28 PM

Subject: Kanser tarama ölçeği

[Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

Development of an Attitude Scale for Cancer Screening.pdf
190K

Tutum ölçeği ve özellikleri.docx
29K

7 Ocak 2025 17:48

Teşekkür ederim sayın hocam..

7 Oca 2025 Sal 16:30 tarihinde Elif Nur YILDIRIM
[Alıntılanan metin gizlendi]