



T.C.

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN
HASTALARIN KANSER TARAMA TESTLERİ
HAKKINDA BİLGİ, DAVRANIŞ VE
FARKINDALIK DÜZEYİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. ERTAN ERDOĞAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Kurtuluş Öngel

İZMİR 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen tüm hocalarımıza, yıllar sonra akademik hayatla yolumun keşiştiği SAHU eğitimim her aşamasında adaptasyon sağlamamızı eksiklerimizi tamamlayarak ve yıllarca kazandığımız deneyim ve bilgilerimizi gördüğümüz stajlarda ki değerli hocalarımızın ve bizlerle aynı yaşta ve daha genç akademisyen değerli meslektaşlarımızın katkılarıyla yeni, güncel bilgiler ve uygulamalarla zenginleştirdikleri için teşekkür ediyorum.

Bu süreçte özellikle tez danışmanım ve hocam Prof. DR. KURTULUŞ ÖNGEL'e tez çalışmam süresince bilgisini tecrübesini ve desteğini her daim paylaştığı için teşekkür ederim.

Dr. Ertan Erdoğan

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR	viii
1.GENEL BİLGİLER	1
1.1.Giriş ve Amaç	1
1.2 Kanserin Tarihçesi	4
1.3 Kanserin Etiyolojisi	5
1.3.1 Yaş	5
1.3.2. Tütün	6
1.3.3. Alkol	6
1.3.4. Kimyasal ajanlar, Fiziksel ajanlar ve ilaçlar	6
1.3.5. Enfeksiyöz Ajanlar.....	8
1.3.6. Diyet ve beslenme	8
1.3.7. Genetik Etkenler	9
1.4. Kanser Epidemiyolojisi	10
1.5. Kanser Taramaları	13
1.5.1 Kanser tarama testlerinin özellikleri	13
1.5.2 Kanser tarama yöntemleri	14
1.6. Kanser istatistikleri	16
1.6.1.İstatiksel sık görülen kanserler.....	16
1.6.2. Meme kanseri.....	17
1.6.3. Kolorektal Kanser	24
1.6.4. Serviks Kanseri	30
1.6.5. Akciğer Kanseri	33
1.6.6. Prostat Kanseri	34
2.GEREÇ VE YÖNTEM:	36
2.1. Çalışmanın Tasarımı:.....	36
2.2. Çalışmanın Örnekleme:.....	36
2.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri:.....	37

2.4.Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri:.....	37
2.5. Veri Toplama Yöntemi:.....	37
2.6. Veri Analiz Yöntemi	38
3. BULGULAR.....	39
4.TARTIŞMA	56
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
ÖZET	62
ABSTRACT.....	65
KAYNAKLAR	68
EKLER:.....	Error! Bookmark not defined.

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansı	2
Tablo 2. Türkiye'de En Sık Görülen İlk 10 Kanser Türü İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması.....	3
Tablo 3. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2018 Verilerine Göre Erkeklerde En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı	10
Tablo 4. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2018 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı	11
Tablo 5. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı.....	39
Tablo 6. Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalıklara göre dağılımı.....	41
Tablo 7. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre.....	42
Tablo 8. Kanser taramalarının yaş, obezite ve aile öyküsünün karşılaştırılması.....	47
Tablo 9 Kanser aile öyküsüne göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması.....	48
Tablo 10. Katılımcıların yaş grubuna göre daha önceden yaptırdıkları kanser taramalarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 11. Yaşa göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Obeziteye göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması.....	50
Tablo 13. Kanser taraması yaptıрма durumuna göre kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yerin karşılaştırılması.....	51
Tablo 14. Kanser taraması yaptıрма durumuna göre kanser taraması yaptırmaya	

sizi yönlendiren en etkili faktör/kişinin karşılaştırılması.....52

Tablo 15. Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumlarına göre kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yerin karşılaştırılması.....53

Tablo 16. Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumlarına göre kanser taraması yaptırmaya sizi yönlendiren en etkili faktör/kişinin karşılaştırılması.....54

Tablo 17. Kanser taraması yaptırma durumuna göre yaptırmak istedikleri kanser taramalarının karşılaştırılması.....55



ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1. Ana Tanı Gruplarına Göre Ölüm Nedenlerinin Tanımı.....1
- Şekil 2. Kansere Tiplerinin Görülme ve Ölüm Sıklığı.....2
- Şekil 3. Asbest Tüketiminin Gelişmiş Ülkelerden Gelişmekte olan ülkelere Transferi.....7
- Şekil 4. Yüksek Gelirli Ülkelerde Aşırı Vucut Ağırlığından Kaynaklanan Yeni Kansere Vakası Yüzdesi,2015 Dünya Kansere Atlası.....9
- Şekil 5. Globocan 2018 Cinsiyete Göre Kansere İnsidans ve Mortalite Oranları.....12
- Şekil 6. Ulusal Kansere Kontrol Tarama Standartları15
- Şekil 7. Türkiye Geneli 2012-2016 yılları Arası ASM ve Hastane Tarama Sayıları.....16
- Şekil 8. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kansere İlinin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016).....17
- Şekil 9. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kansere İlinin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016).....17
- Şekil 10. Meme kanserinden korunma önerileri.....19

Şekil 11. Dünyada Uygulanan Kolorektal Kansere Tarama Programları.....	27
Şekil 12. Katılımcıların Kansere Taraması Yaptırma Durumuna Göre Dağılımı.....	43
Şekil 13. Katılımcıların Duydukları Kansere Türlerine Göre Dağılımı.....	43
Şekil 14. Katılımcıların Kansere Hastalığı Hakkındaki Bilgileri Aldıkları Yerlere Göre Dağılımı.....	44
Şekil 15. Daha Önce Kansere Taraması Yaptıran Katılımcıların Yaptırdıkları Taramalara Göre Dağılımı.....	44
Şekil 16. Katılımcıların Tarama Yaptırmak İstedikleri Kansere Türlerine Göre Dağılımı Göre Dağılımı.....	45
Şekil 17. Katılımcıların Kansere Taraması Yaptırmaya Yönlendiren En Etkili Faktör/Kişiye Göre Dağılımı Göre Dağılımı.....	46
Şekil 18. Kansere Taraması Yaptırmadıysanız/Yaptırmak İstemeyen Katılımcıların Nedenleri Göre Dağılımı Göre Dağılımı.....	46

KISALTMALAR

AAFP: Amerika Aile Hekimleri Akademisi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACS: American Cancer Cemiyeti

ASAP: Atipik Küçük asiner proliferasyon

BTK: Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi

CIN: Servikal intraepitelyal neoplazi

DMG: Dijital Mamografi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EAU: Avrupa Üroloji Derneği

EUSEGI: Avrupa Görüntüleme Derneği

ERSPC: The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

ESMO: The European Society for Medical Oncology

FAP: Familyal adenomatöz polipozis

GLOBOCAN: Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı

GGK: Gaytada gizli kan

HBCO: Hereditary Breast/Ovarian Cancer

HNPCC: Herediter non polipozis kolorektal

HPV: Human Papilloma Virüs

HRT: Hormon replasman tedavisi

IARC: Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu

KETEM: Kanseri Erken Teşhis, Tarama Eğitim Merkezi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

NCCN: National Comprehensive Cancer Network

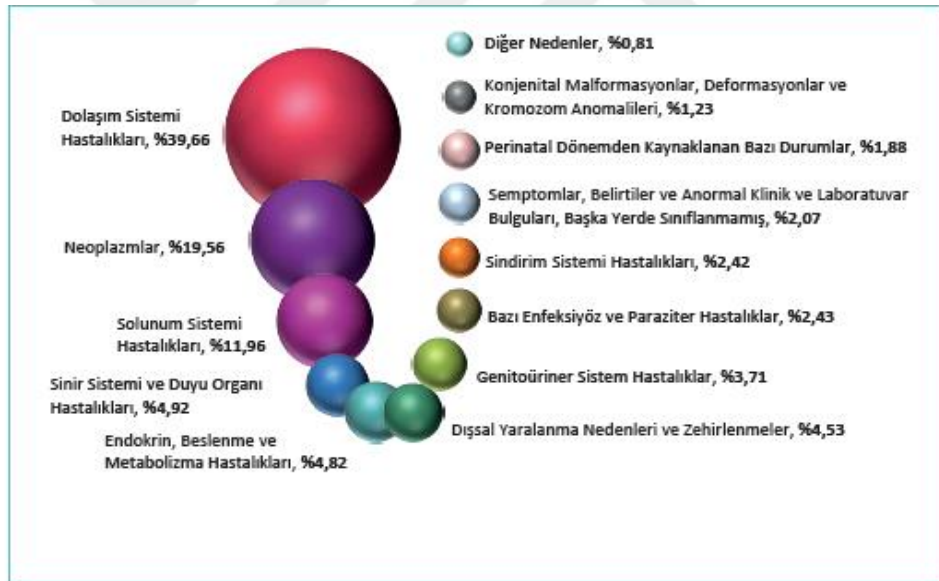
USPSTF: Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü

1.GENEL BİLGİLER

1.1.Giriş ve Amaç

Kelime anlamı olarak kanser hücrelerin kontrolsüz çoğalmasdır. Genetik bilgideki değişme sonucu yüzden fazla kanser türüne sebep olan bir hastalık gurubudur. Tüm kanserlerde bu süreç normal bir hücrenin bölünme, çoğalma ve ölümündeki süreçlerdeki mekanizmanın bozulmasıdır. Bu durum %5-10'ukanserle ilişkili genlerin kalıtımı geriye kalan %90-95'i çevresel faktörlere bağlı gelişir. Her kanser türü farklı özelliklere sahip olmakla birlikte, değişmeyen tek özellik hücre çoğalması ve ölümünün kontrol edilememesidir(1).

Kanser tüm ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde ve dünyada ölüme sebep olan hastalıklar arasında dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. TÜİK ölüm nedeni istatistikleri,2017 göre; ölüm vakalarının %39,7'sini dolaşım sistemi hastalıkları bunu ikinci sırada %19,6 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12 ile solunum sistemi hastalıkları izlemiştir.



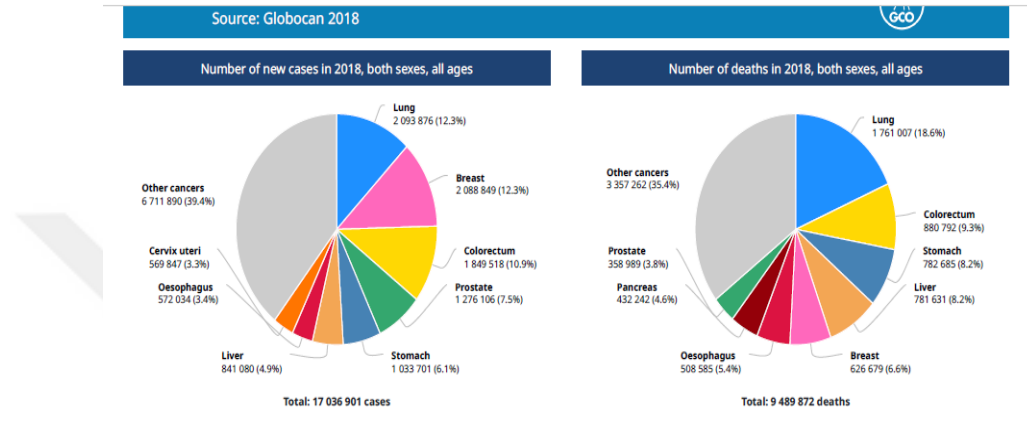
Kaynak: TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017

Şekil 1.Ana Tanı Guruplarına Göre Ölüm Nedenlerinin Dağılımı,(%),2017

Global Canser Obervatory (GLOBOCAN)'ın 2018 verilerinde kanser sıklığı akciğer (%11,6),meme (%11,6),kolorektal (%10,2), prostat (%7,1) ,mide (%5,7) şeklinde surlanmaktadır. Kansere bağlı ölümlere göre ise akciğer (%18,4), kolorektal (%9,2), mide (%8,2) ,karaciğer (%8,2), meme (%6,6) sıralanmaktadır. Cinsiyete göre erkeklerde görülme sıklığı sırasıyla; akciğer,

prostat, kolorektal, mide karaciğer; ölüme bağlı olarak ise akciğer, karaciğer, mide, kolorektal, prostat olarak sıralanmaktadır. Kadınlarda görülme sıklığı; meme, kolorektal, akciğer, serviks, tiroid; ölüme bağlı olarak meme, akciğer, kolorektal, serviks, mide kanseri olarak sıralanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun 2018 yılındaki verilerine göre 18 milyon insana kanser teşhisi koyuldu. Yaklaşık 10 milyon insan kanserden hayatını kaybetti.



Şekil 2 Kanser tiplerinin Görülme ve Ölüm sıklığı

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de her yıl ortalama 163 bin yeni kanser teşhis edilmekte ve yaklaşık günde 450 yeni kanser vakası bildirilmektedir. 2015 yılında yaşa standardize kanse hızı erkeklerde yüz binde 247,5, kadınlarda ise 177,5 olarak saptanmıştır. Kadınlarda sırasıyla en sık meme, tiroid, kolorektal kanser, uterus ve akciğer kanserleri, erkeklerde ise akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanserleri görülmektedir. Ülkemizde tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1’i meme kanseridir. Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türünün diğer ülkelerdeki sıralama ile benzerdir.

Tablo 1. Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansı
(100,000’de, Dünya Standart Nüfusu)

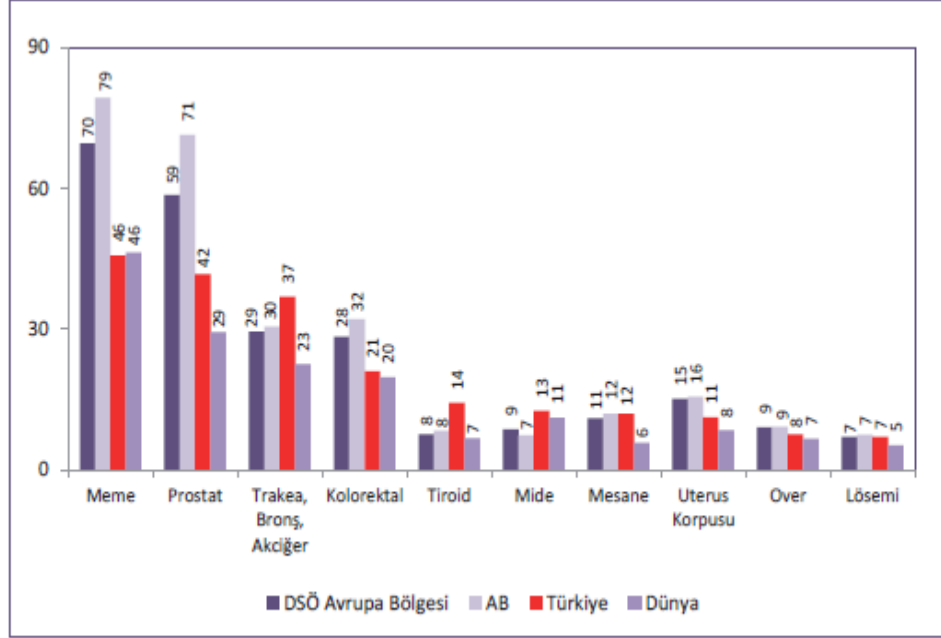
	2002	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Erkek	154,2	269,7	261,4	275,0	277,7	267,9	246,8	247,6
Kadın	113,0	173,3	168,7	182,2	188,2	186,5	173,6	177,5
Toplam	133,5	221,5	215,1	228,6	233,0	227,2	210,2	212,6

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Not: 2009 yılından önceki verilere kapsamı ve kalitesi açısından ihtiyatla yaklaşılmalıdır.

| T.C. Sağlık Bakanlığı

Tablo 2. Türkiye'de En Sık Görülen İlk 10 Kanser Türü İnsidansının
Ulusal Karşılaştırması
(100.000 Dünya Standart Nüfusu), 2018



Kaynak: IARC, GLOBOCAN 2018

Not: Kanser insidansları, DSÖ'nün 2018 yılına ait tahmin verileridir.

Tanı yöntemleri ve tedavideki yenilikler, sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması, ortalama yaşam süresinin uzaması gibi çeşitli nedenlerle kanserin önemi günümüzde giderek artmakta, her yıl daha çok kanserli hastaya tanı konulabilmektedir. Kanser hastalarını erken tanımak bağlamında periyodik sağlık muayenesi(PSM) önemli yer tutmaktadır. Hastaların uygun kanser taramalarından geçmeleri de PSM'ye dâhildir (3).

Kanserde erken tanı metotları ilk kez 1980 yılında Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society; ACS) tarafından belirlenmiştir. Bu metotlar 1980'li yıllarda altın standart olarak benimsenmiş olup, günümüzde de çok az değişikliğe uğrayarak geçerliliğini korumaktadır. Erken tanıma imkânı olan kanserler; meme, serviks, kolon-rektum, endometriyum, prostat kanserleri ve malign melanomdur. Akciğer, tiroit, mesane, mide, over, orofarenks, lenf bezleri, testis kanserleri erken tanı için daha az uygun olan kanserlerdir (5).

Günümüzde kanser gerek yaşam süresinin uzaması gerek maddi ve manevi yönleri düşünüldüğünde tüm dünyada sağlık problemlerinin ilk sırasında yer almaya başlamıştır. Bu sebeple ülkelerin sağlık politikalarında ilk sırada

tartışılmaya başlamış ve her ülkenin kendi şartları içinde politikalar geliştirdiği ve uygulamaya koyduğu programlar oluşturmak zorunda kaldığı bir halk sağlığı gerçeği haline gelmiştir.

Bu çalışmanın amacı da polikliniğimize başvuran hastalarımızın kanser tarama testleri hakkında bilgilerini ölçmek, yaptırdıkları taramaları öğrenmek ve hastalarımızda farkındalık oluşturmaktır.

1.2 Kanserin Tarihçesi

Kanserin tarihi oldukça eski olup yapılan yeni keşifler geçmişe de ışık tutmakta ve insanlık tarihi boyunca çeşitli şekillerde tariflendiğini görülmektedir.2003 yılında dinazor fosillerinde kanser hücresi kanıtları bulunmuştur(70-80 milyon yıl önce) Bilinen en eski insansı malin tümör 1932 yılında Louis Leakey tarafından Homo eraktus'da bulundu(4,2-3,9 milyon yıl önce).Mısırlılar kanserden tanrıları sorumlu tutmuştur. Antik mısır parşömenlerinde koterizasyon ile tedavi edilen sekiz meme kanseri vakası tanımlamışlardır. Hurma ile karışık haşlanmış arpa ile mide kanseri tedavisi; domuz beyniyle karıştırılan taze hurma karışımının vajina içine uygulanmasıyla uterus kanseri tedavisi(MÖ 1600).Tıbbın babası Hipokrat (M.Ö.460-370) hastalıkların nedenin insan vücudundaki dört sıvını dengesizliği olduğunu düşünmüştür. Hipokrat benign ve malin tümörler arasındaki farkları ortaya koyan ilk kişidir. Claudius Galen (M.S. 129-216) bazı tümörleri cerrahi olarak çıkardı, fakat genel olarak tedavi edilmeden bırakılmasının en iyi yöntem olduğuna inandı. Galen melankolinin meme kanseri gelişiminin ana sebebi olduğuna inandı ve tedavi için özel diyetler, şeytan çıkarma ve topikal uygulamalar tavsiye etti. Türk tıp tarihinde ise kansere “seretan” adı verilmektedir. Tarsuslu Osman Hayri Efendi 1298’de kanseri seretan, fındık ya da küçük yumru büyüklüğünde, ağırlı ve etrafı damarlı bir oluşum olarak tanımlamıştır (9).1500 Avrupa da daha sık otopsi yapıldı ve iç organ kanserleri daha fazla anlaşıldı.

17. yüzyıl Alman cerrah Hildanus (1560-1634) meme kanseri operasyonunda geniş lenf nodlarını çıkarırken, Johann Scultetus (1595-1645) total mastektomi uyguladı. Leeuwenhoek (1632-1723) tek lens mikroskopunu geliştirdi kan ve lenfatik sistemin daha iyi anlaşılmasını sağladı ve kanserin anlaşılmasında

büyük adım attı.1761 Morgagni hastanın hastalığı ile hastalık biçimini ilişkilendiren ilk otopsilere gerçekleştirdi ve modern patolojinin temellerini attı.

19. yüzyıl Joseph Recamler metastaz terimini kullandı. Lösemi, John H.Bennett tarafından kan hücrelerinin çoğalması olarak tanımlandı. İlk x-ray Wilhelm Konrad Roentgen tarafından keşfedildi.

20. yüzyıl;''Hüresel patolojinin kurucusu'' Wirchow kanser hücreleri dâhil olmak üzere tüm hücrelerin diğer hücrelerden kaynaklandığını belirledi. İlk kanser derneği 1910 kurulu. Marie Curie radyoaktivite alanındaki çalışmalarıyla Nobel aldı. Peyton Rous virüslerin tavuklarda kansere sebep olduğunu kanıtladı 1966 nobel aldı. Janet Lane-Clayton meme kanserindeki risk faktörlerini yayınladı. George Papanicolaou ilk pap smear testini gerçekleştirdi.1933 Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü kuruldu(UICC).1950 sigara ve akciğer kanseri arasındaki bağlantı doğrulandı.1970 ilk kanser geninin keşfi(onkogen).

21. yüzyıl;2000 tüm insan geninin haritası çıkarıldı. Kansere karşı Paris Sözleşmesi imzalandı.2006 FDA HPV aşısını onayladı.2011 Yüksek risk altındaki bireylerde düşük doz bilgisayarlı tomografi (BT) taraması ile akciğer kanseri ölümlerinde düşüş sağlandı(6).

1.3 Kanser Etiyolojisi

Kanserin etiyolojisinde; yaş, sigara, alkol, enfeksiyöz ajanlar, kimyasal ajanlar, fiziksel ajanlar, diyet ve beslenme sayılabilir.

1.3.1 Yaş

Kanserin etiyolojisindeki çevresel etmenler yaş, sigara, alkol, enfeksiyöz ajanlar, kimyasal ajanlar, fiziksel ajanlar, diyet ve beslenme sayılabilir.

Yaş

İleri yaşlar ile kanser prevalansında artmaktadır. Bu ilişki özellikle prostat ve cilt kanserlerinde daha barizdir. Bu artışın iki başlık altında açıklayabiliriz;

1.Yaşlanma ile oluşan moleküler değişiklik ve bağışıklık sistemindeki yetersizlik, yaşlı dokuların karsinojenlere duyarlılığını artırır.

2. Karsinogenez çok uzun bir süreç olduğundan kanserin de ileri yaşlarda ortaya çıkması doğaldır(10).

1.3.2. Tütün

Dünya çapında halen yaklaşık 1,3 milyar insan tütün ürünleri tüketmekte ve çoğu hazır üretilmiş sigara kullanmaktadır. Tüm tütün ürünleri karsinogeniktir; sigara 16 kanser türüne sebep olmaktadır ve küresel çapta kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %20'sinden sorumludur. Sigara içenlerde akciğer kanseri görülme olasılığı sigara içmeyenlerden 15-30 kez fazladır. Yüksek gelirli ülkelerde sigara tüketimi azalırken, düşük ve orta gelirli ülkelerde artmaktadır. Örneğin, 1990 ve 2009 yılları arasında sigara tüketimi Batı Avrupa'da %26 azalırken, Orta Doğu ve Afrika'da %57 artmıştır(11,12).

1.3.3. Alkol

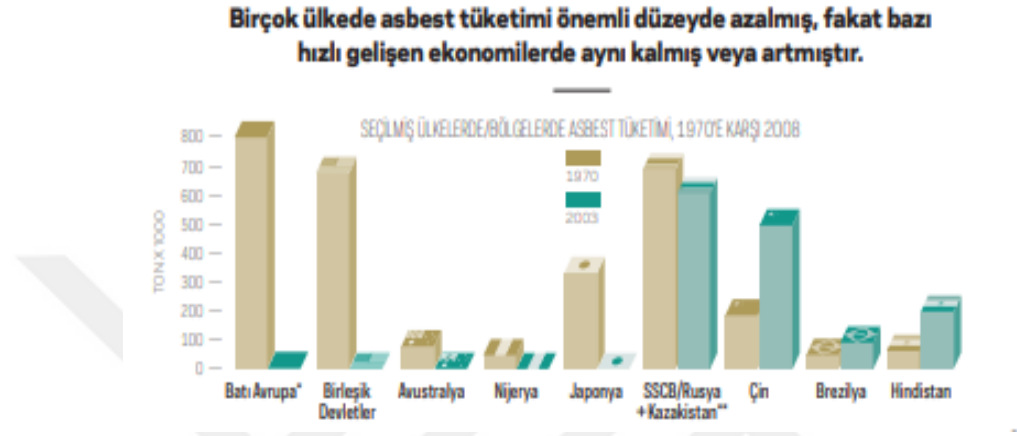
Alkol kullanımı bazı kanserler(ağız boşluğu, farinks, lariks, özefagus, karaciğer, kolorektal ve meme) için risk faktörüdür. Kanser riskinin artışı ile alkol kullanma miktarı arasında da ilişki vardır. Ağız ve orofarinks kanserlerinin cinsiyete göre sıklığıda değişmektedir. Örneğin, erkeklerde%22 iken kadınlarda %9 olarak görülmektedir. Alkol kullanım sıklığı ve miktarı da erkeklerde daha fazladır(13).

1.3.4. Kimyasal ajanlar, Fiziksel ajanlar ve ilaçlar

Özellikle ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde karsinogenik kirleticilere maruziyet derecesi bilinmiyor olsada kanser yükü, hava kirliliği, asbestos, arsenik, aflotoksin ve poliklorlu bifeniller nedeniyle her yıl yüz binlerce yeni kanser vakasına sebep olmaktadır. Güneş ve solaryum da deri kanseri için önemli ve önlenebilir ultraviyole kaynağıdır(14).

Yüksek gelirli ülkelerde nazofarenks, özefagus, mezotelyoma, meme, akciğer, mesane yumuşak doku sarkomu ve mide kanseri gibi kanserlere le bazı mesleki karsinogenler ilişkileri bulunmuştur. Sözü edilen karsinogenler; asbestos, silika, mineral yağlar, egzoz gazları, kömür ürünleri, dioksinler, sigara dumanı, arsenik, terakloroetilen ve inorganik dumanları içermektedir. Burada diğer bir sorun da bu maruziyeti içeren mesleklerin gelişmekte olan ülkelere kaydırılmasıdır.1900'lerin ortasında Case ve arkadaşlarının beta-naftilamin damıtılmasında çalışan işçilerde %100 oranında mesane kanseri gelişmesi bu ilişkiyi ortaya koyan tarihteki tek vakadır. Endüstrileşmiş ülkelerde yalıtım ürünleri ve 1980'lere kadar yangın önleme için kullanılan asbestos mesleki

akciğer kanserinin önemli bir nedenidir ve nadir görülen ölümcül seyreden malign mezotelyomanın sebebidir(15). İçme suyunda yüksek düzeyde arsenik tüketen toplumlarda cilt, akciğer ve mesane kanseri riski yüksektir. Çin Halk Cumhuriyeti, Bangladeş, Tayvan (Çin) ve Orta ve Güney Amerika'daki bazı ülkelerde içme suyunda yüksek seviyede arsenik bulunmuştur (23).



Şekil 3. Asbest tüketiminin gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere transferi

Rodon maruziyeti ABD ve Avrupa'da akciğer kanserinin önde gelen sebeplerindendir. Uranyumun radyoaktif bozunması sonucu toprakta ve kayalarda farklı düzeylerde bulunur. Rodon gazı toprak altı madenlerde maruziyet oluşur. Akciğer kanserlerinde sigaradan sonra en önemli etken olup, akciğer kanserlerinin %3 ile 15'inden sorumlu tutulmaktadır. Sağlık bakanlığı "Ulusal Rodon Kontrol Programı" çerçevesinde 2015 yılında illerde rodon ölçüm çalışmalarına başlanılmıştır. Sobalarda kullanılan katı yakıttan kaynaklanan hava kirliliği Ulusal Kanser Araştırması Kuruluşu (IARC) tarafından gelişmekte olan ülkeler için olası karsinogenler içinde sınıflandırılmaktadır. IARC tarafından akciğer karsinogeni olarak sınıflandırılan dizel egzozu da dış mekân hava kirliliğine sebep olup aynı zamanda da mesleki akciğer karsinogeni kabul edilmektedir. IARC bugüne kadar 100'den fazla ajanı insanlar için karsinogenik olarak sınıflandırmıştır.

Tıpta kullanılan karsinogen ilaçlar sayıca çoktur. Fakat uygun endikasyon ve uygun dozlarda kullanılarak bu risk azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu ilaçlara birkaç örnek vermek gerekirse androjenik steroidler, adriamisin, klorambusil siklosporin-a ve sisplatindir(16).

1.3.5. Enfeksiyöz Ajanlar

Enfeksiyöz etkenler dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 2 milyon yeni kanser vakasından sorumludur(tüm kanserlerin %16,1'i).Enfeksiyonla ilişkili bu kanserlerin yükü az gelişmiş bölgelerde(genel olarak%22,9,Sahra Altı Afrika'da %32,7) gelişmiş bölgelerden (%7,4) daha yüksektir. Helikobakter pilori ile enfeksiyon dünya da mide kanserlerinin yaklaşık %90'dan sorumludur(17). Kronikleşen insan papullama virus (HPV) neredeyse serviks kanserlerinin tümünden ve vulvar(%43), vajinal(%70), penil kanserden(%50) sorumlu tutulmaktadır. Hepatit B virüsü (HBV) veya hepatit C virüsü (HCV) kronik enfeksiyonları karaciğer kanserlerinin %75'inden sorumlu tutulmaktadır. Kansere sebep olan az görülen enfeksiyonlar Epstein-Barr virüsü, Kaposi sarkoma ile ilişkili herpes virüs, insan T-hücreli lenfotropik virüs, karaciğer parazitleri ve şistozoma enfeksiyonlarıdır(19).İnsan immün yetmezlik virüsü(HIV) enfeksiyonunda dolaylı olarak bazı kanserlere yol açmaktadır(17-18).

1.3.6. Diyet ve beslenme

Aşırı kilo ve obezitenin bazı kanserlerin gelişme riskini artırmaktadır. Aşırı kilo ve obezite zengin fakir demeden dünyadaki bütün ülkeler için bu durumun getirdiği sağlık riskleri açısından büyük bir problem haline gelmiştir. Obezite, tüm dünyada 1980 yılından beri neredeyse iki kat artarak epidemik haline gelmiştir(WHO,2018).Obezite, endometriyum, kolon, safra yolları renal hücreli kanser ve post menopozal meme kanserinde risk artış sebebidir. Aşırı kilo ve obezite lipid ve karbonhidrat metabolizma yollarının da yaptığı değişikliklerle hormon, immün fonksiyonlar, hücre farklılaşması ve çoğalmasından sorumlu faktörlere etki ederek kanser oluşmasında rol aldığı düşünülmektedir (20).Aşırı miktar şeker tüketimi obeziteye neden olarak ve insülin seviyesinde artışa yol açarak indirekt kanser riskinde artışa neden olmaktadır. Aşırı tuz tüketimi özellikle mide kanser riskini artırmaktadır (21).

Gıdalara çeşitli sebeplerle eklenen nitrit ve nitrat, insan vücudunda bulunan sekonder âminlerle tepkimeye girerek kanserojen olan nitrozaminlere dönüşmektedir. Bu gıdaların başlıcaları etler, salam, pastırma, sucuk ve peynir yapımında kullanılmaktadır (22).Günümüzde gıdaya ulaşmadaki zorluklar, saklanması ve lojistik gibi bir çok sebeple tükettiğimiz gıdalara birçok kimyasal maddeler katılmaktadır. Bunların birçoğu uluslararası koyulan sınırları geçmekte ve çoğu kontrol

edilememektedir. Tükettiğimiz besin maddelerinin çeşitliliği ve hazır gıda oranı göz önüne alındığında bu gıdalarla beraber birçok kimyasalı da almaktayız. Bu gün bu kimyasalların çoğu kanser gelişmesinde sorumlu tutulmakta ve suçlanmaktadır



Şekil 4. Yüksek Gelirli Ülkelerde Aşırı Vücut Ağırlığından Kayneklanan Yeni Kanser Vakası Yüzdesi,2015 Dünya Kanser Atlası

1.3.7. Genetik Etkenler

Kanser, genetik ve çevresel birçok etkenin etkilediği multifaktöriyel etyolojili bir hastalıktır. Bütün kanser olgularının yaklaşık %5-10 'u kalıtsal olduğu gözlenmiş olup büyük çoğunluğu otozomal dominant kalıtsal ve tümör süpresör gen ya da proto-onkogen mutasyonunu sonucu ortaya çıkan kanserlerdir.

Bazı kanser türlerinde; Medüller tiroit kanseri, Adrenokortikal tümör, Retinoblastom, Wilms tümörü, Feokromasitoma ve Paraganglioma da genel kalıtsallık oranı olan %10'u aşmaktadır. Örneğin tek taraflı retinoblastoma olgularının %15'inde RB1 geninde germline mutasyon saptanmaktadır(24).APC gen mutasyonuna bağlı Familial adenomatöz polipozis 'de (FAP) kolonlar poliplerle kaplı olup kolon kanseri öncü lezyonu olan bu poliplerden bir kaçından kanser gelişme riski çok yüksektir. APC gen mutasyonu taşıyanlarda profilaktik olarak kolonlar çıkarılmadığı takdirde kanser gelişme riski %100'e yakındır (25).BRCA1 (kromozom 17q) ve BRCA2 (kromozom 13q) genlerinde oluşan

mutasyonlar otozomal dominant kalıtmımlı meme-over kanserine neden olmaktadır. Ayrıca pankreas (BRCA2) ,erkeklerde meme kanseri (BRCA2) ve prostat kanseri de artmaktadır (BRCA1/2). BRCA1/2 mutasyonlarının kalıtsal meme kanseri olgularının yaklaşık %30 'undan sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (26).Bir meta-analize göre, 20 yaşındaki BRCA1 mutasyon taşıyıcısı etkilenmemiş bir kadının ilerideki yaşamında meme kanserine yakalanma riskinin %54, 50 yaşında bir taşıyıcının ise %37 olduğu bildirilmiştir (27).

1.4. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisi kanser olgularının toplumdaki sıklığını inceleyen, kanserin ortaya çıkış nedenlerini bulmaya çalışan ve halk sağlınının araştırma ve uygulama alanıdır. Kanser epidemiyolojisi bize kanser görölme sıklığının kişiden kişiye, toplumlar-coğrafyalar arası ve zamanla değiştiğini göstermektedir. Toplumda görölün kanserlerin dağılımlı őrleden őrkeye, cinsiyete, yaşa, gelişmişlik durumuna, meslek ve sosyal alışkanlıklardan etkilendiğini göstermektedir.

Dünya sağlık örgütü 2018 istatistiklerine göre; Dünya'da toplam olarak en sık görölün ilk beş kanser sırasıyla; akciğer, meme, kolorektal, prostat, mide iken, en çok öldüren ilk beş kanser sırasıyla; akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme kanseridir. Gobocan 2018 verilerine göre Dünya'da erkeklerde en sık görölün beş kanser sırasıyla; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer iken; en çok öldüren ilk beş kanser sırasıyla, akciğer, karaciğer, mide, kolorektal ve prostat kanseridir. Dünya'da kadınlarda en sık görölün beş kanser sırasıyla; meme, kolorektal, akciğer, serviks uteri, tiroit iken; en çok öldüren ilk beş kanser sırasıyla; meme, akciğer, kolorektal, serviks uteri ve mide kanseridir.

Tablo 3. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından
Yayınlanan GLOBOCAN 2018 Verilerine Göre Erkeklerde En Sık Görölün İlk
Beş Kanser Türünün Dağılımlı (28)

	Türkiye*	Dünya	Batı Asya	Orta ve Doğu Avrupa	ABD
1	Akciğer	Akciğer	Akciğer	Akciğer	Prostat
2	Prostat	Prostat	Prostat	Prostat	Akciğer
3	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal
4	Mesane	Mide	Mesane	Mide	Mesane
5	Mide	Karaciğer	Mide	Mesane	NHL

* Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016

Tablo 4.. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından
Yayınlanan GLOBOCAN 2018 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk
Beş Kanser Türünün Dağılımı (28)

	Türkiye*	Dünya	Batı Asya	Orta ve Doğu Avrupa	ABD
1	Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Tiroit	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
3	Kolorektal	Akciğer	Tiroit	Uterus korpusu	Kolorektal
4	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Tiroit
5	Akciğer	Tiroit	Akciğer	Akciğer	Uterus korpusu

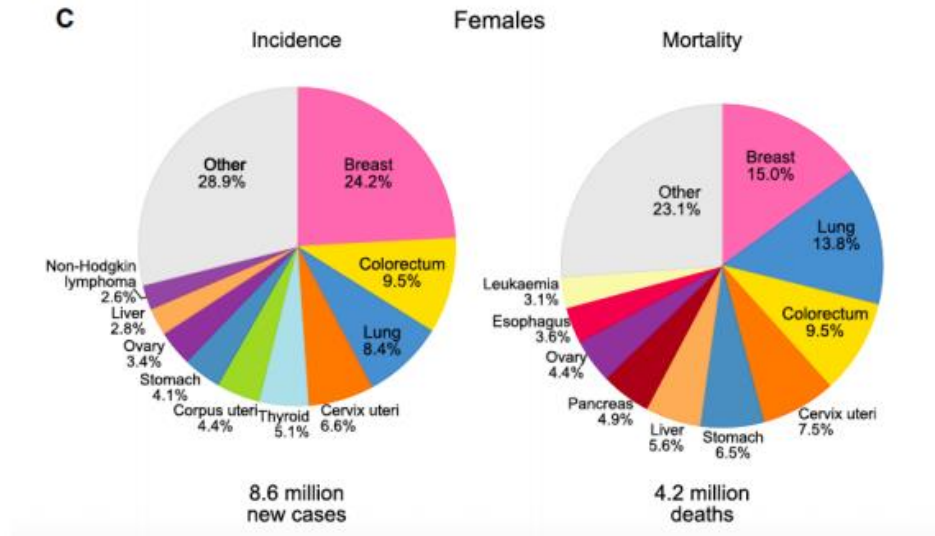
* Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016

Yaş'a göre standardize edilmiş kanser insidanslarına bakıldığında erkeklerdeki kanser insidansının kadınlara göre tüm yaş gruplarında %25 daha fazla olduğu görülmektedir (1). Bazı kanserler cinsiyete göre farklı sıklıkta görülür, meme kanseri kadınlarda daha fazla görülür. Kanser görülme riski yaşla birlikte artmaktadır. Kanserlerin çoğu 50 yaş üzerinde görülmektedir.

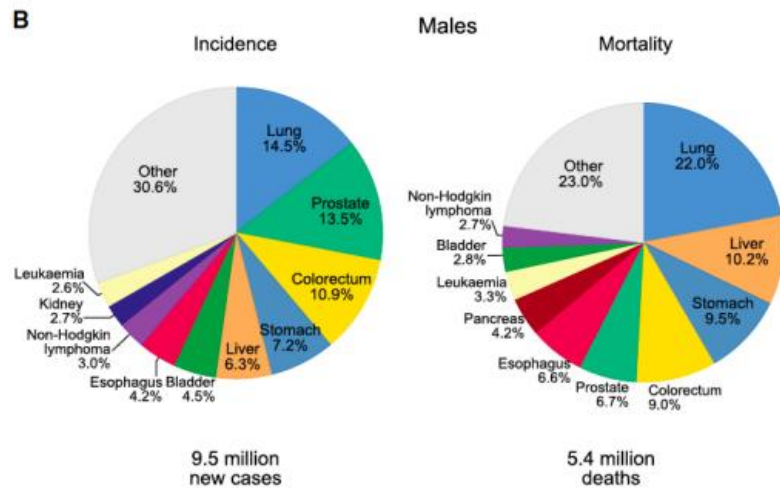
Coğrafya ve çevre ile kanser sıklığı arasında da ilişki mevcuttur. Asya, Güney Amerika ve Sahra Altı Afrika ülkelerinin bazılarında karaciğer, mide serviks kanser oranları, kısmen sırasıyla kronik hepatit, Helicobakter pilori ve insan papilloma virüs (HPV), enfeksiyon sıklığının yüksek olmasına bağlı olarak artmıştır. Sahra Altı Afrika'da Kaposi sarkomunun yüksek oranı HIV enfeksiyonunun yüksek oranda olmasına bağlıdır (30-31). Dünyanın farklı bölgelerinde kanserlerin ortaya çıkışındaki değişkenlik, spesifik riskli yaşam tarzı veya çevresel şartların değiştirilmesi ile kanser oranları azaltılabileceğini göstermektedir. Sigara, açık ve kapalı mekan hava kirliliğinin azaltılması akciğer kanseri insidansını, HPV ile mücadele serviks kanser yükünü

azaltabilir(32).Japonyada mide kanseri Amerika'ya göre birkaç kat fazla görülür.Amerika'ya göç etmiş Japonlar da bu oran düşüktür.Yer değiştiren popülasyonda kanser sıklığının azalması değişen coğrafyaya uygun seyir göstermesi bu ilişkiye başka bir örnektir(29).İnsidanstaki bölgesel farklılıklar mortalitryide etkilemektedir.Kansere bağlı ölüm,erken tanı ve yeterli tedaviye erişimden de etkilenmektedir.

Dünyada Kadınlarda İnsidans ve Mortalite Globocan 2018



Dünyada Erkeklerde İnsidans ve Mortalite Globocan 2018



Şekil 5. Globocan 2018 Cinsiyete Göre Kanser İnsidans ve Mortalite Oranları

1.5. Kanser Taramaları

Hastalıkların erken tanı koymak için iki yöntem vardır. İlki hastanın yapılan muayenesinde hastalığa ait semptomları yakalamak ikincisi ise'' tarama'' yöntemidir. Bu yöntem herhangi bir sağlık problemi ile başvuran kişilere uygulanabileceği gibi şikâyeti olmayan kişilere de uygulanabilir.

Tarama görünümü sağlıklı olan bireylere muayene veya bazı test yöntemleri uygulayarak henüz tanı almamış hastalık ya da bozuklukların yaklaşık olarak tanımlanmasıdır. Yaptığımız tarama testlerinin kesin tanı koydurucu olması gerekmez. Amaç bu yapılan testler sonucu pozitif ya da şüpheli olarak değerlendirilen vakaların ileri merkezlere yönlendirilmesi ve tanı alabilmesi için daha ayrıntılı tetkiklerin yapılmasıdır. Bu yöntemle kontrolden geçirilen toplum ''kesin sağlamlar'' ile ''olası hastalar'' diye ikiye ayrılmış olur (33).

1.5.1 Kanser tarama testlerinin özellikleri

Dünya Sağlık Örgütü toplumda uygulanacak kanser taramaları için birtakım kriterler belirlemiştir. Bu kriterler (34-35);

-Taraması yapılacak hastalık toplum için önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.

-Taraması yapılacak hastalığın saptanabilen latent veya erken septomatik dönemi olmalıdır.

-Taraması yapılacak hastalığın prelinik döneminden bütün belirtilerinin ortaya çıktığı dönemde dâhil tüm klinik seyrine ait yeterli bilgi olmalıdır.

-Taramalarla bulunan hastalıkların kabul edilen bir tedavi yöntemi olmalıdır.

-Taramalarda uygulanan testler toplum tarafından kabul görmelidir.

-Tarama test yöntemlerinin uygulanabilmesi için gerekli şartlar, alt yapı ve personel yeterli olmalıdır.

-Tarama devamlılığı olan bir süreç olmalıdır.

-Hastalığın tanısı için uygun bir test olmalıdır.

-Hastalık kriterleri belirlenmiş olmalıdır.

-Tarama için yapılan işlemler maliyeti sağladığı yararlar da düşünülerek dengeli olmalıdır.

Taramalar bazı kanser türlerinde ölümü azaltabilen koruyucu sağlık hizmetleri için önemlidir. Kanser hastalıklarının her birinin kendisine özgü sebepleri, tanı ve tedavi yöntemleri vardır. Bu sebeple erken tanı ve tarama yöntemleri de kanser tiplerine göre değişir. Hangi tip kanserde tarama yönteminin uygulanacağı DSÖ 'ce belirtilmiş olup ayrıca uygulanması düşünülen tarama yönteminin o ülkenin kanser yükünü azaltabileceği gösterilmiş olmalıdır. Aynı zamanda ülkenin sağlık stratejisine ve kanser kontrol programına uygun olmalıdır.

Ülkemizde kanser tarama programı Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) üzerinden yürütülmektedir. KETEM'ler 'Erken teşhis hayat kurtarır' parolasıyla yola çıkarak meme, kolorektal ve serviks kanserleri tarama programı içinde yer almaktadır. Ülkemizde 254 KETEM olup bu merkezlerde hizmet eğitim almış personelce yürütülmektedir (33).

Kanser taramalarında toplumsal tabanlı olmasını sağlamak için hedef nüfusun en az %70'ine ulaşılması gerekmektedir. Bu hedefe ulaşılması; bahsi geçen hedef nüfusun sağlık problemleri olduğunda çoğunluğunun ilk başvurduğu birinci basamaktaki sağlık ocakları yani aile hekimlerinin ve yardımcı sağlık personelinin bu programa entegrasyonu ile sağlanabilir. Fakat aile hekimlerinin her yıl artan iş yükü ve eklenen her yaş gurubu ile ilişkili yeni taramalarla (5-19 yaş okul taramaları, 18 yaş üstü herkese check-up vb.) ve giderek artan tükenmişlikleriyle katkıları isteselerde sınırlı olmaktadır.

1.5.2 Kanser tarama yöntemleri

Ülkemizde kanser tarama programı çerçevesinde Pap-Smear e HPV-DNA ile serviks kanser taramaları, meme muayenesi ve mamaografi ile meme kanseri taraması, gaitada gizli kan ve kolonoskopi ile kolorektal kanser taramaları yapılmaktadır.



Şekil 6. Ulusal Kanser Kontrol Tarama Standartları

2012-2016 yılları Türkiye geneli kanser tarama sayıları (ASM+Hastane sayıları).



2012-2016 yılları Türkiye geneli kanser tarama sayıları (ASM sayıları).



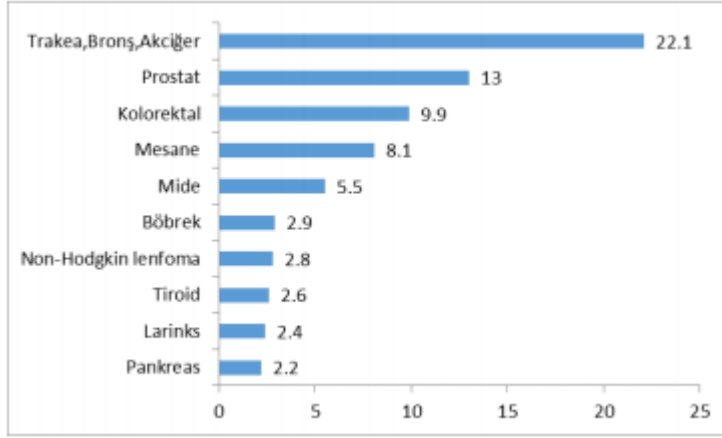
Şekil 7. Türkiye Geneli 2012-2016 yılları Arası ASM ve Hastane Tarama Sayıları

1.6. Kanser istatistikleri

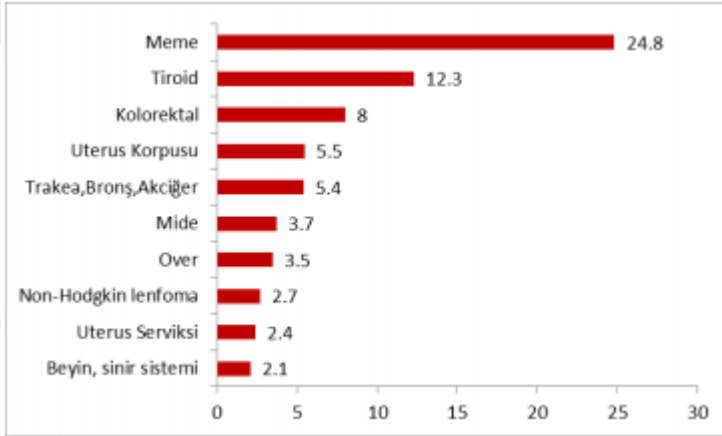
2016 yılı Türkiye birleşik veri tabanına göre erkeklerde en sık görülen üç kanserler sırasıyla; akciğer, prostat ve kolorektal, kadınlarda ise sıklık sırasına göre; meme, tiroit ve kolorektal kanserleridir.

1.6.1. İstatiksel sık görülen kanserler

Kanser görülme sıklığı daha önce bahsedildiği gibi birçok sebepten etkilenmektedir. Türkiye'de 2016 yılında en çok görülen kanserlerin cinsiyete göre dağılımı.



Şekil 8. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanselerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016)



Şekil 9. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanselerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016)

1.6.2. Meme kanseri

Meme kanseri kadınlarda dünyada açık arayla en çok görülen kanserdir ve kanserden ölümlerin en sık sebebidir. GLOBOCAN 2012 verilerinde yer alan 184 ülkenin 140'nda meme kanseri kadınlarda en çok görülen kanserdir(%76) ve 101 ülkede kanser mortlitesinin en sık sebebidir(36).WHO 'nun 2018 verilerine göre en sık görülen kanserler arasında akciğer kanserinin(2,1 milyon) ardından (2.09 milyon) ile ikinci sırada, kansere bağlı ölümler sıralamasında ise beşinci sıradadır(627 bin). Türkiye'de Sağlık Bakanlığının 2015 yılı verilerine göre her yıl ortalama 163 bin yeni kanser teşhisi konulmaktadır ve neredeyse günde 450

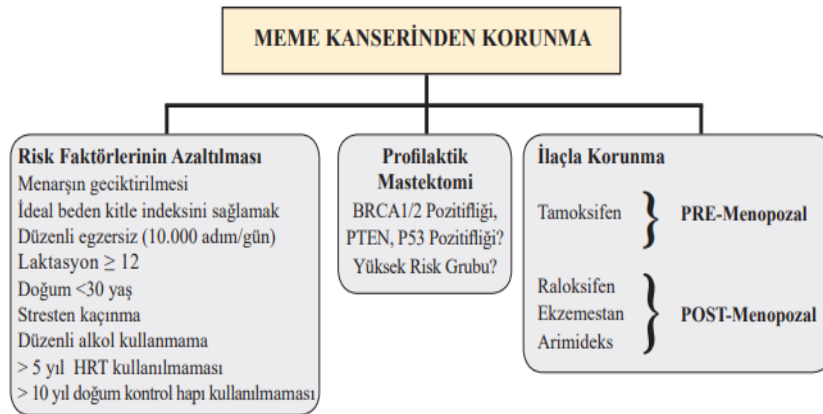
yeni kanser vakası bildirilmektedir. 2015 yılı verilerinde her 100 bin erkekten 247'si, her 100 bin kadından 177'si yeni kanser teşhisi almaktadır. Meme kanseri sıklığı ise 50/100.000'in üzerinde olup, 2018 yılında yeni meme kanseri tanısı alan hasta sayısı 22.500 olarak hesaplanmıştır (38,39) Bakanlık raporlarında 2030'da 22 milyon yeni kanser vakasının olacağı beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 verilerine göre gelişmiş ülkelerde her 8 kadından birinde hayatı boyunca meme kanseri gelişebileceği öngörülmekte olup bu artışa rağmen mortalitedeki azalma dikkati çekmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki durum ise meme kanseri sıklığındaki artış mortalitedeki artış ile birliktedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2018 yılı için ülkemizde kadınlarda meme kanseri sıklığı 45.6/100.000 kadardır. Ülkemizde Batı ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nde meme kanseri sıklığı 50/100.000 ve 20/100.000 olarak bildirilmektedir. Bölgeler arasındaki bu fark, yaşam tarzı değişikliğine bağlanmaktadır. Özellikle 45-54 yaş aralığında meme kanseri sıklığının daha fazla olduğu dikkat çekmektedir (40,41). Sağlık Bakanlığı verilerine göre tanı koyulan her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir.

Türkiye'de meme kanseri görülme sıklığı, 1994 yılında yapılan bir çalışmada, 24/100.000 olarak verilmiştir (40). 25 yıllık süreçte meme kanseri sıklığında yaklaşık 2,5 kat artış görülmektedir (39). Bu artışın sebepleri: 1) Yaşam tarzının değişmesi [obezite, hareketsizlik, doğurmama, geç doğum (>35 yaş), kısa süren laktasyon, erken menarş, geç menopoz, uzun süre doğum kontrol hapı ve menopoz tedavisi uygulanması vb.], 2) Yaşam süresinin uzaması, 3) Farkındalığın (medya araçları, polikliniklerde meme kanseri için bilgilendirme ve tarama mamografisi için sevkler, kadınların bilgi ve eğitim düzeyinin artması vb.), düzensiz olarak yapılan mamografi sayısının artması ve 4) Nüfusun artışı olarak sıralanabilir. Ülkemizde meme kanserinin sıklığında görülen bu hızlı artış, korunma, tarama ve erken tanı için ciddi bir program yapılmasını gerektirmektedir.

Meme kanseri progresif bir hastalıktır, erken dönem tanı koyulması ile tedavi edilme şansı daha yüksek olduğundan yaşam beklentisi fazladır. Tümörün palpabl olmadan önce tanısının konulması hayati önem taşır. Erken tanı ve tedavi yöntemleri ile gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı koyulan hastalarda 5 yıllık sağkalım oranı yaklaşık %90-95 'dir. Meme kanseri tarama yöntemleri ile %63,7'

si erken lokalize dönemde tanı alabilmektedir. Bu dönemde tanı alan hastaların 5 yıllık yaşam beklentileri %97,9 dur. Bu durum meme kanserinin tüm dünyada en sık görülen akciğer, kolon ve mide kanseri arasında en iyi prognoza ve en uzun yaşam ömrüne sahip kanser türüdür. Bu aynı zamanda kanserle yaşanan ömrün uzun olması gibi başka bir sorunu gündeme getirmektedir (37). Türkiye’de meme kanseri sıklığı artmış olmasına rağmen, vakaların çoğunda tanı ileri evrede konulmaktadır. 20.000 hastayı içeren bir çalışmada (2019), meme kanseri tanısı konulan vakaların patolojik evrelemesine bakıldığında; Evre 0 (Duktal karsinoma in situ) %4,7, Evre I %28,5, Evre II %48,3, Evre III %14,5 ve Evre IV %4 oranındadır (39). Gelişmiş ülkelerde Evre 0 ve Evre I meme kanseri oranları sırası ile %20 -25 ve %50-60 kadardır. Bu sonuçlar ile Türkiye’deki oranlar karşılaştırıldığında meme kanseri tanısı geç konulduğunu söyleyebiliriz. Kanser meme dokusunun herhangi bir bölgesinden kaynaklanabilir. En sık meme kanallarından kaynaklanan duktal kanserlerdir. Süt bezlerinden de kaynaklanan lobüler kanserler ikinci sıklıkta olup diğer tipleri medüller, tübüler, müsinöz’ dür.

Kadınlarda sık görülen ve erken tanı konularak en iyi tedavi edilebilen bu hastalıktan korunmak için öneriler: 1. Meme kanseri risk faktörlerini azaltmak, 2. Meme cerrahisi (profilaktik mastektomi), 3. Meme kanserinden koruyucu ilaçlar kullanmak.



Şekil 10. Meme kanserinden korunma önerileri

Meme kanseri için risk faktörü olan kadınlar yüksek risk gurubunda değerlendirilir. Yapılan hesaplamalarda, yaşam şekli (obeziteden kaçınmak, düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, alkol kullanmaktan kaçınmak, uzun süre

hormon replasman tedavisi uygulamamak) ve meme kanserini önleyici ilaçların kullanılması meme kanseri riskini %50 oranında azaltmaktadır (43).

Kadın cinsiyeti meme kanseri için en büyük risk faktörüdür. Cinsiyet kadar yaşın ilerlemesi de, beklenen yaşam süresinin uzaması da en önemli risk faktörlerinden biridir. Günümüzde bir kadının yaşam boyu riski non-invazif meme kanseri için 1/6 ve invazif meme kanseri açısından 1/8'dir. Bu riskin büyük kısmı yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar (46).

Çalışmalar alkol ile meme kanseri, oral kavite, larinks, farinks, özofagus, karaciğer, kolon ve rektum kanseri arasında ilişki olduğunu göstermektedir.(43,44). Günde 10 gram alkol (1 kadeh şarap) içilmesi meme kanseri riskini %7-10 kadar artırmaktadır (45). Kullanılan alkol miktarı arttıkça meme kanseri riski de artmaktadır. Alkol tüketiminin serum östradiol seviyesini artırdığı bilinmektedir.

Erken menarj (12 yaştan önce) ,geç menopoz (55 yaştan sonra) östrojene maruz kalma süresini uzattığı için meme kanseri gelişme riskini artırmaktadır. Günümüzde çevresel faktörler, farklı uyaranlar ve sağlıksız beslenme sonucu ilk âdeti görme yaşı küçülmeye başlamıştır. Bu nedenle Türkiye’de ortalama ilk adet görme yaşı 14-15’den 12’ye düşmüştür. Çocukların sağlıklı beslenmesi, aşırı kilo alımının engellenmesi, çok küçük yaşlarda düzenli olarak spora başlaması ilk adet yaşının gecikmesini sağlamaktadır. Östrojene maruz kalma süresinin kısalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir (Rölatif Risk [RR]:1,5-3,4) (47). Tam dönem gebelikle ilişkili olan meme epitelinin terminal diferansiasyonu da koruyucudur, bu nedenle ilk canlı doğumun ileri yaşta yapılması veya hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Nulliparite meme kanseri rölatif riskinde 1,2-1,7 artışa neden olmaktadır (48). Multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışmalıdır (46). Kadınların 30 yaşından önce doğum yapmaları meme kanseri riskinde azalma sağlamaktadır. Doğurma yaşı geciktikçe meme kanseri olma riskin de artma görülmektedir (49).

Menopozda yağ dokusu androjenlerin östrojene dönüşümünü sağladığı için, şişmanlık meme kanseri riskini artırmaktadır (43). Vücut-kitle indeksinin 25 civarında tutulması menopozdaki kadınlarda özellikle meme kanserinin önlenmesi adına önemli bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan bir meta-analizde

vücut kitle indeksinin 5 Kg/m² artması meme kanseri riskini %18 kadar arttığını göstermektedir (50).

Yapılan çalışmalar toplam olarak 12 aydan daha uzun süre emzirmenin meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir. Laktasyon özellikle üçlü negatif veya basal like (üçlü negatif ve EGFR ve/veya cytokeratin 5/6 pozitif) meme kanseri alt tipinde önemli oranda azalma sağlamaktadır. Nurses Health Study (NHS) 4 ay veya daha uzun süreli laktasyonun basal-like meme kanseri riskini %40 kadar azalttığını göstermiştir (51).

Yapılan çalışmalarda düzenli olarak haftada 7 saat (günde 10.000-15.000 adım) egzersiz yapmanın meme kanseri riskini %25-30 kadar azalttığını gösterilmektedir (43,52). Ayrıca, meme kanseri tanısı alan ve tedavi gören kadınlarda da düzenli egzersiz yapılması hastalığın tekrarını azalttığı söylenmektedir

Stresten uzak durma; Bugünkü şartlarda kadınlarımız, anne ve büyük annelerine göre daha fazla çalışma hayatında yer almaktadır Özellikle büyük şehirlerde trafik, güç yaşam koşulları daha fazla stres altında kalmalarına, anksiyete gelişmesine ve depresyona girmelerine neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, yaşamları boyunca majör depresyon geçiren (anne-baba-çocuk kaybı, yaralanmalar, yangın, deprem vb.) kadınlarda daha çok meme kanseri görüldüğü saptanmıştır (53).

Kişinin invaziv veya in situ meme kanseri anemnezi kontralateral memede invaziv kanser gelişme riskini artırmaktadır. In situ lezyonlarda kontralateral invaziv meme kanseri gelişme riski 10 yıllık %5'dir (55). İnvaziv meme kanseri olanlarda ise kontralateral meme kanseri gelişme riski premenapozal kadınlarda yıllık %1, postmenapozal kadınlarda ise yıllık %0,5 artmıştır (55).

Dens bir meme yapısı olması bağımsız bir faktör olarak artmış meme kanseri riski ile bağlantılıdır. Mamografik olarak dens bir meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4-5 kat artmış olduğu düşünülmektedir (54).

Meme kanseri tarama yöntemleri olarak, yüksek risk gurubunda olmayan kadınların 20 yaşla başlayan kendi kendine meme muayenesi (KKMM),20 yaşından itibaren yılda bir kez ve yaşam boyu süren klinik muayene ve 40-69 yaş iki yılda bir 1 kez mamografi ile tarama önerilmektedir.

Kendi kendine meme muayenesi veya doktor tarafından yapılan muayenenin kansere bağlı ölümleri azalttığını gösteren kesin bir veri bulunmamaktadır. Buna rağmen özellikle yüksek riskli gruplarda yardımcı yöntem olarak kullanılması açısından bir görüş birliği bulunmaktadır. Bununla birlikte kendi kendine meme muayenesi; sağlık kontrollerinin yapılamadığı, sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olduğu toplumlarda önemlidir. Bu eğitimin verilmesinin bir diğer faydası da hedef nüfusta meme kanseri farkındalığının artmasına belirgin katkı sağlayacak olmasıdır (59).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar mamografinin (MG) meme kanserinden ölümleri %20 - %40 oranlarında azalttığını göstermektedir. Bu sebeple dünyada mamografi, meme kanseri için taraması için kullanılmakta ve bu yöntemin toplum tabanlı ve organize olarak kullanıldığı ülkelerde meme kanserinde erken tanı konulmasını sağladığı görülmektedir. Meme kanserinde mortalitenin azalmasında taramanın fayda 2/3 iken tedavi edici yöntemlerin faydası 1/3 olarak hesaplanmaktadır (56,57).

Avrupa Görüntüleme Derneği (EUSEBI), taramanın geleneksel MG veya fosfor-plak bilgisayarlı radyografi (CR) kullanılmasından ziyade, digital mamografi (DMG) ile yapılmasını öncelikli olarak önermektedir. Dijital MG, özellikle memenin yoğun fibroglandüler dokuya sahip kadınlarda geleneksel MG'ye göre daha duyarlıdır. Digital mamografi geleneksel MG'ye benzer bir incelemedir. Görüntünün elektronik bir şekilde yakalanıp bilgisayara depolanmasından ibarettir. Yüksek görüntü kalitesi, düşük radyasyon, görüntü işleme ve arşivleme gibi avantajları mevcuttur. Bu yüzden EUSOBİ yeni görüntüleme cihazlarının direkt dijital teknoloji tabanlı olmaları ve update edilebilme özelliğini içermesini önermektedir (58). Günümüzde kullanılan dijital mamografi yönteminin avantajları daha düşük radyasyon dozu (0.4mSv) daha net bir görüntü alınmakta ve hastalık erken evrelerde iken tanı alabilmektedir. Çekim sırasında ki radyasyon dozu, günde 1 paket sigara içen bir kimseden 40 kat daha düşüktür.

Yeni teknolojiler kullanımı olarak; dijital meme tomosentezi, dijital mamografinin hareketli x-ışını kaynağı ve dijital detektör şeklindeki uygulanması ile üç boyutlu görüntü sağlar. Tomosentezi, sadece DMG ile karşılaştırılan çalışmalarda tomosentez ile kanser saptama oranında artma ve geri çağırılma

oranında azalma saptanmıştır. Güncel veriler ışığında tomosentezin yoğun memede yalancı pozitiflik oranını azalttığını ve kanserin tespit oranını arttırdığını göstermektedir. Güncellenen NCCN rehberi, meme kanseri için ortalama riske sahip bir kadında 40 yaşında başlayarak yıllık tomosentez ile taramanın göz önünde bulundurulmasını önermektedir (60).

Kontrastlı mamografide intravenöz yolla kontrast madde verilerek DM veya DMT ile meme görüntülemesi yapılmıştır. Yapılan son meta-analizlerde duyarlılığının (%98) yüksek olmasına karşın özgüllüğünün (%38) düşük olduğu tespit edilmiş olup, taramada tavsiye edilmemektedir (58).

Ultrasonografi (US) 1980'lerden beri tarama mamografisine destekleyici olarak kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda MG ile karşılaştırıldığında, özellikle MG duyarlılığının düşük olduğu yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda, US'nin de yapılması kanser belirleme oranını arttırmış ancak geri çağırma ve gereksiz biyopsi sayısını arttırdığı bulunmuştur. Bu sebeple, ultrasonografi; özgüllüğünün düşük bulunması, tarama programına eklendiğinde maliyeti artırması ve maliyet etkili olmaması nedeni ile rutin taramada tercih edilmemektedir (58). İnvaziv ve pahalı bir yöntem olması, yaygın olarak yapılamaması ve yorumlayabilecek yeterli uzman olmaması gibi olumsuzluklarına rağmen, yüksek risk grubundaki kadınlarda mamografi ve ultrasonografiye ek tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır. Yüksek riskli kadınlarda MG'ye ilave olarak yapılacak US ve MRG'nin etkinliğini araştıran çalışmalarda yüksek maliyetine rağmen duyarlılık ve seçiciliği en yüksek yöntemin MRG olduğu saptanmıştır (61).

Türkiye'de 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlar Avrupa Birliği Ülkelerinde olduğu gibi taramanın 50-69 yaş arasında ve 2 yılda bir yapılması önerilmiştir. Fakat ülkemizde Avrupa ülkelerinden farklı olarak nüfusun genç olduğu ve meme kanserli olguların yaklaşık yarısının 50 yaş altında ve premenopozal dönemde olduğu bilinmektedir. Bu nedenle 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından toplum tabanlı meme kanseri tarama programı çalışmaları için gereken standartlar yeniden belirlenmiştir. "Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na" göre yüksek risk grubunda olmayan kadınlarda taramaya 40 yaşında başlanması ve taramanın 40-69 yaş

arasında ve 2 yılda bir yapılması önerilmektedir (60). Mamografik taramayı durdurma zamanı hastanın yaş ve diğer eşlik eden hastalıklarının durumuna bakarak beklenen yaşam süresi 5 yıl altında ise bırakılmalıdır. Genelde bu yaş 70-74 yaş olarak belirlenmektedir (61).

1.6.3. Kolorektal Kanser

Kolorektal kanserlerin (KRK) çoğu adenomatöz poliplerden kaynaklanır. Adenomdan karsinomaya progresyonun ortalama 10 yıl aldığı düşünülmektedir (62). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı Globocan 2018 verilerine göre her iki cinsiyette en sık görülen üçüncü kanser türüdür. Bu rapor sonuçlarına göre KRK her 10 kanser vakasının birinden sorumludur. Ülkemiz'de cinsiyete göre insidansı sırasıyla erkeklerde 100.000'de 27,4, kadınlar'da 16,0'dır. 2018'de yaklaşık 1,8 milyon yeni vaka ve 881.000 ölüm tahmini yapılmıştır (64). Yaşla birlikte görülme sıklığı artmakta ve her iki cinsiyette 75 yaşın üzerinde en sık görülen kanserlerdir. Her iki cinsiyette de yaşam boyu KRK gelişme riski %13,2 seviyesindedir(63).

Kolorektal kanserlerin dünyadaki dağılımını coğrafi farklılıklar gösterir. Batılılaşmış kültürlerde kolorektal kanser baskındır. Macaristan, Slovenya, Slovakya, Hollanda ve Norveç), Avustralya, Yeni Zelanda, Kuzey Amerika ve Doğu Asya'da (özellikle Japonya, Kore, Singapur) görülme oranı yüksek iken, gelişmekte olan ülkelerde özellikle Afrika ve Asya'da daha düşük oranlar bildirilmiştir (64). GLOBOCAN verileri kullanılarak, yıllar içerisinde KRK insidans ve KRK'ya bağlı mortalite sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada; bazı ülkelerde her ikisinin birden arttığı, bazılarında insidans artarken mortalitenin azaldığı, Amerika, Japonya ve Fransa gibi ülkelerde ise her ikisinin de azaldığı rapor edilmiştir (71).

KRK görülme sıklığındaki farklar genetik ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (65). Batı tarzı diyet, işlenmiş et, alkollü içecekler, obezite, erkek cinsiyet KRK riskinin artışı ile ilişkili bulunmuştur. Ancak, KRK gelişiminde en önemli risk faktörleri yaş ve genetikdir (66). Kırk yaş altı sporadik KRK çok az görülürken, 40-50 yaştan sonra artmaya başlamaktadır. KRK prognozu, görüldüğü evre ile ilişkilidir. Hastaların sadece %40'ında erken evrede tanı konmaktadır. Tüm dünyada ve ülkemizde risk faktörleri göz önüne alınarak

geliştirilen KRK tarama programları ile tümörün erken evrede tespit edilmesi ve kansere bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılması hedeflenmiştir.

Kolorektal kanser herhangi bir yaşta ortaya çıksa bile hastaların %90 'ından fazlası 40 yaşın üstündedir. Bu yaştan sonra risk, her 10 yılda ikiye katlanır. Bu gerçekten yola çıkarak risk faktörleri şöyle sıralanabilir:

- 50 yaş üzerindeki bireyler
- Yüksek yağlı, düşük lifli diyet
- Aşırı kalorili beslenme alışkanlığı
- Ailede (birinci ve ikinci derecede akrabalar) kendisinde Kolorektal

kanser hikayesi

- Kolorektal adenomatöz polipi öyküsü olanlar
- Ülseratif Kolit ve Crohn hastalığı öyküsü olanlar(8-10 yıldan fazla süre

ile hasta

Olanlarda risk artar).(67,68).

Ailede kolorektal kanser hastası olması bir diğer risk faktörüdür. Birinci derece tek bir akrabada kolorektal kanser olmasıyla risk 1,7 kat artarken, iki veya daha fazla akrabada kolorektal kanser bulunduğu risk 2,7 kat ve 45 yaş altı akrabalarda kolorektal kanser bulunması ile 5,3 kat artar (69). Kolorektal kanser gelişme riski familyal adenomatöz polipozis (FAP) ve herediter non polipozis kolorektal kanser (HNPCC)'de yüksektir. HNPCC' de kolorektal kanser bulunan kişinin en az üç akrabasında kolorektal vardır ve bu hastaların en az biri 50 yaş altında olup en az biri birinci derece akrabadır ve bu durum en az iki kuşak devam etmektedir (Amsterdam Kriterleri) (70).

Bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler, ishal, kabızlık, tenesmus, dışkıda kan, normalde olduğundan daha ince dışkılama, genel abdominal rahatsızlık (gaz, kramplar, şişkinlik), bilinen bir neden olmaksızın kilo kaybı, sürekli yorgunluk, bulantı, kusma belirtileri arasındadır (72).

KRK'deki prognoz tanının koyulduğu evreye bağlı olarak değişmektedir. Semptomlar başlamadan hastada kanser tanısı alabilmelidir, bunun için de toplumda farkındalığı artırarak tarama programlarının yönlendirilmelidir. Tarama

ile prekanseröz lezyonu veya erken evre tümörü saptama şansı fazladır. Yapılan araştırmalar tarama ve izlemin KKK mortalitesini azalttığını göstermiştir. Başarılı bir tarama programı için hekimlerin bu konudaki farkındalığı, riski belirlemesi, kılavuzlara uygun öneriler yapması, erken tanı koyması, en kısa sürede tedaviye yönlendirmesi ve hastanın takibini yapması çok önemlidir (72).

Tarama önerileri; kişinin ailesinde kolorektal kanser hikâyesi olması, kişide inflamatuvar bağırsak hastalığı veya KKK tanısı almasına göre farklılıklar göstermektedir. Gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve diğer görüntüleme yöntemleri taramada kullanılan yöntemleridir. Bu bilgiler ışığında KKK'den mortaliteyi azaltabilmek için erken teşhis önemlidir. Düzenli, kaliteli ve etkili tarama programlarının uygulanması sayesinde erken teşhis mümkün olabilmektedir (73,74).

Tarama sıklığı, yaş aralığı ve kullanılan yöntemler konusunda ihtilaflar olup dünyada farklı programlar uygulanmaktadır. American Academy of Family Physicians (AAFP) ve United States Preventive Services Task Force (USPSTF)'de 50 ve 75 yaşlar arası her kadın ve erkeğin kolorektal kanser açısından taranması gerektiği belirtilmiştir. (A düzey) 85 yaş ve üzeri insanlar için kolorektal kanser taraması net bir şekilde önerilmemektedir. (D düzeyi) 75 ve 85 yaş arasındaki kişiler için tarama yapılıp yapılmaması kişiye göre değerlendirilmelidir. (C düzey)(75,76).

USPSTF; yılda bir GGK bakılması, 10 yılda bir kolonoskopi veya beş yılda bir sigmoidoskopiyle birlikte üç yılda bir GGK yapılması şeklinde üç yöntem önermektedir (77).

AAFP, yeni kolorektal kanser tanı konulan kişilerin akrabalarda morbidite ve mortaliteyi azaltmak için Lynch sendromu için genetik test yapılmasını önermiştir. İlaveten genetik test, Lynch sendromu tanısı almış hastaların birinci derece yakınlarına yapılmalı ve pozitif olanlara kolorektal kanser tarama yaptırması önerilmiştir (76).

ÜLKE	MODALİTE TEST	YAŞ GRUBU	TARAMA HIZ
Kanada(M)	İki Yılda Bir GGK	50-74	% 18 (2008)
İsrail	Yıllık GGK	50-74	% 14 (2008)
Japonya	Yıllık GGK	≥ 40 yıl	% 17 (2002)
Kore	Yıllık GGK	≥ 50 yıl	% 21 (2008)
Avustralya	İki Yılda Bir GGK	55 veya 65. doğum günü. K	% 38 (2010)
Hırvatistan	İki Yılda Bir GGK	50-74	% 20 (2010)
İngiltere	İki Yılda Bir GGK	50-75	% 54 (2007)
Finlandiya	İki Yılda Bir GGK	60-69	% 71 (2009)
Fransa	İki Yılda Bir GGK	50-74	% 34 (2011)
İtalya	İki Yılda Bir GGK,FS	50-69	% 48 (2008)
İskoçya	İki Yılda Bir GGK	50-74	% 54 (2010)
İspanya	İki Yılda Bir GGK	50-69	%34 (2007)
Çek Cumhuriyeti	Yıllık GGK veya CS	> 55	% 20 (2008)
Almanya	Yıllık GGK	50-74	19%, KS:% 3-4(2009)
Letonya	Yıllık GGK		% 8 (2010)
Polonya	Periyodik KOLONOSKOPI	50-66	(2000-06), <% 2
ABD	Yıllık GGK	51-75	% 80 (2010)

Şekil 11. Dünyada Uygulanan Kolorektal Kansere Tarama Programları
(Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Bşk.Değerlendirme Raporları)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen periyodik sağlık muayenesi(PSM) ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda ise öneriler AAFP ve USPSTF'ye benzer olmakla beraber bazı farklılıklar da bulunmaktadır. Kılavuzda iki tarama testi, yani GGK ve kolonoskopi kullanılarak tarama yapılması önerilmiş ve 50-70 yaş grubundaki her kişiye kolorektal kanserin erken tanı konulması için monoklonal antikorlar kullanılarak yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve on yılda bir gaitada gizli kan testiyle birlikte kolonoskopi yapılması önerilmiştir. Ayrıca birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip hikâyesi olanlarda taramaya 40 yaşında başlanması, birinci derece akrabalarında erken yaşta

kolorektal kanser tanısı olanlarda taramanın 40 yaşından bağımsız olarak kanserin çıkış yaşından beş yıl önce başlatılması uygun görülmüştür (78).

Gaitada gizli kan testinin (GGK) bazı dezavantajları vardır. GGK testi genelde kanama oluşturmeyen poliplerin taranmasında iyi bir seçenek değildir. Testin yüksek dereceli poliplerden çok kansere karşı hassasiyeti fazladır. Ayrıca GGK testi pozitif çıkarsa yalancı pozitif sonuçları değerlendirmek gerekmektedir (79).

Guaiac ağacının reçinesi emdirilmiş kâğıda sürülen gaitanın üzerine 1-2 damla hidrojen peroksit damlatılır. Peroksit alpha-guaiaconic asiti yavaş bir şekilde mavi renkli quinone çevirir. Hemoglobinin içindeki “heme” bu reaksiyonu katalize eder. Sonuç olarak eğer gaitada kan varsa test kâğıdı saniyeler içinde maviye renge döner. Bu testi için hazır ticari kitler ardır, muayenehanede, evde bile yapılması için uygundur. Bu test kanın kaynağını göstermez. Yani sensitif değildir. Ülser, hemoroit, divertiküloz veya iltihabi barsak hastalıklarında da gaitada gizli kan pozitif çıkabilir. Test üç defa farklı zamanlarda yapılan gaita ile tekrarlanır. Test öncesi yapılması gereken şartlar vardır: Testten yedi gün önce nonstereoid antienflamatuar ilaçlar ve aspirin kullanılmamalıdır, bunlar kanamaya sebep olarak yalancı pozitifliğe nedenolabilir. Ağrı kesici olarak parasetamol kullanılabilir. Test yapmadan 3 gün önce C vitamini ve narenciye meyve ve meyve suları, kırmızı et alınmamalıdır. Diş eti kanaması da testi pozitif yapar. Gaitanın idrarla karıştırılmaması gerekmektedir. Test pozitif çıkarsa kolonoskopi yapılmalıdır (80).

GGK immünokimyasal test (gaitada antikora bakılır) gıdalardan, vitaminlerden ve kullanılan ilaçlardan etkilenmemesi nedeniyle Guaiac yönteminden daha üstündür. Bu testlerin pozitiflik oranları %5-7 arasındadır. İmmünokimyasal test diğer GGK testlerine göre maliyeti daha fazladır, fakat yanlış pozitiflik oranı daha düşük olduğu için daha az kolonoskopi gerektirmesinden dolayı maliyeti diğerlerine göre daha düşüktür (33).

Fekal DNA testi, polip eya kanserden düşen hücrelerdeki mutasyonlu DNA'ları saptar (80).

Sigmoidoskopi; 60 cm'lik fleksible sigmoidoskopi splenik fleksuraya kadar görüntüleyebilmektedir. Sigmoidoskopide bulunan poliplerden sonra

hastaya kolonoskopi yapıldığında, %20 hastada ek neoplazmlar saptanabilmektedir. Sigmoidoskopi ile taramada sadece proksimalde tümörü olan vakalar atlanabilmektedir (81).

Kolonoskopi; Kolon mukozasının direkt görülmesi, işlem sırasında biyopsi olanağı, polip ve lokal tümörlerin çıkarılabilmesine imkan ermesi ile diğer testlere göre daha avantajlıdır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji kolonoskopiye ulaşmanın mümkün olduğu yerlerde tercih edilmesi gereken tarama yöntemi olarak belirtmektedir (82). Kolonoskopi yapılmasıyla, sigmoidoskopi ile kaçırılabilir proksimal lezyonlar yakalanabilmektedir (83). Kolonoskopi ile taramanın sigmoidoskopiye göre riski daha fazladır (81). Perforasyon ve kanama gibi major komplikasyonların oranı %0,1'dir. Eşlik eden hastalıklar, ileri yaş, polipektomi ve az deneyimli endoskopist perforasyon olasılığını artırmaktadır (84). Kolonoskopi yöntemi pahalıdır. Hastalara işlem sırasında sedasyon verilmektedir. Hasta kolonoskopi sonrası günlük aktivitelerine hemen dönemeyebilmektedir.

Çift kontrastlı baryumlu enema; Bu tetkikte bağırsak mukozası kontrast madde baryumla sıvanır, rektal kateterle kolona hava verilir ve floroskopi altında çok sayıda grafi çekilir. İşlem öncesi hazırlık gerektirir. Genelde sedasyon gerektirmez ağrı olabilir, fakat sonrasında hemen işe dönebilmektedirler. ÇKBE 1 cm'den büyük adenomların yarısını ve tüm poliplerin % 39'unu saptayabilir (85) Retrospektif çalışmalar ÇKBE'nin kolorektal kanserlerin %15-22'sini kaçırdığını göstermektedir (86). Anormal bulgu saptandığında kolonoskopiyle biyopsi veya eksizyon gerektirir. Yalancı pozitiflik kalmış gaita içeriğinden, havadan ya da diğer mukozal anormalliklerden kaynaklanabilmektedir. ÇKBE'nin avantajları arasında tüm kolonun muayene edilebilmesi ve komplikasyon açısından daha güvenli bir yöntem olması sayılabilir.

Bilgisayarlı tomografi; çok sayıda ince kesit tomografi çekimleri kullanılarak iki ve üç boyutlu görüntüler elde edilmektedir. BTK için hastaların kolonoskopideki gibi bağırsak temizliği yapması gerekmektedir. Bunun nedeni yanlış pozitifliklerin önüne geçebilmektir (79).

1.6.4. Serviks Kanseri

Serviks kanseri dünyada GLOBOCAN 2018 verilerine göre kadınlarda dördüncü en sık görülen kanser türüdür. Mortalitede'de dördüncü sırayı almaktadır

Serviks kanseri iyi bilinmesine ve ucuz tarama yöntemleri olmasına rağmen düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunda kanserden ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (87). Serviks kanseri kadın kanserleri arasında dünyada dördüncü sırada yer almaktadır ve insidans oranı 14/100000'dir. Yıllık yaklaşık 527624 kadın yeni serviks kanseri tanısı alırken 265672 kadın ise ölmektedir (88).

Serviks kanseri ortalama görülme yaşı 52 olup, 35-39 ve 60-64 yaş aralığında iki ayrı dönemde pik yapmaktadır (89). Serviks kanseri risk faktörleri; cinsel ilişki yaşının küçük olmasının (<16 yaş), çok eşlilik, bağışıklık sisteminin zayıf olması, yüksek paritenin, ırkın, düşük sosyoekonomik düzeyin ve sigara içiminin önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Özellikle parite ile olan ilişki; cinsel temasa ve buna bağlı faktörler araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Bu nedenle cinsel yolla bulaşan birçok hastalık ve virüs araştırılmıştır. Öncelikle ilk herpes virüs üzerinde durulsa da yapılan çalışmalarda kesin bir sonuca varılamamıştır. Daha sonraki yıllarda HPV üzerinde çalışmalar başlamış ve pozitif bulgularla birlikte günümüzde önemli bir bilgi birikimi elde edilmiştir. Bugün, servikal kanser gelişimi için HPV'nin varlığı gereklidir. Bununla birlikte diğer risk faktörlerinin ya virüsle karşılaşma oranını arttırdığı ya da viral persistansın karsinojenik süreci hızlandırdığı düşünülmektedir (90). Cinsel aktif kişilerin %70'inden fazlası, hayatlarının bir döneminde HPV'ye maruz kalmakta ve bunların da %70'inden fazlasının 15–24 yaş arasında olduğu bildirilmektedir (91).

Serviks kanserinin erken evrelerinde tipik bir belirtisi yoktur. En sık görülen belirtiler; vajinal kanama, beklenmeyen anormal vajinal akıntı, pelvik ağrı, cinsel ilişki sırasında ağrı veya lekelenmedir. En erken bulgu muhtemelen rutin jinekolojik muayene sırasında alınmış olan Pap smear veya HPV test sonucunun anormal olarak görülmesidir. Serviks kanseri oldukça yavaş gelişir, böylece belirtisiz dönem (kansere öncesi dönem) yıllar sürebilir. Kansere öncesi dönemde tedavi şansı %100'e yakındır.

HPV servikal kanser ilişkisinin gösterilmesinin faydası, HPV enfeksiyonunun taranması ve saptanmasıyla servikal kanser prekürsörü olan lezyonların gösterilmesini sağlar. Bu sekonder korunmadır. Lezyonların başlamadan önce HPV enfeksiyonlarına karşı aşılama ise primer koruma sağlayacaktır. HPV tip 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 68 yüksek onkojenik risk taşıyan tiplerdir. Çünkü bu tiplerin sıklıkla serviks kanseri, servikal intraepitelyal lezyon (SİL) gibi preinvaziv lezyon evreleri ile birlikteliği tespit edilmiştir. Diğer tipler olan 6, 11, 42-44 ve bazı daha az görülen tipler onkojenik değildir ya da düşük risk gurubunu oluşturmaktadır. Bu tipler genellikle subklinik lezyonlara ya da dış genital siğillere neden olur (92).

Klinik, subklinik ve latent HPV enfeksiyonları en yaygın seksüel geçişli enfeksiyonlardır. Latent genital HPV enfeksiyonları doğurganlık yaşındaki cinsel aktif kadınların %5-40'ında tespit edilmiştir (93). Bu dönemde HPV prevalansı en yüksek seviyededir. Daha sonra bu oran düşme eğilimindedir. Bazı toplumlarda dördüncü veya beşinci dekattan sonra ikinci bir yükseliş görülmüştür. Genç yaşlarda pik sonrasındaki prevalansta hızlı düşüş sonradan edinilen immüniteyi gösterir. İkinci görülen pik ise HPV tiplerine karşı orijinal immünite kaybının göstergesidir. Cinsel aktif kadınların büyük çoğunluğu hayatlarının bir döneminde HPV enfeksiyonu geçirecektir. Fakat geçirilen enfeksiyonun büyük bir bölümü spontan olarak gerileyecek ve daha sonra hassas yöntemlerle bile tanımlanamayacaktır. Onkojenik HPV tipleri geçirilen persistant i enfeksiyonlar servikal kanser riskini artıracaktır (92).

Cinsel yolla bulaşan HPV'nin oluşturduğu kanser öncülü lezyondan invaziv kanser gelişmesi yaklaşık 20 yıla kadar uzayabilmektedir (94). Servikal sitoloji (Papanicolaou – Pap-smear), HPV-DNA, inspeksiyon veya bu yöntemlerin birlikte kullanımı tarama başarısını artırmaktadır. Dünyada yeni kullanılmaya başlanan HPV-DNA testlerinin kullanılması ile hem maliyette azalma hem taranan nüfusun kapsama alanında artış sağlanması ve patoloğların iş yükünü azaltması beklenmektedir (95). HPV-DNA testinin duyarlılığı %66-100, özgüllüğü %61-96 olarak bildirilmektedir (96). Ancak servikal preinvaziv lezyonların saptanmasında HPV-DNA testi ile taramanın duyarlılığı sitolojiye göre daha yüksek, özgüllüğü daha düşüktür (97). Neredeyse 50 yıldır yaygın tarama yöntemi olarak kullanılan Pap-smear testi günümüzde HPV-DNA testi ile beraber

kullanılmaya başlanmıştır. Sitoloji ve HPV-DNA'nın birlikte değerlendirildiği yöntem co-test denmektedir (97). Co-test günümüzde 30 yaş üzerinde ki kadınlar için en çok kabul gören tarama yöntemidir. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) ve American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 30-65 yaş arası kadınların 5 yılda bir co-test ile tarama yapılmasını önermektedir (98,99). Co-test bu yaş grubunda HPV enfeksiyonlarının yüksek oranda geçici olması nedeniyle 30 yaş altında önermemektedir. (98). Bu nedenle 21-30 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir sadece sitoloji yöntemini önermektedir (98,99). 30-65 yaş arası kadınların 5 yılda bir co-test ile taranması 3 yılda bir sitoloji ile taranması kadar etkin bulunmuştur(97). Serviksi de alınmak şartıyla histerektomi yapılmış ve yüksek düzey prekanseröz lezyonu (CIN 2-3) veya kanser öyküsü olmayan kadınlara servikal kanser için rutin tarama yapılması önerilmez. (D düzeyi)(101). Sağlık Bakanlığı 2012 yılında serviks kanseri taramasının öncelikli olarak HPV-DNA testi uygulanmasını tarama programına almıştır. Yeni ulusal kanser tarama standartlarına göre 30- 65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların Pap-smear ile değerlendirilmesi uygun bulunmuştur(100). Biraz karışık gibi dursa da American Cancer Society(ASC) 21-65 yaş arası üç yılda bir pap-smear yapılmasını öneriyor.21 yaşında başlanıyor ilk cinsel ilişki yaşını çıkardılar ve son 10 yılda hiç pozitif test olmayanlarda 65 yaşta kesiliyor. Eğer pap-smear ile takip edecekseniz üç yılda bir, 30 yaş üstüdeyse ve DNA'yı ekleyecekseniz tarama beş yılda bir yeterli deniliyor.

Smear testi, 1950 yılından beri birçok ülkede kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde uygulandığı yıllar itibariyle kanser mortalitelerinde önemli düşüşler sağlanmıştır. Testin sensitivitesi (%38-84) düşük olmasına rağmen spesifitesi (>%90) oldukça yüksektir. Smear ile toplum tabanlı tarama başarılı olması için testin standardizasyonun sağlanması ve katılım oranının yüksek olmasına bağlıdır. (102).

Sıvı bazlı sitoloji, İngiltere gibi bazı gelişmiş ülkelerde tarama testi olarak kullanılmaktadır. Sensitivitesi yaklaşık olarak %70'tir. Ek bir eğitim gerektirmesi, laboratuvar aşamasının zaman gerektirmesi ve yüksek maliyetli olması testin sınırlılıklarıdır (102).

HPV testi, serikal hücrelerdeki HPV genetik materyelinin tespit edilmesine dayanır. Humoral yanıt oluşturmadığı için kanda antikor yoktur. HPV tatanısı ancak enfekte dokuda HPV DNA'sının veya ürünlerinin tespitine dayanır. 1990'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Bazı gelişmiş ülkelerde sitolojik testlerle birlikte kullanılmaktadır. Hem sensitivitesi (%60-70) hem de spesifitesi (%80-95) yüksektir. Ancak spesifitesi 35 yaşın üzerindeki kadınlarda yüksek olmasına rağmen, genç kadınlarda daha düşük bulunmuştur. Pap smear ile birlikte uygulanması sensitiviteyi arttırmaktadır. Negatif prediktif değeri yüksektir yani bir kadın HPV negatifse takip eden tarama testine kadar servikal kanser olmama olasılığı oldukça yüksektir. Örneklem ve sonuçları ile ilgili kayıtların almak basittir. Pahalı olması, hemen sonuç alınamaması, teknolojik ekipmanlar gerektirmesi ve HPV enfeksiyonlarının sıklıkla geçici olması nedeni ile kullanılabilirliğinin az olması testin önemli sınırlılıklarıdır (102)).

Görsel muayene(VIA, VILI); Sadece araştırmalarda kullanılmakta olup kanser insidans ve mortalitesine yönelik katkısını belirlemek için kontrollü çalışmalar yapılmaktadır. Sensitivitesi yüksek (%70-80) fakat spesifitesi (%50-70) düşüktür. Testin uygulanması kolay, ucuz olması ve hemen sonuç verdiği için hastanın tekrar çağrılmaması ve tanıyla eş zamanlı tedavi yapılabilmesi, diğer testlerle kombine edilebilmesi testin cazip yönleridir. Spesifitesi düşük olduğundan sevk sıklığında artışa neden olabilir. Personle eğitim verilmesi sonrası testi uygulayabilir fakat eğitim tekrarı gereklidir. Postmenopozal kadınlarda uygun olmaması, standardizasyonun yetersiz olması ve kayıt tutmanın zor olması testin sınırlılıklarıdır. Kısıtlı imkânı olan ülkelerde tarama testi alternatifi olarak düşünülebilir (102)).

1.6.5. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri her iki cinsiyette de kansere bağlı ölümlerin başlıca sebebidir. 2012 yılında Dünyada 1,8 milyon yeni vaka, ve 1,59 milyon ölüm gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Ülkemizde yaklaşık olarak 27.000 kişiye teşhis koyulurken, 24.000 civarında kişi ise bu hastalıktan hayatını kaybetmektedir. Türkiye de tanı alma yaşı medyan olarak 63 'tür, 40 yaşın altındaki kişilerde bu kansere daha az rastlanılmaktadır. Her tanı alan 10 kişinin en az 8 inin tütün ve tütün ürünlerinin kullanımdan kaynaklandığı bilinmekte olup, toplumsal ve bireysel farkındalık oluşturarak kanserin sıklığının azaltılmasının mümkün olduğu

unutulmamalıdır. Ülkemizde akciğer kanserlerinin %80 'i nin histolojik tipi küçük hücreli dışıdır. Hastalık çoğunlukla ileri evrelerde teşhis koyulabilmektedir. Ülkemizde görülen vakaların da %18'ini lokalize, %30'unu bölgesel, %52'sini ise uzak metastaz grubu oluşturmaktadır.

Günümüz de özellikle balgam sitolojisi ve konvansiyonel akciğer grafisi ile yapılmış çalışmalarda akciğer kanserinin mortalitesini azaltmadığı görülmüştür. Mortaliteyi azaltmanın tek yolunun akciğer kanseri gelişimini önlemek ve bununda en önemli adımı sigara kullanımının bırakılmasını sağlamaktır(103).

Akciğer kanserinin, ABD'de kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedeni olması ve ileri evrede teşhis konulduğunda mortalitenin yüksek olduğu için USPSTF yakın zamanda tarama ile ilgili önerilerini güncellemiştir.(104,105). 2013 'ten itibaren akciğer kanseri tarama kriteri olarak 30 paket yıl sigara içme öyküsü (halen içiyor olan veya son 15 yıl içerisinde bırakmış olan) olan, yaş aralığı olarak 55 ile 80 arası kişilerde yıllık olarak düşük-doz bilgisayarlı tomografi yapılması önerilmektedir.

Ülkemizde 2016 yapılan akciğer kanser çalıştayında; akciğer kanseri epidemiyolojisi özellikle erkeklerde görülme sıklığı ve yüksek mortaliteye sahip olduğu değerlendirildiğinde toplumsal tarama için uygun bir kanser olduğu, fakat mevcut olanakların (alt yapı-insan kaynakları yetersizliği, overdiagnoz) ülke çapında tarama için uygulanabilir olmadığı önerisi yer almıştır.

1.6.6. Prostat Kanseri

Prostat kanseri GLOBOCAN 2018 verilerine göre erkeklerde ikinci en sık görülen kanserdir. Özellikle 50 yaşından sonra insidansı artmaktadır. 60 yaşından önce prostat kanserine bağlı ölüm oranı oldukça düşüktür. Esasında prostat kanserine bağlı ölümlerin % 70'i 75 yaşından sonra meydana gelmektedir (106).

Kanser taramalarının üzerinde en çok tartışılan kanser prostat kanseridir. Farklı kılavuzlarda farklı öneriler yer almaktadır. Temel problem prostat kanserinin zamanla ilerlediğini biliyoruz ama bu zamanın süresini önceden bilmek mümkün olmamaktadır. Bazılarında beş yılda bazılarında otuz yılda klinik aşikâr hale gelebilmektedir. Şu anda kılavuzlar ne öneriyor; elli yaş üzerindeki

hastalarda taramanın olası fayda ve zararlarını anlatarak, hasta kabul ettiği taktirde taramaya başlanabileceğidir.

Taramada kullandığımız PSA 'nın her yüksekliği prostat kanseri anlamına gelmemektedir. Fakat dördün üzerinde risk yüksektir. Özellikle bunun rektal muayene de anormal bulguları eklenirse prostat kanseri saptama oranı artmaktadır.

USPSTF üyeleri PSA ile yapılacak taramalarda, yüksek yanlış pozitiflik oranının yüksek olması (dört PSA ölçümünden sonra en az bir kere % 13 kümülatif riskle yanlış pozitif olma olasılığı) ve bu yanlış pozitifliğin sonucolarak vakaların % 5.5'inde boşuna biyopsi yapılmasına bağlamaktadırlar(107). Sonrasında biyopsi ile ilişkili komplikasyonlar (% 50 kalıcı hematospermi, % 22 hematüri, % 3 ateş) sıktır (108). Çalışmalar, radikal prostatektomi sonrası 1-10 yıl arasında, noninvaziv girişimlere kıyasla, erektil disfonksiyon riskinin % 30, üriner inkontinans riskinin de % 20 artmış olduğunu gösterilmiştir. Radyasyon tedavisi de 1-10 yıl arasında erektil disfonksiyon (% 17 artmış risk) ve bağırsak fonksiyon bozukluğu gelişmesinde risk artışıyla ilişkilidir (109).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu, ailesinde prostat kanseri öyküsü olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile öyküsü olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde erken tanı ve önleme amaçlı hastanın bilgilendirilmesini ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesini önermektedir(110).

2.GEREÇ VE YÖNTEM:

2.1. Çalışmanın Tasarımı:

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte düzenlenen bu çalışmaya 01.01.2019 - 01.12.2019 tarihleri arasında Konak 7 nolu Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran 30-70 yaş arası hastaların alınması planlanmıştır.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü e Kâtip Çelebi Üniversite'sine başvurularak gerekli çalışma izinleri etik kurul onayı alınmıştır.

Araştırma süresince ilk aşamada bahsedilen dönemde evren sayısı bilinen örneklem formülü ile hasta sayısı belirlenmiştir. Aile hekimliği polikliniğimize başvuran belirlenen hasta sayısı kadar kişiye ulaşarak ve yüz yüze görüşülerek onam veren hastalara ekteki anketi cevaplaması istenmiştir.

2.2. Çalışmanın Örneklemi:

Evren sayısı bilinen örneklem formülüne göre;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n:

$$2133(1.96)(1.96).(0.2)(0.8)/(0.05)(0.05)(2133-1)+(1.96)(1.96)(0.2)(1-0.2)$$

$$n: 2133 \times 3.8416 \cdot 0.16 / 0.0025 \cdot (2133-1) + (3.841 \times 0.16) = 220$$

N: 2133 kişi. Evrendeki birey sayısı (Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde SAHU eğitimi gören aile hekimlerinin görev yaptıkları aile sağlığı birimlerinde kesin kayıtlı 30-70 yaş arası hastalar)

P: İncelenecek olayın görülüş sıklığı:0,2

(TUİK 2014-2016 yıllarında kanserden ölüm oranı %20)

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı:(1-0.2=0.8);

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen-+ sapma(0.05) olarak hesaplandığında: çalışmaya alınacak hasta sayısı 220 kişi olarak hesaplanmıştır.

2.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri:

- Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamı alınmış olmak
- Evren olarak tanımlanan aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı olmak
- 30-70 yaşları arasında olmak
- Okur-yazar olmak
- Sözel iletişim kurabilmek
- Bilişsel olarak anketlerdeki soruları yanıtlayabilecek durumda olmak
- Soruları eksiksiz olarak cevaplamış olmak

2.4.Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- 30 yaşından küçük ya da 70 yaşından büyük olmak
- Bilişsel olarak anketteki soruları yanıtlayabilecek durumda almamak
- Sağırılık ve körlük engeli bulunmak
- Dil bilmemek
- Okuryazar olmamak
- El becerisi ile ilgili problemi olmak

2.5. Veri Toplama Yöntemi:

1. Sosyo-demografik veriler: Hastaların “yaş, cinsiyet, eğitim, sosyal güvence, medeni durumu, alışkanlıkları (sigara, alkol), kronik hastalık olması” gibi tanımlayıcı soruların sorulduğu ve araştırmacı tarafından hazırlanmış bir anket formudur.

2. Ailesinde kanser hastası var mı, varsa yakınlık derecesi, daha önce kanser taraması yaptırmış mı, yaptırdıysa hangi tarama testleri gibi kanser hakkında bilgileri içeren anket formudur.

2.6. Veri Analiz Yöntemi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25,0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. P değeri 0.05 olarak alınmıştır.



3. BULGULAR

Demografik Özellikler:

Tablo 5. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Min	Max	\bar{X}	SS
Yaş	30.00	70.00	52.64	10.02
Boy	86.00	192.00	163.39	10.00
Kilo	37.00	155.00	77.80	15.63
Beden Kitle İndeksi	15.40	51.31	28.93	4.97
			n	%
Yaş	50 yaş altı		87	38.8
	50 yaş ve üstü		137	61.2
Cinsiyet	Kadın		154	68.8
	Erkek		70	31.2
Medeni Durum	Evli		161	71.9
	Bekar		20	8.9
	Dul		24	10.7
	Boşanmış		19	8.5
Eğitim Durumu	Okuryazar değil		8	3.6
	İlkokul		107	47.8
	Ortaokul		34	15.2
	Lise		49	21.8
	Üniversite		26	11.6
İş Durumu	Çalışıyor		56	25.0
	Emekli		78	34.8
	İşsiz/Emekli değil		90	40.2
Yaşadığı Kişi	Yalnız		27	12.1
	Eşi ya da aile üyeleri ile		197	87.9
Kronik Hastalık Varlığı	Var		150	67.0
	Yok		74	33.0
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Var		146	65.2
	Yok		78	34.8
Obezite	BKI<30		137	61.2
	BKI≥30		87	38.8
Toplam			224	100.0

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı Tabloda verilmiştir. Katılımcıların %38,8'inin 50 yaş altı, %61,2'sinin 50 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların %68,8'inin kadın, %31,2'sinin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %71.9'unun evli, %8.9'unun bekar, %10.7'sinin dul ve %8.5'inin boşanmış olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına

göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %3,6'sının okuryazar değil, %47,8'inin ilkokul, %15,2'sinin ortaokul, %21,8'inin lise ve %11,6'sının üniversite olduğu görülmektedir. Katılımcıların iş durumlarına göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların %25'inin çalıştığı, %34,8'inin emekli, %40,2'sinin işsiz/emekli değil olduğu görülmektedir. Katılımcıların %12,1'i yalnız, %87,9'u ise eşi ya da aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %67'sinin kronik rahatsızlığının olduğu, %33'ünün ise olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %65,2'sinin sürekli ilaç kullandığı, %34,8'inin ise kullanmadığı görülmektedir. Katılımcıların BKI değerlere göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %61,2'sinin BKI'nin 30'un altında, %38,8'inin ise 30 ve üzeri olduğu görülmektedir.



Tablo 6. Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalıklara göre dağılımı

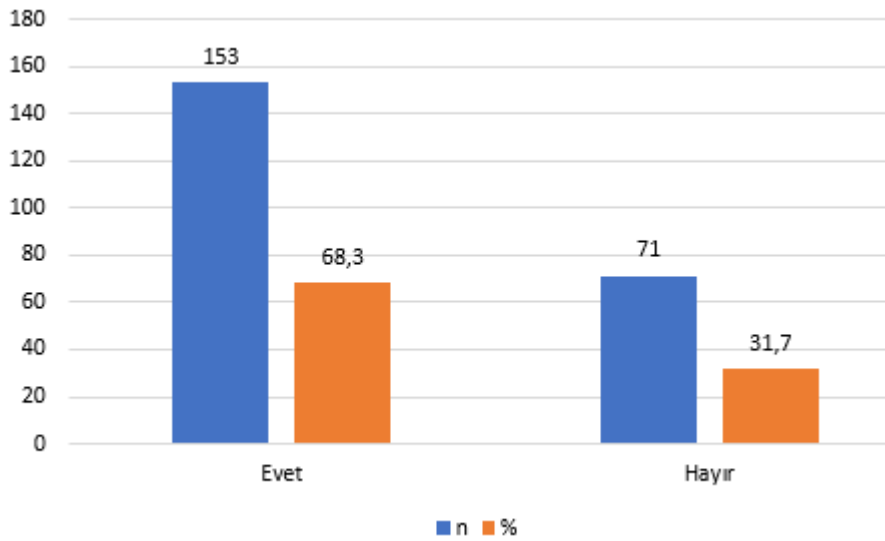
Hastalıklar		n	%
Diyabet mellitus (şeker hastalığı)	Var	55	36.7
	Yok	95	63.3
Hipertansiyon	Var	78	52.0
	Yok	72	48.0
Kalp hastalıkları	Var	24	16.0
	Yok	126	84.0
Kronik böbrek yetmezliği	Var	5	3.3
	Yok	145	96.7
Karaciğer hastalığı	Var	2	1.3
	Yok	148	98.7
Osteoporoz (kemik erimesi)	Var	8	5.3
	Yok	142	94.7
Romatolojik hastalık	Var	5	3.3
	Yok	145	96.7
Osteoartrit	Var	3	2.0
	Yok	147	98.0
Tiroid hastalığı	Var	28	18.7
	Yok	122	81.3
Depresyon	Var	14	9.3
	Yok	136	90.7
Malignite (kanser)	Var	5	3.3
	Yok	145	96.7
Vertigo (başdönmesi)	Var	6	4.0
	Yok	144	96.0
Hiperlipidemi	Var	3	2.0
	Yok	147	98.0
Mide rahatsızlığı	Var	5	3.3
	Yok	145	96.7
Benign prostat hiperplazisi	Var	5	3.3
	Yok	145	96.7
Diğer	Var	18	12.0
	Yok	132	88.0
Toplam		150	100.0

Kronik hastalıkları olan kişilerin sağlık kuruluşlarına daha sık başvuru yaptıkları düşünülerek, bu kuruluşlarda kanser taramaları hakkında bilgi durumlarını ölçmek amacıyla; ankete katılan kişilerin kronik hastalık dağılımı yapılmıştır.

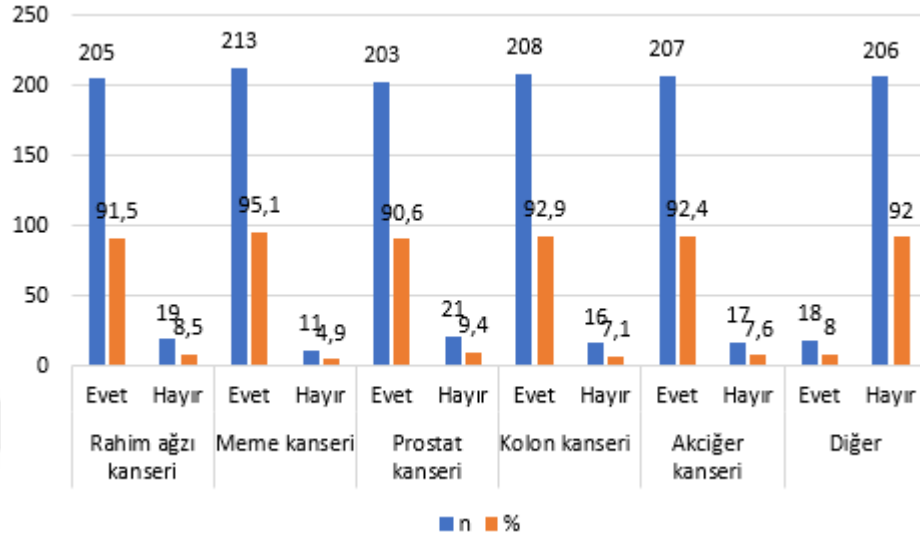
Tablo 7. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		n	%
Ailenizde Kanser Hastası Varlığı	Evet	76	33.9
	Hayır	148	66.1
Düzenli Beslenme Durumu	Evet	173	77.2
	Hayır	51	22.8
Düzenli Fiziksel Egzersiz Yapma Durumu	Evet	85	37.9
	Hayır	139	62.1
Zamanında Uygun Aşılama Olma Durumu	Evet	170	75.9
	Hayır	54	24.1
Sigara Kullanma Durumu	Evet	76	33.9
	Hayır	148	66.1
Alkol Kullanma Durumu	Evet	26	11.6
	Hayır	198	88.4
Uyuşturucu Madde Kullanma Durumu	Evet	1	0.4
	Hayır	223	99.6
Kanser Erken Tanı ve Tedavi Yöntemlerini Bilme Durumu	Evet	143	63.8
	Hayır	81	36.2
Önceden Hiç Kanser Taraması Yaptırma Durumu	Evet	153	68.3
	Hayır	71	31.7
Toplam		224	100.0

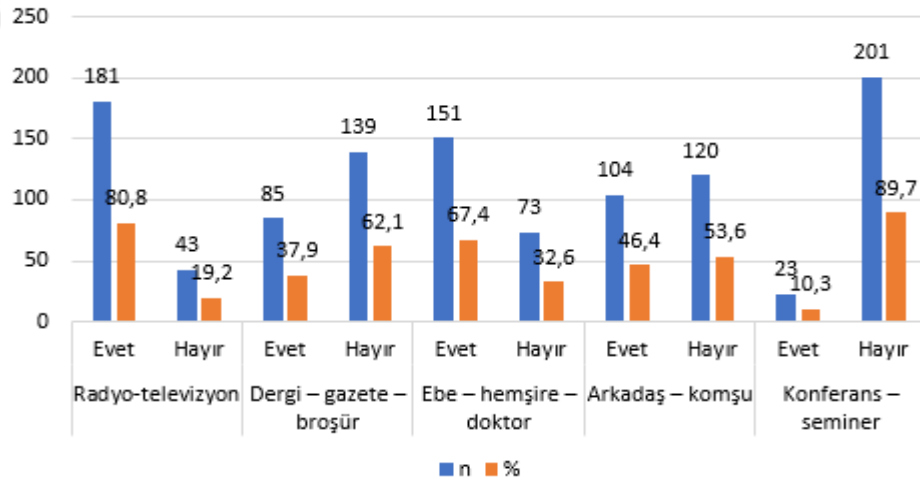
Araştırmaya katılan katılımcıların kanser gelişmesiyle ilişkilendirilen etyolojik nedenlere yönelik demografik özellikleri.



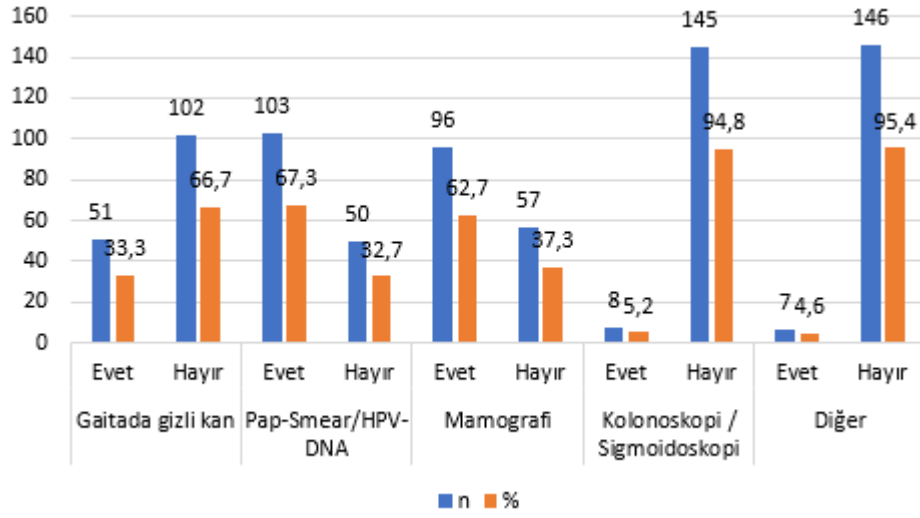
Şekil 12. Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumlarına göre dağılımı



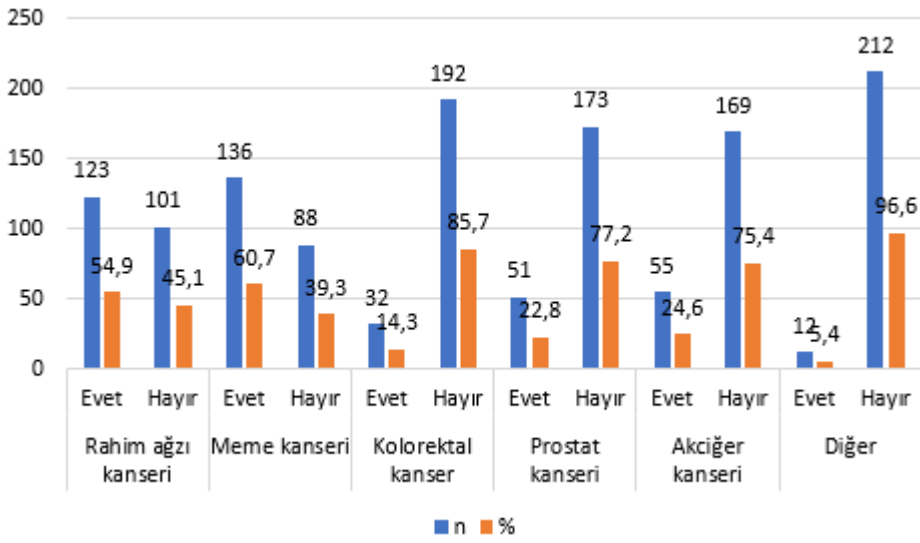
Şekil 13. Katılımcıların duydukları kanser türlerine göre dağılım



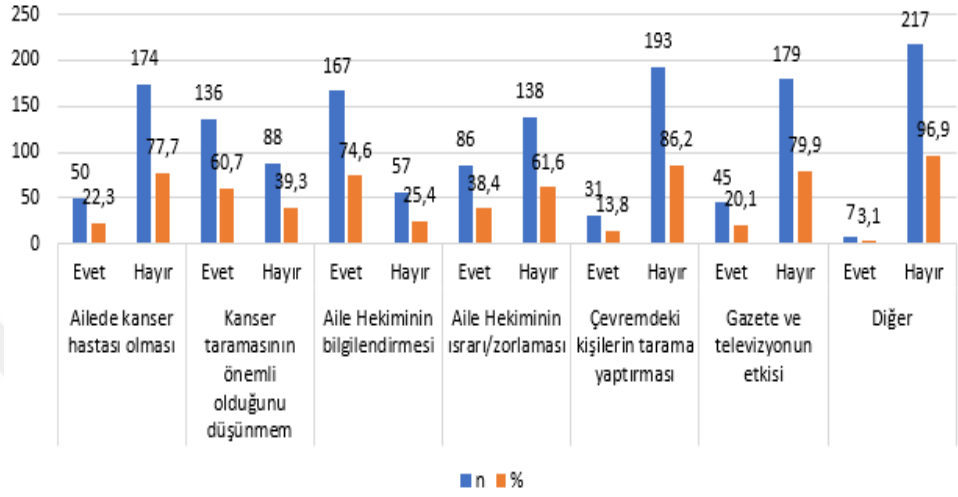
Şekil 14. Katılımcıların kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yerlere göre dağılım



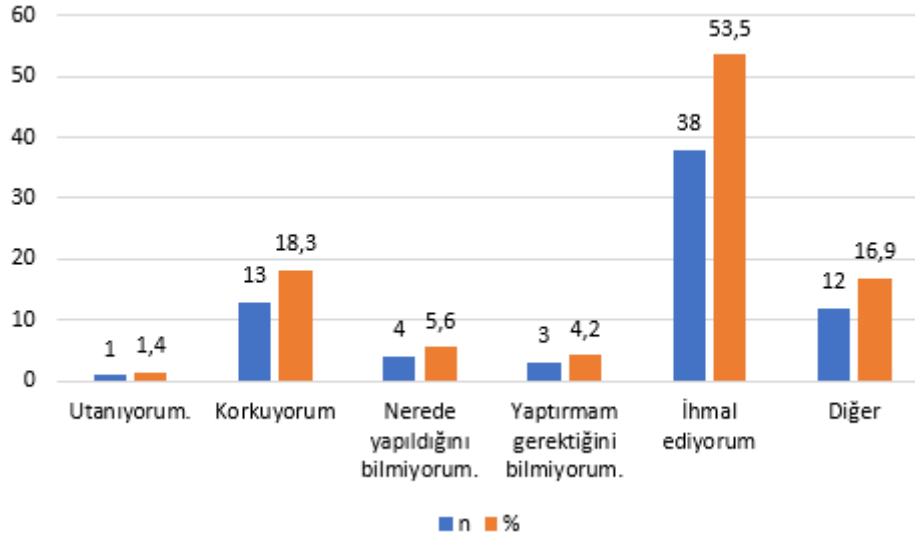
Şekil 15. Daha önce kanser taraması yaptıran katılımcıların yaptırdıkları taramalara göre dağılımı



Şekil 16. Katılımcıların tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerine göre dağılımı



Şekil 17. Katılımcıların kanser taraması yaptırmaya yönlendiren en etkili faktör/kişiyeye göre dağılımı



Şekil 18. Kanser taraması yaptırmadıysanız/yaptırmak istemeyen katılımcıların nedenleri göre dağılım göre dağılım

Tablo 8. Kanser taramalarının yaş, obezite ve aile öyküsünün karşılaştırılması

		Kanser Taraması Durumu						X ² p
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	50 yaş altı	50	32.7	37	52.1	87	3.8	7.710 0.005*
	50 yaş ve üstü	103	67.3	34	47.9	137	61.2	
Obezite	BKI<30	96	62.7	41	57.7	137	61.2	0.510
	BKI≥30	57	37.3	30	42.3	87	38.8	0.475
Aile Öyküsü	Var	59	38.6	17	23.9	76	33.9	4.623 0.032*
	Yok	94	61.4	54	76.1	148	66.1	
Toplam		153	100.0	71	100.0	224	100.0	

*p<0.05

Kanser taramalarının yaş, obezite ve aile öyküsünün karşılaştırılması Tabloda gösterilmektedir. Katılımcıların kanser taraması yaptırmama durumu ile yaş, obezite ve aile öyküsü arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların kanser taraması yaptırmama durumu ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptıran katılımcıların %67,3'ünün 50 yaş ve üstü olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kanser taraması yaptırmama durumu ile aile öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser

taraması yaptırmadan katılımcıların %76,1'inin ailesinde kanser öyküsü olmadığı görülmektedir.

Tablo 9. Kanser aile öyküsüne göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması

		Ailede Kanser Öyküsü						X ² P
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Rahim ağzı kanseri	Evet	41	53.9	82	55.4	123	54.9	0.043
	Hayır	35	46.1	66	44.6	101	45.1	0.836
Meme kanseri	Evet	48	63.2	88	59.5	136	60.7	0.288
	Hayır	28	36.8	60	40.5	88	39.3	0.592
Kolorektal kanser	Evet	10	13.2	22	14.9	32	14.3	0.119
	Hayır	66	86.8	126	85.1	192	85.7	0.730
Prostat kanseri	Evet	15	19.7	36	24.3	51	22.8	0.601
	Hayır	61	80.3	112	75.7	173	77.2	0.438
Akciğer kanseri	Evet	22	28.9	33	22.3	55	24.6	1.199
	Hayır	54	71.1	115	77.7	169	75.4	0.274
Diğer	Evet	2	2.6	10	6.8	12	5.4	1.685
	Hayır	74	97.4	138	93.2	212	94.6	0.194
Toplam		76	100.0	148	100.0	224	100.0	

*p<0.05

Kanser aile öyküsüne göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması Tabloda gösterilmektedir. Katılımcıların kanser aile öyküsü ile tarama yaptırmak istedikleri kanser türleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların kanser aile öyküsüne göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 10. Katılımcıların yaş grubuna göre daha önceden yaptırdıkları kanser taramalarının karşılaştırılması

		Yaş						X ² P
		50 yaş altı		50 yaş ve üstü		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Gaitada gizli kan	Evet	3	6.0	48	46.6	51	33.3	24.970 0.000*
	Hayır	47	94.0	55	53.4	102	66.7	
Pap-Smear/HPV-DNA	Evet	45	90.0	58	56.3	103	67.3	17.365 0.000*
	Hayır	5	10.0	45	43.7	50	32.7	
Mamografi	Evet	27	54.0	69	67.0	96	62.7	2.430
	Hayır	23	46.0	34	33.3	57	37.3	
Kolonoskopi / Sigmoidoskopi	Evet	2	4.0	6	5.8	8	5.2	0.226
	Hayır	48	96.0	97	94.2	145	94.8	
Diğer	Evet	1	2.0	6	5.8	7	4.6	1.128
	Hayır	49	98.0	97	94.2	146	95.4	

Toplam		50	100.0	103	100.0	153	100.0	
---------------	--	-----------	--------------	------------	--------------	------------	--------------	--

*p<0.05

Katılımcıların yaş grubuna göre daha önceden yaptıkları kanser taramalarının karşılaştırılması Tabloda gösterilmektedir. Katılımcıların yaş grubu ile daha önceden yaptıkları kanser taramaları arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşları ile Gaitada gizli kan tarama testi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Yaşı 50 yaş altı olan katılımcıların %94'ünün Gaitada gizli kan taraması yaptırmadığı görülmektedir.

Katılımcıların yaşları ile Pap-Smear/HPV-DNA tarama testi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Yaşı 50 yaş altı olan katılımcıların %90'nının ve 50 yaş ve üstü katılımcıların %56,3'ünün Pap-Smear/HPV-DNA taraması yaptırmadığı görülmektedir.

Tablo 11. Yaşa göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması

		Yaş						X² p
		50 yaş altı		50 yaş ve üstü		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Rahim ağzı kanseri	Evet	80	92.0	125	91.2	205	91.5	0.035
	Hayır	7	8.0	12	8.8	19	8.5	0.852
Meme kanseri	Evet	86	98.9	127	92.7	213	96.1	4.310 0.038*
	Hayır	1	1.1	10	7.3	11	4.9	
Kolorektal kanser	Evet	77	88.5	126	92.0	203	90.6	0.752
	Hayır	10	11.5	11	8.0	21	9.4	0.386
Prostat kanseri	Evet	80	92.0	128	93.4	208	92.9	0.175
	Hayır	7	8.0	9	6.6	16	7.1	0.676
Akciğer kanseri	Evet	78	89.7	129	94.2	207	92.4	1.540
	Hayır	9	10.3	8	5.8	17	7.6	0.215
Diğer	Evet	6	6.9	12	8.8	18	8.0	0.250
	Hayır	81	93.1	125	91.2	206	92.0	0.617
Toplam		87	100.0	137	100.0	224	100.0	

*p<0.05

Katılımcıların yaş grubuna göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması Tabloda gösterilmektedir. Katılımcıların yaş grupları ile tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların yaşları ile meme kanseri tarama testi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu

görülmektedir ($p<0.05$). Yaşı 50 yaş ve üstü olan katılımcıların %92,7'sinin meme kanseri taraması yaptırmak istediği görülmektedir.

Tablo 12. Obeziteye göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması

		Obezite						χ^2 p
		BKI<30		BKI≥30		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Rahim ağzı kanseri	Evet	129	94.2	76	87.4	205	91.5	3.174 0.075
	Hayır	8	5.8	11	12.6	19	8.5	
Meme kanseri	Evet	132	96.4	81	93.1	213	95.1	1.201 0.273
	Hayır	5	3.6	6	6.9	11	4.9	
Kolorektal kanser	Evet	126	92.0	77	88.5	203	90.6	0.757 0.386
	Hayır	11	8.0	10	11.5	21	9.4	
Prostat kanseri	Evet	128	93.4	80	92.0	208	92.9	0.175 0.676
	Hayır	9	6.6	7	8.0	16	7.1	
Akciğer kanseri	Evet	130	94.9	77	88.5	207	92.4	3.039 0.079
	Hayır	7	5.1	10	11.5	17	7.6	
Diğer	Evet	10	7.3	8	9.2	18	8.0	0.259 0.611
	Hayır	127	92.7	79	90.8	206	92.0	
Toplam		137	100.0	87	100.0	224	100.0	

* $p<0.05$

Obeziteye göre tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin karşılaştırılması Tabloda gösterilmektedir. Katılımcıların obezite olma durumları ile tarama yaptırmak istedikleri kanser türlerinin arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunu sonucunda katılımcıların obezite olma durumları ile tarama yaptırmak istedikleri kanser türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Tablo 13. Kanser taraması yaptırma durumuna göre kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yerin karşılaştırılması

		Kanser Taraması Durumu						χ^2 p
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Radyo- televizyon	Evet	123	80.4	58	81.7	181	80.8	0.053
	Hayır	30	19.6	13	18.3	43	19.2	0.818
Dergi – gazete – broşür	Evet	60	39.2	25	35.2	85	37.9	0.330
	Hayır	93	60.8	46	64.8	139	62.1	0.566
Ebe – hemşire – doktor	Evet	117	76.5	34	47.9	151	67.4	18.035
	Hayır	36	23.5	37	52.1	73	32.6	0.000*
Arkadaş komşu	Evet	74	48.4	30	42.3	104	46.4	0.728
	Hayır	79	51.6	41	57.7	120	53.6	0.393
Konferans seminer	Evet	17	11.1	6	8.5	23	10.3	0.373
	Hayır	136	88.9	65	91.5	201	89.7	0.542
Toplam		153	100.0	71	100.0	224	100.0	

*p<0.05

Kanser taraması yaptırma durumuna göre kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yerin karşılaştırılması Tabloda gösterilmektedir. Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yer arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların kanser taraması yaptırma durumuna göre bilgi aldığı yerin ebe – hemşire – doktor olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptıran katılımcıların %76,5’inin bu bilgiyi ebe – hemşire – doktor tarafından aldığı görülmektedir.

Tablo 14. Kanser taraması yaptırma durumuna göre kanser taraması yaptırmaya sizi yönlendiren en etkili faktör/kişinin karşılaştırılması

		Kanser Taraması Durumu						X ² P
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Ailede kanser hastası olması	Evet	42	27.5	8	11.3	50	22.3	7.325 0.007*
	Hayır	111	72.5	63	88.7	174	77.7	
Kanser taramasının önemli olduğunu düşünmem	Evet	111	72.5	25	35.2	136	60.7	28.345 0.000*
	Hayır	42	27.5	46	64.8	88	39.3	
Aile Hekiminin bilgilendirmesi	Evet	129	84.3	38	53.5	167	74.6	24.238 0.000*
	Hayır	34	15.7	33	46.5	57	25.4	
Aile Hekiminin ısrarı/zorlaması	Evet	76	49.7	10	14.1	86	38.4	25.968 0.000*
	Hayır	77	50.3	61	85.9	138	61.6	
Çevremdeki kişilerin tarama yaptırması	Evet	23	15.0	8	11.3	31	13.8	0.577
	Hayır	130	85.0	63	88.7	193	86.2	0.448
Gazete ve televizyonun etkisi	Evet	30	19.6	15	21.1	45	20.1	0.070
	Hayır	123	80.4	56	78.9	179	79.9	0.792
Diğer	Evet	4	2.6	3	4.2	7	3.1	0.416
	Hayır	149	97.4	68	95.8	217	96.9	0.519
Toplam		153	100.0	71	100.0	224	100.0	

*p<0.05

Kanser taraması yaptırma durumuna göre kanser taraması yaptırmaya sizi yönlendiren en etkili faktör/kişinin karşılaştırılması Tabloda verilmiştir. Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile kanser taraması yaptırmaya sizi yönlendiren en etkili faktör/kişi arasında ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile ailede kanser hastası olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptırmayan katılımcıların %88,7'sinin ailede kanser hastası olması olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile “kanser taramasının önemli olduğunu düşünmem” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptırmayan katılımcıların %64,8'inin “kanser taramasının önemli olduğunu düşünmem” cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile aile hekiminin bilgilendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptıran katılımcıların %84,3'ünün “aile hekiminin bilgilendirmesi” cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile aile hekiminin ısrarı/zorlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kanser taraması yaptıran katılımcıların %49,8'inin "aile hekiminin ısrarı/zorlaması" cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 15. Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumlarına göre kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yerin karşılaştırılması

		Kanser Erken Tanı ve Tedavi Yöntemlerini Bilme Durumu						χ^2 p
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Radyo-televizyon	Evet	114	79.7	67	82.7	181	80.8	0.299
	Hayır	29	20.3	14	17.3	43	19.2	0.584
Dergi – gazete – broşür	Evet	63	44.1	22	27.2	85	37.9	6.269 0.012*
	Hayır	80	55.9	59	72.8	139	62.1	
Ebe – hemşire – doktor	Evet	107	74.8	44	54.3	151	67.4	9.896 0.002*
	Hayır	36	25.2	37	45.7	73	32.6	
Arkadaş komşu	Evet	73	51.0	31	38.3	104	46.4	3.394
	Hayır	70	49.0	50	61.7	120	53.6	0.065
Konferans seminer	Evet	20	14.0	3	3.7	23	10.3	5.934 0.015*
	Hayır	123	86.0	78	96.3	201	89.7	
Toplam		143	100.0	81	100.0	224	100.0	

* $p<0.05$

Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumlarına göre kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yerin karşılaştırılması Tabloda verilmiştir. Katılımcıların kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumları ile kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yer arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumları ile bilgiyi aldıkları yerin dergi – gazete – broşür olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilen katılımcıların %44,1'inin bilgiyi aldıkları yerin dergi – gazete – broşür olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumları ile bilgiyi aldıkları yerin ebe – hemşire – doktor olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilen katılımcıların %74,8'inin bilgiyi aldıkları yerin ebe – hemşire – doktor olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumları ile bilgiyi aldıkları yerin konferans – seminer olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilen katılımcıların %14'ünün bilgiyi aldıkları yerin konferans seminer olduğu görülmektedir.

Tablo 16. Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumlarına göre kanser taraması yaptırmaya sizi yönlendiren en etkili faktör/kişinin karşılaştırılması

		Kanser Erken Tanı ve Tedavi Yöntemlerini Bilme Durumu						χ^2 p
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Ailede kanser hastası olması	Evet	38	26.6	12	14.8	50	22.3	4.123 0.042*
	Hayır	105	73.4	69	85.2	174	77.7	
Kanser taramasının önemli olduğunu düşünmem	Evet	93	65.0	43	53.1	136	60.7	3.095 0.079
	Hayır	50	35.0	38	46.9	88	39.3	
Aile Hekiminin bilgilendirmesi	Evet	110	76.9	57	70.4	167	74.6	1.170 0.279
	Hayır	33	23.1	24	29.6	57	25.4	
Aile Hekiminin ısrarı/zorlaması	Evet	60	42.0	26	32.1	86	38.4	2.125 0.145
	Hayır	83	58.0	55	67.9	138	61.6	
Çevremdeki kişilerin tarama yaptırmaması	Evet	22	15.4	9	11.1	31	13.8	0.792 0.373
	Hayır	121	84.6	72	88.9	193	86.2	
Gazete ve televizyonun etkisi	Evet	31	21.7	14	17.3	45	20.1	0.622 0.430
	Hayır	112	78.3	67	82.7	179	79.9	
Diğer	Evet	4	2.8	3	3.7	7	3.1	0.140 0.708
	Hayır	139	97.2	78	96.3	217	96.9	
Toplam		143	100.0	81	100.0	224	100.0	

* $p<0.05$

Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumlarına göre kanser taraması yaptırmaya sizi yönlendiren en etkili faktör/kişinin karşılaştırılması Tabloda gösterilmiştir. Katılımcıların kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumları ile kanser taraması yaptırmaya sizi yönlendiren en etkili faktör/kişi arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilme durumları ile ailede kanser hastası olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilmeyen katılımcıların %85,2'sinde ailede kanser hastası olmadığı görülmektedir.

Tablo 17. Kanser taraması yaptırma durumuna göre yaptırmak istedikleri kanser taramalarının karşılaştırılması

		Kanser Taraması Durumu						X ² P
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Rahim ağzı kanseri	Evet	104	68.0	19	26.8	123	54.9	33.269 0.000*
	Hayır	49	32.0	52	73.2	101	45.1	
Meme kanseri	Evet	116	75.8	20	28.2	136	60.7	46.160 0.000*
	Hayır	37	24.2	51	71.8	88	39.3	
Kolorektal kanser	Evet	20	13.1	12	16.9	32	14.3	0.581
	Hayır	133	86.9	59	83.1	193	85.7	0.446
Prostat kanseri	Evet	22	14.4	29	40.8	51	22.8	13.318 0.000*
	Hayır	131	85.6	42	59.2	173	77.2	
Diğer	Evet	37	24.2	28	39.4	65	29.0	5.478 0.019*
	Hayır	116	75.8	43	60.6	159	71.0	
Toplam		153	100.0	71	100.0	224	100.0	

*p<0.05

Kanser taraması yaptırma durumuna göre yaptırmak istedikleri kanser taramalarının karşılaştırılması tabloda gösterilmiştir. Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile yaptırmak istedikleri kanser taramaları arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, kanser taraması yaptırma durumu ile rahim ağzı kanseri taraması yaptırmak isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptırmak isteyen katılımcıların %68'inin rahim ağzı kanseri taraması yaptırmak istediği görülmektedir.

Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile meme kanseri taraması yaptırmak isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptırmak isteyen katılımcıların %75,8'inin meme kanseri taraması yaptırmak istediği görülmektedir.

Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile prostat kanseri taraması yaptırmak isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptırmak isteyen katılımcıların %14,4'ünün prostat kanseri taraması yaptırmak istediği görülmektedir.

Katılımcıların kanser taraması yaptırma durumu ile akciğer kanseri taraması yaptırmak isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05). Kanser taraması yaptırmak isteyen katılımcıların %19,6'sının akciğer kanseri taraması yaptırmak istediği görülmektedir.

Katılımcıların kanser taraması yaptıırma durumu ile diğer kanseri taraması yaptıırma isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Kanser taraması yaptıırma isteyen katılımcıların %24,2'sinin diğer kanseri taraması yaptıırma istediği görülmektedir.



4.TARTIŞMA

Kanser dünyada ve ülkemizde ikinci en sık ölüm sebebidir. Ülkemizde; görülme sıklığı, morbidite ve mortalite hızları, sosyal ve ekonomik yük açısından önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Kanserın erken tanısı tedavide başarıyı belirleyen en önemli unsurdur. Ulusal planlanan kanser tarama yöntemlerinin hedef kitleye ulaştırılması önemlidir.

Bu çalışmanın planlanan esas amacı polikliniğimize başvuran hastalarımızın kanser tarama testleri hakkında bilgilerini ölçmek, yaptırdıkları taramaları öğrenmek ve hastalarımızda farkındalık oluşturmaktır. İkinci amacımızda 2018- 2019 yılında İl Sağlık Müdürlüğünün İzmir ilinde tarama oranlarını artırmak amacıyla aile sağlığı merkezlerine aylık hedefler koymak, ketem merkezlerin hastaları taşımak için araç temini vb. teşviklerin, yapılan çalışmaya ne derecede yansıdığı da tespit edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmaya katılanların %68,8'nin kadın, %31,2'sinin erkek olduğu görülmüştür. TÜİK 2019 verilerine göre nüfus cinsiyete göre nüfus dağılımı kadın %49,8, erkek %50,2 ve bu çalışmanın yapıldığı nüfusta kadın%48, erkek %52 olup nüfus dağılımı birbirine yakın değerlerdir. Bu oranlara göre kadınlar aile sağlığı merkezini daha sık kullandığı söylenebilir. Kanser taramalarında bu durumu kolay erişebilirlik adına fırsat olarak kullanabilir. Özellikle serviks ve GGK testlerini ASM'de yaptığımızdan dolayı hem hedef nüfusa ulaşmada büyük mesafe alınmış ve aynı zamanda sorumlu olduğumuz nüfusta farkındalığın artmasında faydalı olabilir.

Çalışmaya katılan kişilerin %61,2'si 50 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olanlar; DM %36,7, Hipertansiyon %52, Tiroit hastalıkları %18,7 ve Kalp hastalıkları %16'dır.Katılımcıların %65,2'sinin sürekli ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Bu durum aile sağlığı merkezimize saydığımız

kronik hastalıkların ileri yaşlarda görüldüğü göz önüne alınırsa çalışmaya katılanların çoğunun 50 yaş ve üzeri olmasını açıklayabilir.

Katılımcıların %90'ın üzerinde duydukları kanserler; meme kanseri(%95),kolon kanseri (%92,9),akciğer kanseri (%92,4),rahim ağzı kanseri(%91,5) ve prostat kanseridir(%90,6). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2018 verilerine göre her iki cinsiyette de en sık görülen 5 kanser dağılımıyla uyumluydu(28). Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı Kanser taraması yaptırma durumlarına göre %68,3'nün tarama yaptırdığı görülmüştür. Hangi kanser türleri için yapıldığı sorusuna sırasıyla; Pap-Smear/HPV-DNA (%67,3), mamografi(%62,7) ve GGK (33,3) yanıtlarını vermişlerdir. Bu durum çalışmaya aldığımız grubun tarama yaş aralığında olması ve kadınların sayısal olarak fazla olması(%68) ile açıklanabilir.

Bizim çalışmamızda, yapılan taramalar içinde Pap-Smear/HPV-DNA (%67,3) oranında çıkması aile sağlığı merkezimizde de bu testi yapabilmemiz ve daha önce bahsedildiği gibi sağlık müdürlüğünün teşvikleri ve kadınların 2.basamak jinekolojik muayene esnasında yapılan Pap-Smear'in etkili olduğu düşünülmektedir. İzmir'de üniversite hastanesinin kadın doğum bölümünde yapılan 25-61 yaş arası 92 kadının katıldığı, serviks kanseri risk faktörleri ve taramaları ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumunu saptamak üzere yapılan bir çalışmada kadınların %68,5'nin serviks kanseri taraması yaptırdığı görülmüştür (119). Bu araştırmadaki tarama oranının yüksekliği araştırmanın kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yapılmış olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmaya katılanların kanser hastalığı hakkında bilgi aldıkları yerler sırasıyla; %80,8'nin radyo-televizyon, %67,4'nün ebe –hemşire – doktor,%46,4'nün arkadaş-komşu ve %37,9'nun dergi-gazete-broşür dür. Ak ve arkadaşlarının(111) yaptığı çalışmalarda da benzer sonuçlar çıkmıştır. Çeşitli çalışmalarda da ilk sırada televizyon ve ikinci sırada sağlık çalışanları bildirilmiştir (112).(117).

Araştırmamızda katılımcılardan kanser taraması yaptıranlarda; 50 yaş üstü çok olması ve kanser taraması yaptırmayanların ailesinde kanser öyküsü olmaması istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0.05).50 yaş üstünün daha çok tarama

yaptırması kendilerini risk gurubunda görmeleri ve daha fazla bilgi sahibi olmalarıyla açıklanabilir. Yaptırmayanların ise kendilerini riskli gurupta düşünmedikleri söylenebilir.

GGK 50-70 yaş arası yapıldığı ve bu yaş gurubunun tarama için bilgi verildiği düşünülürse, katılımcıların 50 yaş altı GGK yaptırmadıkları istatistiki anlamda önemli çıkması beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların yaş Pap-Smear/HPV-DNA yaptırma ilişkisi istatikselsel olarak anlamlı çıkmıştır.50 yaş altı %90'nın ve 50 yaş üstü %56,3'nün yaptırmadığı görülmüştür. Bu durum kişilerin semptomatik şikâyeti olmadığı için bu tarama testini yaptırmadıkları yönünde değerlendirilmiştir. Uluocak ve ark. çalışmasında kadın sağlık çalışanlarının %35.2'sinin (2012:52) herhangi bir semptom olmadığı için Pap smear testini yaptırmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir(114).

Yaşı 50 ve 50 yaş üstü olan katılımcıların meme kanseri taraması yaptırma isteği istatistiki olarak anlamlı çıkmıştır(%92,7)(p<005)..Bu kendilerini daha fazla riskli gurupta görmeleri ve ailede ve çevresinde kendi yaş guruplarında daha fazla kanser vakası olması ile açıklanabilir. Ege bölgesinde yapılan diğer bir çalışmada 40 - 59 yaş grubundaki kadınların daha fazla mamografi yaptırdıkları bulunmuştur (115. Özaydın ve arkadaşlarının (71) 2009'da topluma dayalı, 40-69 yaş grubu kadınlarda yaptıkları kesitsel bir çalışmada Son iki yılda mamografi yaptırma sırasıyla 40-49 yaş grubunda %47,6, 50-59 yaş grubunda %57,2, 60-69 yaş grubunda %36 olup, sonuç istatistikselsel olarak anlamlı bulunmuştur (116)

Obesite ile tarama yaptırmak istedikleri kanser türleri arasında istatistikselsel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Obezite ile erkeklerde kolon, rektum, prostat kanseri artarken kadınlarda ise rahim, safra yolları, meme ve over kanseri sıklığı artmaktadır(20.111.112). TÜİK verileri ile ifade etmek gerekirse, 2019 yılı Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ülkemizde 15 yaş üstü kişilerde obezite sıklığının %21,1 olduğu, bunun kadınlar için %24,8 ve erkekler için %17,3 olduğu bildirilmiştir Buradan katılımcıların obezitenin bazı kanserlere daha sık sebep olabileceğini bilmedikleri sonucunu çıkarabiliriz. Bize düşen görev ise bu konuda bilgi vermek ve farkındalığı artırmak olacaktır.

Kanser taraması yaptıranların kanser hastalığı hakkındaki bilgileri aldıkları yerler sorulduğunda %76,5 oranında bu bilgiyi ebe-hemşire –doktor tarafından aldığı istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$). Bu sonuç 2018-2019 yıllarında İl-İlçe Sağlık yönetiminin kanser taramaları için aile sağlığı merkezlerini aşırı teşvik etmesine, çeşitli nedenlerle aile sağlığı merkezine başvuru sayısı fazla olmasına bağlanabilir. Literatürde kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi hakkında bilgi aldığı kaynaklar arasında sağlık personelleri ve medya ilk sıralarda yer almaktadır (121,122)

Kanser taraması yaptıranların ailesinde kanser hastası olması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir($p<0.05$). Çaman Ö ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; KETEME'e kanser taraması için başvuran kadsınların%55,4'nün ailesinde kanser öyküsü vardır(113).

Çalışmaya katılanlarda kanser taraması yaptıranların taramanın önemli olduğunu düşünüyorum diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$).Eğitim seviyesi olarak okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu toplamada %51,4 ve kanser tarama yaptıran oranı %68,3 sonuçları göz önüne alınırsa görsel –yazılı medya ve sağlık personelinin çabası farkındalığın artmasında etkisi olabilir.

Katılımcıların kanser taraması yaptıranların aile hekiminin bilgilendirmesi ve hekim ısrarı arasında istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,05$).Gerek görsel gerek basılı yayın kuruluşları bilgiyi toplumun bütününe ulaştırmada çok büyük rol alsada, son noktada kişilerin sahip olduğu ya da sahip olduğu zannettiği bilgiyi eyleme dönüştürmede o son eşiği geçmede büyük problem yaşamaktadır. Bunu ülkemizde olsun dünyada olsun tarama programlarının istenilen yerde olmadığından anlayabiliriz. Bu son eşik o konuda kişilere o adımı atmasını sağlayacak sağlık çalışanlarıdır. En etkili faktördür. Ülkemiz için medya, önemli bir bilgi kaynağı olarak görülmektedir. Ak ve arkadaşlarının (120) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çeşitli çalışmalarda da bilgi kaynağı olarak öncelikle televizyon ve ardından sağlık çalışanları bildirilmiştir (115).

Çalışmaya katılanların kanser erken tanı ve tedavi yöntemini bilenlerin bilgiyi aldıkları yerin dergi-gazete –broşür olması, konferans –broşür olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu

görülmektedir($p<0.05$).Birçok çalışmada görsel ve yazılı basınının etkisi gösterilmiş olup bizim çalışmamızda bunu destekleyici sonuçlar çıkmıştır. Aynı zamanda bu kaynaklara erişim günümüz teknolojileri düşünüldüğünde çok kolaydır.

Çalışmaya katılanların kanser erken tanı ve tedavi yöntemini bilenlerin bilgiyi aldıkları yerin ebe-hemşire – doktor olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir($p<0.05$).Daha önce bahsedildiği gibi sayısal olarak aile sağlığı merkezini kullanımının artışı(kronik hastalık ilaç kullanımı, yeni eklenen izlemler, raporlar vb.) son yıllarda ulusal kanser kontrol programına birinci basamağın entegrasyonuna önem verilmesi böyle bir sonucun ortaya çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmaya katılanların kanser erken tanı ve tedavi yöntemini bilenlerin kanser taraması yaptırmaya onları yönlendiren en önemli faktör/kişinin ailede kanser hastası olmasını söylemeleri istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu göstermektedir($p<0.05$).Kişilerin çevresindeki bu tür hastalarla yakın ilişkisi, bu durumda olan yakınlarının yaşadıkları ve geçtikleri sürece bir şekilde dahil olmaları onları bu konuda daha fazla bilgi edinmelerine ve riski anlamalarına yol açmaktadır. Bu durum onların farkındalıklını artırmakta ve bu konuda hassas olmalarına sebep olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte; ailede kanser öyküsü ile tarama yaptırmak istedikleri kanser türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Kanser taramalarından bir veya birkaçını yaptırmış olanların yaptırmadıkları fakat yaptırmak istedikleri istatistiksel olarak anlamlı olan kanserler; meme kanseri taraması(%75,8) ,rahim ağzı kanseri(%68) ,akciğer kanseri (%19,6) e prostat kanseri (%14,4) ($p<0.05$).Kanser türlerini duyma düzeyi yüksek (%90'nın üzeri) ve yaptırmak istedikleri kanser taramaları istatistiksel olarak anlamlı çıkmasına rağmen şimdiye kadar yapılan çalışmalarda istenilen düzeye gelememiştir(hedef nüfusun %70 ne ulaşmak).Bunun birçok sebebi olabilir yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, kişilerin kendilerini risk gurubunda görmemeleri, farkındalıklarının olmaması, tarama yapılan yerlere ulaşmada zorluklar gibi sayılabilir.

Çalışmamızda kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilenler ile ailede kanser hastası olması arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmaktadır($p<0.05$). Bu sonuç şaşırtıcı olmayıp yakın çevresinde kanser öyküsü olanlarda farkındalık oluştuğunun göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Çaman Ö ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; KETEME'e kanser taraması için başvuran kadsınların%55,4'nün ailesinde kanser öyküsü vardır(113).

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaptığımız çalışmada ankete katılan kişilerin çoğunun kanser ve türlerini çeşitli kaynaklardan duydukları tespit edilmiştir. Kanser hakkında duyduklarının çoğunda bilgiye ve eyleme dönüşmediği görülmüştür.

Kanserde erken tanı ve kanser taramaları arasındaki bağı kuramadıkları tespit edilmiştir.

Kanser taramalarında hedeflere ulaşamamasında bu konudaki farkındalığın toplumda yeterince oluşturulamadığı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarına; kanser hakkında bilgi sahibi olup bu konuda tarama yaptırmak isteyen ama çeşitli sebeplerle yaptırmamış kişilerin, bu isteklerini eyleme dönüştürmede büyük görev düştüğü tespit edilmiştir.

Aile hekimleri ulusal kanser tarama programının bir parçası olmalı ve güncel veri tabanlarına ulaşabilmeli ve bu bilimsel verilerle konuşabilir hale gelmelidir.

Aile hekimliği, birey merkezli olmasının yanında, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özelliği nedeniyle toplumda vatandaşa en yakın kişi olma avantajını kullanacak ortam oluşturulmalıdır. Bu ortam her hastaya uygun zaman ayırabilmeyi sağlayan hasta sayıları, kanser taramalarını yapabilecek uygun fiziki alanı, sevk zincirinde kişilerin nereye gidecek kimle muhatap olacağı planını ve sonuçlara ulaşmayı içermelidir.

Kanserde erken tanı ve tedavi hasta, ailesi ve sağlık ekonomisi için yüz güldürücüdür. Kanser taramaları koruyucu hekimlik önemli bir parçasıdır ve biz aile hekimleri bunun başarıya ulaşmasında ilk basamağını oluşturmaktayız.

ÖZET

Birinci basamağa başvuran hastaların kanser tarama testleri hakkındaki bilgi davranış ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi.

Giriş ve Amaç:

Birinci basamağa başvuran hastaların kanser tarama testleri hakkındaki bilgi davranış ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi.

Kanser dünyada ve ülkemizde ikinci en sık ölüm sebebidir. Ülkemizde; görülme sıklığı, morbidite ve mortalite hızları, sosyal ve ekonomik yük açısından önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Kanserın erken tanısı tedavide başarıyı belirleyen en önemli unsurdur. Ulusal planlanan kanser tarama yöntemlerinin hedef kitleye ulaştırılması önemlidir.

Bu çalışmada erken tanıyı koymaya yönelik tarama testleri hakkında birinci basamağa başvuran hastaların bilgi, davranış ve farkındalık durumunu değerlendirmek ve elde edilen bilgiler ışığında farkındalığı artırabilmek amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereçler:

Çalışmaya; Ocak-Aralık 2019 tarihlerinde Konak 7 Nolu ASM polikliniğe başvuran 30-70 yaş arası 224 kişi dâhil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veriler, kanser taramaları hakkında bilgi, davranış ve farkındalık durumunu değerlendirilen 29 soruluk anket yüz yüze görüşme yöntemiyle soruldu. Verilerin analizinde SPSS 25,0 programı kullanıldı. $P<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya katılanların %68'i(n=154) kadın ,%31,2'sinin(n=70) erkek olduğu görülmüştür. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %71,9 (n=161)evli, %8,9(n=20) bekâr, %10,7(n=24) dul ve %8,5(n=19) boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %3,6(n=8) okuryazar değil, %47,8(n=107) ilkokul, %15,2(n=34) ortaokul, %21,8(n=49) lise ve %11,6(n=26) üniversite olduğu görülmüştür.

Katılımcıların iş durumlarına göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların %25'inin çalıştığı, %34,8'inin emekli, %40,2'sinin işsiz/emekli değil olduğu görülmektedir. Katılımcıların %67'sinin kronik rahatsızlığının olduğu, %33'ünün ise olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %65,2'sinin sürekli ilaç kullandığı, %34,8'inin ise kullanmadığı görülmektedir. Katılımcıların BKI değerlere göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %61,2'sinin BKI'nin 30'un altında, %38,8'inin ise 30 ve üzeri olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kişilerin kanser taraması yaptırmaya durumlarına göre dağılımı %68,3'ünün kanser tanısı yaptırdığı, %31,7'sinin ise yaptırmadığı saptandı.

Katılımcıların duydukları kanser türlerine göre dağılımı, %91,5'inin rahim ağzı kanseri, %95,1'inin meme kanseri, %90,6'sının prostat kanseri, %92,9'unun kolon kanseri, %92,4'ünün akciğer kanseri oranında olup ülkemizde en sık görülen ilk beş kanser ile uyumluydu. Daha önce kanser taraması yaptıran katılımcıların yaptırdıkları taramalara göre dağılımında en çok yaptırılan taramanın %67,3 ile Pap-Smear/HPV-DNA olduğu görüldü. En çok yaptırmak istedikleri kanser %60,7 ile meme kanseri olduğu görüldü. Kanser taraması yaptırmadıysanız/yaptırmak istemeyen katılımcıların cevaplarında ihmal ediyorum %53,5, korkuyorum %18,3 oransal olarak ilk iki sırayı aldı. Çalışmaya katılanların kanser hakkındaki bilgileri daha çok görsel ve yazılı basından aldıkları ikinci sırayı da sağlık personeli olduğu görülmüştür. Çalışmamızda kanser erken tanı ve tedavi yöntemlerini bilenler ve bu taramaları yaptıranlar arasında ailede kanser hastası olması arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç

Çalışmaya katılan kişilerin çoğunluğu kanser hakkında; gerek görsel-yazılı medya gerek sağlık çalışanları ve komşu akraba gibi kaynaklardan aldıkları bilgileri kanser erken tanı ve tedavisi için yapılan tarama testleri ile olan ilişkiyi tam kuramadıkları görülmüştür. Bu aldıkları bilgiyi çok çeşitli nedenlerle eyleme dönüştürmemektedirler. Bunu ülkemizdeki hedef nüfustaki tarama sayılarına baktığımızda anlamaktayız. Uygulamaya koyduğumuz ulusal kanser önleme programlarıyla geçmiş yıllara göre daha iyi durumdayız fakat hedeften hala

uzağız. Sonuç olarak; halkın kanser tarama konusunda daha çok bilgilendirilmesi ve tarama testlerini yapmaları konusunda teşvik edilmeleri gerekmektedir. Eğer koyulan hedefe ulaşılmak isteniyorsa; Aile hekimliğinin, birey merkezli olmasının yanında, srekliplik, aile ve topluma yönelik olma zelliği nedeniyle toplumda vatandaşa en yakın kişi olmasının nemi gerek anlamda tekrar hatırlanmalı ve gereken değer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Kanser Taramaları, Pap-Smear / HPV-DNA



ABSTRACT

Evaluating the knowledge, behavior and awareness level about cancer screening tests of patients applying to primary care.

Introduction and Objective

Cancer is the second most common cause of death in the world and in our country. In our country; it has become an important public health problem in terms of its incidence, morbidity and mortality rates, and social and economic burden. Early diagnosis of cancer is the most important factor determining success in treatment. It is important to deliver nationally planned cancer screening methods to the target audience..

In this study, it was aimed to evaluate the knowledge, behavior and awareness of patients who applied to primary care about screening tests for early diagnosis and to raise awareness in the light of the information obtained.

Materials and Methods

To work; 224 people between the ages of 30-70 who applied to Konak 7 NO ASM between January-December 2019 were included. Participants were asked through a face-to-face interview method with a 29-question questionnaire evaluating sociodemographic data, information about cancer screening, behavior and awareness. SPSS 25.0 program was used to analyze the data. It was evaluated at the level of $P < 0.05$.

Results

It was observed that 68% (n = 154) of the participants in the study were women and 31,2% (n = 70) were men. When the distribution of the participants according to their marital status was examined, it was found that 71,9% (n = 161) of the participants were married, 8,9% (n = 20) were single, 10,7% (n = 24) were widowed and 8,5% (n = 19) were divorced. When the distribution of the participants according to their educational status was examined, 3,6% (n = 8) of the participants were illiterate, 47,8% (n = 107) primary school, 15,2% (n = 34) secondary school, 21,8% (n = 49) high school and 11,6% (n = 26) is a university. When the distribution of the participants according to their job status is examined, it is seen that 25% of the participants are working, 34,8% are retired and 40,2%

are unemployed / not retired. It is seen that 67% of the participants have a chronic illness and 33% do not. It is observed that 65,2% of the participants use drugs continuously, while 34,8% do not. When the distribution of the participants according to the BMI values is examined, it is seen that 61,2% of the participants have a BMI below 30 and 38,8% of them are 30 and above. It was determined that 68,3% of the people participating in the study had cancer screening and 31,7% did not. The distribution of the participants according to the types of cancer they heard was 91,5% cervical cancer, 95,1% breast cancer, 90,6% prostate cancer, 92,9% colon cancer, 92,4% lung cancer, and the top five most common in our country. was compatible with cancer. . In the distribution of the participants who had cancer screening before, according to the screenings they had, it was seen that the most scanned was Pap-Smear / HPV-DNA with 67,3%. The cancer they most wanted to have was breast cancer with 60.7%.. In the answers of the participants who did not have cancer screening / did not want to have it, I neglect 53,5%, I am afraid 18,3% took the first two places proportionally. It was seen that the participants in the study received their information about cancer mostly from the visual and written media, and the health personnel were in the second place. In our study, the relationship between cancer patients in the family was found to be significant between those who knew about cancer early diagnosis and treatment methods and those who had these screenings ($p < 0.05$).

Conclusion

The majority of people participating in the study about cancer; It was observed that they could not fully establish the relationship with the information they received from both the visual-print media, healthcare professionals and neighboring relatives and screening tests for cancer early diagnosis and treatment. They do not turn this information into action for various reasons. We understand this when we look at the number of screenings in the target population in our country. They cannot evaluate this information for various reasons. We understand this when we look at the number of screenings in the target population in our country. With the national cancer prevention programs we put into practice, we are better off than in the past years, but we are still far from the target. As a result; The public should be more informed about cancer screening and encouraged to perform screening tests. If the goal is to be achieved; The

importance of being the closest person to the citizen in the society due to family medicine's being individual-centered as well as its continuity, family and community-oriented feature should be remembered and valued.

Keywords: Family Practice, Cancer Screening, Pap-Smear / HPV-DNA



KAYNAKLAR

- 1.Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, MacIntyre MF, Allen C ve ark. The Global Burden of Cancer 2013. JAMA Oncol. 2015;1(4):505-27.
- 2.Mackay J, Jemal A, Lee NC, Parkin DM. *The Cancer Atlas*. First Ed. Atlanta: American Cancer Society; 2006.
- 3.T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri 2015. <http://www.thsk.gov.tr/dokumanlar/aile-hekimligi-egitim-gelistirme-db-dokumnalari.html> adresinden erişim tarihi: 22.07.2019
- 4.World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
- 5.World Cancer Research Fund International 2014. Cancer Statistics: Worldwide.http://www.wcrf.org/cancer_statistics/world_cancer_statistics.php.
- 6.Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*.
- 7.Fink DJ. Cancer detection: The cancer-related check up guidelines. In: Holleb AI, Fink DJ, Murphy GP. American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology. Atlanta, American Cancer Society, 1991; 153-77
- 8.Rehm j. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Healty*.2011;34(2):135-43
- 9.Ünver SA. Türk tıp tarihinde kanser ve tedavisine dair. *Ist Tıp Fak Mecmuası* 1938;1(5):673-8
10. Yaman H, Akdeniz M. Etkin Yaşlanma: Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni Bir Bakış Açısı. *STED* 2008;17(6):6-9
- 11.Eriksen M, Mackay J, Ross H. *The Tobacco Atlas*. 4th edition. Atlanta: American Cancer Society; 2012.
- 12.World Health Organization. *Statement by the Director-General to the Intergovernmental Negotiating Body on the WHO framework convention on tobacco control at its fifth session*. .

13. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2011;34(2):135-43
14. Jorgensen CM. Scientific recommendations and human behaviour: sitting out in the sun. *Lancet*. 2002;360(9330):351-2
15. International Agency for Research on Cancer. Press Release: Outdoor air pollution a leading environmental cause of cancer deaths. 2013. Available from: http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/pr221_E.pdf, accessed August 18, 2014.
16. Vogel L. Fracking Tied to Cancer-Causing Chemicals. *CMAJ* 2017; 189 (2):94-95.
17. de Martel C, Forman D, Plummer M. Gastric cancer: epidemiology and risk factors. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013;42(2):219-40.
18. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30 Suppl 5:F12-23
19. WHO. Cancer prevention. Erişim: <http://www.who.int/cancer/prevention/en/> Erişim Tarihi:19.07.2019
20. Renehan AG, Roberts DL, Dive C. Obesity and cancer: Pathophysiological and biological mechanisms. *Arch Physiol Biochem* 2008; 114: 71-83.
21. Kushi LH, Byers T, Doyle C, Bandera EV, McCullough M, et al. Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 254-81.
22. Altuğ, T., 2006. Gıda Katkı Maddeleri, 6. Bölüm, Koruyucular, Meta Basım, İzmir, 276s.
23. Cantor KP, Lubin JH. Arsenic, internal cancers, and issues in inference from studies of low-level exposures in human populations. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2007;222: 252–7.

24. Lohmann DR, Gerick M, Brandt B, Oelschläger U, Lorenz B, Passarge E, Horsthemke B. Constitutional RB1-gene mutations in patients with isolated unilateral retinoblastoma. *Am J Hum Genet* 1997; 61: 282–294.
25. Chung DC. The genetic basis of colorectal cancer: insights into critical pathways of tumorigenesis. *Gastroenterology* 2000; 119: 854–865
26. Lynch HT, Silva E, Snyder C, Lynch JF. Hereditary breast cancer: part I. Diagnosing hereditary breast cancer syndromes. *Breast J* 2008; 14:3-13.
27. Olivier RI, Lubsen-Brandsma MA, Verhoef S, van Beurden M. CA125 and transvaginal ultrasound monitoring in high-risk women cannot prevent the diagnosis of advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006; 100: 20–26.
28. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>. Erişim Tarihi:10.07.2020
29. International Agency For Research On Cancer(IARC). *Cancer Worldwide*. In: Stewart B, Wild CP, eds. *World Cancer Report 2014*. IARC Nonserial Publication; 2014. p. 16-81.
30. Boffetta P, Hecht S, Gray N, et al. Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol*. 2008;9(7):667–75.
31. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr>, accessed December 12, 2013.
32. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69–90. Hwang EW, Cheung R. Global epidemiology of hepatitis B virus infection. *N A J Med Sci*. 2011;4(1):7–13
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. *Türkiye Kanser Kontrol Programı*. Ankara; 2016:1.
34. Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. *World Health Organization Public Health Paper 34*, Geneva:WHO; 1968

35. . Öztekin Z. Tarama Testlerinin Özellikleri. In: Bozdemir N, Kara ĞH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Adana, 2010.
36. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon: IARC; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed May 19, 2014
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara;2016:1.
38. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492
39. Özmen V. Breast cancer in Turkey: Analysis of 20.000 patients with breast cancer. *EurJBreast Health.* 2019;15:141- 146. 40.Fidaner C, Ese, SY, Parkin DM. 40.Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry. *Eur J Cancer.* 2001 Jan;37(1):83-92. PMID: 11165134.
41. Dogan N, Toğrak D. Female Breast Cancer Mortality Rates in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014, 15, 7569-73 PMID: 25292030 DOI: 10.7314/apjcp.2014.15.18.7569
42. Özmen V. Breast Cancer in the world and in Turkey, *Meme Sağlığı Dergisi* 2008; 4, 7-12
43. Colditz GA, Bohlke K. Priorities for the primary prevention of breast cancer. *CA Cancer J Clin.* 2014 MayJun;64(3):186-94. doi: 10.3322/caac.21225
44. Chen WY, Rosner, Hankinson SE, Colditz, GA, Willett, WC. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA.* 2011; 306:1884-1890.
45. Liu Y, Colditz G, Rosner B, Berkey CS, Collins, LC, Schnitt SJ et al. Alcohol intake between menarche and first pregnancy: a prospective study of breast cancer risk. *J Natl Cancer Inst.* 2013 Oct 16;105(20):1571-8. doi: 10.1093/jnci/djt213. Epub 2013 Aug 28

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

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

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

49. Tamimi RM, Colditz GA, Hazra A, Baer HJ, Hankinson SE, Rosner B, et al. Traditional breast cancer risk factors in relation to molecular subtypes of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;131:159-167

50. Renehan AG., Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet.* 2008;371:569-578

51. Troisi R, Bjørge T, Gissler M, Grotmol T, Kitahar, CM, Myrtveit SM, et al. The role of pregnancy, perinatal factors and hormones in maternal cancer risk: a review of the evidence. *J Intern Med.* 2018 May;283(5):430-445. doi: 10.1111/joim.12747. Epub 2018 Mar 25

52. Hildebrand JS, Gapstur SM, Campbell PT, Gaudet MM, Patel AV. Recreational physical activity and leisure-time sitting in relation to postmenopausal breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013; 22:1906-191

53. Yıldırım NK, Özkan M, İlgün AS, Sarsenov D, Alço, G, Aktepe F. et al. Possible role of stress, coping strategies, and life style in the development of breast cancer. *Int J Psychiatry Med.* 2018 May;53(3):207-220. doi: 10.1177/0091217417749789. Epub 2018 Jan 2. PMID: 29292669

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

55. Fisher B. Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National surgical adjuvant breast and bowel project B-24 randomized controlled trial. *Lancet* 1999; 353: 1993.
56. Niell BL, Freer PE, Weinfurtner RJ, Arleo EK, Drukteinis JS, Screening for Breast Cancer *Radiol Clin N Am* 2017; 55: 1145–1162.
57. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu”, *Journal of Breast Health* 2009; 5(3):125-134
58. Meme Kanseri Tarama Rehberi; Türk Radyoloji Derneği, TRD Yeterlilik Kurulu, Rehberler ve Standartlar Komitesi, 2011. (Erişim:14 Haziran2020)
59. Robson M, Offit K. Management of an inherited predisposition to breast cancer. *N Eng J Med* 2007;357:154-62.
60. Sağlık Bakanlığı, Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları (Erişim: 15 Aralık 2019) <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>
61. Avrupa Meme Görüntüleme Derneği (EUSOBI) ve 30 Ulusal Meme Radyolojisi Biriminin Meme Kanseri Taraması Hakkında Görüş Metni. <https://www.turkrad.org.tr/assets/2017/Meme-kanseri-taramasi-gorus.docx>
62. Doubeni CA, Jambaulikar GD, Fouayzi H, et al. Neighborhood socioeconomic status and use of colonoscopy in an insured population—a retrospective cohort study. *PLoS ONE* 2012;7:e36392
63. Yalçın BM, et al. İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2012, 16,4: 169- 177.
64. . Bray, F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL., Torre LA and Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2018;68:394-424.
65. Magalhaes B, Peleteiro B, Lunet N. Dietary patterns and colorectal cancer: systematic review and meta - analysis. *Eur J Cancer Prev.* 2012;21:15 - 23.

66. 3. Bates B, Cox L, Nicholson S, et al. National Diet and Nutrition Survey: Results from Years 5 and 6 (combined) of the Rolling Programme (2012/2013–2013/2014) London: Public Health England; 2016.
67. . Hislop G. Trends and risk factors for colorectal cancer. *BCMJ* 2000; 42(3):131-5.
68. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı, Kalın Bağırsak Kanseri. Erişim:<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html> Erişim Tarihi:21.04.2020
69. Fuchs CS, Giovannucci E, Colditz GA et al. A prospective study of family history and the risk of colorectal cancer. *N Eng J Med* 1994; 331:1669-74.
70. 63. Vasen HFA, Wijnen JT, Menko FH, et al. Cancer risk in families with hereditary nonpolyposis colorectal cancer diagnosed by mutation analysis. *Gastroenterology* 1996; 110:1020-7.
71. . Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality *Gut* 2017;66:683-91.
- 72.Hislop G. Trends and risk factors for colorectal cancer. *BCMJ* 2000; 42(3):131-5.
73. Çefle K. Kanser Genetiği. *Klinik Gelişim Dergisi* 2009; 22:50-59.
74. Derici H, Tansuğ T, Reyhan E, Kara C, Nazlı O, Bozdağ AD. Familial Adenomatöz Polipozis: Üç Kardeşin Sunumu. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27 (4): 629-32.
75. U.S. Preventive Services Task Force.SCREENING for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008;149:627–37.
76. American Academy of Family Physicians. Summary of recommendations for clinical preventive services, AAFP, 2 January 2016
77. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *CochraneDatabase Syst Rev* 2007:CD001216

78. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın no: 991, 2015

79. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı. Türkiye Kansere Kontrol Programı. Ankara;2016:1.

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

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

82. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2008. The American journal of gastroenterology, 2009, 104,3: 739.

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

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

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

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

87. GOODMAN, A., NOUR, N., (2014). Cervical Cancer Screening: The Complex Interplay of Medical Infrastructure, Society, and Culture. The Oncologist, 19:315-317 doi:10.1634/theoncologist.2014-0083

88. HPV INFORMATION CENTRE. (2017). Human Papillomavirus and Related Diseases Report. <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf> Erişim Tarihi:22.03.2020

89. Jemal A, Thomas A, Murray T, et. Al. Cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2002;52:23-47.
90. Güner H, Taşkıran Ç. Epidemiology of cervical cancer and the role of human papilloma virüs. J Turkish Obstetric Gynecol Soc 2007, 4:11-9.
91. Sonay Kurt A, Canbulat N, Savaşer S. Adölesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. Bakırköy Tıp Dergisi 2013;9:59-63.
92. Servikal Kanser Kontrolünde Human Papilloma Virüs İnfeksiyonlarına Karşı Aşılama. Acta Oncologica Turcica, 2007, 40,1: 5-10
93. 22. İARC VVorking Group. Human papillomaviruses. İARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol.64. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1995
94. Kır S, Yurtseven H, Alvur TM. Kolorektal Kanserler. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(2):59-66.
95. Özgül N. Türkiye'de Serviks Kanserin Durumu ve Yapılan Servikal Kanser Tarama Çalışmaları. In: Tuncer AM, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M (eds). Türkiye'de Kanser Kontrolü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı; 2009: 379-84.
96. Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(4):638-59.
97. Tosun M, Malatyaloğlu E. Servikal Kanserlerde Tarama ve Erken Tanı Yöntemleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2014;7(4):18-24.
98. Saslow D, Solomon D, Lawson HW J et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA: a cancer journal for clinicians 2012;62(3):147-72.
99. Committee on Practice B-G. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. Obstet Gynecol 2012;120(5):1222-38.
100. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. In: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (ed), 2012. kanser.gov.tr/Dosya/genelge/MEME.doc, Erişim Tarihi: 11.5.2020.

101. Moyer VA. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012; 156:880–91, W312.
102. Kaya M. Serviks kanseri tarama programları. Akın A.(ed) Halk Sağlığı Yaklaşımı ile Servikal Kanser. Hüksam yay. Ankara: 2009.
103. Herold AH, Woodard LJ. Cancer screening and diagnosis. *Med Clin North Am* 1996; 80: 1-218.
104. Moyer VA. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014; 160:330–8.
105. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. In. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2013.
106. Howladder N, Noone A, Krapcho M et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2008, National Cancer Institute. In. Bethesda, MD; 2011.
107. Croswell JM, Kramer BS, Kreimer AR et al. Cumulative incidence of false-positive results in repeated, multimodal cancer screening. *Ann Fam Med* 2009; 7:212–22. 26.
108. Raaijmakers R, Kirkels WJ, Roobol MJ, Wildhagen MF, Schrder FH. Complication rates and risk factors of 5802 transrectal ultrasound-guided sextant biopsies of the prostate within a population-based screening program. *Urology* 2002; 60:826–30.
109. Chou R, Croswell JM, Dana T et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011; 155:762–71.
110. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın no: 991, 2015
111. Ak M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda pap smear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2010, 2010,2: 1-4
112. Dişçigil G, et al. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 2007, 20,1: 029-036.

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

114.ULUOCAK, T., BEKAR, M., (2012). Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2:50-57

115. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007; 20:29-36

116. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalın PC ve ark. Bahçeşehir’de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamalar. The Journal of Breast Health 2009;5: 214-24.

117.Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample Turkish women: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006;43:161-71.

118.Ak vd., 2010:3; Gücük vd., 2011:530; Gan and Dahlui, 2013:165; Sevil vd., 2013:875; Assoumou et al., 2015:4; Prateek et al., 2018:2).

119. Uysal A, Birsal A. Knowledge about Cervical Cancer Risk factors and Screening Behaviour in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2009; 10: 345-50.

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

121. GÜCÜK, S., ALKAN, S., ARICA, S., ATEŞ, A., (2011). Van Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(5):527- 532.

122. AK, M., CANBAL, M., TURAN, S., GÜRBÜZ, N., (2010). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Pap Smear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2(2):1-4

EK-3

Anket Soruları

SOSYO - DEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

1. Anket No:

2. Yaş:

3. Cinsiyet

4. Medeni Hali: a) Evli b) Bekar c) Dul d) Boşanmış

5. Eğitim Durumu:

a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

6. İş Durumu: a) çalışıyor b) emekli c) işsiz/emekli değil

7. Yaşadığı yer: a) yalnız b) eşi ya da aile üyeleri ile beraber

8. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? a) var b) yok

9. Kronik hastalığınız var ise söz konusu hastalık ya da hastalıklarınız nelerdir?

Diyabet mellitus (şeker hastalığı)	Depresyon
Hipertansiyon	Malignite (kanser) (varsa tipi:.....)
Kalp hastalıkları	Vertigo (başdönmesi)
Kronik böbrek yetmezliği	Hiperlipidemi
Karaciğer hastalığı	Mide rahatsızlığı
Osteoporoz (kemik erimesi)	Benign prostat hiperplazisi
Romatolojik hastalık	Diğer (varsa:.....)
Osteoartrit	
Tiroid hastalığı (varsa tipi:.....)	

10. Sürekli olarak kullandığınız ilaç var mı? a) Evet b) Hayır

11. Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var ise isimleri nelerdir?

12. Boy..... Kilo..... Beden kitle indeksi.....

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN KANSER TARAMALARI KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI ARAŞTIRMASI

ANKET FORMU

1. Ailenizde Kanser Hastası Var mı? Var () Yok ()
2. Ailenizde kanser hastası varsa hangi akrabanızda?
3. Ailenizde kanser hastası varsa kanserin türü?
3. Sizce düzenli beslenebiliyor musunuz? Evet () Hayır ()
4. Düzenli fiziksel egzersiz yapıyor musunuz? Evet () Hayır ()
5. Zamanında uygun aşılama oldunuz mu / oluyor musunuz? Evet () Hayır ()
6. Sigara kullanıyor musunuz / kullandınız mı? Evet () Hayır ()
8. Alkol kullanıyor musunuz / kullandınız mı? Evet () Hayır ()
9. Uyuşturucu madde kullanıyor musunuz / kullandınız mı? Evet () Hayır ()
10. Kanser Erken tanı ve tedavi yöntemlerini biliyor musunuz? Evet () Hayır ()
11. Aşağıdaki kanser türlerinin hangilerini duydunuz?
Rahim ağzı kanseri () Meme kanseri () Prostat kanseri ()
Kolon kanseri () Akciğer kanseri () Diğer.....

Hiçbiri ()

12.Kanser hastalığı hakkındaki bilgileri nereden alıyorsunuz?

Radyo-televizyon ()

Dergi – gazete – broşür ()

Ebe – hemşire – doktor ()

Arkadaş – komşu ()

Konferans – seminer ()

13.Önceden hiç kanser taraması yaptırdınız mı? Evet () Hayır ()

14.Şayet yaptırdıysanız hangi taramaları yaptırdınız?

Gaitada gizli kan ()

Pap-Smear/HPV-DNA ()

Mamografi ()

Kolonoskopi / Sigmoidoskopi ()

Diğer.....

15.Hangi kanser türlerine karşı tarama yaptırmak istersiniz?

(Birden çok seçenek işaretlenebilir)

Rahim ağzı kanseri ()

Meme kanseri ()

Kolorektal kanser

()

Prostat kanseri ()

Akciğer kanseri ()

Diğer

.....

16.Kanser taraması yaptırmaya sizi yönlendiren en etkili faktör/kişi aşağıdakilerden hangisi/hangileridir (Birden fazla şık işaretlenebilir)

a.) Ailede kanser hastası olması

b.) Kanser taramasının önemli olduğunu düşünmem

c.) Aile Hekiminin bilgilendirmesi

d.) Aile Hekiminin ısrarı/zorlaması

e.) Çevremdeki kişilerin tarama yaptırması

f.) Gazete ve televizyonun etkisi

g.) Diğer.....

17.Kanser taraması yaptırmadıysanız/yaptırmak istemiyorsanız nedenleri nelerdir ?

a.) Eşim/ailem izin vermiyor.

b.) Utanıyorum.

c.) Korkuyorum

d.) Nerede yapıldığını bilmiyorum.

e.) Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum.

f.) Sosyal güvencem yok.

g.) İhmal ediyorum

h.) Diğer.....

Onam Formu

İzmir İl Sağlık Müdürlüğünün izini ile Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, tarafından yapılan ‘Konak 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde Birinci Basamağa Başvuran Hastaların Kansere tarama Testleri Hakkında bilgi, davranış ve farkındalık düzeyinin Değerlendirilmesi’adlı tez araştırması anketine katılmayı kabul ediyorum. Anketin ismim belirtilmeden yapılacak bilimsel çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

AD SOYAD

İMZA