



T.C.
SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EğİTİM ve ARAşTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN YETİşKİN
HASTALARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ,
TUTUMLARININ DEğERLENDİRİLMESİ VE SAğLIK
OKURYAZARLIğI İLE İLİşKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Kübra SUBAşI ASLAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR 2021



T.C.
SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EğTİM ve ARAşTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN YETİşKİN
HASTALARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ,
TUTUMLARININ DEğERLENDİRİLMESİ VE SAğLIK
OKURYAZARLIğI İLE İLİşKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Kübra SUBAşI ASLAN

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Özge TUNCER

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR 2021

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği ihtisasım boyunca benden ilgisini ve anlayışını esirgemeyen, tezimin her aşamasında tecrübeleriyle beni yönlendiren, desteğini her zaman hissettiğim sevgili hocam, tez danışmanım Sayın Uz. Dr. Özge TUNCER'e,

Uzmanlık eğitimi ve zorlu Covid-19 pandemi sürecinde beraber çalıştığım, özveri ve birlik duygusuyla zorlukları aştığımız tüm asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Yaşamımın her anında desteklerini eksik etmeyen, hep bir adım arkamda olan, sevgileriyle sarıp sarmalayan, her türlü fedakarlığı ve özveriyi gösteren canım Ailem'e,

Her daim varlığını yanımda hissettiğim, desteği ve sevgisiyle her adımda yanımda olan, yol arkadaşım, sevgili eşim Muhammed Celil ASLAN'a en içten teşekkürlerimle.

Dr. Kübra SUBAŞI ASLAN

İzmir, 2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.2 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 KANSER NEDİR?	4
2.2 DÜNYADA KANSER.....	4
2.3 TÜRKİYE’DE KANSER.....	7
2.4 KANSER ETYOLOJİSİ.....	10
2.5 ERKEN TANI VE TARAMA.....	11
2.6 TÜRKİYE ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMI.....	14
2.7 MEME KANSERİ.....	15
2.7.1 Meme Kanseri Tarama Yöntemleri.....	16
2.8 SERVİKS KANSERİ.....	17
2.8.1 Serviks Kanseri Tarama Yöntemleri.....	19
2.9 KOLOREKTAL KANSER.....	20

2.9.1 Kolorektal Kanser Tarama Yöntemleri.....	21
2.10. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	23
2.10.1 Sağlık Okuryazarlığı Önemi.....	25
2.10.2 Sağlık Okuryazarlığının Yetersizliği.....	25
2.10.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm ve Değerlendirilmesi.....	26
2.10.4 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	27
2.10.5 Aile hekimliği-Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	28
3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	28
3.3 ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ.....	28
3.4. ARAŞTIRMANIN DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	28
3.5 VERİLERİN TOPLANMASI.....	29
3.6 VERİ FORMU VE ÖLÇEK.....	29
3.6.1 Sosyodemografik Veriler ve Kanser Taramaları Hakkında Bilgi Anketi.....	29
3.6.2 TSOY-32 Ölçeği.....	29
3.7 İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	30
3.8 ETİK ONAY.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI.....	32
4.2 KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI.....	33

4.3 KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARINI DUYMALARINA GÖRE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	38
4.4 KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ.....	44
4.5 KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUMLARININ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.....	44
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇLAR.....	60
7. ÖNERİLER.....	62
8. KAYNAKLAR.....	63
9. EKLER.....	70
EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ ANKETİ.....	70
EK-2: TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ	75

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.2.1	Globocan 2020 Türkiye ve dünya için yaşa göre standartlaştırılmış her iki cinsiyet için tahmini insidans oranları karşılaştırması	7
Tablo 2.3.1	Türkiye 2020 yılı kadın ve erkek cinsiyette yaştan bağımsız kanser vakası sayısı	9
Tablo 4.1.1	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	33
Tablo 4.2.1	Tüm katılımcıların kanser tarama program ve testleri ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı	34
Tablo 4.2.2	Kadın katılımcıların kanser tarama testlerini duyma düzeylerinin dağılımı	35
Tablo 4.2.3	Kadın katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırma düzeylerinin dağılımı	35
Tablo 4.2.4	Tarama testi yaptıranların yaptırma sayısına göre dağılımı.....	38
Tablo 4.3.1	Katılımcıların GKG testi duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	39
Tablo 4.3.2	Katılımcıların kolonoskopiye duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	40
Tablo 4.3.3	Katılımcıların smear/HPV DNA testini duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	41
Tablo 4.3.4	Katılımcıların mamografi testini duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	42
Tablo 4.3.5	Katılımcıların kendi kendine meme muayenesini duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	43
Tablo 4.4.1	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı index puan ortalaması.....	44
Tablo 4.4.2	Katılımcıların TSOY-32 ölçeğine göre sağlık okuryazarlığı dağılımı	44

Tablo 4.5.1	Kanser taramaları hakkında bilgi, tutumu ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi	45
Tablo 4.5.2	Kolonoskopi testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi.....	46
Tablo 4.5.3	Kolonoskopi testi yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi	46
Tablo 4.5.4	GGK testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi.....	47
Tablo 4.5.5	GGK testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi	47
Tablo 4.5.6	Mamografi testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi	47
Tablo 4.5.7	Mamografi testi yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi	48
Tablo 4.5.8	Kendi kendine meme muayenesini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi	48
Tablo 4.5.9	Kendi kendine meme muayenesini yapma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi	49
Tablo 4.5.10	Smear/HPV DNA testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi	49
Tablo 4.5.11	Smear/HPV DNA testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi....	49

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.2.1	Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini yeni vaka sayısı.....	5
Şekil 2.2.2	Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini ölüm sayısı ve oranları.....	6
Şekil 2.3.1	Türkiye Globocan 2020 yılı yaştan ve cinsiyetten bağımsız yeni kanser vakası sayısı.....	8
Şekil 2.3.2	WHO 2018 yılı en yaygın kanserler ve bu kanserlerin insidans-mortalite oranları.....	10
Şekil 4.2.1	Kanser tarama testlerini bilen katılımcıların tarama bilgisini aldıkları yer.....	36
Şekil 4.2.2	Ülkemizde Ulusal Kanseri Tarama Programı kapsamında hangi kanser taramaları yapılmaktadır sorusuna verilen yanıtlar.....	37

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASC-H	: Atypical Squamous Cells-Cannot Exclude High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion
ASC-US	: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
CIN	: Cervical Intraepitelyal Neoplazi
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FAP	: Familyal Adenomatöz Polipozis
GGK	: Gaitada Gizli Kan
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
HNPCC	: Herediter Non-Polipozis Colorectal Cancer
HPV	: Human Papiloma Virüs
HSIL	: High Grade Squamous Intraepithelial Lesion
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
LSIL	: Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion
MR	: Manyetik Rezonans
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı

TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32
UKKP	: Ulusal Kanser Kontrol Programı
UV	: Ultraviyole
VIA	: Visual Inspection with Acetic Acid
VILI	: Visual Inspection with Lugol's Iodine
WHO	: World Health Organization



ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN HASTALARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Çalışmamızda polikliniğe başvuran yetişkin hastaların Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında yapılan kanser taramaları ile ilgili bilgi düzeylerini, taramalara karşı tutumlarını değerlendirmek ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı anket çalışmasıdır. İzmir ili Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü 321 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve kanser taramaları hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla literatür taranarak oluşturulan Sosyodemografik Veriler ve Kanser Taramaları Hakkında Bilgi Anketi (EK-1), sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek amacıyla Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (EK-2) kullanılmıştır. Çalışmanın tanımlayıcı analizleri için SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında veri tabanı oluşturulup, verilerin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma ve ortanca değerleri hesaplanmıştır. Tarama programlarını duyma ile sosyodemografik özellikler ve duyma/yaptırma ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki ki kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. Bütün analizler için $p<0.05$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %64,2'si kadın, %35,8'i erkektir. Üniversite mezunu katılımcılar %58,9 ile en yüksek yüzdeye sahiptir. Kanser tanısı olan %5, akrabalarında ve yakın çevresinde kanser öyküsü olan %60,7 oranındadır.

Katılımcıların %65,4'ü ülkemizde kanser taraması yapıldığını duymuş veya duymuş ancak ayrıntılı bilgi sahibi değildir. Katılımcıların %84,1'i hiç kanser taraması yaptırmamıştır. KETEM'i duymayanların oranı %57'dir. Çalışmamızda gaitada gizli kan (GGK), kolonoskopi, mamografi, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), smear/human papilloma virüs- deoksiribo nükleik asit (HPV-DNA) tarama testlerini duyma oranları yaptırma oranlarından yüksektir. Tarama yapıldığını bilenler bilgiyi sıklıkla %33,7 oranıyla medya/dergi/gazete'den, %27,5 oranıyla aile hekiminden almıştır. Tarama yaptırmayanların %29,9'u zaman ayıramadığından, %25,4'ü tarama yapıldığını bilmediğinden yaptırmamıştır. Tarama yaptıran katılımcıların tarama yaptırma sayısı genellikle bir defadır. Katılımcıların %51,1'i yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların KKMM'sini duyma oranları daha yüksek bulunmuştur. Anket sonrası katılımcıların %57,3'ü tarama testi yaptırmak istediğini belirtmiştir.

Sonuçlar: Çalışmamızda taramalarla ilgili bilgi düzeyinin geçmiş yıllara oranla arttığı fakat hala istenilen seviyelerde olmadığı, tarama yaptırma oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Sosyodemografik özellikler, kanser taramaları hakkında bilgiyi ve tutumu etkilemektedir. Katılımcıların yüksek bir oranı üniversite mezunu olmasına rağmen sağlık okuryazarlığı seviyesi oldukça düşük izlenmiş ve kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişkisi bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, kanser taramaları, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT CANCER SCREENING OF ADULT PATIENTS APPLIED TO FAMILY MEDICINE CLINIC AND REVIEW OF RELATIONSHIP WITH HEALTH LITERACY

Aim: In our study, it was aimed to evaluate the knowledge level of adult patients admitted to the outpatient clinic about cancer screenings performed within the scope of the National Cancer Control Program, their attitudes towards screening and to review its relationship with health literacy.

Materials and Methods: It is a single center, cross-sectional, descriptive questionnaire study. A total of 321 individuals aged 18 and over, who applied to the İzmir Bozyaka Training and Research Hospital outpatient clinics, were included in the study. Sociodemographic Data and Information Questionnaire on Cancer Screening, which was created by scanning the literature, was used to evaluate the sociodemographic characteristics of the participants and their knowledge and attitudes about cancer screenings (Appendix 1), to measure the level of health literacy Turkey Health Literacy Scale-32 (Appendix 2) was used. For the descriptive analysis of the study, a database was created in the SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) program, and the frequency, percentage, mean and standard deviation and median values of the data were calculated. The relationship between hearing screening programs and sociodemographic characteristics, and the relationship between hearing/having screening programs and health literacy were analyzed using the chi-square test. For all analyzes, $p < 0.05$ was considered as a significant value.

Results: 64.2% of the participants in the study were women and 35.8% were men. Participants with university degrees have the highest percentage with 58.9%. It is 5% with cancer diagnosis and 60.7% with a history of cancer in their relatives and close environment. 65.4% of the participants had heard of cancer screening in our country; or had heard of it, but not have detailed knowledge. 84.1% of the participants have never had any cancer screening. The rate of those who have not heard of KETEM is 57%. In our study, the rate of hearing the FOB, colonoscopy, mammography, BSE, smear/HPV-DNA screening tests was higher than the rate of having them done. Those who know about screening, received the most information from the media/magazine/newspaper at a rate of 33.7%, and from family physicians at a rate of 27.5%. 29.9% of those who did not go under cancer screening complained about a lack of time, while 25.4% reported being unaware of the application. Participants who have screened are usually scanned once. 51.1% of the participants are at insufficient health literacy level. The rate of hearing BSE was higher among those with sufficient-excellent health literacy. After the survey, 57.3% of the participants stated that they wanted to have a screening test.

Conclusions: In our study, it was observed that the level of knowledge about cancer screening increased compared to previous years, but was still not at the desired level, and screening rates were low. Sociodemographic characteristics affect knowledge and attitude about cancer screening. Although a high proportion of the participants were university graduates, health literacy was very low and there was no relationship between knowledge, attitude about cancer screening and health literacy.

Keywords: Family medicine, cancer screening, health literacy

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, günümüzde global çapta ciddi bir halk sağlığı sorunu yaratmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından 2020 yılında yayımlanan yeni kanser vakası tahminleri 19,3 milyona yükselmiş ve kanserden ölümler 10 milyona yaklaşmıştır. Bu sayının 2040 yılına dek 19,3 milyon vakadan 30,2 milyona yükselmesi öngörülmektedir. Kanser yükünün mevcut hızlı artışı nedeniyle, ilerleyen yıllarda altından kalkılamayacak hale geleceği öngörülmektedir. Dünyada en yaygın görülen kanserler akciğer, meme, kolorektal, prostat, cilt kanseri, mide olup mortaliteye en sık sebep olan kanserler ise akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme kanseridir. Globocan 2020 yılı verilerinin en göze çarpan kısmı 2018 yılına dek akciğer kanseri en sık görülen kanser türü iken artık meme kanserinin 2020 yılı itibariyle dünya çapında en yaygın kanser olmasıdır. Küresel çapta altı kişiden biri hayatı boyunca kansere yakalanmaktadır. Her 8 erkekten biri ve her 11 kadından biri kanserden ölmektedir (1,2).

Kanserlerin geneline baktığımızda yüksek oranı az-orta gelir seviyesindeki ülkelerde görülmekte ve çoğunlukla ileri ya da son evrede tanı almaktadır. Erken tanı koyulmasında geç kalınması hastalık yükünü artmasına, tedavinin gecikmesine, kür olabilecek kanserlerin tedavi şansını kaybetmesine, mortalitenin artmasına ve devletlere ekonomik yük oluşturmaya neden olmaktadır (2).

Dünya Sağlık Meclisi 58. toplantısında Kanser Kontrol Programı kapsamında primer koruma ile risk faktörlerini azaltmak ya da elimine etmek, sekonder koruma ile erken tanı ve tarama yöntemleriyle mortalite düşüşü sağlamak, uygun tedaviyi ve yaşam kalitesini artırmayı hedeflemiştir (3). Taramalarla asemptomatik bireylerin prekanseröz lezyonlarının erken evrede saptanması, kanserle uyumlu klinik bulguları olan hastaların en erken evrede tespit edilmeye çalışılarak mortalite ve morbiditenin azaltılması sağlanmaktadır (4).

Kanser yükünün önüne geçebilmek için yıllardan beri süregelen çalışmalar ile erken tanı ve tarama metotları geliştirilmekte, kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü

belli kanser türleri için tarama yöntemleri önermektedir. Tarama önerilen kanserler; meme, prostat, serviks, kolon-rektum, endometrium, ve malign melanomdur. Erken tanı ve tarama için uygun olmayan kanserler ise akciğer, mesane, tiroid, mide, orofarenks, lenf bezleri, over, testis kanseridir (4).

Sağlık okuryazarlığı; DSÖ tarafından "*Bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi*" olarak tanımlanmaktadır (5). Günümüzde dünyada ve ülkemizde sağlık sisteminin gelişmesi, spesifikleşmesi nedeniyle, bireyler sisteme dahil olmak, anlayabilmek konusunda zorluklar yaşamaktadır. Bireylerin sağlıkla ilgili durumları okuyup anlaması, hastalığının farkına varması, analiz etmesi ve tedavisiyle ilgili karar mekanizmasına dahil olmaları beklenmektedir. Kişilerin ve toplumun sağlık okuryazarlığının yüksek olması, bireyin hayat boyu alacağı sağlık hizmeti süresini, niteliğini artırıp, eşit olmayan sağlık dağıtımının da önüne geçilmesini sağlamaktadır. Sağlık profesyonelleri ile birlikte karara katılarak, süreçte rol oynamalarını sağlamaktadır (6,7). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olduğunda, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden bihaber oldukları, taramalara katılımların daha az olduğu görülmüş olup bu bireylerin ilk müracaat noktalarının birinci basamak olmaksızın 2. ve 3. basamak olduğu izlenmiştir (8,9). Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin mamografi yaptırmaya oranlarının daha az olduğu, aşıya katılımın istenilenden düşük olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (10).

Ülkemizde Ulusal Kansere Tarama Standartları Programı kapsamında meme, serviks ve kolorektal kanser taraması yürütülmektedir. Program ile %70 popülasyona ulaşmak hedeflenmektedir. Ancak istenilen kapsayıcılığa ulaşılamamaktadır (11). Tarama oranlarında istenilen seviyeye ulaşılamamasının nedenlerinden biri, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmamızda Ulusal Kansere Tarama Standartları Programı kapsamında ülkemizde uygulanan meme, serviks ve kolorektal taramaları ile ilgili bilgi düzeyinin

değerlendirilmesi, kanser taramalarına tutumları ve sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. İkincil amacımız kanser taramaları ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili farkındalık oluşturmaktır.

1.2 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H0: Aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkin hastaların kanser taramaları hakkında bilgi, tutumları yetersizdir ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi yoktur.

H1: Aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkin hastaların kanser taramaları hakkında bilgi, tutumları yeterlidir ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KANSER NEDİR?

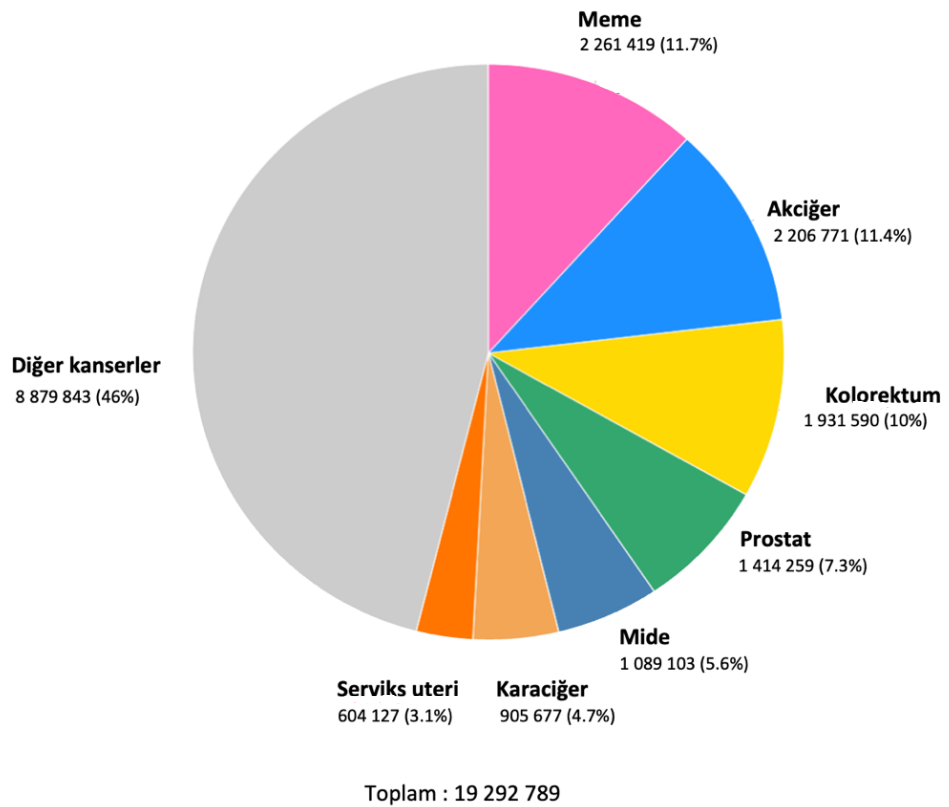
Kanser WHO tarafından bazal tanımıyla; kötü huylu tümör veya neoplazm olarak da ifade edilebilen vücudun herhangi bölümünde ortaya çıkan anormal büyüyen hücrelerin vücudun çeşitli bölgelerini istila edip, birçok organa yayılması şeklinde tanımlanmaktadır (2). Hücrenin karşılaştığı çevresel, fiziksel ve biyolojik etken maruziyeti sonucu DNA'sı değişime uğramaktadır. Durmaksızın çoğalan bu atipik hücreler, orjin aldıkları doku-organda fonksiyonel bozukluğa sebep olmaktadır. Her kanser türünde farklı seyretmekle birlikte bir süre sonra da diğer organlara yayılarak, o kanser türüne ve dokuya has farklı hastalık tablosu oluşturmaktadır (12). Son basamak olarak kabul edilen, tedavileri oldukça zorlayıcı olan metastaz evresindeki kanserler ise ölümlerin büyük sebebini oluşturmaktadır.

2.2. DÜNYADA KANSER

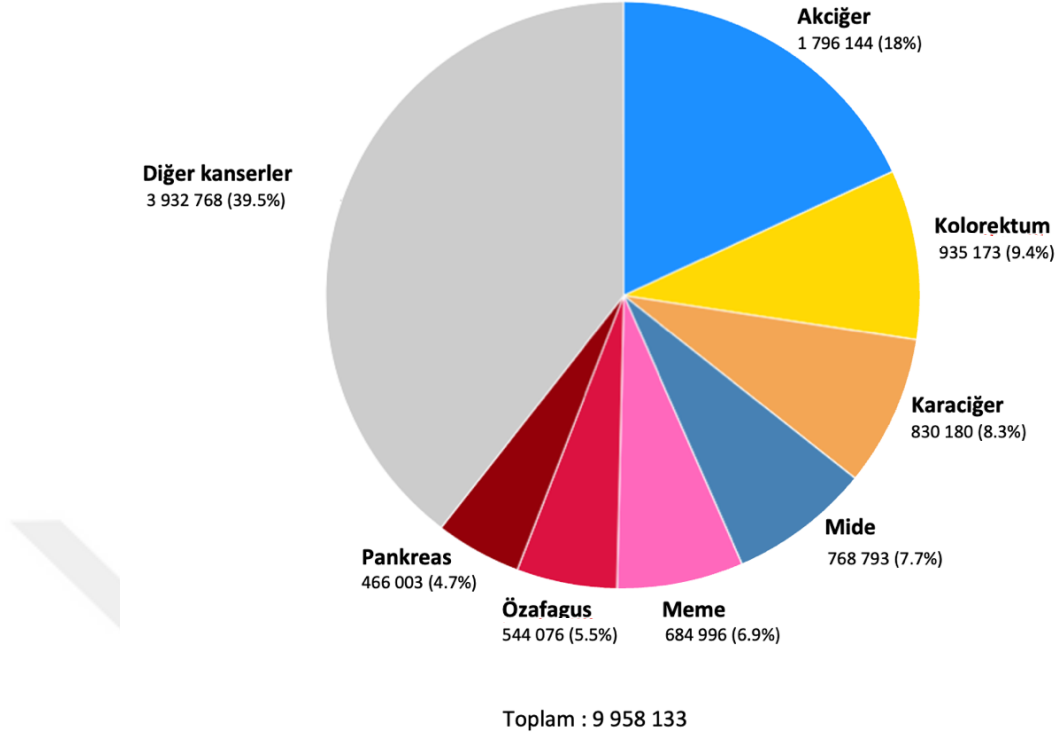
Tüm dünyada kanser yükü ciddi bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Bu sebeple her açıdan kapsayıcı şekilde kanser araştırmaları son hızla devam etmektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2020 yılında yeni kanser yükü tahminlerini açıklamıştır ve bu verilere göre 2020 yılında yeni kanser vakası tahmini toplam 19,3 milyona ve yaklaşık 10 milyon kanser ölümüne yükselmiştir. 2040 yılına dek ise bu sayının 19,3 milyon vakadan 30,2 milyona yükselmesi öngörülmektedir. Globocan 2020 yılı verilerinin en göze çarpan kısmı 2018 yılına dek akciğer kanseri dünya geneli en sık görülen kanser türü iken, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından 15 Aralık 2020'de yayınlanan 185 ülkede 36 kanser türü ve tüm kanser bölgeleri için geçerli olan çalışmada ilk defa meme kanserinin dünya çapında en yaygın kanser türü olduğu tahmin edilmektedir. Bunu akciğer kanseri, kolorektal kanser, prostat kanseri ve mide kanseri izlemektedir (1).

Dünyada en yaygın görülen kanserler akciğer, meme, kolorektal, prostat, cilt kanseri, mide olup mortaliteye en sık sebep olan kanserler ise akciğer, kolorektal,

mide, karaciğer ve meme şeklindedir. Yeni tanı koyulan kanser vakalarının %60'ından fazlasını ve kanser ölümlerinin ise %70'inden çoğunu dünyada en yaygın görülen 10 kanser tipi oluşturmaktadır. Kanserden ölümlerin yüksek oranı az-orta gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Dünya geneli 2020 yılı toplam vakaların meme kanseri %11,7'sini, akciğer kanseri %11,4'ünü, kolorektal kanser %10'unu, prostat kanseri %7,3'ünü ve mide kanseri %5,6'sını oluşturmaktadır. Küresel çapta altı kişiden bir kişi ömrü süresince kansere yakalanmaktadır. Her 8 erkekten biri ve her 11 kadından biri kanserden ölmektedir. WHO'ya göre 2018 yılında 9,6 milyon insanın kanserden öldüğü tahmin edilmektedir (1,2). Şekil 2.2.1'de Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini yeni vaka sayısı verilmiştir. Şekil 2.2.2'de Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini ölüm sayısı ve oranları verilmiştir (1).



Şekil 2.2.1 Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini yeni vaka sayısı (1).



Şekil 2.2.2 Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2020 yılı dünya geneli cinsiyetten ve yaştan bağımsız tahmini ölüm sayısı ve oranları (1).

Son Globocan 2020 verilerine göre Türkiye ve dünya kanser insidansları karşılaştırıldığında kişilerin meme kanserine yakalanma oranı %46,6 ve %47,8 ile benzer izlenmektedir. Akciğer kanseri insidansı Türkiye’de %40 dünya genelinde %22,4 oranı ile Türkiye’de akciğer kanserine yakalanma oranının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Yine benzer fark prostat ve tiroid kanserinde de görülmektedir. Tablo 2.2.1’de Globocan 2020 Türkiye ve Dünya için yaşa göre standartlaştırılmış her iki cinsiyet için tahmini insidans oranları karşılaştırması verilmiştir (1).

Tablo 2.2.1 Globocan 2020 Türkiye ve dünya için yaşa göre standartlaştırılmış her iki cinsiyet için tahmini insidans oranları karşılaştırması (1).

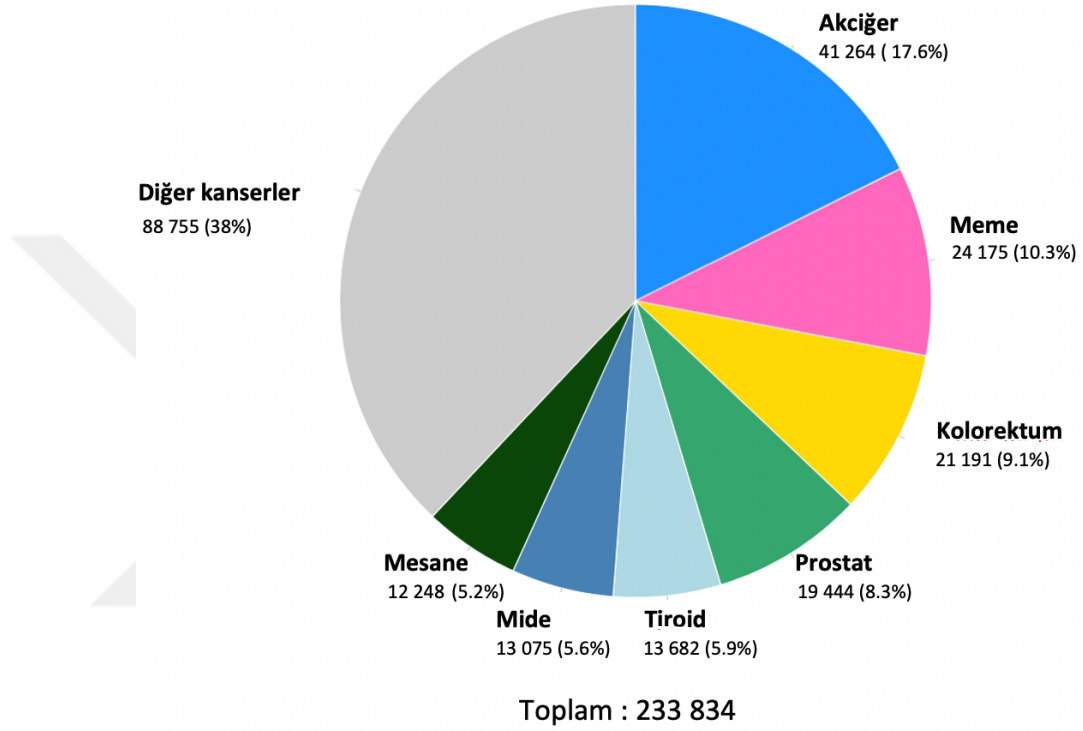
	Türkiye İnsidans	Dünya İnsidans
Meme	46.6	47.8
Prostat	42.5	30.7
Akciğer	40.0	22.4
Kolorektum	20.6	19.5
Tiroid	14.3	6.6
Mide	12.6	11.1
Mesane	11.9	5.6
Korpus Uteri	11.3	8.7
Pankreas	7.9	4.9
Lösemi	7.7	5.4

Kanser vakalarının dünya geneline baktığımızda oldukça yüksek bir oranı az-orta gelir seviyesindeki ülkelerde ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu ülkelerin kanser olguları çoğunlukla ileri veya son evrede tanı almaktadır. Erken tanı koyulmasında geç kalınması hastalık yükünü artmasına, tedavinin gecikmesine, kür olabilecek kanserlerin tedavi şansını kaybetmesine, mortalitenin artmasına ve devletlere ekonomik yük oluşturmaya neden olmaktadır. Kanser yükü gün geçtikçe artış göstermektedir. Bu yük meydana getirdiği medikal rahatsızlıklarla birlikte sosyal, maddi ve manevi yönlerden mücadelesi zorlu bir hastalık haline getirmektedir. Dünya genelinde ve ülkemizde de ilerleyen yıllarda altından kalkılamayacak yük oluşturacağı öngörülmektedir (2).

2.3 TÜRKİYE'DE KANSER

Ülkemizde de tüm dünya ile benzer şekilde kanser yükü, sağlık açısından ve finansal yönden halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Son istatistiklere göre Türkiye’de yaştan ve cinsiyetten bağımsız kanser vakası sayısı akciğer 41,264, meme 24,175, kolorektum 21,191, prostat 19,444 ve toplamda 233,834’tür. Toplam ölüm

sayısı ise son veriler ışığında 126,335 olarak belirtilmiştir. Bu açıklanan verilerin dışında tanı konulmamış birçok kanser hastası olduğu da düşünülmektedir. Bu sebeple kanser taramalarının önemi bir kez daha gözler önüne serilmektedir. Şekil 2.3.1’de Türkiye Globocan 2020 yılı yaştan ve cinsiyetten bağımsız yeni kanser vakası sayısı verilmiştir (1).



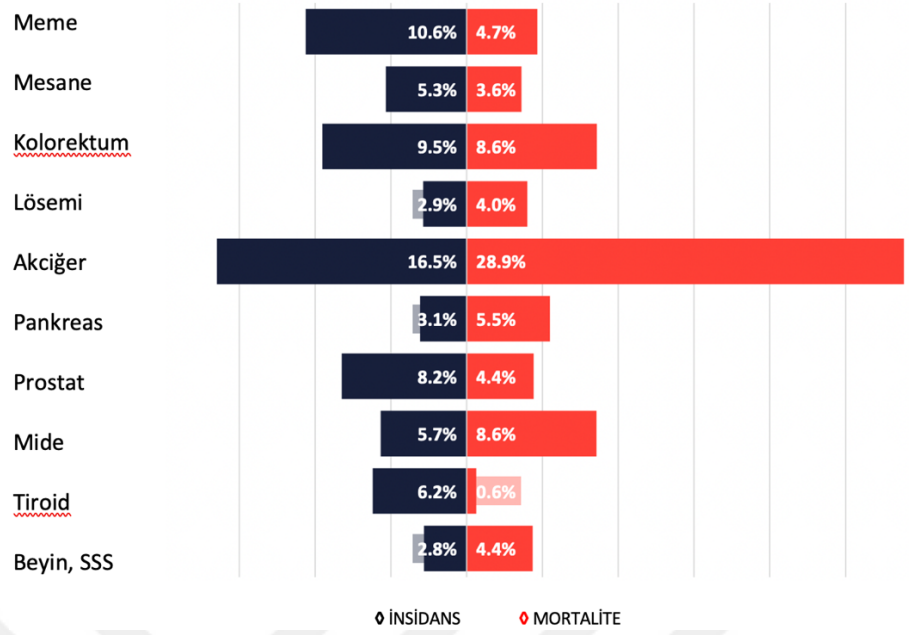
Şekil 2.3.1 Türkiye Globocan 2020 yılı yaştan ve cinsiyetten bağımsız yeni kanser vakası sayısı (1).

Ülkemizde bu veriler ışığında en sık görülen kanser erkeklerde akciğer kanseri kadınlarda ise meme kanseridir. İkinci sırayı erkekte prostat kadınlarda ise tiroid kanseri takip etmektedir. Tablo 2.3.1’de Türkiye 2020 yılı kadın ve erkek cinsiyette yaştan bağımsız kanser vakası sayısı verilmiştir (1).

Tablo 2.3.1 Türkiye 2020 yılı kadın ve erkek cinsiyette yaştan bağımsız kanser vakası sayısı (1).

	Erkek		Kadın
Akciğer	34 207 (%25.8)	Meme	24 175 (%23.9)
Prostat	19 444 (14.6)	Tiroid	11 034 (%10.9)
Kolorektum	11 989 (%9)	Kolorektum	9 202 (%9.1)
Mesane	10 476 (%7.9)	Akciğer	7 057 (%7)
Mide	8 187 (%6.2)	Korpus Uteri	5 918 (%5.9)
Diğer kanserler	48 513 (%36.5)	Diğer kanserler	43 632 (%43.2)
TOPLAM	132 816	TOPLAM	101 018

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Türkiye kanser profili 2018'e göre en yaygın görülen kanser olarak ilk sırada akciğer kanseri yer almakta olup insidansı %10,6'dır. İnsidans bazında kolorektal ve meme kanseri bunu takip etmektedir. Mortalitesi en yüksek tüm kanserler içinde akciğer kanseri olarak izlenmekte olup bunu kolorektum ve mide kanseri takip etmektedir. Türkiye'de 2018 yılında toplam 210,537 kanser vakası görülmüş olup bunlardan kansere bağlı toplam ölüm 116,710'dur. Şekil 2.3.2'de WHO 2018 yılı en yaygın kanserler ve bu kanserlerin insidans-mortalite oranları verilmiştir (13).



Şekil 2.3.2 WHO 2018 yılı en yaygın kanserler ve bu kanserlerin insidans-mortalite oranları (13).

2.4 KANSER ETYOLOJİSİ

Kanser ölümlerinin %30- %50'si önlenabilir risk faktörleri ile meydana gelmektedir. Bunlardan kaçınmak ve bu risk faktörlerini azaltmak kanser yükünü ciddi miktarda azaltmaktadır. Sigara-tütün kullanımı en ciddi risk faktörü olup ölümlerin %22'sinin sebebi olarak neredeyse dünya kanser yükünün %25'ini oluşturmaktadır (14).

Kanser etiyolojisinde rol oynayan bilinen veya henüz aydınlatılmamış binlerce ajan mevcut mevcuttur. Sigara-tütün kullanımı bilhassa akciğer kanseri gelişiminde %70 oranıyla en sık ve en ciddi risk faktörüdür. Ayrıca özafagus, oral kavite, gastrointestinal sistem ve serviks kanseri etiyolojisinde rol oynamaktadır (15). Alkol kullanımının kardiyovasküler ve sindirim sistemi kanserlerinin görülme ihtimalini artırdığı bilinmektedir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı alkol alımının kolorektum ve meme kanseri oluşumunu arttırdığını çalışmalarıyla ortaya koymuştur (16). Yaş ile beraber kanser frekansı arasında doğru orantı mevcuttur. Bu durum bilhassa cilt ve prostat kanserinde göze çarpmaktadır (2). Obezite, menapoz sonrası

meme kanseri ve endometriyum, pankreas, kolorektal, renal hücre kanseri etyolojisinde yer aldığı gösterilmiştir (17). Genetik değiştirilemez etkenlerdendir. Birinci derece akrabalarında kanser olan bireylerin kanser ihtimali normal popülasyona göre fazladır (18). Tümör supressör ve proto-onkogenler, hücre DNA'sını yöneten genlerdir. Proto-onkogenler hücre büyüme, farklılaşma ve apoptoz mekanizmasında sinyal iletimi ile ilgili protein kodlaması yapar. Tümör supresörler ise bu mutasyonik hücrelerin apoptozisinde görev almaktadır. Bu genlerin mutasyona uğraması kanseri başlatan mekanizmanın temelini oluşturmaktadır. Mutasyona uğraması halinde onkogen formuna geçip kanser mekanizmasını tetiklemektedir. Meme, çocukluk çağı kanserleri gibi kanserlerin temelinde genetik faktörlerin birinci sırada olduğu bilinmektedir (19). İşlenmiş gıdalar, doymuş yağlar, hayvansal yağlar, salamura-konserve gıdalar, tutsülü ürünler gibi birçok besinin kanserojenlik oranı yüksektir (20). Kansere yakalanma riski bu besinlerden fazla alım durumunda normal popülasyona göre yüksektir. Rafine şeker tüketimi insülin direnci ve daha sonra duyarsızlaşması ile kansere giden süreci etkileyip obeziteye sebep olarak kanser zeminine olanak sağlar. İmmobil yaşam tarzı kanser gelişimini hızlandırmaktadır. Hepatit C-B, HPV, Helikobacter Pylori gibi enfeksiyonlar özellikle gelişmekteki ülkelerde kanserlerin neredeyse dörtte birinden sorumludur. Batı ülkelerinde ise bu oran neredeyse yine dörtte biri oranında düşüktür (2). Kimyasal ajanlar ve ilaçlar, iyonize radyasyon, ultraviyole ışınlar yine kanser etiyolojisinde başlıca rol oynamaktadır.

2.5 ERKEN TANI VE TARAMA

İstatistiksel verilerin de gösterdiği gibi kanser, insidans ve mortalitesi yüksek olması, milyonları etkilemesi, devletlere finansal yük oluşturmamasından kaynaklı ciddi bir halk sağlığı problemidir. Kanser yükünün önüne geçebilmek için yıllardan beri süregelen çalışmalar ile erken tanı ve tarama metotları geliştirilmektedir. Amerikan Kanser Derneği 1980 yılı itibariyle erken tanı yöntemleri belirlemiş ve birçoğu hala uygulanan altın standart yöntemler olarak benimsenmiştir. Genel bir tanımlama olan kanser farklı klinik gidişat ve tedavi seyri ile binlerce türde hastalıktan meydana gelmektedir. Tarama stratejilerimiz ve yöntemlerimiz de kanserin türüne göre değişim göstermektedir. Bazı kanser türleri için tarama önerilmekte iken bazılarında

önerilmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü önerilerine göre tarama önerilen kanserler; meme, prostat kanserleri, serviks, kolorektum, endometriyum, ve malign melanomdur. Erken tanı ve tarama için uygun olmayan kanserler ise akciğer, mesane, tiroid, mide, orofarenks, lenf bezleri, over, testis kanseridir. Dünya Sağlık Örgütü kriterleri bu konuda izleyeceğimiz yolu belirlemektedir. Tarama yönteminin ülkedeki kanser gidişatını olumlu yönde etkilemesi ve entegre kanser programı dahilinde olması DSÖ'nün önemsendiği tarama kriterlerindendir (11). Taramaların yönteminin uygunluğu, etkililiği, verimliliği için belli kriterleri sağlaması önerilmektedir:

- Uygulanması kolay ve basit,
- Duyarlılığı-özgüllüğü yüksek,
- Ekipman ve personel tarafınca taranabilirliğe uygun,
- Erken evrelerde tespit edilebilir,
- Toplum için ciddi problem oluşturan,
- Erken teşhis edilen kanserin tedavisi mevcut,
- Erken semptom gösteren bir dönemi bulunan,
- Toplum tarafından kabul görmüş,
- Devamlılığı sağlanabilir,
- Maliyet az,
- Tarama programlarının hedef popülasyona uygun olmalıdır (11).

Tarama testinin başarılı olduğundan bahsedebilmemiz için alınan faydanın en yüksek olması gerekir. Tarama, popülasyonda görülme frekansı yüksek olan kanserlerin erken aşamalarda tespit edilmesini ve tedavisinin hızlı, etkili yapılabilmesine olanak sağlamalıdır. Popülasyonu kapsamalı ve maliyet açısından devlete yük oluşturmamalıdır. Testin seçiminde etik ve bilimsel değerler, maliyet göz önünde bulundurulmalıdır (21).

Dünya Sağlık Meclisi 58. toplantısında Kanser Kontrol Programı kapsamında primer koruma ile risk faktörlerini azaltmak yada elimine etmek, sekonder koruma ile erken tanı yöntemleriyle mortalite düşüşü sağlamak, uygun tedaviyi ve yaşam kalitesini artırmayı hedeflenmiştir (3). Primer koruma kapsamında sigara-tütün-alkol kullanımı, immobilité, kötü beslenme alışkanlıkları, Hepatit-B-HPV vb. bulaşıcı

enfeksiyonlar, UV maruziyeti, mesleki maruziyet gibi değiştirilebilir-önlenebilir risk faktörleri hususunda toplumu bilinçlendirmeli ve bu yönde çalışmalar yapılması amaçlanmalıdır. Sekonder koruma ile klinik bulgu vermeyen kanserlerin erken teşhisi amacıyla tarama yöntemleriyle taranarak henüz hastalık oluşmadan kontrol altına alınması, mortalitenin düşürülmesi amaçlanmaktadır. Erken teşhis edilir ve uygun şekilde tedavi edilirse kanserlerin birçoğunun kür şansı yüksektir (1). Erken tanı ile hastaların yaşam kalitesi artar, beklenen yaşam süresi uzar, mortalitesi azalır ve ekipman, personel, ilaç yükü açısından devletlerin mali yükü azaltılır. Bu şekilde ileri evre kanserin tedavisine harcanan maddi kaynaklar kanser araştırmalarına yönlendirilerek finansal destek sağlanabilir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre erken tespitin, erken tanı ve tarama olmak üzere 2 temel kıstası vardır. Erken tanı ve tarama çoğu zaman eş anlamlı olarak kullanılsa da temelde altında birçok farklılık yatmaktadır. Erken tanıda daha çok semptomu olan hastaların prekanseröz lezyonlarının erken tanımlanması amaçlanır. Hedef kanserle uyumlu semptomu, klinik bulguları olan hastaların en erken evrede tespit edilmeye çalışılmasıdır. Nihai hedefimiz elbette hastaların erken tedavi ile mortalite ve morbiditelerini azaltmaktır. Kanser taramalarında ise görünüm olarak sağlıklı, asemptomatik popülasyonda bulunan öncü lezyon/kanseri, test, görüntüleme ve diğer tarama yöntemleriyle tespiti amaçlar. Tarama yöntemleri uygulanan popülasyonun çoğuna erişebildiğimiz basit hızlı ve güvenilir yöntemler olmalıdır. Tarama testi sonrası takibi yapılmalı ve anormal test sonuçları için 2. Ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmeli. Bu işleyişin sağlıklı sürmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin koordinasyonlu ve planlı çalışması gerekmektedir (4).

Kanser yükünü azaltmak, finansal boyutu en alt düzeye indirmek, hastaların erken tanı ile uygun tedavi almasını ve yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamak için birinci basamak sağlık hizmetleri tartışılmaz bir önem taşımaktadır. Bu aşamada birinci basamak sağlık hizmetlerine ciddi iş düşmektedir. Ülkemizde kanser tanılı hastalar ikinci ve üçüncü basamaklarda tedavi edildiği için toplumumuz gözünde kanser konusunda birinci basamağın değeri bir nebze daha az görülmektedir. Oysa ki kanser yükünü önlemede birincil koruma ve ikincil koruma ile önlenen kayıp birinci basamak sağlık hizmetlerinin ne kadar kıymetli ve etkin olduğu aşikardır.

2.6 TÜRKİYE ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMI

Ülkemizde 2008 yılından beri Dünya Sağlık Örgütü kıstaslarına uygun şekilde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu çatısında Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, KETEM tarafından toplum tabanlı Ulusal Kanser Kontrol Programı uygulanmaktadır. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser birimi tarafından da bu işleyişin koordinasyonu sağlanmaktadır. Ülkemizde kanser programı ile alakalı adımlar 1947 yılında bireysel atılımlar ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığı bir süre sonra hem koruyucu hem tedavi edici hizmetleri kendi bünyesine katarak hizmet sağlamıştır. 1982 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı tarafından bildirimi zorunlu hastalıklar listesine alınmıştır. Düzenli, sağlıklı veriler elde edebilmek taramaların kontrollü ve takipli yapılabilmesi hedefiyle 1995 yılında KETEM kurulmuştur. Günümüzde KETEM faaliyetlerine etkin şekilde devam etmektedir (22).

Ülkemizde UKKP kapsamında rutin taramalar meme, serviks ve kolorektal kanserler için uygulanmaktadır. Tarama kapsamında meme kanseri için ayda bir KKMM, yıllık KMM, 40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi, serviks kanseri için 30-65 yaş arası her 5 yılda bir HPV-DNA ve pap-smear, kolorektal kanser için ise 2 yılda bir GGK bakılması, 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir (11). Ülkemizde tarama kapsamındaki kanserlerin ciddi oranı bölgesel, uzak metastaz olarak izlenmektedir. Ulusal Kanser Kontrol Programında da olduğu üzere ülkeler bazında problemlerin belirlenerek, imkanlar dahilinde bölgesel farklılıkların dikkate alınarak geliştirilebilmesi bu sebeple oldukça önem arz etmektedir (11). UKKP elimizde bulunan kaynakların etkin, verimli ve WHO stratejisine uygun yönetilebilmesi hususunda yol gösterici bir programdır.

Ulusal Kanser Kontrol Programı, DSÖ önerisince birçok birimle ortak ve işbirliği içinde çalışmaktadır. Her sene meydana gelen bulaşıcı olmayan ölümlerin %20'si gelişmiş ülkelerde %80'i az gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Bu nedenle Global Diyet Stratejisi, Tütünle Mücadele Sözleşmesi, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların ve Kanser Küresel Salgınla Savaş konuları gibi diğer bölümlerce hazırlanan kontrol programları ile de işbirliği içindedir.

2.7 MEME KANSERİ

Meme kanseri, Globocan 2020 yılı verilerine göre artık dünyada en sık görülen kanserdir ve toplam yeni vakaların % 11,7'sini oluşturmaktadır (23). Son veriler 2,3 milyon tahmini yeni meme kanseri vakası olduğunu, teşhis edilen her 8 kanserden birinin meme kanseri olduğunu göstermektedir. Hastalık, 684,996 ölümle dünya çapında kanser ölümlerinin önde gelen beşinci nedenidir (1). Ortalama popülasyon risk sınırı içinde bulunan biri yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma ihtimali %7,8'dir.

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı mamografinin mortalite ve morbiditeyi azaltmada oldukça etkin bir tarama yöntemi olduğunu belirtmektedir. Özellikle 50-69 yaş popülasyonundaki kadınlarda meme kanseri sebebiyle oluşan mortalitenin %35,0 oranında azaldığına dikkat çekmektedir (24). Meme kanseri hastaları 10 yıllık surveyi evresinden bağımsız gelişmiş ülkelerde %83 iken, az-orta gelişmiş ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir (2). Gelişmiş ülkelerde düzenli tarama mamografisi ile erken tanı ve tedavi imkanı olduğundan ciddi bir survey farkı oluşmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde erken tanı ve tarama imkanlarının kısıtlı olmasından kaynaklı mortalite yüksektir (23). Survey farkının bu denli çok olmasının diğer sebebi olarak tedavideki gelişmeler, teknolojik imkanlar da gösterilmektedir. Tarama yöntemleri ile kanser tanısının %61'ini erken lokalize evrede belirleyebilmekteyiz. Çalışmalar erken saptanan vakaların 5 yıllık yaşam surveyini %99 olarak göstermektedir. Taramalar ile yaşam süresinin uzaması etkisine dair en göze çarpan oranı meme kanseri vermektedir (23). Yine de vakaların ciddi bir hasta kısmı ileri evrede tanı almaktadır. İleri evre de tanı almanın önüne geçebilmek, etkin olarak kabul edebilmek için %70 popülasyon hedefine ulaşılmalıdır. Son veriler meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı % 30-35'ler arasında olduğunu göstermektedir (22).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de tarama yöntemi olarak mamografi önerilmekte ve kullanılmaktadır. Mamografinin istediğimiz etkinlikte olmasını sağlamak için birçok sağlık profesyoneli klinik meme muayenesi ile birlikte yapılmasını önermektedir.

Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na göre 40-69 yaş arası her kadın 2 yılda bir mamografi ile taranmalıdır. Ek olarak koruyucu sağlık hizmeti

sunan birimler tarafından 20 yaşından itibaren her kadına ayda bir KKMM yapması konusunda öneride bulunulmalı ve bilgilendirilmelidir (25). Radyasyon hikayesi bulunan özellikle toraksa radyasyon alan kişilerin tedavi bitimiyle sekiz-on yıl sonra tarama programına alınmalı ve 25 yaştan küçükse senelik KMM ile, 25 yaş üzerindeyse senelik tarama mamografisi ve altı ayda bir yapılan KMM ile takibi sağlanmalıdır. Atipik lobüler hipeplazi, duktal hiperplazi vb. yüksek risk kategorisinde yer alan lezyonlar ile birlikteliği bulunup ömür boyu riski %20'den fazla bulunan bireylerde lezyon görülmesinden itibaren senelik mamografi takibi ve altı ayda bir KMM ile takibi sağlanmalıdır. Ailesinde meme kanseri tanısı olması durumunda yüksek riskli kabul edilen kişinin 30 yaş öncesi olmaması koşuluyla, kanser tanısı koyulduğu yaşı 10 yıl öncesinden başlanarak senelik mamografi ve altı ayda bir KMM önerilmektedir. Beş senelik invaziv kanser risk oranı %1,7 üzeri olan 35 yaş üstü kişilerde senelik mamografi ve altı ayda bir KMM önerilmektedir (26). BRCA-1 ve BRCA-2 mutasyonu mevcut kişilere 18 yaştan sonra KKMM için danışmanlık verilmesi, 25 yaş sonrası altı ayda bir KMM, 25-29 yaş arasında senelik meme MR, 30-75 yaş arasında senelik mamografi ve meme MR beraber yaptırması önerilmektedir (26).

2.7.1 Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

Tarama metodu olarak KKMM, KMM, mamografi, MR, ultrasonografi taramada kullanılan yöntemlerdir. Ülkemizde esas tarama yöntemi olarak mamografi kullanılmakta olup risk durumuna göre diğer yöntemler uygulanabilmektedir.

Kendi Kendine Meme Muayenesi; 20 yaşından itibaren tüm kadınlara ayda bir mensin 5-7. Günü KKM muayenesi önerilmeli ve bu konuda bilgi verilmelidir. Sağlık kontrollerinin yapılamadığı, sağlık birimlerine temasta güçlük çekilen sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkelerde bu muayene ehemmiyet kazanmaktadır. Klinik ve KKM muayenesi meme kanserine bağlı ölümü engellediğine yönelik kati kanıtların yoktur ancak yüksek riskli-çok yüksek riskli bireylerde kullanılmaları konusunda fikir birlikteliği mevcuttur (27).

Klinik Meme Muayenesi; Mamografi ile birlikte yüksek risk kategorisindeki bireylere altı-on iki ay periyotları ile hekim veya sağlık profesyoneli tarafından uygulanmalıdır.

Mamografi; Meme taramasında kullanılan esas ve en değerli tetkiktir. Ülkemizde fırsatçı ve toplum tabanlı taramalar uygulanmaktadır. Semptom göstermeyen popülasyonda tarama tomografisi olarak kullanılırken semptomatik popülasyonda tanısal mamografi olarak kullanılır. Tanısal mamografi KMM ile birlikte değerlendirmek uygun olduğu ortak görüştür (28). Toplum tabanlı taramalar KETEM birimlerinde, fırsatçı taramalar ise genellikle 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır (11). Tarama grafisinde her iki meme için de medyolateral oblik, kranyokaudal olmak üzere iki adet grafi çekilmektedir (29). Beklenen normal sonuç durumunda hasta 2 yıl sonra tekrarlanması gerektiği konusunda bilgi verilir. Anormal sonuç durumunda ileri basamak sağlık kuruluşuna hasta sevk edilir. Hasta kabul etmese dahi 1 sene aralıklarla hasta mamografi yaptırmaya çağırılmalıdır (25).

Ultrasonografi; Taramada pek yeri yoktur. Mamografide ve KMM’de izlenen anormal sonuçları ekstra olarak değerlendirmek için kullanılmaktadır. Yanlış pozitiflik oranı fazladır. Özellikle dens memede ve erken yaş taramalarında radyasyon olmadığından üstünlük sağlamaktadır (30).

Manyetik Rezonans Görüntüleme; Genetik mutasyon, ailede meme kanseri bulunması durumunda erken taramada, meme kanseri hikayesi, kuşku lu lezyonu olan, radyasyon öyküsü bulunan yüksek riskli bireyleri tarama amacıyla; ultrasonografi, mamografi görüntülemesinde şüphede kalınan durumlarda, dens meme durumunda tanısal kuşku yaşandığında, klinik olarak şüphede durumunda, tedavi planı yapılırken evreleme, tedaviye yanıtın takibi gibi durumlarda önerilmektedir (31).

2.8 SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri dünyada ve ülkemizde kadın ölümlerinin ciddi sebeplerinden kabul edilmektedir. Serviks kanseri, IARC 2020 yılı son verilerine göre tüm dünyada tahmini 604,127 vaka %3,1’lik oran ile kadın cinsiyette en sık görülen 4. Sırada kanserdir (1). Görülme yaş frekansı genellikle 50-60 yaş civarında olmakla birlikte

Ülkemizde bu oran farklıdır. Aydoğdu ve ark. 2018’de yaptığı çalışmada ileri evre kanserlerin %65 gibi bir oranı 40-59 yaş civarında izlenmektedir.

20. yy ilk çeyreğinde her 5 kişiden birinin tanıdan 1 yıl içinde ölümüne sebep olurken günümüzde taramalar ile başarılı bir şekilde ölümlerin önüne geçilmiş kanserlerdendir. Serviks kanseri taramalarının düzenli yapıldığı sosyo-ekonomik gelişmiş ülkelerde tarama sonucu yüz güldürücüdür. ABD’de serviks kanserinden kayıplarda 20-30 yılda %50’den fazla azalma gözlenmiştir. Sosyo-ekonomik olarak az gelişmiş ülkelerde ise bu durum i açıcı olmamakla birlikte kanser saptanması durumunda %90’lara varan mortalite görülmektedir (11). Küresel eşitsizlik özellikle serviks kanserinde oldukça aşıkardır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre insidans iki kat, mortalite üç kat daha fazladır (32).

Dünya Sağlık rgtnn de nerileri kapsamında serviks taraması ile asemptomatik kadınların nc lezyonları saptanarak ve bu aşamada tedavisi sağlanarak kanser gelişiminin önüne geçilmekte gelişecek mortalite ve morbiditenin oranı azaltılmaktadır. Düzenli taramayla mortalite yok denecek kadar azaltılarak neredeyse %100 oranında azalma sağlanabilmektedir (11). Serviks kanseri taramaları, kanser gelişimi sonrası uygulanacak tedavi yüküne bağlı maliyeti önlemek için de uygun ve etkili yoldur (33). Dünya Sağlık rgt devletlere serviks kanserinin halk sağlığı problemi olmaktan çıkması, eliminasyonu amacıyla 2020-2030 dönemi küresel strateji planlarını açıklamış ve temelde 90-70-90 hedef önerisinde bulunmuştur. Bu önerilere göre %90 aşılama, %70 tarama yapılma ve %90 Pre-invaziv ve invaziv kanser tedavisi oranlarına ulaşılmasını önermiştir (32).

HPV dünya genelinde en yaygın virslerdendir. Serviks kanserinde HPV %99,7 oranında görülmekte ve en sık cinsel yolla geçtiği bilinmektedir (34). Araştırmalar seksüel aktif kadınların %70’den fazlasının hayatları süresince bu virüsle enfekte olduklarını göstermektedir (35). Genellikle HPV enfeksiyonunun gerilemesi beklenmekte ancak gerilemeyen enfeksiyonlar tedavi edilmezse 10-20 yıl içinde kansere dönüşebileceği öngörülmektedir. Dünya Sağlık rgt 9-14 yaş aralığındaki kızlar HPV aşısı ile cinsel aktif hale gelmeden aşılanmasını önerilmektedir. Hatta bazı ülkeler erkek genital siğillerini önlediği için erkek çocukları da aşılamaya başlamıştır (2).

Ülkemizde Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları kapsamında 30 yaşından itibaren 65 yaşa dek primer olarak HPV-DNA ve/veya smear ile tarama önerilmektedir. Smear ile taramaya 1992 yılında başlanmış ancak istenilen hedef değerin oldukça altında kalınması nedeniyle 2012 aralıkta primer olarak HPV-DNA ile taramaya ise geçilmesine karar verilmiştir. Bu karar doğrultusunda HPV-DNA ile 5 yılda bir primer tarama yapılmakta şüpheli olguların ise smear ile değerlendirilmesi kararına varılmıştır. HIV ile enfekte cinsel aktif hastalar daha erken taramaya alınmalıdır. 65 yaşa ulaşan hastalarda negatiflik durumunda tarama kesilebilir. Birey total histerektomi geçirmiş ve bu operasyon malign olmayan lezyonlar sebebiyle olduysa taramaya gerek yoktur. CIN2-3 nedenli histerektomi operasyonu geçirdiyse 3 kez negatif sitoloji ve 10 yıl içinde pozitiflik mevcut değilse tarama programından çıkarılabilir (25).

2.8.1 Serviks Kanseri Tarama Yöntemleri

Ülkelerin sosyo-ekonomik durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü smear, HPV-DNA, smear/HPV kombine, VIA-VILI (Asetik asit-Lugol ile gözlemsel muayene), Leep benzeri metot ile eksizyonel biyopsi gibi yöntemler önermektedir (11).

HPV-DNA; HPV-DNA serviks kanserinde %99,9 oranla birlikte saptanmaktadır. Virüs epidermisi geçip immüniteyi uyaramadığından antikor saptanamamaktadır. Sadece histolojik incelemeyle genetik materyalin tespiti mümkün olmaktadır. Ülkemizde bu yöntemle 30 yaş üzeri kadınlar taranmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde sitoloji bazlı taramalarla mortalitede ciddi düşüş izlenmiştir. Testin %38-84 gibi bir oranla sensitivitesi istenilen değerin altında olmasına rağmen spesifitesi %90 üzeri olup oldukça iyidir (36). Özellikle 35 yaş üzeri kadınlarda testin spesifikliğin 35 yaş altına göre daha fazla olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar HPV negatif saptanan kişilerin sonraki dekatta preinvaziv ve invaziv serviks kanseri riskinin oldukça düşük olacağını göstermektedir (11). Negatif olması kanser olmadığını veya kanser olmama garantisi vermemektedir. 5 yıl sonra hasta tekrar davet edilmelidir.

Pap-Smear; Test vajene dökülen hücrelerin incelenmesi ile yapılmaktadır. Semptom vermeyen prekanser ve insitu kanserlerin saptanmasını sağlar. Konvansiyonel ve sıvı bazlı olmak üzere 2 tip mevcuttur. HPV-DNA ile benzer şekilde 30 yaşından itibaren 5 yılda bir yapılması önerilmektedir. Negatif olması kanseri kesin dışlamamakta ve ilerde yakalanmama garantisi vermemektedir (25). HPV-DNA yapılamayan merkezlerde smear ilk tercihtir. HPV-DNA pozitifliğinde smear yapılmalı yada smearda ASC-H, ASC-US, HSIL LSIL gibi atipik hücreler izlenmesi halinde hasta ileri merkeze yönlendirilmelidir (11). Yanlış pozitiflik saptamamak için test öncesinde koitus, vajinal duş, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelik, abortus, ilaçlar, ekzojen hormon alımı sorgulanmalıdır.

2.9.KOLOREKTAL KANSER

Kolorektal kanser Globocan 2020 verilerine göre küresel ölümlerin %10'unu oluşturmaktadır. Bu verilere göre dünyada toplam 1,931,590 vaka bulunmakta olup erkeklerde 1,065,960 kadınlarda ise 865,630 toplam kolorektal kanser tanılı hasta bulunmaktadır (1). Türkiye'de IARC istatistiklerine göre ise 2020 yılında 233,834 kanser tanılı kişiden 21,191'i kolorektal kanser tanılı olup 3. Sırada yer almaktadır (1). Her iki cinsiyette de 3. Sırada yer almakta olup benzer seyretmektedir. Kişilerin hayatı boyunca bu kansere yakalanma ihtimali %2,4-5 arası değişmektedir (11). Gelişmiş ülkelerde kolorektal kanser, genetik zemine, beslenme özelliklerine, çevresel faktörlere de bağımlı olarak insidans ve mortalitesi oranı en yüksek görülmektedir (37). Fiziksel hareket azlığı, sigara kullanımı, obezite, kötü beslenme vb. faktörler bu ülkelerde kolorektal kanseri yükselişinin başlıca sebeplerindendir.

Kolorektal kanseri tanı koyulana dek sinsi seyretmekte olup bu sürenin ortalama 10 yıl sürdüğü tahmin edilmektedir. Tanı alan hastaların %30-50 arası ancak erken tanı almaktadır (38). Hastalığın prognozu tanı sırasındaki evresine bağlı olarak değişmektedir. Toplum taramaları ve hastaların kontrollerinin düzenli takibi ile kolorektal kanser mortalitesi azaldığı çalışmalarla gösterilmiştir (11). Devletler bu sinsi seyreden hastalık için toplum bilgilendirmesi yapmalı ve halkı tarama

yaptırmaları yönünde teşvik etmelidir. Bu sayede prekanseröz lezyonlar erken safhalarda saptanabilir (39).

Kolorektal kanser sıklıkla 50 yaş üzeri görülse de her yaş grubunda beklenmektedir. Ortalamaya baktığımızda 63 yaş civarı pik noktasıdır (11). Vakalar 40 yaş altında az sıklıkla görülmekte olup insidans bu yaş sonrası ilk dekatta artış göstermeye başlamaktadır. Bu sebeple yaş majör risk faktörlerinden kabul edilmektedir (37). Genetik geçiş riski artıran majör faktörlerimizden olmakla birlikte kolorektal kanserlerin büyük yüzdesini familyal kanserler değil sporodik kanserler oluşturmaktadır (40). Özellikle adenomatöz polip veya kolorektal kanser öyküsü bulunan kişilerde risk artışı izlenmektedir. Benzer şekilde çoklu tübulovilloz-villöz polibe sahip olmak riski artırmaktadır ancak çoklu poliplerin boyutu 1 cm'den az ise risk artışı olmadığı bilinmektedir (41). Familyal geçişte birinci derece akrabada kanser hikayesi mevcutsa risk %1,7 artmaktadır. Bu birinci derece kişilerin sayısı arttıkça ve teşhis yaşı düştükçe riskte artma izlenmektedir (42). İnflamatuvar bağırsak hastalıklarına sahip bireylerde özellikle ülseratif kolitte risk hastalık süresiyle, aktifliğiyle orantılı olup, tüm kolon tutulumu durumunda risk %5-15 civarına çıkmaktadır (43). Bu hastalarda ilk dekat sonrası kanser riski yılda %0,5 artmaktadır. İkinci dekat itibarıyla ise risk %1'e çıkmaktadır (44). Bazı çalışmalarda ise psödopoliplerin risk faktörü olduğu gösterilmiştir (45).

2.9.1 Kolorektal Kanser Tarama Yöntemleri

Kolorektal kanser taranmasında; GGK testleri, guaiac tabanlı GGK testi, GGK taramasında immünokimyasal testler, fekal DNA testi, çift kontrast baryumlu enema, sigmoidoskopi, kolonoskopi, bilgisayarlı tomografi ile kolonografi, kapsül endoskopi kullanılabilmektedir (11).

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü 50-75 yaş popülasyonun taranmasını önermekte olup 75-85 yaş arasındaki popülasyonun taranmasını, tarama geçmişi ve klinik gidişatıyla ilişkili karar verilmesini yönünde desteklemektedir. Amerika Birleşik Devletleri Çok Toplumlu Kolorektal Kanserle

İlgili Görev Gücü, benzer şekilde taramaların 50 yaş itibariyle başlamasını ve 75 yaşa dek devamını önermektedir. On yıldan daha az yaşam süresi kalana dek taramalara devam edilmesini desteklemektedir (46).

Ülkemizde Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları kapsamında tüm popülasyona 50 yaştan itibaren 70 yaşa dek her 10 yılda bir kolonoskopi ve her 2 yılda bir GGK yapılması önerilmektedir. Son iki GGK negatif olan 70 yaşındaki bireylerde tarama kesilmelidir. Risk oranı fazla kabul edilen kolorektal kanser öyküsü, birinci derece akrabalarda kolorektal kanser, adenomatöz polip, ülseratif kolit, crohn, FAP, HNPCC öyküsü olan popülasyon 40 yaş itibariyle taramaya alınmalıdır (25). Birinci derece akrabanın yaşı gençse tanı alma yaşının beş yıl öncesi itibariyle tarama başlamalıdır (11). Genetik geçiş ispatlandıysa 18 yaş itibariyle her yıl fleksibl sigmoidoskopi yapılmalıdır (47).

Gaitada Gizli Kan; Gaitada gizli kan tarama için oldukça değerli bir test olup erken tanı koyulmasını sağlayarak, mortalitenin düşmesinde ciddi katkı sağlamaktadır (48). Polip taramasından çok kanser tanısında sensitivitesi yüksek kabul edilmektedir (11). Guaiak tabanlı ve immüno-histokimyasal olarak iki test türü mevcuttur. Guaiak tabanlı yöntemde test, insan hemoglobinine özgü olmadığından, beslenme ilaç alımı gibi durumlardan testin pozitifliği etkilenebildiğinden, test öncesi 6 günlük diyet ve 3 örnek alınması gerek olduğundan uygulama zorlukları oluşturmaktadır. Bu sebeple ülkemizde daha çok immüno-histokimyasal yöntem daha çok tercih edilmektedir. Negatif gelmesi kanser gelişmeyeceğinin kanıtı olmayıp mutlaka 2 sene sonra tarama tekrarlanmalıdır. Anormal sonuç kati kolon kanseri dedirtmez. Polip, ülser, hemoroid, divertikül varlığı gibi durumlarda pozitiflik görülebilir fakat yine de ileri seviye bir sağlık kuruluşuna kolonoskopi için yönlendirilmelidir (25).

Kolonoskopi; Kolonoskopi hem taramalarda hem de tedavi amacıyla kullanılan yöntemdir. Mukozaya direkt bakı, biyopsi ve prekanseröz lezyonların tedavisini sağlamasından dolayı avantajlıdır (11). Amerikan Gastroenteroloji Koleji ulaşılabilirlik durumuna göre bu yöntemin tarama olarak kullanılmasını önermektedir (49). Beş-on yıllık periyotlarla uygulanması mortalitede %70 oranında ciddi bir azalma meydana gelmesini sağlamaktadır. Tanıda kolonoskopinin sensitivitesi %95

civarındadır (11). Uygun kolonoskopi uygulamasında tüm segmentler değerlendirilmeli ve biyopsi kurallara uygun alınmalıdır. Uygun ve yeterli uygulama sonrası kansere rastlanmazsa normal olarak değerlendirebiliriz. GGK sonucundan bağımsız mutlaka popülasyon 10 yılda bir kolonoskopiye davet edilmelidir. 50 yaş sonrası fırsatçı taramalar yapılmalıdır (25).

2.10. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Günümüzde dünyada ve ülkemizde sağlık sisteminin gelişmesi, kompleksleşmesi ve spesifik dallara ayrılması sebebiyle bireyler sisteme dahil olmak, anlayabilmek konusunda zorluklar yaşamaktadır. Hastalardan sağlıkla ilgili durumları okuyup anlama, hastalığının farkına varma, analiz etme, karar mekanizmasına dahil olmaları beklenmektedir. Bu dahil olma sürecinin etkin olması, sağlık hizmetlerinin verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini artırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı işte tam bu noktada karşımıza çıkmaktadır. Kişilerin ve toplumun sağlık okuryazarlığının yüksek olması, hastanın hayat boyu alacağı sağlık hizmeti süresini, niteliğini artırıp, eşit olmayan sağlık dağıtımının da önüne geçilmesini sağlamaktadır. Sağlık profesyonelleri ile birlikte karara katılarak, süreçte rol oynamalarını sağlamaktadır (6,7). Koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin giderek artması da bu kavramın gündeme gelmesini artırmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı kavramından Scott Simonds 1974 yılında “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” adlı makalede bahsetmiştir (50). Ancak öneminin anlaşılması uzun bir süreç geçmesi gerekmiştir. Nutbeam ve Wise ise sağlık okuryazarlığını “kişilerin sağlıkları için bilgiye erişme, kavrama ve bu bilgiler ışığında ilgili bilgi ile davranış değişikliği oluşturması” şeklinde yorumlamışlardır. Bu tanımlamalar günümüze dek farklı şekillerde yorumlanarak DSÖ tarafından kabul edilen tanımlamanın yapısını meydana getirmiştir (51). Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleridir (5). Benzer tanımlama Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü tarafınca “*Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürece*

şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.” şeklinde yapılmıştır (52).

Nutbeam, Lee, Zarcadoolas, Baker Freedman, Sorensen Modeli gibi araştırmacılar çeşitli modellemeler geliştirmiştir. En yaygın kullanılan ve kabul gören model Nutbeam modelidir. 3 basamaklı bir modellemedir (53). Bu modelleme birey ve halk sağlığı odaklıdır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel (etkileşimli) sağlık okuryazarlığı ve kritik (eleştirel) sağlık okuryazarlığı ile 3 kategoride ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığı durumu, bilgi düzeyi ile birey-sağlık profesyoneli ilişkisi ve sağlıkla ilgili mesajlar öne çıkarılmaktadır (54). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile bazal sağlık okuma-yazabilme durumu ele alınmaktadır. Doğru anlayabilme ve kullanabilme becerisini kapsamaktadır. Birinci basamak hizmetlerinden haberdar ve aktif kullanmaktadır. Özellikle kronik hastalıklara sahip bireylerde önemiyet kazanmaktadır (55). İletişimsel sağlık okuryazarlığı ile ileri aşama bilgi ve yetenekleri kapsamına almaktadır. İletişimi anlayabilme ve edinilen ilgiyi uygulayabilmesini sağlayan becerileri kapsamaktadır. Etkin sağlık iletişimini göstermekte olup sağlık faaliyetlerine katılabilme becerisidir. Koruyucu sağlık hareketlerini yaşamına entegre etme becerisidir. İletişim kurulması olanağı sağladığından etkileşimli SOY basılı kaynakla göre daha avantajlıdır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı kapsamında ise sağlık haberlerini eleştirebilmesi farkındalığının olması ve yapılabilecek çözüm yöntemleriyle ilgili fikir yürütebilme becerisini kapsar. İleri seviye SOY olarak sosyal olaylarda uyum yeteneğini kapsar (54).

Temelde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Topluluğu sağlık okuryazarlığını 4 yapıtaşını olarak temel almaktadır: sağlık alakalı bilgilere erişebilme, bilgileri anlayabilme, değerlendirebilme ve uygulayabilme yeterliliği. Sağlık okuryazarlığını belirleyen faktörleri ise 3 başlıkta toplamaktadır: toplumsal ve çevresel faktörler, kişisel faktörler ve duruma bağlı faktörler (56). Sağlık okuryazarlığı kavramı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yeni yeni önemi anlaşıp tartışılan kavram haline gelmiştir. Bireylerin okuma yazma biliyor olması elbette ki yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesi için etkili olup yine de sağlık okuryazarlığını yüksek kabul etmemizi sağlayan ana kriter kabul edilmemektedir (57).

2.10.1 Sağlık Okuryazarlığı Önemi

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi giderek artmasıyla sağlık okuryazarlığı kavramı farklı boyut kazanmıştır (58). Bireylerin temelde doktor tarafından önerilen tedavi ve uygulamayı anlaması, yazılan ilaçların prospektüsünü anlayabilmesi, sağlık bilgisini kavraması, sağlıkla ilgili önüne çıkan bilgilendirme ve görsel tabloları yorumlayabilmesi, edindiği bilgileri yorumlayıp uygulayabilmesi, hesaplama yapabilmesi sağlık okuryazarlığının temelidir (6,7). Üstelik sağlık okuryazarlığı ile devletlerin maddi harcamaları arasında doğru orantı vardır. Sağlık okuryazarlığı yüksek ülkelerin harcamaları düşük sağlık okuryazarlığı sahip ülkelere göre daha azdır (57). Bu maliyet yükü ABD Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi tarafından finansal boyutu gösterilmiştir (59).

Sağlığa ulaşma davranışı ile kronik hastalık varlığının okuryazarlık durumunun yetersiz olmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (60). SOY kişilerin yaş, cinsiyet, beceri, öz yeterliliği, statülerinden etkilendiği gibi ülkelerin verdikleri koruyucu sağlık hizmetinden, kültüründen, psikososyal durumundan, finansal ve toplumsal imkanlarından etkilenmektedir (61). SOY yetersizliğinin diğer önemli etmeni çevresel bilgilendirmesinin az olmasıdır. Korucuyu sağlık hizmetlerine halkı bilgilendirme amaçlı yapacağı seminer, eğitim ve teşvikler ile önemli görevler düşmektedir.

2.10.2 Sağlık Okuryazarlığının Yetersizliği

Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması istenmeyen bir durum olup öz bakımın az olmasına, ulaşmada zorluğa, bilgi azlığına, kendi idaresini kötü yönetmesine, birinci basamak tarama testlerinden bihaber olmaya bağlı katılımda düşüşe ve erken tanıda gecikmeyle mortalite artışına, aşılama eksik kalınmasına hastane yatışının artmasına ve finansal yükün giderek artmasına sebep olmaktadır (62). Avrupa'da sekiz ülkenin katılımıyla kapsamlı bir okuryazarlık çalışması yapılmış ve %12,4 yetersiz, %35 sınırlı sağlık okuryazarlığı saptanmış olup sağlık okuryazarlığının istenilen

düzeyde olmadığı gösterilmiştir (63). Yetersiz SOY sağlık bilgilerinin anlaşılmasının önünde engel oluşturmakta ve sağlık profesyonellerince uygulanmak istenen tedavide problem yaratarak kişisel çatışma yaşanmasına sebep olabilmektedir. Çalışmalar bireylerin SOY yetersizliği durumunda koruyucu sağlık hizmetlerinden bihaber olduklarını ve taramalara katılımların beklenilenin altında kaldığını göstermektedir. Çalışmalarda diğer dikkate değer nokta ise yetersiz SOY durumunda kişilerin ilk müracaat noktalarının birinci basamak olmaksızın, tedavi edici sağlık hizmetlere başvurduğu ve kişilerin hastaneye yatışlarının ihtiyaç dışı bu şekilde arttığı gösterilmiştir (8,9). Sağlık okuryazarlığı yetersiz bireylerin mamografi taraması yaptırmaya oranlarına bakıldığında daha az yaptırdığı, pnömoni aşılarını yaptırmaya oranlarının az olduğu, hipertansiyon hastalarının kilo verme, aerobik aktivite ile kan basıncında azalma izleneceğinden bihaber oldukları, diyabete sahip olanların şeker kontrolünde daha sıkıntı yaşadığı ve ilaç kullanım şemalarına uymakta zorluk çektikleri çalışmalarla gösterilmiştir (10). Psikolojik açıdan da bu hastalar utanç hissetmekte bazı bilgileri saklama eğiliminde olmaktadır.

2.10.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm ve Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığını ölçmek, test etmek oldukça zordur. Sağlık profesyonelleri tarafından sosyokültürel farklılıklar sebebiyle küresel ortak yöntemde buluşulamamıştır. Ülkemize özgü bir ölçek olmamasından, geliştirilen ölçeklerin dilinin daha çok İngilizce ve İspanyolca olmasından kaynaklı Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü-Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı desteği ile Mayıs 2016 yılında TSOY-32 ölçeği geliştirilmiştir. Bu çalışmada özellikle “bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluklarını artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek” maddesine vurgu yapmıştır (63).

Mevcut testler daha çok işlevsel-temel sağlık okuryazarlığı seviyesi ölçmek üzere tasarlanmıştır. Matematiksel yetenek, sözcük tanıma ve anladığını anlatabilme gibi beceriler ölçülmektedir. Sağlık alanında sıklıkla telaffuz edilen sözcükleri anlayabilme ve SOY ölçen testler: REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü), TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi), WRAT (Geniş

Kapsamlı Başarı Testi), NVS (En Yeni Hayati Bulgu Testi), HALS (Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği), eHEALS (Elektronik Sağlık Okuryazarlık Ölçeği) testlerdir (63).

2.10.4 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) baz alınarak sağlık profesyonellerince ve bakanlık tarafından geliştirilmiştir. 32 soruluk likert tipi ölçek olup ülkemize has biçimde kavramsal kapsamın “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleşik-beraber değerlendirilmesi faydalı görülmüştür. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden ayrıldığı nokta 3 yerine 2 ana boyut alınması olmuştur. Matris 2x4 düzende yapılandırılmıştır. Bunun sonucu, matris 2 boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile 4 süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olarak totalde 8 komponentten oluşmaktadır. Analizler sonucu; HLS-EU çalışmasındaki gibi indeksler 0-50 arasında olacak biçimde standardizasyonu sağlanmıştır. Bunun için kullanılan formül: İndeks = (ortalama-1) x (50/3) şeklindedir. Puanlama sonucu (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33): sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmiştir (64).

2.10.5 Aile hekimliği-Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Aile hekimlikleri bireylerin sağlık sisteminde ilk müracaat birimidir. Kişilerin sağlık davranışlarının geliştirilmesi, sağlık bakım hizmetlerini verimli kullanması, her basamakta bilgi sahibi olması, sisteme katılarak ortak kararlarda rol oynayabilmesi açısından aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı konusunda bilgi sahibi olması ve bunu kapsamında bulunan popülasyona aktarabilmesi oldukça önemlidir (51). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespiti, yetersiz durumlarda eğitimler, sağlık materyalleri ile kapsayıcı, biyopsiko-sosyal yaklaşım gösterilmesi elzemdir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı anket çalışması olarak planlanmıştır.

3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

İzmir ili Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran yetişkin kişiler evreni oluşturmaktadır. Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında polikliniğe başvuru yapan hastalarla, evreni belli olmayan örneklem hesabı ile %70 farkındalık oranı baz alınarak, çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 322 katılımcı ile yüz yüze ve Covid-19 pandemisi nedeni temas en az düzeyde tutulacak şekilde anketler tamamlanmıştır. Covid-19 pandemisinden dolayı Ocak ayında polikliniğin kapanmasıyla çalışmanın bir kısmında hastanemizin diğer polikliniklerine Covid dışı herhangi bir nedenle başvuran yetişkin kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmamızda 1 kişinin anketi uygun olmadığı için çıkarılmıştır.

3.3 ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

- ⇒ Yetişkin hasta olmak
- ⇒ Sorulara cevap verecek yeterlilikte olmak
- ⇒ Ankete katılıma onam vermek

3.4. ARAŞTIRMANIN DIŞLANMA KRİTERLERİ

- ⇒ Ankete katılıma onam vermeyenler
- ⇒ Dahil edilme kriterlerini içermeyenler

3.5 VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma süreci içerisinde ulaşılan yetişkin kişilere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar dahil edildi. Veri toplama aracı olarak polikliniğe başvuran kişiler tarafından doldurulmak üzere hazırlanan Sosyodemografik Veriler ve Kanser Taramaları Hakkında Bilgi Anketi (EK 1), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (EK 2) kullanıldı. Kasım 2020- Ocak 2021 tarihleri arasında çalışmamıza katılmayı kabul eden kişilere anket formları verilerek bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okuyarak anketi doldurmaları istendi.

3.6 VERİ FORMU VE ÖLÇEK

3.6.1 Sosyodemografik Veriler ve Kanser Taramaları Hakkında Bilgi Anketi

Anket formu araştırmacı tarafından literatür taranarak kişilerin sosyodemografik özellikleri ile kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek amaçlı 20 sorudan oluşturulmuştur. İki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm 10 sorudan oluşmakta olup katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, alkol-sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, kendi ve yakın çevresinde kanser varlığı ikinci bölümde katılımcıların; ülkemizde ücretsiz uygulanan taramalar ve KETEM hakkında bilgi düzeyi, tarama yaptırap/yaptırmadığı, taramada kullanılan testler hakkında bilgi düzeyi, taramaya tutumu, tarama bilgisini nereden aldığı ve anket sonrası tarama yaptıрма davranışları vb. yönelik sorular yer almaktadır (EK-1).

3.6.2 TSOY-32 Ölçeği

TSOY-32 Avrupa SOY Ölçeği (HLS-EU) çalışması baz alınarak Sağlık Bakanlığı desteğiyle 2016 yılında Aydın'da geliştirilmiştir. 32 soruluk likert tipi bir ölçektir. İki temel boyut olarak, 2x4'lük matris çerçevesinde tasarlanmıştır. Matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz

komponentten oluşmaktadır. Katılımcılar 32 cümle için 1.Çok kolay 2.Kolay 3.Zor 4.Çok zor 5.Fikrim yok şeklinde cevaplama yapar. Değerlendirmede 1. Çok zor 2. Zor 3. Kolay 4. Çok kolay olarak puanlanır. 5. Fikrim Yok olarak kodlanır. Hesaplama sırasında , kodlar 1-4, 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Kullanılan formül; İndeks = (ortalama-1) x (50/3) olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular dört sınıfta kategorilendirilir. Puanlamaya sonucu sağlık okuryazarlığı, (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak belirlenmiştir. Matris için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların minimum %80'inin cevaplandığı çalışmalar için yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'de güvenirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı; 0,927 olarak bulunmuştur. Bu da, kabul edilebilir değer olan 0,80'inin oldukça üzerindedir. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,347 ile 0,634 arasında bulunmaktadır. 0,30'un altında değer bulunmamaktadır. Ayrıca, her maddenin dışarda bırakıldığında ölçeğin toplam skoruna etkisini gösteren Cronbach's Alpha değerlerinin tamamı 0,90 üzerinde bulunmuştur (65).

3.7 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmanın tanımlayıcı analizleri için SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında veri tabanı oluşturulup, verilerin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma ve ortanca değerleri hesaplanmıştır. Tarama programlarını duyma ve yaptırma ile sosyodemografik özellikler ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki ki kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. Bütün analizler için $p < 0,05$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir.

3.8 ETİK ONAY

Bu çalışma 11.11.2020 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir ili Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (karar no:01) etik onay almıştır.



4. BULGULAR

4.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelenmiş ve Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Buna göre katılımcıların %64,2’si kadın, %35,8’i erkektir. Katılımcıların %59,8’i evlidir ve %30,8’i 41-64 yaş aralığındadır. Katılımcıların yarısından fazlası üniversite mezunudur ve yaklaşık yarısı gelirinin giderine denk olduğunu izlenmiştir. Katılımcıların %30,8’i sigara, %20,2’si alkol kullanmaktadır. En az bir kronik hastalığı olanlar %28,3’tür. Katılımcılar kronik hastalıklar içinde en sık hipertansiyon hastalığına sahiptirler. Kanser tanısı olanlar %5 olmakla birlikte akrabalarında ve yakın çevresinde kanser öyküsü olan %60,7’dir.

Tablo 4.1.1 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik özellikler		N	%
Cinsiyet	Erkek	115	35.8
	Kadın	206	64.2
Yaş	18-24	38	11.8
	25-30	87	27.1
	31-40	76	23.7
	41-64	99	30.8
	65+	21	6.5
Eğitim durumu	İlkokul	38	11.8
	Lise	58	18.1
	Okur-yazar	10	3.1
	Ortaokul	26	8.1
	Üniversite	189	58.9
Medeni Hal	Bekar	129	40.2
	Evli	192	59.8
Gelir algısı	Gelirim giderimden az	98	30.5
	Gelirim giderimden fazla	48	15.0
	Gelirim giderime eşit	175	54.5
Kronik hastalık	Hayır	230	71.7
	Evet	91	28.3
Sigara kullanımı	Bıraktım	32	10.0
	Evet	99	30.8
	Hayır	190	59.2
Alkol kullanımı	Bıraktım	10	3.1
	Evet	65	20.2
	Hayır	246	76.6
Kanser tanısı	Hayır	305	95.0
	Evet	16	5.0
Akraba ve yakın çevrede kanser öyküsü	Evet	195	60.7
	Hayır	126	39.3
Toplam		321	100.0

4.2 KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI

Katılımcıların kanser tarama program ve testleri hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı Tablo 4.2.1’de gösterilmiştir. Buna göre ülkemizde ulusal kanser taraması

yapıldığını bilenler %32,4, duymuş ancak ayrıntılı bilgisi olmayanlar %33, bilmeyenler %34,6 oranındadır. KETEM hakkında bilgisi olanlar %20,9 oranında olup %57'si hiç duymamıştır. Katılımcıların %84,1'i kanser taraması yaptırmamıştır. Tarama yaptırmayanların %29,9'u zaman ayıramadığından, %25,4'ü tarama yapıldığını bilmediğinden, %21,9'u ailede kanser olmadığı için, %17,4'ü nereye başvurmak gerektiğini bilmediğinden tarama yaptırmadığını belirtmiştir. Anket sonrası uygun yaş aralığında tarama testi yaptırmayı isteği %57,3 olarak izlenmiştir. Tüm katılımcılar arasında GGK testini duyanlar %35,8, GGK testini yaptıranlar %7,2 oranındadır. Kolonoskopi testini duyanlar %66,4, kolonoskopi testini yaptıranlar %7,5 oranındadır.

Tablo 4.2.1 Tüm katılımcıların kanser tarama program ve testleri ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı

Özellikler		N	%
Ülkemizde ulusal tarama kapsamında kanser taraması yapıldığını bilme	Duydum ancak ayrıntılı bilgim yok	106	33.0
	Evet	104	32.4
	Hayır	111	34.6
Kanser taraması yaptırma	Evet	51	15.9
	Hayır	270	84.1
KETEM hakkında bilgi	Bilgim var	67	20.9
	Bilgim yok	183	57.0
	Duydum ancak pek bilgim yok	71	22.1
Anket sonrası tarama testi yaptırma isteği	Bilmiyorum	113	35.2
	Evet	184	57.3
	Hayır	24	7.5
GGK testini duyma	Evet	115	35.8
	Hayır	206	64.2
GGK testi yaptırma	Evet	23	7.2
	Hayır	298	92.8
Kolonoskopi testini duyma	Evet	213	66.4
	Hayır	108	33.6
Kolonoskopi testini yaptırma	Evet	24	7.5
	Hayır	297	92.5
Toplam		321	100.0

Tablo 4.2.2’de kadın katılımcıların tarama testlerini duyma oranları verilmiştir. Tarama testlerini duyma oranı oldukça yüksek oranda olup sırasıyla; Kendi kendine meme muayenesi %90,8, smear/HPV-DNA testi %64,6, mamografi testi %89,8’dir. Kendi kendine meme muayenesini duymadığını yalnızca 19 kişi belirtmiştir.

Tablo 4.2.2 Kadın katılımcıların kanser tarama testlerini duyma düzeylerinin dağılımı

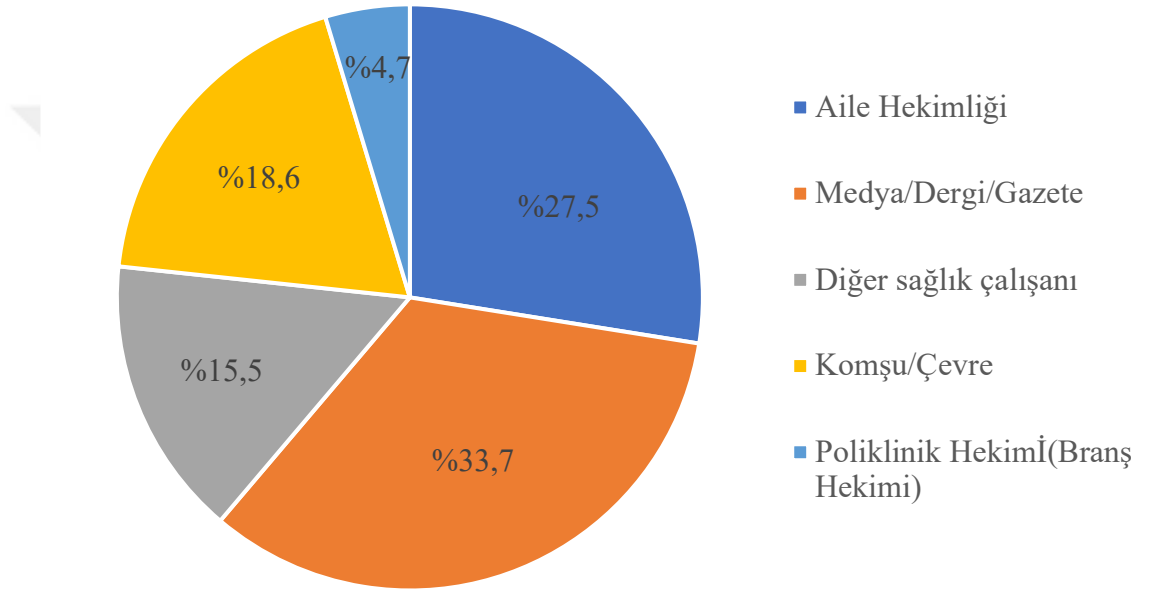
		N	%
Mamografi testini duyma	Evet	185	89.8
	Hayır	21	10.2
Smear/HPV DNA testini duyma	Evet	133	64.6
	Hayır	73	35.4
Kendi Kendine Meme Muayenesi duyma	Evet	187	90.8
	Hayır	19	9.2
Toplam		206	100.0

Tablo 4.2.3’te kadın katılımcıların tarama testlerini yaptırma düzeylerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre kendi kendine meme muayenesi yapma %62,1, smear/HPV-DNA testi yaptırma %31,6, mamografi yaptırma %20,4 oranındadır.

Tablo 4.2.3 Kadın katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırma düzeylerinin dağılımı

		N	%
Mamografi yaptırma	Evet	42	20.4
	Hayır	164	79.6
Smear/HPV DNA yaptırma	Evet	65	31.6
	Hayır	141	68.4
Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma	Evet	128	62.1
	Hayır	78	37.9
Toplam		206	100.0

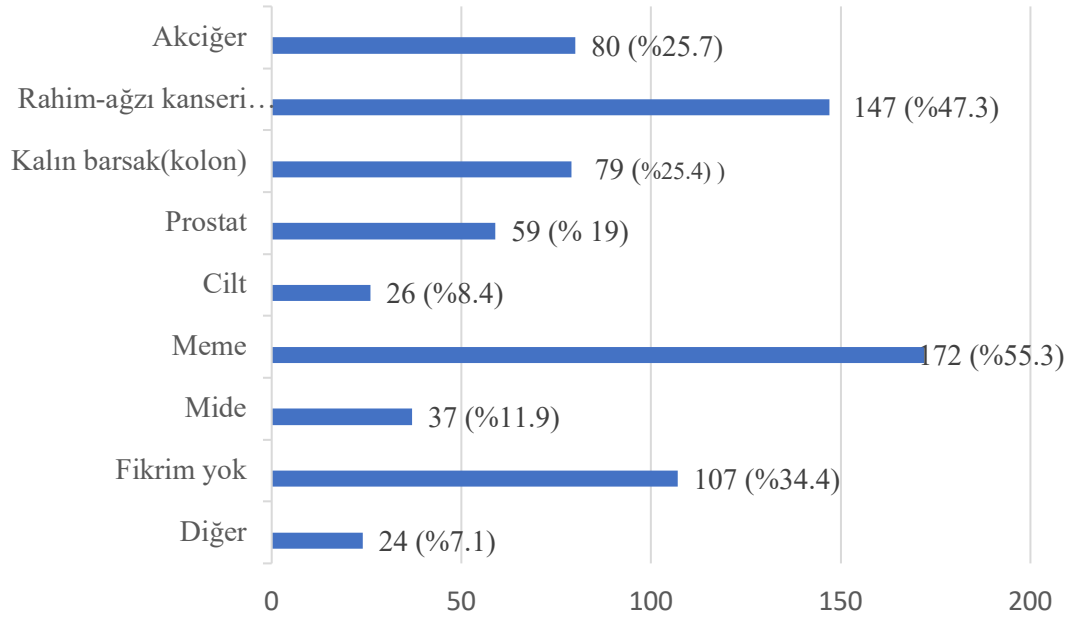
Şekil 4.2.1’de kanser tarama testlerini bilen katılımcılara bilgiyi nereden aldıkları sorulmuştur. Katılımcıların %33,7’si medya/dergi/gazeteden, %27,5’i aile hekiminden, %18,6’sı komşu/çevreden duyduğunu belirtmiştir. En düşük %15,5 oranıyla diğer sağlık çalışanlarından ve %4,7 oranıyla poliklinik hekiminden tarama bilgisi aldıklarını belirtmişlerdir.



Şekil 4.2.1 Kanser tarama testlerini bilen katılımcıların tarama bilgisini aldıkları yer*

*birden fazla şık işaretlenebilir soru **atlanabilir soru

Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında hangi kanser taramaları yapılmaktadır sorusuna verilen yanıtlar Şekil 4.2.2’deki gibidir. Katılımcılar Ulusal Tarama Programı kapsamında %47,3 serviks kanser taraması, %55,3 meme kanser taraması, %25,7 akciğer kanser taraması, %25,4’ü kolon kanseri taraması, %19’u prostat kanseri, %11,9’u mide kanseri, %8,4’ü cilt kanseri taraması yapıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %34,4’ü Fikrim yok şeklinde yanıtlamıştır.



Şekil 4.2.2 Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında hangi kanser taramaları yapılmaktadır sorusuna verilen yanıtlar*

*birden fazla şık işaretlenebilir soru **atlanabilir soru

Tarama testi yaptıran katılımcıların tarama testi yaptıрма sayısına göre dağılımı Tablo 4.2.4'te verilmiştir. Tarama yaptıranlar arasında sadece bir defa yaptırmış olanlar sıklıktadır. Tarama yaptıranlara yaptıрма sayıları sorulduğunda Kendi kendine meme muayenesi %23,4, smear/HPV-DNA %43, mamografi %50, GGK %65,2, kolonoskopi %79,1 oranında bir defa yaptırdıklarını belirtmiştir. Kendi kendine meme muayenesi tarama yapılma sayısı içinde %31,1 oranıyla 5 ve daha fazla yapılmayla en yüksek orana sahip tek tarama testidir.

Tablo 4.2.4 Tarama testi yaptıranların yaptırma sayısına göre dağılımı

Sıklık		N	%
Kendi Kendine Meme Muayenesi (N=128)	1	30	23.4
	2	28	21.8
	3	19	14.8
	4	11	8.9
	5+	40	31.1
Smear/HPV-DNA testi (N=65)	1	28	43.0
	2	15	23.0
	3	11	16.9
	4	4	6.1
	5+	7	11.0
Mamografi (N=42)	1	21	50.0
	2	6	14.2
	3	7	16.6
	4	8	19.2
GGK (N=23)	1	15	65.2
	2	2	8.6
	3	3	13.1
	4+	3	13.1
Kolonoskopi (N=24)	1	19	79.1
	2	5	20.9

4.3 KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARINI DUYMALARINA GÖRE SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların Tablo 4.3.1’de GGK testini duymaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan ki-kare testinde; medeni hal, gelir algısı, kronik hastalık, sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim ile GGK testini duyma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre 31-40 yaş arası katılımcılar, kadınlar, üniversite mezunu katılımcılar GGK testini daha yüksek oranda duymuştur.

Tablo 4.3.1 Katılımcıların GGK testi duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		GGK		p
		Evet	Hayır	
Yaş	18-24	11 (28.9)	27 (71.1)	0.012*
	25-30	24 (27.6)	63 (72.4)	
	31-40	38 (50.0)	38 (50.0)	
	41-64	38 (38.4)	61 (61.6)	
	65+	4 (19.0)	17 (81.0)	
Cinsiyet	Erkek	24 (20.9)	91 (79.1)	<0.001
	Kadın	91 (44.2)	115 (55.8)	
Medeni hal	Bekar	42 (32.6)	87 (67.4)	0.317
	Evli	73 (38.0)	119 (62.0)	
Eğitim	Okur-yazar	0 (0.0)	10 (100.0)	0.045*
	İlkokul	12 (31.6)	26 (68.4)	
	Ortaokul	6 (23.1)	20 (76.9)	
	Lise	20 (34.5)	38 (65.5)	
	Üniversite	77 (40.7)	112 (59.3)	
Gelir algısı	Gelirim giderimden az	29 (29.6)	69 (70.4)	0.299
	Gelirim giderimden fazla	18 (37.5)	30 (62.5)	
	Gelirim giderime denk	68 (38.9)	107 (61.1)	
Sigara	Bıraktım	12 (37.5)	20 (62.5)	0.385
	Evet	30 (30.3)	69 (69.7)	
	Hayır	73 (38.4)	117 (61.6)	
Alkol	Bıraktım	1 (10.0)	9 (90.0)	0.194
	Evet	22 (33.8)	43 (66.2)	
	Hayır	92 (37.4)	154 (62.6)	
Kronik hastalık	Hayır	85 (37.0)	145 (63.0)	0.502
	Evet	30 (33.0)	61 (67.0)	

*p<0.05

Katılımcıların Tablo 4.3.2’de Kolonoskopiye duymalarına göre sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan ki-kare testinde; medeni hal, gelir algısı, sigara ve alkol kullanımı ile kolonoskopi testini duyma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim ve kronik hastalık ile kolonoskopi testini duyma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna

göre 31-40 yaş arası katılımcılar, kadınlar, üniversite mezunu olanlar ve kronik hastalığı olmayan katılımcıların daha yüksek oranda duyduğu izlenmiştir.

Tablo 4.3.2 Katılımcıların kolonoskopiye duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		Kolonoskopi		p
		Evet	Hayır	
Yaş	18-24	25 (65.8)	13 (34.2)	0.008*
	25-30	57 (65.5)	30 (34.5)	
	31-40	58 (76.3)	18 (23.7)	
	41-64	66 (66.7)	33 (33.3)	
	65+	7 (33.3)	14 (66.7)	
Cinsiyet	Erkek	58 (50.4)	57 (49.6)	<0.001
	Kadın	155(75.2)	51 (24.8)	
Medeni hal	Bekar	89 (69.0)	40 (31.0)	0.412
	Evli	124 (64.6)	68 (35.4)	
Eğitim	Okur-yazar	2 (20.0)	8 (80.0)	0.016*
	İlkokul	23 (60.5)	15 (39.5)	
	Ortaokul	16 (61.5)	10 (38.5)	
	Lise	38 (65.5)	20 (34.5)	
	Üniversite	134 (70.9)	55 (29.1)	
Gelir algısı	Gelirim giderimden az	65 (66.3)	33 (33.7)	0.815
	Gelirim giderimden fazla	30 (62.5)	18 (37.5)	
	Gelirim giderime denk	118 (67.4)	57 (32.6)	
Sigara	Bıraktım	19 (59.4)	13 (40.6)	0.100
	Evet	59 (59.6)	40 (40.4)	
	Hayır	135 (71.1)	55 (28.9)	
Alkol	Bıraktım	5 (50.0)	5 (50.0)	0.221
	Evet	48 (73.8)	17 (26.2)	
	Hayır	160 (65.0)	86 (35.0)	
Kronik hastalık	Hayır	161 (70.0)	69 (30.0)	0.028*
	Evet	52 (57.1)	39 (42.9)	

*p<0.05

Tablo 4.3.3’te kadın katılımcıların smear/HPV DNA testini duymalarına göre sosyodemografik özellikleri ile arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan ki-kare testinde; gelir algısı, kronik hastalık, sigara kullanımı ile Mamografi testini duyma arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Yaş, medeni hal, eğitim ve alkol kullanımı ile smear/HPV DNA testini duyma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre 31-40 yaş arası katılımcıların, evli, üniversite mezunu olan ve alkol kullanan kadınların daha büyük oranda smear/HPV DNA testini duydukları izlenmiştir.

Tablo 4.3.3 Katılımcıların smear/HPV DNA testini duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		Smear/HPV DNA		p
		Evet	Hayır	
Yaş	18-24	10 (38.5)	16 (61.5)	<0.001
	25-30	39 (63.9)	22 (36.1)	
	31-40	36 (78.3)	10 (21.7)	
	41-64	44 (73.3)	16 (26.7)	
	65+	4 (30.8)	9 (69.2)	
Medeni hal	Bekar	41 (47.7)	45 (52.3)	<0.001
	Evli	92 (76.7)	28 (23.3)	
Eğitim	Okur-yazar	1 (14.3)	6 (85.7)	0.020*
	İlkokul	15 (60.0)	10 (40.0)	
	Ortaokul	5 (45.5)	6 (54.5)	
	Lise	5 (62.5)	6 (37.5)	
	Üniversite	92 (70.2)	39 (29.8)	
Gelir algısı	Gelirim giderimden az	46 (67.6)	22 (32.4)	0.619
	Gelirim giderimden fazla	18 (69.2)	8 (30.8)	
	Gelirim giderime denk	69 (61.6)	43 (38.4)	
Sigara	Bıraktım	12 (75.0)	4 (25.0)	0.557
	Evet	29 (67.4)	14 (32.6)	
	Hayır	92 (62.6)	55 (37.4)	
Alkol	Bıraktım	0 (0.0)	4 (100.0)	0.003*
	Evet	27 (81.8)	6 (18.2)	
	Hayır	106 (62.7)	63 (37.3)	
Kronik hastalık	Hayır	99 (65.6)	52 (34.4)	0.619
	Evet	34 (61.8)	21 (38.2)	

*p<0.05

Kadın katılımcıların mamografi testini duymalarına göre Tablo 4.3.4'te sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan ki-kare testinde; medeni hal, gelir algısı, kronik hastalık, sigara ve alkol kullanımı ile mamografi testini duyma arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Yaş ve eğitim ile mamografiyi duyma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre 31-40 yaş arası katılımcılar ve ortaokul mezunu kadınlar mamografi testini daha yüksek oranda duymuştur.

Tablo 4.3.4 Katılımcıların mamografi testini duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		Mamografi		p
		Evet	Hayır	
Yaş	18-24	22 (84.6)	4 (15.4)	0.005*
	25-30	55 (90.2)	6 (9.8)	
	31-40	44 (95.7)	2 (4.3)	
	41-64	56 (93.3)	4 (6.7)	
	65+	8 (61.5)	5 (38.5)	
Medeni hal	Bekar	76 (88.4)	10 (11.6)	0.565
	Evli	109 (90.8)	11 (9.2)	
Eğitim	Okur-yazar	2 (28.6)	5 (71.4)	<0.001
	İlkokul	22 (88.0)	3 (12.0)	
	Ortaokul	11 (100.0)	0 (0.0)	
	Lise	30 (93.8)	2 (6.3)	
	Üniversite	120 (91.6)	11 (8.4)	
Gelir algısı	Gelirim giderimden az	59 (86.8)	9 (13.2)	0.397
	Gelirim giderimden fazla	25 (96.2)	1 (3.8)	
	Gelirim giderime denk	101 (90.2)	11 (9.8)	
Sigara	Bıraktım	15 (93.8)	1 (6.3)	0.303
	Evet	41 (95.3)	2 (4.7)	
	Hayır	129 (87.8)	18 (12.2)	
Alkol	Bıraktım	4 (100.0)	0 (0.0)	0.247
	Evet	32 (97.0)	1 (3.0)	
	Hayır	149 (88.2)	20 (11.8)	
Kronik hastalık	Hayır	138 (91.4)	13 (8.6)	0.213
	Evet	47 (85.5)	8 (14.5)	

*p<0.05

Kadın katılımcıların Tablo 4.3.5'te KKMM duymalarına göre sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan ki-kare testinde; medeni hal, eğitim, gelir algısı, kronik hastalık, sigara ve alkol kullanımı ile KKMM duyma olma arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Yaş ile KKMM duymuş olma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre 31-40 yaş arası kadınlar KKMM daha fazla oranda duymuştur.

Tablo 4.3.5 Katılımcıların Kendi kendine meme muayenesini duymalarına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş olma		p
		Evet	Hayır	
Yaş	18-24	21 (80.8)	5 (19.2)	0.033*
	25-30	54 (88.5)	7 (11.5)	
	31-40	45 (97.8)	1 (2.2)	
	41-64	57 (95.0)	3 (5.0)	
	65+	10 (76.9)	3 (23.1)	
Medeni hal	Bekar	77 (89.5)	9 (10.5)	0.602
	Evli	110 (91.7)	10 (8.3)	
Eğitim	Okur-yazar	6 (85.7)	1 (14.3)	0.353
	İlkokul	20 (80.0)	5 (20.0)	
	Ortaokul	10 (90.9)	1 (9.1)	
	Lise	30 (93.8)	2 (6.3)	
	Üniversite	121 (92.4)	10 (7.6)	
Gelir algısı	Gelirim giderimden az	58 (85.3)	10 (14.7)	0.141
	Gelirim giderimden fazla	25 (96.2)	1 (3.8)	
	Gelirim giderime denk	104 (92.9)	8 (7.1)	
Sigara	Bıraktım	13 (81.3)	3 (18.8)	0.364
	Evet	40 (93.0)	3 (7.0)	
	Hayır	134 (91.2)	13 (8.8)	
Alkol	Bıraktım	4 (100.0)	0 (0.0)	0.312
	Evet	32 (97.0)	1 (3.0)	
	Hayır	151(89.3)	18 (10.7)	
Kronik hastalık	Hayır	138(91.4)	13 (8.6)	0.614
	Evet	49 (89.1)	6 (10.9)	

*p<0.05

4.4 KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 4.4.1’de TSOY-32 ölçeğine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı index puan ortalaması verilmiştir. Buna göre index puan ortalaması $27,32 \pm 12,00$ ’dir.

Tablo 4.4.1 Katılımcıların sağlık okuryazarlığı index puan ortalaması

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TSOY32P	321	0	50	27.32	12.00

TSOY-32 ölçeğine göre Tablo 4.4.2’de katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi verilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık seviyesi %51,1’i yetersiz , %19,3’ü sınırlı, %15,3’ü yeterli, %14,3’ü mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde izlenmiştir.

Tablo 4.4.2 Katılımcıların TSOY-32 ölçeğine göre sağlık okuryazarlığı dağılımı

Özellikler	N	%
Yetersiz	164	51.1
Sınırlı	62	19.3
Yeterli	49	15.3
Mükemmel	46	14.3
Toplam	321	100.0

4.5 KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUMLARININ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tablo 4.5.1’de tüm katılımcıların kanser bilgi, tutumu ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi incelenmiştir. Buna göre akrabalarında ve yakın çevresinde kanser öyküsü bulunma ve kanser tanısı alma ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki saptanmamıştır. Kanser taraması yaptıрма ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki saptanmamıştır.

KETEM’i ve ulusal tarama kapsamında kanser taraması yapıldığını bilme ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki izlenmemiştir.

Tablo 4.5.1 Kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Sağlık Okuryazarlığı				p
		Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Akraba ve yakın çevresinde	Evet	93 (47.7)	37 (19.0)	30 (15.4)	35 (17.9)	0.127
	Hayır	71 (56.3)	25 (19.8)	19 (15.1)	11 (8.7)	
Kanser taraması yaptıрма	Evet	27 (52.9)	11 (21.6)	11 (21.6)	2 (3.9)	0.095
	Hayır	137 (50.7)	51 (18.9)	38 (14.1)	44 (16.3)	
Kanser tanısı	Hayır	155 (50.8)	61 (20.0)	46 (15.1)	43 (14.1)	0.585
	Evet	9 (56.3)	1 (6.3)	3 (18.8)	3 (18.8)	
KETEM hakkında bilgi	Bilgim var	33 (49.3)	9 (13.4)	12 (17.9)	13 (19.4)	0.686
	Bilgim yok	96 (51.9)	38 (21.0)	24 (13.3)	25 (13.8)	
	Duydum ancak pek bilgim yok	35 (49.3)	15 (21.1)	13 (18.3)	8 (11.3)	
Ülkemizde ulusal tarama kapsamında kanser taraması yapıldığını bilme	Duydum ancak ayrıntılı bilmiyorum	51 (48.1)	22 (20.8)	19 (17.9)	14 (13.2)	0.324
	Evet	55 (52.9)	21 (20.2)	18 (17.3)	10 (9.6)	
	Hayır	58 (52.3)	19 (17.1)	12 (10.8)	22 (19.8)	
Anket sonrası tarama testi yaptıрма isteği	Bilmiyorum	51 (45.1)	28 (24.8)	18 (15.9)	16 (14.2)	0.480
	Evet	100 (54.3)	30 (16.3)	29 (15.8)	25 (13.6)	
	Hayır	13 (54.2)	4 (16.7)	2 (8.3)	5 (20.8)	

*p<0.05

Tablo 4.5.2’de kolonoskopi testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılar içerisinde kolonoskopi testini duyma ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.2 Kolonoskopi testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Kolonoskopi duyma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	106 (64.6)	58 (35.4)	0.107
	Sınırlı	45 (72.6)	17 (27.4)	
	Yeterli	37 (75.5)	12 (24.5)	
	Mükemmel	25 (54.3)	21 (45.7)	

Tablo 4.5.3’te kolonoskopi yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılar içerisinde kolonoskopi yaptırma ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.3 Kolonoskopi testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Kolonoskopi yaptırma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	10 (6.1)	154 (93.9)	0.370
	Sınırlı	6 (9.7)	56 (90.3)	
	Yeterli	6 (12.2)	43 (87.8)	
	Mükemmel	2 (4.3)	44 (95.7)	

Tablo 4.5.4’te GGK testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılar içerisinde GGK testini duyma ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.4 GGK testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		GGK duyma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	59 (36.0)	105 (64.0)	0.658
	Sınırlı	20 (32.3)	42 (67.7)	
	Yeterli	21 (42.9)	28 (57.1)	
	Mükemmel	15 (32.6)	31 (67.4)	

Tablo 4.5.5'te GGK testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılar içerisinde GGK testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.5 GGK testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		GGK yaptırma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	16 (9.8)	148 (90.2)	0.179
	Sınırlı	2 (3.2)	60 (96.8)	
	Yeterli	4 (8.2)	45 (91.8)	
	Mükemmel	1 (2.2)	45 (97.8)	

Tablo 4.5.6'da mamografi testini duyma sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılardan kadınların mamografi testini duyma ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.6 Mamografi testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Mamografi duyma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	96 (87.3)	14 (12.7)	0.159
	Sınırlı	29 (90.6)	3 (9.4)	
	Yeterli	35 (100.0)	0 (0.0)	
	Mükemmel	25 (86.2)	4 (13.8)	

Tablo 4.5.7'de mamografi testi yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılardan kadınların mamografi yaptırması ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.7 Mamografi testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Mamografi yaptırma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	23 (20.9)	87 (79.1)	0.692
	Sınırlı	6 (18.8)	26 (81.3)	
	Yeterli	9 (25.7)	26 (74.3)	
	Mükemmel	4 (13.8)	25 (86.2)	

Tablo 4.5.8’de KKMM duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılardan kadınların KKMM duyma ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Buna göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların KKMM duyma oranları daha yüksektir.

Tablo 4.5.8 Kendi kendine meme muayenesini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Kendi Kendine Meme Muayenesini duyma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	98 (89.1)	12 (10.9)	0.019*
	Sınırlı	31 (96.9)	1 (3.1)	
	Yeterli	35 (100.0)	0 (0.0)	
	Mükemmel	23 (79.3)	6 (20.7)	

Tablo 4.5.9’da kendi kendine meme muayenesini yapma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılardan kadınların kendi kendine meme muayenesini yapma ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.9 Kendi kendine meme muayenesini yapma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Kendi Kendine Meme Muayenesini yaptırma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	69 (62.7)	41 (37.3)	0.113
	Sınırlı	24 (75.0)	8 (25.0)	
	Yeterli	22 (62.9)	13 (37.1)	
	Mükemmel	13 (44.8)	16 (55.2)	

Tablo 4.5.10’da smear/HPV DNA testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılardan kadınların smear/HPV DNA testini duymaları ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.10 Smear/HPV DNA testini duyma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Smear/HPV DNA duyma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	64 (58.2)	46 (41.8)	0.240
	Sınırlı	23 (71.9)	9 (28.1)	
	Yeterli	25 (71.4)	10 (28.6)	
	Mükemmel	21 (72.4)	8 (27.6)	

Tablo 4.5.11’de smear/HPV DNA testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılardan kadınların smear/HPV DNA testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.5.11 Smear/HPV DNA testini yaptırma ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi

		Smear/HPV DNA yaptırma		p
		Evet	Hayır	
Sağlık okuryazarlığı	Yetersiz	35 (31.8)	75 (68.2)	0.953
	Sınırlı	10 (31.3)	22(68.8)	
	Yeterli	12 (34.3)	23 (65.7)	
	Mükemmel	8 (27.6)	21 (72.4)	

5. TARTIŞMA

Yaptığımız çalışmada katılımcıların kanser taramaları hakkında bilgi, tutumları ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %5’inde kanser tanısı mevcut olup, %60,7’sinin akrabaları ve yakın çevresinde kanser öyküsü vardı. Benzer çalışmaları incelediğimizde kanser tanısı olanlar sıklıkla %5-9, ailesinde ve yakın çevresinde kanser tanısı olanlar %35-68 oranları arasında değişmekteydi (66–71). Kanser öyküsü literatürde sıklıkla akraba ve yakın çevre ile beraber sorgulansa da Tekpınar ve ark. (2018), Pirinççi ve ark. (2015) vb. çalışmalarda olduğu gibi sadece akrabalarda kanser öyküsü sorgulanmasından kaynaklı farklılıklar mevcuttur. Yaygınlığı göz önüne alındığında halk sağlığı problemi haline gelen kanserin görülme sıklığı nüfus artışıyla birlikte her yıl daha da artmaktadır.

Ülkemizde Ulusal Tarama Kapsamında kanser taraması yapıldığını bilmelerini sorguladığımızda %65,4’ü bildiğini veya duyduğunu ancak ayrıntılı bilgisi olmadığını, %34,6’sı tarama yapıldığını bilmediklerini belirtti. Benzer çalışmalarda tarama yapıldığını bilme oranları %68-78 arası değişmektedir (67,68,71–73). Bizim sonucumuz literatürü desteklemekle birlikte katılımcıların eğitim seviyesinin yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Çalışmamızda bilgisi olmasına rağmen yeterli seviyede olmayanların oranı oldukça fazlaydı. Kişilerin kamu spotları, medya ve diğer iletişim araçlarıyla yeterli bilgi düzeylerine ulaşmasının desteklenmesi, aile hekimliği/ polikliniklere herhangi nedenle başvuran kişilere fırsatçı bilgilendirme yapılması oldukça değerlidir.

Kanser tarama testlerini bilen katılımcılara bilgiyi nereden aldıkları sorulduğunda %33,7’si medya/dergi/gazeteden, %27,5’i aile hekiminden, %18,6’sı komşu/çevreden duyduğunu belirtmiştir. En düşük %15,5 oranıyla diğer sağlık çalışanlarından ve %4,7 oranıyla poliklinik hekiminden tarama bilgisi almışlardı. Sağlık çalışanı özelinde baktığımızda taramalar en sık aile hekiminden duyulmuştur. Literatür incelendiğimizde kanser tarama testlerini duyan kişiler sıklıkla aile hekimi ve medyadan duyduklarını belirtmiştir (67,72,74). Şen ve ark. 2020 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %22,1’i aile hekiminden, %31,5’i diğer sağlık personelinin

bilgi almış olup, yaklaşık yarısının bir sağlık profesyonelinden bilgi aldığı görülmüştür (75). Bizim çalışmamızda %47,7 oranıyla neredeyse katılımcıların yarısı sağlık profesyonelinden bilgi almıştır. Bir diğer çalışma grubunda kanser bilgisi genelinde incelenmiş ve tarama testleri bilgisini de kapsayacağı düşünüldüğü için çalışmamıza dahil edilmiştir. Bu çalışmalarda katılımcıların kanserle ilgili bilgiyi sıklıkla medya televizyon vb. kitle iletişim araçları ve komşu-akrabadan aldığı görülmüştür (69,71,76,77). Kitle iletişim araçlarının bireye ulaşmada etkin ve başarılı olduğu görülse de kişilerin öncelikli olarak sağlık çalışanından bilgi alması, taramaya katılımı artırması ve hastaları teşvik etmesi açısından daha etkili olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %57'si KETEM'i hiç duymamıştır. Literatürde benzer çalışmalarda KETEM'i duymama oranı %60-82 arası değişmektedir (69,70). Pirinççi ve ark. çalışması 50 yaş üzeri kişilerle yapıldığından yaş kriteri göz önüne alındığında normal popülasyondan daha yüksek KETEM'i bilmeme sonucu çıkmasına sebep olmuş olabilir. KETEM hakkında toplumun sağlıklı ve yeterli bilgi sahibi olması, bu kurumun donanımı ve büyüklüğü göz önüne alındığında etkin kullanım sağlanması için toplu kullanım alanlarında (AVM, kütüphane, konferans salonları..vb.) görsel afiş, posterlerle farkındalık oluşturulmasının oldukça önemlidir.

Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında hangi kanser taramaları yapılmaktadır sorusuna katılımcılar %55,3'ü Meme kanser taraması, %47,3'ü serviks kanser taraması, %25,7'si akciğer kanser taraması, %25,4'ü kolon kanseri taraması, %19'u prostat kanseri, %11,9'u mide kanseri, %8,4'ü cilt kanseri, %34,4'ü fikrim yok şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların yüksek bir kısmının akciğer kanseri taramasının yapılıyor olduğunu düşünmesi, toplumda en sık görülen ilk 3 kanserden biri olmasından kaynaklı olabilir. Benzer çalışmalar incelendiğinde ulusal tarama kapsamında kanser taramalarından meme kanserinin yapıldığını bilinme oranları %28,1-%77,2 oranlarıyla ilk sırada olup, serviks kanseri %24,3-74,9 oranları ile ikinci sırada izlenmektedir (67,78,79). Çalışmalarda sonuçların değişkenliği Ordu, Kayseri, İzmir gibi farklı bölgelerde yapılması sebebiyle bölgesel farkındalığın değişmesi kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %84,1'i hiç kanser taraması yaptırmamıştı. Benzer çalışmalarda bu oran %63-81 arasında değişmektedir (66,67,69). Çalışmamız

literatürle uyumlu olmakla birlikte katılımcıların %38,9'unun 18-30 yaş aralığında olması ve kendi kendine meme muayenesi yapmayı tarama kategorisinde saymamış olabileceği sonucumuzu etkilemiş olabilir. Birinci basamağa herhangi bir sebeple başvuran kişilere fırsatçı taramalar yapılması oldukça önemlidir. Eğitim, seminerlerle bireysel bilinçlendirme sağlanarak kişilerin günlük yaşantısında diğer kişilerle iletişimleri yoluyla çevresinin de farkındalığını artırması sağlanabilir.

Çalışmamızda tarama yaptıran katılımcılara tarama yaptıрма sayısı sorulmuş ve bir kez yaptırmış olanların sıklıkta olduğu görülmüştür. Tarama yaptıranların KKMM %23,4, smear/HPV-DNA %43, mamografi %50, GGK %65,2, kolonoskopi %79,1 oranında bir defa yaptırdıklarını belirtmiştir. KKMM tarama yapılma sıklığı içinde 5'ten fazla yapılan tek tarama testi olup %31,1 oranıyla izlenmiştir. Bu farklılığın basit, hızlı uygulanabilir, sağlık kurumuna başvurmadan yapılabilmesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda tarama yaptırmayanların yaptırmama sebepleri sorgulandığında %29,9'u zaman ayıramadığından, %25,4'ü tarama yapıldığını bilmediğinden, %21,9'u ailede kanser olmadığı için, %17,4'ü nereye başvurmak gerektiğini bilmediğinden tarama yaptırmadığını belirtmiştir. Literatürde benzer çalışmalarda bireylerin tarama yaptırmama sebepleri incelendiğinde; Ak ve Bayçelebi ve ark. çalışmalarında sırasıyla katılımcıların bilgisizliği ve kendini risk altında görmemeleri (74,80), diğer çalışmalarda sağlıklı olduğunu düşünmeleri ve zaman bulamama olduğu belirtilmiştir (67,68). Şen ve ark. çalışmasında kadınların mamografi ve serviks taraması yaptırmamasının en büyük sebebi %38-41 oranlarıyla zaman ayıramamadır (75). Toplumun tarama yaptırmamasının başlıca sebebi olarak bilgi eksikliği ve zaman ayıramamadır. Koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamında gezici hizmetlerin etkin hale getirilmesi ve en yakın sağlık merkezine davetler ile erişimin kolaylaştırılması taramalarda artışa katkı sağlayacaktır. Katılımcıların anket sonrası tarama testi yaptıрма isteği sorgulanmış ve katılımcıların %57,3'ü uygun yaş aralığında tarama testi yaptırmak istediğini belirtmiştir.

Çalışmamızda GGK testini duyma ve yaptıрма oranı sırasıyla %35,8 ve %7,2 oranındadır. Literatürü incelediğimizde çalışmalarda GGK testini bilenler %2,3 ve %41,8 olarak belirtilmiştir (73,81). Bayçelebi ve ark. çalışmasında GGK testini duyma

kadın-erkek cinsiyeti ayrı değerlendirmiş ve sırasıyla %12,3 ve %50,7 bulunmuştur (80). Yine benzer çalışmalarda GGK yaptırma oranları %1,59-15,3 arasında değişmektedir (66,67,73). Çalışmamız literatürü desteklemekle birlikte GGK yaptırma oranlarının oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Bunun sebebi bireylerin GGK testinin kolonoskopi benzeri invaziv bir işlem olduğunu düşünmeleri ve korkmaları olabilir. GGK testinin kolay, hızlı sonuçlanabilir bir test olduğu konusunda özellikle 50 yaş üzeri kişiler sağlık kuruluşlarına başvurduğunda bilgi verilerek teste katılımları sağlanmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların GGK testini duymaları ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim ile GGK testini duyma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre 31-40 yaş arası katılımcılar, kadınlar, üniversite mezunu kişiler GGK testini daha yüksek oranda duymuştur. Özdemir ve ark. çalışmasında tarama yaş grubundaki kişiler ve kronik hastalığı olanlar GGK testini daha yüksek oranda bilmektedir (68). Şahin ve ark. çalışmalarında erkek, eğitim durumu yüksek olanların GGK tarama testini daha çok duyduklarını belirtmiştir (81). Şahin ve ark. çalışmasının sonucu katılımcıların %66,9'unun erkek olması ve yaş ortalamasının 59 olması sebebiyle tarama yaş grubunda olmaları nedenli farkındalıklarının yüksek olması olabilir.

Çalışmamızda kolonoskopi testini duyma ve yaptırma oranları sırasıyla %66,4 ve %7,5'ti. kolonoskopi yaptırma oldukça düşük bir oranda kalmıştır. Literatürde benzer çalışmalarda kolonoskopiye bilenler %5,7-56,5 oranları arasında değişmektedir (70,73,81). Yine çalışmalarda kolonoskopi testini yaptıranların %1,8-20,5 oranları arasında değişmekte olduğu görülmüştür (66,67,70,73,82). Bayçelebi ve ark. kolonoskopi testini bilenleri kadın/ erkek ayrı incelemiş ve sırasıyla %12,6 ve %48,3 olarak belirtmiştir. Aynı çalışmada kolonoskopi yaptırma oranı %5 bulunmuştur (80). Bir başka çalışmada katılımcıların %11,9'u daha önce kolorektal kanser taraması yöntemlerinden birini yaptırmıştır (81). Çin'de ve 14 Asya/Pasifik ülkesinde yapılan bir çalışmada kolonoskopi yaptırma oranları sırasıyla %2,8 ve %27 olarak belirtilmiştir (70). Sonucumuz literatürü desteklemekle birlikte çalışmalarda kolonoskopiye yaptırma oranları oldukça düşük olduğu izlenmiştir. Kolonoskopinin invaziv, zorlu bir işlem olması ve sedasyon sağlanarak yapılması bireylerin katılımını azaltmakta olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların kolonoskopi testini duymalarıyla sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiş ve yaş, cinsiyet, eğitim, kronik hastalık ile kolonoskopi testini duyma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre 31-40 yaş arası katılımcılar, kadın cinsiyet, üniversite mezunu olanlar ve kronik hastalığı olmayan kişiler daha yüksek oranda kolonoskopi testini duymuştur. Literatürdeki benzer çalışmalarda eğitim durumu arttıkça kolonoskopi testini duymanın arttığı görülmüştür (68,81).

Çalışmamızda kadın katılımcıların %89,8'i mamografiyi duymuş olup sadece %20,4'ü mamografi yaptırmıştı. Literatürü incelediğimizde mamografi duyma oranları %51,3-%72 oranları arasında değişmekte olduğu görülmüştür (73,83,84). Çalışmamızda mamografiyi duyma oranı oldukça yüksek görülmektedir. Bunun başlıca sebebi İzmir merkezde 3. Basamak bir hastanede yapmamızdan kaynaklı olabilir. Literatürde mamografi yaptıрма oranları ise %0,9-55,9 arasında değişmekte olup Türkiye'de bölgelere göre yaptıрма oranlarının değiştiği görülmektedir (73,83-87). Yurtdışı çalışmalarında mamografi yaptıрма düzeyleri yüksek olup bunun başlıca sebebinin eğitim olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde mamografi yaptıрма oranının istenilen düzeyde olmaması kamu spotları, meme kanseri mücadele kuruluş-derneklerinin faaliyetleri ile mamografinin önemi hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılmasına rağmen bireylerin yönlendirilmesinde eksiklikler, müracaat noktalarında sağlık hizmeti vericilerinin yoğunluğundan kaynaklı yeterli teşvik yapılamaması kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların mamografi testini duymaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ve eğitim ile mamografi testini duyma arasında anlamlı fark vardır. Buna göre 31-40 yaş arası katılımcılar ve ortaokul mezunu kadınlar mamografiyi daha yüksek oranda duymuştur. Çalışmalar incelendiğinde tarama yaşındaki kadınların mamografiyi daha çok bildiklerini belirtilmiştir (68). Aker ve ark. yaş ile mamografi arasında anlamlı ilişki bulmuştur ancak yaş aralığı belirtilmemiştir (84). Benzer bir çalışmada 46 yaş üzeri katılımcıların mamografi daha az duydukları belirtilmiştir (73). Çalışmamızda ortaokul mezunu kadınların daha fazla mamografiyi duymaları, televizyon vb. iletişim araçları ile sağlık programlarını daha fazla takip etmeleri ve bilgilendirici yayınlara fazla denk gelmiş olabilecekleri nedeni olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların KKMM duyma oranı %90,8 olup KKMM duymadığını yalnızca 19 kişi belirtmiştir. KKMM duyma oranı bu denli yüksek olmasına rağmen KKMM yapma %62,1 oranında kalmıştır. Çalışmamız literatürü desteklemekte olup benzer şekilde KKMM duyma oranları yaptırma oranlarından yüksek bulunmuştur (68,88). Literatür incelendiğinde KKMM duyma oranlarının %48,1-80,5 arasında değişmekte olduğu görülmüştür (73,80,84). Yine benzer çalışmalarda KKMM yapma oranları %16,9-%72,6 arasında değişmektedir (73,79,80,83,89). Yurt dışında 2001-2005 arası yapılan çalışmalar incelenmiş KKMM yapma oranları %38-61 arası değişmektedir (90-92). Çalışmamız literatürü desteklemekle birlikte duyma ve yapma oranlarının yüksek çıkmasının sebebi çalışmaların Bayçelebi (2015), Yiğitbaş (2016), Aker (2015) vb. çalışmalarda olduğu gibi geçmiş yıllarda yapılması, geçen süre ile birlikte KKMM hakkında daha fazla kamu spotları, seminerler, eğitimler ile toplumun bilgi seviyesi artışından kaynaklı olabilir. 20 yaş üstü kadınlara KKMM yapma konusunda farkındalık oluşturmak için mutlaka eğitim ve destek hizmetleri verilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların KKMM duymaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile KKMM duyma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre 31-40 yaş arası kadınlar KKMM'sini daha yüksek oranda duymuştur. Balaman (2010), Aker (2015) ve ark. çalışmasında yaşın KKMM yapma düzeylerini etkilediğini belirtmiştir (93,94). Duman ve ark. yaş arttıkça ve kadınların KKMM duyma oranlarının azaldığını belirtmiştir (83). Çalışmalarda sıklıkla yaş ile KKMM duyma arasında ilişki bulunmuş ancak yaş aralıklarının değişkenliği gözlemlenmiştir. Bunun en büyük sebebinin kesitsel çalışmalar olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların smear/HPV-DNA testini duyma ve yaptırma oranları sırasıyla %64,6 ve %31,6'dır. Ülkemizdeki çalışmalar incelendiğinde kadınların smear/HPV-DNA testini %31,4-76,9 oranları arasında duydukları görülmüştür (73,80,83,95). Yine literatürdeki çalışmalarda smear/HPV-DNA tarama testi yaptırma oranları ise %8,2-68,5 arasında değişmektedir (66,80,83,86,96,97). Çalışmamız literatürü desteklemektedir. Smear/HPV DNA duyma yüksek orandayken yaptırma oldukça düşük oranda kalmıştır.

Çalışmamızda kadın katılımcıların smear/HPV DNA testini duymaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiş ve yaş, medeni hal, eğitim ve alkol kullanımı ile smear/HPV DNA testini duyma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre 31-40 yaş arası katılımcıların, evli, üniversite mezunu olan ve alkol kullanan kadınların daha büyük oranda smear/HPV DNA testini duydukları görülmüştür. Literatürü incelediğimizde Akyüz ve ark. çalışmasında evli kadınların pap-smear testini daha yüksek oranda, Özdemir ve ark. üniversite mezunu olanların smear/HPV-DNA testini daha yüksek oranda, Açıkgoz ve ark. yaş azalması ve eğitim düzeyi artması ile smear testini daha yüksek oranda duydukları belirtmiştir. Duman ve ark. çalışmasında yaş arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça pap-smear testini bilme oranları azalmaktadır (68,83,86,95). Çalışmamız literatürü desteklemekte olup risk faktörlerinin (yaş, alkol, cinsel yaşam) bilincinde olan eğitilmiş kadınların daha çok tarama yaptırdıklarını göstermektedir.

Çalışmamızda TSOY-32 ölçeğine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesi %51,1'i yetersiz, %19,3'ü sınırlı, %15,3'ü yeterli, %14,3'ü mükemmel bulunmuştur. Türkiye'de ve yurtdışında yapılan sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için yapılan çalışmalarda yetersiz olanların oranı %27,2-64,6 arasında, mükemmel olanların ise %5,8-52,5 arasında değişmektedir (63,65,89,98-100). Literatürle uyumlu olan çalışmamızda dikkat çeken bir konu; üniversite mezunu kişiler çalışmamızda çoğunlukta olmasına rağmen eğitim durumunun yüksek olması yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olmayı beraberinde getirmemekte olmasıdır. SOY kavramı henüz yeni önemi anlaşılan bir kavram olduğundan geliştirilmesi, öneminin toplum ve sağlık profesyonelleri tarafından anlaşılması için destekleyici politikalara ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Yurtdışı çalışmalarıyla ülkemizdeki çalışmalar arasındaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklılığın temel sebebinin eğitilmiş popülasyonun daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların kanser bilgi, tutumu ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi incelenmiştir. Buna göre akrabalarında ve yakın çevresinde kanser öyküsü bulunma, kanser tanısı almış olma, KETEM'i ve ulusal tarama kapsamında kanser taraması yapıldığını bilme, kanser taraması yaptırmaya ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Oldach ve ark. 1990-2011'de yayınlanan sağlık okuryazarlığı ve kanser taramasını arasındaki ilişkiyi inceleyen yedi

veri tabanı tarayarak yaptıkları çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı ile düşük kanser tarama oranları arasında bir ilişki eğilimi olduğunu belirtmişlerdir (101). Li ve ark. 'ları yaşlı Çinli Amerikalı'lara yaptığı bir diğer çalışmada yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kanser taramaları yaptırmada arasında ilişki olduğunu belirtmiştir (102). Papadakos ve ark. 17 makale ile inceleyerek yaptığı sağlık okuryazarlığı ve kanserin kendi kendi kendini yönetme davranışları (kansere taramaları, kemoterapi alımı, postoperatif komplikasyon riski) arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada yüksek sağlık okuryazarlığı ile kanser taramaları arasında ilişki bulunmuştur (103). Kendir ve ark. SOY düzeyi ile meme kanseri bilgisi ve tarama tutumları ilişkisinin irdelendiği çalışmada yetersiz SOY düzeyindeki katılımcıların meme kanseri bilgisinin en alt seviyede olduğu görülmüştür (104). Bizim sonucumuzun literatürle uyumlu olmaması kısıtlı katılımcıyla yapılması, kesitsel çalışma olması ve COVID-19 nedeniyle hastaneye başvuran popülasyonun değişmiş olabileceğinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ülkemize genellenebilir daha kapsamlı bir çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kolonoskopi testini duyma-yaptırma ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Uğur ve ark. sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kolonoskopi taraması yaptırmada arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (105). Peterson ve ark. çalışmasında sınırlı-yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlar kolorektal kanser taramaları hakkında daha az bilgi sahibidir (106). Kaliforniya'da yetersiz SOY'a sahip olanların kolorektal kanser taramalarına katılma ihtimallerinin düşük olduğu görülmüştür (107). Danimarka'da Horshauge ve ark. 2020 yılında yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile kolorektal kanser taraması yaptırmada arasında ilişki bulunmamıştır (108). Literatürde çalışmalar bölgelere göre farklılık göstermekte olup başlıca etken kültürel farklılıklar ve eğitim seviyeleri olabilir.

Çalışmamızda GGK testini duyma-yaptırma ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer bir çalışmada yüksek SOY seviyesinde olanların GGK yaptırmada davranışlarının daha fazla olduğu görülmüştür (105). Terry ve ark. GGK testini duymayan ve yaptırmayanların daha çok düşük SOY seviyesinde olanlar olduğunu göstermiştir (109). İngiltere'de yapılan bir çalışmada yetersiz SOY seviyesinin kolorektal kanser taramalarına katılımın önünde bir set olduğu belirtilmiştir (110).

Çalışmamızda kadınların mamografi testini duyma-yaptırmaları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ülkemizdeki çalışmalar sonucumuzu desteklemektedir (105,111). Berkman ve ark. düşük sağlık okuryazarlığının daha az mamografi taraması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir(112). Scott ve ark. Amerika’da yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların son 2 yıl içinde daha az mamografi taraması yaptırdıklarını, Davis ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada düşük okuryazarlığı olan kadınların mamografi bilgisinin eksik olduğunu belirtmiştir (113,114). Çalışmamız ülkemizdeki çalışmaları desteklemekte ancak yurtdışı çalışmalarıyla çatışmaktadır. Ülkemizde bu konuda daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda katılımcılardan kadınların KKMM duymaları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ancak KKMM yapma ile sağlık okuryazarlığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Uğur ve ark. çalışmasında KKMM yapma ile sağlık okuryazarlığı yüksek olması arasında anlamlı ilişki vardır (105). Rakhshkhorshid ve ark. İran sağlık okuryazarlığı anketi kullanarak yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı yüksek olan katılımcıların KKMM daha fazla yaptığı görülmüştür (115). Çalışmamız KKMM yapma-SOY ilişkisi açısından literatürle uyumlu olmaması izole bir sonuç olabilir. Bu çalışmada yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların KKMM duyma oranları yüksek olmasının değerli bir sonuç olduğunu düşünmekteyiz. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler KKMM ile ilgili afiş, broşür, sağlık profesyonellerince sözlü anlatıları daha iyi kavrayabildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların smear/HPV DNA testini duyma-yaptırmaları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ülkemizdeki çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile smear yaptıрма arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (105,111). Lee ve ark. Tayvan’da yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde ilişki bulunmamıştır (116). Scott ve ark. Amerika popülasyonu ile yaptığı çalışmada yetersiz SOY düzeyine olanların smear taramasını daha az yaptırdıkları görülmüştür (113). Marcus ve ark. çalışmasında düşük SOY seviyesindeki yaşlı bireyler tarama programından faydalanımlarının daha az olduğu ve serviks kanseri risklerinin daha fazla olduğu görülmüştür (117).

Literatürde bölgesel farklılıklardan kaynaklı sonuçlarda değişiklikler gözlenirse de çalışmamızın sonucu ülkemizdeki sonuçlarla benzerdir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 321 hasta Kasım-Ocak ayları arası rastgele olarak çalışmaya alınmıştır. Başvuran hasta popülasyonu kısıtlı olması nedeni Türkiye genelini yansıtmayabilir. Çalışmamız kesitsel olması sebebiyle hastaların sosyodemografik verilerindeki büyük farklılıklar mevcuttur. Örneklemin homojen yapıda olmamasından dolayı Türkiye popülasyonuna genellenebilir özellikte değildir.



6. SONUÇLAR

- Katılımcıların %64,2'si kadın, %58,9'u üniversite mezunudur.
- Katılımcıların %65,4'ü ülkemizde kanser taraması yapıldığını biliyor veya duymuş ancak ayrıntılı bilgi sahibi değildir.
- Akrabasında veya yakın çevresinde kanser öyküsü olan %60,7'dir.
- Katılımcıların %84,1'i hiç kanser taraması yaptırmamıştır.
- Katılımcıların %57'si KETEM'i hiç duymamıştır.
- Literatürde ve çalışmamızda GGK, kolonoskopi, mamografi, KKMM, smear/HPV-DNA tarama testlerini bilenlerin oranı yaptırılanların oranından yüksektir.
- Mamografi ve KKMM duyma oranları oldukça yüksektir. KKMM bilmeyen sadece 19 kişi vardır.
- Tarama yapıldığını bilenler bilgiyi sıklıkla medya/dergi/gazeteden, ikinci sıklıkla aile hekiminden almıştır.
- Tarama yaptırma sayısı GGK, kolonoskopi, mamografi ve smear/HPV-DNA testlerinde sıklıkla bir defadır. KKMM beklediğimiz bir sonuç olarak 5'ten fazla sıklıkla yapılan tek tarama testi olmuştur.
- Katılımcıların %51,1'i yetersiz sağlık okuryazarlığı, %14,3'ü mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.
- Tüm katılımcılardan GGK, kolonoskopi testini 31-40 yaş arası olanlar, kadın cinsiyet, üniversite mezunu olanlar; kolonoskopi testini kronik hastalığı olmayan katılımcılar daha yüksek oranda duymuştur.
- Kadın katılımcılardan 31-40 yaş arası olanlar KKMM, smear/HPV-DNA, mamografiyi; evli olan, alkol kullanan, üniversite mezunu olanlar smear/HPV DNA'yı; ortaokul mezunu olanlar mamografiyi daha yüksek oranda duymuştur.
- Akrabasında ve yakın çevresinde kanser öyküsü bulunma, kanser tanısı alma, KETEM'i duyma, ulusal tarama kapsamında kanser taraması yapıldığını bilme ve kanser taraması yaptırma ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamıştır.

- Katılımcıların kolonoskopi, GGK testini duyma/yaptırmaları ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamıştır.
- Kadınların mamografi, smear/HPV DNA testini duyma/yaptırmaları ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamıştır.
- Katılımcıların KKMM yapmaları ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamıştır.
- Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların KKMM duyma oranları daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışma sonucunda kanser taramaları hakkında katılımcıların farkındalığının artması sağlanmıştır.



7. ÖNERİLER

Kanser günümüzün ciddi halk sağlığı problemi olmuş ve mücadelesi günden güne zor hale gelmiştir. Toplumun kanser konusunda geçmişe göre farkındalığı artmış ancak erken evrelerde tanı ve tarama yöntemleri konusunda istenilen farkındalık seviyesi henüz sağlanamamıştır. Bölgesel kanser verileri çıkartılarak bireyler ASM, KETEM, TSM'ye düzenli çağırılıp eksikliklere yönelik kişiye uygun materyallerle eğitim verilmelidir. Genç hastaların kanserin ciddiyetini anlayamamaları sebebiyle okul çağlarından başlanan eğitim politikalarıyla taramaların önemine dair kısa basit düzeyde eğitimler verilebilir. Gezici hizmetlerle hem farkındalık artışı hem zaman ayıramayan hastaların fırsatçı taranması mümkün olabilir. Çalışmamız sonucunda bireylerin tarama konusundaki düşüncelerinde olumlu artış izlenmiş ve farkındalık sağlanmıştır.

Çalışmamız sonucunda kanser taramaları ve SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesinin yeterli-mükemmel hale gelmesi bireylerin kendi bedenini tanımasını, belirtilerinin kanser belirtisi olup olmayabileceğinin farkına varabilmesini ,kanser ve erken tanı ve tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olup tedaviye erken ulaşmasını, sağlık profesyoneliyle sağlıklı iletişimi sonucu tedaviye uyumu ve mortalite/morbiditenin önüne geçilmesini sağlayacaktır. Pozitif süreçle birlikte personel, kamusal maliyet yükünün, tedavi yükü minimuma inmesi sağlanacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. Cancer Today. [<https://gco.iarc.fr/today/home>] adresinden 20.12.2020 tarihinde erişilmiştir.
2. World Health Organization. Cancer. [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1] adresinden 19.12.2020 tarihinde erişilmiştir.
3. The Fifty-eighth World Health Assembly. Cancer prevention and control. 2005 May s. 1-5. Report No.: WHA58.22.
4. WHO | Guide to cancer early diagnosis. World Health Organization. [http://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/] adresinden 31.12.2020 tarihinde erişilmiştir.
5. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. Health literacy. WHO Regional Office for Europe 2013.
6. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. İLETİ-Ş-İM. 2013;73-92.
7. Sezer A. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Marmara Üniversitesi 2012.
8. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. The American journal of medicine 2005;118(4):371-7.
9. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. American family physician. 2005;72(3):463-8.
10. Stewart DW, Cano MÁ, Correa-Fernández V, Spears CA, Li Y, Waters AJ, vd. Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. BMC Public Health. 2014;14(1):1-6.
11. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Kanser Kontrol Programı 2013-2018. [<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-il-faaliyetleri.html?view=article&id=511&catid=383>] adresinden 20.12.2020 tarihinde erişilmiştir.
12. Tuncer M. Kanser in ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. İçinde: Türkiye’de Kanser Kontrolü. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2009. s. 5-9.
13. Cancer Country Profile 2020: Turkey. [https://www.who.int/cancer/country-profiles/TUR_2020.pdf?ua=1] adresinden 20.12.2020 tarihinde erişilmiştir.
14. Feigin V, Collaborators G 2015 RF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet 2016;388(10053):1659-724.
15. Wild CP, Stewart BW, Wild C. World cancer report 2014. World Health Organization Geneva, Switzerland; 2014.
16. Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, Greenfield TK, Rey G, Kerr WC, vd. Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. American Journal of Public Health. 2013;103(4):641-8.

17. Renehan AG, Roberts DL, Dive C. Obesity and cancer: pathophysiological and biological mechanisms. *Archives of physiology and biochemistry*. 2008;114(1):71-83.
18. Pharoah PD, Day NE, Duffy S, Easton DF, Ponder BA. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *International journal of cancer*. 1997;71(5):800-9.
19. Croce CM. Oncogenes and cancer. *New England journal of medicine*. 2008;358(5):502-11.
20. Sandhu MS, White IR, McPherson K. Systematic review of the prospective cohort studies on meat consumption and colorectal cancer risk: a meta-analytical approach. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2001;10(5):439-46.
21. Cochrane AL, Holland WW. Validation of Screening Procedures. *Br Med Bull*. 1978;3-8.
22. Tuncer M. Türkiye’de Kanser Kontrolü. İçinde: Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı; 2009.
23. Latest global cancer data 2020 – IARC. [https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2020/12/pr292_E.pdf] adresinden 20.12.2020 tarihinde erişilmiştir.
24. Houssami N, Irwig L, Ciatto S. Radiological surveillance of interval breast cancers in screening programmes. *The lancet oncology*. 2006;7(3):259-65.
25. Ulusal Kanser Tarama Standartları.[<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari>] adresinden 21.12.2020 tarihinde erişilmiştir.
26. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. 2016.
27. Güllüoğlu BM. Meme hastalıklarına yaklaşım:“Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2008;12(1):9-17.
28. Yılmaz MH. Meme kanserinde radyolojik tanı ve değerlendirme. *Meme Kanseri Sempozyum Dizisi*. 2006;54:27-30.
29. Yaffe M. AAPM tutorial. Physics of mammography: image recording process. *Radiographics*. 1990;10(2):341-63.
30. Taşkın C, Dağhan Ş, Kalkın A. Yaşlı bireylerin kolorektal kanserin riskleri ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin ve bu kanserle ilişkili risklerinin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*2014;5(3):88-93.
31. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. MemeKanserinde Tarama ve Tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010). *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*2012;8(3).
32. Organization WH. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.2020.
33. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. [[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)] adresinden 28.12.2020 tarihinde erişilmiştir.
34. Kurtoğlu E., Gürz AA. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik-Özel Konular*. 2014;7(4):1-4.
35. Metindir. J. Servikal Kanser Kontrolünde Human Papilloma Virüs Enfeksiyonlarına Karşı Aşılama. *Acta Oncologica Turcica*. 2007;40(1):5-10.
36. Kaya M, Programları AASKT. Halk Sağlığı Yaklaşımı ile Servikal Kanser Ankara. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. 2009;6-15.

37. Erolak V. Kolorektal Kanselerde Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 15 Şubat 2016;8(1):11-5.
38. Cronin KA, Lake AJ, Scott S, Sherman RL, Noone A-M, Howlader N, vd. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, part I: National cancer statistics. Cancer. 01 Temmuz 2018;124(13):2785-800.
39. Yang DX, Gross CP, Soulos PR, Yu JB. Estimating the magnitude of colorectal cancers prevented during the era of screening: 1976 to 2009. Cancer. 2014;120(18):2893-901.
40. Wei EK, Giovannucci E, Wu K, Rosner B, Fuchs CS, Willett WC, vd. Comparison of risk factors for colon and rectal cancer. International journal of cancer. 2004;108(3):433-42.
41. Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. New England Journal of Medicine. 1992;326(10):658-62.
42. Bogaert J, Prenen H. Molecular genetics of colorectal cancer. Annals of gastroenterology. 2014;27(1):9.
43. Ekblom A, Helmick C, Zack M, Adami H-O. Ulcerative colitis and colorectal cancer: a population-based study. New England journal of medicine. 1990;323(18):1228-33.
44. Brentnall TA, Haggitt RC, Rabinovitch PS, Kimmey MB, Bronner MP, Levine DS, vd. Risk and natural history of colonic neoplasia in patients with primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis. Gastroenterology. 1996;110(2):331-8.
45. Velayos FS, Loftus Jr EV, Jess T, Harmsen WS, Bida J, Zinsmeister AR, vd. Predictive and protective factors associated with colorectal cancer in ulcerative colitis: a case-control study. Gastroenterology. 2006;130(7):1941-9.
46. Wilkins T, McMechan D, Talukder A. Colorectal cancer screening and prevention. American family physician. 2018;97(10):658-65.
47. Karahasanoğlu T. Kolorektal Kanseler: Tanı ve Cerrahi Tedavi. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu Kitabı İstanbul. 2001;271-9.
48. Altekin E, Solak A, Tuncel P. Gaitada Gizli Kan Testlerinde Guaiak ve İmmunokimyasal Yöntemlerin Karşılaştırılması. Türk Klinik Biyokimya Dergisi. 2003;3:143-7.
49. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2008. American Journal of Gastroenterology. 2009;104(3):739-50.
50. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4):321-6.
51. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 15 Mart 2016;10(1).
52. Erkoç Y, Göçmen L, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Organization, Regional Office for Europe. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
53. Mitchell B, Begoray D. Electronic personal health records that promote self-management in chronic illness. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2010;15(3):1B-10B.
54. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine. 2008;67(12):2072-8.
55. Boxell EM, Smith SG, Morris M, Kummer S, Rowlands G, Waller J, vd. Increasing

awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: does health literacy play a role? Journal of health communication. 2012;17(sup3):265-79.

56. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12(1):80.

57. Sağır M, Parlakpınar H. Akılcı ilaç kullanımı 2014.

58. Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region. İçinde: World Health Organization Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document. 2009. s. 1-46.

59. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics; 2006.
[https://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483] 26.12.2020 tarihinde erişilmiştir.

60. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. Patient education and counseling. 2009;75(3):411-7.

61. Göran D, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. 1991.

62. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, vd. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC family practice. 2012;13(1):49.

63. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; 2018 s.108.Report No.: 978-975-590-689-8.
[https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf] adresinden 13.01.2021 tarihinde erişilmiştir.

64. Sağlık Okur Yazarlığı.pdf.
[https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf] adresinden 26.12.2020 tarihinde erişilmiştir.

65. Bakanlık TS. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Baskı Ankara: Anıl Reklam Matbaacılık. 2016.

66. Tekpınar H, Özen M, Aşık Z. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 15 Mart 2018;22(1):28-36.

67. Melike Özer Karabulut. Yetişkin Bireylerin Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi,Tutum ve Davranışları. Uzmanlık tezi. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, 2019.

68. Melike Esen Özdemir. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş ve Üzeri Bireylerin Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, 2016.

69. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Bolu F, Durak AA, vd. Düzce'de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 25 Ağustos 2017;7(1):1-10.

70. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. TAF Prev Med Bull. 2015;14(3):209-14.

71. Merdin A, Avci F. Toplumsal kanser ve hematoloji bilinci. Türk Onkoloji Dergisi.

2013;28(4):150-3.

72. Muazzez Özsöyler. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş ve Üzeri Hastaların Kansere Tarama Testleri Hakkında Bilgi ve Tutumları. Uzmanlık Tezi. S.B.Ü.İzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2018.
73. Yiğitbaş Ç, Bulut A, Semerci M. Knowledge and attitudes about cancer screening tests on adult admitted to state hospital of Bingöl. Turk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 01 Ocak 2016;19:29-38.
74. M A. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. Konuralp Medical Journal. 01 Ağustos 2010;2(2):1-4.
75. Şen SK, Öztürk YK. Sağlık Algısı ile Kansere Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 25 Aralık 2020;24(4):175-83.
76. Gultekin M, Ozgul N, Olcayto E. Kansere ve kansere risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması [Level of knowledge among Turkish people for cancer and cancer risk factors]. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2011;8:57-61.
77. Özyaydin AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir’de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(4):214-24.
78. Tat AN, Öztürk HB, Günay O, Balci E. Kayseri İli Yeşilhisar İlçesindeki Yetişkin Kadınların Kansere Taramaları ile İlgili Bilgi – Tutum ve Uygulamaları. İçinde: 3International 21National Public Health Congress 2019. [https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/603.] adresinden 20.02.2021 tarihinde erişilmiştir.
79. Uğur HG, Avci İA. Kansere Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 01 Nisan 2015;4(2):244-58.
80. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon’da kansere tarama testleri farkındalığı. Journal of Human Rhythm. 2015;1(3):90-4.
81. Gemalmaz A, Akçan A, Üner BA, Dişçigil G, Aydın M, Şahin NŞ, vd. Aydın merkez ilçede kolorektal kansere taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015;19(1):37-48.
82. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların Kansere Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları,. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 01 Aralık 2011;25(3):145-54.
83. Duman NBüyükayac, Koçak DYüks, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. GOP Taksim EAH JAREN. 2015;1(1):30-8.
84. Aker S, Öz H, Kaynar Tunçel E. Samsun’da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. J Breast Health. 2015;11:115-22.
85. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, vd. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC cancer. 2006;6(1):1-9.
86. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kansere konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;25(3):145-54.

87. Yılmaz HB, Aksüyek H. Bursa İlinde Meme Kanserinin Erken Tanısında Farkındalığın Önemi-Alan Çalışması. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2012;8(2).
88. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection from cancer and early diagnosis applications in Izmir, Turkey: a pilot study. *Cancer Nursing*. 2006;29(3):207-13.
89. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. 2014.
90. Coates RJ, Uhler RJ, Brogan DJ, Gammon MD, Malone KE, Swanson CA, vd. Patterns and predictors of the breast cancer detection methods in women under 45 years of age (United States). *Cancer Causes & Control*. 2001;12(5):431-42.
91. Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. The Influence of Breast Self-Examination on Subsequent Mammography Participation. *Am J Public Health*. 01 Mart 2005;95(3):506-11.
92. Sadler GR, Escobar RP, Ko CM, White M, Lee S, Neal T, vd. African-American women's perceptions of their most serious health problems. *Journal of the National Medical Association*. 2005;97(1):31.
93. Balaman P, Pehlivan E, Güneş G. Malatya İl Merkezinde 18 Yaş Üzeri Kadınların Kansere İlgili Bazı Tutumları ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları+. 2010.
94. Aker S, Oz H, Kaynar Tuncel E. Practice of Breast Cancer Early Diagnosis Methods among Women Living in Samsun, and Factors Associated with This Practice. *J Breast Health*. 07 Temmuz 2015;11(3):115-22.
95. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. :5.
96. Pehlivanoğlu EFÖ, Sari HB, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların Human Papilloma Virüs aşılması ve serviks kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 01 Aralık 2019;11(4):456-60.
97. Uysal Toraman A, Bırsel A. Knowledge about Cervical Cancer Risk Factors and Pap Testing Behaviour among Turkish Women. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 01 Temmuz 2009;10:345-50.
98. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 30 Eylül 2018;8(3):575-81.
99. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Health Literacy Levels and Affecting Factors of Patients Who Applied to A University Hospital Polyclinic. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 31 Mart 2019;8:27-35.
100. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, vd. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
101. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient Educ Couns*. Şubat 2014;94(2):149-57.
102. Li C-C, Matthews AK, Dong X. The Influence of Health Literacy and Acculturation on Cancer Screening Behaviors Among Older Chinese Americans. *Gerontol Geriatr Med*. Aralık 2018;4:2333721418778193.
103. Papadakos JK, Hasan SM, Barnsley J, Berta W, Fazelzad R, Papadakos CJ, vd. Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*. 01 Kasım

2018;124(21):4202-10.

104. Kendir C, Kartal M. Health literacy levels affect breast cancer knowledge and screening attitudes of women in Turkey: A descriptive study. *Turkish Journal of Public Health*. 31 Ağustos 2019;17(2):183-94.

105. Vecihe Yağmur Şen Uğur. Manisa Şehzadeler Eğitim ve Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2016.

106. Peterson NB, Dwyer KA, Mulvaney SA, Dietrich MS, Rothman RL. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *J Natl Med Assoc*. Ekim 2007;99(10):1105-12.

107. Sentell T, Braun KL, Davis J, Davis T. Colorectal cancer screening: low health literacy and limited English proficiency among Asians and Whites in California. *Journal of health communication*. 2013;18(sup1):242-55.

108. Horshauge PM, Gabel P, Larsen MB, Kirkegaard P, Edwards A, Andersen B. The association between health literacy and colorectal cancer screening uptake in a publicly funded screening program in Denmark: Cross-sectional study. *Prev Med Rep*. Eylül 2020;19:101132.

109. Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler AM, vd. The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer investigation*. 2001;19(2):193-200.

110. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive medicine*. 2014;61:100-5.

111. Dr. Ömer Faruk AKPINAR ProfDrSA. Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi. [İstanbul]: T.C. S.B.Ü. Okmeydanı Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği; 2019.

112. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med*. 19 Temmuz 2011;155(2):97-107.

113. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *Medical Care*. Mayıs 2002;40(5):395-404.

114. Davis TC, Arnold C, Berkel H (J), Nandy I, Jackson RH, Glass J. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 1996;78(9):1912-20.

115. Rakhshkhorshid M, Navaee M, Nouri N, Safarzaii F. The Association of Health Literacy with Breast Cancer Knowledge, Perception and Screening Behavior. *Eur J Breast Health*. Temmuz 2018;14(3):144-7.

116. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Health Education & Behavior*. 2012;39(2):210-8.

117. Marcus AC, Crane LA. A Review of Cervical Cancer Screening Intervention Research: Implications for Public Health Programs and Future Research. *Preventive Medicine*. 01 Ocak 1998;27(1):13-31.

9. EKLER

EK-1 : SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ ANKETİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN YETİŞKİN HASTALARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma ile araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış Sosyodemografik Veriler ve Kanser Taramaları Hakkında Bilgi Anketi ve güvenilirliği kanıtlanmış TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32) kullanılarak kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutumları değerlendirmek ve sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

ANKET KATILIMCISI ONAY FORMU

Araştırmacı tarafından AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN YETİŞKİN HASTALARIN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ konulu çalışma hakkında bilgilendirilerek katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katıldığım takdirde bana ait bilgilerin gerek araştırma sırasında gerekse sonuçların bilimsel amaçla kullanılması sırasında gizliliğin korunacağına ve özenle yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırmada bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve finansal sorumluluk almıyorum. Yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunuyorum. Kendi isteğimle adı geçen araştırma projesinde katılımcı olmayı kabul ediyorum.

İMZA

Kanser Taramaları Hakkında Bilgi Anketi

1) Yaşınız?

2) Cinsiyetiniz?

a)Kadın b)Erkek

3) Medeni durumunuz?

a) evli b) bekar c) Eşi vefat etmiş/Eşinden ayrılmış

4) Eğitim durumunuz nedir?

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

5) Gelir durumunuz nedir?

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

6) Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evet b)hayır c)bıraktım

7)Alkol kullanıyor musunuz?

a)Evet b)hayır c) bıraktım

8)Kronik bir hastalığınız var mı ?Varsa hastalıklarınızı belirtiniz.

a) yok b) var

.....

9)Tanılı kanser hastalığınız var mı ? Varsa belirtiniz

a) yok b) var

.....

10)Akrabalarınızda yada yakın çevrenizde kanser olan var mı? Varsa neyiniz oluyor?

a) yok b) var

.....

11) Ülkemizde ulusal tarama kapsamında kanser taraması yapıldığını biliyor musunuz?

a) evet b) hayır c) duydum ancak ayrıntılı bilgim yok

12.Kanser tarama testlerini biliyorsanız bilgiyi nereden aldınız? Bilmiyorsanız diğer soruya geçiniz.

- a) Aile hekiminiz b) poliklinik branş hekimi c) Medya /dergi/gazete
d)komşu/çevre e) diğer sağlık çalışanı (hemşire,att..vb)

13.KETEM hakkında bilginiz var mı?

- a) Duydum ancak pek bilğim yok b) bilğim var c)bilğim yok

14.Ülkemizde ulusal tarama kapsamında aşağıdaki kanserlerden hangileri için tarama yapılmaktadır? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.

- a) Akciğer b) Rahim-ağzı kanseri (serviks) c) Kalın barsak(kolon) d) Prostat
e) Cilt f) Meme g) Mide i) Fikrim yok j) Diğer

15. Hiç kanser taraması yaptırdınız mı?

- a)evet b)hayır

16. Aşağıdaki tarama testlerini duydunuz mu ? işaretleyiniz.

Kendi kendine meme muayenesi (kadın hastalar için)	a)Hayır	b) Evet
Mamografi (kadın hastalar için)	a) Hayır	b) Evet
Gaytada gizli kan testi	a) Hayır	b) Evet
Kolonoskopi	a) Hayır	b) Evet
Smear/HPV-DNA testi (kadın hastalar için)	a) Hayır	b) Evet

17.Aşağıdaki tarama testlerini hiç yaptırdınız mı? İşaretleyiniz

Kendi kendine meme muayenesi (kadın hastalar için)	a)Hayır	b) Evet
---	---------	---------

Mamografi (kadın hastalar için)	a) Hayır	b) Evet
Gaytada gizli kan testi	a) Hayır	b) Evet
Kolonoskopi	a) Hayır	b) Evet
Smear/HPV-DNA testi (kadın hastalar için)	a) Hayır	b) Evet

18.Aşağıdaki tarama testlerinden yaptırdığınız varsa hangi sıklıkla ve kaç defa yaptırdığınızı belirtiniz.

Kendi kendine meme muayenesi (kadın hastalar için)	
Mamografi (kadın hastalar için)	
Gaytada gizli kan testi	
Kolonoskopi	
Smear/HPV-DNA testi (kadın hastalar için)	

19.Tarama yaptırmadıysanız tarama yaptırmama nedeniniz/nedenleriniz nelerdir? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

- a)Tarama yapıldığını bilmiyordum
- b) Zaman ayıramıyorum
- c) Nereye başvurmam gerektiğini bilmiyorum
- d) Maddi olanaksızlıklar
- e) Doktora gitmeye çekiniyorum
- f) Kötü bir hastalığım olmasından korkuyorum
- g) Tıbbı güvenmiyorum
- h) Ailemde kanser olmadığı için
- i) Diğer, açıklayınız.....

20.Kanser taramasını duymadıysanız yada yaptırmadıysanız bu anket/bilgilendirme sonrası yaptırmayı düşünür müsünüz?

a)hayır

b)evet

c)bilmiyorum



EK-2:TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıklıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilaç kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					