



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GAZİOSMANPAŞA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
30-70 YAŞ ARASI BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Fatih YEĞENLER

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GAZİOSMANPAŞA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
30-70 YAŞ ARASI BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Fatih YEĞENLER

Tez DanıŐmanı: Prof. Dr. Okcan BASAT

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi aldığım 6 yıl boyunca engin tıbbi bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, öğrencisi olmaktan gururlandığım saygıdeğer hocam, tez danışmanım ve Aile Hekimliği Klinik ve Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. Okcan BASAT'a sonsuz saygıyla teşekkür ederim.

Bana tez çalışmam sırasında desteğini esirgemeyen eğitim hayatım boyunca yolumun keşiştiği tüm hocalarım, uzman hekimler, asistan arkadaşlarım ve yardımcı sağlık personeline,

Tez çalışmam sırasında bana maddi ve manevi desteğini esirgemeyen eşim Berranur'a, çalışırken tüm yorgunluğumu şirinlikleriyle alıp beni motive eden çok değerli evlatlarım Emir Yusuf, Agah ve Selman Alp'e ve yaşamım boyunca bana destek olan güzide aileme,

Çalışmamıza katılan tüm hastalarımıza ve emeği geçen diğer kişilere,

En içten dileklerle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	vi
TABLOLAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	11
2. GENEL BİLGİLER	13
2.1. Kanser Tanımı	13
2.2. Kanserın Vücutta Kaynaklandığı Doku ve Organlar.....	13
2.3. Kanserın Etkilediği Kişiler	13
2.4. Kanser Etiyolojisi ve Kanserojen ajanlar	14
2.4.1. Yaş.....	14
2.4.2. Cinsiyet.....	14
2.4.3. Tütün ve Tütün Mamülleri Kullanımı	14
2.4.4. Beslenme Durumu ve Obezite Faktörü	14
2.4.5. Alkol Kullanımı.....	15
2.4.6. Enfeksiyöz Ajanlar	15
2.4.7. Mesleksel Maruziyetler ve Çevre Kirliliği	15
2.4.8. İyonize Radyasyon	16
2.4.9. Genetik Etkenler	16
2.4.10. Doğumsal Durumlar	16

2.4.11. İatrojenik Durumlar	16
2.5. Kanser Epidemiyolojisi	17
2.5.1. Türkiye’de Kanser	17
2.5.2. Dünya’da Kanser	20
2.6. Kanserden Korunma	28
2.6.1. Kanser ve Önemli Hastalık Kavramı.....	28
2.6.2. Koruyucu Hekimlik Bakımından Hastalıklardan Korunma	28
2.6.2.1. Primordiyal Korunma	28
2.6.2.2. Primer Korunma	28
2.6.2.3. Sekonder Korunma	29
2.6.2.4. Tersiyer Korunma.....	29
2.6.3. Kişiyeye Yönelik Olan Koruyucu Hizmetler	29
2.6.4. Çevreyeye Yönelik Olan Koruyucu Hizmetler	29
2.6.5. Kanseri Önleme	30
2.6.5.1. Tütün Kullanımının Önlenmesi	30
2.6.5.2. İmmobilite, Sağlıksız Beslenme ve Fazla Kiloluluğun Engellenmesi.....	30
2.6.5.3. Alkol Kullanımı	30
2.6.5.4. Enfeksiyonlar	31
2.6.5.5. Çevre Kirliliği	31
2.6.5.6. Mesleki Karsinojen Ajanlar	31
2.6.5.7. Radyasyon.....	31
2.6.6. Kanserde Erken Tanı ve Tarama	31
2.6.7. Erken Tanı Yöntemi Olan Kanserler ve Erken Tanı Yöntemleri	33
2.6.8. Spesifik Kanserlerin Taranması	33
2.6.8.1. Meme Kanseri.....	33
2.6.8.2. Serviks Kanseri.....	34
2.6.8.3. Kolorektal Kanserler.....	34
2.6.8.4. Akciğer Kanseri	35

2.6.8.5. Prostat Kanseri.....	35
2.6.8.6. Deri Kanserleri.....	36
2.6.8.7. Endometrium Kanseri.....	36
2.6.8.8. Baş-Boyun Kanserleri.....	36
2.7. Türkiye ve Dünya’da Kanser Taramaları	36
2.7.1. Türkiye’de Kanser Taramaları	36
2.7.1.1. Türkiye’de Meme Kanseri Taraması.....	36
2.7.1.2. Türkiye’de Serviks Kanseri Taraması	37
2.7.1.3. Türkiye’de Kolorektal Kanser Taraması	37
2.7.1.4. Kanser Taramalarının Yürütüldüğü Merkezler	37
2.7.1.5. Kanser Taramasında Kullanılan Malzeme Temini.....	37
2.7.1.6. Kanser Taramalarına Katılmak İstemeyenler	38
2.7.2. Dünya’da Kanser Taramaları	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Şekli.....	39
3.2. Etik Kurul Onayı ve Onam.....	39
3.3. Araştırmada Kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği.....	39
3.4. Araştırmanın Yeri	40
3.5. Araştırma Kapsamına Alınan Kişiler.....	40
3.6. Araştırmanın Örnekleme	40
3.7. Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	41
3.8. Veri Toplama Araçları.....	41
3.9. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	41
4. BULGULAR	42
4.1. Sosyodemografik Özellikler ve Ölçekle İlgili Sorular	42
4.2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanının Değerlendirilmesi	44

5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR.....	61



KISALTMALAR

DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBV	: Epstein Bar Virüs
GLOBOCAN	: Global Cancer Observatory
HPV	: Human Papilloma Virus
HPY	: Helicobacter Pylori
IARC	: International Agency Research on Cancer
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
WHO	: World Health Organization

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de Ölüm Nedenleri Dağılımı.....	17
Tablo 2. Tüm Yaş Gruplarında ve Tüm Kanser Çeşitlerinde Özet Tablo (2020).	27
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı .	44
Tablo 4. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğindeki Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı	46
Tablo 5. Katılımcıların Kanser Tarama Tutum Ölçeği Puanının Sosyo-Demografik Cevaplara Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 6. Kanser Tanısı Konma ve Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı ve İlişkileri	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2016 Yılında Erkeklerde ve Tüm Yaş Gruplarında En Sık Görülen Kanseler. (100.000 kişide insidans).....	18
Şekil 2. 2016 Yılında Kadınlarda ve Tüm Yaş Gruplarında En Sık Görülen Kanseler. (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)	18
Şekil 3. 0 İle 14 Yaş Gruplarındaki Erkek Çocuklarda Görülen Kanselerinin Bu Grup İÇindeki Yüzdelerik Dağılımları (Diğer / Tanımlanmamış malign neoplazmlar hariç) 19	
Şekil 4. 0 ile 14 Yaş Gruplarındaki Kız Çocuklarda Görülen Kanselerinin Bu Grup İÇindeki Yüzdelerik Dağılımları (Diğer / Tanımlanmamış malign neoplazmlar hariç).19	
Şekil 5. 0 İle 14 Yaş Gruplarındaki Çocuklarda Görülen Kanselerinin Bu Grup İÇindeki Yüzdelerik Dağılımları (Diğer / Tanımlanmamış malign neoplazmlar hariç)	20
Şekil 6. 2000 İle 2019 Yılları Arasında Dünya Genelindeki En Sık Görülen 10 Ölüm Sebebi (100.000 kişide mortalite)	21
Şekil 7. Düşük Gelirli Ülkelerde 2000-2019 Yılları Arasında Gözlemlenen En Sık 10 Ölüm Sebebi (100.000 kişide mortalite)	22
Şekil 8. Düşük-Orta Gelirli Ülkelerde 2000-2019 Yılları Arasında Gözlemlenen En Sık 10 Ölüm Sebebi (100.000 kişide mortalite).....	23
Şekil 9. Orta-Yüksek Gelire Sahip Ülkelerde 2000-2019 Yılları Arasında Gözlemlenen En Sık 10 Ölüm Sebebi (100.000 kişide mortalite).....	24
Şekil 10. Yüksek Gelirli Ülkelerde 2000-2019 Yılları Arasında Gözlemlenen En Sık 10 Ölüm sebebi (100.000 kişide mortalite).....	25
Şekil 11. Tüm Yaş Gruplarında, Her İki Cinsiyette ve Tüm Kanseler Türlerinde Sıklık (2020).....	26
Şekil 12. Tüm Yaş Gruplarında, Erkeklerde ve Tüm Kanseler Türlerinde Sıklık (2020)	26
Şekil 13. Tüm Yaş Gruplarında, Kadınlarda ve Tüm Kanseler Türlerinde Sıklık (2020)	27

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı; 30-70 yaş arası bireylerin kanser tarama testlerine karşı tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, analitik (karşılaştırmalı) kesitsel çalışma olup, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 30 Aralık 2020 - 30 Mart 2021 tarihleri arasında başvuran 177 erkek ve 172 kadın ile yapıldı. Çalışmaya 30-70 yaş arası, bilinen akut sağlık problemi olmayan ölçeği yanıtlamasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel engeli olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edildi. Katılımcıların sosyodemografik verileri, kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği yüzyüze görüşme tekniği ile sorgulandı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22.0 programı kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: 177 erkek ve 172 kadından oluşan araştırma grubumuzun yaş ortalaması $44,14 \pm 9,58$ (min:31 max:69) yılıdır. Yaşın artması, kadın cinsiyet, daha önce kanser tanısı konma, ailesinde kanser varlığı olma, sigara kullanımının artması, düzenli egzersiz yapma, kronik hastalığı olma, kendisinde kesinleşmiş kanser hastalığı olma durumlarında ölçek puanının arttığı, eğitim düzeyi artışı, alkol kullanımı artışı, çalışma durumu artışında ise kanser taramalarına katılımın azaldığı görüldü.

Sonuç: Kanser taramalarına yönelik tutumun daha objektif değerlendirilebilmesi için standart bir ölçek kullanımı daha uygun olabilir. Toplumun kanser taramalarına yönelik bilgi ve farkındalığının çoğunluğunu birinci basamak sağlık kuruluşlarında edindiği görülmüştür. Kanser etkenlerinin toplumda maruziyetinin azaltılması ve özellikle çalışan insanlar olmak üzere toplumun düzenli kanser taraması yaptırması sağlanmalıdır. Bunun için basın ve yayın organlarında kanser taramaları hakkında kamu spotları yayını artırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kanser taramaları, Tutum, Ölçek.

ABSTRACT

Introduction and Objective: The aim of this study is; conducted to evaluate between 30- 70 years old the attitudes of individuals towards cancer screening tests.

Method: The study was planned as a Single-center, analytical (comparative) is the cross-sectional study and It was conducted with 170 men and 170 women who applied to Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital Family Medicine Outpatient Clinic between 30 December 2020 - 30 March 2021. The study included those aged 30-70 who did not have cognitive and visual impairments that would prevent them from responding to the scale without a known acute health problem, and those who agreed to participate in the study. Sociodemographic data of the participants and the scale of attitude towards cancer screening were questioned using face-to-face interview technique. SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22.0 for statistical analysis of the data obtained program used. Significance level was evaluated as $p < 0.05$.

Results: The average age of our research group, consisting of 177 men and 172 women, was 44.14 ± 9.58 (min: 31 max: 69) years. Increased age, female gender, previous cancer diagnosis, family cancer, increased smoking, regular exercise, chronic illness, increased scale score, increased education level, increased alcohol use, increased employment status it was observed that participation in cancer screening decreased.

Conclusion: A standard scale may be more appropriate to evaluate the attitude towards cancer screening more objectively. It has been observed that the majority of the knowledge and awareness of the society about cancer screening has been acquired in primary health care institutions. It should be ensured that the exposure of cancer agents in the society is reduced and that the society, especially working people, have regular cancer screening. For this, public service announcements about cancer screening in the press and media organs should be increased.

Keywords: Cancer screening, Attitude, Scala

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesiyle, vücudun neredeyse her organından veya dokusundan başlayabilen, vücudun bitişik kısımlarına geçerek veya diğer organlara kan ve lenf yoluyla yayılarak büyüyen ve dağılan önemli hastalık grubuna kanser denir. Kanser yayılmasıyla ortaya çıkan duruma ise metastaz denir. Kansere bağlı ölümlerin çoğundan metastazlar sorumludur. Kanser diğer isimlerine neoplazm veya kötü huylu tümör de denir. Kanserden sadece hastalar değil hasta yakınları da etkilenmektedir. Kanserden ölümler Dünya çapındaki ölümler içerisinde ilk 10 da yer almaktadır. Kanserle ilişkili birçok faktör tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları; yaş, obezite, tütün kullanımı, cinsiyet, enfeksiyon ajanları, genetik faktörler, radyasyon, çevre kirliliği ve alkoldür (1). Sigara ve alkol kullanmama, düzenli egzersiz ve sağlıklı beslenme ile kanser vakaları yüzde 30-50 arasında engellenebilir (2).

Kanserde erken tanı yöntemleri ilk kez Amerika'da American Cancer Society tarafından belirlenmiştir (3).

Kanser dünyada önde gelen ölüm nedenlerindedir ve 2020'de yaklaşık 10 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir (4). Dünya'nın birçok ülkesinde ve Türkiyede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada ölüm nedenidir (5). Kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken dönemde yakalanması gerekmektedir. Kanser erken dönemde yakalandığı toplumlarda kansere bağlı mortalite düşüktür. Ülkemizde ve gelişen ülkelerde kanser sıklığı artmaktadır. Bu artışa bağlı olarak kanser tarama programlarının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Kanser taramaları sonucu erken dönemde tespitlerle kansere bağlı ölümler %30'dan fazla oranlarda önlenir (6).

Kanseri önlemek birincil koruma iken tarama yapmak ise ikincil korumaya örnektir (7).

Tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, sağlık kurumlarından yararlanım oranının ve ortalama yaşam süresini artması her yıl daha fazla sayıda kanser hastasına tanı konmasını sağlamaktadır. Kanser hastalarına erken tanı konması için periyodik

kanser taramaları önemlidir (8). Periyodik kanser taramalarında ülkemizde kolorektal kanser, serviks kanseri ve meme kanseri taranmaktadır.

İki bin dört yılında Türkiye’de Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) açılmıştır. Toplum temelli kanser taramaları sistematik hale getirilmiştir.

Kanser taramalarına katılımın ve kanser taramalarının toplumdaki karşılığının geri dönüşünün daha objektif değerlendirilebilmesi için toplumda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış ölçeklerin kullanılması, genellikle gözlenemeyen tutum, zeka, kişilik ve psikopatoloji gibi değişkenlerin daha objektif değerlendirilebilmesi için de gereklidir (9,10,11). Tutum, bireysel davranışın kaynağıdır. Bu nedenle tutumların güvenilir bir şekilde ölçülmesiyle tutum davranış ilişkisi daha net ortaya konmaktadır ve bireysel tepki ve eğilimler bu şekilde daha doğru tespit edilmektedir (12).

Bu çalışmamızın amacı aile hekimliği polikliniğine başvuran 30-70 yaş arası bireylerin sosyodemografik verileri ile kanser tarama testlerine karşı tutum ve davranışlarını belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı

Kanser kelime olarak Fransızca “cancer” kelimesinden köken alır. Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük’te “Bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmasına bağlı olarak yakın dokulara yayılması veya uzak dokulara sıçramasıyla beliren hastalık, amansız hastalık” açıklamasıyla tanımı yapılmıştır (13).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kanseri şöyle tanımlamıştır; Anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesiyle, vücudun neredeyse her organından veya dokusundan başlayabilen, vücudun bitişik kısımlarına geçerek veya diğer organlara yayılarak büyüyen ve dağılan önemli hastalık grubuna kanser denir. Kanser yayılmasıyla ortaya çıkan durumuna ise metastaz denir. Kansere bağlı ölümlerin çoğundan metastazlar sorumludur. Kanser diğer isimlerine neoplazm veya kötü huylu tümör de denir.

TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı’nın web sitesindeki tanımına göre kanser; “Bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urlara denir. Genel anlamda ise kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100'den fazla hastalık grubudur.” Şeklinde tanımlanmaktadır.

2.2. Kanser Vücutta Kaynaklandığı Doku ve Organlar

Kanser vücuttaki herhangi bir doku veya hücreden köken alabilir (4). Kanser gelişebilen vücudun bazı bölümleri; mide, kolon, rektum, anüs, karaciğer, penis, göz, beyin, over, mesane, serviks, dudak, oral kavite, prostat, meme, larenks, safra kesesi, testis, tiroid, kan, lenf nodu, özofagus, kemik, cilt vb örnek olarak verilebilir (14).

2.3. Kanser Etkilediği Kişiler

Kanser toplumun her kesiminden herkesi etkiler. Kanser sadece kanser olanları değil, onların ailesine ve toplum üzerine de büyük bir ağırlık getirir. (4).

2.4. Kanser Etiyolojisi ve Kanserojen ajanlar

Kanserin cinsine göre bazı etkenlerinde önemi değişmektedir. Bazı etkenler bazı kanserler için veya bazı dokular için daha yüksek risk oluşturmaktadır. Bunlara örnek olarak; yaş, cinsiyet, tütün kullanımı, beslenme, şişmanlık (obezite), alkol alımı, enfeksiyon etkenleri, meslekle ilgil faktörler, çevre kirliliği, iyonizan ve noniyonizan radyasyon ve genetik etkenler verilebilir. (1,7,15,16).

2.4.1. Yaş

İlerleyen yaşlarda kanser görülme ihtimali artar. Yaş, kanser için önemli risk faktörlerindedir. 65 yaş üzerinde tüm kanser vakalarının üçte ikisine rastlanır. Erkeklerde kanser gelişme ihtimali; 0 yaştan 49 yaşa kadar 29 da 1, 50 ile 59 yaş arasında da 15 te 1, 60 ile 69 yaş arasında 6 da 1 ve 70 ve üzeri yaşta ise 3 te 1 dir. Kadınlarda kanser gelişme ihtimali; 0 yaştan 49 yaşa kadar 19 da 1, 50 ile 59 yaş arasında 17 de 1, 60 ile 69 yaş arasında 10 da 1 ve 70 ve üzeri yaşlarda 4 te 1 dir (17).

2.4.2. Cinsiyet

Erkek cinsiyete sahip kişilerde kanser gelişme ihtimali daha yüksektir. Genel anlamda bakıldığında hayatları boyunca erkekler %44 ve kadınlar %38 oranında kanser riskiyle karşı karşıyadırlar. (17).

2.4.3. Tütün ve Tütün Mamülleri Kullanımı

Dünya genelinde kanserlerin en büyük etkeni tütün ve tütün mamülleri kullanımınıdır. (16). Gelir düzeyi yüksek ülkelerde kanserlerin üçte biri tütün ürünleri kullanımıyla ilişkilidir. (2,18). Orta ve düşük gelirli ülkelerde tütün kullanımı daha geç yaşlarda başladığı için tütün ürünlerine bağlı kanser oranı yüksek gelirli ülkelere göre düşüktür. (16) Tütün ürünleri ve sigara dumanında bulunan bazı kanserojen maddeler de kanserle ilgilidir (7).

2.4.4. Beslenme Durumu ve Obezite Faktörü

Beslenme durumu hem kansere neden olabilir hem de beslenme durumunun kanserden koruyucu olabileceğini öne süren çalışmalar mevcuttur. Bitkisel lif yönünden fazla, Doymuş yağ içeriği, alkol, tuzlu gıdalar, salamura ürünler, tütülenmiş yiyecekler, kırmızı et yönünden az olan beslenme geleneğinin kolon,

prostat, meme, mide, akciğer ve özefagus (yemek borusu) kanserlerini azalttığı yönünde somut çalışmalar vardır. Obezitenin, özofagus (yemek borusu), pankreas, kolorektal, menapoz sonrası meme, endometriyum ve böbrek kanseri riskleriyle bağlantılı olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. (7,16).

2.4.5. Alkol Kullanımı

Çok miktarda ve uzun süreli alkol kullanımı oral kavite (ağız), farenks, larenks, özefagus (yemek borusu), karaciğer, pankreas, kolorektal ve meme kanseri olma ihtimalini artırmaktadır (2,19).

2.4.6. Enfeksiyöz Ajanlar

Enfeksiyon etkenlerinin kanserle ilişkisi son yarım yüzyılda daha da netleşmiştir (2). Enfeksiyöz etkenlerden virüsler bakteriler ve parazitler dünya genelinde ikinci sırada gelmektedir (16).

Enfeksiyon etkenleri ve bağlantılı oldukları kanser çeşitleri;

Hepatit B,C,D: karaciğer, safra yolları, lenfoma, lösemi,

HPV tip 16: serviks, vulva, vajina, penis,

EBV: nazofarenks, lösemi, lenfoma, mide,

HPY: mide, lösemi, lenfoma,

Opistorchis Viverrini: karaciğer, safra yolu,

Olarak örnek verilebilir. (16)

2.4.7. Mesleki Maruziyetler ve Çevre Kirliliği

1775 Yılında Percival Pott baca temizlikçilerinde skrotum kanseri artışını tanımlamıştır (2). Çalışılan meslekte akrilonitril, arsenik, asbest, benzen, kimyasal boyalar, krom, formaldehit, nikel, vinil klorid gibi kimyasal ajanlara maruziyet fazlalığı, bu alanlarda çalışanların mesleki maruziyetleri, çeşitli kanser türleriyle bağlantılıdır (2,16).

Gelir düzeyi yüksek ülkelerde mesleğe bağlı kanser riski %2-3 civarındadır (18,20).

Çevresel olarak maruziyete uğranan ultraviyole ışınları, arsenik, asbest, benzen, krom gibi ajanlar da kanserle bağlantılıdır. (2)

2.4.8. İyonize Radyasyon

İyonize radyasyon kanser gelişimini uyarmaktadır ve kanser gelişmesine predispozisyon yaratmaktadır (2). Hatta iyonize radyasyonun çok yüksek dozları ani olarak ölüme neden olabilmektedir (21). Fakat kanser oluşumu için radyasyon dozu da önemlidir (7). Lösemiler, deri kanseri, meme kanseri, akciğer kanseri, tiroid kanseri, beyin kanseri, mide kanseri, mesane kanseri, karaciğer kanseri, böbrek kanseri ve over kanserleri radyasyonla bağlantılıdır. (2,16)

2.4.9. Genetik Etkenler

Retinoblastom gibi bazı kanser çeşitlerinde ailesel geçiş olabildiği gibi, kanser olmadığı halde Familial Adenomatöz Polipozis gibi bazı ailesel hastalık zemininden de kanser gelişebilmektedir (7). Bazı toplumlarda genetik olarak belirtilebilecek kanser sayısı az olsa da bazı mutasyonlu genler kanser riskini fazlaca arttırmaktadır (16).

Genetik olarak kansere neden olan bazı sendromlara örnek olarak; ataksi telenjiektazi, cowden sendromu, otoimmün lenfoproliferatif sendrom, familial adenomatöz polipozis, familial melanom, juvenil polipozis sendromu, nörofibromatozis tip1 ve 2, tuberoskleroz vb verilebilir (17).

2.4.10. Doğumsal Durumlar

Doğum kadınlar da meme, uterus ve over kanserini azalttığıyla ilgili epidemiyolojik çalışmalar vardır (2).

2.4.11. İatrojenik Durumlar

Medikal tedavilere bağlı komplikasyonlar bazen kısa sürede bazen de uzun süreli tedaviler sonucunda ortaya çıkabilir. Tedavilere bağlı uzun dönem komplikasyonlardan birisi de kanser gelişmesidir. İatrojenik sebeplerle ilişkili

kısından iyonizan radyasyon ve dietilstilbestrol, oral kontraseptifler, eksojen östrojen-progesteron alımı, analjezikler gibi ajanlar sorumlu tutulmaktadır (2).

2.5. Kanser Epidemiyolojisi

2.5.1. Türkiye’de Kanser

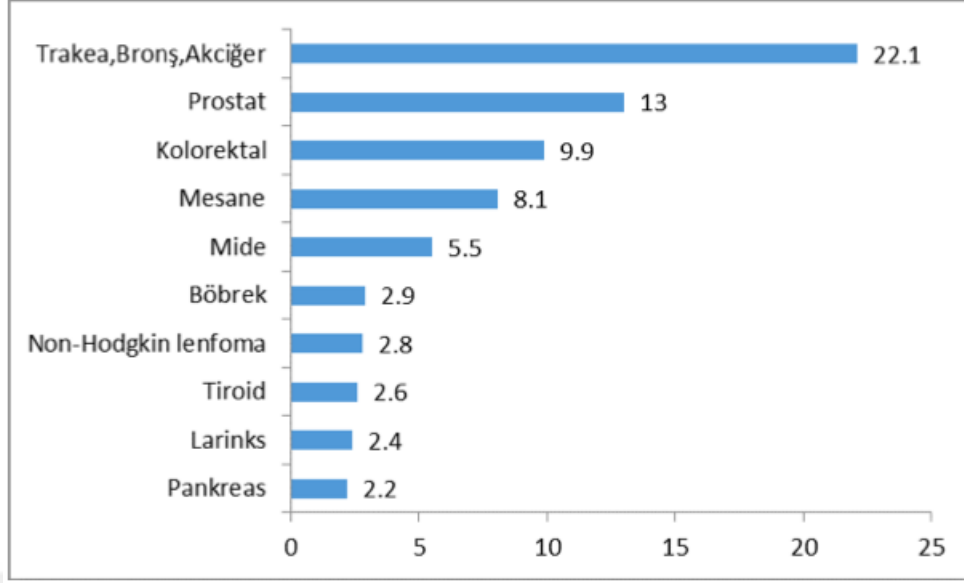
24 Haziran 2020’de TÜİK tarafından yayınlanan Ölüm Nedeni İstatistiklerini incelediğimizde ülkemizdeki ölüm nedenlerinin dağılımında 2019 yılında %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer aldı. Bu ölüm nedenini %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları izledi. (22)

Bilginin ayrıntıları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Türkiye’de Ölüm Nedenleri Dağılımı (22)

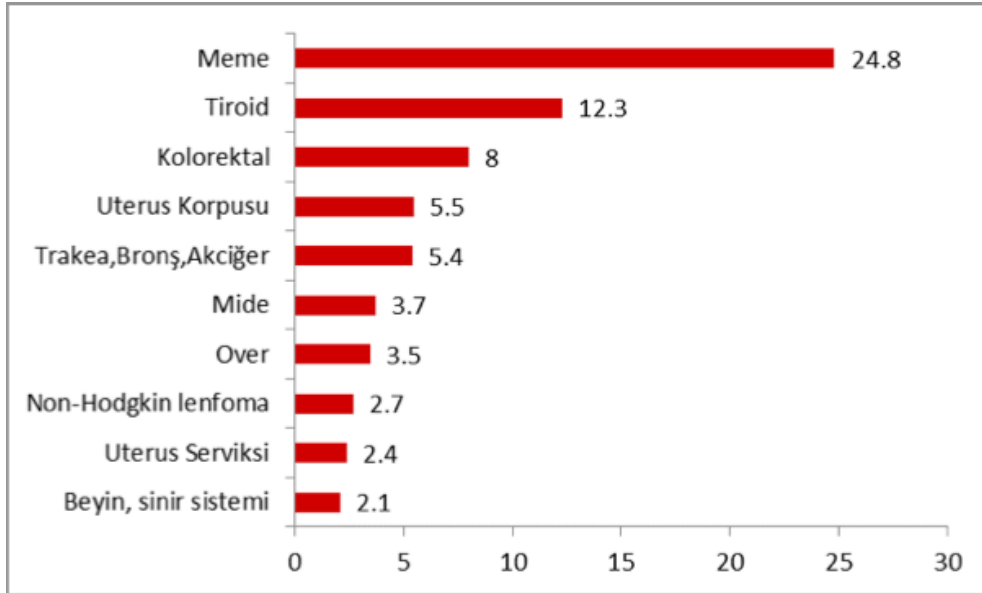
Ölüm Nedeni	Yüzde (%)
Dolaşım sistemi hastalıkları	36,8
Malign ve benign neoplazmlar	18,4
Solunum sistemi hastalıkları	12,9
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	4,6
Endokrin, beslenme ve metabolizmaya ilgili hastalıklar	4,4
Dışsal yaralanmalar ve zehirlenmeler	3,7
Diğer	13,4

2016 yılında erkeklerde en sık görülen kanserler trakea, bronş, akciğer, ikinci sıklıkta görülen kanser prostat ve üçüncü sıklıkta görülen ise kolorektal kanserdir. (Şekil 1) (23).



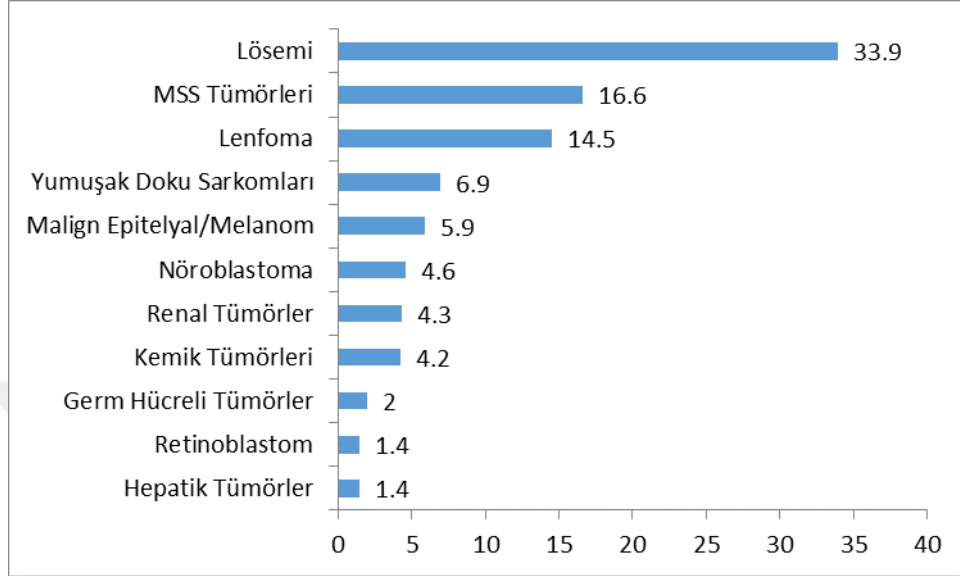
Şekil 1. 2016 Yılında Erkeklerde ve Tüm Yaş Gruplarında En Sık Görülen Kanserler. (100.000 kişide insidans) (23).

2016 yılında kadınlarda en sık görülen kanser meme, ikinci en sık görülen kanser tiroid ve üçüncü en sık görülen ise kolorektal kanserdir (Şekil 2.) (23).

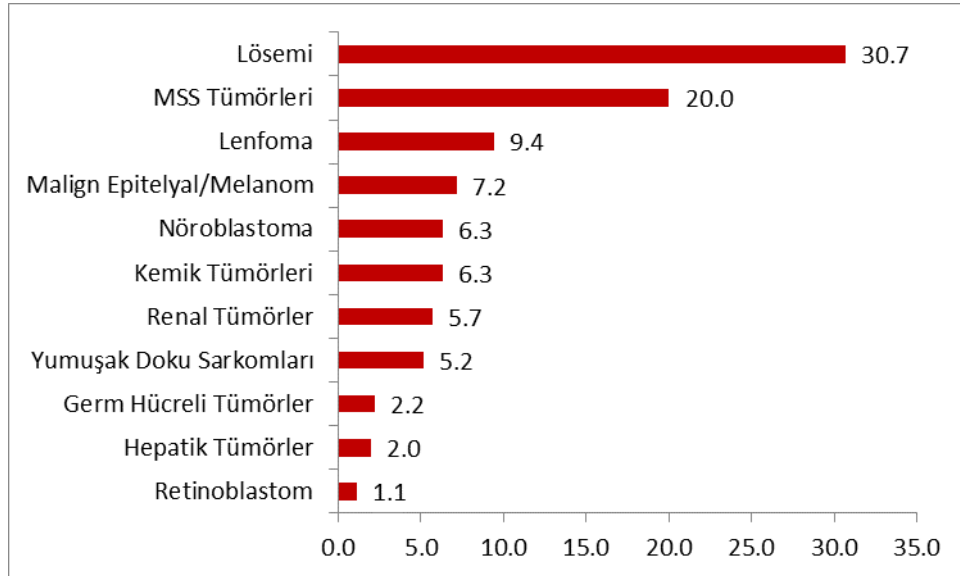


Şekil 2. 2016 Yılında Kadınlarda ve Tüm Yaş Gruplarında En Sık Görülen Kanserler. (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) (23).

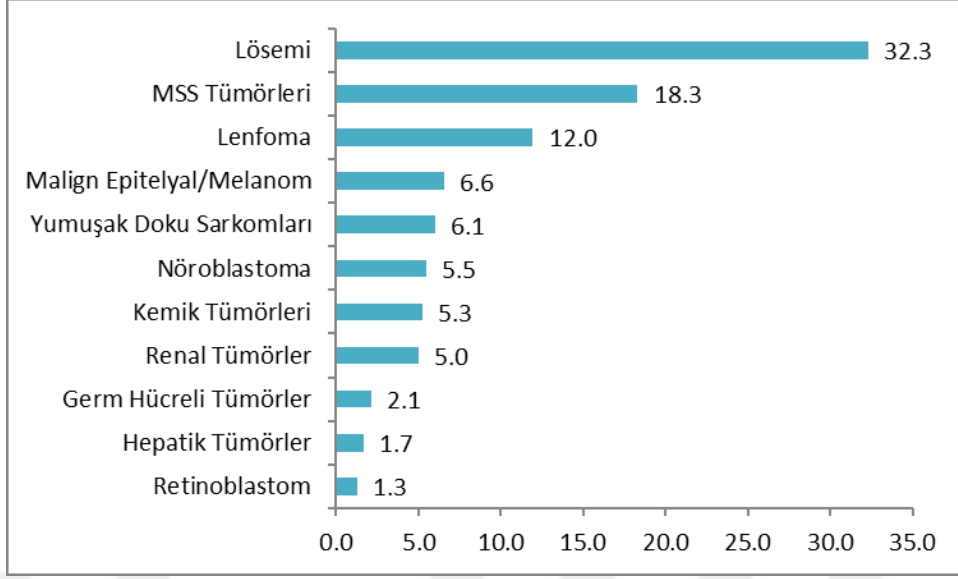
2016 Yılında 0 İle 14 yaş arası çocuklarda birinci sıklıkta görülen kanser lösemi, ikinci sıklıkta görülen kanser merkezi sinir sistemi kanserleri ve üçüncü sıklıkta görülen kanser lenfomadır (Şekil 3 ve Şekil 4) (23).



Şekil 3. 0 İle 14 Yaş Gruplarındaki Erkek Çocuklarda Görülen Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzdeleri Dağılımları (Diğer / Tanımlanmamış malign neoplazmlar hariç) (23).



Şekil 4. 0 ile 14 Yaş Gruplarındaki Kız Çocuklarda Görülen Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzdeleri Dağılımları (Diğer / Tanımlanmamış malign neoplazmlar hariç) (23).

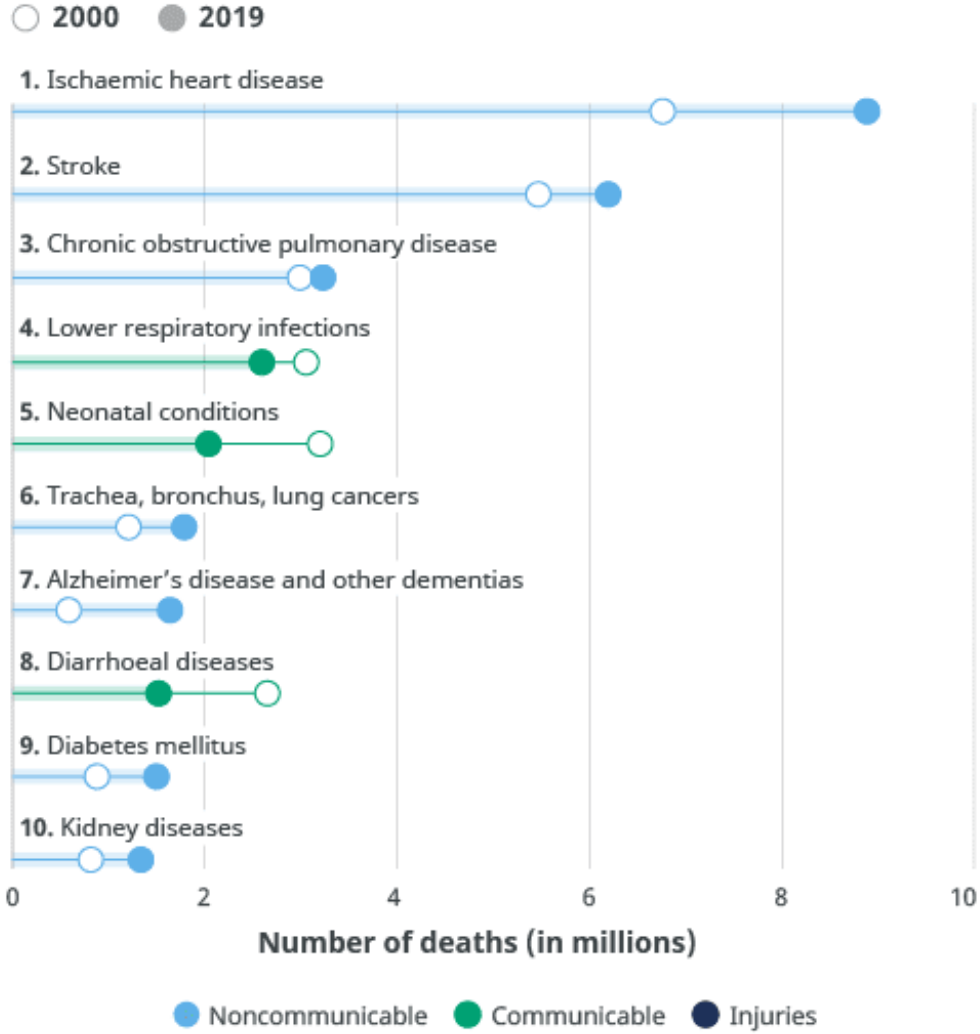


Şekil 5.0 0 İle 14 Yaş Gruplarındaki Çocuklarda Görülen Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Diğer / Tanımlanmamış malign neoplazmlar hariç) (23).

2.5.2. Dünya’da Kanser

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2000-2019 yılları arası için açıkladığı ölüme sebebiyet veren en sık on neden şöyledir: İskemik kalp hastalığı, İnme, KOAH, Alt solunum yolu enfeksiyonu, Alzheimer ve diğer türdemanslar, Trakea akciğer ve Bronş kanserleri, Diyabetes Mellitus, Trafik kazaları, İshal yapan hastalıklar, Tüberküloz (Şekil 2.6) (24).

Leading causes of death globally



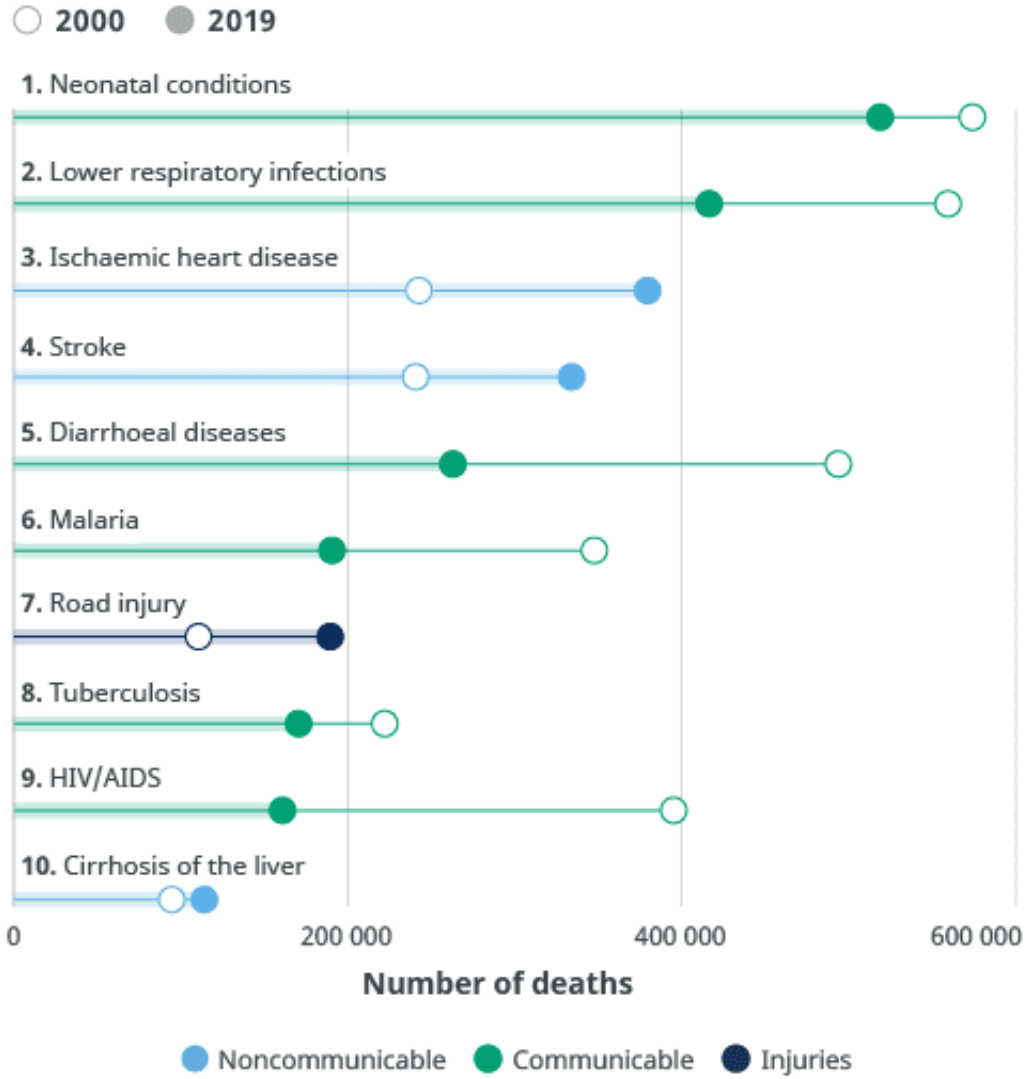
Source: WHO Global Health Estimates.

Şekil 6. 2000 İle 2019 Yılları Arasında Dünya Genelindeki En Sık Görülen 10 Ölüm Sebebi (100.000 kişide mortalite) (24).

Kanser sebepli ölümler Dünya genelinde en sık hayat kaybına neden olan ilk on sebep arasındadır. Ölüm sebepleri ülkelerin gelir düzeyine göre incelendiğinde kansere bağlı ölümler orta yüksek ve yüksek gelirli ülkeler bağlamında ilk on ölüm sebebi arasında yer almaktadır.

Ülkelerin gelir düzeylerine göre (düşük, düşük/orta, orta/yüksek ve yüksek) en sık karşılaşılan 10 ölüm sebebine ilişkin grafikler aşağıda verilmiştir. (Şekil 7, Şekil 8, Şekil 9 ve Şekil 10) (24).

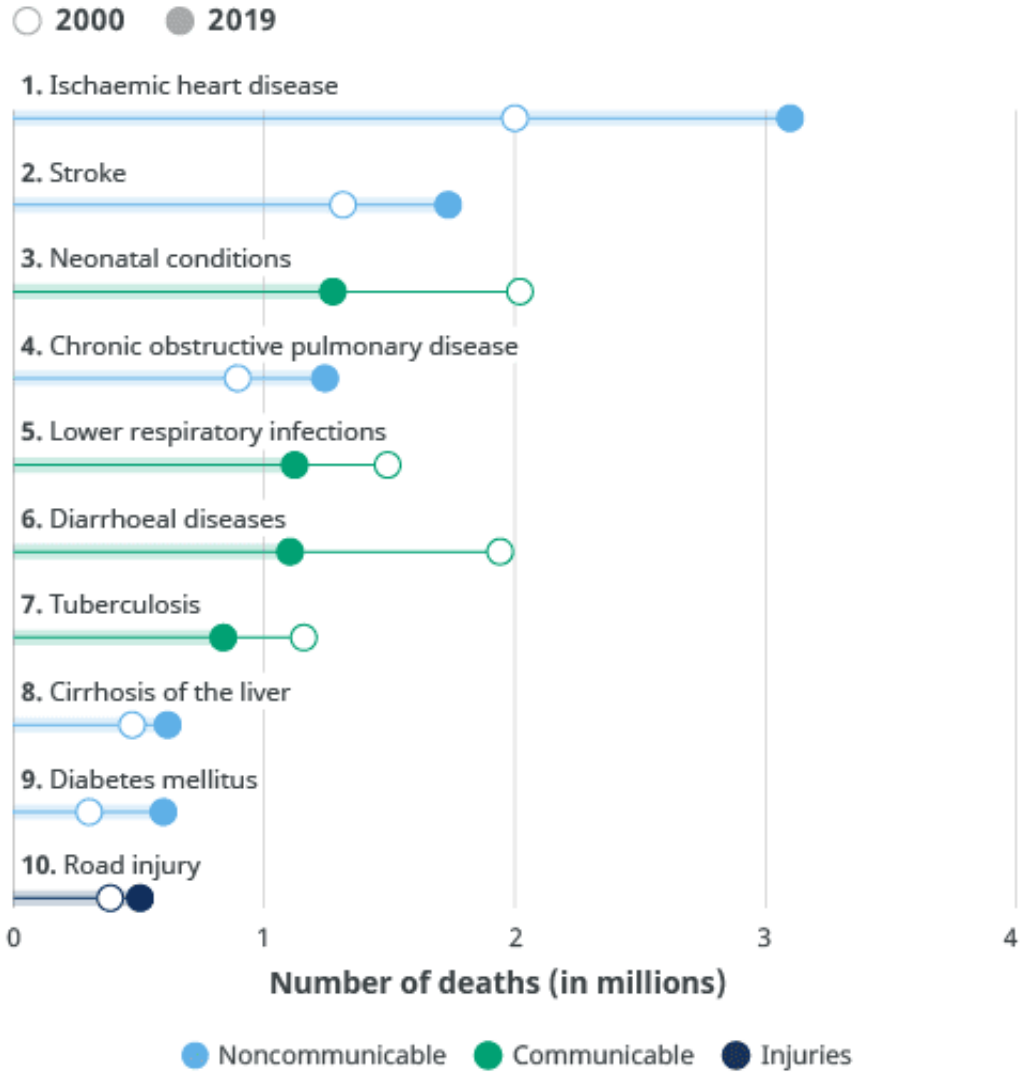
Leading causes of death in low-income countries



Source: WHO Global Health Estimates. Note: World Bank 2020 income classification.

Şekil 7. Düşük Gelirli Ülkelerde 2000-2019 Yılları Arasında Gözlemlenen En Sık 10 Ölüm Sebebi (100.000 kişide mortalite) (24).

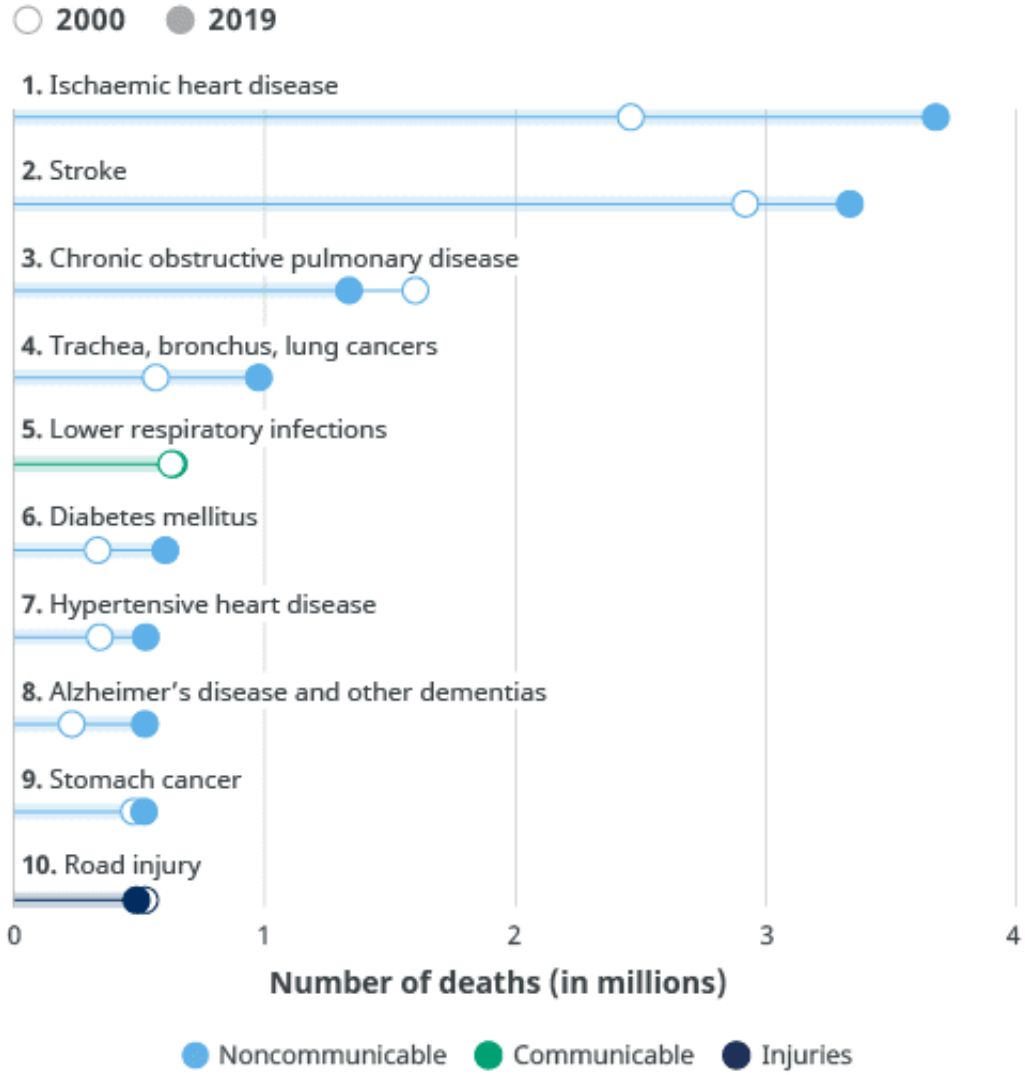
Leading causes of death in lower-middle-income countries



Source: WHO Global Health Estimates. Note: World Bank 2020 income classification.

Şekil 8. Düşük-Orta Gelirli Ülkelerde 2000-2019 Yılları Arasında Gözlemlenen En Sık 10 Ölüm Sebebi (100.000 kişide mortalite) (24).

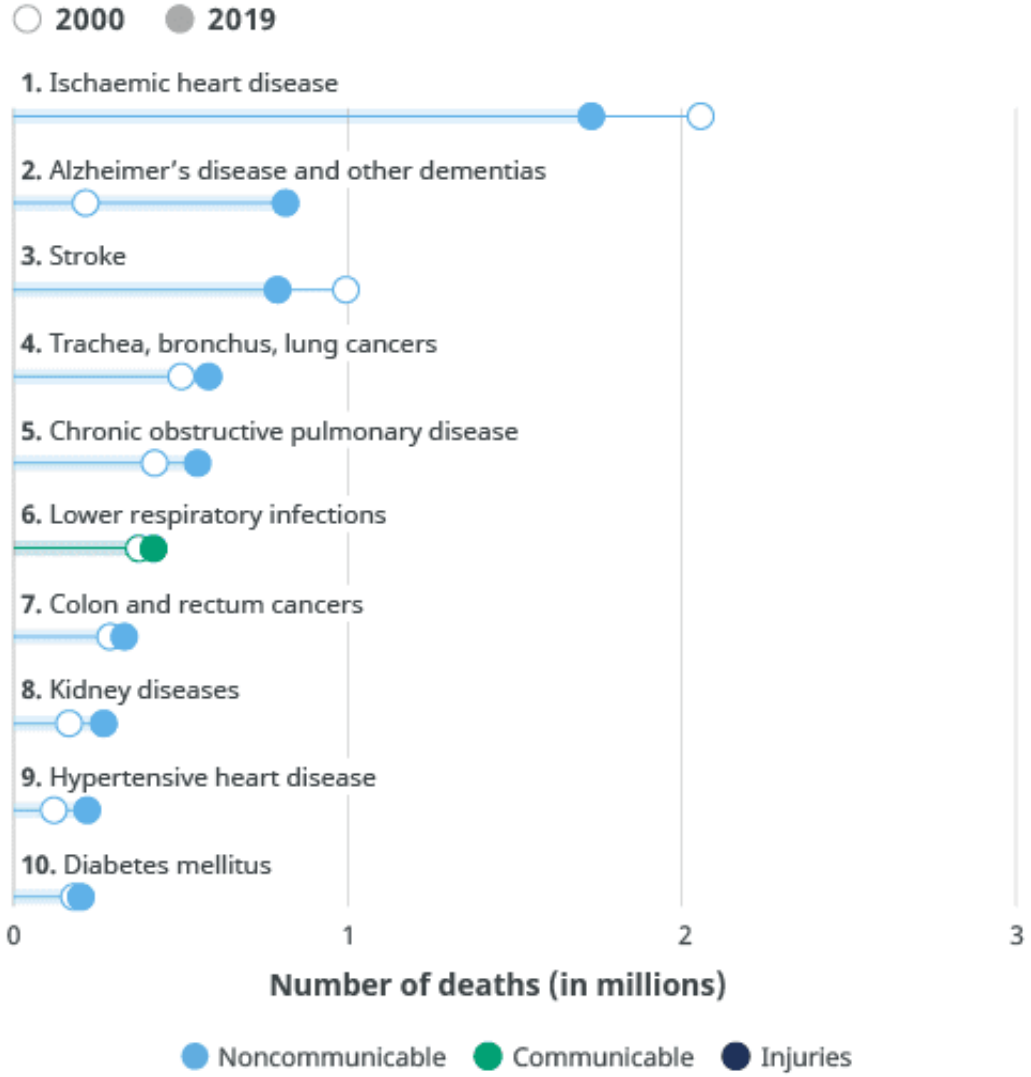
Leading causes of death in upper-middle-income countries



Source: WHO Global Health Estimates. Note: World Bank 2020 income classification.

Şekil 9. Orta-Yüksek Gelire Sahip Ülkelerde 2000-2019 Yılları Arasında Gözlemlenen En Sık 10 Ölüm Sebebi (100.000 kişide mortalite) (24).

Leading causes of death in high-income countries

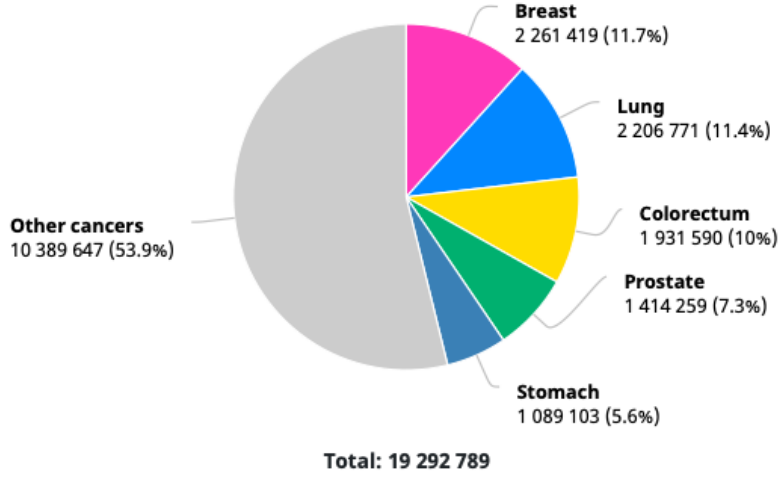


Source: WHO Global Health Estimates. Note: World Bank 2020 income classification.

Şekil 10. Yüksek Gelirli Ülkelerde 2000-2019 Yılları Arasında Gözlemlenen En Sık 10 Ölüm sebebi (100.000 kişide mortalite) (24).

14 Aralık 2020 Tarihinde yayınlanan küresel kanser veri analizinde; Dünya’da 19,2 milyon kişinin kanser için yeni tanı aldığı ve Dünya’da 9,9 milyon kişinin kanser sebebiyle hayatını kaybettiği açıklanmıştır (4). Her iki cinsiyet, tüm yaş gruplarını ve tüm kanser türlerini dikkate aldığımızda ise yeni tanı konmuş kanserlerin %11,4’ü akciğer, %11,7’si meme, %10’u kolorektal, %7,3’ü prostat ve %5,6’sı mide orijinlidir. (Şekil 2.11) (4).

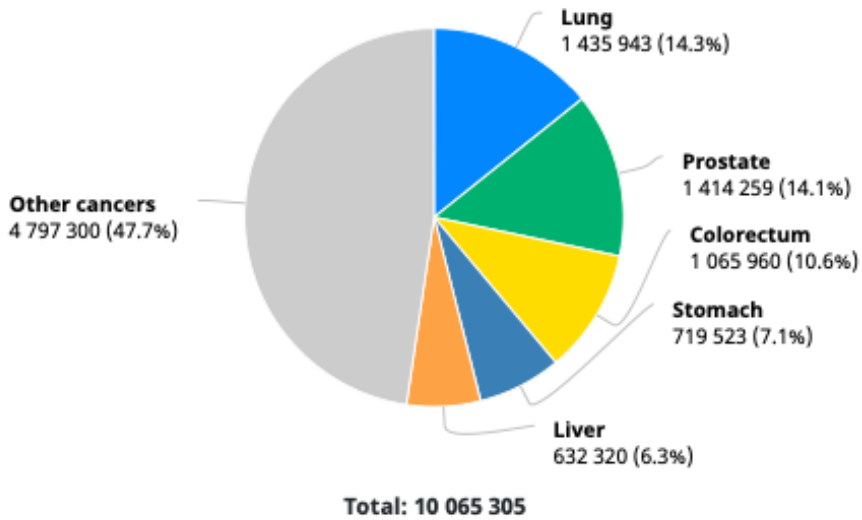
Number of new cases in 2020, both sexes, all ages



Şekil 11. Tüm Yaş Gruplarında, Her İki Cinsiyette ve Tüm Kanser Türlerinde Sıklık (2020) (4).

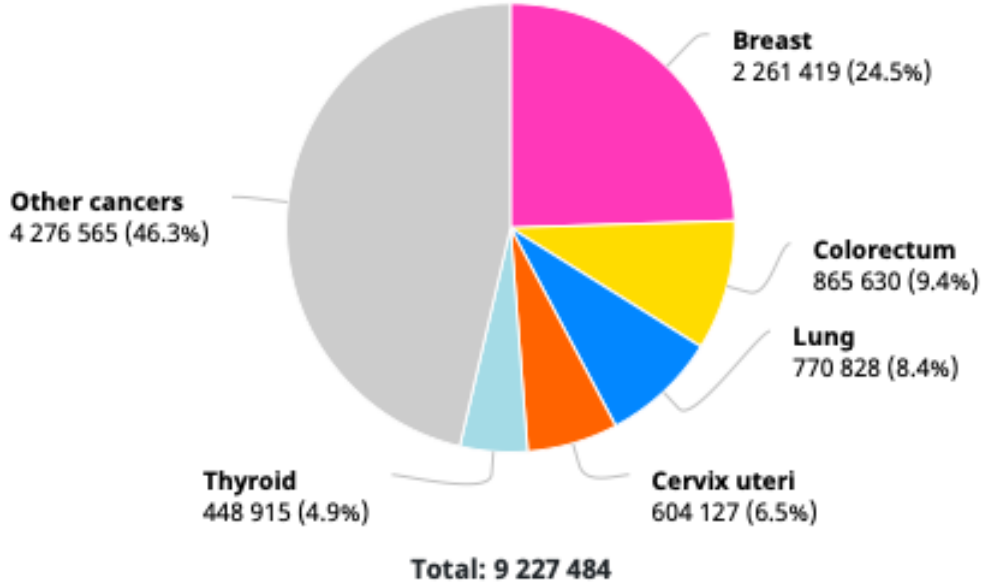
Her iki cinsiyette, tüm yaş grupları ve tüm kanser türleri dikkate alındığında en sık mortaliteye neden olan kanserlerin; %18'i akciğer kanseri, %8,3'ü karaciğer kanseri, %7,7'si mide kanseri, %6,9'u meme kanseri ve %5,8'i kolorektal kanserdir. (4).

Number of new cases in 2020, males, all ages



Şekil 12. Tüm Yaş Gruplarında, Erkeklerde ve Tüm Kanser Türlerinde Sıklık (2020) (4).

Number of new cases in 2020, females, all ages



Şekil 13. Tüm Yaş Gruplarında, Kadınlarda ve Tüm Kanser Türlerinde Sıklık (2020) (4).

Tablo 2. Tüm Yaş Gruplarında ve Tüm Kanser Çeşitlerinde Özet Tablo (2020) (4).

Summary statistic 2020			
	Males	Females	Both sexes
Population	3 929 973 836	3 864 824 712	7 794 798 844
Number of new cancer cases	10 065 305	9 227 484	19 292 789
Age-standardized incidence rate (World)	222.0	186.0	201.0
Risk of developing cancer before the age of 75 years (%)	22.6	18.6	20.4
Number of cancer deaths	5 528 810	4 429 323	9 958 133
Age-standardized mortality rate (World)	120.8	84.2	100.7
Risk of dying from cancer before the age of 75 years (%)	12.6	8.9	10.7
5-year prevalent cases	24 828 480	25 721 807	50 550 287
Top 5 most frequent cancers excluding non-melanoma skin cancer (ranked by cases)	Lung Prostate Colorectum Stomach Liver	Breast Colorectum Lung Cervix uteri Thyroid	Breast Lung Colorectum Prostate Stomach

2.6. Kanserden Korunma

2.6.1. Kanser ve Önemli Hastalık Kavramı

Bir hastalığa önemli hastalık diyebilmek için o hastalığın toplumda sık görülmesi, çok miktarda ölüme, iş gücü kaybına ve sakatlığa neden olması gerekir (25). Kanser ülkemizde ve Dünya’da sık görülmesi, yeti kaybı, ölüm ve ekonomik olarak direkt veya indirekt kayıplara sebep olması nedeniyle önemli bir hastalıktır (7).

2.6.2. Koruyucu Hekimlik Bakımından Hastalıklardan Korunma

Sağlık sunumunda temel hedef kişilerin hasta olmamasını sağlamaktır. Fakat bu her zaman mümkün olmamaktadır. Bu aşamadan sonra sağlık sisteminin ikinci amacı kişilere etkin ve uygun tedaviyi sağlamaktır.

Sağlık sunumunun üçüncü hedefi kronik hastalığa sahip veya engelli kişilerin başkalarına bağımlılığını azaltmak veya ortadan kaldırmaya yönelik, kişilerin kendine yetecek şekilde yaşamalarını sağlamak amacıyla rehabilitasyondur.

Sağlık sunumunu üç ana hedefte incelersek bunlar; koruma, tedavi etme ve rehabilitasyondur (25).

Koruyucu sağlık hizmetleri dört başlıkta incelenebilir (7).

2.6.2.1. Primordiyal Korunma

Diğer adı temel korumadır. Amacı hastalık riskini artıran etkenlerin oluşumunu engellemektir. Bu yaşam biçiminden ekonomik, sosyal ve kültürel etkenlere kadar uzanır.

Primordiyal korumanın hedefi seçilmiş gruplar veya tüm nüfus olabilir (7). Yüksek risk grubundaki bebekler, çocuklar, adölesanlar, kadınlar ve yaşlılar için sosyal ve çevresel etkenlerin iyileştirilmesi primordiyal korumaya örnektir.

2.6.2.2. Primer Korunma

Hastalığın kişide ortaya çıkmadan önce alınacak tedbirlere denir. Diğer adlandırması ise birincil korumadır (25). Birincil korumaya örnek olarak; düzenli beslenme, bağışıklama, aile planlamasına önem verme, çevreyi olumlu hale getirme,

akraba evliliklerinden kaçınma, hijyene dikkat etme, sigara ve alkol kullanmama gibi önlemlerdir (7). Birincil korumada en önemli geri dönüş akciğer kanserindedir (26).

2.6.2.3. Sekonder Korunma

Hastalığın semptom göstermediği belirtilerinin az olduğu veya bu belirtilerin hafif olduğu dönemde tanı konmasına denir. Diğer ismi ikincil korumadır. Hastalığın bu dönemde tedavi edilmesi sekonder korumaya örnektir. (25). Ana hedef hastalıkların semptom göstermeden tespit edilip tedavi edilmesi ve hastalığın ilerleyişinin engellenmesidir. Tezimizin asıl konusu olan kanser taramaları sekonder korumaya en güzel örnektir. Diğer önemli sekonder koruma örnekleri ise aşılama, tüberkülin deri testi, yenidoğan topuk kanından fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, kistik fibrozis ve konjenital biyotinidaz eksikliğine bakılması sayılabilir (7,27).

2.6.2.4. Tersiyer Korunma

Diğer adıyla üçüncül korumadır. Hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasıyla hastalığı tedavi etme ve sekellerin ortadan kaldırılmasını veya en aza indirilmesini hedefler. Ekstremitte protezleri, spastisite gidermeleri, iş bulamayan bireylere iş temini gibi durumlar tersiyer korumaya örnektir (25).

Koruyucu sağlık hizmetleri başka bir bakış açısıyla kişiye yönelik ve çevreye yönelik olarakta iki grupta incelenebilir (25).

2.6.3. Kişiyeye Yönelik Olan Koruyucu Hizmetler

Bağışıklama, ilaçla tedavi, erken tanı, aile planlaması, dengeli beslenme, kişisel hijyen eğitimi gibi direkt kişilere götürülen hizmetlere denir (25).

2.6.4. Çevreyeye Yönelik Olan Koruyucu Hizmetler

Kanser üzerinde etkisi olan çevresel etkenlerin azaltılması veya insan sağlığını tehdit etmeyecek şekilde bertaraf edilmesini kapsar. Bunlara örnek olarak Atıkların zararsızlaştırılması, vektörlerin kontrolü, temiz suya ulaşım, çevreyi kirleten unsurların kontrolü, gıda kontrolü gibi çevresel olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri kontrol altına almaktır (25).

2.6.5. Kanseri Önleme

Şüphesiz kanseri tedavi etmekten ziyade kanserin oluşmasını önlemek daha akılcı ve ekonomik bir yaklaşımdır. Bütün kanserin %30 ile %50 sinin önlenebilir olduğunu düşündüğümüzde kanseri önlemenin ne kadar akılcı olduğu ortaya çıkmaktadır (2,17).

Kanseri önlemek için gerekli olan belli başlı noktaları şu şekilde sıralayabiliriz:

2.6.5.1. Tütün Kullanımının Önlenmesi

Kansera bağlı ölümlerin en önemli önlenebilir sebebi tütün ve tütün mamullerinin kullanımının engellenmesidir. Dünya’da mortalitesi en yüksek olan önlenebilir kanser nedeni tütün kullanımınıdır. Tütün dumanı içeriğinde 7000 civarında kimyasal madde içermektedir. Bunların 250 den fazlası zararlıdır ve 50 civarında olanı ise direkt kanserojendir. Tütün kullanımı başta akciğer ve larinks olmak üzere solunum sistemiyle ilgili tüm organ ve dokularda kanserojen olmakla birlikte böbrek, mide, mesane, serviks ve meme kanserleriyle de ilişkilidir (17).

Tütün kullanmayanlarında tütün dumanına maruz kalmasıyla pasif içicilik denen kavram devreye girer. Pasif içicilerde de akciğer, oral kavite, özofagus ve pankreas kanserlerine neden olabilir (2,17).

2.6.5.2. İmmobilite, Sağlıksız Beslenme ve Fazla Kiloluluğun Engellenmesi

Düzenli ve kaliteli beslenme kanseri önlemedeki en etkin yöntemlerden birisidir. Obezite; meme, endometrium, böbrek gibi birçok organ için kanser riski taşır. Meyve ve sebze içeriği fazla ve lifli beslenme tarzı pek çok kanser türüne karşı koruyucu etkiye sahiptir. Düzenli spor ve ideal kilonun korunması, sağlıklı beslenme ile beraber kanser riskini önemli ölçüde düşürür (2,17).

2.6.5.3. Alkol Kullanımı

Alkol kullanımı, sindirim sistemi kanserlerine neden olmakla birlikte özellikle karaciğer kanseri için risk faktörüdür. Ayrıca meme kanseri gibi birçok kanser türü ile de ilişkilidir (2,17).

2.6.5.4. Enfeksiyonlar

Tüm kanser türlerinin yaklaşık olarak %15'i *Helicobacter pylori*, Human papilloma virüs (HPV), Hepatitler (B ve C), Epstein-Barr virüsü (EBV) gibi mikrobiyolojik ajanlardan kaynaklanmaktadır (2,17).

2.6.5.5. Çevre Kirliliği

Özellikle sanayi bölgelerinde hava kirliliğinin yanı sıra toprak ve su kirliliği de artmaktadır. Bu kirlilik ise kanser oranlarında artışa sebebiyet vermektedir. Bununla birlikte kömür kullanımı da ev içi ortam hava kirliliğine sigara dumanıyla birlikte katkıda bulunup kanser oluşma riskini artırmaya katkıda bulunmaktadır (2,17).

2.6.5.6. Mesleki Karsinojen Ajanlar

İşyeri çalışma ortamlarında bulunan ajanlardan ve solunan havadaki partiküllerden insanlar için karsinojen olan 40 tan fazla çeşit tanımlanmıştır. Özellikle akciğer kanseri, mesane kanseri ve mezotelyoma ile ilişkileri tespit edilmiştir (2,17).

2.6.5.7. Radyasyon

İyonize radyasyon, doza ve süreye bağımlı olarak lösemi ve birçok solid organ tümörü riskini artırmaktadır. Güneş ışınları ve ultraviyole ışınlar deri kanseri yönünden risklidir. Radyasyonun tıp alanında tedavi edici yönünün yanında fazla veya uygunsuz kullanımı da özellikle çocuklarda olmak üzere kanserojen etkiye sahiptir. Radon gazı binalarda oluşan doğal bir kanserojendir ve akciğer kanseri riskini artırmaktadır (2,17).

2.6.6. Kanserde Erken Tanı ve Tarama

Kanseri tedavi etmekten daha önemli olan şey onu erken tanıyıp önlem almaktır. Bu, en uygun maliyetli ve en yüz güldürücü yoldur. Ulusal politikalar belirlenirken insanların yaşam tarzının kanser ile ilişkisi en az olacak şekilde dizayn edilmesi gerekmektedir (2,17).

Tarama, bir hastalığın veya kusurun bazı test ve muayene usulleriyle tanımlanmasına denir.

Başka bir deyişle tarama; semptomsuz bireylerde hastalığı tespit edip sağ kalımı artırma amacıyla yapılan işlemlere denir.

Taramanın başarılı olabilmesi için sadece hastalığı erken saptaması yetmez aynı zamanda tespit edildikten sonraki süreçte hastalığın semptom verdikten sonra yapılan tedavi girişimlerine göre tedavi rehabilitasyon yönünden yüz güldürücü olması gerekir. (17).

Tarama testleri genelde hastalığa tanı koydurmaz. Hastalık riski yönünden uyarıcı olur kesin tanı patoloji ile biyopsi gibi yöntemlerle konur (17).

Tarama testlerinin değerlendirilmesinde kullanılan bazı parametreler aşağıda verilmiştir (17).

Duyarlılık/Sensitivite: Hasta kişileri doğru saptama oranıdır.

Özgünlük/ Spesifisite: Hasta olmayan kişileri ayırt edebilme gücüdür.

Pozitif prediktif değer: Pozitif sonuç çıkan kişilerin gerçekte ne kadarının hasta olduğudur.

Negatif prediktif değer: Negatif sonuç çıkan kişilerin gerçekte ne kadar sağlam olduğudur.

Kanser tarama programlarının yararlılığını değerlendirirken baktığımız parametreleri türüne göre kansere özel ölüm hızında azalma, kanserle ilgili komplikasyon oranında azalma, metastaz ve nükslerin azalması, yaşam kalitesini artırması şeklinde özetleyebiliriz (28).

Kanser taramalarının belirli riskleride mevcuttur. Tarama testinin kendisi zararlı olabilir. Bununla birlikte pozitif tespit edilen sonuçlarda bireylere ek test ve tetkikler yapmak gerekecektir. Bu ek test tetkik ve tedavi prosedürlerinin kendisi zararlı etkiler doğurabilir. Bu etkiler mali yönden yük oluşturmakla birlikte kişiler üzerinde psikolojik olarak travmaya neden olabilmektedir (29). Bazı yavaş seyreden kaser türlerinin ve kişiye hayatı boyunca sorun teşkil etmeyecek olanlarının tespit edilmesi de kişiye psikolojik olarak olumsuz yönden zarar verebilir, kaygı ve stres artışına neden olabilir. (17).

2.6.7. Erken Tanı Yöntemi Olan Kanserler ve Erken Tanı Yöntemleri

Kanser erken evrelerde tanı alırsa boyutu küçük olmakta ve kan ve lenfatik yolla henüz yayılmamış olabilmektedir. Başarılı tedavi şansı bu sebeple daha fazladır. Birçok farklı belirtiyeye sebep olabilen 200'ün üzerinde farklı kanser türü tanımlanmıştır ve bunların hepsini bilebilmek mümkün değildir (30).

Ancak bazı erken belirti gösteren kanserleri tanımak mümkündür. Erken belirti veren bazı kanserler ve belirtilerine örnek olarak;

Meme: kitle, asimetri, retraksiyon, kanlı meme başı akıntısı,

Kolon ve rektum: kilo kaybı, anemi, dışkıda kan kaybı,

Larenks: sürekli ses kısıklığı,

Nazofarenks: burun kanaması, tıkanıklık, sağırılık vb,

Mesane: idrarda kan, ağrı, sık ve zor idrar yapma,

Prostat: zor idrar yapma, gece sık idrar,

Testis: büyüme ve asimetri, gibi semptomlar verilebilir. (31)

Kanser taramalarının etkisi kısa sürede ortaya çıkmayacağı için yaşam beklentisi sınırlı olan kişilere kanser taraması yapılması önerilmemektedir (17).

Meme, serviks, kolon ve rektum, akciğer, mesane, prostat, oral kavite ve mide kanseri gibi bazı kanserlerin erken tanısı mevcuttur (32).

2.6.8. Spesifik Kanserlerin Taranması

2.6.8.1. Meme Kanseri

Meme kanseri taramasında kendi kendine meme muayenesi, klinikte meme muayenesi, mamografi çekimi ve manyetik rezonans görüntülemesi ile meme kanseri taraması önerilmektedir. (17,33).

American Cancer Society meme kanseri taramasında 40-44 yaş arası kadınlar için yıllık mamografi yapılmaya başlanmasını önermektedir. 45-54 yaş arası

kadınlarda her yıl, 55 yaş ve üzerindeki kadınlarda ise her yıl veya iki yılda bir mamografi ile meme kanseri taranmasını önermektedir. Taramalar kadının sağlık durumu iyi oldukça ve yaşam beklentisi on yıldan fazla oldukça önerilmektedir. Kadınların kendi memelerinin kontrolünü düzenli yapması ve bir değişiklik farketdiğinde doktora başvurması gerekmektedir. Meme kanseri yönünden daha yüksek riske sahip kadınlarda hem mamografi ile hem de manyetik rezonans ile taranmaya devam edilmelidir (33).

2.6.8.2. Serviks Kanseri

Serviks kanserinin erken tanı ve taramasında kullanılan bir başka yöntem HPV DNA testidir. Tüm serviks kanseri tarama testleri içinde en objektif ve tekrarlanabilir olanıdır. HPV DNA testinin serviks kanseri ile bağlantısı kanıtlanmıştır. HPV DNA testi sitolojik veya diğer serviks kanseri tarama yöntemlerine göre daha duyarlıdır. Servikal smear sitolojik yönden değerlendirilirken eş zamanlı HPV DNA çalışması ile kombine edilirse buna co-test denir (34). Co-test 30 yaş üstü kadınlarda en çok güvenilen tarama testidir (35). American Cancer Society' göre serviks kanseri taramaları için 21 yaşında başlanması gerekmektedir. 21-29 yaşlar arasında üç yılda bir pap smear yapılması önerilmektedir. Şüpheli vakalarda HPV testi uygulanmalıdır. 21-29 yaş aralığında HPV testinin rutin kullanılması gerekmemektedir. 30 ile 65 yaşlar arasında her beş yılda bir pap-smear ve HPV DNA testi veya her üç yılda bir pap-smear tarama testi yapılmalıdır. 65 yaş üzerindeki bireylerde düzenli servikal kanser tarama testi yaptırdıysa ve son on yılda normal sonuçlarla karşılaşıldıysa tarama programı son verilebilir (36). Total histerektomili kadınların tarama testi yaptırmasına gerek yoktur. HPV aşısı yaptırmış kadınların serviks kanseri tarama programına devamı önerilir. Bazı durumlarda serviks kanseri açısından daha riskli bireylere daha sık serviks kanseri taraması yapılması gerebilir (33).

2.6.8.3. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanser taramasında yaygın olarak gaitada gizli kan testi yapılır. Bunun yanında gaitada antikor, DNA da bakılabilir. Fizik muayenede rektal tuşe kullanılabilir. Ayrıca görüntüleme tetkiklerinde kolonoskopiden faydalanılır. Radyolojik olaraksa baryumlu grafi ve CT kolonografi kolorektal kanserlerin tanısında kullanılabilir (17,37).

American Cancer Society; kolorektal kanser taramalarının her iki cinsiyette de 45 ile 75 arasında düzenli yapılmasını önermektedir. 76 ile 85 yaş arası için ise hasta isteği, genel sağlık durumu ve beklenen yaşam süresi dikkate alınarak karar verilmesi gerekir. 85 Yaşından sonra taramalara son verilebilir. Gaitada gizli kan ve antikor testi yılda bir olarak, gaitada DNA testi ise üç yılda bir olarak taranır. Gaitada gizli kan pozitif gelen kişilerde ileri tetkik olarak kolonoskopi planlanır. Tarama amacıyla beş yılda bir sigmoidoskopi veya CT kolonografi kullanılır. Kolonoskopi ise her on yılda bir kullanılabilir (37,38).

2.6.8.4. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri kanserler arasında çok büyük bir yer teşkil etse de tarama amacıyla yapılan balgam sitolojisi ve akciğer grafisinin pratikte çok işe yaramadığı mortaliteyi azaltmadığı saptanmıştır (17).

Düşük dozda bilgisayarlı tomografiyi bazı kaynaklar taramada kullanmayı önermektedir (33). Fakat bu taramanın mortaliteyi azaltmaya yönelik etkisi kanıtlanmamıştır (17).

American Cancer Society ise 15 yıl içinde 30 paket/yıl ve üzerinde sigara içen 55 ile 74 yaş arası kişilerin her yıl düşük doz bilgisayarlı tomografi ile taramaya alınmalarını önermektedir (33).

2.6.8.5. Prostat Kanseri

Prostat kanser taramasında rektal dijital muayene ve serumda prostat spesifik antijen testi kullanımı önerilir (17,33,39). Prostat kanserinin taramasının yararı kanıtlanmamıştır bu nedenle taramaya katılıp katılmama kişilerin isteğine bırakılmıştır. Prostat kanseri taramasına 50 yaşta başlamak uygundur. Ailesinde 65 yaştan önce prostat kanseri tanısı alanlarda taramaya 45 yaşında başlanması uygun görülmüştür (17,33). Taramada rektal dijital muayene ile beraber veya serumda prostat spesifik antijen düzeyine bakılır. Tarama sıklığına Prostat spesifik antijen düzeyine göre karar verilir (33).

2.6.8.6. Deri Kanserleri

Taramanın mortalitedeki değişimi azalttığı görülmese de kişinin kendi kendine muayenesi veya klinikte klinisyen tarafından muayenesi önerilmektedir (17,33).

2.6.8.7. Endometrium Kanseri

Endometrium kanserinde de rutin taramanın yararı gösterilmemiştir. Tarama yöntemi olarak transvajinal USG ve endometrium biyopsisi önerilmektedir (17). American Cancer Society, menapoza girmiş tüm kadınlara semptomlar yönünden eğitimi önerir. Belirti olarak menapoz sonrası kanama ve lekelenme en sık rastlanılan şekil olduğundan kadınlar bu konularda bilgilendirilmelidir (33).

2.6.8.8. Baş-Boyun Kanserleri

Baş boyun muayenesinde en temel tarama yöntemi fizik muayenedir. Klinik kontrollerde doktor tarafından yapılması önerilir. Ayrıca diő hekimlerinde rutin kontrollerde baş boyun kanseri yönünden muayenesi önerilir (16).

2.7. Türkiye ve Dünya’da Kansere Taramaları

2.7.1. Türkiye’de Kansere Taramaları

Türkiye ulusal kanser tarama programında üç kanser çeşidir vardır. Bunlar meme, kolorektal ve servikstir (40).

2.7.1.1. Türkiye’de Meme Kanseri Taraması

Güncel uygulamada 20 yaş ve üzeri kadınlara ayda bir kendi kendine meme muayenesi önerilmektedir. 20 ile kırk yaş arasında iki yılda bir, 40 yaş ve üzerindeki kadınlara ise yılda bir klinik muayene önerilir. 40 ile 69 yaş arası kadınların ise iki yılda bir mamografi ile taranması yapılmaktadır (40). Meme kanserinde asıl tarama yöntemini mamografi oluşturur. Muayeneler ancak taramanın etkinliğini artırır.

Tarama yönteminde çekilen grafiğin okunması iki ayrı radyoloji uzmanı tarafından ve birbirinden habersiz olarak olmalıdır. Meme kanseri taramasının etkili olabilmesi için hedef nüfusun %70 ten fazlasının taramaya katılması gerekmektedir. Ancak bu şekilde meme kanseri mortalitesi düşürülmüş olur (36).

2.7.1.2. Türkiye’de Serviks Kanseri Taraması

Serviks kanseri için tarama, ülkemiz koşullarında uygun yaş aralığı olan 30 ile 65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir olmak üzere Pap-smear ve HPV DNA testi olarak yapılmaktadır (40). Son iki Pap-smeari veya HPV DNA testi negatif çıkan 65 yaş ve sonrası kadınlarda sonlandırılır (36).

Pap-smear testi sitolojik bir taramadır ve dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesiyle yapılır. Bu tarama ile henüz semptomatik hale gelmemiş erken invaziv ve preinvaziv patolojiler saptanabilir (36).

2.7.1.3. Türkiye’de Kolorektal Kanseri Taraması

50 ile 70 yaş arası her iki cins bireylerin her iki yılda bir gaytada gizli kan ve her on yılda bir kolonoskopi ile taranması kullanılan yöntemdir. Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip tanısı olan bireylere 40 yaşından itibaren, birinci derece akrabalarında genç yaşta kolorektal kanser tanısı alan olan bireylerde ise akrabasında görülen yaştan beş yıl önce normal popülasyon gibi taramalara başlamak gerekmektedir (36).

Gaitada Gizli Kan Testi; gaytada hemoglobin varlığına bakılır. Poliklonal ve monoklonal antikorlar kullanılır. Kullanılan antijenlerin insan hemoglobinine hassas olması ve hayvansal kaynaklı hemoglobinlerle etkileşime girmemesi yalancı pozitifliği önlemek amacıyla önemlidir (41).

Gaitada gizli kan testi negatif olsa da hedef nüfusta kolonoskopi de yapılmalıdır. Şüpheli görülen yerlerden biyopsi alınıp incelenmelidir (36).

2.7.1.4. Kanseri Taramalarının Yürütüldüğü Merkezler

Ulusal toplum tabanlı kanser taramaları, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülür (36,40).

2.7.1.5. Kanseri Taramasında Kullanılan Malzeme Temini

Tarama için kullanılan malzemeler, testler ve onam formları Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nce temin edilir ve dağıtılır (36,40).

2.7.1.6. Kanser Taramalarına Katılmak İstemeyenler

Kanser tarama testlerine katılmak istemeyen bireylere bilgilendirme ve eğitim yapılır. Bu eğitimler ve tarama yaptırmak istemediğine dair imzalı beyanı kişinin sağlık dosyasında tutulur. Bir yıl sonra kişiyle tekrar iletişime geçilerek kanser taraması konusunda tekrar bilgilendirilir ve taramaya davet edilir (36,40).

2.7.2. Dünya’da Kanser Taramaları

Dünya’daki pek çok ülke tarafından kanser tarama testleri yapılmaktadır. Yapılan kanser taramalarına örnek olarak serviks, meme, prostat, kolorektal, deri ve akciğer kanserleri verilebilir (42,43).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma 30.12.2020-30.03.2021 tarihleri arasında yapılan analitik (karşılaştırmalı) kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamızda Öztürk ve arkadaşlarının Türkçe'ye uyarladığı, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği ve sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır.

3.2. Etik Kurul Onayı ve Onam

Araştırmanın yapılabilmesi için Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 1).

3.3. Araştırmada Kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

Çalışmada katılımcılara iki alt başlığı olan bir anket formu uygulanmıştır (EK-2 ve EK-3). Anket formu Öztürk ve arkadaşları tarafından 2019 yılında oluşturulup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan sosyodemografik bilgi formu ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği alt başlıklarını kapsamaktadır (44).

Sosyodemografik bilgi formu 15 sorudan oluşmaktadır. Formun içeriğinde katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, aktif çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, egzersiz yapma durumu, sağlıklı beslenme durumu, kronik hastalık varlığı, kanser tanısı varlığı, birince derece akrabasında kanser bulunma durumu ve kanser taraması yaptırma durumları ile ilgili sorular yer almaktadır (44).

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipindedir. Ölçeği oluşturan maddeler “5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1: Hiç katılmıyorum,” şeklinde 5'ten 1'e kadar bir aralıkta yanıtlanmaktadır (44).

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinin 30-70 yaş aralığında bulunan, en az okuryazar olan, ölçeği yanıtlamasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve

ortopedik engeli bulunmayan kadınlar ve erkekler üzerinde kullanılması uygundur (44).

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinin uygulama yöntemi araştırmacının katılımcıyı gözlem altında tutacağı biçimde ve katılımcının ölçek maddelerini kendi kendine okuyup cevaplayacağı tarzda olmalıdır. Ölçek uygun örneklem ve uygun uygulama yöntemi ile kanser taramalarına yönelik tutumun ölçülmesine gerek duyulan her durumda kullanılabilir (44).

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120'dir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları 24'e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, 120'ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılması uygun olur. Ölçek puanları hesaplanırken anlamca olumsuz olan 13 madde (Madde 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ters kodlanmalıdır. Ters kodlama için "6-Katılımcı Cevabı" formülünün kullanılması önerilir (44).

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğindeki maddelerin sırası önemli değildir. Çalışmacılar tarafından karışık bir sıra kullanılabilir (44).

3.4. Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul ili merkez ilçelerinden biri olan Gaziosmanpaşa ilçesinde yürütülmüştür.

3.5. Araştırma Kapsamına Alınan Kişiler

Çalışma 30 ile 70 yaş arası kadın ve erkek hasta veya hasta yakınlarından sözlü ve yazılı onam alınarak gönüllülerle yapılmıştır. Katılımcıların en az okur yazar olmasına ve sorulara cevap verebilecek nitelikte bilişsel ve görsel engeli olmamasına dikkat edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Örnekleme

Yüzde beş hata payı %95 güven aralığı ile en az 314 kişi dahil edilmesi planlandı. Ancak boş bırakılan ya da eksik doldurulan anket formları olabileceği düşünülerek %5 artışla 330 kişiye ulaşılması hedeflendi. Örneklem seçilmemiş,

katılımcıların birçoğuna ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı anlatılarak görüşülmüş ve yazılı onamları alınmıştır.

Çalışma grubunun yarısı erkek yarısı kadın olarak hedeflenmiştir.

3.7. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul etmeme, zihinsel engeli olma.

3.8. Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcılara iki alt başlığı olan bir anket formu uygulanmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu (EK-2), Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği alt başlıklarını kapsamaktadır (EK-3).

3.9. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22.0 programı kullanıldı.

Verilerin normallik dağılımını göstermek için Shapiro Wilk-W testi, Kolmogorov Smirnov testi, skewness ve kurtosis değerleri kullanılmıştır.

Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir.

Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda Independent Samples-T Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi kullanılmıştır.

Anketlere verilen cevaplara göre hesaplanan anket puanlarının kıyaslanmasının istatistiksel değerlendirmesinde Paired-T Test kullanılmıştır.

Anova testinde anlamlılık olduğunda post-hoc Tukey testi ile anlamlılık değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler ve Ölçekle İlgili Sorular

İstanbul ili Gaziosmanpaşa ilçesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 30.12.2020-30.03.2021 tarihleri arasında başvuran 349 hastaya doldurtulmuş olan anketlerin verileri analiz edilmiştir.

Katılımcıların yaşları; 30-39 yaş arası, 40-49 yaş arası, 50-59 yaş arası ve 60-69 yaş arası olarak gruplandırıldı. Katılımcılara medeni durumu sorulmuş; Evli, Bekar, Boşanmış ve Dul olarak seçenekler sunulmuştur. Boşanmış ve dul seçeneklerini seçen katılımcı sayısı düşük olması sebebiyle boşanmış, dul ve bekar seçenekleri birleştirilerek bekar seçeneği altında toplanmıştır.

Katılımcılara eğitim durumu sorulmuştur. Okur-yazar, İlkokul, Ortaokul, Lise, Üniversite ve Üniversite üstü olarak seçenekler sunulmuştur. Okur-yazar seçeneğini seçen katılımcı sayısının az olması nedeniyle okur-yazar ve ilkokul seçenekleri birleştirilerek analizler yapılmıştır.

Gelir durumu sorusunda ise katılımcılara Gelirim giderimden az, Gelirim giderime eşit ve Gelirim giderimden fazla olarak seçenekler sunulmuş ve analizler bu seçenekler ile yapılmıştır.

Katılımcılara evet/hayır seçenekli; Aktif çalışma durumu, Sağlık güvencesi varlığı, Sigara kullanımı, Alkol kullanımı, Egzersiz yapma durumu, Sağlıklı beslendiği düşüncesi, Kronik hastalık durumu, Tanısı kesinleşmiş kanser hastalığı varlığı, Birinci derece akrabalarda kanser varlığı ve Kanser taraması yaptırma durumlarının belirlenmesine yönelik 10 soru sorulmuştur.

Katılımcıların ortalama yaşı $44,14 \pm 9,58$ (min:31 max:69) yılıdır. Katılımcıların yaşlara göre dağılımları; 30-39 yaş arası 144 kişi (%41,20), 40-49 yaş arası 111 kişi (%31,80), 50-59 yaş arası 62 kişi (%17,80) ve 60-69 yaş arası 32 kişi (%9,20) olarak bulundu.

Katılımcıların eğitim durumu ilkokul 79 kişi (%22,7), ortaokul 18 kişi(%5,2), lise 45 kişi (%12,9), Üniversite 140 kişi (%40,1) ve üniversite üzeri 67 kişi (%19,1) olarak bulundu.

Katılımcılardan 237 kişi (%67,9) aktif olarak çalışıyor, 112 kişi (%32,1) ise aktif olarak çalışmıyor olarak bulundu.

Katılımcılardan hayatının herhangi bir döneminde sigara kullanım sorusuna 189 kişinin evet dediği (%54,2) ve 160 kişinin hayır dediği (%45,8) bulundu.

Katılımcılardan hayatının herhangi bir döneminde alkol alanlar 96 kişi (%27,5), hayatının herhangi bir döneminde alkol almayanlar 253 kişi (%72,5) bulundu.

Katılımcılar düzenli egzersiz yapma sorusuna 98 kişi evet (%28,1), 251 kişi ise hayır (%71,9) olarak cevap verdi.

Katılımcılardan kronik hastalığa sahip birey sayısı 124 kişi (%35,5), kronik hastalığı olmayan kişi sayısı 225 (%64,5) bulundu.

Katılımcılardan tanısı kesinleşmiş kanser varlığı olan kişi sayısı 16 (%4,6) ve tanısı kesinleşmiş kanser tanısı olmayan kişi sayısı 333 (%95,4) olarak bulundu.

Katılımcılardan birinci derece akrabalarında kanser varlığı olan kişi sayısı 90 (%25,8), birinci derece akrabalarında kanser olmayan kişi sayısı 259 (%74,2) olarak bulundu.

Katılımcıların daha önce kanser tarama yaptırma durumu ise 148 kişi (%42,4) ile evet, 201 kişi (%57,6) ile hayır olarak bulundu.

Katılımcıların sosyo-demografik sorulara verdikleri cevaplar Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı

Tanımlayıcı Sorular	Cevaplar	n (%)
YaşYeni	30-39	144(%41,20)
	40-49	111(%31,80)
	50-59	62(%17,80)
	60-69	32(%9,20)
Cinsiyetiniz	Erkek	177(%50,70)
	Kadın	172(%49,30)
Medeni Durum	Evli	308(%88,30)
	Bekar	41(%11,70)
Eğitim Durumu	İlkokul	79(%22,70)
	Ortaokul	18(%5,20)
	Lise	45(%12,90)
	Üniversite	140(%40,10)
Aktif Çalışma Durum	Üniversite Üzeri	67(%19,10)
	Evet	237(%67,90)
Gelir Durumu	Hayır	112(%32,10)
	Gelir Giderken Az	82(%23,50)
	Gelir Gidere Eşit	163(%46,70)
Sağlık Güvencesi Varlığı	Gelir Giderden Fazla	104(%29,80)
	Evet	340(%97,40)
Hayatın Herhangi Bir Döneminde Sigara Kullanımı	Hayır	9(%2,60)
	Evet	189(%54,20)
Hayatın Herhangi Bir Döneminde Alkol Kullanımı	Hayır	160(%45,80)
	Evet	96(%27,50)
Egzersiz Yapma Durumu	Hayır	253(%72,50)
	Evet	98(%28,10)
Sağlıklı Beslendiği Düşüncesi	Hayır	214(%61,30)
	Evet	135(%38,70)
Kronik Hastalık Durumu (Yüksek tansiyon, kalp hastalığı, şeker hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, psikiyatrik hastalık gibi)	Evet	124(%35,50)
	Hayır	225(%64,50)
Tanısı Kesinleşmiş Kanser Hastalığı Varlığı	Evet	16(%4,60)
	Hayır	333(%95,40)
Birinci Derece Akrabalarda Kanser Varlığı	Evet	90(%25,80)
	Hayır	259(%74,20)
Kanser Taraması Yaptırma Durumu (smear, mamografi, kolonoskopi, gaitada gizli kan, prostat açısından rektal muayene, balgamda tüberküloz aranması vb)	Evet	148(%42,40)
	Hayır	201(%57,60)

4.2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanının Değerlendirilmesi

Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinde sorular beşli Likert ölçeği ile değerlendirildi.

Katılımcıların %58,5 i (n=204) “düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim” tanımlamasını “tamamen katılıyorum” olarak yanıtladı.

Katılımcıların %69,9 u (n=244) “Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım” tanımlamasını “tamamen katılıyorum” olarak yanıtladı.

Katılımcıların %63,9 u (n=223) “Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm” tanımlamasını “tamamen katılıyorum” olarak yanıtladı.

Katılımcıların %71,1 i (n=269) “Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırmayı ihtimalimi artırır” tanımlamasını “tamamen katılıyorum” olarak yanıtladı.

Katılımcıların %43 ü (n=150) “Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırmam” tanımlamasını “tamamen katılıyorum” olarak yanıtladı.

Katılımcıların %47,5 i (n=166) “Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam” tanımlamasını “hiç katılmıyorum” olarak yanıtladı.

Katılımcıların %83,4 ü (n=291) “Kanser taraması yaptırmamanın gereksiz olduğunu düşünürüm” tanımlamasını “hiç katılmıyorum” olarak yanıtladı.

Katılımcıların %68,5 i (n=239) “Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm” tanımlamasını “hiç katılmıyorum” olarak yanıtladı.

Katılımcıların %83,7 si (n=292) “Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırmaya gereği duymam” tanımlamasını “hiç katılmıyorum” olarak yanıtladı.

Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanını değerlendirmeye yönelik sorulara verilen cevapların dağılımı Tablo 4’te görülmektedir.

Tablo 4. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğindeki Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

Soru Cevap	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.	25(%7,1)	10(%2,9)	41(%11,7)	69(%19,8)	204(%58,5)
Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.	29(%8,3)	18(%5,2)	44(%12,6)	82(%23,5)	176(%50,4)
Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.	19(%5,4)	10(%2,9)	11(%3,2)	59(%16,9)	250(%71,6)
Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.	9(%2,6)	6(%1,8)	26(%7,4)	64(%18,3)	244(%69,9)
Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.	4(%1,1)	2(%0,6)	4(%1,1)	31(%8,9)	308(%88,3)
Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.	15(%4,3)	13(%3,7)	39(%11,2)	59(%16,9)	223(%63,9)
Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.	20(%5,7)	9(%2,6)	37(%10,6)	67(%19,2)	216(%61,9)
Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırmamı ihtimalimi artırır.	8(%2,3)	5(%1,4)	19(%5,4)	48(%13,8)	269(%77,1)
Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırmamı ihtimalimi artırır.	152(%43,6)	53(%15,2)	45(%12,9)	55(%15,7)	44(%12,6)
Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.	6(%1,7)	1(%0,3)	14(%4)	51(%14,6)	277(%79,4)
Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırım.	22(%6,3)	16(%4,6)	49(%14,1)	93(%26,6)	169(%48,4)
Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.	203(%58,2)	37(%10,6)	36(%10,3)	52(%14,9)	21(%6)
Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırım.	44(%12,6)	25(%7,2)	64(%18,3)	66(%18,9)	150(%43)
Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.	125(%35,8)	47(%13,5)	49(%14)	82(%23,5)	46(%13,2)
Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.	166(%47,5)	63(%18,1)	48(%13,7)	55(%15,8)	17(%4,9)
Kanser taraması için başvurmayı unuturum.	177(%50,7)	48(%13,8)	44(%12,6)	63(%18)	17(%4,9)
Kanser taraması yaptırmamın gereksiz olduğunu düşünürüm.	291(%83,4)	22(%6,3)	21(%6)	7(%2)	8(%2,3)
Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.	239(%68,5)	30(%8,6)	35(%10)	35(%10)	10(%2,9)
Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.	200(%57,3)	40(%11,5)	31(%8,9)	58(%16,6)	20(%5,7)
Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.	188(%53,9)	41(%11,7)	35(%10)	62(%17,8)	23(%6,6)
Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.	267(%76,5)	24(%6,9)	24(%6,9)	29(%8,3)	5(%1,4)
Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.	251(%71,9)	52(%14,9)	26(%7,4)	16(%4,6)	4(%1,2)
Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırmamı gereği duymam.	292(%83,7)	26(%7,4)	14(%4)	11(%3,2)	6(%1,7)
Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.	282(%80,8)	28(%8)	22(%6,3)	12(%3,4)	5(%1,5)

Katılımcıların sosyo-demografik verilerine göre kanser tarama puanları Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların Kanser Tarama Tutum Ölçeği Puanının Sosyo-Demografik Cevaplara Göre Karşılaştırılması

		Kanser Tarama Tutumu Puanı			
		(Ort±S.S)	(Min-Max)	Test İstatistiği	p
Yaş	30-39	(100,07-13,37)	(48-120)	F=1,455	0,227
	40-49	(102,67-10,91)	(69-120)		
	50-59	(103,58-13,9)	(55-120)		
	60-69	(101-14,29)	(66-120)		
Cinsiyetiniz	Erkek	(100,52-13,97)	(48-120)	t=-1,608	0,109
	Kadın	(102,72-11,52)	(60-120)		
Medeni Durum	Evli	(101,47-12,73)	(55-120)	t=-0,520	0,604
	Bekar	(102,59-13,84)	(48-120)		
Eğitim Durumu	İlkokul	(102,23-13,53)	(60-120)	F=1,416	0,228
	Ortaokul	(107,72-7,11)	(93-120)		
	Lise	(102,38-12,51)	(67-120)		
	Üniversite	(100,46-12,87)	(48-120)		
	Üniversite Üzeri	(101,09-13,19)	(62-119)		
Aktif Çalışma Durumu	Evet	(101,92-12,29)	(55-120)	t=0,675	0,500
	Hayır	(100,93-14,01)	(48-120)		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	(99,55-14,21)	(60-120)	F=1,607	0,202
	Gelir Gidere Eşit	(102,66-12,43)	(48-120)		
	Gelir Giderden Fazla	(101,57-12,29)	(62-120)		
Sağlık Güvencesi Varlığı	Evet	(101,67-12,48)	(55-120)	t=0,320	0,757
	Hayır	(99,11-23,93)	(48-120)		
Hayatın Herhangi Bir Döneminde Sigara Kullanımı	Evet	(103,65-12,22)	(48-120)	t=3,269	0,001
	Hayır	(99,19-13,19)	(55-120)		
Hayatın Herhangi Bir Döneminde Alkol Kullanımı	Evet	(105,06-10,52)	(55-120)	t=3,492	0,001
	Hayır	(100,29-13,42)	(48-120)		
Egzersiz Yapma Durumu	Evet	(104,09-12,29)	(55-120)	t=2,273	0,024
	Hayır	(100,63-12,96)	(48-120)		
Sağlıklı Beslendiği Düşüncesi	Evet	(102,36-12,63)	(55-120)	t=1,393	0,165
	Hayır	(100,4-13,16)	(48-120)		
Kronik Hastalık Durumu (Yüksek tansiyon, kalp hastalığı, şeker hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, psikiyatrik hastalık gibi)	Evet	(103,88-10,94)	(65-120)	t=2,634	0,009
	Hayır	(100,35-13,66)	(48-120)		
Tanısı Kesinleşmiş Kanser Hastalığı Varlığı	Evet	(107,81-10,51)	(84-120)	t=1,986	0,048
	Hayır	(101,31-12,89)	(48-120)		
Birinci Derece Akrabalarda Kanser Varlığı	Evet	(103,8-12,63)	(55-120)	t=1,888	0,050
	Hayır	(100,84-12,86)	(48-120)		
Kanser Taraması Yaptırma Durumu (smear, mamografi, kolonoskopi, gaitada gizli kan, prostat açısından rektal muayene, balgamda tüberküloz aranması vb)	Evet	(104,35-11,5)	(60-120)	t=3,563	<0,001
	Hayır	(99,58-13,44)	(48-120)		

Sosyo-demografik sorular ile Kanser Tanısı Konma Durumu ve Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma Durumu arasındaki bağımlılık testi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Kanser Tanısı Konma ve Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Sosya-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı ve İlişkileri

Tanıtıcı Özellikler		Kanser Tanısı Konma Durumu		Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma Durumu	
		Evete	Hayır	Evete	Hayır
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yaş	30-39	4 (%25,00)	140 (%42,04)	39 (%26,35)	105 (%52,24)
	40-49	4 (%25,00)	107 (%32,13)	55 (%37,16)	56 (%27,86)
	50-59	5 (%31,25)	57 (%17,12)	35 (%23,65)	27 (%13,43)
	60-69	3 (%18,75)	29 (%8,71)	19 (%12,84)	13 (%6,47)
χ^2/p		4,714 / 0,194		24,943 / <0,001	
Cinsiyet	Erkek	4 (%25,00)	173 (%51,95)	29 (%19,59)	148 (%73,63)
	Kadın	12 (%75)	160 (%48,05)	119 (%80,41)	53 (%26,37)
χ^2/p		4,437 / 0,035		99,579 / <0,001	
Medeni Durum	Evli	13 (%81,25)	295 (%88,59)	133 (%89,86)	175 (%87,06)
	Bekar	3 (%18,75)	38 (%11,41)	15 (%10,14)	26 (%12,94)
χ^2/p		0,793 / 0,373		0,645 / 0,422	
Eğitim Durumu	İlkokul	5 (%31,25)	74 (%22,22)	52 (%35,14)	27 (%13,43)
	Ortaokul	0 (%0,00)	18 (%5,41)	7 (%4,73)	11 (%5,47)
	Lise	3 (%18,75)	42 (%12,61)	18 (%12,16)	27 (%13,43)
	Üniversite	5 (%31,25)	135 (%40,54)	43 (%29,05)	97 (%48,26)
	Üniversite Üzeri	3 (%18,75)	64 (%19,22)	28 (%18,92)	39 (%19,40)
χ^2/p		2,191 / 0,701		25,781 / <0,001	
Aktif Çalışma Durumu	Evete	10 (%62,50)	227 (%68,17)	81 (%54,73)	156 (%77,61)
	Hayır	6 (%37,50)	106 (%31,83)	67 (%45,27)	45 (%22,39)
χ^2/p		0,225 / 0,635		20,479 / <0,001	
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	3 (%18,75)	79 (%23,72)	41 (%27,70)	41 (%20,40)
	Gelir Gidere Eşit	10 (%62,50)	153 (%45,95)	70 (%47,30)	93 (%46,27)
	Gelir Giderden Fazla	3 (%18,75)	101 (%30,33)	37 (%25,00)	67 (%33,33)
χ^2/p		1,744 / 0,418		3,941 / 0,139	
Sağlık Güvencesi Varlığı	Evete	16 (%100)	324 (%97,30)	145 (%97,97)	195 (%97,01)
	Hayır	0 (%0,00)	9 (%2,70)	3 (%2,03)	6 (%2,99)
χ^2/p		0,444 / 0,505		0,311 / 0,577	
Hayatın Herhangi Bir Döneminde Sigara Kullanımı	Evete	11 (%68,75)	178 (%53,45)	72 (%48,65)	117 (%58,21)
	Hayır	5 (%31,25)	155 (%46,55)	76 (%51,35)	84 (%41,79)
χ^2/p		1,439 / 0,230		3,138 / 0,076	

Hayatın Herhangi Bir Döneminde Alkol Kullanımı	Evet	4 (%25,00)	92 (%27,63)	31 (%20,95)	65 (%32,34)
	Hayır	12 (%75,00)	241 (%72,37)	117 (%79,05)	136 (%67,66)
χ^2/p		0,053 / 0,818		5,548 / 0,019	
Egzersiz Yapma Durumu	Evet	6 (%37,50)	92 (%27,63)	34 (%22,97)	64 (%31,84)
	Hayır	10 (%62,50)	241 (%72,37)	114 (%77,03)	137 (%68,16)
χ^2/p		0,737 / 0,391		3,319 / 0,068	
Sağlıklı Beslendiği Düşüncesi	Evet	12 (%75,00)	202 (%60,66)	99 (%66,89)	115 (%57,21)
	Hayır	4 (%25,00)	131 (%39,34)	49 (%33,11)	86 (%42,79)
χ^2/p		1,323 / 0,250		3,366 / 0,067	
Kronik Hastalık Durumu (Yüksek tansiyon, kalp hastalığı, şeker hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, psikiyatrik hastalık gibi)	Evet	9 (%56,25)	115 (%34,53)	69 (%46,62)	55 (%27,36)
	Hayır	7 (%43,75)	218 (%65,47)	79 (%53,38)	146 (%72,64)
χ^2/p		3,143 / 0,076		13,801 / <0,001	
Birinci Derece Akrabalarda Kanseri Varlığı	Evet	10 (%62,50)	80 (%24,02)	53 (%35,81)	37 (%18,41)
	Hayır	6 (%37,50)	253 (%75,98)	95 (%64,19)	164 (%81,59)
χ^2/p		11,809 / 0,001		13,489 / <0,001	

5. TARTIŞMA

Kanser günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu halini almıştır. Beklenen yaşam süresinin artması, çevresel, kimyasal ve teknolojiye bağlı maruziyetlerin artmasıyla kanser oluşumu da artmıştır. Araştırmamız kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanı ile ilişkili olabilecek durumları analiz etme amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda kullandığımız ölçek Öztürk ve arkadaşları tarafından Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek olması nedeniyle benzer çalışmalarda kullanılan anketlere göre daha standart özelliklere sahiptir ve yaygın olarak kullanıma daha uygundur (44).

Çalışmamızdaki ölçek puanı ile yaş arasında; 30-60 yaş arasında çalışmaya katılanlar, 10 yıl yaş aralıklarıyla gruplandırıldığında, duyarlılığın yaşa bağlı olarak arttığı gözlenmiş, 60 yaş üstünde ise tekrar bir düşünüşle 30-39 ve 40-49 yaşlar arası bir puan elde edilmiştir. Yaşa bağlı bu değişim yaş arttıkça genel olarak artsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Öztürk ve arkadaşlarının Konya’da 30-70 yaş arası kişilerde yaptığı kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinde yaş arttıkça kanser taramalarına yönelik duyarlılığın arttığı(44), Tekpınar ve arkadaşlarının Antalya’da yaptığı aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramaları hakkında bilgi tutum ve davranışlarını araştırdığı çalışmasında yaş arttıkça duyarlılığın arttığı (45), Arslan ve arkadaşlarının İzmir’de 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taramaları hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği araştırmada yaş arttıkça duyarlılığın arttığı (46), Açıkgöz ve arkadaşlarının İzmir’de kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları üzerine yaptığı çalışmada ölçek puanıyla yaş arasında pozitif yönde artmak üzere anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (47). Bizim çalışmamızda da yaşa bağlı olarak 60 yaş üstü hariç artış olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bulgularımız bu çalışmalarla benzerlik içermektedir. Çalışmamızda 30-60 Yaş arasında puanın artması yaşa bağlı olarak insanların kansere yakalanma konusunda duyarlılığının artmasını, yaş ilerledikçe daha fazla kanser taraması yaptırmış olma durumunu, 60 yaş üstünde tutum ölçeği puanının azalması ise insanların yaşam beklentisinin göreceli olarak düşmesiyle, kanser olsalar da genç yaştakilere göre daha kolay kabullenebileceklerini düşünmeleriyle veya ileri

yaşlardaki kişilerin çalışmamızda da tespit ettiğimiz üzere eğitim düzeylerinin daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda yaş ile daha önce kanser taraması yaptıрма durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Arslan ve arkadaşlarının İzmir’de 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taramaları hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği araştırmada yaş ilerledikçe serviks kanseri yaptıрма durumunun anlamlı şekilde arttığı tespit edilmiştir (46). Tekpınar ve arkadaşlarının Antalya’da aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramaları hakkında bilgi tutum ve davranışlarını araştırdığı çalışmasında yaşa bağlı olarak kanser tarama durumunun arttığını, ayrıca cinsiyete bağlı olarakta kadın cinsiyette bu durumun daha belirgin olduğunu bulmuştur (45). Şeker ve arkadaşlarının İstanbul’da yaptığı 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması hakkında davranışlarını araştırdığı çalışmada; yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arttıkça serviks kanseri taramalarına katılımın istatistiksel olarak anlamlı arttığı bulunmuştur (48). Koo ve arkadaşlarının Avustralya’da yapmış olduğu bir çalışmada 50 yaş ve üstü katılımcıların %48’inin daha önce herhangi bir yöntemle kolorektal kanser taraması yaptırdığı belirlenmiştir (49). Ayrıca Koo ve arkadaşlarının Asya Pasifik bölgesinde yaptığı başka bir araştırmada kolorektal kanserlere karşı tarama tutumunun hekim önerisi ve ülkenin gelişmişlik düzeyiyle paralel olarak arttığı bulunmuştur (50). Yaş arttıkça kanser taraması yaptırmadaki artış beklenen bir durumdur. Bunun istatistiksel olarak anlamlı olması ise toplumun kanser taramalarına karşı duyarlılığının daha fazla olduğu, sağlık okuryazarlığının daha gelişmiş olduğu, ülkenin gelişmişlik düzeyinin daha iyi olduğu ve hekimlerin kanser taramaları konusunda halkı daha fazla yönlendirici olduğu anlamına gelebilir. Ayrıca daha genç yaşta kişiler kanseri genç yaşlardan ziyade daha ileri yaşlarda ortaya çıkan bir sağlık sorunu olarak yorumluyor olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet ile kanser tanısı konma ve daha önce kanser taraması yaptıрма durumu arasında bir bağımlılığın olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan kadınların %80,41’i daha önce kanser taraması yaptırmış olarak bulundu. Erkek katılımcılar arasında bu oran %19,59 du. Tekpınar ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsiyete bağlı olarak kadınlarda daha önce kanser taraması yaptıрма oranı istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (45). Bu farkın oluşmasında ülkemizde

uygulanan ulusal kanser tarama programındaki meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarının tamamının kadınlara uygulanabilir olması, erkeklerin daha az çeşitte kanser taramasına dahil edilmesi, kadınların sağlık kuruluşlarına daha kolay ve fazla müracaat edebilmesi, özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında serviks kanseri ve gaytada gizli kan ile kolorektal kanser taraması yaptırabilmesi etkili olabilir.

Çalışmada eğitim durumu ve aktif çalışma durumları ile daha önce kanser taraması yaptıran durumu arasında istatistiksel olarak bir bağımlılığın olduğu görülmüştür. Öztürk ve arkadaşlarının Konya’da yaptığı araştırmada ise geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptıkları kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinde eğitim düzeyi yükseldikçe istatistiksel olarak ölçek puanının anlamlı olarak bizim çalışmamızdaki gibi düştüğü gözlenmiştir. Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi yükseldikçe kanser taramalarına yönelik ilginin azaldığı bulunmuştur (45). Wools ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde eğitim düzeyi düşüklüğüyle kanser taramalarına katılımın daha fazla olduğu bulunmuştur (51). Güven ve arkadaşlarının Samsun’da yaptığı 50-70 yaş arası bireylerin kolorektal kanser taramalarına karşı tutumunu değerlendirdiği çalışmada eğitim düzeyi arttıkça kolorektal kanser taramalarının içeriğinin daha iyi bilindiği fakat kolorektal kanser taramalarına yönelik tutumun anlamlı olmadığı bulunmuştur (52). Güneş ve arkadaşlarının Malatya’da yaptığı bir çalışmada eğitim ve gelir düzeyi arttıkça kadınlarda bilgi düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (53). Arslan ve arkadaşlarının İzmir’de yaptığı bir çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri tarama tutumunun eğitimle arttığını tespit etmiştir (46). Pınar ve arkadaşları Ankara’da bir kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda serviks kanseri ve HPV hakkında bilgi düzeyinin eğitim düzeyi arttıkça arttığını tespit etmişlerdir (54). Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça daha önce kanser taraması yaptırmış olma oranı azalmış olarak anlamlı, aktif olarak çalışanlarda da daha önce kanser taraması yaptıran oranı azalmış olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeyinin artması ve kanser taramaları hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaları, yukarıdaki bazı çalışmalardada görülüşü üzere kişilerin sahip oldukları bilgiye güvenin sonucu olarak taramaları ihmal ettikleri anlamına gelebilir. Kanser taramaları hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması kanseri engelleyen veya semptomlarını geriletken bir şey olmadığı için aslında eğitim düzeyi yüksekliğinin bilgiyi yanlış yorumlama veya doğru

bilinen yanlışlara yönelmeye neden olabilir. Ayrıca çalışanlarda kanser taramalarına katılımın daha az olması, çalışma hayatının getirdiği yoğunluğun, hasta olmadan doktora gitmeme davranışını pekiştirdiği ve bu şekilde kanser taramalarının ihmal edildiği anlamına gelebilir.

Katılımcıların hayatın herhangi bir döneminde alkol kullanma durumu ile daha önce kanser taraması yaptırmama durumu arasında bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Bu ilişki alkol kullanmayanların daha fazla kanser taraması yaptırdığı şeklinde olmuştur. Tekpınar ve arkadaşlarının Antalya’da yaptığı çalışmada alkol kullanan ve kullanmayan kişilerin kanser taramalarına katılma isteği benzer oranlarda bulunmuştur (45). Güven ve arkadaşlarının Samsun’da yaptığı çalışmada kolorektal kanser taramaları bilgi tutum ve sağlık davranışlarıyla alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır fakat çalışmamıza benzer şekilde kolorektal kanser tarama yaptırmama oranları daha yüksek seviyede tespit edilmiştir (52). Öztürk ve arkadaşlarının Konya’da yaptığı çalışmada ise çalışmamızda kullandığımız ölçek kullanılmıştır ve hayatında daha önce alkol kullanmış kişilerin kanser taramalarına katılım isteği konusunda bizim çalışmamızda da gözlemlediğimiz gibi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (44). Topsakal ve arkadaşlarının Konya’da kadınlar üzerinde meme kanseri taramalarına karşı bilgi düzeyi, tutum ve meme kanserine karşı risk düzeyinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada alkol kullanımıyla risk düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (55).

Bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda gördüğümüz üzere alkol kullanımıyla kanser taramalarına karşı tutumun anlamlı olmadığı görülmüştür. Alkol kullanımının kansere karşı duyarlılığı artırıp kanser taraması yaptırmayı artırması beklenirken, çalışmamızda alkol kullanmayanların daha fazla kanser taraması yaptırdığı bulunmuştur. Bu durum çalışmamızı yaptığımız kişilerin eğitim düzeyinin normal toplumdan daha yüksek çıkmasından dolayı yukarıda da tespit ettiğimiz gibi eğitim düzeyi arttıkça kanser taramalarına katılımın azalması ve buna bağlı olarak kanser tarama testleri hakkındaki bilgi düzeyi yüksekliğinin verdiği güvenden kaynaklanabilir.

Ayrıca çalışmamızda hayatın herhangi bir döneminde alkol kullanımı sorusu cevapları ile kanser tutumu puanı arasında yapılan karşılaştırmada cevaplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Öztürk ve ark yaptığı çalışmada da bu puan daha yüksek tespit edilmiştir (44). Bu durum alkol kullanan kişilerin aslında alkolün sağlıkları için zararlı olduğunu düşündüklerinin, kanser açısından kendilerini daha fazla riskli gördüklerinin bir belirtisi olabilir. Bu durum araştırmamızda beklediğimiz bir sonuçtur.

Araştırmamızda kronik hastalık durumu cevapları ile daha önce kanser taraması yaptıran durumu arasında bir bağımlılığın olduğu görülmüştür. Açıkgöz ve arkadaşlarının İzmir’de kadınların kanser konusundaki bilgi ve tutumu, erken tanı yöntemlerine karşı davranışları üzerinde yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınlardan kronik hastalığı olanların %18’i nin daha önce kanser tanısı aldığı tespit edilmiştir (47). Şeker ve arkadaşlarının İstanbul’da yaptığı serviks kanseri tarama davranışlarını inceleyen çalışmada kronik hastalığı olan kadınlarda serviks kanseri tarama oranı daha yüksek tespit edilmiştir (48). Güven ve arkadaşlarının Samsun’da yaptığı araştırmada ise kronik hastalığı olanların kolorektal kanser taraması yaptıran oranları yüksek tespit edilmiştir (52). Ulaştığımız bu veriler kronik hastalığa sahip bireylerin kendilerini kanser yönünden daha riskli değerlendirdikleri ve bu nedenle kanser taramalarını daha fazla oranda yaptırdıkları anlamına gelebilir.

Çalışmamızda katılımcıların birinci derece akrabalarında kanser olma durumu ile kanser tanısı konma durumu ve daha önce kanser taraması yaptıran durumu arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Arslan ve arkadaşları tarafından İzmir’de 18-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri taraması ve HPV aşısına karşı bilgi ve tutumun değerlendirildiği çalışmada akraba ve yakınlarında serviks kanseri olanların smear testi yaptıran oranı daha düşük bulunmuştur (46). Güven ve arkadaşlarının Samsun’da yaptığı araştırmada akrabasında kolorektal kanser varlığı bulunan bireylerin GGK yaptıran oranı, akrabasında kolorektal kanser olmayan bireylere göre daha düşük olmakla birlikte kolonoskopi yaptıran oranlarının, akrabalarında kolorektal kanser olanlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir (52). Açıkgöz ve arkadaşlarının İzmir’de yaptığı kadınların kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutumların değerlendirildiği araştırmada akrabalarında veya kendisinde kanser tanısı bulunan kişilerin kanser farkındalığı daha yüksek tespit edilmiştir (47). Öztürk ve arkadaşlarının Konya’da yaptığı araştırmada ise akrabalarında kanser bulunma durumu ve daha önce kanser

taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (44). Çalışmamızdaki birinci derece akrabalarda kanser tanısı olmasıyla kanser tanısı alma durumunun anlamlı olması ve kanser taramalarına yönelik tutumun artmış olası beklenen bir durumdur. Benzer çalışmalardaki farklılıklar, araştırmaların birinci derece akrabalar olarak özellikle belirtilmeyerek akrabalar ve yakınlar olarak yapılmasından veya çalışmanın yapıldığı toplumun farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Yaptığımız çalışmada, katılımcıların hayatın herhangi bir döneminde sigara kullanımı sorusu cevapları ile kanser tutumu puanı karşılaştırıldığında cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Arslan ve arkadaşlarının İzmir’de yaptığı bir çalışmada kadınların serviks kanseri taraması yaptırmasıyla sigara kullanım durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (46). Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meme kanseri ve servisk kanseri taraması yaptırmak isteyen kadınlardan sigara içenlerinin tarama isteği daha fazla bulunmuştur (45). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullanan bireylerde kanser taramalarına yönelik tutumun daha fazla olduğu tespit edilmiştir (44). Güven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kolorektal kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olmak ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (52). Şeker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlarda serviks kanseri taraması yaptırma durumu ile sigara içimi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (48). Topsakal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içme durumu ile meme kanseri risk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (55). Çalışmamızda sigara içen bireylerin kanser taramalarına karşı tutum puanının yüksek olması sigaranın kansere neden olan etkisinin daha iyi bilindiği yönünde değerlendirilebilir. Benzer bazı çalışmalarda görülen sigara içme durumu ve kanser taramalarına yönelik tutumun daha anlamsız tespit edilmesi ise çalışılan toplumun sosyo-kültürel durum, sosyodemografik durum ve eğitim seviyesiyle ilişkili olabilir.

Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile kanser tarama tutumu puanı arasında yapılan karşılaştırmada ise cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapan kadınların meme kanseri yönünden daha fazla mamografi yaptırdığı tespit edilmiştir. (45). Güven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada egzersiz yapanların daha fazla kolonoskopi yaptırdığı

tespit edilmiştir (52). Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada egzersiz yapanların daha fazla gaytada gizli kan testi yaptırdığı bulunmuştur (56). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da egzersiz yapanların daha fazla kolorektal kanser taraması yaptırdığı tespit edilmiştir (57). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında egzersiz durumunun kanser taramalarına karşı tutumda anlamlı bir artışa sebep olmadığı tespit edilmiştir (44). Egzersiz yapmak sağlıklı yaşamın en önemli parçalarından birisidir ve genelde sağlıklı yaşam için yapılan şeylerin en zorudur. Başka bir deyişle egzersiz yapan bireylerin kanser taramaları yaptırma konusunda daha iyi ve genel sağlık kültürlerinin daha yüksek olması beklenir. Çalışmamızda ve başka birçok çalışmada da bu yönde bir sonuç elde edilmiştir.

Çalışmada katılımcıların kanser tarama tutumu puanı ile kronik hastalık bulunması sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Açıkgöz ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada kronik hastalığı olan bireylerin kanser tarama testleri hakkındaki eğitimlere daha fazla ilgi gösterdikleri bulunmuştur (47). Şeker ve arkadaşlarının çalışmasında ise kronik hastalığı bulunan kadınların serviks kanseri taramalarına katılımının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (48). Güven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılımının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (52). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında kişilerin kronik hastalığa sahip olmasıyla kanser taramaların karşı tutumun anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (44). Yapılan çalışmaların çoğunda kronik hastalığı olan bireylerin kanser taramalarına karşı kronik hastalığı olmayan bireylere göre katılımının daha fazla olduğu görülmektedir. Bunda kronik hastalığa sahip bireylerin sahip oldukları hastalığın sebepleriyle sonuçlarını daha çok araştırmaları, hastalığı geriletmek için veya hastalığa bağlı başka ek hastalıklara yakalanmamak için daha duyarlı olmaları yönünde yorumlanabilir. Ayrıca kanser taramalarına katılımın çoğunlukla sağlık çalışanları tarafından önerildiği göz önüne alındığında kronik hastalık sahibi bireylerin daha fazla sağlık kurumu ziyaretinde bulunmaları nedeniyle kanser taramalarına katılımlarının normal topluma göre daha yüksek olmasına neden olabilir.

Sunulan çalışmada katılımcıların kesinleşmiş kanser tanısı bulunması durumu ile kanser tarama tutumu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi.

Birinci derece yakınında kanser varlığı sorusuna verilen cevaplar ile kanser tarama tutumu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada kendisinde veya ailesinde kanser tanısı bulunan bireylerin kanser taramalarına katılımının anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (58). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kendisinde kanser bulunan bireylerin kanser taramalarına karşı tutum ölçeği puanı kendisinde kanser bulunmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (44). Açıkgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailesinde kanser olan bireylerin kanser taramaları eğitimine karşı daha fazla katılım sağladıkları belirlenmiştir (47). Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailesinde kanser tanısı olan bireylerin kanser taramalarına katılımının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (45). Şeker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ailesinde serviks kanseri bulunan bireylerin serviks kanseri taraması yaptırma oranı ailesinde serviks kanseri olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (48). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailesinde serviks kanseri bulunan kadınların istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (46).

Öztürk ve arkadaşlarının kendisinde kanser olan bireylerde kanser taramalarına karşı tutumun az olmasının nedeni kişinin bir kere kanser olduktan sonra ikinci defa olmayacağı inancı olabilir. Yapılan çalışmaların genelinde görüldüğü üzere ailesinde kanser olan veya kendisi kanser olan bireylerin kanser taramalarına daha yüksek katılım sağladığı görülmektedir. Ailede kanser varlığının olmasıyla kanser taramalarına yönelik eğilimin yüksek olması, genetik olarak kanserle ilişkili genlere sahip olma şüphesi veya yakınında kansere tanık olmanın verdiği duyarlılık olabilir. Çalışmamızda ailesinde veya kendisinde kanser hastalığına sahip olanlarda kanser tarama testlerine karşı tutumun ve katılımın daha yüksek olması beklediğimiz bir sonuçtur.

Son olarak katılımcıların daha önce kanser tarama testi yaptırması sorusuna verilen cevaplar ile kanser tarama tutumu puanı arasında yapılan karşılaştırmada cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında daha önce kanser taraması yaptıranların kanser taramalarına karşı kullanılan ölçek puanında anlamlı bir fark bulunmamıştır (44). Arslan ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha önce serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olanların serviks kanseri taramasını daha yüksek oranda yaptırdıkları tespit edilmiştir (46). Kanseri taraması yaptırmak için öncelikle kansere karşı bir bilincin oluşması gerekmektedir. Benzer çalışmalarda rastlanan sonuçlarla da benzer şekilde çalışmamızda daha önce kanseri taraması yaptıran bireylerin kanseri tarama tutum puanlarının yüksek olması, kanseri taraması yaptıran bireylerin kansere karşı daha hassas olmasının daha olası olmasından dolayı beklenen bir durumdur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser taramalarına karşı tutumun daha objektif değerlendirilebilmesi için standart bir ölçek kullanmak daha uygun olabilir. Bu şekilde toplumun kanser taramalarıyla ilgili tutumunu daha net bir şekilde belirleyip, ulusal düzeyde kanser taramalarına katılım, eğitim, taramaları planlama gibi başlıklarda amaca ulaşım ve standardizasyon daha kolay olabilir.

Toplumun kanser taramalarına yönelik bilgi ve farkındalığının çoğunluğunu birinci basamak sağlık kuruluşlarında edindiği görülmüştür. Bu farkındalığın oluşmasında özellikle aile hekimlerinin etkili olduğu gözlenmiştir. Aile hekimlerinin izlem listesindeki kanser taramalarının pozitif performansa dayalı hale getirilmesi bu izlemleri artıracaktır.

Kanseri tedavi etmek önlemekten daha zor olduğu için önlenebilir kanser türlerinde toplumun daha bilinçli hale gelmesi için sigara ve alkol gibi önlenebilir kanser nedenlerinin toplumda kullanımının azaltılması, kullananların düzenli kanser taraması yaptırması sağlanmalıdır.

Çalışmamıza katılanların çoğunluğu televizyon, internet ve gazete gibi yayın organlarında gördüğü kanser taramaları hakkındaki yayınların kanser taraması yaptırma ihtimalini artırdığını söylemiştir. Basın ve yayın organlarında kanser taramaları hakkında kamu spotları yayınlanması katılımı artırabilir.

Özellikle çalışan bireylerde iş hayatının yoğunluğunda kanser taramaları ihmal edilmektedir. Bu nedenle işverenlerin de çalışanlarını gerekli periyotlarda kanser taraması yaptırması gerektiğiyle ilgili yönlendirme yapması amacıyla çalışma bakanlığıyla beraber mevzuat düzenlenebilir ve bu denetlenebilir.

İşyeri hekimi bulunan işyerlerinde periyodik sağlık muayenelerinde kanser taramaları hatırlatılması ve sağlık kayıtları içinde kanser tarama evrakları da muhafaza edilmesi kanser taramalarına katılımı artırabilir.

Kanser taramalarıyla ilgili bilgi düzeyi eğitilmiş kişilerde daha yüksek çıkmıştır fakat kanser taramalarına katılım daha düşük bulunmuştur. Bu nedenle lise ve

üniversite düzeyinde her bireye kanser taramaları yaptırmanın önemi ve gerekliliği hakkında eğitim verilmesi planlanabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Karakan, M. Ş. (2016). E Yandal Dahiliye. 2. Baskı. Ankara: Göktuğ Ofset Yayıncılık.
2. Adami H, Hunter DJ, Laggiou P, Mucci L. Text Book of Cancer Epidemiology. 3rd Edition.
 - a. New York; Oxford University Press; 2018.
3. Fink DJ. Cancer detection: The cancer-related check up guidelines. In: Holleb AI, Fink DJ, Murphy GP. American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology. Atlanta, American Cancer Society, 1991; 153-77.
4. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
5. Forman, D., Ferlay, J., Stewart, B. W., & Wild, C. P. (2014). The global and regional burden of cancer. *World cancer report, 2014*, 16-53.
6. Garcia, F., Newton, J., & Baldwin, S. (2005). Cervical and endometrial cancer prevention. In *Fundamentals of Cancer Prevention* (pp. 315-347). Springer, Berlin, Heidelberg.
7. Öztürk, Y., Günay, O., & Aykut, M. (Eds.). (2011). *Halk sağlığı: genel bilgiler*. Erciyes Üniversitesi.
8. EREN, O. Ö. Kanser Taramaları ve Kanserden Korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2), 7-14.
9. Karakoç, A. G. D. F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
10. Seçer, İ. (2015). Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci (1. Baskı). Ankara: Anı yayıncılık. *ISSBN*, 978-605.
11. Güngör, D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk psikoloji yazıları*, 19(38), 104-112.
12. TAVŞANCIL, E. (2002). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. *Nobel Yayıncılık, Ankara*. 2019
13. Gültekin, M., & Boztaş, G. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 43, 12-32.
14. IARC. (2018). List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans.

15. Colditz, G. A., Atwood, K. A., Emmons, K., Monson, R. R., Willett, W. C., Trichopoulos, D., & Hunter, D. J. (2000). Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. *Cancer causes & control*, 11(6), 477-488.
16. Detels, R. (Ed.). (2015). *Oxford textbook of global public health*(Vol. 2). Oxford Textbook.
17. Jameson, J. L., Kasper, D. L., Longo, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., & Loscalzo, J. (1980). Harrison's principles of internal medicine 2018. *Mac Graw Hills education*, 1-8.
18. Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2005). Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *British journal of cancer*, 92(3), 426-429.
19. Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., ... & Coglianò, V. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet. Oncology*, 8(4), 292-293.
20. Steenland, K., Whelan, E., Deddens, J., Stayner, L., & Ward, E. (2003). Ethylene oxide and breast cancer incidence in a cohort study of 7576 women (United States). *Cancer Causes & Control*, 14(6), 531-539.
21. Coşkun, Ö. (2011). İyonize radyasyonun biyolojik etkileri. *Teknik Bilimler Dergisi*, 1(2), 13-17
22. Tepetaş, M., ARSLANTAS, D., & Ünsal, A. Türkiye'de 2009-2019 Yılı Ölüm Nedenlerinin TÜİK Verilerine Göre İncelenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*.
23. Gültekin, M., & İstatistikleri, B. G. T. K. (2016). TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanseri Savaş Daire Başkanlığı.
24. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
25. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3. Baskı. Ankara; Hacettepe Üniversitesi Basımevi; 2015
26. Tuncer, M. (2007). Kanseri ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanseri kontrol politikaları. *Türkiye'de Kanseri Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları*, (707), 5-9).
27. İçke, S., & Genç, R. E. (2017). Topuk kanı örneği ile yapılan ulusal yenidoğan tarama testleri ve önemi. *The Journal of Pediatric Research*, 4(4), 186-90.
28. Tezcan, S. (2017). Temel Epidemiyoloji (pp. 100–101). *Ankara: Hipokrat Kitabevi*.
29. Weiten, W., & Wight, R. D. (1992). Portraits of a discipline: An examination of introductory psychology textbooks in America. In *Teaching psychology in America: A history*. (pp. 453-504). American Psychological Association.

30. Hawkes, N. (2019). Cancer survival data emphasise importance of early diagnosis.
31. Koo, M. M., Unger-Saldaña, K., Mwaka, A. D., Corbex, M., Ginsburg, O., Walter, F. M., ... & Lyratzopoulos, G. (2021). Conceptual Framework to Guide Early Diagnosis Programs for Symptomatic Cancer as Part of Global Cancer Control. *JCO Global Oncology*, 7, 35-45.
32. World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.
33. Smith, R. A., Andrews, K. S., Brooks, D., Fedewa, S. A., Manassaram- Baptiste, D., Saslow, D., & Wender, R. C. (2019). Cancer screening in the United States, 2019: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: a cancer journal for clinicians*, 69(3), 184-210.
34. Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., Cain, J., ... & ACS-ASCCP- ASCP Cervical Cancer Guideline Committee, T. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(3), 147-172.
35. Aydoğdu, S. G. M., & Özsoy, Ü. (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul*, 20, 25-29.
36. Özkan, S., Keskinılıç, B., Gültekin, M., Karaca, A. S., Öztürk, C., & Boztaş, G. (2018). Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013–2018. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayınları, Ankara, 18-56.
37. Wolf, A. M., Fontham, E. T., Church, T. R., Flowers, C. R., Guerra, C. E., LaMonte, S. J., ... & Smith, R. A. (2018). Colorectal cancer screening for average- risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(4), 250-281.
38. Wools, A., Dapper, E. A., & Leeuw, J. D. (2016). Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 158-168.
39. McDougal, W. S., Wein, A. J., Kavoussi, L. R., Partin, A. W., & Peters, C. A. (2015). *Campbell-Walsh Urology 11th Edition Review E-Book*. Elsevier Health Sciences.
40. EREN, O. Ö. Kanser Taramaları ve Kanserden Korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2), 7-14.
41. Gemalmaz, A., Akçan, A., Üner, B. A., Dişçigil, G., Aydın, M., Şahin, N. Ş., ... & Demirağ, S. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(1), 37-48.

42. Solmi, F., Von Wagner, C., Kobayashi, L. C., Raine, R., Wardle, J., & Morris, S. (2015). Decomposing socio-economic inequality in colorectal cancer screening uptake in England. *Social science & medicine*, 134, 76-86.
43. Ebell, M. H., Thai, T. N., & Royalty, K. J. (2018). Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. *Public health reviews*, 39(1), 1-19.
44. ÖZTÜRK, E. N. Y., Mehmet, U. Y. A. R., & ŞAHİN, T. K. (2020). Development of an Attitude Scale for Cancer Screening. *TURKISH JOURNAL OF ONCOLOGY*, 1(3).
45. Tekpınar, H., Özen, M., & Aşık, Z. (2018). Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 28-36.
46. Arslan, H. (2020). *Aile hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ve hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışlarının değerlendirilmesi.*
47. AÇIKGÖZ, A., ÇEHRELİ, R., & ELLİDOKUZ, H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 145-154.
48. Şeker, N. (2019). *İstanbul'da bir ilçede 30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri tarama davranışını etkileyen faktörler.* (Uzmanlık tezi, İstanbul üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul).
49. Koo, J. H., Arasaratnam, M. M., Liu, K., Redmond, D. M., Connor, S. J., Sung, J. J., & Leong, R. W. (2010). Knowledge, perception and practices of colorectal cancer screening in an ethnically diverse population. *Cancer Epidemiology*, 34(5), 604-610.
50. Koo, J. H., Leong, R. W., Ching, J., Yeoh, K. G., Wu, D. C., Murdani, A., ... & Asia Pacific Working Group in Colorectal Cancer. (2012). Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. *Gastrointestinal endoscopy*, 76(1), 126-135.
51. Wools, A., Dapper, E. A., & Leeuw, J. D. (2016). Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 158-168.
52. Güven, V. (2019). 50-70 yaş bireylerin kolorektal kanser taraması konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi.
53. Gunes, G. (2009). Kadınların serviks kanseri, PAP smear ve HPV aşısı hakkında bilgi tutum ve davranışları. *Medical Sciences*, 4 (3) , 67-74.

54. Pınar, G., Topuz, Ş., An, Ş., Doğan, N., Kaya, N., & Algier, L. (2010). Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), 11-18.
55. Topsakal, Ü. N. (2019). *Kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum, davranışları ve meme kanseri risk düzeylerinin değerlendirilmesi*.
56. Lee, S. Y., & Lee, E. E. (2018). Access to health care, beliefs, and behaviors about colorectal cancer screening among Korean Americans. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(7), 2021.
57. Yılmaz, M., Dereli, F., & Yelten, G. (2016). Some sociodemographic characteristics, healthy lifestyle behaviors and health beliefs of individuals aged 50 and over effect on screening behaviors of colon cancer/Elli yas ve üzerindeki bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık inançlarının kolon kanserine ilişkin tarama davranışlarına etkisi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13(3), 226-235.
58. Kaya, C., Üstü, Y., Özyörük, E., Aydemir, Ö., Şimşek, Ç., & Şahin, A. D. (2017). Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(1).