



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ TIPTA UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİNİN KANSER TARAMALARI
HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Eda EROĞLU**

Samsun,2019

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ TIPTA UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİNİN KANSER TARAMALARI
HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Eda EROĞLU**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK**

Samsun,2019

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan kıymetli hocam **Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK' a**, asistanlığım boyunca desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, vaktini ve yardımını hiç esirgemeyen değerli hocalarım, **Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ, Prof. Dr. Füsun Aysin ARTIRAN İĞDE, Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN'e**, diğer hocalarıma, emeklerini esirgemeyen, birlikte gülüp birlikte ağladığımız, güzel anılar biriktirdiğimiz, arkadaşlarım **Hüseyin KARAGÖZ, Serkan UZAN, Gülseda MİZAN, Ashı ALAN, Merve DEĞİRMENCİ ve Ekin ÖZCAN'a** ve tüm diğer asistan arkadaşlarıma, kuzenden öte kardeşim kabul ettiğim **Aslıhan TURNA'ya**, hayatıma en kıymetli zamanda adım atmış olan **Hüseyin KARACABEY'e**, özellikle hayatımın tüm dönemlerinde bana her konuda her türlü desteği sağlayan **ANNEM ve BABAM' a**, teşekkür ve sevgilerimle...

Dr.Eda EROĞLU

Samsun 2019

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGE VE KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser Ve Önemi	3
2.2. Kanser Nedenleri	4
2.2.1. İyonize Radyasyon	4
2.2.2. Ultraviyole Işınları	4
2.2.3. Hava Kirliliği	5
2.2.4. Kimyasal Karsinogenler	5
2.2.5. Beslenme Faktörleri	5
2.2.6. Sigara	5
2.2.7. Alkol	6
2.2.8. Virüsler	6
2.2.9. Genetik Faktörler	7
2.3. Kanserden Korunma	7
2.4. Ulusal Kanser Programı	7
2.4.1. Tarama, Kanser Taraması ve Önemi	8
2.4.2. Türkiye’de Uygulanmakta Olan Ulusal Kanser Tarama Programı	8
2.4.3. Aile Hekimliği ve Kanser Taramaları	9
2.5. Serviks Kanseri	9
2.5.1. Serviks Kanseri Epidemiyoloji	9
2.5.2. Serviks Kanseri Risk Faktörleri	10
2.5.3. Tarama	11
2.6. Meme Kanseri	12
2.6.1. Meme Kanseri Epidemiyoloji	12
2.6.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri	13
2.7. Kolorektal Kanser	17
2.7.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi	18
2.7.2. Risk Faktörleri	18
2.7.3. Tarama	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Deseni	23
3.2. Evren ve Örneklem	23
3.3. Veri Toplama Araçları	23
3.4. Verilerin Analizi	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ	61
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER	74

ÖZET

AMAC: Kanser konusunda en önemli kontrol yöntemi tarama ile erken teşhistir. Bu nedenle kanser taramalarının önemi tartışılmaz bir gerçektir. Bu çalışma Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek ve farkındalık oluşturmak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL METOD: Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmamız OMÜ Tıp Fakültesinde eğitim gören, çalışma hakkında bilgilendirilen, çalışmayı kabul eden tıpta uzmanlık öğrencilerine uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, konu ile ilgili bir anket ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmaya 248 kişi katılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare ve fisher exact testi kullanılmıştır. Veriler SPSS for Windows 21 aracılığıyla bilgisayar ortamına girilerek değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %18,5'i aile hekimi %81,5'i diğer bölüm hekimleriydi. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin ulusal kanser tarama programı standartları içinde yer alan programları (serviks kanseri tarama programı, meme kanseri tarama programı, kolorektal kanser tarama programı) doğru bilme düzeyi %47,6'ıdi. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin doğru bilme oranı %67,4 ,diğer bölüm uzmanlık öğrencilerinin doğru bilme oranı ise %43,1'di. Aile hekimlerinin %93,5'i hastalarına ulusal kanser taramalarını öneriyor iken diğer hekimlerin %60,4'ü hastalarına kanser taramalarını önermekteydi. Tüm ulusal kanser taramalarını bilme ve önerme düzeyi aile hekimlerinde diğer hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur.

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçları tıpta uzmanlık öğrencilerinin ulusal kanser tarama programı ile ilgi farkındalıklarının istenilen oranda olmadığını göstermektedir. Öğrencilerin tarama programları doğrultusunda hekime başvurma oranları ve bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Kanser taramalarında hekimlerin yeterli bilgi düzeyine sahip olması ve bunun davranışlarına yansımaları, tarama programının başarıya ulaşması açısından çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: Kanser, aile hekimliği, tıpta uzmanlık öğrencileri, Ulusal Kanser Tarama Standartları

ABSTRACT

AIM: The most important control strategy for cancer is early detection by screening. Therefore, the importance of cancer screening is an indisputable fact. The aim of this study was to investigate the knowledge, attitudes and behaviors of Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine medical specialist students about cancer screening and to raise awareness.

MATERIALS METHOD: The research was cross-sectional. The medical specialist students who were educated at OMU Faculty of Medicine, who were informed about the study and who accepted the study were included. The data of the study was collected by face to face interview with a structured questionnaire. 248 people participated in the study. Descriptive statistics, chi-square and fisher exact tests were used for data analysis. Data were entered into the computer environment via SPSS for Windows 21 and the relationships between the variables were examined.

RESULTS: 18.5% of the specialty students in the study were family physicians and 81.5% were other department physicians. The level of accurate knowledge of medical specialty students about the national cancer screening program standards (cervical cancer screening program, breast cancer screening program, colorectal cancer screening program) was 47.6%. The correct knowledge rate of family medicine specialty students was 67,4 and the correct knowledge rate of other department specialty students was 43,1%. While 93.5% of family physicians recommended national cancer screening programs to their patients, 60.4% of other physicians recommended cancer screening programs to their patients. The level of knowing and recommending all national cancer screenings was higher in family physicians than other physicians.

CONCLUSION: Our study determined that the awareness of medical specialty students about the national cancer screening program is not sufficient. Both the level of knowledge and their participation in cancer screening programs were found to be insufficient. The fact that physicians have sufficient knowledge in cancer screenings and their reflections on their behaviors are very important for the success of the screening program.

Key Words: Cancer, family medicine, medical specialty students, National Cancer Screening Standards

SİMGE VE KISALTMALAR

HPV: Human Papillomavirus

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

OKS: Oral kontraseptif

ARC: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

ASM: Aile sağlığı merkezi

TSM: Toplum sağlığı merkezi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

KMM: Klinik meme muayenesi

KRK: Kolorektal kanser

GGK: Gaitada gizli kan



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Meme kanseri risk faktörleri

Tablo 2. Kendi kendine meme muayenesi sevk kriterleri

Tablo 3. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Tablo 4. Aile hekimi ve diğer bölümlerin karşılaştırılması

Tablo 5. Cerrahi ve dahili bölümlerin karşılaştırılması

Tablo 6. Katılımcıların ulusal kanser tarama programındaki kanser türlerine ilişkin bilgi düzeyleri

Tablo 7. Katılımcıların ülkemizde serviks kanser tarama testi yapılma sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri

Tablo 8. 30 yaş üzeri kadın katılımcıların smear test yaptırmama nedenleri

Tablo 9. 30 yaş ve üzeri kadın katılımcıların HPV DNA testi yaptırmama nedenlerine göre dağılımı

Tablo 10. Katılımcıların kendine ve/veya eşine HPV DNA aşısı yaptırap yaptırmama durumuna göre dağılımı

Tablo 11. Katılımcıların çocuğuna HPV DNA aşısı yaptırmayı düşünüp düşünmeme durumuna göre dağılımı

Tablo 12. Katılımcıların HPV aşısının yaygınlaşmasının önündeki engele dair görüşleri

Tablo 13. Katılımcıların kolorektal kanser tarama başlama yaşına ilişkin bilgi düzeyleri

Tablo 14. Katılımcıların birinci derece yakınlarının GGK ve kolonoskopi için düzenli olarak sağlık kuruluşlarına yönlendirme durumlarına göre dağılımı

Tablo 15. Katılımcıların meme kanseri tarama başlama yaşı ve sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri

Tablo 16. Kadın katılımcıların meme ultrasonu yaptırap yaptırmama durumlarına göre dağılımı

Tablo 17. Meme ultrasonu yaptıran kadın katılımcıların ultrason yaptırmama sıklığı

Tablo 18. Kadın katılımcıların meme kanseri taraması yaptırmama sebepleri

Tablo 19. Katılımcıların hastalarına kanser taramasının önerip önermeme durumuna göre dağılımı

Tablo 20. Katılımcıların kanser tarama testlerini önerme oranları

Tablo 21. Kadın katılımcıların tarama davranışları

Tablo 22. Kadın katılımcıların tarama davranış sıklığı

Tablo 23. Servikal kanser taraması yaş aralığı bilgi durumu

Tablo 24. Meme kanser taraması yaş aralığı bilgi durumu

Tablo 25. Kolorektal kanser taraması yaş aralığı bilgi durumu

Tablo 26. Servikal kanser tarama sıklığı bilgi durumu

Tablo 27. Meme kanser tarama sıklığı bilgi durumu

Tablo 28. Kolorektal kanser taraması sıklığı bilgi durumu

Tablo 29. HPV aşısı tutum durumu

Tablo 30. Ulusal kanser taramalarını önerme durumları



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların ülkemizde kadınlarda servikal kanser taraması için önerilen yaş aralığına ilişkin bilgi düzeyleri

Şekil 2. Katılımcıların HPV DNA aşısının ulusal aşı programına alınıp alınmamasına ilişkin düşüncelerine göre dağılımı

Şekil 3. Katılımcıların kolorektal kanser tarama sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserden genetik yatkınlık ve birtakım çevresel faktörler sorumlu tutulmaktadır. Kolon kanseri etiyolojisinde genetik faktörlerin %20 payı vardır (1). Ailesinde kolon kanseri hikayesi bulunanlar, hayat boyu artmış kolon kanseri riskine sahiptir (2). Ailede prostat kanseri mevcudiyeti, prostat kanseri için en büyük risk faktörüdür (3). Meme kanserlerinin %5-10'luk bölümünden genetik yatkınlık sorumlu tutulmuştur. Herediter meme kanserlerinin %40'ı BRCA-1 (breastcancer gene-1) ve BRCA-2 (breastcancer gene-2) gen mutasyonları nedeniyle meydana gelmiştir. Kanser için çevresel risk faktörlerini genel olarak dengesiz beslenme, sedanter yaşam, sigara, alkol, hava kirliliği, bazı virüs çeşitleri, radyasyon maruziyeti, kanserojen maddelere maruziyet oluşturmaktadır. Ayrıca servikal kanser için genç yaşta cinsel ilişki, çok eşlilik, hormon tedavisi uygulaması, yetersiz hijyen; kolon kanseri için fazla kilo alımı, obezite çevresel risk faktörlerindedir. Birtakım kanser çeşitlerinin yaş, cinsiyet, soy gibi kişisel faktörlere bağlı olarak görülme olasılığı değişmektedir. Yaşla birlikte kanser görülme sıklığı artmaktadır. Erkeklerde prostat kanseri, kadınlarda serviks kanseri cinsiyete özgü kanserlerdendir. Meme kanseri kadınlarda erkeklere oranla daha sık, kolon kanseri de erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir (4).

Günümüzde kanser tedavisiyle ilgili olumlu pekçok aşama kaydedilmiştir. Tedavi konusu kadar kanserden korunma ve erken teşhis de gündeme gelmektedir. Kanser tarama testleri ile kanser ilk safhalarında yakalanabilir. Böylece invazif kanser sıklığı, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi azalabilmekte, kompleks ve yüksek maliyetli tedavilerin önüne geçilebilmektedir. Erken teşhisin kanser mortalitesini azalttığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur (5).

Kanser tarama testleri, koruyucu ve birinci basamakta görev yapan aile hekimlerinin en önemli periyodik sağlık muayenelerinden biridir (6). Ülkemizde Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı'na yaş grubuna ve risk faktörlerine göre ulusal kanser tarama programı oluşturulmuştur. Bu taramalar Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) altındaki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)'nce yürütülmekte, tarama test sonucu anormal olan kişiler üst sağlık merkezlerine gönderilmektedir.

Kanser hastalığı oluşumunda genetik ve çevresel risk faktörlerinin neden olduğu düşünüldüğünde, kanser hastalarının birinci derece akrabaları, kanser hastasıyla eş genetik havuza sahip ve benzer çevresel faktörlere maruz kalmakta, bu nedenle toplumun diğer bireyelerine nazaran kansere tutulma ihtimali artmaktadır. Ayrıca kanserin olumsuz etkilerini ve tedavi sürecinin zorluğunu hasta ile birlikte çok derinden yaşamaktadırlar. Bu sebeplerle bu bireyelerin, kanser hastalığından korunma yöntemlerine ve erken teşhis amacıyla tarama testlerine karşı farkındalıklarının daha yüksek olmasını beklemekteyiz.

Kanserin başlangıcından klinik belirti ve bulguların ortaya çıkmasına kadar geçen süre yıllar ile ifade edilmektedir. Tarama, asemptomatik kişilerde hastalığın erken tanınması amacını taşır ve kanser kontrol programlarının önemli bir parçasıdır. Hedef, erken tanı ile hastalığın mortalite ve morbiditesinin azaltılmasıdır. Kanserın erken tanısı da tarama testleriyle olabilmektedir. Çalışmamız da kanser tarama testleri hakkında Ondokuz Mayıs Üniversitesi asistanlarının bilgi seviyesini ölçmek, tutumlarını değerlendirmek ve farkındalık oluşturmak hedeflenmiştir.

Biz çalışmamızda birinci derece akrabalarında kanser olan ve olmayan kişilerin kanser tarama programlarına ilişkin farkındalık, bilgi ve tutumlarını karşılaştıracğıız. Birinci derece yakınlarında kanser olan kişilerin, kanser tarama programlarına hassasiyetleri konusunda bir farklılık olup olmadığını belirlemeyi hedefledik. Aynı zamanda toplumun çeşitli kısımlarında kanser tarama programı bilgi seviyesini ve tarama testi yaptırma sıklığını ortaya koyarak, bunu etkileyen nedenleri ve aile hekiminin bu konuda ne derece etkin olduğunu saptamaya çalışacağız. Toplumda kanser tarama testleri ile ilgili farkındalığı artırmayı amaçlamaktayız.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Ve Önemi

Kanser terimi, yalnızca bir hastalık olarak kabul edilemeyen çok çeşitli dokulardan türeyen yüzyıllardır var olan evrensel bir hastalıklar topluluğudur. Toplumda görülme sıklığı ve sebep olduğu ölüm oranları nedeni ile önemli bir halk sağlığı problemidir (7). Kanseri türüne, hastanın yaşına, hastanın cinsiyetine ve coğrafi alanlara göre farklılıklar arz etmekle birlikte, insidans hızı toplumlarda yüz binde 85 ile 350 arasında görülen patolojik bir durumdur (8).

Tüm dünyada kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebidir (9). 2030 yılına kadar süratle artarak birinci sıraya yükseleceği düşünülmektedir (10). Bu hastaların çektiği duygusal ve fiziksel ızdırıp, neoplazilere eşlik eden mortaliteden daha fazla acı verir. Kanseri büyük kısmı edinsel olarak kendiliğinden veya çevresel faktörlerden kaynaklanan travmalarla ilişkili olarak gerçekleşen DNA mutasyonlarının sebep olduğu genetik bir hastalıklar topluluğudur. Genetik ve epigenetik değişiklikler kalıtsal olup, hücre bölündüğünde yavru hücrelere geçer. Tek bir hücrede gerçekleşen selektif avantajlar sonunda tümör oluşumuna neden olduğundan bütün tümörler klon kimliğini taşır, yani tek bir hücrenin soyundan gelir. Mutasyonların birikmesi, kanserin karakteristik özellikleri olarak adlandırılan, bir dizi özelliğin kazanılmasında imkan sağlar. Büyüme sinyallerinin kendi kendine yetmesi sonucunda kanseri, otonom bir şekilde ve fizyolojik kurallara uymaksızın büyümesi söz konusudur (9).

Hücrenin kontrolden çıkıp kanser tablosunu oluşturana kadar geçen zaman kanseri türüne göre farklılık gösterebilmekte fakat istatistikler incelendiğinde ortalama 15-20 senedir. Hiperplaziler gibi neoplastik olmayan hücre büyümelerini denetim altında tutan büyüme inhibitörü sinyallere yanıt vermemesi, apoptozdan bağımsız şekilde yaşamına devam etmesi, sınırsız replikasyon sonucu ölümsüz oluşu, büyümelerini devam ettirebilmek için anjiyogenezis geliştirebilmesi, invazyon, metastaz yapabilmeleri, bağışıklık sisteminden kurtulabilmeleri, metabolik yolları tekrar programlaması kanseri başlıca genel özellikleridir (9).

Halk sağlığı açısından en önemli hastalıklar sık görülen, en çok morbidite ve mortaliteye sebep olan hastalıklardır. Bu sebebler göz önüne alındığında teknolojinin gelişmesi, tanı imkanlarının artması ve toplumun büyük bölümüne sunulan sağlık hizmetleri ile daha çok sayıdaki hastaya kanser teşhisi koyulabilmektedir. Ayrıca, günümüzde enfeksiyon hastalıkları başta gelmek üzere bir çok hastalığın kontrol altına alınıyor olması, yaşam şartlarının yükselmesi nedeni ile ortalama yaşam süresinin artmış olması, kanserde tedavi imkanlarının artması ile daha çok hastanın doktora başvurması da kanserle daha çok karşılaşmamıza olanak sağlamaktadır. İnsanlar teknolojinin gelişmesi ile kanserojen maddelere daha fazla maruz kalmakta ve kanser sıklığı artmaktadır (10).

Erken tanı ve tedavi kanserli kişilerin iyileşebilme oranlarını yükseltmektedir. Bilgisizlik, korku, ihmal gibi sebebler ile başvurmamak tanı almayı geciktirmekte, tedaviyi de zorlaştırmaktadır. İnsanlar bilimsel olmayan, etkisiz tedavi şekillerini bile kullanmaktadırlar. Bu nedenlerle “periyodik sağlık kontrolleri” yaptırılmalı, kanser şüphesi gösterenler en kısa zamanda hekime gitmelidirler. Uzun süreli güneş ışığına maruziyetten kaçınmalı, tütün kullanımı, radyasyon gibi bilinen kanser yapıcı madde ve etkenlerden uzak durulmalı, kadınlar belirli aralıklarla kendi kendilerinin memelerini muayene etmelidirler (10).

2.2. Kanser Nedenleri

2.2.1. İyonize Radyasyon

Başta “lösemiler ve epitelyal kanserler” gibi iyonize radyasyonun bazı kanserlere sebep olduğu Japonya'ya atılan atom bombasına maruz kalanlarda yada eklem rahatsızlıkları sebebi ile radyasyon alanlarda ortaya çıktığı gösterilmiştir. Radyasyonun dozu ve maruz kalınan süre önemlidir. Lösemilerin pik yaptığı dönem, yaklaşık olarak atom bombasının patlamasından 6-8 yıl sonradır (11).

2.2.2. Ultraviyole Işınları

Ultraviyole ışınları ve iyonize radyasyonla, kansere bağlı ölümlerin % 3 kadarı ilişkilidir. Açık havada çalışanlar, açık cilt rengine sahip insanlar ve kontrolsüzce güneş ışığı maruziyeti yaşayanlarda cilt kanserleri daha sık rastlanmaktadır (11).

2.2.3. Hava Kirliliği

Tek başına hava kirliliği veya hava kirliliğine ek olarak sigara kullanımı ile birlikte bronko-pulmoner kanserlerinin yaklaşık %10'una sebep olduğu tespit edilmiştir (11).

2.2.4. Kimyasal Karsinojenler

Yaklaşık 200 yıl önce Londralı cerrah Sir Percival Pott, baca kurumuna maruz kalmalarının baca temizleyicilerinde skrotum kanserine sebep olduğunu kanıtlamıştır (9). Çeşitli iş alanlarında çalışan insanların kömür ve katranın yanma ürünleri, benzen, naftilaminler, asbest, vinil klorür, krom vs. maddelerle temaslarının kanser oluşumuna sebep olduğu bilinmektedir. Mesleki sebeplere bağlı kanserler, bütün kanserlerin %4 kadarını meydana getirdiği düşünölmektedir (11).

2.2.5. Beslenme Faktörleri

Sindirim sistemi kanserleri insanların beslenme alışkanlıkları ile bağlantılıdır. Uzmanlar “düşük yağ ve yüksek lif” içeren beslenme şeklini tavsiye etmektedirler. Ayrıca katkı maddelerinden de uzak durulmalıdır. Ülkemizde önem verilmesi gereken sağlık problemlerinden birisi de obezite ile mücadeledir. Veilere göre ülkemizde ki 30 yaş üstü popölasyon değerlendirildiğinde, Avrupa'nın en obez topluluğudur. Obezite ile savaş kanserlerin önlenmesinin yanı sıra kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için de çok önemlidir (10).

2.2.6. Sigara

Sigara ile akciğer tümörünün bağlantılı olduğu gösterilmiş olup, tütün ve tütün ürünleri ayrıca gırtlak, ağız boşluğu, yutak, mesane ve pankreas tümörüne yakalanma oranını yükseltmektedir. Sigara içimi dışında, pipo, puro kullanılması veya tütünün çiğnenmesi ve enfiye uygulaması da riski yükseltmektedir. Ayrıca günümüzde pasif içicilik olarak tanımlanan, kapalı yerlerde uzun süre sigara dumanına maruz kalma durumunda da risk artışının olduğu bilinmektedir. Ülkemizde akciğer kanserlerinin %90'ına sigara kullanımı sebep olmaktadır. Etkili bir tütün kontrol programı ile yıl da yaklaşık 110.000 hayat kurtarılabilecektir (10).

2.2.7. Alkol

Uzun süreli ve fazla miktarda alkol kullananlarda ağız, farenks, larink, özefagus kanserlerine yakalanma düzeyini yükselmektedir. Yüksek doz alkol kullananların ek olarak sigara da kullanıyor olması bu tehlikeyi daha da arttırmaktadır (10).

2.2.8. Virüsler

Bazı DNA ve RNA virüslerinin yapılan hayvan deneylerinde onkogenik olduğu gösterilmiştir (12). İnsanlarda görülen kanserlerin yaklaşık %40'ında tümör virüsleri etken olarak saptanmıştır. Onkojen virüsler RNA ve DNA virüsleri olarak iki kategori altında toplanırlar. Virüslerin kanserojen etkiye nasıl sebep oldukları mekanizmalar henüz net olarak bilinmemektedir (13).

Onkogenik RNA Virüsleri

İnsanlarda t-Hücreli Lenfotrop Virüsü-1'in (HTLV-1) kansere sebep olduğu gösterilmiştir. HTLV-1, HIV virüsü gibi CD4+ T hücrelerine affinite gösterir ve T Hücrelerinin alt grubu neoplastik transformasyonun başlıca hedefidir (9).

Onkogenik DNA Virüsleri

İnsan kanserleri incelendiğinde dört DNA virüsü tespit edilmiştir. Bunlar HPV, EBV, HHV-8, HBV'dir. Serviks kanseri ile olan birlikteliğinden dolayı HPV üzerinde duracağız. Genetik olarak farklı HPV tipleri tanımlanmıştır. Bunlardan 1, 2, 4, 7 tipleri insanda siğillere(papillom) neden olurlar. Genital papillomların kansere dönüşme riski düşüktür ve genellikle HPV-6 ve 11 olmak üzere düşük riskli olarak sınıflandırılırlar. Oysa HPV'nin tip 16 ve 18 gibi yüksek riskli tipleri uterus ve genital bölgedeki skuamöz hücreli kanserler olmak üzere çeşitli kanserlere neden olur (9).

HPV onkogenik etkisini E6 ve E7 adı verilen proteinlerle gösterir. Bu genler, büyümeyi inhibe eden ajanlarla etkileşime girer. Rb'ye ve p53'e bağlanarak bunların fonksiyonlarını nötralize eder. Yüksek riskli HPV tiplerinin yol açtığı enfeksiyon, tümör baskılayıcı genlerin kaybına, siklinlerin aktivasyonuna ve apoptoz inhibisyonuna neden olarak hücrenin yaşlanmasına karşı mücadele eder. HPV enfeksiyonunun serviks kanserine zemin hazırlamasının yanısıra, aşılarından fayda görmesi avantajdır (9).

2.2.9. Genetik Faktörler

Kanser için sadece genleri sorumlu tutmak kabul edilemez. Ancak özellikle genç yaşlarda görülen bazı kanser türlerinde ailesel geçiş görülmektedir. Birey kanser olmamasına rağmen ailesinde belirli bir kanser türü sık gelişebilmektedir. Ailesel familial polip buna örnek gösterilebilir. Sonuç olarak tümörler sadece tek bir nedene bağlı olmayıp birçok nedenin sonucuna bağlı gelişir. Sebepler bilinirse kanser oluşumunun önüne geçmek daha kolay olacaktır (11).

2.3. Kanserden Korunma

Kanser oluşumunda etyolojik faktörler artık bilinmektedir. Bu sebeplere alınan önemler daha yararlı olabilir. Tüm neoplazilerin sebepleri incelendiğinde %70-80 oranında çevresel faktörler sorumlu tutulmuştur, bu çevresel faktörlere karşı önlem kanser sıklığında bir azalma sağlayacaktır. Yaşam biçimini değiştirmek kanser mortalitesini % 50 oranında aşağı çekmektedir. Kanserlerin yaklaşık %33'ü tütün ürünleri, uygunsuz beslenme ve sporsuz bir yaşam biçimine bağlıdır. Bu sebepler önlenebilir ve değiştirilebilir nedenler olduğu için kanser oluşumunun önlenmesinde koruyuculuk önem arz etmektedir. Tütün kullanımının engellenmesi, beslenmede risk faktörlerinden geri durulması, egzesizlerin arttırılması gibi yaşam şartları ve alışkanlıklara ilişkin değişiklikler hastalık meydana gelmeden önlem almaya yönelik davranışlardır (11).

2.4. Ulusal Kanser Programı

Kanser, tüm dünyada ve ülkemizde önemli toplumsal sağlık sorunlarından biridir. 2012 verilerine göre son 1 yılda 175.000 civarında yeni kanser vakasının ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Kanser ile mücadele için çok yönlü, bilimsel, multidisipliner ve maliyetin göz önünde bulundurulduğu bir programın gerekli olduğu öngörülmektedir (14).

Meme, serviks ve kolorektal gibi kanserleri uygun tarama programları ile erken teşhis ve tedavi etmek mümkündür. Veriler incelendiğinde tanı konulan kanserlerin büyük çoğunluğu bölgesel ve uzak metastaz düzeyinde olmaktadır. Bu nedenle, ulusal şartlar değerlendirilerek sorunların tespiti ve mevcut imkanlar geliştirilerek uygulanan tarama programları sayesinde kanser ile mücadele ülkemiz için çok önemlidir. Etkin bir

mücadele için ulusal kaynakları gözeten bir kanser kontrol programının varlığı çok önemlidir. Kanser ile savaş ancak bu şekilde kazanılabilir (14).

2.4.1. Tarama, Kanser Taraması ve Önemi

1957'deki tarama tanımına göre dışardan bakıldığında sağlıklı görünen bireylere bazı testler, muayeneler veya diğer yöntemler kullanılarak henüz ortaya çıkmamış hastalık yada kanserlerin belirlenmesidir. Bu sayede şüpheli hastalar sağlamlardan ayrılmış olur. Tarama testinin kesin tanı koydurucu olması beklenemez. Pozitif veya şüpheli semptom veren kişiler, kesin tanı için bir üst basamağa yönlendirilir (15). Hastalıkların erken tanısı için iki ayrı yol vardır. İlki hastalığı erken evrede bulmak, ikincisi ise hastalığın daha belirti dahi vermediği kişileri yakalamaktır. Belirtiler ortaya çıkmadan hastalığı yakalamak ancak tarama programları ile mümkün olmaktadır. Tarama programları ile erken evrede tespit edilen hastaların tedavisi ileri evrede yakalanan hastalara kıyasla hem daha kolay, hem de daha maliyet etkilidir (10).

Tarama, görünüşte sağlam olan bireyler uygulanan bazı testler, muayeneler veya diğer yöntemlerle henüz tanısı konulmamış, bilinmeyen hastalık veya bozuklukların yaklaşık olarak belirlenmesidir (10).

DSÖ meme, serviks ve KRK'de hastalığın erken evrede teşhisi için toplum tabanlı tarama programları önermektedir. Ancak bu tarama programlarının bütüncül, ulusal bir programa tabi olması gerekliliği belirtilmektedir (10).

2.4.2. Türkiye'de Uygulanmakta Olan Ulusal Kanser Tarama Programı

Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yapılmaktadır. KETEM'ler "Erken teşhis hayat kurtarır!" sloganı ile meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütmektedir. Şuan yurt genelinde toplam 197 KETEM vardır. Her ilimizde en az bir tane KETEM bulunmaktadır. Bu merkezlerde eğitim almış doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görevlendirilmiştir. Ayrıca çalışanlar insan ilişkileri, iletişim ve kanser tarama programları hakkında eğitilmiştir. Serviks ve meme kanserleri taramaları için kadınlar davet edilerek gerekli muayene ve testleri yapılacak şekilde planlanmıştır. Kolorektal kanser tarama programı ülkemizde 2013 yılında başlamıştır (14).

2.4.3. Aile Hekimliği ve Kanser Taramaları

Aile hekiminin hasta profili henüz doğmamış bebekten, ailenin en yaşlı üyesine kadar tüm aile fertlerini kapsar ve onların sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Birinci basamak hekimleri uygun gördüğünde hastaları diğer uzman hekimler, dış hekimi, diyetisyen gibi kişilere hastayı yönlendirir. Dolayısıyla aile hekimleri kayıtlı hastalarının hem doktoru hem de sağlık danışmanıdır. Aile hekimi, genellikle aile bireylerinin ikamet ettikleri yerlere yakındır ve kolay ulaşılabilir konumdadır. Sorumlu olduğu toplumu yakından tanır. Aile hekimleri, sorumlu olduğu bireyleri sadece hastalıklar açısından değerlendirmez bütüncül bir yaklaşım sergileyerek sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir (17).

Kanser taramalarının amacına ulaşabilmesindeki hedef sınır nüfusun %70'ine ulaşılabilen bir programın yürütülmesidir. Bunun nedenle toplum ile sıkı iletişim halinde olan aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Aile hekimleri tarama programlarının topluma anlatılmasında, davet edilmesinde tarama sonuçları ile tekrar bilgilendirilmesinde anahtar rol üstlenmiştir. Bu nedenlerle aile hekimleri tarama programlarının mutlaka bir parçası olmalı ve bu konuda desteklenmelidir (14).

2.5. Serviks Kanseri

Prekürsor lezyon displazidir ve daha sonra invaziv kansere dönüşebilir ki bu süreç oldukça yavaş ilerler (16). Serviks tümörlerinin büyük bir kısmı epitelyal hücrelerden kaynaklanır ve bunlara HPV virüsü neden olur. HPV'nin transformasyon zonundaki immatur skuamöz hücrelere affinitesi vardır. HPV enfeksiyonlarının çoğu geçici olup akut ya da kronik yanıt ile birkaç ay içinde iyileşirler. Bir kısım enfeksiyon devam eder ve bunlardan bazıları da invaziv servikal karsinomların gelişiminde prekürsör lezyon olan servikal intraepitelyal neoplaziye (CIN) ilerler (9) Fakat erken teşhis ve tedavi olanağı ise serviks kanserinde diğer kanserlere oranla çok daha yüksektir (17).

2.5.1. Serviks Kanseri Epidemiyoloji

Serviks kanserinin insidans ve mortalite yüzdesini etkileyen, endüstriyel gelişmişlik, yaşam koşulları ve ayrıca serviks kanseri tarama programlarının yokluğu veya

yetersizliği olarak kabul edilmektedir (18). Maalesef gelişmekte olan ve geri kalmış ũlkelerde serviks neoplaziler, dũzenli taramaların yapılamaması sebebiyle hâla önemli bir problem olmayı sürdürmektedir. Servikal kanserlerin erken dönemde tanı alabilmesi ve tedavisi mümkün olan bir hastalık olması sebebiyle bu konuda yapılacak çalışmalar erken teşhis açısından ehemmiyetlidir (19).

2.5.2. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

En önemli risk faktörü HPV enfeksiyonu varlığıdır (20). Buna ek olarak birçok risk faktörü sorumlu tutulmaktadır (21).

Cinsellik başlama yaşı ve fazla partner sayısı: Yapılan birçok çalışma cinsel aktiviteye erken yaşta başlamanın ve çoklu partnere sahip olmanın HPV virus enfeksiyonu ve servikal kansere yakalanma oranını arttırdığını göstermektedir (21).

Yaş ve ırk: Servikal kanseri ortalaması 35 ile 55 yaşlarıdır ve 20 yaştan küçük bireylerde nadir görülür. Ek olarak servikal kanserin yaş ile sıkı bir bağlantısı vardır %20'si 65 yaştan büyüklerde görülür (22).

Viral Enfeksiyonlar: Serviks kanseri etyolojisinde en önemli etkenlerden biri HPV virüsüdür. Kansere yakalanma oranı yüksek olan HPV tipleri 16 ve 18 olarak belirlenmiştir. Yüksek riske sahip HPV virüs çeşitleri servikal kanserlerin % 99'unda pozitif bulunmuştur (23).

Düşük sosyo-ekonomik durum: Düşük gelir sahibi olmak yüksek servikal kansere yakalanma oranına neden olduğu gösterilmiştir (24, 25).

Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü (26).

Sigara kullanımı: sigara tüketmek servikal kanser riskinde 2 kat artış ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (27).

Uzun süreli kontrasepsiyon kullanımı: İncelenen çalışmalarda oral kontraseptif kullananlarda serviks kanseri riskinin kullanmayanlara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (özellikle 5 yıl ve üzeri kullanım) (28).

Multiparite ve erken yaşta gebelik: Üç den fazla doğum travma sebebiyle, immuniteye etkileri sebebiyle servikal kanser etkeni sayılabilmektedir (29)

İmmüsupresyon ve HIV

HIV/AIDS bulaşmış kişilerde bağışıklıklarının azalması ile ilgili birkaç kanser türü vardır bunlardan biri de servikal kanserdir (30).

İlk menstruasyon yaşı: Menstruasyonun erken yaşta başlaması serviks kanseri için olumsuz bir etkidir (29).

Kötü genital hijyen alışkanlığı: Yetersiz hijyen serviks kanserine neden olabilmektedir (29).

Genetik faktörler: Birinci derece akrabalarında serviks kanseri öyküsü servik kanseri olmayı birkaç kat artırabilir (31).

2.5.3. Tarama

Serviks kanserinin başlangıcından ileri evreye geçişine kadar geçen süre uzundur bu sebepten tarama için uygun olan kanser türlerinden biridir (32). Erken tanı ile mortalite önemli oranda azaltılabilir (33). Tarama için pap-smear testi kullanılır. HPV ile birlikte yapılırsa (co-test) adını alır. (34).

Smear testi sadece hastanelerde uygulanabilecek bir test değildir (35).

Pap smear testi: Smear testi ucuz, yapımı kolay erken teşhiste mortaliteyi ciddi oranda azaltan tarama yöntemidir (32).

HPV Testi

HPV testi smear ile birlikte yapıldığında testin sensitivitesini ve spesifitesini artıran ek labaratuvar testidir (35).

Jinekolojik Muayene

Görsel jinekolojik muayene servikal kanser erken tanısı için yapılabilen basit tarama yöntemlerinden birisidir (36).

Ülkemizde Hedef Populasyon ve Tarama Sıklığı

Amerika'da servikal kanser tarama başlama yaşı 21'dir (37). 30 yaştan küçük kadınlarda smear testinin her 3 yılda bir tekrarlanması önerilir. 30 yaşından küçük kadınlarda HPV testi uygun değildir (38).

Amaç, 30 yaşında başlayan 65 yaşında sonlanan kadınlarda servikal kanseri erken evrede yakalayabilmektir. Smear testi HPV testi ile birlikte uygulanıyorsa 5 yılda bir uygulanmalıdır (39).

2.6. Meme Kanseri

Meme kanserinin hangi cinsiyette en fazla olduğuna bakıldığında kadınlar ilk sıradadır. Memedeki süt bezleri ve süt kanallarındaki hücrelerin öteki bütün kanser çeşitlerindeki gibi kontrolsüz olarak çoğalmaları, ileri dönemde ise vücudun farklı bölgelerine yayılarak çoğalmaya devam etmeleri sonucunda oluşmaktadır (40).

2.6.1. Meme Kanseri Epidemiyoloji

İster gelişmiş olsun, ister gelişmekte gelişmekte olsun, kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. (41). Ülkemizde de meme maligniteleri, kadınlarda ki maligniteler içinde 41.6/100.000 oranı ile birinci sırada yer almaktadır ve görülme yaşı zamana aşığılara düşmektedir (42). Ülkemizde 1993 yılı verilerine göre 24/100.000 olan meme malignite insidansının 2010 yılında neredeyse iki katına çıktığı bildirilmiştir (42). 2015 verilerine göre ülkemizde 43.8/100.000 oranına çıktığı görülmektedir (43). Zaman içerisinde meme kanseri görülmesi sıklığı artmasına rağmen erken tanı ve ileri tedavi olanakları ile hayatını kaybeden hasta sayılarında düşüş olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de tüm kadınlarda meme kanser insidansının %35 oranında olduğu bildirilmektedir (44)

2.6.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Tablo 1. Meme kanseri risk faktörleri

Meme Kanseri Risk Faktörleri

Kadın cinsiyeti meme kanseri için en büyük risk faktörüdür. Cinsiyet kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden biridir. Günümüzde bir kadının yaşam boyu riski non-invazif meme kanseri açısından 1/6 ve invazif meme kanseri açısından 1/8'dir (61).

Erken menarş (12 yaşından önce), geç menapoz (55 yaşından sonra) gibi östrojene maruz kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir (62).

Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından oldukça önemli bir risk faktörüdür. Kalıtsal meme kanseri ile ilişkili çeşitli genler saptanmıştır. Bu genler içinde en önemli olarak bilinenleri BRCA1/BRCA2, TP53 ve PTEN genleridir (63).

Çalışmalar alkol tüketim miktarının ve süresinin de meme kanseri için risk artışıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin serum östradiol düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol tüketiminin (günde 1-2 kadeh), meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir (64).

Yüksek yağ içeriğine sahip yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin de serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa neden olduğunu düşündüren bazı çalışmalar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir (61).

2.6.3. Tarama

Meme malignitelerinde erken tanı ve uygun tedavinin prognoz üzerinde ki etkisi tartışılmazdır. Tarama yöntemleri sayesinde meme kanserlerinin %61'i erken lokalize evrede teşhis edilebilmektedir. Erken evrede yakalanan hastaların 5 yıllık survey beklentileri % 99'dur (45). Meme kanseri taramalarının amacı meme kanserini erken evrede yakalamaktır.

1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM, bireysel olarak yapılabilen acı vermeyen, kolay, ekonomik ve kişinin mahremiyetinin kesinlikle korunduğu bir metottur (46). Memede bulunan kitlelerin %90'ının kişinin kendisice belirlendiği ve bunların da yaklaşık %25'inin "kötü huylu tümör" olduğu belirtilmektedir (47).

2. Klinik Meme Muayenesi (KMM) ile Tarama

Gelişmiş yöntemlerden önce meme neoplazileri sadece KMM ile belirlenmekteydi (48). Ancak belirlenen meme neoplazilerininin %20'sinin taramalarda teşhis edildiği, hastalıklı kişilerin %80'inin aile hekimleri tarafınca yapılan KMM sonrası tanı aldığı bildirilmektedir (49).

MG ile yapılan tarama programlarına riayet etmeyen ama periyodik bir şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanan ciddi sayıdaki kadına, periyodik sağlık kontrolleri sırasında KMM uygulanarak, tanı konulabilmesi sebebiyle, KMM oldukça önemli bir rol üstlenebilir. KMM'nin duyarlılığının %54.1 ve seçiciliği %94 olduğu bildirilmiş olup bu veri, KMM ile yapılan topluma dayalı taramalarda da en az tarama yöntemlerindeki kadar etkili bir şekilde meme kanseri belirlenebileceğini göstermektedir (48).

Tablo 2. Kendi kendine meme muayenesi sevk kriterleri

KMM'ye Göre Sevk Kriterleri

2 hafta içinde acil sevk gerektiren durumlar:

Memesinde kitle tespit edilen, 30 yaşının üstündeki kadınlar,

Meme kanserine yakalanma şüphesi çok yüksek olan meme bulguları;

Ülserasyon

Deride nodül

Deride distorsiyon

Meme başında egzema

3 aydan kısa sürede gelişmiş olan meme başı retraksiyonu veya distorsiyonu

Giyside leke bırakan, “tek taraflı meme başı akıntısı”

Acil olmamasına rağmen sevk gerektiren durumlar:

Memede kitle tespit edilen, 30 yaş ve altındaki kadınlar

Menstruasyondan sonra muayene tekrarlandığında, sebat eden asimetrik nodüllerite

Apse

İnatçı, tekrarlayan kistler

Memede, basit yaklaşımlara, rahat südyen kullanma veya parasetamol gibi ağrı kesicilerin kullanılması vb. cevap vermeyen, kolay kontrol edilemeyen ağrı

50 yaşından küçük kadınlarda, kıyafetlerinde leke yapacak kadar, “bilateral meme başı akıntısı”

50 yaşından küçük kadınlarda kanlı meme başı akıntısı tek taraflı ise acil sevk

50 yaşdan büyük kadınlarda, herhangi bir meme başı akıntısı (69).

3. Mamografi (MG)

MG uygulaması için yapılan araştırmalar düzenli olarak MG'nin uygulandığı ülkelerden tespit edilen bilgiler uygulamanın meme neoplazilerine bağlı mortaliteyi ciddi derecede azalttığını göstermiştir. Genelleme yapacak olursak MG uygulamasının sağ kalım üzerine etkisi %25-30 oranında olduğu sonucuna varılmaktadır (50). Türkiye'de uygulanan MG 40-69 yaş arasında ki tüm kadınlarda, iki yıl tamamlandıktan sonra yapılması benimsenmiştir (51).

MG Ne Zaman Yapılmalı

Ulusal Türk Klavuzu 40 yaş dahil ve 69 yaşa varana dek her iki yılda bir tarama yapılması gerekir (10). AB lkelerinin verileri göz önünde bulunduğunda 8 ye ülkede 50 yaşın altında meme kanseri taraması başlamakta ve sonlandırma yaşı olarak da 74 yaş belirlenmiştir (52).

MG Nasıl Değerlendirilmeli

MG iki radyoloji uzmanı tarafından incelenmelidir. Radyoloji uzmanları meme radyolojisi ile ilgili tecrübeye sahip olmalıdır. Eski MG görüntüleri ile karşılaştırılarak incelenmelidir (49).

Tanıda Radyolojinin Yeri

Semptoma sahip kişilerde teşhis için olan uygulamalar taramadan farklılık arz eder. Klinik bulgusu olan, 35 yaşından büyük her kadına ilk olarak MG uygulanmalıdır. MG'ye ilave olarak özellikle yoğun meme dokusu olan kişilerde USG ile değerlendirilme yapılmalıdır. Çünkü bu tip kişilerde USG ufak ve okklt kanserlerin tespit edilmesinde faydalıdır (102). Yaşı 35 yaşından küçük olan kadınlarda seçilecek yöntem, uygulama USG olmalıdır. Ancak şüphe uyandıran bir durumda MG ek olarak yapılabilir. Maliyetinin etkinlik derecesi bilinmemektedir ve toplum tabanlı tarama programlarında yapılabilmesi için veriler yeterli değildir (49).

Meme MRG İnceleme Endikasyonları

Meme tümör evrelemesi, primer tümör araştırması yapılırken MRG ihtiyaç duyulur. MRG %75–86 olguda başlangıç odağını tespit ederek meme koruyucu tedaviye imkan sunmaktadır. Ayrıca diğer memede olası bir yumuşak tümörü de gösterebilir (53).

Meme koruyucu tedavi sonrası izlem ve meme koruyucu tedaviden sonra nüks kitle-skar ayırımında MRG'nin sensitivitesi %93–100, spesifitesi ise %88–100 arasında değişmektedir (54).

Ulusal Öneriler

Meme neoplazilerinin erken teşhisi amacıyla senede bir kez KMM yapılması önerilir (55).

KMM, KMM eğitimi alan bütün sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilir (56).

KMM, rahatsızlık veren bir sebeple sağlık kurumuna giden her kadına, senede bir kez yapılmalıdır (55).

2.7. Kolorektal Kanser

Kolorektal kanser, sağlıklı intestinal epitelyumu kolon karsinomuna dönüştüren genetik ve epigenetik değişiklikler sonucu gelişmektedir. (57).

Kolon kanserlerinin çoğunluğu (%75-80'i) ailesel olarak oluşmaktadır. Genetik geçişi net bilinmiyor ama ailenin pekçok üyesini etkileyebilen ailesel kolorektal kanserler tüm vakaların ortalama %15-20 kadardır (58).

Ailesel kolon kanseri için en önemli risk faktörü yaştır. Kırk yaşından küçük bireylerde kolon kanser görülmesi nadirken, 40-50 yaşından sonra görülme sıklığı yükselmeye başlamaktadır. Kolon kanser hastalarının neredeyse %90'ı 50 yaşından büyük iken; 80 yaşından sonra bu oran erkek hastalar için %10'a, kadın hastalar için %15'e kadar yükselmektedir (59).

2.7.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Kolorektal kanser (KRK) dünyada yaygın olan kanser çeşitlerinden biridir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tarafından sunulan GLOBOCAN 2012 verilerine göre; KRK için her sene 1.4 milyon yeni olgu görülürken, 693,900 ölümün gerçekleştiği tahmin edilmektedir (60). Ülkemizde 2015 yılı kanser istatistiklerine göre KRK; 2012 yılında en çok görülen kanser sıralamasında kadınlarda yüz bin kişide 15.2 erkeklerde yüz bin kişide 24.7 görülme hızıyla üçüncü sırada yer almaktadır (61). KRK için hedef popülasyonu; 50-55 yaş üstü bireyler, ailesinde KRK tanısı olanlar ve enflamatuvar barsak hastalığı olanlar oluşturmaktadır (60, 62, 63). KRK görülme ihtimalinin; yaşam tarzı, diyet ve fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (60, 62, 64).

2.7.2. Risk Faktörleri

Kolorektal kanser görülme riski yaşla birlikte artış göstermektedir. ACS'nin araştırmalarına göre KRK'nın tanı konulma medyan yaşı erkeklerde 68, kadınlarda 72 olarak saptanmıştır (65). Fakat gençlerde de KRK insidansı gittikçe artmaktadır; 1990 yılında 50 yaş altında tanı konulma oranı %6 iken, 2013'de %11'e yükselmiştir (66).

Her iki cinsiyette de hayatları boyunca kolorektal kanser görülme oranları yaklaşık olarak eşit olmasına rağmen, erkeklerde mortalitesi %40 oranla kadınlardan daha yüksektir (66).

1. Genetik Faktörler

Kolorektal kanser hastalarının %30'unda aile öyküsü pozitif olup, bunların %5'i kalıtsal genetik patolojiye bağlıdır (67). Birinci derece yakınında (anne, baba, eş, çocuk) KRK kanser öyküsü bulunması kişide 2-4 kat KRK risk artışına sebep olmaktadır. Bu risk akrabalarının erken yaşta tanı alması ve sayılarının birden fazla olması ile daha da artmaktadır (68).

Hereditör genetik mutasyondan köken alan kanserlerin en sık görüleni %2-4 oranla Lynch Sendromu'dur. Hereditör non-polipozis (çok sayıda polipin görülmediği) kolorektal karsinom (HNPCC) olarak da adlandırılmakta olup beraberinde endometriyal, over, ince bağırsak ve mide kanserleri de eşlik edebilir. Ailesel

adenomatöz polipozis koli (FAP) ikinci en sık görülen genetik mutasyonlu KRK türüdür. 10-12 yaşlarında kolorektal bölgede yüzlerce polip üremesi ile karakterizedir. Polipler için önlem alınmaz ise, 40 yaşına kadar KRK olma riski %100 olur. HNPCC hastalığında az sayıda da olsa polip vardır ve kanser gelişimi bu poliplerden gelişebilmektedir. Polipektomi yapılan HNPCC hastalarında KRK insidansının azaldığı ve mortalitenin yarıya düştüğü görülmüştür (66).

2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları

İnflamatuvar barsak hastalıklarından en sık görülenleri ülseratif kolit ve crohn hastalığı'dır. Bunlar tutulumu, kişide bulunma süresi, şiddetiyle ilgili olarak KRK riskini 2 kata kadar artırabilmektedir (66).

3. Yaşam Tarzı ve Diyet

Kolorektal kanserin müdahale edilebilir risk faktörleri sağlıklı beslenme, egzersiz ve yaşam tarzı değişiklikleriyle ilişkilidir. Sedanter yaşam, fast food tarzı diyet, sigara kullanımı vb. gibi batılı tarzı yaşamın yaygınlaştığı sanayileşmiş ülkelerde, az gelişmiş ülkelere göre KRK daha sık görülmektedir (66). Son zamanlarda yapılan araştırmalarda kişinin normal kiloda olması, egzersiz yapması, alkolü sınırlı olarak kullanımı ve sağlıklı beslenmesi KRK'yı tek başına %37 oranında azaltmaktadır (69).

Fazla kilo ve obezite hareketli yaşamdan bağımsız olarak artmış KRK insidansı ile ilişkilidir (70). Bu ilişki erkeklerde kadınlara kıyasla ve kolon tümörlerinde rektal tümörlere kıyasla daha güçlü olarak bulunmuştur (71).

Diyet, bazı besin öğeleri ya da fazla kalori alımı KRK insidansı üzerine pozitif ve negatif etki yapabilmektedir. Örneğin, diyetle yeterli miktarda kalsiyum alımı adenom ve KRK riskini azalttığı tespit edilmiştir (72). Lifli gıda alımının artmış dışkı hacmi, kolondan hızlı geçişi, karsinojenlere daha az maruziyet gibi nedenlerle KRK riskini azalttığı düşünülse de, yapılan randomize kontrollü çalışmalarda net bir veri elde edilememiştir (73).

Fazla kırmızı ve işlenmiş et tüketimi artmış KRK riskiyle ilişkili bulunmuştur. Bunun yüksek ısıda pişirirken ortaya çıkan karsinojenlerden ilgili kaynaklandığı düşünülmüştür (73).

Sigara içimi KRK oluşumunu artırmakta ve bu hastalıkla ilişkili sağkalımı azaltmaktadır (74, 75).

Ortalama ve ağır alkol tüketmek (günde 12,5 gram'dan fazla) artmış KRK riski ile ilişkili bulunmuştur (76).

4. Diyabet

Diyabet artmış KRK ile ilişkilidir (77). Kan glukoz düzeyini düşürmek için diyabet hastalarında kullanılan metformin ilacının KRK riskini azalttığına dair çalışmalar olmasına rağmen, randomize kontrollü yapılan bir araştırmada bağlantı bulunamamıştır (78, 79).

5. Egzersiz

Fiziksel aktivitenin, kolon kanseri insidansını azalttığına dair birçok çalışmalar vardır, fakat rektum kanseri için aynı şey söz konusu değildir. Fiziksel aktivite distal ve proksimal kolon tümör oluşumunu azalttığı gibi, hastaların tanı almadan önceki hayatlarında egzersiz yapıyor olmalarının hastalığa bağlı mortalite oranlarını azalttığı gösterilmiştir (80, 81).

7. Aspirin ve NSAİİ

Aspirin ve diğer non-steroidal antiinflamatuar ilaçların (NSAİİ) uzun süreli ve düzenli sıklıkta kullanımında KRK riskini azalttığı, KRK görülse bile daha az agresif seyrettiği, bu hastalığa ilişkin hayatta kalitesinin daha iyi olduğu ispatlanmıştır (82, 83). Fakat KRK'dan korunmada aspirin ve NSAİİ kullanımı genel bir tavsiye olarak kabul edilmemiş olup, bu konu ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (84).

8. Hormon Tedavisi

Bazı çalışmalar postmenapozal hormon kullanımının KRK riskini azalttığını söylese de, son çalışmalar bunu desteklememektedir (84).

2.7.3. Tarama

Semptomsuz kişilerin kanser gelişim riskinin değerlendirilmesidir. KRK'li hastaların %60'ı lenf nodu veya uzak metastaz ile gelir, ameliyat bittikten sonra ortalama yaşam süresi 5 yıldır (85).

1. Düşük Riskli Hastalarda KRK Taraması

Tarama 50 yaşından itibaren başlanarak aşağıdaki yapılabilir;

İki yılda bir GGK tahlili: Hasta ardı sıra yaptığı üç gaytanın her birinden ikişer numune verir. Eğer herhangi birinde GGK pozitif olursa kolonoskopi veya kolon grafisi ile birlikte sigmoidoskopi uygulanır.

Her 10 senede bir kolon grafisi (tercihen sigmoidoskopi ile birlikte) (10).

2. Yüksek Riskli Hastalarda KRK Taraması

Birinci derece akrabalarında KRK bulunanlar, risksiz kişiler gibi takip edilir fakat takip 50 yaşında değil 40 yaşında başlar.

İnflamatuvar barsak hastalığı olanlarda pankolit teşhis edilirse hastalığın başlangıcından 8 sene sonra kolonoskopi uygulanır. Hastalık sadece sol kolonu tutmuşsa başlangıçtan 15 sene sonra kolonoskopi uygulanır (10).

3. KRK'lerde Klasik Tarama Yöntemleri

GGK

Gaitada 2 ml kan varlığı testi pozitif olarak gösterebilir. KRK'de yanlış negatiflik oranı %50 civarındadır. GGK pozitif ise %25-41 kolon hastalığı tespit edilir (86).

Rektosigmoidoskopi

Rektosigmoidoskopi ile KKK'lerin %50'si bulunabilir (87).

Kolonoskopi

Kolon mukozasını araştırmada çok önemlidir. 10 senede bir yapıldığında mortaliteyi %70 civarında düşürür. Kolon kanserinde sensitivitesi yaklaşık %95 olarak bulunmuştur. 50 yaş itibari ile başlayarak, 10 yılda bir kolonoskopi uygulanması en etkin kanser tarama testidir (88).

Ülkemizdeki KKK Tarama Ulusal Programı

Ülkemizin koşulları ve olanakları göz önünde bulundurulduğunda ideal yöntem iki yılda bir GGK bakılması ve 10 yılda bir kolonoskopi yöntemleri ile yapılacak olan taramadır (10).

Hedef Poplasyon, Taramanın Başlangıç ve Bitiş Yaşları, Tarama Sıklığı: Ülkemiz koşullarında uygun hedef, tüm erkek ve kadın bireylerde 50 yaşından itibaren ve 70 yaşında sonlanacak olan toplum yararlı taramadır. Taranacak bireyler, yılda bir kez davet edilmeli ve son iki testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir (10).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma OMÜ Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan, çalışma hakkında bilgilendirilip çalışmaya katılmayı kabul eden tıpta uzmanlık öğrencilerinin dahil edildiği kesitsel, gözlemsel tanımlayıcı ve analitik bir anket çalışmasıdır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışma evrenini OMÜ Tıp Fakültesi'nde görev yapan tıpta uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. %95 güven aralığında %5 hata payı ile hedef kitledeki popülasyon sayısı 429 civarı kabul edildiğinde; evrenimizi 248 bulduk.

3.3. Veri Toplama Araçları

Konuyla ilgili daha önceki çalışmalar gözden geçirilerek tıp fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili bir anket hazırlanmıştır. Ankette katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, sağlık özgeçmişi, kansere yönelik soygeçmiş bilgileri ile bilgi ve tutumlarını ölçmeye yönelik sorular mevcuttu. (Ek-1). Hazırlanan anket aile hekimliği tıpta uzmanlık öğrencileri arasında 10 kişiye uygulandıktan sonra teknik ve imla hataları açısından yeniden düzenlenmiştir. Anket çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Gerekli izinler alındıktan sonra anketler tıpta uzmanlık öğrencilerinin görev yerleri ziyaret edilerek yüz yüze uygulanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) Paket Programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma (\pm) ve yüzdeler dağılımları verilmiştir. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp fakültesi'nde görev yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 248 tıpta uzmanlık öğrencisine yapılmıştır.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin yaş ortalaması 27,97 olup %53,2'si(n=132) kadındı, %44,8'i(n=116) erkekti. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %84,3'ünün(n=209) kanser aile öyküsü yok, %15,7'sinin(n=39) birinci derece akrabasında kanser öyküsü vardır.

Araştırmaya dahil edilen tıpta uzmanlık öğrencilerinin %21,4'ü(n=83) sigara kullanırken %7,3'ü bıraktığını belirtti. Sigara kullanan 83 tıpta uzmanlık öğrencisinin %49,2'si(n=31) toplamda 0-5 paket/yıl kullandığını ifade etti. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %33,5'i alkol kullanırken %9,3'ü alkol kullanmayı bıraktığını belirtti. Katılımcıların diğer sosyo-demografik özellikleri **tablo 3'de** verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

	n	(n=248)	%
Cinsiyet			
Kadın	132		53,2
Erkek	116		46,8
Medeni Durum			
Evli	111		44,8
Bekar	134		54
Boşanmış	3		1,2
Bilinen Hastalık Var Mı?			
Evet	29		11,7
Hayır	219		88,3
Birinci Derece Akrabalarda Kanser varlığı?			
Evet	39		15,7
Hayır	209		84,3
Sigara Kullanıyor Musunuz?			
Hiç kullanmadım	177		71,4

Bıraktım	18	7,3
İçiyorum	53	21,4
Alkol Kullanıyor Musunuz?		
Hiç Kullanmadım	142	57,3
Bıraktım	23	9,3
Kullanıyorum	83	33,5

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Uzmanlık eğitimi aldıkları bölümlere bakılacak olursa %18,5'i(n=46) aile hekimi %81,5'i(n=202) diğer bölümlerde eğitim almaktaydı. Ayrıca uzmanlık öğrencilerinin %75,8'ini(n=188) dahili bölümler %24,2'sini(n=60) cerrahi bölüm öğrencileri oluşturmaktaydı. **Tablo 4'**de aile hekimliği asistanları ve diğerleri olarak gösterilmiştir. **Tablo 5'**de de dahili ve cerrahi bölümlerinin sayısal verileri gösterilmiştir.

Tablo 4. Aile hekimi ve diğer bölümlerin karşılaştırılması

Katılımcıların uzmanlık eğitimlerini aldıkları bölümler	n	%
Aile hekimleri	46	18,5
Diğer bölümler	202	81,5
Toplam	248	100,0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Tablo 5. Cerrahi ve dahili bölümlerin karşılaştırılması

Katılımcıların uzmanlık eğitimlerini aldıkları bölümler	n	%
Cerrahi	60	24,2
Dahili	188	75,8
Toplam	248	100,0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden %47,6'sı(n=118) ulusal kanser tarama programında yer alan kanser türlerine “serviks, kolon ve meme kanseri” ile doğru yanıt verdikleri görülmüştür. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %52,4'ü(n=130) yanlış cevap vermiştir.

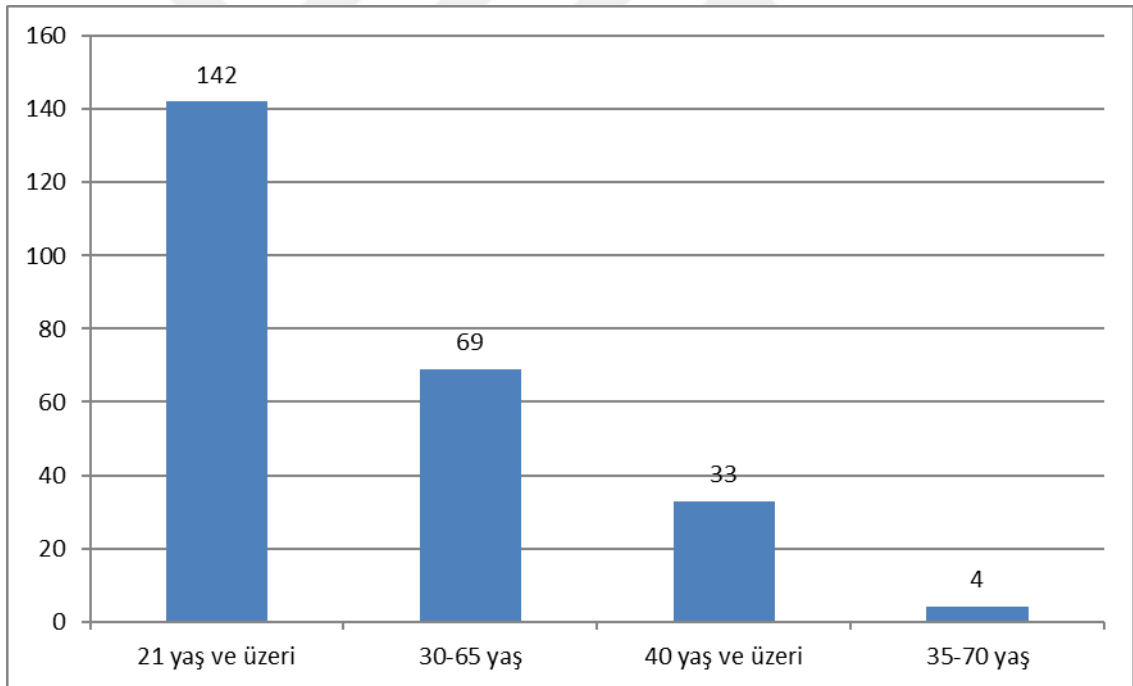
Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların ulusal kanser tarama programındaki kanser türlerine ilişkin bilgi düzeyleri

Ulusal kanser tarama programındaki kanserler nelerdir?	n	%
Doğru	118	47,6
Yanlış	130	52,4
Toplam	248	100.0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden %27,8'i(n=69) servikal kanser taraması için önerilen yaş aralığına doğru cevap vermiştir. %57,3'ü(n=142) “21 yaş ve üzeri” cevabını vermiştir. Katılımcıların ülkemizde kadınlarda servikal kanser taraması için önerilen yaş aralığına ilişkin bilgi düzeyleri **şekil 1**'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların ülkemizde kadınlarda servikal kanser taraması için önerilen yaş aralığına ilişkin bilgi düzeyleri

Araştırmaya dahil edilen tıpta uzmanlık öğrencilerinin ülkemizde serviks kanser tarama testi yapılma sıklığına ilişkin bilgi düzeylerini tespit etmek için sorulan soruya verilen yanıtlar incelendiğinde 102'sinin (%41.1) “her 3 yılda bir smear, HPV DNA ile yapılıyorsa 5 yılda bir” doğru yanıtını verdiği görülmüştür. Katılımcıların ülkemizde

serviks kanser tarama testi yapılma sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri **tablo 7**'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların ülkemizde serviks kanser tarama testi yapılma sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri

Ülkemizde serviks kanser tarama testi yapılma sıklığı	n	%
Her 3 yılda bir Smear, HPV DNA ile yapılıyorsa 5 yılda bir	102	41.1
Yılda bir kez smear, 2 Yılda bir HPV DNA	92	37.1
Her 3 yılda bir Smear+HPV DNA	35	14.1
Her yıl	19	7.7
Toplam	248	100.0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Araştırma kapsamında incelenen 30 yaş üzeri kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinden %40,9'u(n=9) “zaman bulamadığı için”, %36,4'ü(n=8) ise “herhangi bir yakınması olmadığı için” smear testi yaptırmadığını ifade etmiştir. 30 yaş üzeri kadın katılımcıların smear test yaptırmama nedenleri **tablo 8**'da gösterilmiştir.

Tablo 8. 30 yaş üzeri kadın katılımcıların smear test yaptırmama nedenleri

Smear yaptırmama nedenleri*	n	%
Herhangi bir yakınmam olmadığı için	8	36,4
Jinekolojik muayeneden çekiniyorum	5	22,7
Sonuçtan korkuyorum	1	4,5
Zaman bulamadığım için	9	40,9
Cinsel aktif olmadığım için	7	31,8
Toplam	30	136,4

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; * Birden fazla şık işaretlenmiştir.

30 yaş ve üzeri kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinden HPV DNA testini yaptırmadığını ifade edenlerin %50'si(n=13) “herhangi bir yakınması olmadığı için”, %23,1'i(n=6) “cinsel aktif olmadığı için, “ %34,6'sı(n=9) “zaman bulamadığı için” %3,8'i(n=1)

“sonuçtan korktuğu için” HPV DNA testini yaptırmadığını ifade etmiştir. Kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinin HPV DNA testi yaptırmama nedenlerine göre dağılımı **tablo 9**'de gösterilmiştir.

Tablo 9. 30 yaş ve üzeri kadın katılımcıların HPV DNA testi yaptırmama nedenlerine göre dağılımı

HPV DNA yaptırmama nedeni*	n	%
Herhangi bir yakınmam olmadığı için	13	50,0
Jinekolojik muayeneden çekiniyorum	2	7,7
Sonuçtan korkuyorum	1	3,8
Zaman bulamadığım için	9	34,6
Cinsel aktif olmadığım için	6	23,1
Toplam	31	119,2

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; * Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden %3,2'si(n=8) kendisine ve/veya eşine HPV DNA aşısı yaptırdığını ifade etmiştir. Katılımcıların kendine ve/veya eşine HPV DNA aşısı yaptırıp yaptırmama durumuna göre dağılımı **tablo 10**'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların kendine ve/veya eşine HPV DNA aşısı yaptırıp yaptırmama durumuna göre dağılımı

Kendine ve/veya Eşine HPV DNA Aşısı Yaptırma Durumu	n	%
Evet	8	3.2
Hayır	239	96.8
Toplam	247	100.0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %59.3'ü(n=147) çocuğuna HPV DNA aşısı yaptırmayı düşündüğünü %40,7'si(n=101) ise çocuğuna HPV DNA aşısı yaptırmayı düşünmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların çocuğuna HPV DNA aşısı yaptırmayı düşünüp düşünmemeye durumuna göre dağılımı **tablo 11**'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların çocuğuna HPV DNA aşısı yaptırmayı düşünüp düşünmeme durumuna göre dağılımı

Çocuğuna HPV DNA Aşısı Yaptırmayı Düşünme Durumu	n	%
Evet	147	59.3
Hayır	101	40.7
Toplam	248	100.0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

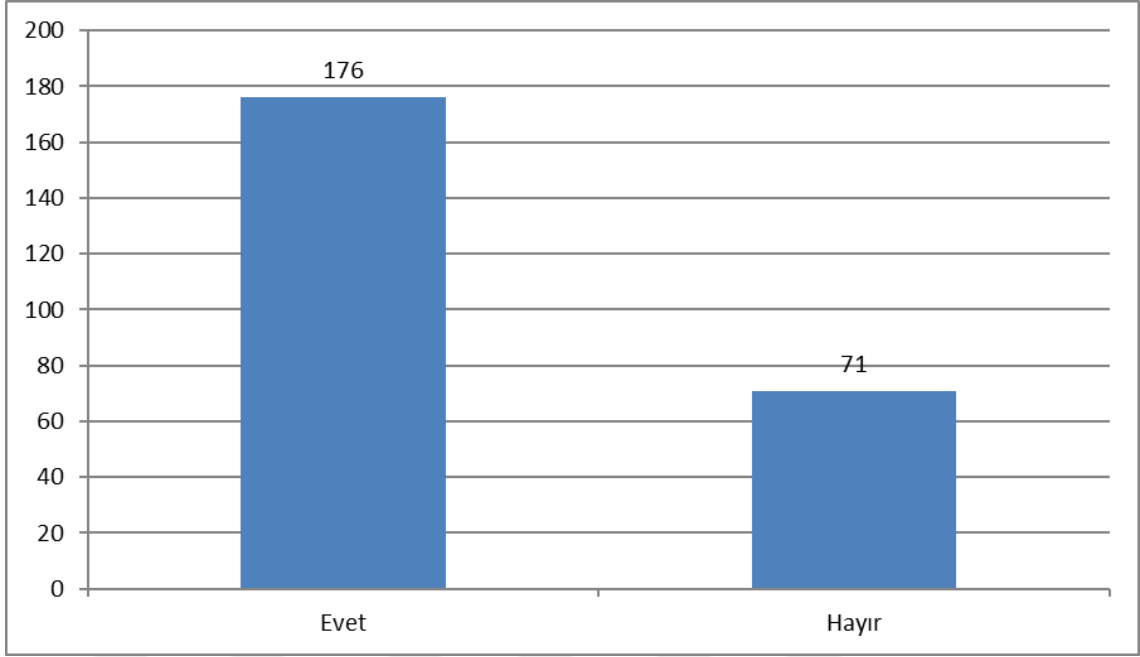
Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden %74'ü(n=91) HPV DNA aşısının yaygınlaşmamasındaki en önemli etkenin “yeterli bilgi ve bilince sahip değilim”, %23,6'sı(n=29) “aşının yan etkilerinden korkuyorum”, %14,6'sı(n=18) “aşı fiyatları yüksek” %10,6'sı(n=13) “aşıya ulaşmada zorluk çekiyorum” olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların HPV DNA aşısının yaygınlaşmasının önündeki engele dair görüşleri **tablo 12**'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların HPV aşısının yaygınlaşmasının önündeki engele dair görüşleri

HPV aşısı yaptırmama nedeni*	n	%
Yeterli bilgi ve bilince sahip değilim	91	74,0
Yan etkilerinden korkuyorum	29	23,6
Aşı fiyatları yüksek	18	14,6
Aşıya ulaşmada zorluk çekiyorum	13	10,6
Toplam	151	122,8

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; * Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden %71.3'ü(n=176) HPV DNA aşısının ulusal aşı programına alınması gerektiğini, %28.7'si(n=71) ise alınmaması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların HPV DNA aşısının ulusal aşı programına alınıp alınmamasına ilişkin düşüncelerine göre dağılımı **şekil 2**'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Katılımcıların HPV DNA aşısının ulusal aşı programına alınıp alınmamasına ilişkin düşüncelerine göre dağılımı

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden %52.4'ü(n=130) ülkemizde kolorektal kanser tarama başlama yaşının 50-70 yaş arası olduğunu ifade ederek doğru yanıt vermiştir. Katılımcıların kolorektal kanser tarama başlama yaşına ilişkin bilgi düzeyleri **tablo 13**'de gösterilmiştir.

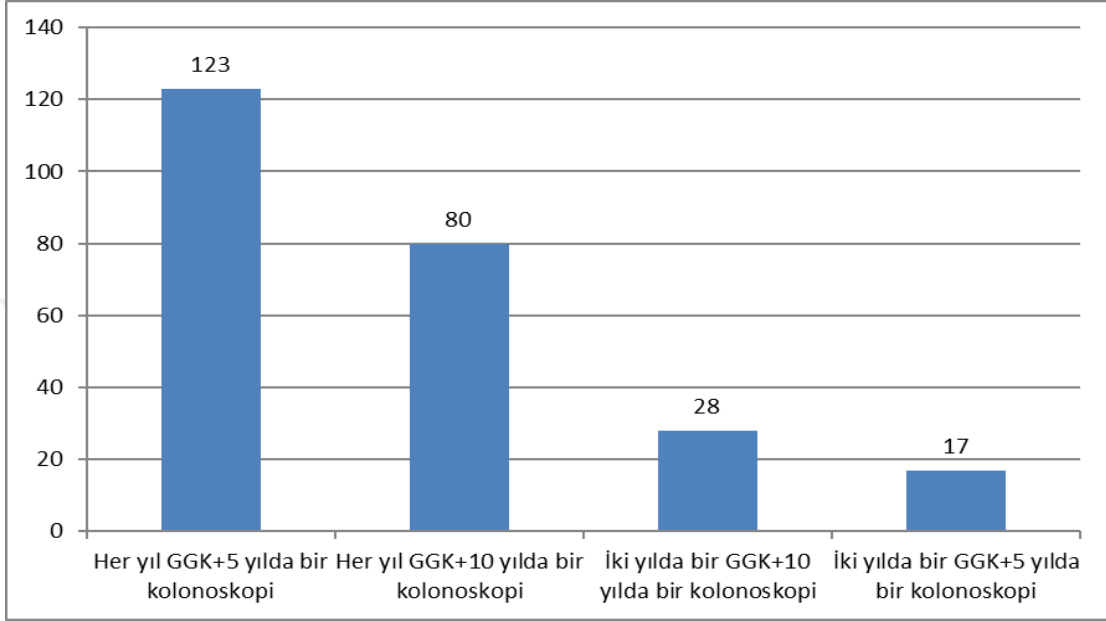
Tablo 13. Katılımcıların kolorektal kanser tarama başlama yaşına ilişkin bilgi düzeyleri

Kolorektal Kanser Tarama Başlama Yaşı	n	%
50-70 yaş	130	52.4
55 yaşından sonra	55	22.2
40-70 yaş	33	13.3
40-60 yaş	30	12.1
Toplam	248	100.0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinin yalnızca %11,3'ü(n=28) ülkemizde kolorektal kanser tarama sıklığına ilişkin “iki yılda bir gaitada gizli kan + 10 yılda bir kolonoskopi” ile doğru yanıt verdiği görülmüştür. Tıpta uzmanlık

öğrencilerinin %49,6'sı(n=123) “her yıl GGK + 5 yılda bir kolonoskopi” , %32,3'ü(n=80) “her yıl GGK + 10 yılda bir kolonoskopi” , %6,9'u(n=17) “iki yılda bir GGK + 5 yılda bir kolonoskopi” yanıtını vermiştir. Katılımcıların kolorektal kanser tarama sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri **şekil 3**'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların kolorektal kanser tarama sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %56.5(n=140) birinci derece yakınlarını GGK ve kolonoskopi için düzenli olarak sağlık kuruluşlarına yönlendirdiklerini ifade etmiştir. Katılımcıların birinci derece yakınlarının GGK ve kolonoskopi için düzenli olarak sağlık kuruluşlarına yönlendirme durumlarına göre dağılımı **tablo 14**'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların birinci derece yakınlarının GGK ve kolonoskopi için düzenli olarak sağlık kuruluşlarına yönlendirme durumlarına göre dağılımı

Birinci Derece Yakınları GGK ve Kolonoskopi İçin Düzenli Olarak Sağlık Kuruluşlarına Yönlendirme Durumu	n	%
Evet	140	56.5
Hayır	108	43.5
Toplam	248	100.0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden %83,5'i(n=207) meme kanseri taraması başlama yaşı ve sıklığına ilişkin doğru yanıt vermiştir (40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi yıllık klinik muayene). Katılımcıların meme kanseri tarama başlama yaşı ve sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri **tablo 15**'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların meme kanseri tarama başlama yaşı ve sıklığına ilişkin bilgi düzeyleri

Meme Kanseri Taramasına Başlama Yaşı ve Sıklığı	n	%
40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi yıllık klinik muayene	207	83.5
40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi 2 yılda bir klinik muayene	23	9.3
50-74 yaş arası 2 yılda bir mamografi yıllık klinik muayene	14	5.6
50-74 yaş arası 2 yılda bir mamografi 2 yılda bir klinik muayene	4	1.6
Toplam	248	100.0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinin %6,1'i(n=8) meme ultrasonu yaptırdığını ifade etmiştir. Kadın katılımcıların meme ultrasonu yaptırıp yaptırmama durumlarına göre dağılımı **tablo 16**'de gösterilmiştir.

Tablo 16. Kadın katılımcıların meme ultrasonu yaptırıp yaptırmama durumlarına göre dağılımı

Meme ultrasonu yaptırma	n	%
Evet	8	6,1
Hayır	124	93,9
Toplam	132	100,0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Meme ultrasonu yaptıran 8 kadın tıpta uzmanlık öğrencisinin %25'i(n=2) yılda bir kez meme ultrasonu yaptırdığını ifade etmiştir. Meme ultrasonu yaptıran kadın katılımcıların ultrason yaptırma sıklığı **tablo 17**'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Meme ultrasonu yaptıran kadın katılımcıların ultrason yaptırma sıklığı

Meme ultrasonu yaptırma sıklığı	n	%
Yılda bir kez	2	25,0
2 yılda bir kez	1	12,5
Diğer	5	62,5
Toplam	8	100,0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Hiç meme kanseri yaptırmamış kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinden yaptırmama sebebi %70,2'sinin(n=92) sebebi “herhangi bir yakınmam olmadığı için” dir. %37,4'ü(n=49) “yaşım taramaya uygun olmadığı için” meme kanseri taraması yaptırmadığını belirtmiştir. Kadın katılımcıların meme kanseri taraması yaptırmama sebepleri **tablo 18**'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Kadın katılımcıların meme kanseri taraması yaptırmama sebepleri

Meme kanseri taraması yaptırmama nedenleri*	n	%
Herhangi bir yakınmam olmadığı için	92	70,2
Sonuçtan korkuyorum	6	4,6
Zaman bulamıyorum	13	9,9
Uygulamanın vereceği rahatsızlıktan dolayı	5	3,8
Ailemde meme kanseri olmadığı için	11	8,4
Yaşım taramaya uygun olmadığı için	49	37,4
Toplam	176	134,4

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; * Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamında incelenen uzmanlık öğrencilerinden %66,5'i(n=165) hastalarına kanser taramasını önerdiğini, %33,5'i(n=83) ise önermediğini ifade etmiştir. Katılımcıların hastalarına kanser taramasının önerip önermeme durumuna göre dağılımı **tablo 19**'de gösterilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların hastalarına kanser taramasının önerip önermeme durumuna göre dağılımı

Hastalara Kanser Taramasını Önerme	n	%
Evet	165	66.5
Hayır	83	33.5
Toplam	248	100.0

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %82,8'i(n=135) smear testini, %28,2'si(n=46) HPV DNA, %82,2'si(n=134) GGK, %60,7'si(n=99) kolonoskopi, %71,8'i(n=117) mamografi, %74,8'i(n=122) kendi kendine meme muayenesi, %55,8'i(n=91) hastalarına klinik meme muayenesini önerdiğini belirtmiştir. Katılımcıların kanser tarama testlerini önerme oranları **tablo 20**'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların kanser tarama testlerini önerme oranları

Önerilen kanser tarama testleri*	n	%
Smear testi	135	82,8
HPV DNA	46	28,2
GGK	134	82,2
Kolonoskopi	99	60,7
Mamografi	117	71,8
Kendi kendine meme muayenesi	122	74,8
Klinik meme muayenesi	91	55,8
Toplam	744	456,4

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; * Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 21. Kadın katılımcıların tarama davranışları

Kanser tarama davranışları	Uygulama Durumu					
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
KKMM*	91	68,9	41	31,1	132	100
KMM*	4	3,0	128	97,0	132	100
Mamografi**	0	0	132	100	132	100
Smear Testi***	8	29,6	19	70,4	27	100
HPV DNA***	2	7,4	25	92,6	27	100

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri alınmıştır. (kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi)

** Ulusal meme kanseri standartlarına göre 40 yaş ve üzeri alınmıştır. (mamografi)

*** Ulusal serviks kanseri standartlarına göre 30 yaş ve üzeri alınmıştır. (smear testi ve HPV DNA)

Araştırma kapsamında incelenen kadın uzmanlık öğrencilerinden %68,9'u(n=91) kendi kendine meme muayenesi yaptığını, %31,1(n=41) yapmadığını belirtmiştir (**Tablo 21**).

Kadın tıpta uzmanlık öğrencilerininin %3'ü(n=4) klinik meme muayenesi olduğunu, %97,0'si(n=128) olmadığını ifade etmiştir (**Tablo 21**).

Araştırma kapsamında incelenen kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinden mamografi yaptıran kadın katılımcımız yoktur (**Tablo 21**).

30 yaş ve üzeri kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinden taramaya yaşı uyan 27 kişiden %29,6'sı(n=8) smear testi yaptırdığını, %70,4'ü(n=19) yaptırmadığını belirtmiştir (**Tablo 21**).

30 yaş ve üzeri kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinden taramaya yaşı uyan 27 kişiden %7,4'ü(n=2) HPV DNA testi yaptırdığını, %92,6'sı(n=25) yaptırmadığını ifade etmiştir (**Tablo 21**).

Tablo 22. Kadın katılımcıların tarama davranış sıklığı

Kanser tarama davranışları	Tarama Davranışlarının Sıklığı					
	Düzenli Yapan		Düzensiz Yapan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
KKMM*	53	58,9	37	41,1	90	100
KMM*	1	25,0	3	75,0	4	100
Mamografi**	0	0	0	0	0	0
Smear Testi***	3	37,5	5	62,5	8	100
HPV DNA***	1	50,0	1	50,0	2	100

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre ayda bir kendi kendine meme muayenesi 2 yılda bir klinik meme muayenesi yapılmalıdır. (kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi)

** Ulusal meme kanseri standartlarına göre 2 yılda bir çekirilmelidir. (mamografi)

*** Ulusal serviks kanseri standartlarına göre her 3 yılda bir smear, HPV DNA ile birlikte yapılıyorsa 5 yılda yapılmalıdır. (smear testi ve HPV DNA)

Kendi kendine meme muayenesi yapan kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinden %58,9'u(n=53) her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığını, %41,1(n=37) düzensiz yaptığını belirtmiştir (**Tablo 22**).

Klinik meme muayenesi yaptıran 4 kadın tıpta uzmanlık öğrencisinden %25'i(n=1) düzenli, %75'i(n=3) düzensiz olarak klinik meme muayenesi yaptırdığını ifade etmiştir (**Tablo 22**).

Çalışmamızda 40 yaş üzeri kadın katılımcımız olmadığı için tarama amaçlı mamografi yaptıran sayısı 0'dır (**Tablo 22**).

Tarama amaçlı smear testi yaptıran 8 kadın tıpta uzmanlık öğrencisinden %37,5'i(n=3) düzenli, %62,5'i(n=5) düzensiz olarak smear testi yaptırdığını ifade etmiştir (**Tablo 22**).

HPV-DNA tarama testi yaptıran 2 kadın tıpta uzmanlık öğrencisinden %50'si(n=1) düzenli %50'si(n=1), düzensiz olarak HPV DNA tarama testi yaptırdığını ifade etmiştir (**Tablo 22**).

Tablo 23. Servikal kanser taraması yaş aralığı bilgi durumu

Kişisel Özellikler	Ulusal Kanser Taramaları Yaş Aralığı Bilgi Durumu				
	Serviks Kanseri*				p**
	Doğru		Yanlış		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	43	32,6	89	67,4	0,075
Erkek	26	22,4	90	77,6	
Bölüm					
Dahili	58	30,9	130	69,1	0,060
Cerrahi	11	18,3	49	81,7	
Bölüm					
Aile hekimliği	22	47,8	24	52,2	0,019
Diğerleri	47	23,3	155	76,7	
Çalışma yılı					
1. Yıl	35	33,7	69	66,3	0,069
2. Yıl	18	31,0	40	69,0	
3. Yıl	9	17,6	42	82,4	
4 Yıl ve üzeri	5	15,6	27	84,4	
Sigara					
Hiç kullanmadım	53	29,9	124	70,1	0,407
Bıraktım	3	16,7	15	83,3	
Kullanıyorum	13	24,5	40	75,5	
Alkol					
Hiç kullanmadım	38	26,8	104	73,2	0,730
Bıraktım	11	47,8	12	52,2	
Kullanıyorum	20	24,1	63	75,9	
Bilinen hastalık					
Evet	12	41,4	17	58,6	0,083
Hayır	57	26,0	162	74,0	
Aile kanser öyküsü					
Evet	8	20,5	31	79,5	0,267
Hayır	61	29,2	148	70,8	

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; ** Ki-Kare Testi

* Ulusal serviks kanseri tarama yaşı 30-65 yaş arasıdır.

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden kadın katılımcıların %32,6'sı ulusal standartlara göre serviks kanseri tarama başlama yaşı nedir sorusuna doğru cevap verdi, erkek katılımcılarda bu oran %22,4'du ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden dahili bölümde çalışanların %30,8'i servikal kanser tarama sorusuna doğru cevap vermiştir. Bu oran cerrahi bölüm asistan hekimlerinde %18,3'dü ($p>0,05$) (**Tablo 23**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden servikal kanser tarama yaşı bilgi sorusuna aile hekimlerinin %47,8'i doğru cevap verirken bu oran diğer tıpta uzmanlık öğrencilerinde %23,3'dü. İki grup kıyaslandığında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (**Tablo 23**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden servikal kanser tarama yaşı nedir sorusunu 1.yıl asistanlarının %33,7'si, 4.yıl ve üzeri asistanların %15,6'sı doğru bilmiştir ($p>0,05$) (**Tablo 23**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin sigara ile ilişkisi "hiç kullanmadım", "bıraktım" ve "kullanıyorum" olarak gruplandı, gruplar arasında serviks kanseri tarama yaşı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$) (**Tablo 23**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin alkol ile ilişkisi "hiç kullanmadım", "bıraktım" ve "kullanıyorum" olarak gruplandı, gruplar arasında serviks kanseri tarama yaşı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 23**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden bilinen hastalığı olanların serviks kanseri tarama yaşına doğru cevap verme oranı %41,4 ile bilinen hastalığı olmayanlara daha yüksekti. Bilinen hastalığı olmayandan serviks kanseri tarama yaşına doğru cevaplar %26,0'dı fakat anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 23**).

Birinci derece yakınında kanser öyküsü bulunan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %20'si doğru cevap vermiştir aile öyküsü bulunmayan tıpta uzmanlık öğrencilerinden %29,2'si servikal kanser tarama yaşına doğru cevap vermiştir ($p>,0,05$) (**Tablo 23**).

Tablo 24. Meme kanser taraması yaş aralığı bilgi durumu

Kişisel Özellikler	Ulusal Kanser Taramaları Yaş Aralığı Bilgi Durumu				
	Meme Kanseri*				p**
	Doğru		Yanlış		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	111	84,1	21	15,9	0,778
Erkek	96	82,8	20	48,8	
Bölüm					
Dahili	160	85,1	28	14,9	0,219
Cerrahi	47	78,3	13	21,7	
Bölüm					
Aile hekimliği	41	89,1	5	10,9	0,252
Diğerleri	166	82,2	36	17,8	
Çalışma yılı					
1. Yıl	88	84,6	16	15,4	0,150
2. Yıl	46	79,3	12	20,7	
3. Yıl	47	92,2	4	7,8	
4 Yıl ve üzeri	24	75,0	8	25,0	
Sigara					
Hiç kullanmadım	147	83,1	30	16,9	0,813
Bıraktım	16	88,9	2	11,1	
Kullanıyorum	44	83,0	9	17,0	
Alkol					
Hiç kullanmadım	112	78,9	30	21,1	0,760
Bıraktım	21	91,3	2	8,7	
Kullanıyorum	74	89,2	9	10,8	
Bilinen hastalık					
Evet	25	86,2	4	13,8	0,673
Hayır	182	83,1	37	16,9	
Aile kanser öyküsü					
Evet	35	89,7	4	10,3	0,250
Hayır	172	82,3	37	17,7	

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; ** Ki-Kare Testi

**Ulusal meme kanseri tarama yaşı kendi kendine meme muayenesi 20 yaş ve üzeri , klinik meme muayenesi 20 yaş ve üzeri , mamografi 40-69 yaş arasıdır.

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden kadın katılımcıların %84,1'i ulusal standartlara göre meme kanseri tarama başlama yaşı nedir sorusuna doğru cevap verdi, erkek katılımcılarda bu oran %82,8'di (p>0,05) (**Tablo 24**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden dahili bölümde çalışanların %85,1'i meme kanser

tarama yaşı sorusuna doğru cevap vermiştir. Bu oran cerrahi bölüm asistan hekimlerinde %78,3'dü ($p>0,05$) (**Tablo 24**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden aile hekimleri meme kanser tarama yaşı bilgi sorusuna %89,1'i doğru cevap verirken bu oran diğer tıpta uzmanlık öğrencilerinde %82,2'di ($p>0,05$) (**Tablo 24**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden meme kanser tarama yaşı nedir sorusunu 1.yıl asistanlarının %84,6'sı, 4.yıl ve üzeri asistanların %75,0'ı doğru bilmiştir ($p>0,05$) (**Tablo 24**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin sigara ile ilişkisi "hiç kullanmadım", "bıraktım" ve "kullanıyorum" olarak gruplandı, gruplar arasında meme kanser tarama yaşı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$) (**Tablo 24**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin alkol ile ilişkisi "hiç kullanmadım", "bıraktım" ve "kullanıyorum" olarak gruplandı, gruplar arasında meme kanser tarama yaşı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 24**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden bilinen hastalığı olanların meme kanseri tarama yaşına doğru cevap verme oranı %86,2 ile bilinen hastalığı olmayanlara daha yüksekti. Bilinen hastalığı olmayandan meme kanseri tarama yaşına doğru cevaplar %83,1'di fakat anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 24**).

Birinci derece yakınında kanser öyküsü bulunan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %89,7'si doğru cevap vermiştir aile öyküsü bulunmayan tıpta uzmanlık öğrencilerinden %82,3'ü meme kanser tarama yaşına doğru cevap vermiştir ($p>0,05$) (**Tablo 24**).

Tablo 25. Kolorektal kanser taraması yaş aralığı bilgi durumu

Kişisel Özellikler	Ulusal Kansere Taramaları Yaş Aralığı Bilgi Durumu				
	Kolorektal Kansere*				p**
	Doğru		Yanlış		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	67	50,8	65	49,2	0,527
Erkek	63	54,8	52	45,2	
Bölüm					
Dahili	102	54,3	86	45,7	0,362
Cerrahi	28	47,5	31	52,5	
Bölüm					
Aile hekimliği	34	73,9	12	26,1	0,001
Diğerleri	96	47,8	105	52,2	
Çalışma yılı					
1. Yıl	64	62,1	39	37,9	
2. Yıl	39	50,0	29	50,0	0,038
3. Yıl	25	49,0	26	51,0	
4 Yıl ve üzeri	11	34,4	21	65,6	
Sigara					
Hiç kullanmadım	97	55,1	79	44,9	0,081
Bıraktım	8	44,4	10	55,6	
Kullanıyorum	25	47,2	28	52,8	
Alkol					
Hiç kullanmadım	75	53,2	66	46,8	0,609
Bıraktım	14	60,9	9	39,1	
Kullanıyorum	41	49,4	42	50,6	
Bilinen hastalık					
Evet	16	55,2	13	44,8	0,771
Hayır	114	52,3	104	47,7	
Aile kanser öyküsü					
Evet	17	43,6	22	56,4	0,218
Hayır	113	54,3	95	45,7	

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; ** Ki-Kare Testi

***Ulusal kolorektal kanser tarama yaşı 50-70 yaş arasındır.

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden kadın katılımcıların %50,8'i ulusal standartlara göre kolorektel kanseri tarama başlama yaşı nedir sorusuna doğru cevap verdi, erkek katılımcılarda bu oran %54,8'di ($p>0,05$) (**Tablo 25**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden dahili bölümde çalışanların %54,3'ü kolorektal kanser tarama yaşı sorusuna doğru cevap vermiştir. Bu oran cerrahi bölüm asistan hekimlerinde %47,5'di ($p>0,05$) (**Tablo 25**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden aile hekimleri kolorektal kanser tarama yaşı bilgi sorusuna %73,9'u doğru cevap verirken bu oran diğer tıpta uzmanlık öğrencilerinde %47,8'di. Anlamli istatistiksel fark mevcut ($p<0,05$) (**Tablo 25**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden kolorektal kanser tarama yaşı nedir sorusunu 1.yıl asistanlarının %62,1'i, 4.yıl ve üzeri asistanların %34,4'ü doğru bilmiştir. Anlamli istatistiksel fark mevcuttur. ($p<0,05$) (**Tablo 25**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin sigara ile ilişkisi "hiç kullanmadım", "bıraktım" ve "kullanıyorum" olarak gruplandı, gruplar arasında kolorektal kanser tarama yaşı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamli fark bulunamamıştır. ($p>0,05$) (**Tablo 25**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin alkol ile ilişkisi "hiç kullanmadım", "bıraktım" ve "kullanıyorum" olarak gruplandı, gruplar arasında kolorektal kanser tarama yaşı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamli fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 25**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden bilinen hastalığı olanların kolorektal kanseri tarama yaşına doğru cevap verme oranı %55,2 ile bilinen hastalığı olmayanlara daha yüksekti. Bilinen hastalığı olmayandan kolorektal kanseri tarama yaşına doğru cevaplar %55,3'dü fakat anlamli fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 25**).

Birinci derece yakınında kanser öyküsü bulunan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %43,6'sı doğru cevap vermiştir aile öyküsü bulunmayan tıpta uzmanlık öğrencilerinden %54,3'ü kolorektal kanser tarama yaşına doğru cevap vermiştir ($p>0,05$) (**Tablo 25**).

Tablo 26. Servikal kanser tarama sıklığı bilgi durumu

Kişisel Özellikler	Ulusal Kanser Taramaları Sıklığı Bilgi Durumu				
	Serviks Kanseri*				p**
	Doğru		Yanlış		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	57	43,2	75	56,8	0,483
Erkek	45	38,8	71	61,2	
Bölüm					
Dahili	83	44,1	105	55,9	0,087
Cerrahi	19	31,7	41	68,3	
Bölüm					
Aile hekimliği	26	56,5	20	43,5	0,019
Diğerleri	76	37,6	126	62,4	
Çalışma yılı					
1. Yıl	48	46,2	56	53,8	0,327
2. Yıl	25	43,1	33	56,9	
3. Yıl	20	39,2	31	60,8	
4 Yıl ve üzeri	9	28,1	23	71,9	
Sigara					
Hiç kullanmadım	68	38,4	109	61,6	0,292
Bıraktım	10	55,6	8	44,4	
Kullanıyorum	24	45,3	29	54,7	
Alkol					
Hiç kullanmadım	58	40,8	84	59,2	0,781
Bıraktım	11	47,8	12	52,2	
Kullanıyorum	33	39,8	50	60,2	
Bilinen hastalık					
Evet	10	34,5	19	65,5	0,439
Hayır	92	42,0	127	58,0	
Aile kanser öyküsü					
Evet	17	43,6	22	56,4	0,734
Hayır	85	40,7	124	59,3	

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; ** Ki-Kare Testi

* Ulusal serviks kanseri tarama sıklığı; her 3 yılda bir smear, HPV DNA ile yapılıyorsa 5 yılda bir yapılmalıdır.

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden kadın katılımcıların %43,2'si ulusal standartlara göre serviks kanseri tarama sıklığı nedir sorusuna doğru cevap verdi, erkek katılımcılarda bu oran %38,8'di (p>0,05) (**Tablo 26**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden dahili bölümde çalışanların %44,1'i servikal kanser tarama sıklığı sorusuna doğru cevap vermiştir. Bu oran cerrahi bölüm asistan hekimlerinde %31,7'di ($p>0,05$) (**Tablo 26**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden servikal kanser tarama sıklığı bilgi sorusuna aile hekimlerinin %56,5'i doğru cevap verirken bu oran diğer tıpta uzmanlık öğrencilerinde %37,6'dı. İki grup kıyaslandığında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (**Tablo 26**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden servikal kanser tarama sıklığı nedir sorusunu 1.yıl asistanlarının %46,2'si, 4.yıl ve üzeri asistanların %28,1'i doğru bilmiştir ($p>0,05$) (**Tablo 26**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin sigara ile ilişkisi "hiç kullanmadım", "bıraktım" ve "kullanıyorum" olarak gruplandı, gruplar arasında serviks kanseri tarama sıklığı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$) (**Tablo 26**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin alkol ile ilişkisi "hiç kullanmadım", "bıraktım" ve "kullanıyorum" olarak gruplandı, gruplar arasında serviks kanseri tarama sıklığı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 26**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden bilinen hastalığı olanların serviks kanseri tarama sıklığına doğru cevap verme oranı %34,5'di. Bilinen hastalığı olmayanlarda ise serviks kanseri tarama sıklığına doğru cevap verme oranı %42,0'dı. Anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 26**).

Birinci derece yakınında kanser öyküsü bulunan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %43,6'sı doğru cevap vermiştir aile öyküsü bulunmayan tıpta uzmanlık öğrencilerinden %40,7'si servikal kanser tarama sıklığı doğru cevap vermiştir ($p>,0,05$) (**Tablo 26**).

Tablo 27. Meme kanser tarama sıklığı bilgi durumu

Kişisel Özellikler	Ulusal Kansere Taramaları Sıklığı Bilgi Durumu				
	Meme Kanseri**				p**
	Doğru		Yanlış		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	111	84,1	21	15,9	0,778
Erkek	96	82,8	20	17,2	
Bölüm					
Dahili	160	85,1	28	14,9	0,219
Cerrahi	47	78,3	13	21,7	
Bölüm					
Aile hekimliği	41	89,1	5	10,9	0,252
Diğerleri	166	82,2	36	17,8	
Çalışma yılı					
1. Yıl	88	84,6	16	15,4	0,150
2. Yıl	46	79,3	12	20,7	
3. Yıl	47	92,2	4	7,8	
4 Yıl ve üzeri	24	75,0	8	25,0	
Sigara					
Hiç kullanmadım	147	83,1	30	16,9	0,813
Bıraktım	16	88,9	2	11,1	
Kullanıyorum	44	83,0	9	17,0	
Alkol					
Hiç kullanmadım	112	78,9	30	21,1	0,760
Bıraktım	21	91,3	2	8,7	
Kullanıyorum	74	89,2	9	10,8	
Bilinen hastalık					
Evet	25	86,2	4	13,8	0,673
Hayır	182	83,1	37	16,9	
Aile kanser öyküsü					
Evet	35	89,7	4	10,3	0,250
Hayır	172	82,3	37	17,7	

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; ** Ki-Kare Testi

** Ulusal meme kanseri tarama yaşı kendi kendine meme muayenesi ayda bir kez, klinik meme muayenesi yıllık , mamografi 40-69 yaş arası 2 yılda bir yapılmalıdır.

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden kadın katılımcıların %84,1'i ulusal standartlara göre meme kanseri tarama sıklığı nedir sorusuna doğru cevap verdi, erkek katılımcılarda bu oran %82,8'di (p>0,05) (**Tablo 27**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden dahili bölümde çalışanların %85,1'i meme kanser tarama sıklığı sorusuna doğru cevap vermiştir. Bu oran cerrahi bölüm asistan hekimlerinde %78,3'dü ($p>0,05$) (**Tablo 27**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden aile hekimleri meme kanser tarama sıklığı bilgi sorusuna %89,1'i doğru cevap verirken bu oran diğer tıpta uzmanlık öğrencilerinde %82,2'di ($p>0,05$) (**Tablo 27**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden meme kanser tarama sıklığı nedir sorusunu 1.yıl asistanlarının %84,6'sı, 4.yıl ve üzeri asistanların %75,0'ı doğru bilmiştir ($p>0,05$) (**Tablo 27**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin sigara ile ilişkisi “hiç kullanmadım”, “bıraktım” ve “kullanıyorum” olarak gruplandı, gruplar arasında meme kanser tarama sıklığı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$) (**Tablo 27**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin alkol ile ilişkisi “hiç kullanmadım”, “bıraktım” ve “kullanıyorum” olarak gruplandı, gruplar arasında meme kanser tarama sıklığı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 27**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden bilinen hastalığı olanların meme kanseri tarama sıklığına doğru cevap verme oranı %86,2 ile bilinen hastalığı olmayanlara daha yüksekti. Bilinen hastalığı olmayandan meme kanseri tarama yaşına doğru cevaplar %83,1'di fakat anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 27**).

Birinci derece yakınında kanser öyküsü bulunan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %89,7'si doğru cevap vermiştir aile öyküsü bulunmayan tıpta uzmanlık öğrencilerinden %82,3'ü meme kanser tarama sıklığına doğru cevap vermiştir ($p>0,05$) (**Tablo 27**).

Tablo 28. Kolorektal kanser taraması sıklığı bilgi durumu

Kişisel Özellikler	Ulusal Kanser Taramaları Sıklığı Bilgi Durumu				
	Kolorektal Kanser***				p**
	Doğru		Yanlış		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	13	9,8	119	90,2	0,429
Erkek	15	13,0	100	87,0	
Bölüm					
Dahili	24	12,8	164	87,2	0,206
Cerrahi	4	6,8	55	93,2	
Bölüm					
Aile hekimliği	10	21,7	36	78,3	0,014
Diğerleri	18	9,0	183	91,0	
Çalışma yılı					
1. Yıl	6	5,8	97	94,2	0,027
2. Yıl	11	19,0	47	81,0	
3. Yıl	9	17,6	42	82,4	
4 Yıl ve üzeri	2	6,3	30	93,8	
Sigara					
Hiç kullanmadım	16	9,1	160	90,9	0,215
Bıraktım	3	16,7	15	83,3	
Kullanıyorum	9	17,0	44	83,0	
Alkol					
Hiç kullanmadım	16	11,3	125	88,7	0,205
Bıraktım	5	21,7	18	78,3	
Kullanıyorum	7	8,4	76	91,6	
Bilinen hastalık					
Evet	0	0	29	100	0,040
Hayır	28	12,8	190	87,2	
Aile kanser öyküsü					
Evet	2	5,1	37	94,9	0,183
Hayır	26	12,5	182	87,5	

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; ** Ki-Kare Testi

*** Ulusal kolorektal kanser tarama sıklığı iki yılda bir GGK ve 10 yılda bir kez kolonoskopi yapılmalıdır.

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden kadın katılımcıların %9,8'i ulusal standartlara göre kolorektal kanseri tarama sıklığı nedir sorusuna doğru cevap verdi, erkek katılımcılarda bu oran %13,0'dı (p>0,05) (**Tablo 28**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden dahili bölümde çalışanların %12,8'i kolorektal kanser tarama sıklığı sorusuna doğru cevap vermiştir. Bu oran cerrahi bölüm asistan hekimlerinde %6,8'di ($p>0,05$) (**Tablo 28**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden aile hekimleri kolorektal kanser tarama sıklığı bilgi sorusuna %21,7'si doğru cevap verirken bu oran diğer tıpta uzmanlık öğrencilerinde %9,0'dı. Anlamli istatistiksel fark mevcut ($p<0,05$) (**Tablo 28**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden kolorektal kanser tarama sıklığı nedir sorusunu 2.yıl asistanlarının %19,0'ı, 4.yıl ve üzeri asistanların %6,3'ü doğru bilmiştir. Anlamli istatistiksel fark mevcuttur. ($p<0,05$) (**Tablo 28**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin sigara ile ilişkisi “hiç kullanmadım”, “bıraktım” ve “kullanıyorum” olarak gruplandı, gruplar arasında kolorektal kanser tarama sıklığı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamli fark bulunamamıştır. ($p>0,05$) (**Tablo 28**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin alkol ile ilişkisi “hiç kullanmadım”, “bıraktım” ve “kullanıyorum” olarak gruplandı, gruplar arasında kolorektal kanser tarama sıklığı bilgi düzeyi farklılığına bakıldığında anlamli fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 28**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden bilinen hastalığı olanların kolorektal kanseri tarama sıklığına doğru cevap verme oranı %0'dır. Bilinen hastalığı olmayanların kolorektal kanseri tarama sıklığı doğru cevapları %12,8 ile daha yüksekti. Anlamli fark bulundu ($p<0,05$) (**Tablo 28**).

Birinci derece yakınında kanser öyküsü bulunan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %43,6'sı(n=17) doğru cevap vermiştir aile öyküsü bulunmayan tıpta uzmanlık öğrencilerinden %54,3'ü(n=113) kolorektal kanser tarama sıklığına doğru cevap vermiştir ($p>0,05$) (**Tablo 28**).

Tablo 29. HPV aşısı tutum durumu

Kişisel Özellikler	Katılımcıların HPV Aşısı Hakkında Tutumları				
	Çocuğunuza HPV aşısı yaptırmayı düşünüyor musunuz?				
	Evet		Hayır		p*
n	%	n	%		
Cinsiyet					
Kadın	78	59,1	54	40,9	0,950
Erkek	69	59,5	47	40,5	
Bölüm					
Dahili	111	59,0	77	41,0	0,895
Cerrahi	36	60,0	24	40,0	
Bölüm					
Aile hekimliği	34	73,9	12	26,1	0,025
Diğerleri	113	55,9	89	44,1	
Bilinen hastalık					
Evet	17	58,6	12	41,4	0,939
Hayır	130	59,4	89	40,6	
Aile kanser öyküsü					
Evet	22	56,4	17	43,6	0,692
Hayır	125	59,8	84	40,2	

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; * Fisher Exact Testi

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden kadınların çocuklarına HPV aşısı yaptırma oranı %59,1'di. Bu oran erkek hekimlerde %59,5'di. İki grup arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 29**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden dahili ve cerrahi bölüm çocuklarına HPV aşısı yaptırma düşünceleri benzerdi sırası ile %59,0-%60,0'dı ($p>0,05$) (**Tablo 29**).

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden aile hekimlerinin %73,9'u diğer tıpta uzmanlık öğrencilerin ise %55,9'u çocuklarına HPV aşısı yaptıracaklarını ifade etmişlerdir. İki grup arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttur ($p<0,05$) (**Tablo 29**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinden bilinen hastalığı olup olmayalar, aile kanser öyküsü olup olmayanlar çocuklarına HPV aşısı yaptırma oranları birbirine benzerdir. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark yoktur ($p>0,05$) (**Tablo 29**).

Tablo 30. Ulusal kanser taramalarını önerme durumları

Kişisel Özellikler	Ulusal kanser taramalarını önerme durumu				p*
	Öneriyorum		Önermiyorum		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	94	71,2	38	28,8	0,096
Erkek	71	61,2	45	38,8	
Bölüm					
Dahili	126	67,0	62	33,0	0,773
Cerrahi	39	65,0	21	35,0	
Bölüm					
Aile hekimliği	43	93,5	3	6,5	0,000
Diğerleri	122	60,4	80	39,6	
Çalışma yılı					
1. Yıl	72	69,2	32	30,8	0,374
2. Yıl	40	69,0	18	31,0	
3. Yıl	33	64,7	18	35,3	
4 Yıl ve üzeri	17	53,1	15	46,9	
Bilinen hastalık					
Evet	21	72,4	8	27,6	0,475
Hayır	144	65,8	75	34,2	
Aile kanser öyküsü					
Evet	27	69,2	12	30,8	0,697
Hayır	138	66,0	71	34,0	

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; * Ki-Kare Testi

Araştırma kapsamında incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinden kadın hekimlerin %71,2'si önerirken bu oran erkeklerde %61,2 idi. Anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 30**).

Dahili ve cerrahi bölüm tıpta uzmanlık öğrencilerinin kanser taramalarını önerme oranları sırası ile %67,0-%65,0'dır. Sonuçlar benzerdi. Anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 30**).

Aile hekimliği bölümünde uzmanlık eğitimi alan tıpta uzmanlık öğrencileri kanser taramalarını %93,5'i önerirken bu oran diğer tıpta uzmanlık öğrencilerinde %60,4'dü. Anlamlı istatistiksel fark bulundu ($p<0,05$) (**Tablo 30**).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin çalıştıkları yıllara göre kanser taramalarını önerme oranları benzerdi. Anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 30**).

Bilinen hastalığı olan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %72,4'ü önerirken sağlıklı katılımcıların %65,8'i ulusal kanser tarama programı kanserleri hastalarına öneriyordu. Anlamlı istatistiksel fark bulunamadı ($p>0,05$) (**Tablo 30**).

Ailesinde kanser öyküsü bulunan tıpta uzmanlık öğrencilerinin %69,2 si kanser taramalarını önerirken aile kanser öyküsü bulunmayanların %66,0'ı önermiyordu ($p>0,05$) (**Tablo 30**).



5. TARTIŞMA

Kanser mortalitesi ve morbiditesi yüksek, hem dünyada hem de ülkemizde kardiyovaskülerin hastalıkların ardından ilk sırada yer alır (89). Son yılların isttistiğine bakınca kanser önemli bir toplum sağlığı problemi olarak görülebilir. Bazı kanser türleri için birincil ve ikincil koruma yöntemleri ile önlenmektedir (89).

Halkın kanser tarama yapma yaptırma davranışlarının artmasında sağlık çalışanlarına ve özellikle biz aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Birincil ve ikincil korumada aile hekimleri üzerlerine düşen sorumluluğu yerine getirmelidirler. Kanserle mücadele için tarama programlarının farkındalığı artırılırsa hastalara önerme durumunun da artacağını düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda ki amacımız Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin kanser tarama programları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirerek farkındalık oluşturmaktır.

Çalışmamızda ulusal kanser tarama programında yer alan tüm kanserleri doğru bilenlerin sayısı 118 hekim yani katılımcıların %47,6'sı idi. Katılımcıların cevaplarına bakıldığında ulusal kanser tarama standartlarına göre serviks, meme ve kolon kanseri dışında prostat kanserinin tarama programında olduğunu düşünmeleri bilme oranını azaltmıştır. Taranan kanserlerin hangileri olduğunun bilinme oranı 2014'de Kaya ve arkadaşlarının (90) yaptığı çalışmaya göre daha yüksek orandadır. Kaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmada ulusal kanser programına göre hangi kanserlerin tarandığını bilenler katılımcıların %18,7'si idi. Koruk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının %6,3'ü programdaki taranan kanserlerin tümüne doğru cevap vermiştir. Araştırmamızda bilme oranının bu kadar yüksek çıkma sebebinin evrenimizde hekim dışı sağlık çalışanı olmamasından kaynaklandığını düşündük.

Çalışmamızda ulusal kanser standartlarına göre serviks, meme ve kolorektal kanser tarama başlama yaşı nedir bilgi sorusunu bilen katılımcıların yüzdesi ise sırası ile şu şekildedir; smear için %27,8, mamografi için %83,5 ve GGK için %52,4. Serviks,meme ve kolorektal kanser tarama sıklığı nedir bilgi sorusunu bilen katılımcıların yüzdesi ise sırası ile şu şekildedir; smear için %41,1, mamografi için %83,5 ve GGK için %52,4'dür. Topuzoğlu ve arkadaşlarının (91) araştırmasında hekimlerin ulusal kanser

tarama programına göre testlerin önerilen ilk tarama yaşını bilme smear için %30,7, mamografi için %34,1, GGK için %33,0 ve tarama testlerinin tekrarlanma sıklığını bilme smear için %19,3, mamografi için %53,4 ve GGK için %25 ile bu çalışmadan daha düşüktür. Hekimlerimizde önemli düzeyde bilgi eksikliği göze çarpmaktadır. Eskişehir’de Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yapılan bir çalışmada (92) smear testi ile ilgili bilgiyi nereden aldıkları sorulmuş ve katılımcıların %82’si sağlık çalışanları cevabını vermiştir. Bu nedenle hekimlerimiz yeterli bilgi ve bilince sahip olmalı, topluma danışmanlık hizmeti görevini layıkıyla yapabilmelidir.

TÜİK 2011 verilerine göre ülkemizde 30-65 yaş arası kadınlardan 15,682,429’u smear testi ile servikal kanser taraması; 40-69 yaş arası kadınlardan 10,668,318’i mamografi testi ile meme kanser taraması; 50-69 yaş arası tüm nüfustan 11,681,513 kişi gaitada gizli kan testi ile kolon kanser taraması yaptırmıştır. (14). Taramalar ile ilgili Açıköz ve arkadaşlarının (93) yaptığı çalışmanın neticesinde katılımcıların %44,1’i hiç mamografi çekirtmemiş, %44,2’si hiç pap-smear testi yaptırmamıştır.

Antalya’da kadın hekimlerin serviks kanseri bilgi düzeyi ve bu kanserden korunma ile ilgili tutumlarının saptanması amacıyla yapılan bir çalışmada (94) 141 katılımcının %49,6’sının hayatları boyunca hiç smear testi yaptırmadığı, %29,8’inin düzensiz şekilde ve %20,6’sının düzenli olarak smear testi yaptırdığı tespit edilmiştir.

Serviks kanseri ve meme kanseri tarama testleri yaptırma davranışları ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Sri-Lanka’da kadın sağlık çalışanları arasında yapılan kanser taramaları hakkındaki bilgi ve davranış düzeylerinin değerlendirdiği çalışmada bu kişilerin %73,4’ünün hiç smear aldırmadığını görmekteyiz. (95). Sağlık çalışanlarında yapılmış araştırmalardan Zahedi ve arkadaşları (96) katılımcıların sadece %16,7’sinin smear testi yaptırdığını belirtmiştir. Oran ve arkadaşlarının (97) 350 akademisyen ile yaptığı çalışmada katılımcıların son 3 yılda smear yaptıranlar %27,1’dir.

Araştırmamızda katılan servikal kanser taramasına yaşı uygun kadın asistan hekimlerin smear testi yaptırma oranı ise %29,6’ idi. Düzenli yaptırdığını ifade eden smear testi yaptıranların %37,5’ idi. HPV DNA taramasına yaşı uygun katılımcıların HPV DNA yaptırmama oranı sadece %7,6’ idi. HPV da taraması yaptıran 2 katılımcıdan 1’i düzenli tarama yaptırdığını ifade etmiştir. Kendi araştırmamız ve diğer araştırma sonuçlarına

baktığımızda smear ve HPV DNA testi yaptırma düzeyinin benzer olduğunu görüp, topluma için örnek olması gereken sağlık çalışanlarında düşük düzeyde olması üzüldüğümüz bir durumdur.

Serviks kanseri tarama testlerinin neden yaptırılmadığının incelendiği diğer çalışmalara baktığımızda Doğan ve arkadaşlarının (98) kadın sağlık çalışanlarının %58,8'i şikayeti olmadığı için smear testi yaptırmadığını belirtmiştir. Gülen ve arkadaşlarının (99) ebe-hemşireler ile yaptığı çalışmasında ise katılımcıların yarıdan fazlasının %70,8'inin şikayeti olmadığı için tarama yaptırmadığı tespit edilmiştir. Nilaweera ve arkadaşları (95) katılımcıların yüksek çoğunluğunda gereksizliğine inandığı, daha sonra ise şikayetin yokluğu ve korktuğu gibi sebeplerle smear testi yaptırmadığını belirtmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (90) 2017'de yaptığı çalışmada ise bu oran şöyledir; %66,6'sının ilk sıra sebebi zaman bulamadığı içindir.

Araştırmamıza katılan 30 yaşından büyük katılımcıların neden smear testi yaptırmadığı incelendiğinde %40,9'unun zaman bulamadığı için, %36,4'ünün ise herhangi bir yakınması olmadığı için smear testi yaptırmadığını görmekteyiz (Tablo9-10). 30 yaşından büyük kadın asistan hekimlerin HPV DNA testi taranmama nedenlerinden herhangi bir yakınmam olmadığı için seçeneği %50,0 oran ile ilk sıradadır. Katılımcıların ikinci nedeni ise %34,6 ile zamanlarının olmamasıdır.

Bu çalışmaya ve diğer çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının yakınmalarının olmadığı için smear testi yaptırmadıkları konusunda benzerdir. Bu çalışmanın sonucunda şikayetim olmadığı için gerek duymuyorum yargısının sebebinin kadın hekimlerin erken tanıya ait uygulamaları ve erken tanıya yönelik bilgi eksikliğinin olabileceği, çalışma koşullarının ağırlığı sebebiyle testleri yaptırmak için zamanlarının olmadığı düşünülmektedir. Bilindiği gibi koruyucu sağlık davranışları içerisinde bulunan tarama davranışları kişinin herhangi bir şikayet oluşmadan yapması gerektiğini sağlık çalışanlarımıza tekrardan hatırlatmalıyız.

Araştırmaya katılan kadın tıpta uzmanlık öğrencilerinin %68,9'unun KKMM yaptığı görülmektedir (Tablo 20). Kadın katılımcılarımızın KKMM yapma oranlarının yüksek olmasına ek olarak KKMM'sini düzenli sıklıkta yapanların oranı yarıdan fazladır %58,9 (Tablo 21). Konu ile ilgili Yurdakoş ve arkadaşlarının (100) araştırmasında, kadın

hekimlerin KKMM olanlarının oranı %78,2, her ay rutin bir şekilde yapma oranı ise %23,7 ile çalışmamızdan farklılık göstermektedir. 2014'de Çaman ve arkadaşlarının (101) yaptığı araştırmada rutin yada ara sıra KKMM yapanlar %79 ve mamografi çektirenler %44 tespit edilmiştir. Çalışmamız ile benzer sonuçlarla karşımıza çıkan Çakmak ve arkadaşlarının çalışmasında (102) KKMM yapanların oranı %75,3 düzenli olarak yanı ayda bir kez yapanların oranı ise %53'dür. Yurt dışı çalışmalarından Nilaweera ve arkadaşlarının (95) Sri-Lanka'da 219 kadın sağlık çalışanı ile yaptığı meme-servikal kanser tarama testleri uygulama düzeylerini araştıran çalışmalarında, katılımcıların %84,1'inin KKMM yaptığını fakat sadece %47,9'unun rutinde uyguladığını bulmuşlardır. Bu çalışma Nilaweera ve arkadaşlarının çalışması ile kıyaslandığında KKMM uygulama oranı daha düşük fakat ayda bir kez meme muayenesi yapanlar bu çalışmada kıyasla fazladır. Katılımcıların KKMM'sini diğer kanser tarama testlerine oranla daha yüksek oranda uygulamalarının sebebi son yıllarda meme kanser görülme sıklığının artması, kanser tarama davranışlarının gerek medya gerek sağlık çalışanları tarafından duyarlılığın artırılması ve hepsinden önemlisi konforlu ve kendi kendine yapılabilmesi sebebiyle bu oranın yüksek olduğunu görmekteyiz. Sağlık çalışanlarının KKMM tarama davranışlarının araştırıldığı diğer çalışmaları incelediğimizde Gençtürk ve arkadaşlarının (103) yaptığı çalışmayı değerlendirdik ve oranlar şöyleydi; KKMM yapanlar %26,3 ve bunların 19,7'si düzenli olarak KKMM yaptığını, Özçam ve arkadaşlarının yaptığı başka bir araştırmada (104) 20-62 yaşları arasında ki kadın sağlık çalışanlarından %22'sinin rutinde KKMM olduğunu belirledik. Sağlık inanç modelince kişilerin kendisini risk altında hissetmesi onların sağlıkları ile ilgili davranışlarını etkiler. Birey kendini riskli görürse davranışlarını riski azaltacak yönde değiştirir (105). Bu sebepten dolayı sağlık çalışanlarında yeterli risk algısının oluşturulması önemlidir. Tornitine devam..

Bir diğer tarama yöntemi de klinik meme muayenesidir (KMM). Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların tarama davranışları analiz edildiğinde, 20 yaş ve üzeri çalışanların %3,0'ünün KMM muayenesi yaptırdığı görülmektedir (Tablo 20). Konu ile ilgili benzer bir çalışmada Canpolat ve arkadaşları (106) çalışmalarında sağlık çalışanlarının kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin inançlarını incelerken araştırmalarında ki sağlık çalışanlarının %85'inin düzenli olarak bir hekime klinik meme muayenesi olmadıklarını tespit etmişlerdir. 2013'de Gençtürk ve arkadaşlarının

yaptığı bir diğer çalışmada kadın sağlık profesyonellerinin %10,5'inin KMM yaptırdığı bunlardan sadece %2,6'sının düzenli olarak yılda bir kez klinik meme muayenesine gittiklerini belirlemişlerdir. Canpolat ve Gençtürk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalara kıyasla bizim araştırmamızda KKM yaptırma oranı daha düşüktür. 2012'de Yurdakoş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hekimlerin %12,6'sının KMM muayenesi yaptırdığını belirlemişler. Araştırmamıza göre yüksek olmasına rağmen kadın hekimlerin kendi sağlıkları konusunda yeterli hassasiyeti göstermediklerini düşünmemize sebep olan bir orandadır. Sağlık çalışanlarının KMM yaptırmama sebepleri dikkate alınarak hekimlerin hem kendileri hem hastaları için bu davranışa teşvik edilmeleri, özendirici ve farkındalık yaratıcı eğitimler almaları sağlanmalıdır.

Katılımcıların yaşa göre tarama davranışları incelendiğinde 40 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanımız olmadığı için mamografi çekirme oranı %0'dır. Çalışma tıpta uzmalık öğrencilerinde yapıldığı için mamografi taramasına uygun yaşta katılımcımız yoktur. Konu ile yapılan diğer çalışmaları incelediğimizde Özçam ve arkadaşlarının (104) yaptığı çalışmada kadın sağlık çalışanlarının %56'sı hiç mamografi çekirmediğini ifade etmişlerdir. Gençtürk ve arkadaşlarının (103) yaptığı çalışmada ise sağlık profesyonellerinin mamografi çekirme oranı sadece %13,2' idi. Çalışmaların sonuçları meme kanserinin erken tanısı için en önemli tarama testlerinden biri olan mamografinin çekirtilme oranının düşük olduğunu göstermiştir. 40 yaş üzeri kadınlarda mamografinin önemi tartışılmaz bu konuda uygulanan ulusal kanser tarama programıza ait bilinç düzeyini artırmalıyız.

Tarama için yaşı uygun kadın katılımcılardan hiç meme kanseri yaptırmayanların sebeplerini incelediğimizde %70,2'sinin herhangi bir yakınması olmadığı için ikinci sıra sebep olarak ise %37,4 ile taramaya yaşları uygun olmadığını belirtmişlerdir. Çakmak ve arkadaşlarının (102) yaptığı benzer bir çalışmada KMM yaptırmama nedenleri arasında ilk sırayı aklına gelmediği için muayene yapmama gelmektedir %56,2, diğer sebep ise %22,9 ile herhangi bir yakınması olmadığıdır. KMM muayenesi yaptırmama nedenleri arasında yine ilk sırada %55,2 ile herhangi bir yakınmasının olmaması gelmektedir diğer nedenleri ise %23,1 ile zaman bulamamaları yer almaktadır. Mamografi çekirmeme nedenleri arasında ise sırasıyla herhangi bir yakınmalarının olmaması, gerekliliğini bilmeme (sırasıyla 25,8 ve 19,3) gibi nedenler oluşturmaktadır.

Meme kanserinin taramasının erken teşhis ile kadınlarda mortalite ve morbiditeyi büyük oranda azaltacağı tartışılmaz bir gerçektir. Araştırmamızın sonuçlarında görüldüğü gibi çalışanlarının herhangi bir yakınmaları olmadığı için gerekli görmediklerini tespit ettik bu sonuç tıpta uzmanlık öğrencilerimizin bu konuda ki bilgi eksikliğini ve öneminin yeterince anlaşılamadığını göstermektedir. Bu konuda gerek aile hekimleri gerek diğer sağlık çalışanları yeterli farkındalığı kavrayıp toplumu da kanser tarama testlerini yaptırmaları için teşvik etmelidirler.

Çalışmamızda kendisine ve/veya eşine HPV aşısı yaptıranlar %3,2'di. Konu ile ilgili Güdücü ve arkadaşlarının (107) sağlık çalışanları ve öğrencilerle yaptığı çalışmada bu oranı %4 olarak belirlemişlerdir. Çeşmeci ve arkadaşlarının (108) 2015'de intörnlere ile yaptığı çalışmada ise HPV aşısı yaptıranlar katılımcıların %5,3 oranındaydı. Aynı çalışmada aşı yaptırmama nedeni olarak %41,8'i aşı maliyetinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ki katılımcıların HPV aşısının yaygınlaşmasının önünde ki engel ile ilgili görüşlerine baktığımızda %74'ü yeterli bilgi ve bilince sahip olmadığını, %23,6'sı aşının yan etkilerinden korktuğunu, %14,6'sı aşı fiyatlarını yüksek bulduğu, %10,6'sı ise aşıya ulaşmada zorluk çektiğini belirtmişlerdir. Özçam ve arkadaşlarının (104) kadın sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada katılımcıların sadece %6,5'inin aşı yaptırdığını tespit etmişler. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmaları incelediğimizde hekimlerin kendilerine HPV aşısı yaptıma oranları bizim çalışmamızla benzer durumdadır. Bu problemin en önemli sebeplerinden biri yeterli bilgi ve bilince sahip olmamaktır.

HPV aşısı Sağlık Bakanlığının rutin ulusal aşılama programında yoktur. 4-valanlı Gardasil aşısının fiyatı 524 tl'dir. Diğer çalışmalarda aşı fiyatı önemli bir engel teşkil ederken bizim çalışmamızda katılımcıların sadece %14,6'sı engel olarak görmektedir. Katılımcılarımızın büyük bir yüzdesi yeterli bilgi ve bilince sahip olmamalarını belirtmiştir. Aşı ile ilgili uygun eğitimler verilirse aşı yaptıma oranlarının artacağını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda incelenen tıpta uzmanlık öğrencilerinin %59,3'ü çocuğuna HPV aşısı yaptırmayı düşünür müydünüz sorusuna evet cevabı vermiştir. Dahili ve cerrahi bölümlerde çalışan katılımcılarda çocuklarına HPV aşısı yaptıma düşüncesi oranında anlamlı fark yoktu. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çocukları için HPV aşısı

yaptıracağı düşüncesi diğer bölüm uzmanlık öğrencilerinden daha fazlaydı, anlamlı istatistiksel fark mevcuttu. Bu oran Rathfisch ve arkadaşlarının (109) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada %40,4'dü. Çocuklarına HPV aşısı yaptırmayı düşünenlerin oranı bizim çalışmamızda Rathfisch ve arkadaşlarının çalışmasına göre daha yüksek orandaydı. Rathfisch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkek katılımcıların %38,4'ü çocuklarına HPV aşısı yaptırmayı düşündüğü, çocuklarına aşı yaptırma isteği kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise erkek ve kadın katılımcıların çocuklarına aşı yaptırma isteği benzer orandaydı kadınlarda %59,1 erkeklerde ise %59,5'di. Anlamlı istatistiksel fark bulunamadı ($p>0,05$).

Çalışmamızda tıpta uzmanlık öğrencilerinin %71,3'ü HPV aşısının ulusal aşı programına alınmasını istediklerini belirtmişlerdir. %28,7'si ise aşının ulusal programa alınmasını gerekli görmemiştir. Özsürekcı ve arkadaşlarının (110) yaptığı çalışmada hekimlerin %70'i ulusal aşı programına girmesini istediklerini ifade etmişlerdir. Tolunay ve arkadaşlarının (111) yaptığı çalışmada katılımcıların %70'i HPV aşısının ulusal programa alınmasını istediklerini belirtmişlerdir. Finner Ruther ve arkadaşlarının (112) 2017'de yaptığı araştırmada HPV aşısının ulusal programa katılmasına olumlu yönde bakanlar %43,6 oranındaydı. Bu durum bize hekimlerin yeterli eğitimi aldıktan sonra kendilerine HPV aşısı yaptırma ve hastalarına önerme oranlarını artıracaklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızda ulusal kanser tarama programındaki kanserin neler olduğuna ait bilgi sorusuna aile hekimlerin doğru cevap verme oranı %67,4'dü, diğer tıpta uzmanlık öğrencilerinde ise %43,1 ile daha düşüktü. Kaya ve arkadaşlarının (90) 2017'de aynı konu ile ilgili yaptıkları çalışmada ulusal kanserleri bilme oranı en yüksek pratisyen hekimlerdeydi, aile hekimlerinde ise %45,58, iç hastalıkları doktorlarında %65,86' idi. Koruk ve arkadaşlarının (113) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada katılımcıların dörtte üçü tarama standartlarındaki kanserlerin tümünün neler olduğunu bilemediklerini belirlemişlerdir. Ayrıca çalışmamızda serviks kanseri tarama yaşı, kolorektal kanser tarama yaşı, serviks ve KRK tarama sıklığı bilgi sorularına aile hekimleri diğer bölüm hekimlerinden daha yüksek oranda bulunmuştur. Anlamlı istatistiksel fark mevcuttu.

Çalışmamızda en çok bilinen kanser türü meme kanseridir, meme kanseri tarama başlama yaşı ve sıklığını doğru bilenler katılımcıların %83,5'di. Bu oran Kaya ve arkadaşlarının (90) çalışmasında ki %86,87 oran ile benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların önerdikleri kanser tarama testlerini incelediğimizde %82,8 oranla en çok önerilen tarama testi smear testidir. İkinci sırada %82,2 ile GGK testi vardır. HPV DNA önerme oranı ise %28,2 ile en düşük önerilme sırasındaydı. KKMM'yi önerenler %74,8, KMM'yi öneren %55,8, mamografiyi öneren katılımcı oranımız ise %71,8'di. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında (90) KKMM %72,47 oran ile önerilirken KMM'yi öneren katılımcıların oranı %48,66', GGK'yı öneren %64,0, %67,30'u ise mamografiyi önermektedir. Kolon kanseri için Şahin ve arkadaşlarının (114) çalışmasında aile hekimleri tarafından hastalarına GGK önerilme oranı %30,7 bulunmuştur. Bizim çalışmamız da Kaya, Şahin ve arkadaşlarının çalışmalarına göre kanser tarama testleri önerilme oranları daha yüksek düzeydeydi. Bilinen hastalığı ve aile kanser öyküsü pozitif olan katılımcılarımızda kanser taramalarını önerme oranlarının daha fazla olacağını düşünmüştük fakat anlamlı istatistiksel bir fark yoktu. Aile hekimlerinin %93,5'i kanser taramalarını önerirken diğer hekimlerin %60,4'ü öneriyordu. Hastaların pozitif kanser tarama davranışlarına etkisi hekimlerle olmaktadır bu sebepten dolayı hekimlerimizde yeterli farkındalık oluşturarak önerme oranlarını artırmalıyız.

Çaman ve arkadaşlarının (101) çalışmasında aile kanser öyküsü pozitif olan katılımcıların risk algısının daha fazla, tarama bilgi ve uygulama oranları daha yüksek bulunmuştur fakat bizim çalışmamızda ailesinde kanser olan katılımcılarımızın servikal, meme, kolorektal kanser tarama yaşı ve sıklığı ile ilgili bilgi düzeyi ailesinde kanser bulunmayan katılımcılarımıza göre yüksek değildi. İki grup arasında anlamlı fark bulunamadı.

Araştırmamıza katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitim gördükleri yıllara göre bilgi düzeylerini kıyasladığımızda servikal kanser ve meme kanserinde bilgi düzey farkı yoktu. Kolorektal kanser tarama sıklığını bilme düzeyi ise uzmanlık eğitimlerinde daha az zaman geçirmiş hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı. Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise hekimlikte 10 yıl ve daha az süre çalışanların meme kanseri bilgi düzeyi daha fazlaydı.

Çalışmamızda ulusal kanser tarama standartları tabanında serviks, meme, kolorektal kanser bilgi düzeyi ve tarama davranışlarını birçok değişkenle kıyaslama olanağı sağlamaktadır. Bu anlamda şüphesiz bizi önemli ölçüde bilgilendirecek ve hekimlerimize farkındalık sağlayacaktır.



6.SONUÇ

Aile hekimlerinin temel görevlerinden biri olan koruyucu hekimliğin en önemli parçalarından birisi kanser taramalarıdır. Aile hekimleri bu konuda üzerine düşen görevi yapmalıdırlar. Bu çalışma ulusal programa dahil bütün kanser taramalarını sorgulaması açısından son derece kıymetlidir.

Çalışmamızın evrenini hekimler oluşturduğu için kanser tarama testlerini bilgi düzeyini olumlu yönde etkilenmiştir. Fakat çalışmamızda kanser tarama programlarına katılma oranları istenen seviyede değildi.

Çalışmamız Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin farkındalığını artıracak ve ulusal kanser programımıza katkı sağlayacaktır. Asistanların kanser taramaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını pozitif yöne geliştirecek eğitimler verilmelidir. Bu konuda ki eğitimlere önem vermek ülke sağlık politikasının büyük bir bölümü olan kanser tarama programına katkısı olacağı düşüncesindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC cancer*. 2006;6(1):43.
2. Madlensky L, Vierkant RA, Vachon CM, Pankratz VS, Cerhan JR, Vadaparampil ST, et al. Preventive health behaviors and familial breast cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2005;14(10):2340-5.
3. Jacobsen PB, Lamonde LA, Honour M, Kash K, Hudson PB, Pow-Sang J. Relation of family history of prostate cancer to perceived vulnerability and screening behavior. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2004;13(2):80-5.
4. Breast Cancer Statics, Cancer Facts and Figures. World Cancer Reseach Fund İnternational. İnternet Erişim Adresi: <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics> Erişim Tarihi: 10.05.2019. .
5. Breast Cancer Survival Statics, Cancer Research UK. İnternet Erişim Adresi: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer/survival#heading-Zero>. .
6. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser İstatistikleri 2017.
7. Dirksen, S., Lewis, M., Heitkemper, M. *Medical Surgical Nursing*. Ankara: Damla Matbaacılık Ve Yayıncılık. 2007, ss. 273-274. .
8. Bekar M, Güler G, Doğaner G, Yılmaz M, Güler N, Güler H, et al. Akademisyenlerin serviks kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2011;14(4):102-9.
9. Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. *Robbins temel patoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri, 2014. .
10. Kurumu TCSBTHS. 2013-2018 ULUSAL KANSER KONTROL PLANI 2013-2018.

11. Kutluk T ve Kars A. Kanser konusunda genel bilgiler. TC Sağlık Bak. Kanser Savaş Daire Başkanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Ankara, 2001.
12. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>
13. Monsonégo J. Emerging issues on HPV infections: From science to practice: Karger Medical and Scientific Publishers; 2006.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara, 2016.
15. Savage P. Tumour markers in cancers of unknown primary: a clinical perspective. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2006.
16. Stage I. Cervical Cancer Treatment (PDQ®) Health Professional Version Last Modified: 08/22/2011.
17. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*. 2007;370(9590):890-907.
18. Arbyn M, Castellsagué X, de Sanjosé S, Bruni L, Saraiya M, Bray F, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Annals of oncology*. 2011;22(12):2675-86.
19. KANBUR AGA, ÇAPIK YDDC. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;18(1):61-72.
20. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30:F12-F23.
21. Cancer ICoESoC. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *International journal of cancer*. 2007;120(4):885-91.
22. University of Maryland Medical Center. Cervical cancer

<https://www.umms.org/ummc/patients-visitors/health-library/in-depth-patienteducation-reports/articles/cervical-cancer>.

23. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L. Screening for breast cancer: an update for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2009;151(10):727-37.
24. Jones HW, Rock JA. *Te Linde's operative gynecology*: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
25. Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards BK. Area socioeconomic variations in US cancer incidence, mortality, stage, treatment, and survival, 1975–1999. *NCI cancer surveillance monograph series*. 2003;4.
26. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *The Journal of pathology*. 1999;189(1):12-9.
27. Bosch FX, Qiao YL, Castellsagué X. CHAPTER 2 The epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2006;94:S8-S21.
28. Cancer ICoESoC. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *The Lancet*. 2007;370(9599):1609-21.
29. Uçar T, Bekar M. TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA JİNEKOLOJİK KANSERLER. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010;13(3):55-60.
30. Grulich AE, Van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *The Lancet*. 2007;370(9581):59-67.
31. Lindström A. *Prognostic factors for squamous cell cervical cancer: tumor markers, hormones, smoking, and S-phase fraction*: Umeå university; 2010.
32. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul*. 2018;20:25-9.

33. DEMİREL G, GÖLBAŞI Z. Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(4):638-59.
34. Uyar EE, Göksalan H. Pap smear ile servikal kanser taraması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2007;8(3):105-10.
35. Zemheri E. Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi Sürekli Tıp Eğitimi dergisi (sted). 2005;14:1-4.
36. Özbek H, Sümer H. PELVİK MUAYENEYE GELEN KADINLARIN YAŞADIKLARI ANKSİYETE DÜZEYİNE DESTEKLEYİCİ EBELİK YAKLAŞIMININ ETKİSİ. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.4(1):45-54.
37. Wilt TJ, Harris RP, Qaseem A. Screening for cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians. Annals of internal medicine. 2015;162(10):718-25.
38. TOSUN M, MALATYALIOĞLU E. Servikal Kanselerde Tarama ve Erken Tanı Yöntemleri. Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics. 2014;7(4):18-24.
39. Servik kanseri tarama programı. 2008 [internet] Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı <http://kanser.gov.tr/index.php/kanser/kanser-taramalari/886-serviks-kanseri-tarama-programi>
40. Nass Duce, M., Apaydın, F.D. Meme Kanserinde Görüntüleme Nasıl Yapılır? Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği, (Ed. Suha Aydın ve Tamer Akça). Mersin Üniversitesi Yayınları No:16, Can Matbaacılık Yayıncılık, Mersin. 2007, s.21-26.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yılı 2010.ss.27-8. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikistatistikleriYilligi2010.pdf>
42. Ozmen V. Breast cancer in the World and Turkey, J Breast Health, 2008;4:6-12.
43. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.

44. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E, et al. TÜRKİYE'DE MEME KANSERİ ERKEN TANI VE TARAMA PROGRAMLARININ HAZIRLANMASI" Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu". Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2009;5(3).
45. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. MEME KANSERİNDE TARAMA VE TANI (İSTANBUL MEME KANSERİ KONSENSUS KONFERANSI 2010). Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2012;8(3).
46. İğci A, Asoğlu O. Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. İçinde: Meme Kanseri (Ed: Topuz E, Aydın A, Dinçer M) İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2003:113-23.
47. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. Journal of the national Cancer Institute. 2002;94(19):1445-57.
48. Saslow D, Hannan J, Osuch J, Alciati MH, Baines C, Barton M, et al. Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting. CA: a cancer journal for clinicians. 2004;54(6):327-44.
49. Aydın A, Topuz E. Meme kanseri tanı tedavi takip. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2007, s.5-18.
50. Boyle T, Keegel T, Bull F, Heyworth J, Fritschi L. Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: a systematic review and meta-analysis. Journal of the national cancer institute. 2012;104(20):1548-61.
51. Bjurstam N, Björnelid L, Warwick J, Sala E, Duffy SW, Nyström L, et al. The Gothenburg breast screening trial. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 2003;97(10):2387-96.
52. Armstrong K, Moye E, Williams S, Berlin JA, Reynolds EE. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. Annals of internal medicine. 2007;146(7):516-26.

53. Schelfout K, Kersschot E, Van Goethem M, Thienpont L, Van den Haute J, Roelstraete A, et al. Breast MR imaging in a patient with unilateral axillary lymphadenopathy and unknown primary malignancy. *European radiology*. 2003;13(9):2128-32.
54. Kuhl CK. MR imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. *Magnetic Resonance Imaging Clinics*. 2006;14(3):391-402.
55. Kösters, J. P., & Götzsche, P. C. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008;2.
56. Khatib OM, Modjtabai A. Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2006;50.
57. Fearon ER. Molecular genetics of colorectal cancer. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*. 2011;6:479-507.
58. Kuzu I, MA K. Kolorektal Kanser Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme ve Prognostik Faktörler, Kolon ve Rektum Kanserleri. *Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*. 2010:117-44.
59. Edwards, B. K., Ward, E., Kohler, B. A., Ehemann, C., Zauber, A. G., Anderson, R. N., and van Ballegooijen, M. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer*, 2010;116(3), 544-573.
60. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2015;65(2):87-108.
61. Türkiye Kanser İstatistikleri; 2015. Ankara http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2012sooonn.pdf.
62. Roncucci L, Mariani F. Prevention of colorectal cancer: how many tools do we have in our basket? *European journal of internal medicine*. 2015;26(10):752-6.

63. Armelao F, Paternolli C, Franceschini G, Franch R, Orlandi PG, Miori G, Avancini I, Togni M, Rossi M, Meggio A, Tasini E, Manfrini R, Giacomini D, Fasoli R, Faitini K, Mastromauro M, Costa S, Ridolfi F, Rosi P, de Pretis G. Colonoscopic findings in first-degree relatives of patients with colorectal cancer: a population-based screening program. *Gastrointest Endosc*, 2011;73:527-534.
64. Akhtar S, Sinha S, McKenzie S, Sagar P, Finan P, Burke D. Awareness of risk factors amongst first degree relative patients with colorectal cancer. *Colorectal Disease*. 2008;10(9):887-90.
65. Luo J, Margolis KL, Wactawski-Wende J, Horn K, Messina C, Stefanick ML, et al. Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. *Bmj*. 2011;342:d1016.
66. Colorectal Cancer Facts & Figures 2017-2019. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>.
67. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Kolorektal Kanser Taramaları Değerlendirme Raporları 2017.
68. Butterworth AS, Higgins JP, Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: a meta-analysis. *European journal of cancer*. 2006;42(2):216-27.
69. Aleksandrova K, Pischon T, Jenab M, Bueno-de-Mesquita HB, Fedirko V, Norat T, et al. Combined impact of healthy lifestyle factors on colorectal cancer: a large European cohort study. *BMC medicine*. 2014;12(1):168.
70. Larsson SC, Wolk A. Obesity and colon and rectal cancer risk: a meta-analysis of prospective studies. *The American journal of clinical nutrition*. 2007;86(3):556-65.
71. Ma Y, Yang Y, Wang F, Zhang P, Shi C, Zou Y, et al. Obesity and risk of colorectal cancer: a systematic review of prospective studies. *PloS one*. 2013;8(1):e53916.

72. The Top Ten Causes of Death 2017. World Health Organization. İnternet Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
73. Song M, Garrett WS, Chan AT. Nutrients, foods, and colorectal cancer prevention. *Gastroenterology*. 2015;148(6):1244-60. e16.
74. Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. A review of human carcinogens--Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *The Lancet Oncology*. 2009;10(11):1033.
75. Walter V, Jansen L, Hoffmeister M, Brenner H. Smoking and survival of colorectal cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*. 2014;25(8):1517-25.
76. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Annals of oncology*. 2012;24(2):301-8.
77. Tsilidis KK, Kasimis JC, Lopez DS, Ntzani EE, Ioannidis JP. Type 2 diabetes and cancer: umbrella review of meta-analyses of observational studies. *Bmj*. 2015;350:g7607.
78. Singh, S., Singh, H., Singh, P. P., Murad, M. H., & Limburg, P. J. Antidiabetic medications and the risk of colorectal cancer in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2013;22(12), 2258-2268.
79. Home P, Kahn S, Jones N, Noronha D, Beck-Nielsen H, Viberti G, et al. Experience of malignancies with oral glucose-lowering drugs in the randomised controlled ADOPT (A Diabetes Outcome Progression Trial) and RECORD (Rosiglitazone Evaluated for Cardiovascular Outcomes and Regulation of Glycaemia in Diabetes) clinical trials. *Diabetologia*. 2010;53(9):1838-45.
80. Boyle T, Keegel T, Bull F, Heyworth J, Fritschi L. Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer İnstitute*. 2012; 104 (20): 1548-61.

81. Campbell PT, Patel AV, Newton CC, Jacobs EJ, Gapstur SM. Associations of recreational physical activity and leisure time spent sitting with colorectal cancer survival. *J Clin Oncol.* 2013;31(7):876-85.
82. Cook NR, Lee I-M, Zhang SM, Moorthy MV, Buring JE. Alternate-day low-dose aspirin and cancer risk: long-term observational follow-up of a randomized trial. *Annals of internal medicine.* 2013;159(2):77.
83. Bains SJ, Mahic M, Myklebust TÅ, Småstuen MC, Yaqub S, Dørum LM, et al. Aspirin as secondary prevention in patients with colorectal cancer: an unselected population-based study. *Journal of clinical oncology.* 2016;34(21):2501-8.
84. Tsilidis K, Allen N, Key T, Bakken K, Lund E, Berrino F, et al. Oral contraceptives, reproductive history and risk of colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *British journal of cancer.* 2010;103(11):1755.
85. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *The American journal of gastroenterology.* 2008;103(6):1541.
86. Keighley MRB, Williams NS. Colorectal Cancer: Epidemiology, Aetiology, Pathology, Staging, Clinical Features, Diagnosis and Screening. In: Keighley MRB, Williams NS (Eds.) *Surgery of the Anus, Rectum & Colon.* 2nd Ed. 998-1061, WB Saunders Company, London, 1999.
87. Winawer, S. J., Stewart, E. T., Zauber, A. G., Bond, J. H., Ansel, H., Waye, J. D., and Sternberg, S. S. A comparison of colonoscopy and double-contrast barium enema for surveillance after polypectomy. *N Engl J Med,* 2000;342:1766-72.
88. Koç Ş., Kolorektal Kanseri Önleme: Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığı, F.N. *Hem. Derg,* 2017; 25(1): 69-77.
89. Tuncer M. Kanserin ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. *Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları.* 2007(707):5-9.

90. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2017;17(1).
91. Topuzoğlu A, Halıcı F, Seyirden G, Tuna L, Ertem M. Aile Hekimlerinin Kanser Tarama Yaşı ve Sıklıkları Konusunda Bilgi Düzeyleri. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Bildiri Kitabı Antalya. 2013(s 323).
92. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuranların Pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık ve Toplum. 2003;13(2):60-6.
93. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;25(3):145-54.
94. EkE RN, SezİK HA, Özen M. Serviks kanseri; kadın hekimler yeterince farkında mı? Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2016;26(1):53-7.
95. Nilaweera R, Perera S, Paranagama N, Anushyanthan A. Knowledge and practices on breast and cervical cancer screening methods among female health care workers: a Sri Lankan experience. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012;13(4):1193-6.
96. Zahedi L, Sizemore E, Malcolm S, Grossniklaus E, Nwosu O. Knowledge, attitudes and practices regarding cervical cancer and screening among Haitian health care workers. International journal of environmental research and public health. 2014;11(11):11541-52.
97. Oran NT, Can HO, Senuzun F, Aylaz RD. Health promotion lifestyle and cancer screening behavior: a survey among academician women. Asian Pac J Cancer Prev. 2008;9(3):515-8.
98. Doğan M, Bekar M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve PapSmear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2008;9(4-1):184.

99. Ebe GH, Teste HPS. İlişkili Bilgilerinin ve Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı: Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2004.
100. Yurdakoş K, Gülhan YB, Ünal D, Öztürk A, editors. SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA DURUMU. 15 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2012.
101. Çaman ÖK, Bilir N, Özcebe H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi. Fırat Med J. 2014;19(2):95-100.
102. Çakmak R, Güler G. Kadın Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi.20(1):25-32.
103. Gençtürk N. KADIN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MEME KANSERİ ERKEN TANI YÖNTEMLERİNİ BİLME VE UYGULAMA DURUMLARI. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2013;9(1).
104. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Medical Journal. 2014;15(3).
105. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(3).
106. Canbulat N. Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mammografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi. Doç Dr Özge UZUN. 2006.
107. Güdücü N, Gönenç G, İşçi H, Yiğiter AB, Dünder İ. Awareness of human papilloma virus, cervical cancer and HPV vaccine in healthcare workers and students of medical and nursing schools. 2012.
108. Çeşmeci Y, Köylü B, Sulaiman J, Sancak E, Şenel S, Baki HE, et al. İNTERNLERİN GÖZÜNDEN HPV ENFEKSİYONLARI VE HPV AŞISI. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi.18(3):85-92.

109. Rathfisch G, Gngr İ, Uzun E, Keskin , Tencere Z. Human papillomavirus vaccines and cervical cancer: awareness, knowledge, and risk perception among Turkish undergraduate students. *Journal of Cancer Education*. 2015;30(1):116-23.
110. Ozsurekci Y, Oncel EK, Bayhan C, Celik M, Ozkaya-Parlakay A, Arvas M, et al. Knowledge and attitudes about human papillomaviruses and immunization among Turkish pediatricians. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(12):7325-9.
111. Tolunay O, Celik U, Karaman SS, Celik T, Resitoglu S, Donmezer C, et al. Awareness and attitude relating to the human papilloma virus and its vaccines among pediatrics, obstetrics and gynecology specialists in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(24):10723-8.
112. Rutten LJJ, Sauver JLS, Beebe TJ, Wilson PM, Jacobson DJ, Fan C, et al. Clinician knowledge, clinician barriers, and perceived parental barriers regarding human papillomavirus vaccination: Association with initiation and completion rates. *Vaccine*. 2017;35(1):164-9.
113. Koruk İ, Gzkara F, Yiğitbay E, Keklik AZ. Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri alışanlarının ulusal kanser tarama standartları ile ilgili bilgi düzeyi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2015;13(2):127-36.
114. Şahin MK, Aker S. Family physicians' knowledge, attitudes, and practices toward colorectal cancer screening. *Journal of Cancer Education*. 2017;32(4):908-13.

8.EKLER

Ek-1. Anket Formu

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ (OMÜ) TIP FAKÜLTESİ TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN KANSER TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin meme, serviks ve kolon kanseri tarama davranışlarının belirlenmesi ve kanser tarama davranışları açısından farkındalık yaratmasına katkı sağlamak amacıyla planlanmıştır. Anketi doldurmanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Vereceğiniz bilgilerin gizliliği korunacak ve tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Dr. Eda EROĞLU(dr.edaeroglu@gmail.com, 05535957300)

OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

- 1) Yaşınız:.....
- 2) Cinsiyetiniz: 1. () Kadın 2. () Erkek
- 3) Medeni durumunuz nedir? 1. () Evli 2. () Bekar 3. () Boşanmış
- 4) Hangi bölümde çalışıyorsunuz, kaçınıcı yılınız?.....
- 5) Sigara kullanıyor musunuz? 1.()Hiç kullanmadım 2.()Bıraktım..paket ..yıl ..
3.()İçiyorum....paket...yıl ...
- 6) Alkol kullanıyor musunuz? 1.()Hiç kullanmadım 2.()Bıraktım 3.() Kullanıyorum
- 7) Bilinen bir hastalığınız var mı? 1.()Evet; Belirtiniz..... 2.()Hayır
- 8) 1.derece yakınlarınızda kanser öyküsü olan var mı? 1.()Evet;Belirtiniz.....2.()Hayır
- 9) Ulusal kanser tarama programına göre kanser tarama testleri nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.) 1. () Akciğer 2. () Serviks 3. () Kolon 4. () Prostat
5. () Cilt 6. () Meme 7. () Mide 8. () Pankreas 9. ()
Kemik 10. () Diğer.....
- 10) Ülkemizde kadınlarda servikal kanser taramasının önerilen yaş aralığı nedir?
1. () 21 yaş ve üzeri 2. () 30-65 yaş 3. () 35-70 yaş 4. () 40 yaş ve üzeri
- 11) Ülkemizde serviks kanser tarama testi (PAP-SMEAR,HPV DNA) hangi sıklıkla bakılması önerilmektedir?
1. () Her yıl 2. () Yılda bir kez smear, 2 yılda bir HPV DNA 3. () Her 3 yılda bir smear +HPV DNA 4. () Her 3 yılda bir smear , HPV DNA ile yapılıyorsa 5 yılda bir
- 12) Hiç smear testi yaptırdınız mı? 1. () Evet 2. () Hayır
- 13) Cevabınız evet ise hangi sıklıkta yaptırıyorsunuz? 1. () Yılda bir 2. () 3 yılda bir
3. () 5 yılda bir 4. () Diğer:.....
- 14) Pap-smear yaptırmama sebebiniz nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. () Herhangi bir yakınmam olmadığı için gereksinim duymadım 2. () Jinekolojik muayeneden çekiniyorum 3. () Sonuçtan korkuyorum 4. () Zaman bulamadığım için
5. () Ailemde serviks kanseri olmadığı için 6. () Cinsel aktif olmadığım için
7. () Çalıştığım hastanede kayıtlara geçmesini istemiyorum

15) Hiç HPV DNA testi yaptırdınız mı? 1. () Evet 2. () Hayır

16) Cevabınız evet ise hangi sıklıkla yaptırıyorsunuz? 1. () Yılda bir 2. () 3 yılda bir 3. () 5 yılda bir 4. () Diğer.....

17) HPV DNA testi yaptırmama sebebiniz nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. () Herhangi bir yakınmam olmadığı için gereksinim duymadım 2. () Jinekolojik muayeneden çekiniyorum 3. () Sonuçtan korkuyorum 4. () Zaman bulamadığım için
5. () Ailemde serviks kanseri olmadığı için 6. () Cinsel aktif olmadığım için
7. () Çalıştığım hastanede kayıtlara geçmesini istemiyorum

18) Kendinize ve/veya eşinize HPV DNA aşısı yaptırdınız mı? 1. () Evet 2. () Hayır

19) Çocuğunuza HPV aşısı yaptırmayı düşünür müydünüz? 1. () Evet 2. () Hayır

20) Cevabınız hayır ise sizce HPV aşısının yaygınlaşmasının önündeki engel nedir?

- (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1. () Yeterli bilgi ve bilince sahip değilim
2. () Yan etkilerinden korkuyorum 3. () Aşı fiyatları yüksek 4. () Aşıya ulaşmada zorluk çekiyorum

21) Sizce HPV aşısı ulusal aşı programına alınmalı mıdır? 1. () Evet 2. () Hayır

22) Ülkemizde kolorektal kanser taramasının önerilen yaş aralığı nedir?

1. () 40-60 yaş 2. () 40-70 yaş 3. () 50-70 yaş 4. () 55 yaşından sonra

23) Ülkemizde kolorektal kanser tarama sıklığı nedir?

1. () Her yıl GGK+ 5 yılda bir kolonoskopi 2. () Her yıl GGK+ 10 yılda bir kolonoskopi
3. () İki yılda bir GGK+ 5 yılda bir kolonoskopi 4. () İki yılda bir GGK+ 10 yılda bir kolonoskopi

24) 1. derece yakınlarınızı tarama amaçlı GGK, kolonoskopi için düzenli olarak sağlık kuruluşlarına yönlendiriyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

25) Ulusal kanser tarama programına göre meme kanseri tarama başlama yaşı ve sıklığı nedir?

1. () 40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi yıllık klinik muayane 2. () 40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi 2 yılda bir klinik muayane 3. () 50-74 yaş arası 2 yılda bir mamografi yıllık klinik muayane 4. () 50-74 yaş arası 2 yılda bir mamografi 2 yılda bir klinik muayane

26) Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz ? 1. () Evet 2. () Hayır

27) Cevabınız evet ise ne sıklıkta yapıyorsunuz? 1. () Her ay düzenli olarak yapıyorum 2. () Diğer.....

28) Klinik meme muayenesi oluyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

29) Cevabınız evet ise ne sıklıkta oluyorsunuz? 1. () Yılda bir kez 2. () 2 yılda bir kez 3. () Diğer....

30) Meme ultrasonu yaptırıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

31) Cevabınız evet ise ne sıklıkta yaptırıyorsunuz? 1. () Yılda bir kez 2. () 2 yılda bir kez 3. () Diğer...

32) Mamografi ektiriyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

33) Cevabınız evet ise ne sıklıkta ektiriyorsunuz? 1. () Yılda bir kez 2. () 2 yılda bir kez 3. () Diğer...

34) Hiç meme kanser taraması yaptırmadıysanız nedeni nedir?

1. () Herhangi bir yakınmam olmadığı için gereksinim duymadım 2. () Sonuçtan korkuyorum 3. () Zaman bulamıyorum 4. () Uygulamanın vereceği rahatsızlıktan dolayı yaptırmıyorum 5. () Ailemde meme kanseri olmadığı için 6. () alıştığım hastanede kayıtlara geçmesini istemiyorum 7. () Yaşım taramaya uygun olmadığı için

35) Hastalarınıza kanser taramalarını öneriyor musunuz?

1. () Evet

2. () Hayır

36) Cevabınız evet ise hangi kanser taramalarını öneriyorsunuz?

1. () Smear testi 2. () HPV DNA 3. () GGK 4. () Kolonoskopi 5. () Mamografi 6. () Kendi kendine meme muayenesi 7. () Klinik meme muayenesi

Ek-2. Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/400

03.05.2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Kansere Taramaları Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları** başlıklı OMÜ KAEK 2019/369 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 02.05.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Kamis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ORIJINALLIK RAPORU

% **12**

BENZERLIK ENDEKSI

% **5**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **3**

YAYINLAR

% **8**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Mugla University Öğrenci Ödevi	% 1
2	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	kanser.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
6	Submitted to İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
7	medikalbulut.org İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.slideshare.net İnternet Kaynağı	<% 1
9	BASKAN, Semih, ATAHAN, Kemal, ARIBAL,	<% 1

Erkin, ÖZAYDIN, Nilüfer, BALCI, Pınar and YAVUZ, Ekrem. "Meme kanserinde tarama ve tanı (İstanbul meme kanseri konsensuskonferansı 2010)", Meme Hastalıkları Araştırma ve Tedavi Derneği, 2012.

Yayın

10

Submitted to Gaziantep Aniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

11

acikerisim.baskent.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

12

Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

<% 1

13

www.haberyazar.com

İnternet Kaynağı

<% 1

14

ÖZÇAM, Hasene, ÇİMEN, Gönül, UZUNÇAKMAK, Cihangir, AYDIN, Selvi, ÖZCAN, Tuba and BORAN, Birtan. "Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi", İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2014.

Yayın

<% 1

15

KAYA¹, Cantürk, ÜSTÜ², Yusuf, ÖZYÖRÜK, Esra, AYDEMİR, Önder, ŞİMŞEK, Çiğdem and

<% 1

ŞAHİN, Ayşe Demirci. "Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi", Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2017.

Yayın

16

KOZAN, Ramazan and TOKGÖZ, Vehbi Yavuz. "Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı", Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım, 2016.

Yayın

<% 1

17

openaccess.inonu.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

18

KORUK, İbrahim, GÖZÜKARA, Fatma, YİĞİTBAY, Enes and KEKLİK, Ayşana Zehra. "Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları ile ilgili bilgi düzeyi", Palme Yayıncılık, 2015.

Yayın

<% 1

19

www.perizade.com

İnternet Kaynağı

<% 1

20

Submitted to Adnan Menderes Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

21

Submitted to Erciyes Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

22

ayer09.blogspot.com

İnternet Kaynağı

<% 1

23

gumusova.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

24

Submitted to Üsküdar Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

25

kutuphane.pamukkale.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

26

Submitted to Kastamonu University

Öğrenci Ödevi

<% 1

27

www.iccp-portal.org

İnternet Kaynağı

<% 1

28

www.kanserler.net

İnternet Kaynağı

<% 1

29

www.konyahalksagligi.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

30

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

31

Submitted to Suleyman Demirel University

Öğrenci Ödevi

<% 1

32

www.altinozu.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

33

Submitted to Ordu Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

34 www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 <% 1
İnternet Kaynağı

35 www.journalagent.com <% 1
İnternet Kaynağı

36 Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi <% 1
Öğrenci Ödevi

37 Submitted to Eastern Mediterranean University <% 1
Öğrenci Ödevi

38 Submitted to Istanbul Aydın University <% 1
Öğrenci Ödevi

39 Submitted to Eskisehir Osmangazi University <% 1
Öğrenci Ödevi

40 Submitted to Istanbul Bilgi University <% 1
Öğrenci Ödevi

41 acikerisim.deu.edu.tr <% 1
İnternet Kaynağı

42 SÜNGÜ, Hilmi. "ÜNİVERSİTE ÖğRENCİLERİNİN ZARARLI MADDE KULLANIMINA İLİŞKİN TUTUMLARI", Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
Yayın

43 GENÇTÜRK, Nuran. "Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı <% 1

yöntemlerini bilme ve uygulama durumları",
Meme Hastalıkları Araştırma ve Tedavi Derneği,
2013.

Yayın

-
- | | | |
|----|--|------|
| 44 | www.turkcancer.org
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 45 | Submitted to Bahcesehir University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 46 | Submitted to Artvin Āoruh Āniversitesi
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 47 | Submitted to Inonu University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 48 | Submitted to Marmara University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
-

Alıntılarını çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat