



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM
DALI

ANKARA’NIN BAZI HASTANELERİNDE KANSER HASTALARININ
TANI VE TEDAVİSİNDE GECİKME: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. HÜSEYİN ÖRÜN

DANIŞMAN

PROF. DR. AYŞE N. AKIN

ANKARA – 2024



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM
DALI

ANKARA’NIN BAZI HASTANELERİNDE KANSER HASTALARININ
TANI VE TEDAVİSİNDE GECİKME: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. HÜSEYİN ÖRÜN

DANIŞMAN

PROF. DR. AYŞE N. AKIN

ANKARA – 2024

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitiminde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bana daima destek olan, yol gösteren, her zaman kapısı açık olan, beraber çalışmaktan onur duyduğum değerli tez danışmanım *Prof. Dr. Ayşe Akın'a*,

Bilimsel katkıları ve emekleri için, cesaretlendirici söz ve davranışlarıyla Anabilim Dalı Başkanımız *Doç. Dr. Sare Mihçioğur'a*; yol göstericiliği ve nadir hastalıklara ilgi duyduğumda tam desteğini sunan önceki Anabilim Dalı Başkanımız *Prof. Dr. Recep Akdur'a*; tezimle ilgili görüşlerini paylaşan *Prof. Dr. Levent Akın'a*, ve diğer tüm bölüm hocalarıma,

Kanser çalışmam için beni teşvik eden, önderlik yapan, tezimle ilgili görüşlerini sunan *Prof. Dr. Sultan Eser'e*; destek mektubu için DSÖ-IARC Direktörü *Dr. Elisabete Weiderpass'a*,

Bilimsel desteği için sevgili arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi *Su Özgür'e*,

Tez çalışmama destek veren tüm araştırmacılara,

Bu araştırmaya katılan tüm hastalara ve onların yakınlarına,

teşekkürlerimi sunuyorum.

İTHAF

Her zaman yanımda olan, bana hep güvenen, beni cesaretlendiren, desteğini her zaman hissettiren biricik kız kardeşim *Özlem Örün*'e,

teşekkürlerimi sunuyorum.

Nadir bir kanserden kaybettiğim canım arkadaşım, meslektaşım Dr. Öznur Nergiz Avcı'yı,

özlemle anıyorum,

Beni doktor eden, eğitimin-okumanın önemini kavratan, fedakarlığın ne demek olduğunu anlamamı sağlayan, kimseyi kırmamayı ve hoşgörülü olmayı öğretmeye çalışan, kültürüne değer vermeyi öğreten, nadir bir kanserden kaybettiğim biricik annem *Ayşe Örün*'e,

Hak savunuculuğunu öğreten, sanatın ve sporun değerini anlamamı sağlayan, hayalleri gerçekleştirmenin en önemli hayat amacı olduğunu anlamamı sağlayan, güzel sözün önemini anlamamı sağlayan, nadir bir kanserden kaybettiğim canım kardeşim *Mehmet Fatih Örün*'e,

sonsuz minnetimi sunuyor, onları zamansız hasretle anıyorum.

Bu tez araştırması, bu sayfada yer alan sevdiklerime adanmıştır.

ÖZET

En önemli halk sağlığı sorunlarından olan kanserde, iyi sonuçlara ulaşmak için erken teşhis ve zamanında tedavi çok önemlidir. Bu araştırmada, kanser bakım yolunun; hasta, hastalık ve sağlık hizmet sunucusu ile sistem kaynaklı gecikme nedenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı olarak tamamlanan çok merkezli araştırma; Ankara ilinde ikamet eden, 18 yaş ve üzeri kişilerde, 2022 yılında tanı almış, üçüncü basamak hastanelerin kemoterapi ünitelerinde tedavi görmekte olan 201 hasta üzerinde yüz yüze anket yöntemiyle gerçekleştirilmiş, çıkarılma kriterleri dolayısıyla 151 hastanın sonuçları değerlendirmeye alınmıştır. Google formlar aracılığıyla doldurulan anketlerin verileri, SPSS 26.0 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı analizlerin ardından, gecikmeler için risk faktörlerini incelemek amacıyla gecikme süreleri kategorik ve sürekli değişken olarak ikili lojistik ve çoklu lineer regresyon analizleri uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

İlk yakınmadan ilk kez sağlık kuruluşuna yapılan başvuruya kadar geçen ortalama süre 14 gün, ilk kez sağlık kuruluşuna yapılan başvurudan ilk tanısal işleme kadar geçen ortalama süre 31 gün, ilk tanısal işlemde mikroskopik olarak doğrulanmış tanının elde edilmesine kadar geçen ortalama süre 12,5 gün ve mikroskopik tanının konulmasından ilk tedavi başlangıcına kadar geçen ortalama süre 13 gün olarak bulunmuştur. Tüm süreç içinde bu dört tekil dönemin yüzde dağılımları ise sırasıyla %19,9, %44,0, %17,7 ve %18,4 olarak bulunmuştur. Gecikme için önemli bulunan faktörler şöyledir: “hasta kaynaklı nedenler” olarak eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve yakınmayı kendi kendine gidermeye çalışma; “hastalık kaynaklı nedenler” olarak sıklığına göre malignite türü ve “sağlık hizmet sunucusu ile sistem kaynaklı nedenler” olarak tanısal işlem sayısı ve sağlık kuruluşunun statüsü (özel-kamu). Regresyon analizlerine ek olarak hastalar tarafından bildirilen, üç temel nedene adreslenebilecek birçok etmen bildirilmiştir.

Sağlık, hastalık, kanserler ve özellikle nadir kanserlere yönelik farkındalığın artırılması ve buna yönelik sağlık politikası belirlenmesi, sevk sisteminin mevcut sisteme yeni bir yük olmaksızın yerleştirilmesi, özel-kamu sağlık kuruluşları arasındaki bakım kalitesi farkının kapatılmasına yönelik politika geliştirilmesi faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: kanser bakım yolu, tanıda gecikme, tedavide gecikme, sağlık hizmetlerinde kalite.

ABSTRACT

In cancer, which is one of the most significant public health issues, early diagnosis and timely treatment are crucial for achieving better outcomes. This study aims to examine the delay reasons in the cancer care pathway related to i) the patient / community, ii) the disease, and iii) the healthcare provider and health system.

This descriptive multicenter study was conducted using face-to-face surveys with 201 patients aged 18 and older who were diagnosed in 2022 and receiving treatment in chemotherapy units of tertiary hospitals in Ankara. Due to exclusion criteria, the results of 151 patients were included in the evaluation. The data from the surveys, filled out via Google Forms, were analyzed using SPSS 26.0 software. After descriptive and comparative analyses, binary logistic and multiple linear regression analyses were applied to examine the risk factors for delays, with delay durations considered as both categorical and continuous variables. A statistical significance level of $p < 0.05$ was accepted.

The median time from the first symptom to the first visit to a healthcare facility was 14 days, from the first visit to the first diagnostic procedure was 31 days, from the first diagnostic procedure to obtaining a microscopically confirmed diagnosis was 12.5 days, and from the microscopically confirmed diagnosis to the start of the first treatment was 13 days. The percentage distributions of these four individual periods throughout the entire process were 19.9%, 44.0%, 17.7%, and 18.4%, respectively. Significant factors for delays included: “patient-related causes” such as education level, number of children, and attempts to selfmanage symptoms; “disease-related reasons” such as the type of malignancy by frequency; and “healthcare provider and system-related reasons” such as the number of diagnostic procedures and the status of the healthcare facility (private-public). In addition to regression analyses, many factors reported by patients, which can be addressed by three main reasons, were identified.

It may be beneficial to raise awareness about health, disease, cancers and especially rare cancers and to determine a related health policy, to establish a referral system without adding a new burden to the existing system, and to develop a policy to close the gap in care quality between private and public health institutions.

Keywords: cancer care pathway, diagnostic delay, treatment delay, quality in healthcare.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İTHAF	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser Bakım Yolu	3
2.1.1. Kanser Bakım Yolunda Gecikme	6
2.1.2. Kanser Bakım Yolundaki Engeller ve Çözüm Önerileri	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırma Planı.....	15
3.2. Uygulama	20
3.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi.....	23
3.4. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	23
4. BULGULAR	25
4.1. Sosyodemografik Bulgular	25
4.2. Hastalardan Elde Edilen Klinik Bilgiler.....	29
4.3. Gecikmeler ve Gecikme Nedenleri	38
4.5. Tekil Dönemlerin Sosyodemografik, Klinik ve Diğer Özelliklere Göre İncelenmesi ...	50
4.7. Tekil ve Birleşik Dönemlerde Gecikmeye Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi	88
4.7.1. İkili Lojistik Regresyon Bulguları	88

4.7.2. Çoklu Doğrusal Regresyon Bulguları	91
5. TARTIŞMA	93
5.1. Gecikme Süreleri	93
5.2. Gecikmelerde Hasta İlişkili Faktörler	94
5.3. Gecikmelerde Hastalık İlişkili Faktörler	100
5.4. Sağlık Hizmetleri Sunucusu ve Sistem İlişkili Faktörler	105
5.4.1. Bazı Ülkelerde Kanser Bakım Yolundaki Gecikmeyi Azaltmak, Erken Teşhis ve Zamanında Tedaviyi Artırmak İçin Halk Sağlığı Müdahaleleri	107
5.4.2. Türkiye’de Kanser Bakım Yolundaki Gecikmeyi Azaltmak, Erken Teşhis ve Zamanında Tedaviyi Artırmak İçin Olumlu Olabilecek Halk Sağlığı Müdahaleleri ve Politika Açıkları	111
5.5. Kısıtlılıklar	114
6. SONUÇ	116
7. ÖNERİLER	118
8. KAYNAKLAR	123
9. EKLER	137
EK-1: Katkı Sunan Araştırmacı ve Merkezler	137
EK-2: Örnek Büyüklüğü Hesabı	140
EK-3: Veri Toplama Formu	141
EK-4: Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onayı	154
Ek Tablo 1. On Birinci Kalkınma Planı (2018-2023)’na Göre Kanser Bakım Yolunu	154
Hızlandırma Konusunda Katkısı Olabilecek Politikalar	154
Ek Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2018-2023)’a Göre Kanser Bakım Yolunu Hızlandırma Konusunda Katkısı Olabilecek Politikalar ve Olası Katkı Bileşeni	156
EK-5: ChatGPT ile Sağlık Politikası Tematik Analiz Yöntem ve Bulguları	157
EK-6: DSÖ-IARC Direktörü Dr. Elisabete Weiderpass’in Destek Mektubu	172

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Kanser bakım yolu dönemlerine göre erken teşhis ve zamanında tedavinin amaçları, engeller ve müdahale önerileri	11
Tablo 2. Tez araştırmasının zaman çizelgesi.....	21
Tablo 3A–B. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri, Ankara, 2022	23–20
Tablo 4. Çalışma grubunun sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili özellikleri, Ankara, 2022 ...	25
Tablo 5A–B. Çalışma grubunun ilk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022	26–23
Tablo 6A–B. Çalışma grubunun sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022	28–25
Tablo 7. Çalışma grubunun ilk tanısal işlem yapıldan mikroskopik olarak doğrulanmış tanı konulana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022	30
Tablo 8A–B. Çalışma grubunun mikroskopik olarak doğrulanmış tanı konulandan ilk tedaviye başlanana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022	31–28
Tablo 9. Çalışma grubunun tanıda gecikme durumu ve belirtilen gecikme nedenleri dağılımı, Ankara, 2022	33
Tablo 10. Çalışma grubunun tedavide gecikme durumu ve belirtilen gecikme nedenleri dağılımı, Ankara, 2022	34
Tablo 11A–C. Çalışma grubunun tanı ve tedavi özellikleri, Ankara, 2022	37–35
Tablo 12. Çalışma grubunun kanser türlerinin topografilerine göre tekil ve birleşik dönemleri ortanca geçirme süreleri, Ankara, 2022	41
Tablo 13A–D. Çalışma grubunun ilk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022 ..	42–41
Tablo 14A–D. Çalışma grubunun sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022	46–45
Tablo 15A–D. Çalışma grubunun ilk tanısal işlemden mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022 ..	50–49
Tablo 16A–C. Çalışma grubunun mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilmesinden ilk tedaviye başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022	54–52

Tablo 17A–E. Çalışma grubunda ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022	57–57
Tablo 18A–D. Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022	63–62
Tablo 19A–E. Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022	68–68
Tablo 20A–B. Dönemler kategorik değişken olarak alındığında gecikmeler için risk faktörleri	74–71
Tablo 21A–B. Dönemler sürekli değişken olarak alındığında gecikmeler için risk faktörleri	76–73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kanser bakım yolundaki önemli olaylar ve aralıklar	4
Şekil 2. Araştırmada ilk yakınmadan ilk tedaviye kadar esas alınan önemli olaylar ve dönemler	15
Şekil 3. STROBE’ye göre çalışmanın akış diyagramı	19
Şekil 4. İlk yakınmadan ilk tedaviye kadar önemli olaylara göre ortanca süreler (gün) ve yüzde dağılımlar	35
Şekil 5. Dört tekil dönemin aldığı sürelerin dağılımı	36

KISALTMALAR

T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
A	: Alt değer
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ENCR	: European Network of Cancer Registries (Avrupa Kanseri Kayıt Merkezleri Ağı)
ERN	: European Reference Networks (Avrupa Referans Ağları)
ERN-PaedCan	: ERN for Paediatric Oncology (Pediatrik Onkoloji için Avrupa Referans Ağı)

ERN-EURACAN	: ERN for all rare adult solid cancers (Nadir yetişkin kanserleri için Avrupa Referans Ağı)
ERN-GENTURIS	: ERN for all patients with one of the rare genetic tumour risk syndromes (Kalıtsal kanser sendromları için Avrupa Referans Ağı)
ERN-BloodNet	: ERN on Rare Hematological Diseases (Nadir hematolojik kanserler dahil nadir hematolojik hastalıklar için Avrupa Referans Ağı)
GA	: Güven Aralığı
GLOBOCAN	: Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlemevi)
HPV	: Human papillomavirus
IARC	: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tanı ve Eğitim Merkezi
OO	: Odds Oranı
S.H.	: Standart Hata
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
SS	: Standart Sapma
Ü	: Üst değer
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
YSİH	: Yaşa standardize insidans hızı
YSMR	: Yaşa standardize mortalite hızı

1. GİRİŞ

Günümüzde COVID-19 pandemisi gibi istisnalar olsa da, epidemiyolojik değişim teorisi sanayileşen ve gelişen toplumlarda beklenen yaşam süresi uzamış ve ölümler bulaşıcı hastalıklardan ziyade bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kazalar dolayısıyla meydana gelmeye başlamıştır (1). Bulaşıcı olmayan hastalıklar, süreğen olma eğilimindedir ve genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin birlikte etkisinin sonucudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından başlıca türler; kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet ve ruh sağlığı bozuklukları olarak belirtilmektedir. Her yıl tüm ölümlerin yaklaşık dörtte üçünün bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir, bu istatistik 41 milyon ölüme karşılık gelmektedir. Kalp ve damar hastalıkları, her yıl 17,9 milyon ölüme neden olmakta iken, kanserler 9,3 milyon ölüm ile onu takip etmektedir (2).

Kanser; ölümlere, sakatlığa, iş gücü ve ekonomik kayıplara neden olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (3–5). *GLOBOCAN (Global Cancer Observatory*; Küresel Kanser Gözlemevi) tahminlerine göre 2020 yılında Türkiye’de 227.310 yeni hasta (128.802 erkek, 98.508 kadın), 126.335 (78.949 erkek, 47.386 kadın) hastanın yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir. Erkeklerde 100.000 kişide akciğer kanseri en sık görülen kanser iken (yaşa standardize insidans hızı (YSİH) = 74,8), bunu sırasıyla prostat (YSİH = 42,5), kolorektal (YSİH = 26,2), mesane (YSİH = 22,9) ve mide kanseri (YSİH = 17,8) izlemektedir. Mortalite hızı ise sırasıyla akciğer (yaşa standardize mortalite hızı 100.000 kişide (YSMH) = 67,5), mide (YSMH = 15), kolorektal (YSMH = 13), prostat (YSMH = 11,3) ve pankreas kanseri (YSMH = 10,2) şeklindedir. Kadınlarda 100.000 kişide en sık görülen ilk 5 kanser sırasıyla meme (YSİH = 46,6), tröid (YSİH = 22,4), kolorektal (YSİH = 16,2), akciğer (YSİH = 12) ve korpus uteri (YSİH = 11,3) kanserleridir. Kadınlarda mortalite hızları incelendiğinde meme (YSMH = 12,9), akciğer (YSMH = 10,7), kolorektal (YSMH = 7,8), mide (YSMH = 6,4) ve pankreas (YSMH = 5,7) kanserleri ilk 5’i oluşturmaktadır (6).

Pek çok hastalıkta halk sağlığı yaklaşımı çerçevesinde hastalığın gelişmeden önlenmesini hedefleyen tüm girişimler (temel koruma ve birincil koruma), hastalık geliştirse erken tanı imkanlarının devreye sokulması (ikincil koruma), zamanında ve uygun tedavi ile sosyal ve tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması (üçüncül koruma) (7) ve medikal, cerrahi ve sistem kaynaklı gereksiz girişimlerin önlenmesi (dördüncül koruma) (8) temeldir ve bu koruma stratejileri birbiriyle bütündür (7). Bu stratejiye benzer bir şekilde kanser kontrolünü de

oluşturan temel bileşenler önleme, erken tespit (erken tanı ve tarama), tanı ve tedavi ve palyatif bakım olarak belirtilmektedir (9,10).

Amaç ve Hedefler:

Tanı alana kadar geçen süre temel, birincil ve ikincil korumaya atıfta bulunurken, tedavide gecikme ise üçüncül korumaya atıfta bulunur. Türkiye’de kanser hastalarında tanı ve tedavi gecikmesini ve nedenlerini inceleyen oldukça az sayıda araştırma bulunmaktadır. Nedenlerini araştırmanın yanı sıra, bu konuda halk sağlığı bakışıyla geliştirilmiş öneriler sınırlıdır.

Amaç: Bu tez araştırmasında, Ankara’da son bir yılda tanı almış ve tedavi görmekte olan kanser hastalarının kanser bakım yolunda karşılaştıkları gecikme süreleri ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Alt amaçlar ise aşağıdaki gibidir:

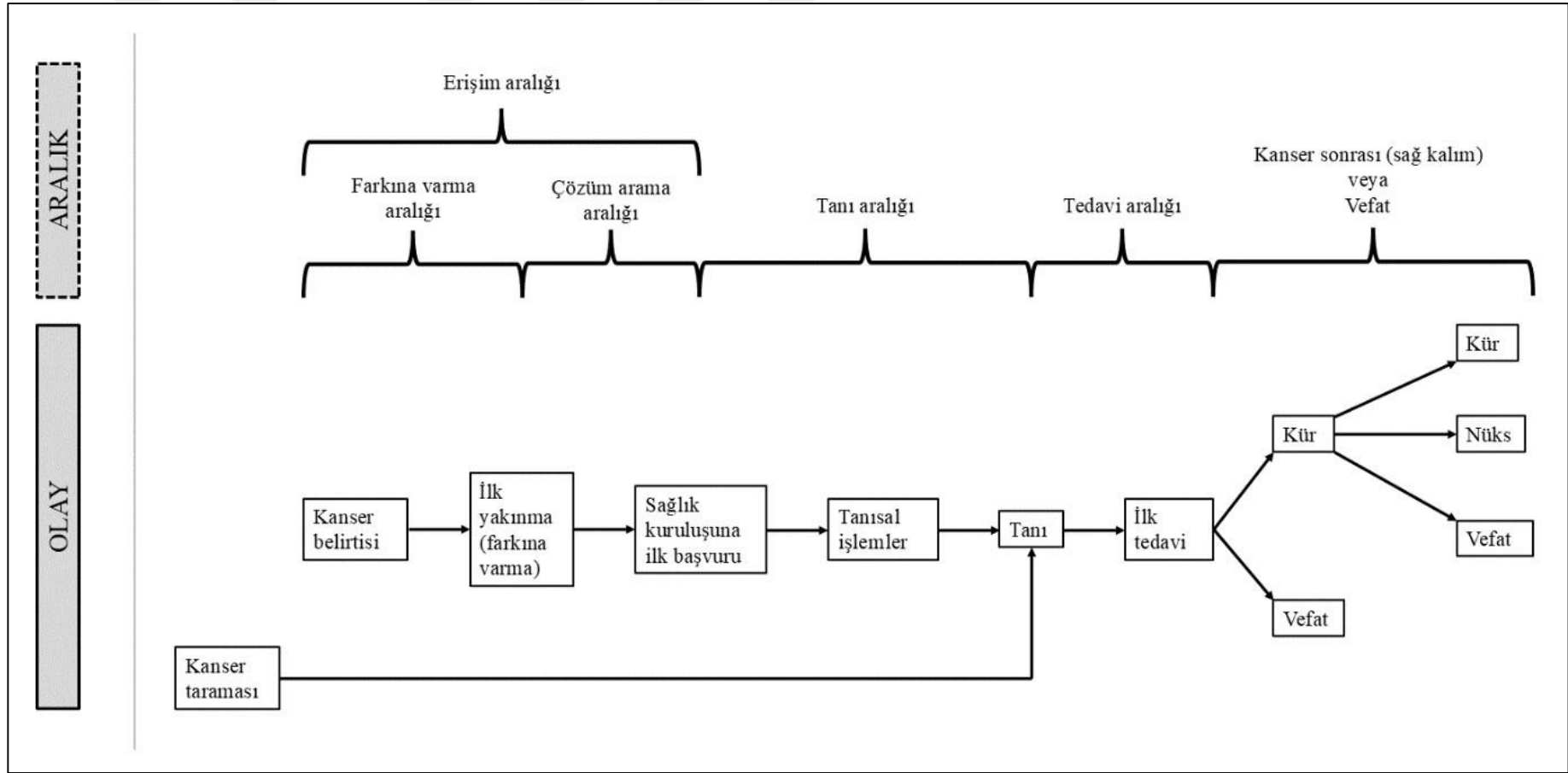
- 1) Gecikme sürelerini dönemlere özgü incelemek
- 2) Dönemlere özgü gecikme için risk faktörlerini tanımlamak
- 3) Tespiti yapılan sorunların (risk faktörlerinin) azaltılması için çözüm önerileri geliştirmek

2. GENEL BİLGİLER

DSÖ Anayasası ile sağlık, 1946'dan beri şu şekilde tanımlanmaktadır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir” (11). Sağlık hizmetlerinde bakım; bakım sağlayıcılar, hasta ve hasta yakını arasındaki fiziksel etkileşimler, hijyen gerekliliklerinin gözetilmesi ve evrak işlerinin tamamlanması dahil olmak üzere birçok unsuru içermektedir (12). Öte yandan, daha kapsayıcı bir tanım *Joan Tronto* ve *Bernice Fisher* tarafından yapılmıştır: “dünyamızı mümkün olduğunca iyi yaşayabilmemiz için onu korumaya, sürdürmeye ve onarmaya yardımcı olan tüm faaliyetler” bakımı ifade etmektedir (13). Bütüncül sağlık bakımı ise, adeta DSÖ'nün “sağlık” tanımına da atıfta bulunarak, Britanya Bütünsel Tıp ve Sağlık Hizmetleri Derneği tarafından “hastaların fiziksel, zihinsel, duygusal ve ruhsal refahını göz önünde bulunduran kapsamlı, kişiselleştirilmiş bir sağlık yaklaşımı” olarak ifade edilmektedir (14). Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetlerle birlikte sunulması gerektiği yönünde yorumlar da bulunmaktadır (15).

2.1. Kanser Bakım Yolu

Bakım yolu, kanser özelinde düşünüldüğünde bireyde kanser şüphesinin varlığından itibaren tanı ve tedavi süreçlerinin tamamını içeren bir kavramdır (16,17).



Şekil 1. Kanser bakım yolundaki önemli olaylar ve aralıklar

Not: Mevcut literatürden faydalanarak tez öğrencisi tarafından geliştirilmiştir.



Temel olarak, kanser bakım yolu Şekil 1 üzerinde özetlenmiştir. Kanser bakım yolu bazı önemli olaylardan oluşmaktadır: i) ilk yakınma, ii) sağlık kuruluşuna ilk başvuru, iii) tanısal işlemler, iv) tanı, v) ilk tedavi ve vi) kür, nüks veya vefat. Bakım yolu, bu önemli olaylar arasındaki süreler incelenerek değerlendirilmektedir. Bunlar: a) farkına varma aralığı (ilk yakınmadan sağlık kuruluşuna ilk başvuruya kadar), b) tanı aralığı (sağlık kuruluşuna ilk başvurudan tanı alınana değin), c) tedavi aralığı (tanı aldıktan sonra ilk tedavi başlanana değin) ve d) ilk tedavi sonrası dönem şeklindedir. Genel olarak tedavi sonrası dönem, karmaşıklığı ve standart olmaması-kişiselleşmiş olması nedeniyle araştırmalarda incelenmez. Bunun yerine, tanı tarihi de temel alınarak, sağkalım ve uzun dönem izlem araştırmaları gerçekleştirilerek bakımın kalitesi incelenmiş olur (18–20).

2.1.1. Kanser Bakım Yolunda Gecikme

Sağlık sistemini değerlendirip iyileştirme çalışmaları yapmak için anne ölümleri gecikme modeli örneği önemlidir. Anne ölümleri için öne sürülen gecikme modelinde, gecikme üç başlıkta toplanmaktadır: i) bakıma başvurma kararının gecikmesi; (ii) bir sağlık tesisine ulaşmanın gecikmesi; ve (iii) yeterli bakımın sağlanmasının gecikmesi (21). Benzer şekilde, kanser bakım yolundaki farkına varma aralığı ve tanı aralığı da anne ölümleri gecikme modelindeki ilk iki başlıkla uyumludur. Kanserde tanı ve tedavideki gecikme DSÖ tarafından şu şekilde sınıflanmıştır: i) erişmede gecikme, ii) tanısal gecikme ve iii) tedavide gecikme. Özel olarak, erişmede gecikme; değerlendirme aralığı ve sağlık/çözüm arama aralığı olarak iki bölümden oluşmaktadır. Burada değerlendirme aralığı, hastanın semptomlarını fark edene kadar geçen süreyi ifade ederken; sağlık/çözüm arama aralığı ise yakınma nedeniyle ilk kez sağlık kuruluşuna başvuruluna kadar geçen süreyi ifade etmektedir. Bu nedenle tanıda veya tedaviye başlangıç için uzun süreli bir gecikme, hastadan ve/veya tanıyı koyan profesyonel hizmetten kaynaklanabilir (9,10). Kanser bakım yolunda, belirtili erken tanının önemi kadar, belirti öncesi dönemde erken tespit uygulamaları anlamında kanser taramaları oldukça önem arz etmektedir. Erken tespit için iki strateji vardır (9,10):

i) Erken tanı: belirtisi olan kişilerin tanısının erken konulmasıdır; hastanın hastalığı konusundaki erken belirtileri anlayabilmesi konusundaki yüksek farkındalığı ve sonrasında bir sağlık kuruluşundaki tanısal süreci kapsar.

ii) Tarama (Ulusal veya bölgesel): Hedef, sağlıklı nüfustur. Sağlıklı nüfus, prekanseröz lezyonların veya erken evre kanserlerin tespitinin artırılması ve ardından referans merkezine tanı doğrulaması ve tedavinin başlanması için sevkini kapsamaktadır. Kanser taramaları önemli bir ikincil koruma stratejisi olup erken teşhis sağlar.

Ülkemizde aşağıdaki kanserler için tarama standartları belirlenmiştir (22–24):

➤ Meme kanseri için;

- 20 yaşından itibaren ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapması için danışmanlık verilmesi
- 20 yaşından itibaren 2 yılda bir klinik meme muayenesi
- 40-69 yaş arası yılda bir klinik meme muayenesi
- 40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi çekimi ➤ Serviks uteri kanseri için;
- 30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir *Human papillomavirus* (HPV) DNA testi yapılması ➤ Kolon kanseri için;
- 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması
- 50-70 yaş arasında 10 yılda bir kolonoskopi yapılması.

Türkiye’de kanser taramaları parçalı yapıda bir sağlık hizmeti sunularak başvuruya dayalı, birtakım sistematik olmayan yerel bilgilendirme faaliyetleri ile teşvik edilerek, araç sağlanarak vb. fırsatçı tarama şeklinde uygulanmaktadır. Kanser taramaları kolonoskopi hariç Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM’ler) ve Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM’ler) ile mamografi ve kolonoskopi hariç aile sağlık merkezlerinde (ASM’lerde) sunulmaktadır (23,24). Pek çok SHM, içerisinde bir KETEM de bulundurmaktadır. Ülkemizde 2022 yılı itibarıyla 90 sabit KETEM, mobil araçlarda hizmet veren 44 KETEM ve SHM’lerde faaliyet gösteren 230 KETEM olmak üzere toplam 364 KETEM hizmet vermektedir (25). Ancak bunların nüfusa göre dağılımında yetersizlik olduğu açıktır. Türkiye’de kanser taraması toplum tabanlı olarak sunulmadığından, hiçbir zaman kritik değer olan hedef nüfusun %70’ine ulaşılamamış, en iyi yıllarda ancak hedef nüfusun %25 civarına bu hizmetler sunulmuştur. Ek olarak, aile hekimliği birimi başına düşen kişi sayısı 2022 itibarıyla ortalama 3072 olarak kayda

geçmiştir. Bu sayı her geçen yıl aile hekimliği uzman hekim sayısındaki artış dolayısıyla düşmektedir (25).

1995 yılında *Andersen ve Cacioppo tarafından* kanserde tanı ve tedavi gecikmesinin alt parametrelerini ortaya koymuş ve. Buna göre semptomların başlangıcından tedavi başlangıcına kadar gelişen sürede aşağıdaki nedenlerden kaynaklı gecikmeler olabileceği tanımlanmıştır (26):

I. Tanıda gecikme:

a. Hasta kaynaklı gecikme/birincil gecikme:

- i. Farkına varma gecikmesi: Kişinin semptomlarını yorumlamaya/yorumlayamamasına bağlı meydana gelen gecikmedir.
- ii. Hastalık gecikmesi: Kişinin hasta olduğuna karar vermiş olmasından herhangi bir tıbbi yardım almaya başlamasına kadar geçen süredir.
- iii. Davranışsal gecikme: Kişinin semptomunu erteleme/önemsememesi veya kendi kendine veya etrafındaki kişiler aracılığı ile semptomunu gidermek amacıyla bazı girişimlerde bulunması, ancak sağlık kuruluşuna başvurmamasıdır. Yani, davranışsal gecikme başka yöntemler ile oyalanırken sağlık kuruluşuna başvuruda yaşanan gecikmeleri tanımlar.

II. Profesyonel gecikme/ikincil gecikme

- a. Diğer (kalan) gecikme: Kişinin ilk kez sağlık kuruluşundan randevu alıp, ilk randevusuna gidene kadar geçen kapsamaktadır.
- b. Tedavide gecikme: Kişinin sağlık kuruluşuna başvurduğu ilk randevusundan tedaviye başlanana kadar geçen süreyi ifade etmektedir.

Andersen'in modeli birçok çalışmada kullanılmış olup, ancak belirli bir konsensus oluşmadığı için araştırmalar arasında heterojenitenin fazla ve karşılaştırılabilirliğin biraz daha zor olduğu, bu nedenle de bu modelin benimsendiği araştırmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (18). Diğer yandan bu tanımlar, araştırmalar arasında farklılık göstermektedir (19). Bu soruna çözüm aramak için 2010 yılında araştırmacılar "Aarhus raporu"nu

yayınlanmışlardır. Araştırmacılar sistematik derleme yöntemini kullanarak literatürdeki tanımları incelemiş, çeşitli sağlık sistemlerine uygun olabilecek ve araştırma yaparken kullanılabilecek veri toplamayı kolaylaştırabilecek en uygun yöntemleri sıralamışlardır. Bunun için, tanımları da tekrar gözden geçirmişlerdir ve kanser bakım yolu için dört önemli olay şu şekilde sıralanmıştır (19):

- a) ilk yakınma tarihi,
- b) sağlık kuruluşuna ilk başvuru tarihi,
- c) sevk tarihi,
- d) tanı tarihi.

a) İlk yakınma tarihi: Bu, “ilk bedensel değişikliklerin ve/veya semptomların fark edildiği zaman noktası” olarak tanımlanmalıdır. “Hasta gecikmesi” teriminin artık kullanılmaması gerektiği ifade edilmiş; bunun yerine, “farkına varma aralığı” (bedensel değişiklikleri/semptomları yorumlamak için geçen süre) ve “destek/çözüm arama aralığı” (bu yorumlara göre hareket etmek ve destek aramak için geçen süre) “hasta aralığını” tanımlamada daha faydalı olduğu vurgulanmıştır (19).

b) Sağlık kuruluşuna ilk başvuru: Bu tarihin, “sunulan (başvurulan) yakınmalar, semptomlar, geçmiş ve diğer risk faktörleri göz önüne alındığında, hastayı gören klinisyenin kanser dahil olası önemli patoloji için araştırma veya sevk başlatmasının en azından mümkün olacağı zaman noktası” olarak düşünülmesi gerektiği ifade edilmektedir (19).

c) Sevk tarihi: Bu, “bir sağlık hizmeti sağlayıcısından diğerine (tipik olarak, 'bekçi' sağlık hizmeti sistemlerinde “birinci basamağa başvurunun zorunlu olduğu sevk sistemi”, birincil bakım sağlayıcısından kanser teşhisi ve yönetiminde uzmanlaşmış bir doktora/hizmete) daha ileri klinik teşhis ve yönetim faaliyeti için hastanın şüpheli kanseriyle ilgili sorumluluğun devredildiği zaman noktası” olarak değerlendirilmelidir. Hastalar birden fazla sayıda veya uzmanlar arasında sevk edilebilir. Araştırmacılar bu tür karmaşıklıklarla başa çıkmak için tutarlı ve açık bir yöntem kullanmalıdır. Ayrıca, araştırmalar için sevk, bazı sağlık hizmeti ortamlarında önemli olabilecek ancak hasta yönetimi için gerçek sorumluluğun devredilmediği durumlarda eşdeğer olmayan ikincil bir zaman noktası olarak değerlendirilmelidir. Sevkte hedeflenen hizmet de tanımlanmalıdır (19).

d) Tanı tarihi: “Tanı” ile başlayan veya biten herhangi bir zaman aralığını bildiren çalışmalarda, bu tarihin nasıl ölçüldüğü konusunda açık olması gerektiği önerilmiştir (19). Araştırmacıların özellikle kanser kayıtçılığı kurallarına başvurarak belli bir hiyerarşiyi gözetmeleri gerektiği vurgulanmıştır. Örneğin, Avrupa Kanser Kayıt Merkezleri Ağı (*European Network of Cancer Registries; ENCR*) tarafından kabul edilen hiyerarşik sıranın kullanılabileceği önerilmiştir (19). *ENCR*, 7 basamaktan oluşan hiyerarşik bir sıra önermiştir. Buna göre kronolojik olarak meydana gelen ilk olayın tarihi, insidans tarihi (tanı tarihi) olarak seçilmelidir. Aşağıdaki basamaklar sıraya göre değerlendirilip bunlardan biri mevcut ise tanı tarihi olarak kabul edilmektedir (27):

- i. İlgili malignitenin ilk histolojik veya sitolojik (akış sitometrisi, likit biyopsi dahil) onayının tarihi (otopside histoloji veya sitoloji hariç). Bu tarih, aşağıdaki sırayla olmalıdır:
 - a) örneğin alındığı tarih
 - b) örneğin patolog tarafından alındığı tarih
 - c) patoloji raporunun tarihi
- ii. İlgili malignitenin ilk pozitif genomik/moleküler test tanısının tarihi
- iii. İlgili malignite nedeniyle hastaneye yatış tarihi
- iv. Sadece poliklinikte değerlendirildiğinde: ilgili malignite nedeniyle poliklinikte ilk muayene tarihi
- v. i, ii, iii veya iv dışındaki tanı tarihi, örneğin:
 - a) ilgili malignite için ilk pozitif tümör belirteci testi tanısının tarihi
 - b) ilgili malignite için ilk görüntüleme (PET, BT veya MRG dahil) raporunun tarihi
 - c) ilgili malignite için (ilk) çok disiplinli ekip (olgu konseyi) toplantısının tarihi
- vi. Hastanın malignite nedeniyle öldüğü gerçeğinden başka bir bilgi mevcut değilse ölüm tarihi
- vii. Malignite otopside keşfedilirse ölüm tarihi.

ENCR, hangi tarih seçilirse seçilsin, insidans tarihi tedavinin başlangıç tarihinden veya tedavi etmeme kararının alındığı tarihten veya ölüm tarihinden sonra olmamalı, şeklinde uyarmaktadır (27).

Aarhus raporunda belirtilen önemli olaylar arasındaki süreler, erken tanı ve zamanında tedaviyi inceleyen araştırmalar için yol göstericidir. Araştırma soruları, bu önemli olayların arasındaki süreyi bulduracak şekilde düzenlenmelidir. Veri kaynağı olarak; hastalar veya sağlık hizmet sunucuları, olgu hastane-sağlık sistemi kayıtları, ilişkili ulusal veri tabanları seçilebilir. Çalışma tasarımı olarak tanımlayıcı, kesitsel veya kohort tercih edilebilir, bunun yanı sıra nitel çalışmaların da faydalı olabileceği belirtilmiştir. Çalışma yönü retrospektif veya prospektif olarak planlanabilir. Tanımlayıcı ve kesitsel araştırmalarda, geçmişe yönelik sorulan sorular hatırlama biasını artıracığından, tanı tarihi için çok eski olguların dahil edilmesi önerilmemektedir. Ayrıca tanı tarihi çok yeni olguların da yoğun tedavi altında olacağından kayıp veri söz konusu olabileceği belirtilmektedir. Kritik tarihleri hatırlamaya yardımcı olmak amacıyla, yüz yüze yapılan anket çalışmaları veya nitel çalışmalarda belirli ve önemli günleri içeren bir takvim bulundurulabilir. *Aarhus* raporunu yayınlayan bilim insanları; araştırmacılar ve hakemler için bir kontrol listesi (*Aarhus* kontrol listesi) önermiştir (27).

2.1.2. Kanser Bakım Yolundaki Engeller ve Çözüm Önerileri

Kanser bakım yolunun herhangi bir aşamasında pek çok engelle karşılaşılabilir. Bu durumlar kanser göstergelerinde (sağkalım, “mortalite-insidans oranı” vb.) eşitsizlik olarak karşımıza çıkmaktadır. 2017 yılında DSÖ tarafından, erken teşhis ve zamanında tedavi için dönemlere göre (tanı öncesi dönem, tanı dönemi ve tedavi dönemi) amaç, engeller ve müdahale önerilerini Tablo 1’deki gibi sunulmuştur (10):

Tablo 1. Kanser bakım yolu dönemlerine göre erken teşhis ve zamanında tedavinin amaçları, engeller ve müdahale önerileri

Amaçlar, engeller ve müdahale önerileri	Dönemler		
	Tanı öncesi dönem	Tanı dönemi	Tedavi dönemi
Amaç	Semptomlara yönelik farkındalık, bakım arama ve bakıma erişim	a) Doğru klinik tanının konulması b) Tanısal testler ve evrelemenin yapılması c) Tedavi için yönlendirme	Erişilebilir, yüksek kaliteli tedavinin sunulması
Engeller	• Zayıf sağlık okuryazarlığı • Kanser damgası • Birinci basamak sağlık hizmetlerine sınırlı erişim • Düşük ekonomik düzey*	a) Yanlış klinik değerlendirme ve klinik tanıda gecikmeler b) Tanı testleri, patolojik incelemeler ve evreleme açısından değerlendirmeye erişim problemleri c) Hizmetlerin kötü koordinasyonu ve izlem kaybı * Ekonomik yetersizlik	• Finansal, coğrafi ve lojistik engeller • Sosyokültürel engeller
Müdahale önerileri	• İnsanları ve toplumu güçlendirmek ve onlarla etkileşim kurmak • Sağlık okuryazarlığını iyileştirmek ve kanser damgasını azaltmak • Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak	a) İlk temas noktasında hizmet sunucusu kapasitesini iyileştirmek b) Tanı ve patoloji hizmetlerini güçlendirmek c1) Sevk mekanizmaları ve entegre bakımı geliştirmek c2) Destekleyici danışmanlık ve insan merkezli bakım sağlamak * Ekonomik olarak güçlendirmek	□ Finansal, coğrafi, lojistik ve sosyokültürel engelleri azaltarak tedaviye erişimi iyileştirmek

Kaynak: World Health Organization (WHO). *Guide to cancer early diagnosis*. 2017.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1> (10).

* Listeye ayrıca eklenmiştir.



Diğer bir çalışma olarak Walter ve ark. (18) aşağıdaki üç ana faktörün ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadarki tüm süreç boyunca etkili olabileceğini tanımlamışlardır:

a) Hasta ilişkili faktörler:

- cinsiyet, yaş ve yaşanılan yer gibi demografik özellikler
- eşlik eden diğer hastalıklar
- psikolojik durum veya psikolojik bozukluklar
- aile yapısı, eğitim düzeyi, ekonomik durum, yakın çevre desteği gibi sosyal durum
- kültürel özellikler
- geçmiş deneyimler

b) Sağlık hizmetleri sunucusu ve sistem ilişkili faktörler:

- erişim
- sağlık politikası
- sağlık hizmetlerinin sunumu

c) Hastalıkla ilişkili faktörler:

- anatomik bölge
- tümör büyüme hızı

Geleneksel olarak tanı anındaki kanser evresi, prognozda ve tedavi modalitelerinin seçiminde belirleyicidir. Tanıda gecikme (birincil veya ikincil) ve tedaviye başlama süresinin uzaması; sadece meme kanseri gibi daha sık görülen veya taranan kanserler (28–32) için değil non-Hodgkin lenfomalar gibi nadir görülen ve taranmayan kanserler (29,31–35) için de daha erken evrelerde tanı alabilme önünde bir engeldir. Sağkalımın bekleme sürelerinden etkilendiği, uzun bekleme sürelerinin düşük sağkalımla ilişkili olduğu pek çok kez kanıt düzeyi yüksek, farklı ülkelerden ve farklı kanser türleri için yapılan çalışmalar ile ispatlanmıştır (28,29,32,36–39). 1990 yılında Tıp Enstitüsü (*Institute of Medicine, IOM*) tarafından sağlık hizmetlerinde kalite, “bireylere ve toplumlara yönelik sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma derecesi ve mevcut mesleki bilgilerle tutarlılık derecesi” olarak tanımlanmıştır. *IOM*’ye göre kalitenin 6 parçası mevcuttur: güvenlik, zamanlılık, etkililik, verimlilik, hakkaniyet ve hasta odaklılık. Bu bağlamda kanser bakım yolunun hızlandırılması ve iyileştirilmesi sağlık hizmetlerinde kalite için de önem arz etmektedir (40–42).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Planı

Kesitsel türde planlanan, tanımlayıcı olarak sonuçlanan bu çalışmada, Ankara’da son 1 yılda tanı almış ve tedavi görmekte olan, 18 yaş ve üzeri kanser hastalarının kanser bakım yolu süresince karşılaştıkları gecikme ile buna neden olan faktörlerin incelenmesi ve bu sorunun azaltılması için çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın türü: Kesitsel planlanan, tanımlayıcı olarak sonuçlanan, çok merkezli araştırma

Araştırmanın yeri ve zamanı: Araştırma, Ankara’da aktif kanser tedavisi uygulayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kamu ve özel sektörden üçüncü basamak hastanelerin ilgili kliniklerinde 9 Mayıs-16 Haziran 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (EK-1).

Araştırmanın evreni ve örnekleme: Araştırmanın evrenini, Ankara’da onkoloji (jinekoonkoloji ve göğüs hastalıkları kemoterapi üniteleri dahil) ve hematoloji klinikleri bulunan bazı üçüncü basamak hastanelerde son 1 yılda tanı almış ve kanser tedavisi görmüş veya görmekte olan 18 yaşından büyük kanser hastaları oluşturmaktadır. Bu çalışma, 18 yaşından büyük kanser hastalarından çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan gönüllü hastalarla 9 Mayıs-16 Haziran 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü evrenin bilindiği durumdaki bildirilen tedavi gecikme sıklığı üzerinden hesaplanmıştır. Buna göre %95 güven aralığı sınırları içinde, %5 marjin hatada, literatürde bildirilen 462 olgu içinden bildirilen %31,5 tedavi gecikmesi sıklığında ulaşılması gereken minimum örneklem sayısı 194 olgu olarak hesaplanmıştır. Olgu kayıpları olabileceği göz önüne alındığında %10 kadar fazla (toplam 214 kişi) olgu alınması planlanmıştır (EK-2).

Örnekleme yöntemi: Hastanelerin bir yıllık olgu sayıları dikkate alınarak minimum örnek büyüklüğü üzerinden orantısal dağılım yapılmıştır. Verilerin ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi görmekte olan hastalar sistematik rastgele seçilerek yüz yüze anket uygulaması gerçekleştirilerek toplanması planlanmış, ancak çalışma süresi kısıtlılığı nedeniyle sistematik rastgele örnekleme yapılamamış, süreç boyunca uygun olan hastalar dahil edilmiştir.

Sonuçta çalışmaya katılmayı kabul eden hastanelerde kriterleri karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri: Son bir yıl içerisinde kanser tanısı almış 18 yaş ve üzeri , doğuştan Türk vatandaşı olan, halen kemoterapi/immunoterapi tedavisi görmekte olan kadın ve erkek hastalar dahil edilmiştir.

Çalışmadan çıkarılma kriterleri:

- Türk vatandaşı olmamak,
- 18 yaşından küçük olmak,
- 12 aydan uzun süredir tedavi görüyor olmak,
- eş zamanlı başka malign tümöre sahip olmak, daha önce tedavi almış iyileşmiş ve tekrar aynı tür veya farklı tür kanser nedeniyle yeniden tedavi görüyor olmak,
- anket sorularını cevaplayamayacak derecede kognitif fonksiyonlarını yitirmiş veya genel durumu anketi cevaplayamayacak kadar bozuk olmak,
- derecesi fark etmeksizin yoğun bakımda tedavi görüyor olmak, aktif ağır enfeksiyon (pnömoni, ürosepsis, vb.) geçiriyor olmak, □ ve çalışmaya katılmayı kabul etmemek.

Veri toplama araçları: İki ayrı veri toplama aracı geliştirilmiştir. Veriler, son hali 15 kişilik hasta grubuna ön deneme şeklinde uygulanıp yeniden gözden geçirilmiş olan, üç bölümden oluşan bir veri toplama formu (EK-3A) aracılığı ile toplam iki ayda hastalarla yüz yüze görüşme yaparak doldurulmuş anket formu ve tıbbi kayıtlardan elde edilen bilgi formu (EK-3B) aracılığıyla toplanmıştır. Tıbbi kayıtlardan elde edilecek bilgi formu, çalışmaya katılacak merkezlerin tıbbi kayıtlar bilgi sistemi ve/veya fiziki hasta dosyaları üzerinden merkezden/birimden katılacak araştırmacının katkısıyla doldurulmuştur. Veri toplama formu Google Formlar'a aktarılıp görüşme esnasında doldurulmuştur, veri dökümü Google e-Tablolar'dan sonra Microsoft Excel'e aktarıldıktan sonra SPSS 26.0 programına alınıp veri analizleri gerçekleştirilmiştir.

Tarafımdan hastalarla yüz yüze görüşme yaparak içeriği aşağıda tanımlanan ve toplam 50 sorudan oluşan anket toplam üç bölüm şeklinde doldurulmuştur:

1. Sosyodemografik özellikler bölümü: Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, kişinin kimlerle yaşadığı, ikamet edilen yer, eğitim durumu, şimdiye kadar yapılmış iş(ler),

ekonomik durum, sigorta durumu ve özelliğini, vb. inceleyen sorulardan oluşmaktadır. Bu bölüm toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Bu bölüme ait vücut ağırlığı ve vücut boyu özelliklerinden faydalanılarak vücut kitle indeksi, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği şekilde sınıflanmıştır (43).

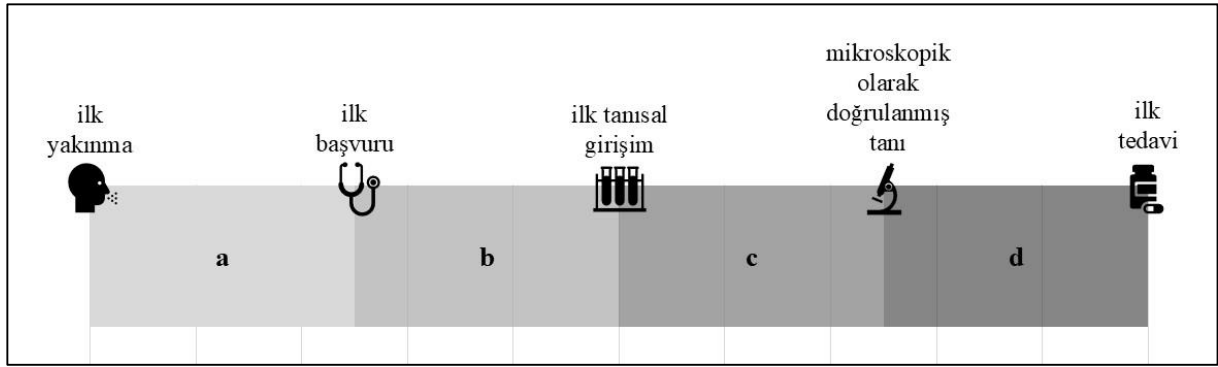
2. Tanıda gecikme ile ilgili sorular bölümü: Tanıya gelene kadar geçen süre ve bunu etkileyebilecek özelliklere ilişkin sorular mevcut literatür bilgisi ışığında hazırlanmış ve 25 sorudan oluşmaktadır.

3. Tedavide gecikme ile ilgili sorular bölümü: Kansere bakım yolundaki geri kalan süreler ve bunlara etki edebilecek faktörleri incelemeyi sağlayan sorular mevcut literatür bilgisi ışığında hazırlanmış ve 7 sorudan oluşmaktadır.

Veri toplama araçlarından diğeri ise hastane tıbbi kayıt sistemleri kullanılarak elde edilmesi planlanan temel bilgilerdir:

Hastanın ana tanısı ve hastalığın tanı kodu, kanser tanısı için başvuru girişimsel yöntem, tanısal raporun çıktığı gün/ay/yıl, bölgeye göre (anatomik-topografik) kanser türü, teşhis alınan kanserin ulusal tarama programında olup olmadığı, kanserin nadir-sık görülme durumu, tanı anındaki kanserin evresi, tedavinin başladığı gün/ay/yıl, ilk sıra tedavinin özelliğini kapsayan soruları içermektedir. Bu bölümde toplam 15 soruya yönelik bilgiler kaydedilmiştir.

Bu çalışma, kohort olarak tasarlanmadığından ve hatırlama biasından kaçınmak amacıyla, tanımlanabilecek beş önemli olay ve bunlar arasındaki dört süre ortaya konmuştur. Beş önemli olay sırasıyla şöyledir: i) ilk yakınmanın ortaya çıkışı, ii) ilk kez bir sağlık kuruluşuna başvurulması, iii) ilk kez yapılan tanısal girişim, iv) mikroskopik olarak tanının doğrulanması ve v) ilk tedavinin alınması. Dört süre ise; a) ilk yakınma ile ilk başvuru arası, b) ilk başvuru ile ilk tanısal girişim arası, c) ilk tanısal girişimden mikroskopik olarak doğrulanmış tanıya kadar geçen süre ve d) tanıdan ilk tedaviye kadar geçen süre Şekil 2'de tanımlanmıştır.



Şekil 2. Araştırmada ilk yakınmadan ilk tedaviye kadar esas alınan önemli olaylar ve dönemler

Süreler hesaplanırken, hastalara önemli olaylar (ilk yakınma, ilk başvuru, ilk tanısal girişim, ilk tedavi tarihleri) sorularak ve tıbbi kayıtlardan faydalanıp karşılaştırılmıştır. Tıbbi kayıt bilgisi hatırlama biasını azaltmak için öncelikli olarak tercih edilmiştir. Süre değerlendirmelerinde gecikme için kesme değerleri olarak aşağıdaki kurallar kabul edilmiştir:

- İlk yakınmadan ilk tedavi başlangıcına kadar geçen süre (a+b+c+d) için 90 gün (44).
- Diğer aralıklar için ayrı ayrı olmak kaydıyla araştırmacı tarafından belirlenen kesme değer: 28 gün (4 hafta).

Ek olarak sağlık kuruluşuna ilk başvurudan tanı alınana kadar geçen süreç (b+c), ve ilk başvurudan ilk tedaviye kadar olan dönem (b+c+d) de ayrıca incelenmiştir. Bu birleşik dönemler sağlık kuruluşlarını değerlendirmede faydalı olabileceği için ek olarak analiz edilmiştir. Bundan sonraki bölümlerde a, b, c ve d ayrı incelenmiş ise tekil dönem, birleştirilerek incelenmiş ise birleşik dönem olarak ifade edilecektir. Literatürdeki farklı tanımlar dolayısıyla dönemler isimlendirilmemiştir. Hesaplara ek olarak, hastalara tanıda gecikme ve tedavide gecikme olup olmadığı subjektif bir değerlendirme olarak sorulmuştur, bunun akabinde algılanan nedenler de sorulmuştur.

Araştırmanın değişkenleri: Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıdaki gibidir:

Bağımsız değişkenler: yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, doğum yeri, en uzun ikamet edilen yer, mevcut ikamet edilen yer, ikamet edilen yerin sağlık kuruluşuna uzaklığı, meslek, iş ve iş geçmişi, sigorta özelliği, sigara tüketim durumu, alkol kullanım durumu, ek hastalıklara sahip olup olmamak, kanser şüphesi ile başvuru alan kuruluşlar

ve özellikleri (basamak, kamu-özel vb.), patolojik kanser tanısı için başvuru alan tanısal yöntem, bölgeye göre (anatomik) ve morfolojisine göre kanser türü, kanserin nadir-sık görülme durumu, tanı anındaki kanserin evresi, ilk sıra tedavinin özelliği.

Bağımlı değişkenler-1: a, b, c, d tekil dönemleri (kategorik; kesme değer: 28 gün = 4 hafta)

Bağımlı değişkenler-2: a+b+c+d, b+c ve b+c+d birleşik dönemleri (kategorik; kesme değerler sırasıyla 90 gün, 56 gün ve 84 gün)

Bağımlı değişkenler-3: a, b, c, d tekil dönemleri (süre-gün)

Bağımlı değişkenler-4: a+b+c+d, b+c ve b+c+d birleşik dönemleri (süre-gün)

Tanı tarihi için kabul edilen standart: Mikroskopik olarak doğrulanmış tıbbi patoloji raporuyla ispatlı tanı tarihleri kaydedilmiştir.

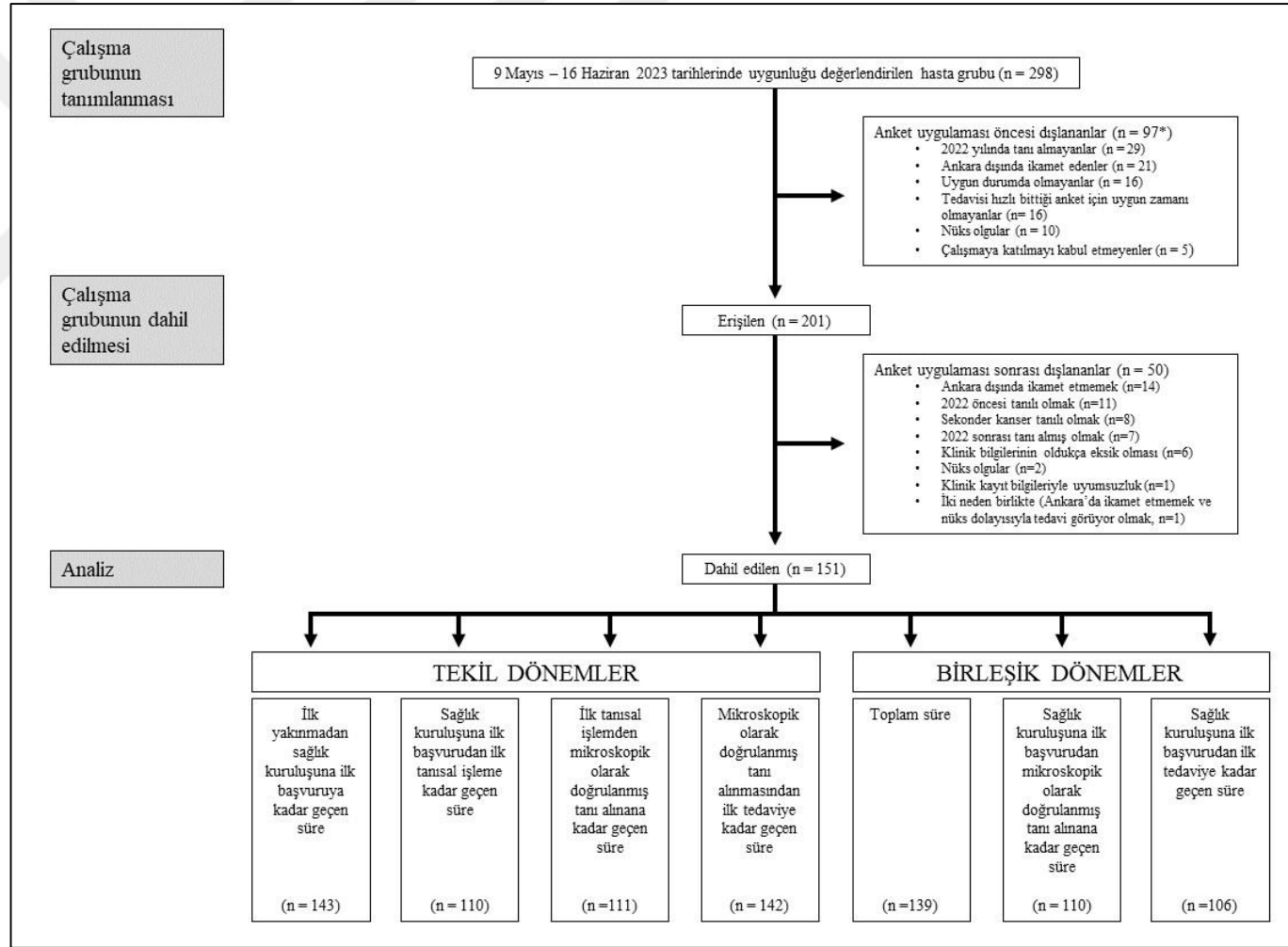
Nadir kanserlerde sınıflama: Nadir kanserler için, Avrupa ekolü epidemiyolojik tanım gereği kesme değer olarak kaba insidans hızını 100.000 kişide 6 olarak kabul etmektedir. Bu sınır değer altında görülen kanserler “nadir kanser” olarak sınıflandırılmıştır. Avrupa Birliği tarafından desteklenmiş *RARECARE* çalışmasında, tüm kanserler gruplanarak, üç hiyerarşik sınıfa ayrılmıştır. İkinci hiyerarşik sınıf için bahsedilen epidemiyolojik kesme değer uygulanarak nadir kanser grupları belirlenmiştir. Tanımlama için topografi ve morfoloji kodları birlikte kullanılmıştır (45,46). Araştırmamızda aynı yöntem tekrarlanarak nadir kanser/sık kanser sınıflaması yapılmış ve buna göre değerlendirmeye katılmıştır.

Araştırma Etiği ve Onayı: Araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ile Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22/03/2023 tarih ve 23/65 sayılı kararı ile onaylanmıştır (EK-4). Kurulun önerisi ile yüz yüze anket uygulaması olduğundan, istemeyen kişilerin anketi doldurmayacağını beyan edebileceğinden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doldurulmamıştır. Ancak hastalara sözlü olarak çalışmanın özellikleri ve amacı ifade edilip, gönüllü olarak katılmayı isteyip istemedikleri, katılmamaları veya yarım bırakmaları durumunda herhangi bir negatif durumla karşılaşmayacakları, istedikleri zaman görüşmeyi sonlandırabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

3.2. Uygulama

Hazırlanan anket formunun ön deneme uygulaması, 29-31 Mart 2023 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Birimi'nde toplam 15 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anket yeniden yapılandırıldıktan sonra son uygulama için hazır hale getirilmiştir.

Anketler, 9 Mayıs-16 Haziran 2023 tarihleri arasında toplam 201 hastaya uygulanmıştır. Anket uygulaması öncesi klinik işlemler sırasında veya erişilebilir klinik kayıtlar aracılığıyla en az 97 hasta bazı nedenlerle dışlanmıştır: 2022 yılında tanı almayanlar ($n = 29$), Ankara dışında ikamet edenler ($n = 21$), uygun durumda olmayanlar ($n = 16$), tedavisi hızlı bittiği anket için uygun zamanı olmayanlar ($n = 16$), nüks olgular ($n = 10$), çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler ($n = 5$). Toplam 50 hasta ise anket yapıldıktan sonra analiz için yapılan temizleme işlemi sonrasında çeşitli gerekçeler dolayısıyla dışlanmıştır. Bu sebepler şu şekilde özetlenebilir; Ankara dışında ikamet etmemek ($n=14$), 2022 öncesi tanıli olmak ($n=11$), sekonder kanser tanıli olmak ($n=8$), 2022 sonrası tanı almış olmak ($n=7$), erişilebilir klinik kayıt bilgilerinin oldukça eksik olması ($n=6$), nüks dolayısıyla tedavi görüyor olmak ($n=2$), klinik kayıt bilgileriyle uyumsuzluk ($n=1$), iki neden birlikte (Ankara'da ikamet etmemek ve nüks dolayısıyla tedavi görüyor olmak, $n=1$). Böylece analizler 151 hastadan oluşan çalışma grubu için analiz edilmiştir. Sonuç olarak en küçük örnek büyüklüğünün ($n=194$), %77,8'ine ($n=151$) ulaşılmıştır, dolayısıyla kayıp oranı da %22,2 olarak kayda geçmiştir. Çalışmanın sunuş şekli STROBE'nin (*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*; Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların raporlanmasının güçlendirilmesi) kesitsel araştırmalar için önerdiği kontrol listesine göre yapılmıştır (47). STROBE'ye göre kesitsel araştırmalar için akış diyagramı bu tez çalışması için Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. STROBE’ye göre çalışmanın akış diyagramı

* Anket uygulaması öncesi dışlananlar daha fazla olabilir. Bu durum klinik kayıtlara erişim, ek klinik uygulamaların fark edilmesi gibi durumlara bağlıdır.



3.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Tanımlayıcı istatistiklerin ifadesinde kategorik değişkenler için sayı (n), yüzde (%); sayısal değişkenler için ise ortalama $\pm$ standart sapma ve/veya ortanca (en yüksek değer – en düşük değer) kullanılmıştır. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Ki-Kare testleri veya *Fisher*'in kesin olasılık testi kullanılmıştır. Nicel verilerinin karşılaştırılmasında normal dağılım analizi yapılmış olup, analizler *Kolmogorov-Smirnov* ve *Shapiro-Wilk* test sonuçları ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizlerde normal dağılıma uygunluk saptanmadığından iki bağımsız grup için *Mann Whitney U* testi, üç veya daha çok bağımsız grup için *Kruskal-Wallis* Varyans Analizi uygulanmıştır. Tanı alma süresi ve tedavi başlanma süresini etkileyen sosyodemografik özelliklerden ve ilişkili diğer faktörlerin hangilerinden etkilendiği ki-kare ve parametrik olmayan testleri takiben, tekil ve birleşik dönemler kategorik (iki grup; örneğin kesme noktası 28 gün olacak şekilde) olarak kabul edilip ikili lojistik regresyon analizleri ve sürekli değişken olarak kabul edilip çok değişkenli regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Ortaya konan modeller; B katsayısı, standart hata, *Wald* test istatistiği, p değeri, %95 Güven Aralığı ile birlikte Odds Oranı verilerek; model uyum istatistikleri ile birlikte sunulmuştur. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Tüm analizler SPSS 26.0 programı ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tez araştırması planlanmasından yayınlanmasına değin Ocak 2022'den Ekim 2024'e kadar sürmüştür. Çalışmanın zaman çizelgesi Tablo 2'de gösterilmiştir.

2. Tez araştırmasının zaman çizelgesi

No	Görev	2022				2023			2024			
		Ocak-Mart	Mart	Nisan-Mayıs	Aralık	Ocak-Şubat	Mart	Mayıs-Haziran	Ocak-Nisan	Mart-Nisan	Mayıs-Eylül	Ekim
1	Literatür taraması											
2	Tez önerisinin belirlenmesi											
3	Anket formlarının hazırlanması											
4	Araştırma önerisi sunumu											
5	Gerekli izinlerin alınması											
6	Ön deneme yapılması											
7	Veri toplanması											
8	Veri temizliği											
9	Verilerin analizi											
10	Rapor yazımı											
11	Araştırmanın sunumu											

4. BULGULAR

Tanımlanan grupta kanser bakım yolunun ilk yakınmanın ortaya çıkmasından ilk tedavi başlanana kadar geçen süreç boyunca karşı karşıya kalınan gecikmeleri ve buna etki eden faktörleri incelemeyi amaçlayan bu araştırmada, bulgular sırasıyla sosyodemografik bulgular, hastalardan elde edilen klinik bilgiler, gecikmeler ve gecikme nedenleri; tekil dönemlerin sosyodemografik, klinik ve diğer özelliklere göre incelenmesi; tekil ve birleşik dönemlerde gecikmeye etki eden faktörlerin incelenmesi başlıklarında sunulmuştur.

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Analizlere dahil edilen toplam 151 hastanın %54,3'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Hastaların anket yapıldığı zaman ortalama yaşı $60,8 \pm 11,3$ olarak hesaplanmıştır; yaş aralığı ise 24,5 ila 87,3 arasındadır, tanı sırasındaki yaş ortalaması $59,9 \pm 11,4$ 'tür (yaş aralığı, 23,2–86,8). Grubun %88,7'si merkez ilçelerde ikamet edenlerden ve eğitim düzeyi ilkokul/ortaokul mezunlarından (%50,6) meydana gelmektedir. Hastaların %79,5'i evlidir. Çocuk sayısı grubun genelinde en çok iki çocuk olarak kayda geçmiştir (%44,4). Hastaların %96,0'ı aile üyeleriyle birlikte yaşamakta, ayrıca %81,5'inin Ankara'da birinci dereceden akrabaları ikamet etmektedir. İş durumu, en sık %55,0 ile emekli olarak bulunurken, onu daha önce iş yaşamı olmamış olanlar %32,5 ile takip etmektedir (Tablo 3A).

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Yaşanılan yer						
Merkez ilçe	73	89,0	61	88,4	134	88,7
Diğer ilçe	7	8,5	4	5,8	11	7,3
Mahalle**	2	2,4	4	5,8	6	4,0
Eğitim düzeyi						
Okuma-yazma yok/Sadece okumayazma biliyorum	15	18,3	2	2,9	17	10,5
İlkokul/Ortaokul	40	48,8	35	50,7	75	50,6
Lise	9	11,0	19	27,5	28	17,3
Ön lisans/Üniversite	14	17,1	9	13,0	23	14,8
Lisansüstü	4	4,9	4	5,8	8	6,8
Medeni durum						
Evli	58	70,7	62	89,9	120	79,5
Dul	12	14,6	4	5,8	16	10,6
Boşanmış	8	9,8	0	0,0	8	5,3
Bekar	4	4,9	3	4,3	7	4,6
Çocuk sayısı						
0	6	7,3	3	4,3	9	6,0
1	33	40,2	29	42,0	62	41,1
2	35	42,7	32	46,4	67	44,4
3 veya daha fazla	8	9,8	5	7,2	13	8,6
Birlikte ikamet edilen kişiler						
Aile ile	78	95,1	67	97,1	145	96,0
Yalnız	4	4,9	2	2,9	6	4,0
Ankara’da ikamet eden akrabalar-yakınlar						

Tablo

Birinci derece akraba	69	84,1	54	78,3	123	81,5
Diğer akrabalar	6	7,3	9	13,0	15	9,9
Yok	7	8,5	6	8,7	13	8,6
İş durumu						
Emekli	18	22,0	65	94,2	83	55,0
Hiç çalışmamış	48	58,5	1	1,4	49	32,5
Aktif çalışan	7	8,5	2	2,9	9	6,0
İşinden kendi isteğiyle ayrılmış	6	7,3	0	0,0	6	4,0
İşsiz	1	1,2	1	1,4	2	1,3
Hastalık öncesi bir süre çalışmış	2	2,4	0	0,0	2	1,3

* Toplamda iki hastanın tanı tarihi verisi eksik olduğu için, ilgili hastaların parametresi hesaplanamamıştır.

** 6360 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesiyle diğer büyükşehirlerde olduğu gibi Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırlarındaki köylerin tüzel kişiliği kaldırılmış, mahalle olmuştur. Tabloda ilgili ifade, bu değişime istinaden "köy" yerine "mahalle" olarak sunulmuştur (48). Kısaltmalar: Ü; en büyük değer, A; en küçük değer.

Sigorta türünün, en çok genel sağlık sigortası (%96,0) mevcut olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma yaşamı olan grup içinde iş sağlığı hizmetlerinden faydalanmış olanlar %13,0 ile grubun azınlığını oluşturmaktadır. Bütçe dengesinde, hastaların %40,4'ü gelirlerinin giderlerinden daha az olduğunu, %39,1'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir (Tablo 3B).

Tablo 3B. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Sigorta durumu*						
Genel sağlık sigortası (GSS)	78	95,1	67	97,1	145	96,0
Yeşil kart	3	3,7	0	0,0	3	2,0
Özel sağlık sigortası	1	1,2	2	2,9	3	2,0
Yok	1	1,2	0	0,0	1	0,7
İş yaşamı geçmişi olanlarda iş yerinde sağlık izlemi veya periyodik muayene						
Yok	24	72,7	61	91,0	85	85,0
Düzenli	7	21,2	6	9,0	13	13,0
İsteğe bağlı	2	6,1	0	0,0	2	2,0
Bütçe dengesi						

Gelir giderden az	39	47,6	22	31,9	61	40,4
Gider gelire eşit	27	32,9	32	46,4	59	39,1
Gelir giderden fazla	16	19,5	15	21,7	31	20,5
Anket yapıldığı andaki yaş, yıl; ortalama $\pm$ SS, ortanca (A – Ü, 25 ve 75.persentil)*	58,6 $\pm$ 12,1; 59,1 (24,5-83,9; 50,5-68,2)		63,4 $\pm$ 9,6; 63,3 (35,9-87,3; 58,3-70,6)		60,8 $\pm$ 11,3; 61,2 (24,5-87,3; 52,4-68,4)	
Tanı anındaki yaş, yıl; ortalama $\pm$ SS, ortanca (A – Ü, 25 ve 75. persentil)	57,6 $\pm$ 12,2 57,7 (23,2-83,3; 49,8-67,1)		62,6 $\pm$ 9,7 62,9 (35,5-86,8; 57,3-70,1)		59,9 $\pm$ 11,4; 60,3 (23,2-86,8; 53,4-69,4)	

* Birden çok seçenek yanıtladığından sütun toplamı %100 değildir.

Kısaltmalar: Ü; en büyük değer, A; en küçük değer.

Hastaların %46,4'ü eski sigara kullanıcısı, %11,9'u aktif kullanıcı olduğunu belirtmiştir. Alkol tüketim öyküsü hastaların %38,4'ü tarafından bildirilmiştir. Hastalık öncesi orta derecede fiziksel aktif olanlar çalışma grubunun %92,7'sini, sağlıklı ve dengeli beslenenler %80,1'ini oluşturmaktadır. Grubun büyük çoğunluğu (%81,3) şişman veya obezdir (Tablo 4).

4. Çalışma grubunun sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Sigara kullanma durumu						
Hiç kullanmamış	54	65,9	9	13,0	63	41,7
Kullanmış bırakmış	21	25,6	49	71,0	70	46,4
Halen kullanıyor	7	8,5	11	15,9	18	11,9
Alkol tüketim durumu						
Hiç kullanmamış	72	87,8	21	30,4	93	61,6
Kullanmış bırakmış	1	1,2	16	23,2	17	11,3
Sosyal içici	8	9,8	25	36,2	33	21,9
Halen kullanıyor	1	1,2	7	10,1	8	5,3
Hastalık öncesi orta derecede düzenli fiziksel aktivite						

Tablo

Evet	76	92,7	64	92,8	140	92,7
Hayır	6	7,3	5	7,2	11	7,3
Sağlıklı ve dengeli beslenme						
Evet	69	84,1	52	75,4	121	80,1
Hayır	13	15,9	17	24,6	30	19,9
VKİ grubu (kayıp veri, n=1)						
Düşük	1	1,2	2	2,9	3	2,0
Normal	11	13,6	14	20,3	25	16,7
Şişman	33	40,7	23	33,3	56	37,3
Obez sınıf 1	19	23,5	23	33,3	42	28,0
Obez sınıf 2	11	13,6	7	10,1	18	12,0
Obez sınıf 3	6	7,4	0	0,0	6	4,0

4.2. Hastalardan Elde Edilen Klinik Bilgiler

Araştırma grubunun %88,1'i çeşitli yakınmalar dolayısıyla doktora başvurarak tanı almıştır. Tüm grubun %25,8'i yakınması ile kanseri ilişkilendirmiştir. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) dahil şikayetleri olan hastaların belirtiler sonrası davranışları şöyle gelişmiştir: hemen doktora başvurmak için girişimde bulunma (%57,4), doktora gitmek istememe (%16,2), yakınlarına danışma (%14,0), yakınmasını gidermek için bitkisel ürün deneme (%13,2), yakınmasını gidermek için ilaç deneme (%5,9), korku hissi duyma (%5,1), belirti kendiliğinden geçsin diye bekleme (%2,9), konduramama (%2,9), internetten araştırma (%2,2), önemsememe (%1,5) ve diğer (%5,9). “Diğer” grubu oluşturan yanıtlar şöyledir: egzersiz deneme (%1,5), sigara ve alkolü bırakma (%0,7), bol su tüketmek (%0,7), dinlenmek (%0,7), yemek porsiyonlarını azaltmak (%0,7), hacamat yaptırmak (%0,7), Ramazan ayı geçsin diye beklemek (%0,7), bayram geçsin diye beklemek (%0,7) (Tablo 5A).

Tablo 5A. Çalışma grubunun ilk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Evden sağlık kuruluşuna erişim yolu						

Kendisinin veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle	60	73,2	55	79,7	115	76,2
Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	22	26,8	14	20,3	36	23,8
Evden sağlık kuruluşuna erişene kadar kullanılan taşıt sayısı*						
1 adet	74	92,5	59	86,8	133	89,9
2 adet	6	7,5	9	13,2	15	10,1
Teşhise giden yolda harekete geçiren neden						
Tıbbi şikayetin varlığı	67	81,7	66	95,7	133	88,1
Tesadüfen	6	7,3	3	4,3	9	6,0
Kurumda takip altında veya tarama programında takip edilirken klinik şüphenin varlığı	5	6,1	0	0,0	5	3,3
Düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaparken malignite şüphesi tespiti	3	3,7	0	0,0	3	2,0
Genel sağlık taraması (check-up)	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Yakınma ile kanseri ilişkilendirme						
Hayır	54	65,9	53	76,8	107	70,9
Evet	26	31,7	13	18,8	39	25,8
Emin değilim	2	2,4	3	4,3	5	3,3
Tesadüfen veya check-up veya tarama programı altındayken tanı alanlar dışında yakınma sonrası eylemler**						
Hemen doktora başvuru	39	55,7	39	59,1	78	57,4
Doktora gitmek istememek	9	12,9	13	19,7	22	16,2
Yakınlarına danışma	11	15,7	8	12,1	19	14,0
Şikayetlerini gidermek için bitkisel ürünler deneme	9	12,9	9	13,6	18	13,2
Şikayetlerini gidermek için ilaç deneme	4	5,7	4	6,1	8	5,9
Korku duymak	5	7,1	2	3,0	7	5,1
Kendi kendine geçsin diye beklemek	2	2,9	2	3,0	4	2,9
Konduramamak	2	2,9	2	3,0	4	2,9
İnternette araştırma	2	2,9	1	1,5	3	2,2
Önemsememek	1	1,4	1	1,5	2	1,5

Tablo

Diğer	4	5,7	4	6,1	8	5,9
-------	---	-----	---	-----	---	-----

* Sadece yürüyerek erişenler (n=3) dışarıda bırakılarak sunulmuştur.

** Birden çok seçenek yanıtladığından sütun toplamı %100 olmayabilir.

*** Yüzde hesabında yanıt vermeyenler çıkarılmıştır.



Grupta, doktor randevusunun büyük çoğunluğu hastaların kendisi tarafından alınmıştır (%42,4), diğer hastaların randevularını çocukları (%37,1), diğer yakınları (%15,9) ve eşleri (%4,6) oluşturmuştur. Tanı ve tedavi sürecinde hastaların %84,1'i ve %10,6'sı sırasıyla "her zaman" ve "bazen" refakatçilerinin mevcut olduğunu belirtmiştir. Hastaların ilk başvuru yeri %49,0'ı kamudaki üçüncü basamak hastaneleri olmuştur, bunu %18,5 ile özel muayenehaneler ve özel sağlık kuruluşları takip etmiştir. İlk başvuruların %15,2'si devlet hastanelerine, %8,6'sı aile sağlık merkezlerine gerçekleşmiştir (Tablo 5B).

İlk klinik şüphe oluşuktan sonra hastaların randevu elde etmek için davranışları sırasıyla şöyle gerçekleşmiştir: telefon üzerinden randevu oluşturma (%32,4), tanıdıkları aracılığıyla randevusunu erkene çekme (%26,2), internetten randevu oluşturma (%19,3), doğrudan acil servise başvuru (%11,0), sabah erkenden kuyruğa girme (%7,6), yakınlarına danışma (%3,4). İlk yakınmanın ortaya çıkışından ilk sağlık kuruluşuna başvuruya kadar geçen ortalama süre 14 (0-3287) gündür (Tablo 5B).

Tablo 5B. Çalışma grubunun ilk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Belirtiler sonrası belirtiyi gidermek için kendi kendine yapılan diğer eylemler***						
Egzersiz deneme	1	1,4	1	1,5	2	1,5
Sigara-alkolün bırakılması	1	1,4	0	0,0	1	0,7
İdrar rengi açılın diye bol su tüketmek	1	1,4	0	0,0	1	0,7
Dinlenmek	0	0,0	1	1,5	1	0,7
Yemek porsiyonlarını azaltmak	0	0,0	1	1,5	1	0,7
Hacamat yaptırmak	0	0,0	1	1,5	1	0,7
Ramazan ayı bitsin diye beklemek	1	1,4	0	0,0	1	0,7
Bayram geçsin diye beklemek	1	1,4	0	0,0	1	0,7
Evden hastaneye erişim süresi [dakika, ortalama $\pm$ SS; ortanca (AÜ)]	34,7 $\pm$ 28,1; 30 (5-150)		36,1 $\pm$ 30,2; 25 (5-180)		35,3 $\pm$ 29,0; 30 (5-180)	
İlk yakınmanın ortaya çıkışından ilk sağlık kuruluşuna başvuruya kadar geçen süre [gün, ortalama $\pm$ SS; ortanca (A-Ü)], (kayıp veri, n=8)	166,4 $\pm$ 488,9; 15 (0-3287)		96,6 $\pm$ 202,5; 9 (0-1096)		111,5 $\pm$ 284,2; 14 (0-3287)	

*** Yüzde hesabında yanıt vermeyenler çıkarılmıştır.

Çalışma grubunun %33,1'i eğitim-araştırma hastanelerinde (%33,1) tanı almıştır. Bunu sırasıyla %28,5 ile şehir hastaneleri, %22,6 ile yarı yarıya olmak kaydıyla onkoloji dal hastanesi ve özel hastaneler, %7,9 ile kamu üniversitesi hastaneleri, %7,3 ile vakıf üniversitesi hastaneleri ve %0,7 ile devlet hastanesi takip etmiştir. Hastaların %41,1'i tanıyı ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarında almıştır, %38,4'ü toplamda iki sağlık kuruluşu, %13,2'si üç sağlık kuruluşu, %7,3'ü dört veya daha fazla sağlık kuruluşuna başvuru sonucunda tanıya ulaşmıştır (Tablo 6A).

Tablo 6A. Çalışma grubunun sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Belirtiler nedeniyle ilk başvurulanan sağlık kuruluşu						
Kamuya ait üçüncü basamak hastane	40	48,8	34	49,3	74	49,0
Özel muayenehane-özel sağlık kuruluşu	15	18,3	13	18,8	28	18,5
Devlet hastanesi	14	17,1	9	13,0	23	15,2
Aile hekimi	5	6,1	8	11,6	13	8,6
Vakıf üniversitesi hastanesi	5	6,1	4	5,8	9	6,0
KETEM	3	3,7	0	0,0	3	2,0
Diş hekimi	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Tanı için sağlık kuruluşuna başvururken yapılan eylem*						
Tanıdıkları aracılığıyla randevusunu erkene çekme	23	29,5	15	22,4	38	26,2
Sabah erkenden kuyruğa girme	4	5,1	7	10,4	11	7,6
Yakınlarına sorma	1	1,3	4	6,0	5	3,4
İnternette randevu oluşturma	16	20,5	12	17,9	28	19,3
Telefon üzerinden randevu oluşturma	28	35,9	19	28,4	47	32,4
Doğrudan acil servisi başvuru	6	7,7	10	14,9	16	11,0
Tanı alınan sağlık kuruluşu						
Eğitim ve araştırma hastanesi	21	25,6	29	42,0	50	33,1
Şehir hastanesi	24	29,3	19	27,5	43	28,5
Onkoloji dal hastanesi	15	18,3	2	2,9	17	11,3
Özel hastane	8	9,8	9	13,0	17	11,3
Kamu üniversitesi hastanesi	6	7,3	6	8,7	12	7,9
Vakıf üniversitesi hastanesi	8	9,8	3	4,3	11	7,3
Devlet hastanesi	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Tanı alana kadar başvurulanan sağlık kuruluşu sayısı						
Sadece 1	34	41,5	28	40,6	62	41,1
2	36	43,9	22	31,9	58	38,4
3	6	7,3	14	20,3	20	13,2
4 veya üzeri	6	7,3	5	7,2	11	7,3

* Yüzde hesabında yanıt vermeyenler çıkarılmıştır.

Birden fazla sağlık kuruluşuna tanı almak için başvurular arasında en çok başvurulardan üçü sırasıyla devlet hastanesi (%16,6), özel hastane (%15,9) ile eğitim ve araştırma hastanesidir (%11,3) (Tablo 6B).

Tablo 6B. Çalışma grubunun sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Tanı almak için başvurulanan diğer sağlık kuruluşları*						
Devlet hastanesi	15	18,3	10	14,5	25	16,6
Özel hastane	15	18,3	9	13,0	24	15,9
Eğitim ve araştırma hastanesi	8	9,8	9	13,0	17	11,3
Kamu üniversitesi	8	9,8	6	8,7	14	9,3
Şehir hastanesi	3	3,7	10	14,5	13	8,6
Aile hekimi	4	4,9	7	10,1	11	7,3
KETEM	4	4,9	0	0,0	4	2,6
Özel muayenehane-	1	1,2	2	2,9	3	2,0
Onkoloji dal hastanesi	2	2,4	1	1,4	3	2,0
Vakıf üniversitesi hastanesi	0	0,0	3	4,3	3	2,0
Özel görüntüleme merkezi	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Tanısal işlem hakkında bilgi verilme durumu						
Evet, yeterli	61	74,4	50	72,5	111	73,5
Evet, ama yetersiz	3	3,7	5	7,2	8	5,3
Hayır	16	19,5	14	20,3	30	19,9
Hatırlamıyor	2	2,4	0	0,0	2	1,3
Tanısal işleme yaklaşım						
Kabul etmek	81	98,8	67	97,1	148	98,0
Başka bir hekime başvurmak	0	0,0	2	2,9	2	1,3
Korkup ertelemek	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Tanısal işlem yapan doktor(lar)a güven						
Çok güvendim	79	96,3	66	95,7	145	96,0
Emin olmadım	3	3,7	2	2,9	5	3,3
Hiç güvenmedim	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Doku örneklemesine yönelik tanısal işlem sayısı						
1 kez	69	84,1	55	79,7	124	82,1
2 kez	12	14,6	12	17,4	24	15,9
3 veya daha fazla	1	1,2	2	2,9	3	2,0
Tanısal işlemin yetersizliği nedeniyle başka hastaneye yönlendirilme						
Evet	3	3,7	4	5,8	7	4,6
Hatırlamıyorum	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Hayır	79	96,3	64	92,8	143	94,7
Ek tanısal tetkikler için başka bir hastaneye yönlendirilme						

Evet	4	4,9	3	4,3	7	4,6
Hayır	78	95,1	66	95,7	144	95,4
İlk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tanısal işleme kadar geçen süre [gün, ortalama $\pm$ SS; ortanca (A-Ü)], (kayıp veri, n=41)	159,5 $\pm$ 504,4; 29 (0–3462)		56,5 $\pm$ 69,9; 32 (0–325)		110,8 $\pm$ 371,5; 31 (0–3462)	

* Yüzde hesabında yanıt vermeyenler çıkarılmıştır.

Hastaların %73,5'i tanısal işlem hakkında doktorundan yeterince bilgi almıştır. Hastaların %98,0'ı doktorları tarafından tavsiye edilen tanısal işlemi kabul edip yaptırdığını, iki hasta başka bir hekimden randevu aldıklarını, bir hasta ise korkup işlemi ertelemiştir. Tanısal işlemi yapan doktor ve ekibine güven %95,7'tir. Hastaların %96,0'ı tanısal işlemi yapan doktorlarına çok güvendiğini belirtmiştir. Tanısal işlem sayısı genel olarak tek (%82,1) olmakla birlikte, hastaların %15,9'u iki işlem sonunda, üç hasta (%2,0) üç veya daha fazla işlem sonunda tanı alabilmiştir. Tanısal işlemlerin yetersizliği nedeniyle toplam 7 hasta (%4,6), başka bir hekime yönlendirilmiş, bunlardan 5'i yönlendirilen hekimin farklı bir sağlık kuruluşunda olduğunu ifade etmiştir. İlk tanısal girişimden tanıya kadar geçen ortalama süre 13 gündür (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışma grubunun ilk tanısal işlem yapılandıran mikroskopik olarak doğrulanmış tanı konulana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Tanısal işlem hakkında bilgi verilme durumu						
Evet, yeterli	61	74,4	50	72,5	111	73,5
Evet, ama yetersiz	3	3,7	5	7,2	8	5,3
Hayır	16	19,5	14	20,3	30	19,9
Hatırlamıyor	2	2,4	0	0,0	2	1,3
Tanısal işleme yaklaşım						
Kabul etmek	81	98,8	67	97,1	148	98,0
Başka bir hekime başvurmak	0	0,0	2	2,9	2	1,3
Korkup ertelemek	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Tanısal işlem yapan doktor(lar)a güven						
Çok güvendim	79	96,3	66	95,7	145	96,0
Emin olmadım	3	3,7	2	2,9	5	3,3
Hiç güvenmedim	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Doku örneklemesine yönelik tanısal işlem sayısı						
1 kez	69	84,1	55	79,7	124	82,1
2 kez	12	14,6	12	17,4	24	15,9
3 veya daha fazla	1	1,2	2	2,9	3	2,0
Tanısal işlemin yetersizliği nedeniyle başka hastaneye yönlendirilme						

Evet	3	3,7	4	5,8	7	4,6
Hatırlamıyorum	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Hayır	79	96,3	64	92,8	143	94,7
Ek tanısal tetkikler için başka bir hastaneye yönlendirilme						
Evet	4	4,9	3	4,3	7	4,6
Hayır	78	95,1	66	95,7	144	95,4
İlk tanısal girişimden tanıya kadar geçen süre [gün, ortalama ± SS; ortanca (A-Ü)], (kayıp veri, n=40)	16,2 ± 14,0 ; 12 (1–65)		17,9 ± 21,8; 14 (3–148)		17,0 ± 18,1; 13 (1–148)	

Hastaların %65,6'sı doktorun hastalıklarıyla ilgili yeterince bilgi verdiğini belirtmiştir.

Çalışma grubunun çoğunda (%58,9) ek hastalık bulunmaktadır. Ek hastalığı var olanların %41,6'sı düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini belirtmiştir. Yine ek hastalığı bulunanlar içinde ek hastalığı nedeniyle bir kişi ilk tedavisinin geciktirildiğini belirtmiştir. Hastaların tedavinin önemi, yan etkileri, işlemler ve süreç hakkında bilgi alma konusunda “evet, yeterli” yanıtları sırasıyla %68,2, %66,9 ve %67,5 olarak belirtilmiştir (Tablo 8A).

Tablo 8A. Çalışma grubunun mikroskobik olarak doğrulanmış tanı konulandan ilk tedaviye başlanana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Hastalıkla ilgili bilgi verilme durumu						
Evet, yeterli	48	58,5	51	73,9	99	65,6
Evet, ama yetersiz	17	20,7	12	17,4	29	19,2
Hayır	17	20,7	6	8,7	23	15,2
Ek hastalık						
Var	52	63,4	37	53,6	89	58,9
Yok	30	36,6	32	46,4	62	41,1
Ek hastalık nedeniyle düzenli doktor kontrolü*						
Evet, her zaman	23	44,2	14	37,8	37	41,6
Evet, bazen	7	13,5	4	10,8	11	12,4
Nadiren	13	25,0	7	18,9	20	22,5
Hayır	9	17,3	12	32,4	21	23,6
Ek hastalık nedeniyle kanser tedavisinde gecikme*						
Evet	1	1,9	0	0,0	1	1,1
Emin değilim	1	1,9	0	0,0	1	1,1
Hayır	49	96,2	37	100,0	87	97,8
Tedavi ile ilişkili bilgilendirilme						
Tedavinin önemi						
Evet, yeterli	51	62,2	52	75,4	103	68,2

Hayır, yetersiz / emin değilim	31	37,8	17	24,6	48	31,8
Tedavinin yan etkileri						
Evet, yeterli	53	64,6	48	69,6	101	66,9
Hayır, yetersiz / emin değilim	29	35,4	21	30,4	50	33,1
Tedavi işlemleri ve süreç						
Evet, yeterli	52	63,4	50	72,5	102	67,5
Hayır, yetersiz / emin değilim	30	36,6	19	27,5	49	32,5

* Yüzdelere sadece “ek hastalığı bulunanlar” için sunulmuştur.

İlk tedavi alınan hastaneler sıklık sırasına göre şöyledir: eğitim ve araştırma hastanesi (%30,5), şehir hastanesi (%26,5), dal hastanesi (%15,2), kamu üniversitesi hastanesi (%12,6), özel hastane (%7,9), vakıf üniversitesi hastanesi (%6,6) ve devlet hastanesi (%0,7). Eczaneden veya aktardan doktor tavsiyesi dışında ilaç, takviye veya bitkisel ürün kullanım sıklığı %9,9 (n=15) olarak bulunmuştur, bunların ikisi kadın biri erkek olmak üzere üçü multivitamin kullanmış olduğunu beyan etmiştir. Patolojik tanıdan ilk tedaviye kadar geçen ortalama süre 12,5 gün, ilk yakınmadan ilk tedaviye kadar geçen toplam ortalama süre 135 gündür (Tablo 8B).

Tablo 8B. Çalışma grubunun mikroskopik olarak doğrulanmış tanı konulandan ilk tedaviye başlanana kadar geçen döneme ait özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
İlk tedavi alınan sağlık kuruluşu						
Devlet hastanesi	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Özel hastane	2	2,4	10	14,5	12	7,9
Eğitim ve araştırma hastanesi	20	24,4	26	37,7	46	30,5
Şehir hastanesi	23	28,0	17	24,6	40	26,5
Kamu üniversitesi hastanesi	10	12,2	9	13,0	19	12,6
Dal hastanesi	19	23,1	4	5,7	23	15,2
Vakıf üniversitesi hastanesi	8	9,8	2	2,9	10	6,6
Eczaneden veya aktardan doktor tavsiyesi dışında ilaç veya bitkisel ürün kullanımı						
Evet	9	11,0	6	8,7	15	9,9
Hayır	73	89,0	63	91,3	136	90,1
Patolojik tanıdan ilk tedaviye kadar geçen süre [gün, ortalama ± SS; ortanca (A-Ü)], (kayıp veri; n=9)	25,7 ± 48,4; 11,5 (-46*-273)		16,6 ± 23,3; 13,5 (-34*-115)		21,6 ± 39,3; 12,5 (-46*-273)	
İlk yakınmadan ilk tedaviye kadar geçen toplam süre [gün, ortalama ± SS; ortanca (A-Ü)], (kayıp veri; n=12)	346,2 ± 630,2; 142 (12-3463)		230,4 ± 293,2; 123 (1-1485)		292,9 ± 505,6; 135 (1-3463)	

* Bazı hastalarda ilk tanısal işlem aynı zamanda tedavi amaçlı (cerrahi operasyon) yapıldığı için bu veri için “negatif” değerler mevcuttur.

4.3. Gecikmeler ve Gecikme Nedenleri

Çalışma grubunun %63,6'sı tanıda gecikme olduğunu, %35,8'i tanıda gecikme olmadığını beyan etmiştir. Tanıda gecikme nedenleri: belirtileri bilmemek (%38,1), hastalığın araştırılması ve uzmana yönlendirilmenin uzun sürmesi (%36,1), tanısal işlemlerin uzun sürmesi (%12,4), kendi kendine bir şeyler denediği için (%11,3), randevu bulamamak (%3,1), belirti ortaya çıktıktan sonra ilk başvuruya kendi isteğiyle geç gitme (%4,1), antibiyotik reçete etme vb. dolayısıyla doktor nedenli (%8,2), diğer (%17,5) şeklindedir (Tablo 9).

Diğer nedenler ise birleşik yanıtlarla birlikte şöyledir: aile öyküsünden dolayı çekinmek (n=1), COVID-19 pandemisi dolayısıyla takiplerini aksatmak (n=1), takip altında olup ancak belli bir süre sonra takiplerine gitmemek (n=2), önemsememek (n=2), doktora gitmek istememek (n=1), kayıpları olduğu için doktor randevusunu ertelemek (n=1), konduramamak (n=2), sürekli doktora gitmeyi ertelemek (n=1), Ramazan ayı geçsin diye beklemek (n=1), test sonucunu elde edemeyip araştırınca kaybolduğunu öğrenmek (n=1), torununa bakım verdiğinden kendiyle ilgilenememek (n=1), mastektomiden korkmak (n=1), oğlunun evlilik hazırlığı süreci nedeniyle doktora gitmeyi ertelemek (n=1). Gecikme bildirenler içinde, biyopsi dışında diğer tanısal işlemlerde gecikme %13,4 olarak bildirilmiştir (Tablo 9).

Gecikme olduğu bildirilen işlemler birden fazla yanıt mümkün olmak kaydıyla şöyledir: pozitron emisyon tomografisi (PET) için randevu sırası (n=5), kolonoskopi randevusu (n=3), beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) için randevu sırası (n=2), ameliyat sırası (n=2), mamografi sırası (n=1), tomografi çekimleri (n=1). Toplam dört hasta (iki erkek ve iki kadın), ek tanısal testler nedeniyle başka hastaneye yönlendirilmiş, tamamı yönlendirmenin likit biyopsi imkanının olduğu bir kamu üniversitesi hastanesine olduğunu belirtmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışma grubunun tanıda gecikme durumu ve belirtilen gecikme nedenleri dağılımı, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Tanıda algılanan gecikme varlığı						

Evet	51	62,2	45	65,2	96	63,6
Emin değilim	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Hayır	30	36,6	24	34,8	54	35,8
Algılanan gecikme nedenleri*,**						
Belirtiyi anlayamadım/belirtim yoktu	7	13,5	11	24,4	18	18,6
Belirtileri bilmiyordum	20	38,5	17	37,8	37	38,1
Kendi kendime bir şeyler yaptım	5	9,6	6	13,3	11	11,3
Belirti ortaya çıktıktan sonra ilk sağlık kuruluşuna geç başvurdum	2	3,8	2	4,4	4	4,1
Hastalığın araştırılması ve uzmana yönlendirilme sürecinin uzun sürmesi	18	34,6	17	37,8	36	36,1
Tanısal işlemlerin uzun sürmesi	6	11,5	6	13,3	12	12,4
Randevu bulamadım	1	1,9	2	4,4	3	3,1
Doktor nedenli gecikme	5	9,6	3	6,7	8	8,2
Diğer	12	23,1	5	11,1	17	17,5
Biyopsi dışında diğer tanısal işlemler nedeniyle gecikme**	8	15,4	5	11,1	13	13,4

* Birden çok seçeneğin yanıtlanması mümkün kılınmıştır.

** Yüzdelere sadece gecikme olduğunu belirten hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışma grubunun %14,6'sı tedavide gecikme yaşadıklarını belirtmiştir. Gecikme nedenleri şöyle belirtilmiştir: korku duymak (%19,2), tanı sonrası diğer tetkiklerin uzun süre alması (%19,2), sıra gelmesini bekleme (%11,5), kanserin tanı anındaki komplikasyonunun tedavi sürecinden dolayı zorunlu erteleme (%7,7), uzman hekim bulmada zorluk çekme (%7,7), yurt dışı test sonucunun uzun sürmesi (7,7), ek hastalığın komplikasyonu nedeniyle tedaviye bir süre başlanamaması (%3,8), uçuk varlığı nedeniyle erteleme (%3,8), bitkisel ürün deneme (%3,8), inanmama (%3,8), eşi vefat etmiş ve bu nedenle tedaviye başlanamamış (%3,8), tedavi için geç yönlendirilme (%3,8), klinik çalışmaya katılım nedeniyle gecikme (%3,8) (Tablo 10).

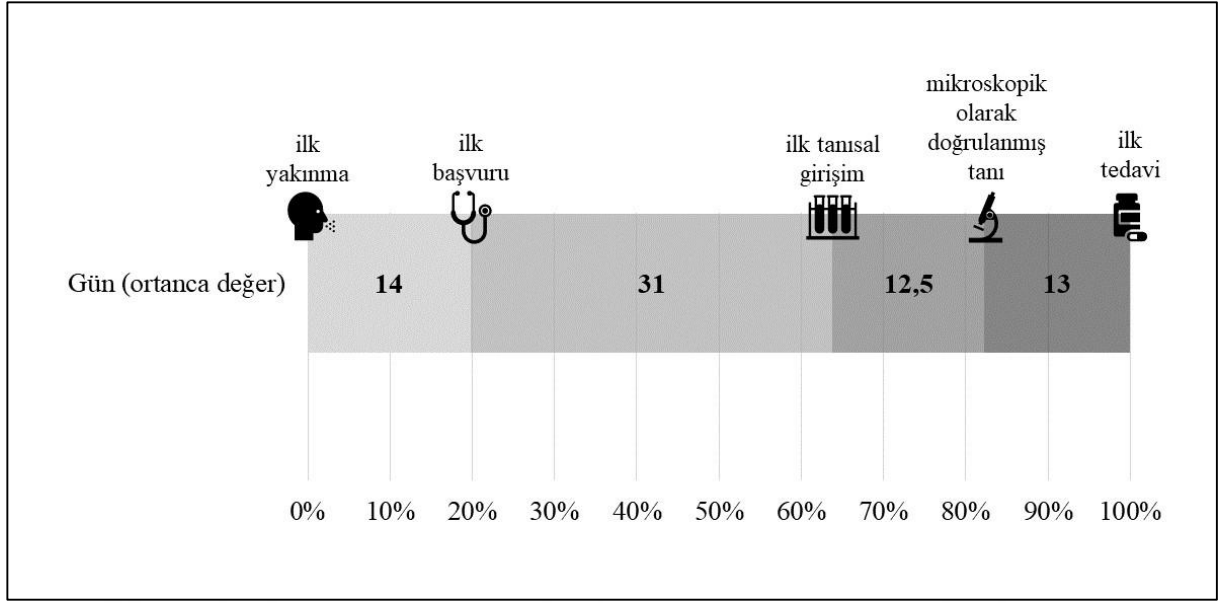
Tablo 10. Çalışma grubunun tedavide gecikme durumu ve belirtilen gecikme nedenleri dağılımı, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Tedavide algılanan gecikme varlığı						

Evet	16	19,5	6	8,7	22	14,6
Hayır	66	80,5	63	91,3	129	85,4
Algılanan gecikme nedenleri*,**						
Korku duymak	4	25,0	1	16,7	5	19,2
Tanı sonrası diğer tetkiklerin uzun süre alması	4	25,0	1	16,7	5	19,2
Sıra gelmesini bekleme	2	12,5	1	16,7	3	11,5
Kanserin tanı anındaki komplikasyonunun tedavi sürecinden dolayı zorunlu erteleme	1	6,3	1	16,7	2	7,7
Uzman hekim bulmada zorluk çekme	1	6,3	1	16,7	2	7,7
Yurt dışı test sonucunun uzun sürmesi	1	6,3	1	16,7	2	7,7
Ek hastalığın komplikasyonu nedeniyle tedaviye bir süre başlanamaması	1	6,3	0	0,0	1	3,8
Uçuk varlığı nedeniyle erteleme	1	6,3	0	0,0	1	3,8
Bitkisel ürün deneme	1	6,3	0	0,0	1	3,8
İnanmama	1	6,3	0	0,0	1	3,8
Eşi vefat etmiş, bu nedenle tedaviye başlamamış	1	6,3	0	0,0	1	3,8
Tedavi için geç yönlendirilme	0	0,0	1	16,7	1	3,8
Klinik çalışmaya katılım nedeniyle gecikme	0	0,0	1	16,7	1	3,8

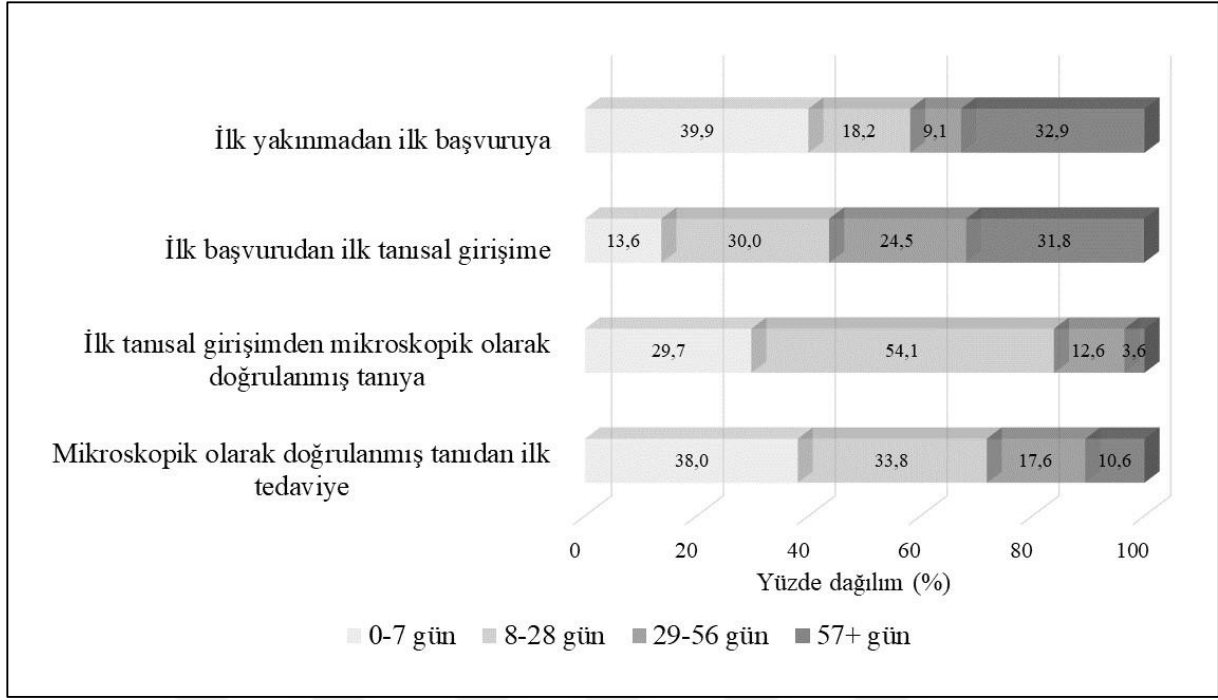
* Birden çok seçeneğin yanıtlanması mümkün kılınmıştır. **

Sadece “tedavide gecikme olanların” yüzdeleri hesaplanmıştır.



Şekil 4. İlk yakınmadan ilk tedaviye kadar önemli olaylara göre ortalama süreler (gün) ve yüzde dağılımlar

Şekil 4'te dört tekil döneme ait ortalama süreler gün olarak gösterilmiştir. Buna göre; ilk yakınmadan ilk kez sağlık kuruluşuna yapılan başvuruya kadar geçen ortalama süre 14 gündür. İlk kez sağlık kuruluşuna yapılan başvurudan ilk tanısal işleme kadar geçen ortalama süre 31 gündür. İlk tanısal işlemden mikroskopik olarak doğrulanmış tanının elde edilmesine kadar geçen ortalama süre 12,5 gündür. Mikroskopik tanının konulmasından ilk tedavi başlangıcına kadar geçen ortalama süre 13 gün olarak bulunmuştur. Tüm süreç içinde bu dört dönemin yüzde dağılımları ise sırasıyla %19,9, %44,0, %17,7 ve %18,4 olarak bulunmuştur.



Şekil 5. Dört tekil dönemin aldığı sürelerin dağılımı

Şekil 5’te tanımlanmış dört dönemin sırasıyla “0-7 gün”, “8-28 gün”, “29-56 gün” ve “57+ gün” olarak gruplanmış ve buna göre dağılımı gösterilmiştir. İlk yakınmadan ilk kez sağlık kuruluşuna yapılan başvuruya kadar geçen sürenin yüzde dağılımı %39,9 (0-7 gün), %18,2 (8-28 gün), %9,1 (28-56 gün) ve %32,9 (57+ gün) olarak bulunmuştur. İlk kez sağlık kuruluşuna yapılan başvurudan ilk tanısal işleme kadar geçen sürenin yüzde dağılımı %13,6 (07 gün), %30,0 (8-28 gün), %24,5 (28-56 gün) ve %31,8 (57+ gün) olarak bulunmuştur. İlk tanısal işleminden mikroskopik olarak doğrulanmış tanının elde edilmesine kadar geçen sürenin yüzde dağılımı %29,7 (0-7 gün), %54,1 (8-28 gün), %12,6 (28-56 gün) ve %3,6 (57+ gün) şeklindedir. Mikroskopik tanının konulmasından ilk tedavi başlangıcına kadar geçen sürenin yüzde dağılımı %38,0 (0-7 gün), %33,8 (8-28 gün), %17,6 (28-56 gün) ve %10,6 (57+ gün) olarak hesaplanmıştır.

4.4. Klinik Kayıtlara Göre Hasta Özellikleri

En sık görülen ilk 5 malignitenin topografileri sırasıyla şöyledir: akciğer (%23,2), meme (%22,5), kolon (%11,9), rektum (%7,9), over (%6,6), mide (%6,6). Kadınlarda en sık görülen ilk 5 malignite sırasıyla meme (%40,2), over (%12,2), akciğer (%8,5), kolon (%7,3) ve rektum (%6,1) olarak kaydedilmiştir. Erkeklerde ise akciğer %40,6 ile ilk sırada yer alırken, onu %17,4 ile kolon, %10,1 ile rektum, %8,7 ile mide, %4,3 ile mesane ve deri melanomu takip etmiştir (Tablo 11A).

Tablo 11A. Çalışma grubunun tanı ve tedavi özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet				Toplam (n=151)	
	Kadın (n=82)		Erkek (n=69)			
	n	%	n	%	n	%
Topografi						
Akciğer	7	8,5	28	40,6	35	23,2
Meme	33	40,2	1	1,4	34	22,5
Kolon	6	7,3	12	17,4	18	11,9
Rektum	5	6,1	7	10,1	12	7,9
Over	10	12,2	-	-	10	6,6
Mide	4	4,9	6	8,7	10	6,6
Pankreas	3	3,7	2	2,9	5	3,3
Kemik iliği	3	3,7	1	1,4	4	2,6
Safra yolları	3	3,7	1	1,4	4	2,6
Deri melanomu	1	1,2	3	4,3	4	2,6
Plevra	1	1,2	2	2,9	3	2,0
Mesane	0	0,0	3	4,3	3	2,0
Periton	2	2,4	0	0,0	2	1,3
Böbrek	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Beyin	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Endometrium	1	1,2	-	-	1	0,7

Appendix	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Jejenum	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Larinks	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Perikard	0	0,0	1	1,4	1	0,7

En sık görülen ilk 5 morfoloji sırasıyla adenokarsinom (%31,8), skuamöz hücreli karsinom (%7,3), karsinom (%6,6), duktal karsinom (%6,6) ve seröz karsinomdur (%5,3) (Tablo 11B).

Tablo 11B. Çalışma grubunun tanı ve tedavi özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet		Toplam (n=151)
	Kadın (n=82)	Erkek (n=69)	
Morfoloji			
Adenokarsinom	18 (22,0)	30 (43,5)	48 (31,8)
Skuamöz hücreli karsinom	0 (0,0)	11 (15,9)	11 (7,3)
Karsinom	9 (11,0)	1 (1,4)	10 (6,6)
Duktal karsinom	10 (12,2)	0 (0,0)	10 (6,6)
Seröz karsinom	8 (9,8)	0 (0,0)	8 (5,3)
Küçük hücreli karsinom	1 (1,2)	4 (5,8)	5 (3,3)
Malign melanom	1 (1,2)	3 (4,3)	4 (2,6)
Malign mezotelyoma	1 (1,2)	3 (4,3)	4 (2,6)
İnvaziv lobuler karsinom	3 (3,7)	0 (0,0)	3 (2,0)
Kolanjiosellüler karsinom	3 (3,7)	0 (0,0)	3 (2,0)
Multiple myelom	2 (2,4)	1 (1,4)	3 (2,0)
Küçük hücreli dışı karsinom	1 (1,2)	2 (2,9)	3 (2,0)
Endometrioid karsinom	2 (2,4)	-	2 (1,3)
Ürotelyal karsinom	0 (0,0)	2 (2,9)	2 (1,3)
Berrak hücreli karsinom	1 (1,2)	-	1 (0,7)
B-ALL	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Malign neoplazm	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)

Glioblastom	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Malign epitelyal tümör	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Mikropapiller karsinom, müsinöz özellikli	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Duktal ve kribriform karsinom	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Müsinöz adenokarsinom	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Renal hücreli karsinom, berrak hücreli	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Seröz adenokarsinom	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Taşlı yüzük hücreli müsinöz adenokarsinom	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Papiller karsinom	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)
Bazal ve skuamöz hücreli karsinom	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,7)
Anjiosarkom	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,7)
Papiller üretelyal karsinom	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,7)
Bilgi yok	10 (12,2)	8 (11,6)	18 (11,9)

Sıklığa göre tümörlerin %78,1'i sınıflanabilmiş, %22,5'ini nadir %55,6'sını sık tümörler oluşturmuştur. Neredeyse her 10 hastadan 7'si minimal invaziv işlem sonucu tanı almıştır. Hastaların çoğunun ilk tedavisi kemoterapi rejimleri olarak kaydedilmiştir (%43,7), onu cerrahi girişimler %31,8 ile takip etmiş, radyoterapi ile başlama sıklığı 6,6'dır. Bunun dışında %7,9 hastanın tedavisine birleşik uygulama ile başlanmıştır (%4,6 kemoterapi ve radyoterapi, %3,3 kemoterapi ve immunoterapi) (Tablo 11C).

Tablo 11C. Çalışma grubunun tanı ve tedavi özellikleri, Ankara, 2022

Özellik	Cinsiyet		Toplam (n=151)
	Kadın (n=82)	Erkek (n=69)	
Tanısal girişimin özelliği			
Minimal invaziv	57 (69,5)	49 (71,0)	106 (70,2)
İnvaziv	13 (15,9)	7 (10,1)	20 (13,2)
Bilgi yok	12 (14,6)	13 (18,8)	25 (16,6)
Sıklığına göre malignite türü			
Nadir	26 (31,7)	8 (11,6)	34 (22,5)
Sık	34 (41,5)	50 (72,5)	84 (55,6)
Sınıflanamayan	12 (14,6)	3 (4,3)	15 (9,9)
Bilgi yok	10 (12,2)	8 (11,6)	18 (11,9)
İlk tedavi türü			
Cerrahi	29 (35,4)	19 (27,5)	48 (31,8)
Kemoterapi	39 (47,6)	27 (39,1)	66 (43,7)

Radyoterapi	4 (4,9)	6 (8,7)	10 (6,6)
Kemoterapi + radyoterapi	3 (3,7)	4 (5,8)	7 (4,6)
Kemoterapi + immunoterapi	1 (1,2)	4 (5,8)	5 (3,3)
Bilgi yok	6 (7,3)	9 (13,0)	15 (9,9)

Hastaların topografi bakımından kanser türlerine göre bakım süreci boyunca tekil ve birleşik dönemleri ortanca tamamlama süreleri Tablo 12’de sunulmuştur. Çalışma grubunun çoğunluğunu oluşturan akciğer, meme, kolon, rektum, over ve mide kanserleri için A dönemi sırasıyla ortanca 9; 11,5; 9,5; 122,5; 19 ve 16 günde tamamlanmıştır. Aynı sıra ile B dönemi ortanca 33; 28; 30,5; 30; 114 ve 31 günde tamamlanmıştır. C döneminde ise aynı hasta grubunun süreci sırasıyla ortanca 15; 10; 8,5; 12,5; 11 ve 14 günde tamamladıkları kaydedilmiştir. D dönemini aynı grubun sırasıyla ortanca 14,5; 14,5; 13,5; 14,5; 5,5 ve 8 günde tamamladıkları izlenmiştir.

Birleşik dönemler incelendiğinde yine çalışma grubunun çoğunluğunu oluşturan akciğer, meme, kolon, rektum, over ve mide kanserleri tüm süreci sırasıyla ortanca 122; 138; 83; 214,5; 233,5 ve 107,5 günde tamamladıkları bulunmuştur. Aynı grubun B+C dönemini ortanca 64; 44; 46,5; 44,5; 122 ve 61 günde, B+C+D dönemini ise ortanca 63; 60; 53; 60,5; 124 ve 88 günde tamamladıkları gözlemlenmiştir (Tablo 12).

Kanser türüne göre en az 5 vaka bulunanlar dikkate alındığında, A dönemini en kısa sürede tamamlamada pankreas kanseri (ortanca = 6 gün) ve kemik iliği kökenli maligniteler (ortanca = 4 gün) ilk iki sırayı almış, en uzun sürede tamamlamada rektum (ortanca = 122,5 gün) ve over (ortanca = 19 gün) kanserleri ilk iki sırayı almıştır. B dönemini en kısa sürede tamamlamada pankreas (ortanca = 25 gün) ve meme kanserleri (ortanca = 28 gün) ilk iki sırayı almış, en uzun sürede tamamlamada over kanseri (ortanca = 114 gün) ve kemik iliği kökenli maligniteler (ortanca = 65 gün) ilk iki sırayı almıştır. C dönemini en kısa sürede tamamlamada kemik iliği kökenli maligniteler (ortanca = 7 gün) ve kolon kanseri (ortanca = 8,5 gün) ilk iki sırayı almış, en uzun sürede tamamlamada pankreas (ortanca = 18 gün) ve akciğer (ortanca = 15 gün) kanserleri ilk iki sırayı almıştır. D dönemini en kısa sürede tamamlamada pankreas kanseri (ortanca = -5 gün; çoğunlukla tanısal işlem aynı zamanda tedavi amaçlı yapıldığından negatif değerdir) ve kemik iliği kökenli maligniteler (ortanca = 1 gün) ilk iki sırayı almış; en kısa sürede tamamlamada ortanca 14,5 gün ile akciğer, meme ve rektum kanserleri ilk sırayı paylaşmış onları, ortanca 13,5 gün ile kolon kanseri izlemiştir (Tablo 12).

Tüm dönemi en kısa sürede tamamlamada pankreas kanseri (ortanca = 35 gün) ve kemik iliği kökenli maligniteler (ortanca = 77 gün) ilk iki sırayı almış; en uzun sürede tamamlamada over (ortanca = 233,5 gün) ve rektum (ortanca = 214,5 gün) kanserleri ilk iki sırayı almıştır. B+C dönemini en kısa sürede tamamlamada pankreas (ortanca = 35 gün) ve meme kanserleri (ortanca = 44 gün) ilk iki sırayı almış; en uzun sürede tamamlamada over kanseri (ortanca = 122 gün) ve kemik iliği kökenli maligniteler (ortanca = 72 gün) ilk iki sırayı almıştır. B+C+D dönemini en kısa sürede tamamlamada pankreas (ortanca = 25 gün) ve kolon kanserleri (ortanca = 53 gün) ilk iki sırayı almış; en uzun sürede tamamlamada over (ortanca = 124 gün) ve mide kanserleri (ortanca = 88 gün) kanserleri ilk iki sırayı almıştır (Tablo 12).



Tablo**12. Çalışma grubunun kanser türlerinin topografilerine göre tekil ve birleşik dönemleri ortanca geçirme süreleri, Ankara, 2022**

Topografi	Tekil dönemler (gün)				Birleşik dönemler (gün)		
	A dönemi	B dönemi	C dönemi	D dönemi	Toplam süre	B+C	B+C+D
Akciğer (n = 35)	9 (0-1096)	33 (1-284)	15 (3-148)	14,5 (-14-115)	122 (41-1135)	64 (7-291)	63 (31-305)
Meme (n = 34)	11,5 (0-3287)	28 (0-210)	10 (3-42)	14,5 (-25-148)	138 (29-3309)	44 (3-235)	60 (21-230)
Kolon (n = 18)	9,5 (1-245)	30,5 (0-869)	8,5 (3-45)	13,5 (-11-75)	83 (1-973)	46,5 (5-884)	53 (0-959)
Rektum (n = 12)	122,5 (1-882)	30 (0-130)	12,5 (5-30)	14,5 (-13-51)	214,5 (107-936)	44,5 (5-139)	60,5 (13-152)
Over (n = 10)	19 (0-1826)	114 (0-3462)	11 (2-65)	5,5 (-46-23)	233,5 (30-3463)	122 (11-3476)	124 (16-3462)
Mide (n = 10)	16 (0-1461)	31 (13-59)	14 (3-30)	8 (-1-92)	107,5 (73-1502)	61 (20-68)	88 (27-154)
Pankreas (n = 5)	6 (0-1588)	25 (1-28)	18 (10-18)	-5 (-18-16)	35 (31-1602)	35 (19-46)	25 (14-28)
Kemik iliği (n = 5)	4 (1-8)	65 (2-1633)	7 (1-60)	1 (-44-1)	77 (12-1650)	72 (3-1693)	73 (4-1649)
Safra yolları (n = 4)	23 (0-118)	38 (8-68)	32 (7-34)	14,5 (-34-26)	123 (82-1184)	57,5 (15-100)	82 (41-123)
Deri melanomu (n = 4)	64 (9-200)	39 (33-47)	9 (5-12)	1,5 (-5-39)	133,5 (56-201)	48 (45-52)	52 (47-87)
Plevra (n = 3)	9 (9-90)	50 (3-86)	31 (15-61)	21 (11-38)	141 (135-148)	101 (34-111)	132 (45-139)
Mesane (n = 3)	363 (9-365)	36 (36-36)	12,5 (10-15)	-10 (-15-0)	327 (45-404)	48,5 (46-51)	36 (36-36)
Periton (n = 2)	36 (1-71)	11*	5*	113 (-5-231)	206,5 (82-331)	16*	11*
Böbrek (n = 1)	v.y.	69	15	v.y.	v.y.	84	v.y.
Beyin (n = 1)	0	v.y.	v.y.	v.y.	101	v.y.	v.y.
Endometrium (n = 1)	185	16	8	273	482	24	297
Appendix (n = 1)	106	18	5	-5	124	23	18
Jejunum (n = 1)	32	v.y.	v.y.	v.y.	182	v.y.	v.y.
Larinks (n = 1)	4	156	10	60	230	166	226
Perikard (n = 1)	v.y.	45	16	13	v.y.	61	74

Kısaltmalar: v.y.; veri yok.

* Tek vaka için veri mevcuttur.



4.5. Tekil Dönemlerin Sosyodemografik, Klinik ve Diğer Özelliklere Göre

İncelenmesi

İlk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönemi (A dönemi), kategorik olarak (0-28 gün, >28 gün) incelendiğinde medeni durumu evli olanların %53,9'u, evli olmayanların %75,0'nının ilk yakınmaları ortaya çıktıktan sonra 0-28 gün içinde bir sağlık kuruluşuna ilk başvurularını yaptıkları saptanmıştır ($p = 0,043$; $X^2 = 4,111$) (Tablo 13A).

Tablo 13A. Çalışma grubunun ilk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya t; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=83)		>28 gün (n=60)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Cinsiyet					0,055; 0,814		-0,179; 0,858
Kadın	44	57,1	33	42,9		15 (0-3287)	
Erkek	39	59,1	27	40,9		9 (0-1096)	
Yaşanılan yer					0,512; 0,328		-0,334; 0,738
Merkez ilçe	75	59,5	51	40,5		12 (0-3287)	
Diğer ilçe veya mahalle	8	47,1	9	52,9		32 (0-334)	
Eğitim düzeyi					2,017; 0,156		-1,150; 0,250
Üniversite ve üzeri	14	46,7	16	53,3		30 (0-1588)	
Lise ve altı	69	61,1	44	38,9		14 (0-3287)	
Medeni durum					4,111; 0,043		-1,440; 0,150
Evli	62	53,9	53	46,1		19 (0-3287)	
Diğer	21	75,0	7	25,0		7,5 (0-1461)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

A dönemi için Tablo 13B'de gösterilen sosyodemografik özellikler açısından farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo

13B. Çalışma grubunun ilk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya t; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=83)		>28 gün (n=60)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Çocuk sayısı					3,329; 0,068		-1,888; 0,059
2 veya daha fazla	67	54,9	55	45,1		19 (0-3287)	
0 veya 1	16	76,2	5	23,8		7 (0-365)	
Birlikte ikamet edilen kişiler*					-; 0,399		-1,440; 0,150
Aile ile	79	57,2	59	42,8		14 (0-3287)	
Yalnız	4	80,0	1	20,0		6 (0-153)	
Ankara’da ikamet eden akrabalar					0,072; 0,789		-0,602; 0,547
Birinci derece veya diğer akrabalar	75	57,7	55	42,3		14 (0-3287)	
Yok	8	61,5	5	38,5		7 (1-184)	
İş durumu					0,167; 0,683		-0,390; 0,697
İş yaşamı olmuş veya halen var	54	56,8	41	43,2		9 (0-1588)	
Hiç çalışmamış	29	60,4	19	39,6		16,5 (0-3287)	
İş yaşamı geçmişi olanlarda iş yerinde sağlık izlemi					0,001; 0,980		-0,337; 0,736
Düzenli veya isteğe bağlı	8	57,1	6	42,9		9,5 (0-865)	
Yok	46	56,8	35	43,2		9 (0-1588)	
Bütçe dengesi					0,331; 0,565		-1,304; 0,192
Gelir giderden fazla veya eşit	45	53,6	39	46,4		17,5 (0-3287)	
Gelir giderden az	38	64,4	21	35,6		9 (0-1588)	
Evden sağlık kuruluşuna erişim					0,441; 0,507		-1,091; 0,275
Kendisinin veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle	61	56,5	47	43,5		15,5 (0-1826)	

Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	22	62,9	13	37,1		7 (0-3287)	
---	----	------	----	------	--	---------------	--

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

Yakınmalarını kendi kendine gidermeye çalışanların %39,4'ü, bu eylemi yapmayanların %63,6'sı ilk yakınmalarını takip eden 28 gün içinde bir sağlık kuruluşuna başvuru yaptıkları anlaşılmıştır ($p = 0,013$; $X^2 = 6,126$). A dönemi sürekli değişken olarak ele alındığında ise, yakınmalarını kendi kendine gidermeye çalışanların ortancası 30 (2-1461) gün, bu eylemi yapmayanların ise 9 (0-3287) gün olarak bulunmuştur ($p = 0,006$; $z = -2,760$) (Tablo 13C). A dönemi kategorik veya sürekli değişken olarak diğer sosyodemografik değişkenler, kanser ile yakınmasını ilişkilendirme algısı, ilk başvurulanan sağlık kuruluşunun ve hastalığın klinik özellikleri ile anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 13A, B, C, D).

Tablo 13C. Çalışma grubunun ilk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya t; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=83)		>28 gün (n=60)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Yakınma ile kanseri ilişkilendirme					1,120; 0,290		-0,654; 0,513
Evet	23	65,7	12	34,3		9 (0-3287)	
Hayır/emin değilim	60	55,6	48	44,4		19 (0-1826)	
Yakınmasını kendi kendine giderme					6,126; 0,013		-2,760; 0,006
Hayır	70	63,6	40	36,4		9 (0-3287)	
Evet	13	39,4	20	60,6		30 (2-1461)	
Hastane başvurularında refakatçi varlığı					0,334; 0,563		-0,227; 0,820
Evet, her zaman	69	57,0	52	43,0		14 (0-3287)	
Bazen veya hiçbir zaman	14	63,6	8	36,4		7,5 (0-1588)	
Ek hastalık					2,239; 0,135		-1,736; 0,083
Yok	38	65,5	20	34,5		9 (0-1096)	
Var	45	52,9	40	47,1		22 (0-3287)	

Tablo

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

13D. Çalışma grubunun ilk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınma ortaya çıkışından sağlık kuruluşuna ilk başvurulana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya t; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=83)		>28 gün (n=60)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İlk başvurulanan sağlık kuruluşunun basamağı					3,505; 0,173		2,980; 0,225
Birinci basamak	12	75,0	4	25,0		6,5 (0-153)	
İkinci Basamak	30	62,5	18	37,5		14 (0-1826)	
Üçüncü basamak	41	51,9	38	48,1		23 (0-3287)	
İlk başvurulanan sağlık kuruluşunun statüsü					0,041; 0,839		-0,568; 0,570
Özel	22	59,5	15	40,5		14 (0-1588)	
Kamu	61	57,5	45	42,5		14 (0-3287)	
Sıklığına göre malignitenin sınıfı					0,015; 0,903		-0,587; 0,557
Sık	46	56,8	35	43,2		14 (0-1588)	
Nadir	18	58,1	13	41,9		19 (0-1826)	
Tanı anındaki yaş, yıl; (ortanca, A-Ü)	60,4 (23,2–83,3)		60,8 (35,4–86,8)		0,099; 0,921	-	-
Anket yapıldığı andaki yaş, yıl; (ortanca, A-Ü)	61,2 (25,4–83,9)		62,0 (36,0–87,3)		0,030; 0,976	-	-

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

Sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönem (B dönemi), kategorik olarak (0-28 gün, >28 gün) ele alındığında eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların %75,0'ı, lise ve altı olanların %36,7'sinin ilk sağlık kuruluşuna başvurularını takiben ilk tanısal girişimin 0-28 gün arasında yapıldığı bulunmuştur (p = 0,002; X² = 9,777). Aile ile yaşayanların %41,5'i, yalnız yaşayanların tamamı (%100) ilk kez sağlık kuruluşuna başvurularından sonra ilk tanısal girişimlerini 28 gün içinde olmuşlardır (p = 0,034; Fisher'in kesin olasılık testi). B dönemi sürekli değişken olarak ele alındığında; ilk sağlık kuruluşuna başvuruyu takiben eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların ortalama 11. günde (0-171), lise

ve altı olanlarda ortalama 36. günde (0-3462) ilk tanısal girişimin yapıldığı anlaşılmaktadır ($p = 0,001$; $z = -3,213$) (Tablo 14A).

Tablo 14A. Çalışma grubunun sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	Sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=48)		>28 gün (n=62)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Cinsiyet					0,424; 0,515		-0,338; 0,735
Kadın	27	46,6	31	53,4		29 (0-3462)	
Erkek	21	40,4	31	59,6		32 (0-325)	
Yaşanılan yer					2,534; 0,111		-1,741; 0,082
Merkez ilçe	45	46,4	52	53,6		31 (0-3462)	
Diğer ilçe veya mahalle	3	23,1	10	76,9		65 (9-325)	
Eğitim düzeyi					9,777; 0,002		-3,213; 0,001
Üniversite ve üzeri	15	75,0	5	25,0		11 (0-171)	
Lise ve altı	33	36,7	57	63,3		36 (0-3462)	
Medeni durum					1,925; 0,165		-0,852; 0,394
Evli	36	40,4	53	59,6		33 (0-3462)	
Diğer	12	57,1	9	42,9		26 (0-1633)	
Çocuk sayısı					0,664; 0,415		-0,405; 0,685
2 veya daha fazla	40	42,1	55	57,9		31 (0-3462)	
0 veya 1	8	53,3	7	46,7		28 (0-204)	
Birlikte ikamet edilen kişiler*					-; 0,034		-1,837; 0,066
Aile ile	44	41,5	62	58,5		33 (0-3462)	
Yalnız	4	100,0	0	0,0		14,5 (0-25)	
Ankara’da ikamet eden akrabalar- yakınlar					1,921; 0,166		-1,422; 0,155

Tablo

Birinci derece veya diğer akrabalar	40	41,2	57	58,8		33 (0-3462)	
Yok	8	61,5	5	38,5		15 (2-325)	

* *Fisher*'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

B dönemi kategorik veya sürekli değişken olarak incelendiğinde diğer sosyodemografik değişkenler, kanser ile yakınmasını ilişkilendirme algısı, ilk başvuru ve tanı koyan sağlık kuruluşunun özellikleri ile hastalığın klinik özellikler arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 14A–D).

Tablo 14B. Çalışma grubunun sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	Sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=48)		>28 gün (n=62)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İş durumu					0,014; 0,905		-0,921; 0,357
İş yaşamı olmuş veya halen var	32	43,2	42	56,8		31 (0-1633)	
Hiç çalışmamış	16	44,4	20	55,6		38 (0-3462)	
İş yaşamı geçmişi olanlarda iş yerinde sağlık izlemi veya periyodik muayene*					-; 1,000		-0,894; 0,372
Düzenli veya isteğe bağlı	4	40,0	6	60,0		75 (0-183)	
Yok	28	43,8	36	56,3		31 (0-1633)	
Bütçe dengesi					0,057; 0,811		-0,520; 0,603
Gelir giderden fazla veya eşit	26	42,6	35	57,4		31 (0-869)	
Gelir giderden az	22	44,9	27	55,1		33 (0-3462)	
Evden sağlık kuruluşuna erişim yolu					2,011; 0,156		-1,405; 0,160
Kendisinin veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle	34	40,0	51	60,0		33 (0-1633)	
Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	14	56,0	11	44,0		18 (0-3462)	
Yakınma ile kanseri ilişkilendirme					0,371; 0,543		-0,426; 0,670
Evet	10	38,5	16	61,5		41 (0-869)	
Hayır/emim değilim	38	45,2	46	54,8		31 (0-3462)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

Tablo 14C. Çalışma grubunun sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	Sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli Ortanca (Ü-A)	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=48)		>28 gün (n=62)				
	n	%	n	%			
İş durumu					0,014; 0,905		-0,921; 0,357
İş yaşamı olmuş veya halen var	32	43,2	42	56,8		31 (0-1633)	
Hiç çalışmamış	16	44,4	20	55,6		38 (0-3462)	
İş yaşamı olanlarda iş yerinde sağlık izlemi veya periyodik muayene*					-; 1,000		-0,894; 0,372
Düzenli veya isteğe bağlı	4	40,0	6	60,0		75 (0-183)	
Yok	28	43,8	36	56,3		31 (0-1633)	
Bütçe dengesi					0,057; 0,811		-0,520; 0,603
Gelir giderden fazla veya eşit	26	42,6	35	57,4		31 (0-869)	
Gelir giderden az	22	44,9	27	55,1		33 (0-3462)	
Evden sağlık kuruluşuna erişim yolu					2,011; 0,156		-1,405; 0,160
Kendisinin veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle	34	40,0	51	60,0		33 (0-1633)	
Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	14	56,0	11	44,0		18 (0-3462)	
Yakınma ile kanseri ilişkilendirme					0,371; 0,543		-0,426; 0,670
Evet	10	38,5	16	61,5		41 (0-869)	
Hayır/emin değilim	38	45,2	46	54,8		31 (0-3462)	
Hastane başvurularında refakatçi varlığı					0,741; 0,389		-0,806; 0,420
Evet, her zaman	41	45,6	49	54,4		32 (0-3462)	
Bazen veya hiçbir zaman	17	35,0	13	65,0		31 (0-204)	
İlk başvuru sağlık kuruluşunun basamağı					0,802; 0,670		1,919; 0,383
Birinci basamak	4	36,4	7	63,6		61 (2-173)	
İkinci Basamak	16	40,0	24	60,0		33 (2-1633)	

Üçüncü basamak	28	47,5	31	52,5		30 (0-3462)	
----------------	----	------	----	------	--	----------------	--

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

Tablo 14D. Çalışma grubunun sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	Sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal işlem yapılana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli Ortanca (Ü-A)	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=48)		>28 gün (n=62)				
	n	%	n	%			
İlk başvuru alan sağlık kuruluşunun statüsü					1,507; 0,220		-1,719; 0,086
Özel	33	40,2	49	59,8		26,5 (0-284)	
Kamu	15	53,6	13	46,4		36 (0-3462)	
Tanı koyan sağlık kuruluşunun basamağı*					-; 1,000		-0,807; 0,420
İkinci Basamak	5	45,5	6	54,5		29 (0-284)	
Üçüncü basamak	43	43,4	56	56,6		31 (0-3462)	
Tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü					1,898; 0,168		-1,823; 0,068
Özel	11	57,9	8	42,1		18 (0-374)	
Kamu	37	40,7	54	59,3		36 (0-3462)	
İlk başvuru alan kuruluştan tanı koyan kuruluşa dek sağlık kuruluşu statüsü					1,732; 0,188		-1,653; 0,098
En az biri özel	18	52,9	16	47,1		26,5 (0-374)	
Hepsi kamu	30	39,5	46	60,5		36,5 (0-3462)	
Ek hastalık					0,020; 0,887		-0,036; 0,971
Yok	20	44,4	25	55,6		31 (0-284)	
Var	28	43,1	37	56,9		33 (0-3462)	
Sıklığına göre malignitenin sınıfı					0,229; 0,632		-1,344; 0,179
Sık	29	43,9	37	56,1		31 (0-869)	
Nadir	10	38,5	16	61,5		47,5 (0-3462)	
Tanısal girişim türü					0,215; 0,643		-0,564; 0,572
Minimal invaziv	34	41,0	49	59,0		33 (0-1633)	

İnvaziv	8	47,1	9	52,9		29 (1-3462)	
Tanı anındaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	60,4 (23,2–86,8)		61,5 (35,5–47,7)		-0,193; 0,847	-	-
Anket yapıldığı andaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	61,1 (24,5–87,3)		62,1 (35,9–83,6)		-0,214; 0,831	-	-

* Fisher’in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

Tablo 15A–D ilk tanısal işlemden mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönem (C dönemi) için geçirilen süre ve etkileyen faktörleri göstermektedir.

Tablo 15A. Çalışma grubunun ilk tanısal işlemden mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk tanısal işlemde mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=93)		>28 gün (n=18)			Ortanca (A-Ü)	
Cinsiyet					0,094; 0,759		-0,183; 0,855
Kadın	48	82,8	10	17,2		12 (1-65)	
Erkek	45	84,9	8	15,1		14 (3-148)	
Yaşanılan yer*					-; 1,000		-0,142; 0,887
Merkez ilçe	81	83,5	16	16,5		13 (1-148)	
Diğer ilçe veya mahalle	12	85,7	2	14,3		12,5 (3-34)	
Eğitim düzeyi*					-; 1,000		-1,014; 0,310
Üniversite ve üzeri	17	85,0	3	15,0		9,5 (1-56)	
Lise ve altı	76	83,5	15	16,5		14 (2-148)	
Medeni durum*					-; 1,000		-0,543; 0,587
Evli	75	83,3	15	16,7		14 (2-148)	
Diğer	18	85,7	3	14,3		10 (1-61)	
Çocuk sayısı*					-; 0,458		-1,032; 0,302
2 veya daha fazla	79	82,3	17	17,7		14 (2-148)	

0 veya 1	14	93,3	1	6,7		9 (1-61)	
Birlikte ikamet edilen kişiler*					-; 1,000		-0,325; 0,745
Aile ile	89	83,2	18	16,8		14 (1-148)	
Yalnız	4	100,0	0	0,0		10 (7-18)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.,

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

Tablo 15B. Çalışma grubunun ilk tanışal işleminden mikroskobik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk tanışal işleminden mikroskobik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli Ortanca (A-Ü)	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=93)		>28 gün (n=18)				
Ankara’da ikamet eden akrabalaryakınlar*					-; 1,000		-1,800; 0,072
Birinci derece veya diğer akrabalar	82	83,7	16	16,3		14 (1-148)	
Yok	11	84,6	2	15,4		7 (3-32)	
İş durumu					1,194; 0,275		-0,843; 0,399
İş yaşamı olmuş veya halen var	64	86,5	10	13,5		11,5 (3-148)	
Hiç çalışmamış	29	78,4	8	21,6		14 (1-65)	
İş yaşamı geçmişi olanlarda iş yerinde sağlık izlemi veya periyodik muayene*					-; 1,000		-0,325; 0,745
Düzenli veya isteğe bağlı	9	90,0	1	10,0		12 (3-41)	
Yok	55	85,9	9	14,1		11,5 (3-148)	
Bütçe dengesi					0,001; 0,978		-0,990; 0,322
Gelir giderden fazla veya eşit	52	83,9	10	16,1		13 (2-148)	
Gelir giderden az	41	83,7	8	16,3		14 (1-61)	
Evden sağlık kuruluşuna erişim yolu*					-; 1,000		-0,861; 0,389
Kendisinin veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle	71	83,5	14	16,5		11 (1-65)	
Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	22	84,6	4	15,4		14 (3-148)	

Tanı koyan sağlık kuruluşunun basamağı*					-; 0,689		0,217; 0,828
İkinci basamak	10	90,9	1	9,1		15 (3-42)	
Üçüncü basamak	83	83,0	17	17,0		13 (1-148)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.,

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

C dönemi sürekli değişken olarak ele alındığında; ilk tanısal girişimden tanı alana dek geçen süre tanı koyan sağlık kuruluşu özel statüde ise ortalama 7 günde (2-42), kamusal nitelikte ise ortalama 14 günde (1-148) tanı konulmaktadır. İlk tanısal girişimden itibaren mikroskopik olarak doğrulanmış tanı alınana değin ilk kez başvuru yapılan ve tanı alınan sağlık kuruluşundan en az biri özel sağlık kuruluşu ise ortalama 9,5 gün (1-46), tamamı kamu kuruluşu ise ortalama 14 gün (3-148) geçmektedir ($p = 0,039$; $z = -2,069$). Tanısal girişim sayısı "1" olanlar ortalama 11 günde (1-60), iki veya daha fazla olanlar ise ortalama 15 günde (5-148) tanı almaktadır ($p = 0,039$; $z = -2,067$) (Tablo 15C). Kategorik veya sürekli değişken olarak, diğer sosyodemografik değişkenler, ilk başvuru ve tanı koyan sağlık kuruluşunun özellikleri, tanısal işlemler ve hastalığın klinik özellikleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 15A–D).

Tablo 15C. Çalışma grubunun ilk tanısal işleminden mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk tanısal işlemden mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=93)		>28 gün (n=18)			Ortanca (A-Ü)	
Tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü*					-; 0,302		-2,540; 0,011
Özel	18	94,7	1	5,3		7 (2-42)	
Kamu	75	81,5	17	18,5		14 (1-148)	
İlk başvuru kuruluşu tanı koyan kuruluşa dek sağlık kuruluşunun statüsü					0,715; 0,398		-2,069; 0,039
En az biri özel	30	88,2	4	11,8		9,5 (1-46)	
Hepsi kamu	63	81,8	14	18,2		14 (3-148)	

Tanısal işlem sayısı*					-; 0,091		-2,067; 0,039
1	79	86,8	12	13,2		11 (1-60)	
2 veya daha fazla	14	70,0	6	30,0		15 (5-148)	
Ek hastalık					0,463; 0,496		-0,364; 0,716
Yok	39	86,7	6	13,3		14 (1-148)	
Var	54	81,8	12	18,2		12 (2-65)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.,

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalın** karakter olarak sunulmuştur.

Sık görülen bir maligniteye sahip olanların %92,4'ü, nadir bir maligniteye sahip olanların %70,4'ü ilk tanısal girişimin ardından mikroskopik olarak doğrulanmış tanılarını ilk 28 gün içinde almışlardır (p = 0,009; Fisher'in kesin olasılık testi) (Tablo 15D).

Tablo 15D. Çalışma grubunun ilk tanısal işleminden mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk tanısal işleminden mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=93)		>28 gün (n=18)			Ortanca (A-Ü)	
Sıklığına göre malignitenin sınıfı*					-; 0,009		-0,831; 0,406
Sık	61	92,4	5	7,6		11,5 (3-148)	
Nadir	19	70,4	8	29,6		14 (1-65)	
Tanısal girişim türü					-; 1,000		-0,161; 0,872
Minimal invaziv	70	84,3	13	15,7		13 (1-148)	
İnvaziv	14	82,4	3	17,6		14 (3-45)	
Tanı anındaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	60,4 (23,2–86,8)		63,1 (39,6–83,2)		-0,776; 0,438	-	-
Anket yapıldığı andaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	61,2 (24,5–87,3)		63,8 (40,3–83,6)		-0,744; 0,457	-	-

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.,

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalın** karakter olarak sunulmuştur.

Mikroskobik olarak doğrulanmış tanı elde edilmesinden ilk tedaviye başlanana kadar geçen dönem (D dönemi), kategorik olarak (0-28 gün, >28 gün) veya sürekli değişken olarak ele alındığında; sosyodemografik değişkenler, hastalığın ve ilk tedavinin özellikleri ile arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 16A–C).



Tablo 16A.

olarak doğrulanmış tanı elde edilmesinden ilk

tedaviye başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	Mikroskobik olarak doğrulanmış tanı elde edilmesinden ilk tedaviye başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=102)		>28 gün (n=40)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Cinsiyet					1,289; 0,256		-0,457; 0,647
Kadın	53	67,9	25	32,1		11,5 (-46-273)	
Erkek	49	76,6	15	23,4		13,5 (-34-115)	
Yaşanılan yer*					-; 0,251		-0,182; 0,855
Merkez ilçe	92	73,6	33	26,4		12 (-46-273)	
Diğer ilçe veya mahalle	10	58,8	7	41,2		13 (-34-65)	
Eğitim düzeyi					0,063; 0,802		-0,657; 0,511
Üniversite ve üzeri	21	70,0	9	30,0		14 (-18-231)	
Lise ve altı	81	72,3	31	27,7		11,5 (-46-273)	
Medeni durum					0,173; 0,677		-0,003; 0,998
Evli	81	71,1	33	28,9		13 (-46-273)	
Diğer	21	75,0	7	25,0		11 (-44-231)	
Çocuk sayısı					1,610; 0,204		-1,745; 0,081
2 veya daha fazla	90	73,8	32	26,2		11 (-46-273)	
0 veya 1	12	60,0	8	40,0		18,5 (-18-231)	
Birlikte ikamet edilen kişiler*					-; 1,000		-0,437; 0,662
Aile ile	98	71,5	39	28,5		13 (-46-273)	
Yalnız	4	80,0	1	20,0		12 (-10-49)	
Ankara’da ikamet eden akrabalarıyakınlar*					-; 1,000		-0,277; 0,782

Çalışma grubunun mikroskobik

Birinci derece veya diğer akrabalar	92	71,9	36	28,1		13 (-46-273)	
Yok	10	71,4	4	28,6		11,5 (-11-61)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

Tablo 16B.

olarak doğrulanmış tanı elde edilmesinden ilk

tedaviye başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	Mikroskobik olarak doğrulanmış tanı elde edilmesinden ilk tedaviye başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=102)		>28 gün (n=40)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İş durumu					0,042; 0,837		-0,608; 0,543
İş yaşamı olmuş veya halen var	67	71,3	27	28,7		14 (-44-231)	
Hiç çalışmamış	35	72,9	13	27,1		8,5 (-46-273)	
İş yaşamı geçmişi olanlarda iş yerinde sağlık izlemi veya periyodik muayene*					-; 0,751		-0,592; 0,554
Düzenli veya isteğe bağlı	10	76,9	3	23,1		11 (-15-50)	
Yok	57	70,4	24	29,6		14 (-44-231)	
Bütçe dengesi					0,129; 0,719		-0,828; 0,407
Gelir giderden fazla veya eşit	62	72,9	23	27,1		14 (-34-231)	
Gelir giderden az	40	70,2	17	29,8		9 (-46-273)	
Evden sağlık kuruluşuna erişim yolu					0,328; 0,567		-0,664; 0,506
Kendisinin veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle	77	70,6	32	29,4		13 (-46-231)	
Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	25	75,8	8	24,2		11 (-34-273)	
Ek hastalık					0,273; 0,601		-0,913; 0,361
Yok	41	69,5	18	30,5		13 (-21-231)	
Var	61	73,5	22	26,5		11 (-46-273)	

Tablo Çalışma grubunun mikroskopik

Hastalıkla ilgili bilgi verilmesi					0,864; 0,353		-1,215; 0,224
Evet	88	73,3	32	26,7		11,5 (-46-273)	
Hayır	14	63,6	8	36,4		16,5 (-34-92)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalın** karakter olarak sunulmuştur.

16C.

olarak doğrulanmış tanı elde edilmesinden ilk

tedaviye başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	Mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilmesinden ilk tedaviye başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-28 gün (n=102)		>28 gün (n=40)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İlk tedavinin verildiği sağlık kuruluşu basamağı*					-; 1,000		-0,329; 0,742
İkinci basamak	10	76,9	3	23,1		12 (-46-273)	
Üçüncü basamak	92	71,3	37	28,7		14 (-25-231)	
İlk tedavinin verildiği sağlık kuruluşunun statüsü					1,013; 0,314		-0,638; 0,524
Özel	85	70,2	36	29,8		12 (-25-231)	
Kamu	17	81,0	4	19,0		13 (-46-273)	
Sıklığına göre malignitenin sınıfı*					0,551; 0,458		-0,631; 0,528
Sık	57	71,3	23	28,8		12,5 (-25-115)	
Nadir	25	78,1	7	21,9		10,5 (-46-273)	
İlk tedavi türü					0,764; 0,683		5,287; 0,071
Kemoterapi veya radyoterapi	52	71,2	21	28,8		11 (-44-97)	
Kemoterapi ve (immunoterapi veya radyoterapi)	8	66,7	4	33,3		14,5 (0-115)	
Cerrahi	34	77,3	10	22,7		7 (-46-273)	
Tanı anındaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	60,1 (23,2–83,2)		62,9 (29,9–86,8)		-0,204; 0,838	-	-
Anket yapıldığı andaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	60,9 (24,5–83,6)		63,4 (30,7–87,3)		-0,145; 0,885	-	-

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Çalışma grubunun mikroskopik

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.



4.6. Birleşik Dönemlerin Sosyodemografik, Klinik ve Diğer Özelliklere Göre

İncelenmesi

İlk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen süre (A+B+C+D dönemi), kategorik olarak (0-90 gün, >90 gün) ele alınmış; sosyodemografik özellikler ile klinik özellikler bakımından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Sürekli değişken olarak ele alındığında, aile ile yaşayanların bu dönemi ortalama 136,5 günde (12-3463), yalnız yaşayanların ortalama 41 günde (1-232) tamamladıkları bulunmuştur ($p = 0,047$; $z = -1,991$). Toplam süre sürekli değişken olarak alındığında, diğer sosyodemografik özellikler ile klinik özellikler bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 17A-E).

Tablo 17A. Çalışma grubunda ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-90 gün (n=43)		>90 gün (n=96)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Cinsiyet					0,196; 0,658		-0,894; 0,371
Kadın	22	29,3	53	70,7		142 (12-3463)	
Erkek	21	32,8	43	67,2		123 (1-1485)	
Yaşanılan yer					1,601; 0,206		-0,900; 0,368
Merkez ilçe	40	32,8	82	67,2		134,5 (1-3463)	
Diğer ilçe veya mahalle	3	17,6	14	82,4		176 (43-1184)	
Eğitim düzeyi					0,216; 0,642		-0,218; 0,828
Üniversite ve üzeri	10	34,5	19	65,5		138 (12-1602)	
Lise ve altı	33	30,0	77	70,0		131 (1-3463)	
Medeni durum					0,848; 0,357		-1,634; 0,102
Evli	33	29,2	80	70,8		141 (30-3463)	
Diğer	10	38,5	16	61,5		108,5 (1-1650)	

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

Tablo Çalışma grubunda ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı**17B.**

özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-90 gün (n=43)		>90 gün (n=96)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Çocuk sayısı					0,181; 0,671		-1,035; 0,301
2 veya daha fazla	36	30,3	83	69,7		134 (1-3463)	
0 veya 1	7	35,0	13	65,0		139,5 (12-422)	
Birlikte ikamet edilen kişiler*					-; 0,172		-1,991; 0,047
Aile ile	40	29,9	94	70,1		136,5 (12-3463)	
Yalnız	3	60,0	2	40,0		41 (1-232)	
Ankara’da ikamet eden akrabalar-yakınlar*					-; 0,540		-1,081; 0,279
Birinci derece veya diğer akrabalar	38	30,2	88	69,8		139,5 (1-3463)	
Yok	5	38,5	8	61,5		100 (27-723)	
İş durumu					0,230; 0,631		-0,911; 0,362
İş yaşamı olmuş veya halen var	30	32,3	63	67,7		128 (1-1650)	
Hiç çalışmamış	13	28,3	33	71,7		146 (12-3463)	
İş yaşamı geçmişi olanlarda iş yerinde sağlık izlemi veya periyodik muayene*					-; 0,537		-0,222; 0,825
Düzenli veya isteğe bağlı	3	23,1	10	76,9		128 (27-903)	
Yok	27	33,8	53	66,3		124,5 (1-1650)	
Bütçe dengesi					0,780; 0,377		-1,075; 0,282
Gelir giderden fazla veya eşit	23	28,0	59	72,0		136,5 (27-3309)	
Gelir giderden az	20	35,1	37	64,9		130 (1-3463)	
Evden sağlık kuruluşuna erişim yolu					0,597; 0,440		-0,537; 0,591

Tablo Çalışma grubunda ilk yakınlardan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı

Kendisinin veya yakınlarının hususî aracıyla veya taksiyle	31	29,2	75	70,8		135 (12-1863)	
Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	12	36,4	21	63,6		130 (1-3463)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

17C.

özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınlardan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-90 gün (n=43)		>90 gün (n=96)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Tedavi görülen kuruluşa erişmede kullanılan vasıta sayısı*					-; 0,554		-1,362; 0,173
1	36	29,8	85	70,2		138 (1-3463)	
2	6	40,0	9	60,0		107 (29-1485)	
Yakınma ile kanseri ilişkilendirme					0,042; 0,837		-0,390; 0,697
Evet	11	32,4	23	67,6		123,5 (29-3309)	
Hayır/emîn değilim	32	30,5	73	69,5		138 (1-3463)	
Yakınmasını kendisi gidermeye çalışma					0,230; 0,631		-0,783; 0,434
Hayır	32	29,9	75	70,1		130 (1-3463)	
Evet	11	34,4	21	65,6		170 35-1502)	
Hastane başvurularında refakatçi varlığı					0,594; 0,441		-0,294; 0,769
Evet, her zaman	35	29,7	83	70,3		135 (12-3463)	
Bazen veya hiçbir zaman	8	38,1	13	61,9		118 (1-1602)	
Ek hastalık					0,245; 0,620		-0,683; 0,495
Yok	16	28,6	40	71,4		131,5 (12-1135)	
Var	27	32,5	56	67,5		135 (1-3463)	
İlk başvuru olan sağlık kuruluşunun basamağı					0,071; 0,965		0,665; 0,717
Birinci basamak	5	33,3	10	66,7		134 (29-723)	
İkinci Basamak	14	29,8	33	70,2		138 (12-1863)	

Tablo Çalışma grubunda ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı

Üçüncü basamak	24	31,2	53	68,8		135 (1-3463)	
İlk başvuru alan sağlık kuruluşunun statüsü					1,438; 0,230		-1,620; 0,105
Özel	14	38,9	22	61,1		118 (12-1602)	
Kamu	29	28,2	74	71,8		141 (1-3463)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

17D.

özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-90 gün (n=43)		>90 gün (n=96)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Tanısal işlem sayısı					0,924; 0,336		-0,300; 0,764
1	37	32,7	76	67,3		130 (1-3463)	
2 veya daha fazla	6	23,1	20	76,9		139,5 (35-1602)	
Tanı koyan sağlık kuruluşunun basamağı					0,021; 0,885		-0,212; 0,832
İkinci Basamak	5	29,4	12	70,6		138 (41-936)	
Üçüncü basamak	38	31,1	84	68,9		132 (1-3463)	
Tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü					0,394; 0,530		-0,841; 0,400
Özel	7	25,9	20	74,1		138 (27-1863)	
Kamu	36	32,1	76	67,9		132 (1-3463)	
İlk başvurulanan kuruluştan tanı koyan kuruluşa dek sağlık kuruluşunun statüsü					1,147; 0,284		-1,066; 0,286
En az biri özel	16	37,2	27	62,8		138 (1-3463)	
Hepsi kamu	27	28,1	69	71,9		124 (12-1863)	
Tanı için başvurulanan sağlık kuruluşu sayısı					0,064; 0,800		-0,475; 0,635
1	18	32,1	38	67,9		138 (1-1602)	
2 veya daha fazla	25	30,1	58	69,9		130 (12-3463)	

Tablo Çalışma grubunda ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı

Tanısal girişim türü*					-; 0,380		-0,300; 0,764
Minimal invaziv	25	24,8	76	75,2		130 (1-3463)	
İnvaziv	6	35,3	11	64,7		139,5 (35-1602)	
Hastalıkla ilgili bilgilendirilme					0,824; 0,364		-1,552; 0,121
Evet	38	32,5	79	67,5		130 (1-3463)	
Hayır	5	22,7	17	77,3		191 (29-1863)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

17E.

özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-90 gün (n=43)		>90 gün (n=96)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İlk tedaviye başlanan sağlık kuruluşunun basamağı					-; 1,000		-0,459; 0,646
İkinci basamak	4	30,8	9	69,2		132,5 (1-3463)	
Üçüncü basamak	39	31,0	87	69,0		201 (41-404)	
İlk tedavi başlanan sağlık kuruluşunun statüsü					0,824; 0,364		-1,339; 0,181
Özel	5	22,7	17	77,3		195 (27-1863)	
Kamu	38	32,5	79	67,5		128 (1-3643)	
İlk sağlık kuruluşuna başvuru, ilk tanısal girişim ve ilk tedavi için başvuru yapılan sağlık kuruluşunun statüsü					0,686; 0,407		-0,902; 0,367
En az ikisi özel	6	24,0	19	76,0		138 (27-1863)	
En az ikisi kamu	37	32,5	77	67,5		132 (1-3463)	
Sıklığına göre malignitenin sınıfı					0,653; 0,419		-1,121; 0,262
Sık	27	33,8	53	66,3		132 (1-1602)	
Nadir	8	25,8	23	74,2		141 (12-3463)	

Tablo Çalışma grubunda ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı

İlk tedavi türü					5,124; 0,077		5,287; 0,071
Kemoterapi veya radyoterapi	18	25,7	52	74,3		135 (12-3309)	
Kemoterapi ve (immunoterapi veya radyoterapi)	2	16,7	10	83,3		204,5 (48-754)	
Cerrahi	19	43,2	25	56,8		102,5 (1-3463)	
Tanı anındaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	62,0 (23,2–86,8)		60,4 (29,9–83,2)		-0,584; 0,560	-	-
Anket yapıldığı andaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	62,7 (24,5–87,3)		61,4 (30,7–83,6)		-0,467; 0,640	-	-

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

İlk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen süre (B+C dönemi), kategorik olarak (0-56 gün, >56 gün) ele alınmış; yaşanan yer, tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü, tanı için başvuru alan sağlık kuruluşu sayısı ve sıklığına göre malignite türü bakımından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Merkez ilçelerden birinde ikamet edenlerin %59,8'i, diğer ilçelerde veya mahallelerde ikamet edenlerin ise %30,8'i belirtilen dönemi 56 gün içinde tamamlamıştır ($p = 0,048$; $X^2 = 3,927$). Tanı koyan sağlık kuruluşu özel olan hastaların %78,9'u, kamusal nitelikte olan hastaların %51,6'sı ilk 56 günde süreci bitirmiştir ($p = 0,029$; $X^2 = 4,763$). Tanı için başvuru alan sağlık kuruluşu sayısı "1" olanların %69,2'si, iki veya daha fazla olanların %49,3'ü "B+C dönemi" 57 günden daha az sürede tamamlamıştır ($p = 0,044$; $X^2 = 4,067$). Nadir maligniteye sahip olanların %38,5'i, sık görülen bir maligniteye sahip olanların %62,1'i süreci 0-56 gün arasında tamamlamıştır ($p = 0,040$, $X^2 = 4,226$) (Tablo 18A–D).

İlk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen süre (B+C dönemi), sürekli olarak incelendiğinde eğitim durumu, birlikte ikamet edilen kişiler, tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü, ilk başvuru alan ve tanı koyan sağlık kuruluşlarının statüsü açısından farklılık bulunmuştur. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlar "B+C dönemi" ortalama 21 günde (3-180), lise ve altı olanlar ortalama 51,5 günde (5-3476) tamamlamıştır ($p = 0,004$; $z = 2,848$). Aile ile yaşayanlar ortalama 50,5 günde (3-3476), yalnız yaşayanlar ortalama 27 günde (10-35) belirtilen dönemi tamamlamıştır ($p = 0,048$; $z = -1,980$). Tanı koyan kuruluşun statüsü özel olanların dönemi ortalama 25 günde (3-378), kamu olanların ortalama 53 günde (3-3476) tamamladıkları gözlemlenmiştir ($p = 0,016$; $z = -2,412$). İlk başvuru alan ve tanı koyan sağlık kuruluşlarının statüleri incelendiğinde, en az biri özel sağlık kuruluşu olanların süreci 39,5 günde (3-378), başvurularının tamamı kamusal nitelikte sağlık kuruluşu olanların ortalama 39,5 günde (5-3476) bu dönemi tamamladıkları bulunmuştur ($p = 0,045$; $z = -2,002$). Diğer ilgili özellikler bakımından, "B+C dönemi" kategorik veya sürekli değişken olarak alındığında anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 18A–D).

Tablo 18A. Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-56 gün (n=62)		>56 gün (n=48)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Cinsiyet					0,014; 0,905		-0,048; 0,962
Kadın	33	56,9	25	43,1		49 (3-3476)	
Erkek	29	55,8	23	44,2		50,5 (5-328)	
Yaşanılan yer					3,927; 0,048		-1,551; 0,121
Merkez ilçe	58	59,8	39	40,2		46 (3-3476)	
Diğer ilçe veya mahalle	4	30,8	9	69,2		72 (16-328)	
Eğitim düzeyi					1,848; 0,174		-2,848; 0,004
Üniversite ve üzeri	14	70,0	6	30,0		21 (3-180)	
Lise ve altı	48	53,3	42	46,7		51,5 (5-3476)	
Medeni durum					1,120; 0,290		-1,152; 0,249
Evli	48	53,9	41	46,1		51 (3-3476)	
Diğer	14	66,7	7	33,3		42 (3-1693)	
Çocuk sayısı					0,093; 0,760		-0,710; 0,478
2 veya daha fazla	53	55,8	42	44,2		50 (3-3476)	
0 veya 1	9	60,0	6	40,0		42 (3-210)	
Birlikte ikamet edilen kişiler*					-; 0,130		-1,980; 0,048
Aile ile	58	54,7	48	45,3		50,5 (3-3476)	
Yalnız	4	100,0	0	0,0		27 (10-35)	
Ankara’da ikamet eden akrabalaryakınlar					0,161; 0,689		-1,477; 0,140
Birinci derece veya diğer akrabalar	54	55,7	43	44,3		50 (3-3476)	
Yok	8	61,5	5	38,5		23 (5-328)	

* Fisher’in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Tablo

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

18B. Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-56 gün (n=62)		>56 gün (n=48)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İş durumu					0,014; 0,905		-0,803; 0,422
İş yaşamı olmuş veya halen var	42	56,8	32	43,2		46 (3-1693)	
Hiç çalışmamış	20	55,6	16	44,4		51,5 (3-3476)	
İş yerinde sağlık izlemi veya periyodik muayene*					-; 0,313		-1,123; 0,262
Düzenli veya isteğe bağlı	4	40,0	6	60,0		95,5 (5-202)	
Yok	38	59,4	26	40,6		45 (3-1693)	
Bütçe dengesi					0,022; 0,883		-0,683; 0,495
Gelir giderden fazla veya eşit	34	55,7	27	44,3		50 (3-884)	
Gelir giderden az	28	57,1	21	42,9		50 (3-3476)	
Evden sağlık kuruluşuna erişim yolu					3,216; 0,073		-1,081; 0,280
Kendisinin veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle	44	51,8	41	48,2		50 (3-1693)	
Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	18	72,0	7	28,0		42 (5-3476)	
Yakınma ile kanseri ilişkilendirme					0,024; 0,876		-0,060; 0,952
Evet	15	57,7	11	42,3		51 (3-884)	
Hayır/emim değilim	47	56,0	37	44,0		48 (3-3476)	
Yakınmasını kendisi gidermeye çalışma					0,561; 0,454		-0,714; 0,475
Hayır	49	58,3	35	41,7		49 (3-3476)	
Evet	13	50,0	13	50,0		57,5 (11-884)	
Hastane başvurularında refakatçi varlığı					0,741; 0,389		-0,849; 0,396
Evet, her zaman	49	54,4	41	45,6		51 (3-3476)	

Bazen veya hiçbir zaman	13	65,0	7	35,0		44,5 (5-210)	
-------------------------	----	------	---	------	--	-----------------	--

* *Fisher*'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.



Tablo

18C. Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-56 gün (n=62)		>56 gün (n=48)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Ek hastalık					0,062; 0,803		-0,255; 0,798
Yok	26	57,8	19	42,2		50 (3-291)	
Var	36	55,4	29	44,6		50 (5-3476)	
İlk başvuru sağlık kuruluşunun basamağı					2,339; 0,311		1,182; 0,554
Birinci basamak	4	36,4	7	63,6		88 (5-187)	
İkinci Basamak	22	55,0	18	45,0		47 (3-1693)	
Üçüncü basamak	36	61,0	23	39,0		50 (3-3476)	
İlk başvuru sağlık kuruluşunun statüsü					2,017; 0,156		-1,946; 0,052
Özel	19	67,9	9	32,1		40 (3-291)	
Kamu	43	52,4	39	47,6		52,5 (5-3476)	
Tanısal işlem sayısı					0,131; 0,717		-0,876; 0,381
1	50	55,6	40	44,4		45,5 (3-3476)	
2 veya daha fazla	12	60,0	8	40,0		52 (7-472)	
Tanı koyan sağlık kuruluşunun basamağı					1,331; 0,249		-0,932; 0,351
İkinci Basamak	8	72,7	3	27,3		44 (3-291)	
Üçüncü basamak	54	54,5	45	45,5		50 (3-3476)	
Tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü					4,763; 0,029		-2,412; 0,016
Özel	15	78,9	4	21,1		25 (3-378)	
Kamu	47	51,6	44	48,4		53 (3-3476)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

18D. Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-56 gün (n=62)		>56 gün (n=48)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İlk başvuru kuruluşu					2,547; 0,110		-2,002; 0,045
En az biri özel	23	67,6	11	32,4		39,5 (3-378)	
Hepsi kamu	39	51,3	37	48,7		39,5 (5-3476)	
Tanı için başvuru sağlık kuruluşu sayısı					4,067; 0,044		-1,594; 0,111
1	27	69,2	12	30,8		44 (3-884)	
2 veya daha fazla	35	49,3	36	50,7		61 (3-3476)	
Tanısal girişim türü					1,769; 0,184		-0,482; 0,630
Minimal invaziv	44	53,0	39	47,0		51 (3-1693)	
İnvaziv	12	70,6	5	29,4		46 (16-3476)	
Hastalıkla ilgili bilgilendirilme					0,065; 0,799		-0,044; 0,965
Evet	54	56,8	41	43,2		50 (3-3476)	
Hayır	8	53,3	7	46,7		48 (16-884)	
Sıklığına göre malignitenin sınıfı					4,226; 0,040		-1,344; 0,176
Sık	41	62,1	25	37,9		47 (3-884)	
Nadir	10	38,5	16	61,5		67 (3-3476)	
Tanı anındaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	60,4 (23,2–86,8)		61,5 (35,5–83,2)		-0,078; 0,938	-	-
Anket yapıldığı andaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	61,1 (24,5–87,3)		62,3 (35,9–83,6)		-0,069; 0,945	-	-

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalı**n karakter olarak sunulmuştur.

Tablo

İlk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen süre (B+C+D dönemi), kategorik olarak (0-84 gün, >84 gün) ele alınmış; tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü, tanı için başvuru yapılan sağlık kuruluşu sayısı, ilk başvuru yapılan, tanı koyan ve ilk tedaviyi başlatan sağlık kuruluşlarının statüsü açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özel sağlık kuruluşunda tanı alanların %78,9'u, kamusal nitelikte sağlık kuruluşunda tanı alanların %55,2'si ilgili dönemi 85 günden kısa sürede tamamlamakta olduğu bulunmuştur ($p = 0,004$; $X^2 = 8,276$). Tanı için başvuru yapılan sağlık kuruluşu sayısı "1" olanların %71,8'i, iki veya daha fazla olanların %52,2'si "B+C+D dönemini" 85 günden daha az sürede tamamlamıştır ($p = 0,048$, $X^2 = 3,910$). İlk başvuru yapılan, tanı koyan ve ilk tedavi başlanan sağlık kuruluşları toplu olarak gruplandığında, en az ikisi özel olanların %82,4'ü, en az ikisi kamu olanların %55,1'i dönemi daha erken (0-84 gün) bitirmiştir ($p = 0,036$, $X^2 = 4,411$) (Tablo 19A-D).

Bu birleşik dönem (B+C+D dönemlerinin toplamı) sürekli değişken olarak incelendiğinde; eğitim durumu, birlikte ikamet edilen kişiler, ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşunun statüsü, tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü, ilk başvuru ve tanı koyan sağlık kuruluşlarının statüleri, tanısal girişimin özelliği, ilk başvuru yapılan, tanı koyan ve ilk tedaviyi başlatan sağlık kuruluşlarının statüsü açısından farklılık bulunmuştur. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlar "B+C+D dönemini" ortalanca 37 günde (4-230), lise ve altı olanlar ortalanca 62,5 günde (0-3462) tamamlamıştır ($p = 0,025$; $z = -2,245$). Aile ile yaşayanlar ortalanca 61,5 günde (4-3462), yalnız yaşayanlar ortalanca 29,5 günde (0-56) belirtilen dönemi tamamlamıştır ($p = 0,026$; $z = -2,222$). İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşunun statüsü özel olanlar ortalanca 52 günde (4-305), kamu olanlar ortalanca 73 günde (0-3462) belirtilen dönemi tamamlamıştır ($p = 0,026$; $z = -2,222$). Tanı koyan kuruluşun statüsü özel olanların dönemi ortalanca 48 günde (11-379), kamu olanların ortalanca 66 günde (0-3462) tamamladıkları gözlemlenmiştir ($p = 0,044$; $z = -2,014$). İlk başvuru ve tanı koyan sağlık kuruluşlarının statüleri incelendiğinde, en az biri özel sağlık kuruluşu olanların süresi ortalanca 52 gün (4-379), başvurularının tamamı kamusal nitelikte sağlık kuruluşu olanların süresi ortalanca 74 gün (0-3462) olarak bulunmuştur ($p = 0,044$; $z = -2,010$). Tanısal girişimi minimal invaziv olanların ortalanca süresi 68 gün (4-1649), invaziv olanların 36 gün (11-3462) olarak tespit edilmiştir ($p = 0,027$; $z = -2,207$). İlk başvuru yapılan, tanı koyan ve ilk tedavi başlanan sağlık kuruluşları toplu

olarak gruplandığında, en az ikisi özel olanların ortalama 37 günde (11-379), en az ikisi kamu olanların ortalama 68 günde (0-3462) tamamladıkları anlaşılmıştır ($p = 0,022$, $z = -2,286$). Diğer ilgili özellikler bakımından, “B+C+D dönemi” kategorik veya sürekli değişken olarak alındığında anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 19A–D).



Tablo 19A. Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-84 gün (n=63)		>84 gün (n=43)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Cinsiyet					0,818; 0,366		-0,073; 0,942
Kadın	31	55,4	25	44,6		64 (4-3462)	
Erkek	32	64,0	18	36,0		59 (0-317)	
Yaşanılan yer*					-; 0,220		-1,675; 0,094
Merkez ilçe	58	61,7	36	38,3		56,5 (0-3462)	
Diğer ilçe veya mahalle	5	41,7	7	58,3		97 (27-317)	
Eğitim düzeyi					1,141; 0,285		-2,245; 0,025
Üniversite ve üzeri	14	70,0	6	30,0		37 (4-230)	
Lise ve altı	49	57,0	37	43,0		62,5 (0-3462)	
Medeni durum					0,133; 0,715		-1,532; 0,125
Evli	51	58,6	36	41,4		62 (11-3462)	
Diğer	12	63,2	7	36,8		41 (0-1649)	
Çocuk sayısı					0,035; 0,851		-0,378; 0,705
2 veya daha fazla	55	59,8	37	40,2		60 (0-3462)	
0 veya 1	8	57,1	6	42,9		61 (4-230)	
Birlikte ikamet edilen kişiler*					-; 0,145		-2,222; 0,026
Aile ile	59	57,8	43	42,2		61,5 (4-3462)	
Yalnız	4	100,0	0	0,0		29,5 (0-56)	
Ankara’da ikamet eden akrabalar-yakınlar*					-; 0,353		-1,401; 0,161
Birinci derece veya diğer akrabalar	54	57,4	40	42,6		62 (0-3462)	

Tablo .

Yok	9	75,0	3	25,0		43 (13-317)	
-----	---	------	---	------	--	----------------	--

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalın** karakter olarak sunulmuştur.

19B Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-84 gün (n=63)		>84 gün (n=43)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İş durumu					0,875; 0,350		-0,545; 0,586
İş yaşamı olmuş veya halen var	45	62,5	27	37,5		59 (0-1649)	
Hiç çalışmamış	18	52,9	16	47,1		66,5 (4-3462)	
İş yaşamında iş yerinde sağlık izlemi veya periyodik muayene*					-; 0,486		-0,741; 0,459
Düzenli veya isteğe bağlı	5	50,0	5	50,0		102 (17-230)	
Yok	40	64,5	22	35,5		58 (0-1649)	
Bütçe dengesi					0,286; 0,593		-0,182; 0,856
Gelir giderden fazla veya eşit	37	61,7	23	38,3		59,5 (11-959)	
Gelir giderden az	26	56,5	20	43,5		60 (0-3462)	
Evden sağlık kuruluşuna erişim yolu					1,672; 0,196		-1,023; 0,306
Kendisinin veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle	46	56,1	36	43,9		68 (4-1649)	
Diğer (toplu taşıma, ambulans, yürüyerek)	17	70,8	7	29,2		48 (0-3462)	
Sağlık kuruluşuna erişmek için kullanılan taşıt sayısı*					-; 1,000		-0,507; 0,612
1	55	59,1	38	40,9		61 (0-3462)	
2	7	63,6	4	36,4		44 (25-317)	
Yakınma ile kanseri ilişkilendirme					0,750; 0,387		-0,238; 0,812
Evet	13	52,0	12	48,0		68 (21-959)	
Hayır/emim değilim	50	61,7	31	38,3		58 (0-3462)	

Tablo .

Yakınmasını kendisi gidermeye çalışma					0,004; 0,947		-0,033; 0,973
Hayır	48	59,3	33	40,7		60 (0-3462)	
Evet	15	60,0	10	40,0		58 (11-959)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalın** karakter olarak sunulmuştur.

19C Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-84 gün (n=63)		>84 gün (n=43)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Hastane başvurularında refakatçi varlığı					1,471; 0,225		-1,018; 0,309
Evet, her zaman	50	56,8	38	43,2		62,5 (4-3462)	
Bazen veya hiçbir zaman	13	72,2	5	27,8		54 (0-230)	
Ek hastalık					0,004; 0,952		-0,128; 0,898
Yok	26	59,1	18	40,9		58,5 (4-305)	
Var	37	59,7	25	40,3		61,5 (0-3462)	
İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşunun basamağı					0,574; 0,751		0,984; 0,611
Birinci basamak	5	50,0	5	50,0		89,5 (28-226)	
İkinci Basamak	22	57,9	16	42,1		65 (4-1649)	
Üçüncü basamak	36	62,1	22	37,9		56,5 (0-3462)	
İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşunun statüsü					3,221; 0,073		-2,089; 0,037
Özel	20	74,1	7	25,9		52 (4-305)	
Kamu	43	54,4	36	45,6		73 (0-3462)	
Tanısal işlem sayısı					1,398; 0,237		-0,511; 0,610
1	54	62,1	33	37,9		58,5 (0-3462)	
2 veya daha fazla	9	47,4	10	52,6		87 (14-495)	

Tablo .

Tanı koyan sağlık kuruluşunun basamağı*					-; 0,519		-0,818; 0,413
İkinci Basamak	8	72,7	3	27,3		54 (34-305)	
Üçüncü basamak	55	57,9	40	42,1		62 (0-3462)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

19D Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-84 gün (n=63)		>84 gün (n=43)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
Tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü					8,276; 0,004		-2,014; 0,044
Özel	15	78,9	4	21,1		48 (11-379)	
Kamu	48	55,2	39	44,8		66 (0-3462)	
İlk başvuru alan kuruluştan tanı koyan kuruluşa dek sağlık kuruluşunun statüsü					3,512; 0,061		-2,010; 0,044
En az biri özel	24	72,7	9	27,3		52 (4-379)	
Hepsi kamu	39	53,4	34	46,6		74 (0-3462)	
Tanı için başvuru alan sağlık kuruluşu sayısı					3,910; 0,048		-1,484; 0,138
1	28	71,8	11	28,2		53 (0-959)	
2 veya daha fazla	35	52,2	32	47,8		74 (4-3462)	
Tanısal girişim türü					2,341; 0,126		-2,207; 0,027
Minimal invaziv	44	54,3	37	45,7		68 (4-1649)	
İnvaziv	12	75,0	4	25,0		36 (11-3462)	
Hastalıkla ilgili bilgilendirilme					0,270; 0,604		-0,848; 0,397
Evet	55	60,4	36	39,6		58 (0-3462)	
Hayır	8	53,3	7	46,7		83 (14-959)	

Tablo .

İlk tedaviye başlanan sağlık kuruluşunun basamağı*					-; 1,000		-0,358; 0,721
İkinci basamak	3	60,0	2	40,0		58 (36-305)	
Üçüncü basamak	60	59,4	41	40,6		60 (0-3462)	

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalın** karakter olarak sunulmuştur.

19E Çalışma grubunda ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemin bazı özelliklere göre karşılaştırılması, Ankara, 2022

Özellik	İlk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönem						
	Kategorik				X ² veya z; p değeri	Sürekli	z veya H; p değeri
	0-84 gün (n=63)		>84 gün (n=43)			Ortanca (Ü-A)	
	n	%	n	%			
İlk tedaviye başlanan sağlık kuruluşunun statüsü*					-; 0,353		-1,601; 0,109
Özel	9	75,0	31	25,0		36,5 (11-379)	
Kamu	54	57,4	40	42,6		62,5 (0-3462)	
İlk başvuru, tanı konulan ve ilk tedavi başlanılan sağlık kuruluşu					4,411; 0,036		-2,286; 0,022
En az ikisi özel	14	82,4	3	17,6		37 (11-379)	
En az ikisi kamu	49	55,1	40	44,9		68 (0-3462)	
Sıklığına göre malignitenin sınıfı					2,278; 0,131		-1,060; 0,289
Sık	40	63,5	23	36,5		56 (0-959)	
Nadir	12	46,2	14	53,8		95 (4-3462)	
İlk tedavi türü					2,328; 0,312		3,513; 0,173
Kemoterapi veya radyoterapi	32	57,1	24	42,9		68 (4-1649)	
Kemoterapi ve (immunoterapi veya radyoterapi)	3	37,5	5	62,5		106 (13-305)	
Cerrahi	25	65,8	13	34,2		49,5 (0-3462)	
Tanı anındaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	59,9 (23,2–86,8)		62,8 (29,9–83,2)		-0,441; 0,659	-	-
Anket yapıldığı andaki yaş, yıl; (ortanca, A – Ü)	60,6 (24,5–87,3)		63,3 (30,7–83,6)		-0,463; 0,643	-	-

* Fisher'in kesin olasılık testi uygulanmıştır.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalın** karakter olarak sunulmuştur.



4.7. Tekil ve Birleşik Dönemlerde Gecikmeye Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

4.7.1. İkili Lojistik Regresyon Bulguları

Tüm tekil ve birleşik dönemler için ikili lojistik regresyon modelleri denenmiştir. Analizler sonucunda sadece D dönemi ile A+B+C+D birleşik dönemi için anlamlı model kurulamamıştır.

A dönemi için; eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanlar, eğitim düzeyi lise ve altı olanlara göre 2,609 kat (%95 GA: 1,045-6,518) gecikme (> 28 gün) açısından risk grubu olduğu bulunmuştur. İki veya daha fazla çocuk sahibi hastalar, tek çocuğu olan veya hiç çocuğu olmayan hastalara göre gecikme için 4,206 kat fazla riski olduğu anlaşılmıştır (%95 GA: 1,219-13,300). Yakınmasını kendi kendine gidermeye çalışmanın, bu eylemi gerçekleştirmeyenlere kıyasla artan gecikme riskiyle ilişkili olduğu (OO = 2,887; %95 GA: 1,261-6,565) tanımlanmıştır (Tablo 20A).

B dönemi için; eğitim düzeyi lise ve altı olanlar, eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanlara göre gecikme (> 28 gün) açısından 5,817 kat daha fazla risk altındadır (%95 GA: 1,898-17,827).

Sağlık kuruluşuna ulaşmak için kullanılan araç türü de modele girse de anlamlı bulunmamıştır (p = 0,081; %95 GA: 0,168-1,108) (Tablo 20A).

C dönemi için; tanısal işlem sayısı birden fazla olanların, bir kez işlem geçirenlere nazaran artan gecikme riskiyle ilişkili olduğu (OO = 27,398; %95 GA: 3,039-247,012) bulunmuştur. Nadir maligniteye sahip hastalar, sık görülen maligniteye sahip hastalara göre 21,085 kat (%95 GA: 2,495-178,158) gecikme için daha fazla risk altındadır (Tablo 20A).

Tablo 20A. Dönemler kategorik değişken olarak alındığında gecikmeler için risk faktörleri

Değişken	B katsayısı	S.H.	Wald	P değeri	OO	%95 GA
A dönemi (ilk yakınmadan ilk sağlık kuruluşuna başvurulana kadar) <i>referans</i> kategori: <29 gün, n = 143 -2 Log Likelihood = 180,306; Nagelkerke R ² = %12,7; Hosmer & Lemeshow X ² = 0,796; df = 3; p = 0,850; doğru sınıflandırma = %65,7						
Sabit değer	-1,992	0,628	10,052	0,002	0,136	
Eğitim düzeyi (ref: lise ve altı)	0,959	0,467	4,216	0,040	2,609	1,045-6,518
Çocuk sayısı (ref: 1 veya yok)	1,393	0,610	5,220	0,022	4,026	1,219-13,300
Yakınmasını kendi kendine gidermeye çalışma (ref: hayır)	1,057	0,421	6,301	0,012	2,877	1,261-6,565
B dönemi (ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tanısal girişime kadar) <i>referans</i> kategori: <29 gün, n = 110 -2 Log Likelihood = 137,688; Nagelkerke R ² = %15,0; Hosmer & Lemeshow X ² = 0,572; df = 2; p = 0,751; doğru sınıflandırma = %65,5						
Sabit değer	-0,995	0,522	3,643	0,056	0,370	
Eğitim (ref: üniversite ve üzeri)	1,761	0,571	9,498	0,002	5,817	1,898-17,827
Ulaşım (ref: kendi veya yakınlarının hususi aracıyla veya taksiyle)	-0,841	0,481	3,054	0,081	0,431	0,168-1,108
C dönemi (ilk tanısal girişimden mikroskopik tanıya kadar) <i>referans</i> kategori: <29 gün, n = 93 -2 Log Likelihood = 54,678; Nagelkerke R ² = %35,8; Hosmer & Lemeshow X ² = 0,059; df = 1; p = 0,808; doğru sınıflandırma = %88,2						
Sabit değer	-4,158	1,025	16,452	0,000	0,016	
Tanısal işlem sayısı (ref: 1 kez)	3,310	1,122	8,707	0,003	27,398	3,039-247,012
Sıklığına göre malignite sınıfı (ref: sık)	3,049	1,089	7,839	0,005	21,085	2,495-178,158

Kısaltmalar: S.H.; Standart Hata, OO; Odds Oranı, GA: Güven Aralığı.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

B+C birleşik dönemi için iki adet model kurulmuştur. Buna göre ilk modelde tanı için başvuru sayısı ve ilk başvuru sağlık kuruluşundan tanı alınana kadar başvuru sağlık kuruluşunun statüsü modele girse de anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla p = 0,061; %95 GA: 0,995-6,995 ve p = 0,068; %95 GA: 0,929-7,651). İlk modeldeki tek anlamlı risk faktörü; sıklığına göre malignite türü olup, nadir bir maligniteye sahip olanların sık görülen maligniteye sahip olanlara kıyasla artan gecikme riskiyle ilişkili olduğu tanımlanmıştır (OO = 4,462; %95 GA: 1,450-13,730). İkinci modelde ise; tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü özel nitelikte olanlara kıyasla, kamusal nitelikte olanlar 5,124 kat (%95 GA: 1,276-20,570) daha fazla risk altındadır. Yine bu modelde diğer tanımlanan risk faktörü de sıklığına göre malignite sınıfıdır

ve birinci modele benzer şekilde nadir görülen bir maligniteye sahip olmak gecikme için artan risk faktörüyle ilişkili bulunmuştur (OO: 2,851; %95 GA: 1,002-8,109) (Tablo 20B).

B+C+D dönemi için; ilk başvuru, tanı alınan ve ilk tedavi başlanan sağlık kuruluşunun statüsü gruplanarak incelendiğinde en az ikisi kamu olanlar, en az ikisi özel olanlara kıyasla 5,933 kat (%95 GA: 1,233-28,563) daha fazla risk altındadır. Sıklığına göre malignite sınıfı modele girse de bu birleşik dönem için anlamlı bulunmamıştır (p = 0,138; %95 GA: 0,7915,443) (Tablo 20B).

Tablo 20B. Dönemler kategorik değişken olarak alındığında gecikmeler için risk faktörleri

Değişken	B katsayısı	S.H.	Wald	P değeri	OO	%95 GA
B+C dönemi (ilk sağlık kuruluşuna başvurudan mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar), Model 1 <i>referans kategori:</i> <57 gün, n = 85 -2 Log Likelihood = 103,050; Nagelkerke R ² = %20,1; Hosmer & Lemeshow X ² = 3,630; df = 6; p = 0,727; doğru sınıflandırma = %63,5						
Sabit değer	-2,194	0,675	10,560	0,001	0,111	
Tanı için başvuru kuruluş sayısı (<i>ref: 1 sağlık kuruluşu</i>)	0,950	0,508	3,497	0,061	2,585	0,955-6,995
İlk başvuru sağlık kuruluşundan tanı alınana kadar başvuru sağlık kuruluşunun statüsü (<i>ref: özel</i>)	0,981	0,538	3,326	0,068	2,667	0,929-7,651
Sıklığına göre malignite sınıfı (<i>ref: sık</i>)	1,496	0,574	6,800	0,009	4,462	1,450-13,730
B+C dönemi (ilk sağlık kuruluşuna başvurudan mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar), Model 2 <i>referans kategori:</i> <57 gün, n = 85 -2 Log Likelihood = 107,025; Nagelkerke R ² = %14,7; Hosmer & Lemeshow X ² = 0,460; df = 2; p = 0,795; doğru sınıflandırma = %62,4						
Sabit değer	-1,868	0,698	7,168	0,007	0,154	
Tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü (<i>ref: özel</i>)	1,634	0,709	5,308	0,021	5,124	1,276-20,570
Sıklığına göre malignite sınıfı (<i>ref: sık</i>)	1,048	0,533	3,858	0,049	2,851	1,002-8,109
B+C+D dönemi (ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar) <i>referans kategori:</i> <85 gün, n = 89 -2 Log Likelihood = 111,150; Nagelkerke R ² = %12,8; Hosmer & Lemeshow X ² = 0,104; df = 2; p = 0,950; doğru sınıflandırma = %62,9						
Sabit değer	-2,106	0,787	7,155	0,007	0,122	
İlk başvuru, tanı alınan ve ilk tedavi başlanan sağlık kuruluşunun statüsü (<i>ref: en az ikisi özel</i>)	1,781	0,802	4,932	0,026	5,933	1,233-28,563
Sıklığına göre malignite sınıfı (<i>ref: sık</i>)	0,730	0,492	2,198	0,138	2,074	0,791-5,443

Kısaltmalar: S.H.; Standart Hata, OO; Odds Oranı, GA: Güven Aralığı.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

4.7.2. Çoklu Doğrusal Regresyon Bulguları

Tüm tekil ve birleşik dönemler için çoklu lineer regresyon modelleri denenmiştir. A dönemi ve A+B+C+D birleşik dönemi için model kurulamamıştır.

B dönemi için; nadir bir kansere sahip olmak, sık görülen bir kansere sahip olmaya kıyasla ortalama 234 birim daha fazla süre gerektirmektedir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,013$). C dönemi için; tanısal işlem sayısı iki ya da daha fazla olanlar, tek kez işlem geçirenlere kıyasla ortalama 13 birim daha fazla süre gerektirmektedir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,002$). D dönemi için; iki veya daha fazla çocuk sahibi olanlar, olmayanlara göre anlamlı olarak ortalama 6 birim daha fazla süre gerektirmektedir ($p = 0,007$) (Tablo 21A).

Tablo 21A. Dönemler sürekli değişken olarak alındığında gecikmeler için risk faktörleri

Değişken	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar-Beta	t	p değeri
	B	S.H.			
B dönemi (ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tanısal girişime kadar); n = 92 Düzeltilmiş R ² = %5,5; Durbin-Watson = 0,427; Tahminin standart hatası = 393,4; F = 3,632; p = 0,030					
Sabit değer	23,464	56,586		0,415	0,679
Sıklığına göre malignite sınıfı	234,172	92,884	0,262	2,521	0,013
Sağlık kuruluşuna erişim	137,818	96,585	0,148	1,427	0,157
C dönemi (ilk tanısal girişimden mikroskobik tanıya kadar); n = 111 Düzeltilmiş R ² = %9,1; Durbin-Watson = 1,977; Tahminin standart hatası = 17,2; F = 4,685; p = 0,004					
Sabit değer	16,016	2,083		7,689	<0,001
Ankara içinde akrabaların bulunma durumu	-2,762	5,197	-0,049	-0,531	0,596
Tanı koyan sağlık kuruluşunun statüsü	-6,326	4,389	-0,132	-1,441	0,152
Tanısal işlem sayısı	13,467	4,327	0,288	3,112	0,002
D dönemi (mikroskobik olarak doğrulanmış tanıdan alınan ilk tedaviye kadar); n = 142 Düzeltilmiş R ² = %3,9; Durbin-Watson = 1,848; Tahminin standart hatası = 38,5; F = 3,833; p = 0,024					
Sabit değer	16,990	3,815		4,454	<0,001
Çocuk sayısı	25,640	9,355	0,228	2,741	0,007
Hastalıkla ilgili bilgi alma	6,390	8,993	0,059	0,710	0,479

Kısaltma: S.H.; Standart Hata.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

B+C birleşik dönemi için; nadir bir kansere sahip olmak, sık görülen bir kansere sahip olmaya kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olarak ortalama 213 birim daha fazla süre gerektirmektedir ($p = 0,022$). B+C+D birleşik dönemi için; nadir bir kansere sahip olmak, sık görülen bir kansere sahip olmaya kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olarak ortalama 224 birim daha fazla süre gerektirmektedir ($p = 0,034$) (Tablo 21B).

Tablo 21B. Dönemler sürekli değişken olarak alındığında gecikmeler için risk faktörleri

Değişken	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar-Beta	t	p değeri
	B	S.H.			
B+C dönemi (ilk sağlık kuruluşuna başvurudan mikroskopik olarak doğrulanmış tanı elde edilene kadar), n = 92 Düzeltilmiş R ² = %5,0; Durbin-Watson = 0,423; Tahminin standart hatası = 396,4; F = 3,414; p = 0,037					
Sabit değer	113,476	55,876		2,031	0,045
Sıklığına göre malignite sınıfı	213,253	91,794	0,237	2,323	0,022
İlk başvurudan tanıya kadar başvurulanan sağlık kuruluşunun statüsü	-108,369	89,826	-0,123	-1,206	0,231
B+C+D dönemi (ilk sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana kadar), n = 84 Düzeltilmiş R ² = %5,3; Durbin-Watson = 0,394; Tahminin standart hatası = 414,6; F = 3,261; p = 0,044					
Sabit değer	86,691	56,411		1,537	0,128
Tanısal girişim türü	111,155	120,784	0,101	0,920	0,360
Sıklığına göre malignite sınıfı	224,045	103,944	0,238	2,155	0,034

Kısaltma: S.H.; Standart Hata.

Not: İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların p değerleri **kalin** karakter olarak sunulmuştur.

5. TARTIŞMA

İlk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar kanser bakım yolunun önemli aşamalarını değerlendirmeyi amaçlayan bu tez çalışması, konuyu bu denli kapsamlı ele alan halk sağlığı alanındaki ilk tıpta uzmanlık tezidir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde özel sağlık sektörünün artan ağırlığı, bu çalışmanın da ilgi çekici bir araştırma sorusudur, bulgular ile önemi ortaya konmuştur. Nadir görülen kanserler, hem hasta bakımından farkındalık düşük olduğu için hem de hemen bakımın her düzeyinde zorlu bir süreç yönetimi gerektirdiğinden bir başka özgün soruyu oluşturmakta idi, analiz sonuçları bunun da önemini göstermiştir. Hastaların davranışları ve içinde bulundukları sosyal yapı da gecikme için önemli diğer faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Klasik olarak eğitim düzeyinin iyi olması da gecikmeden koruyucu bir faktör olarak bu çalışma ile tekrar tanımlanmıştır.

5.1. Gecikme Süreleri

Mide, kolon ve rektum kanserlerindeki gecikmeyi inceleyen Tokat'ta yürütülmüş bir tez çalışmasında, başvuru süresi ortalama 30 (Çeyrekler Açığı; ÇA: 7-100) gün, tanı süresi ortalama 30 (ÇA: 15-60) gün ve tedavi süresi ortalama 15 (ÇA: 7,75-25) gün olarak saptanmıştır (49). Brezilya'da yapılan retrospektif bir incelemede Ocak 2013-Eylül 2015 arasında tanı almış ağız kanserlerinin tedaviye başlama süresi ortalama 59,1 gün olarak bulunmuştur (50). Birleşik Krallık'ta Temmuz 1999 ve Haziran 2000 arasında tedavi görüyor olan hastalarda ulusal düzeyde yapılan anketin sekonder analizi olan bir çalışmada hasta ve birinci basamak kaynaklı gecikmeleri ile karşılaştırıldığında, sevk gecikmeleri ve ikinci basamak bakım gecikmeleri çok daha kısa bulunmuştur (51). Gecikmeyi semptom başlangıcından tedavi başlanması arasındaki süre için kabul eden Vietnam'daki bir araştırmada, iki hastanede tedavi görüyor olan 18-79 yaş arası 462 kadın meme kanserli olgular incelenmiştir. Yüz yüze anketler yolu ilke yapılan çalışmada, gecikme için 3 kategori düzenlenmiştir: gecikme yok (< 3 ay), orta derecede gecikme (3-8 ay), ciddi gecikme (≥ 9 ay). Hastaların dörtte birinden fazlasının (%31,5) orta düzeyde gecikmeler yaşadığı ve yaklaşık beşte birinin (%17,5) ciddi gecikmeler yaşadığı bulunmuştur (52). 12 ülkede yapılmış, meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, hasta

kaynaklı ortalama gecikme süresi ve toplam gecikme süresi sırasıyla 4,7 (3,4-6,2) hafta ve 14,4 (11,5-29,4) hafta olarak bulunmuştur (53). Etiyopya’da yapılan bir araştırmada histolojik tanı ile sistemik tedaviye başlama arasındaki ≤ 90 gün, sınır olarak kabul edilmiş ve bu gecikme meme kanseri hastalarında araştırılmıştır. Hastaların sadece %53’ünün 90 gün içerisinde tedaviye başlayabildiği bulunmuştur (54). Polonya’da meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, tüm hastaların %83,1’inde tanıda gecikme saptanmıştır. Bir kadının ilk semptom gözleminden ilk tıbbi konsültasyona kadar geçen ortalama süre ortalama 61,7 gün olarak kayda geçmiştir (55). Özdemir ve ark. 2007 yılında akciğer kanserinde tanı ve tedavide gecikmeyi bir grup hastada incelemiştir. İlk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen süre ortalama 154,2 gün olarak bulunmuştur (56). Ankara’da yapılan bir tez çalışmasında, kolorektal kanser tanılı hastalarda ilk yakınmadan ilk kez bir sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen ortalama süre $7,27 \pm 11,02$ ay (A: 1, Ü: 62,5 ay) olarak bulunmuştur. 10 hastadan 6’sında 1 aydan uzun gecikme, bunların yarısında ise sürecin 6 aydan uzun sürede tamamlandığı kayda geçmiştir (57). Diyarbakır Dicle Üniversitesi’nde 2012-2014 yılları arasında yapılan 100 meme kanserli hastada, semptomlarını fark ettikten sonra, en az üç ay gecikme ile gelenlerin oranı ise %58 bulunmuştur. Hastaların %99’u doktor randevusunu üç haftadan kısa bir sürede oluşturabilmiştir. Onkolog dışında diğer tıp uzmanlarına semptomlarla ilk başvurudan itibaren geçen süre hastaların büyük çoğunluğu tarafından (%93) ilk iki hafta olarak belirtilmiştir. Onkolog muayenesi için geçen süre hastaların %62’si için üç haftadan kısa olarak bulunmuştur (58).

Tez araştırmasının bulguları ile literatürdeki gecikme sürelerini karşılaştırmak oldukça zordur. Bu durum, farklı türde kanserlerin dahil edilmesinden, ve sürelerin farklı tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, en uzun ortanca sürenin B dönemi (sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal girişime kadar geçen dönem) olduğu ortaya konmuş, yine tüm sürecin %44,0’ını kapsadığı gösterilmiştir. Diğer yandan, sürelerle ilgili bazı üst değerlerin yüksek olması, bazı alt ve üst değerlerde farkın fazla olması, farklı kanser türlerinin dahil edilmesinden kaynaklanmış olabilir.

5.2. Gecikmelerde Hasta İlişkili Faktörler

Literatürde sosyodemografik özellikler, algı, psikolojik durum gibi hasta ilişkili pek çok faktörün kanser bakım yolundaki gecikmeye etkisi incelenmiştir. Botswana’dan bir kohort

çalışmasında genel bir kanser grubu için cinsiyetin rolü incelenmiştir. Kanser türüne göre tabakalandırılmış analizde, yalnızca diğer yaygın olmayan kanserleri olan hastalar arasında cinsiyet eşitsizliğine dair bir bulgu elde edilmiştir (toplam süre; ilk yakınmadan ilk tedaviye, Erkekler: 8,2; Kadınlar: 6,8 ay) (1,4 ay, %95 GA: 0,01, 2,8) (31). Birleşik Krallık'ta ise 2007-2010 arası ulusal verilerin değerlendirildiği bir çalışmada, genel olarak kadınlarda tanı döneminin (sevkten tanı alan değin geçen süre) 8,9 gün daha uzun olduğu ortaya konmuştur (59). Özdemir ve ark. 2007 yılında akciğer kanserinde tanı ve tedavide gecikmeyi incelemiş, kadınlar gecikme sürelerinin alt kırılımlarında daha uzun sürelerle karşı karşıya kalmıştır (56). Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında, kolorektal kanser tanılı hastalarda cinsiyet açısından gecikme için anlamlı fark bulunmamıştır (57). Küçük bir grupta yapılmış olsa da Diyarbakır Dicle Üniversitesi'nde 2012-2014 yılları arasında yapılan 100 meme kanserli hastalarda, doktora başvurmak için engeller arasında kadın doktor bulunmaması (%2) çarpıcı bir bulgudur (58). Malatya'da kanser hastalarında yapılan bir araştırmada, ilk yakınmadan tanı konuluna değin hiçbir sosyodemografik özelliğin farklı bulunmadığı; ancak tanıdan ilk tedavi başlanana değin geçen sürenin erkeklerde daha uzun olduğu tespit edilmiştir (60). 12 ülkede yapılmış, meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, daha kısa hasta kaynaklı gecikme süreleri ile arkadaş ve aile desteğine sahip olma arasında ilişkili olduğu bulunmuştur (53). Polonya'da farklı kanser türlerine yönelik yapılan bir araştırmada; medeni duruma göre bakıldığında gecikme süreleri için fark bulunmamıştır (61). Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında, kolorektal kanser tanılı hastalarda medeni durum açısından gecikme için anlamlı fark bulunmamıştır (57).

Toplumsal sosyal yapısı, genel toplumsal cinsiyet algısı pek çok faktörle ilişkili olsa da, evlilik ve çocuk sahibi olmak günlük yaşam yüklerini artırıp toplumsal cinsiyet faktörünün varlığını düşündürmektedir (62). Bu olgu, herhangi bir sağlık hizmeti arama durumunda kendini gösterebilir. Dul kalmak veya boşanmak, İran'dan ve Hindistan'dan iki farklı çalışma ile hasta kaynaklı gecikme ile ilişkilendirilmiş iken (63,64), yine İran'dan başka bir çalışma ise evli kadınlarda gecikmenin daha fazla olduğu bulunmuştur (65). Çalışmamızda ise çocuk sahibi olmak A döneminde (hasta kaynaklı gecikme olarak da nitelenebilir) geç kalma açısından risk faktörü olarak bulunmuştur. Dolaylı yoldan da olsa hastanın kiminle yaşadığı, sürekli değişkenler olarak incelenen A+B+C+D birleşik dönemleri ve B+C birleşik dönemlerinde ve kategorik incelenen B döneminde önemli bulunmuş, ancak muhtemelen karelere düşen küçük

sayılar dolayısıyla modellerde anlam kazanmamıştır. Bulgular, benzer sosyal yapının dinamikleri olan evli olmanın, aile ile birlikte yaşamanın ve çocuk sahibi olmanın gecikme için önemli faktörler olabileceğini ortaya koymuştur. Kolon kanseri grubunda Ontario, Toronto/Kanada’da yapılan bir araştırmada, kadın cinsiyet daha uzun toplam süre (ilk yakınmadan ilk tedaviye) (8,7 gün; %95 GA: 6,6–10,9 gün), daha uzun tanı dönemi (9,2 gün; %95 GA: 7,5–10,9 gün), daha kısa tedavi dönemi (-0,8 gün; %95 GA: -1,4 ila -0,3 gün) ile ilişkili bulunmuştur (66). Sunulan tez araştırmasında cinsiyet faktörü tekil ve birleşik dönemlerle ilişkili olmamakla birlikte, toplumsal cinsiyet etkilerini öngördürebilecek diğer faktörler (çocuk sahibi olma gibi) daha önce bahsedildiği gibi gecikme için önemli risk faktörü olarak tanımlanmıştır.

Yaşlanma ve kanser bakım yolunun hızı ile ilgili önemli bir veri Birleşik Krallık’ta yapılan bir çalışma ile ortaya konmuştur. Araştırmacılar, yaş arttıkça (40 yaş ve üzeri için, yaş her 10 yıl arttıkça) tanı süresinin (uzmana sevkten tanıya değin) 7,8 gün arttığını ortaya koymuşlardır. Ancak bu durum kanser türlerine göre incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Dört kanser türünde (mesane, 10,3 gün; böbrek, 11,0 gün; lösemi, 18,5 gün; akciğer, 10,1 gün) tanı süresinin yaşlanmayla arttığı, iki kanser türünde (mide, -5,9 gün; pankreas, -6,0 gün) ise yaşlanmayla tanı süresinde azalma olduğu gözlemlenmiştir (59). Kolon kanseri grubunda Ontario, Toronto/Kanada’da yapılan bir araştırmada, ilk yakınmadan tanıya (tanı dönemi), tanıdan ilk tedaviye (tedavi dönemi) ve toplam süreler karşılaştırılmıştır. 50 yaşından küçük hastalar, 50 ila 74 yaş arası hastalarla karşılaştırıldığında toplam süre açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır (-0,6 gün; %95 GA: -4,3 ila 3,2). Tanı ve tedavi dönemleri ayrı ayrı incelendiğinde, genç erişkinlerde (<50 yaş) orta yaşlı (50-74 yaş) hastalara göre tanı aralıkları anlamlı derecede daha uzun (4,3 gün; %95 GA: 1,3-7,3 gün) ve tedavi aralıkları anlamlı derecede kısa (-4,5 gün; %95 GA: -5,3 ila - 3,7 gün) olarak bulunmuştur (66). ABD’de yapılan bir araştırmada, 1994-2005 yılları arasında akut myeloid lösemi tanısı alan hastaların kayıtları incelenmiş, sonuçta daha uzun sürede tanı alan gençlerde tam remisyon ve genel sağkalımın daha düşük olduğu bulunmuş ($p < 0,001$), ancak bu durum yaşlı hastalarda gözlenmemiştir (67).

Gecikmeyi semptom başlangıcından tedavi başlanması arasındaki süre için kabul eden Vietnam’daki bir araştırma ile, iki hastanede tedavi görüyor olan 18-79 yaş arası 462 kadın meme kanserli olgularda doğru bilginin eksikliği genç grupta (<45 yaş) ve psikolojik engeller

≥45 yaş kadınlar gecikme için önemli bulunmuştur (52). 12 ülkede yapılmış, meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, ileri yaşta olmak sistemle ilişkili gecikme sürelerinin daha kısa olmasıyla ilişkili bulunmuştur (53). Etiyopya’da meme kanseri hastalarında yapılan bir araştırmada yaşça daha büyük olan kadınların tedaviye zamanında başlama olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (54). Özdemir ve ark. 2007 yılında akciğer kanserinde tanı ve tedavide gecikmeyi incelediklerinde, yaş özelinde anlamlı korelasyon saptanmamıştır (56). Ankara’da yapılan bir tez çalışmasında, kolorektal kanser tanılı hastalarda yaş açısından gecikme için anlamlı fark bulunmamıştır (57). Malatya’da kanser hastalarında yapılan bir araştırmada, ilk yakınmadan tanı konuluna değin hiçbir sosyodemografik özelliğin farklı bulunmadığı; ancak tanıdan ilk tedavi başlanana değin geçen sürenin ileri yaştaki bireylerde daha uzun olduğu bulunmuştur (60).Araştırmamızda; yaş, gecikme için koruyucu faktör veya risk faktörü olarak tanımlanmamıştır. Gecikme olan ve olmayan gruplar arasında benzer yaş dağılımı izlenmiştir. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Eğitim düzeyi, hem kanser farkındalığı hem genel sağlık okuryazarlığı için önemli olmakla birlikte pek çok sağlık göstergesini genel olarak olumlu yönde etkilemektedir. 12 ülkede meme kanserli hastalardaki gecikmeleri inceleyen bir araştırmada, daha kısa hasta kaynaklı gecikme süreleri eğitim düzeyinin yüksek olması ile ilişkili faktörler olarak tespit edilmiştir. Ayrıca sistem kaynaklı gecikmelerin daha kısa olmasında da eğitim düzeyinin yüksek olması etkili bulunmuştur (53). Ankara’da yapılan bir tez çalışmasında, kolorektal kanser tanılı hastalarda eğitim düzeylerine göre gecikme süreleri anlamlı olarak farklı bulunmuş, fark “ortaokul/lise” mezunları ile “üniversite ve üzeri” mezunları arasında gözlemlenmiştir (57). Diğer yandan, bir çalışmada eşlerin lise veya üniversite mezunu olmaması gecikme için önemli bulunmuştur (60). Araştırmamızda, A dönemi ve B dönemi için; eğitim düzeyi önemli bulunmuştur. A döneminde üniversite ve üzeri olanlar, eğitim düzeyi lise ve altı olanlara göre gecikme açısından risk grubu olarak tanımlanmıştır. Diğer yandan, eğitim düzeyi yüksek grup B dönemini farklı olarak kısa sürede tamamlamıştır. Tüm süreçte ise eğitim düzeyi fark yaratmamıştır. A dönemi için bu şaşırtıcı bulgu, regresyon analizi yapılarak karıştırıcı faktörlerden arındırılmıştır. Dolayısıyla bu dönem özelinde eğitim düzeyi yüksek kişilerin sağlık arama davranışını neden geç geliştirdiğine yönelik başkaca araştırmaların yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

Aktif iş yaşamı içerisinde olmak, ekonomik durumu iyileştirirken diğer yandan iş yoğunluğu nedeniyle var olan semptomların fark edilmemesine, sağlık arama davranışının gecikmesine neden olabilir. 12 ülkede meme kanserli hastalardaki gecikmeleri inceleyen bir araştırmada, daha kısa hasta kaynaklı gecikme süreleri ile aktif iş yaşamında olma durumu ilişkili bulunmuştur (53). Yurdakul ve ark. (68) tarafından çok merkezli yapılan bir çalışmada akciğer kanseri hastalarında bakım yolundaki gecikmeler incelendiğinde, hasta kaynaklı gecikmelerin aktif çalışanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Öte yandan eşlerin iş durumunun da gecikmede önemli rol oynadığı daha önce gösterilmiştir (60). Tez araştırmasında iş durumu ile gecikme süreleri arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Gecikmeyi semptom başlangıcından tedavi başlanması arasındaki süre için kabul eden Vietnam'daki bir araştırma ile, iki hastanede tedavi görüyor olan 18-79 yaş arası 462 kadın meme kanserli olgularda, gelir durumu ile gecikme arasında önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (52). Gelir durumu veya ekonomik durum, tez araştırmasında regresyon analizleri yapıldığında gecikme için koruyucu faktör veya risk faktörü olarak tanımlanmamıştır; ancak burada beyan esasından dolayı bir bias söz konusu olabilir. Nitekim, gelir durumunu yansıtabilecek başka bir özellik olan başvuru sağlık kuruluşunun statüsü (özel veya kamu) de ayrıca incelenmiş, ilerleyen bölümlerde geniş olarak yer verilmiştir.

Yaşanılan yer, sağlık hizmetlerine erişim açısından tüm kanser yolu boyunca etkili ve önemli olabilir. Gecikmeyi semptom başlangıcından tedavi başlanması arasındaki süre için kabul eden Vietnam'daki bir araştırma ile, iki hastanede tedavi görüyor olan 18-79 yaş arası 462 kadın meme kanserli olgularda, engellerin tanı ve tedavideki gecikmelerle ilişkisi kırsal kesimde yaşayan kadınlar arasında daha güçlü olarak bulunmuştur (52). 12 ülkede yapılmış, meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, daha kısa hasta kaynaklı gecikme süreleri ile büyük bir şehirde yaşama ile ilişkili faktörler olarak tespit edilmiştir (53). Polonya'da farklı kanser türlerine yönelik yapılan bir araştırmada; yaşanılan yere göre tanı gecikmesi arasında anlamlı fark bulunmuştur, çok fazla grup bulunduğundan bu fark net anlaşılamamaktadır, diğer gecikme süreleri (toplam ve tedaviye başlangıç) için kır-kent farkı gözlemlenmemiştir (61). Castelo ve ark. (66) ile Akpınar ve ark. (69) kırsal bölge ile kentte yaşamak arasında gecikme açısından anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. Öte yandan Yurdakul ve ark. (68) tarafından çok merkezli yapılan bir çalışmada akciğer kanseri hastalarında bakım yolundaki gecikmeler incelendiğinde, sevk gecikmesinin köylerde yaşayanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Tez

çalışmasının bulgularına göre sadece sağlık kuruluşuna ilk başvurudan tanı alınana dek geçen dönem için merkez ilçede oturanların daha sık olarak daha erken sürede (8 haftadan kısa sürede) süreci tamamladıkları izlenmiş, ancak bu durum kategorik değil de sayısal olarak incelendiğinde fark bulunmamış; nitekim regresyon analizlerinde de ikamet edilen yer modellere dahil olamamıştır.

Kanser bakım yolunda gecikme için bir diğer önemli faktör hastanın algısıdır. Hastalar korku duyabilir, kanser damgalanmasından çekinebilir. Gecikmeyi semptom başlangıcından tedavi başlanması arasındaki süre için kabul eden Vietnam'daki bir araştırma ile, iki hastanede tedavi görüyor olan 18-79 yaş arası 462 kadın meme kanserli olgularda orta derecede gecikmenin (3-8 ay), psikolojik engeller (5.55 [1.75–17.57]) ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (52). Doğru bilginin eksikliği meme kanserinde gecikme için önemli risk faktörü olarak bulunmuştur (52). 12 ülkede meme kanserli hastalardaki gecikmeleri inceleyen bir araştırmada, hasta kaynaklı uzun gecikme süreleri, umursamazlıkla; daha kısa hasta kaynaklı gecikme süreleri ise meme kanseri korkusu, kendi kendine muayene olma ile ilişkili faktörler olarak tespit edilmiştir. Hasta kaynaklı olan daha uzun gecikme süreleri ve daha yüksek düzeyde güvensizlik ve umursamama, sistemle ilgili daha uzun gecikme sürelerinin öngörücüleri olarak gösterilmiştir (53). Polonya'da meme kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışma, doktor başvurusunda gecikmesinin en sık nedeni olarak kanser tanısı alma korkusunu (%31,2) kayda geçmiştir (55). Diyarbakır Dicle Üniversitesi'nde 2012-2014 yılları arasında yapılan 100 meme kanserli hastaların pek azı (%9) kendisinde kanser olduğunu düşünmüş, büyük çoğunluğu (%86) ise bunun ciddi bir durum olmadığını ve kendiliğinden iyileşeceğini düşünmüş olduğunu beyan etmiştir. Doktora başvurmak için engeller arasında korku (%23) en önemli durum olarak öne çıkmıştır (58). Diyarbakır Dicle Üniversitesi'nde 2012-2014 yılları arasında yapılan 100 meme kanserli hastalarda, doktora başvurmak için engeller arasında bilgisizlik, %7 olarak kayda geçmiştir (58). Yetişkin hematolojik kanserlerde, birincil basamak sağlık kuruluşlarına başvurmayı engelleyen etmenler arasında hizmet ilişkili duygusal nedenler üç faktörden biri olarak tespit edilmiştir (70). Tez araştırmasında, çalışma grubunun yaklaşık çeyreği (%25,8) yakınması ile kanseri ilişkilendirmiştir. İlk yakınma sonrasında, çalışma grubunda doktora gitmek istememe (%16,2), korku hissi duyma (%5,1), belirti kendiliğinden geçsin diye bekleme (%2,9), konduramama (%2,9) ve önemsememe (%1,5) gibi pek çok davranış ve tutum geliştiği

bulunmuştur. Öte yandan iki hasta korku dolayısıyla tanısal işlemini ertelemiştir. Tedaviye başlamada yine korku duymak (%19,2) önemli bir bulgu olarak dikkat çekmektedir.

Kendi kendine yakınmalarını gidermek için ilaç, bitkisel ürün veya takviye gıda kullanan kişilerin hizmet aramadaki sağlık davranışı gecikme ile sonuçlanabilir. Malezya’da meme kanseri hastalarında tamamlayıcı ve alternatif ilaç kullanımı ile ilk yakınma dönemi ve tanı arama dönemi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla OO: 1,71 ve 2,58) (71). Bir sistematik derlemede, mevcut bilgilerin ışığında meme kanseri farkındalığının artırılması şeklinde yapılacak müdahale çalışmalarının gecikmeyi azaltabileceği önerilmiştir (72). Benzer şekilde, sunulan tez araştırmasının sonuçlarıyla genel bir kanser hastaları grubunda herhangi bir şekilde kendi kendine yakınmalarını gidermeye çalışma eylemlerinin, A döneminde gecikme için risk faktörü olduğu ortaya konmuştur. Bu durumu açıklamak için, sosyodemografik özellikler açısından ilgili durumun anlamlı bir farklılık teşkil edip etmediği incelenmiş, fark gözlenmemiştir. İlgili bulgular, kanser farkındalığının artırılması ile bu eylemlerin azalabileceğini öngörmektedir.

Ankara’da yapılan bir tez çalışmasında, kolorektal kanser tanılı, komorbidite varlığı açısından gecikme için anlamlı fark bulunmamıştır (57). Tez araştırmasında, tedaviye başlamada gecikme için ek hastalığın komplikasyonu nedeniyle tedaviye bir süre başlanamaması (%3,8) ve uçuk varlığı nedeniyle erteleme (%3,8) dikkat çekmiştir.

5.3. Gecikmelerde Hastalık İlişkili Faktörler

Yaklaşık her dört kanserden biri “nadir kanser” olarak nitelendirilmektedir. Genel olarak tanısal süreçlerin zorluğu, daha genç yaşlarda görülmesi, tedavi yelpazesinin darlığı, yaşam kalitesinin daha kötü olması, sağkalımların daha düşük olması, erken ölümlere neden olması ve maliyeti bu grubu özel ve kırılğan kılmaktadır (46,73–78). Tamamı nadir kanserler olan nöroendokrin tümörlere sahip kişilerde gecikme ve kanser bakım yolunu araştırmayı amaçlayan, Birleşik Krallık’tan araştırmacılar ile Nöroendokrin Tümörler Hasta Derneği (Birleşik Krallık) ortaklığında yayınlanan çalışma çarpıcı bulgulara ulaşmıştır. Buna göre ilk yakınmadan tanı alınana değin geçen ortalama süre 53,8 ay olarak bulunmuştur. Her beş katılımcıdan dördü yakınmaları dolayısıyla ortalama 11 kez aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yarısından çoğu (%58) ortanca üç kez ikinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmiş olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan her 10 katılımcıdan üçü acil servise başvuru sonrası tanı aldığını belirtmiştir (79).

Kanser bakım yolunda nadir kanserlerdeki uzun süreler, bazı nadir tiplerin semptomlarının hem hastalar ve yakınları hem de hekimler ve sağlık çalışanları tarafından çok fazla tanınmaması, ayrıca var olan semptomların da silik olması, öncelikli ön tanı olarak görülmemeleri, ayırıcı tanının zor olması gibi nedenler katkıda bulunmuş olabilir (80,81). Birleşik Krallık Hematolojik Maligniteler Araştırma Ağı'nın yaptığı bir araştırmada, karma bir hematolojik maligniteler kohortunda toplam (ilk yakınmadan tanı alınana kadarki dönem) ortalama süre 123 gün (erkek: 108, kadın: 138), hasta gecikmesi (ilk yakınmadan sağlık kuruluşuna ilk başvuruya kadarki dönem) ortalama 17 gün (erkek: 16, kadın: 26), tanı gecikmesi (ilk sağlık kuruluşuna başvurudan tanı alınana kadarki dönem) ortalama 65 gün (erkek: 62, kadın: 72) olarak bulunmuştur (81). Benzer uzun süreler/gecikmeler başka bir çalışmada daha mikoz fungoides (82) için ve diffüz büyük B hücreli lenfoma için (36) bildirilmiştir. Yine Birleşik Krallık'tan bir çalışmada lösemi, lenfoma ve miyelomların ilk yakınma ortaya çıktıktan sonra sağlık kuruluşuna ilk başvuruyu engelleyen, ertelemeye sebep olan faktörler incelenmiştir. Buna göre, hastaların %16'sı ilk kez sağlık kuruluşuna başvurmadan önce üç aydan fazla beklediği raporlanmıştır. Bazı yakınmalar ve bazı özel hematolojik malignite alt tipleri üç aydan uzun beklemek için risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Dikkat çekici bir şekilde, yakınmaların önemli olduğunu anlamamak da yine risk faktörü olarak bulunmuştur (83). Hollanda'dan ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada nadir ve sık görülen kanserleri kanser bakım yolundaki süreler ve gecikme risk faktörleri açısından incelenmiştir. Toplamda 7343 hasta (nadir = 1856, sık = 5487) katılmıştır. Buna göre, nadir kanser hastalarına, sık görülen kanser hastalarına kıyasla teşhis ve tedavi uygulanan hastanelerin birbirinden farklı-ayrı olması daha fazla olduğu (%67'ye karşılık %59, $p < 0,001$) anlaşılmıştır. Nadir görülen kansere sahip hastaların aynı hastanede tedavi olmaları durumu daha sık gözlemlenmiş (%60'a karşılık %57, $p = 0,014$), buna ek olarak birden fazla hastanede tedavi edildiklerinde ise sık görülen kansere sahip bireylere göre daha fazla olumsuz deneyim bildirdikleri raporlanmıştır (%14'e karşılık %9, $p < 0,001$). Yine nadir kanserlere sahip kişiler, doktorları tarafından ikinci görüş amacıyla gidecekleri hastane konusunda daha sık tavsiye aldıkları anlaşılmıştır (%50'ye karşılık %36, $p < 0,001$), sık görülen kansere sahip bireylere göre nadir kanserler özelinde uzmanlaşmış bir hastaneyi seçme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (%33'e karşılık %22, $p < 0,001$). Ayrıca seyahat etme yüküne karşılık gelen bir bulgu olarak, nadir kansere sahip bireyler gerekli görülürse seyahat etmeye daha istekli olarak tespit edilmiştir (%55'e karşılık %47, $p < 0,001$) (84).

Nadir kanserlerdeki tanı ve tedavideki zorluk daha önceki çalışmalarla; tek bir tanı testinin olmayışı, nadir kansere özelleşmiş uzmanların azlığı gibi nedenler ortaya konmuştur (82). Tez çalışmasının bulgularına göre, nadir bir kansere sahip olmak gecikme için özellikle sağlık kuruluşuna başvurduktan sonra tanı alana dek oldukça dezavantajlı bir durumdur, ancak bu nadir kanser grubu sayı olarak az olduğundan ayrıca tek grup analizine tabi tutulmamıştır. Ancak tüm bu literatür bulguları, daha önce bahsedilen sık görülen kanserlere odaklanan çalışmalarla da ayrıca karşılaştırıldığında, nadir kanserlere sahip hastaların kanser bakım yolunda gecikme açısından fazlaca dezavantajlı olduklarını ortaya koymaktadır. Tez araştırmasının bulguları nadir/sık kanser farkını inceleyen literatürdeki bilinen ikinci çalışmadır. Tekil ve birleşik dönemler sayısal değişken olarak alındığında regresyon analizleri ile B, B+C, B+C+D dönemlerinde, kategorik alındığında C ve B+C dönemlerinde nadir bir kansere sahip olmak belirtilen dönemler özelinde gecikme için risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Bu durum, özellikle sağlık kuruluşuna başvurduktan sonra muhtemelen hastalara bağlı olmaksızın nadir bir kansere sahip olmanın dezavantajının yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Daha önce bu dezavantajın nedenlerine değinilmiştir. Üstesinden gelebilmek için uluslararası düzeyde pek çok çalışma ve proje yürütülmekte, politikalar benimsenmektedir. Örneğin; Avrupa’da nadir kanserlere yönelik merkezi hizmet sunumunun iyi klinik sonuçları olabileceği daha önce ülke örnekleriyle birlikte paylaşılmıştır (85). AB tarafından fonlanan *Joint Action on Rare Cancers* (JARC) tarafından yayınlanan “*Rare Cancer Agenda 2030*” (Nadir Kanser Gündemi 2030) ve Avrupa Kanser Organizasyonu tarafından yayınlanan “*Time to Accelerate: Action on Rare Cancers*” (Hızlanma Zamanı: Nadir Kanserlerde Eylem) politika belgelerinde zamanında tanı ve tedavinin önemi, kanser bakım yolunun geliştirilmesi gerektiği, Avrupa’daki ağların önemine vurgu yapılmıştır (86,87). Ayrıca diğer nadir hastalıklar ile ilgili de benzer deneyimlerin ardından, 2017 yılında 24 nadir hastalık grubuna yönelik, her anlamda uluslararası işbirliği amacıyla Avrupa Referans Ağları (*European Reference Networks; ERNs*) kurulmuştur. Bunlardan dördü nadir kanserlere yöneliktir: i) *ERN PaedCan* (çocukluk çağı kanserlerine yönelik), ii) *EURACAN* (nadir yetişkin kanserlerine yönelik), iii) *ERN GENTURIS* (kalıtsal kanser sendromlarına yönelik) ve iv) *EuroBloodNet* (nadir hematolojik kanserler dahil nadir hematolojik hastalıklara yönelik) (88). Örneğin *EURACAN*’in amaçları şu şekilde belirtilmiştir (89):

- Nadir kanserlerin doğru patolojik ve moleküler tanısına erişimi artırmak.

- Tüm AB üye ülkelerinde optimum standart tedavilere ve yeniliklere erişimi geliştirmek.
- Nadir görülen kanserlere yönelik bakım kalitesini artırmak ve uyumlu hale getirmek için tüm ülkelerdeki sağlık ekiplerine yönelik eğitim programları geliştirmek.
- Ağ çalışmalarının oluşturulması ve yaygınlaştırılmasının yanı sıra eğitim araçları için hasta savunuculuk gruplarını entegre etmek.
- Hastaların uzman merkezlere sevki ve kendi kendine sevki için 'yol haritaları' uygulamak.
- Klinik Uygulama Kılavuzlarını geliştirmek ve sürekli olarak gözden geçirmek.
- Kanser bakımı ve araştırmaları ve ötesindeki önemli ulusal ve uluslararası aktörler/ağlarla ve diğer nadir hastalık paydaşlarıyla etkileşimde bulunmak.

EURACAN, hasta dernekleriyle işbirliği sonucunda 2021 yılında yayınladığı bir politika makalesinde 10 temel nadir solid kanser grubunu *RARECARE* çalışmasını referans göstererek belirlemiştir. Burada amaç, her merkezde bu 10 temel gruba yönelik olgu koordinatörünün belirlenmesidir. Grubu; i) bağ dokusu, ii) kadın genital sistem ve plasenta, iii) erkek genital sistem ve üriner yol, iv) nöroendokrin sistem, v) sindirim yolu, vi) endokrin organlar, vii) baş ve boyun, viii) göğüs, ix) deri ve gözün melanomu ve x) beyin ve spinal kord oluşturmaktadır. Makalede kanser bakım yolunun iyileştirilmesine, kanser bakım yolunda çok disiplinli ve entegre hizmet yaklaşımının önemine, olgu konseylerinin oluşturulması ve var olanlar için standartlar belirlenmesi, bölgesel farklılıkları azaltmaya yönelik çalışmaların yapılması, klinik rehber ve karar destek sistemlerinin etkin kullanılması gibi öneriler geliştirilmiştir. Bölgesel farklılıkları belirlemek üzere *STARTER (Starting an Adult Rare Tumour Registry)* projesi örnek olarak gösterilmiştir. Ayrıca *ERN*'lere yönlendirme-sevk için de ulusal düzeyde ve AB düzeyinde girişimlerin daha fazla devreye alınması gerektiği ifade edilmiştir (89). *EURACAN* şimdiye kadar 22 klinik uygulama kılavuzu geliştirmiş, ayrıca, hasta savunuculuk grupları ile işbirliği içinde Avrupa Birliği'nin 24 diline çevrilmiş toplam 14 bilgi broşürü geliştirilmiş ve 17 eğitim oturumu düzenlemiştir. Öte yandan, ulusal ağlarla bağlantılar, sınır ötesi sağlık hizmetlerinin basitleştirilip mümkün kılınması, uluslararası çok disiplinli tümör kurulların aktif hizmet sunmasının kolaylaştırılması, kayıt merkezlerinin kurulup geliştirilmesi ve bakım kalitesinin izlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ağın ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının performanslarına ilişkin değerlendirme kriterleri önerilmiştir. Gelecek 5 yıl için yetişkin nadir kanser hastalarına yönelik bakım yolunun bağlantılar ve yerel ile ulusal merkezlerin belirtilerek tanımlanması amaçlanmıştır (90). İsveç'te pek çok nadir kanser türüne özel olarak kanser bakım

yolunun standartları belirlenmiştir (91). Bakım yollarını açıklayan ulusal rehberlerin, hekimlere destek olarak kanser bakım yolundaki eşitsizlikleri azaltmada, gecikmeleri azaltmada önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu rehberlerin, nadir kanserler için de uluslararası örneklerde açıklandığı üzere ayrıca düzenlenmiş veya düzenlenme amacı olması hem ihtiyacı vurgulamakta hem de potansiyel faydasını ortaya koymaktadır.

Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği, “Tüm Politikalarda Nadir Kanserler – RCE'nin Eylem Çağrısı” ismiyle 2021 yılında bir politika metni yayınlamıştır. Burada fonların artırılması gerektiği, stratejik girişimlerin desteklenmesi gerektiği, Avrupa Kanseri Yenme Planı altında nadir kanserlere özel bir program oluşturulmasının önemi, *ERN*'lere finansal desteğin devamlılığının önemli olduğu, olgu tartışmaları için bilgi teknolojilerinin kullanılmasına destek verilmesi, mevcut klinik kılavuzların ilgili *ERN*'lerin pratiğinde entegrasyonu, *ERN*'ler tarafından geliştirilen kılavuzların ise ulusal düzeyde benimsenmesi gerektiği, nadir ve ultra nadir kanser kayıtçılığını Avrupa Kanser Kayıt Merkezleri Ağı (*European Network of Cancer Registries, ENCR*) ile geliştirmek, nadir kanserlere yönelik ERASMUS benzeri programlar ile *ERN*'ler arası bilgi alış verişinin sağlanması, tüm ulusal kanser planlarına nadir kanserlerle ilgili bölümler eklenmesi gerektiği, sağlık profesyoneli olmayan ancak bakımda görevli diğer profesyonellere (örn. sosyal hizmetler) yönelik eğitimlerin düzenlenmesi gerektiği tavsiye edilmiştir (92). Çocukluk çağı kanserleri dahil nadir kanserlerin tanısındaki gecikme, (a) yalnızca ihmal edilebilir semptomların varlığı, (b) ilişkili risk faktörlerinin bulunmaması ve (c) nadir kanserlere sahip bireylerin toplumda genel olarak bilinen risk altındaki grup olarak tanımlanmamasından kaynaklanıyor olabilir. Nadir kansere sahip bireylerin tedaviye başlamasının yanı sıra, uzmanlaşmış merkezlerde tedavi görebilmeleri çok önemlidir. Alanında eğitilmiş ve uzmanlaşmış onkoloji iş gücü; çok disiplinli yaklaşım; ekipman ve ilaçların yeterliliği; tedavi görmek için seyahat edebilme durumu ve geri ödeme alabilme durumu tedavinin başarısını etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir. Nadir görülen kanserlere özelleşmiş uzmanların ve pediatrik onkologların kapsamlı eğitimi birçok AB Üye Devletinde eksik olduğu belirtilmektedir (93). T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Nadir Hastalıklar Sağlık Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2023-2027)” nadir hastalıklar ile ilgili olumlu politika metinleri içerse de nadir kanserlere yönelik bir ifade bulunmamaktadır (94).

Birleşik Krallık'ta Temmuz 1999 ve Haziran 2000 arasında tedavi görüyor olan hastalarda ulusal düzeyde yapılan anketin sekonder analizi olan bir çalışmada meme kanseri hastaları en

kısa “toplam gecikme”yi yaşamıştır (ortalama 55,2 gün), ardından akciğer (88,5 gün), yumurtalık (90,3 gün), non-Hodgkin lenfoma (102,8 gün), kolorektal (125,7 gün) ve prostat (148,5 gün) gelmiştir (51). Polonya’da farklı kanser türlerine yönelik yapılan bir araştırmada; primer tümörün lokalizasyonunun “toplam süre” üzerinde önemli bir etkisinin olduğu bulunmuştur. “Tanı alma süresi” ve “tedaviye başlama süresi” için de primer tümörün lokalizasyonu önemli bulunmuştur (61). Tez araştırmasında, küçük gruba sahip olduğundan kanser türüne özgü sadece tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur, küçük sayılardan dolayı literatürle karşılaştırmanın uygun olmadığı düşünülmüştür. Küçük sayılardan dolayı kanser türlerine göre gecikme sürelerine etki eden faktörler ayrıca incelenmemiştir.

Polonya’da farklı kanser türlerine yönelik yapılan bir araştırmada; başlangıç tedavi yönteminin “toplam süre” üzerinde önemli bir etkisinin olduğu bulunmuştur. “Tedaviye başlama süresi” için de benzer şekilde hangi tedavi yönteminin uygulanacağı önemli bulunmuştur (61). Tez araştırmasında, tedavi türüne göre gecikme süreleri açısından fark tespit edilmemiştir. Bu durum, grubun heterojen bir kanser grubundan oluşmasından kaynaklanmış olabilir.

5.4. Gecikmelerde Sağlık Hizmetleri Sunucusu ve Sistem İlişkili Faktörler

Etiyopya’da meme kanserli hastalarda yapılan bir araştırmada ulaşım eksikliği, zamanında bakımın önündeki engellerden biri olarak öne çıkmıştır (54). Tez araştırmasında da bu durum incelenmiş, ancak gecikme açısından önemli bulunmamıştır. Yine de, tedavi görülen hastaneye erişimin çok uzun sürdüğü pek çok hasta tarafından bildirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel ve kamu sektörüne ait sağlık kuruluşları arasındaki denge, bunların sundukları sağlık hizmetinin kalitesi çok önemlidir. Öte yandan, hükümetlerin bu dengeyi korumadaki politikaları, sağlık hizmetlerinin kalitesine, dolayısıyla kanser bakım hizmetlerine de yansımaktadır. Etiyopya’da meme kanseri hastalarında yapılan bir araştırmada hizmetler için ödeme yapamamak, çoğunlukla zamanında bakımın önündeki engeller olarak öne çıkmıştır (54). Polonya’da farklı kanser türlerine yönelik yapılan bir araştırmada; “tanı alma süresi”ni en çok etkileyen faktörler arasında sağlık tesisinin özelliği ve yerleşim yeri olarak tespit edilmiştir. “Tedaviye başlama süresi” için tümör lokalizasyonu, hangi tedavi yönteminin uygulanacağı ve sağlık tesisinin özellikleri (özel sağlık kuruluşunda daha kısa) olduğu

gösterilmiştir. Tanı sürecinde özel sağlık hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadığı sorulan hastaların %27'si tanı işlemlerinin bir kısmını ödemeyi kabul ettiğini beyan etmiştir. Daha yüksek bir eğitime sahip olan daha genç hastaların, teşhis sürecinde tıbbi hizmetler için daha sık ödeme yaptığı bulunmuştur. Özel sağlık hizmetlerinin kullanımı ile mesleki faaliyet, medeni durum, primer tümör lokalizasyonu ve sağlık tesislerinin özelliği arasında da önemli ilişkiler gösterilmiştir (61). Mide, kolon ve rektum kanserlerindeki gecikmeyi inceleyen Tokat'ta yürütülmüş bir tez araştırmasında, tanı süresi ile tanı alınan sağlık kuruluşu statüsü arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre devlet hastanesinde ortalama $40,43 \pm 55,20$ günde, üniversite veya eğitim araştırma hastanesinde ortalama $64,14 \pm 68,85$ günde, özel hastanede ortalama $28,46 \pm 29,99$ günde tanıya ulaşılmıştır. İlgili tezde normal dağılım analizi yapıp yapılmadığı açık değildir, sunulan ortalama süre değerlerinde standart sapma değerleri yüksektir. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarından sonra post-hoc sonuçlar sunulmamıştır, bu nedenle sağlık kuruluşları arasındaki farklılığın özellikle hangi gruplar arasında olduğu anlaşılamamıştır (49). Sunulan tez araştırmasının sonuçlarına göre, sağlık kuruluşları arasında kanser bakım yolunu daha kısa sürede tamamlama açısından özel hastaneler avantajlı konumdadır, bu anlamda bulgunun literatürle benzer olduğu söylenebilir.

Hekimlerin bilgi düzeyi, hangi basamakta çalıştıkları da kanser bakım yolunu oldukça etkileyebilir. Birleşik Krallık'ta Temmuz 1999 ve Haziran 2000 arasında tedavi görüyor olan hastalarda ulusal düzeyde yapılan anketin sekonder analizi olan bir çalışmada tanıdan önce pratisyen hekimini gören hastaların, görmeyenlere göre çok daha uzun toplam tanı gecikmeleri yaşadığı tespit edilmiştir (51). Erbaycu ve ark.nın 2005 yılında yayınladıkları çalışmalarında, akciğer kanseri tanı ve tedavi gecikmesinde hekim etkisini ortaya koyması açısından önemli bulgular içermektedir. Olguların neredeyse beşte ikisine (%41,7) ilk başvurudan sonra ileri tetkik için yönlendirilmeden analjezik/antienflamatuvar ve antibiyotik gibi tedaviler önerildiği ortaya konmuştur. Tedavi önerilen ve önerilmeyen grupta hekime ilk başvurudan tanıya kadar geçen süre farklı bulunmuştur (sırasıyla 74,6 ve 29 gün, $p < 0,001$) (95). Tez bulgularında, tanıda gecikme olduğunu beyan eden olguların bir kısmı (%8,2) doktor kaynaklı gecikme bildirmiştir. Bu durum, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde eksikliklerin olmasına bağlı olabilir. Öte yandan, Avrupa ülkelerindeki kanser türüne özel olan ve olmayan semptom temelli kanser bakım yolunu ve hasta sevkini hızlandıran sistemlerin kurulması doktor kaynaklı gecikmelerin büyük oranda önüne geçebilir. Sevk sisteminin mevcudiyeti, kanser bakım yolu için başvuru

doktor sayısını hastanın değil ihtiyaç duyuldukça sistem tarafından belirlenmesini sağladığı için önemli olabilir.

zdemir ve ark. 2007 yılında akciğer kanserinde tanı ve tedavide gecikmeyi bir grup hastada incelemiş, gidilen doktor sayısı ile ilk yakınmadan tanı alınana kadar ve ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana kadar geçen dönemler için pozitif yönde orta derecede korelasyon mevcut olduğu saptanmıştır (56). Yurdakul ve ark. (68) tarafından çok merkezli yapılan bir çalışmada akciğer kanseri hastalarında bakım yolundaki gecikmeler incelendiğinde, hastaların danıştığı doktor sayısı arttıkça sevk gecikmesinin, doktor gecikmesinin ve toplam gecikmenin arttığı tespit edilmiştir. Yetişkin hematolojik kanserlerde, birincil basamak sağlık kuruluşlarına başvurmayı engelleyen etmenler arasında hizmet ve sağlık profesyoneli ilişkili nedenler  faktörden biri olarak tespit edilmiştir (70). Benzer şekilde, tez araştırmasının bulguları da tanı alma için başvurulan sağlık kuruluşu sayısının B+C ve B+C+D birleşik dönemleri için önemli olduğunu doğrulamaktadır. Doktor kaynaklı tanı gecikmesi çalışma grubunun %8,2'si tarafından bildirilmiştir. Ek olarak, daha fazla tanısal işlem sayısına sahip olmak C dönemi için gecikme açısından risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Bu bulgular, sevk sisteminin getirilmesi gerektiğini dolaylı yoldan da olsa göstermektedir.

5.4.1. Bazı lkelerde Kanser Bakım Yolundaki Gecikmeyi Azaltmak, Erken Teşhis ve Zamanında Tedaviyi Artırmak için Halk Sağlığı Müdahaleleri

Birleşik Krallık'ta 1997'de Ulusal Sağlık Hizmetleri'nde (*National Health Services, NHS*) reform kararı alınmış ve buna göre kanser bakım hizmetlerine erişimin hızlandırılması amaçlardan biri olarak benimsenmiştir. Bu amaç, ilk olarak meme kanseri şüphesi olanların iki hafta içinde uzmana sevkı hedeflenerek örneklenmiştir (96). Daha sonra bu, 2000 yılında tüm kanserler için genişletilmiştir. 2005 yılında ise Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet

Enstitüsü (*National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*) tarafından, toplamda 12 kanseri kapsayacak şekilde erken tanı için semptom kodları listesi önerilmiştir (97). Kodların geçerliliği analizlerle ispatlanmış ve %95'e duyarlılığın mevcut olduğu ortaya konmuştur (98,99). abaların karşılığının olup olmadığını, Neal ve ark. Birleşik Krallık Genel Uygulama Araştırma Veritabanı'nı kullanarak NICE'in 2005 rehberinin etkisini ortaya koymayı amaçlayarak ele almıştır. Bunun için rehber öncesi ve sonrası iki dönem (2001-2002 ve 20072008) karşılaştırılmıştır. Müdahalenin sonucu olarak, zamana göre bakıldığında tüm

kanserlerde tanı süresinde (ilk başvurudan tanıya değin geçen süre) ortalama 5,4 günlük bir azalma kaydedilmiştir, bazı kanserlerde süre azalması şöyledir: baş-boyun (21,2 gün), mesane (16,4 gün), kolorektal (9 gün), özefagus (13,1 gün), pankreas (12,6 gün). Ayrıca NICE semptomlar listesi kullanılarak yapılan sevklerde tüm kanser türlerine göre tanı sürecinin hızlandığı bulunmuştur (100). Birleşik Krallık'ta NHS Anketi verilerine dayalı olarak gerçekleştirilen bir araştırmada, toplamda 6 kanser grubu (meme, kolorektal, akciğer, yumurtalık, prostat ve Hodgkin dışı lenfoma) incelenmiştir. Hasta ve birincil bakım gecikmeleriyle karşılaştırıldığında, sevk gecikmeleri ve ikincil bakım gecikmeleri çok daha kısa olarak bulunmuştur. Teşhisten önce aile hekimlerine muayene olan hastaların, diğerlerine göre önemli ölçüde daha uzun toplam teşhis gecikmeleri yaşadıkları tespit edilmiştir (51). Mevcut durumda aile hekimine başvurudan sonra uzmana sevkten tanı alana kadar 28 günlük bir süre standart olarak belirlenmiştir. Ayrıca tedavi için de sevkten tedavi olana değin 62 gün kesme değeri olarak belirlenmiştir, dolayısıyla bunlar hedef için üst değerlerdir. Programla birlikte, 2028 yılına kadar her yıl 55.000 kişinin daha beş yıl veya daha uzun süre kanserden sağ kalması ve kanserli kişilerin %75'ine daha erken teşhis konulması öngörülmektedir (101). Tez araştırmasının bulgularında, en uzun ortalama süre 31 gün ile B dönemine aittir, diğer tekil dönemler olan A, C ve D dönemlerinde ise sırasıyla ortalama süre 14, 12,5 ve 13 gündür. Bu bulgu, hatırlama ilişkili yanlış bilgi veya araştırmanın daha küçük bir grupta yapıldığından kaynaklı olabilir. Öte yandan; basamaklar arası entegrasyonun iyileştirilmesi, sevk sisteminin sisteme ek yük getirmeyecek şekilde getirilmesi, aile hekimlerinin bilgi düzeylerinin artırılması ve birinci basamakta kanser semptom listesinin aktif kullanılması gecikmeyi azaltmak için faydalı olabilir. Tez araştırmasının bulgularında da, sağlık kuruluşu basamakları arasında gecikme açısından anlamlı fark bulunmasa da, bazı hastalar özellikle aile hekimlerinin antibiyotik reçete ettiğini veya başkaca ilaçlar reçete ettiğini bildirmiştir. Bu durum, tek başına bir faktör olmasa da az sayıda hastada gecikmelere neden olmuştur.

İsveç'te toplum tabanlı kanser kayıt merkezlerine ek olarak kanser kalite kayıt merkezi kurulmuştur. Kalite kayıt merkezi, kişiye özel tanı, tedavi ve sonuçlara ilişkin bireysel bazlı verileri içermektedir. Amacı sağlık sonuçlarının ve kalitesinin takibini ile değerlendirilmesinin kolaylaştırılması şeklinde belirtilmiştir ve 30 ayrı kanser türüne göre veri toplanmaktadır (102). Ayrıca, ülkede 2015 yılında her kanser türüne özel kanser bakım yoluna odaklanan ulusal rehberler hazırlanmıştır. Burada, kanser şüphesi nedeniyle araştırılan herkesin gereksiz bekleme süresi olmaksızın iyi organize edilmiş, bütünsel ve profesyonel bakımı deneyimlemesi

amaçlanmıştır. Buna göre örneğin meme kanseri için ilk doktora başvurudan (ilk klinik şüphenin ortaya çıkmasından) ilk tedaviye başlanana dek belirlenmiş sınır 28 gün olarak belirtilmiştir. Kurulan sistem, Danimarka'nın 2007'de başlattığı projeyi örneklemiştir (103). İsveç'in 2022 yılına ait sonuçlarına göre hedeflenen sürelerin genel olarak %42'sine ulaşılmıştır. Hedef tutturma oranı bakımından ilk beş kanser türü: akut lenfoblastik lösemi (%90), akut miyeloid lösemi (%80), lenfomalar (%66), kronik lenfositler lösemi (%62), kemik sarkomu (%61) ve myelom (%59) şeklindedir. Hedeflere en uzak kalan ilk beş kanser türü ise şöyledir: mesane (%14), penis (%26), rahim ağzı kanseri (%26), akciğer (%26), prostat (%30) (104). Yine İsveç'ten yayınlanan bir toplum tabanlı bir çalışmada 2013 yılı için meme, prostat, kolon ve rektum kanserleri için ortalama bekleme süreleri 20, 172, 40 ve 57 gün olarak bulunmuştur (105).

Tez çalışmasında B+C+D dönemini (ilk kez sağlık kuruluşuna başvurudan ilk tedavi başlanana dek geçen süre) çalışma grubunun %59,4'ünün ilk 12 haftada (0-84 gün) tamamladığı kaydedilmiştir. Ancak sunulan tez çalışmasında her kansere özel sınır değerler belirlenmemiş, gecikme için kesme değeri olarak 12 hafta (84 gün) belirlenmiştir. Kesme değerlerinin İsveç'teki gibi toplum tabanlı bir kayıt merkezi aracılığıyla kurulacak bir sistem aracılığıyla daha keskin bir şekilde belirlenmesi uygun olabilir ve daha sağlıklı karşılaştırmalar yapılabilir. Bunun yanı sıra benzer bir sistemin kurulması, gecikme sürelerini kısaltacağından sağlık hizmet kalitesinin artışına da ciddi katkı sunabilir. Klinik rehberler, kanser türüne özel semptomların mevcudiyetinde sevk hızlandırma amacını gütmektedir. Avrupa'da ilk kez Danimarka'da 2011 yılında kanser türüne özel olmayan ancak ciddi semptomlara yönelik hazırlanan bir sevk müdahalesinde oldukça olumlu sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin kaba sevk hızı 2014 yılında 100.000 kişide 114 iken, 2017-2021 döneminde 100.000 kişide 214'e yükselmiş, tüm kanserler içindeki kanser türüne özgü olmayan semptoma sahip olanların oranı %3'ten %6'ya ulaşmıştır. Sevk edilenlerin %20'si kanser tanısı almış, bununla birlikte hastaların %24'ünde kanserden başka ileri tetkik ve tedavi gerektiren ciddi hastalıklar tespit edilmiştir (106).

Avustralya'da oluşumunu "hayır kurumu" olarak ifade eden *Cancer Australia*, Hükümet ve ilgili diğer hükümet dışı kuruluşlar ile, pek çok sağlık profesyoneli organizasyonu ve bilim insanının katkısıyla, ortak bir şekilde çalışarak kanser bakım yolu standartları (İdeal Bakım Yolları) için 30 farklı kanser türüne özgü rehber çıkarmıştır. Rehberler arasında; nöroendokrin tümörler, Hodgkin ve diffüz büyük B hücreli lenfomalar gibi pek çok nadir kanser türüne özel

olarak hazırlanmış olanları da mevcuttur. Aborjinler ve *Torres Boğazı* Adalıları için ayrı bir rehber ve kısa bir kılavuz yayınlanmıştır. Benzer şekilde ergen ve genç erişkin kanser hastaları için ayrı bir rehber ve kısa bir kılavuz mevcuttur. Ek olarak, pratisyenler ve yöneticiler için kısa bir uygulama metni bulunmaktadır. İdeal Bakım Yollarının geliştirilmesine yönelik ulusal yaklaşım aynı websitesinde paylaşılmış ve bir *Dropbox* klasöründe bilgiler mevcuttur. (107). Ayrıca bu rehberler mobil uygulama olarak iOS ve Android uygulama olarak ve websitesi olarak Chrome ve Firefox ile erişime açıktır (108). Rehberlerde ideal (kanser) bakım yollarının amacı ve mevcut temel kaynaklar açıklandıktan sonra, ideal bakım yolu için belirlenmiş toplam 7 ilke ve içerikleri rehberlerde aynı başlıkta olmak kaydıyla şu şekilde sunulmuştur (109):

- İlke 1: Hasta merkezli bakım
- İlke 2: Güvenli ve kaliteli bakım
- İlke 3: Çok disiplinli bakım
- İlke 4: Destekleyici bakım
- İlke 5: Bakım koordinasyonu
- İlke 6: İletişim
- İlke 7: Araştırma ve klinik deneyler

Cancer Australia öncülüğünde hazırlanmış ideal (kanser) bakım yolları rehberlerinde her kanser türüne özel kanser bakım yolu için ideal zaman dilimleri ilk yakınmadan ilk tedavi dahil olmak üzere belirlenmiştir. Ardından ideal bakım standartları kanser bakım yolunun tamamı için 7 adımda açıklanmıştır (109):

- Adım 1: Önleme ve erken teşhis
- Adım 2: Hastalığın kendini göstermesi, ilk incelemeler ve sevk
- Adım 3: Tanı, evreleme ve tedavi planlaması
- Adım 4: Tedavi
- Adım 5: İlk tedavi ve iyileşme sonrasında bakım
- Adım 6: Tekrarlayan, rezidüel veya metastatik hastalığın yönetimi
- Adım 7: Yaşam sonu bakımı

Cancer Australia öncülüğünde hazırlanmış ideal (kanser) bakım yolları rehberlerinde, bahsedilen bölümlerin ardından, 5 ek sunulmuştur: a) destekleyici bakım konuları, b) psikolojik

gereksinimler, c) özel nüfus grupları, d) tamamlayıcı tedaviler, e) çok disiplini ekibin üyeleri (109).

5.4.2. Türkiye’de Kanser Bakım Yolundaki Gecikmeyi Azaltmak, Erken Teşhis ve Zamanında Tedaviyi Artırmak İçin Olumlu Olabilecek Halk Sağlığı Müdahaleleri ve Politika Açıkları

Mortalite ile ilgili dünya verileri derlenerek oluşturulan “Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Kalite İndeksi” ile ilgili yayınlanan son tahminler Türkiye’nin Batı Avrupa bölgesine göre daha düşük indeks değerine sahip olduğu izlenmektedir. Tahmine göre, 2019 yılına ait tüm yaş grupları olarak tanımlanan 0-74 yaşa özel indeks 100 üzerinden 64,8 olarak bulunmuştur, ancak 1990’lardan 2019’a gelindiğinde 27,9 puan artmış olduğu tespit edilmiştir (110). Yine de ölüm istatistiklerinde veri kalitesi tamlik açısından ancak 2014 ve sonrasında %70’i aşabilmiştir (111). Bu nedenle indekste söz konusu artış da dikkatli değerlendirilmelidir. Nitekim Türkiye’de veri kalitesi doğrulanmış toplum tabanlı kanser kayıt merkezlerinden elde edilen kanser sağıkalımları 2000-2014 arası 15 yıllık bir dönemde istikrarlı bir artış yakalayamamış ve pek çok Avrupa ülkesine göre düşük kalmıştır (112). Tez çalışmasının amacı sağılık hizmetlerini ve kalitesini değerlendirmek olmasa da kanser bakım hizmetleri konusunda önemli bulguları içermektedir. Türkiye’de sağılık hizmetlerinin sunumunda özel sağılık sektörünün payı 2002’den 2022’ye gelindiğinde artmıştır. Kişi başına hekime yapılan başvuruların içinde özel sektörün payı %5,3’ten %15,3’e çıkmış, ameliyatların özel sektör payı %13,7’den %29,4’e yükselmiştir (25). Tez araştırmasının sonuçlarında, özel sağılık sektörüne başvuranların kanser bakım yolunu daha kısa sürede tamamladıkları gösterilmiştir, bu bulgu çarpıcı ve dikkat çekici bir sonuç olarak ön plana çıkmaktadır. Diğer bir deyişle, kamuya bağılı sağılık kuruluşlarına başvuranlar, gecikme açısından pek çok tekil dönem için risk grubudur.

Araştırmamızda; önemli olarak özel ve kamu sektörlerinde kanser bakım yolu farkı özel sektör lehine bulunmuş, öte yandan nadir bir kansere sahip olanlar gecikme için risk grubu olarak tanımlanmıştır. Ayrıca tekil dönemlere özel bir müdahalenin de planlanmamış, politikanın benimsenmemiş olması da göze çarpmaktadır. Bu bulgular, ilgili Kalkınma ve Stratejik Plan’ında kanser bakım yoluna etki edebilecek maddeler *ChatGPT* dil modeline girilerek, ardından tematik analizler yapılarak doğrulanmıştır (Ek Tablo 1, Ek Tablo 2, EK-4).

Ayrıca Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA)’nin 2014 yılında düzenlediği Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay’ının raporuna göre erken tanı ve tarama için güçlü yönler; “i) politik

kararlılık olması, ii) toplumun tamamının sağlık güvencesine sahip olması, iii) sağlık hizmetine ulaşılabilirliğin yüksek olması, iv) kanser konusunda bilgi ve deneyimi yüksek insan gücü bulunması, v) Kanser kayıtçılığı konusunda 20 yıllık deneyim olması, vi) meme, serviks ve kolorektal kanserler konusunda KETEM’lerde ücretsiz ve gereken durumlarda taşınmalı tarama hizmeti verilmesi, vii) güncellenmiş kanıta dayalı ulusal standart tarama programlarının olması, viii) birinci basamakta ASM ve KETEM tarama sonuçlarının merkezi otorite tarafından takip edilebilmesi, ix) Türkiye’de üç Onkoloji Enstitüsü olması, x) Ulusal Kanser Enstitüsünün kurulma aşamasında olması” olarak sunulmuştur. İlişkili zayıf yönler ise şu şekilde belirtilmiştir: “a) hizmet sunan birimler arasında koordinasyon bulunmaması, b) kanser konusundaki hizmet ihtiyacını karşılayacak personel sayısının yeterli olmaması ve illere göre dağılımın nüfusa oranla dengeli olmaması, c) tarama sonrası pozitif çıkan vakaların tanı ve (gerekli ise) tedavi için yönlendirilmesinde hastaya öncelik verecek teşhis merkezlerinin bulunmaması ve kurumlar arası koordinasyon eksikliği, d) tarama ve erken teşhiste aile sağlığı merkezlerinin etkin katılımı ve teşhis sonrası hasta izlemine aktif katılımının yetersizliği, e) tarama programları ile ilgili kalite kriterlerinin eksikliği, f) tarama programlarının sonuçlarının düzenli olarak raporlanmaması ve paydaşlar tarafından incelenememesi, g) kanser taramalarında Toplum Sağlığı Merkezlerinden yeterince yararlanılamaması, h) ikinci ve üçüncü basamakta yapılan kanser tarama verilerinin merkezi otoriteye iletilmesindeki eksiklikler, ı) KETEM dahilinde yapılan taramalar dışındaki sık görülen kanserlerin erken tanısı konusundaki bilgi, deneyim ve alt yapı eksikliği, i) moleküler kanser epidemiyolojisi, erken tanı araçlarının geliştirilmesi, yatkınlık ve risk tanımlamaları konusunda temel alt yapı gereksinimlerinin yetersizliği (ulusal boyutta ve kohort biyobankaları, veri bankaları), j) teknolojik açıdan dışa bağımlılık, k) tanı için kullanılan görüntüleme cihazlarının alımı ve kullanılması konusunda ülke politikasının olmaması” (113). İlgili Kalkınma ve Stratejik Planlar yol gösterici olsa da, kansere özel olarak hazırlanmış halk sağlığı programları da önemlidir. “Türkiye Kanser Kontrol Programı 2013-2018” de incelendiğinde; kanser farkındalığını artırma ve tarama programlarını güçlendirme stratejileri için faaliyetler, sorumlu kurumlar, iş birliği yapılacak kurum ve kuruluşlar, tamamlanma tarihi, olası engeller, ilerleme göstergeleri, izleme ve kontrol verileri belirlenmiştir (23). Daha sonra Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından “Kanser Kontrol Programı 2021” yayınlanmıştır. Bu program, derleme kitap niteliğinde olup strateji belirlenmemiş, mevcut programların ve sonuçların açıklanması şeklinde düzenlenmiştir (24).

Her iki programda da doğrudan kanser bakım yolunu hızlandıracak, gelişmiş ülke örneklerinde olduğu gibi, programlar veya stratejiler sunulmamıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021 yılında “NeyimVar?” uygulamasını devreye almıştır. Uygulama, semptom temelli ön tanı oluşturup başvurulması gereken hekim branşını önermektedir. Uygulamaya e-nabız veya e-devlet aracılığıyla giriş yapılabilmektedir (114). Tez öğrencisi, “NeyimVar?” uygulamasının iletişim adresine giderek Birleşik Krallık’ta kullanılan semptom listeleri örneğini Bakanlığa bildirmiş, bunun aile hekimleri tarafından uygulanırsa kanser bakım yolunu hızlandırabilecek bir girişim olabileceğini ifade etmiştir. Son olarak 2024-2028 dönemini kapsayan 12. Kalkınma Planı’nda aşağıdaki başlıklar politika ve tedbirler olarak sunulmuştur (115):

- Sağlığın teşvikine yönelik çalışmaların artırılıp, sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi
- Sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik uygulamaların artırılması,
- Kanser taramalarında kapsayıcılığın artırılması,
- Özel gereksinimi olan ve nadir hastalığa sahip bireylere sunulan hizmet kapasitesinin güçlendirilmesi,
- Nadir hastalıklara yönelik tarama programları geliştirilip hayata geçirilmesi,
- Nadir hastalıklara ilişkin tedavi ve araştırma merkezleri sayısının artırılması,
- Özel gereksinimi ve nadir hastalığa sahip bireylerin sağlık hizmetlerine etkin erişiminin sağlanması,
- Evde sağlık hizmetlerinin izleme ve değerlendirme süreçlerinde iyileştirme yapılması,
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünde aile sağlık merkezlerinin sorumluluğunun artırılması,
- Yaşlı sağlığına yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin güçlendirilmesi.

Ayrıca bu maddelere özel olarak ilgili döneme özel T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı’nda da yapılacak çalışmaların ayrıntılarına yer verilmiştir (116). Ancak Bakanlık içindeki her Daire Başkanlığı’nın da ayrıca çalışma planı yayınlaması araştırmacıların takibi açısından faydalı olabilir. Konu özelinde kanser kontrol programlarının araştırmacılara bu anlamda bilgi sağlaması gerekirdi. Ancak son kontrol programının 2021 yılında derleme kitap niteliğinde

yazılmış olması, Bakanlığın politikalarının Kanser Dairesi tarafından ne kadar uygulamaya konacağı konusunda akıllarda soru işareti yaratmaktadır.

5.5. Kısıtlılıklar

Mevcut literatür daha çok kanser türlerini ayrı ayrı inceleyen araştırmalardan oluşmaktadır. Bu nedenle tez araştırmasının bulguları ile yayınlanmış araştırmalarla ilgili değerlendirmeler okunurken bu husus akılda tutulmalıdır. Tez araştırması, kesitsel olarak planlanmış, ancak sistematik rastgele örnekleme planlanıp yapılamadığından, sadece uygun olan kişilere anket uygulaması gerçekleştirildiğinden, tanımlayıcı bir araştırma niteliği ile tamamlanmıştır. Bu nedenle toplumdaki tüm kanser hastalarına genellenemez. Bu tez çalışmasının temel kısıtlılığı çalışmaya dahil edildikten sonra çıkarılma kriterleri dolayısıyla çalışma dışı bırakılanların oranının yüksekliğidir. Bu durum, ayrıntılı analizlere inildiğinde, klinik bilgiler gibi ek kayıp veriler dolayısıyla perçinlenmiştir. Nitekim, veri kaybı karelere düşen sayıların az olması, güven aralıklarının ve standart hataların yüksek olması gibi sonuçlarla kendini göstermiştir. Buna en önemli sebep, veri toplama döneminin sınırlı olmasıdır; veri toplama döneminde veri kaybı öngörülen fazla olduğu tahmin edilmiş, ancak çeşitli nedenlerle yerine konamamıştır. Veri toplama formundaki fiziksel aktivite ve sağlıklı ve dengeli beslenme hakkındaki sorular, hastaları incitmemek amacıyla yumuşatılarak sorulmuş, bu da taraf tutmaya neden olarak, ilgili verilerin ileri analizlere alınmamasına yol açmıştır. Örneğin çok fazla kilo kaybetmiş bir hastaya, beslenmesini sormak veya düşükün bir hastaya fiziksel aktivitesini sormak moral bozucu olabileceği gözlemlendiğinden ve ilgili veriler temel araştırma soruları da olmadığından bu soruların üzerinde durulmadı.

Histolojik tip, tanıdaki evre gibi bazı önemli klinik bilgilerde eksiklikler mevcut idi, histolojik tip için eldeki veriler analiz edilebildi; ancak evre için yetersiz bilgi bulunmakta idi. Bir diğer kısıtlılık, hatırlama nedenli taraf tutma olabilir. Bunu kolaylaştırmak adına önceki yıllara ait belirli gün ve haftalar takvimleri ile hastalara hatırlamaları için yardımcı olunmuştur. Çok merkezli yapılan bu araştırmada, merkez sayısı fazla olduğundan araştırmacının sistemlere uyumu ve uygulamadaki planlaması kolay olmamıştır, ancak bu yol ile araştırmacı çalıştığı yer olan vakıf üniversitesine ait hastaneden dolayısıyla tek merkezin verilerini toplamaktan kaçınmış, nitekim özel ve kamu statüsündeki farklı dinamikler çalışma sonuçlarına yansımıştır.

Çalışmada, kanserler topografilerine göre sınırlandırılmamış, solid ve hematolojik tüm maligniteler dahil edilmiştir. Dolayısıyla topografiye özel analizler ve değerlendirmelerde

bulunulmamıştır. Ayrıca, bu durum ihmal edilen ve nadir görülen maligniteler veya üzerinde daha az çalışılan maligniteler hakkında önemli bilgiler sunmuştur. Hastane bilgi sistemlerinden faydalanarak tanı alma tarihi, tedaviye başlama tarihi gibi bilgiler objektif olması avantajdır.

Sadece araştırmaya katılacak merkezlerin ve o merkezlerden de araştırmaya katılmayı kabul eden bölümlerin dahil edilmiş olması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır.



6. SONUÇ

- a. Bir halk sağığı tıpta uzmanlık tez çalışması olarak, bu araştırma ile kanser bakım yolunun bölümleri-dönemleri ayrıntılı olarak incelenmiş, kanser türünden bağımsız olarak gecikmeler için risk faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlar ile kanser bakım yolunu hızlandırmak amacıyla, gecikmeyi artıran etmenlerin tespiti aracılığıyla halk sağığı bakışı ile hem hastalara yönelik sağığı koruma ve geliştirme anlamında hem de sağık sisteminin yapılanmasına ve güncel politikaların durumuna yönelik de incelemeler yapılmıştır.
- b. Kanser bakım yolunun çeşitli dönemleri ayrı ayrı DSÖ'nün sunduğı hemen tüm gecikme nedenleri bu araştırmada incelenmiştir. Buna göre gecikme için regresyon analizleri ve hasta beyanlarına göre gecikme faktörleri DSÖ'nün gecikme nedenleri sınıflamasına göre şöyledir:
 - i. Hasta kaynaklı etmenler:
 - Regresyon analizi ile önemli bulunan faktörler:
 - eğitim düzeyi
 - çocuk sayısı
 - yakınmayı kendi kendine gidermeye çalışma
 - Hasta görüşünde belirtilen faktörler:
 - belirtileri bilmemek
 - kendi kendine yakınmaları geçsin diye bir şeyler denemek
 - belirti ortaya çıktıktan sonra ilk başvuruya kendi isteğıyle geç gitme
 - doktora gitmek istememek, ertelemek
 - önemsememek
 - takip altında olup ancak belli bir süre sonra takiplerine gitmemek
 - aile öyküsünden dolayı çekinmek
 - korku duymak, mastektomiden korkmak
 - hasta olduğuna inanmamak-konduramamak
 - Ramazan ayı geçsin diye beklemek
 - kayıpları olduğu için doktor randevusunu ertelemek
 - torununa bakım verdiğinden kendiyle ilgilenememek
 - oğlunun evlilik hazırlığı süreci nedeniyle doktora gitmeyi ertelemek

- bitkisel ürün deneme
 - eşi vefat etmiş ve bu nedenle tedaviye başlamamış
 - ek hastalığın komplikasyonu nedeniyle tedavinin ertelenmesi
 - uçuk varlığı nedeniyle erteleme
- ii. Hastalık kaynaklı etmenler:
- Regresyon analizi ile önemli bulunan faktörler:
 - sıklığına göre malignite türü
 - Hasta görüşünde belirtilen faktörler:
 - hastalığın araştırılmasının uzun sürmesi
 - kanserin tanı anındaki komplikasyonunun tedavi sürecinden dolayı tedavinin zorunlu ertelenmesi
- iii. Sağlık hizmet sunucusu ve sistem kaynaklı etmenler:
- Regresyon analizi ile önemli bulunan faktörler:
 - tanısal işlem sayısı
 - sağlık kuruluşunun statüsü (özel-kamu) ➤ Hasta görüşünde belirtilen faktörler:
 - uzmana sevkın uzun sürmesi-tedavi için geç yönlendirilme
 - tanısal işlemlerin uzun sürmesi
 - randevu bulamamak-sıra gelmesini bekleme
 - antibiyotik reçete etme vb. dolayısıyla doktor nedenli
 - COVID-19 pandemisi dolayısıyla takiplerini aksatmak
 - takip altında olup ancak belli bir süre sonra takiplerine gitmemek
 - test sonucunu elde edemeyip araştırınca kaybolduğunu öğrenmek
 - biyopsi dışında diğer tanısal işlemlerde gecikme
 - tanı sonrası diğer tetkiklerin uzun süre alması
 - uzman hekim bulmada zorluk çekme
 - yurt dışı test sonucunun uzun sürmesi
 - klinik çalışmaya katılım nedeniyle gecikme

7. ÖNERİLER

- a. Hasta kaynaklı etmenlere yönelik olarak;** hemen tüm müdahaleler eşitsizlikleri azaltmaya yönelik hakkaniyetli politikaların benimsenmesi temelinde sağlığın sosyal belirleyicileri göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmelidir. Kanser farkındalığının artırılması faydalı hasta kaynaklı gecikmeleri azaltmak için faydalı olacaktır. Farkındalığı artırma çalışmalarında, farklı eğitim düzeylerinin göz önünde bulundurulması faydalı olabilir. Kanser damgalanmasına yönelik çalışmalar gecikmeyi azaltmaya katkıda bulunabilir. Toplum temelinde, yakınmalara yönelik olarak önce doktor başvurusu yapılması gerektiği, bitkisel veya diğer başkaca ürünlerin kullanılmamasına yönelik bilgilendirmeler yapılabilir. Yapılacak toplumu bilgilendirme faaliyetleri ve farkındalık çalışmaları sağlığın sosyal belirleyicileri dikkate alınarak kurgulanıp, çeşitli gruplara yönelik olarak hazırlanabilir. Bu çalışmalar yapılırken, toplumun katılımı için sivil toplum oluşumları dahil farklı sektörlerin sürece paydaş olarak tanımlanması faydalı olabilir. Ek olarak, bitkisel ve diğer ürünler ile bunların satış yerleriyle ilgili daha iyi bir düzenleme getirilebilir. Örneğin ürünlerin üzerine birtakım alarm semptomlarının yazılarak, hastaların kanser farkındalığına katkıda bulunulabilir. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun “Aktarlar, Baharatçılar ve Benzeri Dükkanlar Hakkında Genelge” başlıklı 14.03.2016 tarih ve 2164353 sayılı 2016/8 genelgesi ile yapılan düzenlemede bu işyerlerini açanlar için herhangi bir meslek ve mesleki eğitim zorunluluğu bulunmadığı anlaşılmaktadır. Öte yandan, ülkemizde son yıllarda GETAT (geleneksel, tamamlayıcı ve fonksiyonel tıp uygulamaları) sağlık politikası anlamında desteklenmektedir. Bilimsel olarak geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmamış, kanıt düzeyleri düşük bilgilerle sağlık hizmeti sunmak kanıta dayalı tıp uygulamalarının ilkelerine aykırı bir doğaya sahiptir. Ayrıca, tedaviye yönelik herhangi bir uygulamanın politika anlamında ek bir desteğe ihtiyacı olmamalıdır, bunun yerine mevcut bilimsel bilgilerin ışığında gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Bu ürünlerin satışını yapan iş yerlerinde kanser semptom listeleri, görünür büyüklükte levhalar ile asılabilir; iş yeri sahiplerinin bu konudaki farkındalığı artırılabilir.
- b. Hastalık kaynaklı etmenlere yönelik olarak;** nadir kanserlere yönelik hem toplumda hem sağlık çalışanları arasında farkındalık artırılabilir. AB’de olduğu gibi nadir kanserlere özel

tanımlanmış sağlık kuruluşları arasında ağlar kurulabilir. Kapsamlı onkoloji merkezlerinin tanımlanıp akredite edilmesi, nadir kanserlere yönelik hizmetlerde kalite artışına katkıda bulunabilir. Kanserler ve özellikle nadir kanserlere yönelik semptom listelerinin kullanımı, Sağlık Bakanlığı'nın "NeyimVar?" uygulamasının bu yönde de geliştirilmesi faydalı olabilir. Tanısal süreçte katkıda bulunması açısından birtakım nadir kanserler belirlenerek bunların tanısal süreçleri standart hale getirilip patolojik tanı için referans merkezler belirlenip, kuruluşlar arası konsültasyon mümkün kılınabilir. Bekleme sürelerinin önüne geçebilmek adına, gereksiz tetkiklerin azaltılmasına yönelik karar destek sistemlerinin kullanılması, sevk sisteminin getirilmesi, önceliklendirme gibi çalışmalar gerçekleştirilebilir. Tanı anında komplikasyonların olması acil servise başvuruya işaret etmektedir. Nitekim hasta beyanlarında da bu mevcuttur. Bu durum gecikme süresi olarak yansımaya da evre ve sağkalıma etki edebilir. Dolayısıyla özellikle kanser bakım yolunun ilk aşamalarını hızlandıracak (örneğin farkındalığı artırmak vb.) çalışmalar tanı anında komplikasyon ile başvurunun önüne geçerek katkıda bulunabilir.

- c. **Sağlık hizmet sunucusu ve sistem kaynaklı etmenlere yönelik olarak;** sevk sisteminin mevcut aile hekimliği sistemine yük olmayacak şekilde tasarlanması kanser bakım yolunu hızlandırmada faydalı olabilir. Randevu sisteminde semptomla göre önceliklendirme ("NeyimVar?" uygulaması ile), aile hekimlerinde kanser farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik hizmet içi eğitim gibi çalışmaların yapılması gecikmeyi azaltmada önemli müdahaleler olabilir. Nadir kanserlere yönelik hekimler arasında bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi nadir kanserlere sahip bireyleri risk grubu olmaktan çıkarmada veya gecikmelerini azaltmada katkıda bulunacaktır. Kanser semptomları listelerinin bilgi sistemlerine uyumlu hale getirilmesi veya "NeyimVar?" uygulamasının bu yönde geliştirilmesi faydalı olacaktır. Tarama programının iyileştirilmesi, test çeşitliliği kapasitesinin artırılması, klinik çalışmalara katılımı aksamaların önlenmesi gibi çalışmalar kanser bakım yolunu hızlandırmada katkıda bulunabilir. Tarama programına dahil olmuş veya daha önce pre-malign lezyonu tanımlanmış ve bu nedenle takipli hastalarla takip vakitleri geldiğinde iletişime geçilmesi klinik uygulama olarak anlamlı katkıda bulunabilir. Yine de kanser tarama programının fırsatçı değil, sistematik ve toplum tabanlı şekilde yapılması taramadan dolayı takip altındaki hastaların kaçırılmasını önleyebilir. Bu anlamda yine sistem entegrasyonunun sağlanması yoluyla hizmetlerin sunumunda eksiksiz takip ve zamanında müdahale anlamında iyileşme gerçekleşebilir. Bunun için; örneğin

kanser taramalarındaki çok parçalı yapı olan KETEM, SHM, aile sağlık merkezleri arasındaki entegrasyon ve işbirliğinin daha iyi tanımlanmasının yanı sıra; kanser taramalarının bunlardan sadece birinde (özellikle KETEM doğrudan kanser taramasına ayrıldığı için uygun olabilir) sunulması sağlıklı kişilerin kanser taramasında başvuru merkezinde adresi teke düşürüp merkezileştirebilecektir. Bu yapılırken, KETEM'lerin faaliyet verimliliği anlamında personel sayısının artırılıp güçlendirilmesi ve KETEM sayısının artırılması önemli başlangıç uygulamaları/kararları olabilir. Yine KETEM'lerde tarama kayıtçılığı başlatılarak hem risk faktörleri hem de tanı tedavi yolları hakkında yapılacak ileri çalışmalar için iyi bir alt yapı oluşturulabilir. Tanı almak için başvuru kuruluş sayısı daha fazla olanlarda ve daha fazla tanısal işlem yapılanlarda gecikmelerin daha fazla bulunmuş olması sağlık hizmet sunumunda bir entegrasyon problemine işaret etmektedir. Bu durum, sevk sisteminin uygun bir şekilde yerleştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Öte yandan, özel ve kamu sağlık kuruluşları arasında kanser bakım süreleri özel sağlık kuruluşları lehine olduğundan, aradaki farkın nedenlerini ortaya koyacak çalışmalar yapılp, farkın kapanmasına yönelik politikalar benimsenmelidir. Sağlık politikalarında temel düzeyde; kanser bakım yolunda gecikmelerin varlığı sorun olarak görülüp, hızlandırma için DSÖ önerileri başta olmak üzere semptom listesi kullanımı, kanser hizmetleri kayıt merkezi kurulumu gibi göstergelerle düzenli takibin sağlanmasıyla sürekli iyileştirme çalışmalarının gündeme alınması oldukça faydalı olacaktır.

Diğer öneriler:

- Küçük bir grupta yapılmış olsa dahi, tez araştırmasının sonuçları, nadir kansere sahip olmanın gecikme açısından risk grubu olarak bulunduğu B dönemi (sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal girişime değin geçen süre) ve C dönemini (ilk tanısal girişimden mikroskobik tanıya kadar geçen süre) önceleyen rehberlerin oluşturulması faydalı olabilir. Dolayısıyla B dönemine özgü, hekimler için semptom penceresinin açıklanması, sağlık sisteminde nadir kanserler için merkezi ve o alanda ilerlemiş uzmanların bir arada olduğu çok disiplinli bir hizmet sunumunun devreye alınması, C dönemi için nadir kanserlerin tanısına yönelik uzmanlaşmış hekimlerin yetiştirilmesi (yan dal türlerinin ve kontenjanlarının artırılması gibi) ve tanısal sistemlerin kalite ve kapasitesinin artırılması faydalı olabilir.

- Tez araştırmasında, küçük gruba sahip olduğundan kanser türüne özgü sadece tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur, küçük sayılardan dolayı literatürle karşılaştırmanın uygun olmadığı düşünülmüştür. Sayıların küçük olması nedeniyle kanser türlerine göre gecikme sürelerine etki eden faktörler ayrıca incelenmemiştir. Bu anlamda ek araştırmaların yapılması fayda sağlayacaktır. İleriki çalışmalar prospektif olarak planlanabilir. Sağlık okuryazarlığı ve kanser farkındalığıyla ilgili, kanser korkusuyla ilgili ölçekler kullanılarak yeni çalışmalar planlanabilir. Kanser bakım kalitesi kayıt merkezlerinin kurulması halinde toplum tabanlı çalışmalar gerçekleştirilebilir. Ek olarak, kanıtlar biriktikten sonra kanıt sentezleriyle birlikte müdahale çalışmaları gerçekleştirilebilir.
- Tez çalışmasının araştırma dönemiyle uyumlu olarak 11. Kalkınma Planı (2019-2023) ve buna paralel oluşturulan ilgili Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı'nda kanser bakım yolundaki gecikmeler doğrudan tespit olarak sunulmamıştır. Kalkınma Planı yapısı gereği daha genel ifadelerden oluşmaktadır. Ancak Stratejik Plan'da bakım yolunu hızlandırmada etkili olabilecek pek çok amaç ve hedef sunulmuş, buna yönelik stratejiler geliştirilmiştir. Bunlar, bakım yolunu hızlandırma amacıyla sistematik olarak sunulmamıştır. Dolayısıyla öncelikli olarak bakım yolunda gecikmeler olduğu sorun olarak kabul edilip, bu sorunu çözmek için DSÖ önerileri de dikkate alınarak, gelişmiş ülke örneklerinden sağlık sistemimize uygun olanlar uygulamaya konmalıdır.
- Bazı hasta gruplarında evden hastaneye erişene kadar çok uzun sürelerin (>2 saat) yolda geçtiği ve iki veya daha fazla vasıta kullanıldığı bildirilmiştir. Bu durumda hastaların bu konuda desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları tespit edilip, ilgili sosyal politikalarda düzenlemeler gerçekleştirilmelidir.
- “NeyimVar?” uygulaması, aile hekimi tarafından hasta adına kullanılabilir ve üst basamağa yönlendirmede bu yolla hız kazanılabilir. Böylece yeni bir sistem dahi kurulmadan, sadece klinik pratikte böyle küçük bir değişim bile kanser bakım yolunu hızlandırabilecek özelliğe kavuşabilir.
- Kanser bakım yolunu hızlandıracak her çalışma, kanser göstergelerini de (evre dağılımı, sağkalım, vb.) iyi yönde etkileyecektir.
- Kanser kontrol programının DSÖ önerilerine uygun bir şekilde bakım yolunun yavaşlığını sorun olarak kabul edip uygun amaç, hedef, strateji ve göstergelerin belirlenmesi faydalı olacaktır.

- T.C. Sağlık Bakanlığı’nda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı altında Nadir Kanserler Birimi kurularak; bu kanserlerle ilgili kayıtçılık, farkındalık ve korunma çalışmalarını ele almalıdır. Kanser Daire Başkanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ile işbirliği yaparak “NeyimVar?” uygulamasını semptom listesi şeklinde birinci basamak hekimlerinin kullanımına sunulmak üzere çalışma yapmalıdır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı’nda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı altında Farkındalık ve İletişim Birimi bilimsel içerik oluşturma işini üstlenirken, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünde ilgili birimlerce bilimsel içerikler uygun iletişim teknikleri kullanılarak herkesin anlayabileceği düzeye getirilebilir.



8. KAYNAKLAR

1. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. *The Milbank quarterly*. 2005;83(4): 731–757. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>.
2. World Health Organization (WHO). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Accessed 17th September 2024].
3. World Health Organization (WHO). *Health topics. Cancer. Overview*. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 [Accessed 15th March 2022].
4. International Agency for Research on Cancer (IARC). *World Cancer Day 2022*. <https://www.iarc.who.int/featured-news/world-cancer-day-2022/> [Accessed 15th March 2022].
5. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). *4 Şubat Dünya Kanseri Günü*. <https://hasuder.org.tr/4-subat-dunya-kanser-gunu-2/> [Accessed 15th March 2022].
6. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Global Cancer Observatory. Cancer Today*. <https://gco.iarc.fr/today/home> [Accessed 3rd March 2022].
7. Akdur R. Temel Kavramlar. In: *Sağlık Bilimlerinde ARAŞTIRMA VE TEZ YAPMA REHBERİ (Projelendirme, Uygulama, Rapor Yazma)*. İkinci Bas. Ankara; 2019. p. 1–28.
8. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *European Journal of General Practice*. 2018;24(1): 106–111. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>.
9. World Health Organization (WHO). *Early Detection. Cancer control : knowledge into*

- action : WHO guide for effective programmes ; module 3.
2007. <https://www.who.int/publications/i/item/cancer-control-early-detection>
10. World Health Organization (WHO). *Guide to cancer early diagnosis*. 2017.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940eng.pdf?sequence=1>
 11. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. 1946.
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
 12. Krause F, Boldt J. Understanding Care: Introductory Remarks. In: *Care in Healthcare*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 1–9. https://doi.org/10.1007/978-3319-61291-1_1.
 13. Tronto JC. *Moral Boundaries*. Routledge; 2020.
<https://doi.org/10.4324/9781003070672>.
 14. British Association for Holistic Medicine & Health Care (BHMA). *What is holistic healthcare?*. <https://bhma.org/about-us/what-is-holistic-healthcare/> [Accessed 28th July 2024].
 15. The Lancet. No health care without social care. *The Lancet*. 2019;394(10205): 1206.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32266-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32266-4).
 16. NHS Data Model and Dictionary. *Cancer Pathway*.
https://www.datadictionary.nhs.uk/nhs_business_definitions/cancer_pathway.html
[Accessed 28th July 2024].
 17. University Hospitals Bristol and Weston NHS Foundation Trust (UHBW). *Cancer pathway*. <https://www.uhbristol.nhs.uk/patients-and-visitors/your-hospitals/bristolroyal-infirmary/what-we-do/ogteam/general-cancer-information/cancer-pathway/> [Accessed 28th July 2024].
 18. Walter F, Webster A, Scott S, Emery J. The Andersen Model of Total Patient Delay: A Systematic Review of Its Application in Cancer Diagnosis. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2012;17(2): 110–118. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010113>.
 19. Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, et al. The Aarhus statement:

- improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *British Journal of Cancer*. 2012;106(7): 1262–1267. <https://doi.org/10.1038/bjc.2012.68>.
20. Lynch C, Harrison S, Emery JD, Clelland C, Dorman L, Collins C, et al. Variation in suspected cancer referral pathways in primary care: comparative analysis across the International Benchmarking Cancer Partnership. *British Journal of General Practice*. 2023;73(727): e88–e94. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2022.0110>.
21. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*. 1994;38(8): 1091–1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7).
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. *Kanser Taramaları*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> [Accessed 31st January 2022].
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kanser Kontrol Programı 2013-2018.. 1st ed.* Ankara, Türkiye: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2016. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Türkiye Kanser Kontrol Programı 2021.* Ankara, Türkiye; 2021. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı* 2022. 2024. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>
26. Andersen BL, Cacioppo JT, Roberts DC. Delay in seeking a cancer diagnosis: Delay stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology*. 1995;34(1): 33–52. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01047.x>.
27. European Network of Cancer Registries (ENCR). *Coding Incidence Date*. 2022. https://www.enrc.eu/sites/default/files/Recommendations/ENCR_Recommendation_DOI_Mar2022_0.pdf

28. Cone EB, Marchese M, Paciotti M, Nguyen DD, Nabi J, Cole AP, et al. Assessment of Time-to-Treatment Initiation and Survival in a Cohort of Patients With Common Cancers. *JAMA Network Open*. 2020;3(12): e2030072. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.30072>.
29. Khorana AA, Tullio K, Elson P, Pennell NA, Grobmyer SR, Kalady MF, et al. Time to initial cancer treatment in the United States and association with survival over time: An observational study. Ahmad A (ed.) *PLOS ONE*. 2019;14(3): e0213209. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213209>.
30. Grass F, Behm KT, Duchalais E, Crippa J, Spears GM, Harmsen WS, et al. Impact of delay to surgery on survival in stage I-III colon cancer. *European Journal of Surgical Oncology*. 2020;46(3): 455–461. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2019.11.513>.
31. Iyer HS, Kohler RE, Ramogola-Masire D, Brown C, Molebatsi K, Grover S, et al. Explaining disparities in oncology health systems delays and stage at diagnosis between men and women in Botswana: A cohort study. Suneja G (ed.) *PLOS ONE*. 2019;14(6): e0218094. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218094>.
32. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *British Journal of Cancer*. 2015;112(S1): S92–S107. <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.48>.
33. Olszewski AJ, Ollila T, Reagan JL. Time to treatment is an independent prognostic factor in aggressive non-Hodgkin lymphomas. *British Journal of Haematology*. 2018;181(4): 495–504. <https://doi.org/10.1111/bjh.15224>.
34. Murphy CT, Galloway TJ, Handorf EA, Wang L, Mehra R, Flieder DB, et al. Increasing time to treatment initiation for head and neck cancer: An analysis of the National Cancer Database. *Cancer*. 2015;121(8): 1204–1213. <https://doi.org/10.1002/cncr.29191>.
35. Hay K, Lee B, Goktepe O, Connors JM, Sehn LH, Savage KJ, et al. Impact of time from diagnosis to initiation of curative chemotherapy on survival of patients with diffuse large B-cell lymphoma. *Leukemia & Lymphoma*. 2016;57(2): 276–282. <https://doi.org/10.3109/10428194.2015.1055480>.

36. Xavier FD, Levy D, Pereira J. Time-to-treatment of diffuse large B-cell lymphoma in São Paulo. *Clinics*. 2014;69(5): 367–371. [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(05\)12](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(05)12).
37. Tsai CH, Kung PT, Kuo WY, Tsai WC. Effect of time interval from diagnosis to treatment for non-small cell lung cancer on survival: a national cohort study in Taiwan. *BMJ Open*. 2020;10(4): e034351. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034351>.
38. Chen CP, Kung PT, Wang YH, Tsai WC. Effect of time interval from diagnosis to treatment for cervical cancer on survival: A nationwide cohort study. Consolaro MEL (ed.) *PLOS ONE*. 2019;14(9): e0221946. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221946>.
39. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020; m4087. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>.
40. Raab SS, Grzybicki DM. Quality in Cancer Diagnosis. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2010;60(3): 139–165. <https://doi.org/10.3322/caac.20068>.
41. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Six Domains of Healthcare Quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html> [Accessed 25th July 2024].
42. Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM, [eds.]. *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington, DC: Institute of Medicine; Board on Health Care Services; Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery; 2001. <https://books.google.com.tr/books?hl=en&lr=&id=fA2dAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=%0A+Institute+of+Medicine.%0A+Envisioning+the+National+Health+Care+Quality+Report.%0AWashington,+DC:%0ANational+Academy+Press%3B%0A2001.&ots=Ps4bh6xgM9&sig=PKDCWW-sQci2SZqPdqFpu>
43. World Health Organization. *A healthy lifestyle - WHO recommendations*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---whorecommendations> [Accessed 4th June 2024].
44. Moodley J, Cairncross L, Naiker T, Constant D. From symptom discovery to treatment

- women's pathways to breast cancer care: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2018;18(1): 312. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4219-7>.
45. Gatta G, Capocaccia R, Trama A, Martínez-García C. The Burden of Rare Cancers in Europe. In: Posada de la Paz M, Groft SC (eds.) *Rare Diseases Epidemiology*. First. Springer; 2010. p. 285–303. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9485-8_17.
46. AIRTUM Working Group, Busco S, Buzzoni C, Mallone S, Trama A, Castaing M, et al. Italian cancer figures--Report 2015: The burden of rare cancers in Italy. *Epidemiologia e prevenzione*. 2016;40(1 Suppl 2): 1–120. <https://doi.org/10.19191/EP16.1S2.P001.035>.
47. STROBE. *STROBE Checklists*. <https://www.strobe-statement.org/checklists/> [Accessed 6th July 2024].
48. Resmî Gazete. *ON DÖRT İLDE BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ VE YİRMİ YEDİ İLÇE KURULMASI İLE BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN*. 2012. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6360&MevzuatTur=1&MevzuatTerTip=5>
49. Sorhan S. *Üniversite hastanesinde takip edilen mide ve kolorektal kanser tanılı hastalarda başvuru, tanı ve tedavi aşamalarındaki gecikme süresi ve etkileyen faktörler*. Tokat Gaziosmanpaşa University; 2019. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
50. da Conceição MGD, Emmerick ICM, Figueiró AC, Luiza VL. Oral cancer patient's profile and time to treatment initiation in the public health system in Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1): 145. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06131-x>.
51. Allgar VL, Neal RD. Delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients: Cancer. *British Journal of Cancer*. 2005;92(11): 1959–1970. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602587>.

52. Nguyen SM, Nguyen QT, Nguyen LM, Pham AT, Luu HN, Tran HTT, et al. Delay in the diagnosis and treatment of breast cancer in Vietnam. *Cancer Medicine*. 2021;10(21): 7683–7691. <https://doi.org/10.1002/cam4.4244>.
53. Jassem J, Ozmen V, Bacanu F, Drobnienė M, Eglitis J, Lakshmaiah KC, et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *European Journal of Public Health*. 2014;24(5): 761–767. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt131>.
54. Teshome B, Trabitzsch J, Afework T, Addissie A, Kaba M, Kantelhardt EJ, et al. Perceived barriers to timely treatment initiation and social support status among women with breast cancer in Ethiopia. Kowalska JD (ed.) *PLOS ONE*. 2021;16(9): e0257163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257163>.
55. Cipora E, Konieczny M, Czerw A, Mikos M, Budzik MP, Deptała A, et al. Causes of delays in breast cancer diagnosis in Poland. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 2019;47(279): 85–90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31557135>
56. Özdemir T, Başay N, Mutluay N, Bayız H, Berktaş B, Berkoğlu M. Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Gecikmesi. *Solunum Hastalıkları*. 2007;18: 100–107.
57. Tanrıku ÜE. *Kolorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi*. Başkent Üniversitesi; 2020. <http://acikerisim.baskent.edu.tr:8080/bitstream/handle/11727/6571/10374114.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
58. Öner E, Girgin S, Uslukaya Ö, Bozdağ Z, Gümüş H, Urakçı Z, et al. A survey on the factors causing delayed diagnosis and treatment of breast cancer in southeastern Anatolia. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2016;6(4). <https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2015.04.0552>.
59. Din NU, Ukoumunne OC, Rubin G, Hamilton W, Carter B, Stapley S, et al. Age and Gender Variations in Cancer Diagnostic Intervals in 15 Cancers: Analysis of Data from the UK Clinical Practice Research Datalink. Katoh M (ed.) *PLOS ONE*. 2015;10(5): e0127717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127717>.

60. Öztürk AS, Yirmibeşoğlu E, Erkal HŞ, Egehan İ. Kanser Hastalarında Tanı ve Tedavi Sürecini Etkileyen Değişkenler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;12(2): 83–87.
61. Osowiecka K, Rucinska M, Nowakowski J, Nawrocki S. How Long Are Cancer Patients Waiting for Oncological Therapy in Poland? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(4): 577. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040577>.
62. ÇİFÇİ S, SAKA G, AKIN A. Toplumsal cinsiyet algısı ve etkileyen faktörler: Mardin örneği. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2022;20(1): 1–13. <https://doi.org/10.20518/tjph.944284>.
63. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women. *BMC Women's Health*. 2003;3(1): 4. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-3-4>.
64. Ali R, Mathew A, Rajan B. Effects of socio-economic and demographic factors in delayed reporting and late-stage presentation among patients with breast cancer in a major cancer hospital in South India. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2008;9(4): 703–707. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19256763>
65. Harirchi I, Ghaemmaghami F, Karbakhsh M, Moghimi R, Mazaherie H. Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: an Iranian study. *Public Health*. 2005;119(10): 885–891. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.11.005>.
66. Castelo M, Paszat L, Hansen BE, Scheer AS, Faught N, Nguyen L, et al. Comparing Time to Diagnosis and Treatment Between Younger and Older Adults With Colorectal Cancer: A Population-Based Study. *Gastroenterology*. 2023;164(7): 1152–1164. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.02.024>.
67. Sekeres MA, Elson P, Kalaycio ME, Advani AS, Copelan EA, Faderl S, et al. Time from diagnosis to treatment initiation predicts survival in younger, but not older, acute myeloid leukemia patients. *Blood*. 2009;113(1): 28–36. <https://doi.org/10.1182/blood2008-05-157065>.
68. Yurdakul AS, Kocatürk C, Bayiz H, Gürsoy S, Bircan A, Özcan A, et al. Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey.

- Cancer Epidemiology.* 2015;39(2): 216–221.
<https://doi.org/10.1016/j.canep.2014.12.015>.
69. Akpınar E, Gülhan M, Çapan N. Akciğer kanserinde tanı gecikmesini etkileyen faktörler. *İzmir Göğüs Hastalıkları Dergisi.* 2011;25(2): 73–80.
70. Boswell L, Harris J, Ip A, Russell J, Black GB, Whitaker KL. Assessing awareness of blood cancer symptoms and barriers to symptomatic presentation: measure development and results from a population survey in the UK. *BMC Cancer.* 2023;23(1): 633.
<https://doi.org/10.1186/s12885-023-11149-x>.
71. Mohd Mujar NM, Dahlui M, Emran NA, Abdul Hadi I, Wai YY, Arulanantham S, et al. Complementary and alternative medicine (CAM) use and delays in presentation and diagnosis of breast cancer patients in public hospitals in Malaysia. Lafrenie RM (ed.) *PLOS ONE.* 2017;12(4): e0176394. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176394>.
72. Sharma K, Costas A, Shulman LN, Meara JG. A Systematic Review of Barriers to Breast Cancer Care in Developing Countries Resulting in Delayed Patient Presentation. *Journal of Oncology.* 2012;2012: 1–8. <https://doi.org/10.1155/2012/121873>.
73. Gatta G, van der Zwan JM, Casali PG, Siesling S, Dei Tos AP, Kunkler I, et al. Rare cancers are not so rare: The rare cancer burden in Europe. *European Journal of Cancer.* 2011;47(17): 2493–2511. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.08.008>.
74. Bergerot CD, Bergerot PG, Philip EJ, De Domenico EBL, Manhaes MFM, Pedras RN, et al. Assessment of distress and quality of life in rare cancers. *Psycho-Oncology.* 2018;27(12): 2740–2746. <https://doi.org/10.1002/pon.4873>.
75. Loggers ET, Prigerson HG. The End-of-Life Experience of Patients with Rare Cancers and their Caregivers. *Rare Tumors.* 2014;6(1): 24–27.
<https://doi.org/10.4081/rt.2014.5281>.
76. Monga N, Nastoupil L, Garside J, Quigley J, Hudson M, O'Donovan P, et al. Burden of illness of follicular lymphoma and marginal zone lymphoma. *Annals of Hematology.* 2019;98(1): 175–183. <https://doi.org/10.1007/s00277-018-3501-8>.
77. Fowler N, Chen G, Lim S, Manson S, Ma Q, Li F. Treatment Patterns and Health Care

- Costs in Commercially Insured Patients with Follicular Lymphoma. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*. 2020;7(2): 265–276. <https://doi.org/10.36469/jheor.2020.16784>.
78. Christyani G, Carswell M, Qin S, Kim W. An Overview of Advances in Rare Cancer Diagnosis and Treatment. *International Journal of Molecular Sciences*. 2024;25(2): 1201. <https://doi.org/10.3390/ijms25021201>.
 79. Basuroy R, Bouvier C, Ramage JK, Sissons M, Srirajaskanthan R. Delays and routes to diagnosis of neuroendocrine tumours. *BMC Cancer*. 2018;18(1): 1122. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5057-3>.
 80. Shaffer E, Hundal R. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clinical Epidemiology*. 2014; 99. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S37357>.
 81. Howell DA, Smith AG, Jack A, Patmore R, Macleod U, Mironska E, et al. Time-todiagnosis and symptoms of myeloma, lymphomas and leukaemias: a report from the Haematological Malignancy Research Network. *BMC Blood Disorders*. 2013;13(1): 9. <https://doi.org/10.1186/2052-1839-13-9>.
 82. Scarisbrick JJ, Quaglino P, Prince HM, Papadavid E, Hodak E, Bagot M, et al. The PROCLIP international registry of early-stage mycosis fungoides identifies substantial diagnostic delay in most patients. *British Journal of Dermatology*. 2019;181(2): 350–357. <https://doi.org/10.1111/bjd.17258>.
 83. Howell DA, Warburton F, Ramirez AJ, Roman E, Smith AG, Forbes LJL. Risk factors and time to symptomatic presentation in leukaemia, lymphoma and myeloma. *British Journal of Cancer*. 2015;113(7): 1114–1120. <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.311>.
 84. de Heus E, Engelen V, Dingemans I, Richel C, Schrieks M, van der Zwan JM, et al. Differences in health care experiences between rare cancer and common cancer patients: results from a national cross-sectional survey. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2021;16(1): 249. <https://doi.org/10.1186/s13023-021-01886-2>.
 85. Gatta G, Capocaccia R, Botta L, Mallone S, De Angelis R, Ardanaz E, et al. Burden and centralised treatment in Europe of rare tumours: results of RARECAREnet—a

- population-based study. *The Lancet Oncology*. 2017;18(8): 1022–1039. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30445-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30445-X).
86. Casali PG, Trama A, [eds.]. *RARE CANCER AGENDA 2030: Ten Recommendations from the EU Joint Action on Rare Cancers*. Joint Action on Rare Cancers (JARC); 2020. <https://www.esmo.org/content/download/294217/5832976/1/Rare-Cancer-Agenda2030.pdf>
 87. European Cancer Organisation. *Time to Accelerate: Action on Rare Cancers*. 2024. <https://www.europeancancer.org/resources/news/it-s-time-to-accelerate-action-on-rarecancers.html>
 88. European Commission (EC). *European Reference Networks*. https://health.ec.europa.eu/rare-diseases-and-european-reference-networks/europeanreference-networks_en [Accessed 7th July 2024].
 89. Blay JY, Casali P, Bouvier C, Dehais C, Galloway I, Gietema J, et al. European Reference Network for rare adult solid cancers, statement and integration to health care systems of member states: a position paper of the ERN EURACAN. *ESMO Open*. 2021;6(4): 100174. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100174>.
 90. Blay JY, Casali P, Ray-Coquard I, Seckl MJ, Gietema J, de Herder WW, et al. Management of patients with rare adult solid cancers: objectives and evaluation of European reference networks (ERN) EURACAN. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024;39: 100861. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100861>.
 91. Kunskapsbank för cancervården. *Standardiserade vårdförlopp (SVF)*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/vardforlopp/> [Accessed 8th July 2024].
 92. Rare Cancers Europe. *Rare Cancers in All Policies*. 2021. <https://www.esmo.org/content/download/489219/9313527/1/Rare-Cancers-in-AllPolicies-Rare-Cancers-Europe-Call-to-Action.pdf>
 93. Secretariat of the Special Committee on Beating Cancer. *Background Note on Paediatric and Rare Cancers*. 2021. https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/229959/2021-02-15_FINAL_CLEAN_Background_note_Paediatric_and_rare_cancers.pdf

94. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Nadir Hastalıklar Sağlık Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2023-2027)*. Ankara, Türkiye: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1252; 2022. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/44497/0/nadirhastaliklar-eylem-planı--011222pdf.pdf>
95. Erbaycu AE, Özsöz A, Çakan A. Akciğer kanserinde tanı gecikmesine hastanın ve hekimin etkisi. *Solunum Hastalıkları*. 2005;16(4): 161–165.
96. Department of Health. *The New NHS: Modern, Dependable*. Department of Health: London. 1997. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c853740f0b62aff6c2405/newnhs.pdf>
97. Mulka O. NICE suspected cancer guidelines. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2005;55(517): 580–581. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16105364>
98. Herrett E, Thomas SL, Schoonen WM, Smeeth L, Hall AJ. Validation and validity of diagnoses in the General Practice Research Database: a systematic review. *British journal of clinical pharmacology*. 2010;69(1): 4–14. <https://doi.org/10.1111/j.13652125.2009.03537.x>.
99. Khan NF, Harrison SE, Rose PW. Validity of diagnostic coding within the General Practice Research Database: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2010;60(572): e128–36. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483562>.
100. Neal RD, Din NU, Hamilton W, Ukoumunne OC, Carter B, Stapley S, et al. Comparison of cancer diagnostic intervals before and after implementation of NICE guidelines: analysis of data from the UK General Practice Research Database. *British Journal of Cancer*. 2014;110(3): 584–592. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.791>.
101. NHS England. *Faster diagnosis*. <https://www.england.nhs.uk/cancer/faster-diagnosis/> [Accessed 16th July 2024].
102. Regionala cancercentrum. *National Quality Registries Cancer*.

- <https://cancercentrum.se/samverkan/regional-cancer-centres/knowledge-basedhealthcare/national-swedish-cancer-registry/> [Accessed 6th July 2024].
103. Regionala cancercentrum. *Cancer Patient Pathways*.
<https://cancercentrum.se/samverkan/regional-cancer-centres/knowledge-basedhealthcare/cancer-patient-pathways/> [Accessed 6th July 2024].
 104. Regionala cancercentrum. *Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)*.
<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/vantetider-i-svf/> [Accessed 6th July 2024].
 105. Robertson S, Adolfsson J, Stattin P, Sjövall A, Widdersjö R, Hanning M, et al. Waiting times for cancer patients in Sweden: A nationwide population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(3): 230–237.
<https://doi.org/10.1177/1403494817693695>.
 106. Grønnemose RB, Hansen PS, Worsøe Laursen S, Gerke O, Kjellberg J, Lykkegaard J, et al. Risk of cancer and serious disease in Danish patients with urgent referral for serious non-specific symptoms and signs of cancer in Funen 2014–2021. *British Journal of Cancer*. 2024;130(8): 1304–1315. <https://doi.org/10.1038/s41416-024-02620-y>.
 107. Cancer Australia. *Optimal Care Pathways*.
<https://www.cancer.org.au/healthprofessionals/optimal-cancer-care-pathways> [Accessed 25th July 2024].
 108. Cancer Australia. *Optimal Care Pathways (OCP) Web App*.
<https://optimalcarepathways.com.au/> [Accessed 25th July 2024].
 109. Cancer Council Victoria and Department of Health Victoria. *Optimal care pathway for people with Acute Myeloid Leukaemia..* 2nd ed. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2021. <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/acute-myeloid-leukaemia-2nd-edition>
 110. Haakenstad A, Yearwood JA, Fullman N, Bintz C, Bienhoff K, Weaver MR, et al. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the

- Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Global Health*. 2022;10(12): e1715–e1743. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00429-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00429-6).
111. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Mortality Visualisation: Completeness*. <https://vizhub.healthdata.org/mortality/completeness> [Accessed 6th July 2024].
112. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 populationbased registries in 71 countries. *The Lancet*. 2018;391(10125): 1023–1075. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3).
113. Bilir N, Ellidokuz H, Bor D, Çakır B, Çankaya G, Dünder P, et al. Kanser Epidemiyolojisi, Kanserden Korunma, Taramalar ve Erken Tanı. In: Demirel T, Olgun N, Özet A (eds.) *TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay Raporu (27-28 Haziran '14)*. 2014. p. 23–26. <https://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/TÜBA-Ulusal-Kanser-Politikaları-Çalıştay-Raporu.pdf>
114. T.C. Sağlık Bakanlığı. *NeyimVar? uygulaması*. <https://neyimvar.gov.tr/giris> [Accessed 26th July 2024].
115. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. *12. Kalkınma Planı (2024-2028)*. 2023. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-KalkinmaPlani_2024-2028_11122023.pdf
116. T.C. Sağlık Bakanlığı. *T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2024-2028)*. 2024. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-20242028pdf.pdf?_tag1=7B2A9834832BF7DCF36F2C7E5607D8543752A372

9. EKLER

EK-1: Katkı Sunan Araştırmacı ve Merkezler

Prof. Dr. Özden Altundağ, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Ali Ayhan, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekoonkoloji Bilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Tuğba Tekelioğlu (YDUS), Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekoonkoloji Bilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Şerife Sivridemir (YDUS), Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekoonkoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Ülkü Yılmaz, S.B.Ü. Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Palyatif Tedavi ve Kemoterapi Ünitesi

Uzm. Dr. Tuba İnal Cengiz, S.B.Ü. Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Palyatif Tedavi ve Kemoterapi Ünitesi

Uzm. Dr. Suna Kavurgacı, S.B.Ü. Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Palyatif Tedavi ve Kemoterapi Ünitesi

Uzm. Dr. Fatma Yılmaz, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği

Doç. Dr. Ahmet Kürşad Güneş, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği

Uzm. Dr. Ayşegül İlhan Güleşen, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Uzm. Dr. Ayşegül Dumludağ, S.B.Ü. Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Sercan Aksoy, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Uzm. Dr. Tuba Bulduk, S.B.Ü. Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Duygu Ercan Uzundal (YDUS), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Burcu Ulaş Kahya (YDUS), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Kadriye Bir Yücel (YDUS), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Ahmet Özet, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Zübeyde Nur Özkurt, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Merve Savaş (YDUS), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Şeyma Yıldız (YDUS), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Arş. Gör. Dr. İrem Kök (YDUS), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Hematoloji Bilim Dalı

Doç. Dr. Semih Ba çı, S.B. . Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama
ve Araştırma Merkezi, Hematoloji Kliniği

Arş. Gör. Dr. Erdoğan Őeyran (YDUS), S.B. . Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Prof. Dr. Saadettin Kılıçkap, Liv Hospital Ankara, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Doç. Dr. Ramazan  cal, Liv Hospital Ankara, Hematoloji Kliniği

Hemş. Cansu  zdemir, T.C. Sağlık Bakanlığı Bilkent Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

EK-2: Örnek Büyüklüğü Hesabı

08.03.2023

Konu: Örneklem Büyüklüğü Hk.

Literatürdeki çalışmalarda kanser tanısı sonrası, farklı tedavi gecikme sıklıkları bildirilmiştir.

Bu araştırmanın örneklem büyüklüğü evrenin bilindiği durumdaki bildirilen tedavi gecikme sıklığı üzerinden hesaplanmıştır [1]. Buna göre %95 güven aralığı sınırları içinde, %5 marjın hatada, literatürde bildirilen 462 olgu içinden bildirilen %31,5 tedavi gecikmesi sıklığında ulaşılması gereken minimum örneklem sayısı 194 olgu olarak hesaplanmıştır [2]. Olgu kayıpları olabileceği göz önüne alındığında %10 kadar fazla (toplam 214 kişi) olgu alınması planlanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Örneklem büyüklüğü hesaplaması

What margin of error do you need? 5% is a common choice	5 %
What confidence level do you need? Typical choices are 90%, 95%, or 99%	95 %
How big is the population? If you don't know, use 100,000	462
What do you believe the likely sample proportion to be? If you're not sure, leave this at 50%	31.5 %
Your recommended sample size is 194	

KAYNAKLAR

1. Daniel WW (1999). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 7th edition. New York: John Wiley & Sons.
2. Nguyen, S. M., Nguyen, Q. T., Nguyen, L. M., Pham, A. T., Luu, H. N., Tran, H. T. T., ... Shu, X. 2021. "Delay in the diagnosis and treatment of breast cancer in Vietnam". Cancer Medicine, 10(21), 7683–7691.

Dr. Su ÖZGÜR
Biyoistatistik Uzmanı
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Solunum Araştırmaları Merkezi-EgeSAM

EK-3: Veri Toplama Formu

Form No:

Bilgi kimden alındı:

Değerli Katılımcı,

Türkiye’de bazı önemli hastalıklar için tanı ve tedavi gecikmesini ve nedenlerini inceleyen oldukça az sayıda araştırma bulunmaktadır. Nedenlerini araştırmanın yanı sıra, bu konuda halk sağlığı bakışıyla geliştirilmiş öneriler sınırlıdır. Planlanan tez araştırmasında, Ankara’da son 1 yılda tanı almış ve tedavi görmekte olan belirli hastalıklarda, tanı ve tedavideki gecikme ile buna neden olan faktörlerin incelenmesi, ve sonuçta bu sorunun azaltılması veya mümkün olan bazı faktörlerin en düşük düzeye çekilmesi için çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada kimlik bilgileriniz alınmayacaktır. Araştırma için aşağıdaki anket planlanmış olup bilgileriniz gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılımınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek, sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Anket yüz yüze görüşme usulüyle uygulanacak ve doldurulması yaklaşık 20 dakika sürecektir. Anket dışında ek olarak tıbbi bilgileriniz hastane bilgi sistemi üzerinden alınıp kaydedilecektir.

Araştırma için Kuruluşlardan gerekli yasal izinler alınmıştır. Katılımınız için teşekkürler.

A. ANKET

A.1. Sosyodemografik Özellikler

Bu bölümde tanımlayıcı kimlik bilgilerinizi içermeyen birtakım kişisel ve sosyal özelliklerinizle ilgili sorular soracağım.

1. Doğum tarihiniz nedir?/...../..... Bilmiyorsa yaşı:

2. Cinsiyet:

- a) Erkek
- b) Kadın

3. Nerede ikamet ediyorsunuz?

a) Ankara'da

i. İlçe () ii.

Belde/Köy ()

b) Ankara dışı (.....) (Ankara'da nerede kalıyorsunuz?)

4. Tanı, tedavi ve takiplerinizi için hastaneye ulaşımı genellikle nasıl sağlıyorsunuz?

- a) Yürüyerek (Kaç dakika?)
- b) Kendi aracım ile (Kaç dakika?)
- c) Şehir içi toplu taşıma ile (Kaç vasıta? Kaç dakika?)
- d) Diğer (Belirtiniz)

5. Eğitim düzeyiniz nedir? (Son bitirdiğiniz okul nedir....)

- a) Okuma yazma bilmiyorum / Sadece okuma-yazma biliyorum.
- b) İlkokul / Ortaokul
- c) Lise
- d) Ön lisans / Lisans
- e) Lisansüstü

6. Medeni durumunuz nedir?

- a) Bekar
- b) Evli
- c) Boşanmış
- d) Dul
- e) Ayrı yaşayan

7. Kaç yaşayan çocuğunuz var?

- a) Yaşayan çocuğum yok
- b) 1
- c) 2
- d) 3+

8. Kimlerle yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Tek başıma
- b) Eşim ve/veya çocuklarımla
- c) Eşim ve/veya çocuklarım ve aile büyüklerimle
- d) Diğer (Belirtiniz)

9. Ailenizden Ankara'da olan var mı?

- a) Hayır
- b) Evet (Kim?)

10. Sigorta durumunuz nedir?

- a) Genel Sağlık Sigortası (GSS)
- b) Yeşil kart (GSS'si gelir testi sonucunda sağlanan)
- c) Özel sağlık sigortası

- d) Sigortasız
- e) Diğer (Belirtiniz)

11. İş yerinizde rutin sağlık kontrolleriniz yapılıyor muydu/yapılır mı?

- a) Hayır
- b) Evet (ne kadar sıklıkta?)

12. Aylık bütçe dengenizi aşağıdaki durumlardan hangisi en iyi ifade eder?

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

13. Sigara kullanma durumunuz nedir?

- a) Aktif kullanıyorum (Kaç yıldır?..... Kaç paket/gün?)
- b) Kullandım, bıraktım (Kaç yıl?..... Kaç paket/gün?)
- c) Hiç kullanmadım

14. Alkol tüketiyor musunuz?

- a) Evet, düzenli (Haftada ne kadar?)
- b) Sadece sosyal ortamlarda nadiren
- c) Düzenli kullandım, bıraktım
- d) Hayır, alkol kullanmıyorum

15. Düzenli spor yapıyor musunuz? (Spor: Orta derecede egzersiz; hızlı yürümek vb.)

- a) Evet (Kaç yıldır?..... Haftada kaç saat?)
- b) Hayır
- c) Düzenli spor yapıyordum, bıraktım

16. Sağlıklı ve dengeli beslenme durumunuz nasıldır?

- a) Sağlıklı ve düzenli besleniyorum
- b) Sağlıksız ve düzensiz besleniyorum
- c) Emin değilim
- d) Diğer (Belirtiniz ...)

17. Tanı öncesinde kilogram cinsinden kilonuz:..... Şimdiki kilonuz:

18. Santimetre cinsinden boyunuz:

A.2. Tanıda Gecikme Durumu

Tedavi görmekte olduğunuz hastalığınızın tanı süreci ile ilgili sorular soracağım.

19. Nasıl tanı/teşhis aldınız?

- a) Şikayetlerim vardı
- b) Taramada tespit edildi
- c) Tesadüfen
- d) Check-up
- e) Diğer (Belirtiniz)

20. Hastalığınızla ilgili belirtinin/belirtilerin ilk ortaya çıkış zamanı:/...../.....

21. Belirtinin/belirtilerin halentedavi gördüğünüz hastalıkla ilgili olabileceğini düşünmüş müydünüz? a) Evet

- b) Hayır
- c) Emin değildim

22. Belirti(ler) ortaya çıktıktan sonra aşağıdakilerden hangilerini yaptınız? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- a) Doktora gitmek istemedim (neden?)
- b) Hemen doktora gittim (neden?)
- c) İnternette araştırdım (neden?)
- d) Yakınlarıma sordum (neden?)
- e) Diğer (Belirtiniz)

23. Belirti(leri)nizi gidermek için hekime danışmadan aşağıdakilerden hangilerini yaptınız? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- a) Belirtimi gidermek için alternatif yöntemler araştırdım ve kullandım (çeşitli bitkisel karışımlar, vitamin vb.)
- b) Kendi kendime dua ettim / Başkalarından benim için dua etmelerini istedim
- c) Egzersiz-spor yaptım
- d) Düzenli ve dengeli, sağlıklı beslendim
- e) Sigarayı ve/veya alkolü bıraktım
- f) Diğer (Belirtiniz)

24. Bir önceki soruda en az 1 seçeneği işaretlediniz ise bunları yapmış olmanız tanı alma durumunuzu nasıl etkiledi?

- a) Tanı alma süremi etkilemedi
- b) Tanı almam gecikmiş oldu
- c) Daha erken tanı almamı sağladı
- d) Bilmiyorum

25. Belirti(ler) nedeniyle doktordan randevunuzu kim aldı?

- a) Ben, kendim
- b) Eşim

- c) Çocuğum
- d) Diğer yakınlarım

26. Bu süreçte size devamlı refakat eden biri oldu mu?

- a) Hayır, hiçbir zaman
- b) Evet, bazen
- c) Evet, her zaman

27. Belirti(ler) nedeniyle doktora ilk kez ne zaman başvurdunuz:/...../..... veya ay/yıl önce

28. İlk ortaya çıkan belirti(ler) nedeniyle ilk olarak nereye başvurdunuz?

- a) Aile hekimi
- b) KETEM
- c) Devlet hastanesi
- d) Özel muayenehane veya Özel hastane veya Tıp merkezi
- e) Kamu üniversitesi hastanesi / Eğitim-araştırma hastanesi / Şehir hastanesi
- f) Vakıf üniversitesi hastanesi
- g) Diğer (Belirtiniz)

29. Tanı almak üzere randevu almak için ne yaptınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- a) Erken randevu alabilmek için tanıdıkları araya soktum
- b) Sabah erkenden kuyruğa girip randevu alıp alamayacağımı sordum
- c) Etrafıma hangi hastaneden daha kolay randevu alıp alamayacağımı sordum
- d) İnternet üzerinden randevu oluşturdum
- e) Telefon üzerinden randevu oluşturdum
- f) Diğer (Belirtiniz)

30. Tanı için hangi kurumdaki uzmana başvurduunuz?

- a) Kamu üniversitesi
- b) Vakıf üniversitesi
- c) Şehir hastanesi
- d) Onkoloji hastanesi
- e) Diğer (Belirtiniz)

31. Tanı olasılıkları size söylendiğinde uzmana başvurmak için ne kadar beklediniz?

- a) Beklemedim, hemen uzmana erişmek için randevu almaya çalıştım
- b) Bekledim (Ne kadar süre?)

32. Tanısal işlem prosedürü hakkında bilgi verildi mi?

Yanıtlar	Hekim	Hekim dışı	Hayır*	Hatırlamıyorum**
Evet, ayrıntılı bir şekilde				
Evet, ama yetersiz				
Hayır*				
Hatırlamıyorum**				

33. Tanısal işleme yaklaşımınız nasıl oldu? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.) a)

Korktum

b) Erteleddim

c) Başka bir hekimden görüş almak üzere randevu aldım

d) Kabul ettim ve tanısal işlemi yaptırdım

34. Tanısal işleminizi yapan doktorunuza güveniniz nasıldı?

a) Çok güvendim

b) Emin olamadım

c) Hiç güvenmedim

d) Diğer (Belirtiniz)

35. (Bir önceki soru için yanıt fark etmeksizin) Neden?

.....

36. Tanı almak için (görüntüleme yöntemleri hariç) parça almak (biyopsi), ameliyat, vb. kaç tıbbi işlem geçirdiniz? Belirtiniz.....

37. Tanısal işlem için başka bir hekime yönlendirildiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet (Yönlendirildiğiniz hekim başka bir hastanede miydi?)
- c) Hatırlamıyorum

38. (Bir önceki soruda b şıkkı ifade edildiyse sorulacak) Yönlendirildiğiniz hekim başka bir hastanede miydi?

- a) Hayır
- b) Evet
- c) Hatırlamıyorum / Emin değilim

39. Sizce hastalığınız ile ilgili gerekli bilgileri ilk başvuruda aldınız mı?

- a) Evet, tüm sorularıma yanıt alabildim
- b) Evet, ama bazı sorularıma yanıt alamadım
- c) Hayır, yeterli bilgi alamadım

40. Herhangi bir ek tanısal test için başka bir sağlık kuruluşuna gitmeniz tavsiye edildi mi? a)

- Hayır
- b) Evet (Hangi hastaneye?)
- c) Hatırlamıyorum

41. Sizce tanıda gecikme oldu mu?

- a) Hayır
- b) Evet
- c) Emin değilim

42. Bir önceki soruya cevabınız evet ise, bunun sebebi sizce nedir? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- a) Belirtileri anlayamadım / Hastalığım belirti vermedi
- b) Belirtileri bilmiyordum
- c) Kendi kendime belirtileri hafifletmek veya gidermek için bir şeyler yaptım, bu da gecikmeye neden oldu
- d) İlk belirtiler baş gösterdiğinde ilk kez sağlık kuruluşuna başvurmada gecikme oldu
- e) Hastalığımın araştırılması ve uzmana sevk konusunda gecikme oldu
- f) Tanısal işlem(ler)de gecikme oldu
- g) Diğer (Belirtiniz.....)

43. Aşağıdaki tanısal işlemlerin hangisinde sıra bekleme nedenli gecikme oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) a) Hiçbirinde

- b) Evet (Hangi işlem?..... Ne kadar süre?.....)
- c) Diğer (Belirtiniz.....)

A.3. Tedavide Gecikme Durumu

Bu bölümde size tedavi ile ilgili bazı sorular yönlendireceğim.

44. Size uygulanan ilk tedaviyi hangi tür sağlık kuruluşunda aldınız?

- a) Kamu üniversitesi
- b) Vakıf üniversitesi
- c) Şehir hastanesi

- d) Onkoloji hastanesi
- e) Diğer (Belirtiniz)

45. Herhangi bir ek hastalığınız var mı?

- a) Hayır
- b) Evet (Belirtiniz)

46. Ek hastalıklarınız için düzenli doktor kontrolüne gidiyor musunuz?

- a) Evet, her zaman
- b) Evet, bazen
- c) Nadiren
- d) Hayır
- e) Ek hastalığım yok

47. Ek hastalığınız nedeniyle bu hastalığınızın ilk tedavisi gecikti mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim
- d) Ek hastalığım yok

48. Tedavi ile ilişkili aşağıdaki bilgilendirmeler için yeterli bilgi aldınız mı?

Bilgilendirme / Yanıt	Evet, yeterli idi	Hayır, yetersiz idi	Emin değilim
Tedavinin önemi			
Tedavinin yan etkileri			
Tedavi işlemleri ve süreç			

49. Eczaneden veya aktardan alarak veya tanıdıklarınızdan öğrenerek doktor tavsiyesi dışında herhangi bir alternatif / farklı tedavi yöntemi denediniz mi? a) Evet (Nedir?)

- b) Hayır

50. Tanı aldıktan sonra tedaviye başlama konusunda gecikme olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Tedaviye başlamada gecikme yaşamadım
- b) Tanı aldıktan sonra tedavi için geç yönlendirildim
- c) Tedavi için alanında uzman hekim bulmakta zorlandım
- d) Tedavi için ilaç bekledim
- e) Tedavi için medikal cihaz bekledim
- f) Tedaviye maddi nedenlerle geç başladım
- g) Diğer (Belirtiniz.....)

---YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM---

**B. TIBBİ KAYITLAR ÜZERİNDEN HASTA VE HASTALIKLA İLGİLİ
KAYDEDİLECEK BİLGİLER FORMU**

1. Bölgeye göre (anatomik) kanser türü:
2. Histolojik tip:
3. (Kayıtlarda varsa) semptomların ilk ortaya çıkış zamanı:/...../.....
4. (Kayıtlarda varsa) semptomlar dolayısıyla doktora ilk başvuru tarihi:/...../.....
5. Merkeze ilk başvuru zamanı (hasta dosyasının açılış tarihi): /...../.....
6. Aşağıdaki tanısal işlemlerden hangisi yapıldı?
 - a) Minimal invaziv
 - b) İnvaziv

c) Diğer

7. Tek tanısal girişim tanı için yeterli oldu mu yoksa aynı veya benzer bir tanısal işlem yapılmak zorunda kalındı mı?

a) Evet, tek seferde tanı konuldu

b) Hayır, tek seferde tanı konulamadı, birkaç kez işlem yapıldı (Kaç tanısal işlem geçirdi?)

8. İlk tanısal işlem yapılma tarihi:/...../.....

9. Patolojik tanı alma tarihi:/...../.....

10. Tanı anındaki hastalık evresi:

a) Evre I

b) Evre II

c) Evre III

d) Evre IV

11. Tanı anındaki hastalık SEER veya TNM evresi:

a) In situ

b) Lokal yayılım

c) Bölgesel yayılım

d) Uzak yayılım

e) Evrelendirilmemiş

12. Uygulanan ilk tedavi ne zaman başladı?/...../.....

13. Uygulanan ilk tedavinin türü neydi? (Kombinasyon tedavileri için birden çok seçenek

işaretlenebilir)

- a) Radyoterapi
- b) Kemoterapi
- c) İmmunterapi
- d) Hormonoterapi
- e) Cerrahi

14. Başlangıç tedavisi palyatif amaçla mı yapıldı küratif amaçlı mı?

- a) Küratif
- b) Palyatif

15. Ek hastalıklar nelerdir?.....

EK-4: Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onayı

EK-4: Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onayı
(devam)

Ek Tablo 1. On Birinci Kalkınma Planı (2018-2023)'na Göre Kanser Bakım Yolunu Hızlandırma Konusunda Katkısı Olabilecek Politikalar

Kanser Bakım Yolu Dönemleri / İlişkili Politika ve Tedbirler, Bölüm ile Madde No
Tekil dönemler
<i>B dönemi (sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tanısal girişime geçen süre)</i>
Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanılması sağlanacaktır (Sağlık; 580)

Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılacak, bu merkezlerle kuvvetlendirilmiş ve entegre edilmiş bir aile hekimliği yapısı oluşturularak gerekli olan birinci basamak sağlık hizmetleri verilecektir (Sağlık; 580.2)
Bulaşıcı olmayan hastalıklar başta olmak üzere, hastalıklara ilişkin tarama ve teşhis gibi süreçlerde aile hekimlerinin sorumlulukları artırılacaktır (Sağlık; 580.3)
Aile hekimliği performans sistemi, ikinci ve üçüncü basamaklardaki performans sistemiyle entegre bir biçimde, teşhis ve tedavinin isabetliliği ve hizmet miktarıyla orantılı olarak yeniden tasarlanacaktır (Sağlık; 580.4)
Birinci basamak sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler yeniden tasarlanacaktır (Sağlık; 580.6)
Birleşik dönemler
<i>A+B dönemleri (ilk yakınmadan ilk tanısal girişime değin geçen süre)</i>
Aile hekimlerince sunulan sağlık hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak iyileştirmek suretiyle ihtiyacın bu aşamada karşılanması sağlanacaktır (Sağlık; 580.1)
Sağlık hizmetlerinin sunumunda disiplinler arası bir yöntem geliştirilecek, geriatri alanında uzman personel sayısı artırılacak ve geriatrik hizmetler yaygınlaştırılacaktır (Nüfus ve Yaşlanma; 656.1)
<i>B+C+D dönemleri (sağlık kuruluşuna ilk başvurudan ilk tedavi alınana değin geçen süre)</i>
Acil sağlık, yoğun bakım, onkoloji, organ nakli hizmetleri gibi özellikli sağlık hizmetlerinin kapasitesi artırılarak hızı ve kalitesi yükseltilecektir (Sağlık; 583)
Özellikli sağlık hizmetleri merkezleştirilecek ve bu alanlarda hizmet veren hekimlere yönelik yönetim modeli oluşturulacaktır (Sağlık; 583.1)
Sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için hizmet sunucularına yönelik akreditasyon sistemi kurulacak, klinik kalitenin takibi ve denetiminde standart ve etkili bir süreç oluşturulacak, klinik rehberlerin kullanımı yaygınlaştırılacaktır (Sağlık; 584)
Sağlık hizmetlerinde klinik kalitenin ölçümü ve geliştirilmesi sağlanacak, klinik rehberlerin uygulanması yaygınlaştırılacaktır (Sağlık; 584.1)
Akredite olan sağlık hizmet kuruluşu sayısı artırılacaktır (Sağlık; 584.2)
Kurumlar arası veri paylaşımı konusunda işbirliği ve koordinasyon geliştirilecektir (Sağlık; 585.2)
Sağlık sisteminde hizmet sunucusu ve ödeyici rolleri, hizmet kalitesi, mali sürdürülebilirlik, denetim, performans başta olmak üzere daha etkin bir biçimde yerine getirilecek şekilde güçlendirilecektir (Sağlık; 590)
Üniversite hastanelerinin hastane işletmeciliği ayrıştırılarak, eğitim ve öğretim hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumuna imkân verecek şekilde yönetim, hizmet sunumu ve finansman yapısı itibarıyla sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulacaktır (Sağlık; 590.4)
<i>A+B+C+D dönemi (ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana değin geçen dönem)</i>
Bulaşıcı olmayan hastalık risklerine yönelik olarak, sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilecek; koruyucu ve tedavi edici hizmet kapasitesi geliştirilecek; çevre sağlığı, gıda güvenliği, fiziksel aktiviteye elverişli sahalarda, sağlık okuryazarlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında sektörler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon artırılacaktır (Sağlık; 579)
Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik risk faktörlerinin azaltılabilmesi için erken teşhis hizmetlerinin etkinliği artırılacaktır (Sağlık; 579.3)
Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılacak, başta kırsalda yaşayanlar olmak üzere yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, yaşlılara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin güçlendirilmesi sağlanacaktır (Sağlık; 582)

Yaşlılara yönelik sağlık izlemleri gerçekleştirilecek, yaşla birlikte artan hastalıklara ilişkin koruyucu ve tedavi edici hizmetler güçlendirilecek, geriatri ve palyatif bakım hizmetleri sunan merkezlerin sayısı artırılacaktır (Sağlık; 582.2)
Veri ve kanıta dayalı politika oluşturmada girdi olarak kullanılabilecek, bilimsel araştırma ve analizlerde kullanılmaya elverişli, uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kalite ve ayrıntıda veri üretimi sağlanacaktır (Sağlık; 585)
Sağlık veri setleri yeniden yapılandırılarak, veri kalitesi artırılacak ve uluslararası mukayeseye imkân veren bir veri altyapısının oluşturulması sağlanacaktır (Sağlık; 585.1)
Kadınlara sunulan sağlık hizmetleri iyileştirilip, farkındalık çalışmaları aracılığıyla sağlık bilincinin yükseltilmesi sağlanacaktır (Sağlık; 603)
Ülke genelinde kanser tarama programına uygun hedef gruptaki kadınların programa katılımlarının artırılması için farkındalık çalışmaları yapılacaktır (Sağlık; 603.1)
Kadınlarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla farkındalık çalışmaları gerçekleştirilecektir (Sağlık; 603.2)
Yaşlılar için sağlık hizmetlerinin sunumu etkinleştirilecektir (Nüfus ve Yaşlanma; 656)

Ek Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2018-2023)'a Göre Kanser Bakım Yolunu Hızlandırma Konusunda Katkısı Olabilecek Politikalar ve Olası Katkı Bileşeni

Kanser Bakım Yolu Dönemleri / Amaç ve Hedefler
Tekil dönemler
<i>B dönemi (ilk yakınmadan ilk tanısal girişime değin geçen süre)</i>
Birinci basamak sağlık personeli yetkinliklerini; uzmanlık programları, eğitim müfredatlarında yapılacak iyileştirmeler ve hizmet içi eğitimlerle destekleyerek geliştirmek (Hedef 2.4)
Birleşik dönemler
<i>A+B+C+D dönemi (ilk yakınmadan ilk tedavi başlanana değin geçen dönem)</i>
Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak (Amaç 2)
Kuvvetlendirilmiş bir aile hekimliği yapısıyla çok disiplinli ve tercih edilen birinci basamak sağlık hizmetleri vermek (Hedef 2.1)
Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak (Amaç 3)
Sağlık hizmetlerinde bütünsel sağlık hizmet modelini hayata geçirmek (Amaç 4)
Bütün adımları baştan sona planlanmış, standart ve bireyin takibini etkin şekilde yapan sistemler ve teknolojik araçları bünyesinde barındıran birinci basamak hizmet süreçleri oluşturmak (Hedef 2.3)
Sağlık hizmetlerinde klinik kaliteyi iyileştirmek (Hedef 3.1)
Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırmak ve sürdürülebilirliğini korumak (Hedef 3.3)
Bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhisinde ve hastalıklara bağlı komplikasyonların yönetilmesinde etkinliği artırmak (Hedef 4.1)
Sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı yönetim modelini güçlendirmek (Hedef 4.12)

EK-5: *ChatGPT* ile Sağlık Politikası Tematik Analiz Yöntem ve Bulguları

YÖNTEM:

Tez araştırmasının dönemini kapsayan On Birinci Kalkınma Planı (2018-2023)’nda sağlık konusunda veya sağlıkla ilişkili başlıklarda bahsedilen “politika ve tedbirler” dil modeli olan *ChatGPT*’nin web sayfasında (<https://chatgpt.com/>) ilgili politika ve tedbirler bildirildikten sonra aşağıdaki üç aşama ile deneme amaçlı tematik analizler gerçekleştirilmiştir:

1. Politika ve tedbirlerin kanser bakım yolunu hızlandırmada olası katkı ve rolleri ile ilgili tematik analiz komutu verilmiştir. Bu yapılırken aynı zamanda temaların toplam içindeki payı, gücü/etkisi ve katkısının ortaya konması talep edilmiştir.
2. Politika ve tedbirlerin kanser bakım yolundaki tekil dönemlere yönelik etkisi incelenmiştir.
3. Tez araştırmasının temel iki bulgusuna yönelik dönemsel politika ve tedbirlerin ilişkisi incelenmiştir.

Üç başlık altında belirtilenlerin tamamı “politika ve tedbirlere yapılan atıflar hariç” *ChatGPT*’nin değerlendirmeleridir.

BULGULAR:

1. Kanser Bakım Yolunu Hızlandırmaya Katkıda Bulunabilecek Politika ve Tedbirlerin Tematik Analiz Sonuçları

a) Kaynak Tahsisi ve Verimlilik

İfade:

- "Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanılması sağlanacaktır."

Tema: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaynakların verimli kullanımı.

Katkı: Kaynakların akılcı tahsisi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesini ve etkinliğini artırır, bu da erken teşhis ve tedavi başlatılmasında önemlidir.

Güç: Yüksek

Toplam İçindeki Ağırlık: %20

b) Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu ve Genişletilmesi

İfadeler:

- "Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılacak, bu merkezlerle kuvvetlendirilmiş ve entegre edilmiş bir aile hekimliği yapısı oluşturularak gerekli olan birinci basamak sağlık hizmetleri verilecektir."

- "Acil sağlık, yoğun bakım, onkoloji, organ nakli hizmetleri gibi özellikli sağlık hizmetlerinin kapasitesi artırılarak hızı ve kalitesi yükseltilecektir."

- "Özellikli sağlık hizmetleri merkezileştirilecek ve bu alanlarda hizmet veren hekimlere yönelik yönetim modeli oluşturulacaktır."
- "Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılacak, başta kırsalda yaşayanlar olmak üzere yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, yaşlılara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin güçlendirilmesi sağlanacaktır."

Temalar: Sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve entegrasyonu, uzmanlaşma, evde sağlık hizmetleri.

Katkı: Özellikle onkoloji gibi özellikli sağlık hizmetlerine erişim ve kalite artırılarak teşhis ve tedavi başlatılması hızlandırılır.

Güç: Yüksek

Toplam İçindeki Ağırlık: %20

c) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi

İfadeler:

- "Aile hekimliği performans sistemi, ikinci ve üçüncü basamaklardaki performans sistemiyle entegre bir biçimde, teşhis ve tedavinin isabetliliği ve hizmet miktarıyla orantılı olarak yeniden tasarlanacaktır."
- "Birinci basamak sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler yeniden tasarlanacaktır."
- "Aile hekimlerince sunulan sağlık hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak iyileştirmek suretiyle ihtiyacın bu aşamada karşılanması sağlanacaktır."

Tema: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliğinin güçlendirilmesi.

Katkı: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık sorunlarının erken tespit edilmesini ve yönetilmesini sağlar, bu da zamanında teşhis ve tedavi için kritiktir.

Güç: Yüksek

Toplam İçindeki Ağırlık: %15

d) Disiplinlerarası ve Uzmanlaşmış Bakım

İfade:

- "Sağlık hizmetlerinin sunumunda disiplinler arası bir yöntem geliştirilecek, geriatri alanında uzman personel sayısı artırılacak ve geriatrik hizmetler yaygınlaştırılacaktır."

Tema: Disiplinlerarası yaklaşım ve geriatrik alanında uzmanlaşma.

Katkı: İşbirlikçi bakım ve uzmanlaşma teşvik edilerek, kanser teşhisi ve tedavisinin genel kalitesi ve hızı artırılır.

Güç: Orta

Toplam İçindeki Ağırlık: %10

e) Akreditasyon ve Kalite İyileştirme

İfadeler:

- "Sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için hizmet sunucularına yönelik akreditasyon sistemi kurulacak, klinik kalitenin takibi ve denetiminde standart ve etkili bir süreç oluşturulacak, klinik rehberlerin kullanımı yaygınlaştırılacaktır."

- "Akredite olan sağlık hizmet kuruluşu sayısı artırılacaktır."

- "Sağlık hizmetlerinde klinik kalitenin ölçümü ve geliştirilmesi sağlanacak, klinik rehberlerin uygulanması yaygınlaştırılacaktır."

Tema: Kalite iyileştirme ve akreditasyon.

Katkı: Sağlık hizmetlerinde yüksek standartlar ve sürekli iyileştirme sağlanarak teşhis ve tedavinin doğruluğu ve hızı artırılır.

Güç: Yüksek

Toplam İçindeki Ağırlık: %15

f) Veri ve Kanıta Dayalı Politika

İfadeler:

- "Veri ve kanıta dayalı politika oluşturmada girdi olarak kullanılabilecek, bilimsel araştırma ve analizlerde kullanılmaya elverişli, uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kalite ve ayrıntıda veri üretimi sağlanacaktır."
- "Sağlık veri setleri yeniden yapılandırılarak, veri kalitesi artırılacak ve uluslararası mukayeseye imkân veren bir veri altyapısının oluşturulması sağlanacaktır."

Tema: Veri kalitesi ve kanıta dayalı politika.

Katkı: Bilinçli karar verme ve politika geliştirme için veri kullanımını teşvik edilerek daha etkili ve zamanında sağlık müdahaleleri sağlanır.

Güç: Orta

Toplam İçindeki Ağırlık: %10

g) Halk Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığı

İfadeler:

- "Kadınlara sunulan sağlık hizmetleri iyileştirilip, farkındalık çalışmaları aracılığıyla sağlık bilincinin yükseltilmesi sağlanacaktır."
- "Ülke genelinde kanser tarama programına uygun hedef gruptaki kadınların programa katılımlarının artırılması için farkındalık çalışmaları yapılacaktır."

- "Kadınlarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla farkındalık çalışmaları gerçekleştirilecektir."

Tema: Halk farkındalığı ve sağlık okuryazarlığı.

Katkı: Halkın kanser tarama programlarına katılımını ve sağlık bilincini artırarak erken teşhis ve tedavi sağlanır.

Güç: Orta

Toplam İçindeki Ağırlık: %5

h) Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetler

İfadeler:

- "Bulaşıcı olmayan hastalıklar başta olmak üzere, hastalıklara ilişkin tarama ve teşhis gibi süreçlerde aile hekimlerinin sorumlulukları artırılacaktır."
- "Bulaşıcı olmayan hastalık risklerine yönelik olarak, sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilecek; koruyucu ve tedavi edici hizmet kapasitesi geliştirilecek; çevre sağlığı, gıda güvenilirliği, fiziksel aktiviteye elverişli sahalar, sağlık okuryazarlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında sektörler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon artırılacaktır."
- "Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik risk faktörlerinin azaltılabilmesi için erken teşhis hizmetlerinin etkinliği artırılacaktır."

Tema: Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler.

Katkı: Erken teşhis ve önleme odaklanarak zamanında kanser teşhisi ve tedavi başlatılması sağlanır.

Güç: Yüksek

Toplam İçindeki Ağırlık: %15

Özet

Politik kararlar ve politikalar, kanser bakım yolunda zamanında teşhis ve tedavi başlatılmasını hızlandırmada önemli katkılarda bulunmaktadır. Bu önlemler, erken teşhis ve tedavi başlatılmasını destekleyen daha verimli ve duyarlı bir sağlık sistemi oluşturulmasına katkı sağlar.

- Kaynak tahsisi ve verimliliğin artırılması (%20)
- Sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve entegrasyonu (%20)
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi (%15)
- Disiplinlerarası yaklaşım ve uzmanlaşma (%10)
- Kalite iyileştirme ve akreditasyon sistemlerinin uygulanması (%15)
- Veri kalitesi ve kanıta dayalı politikaların kullanımı (%10)
- Halk farkındalığı ve sağlık okuryazarlığının artırılması (%5)
- Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin geliştirilmesi (%15)

2. Kanser Bakım Yolunun Tekil Dönemleri ile Dönemsel Politika ve Tedbirlerin İlişkisi ve Tematik Analiz Sonuçları

a) İlk Yakınma ile İlk Başvuru Arası

Politika Etkisi:

□ Kaynak Tahsisi ve Verimlilik

- Etkisi: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaynaklarının verimli kullanımı, ilk yakınma durumunda başvurunun hızlı ve doğru bir şekilde yapılmasını teşvik eder.
- Politika: "Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanılması sağlanacaktır."

□ Halk Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığı

- Etkisi: Farkındalık çalışmaları ve sağlık okuryazarlığı, halkın kanser belirtilerini tanımasını ve erken dönemde sağlık hizmetine başvurmasını sağlar.
- Politikalar:

"Kadınlarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla farkındalık çalışmaları gerçekleştirilecektir."

"Kadınlara sunulan sağlık hizmetleri iyileştirilip, farkındalık çalışmaları aracılığıyla sağlık bilincinin yükseltilmesi sağlanacaktır."

Politika Açıkları:

- Genel Halk Farkındalığı: Kadınlara yönelik farkındalık çalışmaları yapılmakla birlikte, genel popülasyon için benzer farkındalık kampanyaları eksik olabilir.
- Kırsal Alanlar: Kırsal bölgelerde yaşayan kişiler için sağlık hizmetlerine erişim ve ilk başvuru süresi ile ilgili özel önlemler yetersiz olabilir.

b) İlk Başvuru ile İlk Tanısal Girişim Arası Politika

Etkisi:

□ Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi

- Etkisi: Aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, ilk başvurudan tanısal girişime kadar geçen sürenin kısılmasını sağlar.

- Politikalar:

"Aile hekimliği performans sistemi, teşhis ve tedavinin isabetliliği ve hizmet miktarıyla orantılı olarak yeniden tasarlanacaktır."

"Birinci basamak sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler yeniden tasarlanacaktır."

□ Disiplinlerarası ve Uzmanlaşmış Bakım

- Etkisi: Uzmanlaşmış sağlık hizmetleri ve disiplinlerarası yaklaşım, tanısal girişimlerin hızla gerçekleştirilmesini teşvik eder.

- Politika: "Sağlık hizmetlerinin sunumunda disiplinler arası bir yöntem geliştirilecek, geriatrik hizmetler yaygınlaştırılacaktır."

Politika Açıkları:

- Eğitim ve Farkındalık: Aile hekimlerinin ve birinci basamak sağlık çalışanlarının kanser belirtileri konusunda yeterince eğitilmiş olmaması tanısal girişimlerin gecikmesine yol açabilir.
- Kaynak ve Ekipman Eksikliği: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanısal girişimler için gerekli ekipman ve kaynakların eksikliği, bu sürecin uzamasına neden olabilir.

c) İlk Tanısal Girişimden Mikroskopik Olarak Doğrulanmış Tanıya Kadar Geçen Süre

Politika Etkisi:

□ Akreditasyon ve Kalite İyileştirme

- Etkisi: Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve akreditasyon sistemlerinin kurulması, tanısal süreçlerin daha hızlı ve güvenilir olmasını sağlar.

- Politikalar:

"Sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için hizmet sunucularına yönelik akreditasyon sistemi kurulacak."

"Sağlık hizmetlerinde klinik kalitenin ölçümü ve geliştirilmesi sağlanacak."

□ Veri ve Kanıta Dayalı Politika

- Etkisi: Sağlık verilerinin kalitesinin artırılması ve veri altyapısının oluşturulması, tanı sürecinin hızlanmasına katkıda bulunur.

- Politika: "Sağlık veri setleri yeniden yapılandırılarak, veri kalitesi artırılacak ve uluslararası mukayeseye imkân veren bir veri altyapısının oluşturulması sağlanacaktır."

Politika Açıkları:

- Laboratuvar Kapasitesi: Tanısal girişimlerden sonra mikroskopik tanı için yeterli laboratuvar kapasitesi ve uzman personelin eksikliği, tanı sürecini geciktirebilir.
- Veri Yönetimi: Veri yönetimi ve paylaşımı konusunda koordinasyon eksikliği, tanı süreçlerinde gecikmelere neden olabilir.

d) Tanıdan İlk Tedaviye Kadar Geçen Süre

Politika Etkisi:

□ Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu ve Genişletilmesi

- Etkisi: Sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve genişletilmesi, tanı konulduktan sonra hızlı bir şekilde tedaviye başlanmasını sağlar.

- Politikalar:

"Acil sağlık, yoğun bakım, onkoloji, organ nakli hizmetleri gibi özellikli sağlık hizmetlerinin kapasitesi artırılarak hızı ve kalitesi yükseltilecektir."

"Özellikli sağlık hizmetleri merkezileştirilecek ve bu alanlarda hizmet veren hekimlere yönelik yönetim modeli oluşturulacaktır."

□ Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetler

- Etkisi: Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin geliştirilmesi, tanı konulduktan sonra tedaviye hızla geçilmesini destekler.

- Politikalar:

"Bulaşıcı olmayan hastalık risklerine yönelik olarak, koruyucu ve tedavi edici hizmet kapasitesi geliştirilecek."

"Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik risk faktörlerinin azaltılabilmesi için erken teşhis hizmetlerinin etkinliği artırılacaktır."

Politika Açıkları:

- Tedavi Kapasitesi ve Kaynaklar: Onkoloji gibi özellikli sağlık hizmetlerinin kapasitesinin yeterli olmaması veya kaynak eksiklikleri, tanı sonrası tedaviye geçiş süresini uzatabilir.
- İletişim ve Koordinasyon: Sağlık hizmetleri arasında iletişim ve koordinasyon eksikliği, tanıdan tedaviye geçiş sürecinde gecikmelere yol açabilir. **Genel Değerlendirme ve**

Öneriler

Politika Güçlü Yanları:

- Sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve genişletilmesi, erken teşhis ve tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır.
- Kaynak tahsisi ve verimlilik, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırarak erken başvuruları teşvik eder.
- Akreditasyon ve kalite iyileştirme, tanı süreçlerinin hızlanmasına ve güvenilir olmasına katkıda bulunur.

Politika Açıkları ve İyileştirme Önerileri:

- Genel Halk Farkındalığı: Genel popülasyonun kanser belirtileri hakkında farkındalığını artırmak için daha geniş çaplı eğitim kampanyaları yapılmalıdır.
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar artırılmalı, bu hizmetlerin tanısız girişimler için gerekli ekipman ve kaynaklarla donatılması sağlanmalıdır.
- Laboratuvar Kapasitesi: Tanısız girişimlerin ardından mikroskopik tanı süreçlerini hızlandırmak için laboratuvar kapasitesi ve uzman personel sayısı artırılmalıdır.

- Veri Yönetimi ve Paylaşımı: Veri yönetimi ve paylaşımı konusunda daha etkin koordinasyon ve altyapı geliştirilmelidir.
- Tedavi Kapasitesi: Özellikle onkoloji alanında tedavi kapasitesinin artırılması ve kaynakların daha etkin kullanılması sağlanmalıdır.
- İletişim ve Koordinasyon: Sağlık hizmetleri arasında iletişim ve koordinasyon geliştirilmeli, tanıdan tedaviye geçiş sürecinin hızlandırılması için entegre yaklaşımlar benimsenmelidir.

Bu öneriler, kanser bakım yolundaki her bir aşamanın hızlanmasını ve etkinliğinin artırılmasını sağlayarak hastaların daha hızlı ve etkili bir şekilde tedavi edilmesine yardımcı olabilir.

3. Temel Tez Bulguları ile Dönemsel Politika ve Tedbirlerin İlişkisi ve Tematik Analiz Sonuçları

a) Nadir Kanserler ve Kanser Bakım Yolu Politikalarında

Değerlendirme:

□ Disiplinlerarası ve Uzmanlaşmış Bakım

- Politika: "Sağlık hizmetlerinin sunumunda disiplinler arası bir yöntem geliştirilecek, geriatrik hizmetler yaygınlaştırılacaktır."
- Açıklama: Disiplinler arası yaklaşım ve uzmanlaşmış bakım, nadir kanserlerin teşhis ve tedavisinde daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayabilir. Ancak nadir kanserler konusunda spesifik bir vurgu yapılmamış.

□ Akreditasyon ve Kalite İyileştirme

- Politika: "Sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için hizmet sunucularına yönelik akreditasyon sistemi kurulacak, klinik kalitenin takibi ve denetiminde standart ve etkili bir süreç oluşturulacak."
- Açıklama: Kalite iyileştirme ve akreditasyon sistemleri, genel sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir. Ancak nadir kanserlerin tanı ve tedavi süreçlerini hızlandırmaya yönelik spesifik önlemler eksik.

□ Eğitim ve Farkındalık

- Politika: "Birinci basamak sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler yeniden tasarlanacaktır."
- Açıklama: Birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler, nadir kanserlerin erken teşhisi ve sevkı açısından kritik olabilir. Ancak bu eğitimlerin nadir kanserlere odaklanıp odaklanmadığı net değil.

b) Özel Hastaneye Başvurma ve Kanser Bakım Yolu

Politikalarda Değerlendirme:

□ Kaynak Tahsisi ve Verimlilik

- Politika: "Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanılması sağlanacaktır."
- Açıklama: Kamu sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırma çabaları, özel hastanelerin sunduğu hızlı hizmetlerle rekabet edebilme potansiyeline sahip olabilir.

□ Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu ve Genişletilmesi

- Politika: "Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılacak, bu merkezlerle kuvvetlendirilmiş ve entegre edilmiş bir aile hekimliği yapısı oluşturularak gerekli olan birinci basamak sağlık hizmetleri verilecektir."

- Açıklama: Entegre ve genişletilmiş kamu sağlık hizmetleri, hastaların özel hastanelere başvurma ihtiyacını azaltabilir. Ancak özel hastanelerin sağladığı hız ve uzmanlık düzeyiyle nasıl başa çıkılacağına dair spesifik stratejiler belirtilmemiş.

□ Halk Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığı

- Politika: "Kadınlarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla farkındalık çalışmaları gerçekleştirilecektir."
- Açıklama: Farkındalık çalışmalarının özel hastanelere yönelim üzerindeki etkisi net değildir. Kamu ve özel sağlık hizmetleri arasında bilgiye dayalı tercih yapabilme becerisini artırabilir.

Politika Açıkları ve Öneriler

Politika Açıkları:

- Nadir Kanserler: Mevcut politikalar nadir kanserlerin tanı ve tedavi süreçlerine özel bir vurgu yapmamaktadır. Nadir kanserlerin teşhisinde uzmanlaşmış merkezlerin ve eğitim programlarının eksikliği, bu süreçleri uzatabilir.
- Özel Hastanelere Yönelim: Kamu sağlık hizmetlerinin verimliliği artırılmaya çalışılırken, özel hastanelerin sunduğu hız ve uzmanlık düzeyi ile rekabet edebilme stratejileri net değildir.

Öneriler:

■ Nadir Kanserler İçin Spesifik Politikalar:

- Nadir kanserlerin tanı ve tedavisinde uzmanlaşmış merkezlerin kurulması ve bu merkezlere erişimin kolaylaştırılması.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde nadir kanser belirtileri konusunda spesifik eğitimler ve farkındalık kampanyaları düzenlenmesi.
- Nadir kanserler konusunda araştırma ve veri toplama çabalarının artırılması.

▪ Kamu ve Özel Sağlık Hizmetleri Arasında Denge:

- Kamu sağlık hizmetlerinin hız ve kalite açısından özel hastanelerle rekabet edebilmesini sağlamak için altyapı ve kaynak yatırımlarının artırılması.
- Özel hastanelerle kamu sağlık hizmetleri arasında işbirliği ve veri paylaşımının teşvik edilmesi.
- Hastaların bilinçli sağlık hizmeti tercihi yapabilmeleri için halk sağlığı okuryazarlığı çalışmalarının genişletilmesi.



EK-6: DSÖ-IARC Direktörü Dr. Elisabete Weiderpass'ın Destek Mektubu