



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞİTİM VE ARASTIRMA  
HASTANESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARASTIRMA**  
**MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ONKOLOJİ HASTALARININ YAKINLARININ KANSER**  
**TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI**

**Dr. Çiğdem SAVAŞ KARDAŞ**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2019**





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA**  
**MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ONKOLOJİ HASTALARININ YAKINLARININ KANSER**  
**TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI**

**Dr. Çiğdem SAVAŞ KARDAŞ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2019**

# İçindekiler

|                                                               |      |
|---------------------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR.....                                                 | iv   |
| KISALTMALAR.....                                              | v    |
| TABLO LİSTESİ.....                                            | vi   |
| ŞEKİL LİSTESİ.....                                            | viii |
| ÖZET .....                                                    | ix   |
| ABSTRACT.....                                                 | xi   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                                         | 1    |
| 2.GENEL BİLGİLER .....                                        | 3    |
| 2.1 ULUSAL KANSER PROGRAMI.....                               | 3    |
| 2.1.1 Tarama Testi Nedir? Kanser Taraması Neden Yapılır?..... | 4    |
| 2.1.2. Aile Hekimliği ve Kanser Taramaları.....               | 5    |
| 2.2. MEME KANSERİ .....                                       | 5    |
| 2.2.1 Etiyoloji ve Epidemiyoloji.....                         | 5    |
| 2.2.2 Risk Faktörleri .....                                   | 6    |
| 2.2.3 Meme Kanseri Belirtileri.....                           | 7    |
| 2.2.4 Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama .....                 | 7    |
| 2.3 KOLOREKTAL KANSER.....                                    | 10   |
| 2.3.1 Etiyoloji ve Epidemiyolojisi .....                      | 10   |
| 2.3.2 Risk Faktörleri.....                                    | 11   |
| 2.3.3. Kolorektal Kanser Belirtileri.....                     | 12   |
| 2.3.4. Kolorektal Kanserlerde Erken Tanı ve Tarama .....      | 12   |
| 2.4 SERVİKS KANSERİ.....                                      | 14   |
| 2.4.1 Etiyoloji ve Epidemiyoloji.....                         | 14   |
| 2.4.2 Risk Faktörleri.....                                    | 15   |

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.4.3. Serviks Kanseri Belirtileri.....                                   | 16 |
| 2.4.4. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama.....                       | 16 |
| 4.3.1 Sitoloji.....                                                       | 16 |
| 2.5 PROSTAT KANSERİ.....                                                  | 18 |
| 2.5.1 Etiyoloji ve Epidemiyoloji.....                                     | 18 |
| 2.5.2. Risk Faktörleri.....                                               | 19 |
| 2.5.3. Prostat Kanseri Belirtileri.....                                   | 19 |
| 2.5.4 Prostat Kanserinde Erken Tanı ve Tarama.....                        | 19 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                    | 21 |
| 3.1. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ.....                                    | 21 |
| 3.1.1Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği... | 21 |
| 3.2.ÇALIŞMANINDIŞLAMA KRİTERLERİ.....                                     | 22 |
| 3.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM.....                                            | 22 |
| 3.4.ETİK KURUL ONAYI.....                                                 | 22 |
| 4. BULGULAR.....                                                          | 23 |
| 4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK VETANIMLAYICIBULGULAR.....                          | 23 |
| 4.2. KANSER TARAMA TESTLERİNE YÖNELİK TANIMLAYICI<br>BULGULAR.....        | 27 |
| 5. TARTIŞMA.....                                                          | 44 |
| 6. SONUÇ.....                                                             | 52 |
| 7.KAYNAKLAR.....                                                          | 53 |
| 9. ÖZGEÇMİŞ.....                                                          | 61 |
| 8.EKLER.....                                                              | 62 |
| EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....                            | 62 |
| EK 2: ANKET FORMU.....                                                    | 64 |

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| EK 3 : LAWTON VE BRODY’NİN ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM<br>AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ..... | 67 |
| EK 4: ETİK KURUL ONAM FORMU .....                                                | 68 |
| EK 5: SBÜ ONAM FORMU .....                                                       | 69 |



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama süresince engin bilgisi ve hoşgörüsü ile daima yanımda olan tez danışmanım Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk' e,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Doç. Dr. Umut Gök Balcı 'ya, Doç. Dr. Haluk Mergen'e Doç. Dr. Hülya Parıldar 'a, Uzm. Dr. Yusuf Adnan Güçlü' ye, Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yılmaz' e, Uzm. Dr. Bakiye Nurdan Tekgöl' e Uzm. Dr. Muhammed Mustafa Uzan' a,

Çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi desteklerini hayatımın her anında hissettiğim anneme, babama ve ablama,

Hayatımda olduğu her an için iyi ki dediğim sevgili eşim Burç Kardaş' a

Teşekkür ederim.

**Dr. Çiğdem Savaş Kardaş**

**İzmir**

## KISALTMALAR

|                  |                                                              |
|------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>BT</b>        | Bilgisayarlı Tomografi                                       |
| <b>BI-RADS</b>   | Breast Imaging Reporting and Data System                     |
| <b>BPH</b>       | Benign Prostat Hiperplazisi                                  |
| <b>CIN</b>       | Cervikal Intraepitelial Neoplazi                             |
| <b>ÇKBE</b>      | Çift Kontrast Baryumlu Enema                                 |
| <b>DNA</b>       | Deoksiribo Nükleik Asit                                      |
| <b>DSÖ</b>       | Dünya Sağlık Örgütü                                          |
| <b>DNA</b>       | Deoksiribo Nükleik Asit                                      |
| <b>DES</b>       | Dietilstilbestereol                                          |
| <b>EGYA</b>      | Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği                |
| <b>ERSPC</b>     | European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer   |
| <b>FAP</b>       | Familial Adenomatosis Poliposis Koli                         |
| <b>FDA</b>       | Food and Drug Administration                                 |
| <b>GGK</b>       | Gaitada Gizli Kan Testi                                      |
| <b>HPV</b>       | Human Papilloma Virüs                                        |
| <b>HNPCC</b>     | Hereditör Nonpoliposis Kolorektal Kanseri                    |
| <b>KRK</b>       | Kolorektal Kanseler                                          |
| <b>KETEM</b>     | Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi               |
| <b>KMM</b>       | Klinikte Meme Muayenesi                                      |
| <b>KKMM</b>      | Kendi Kendine Meme Muayenesi                                 |
| <b>MRG</b>       | Magnetik Rezonans Görüntüleme                                |
| <b>PSA</b>       | Prostat Spesifik Antijen                                     |
| <b>PAP-SMEAR</b> | Papanikolaou Testi                                           |
| <b>SPSS</b>      | Statistical Package for The Social Sciences                  |
| <b>USG</b>       | Ultrasonografi                                               |
| <b>VIA</b>       | Visual Inspection of cervix after Acetic asit application    |
| <b>VILI</b>      | Visual Inspection of cervix after Lugol solution application |

## TABLO LİSTESİ

**Tablo 1.** BI-RADS sistemine göre meme parankim yapısının tanımlanması

**Tablo 2.** BI-RADS Sınıflaması

**Tablo 3.** Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Kanseri Tarama Testlerini Bilme Durumu

**Tablo 4.** Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Kanseri Tarama Testlerini Düzenli Yaptırdığını İfade Etme Durumu

**Tablo 5.** Hasta ile ilgili tanımlayıcı özellikler ile katılımcıların düzenli tarama testi yaptırmama durumu

**Tablo 6.** Kadın Katılımcıların Smear Testi Konusunda Bilgi ve Davranışları

**Tablo 7.** Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Smear Testi Yaptırma Durumu

**Tablo 8.** Yakını Rahim Ağzı Kanseri Olan Kadın Katılımcıların Smear Testi ile İlgili Bilgi ve Davranışları

**Tablo 9.** Smear Testi Yaptırma Sıklığı ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması

**Tablo 10.** Kadın Katılımcıların Meme Muayenesi ve Mamografi ile İlgili Bilgi ve Davranışları

**Tablo 11.** Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Mamografi Hakkında Bilgi Durumu

**Tablo 12.** Yakını Meme Kanseri Olan Kadın Katılımcıların Meme Muayenesi ve Mamografi ile İlgili Bilgi ve Davranışları

**Tablo 13.** Mamografi Çektirme Sıklığı ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması

**Tablo 14.** Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Sıklığı ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması

**Tablo 15.** Katılanların Kolon Kanseri Taramalarıyla İlgili Bilgi ve Davranışları

**Tablo 16.** Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre GGK Testi Yaptırma Durumu Arasındaki İlişki

**Tablo 17.** Yakını Kolon Kanseri Olan Katılımcıların Kolon Kanseri Taramalarıyla İlgili Bilgi ve Davranışları

**Tablo 18.** Çalışmaya Katılan Erkeklerde Prostat Kanseri Hakkında Bilgi ve Taranma Durumu

**Tablo 19.** Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumu ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması

**Tablo 20.** Katılımcıların Egzersiz Yapma Sıklığı ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması

## ŞEKİL LİSTESİ

**Şekil 1.**Çalışma grubunun medeni duruma göre dağılım

**Şekil 2.**Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımı

**Şekil 3.**Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

**Şekil 4.** Katılımcıların gelir düzeyine göre dağılımı

**Şekil 5.**Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre dağılımı

**Şekil 6.**Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre dağılımı

**Şekil 7.**Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumuna göre dağılımı

**Şekil 8.** Katılımcıların kanser tarama bilgisine ulaştıkları kaynaklara göre dağılımı

**Şekil 9.**Katılımcıların kanser türlerine göre tarama yapıldığını bilme durumlarının dağılımı

**Şekil 10.**Kanser tarama testlerini düzenli yaptırmayanların yaptırmama nedenlerine göre dağılımı

## ÖZET

### ONKOLOJİ HASTALARININ YAKINLARININ KANSER TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI

**Amaç:** Dünya nüfusunun artması ve etiyolojik nedenlere daha çok maruz kalma nedeniyle kanser insidansında artmış meydana gelmiştir. Kanser tarama testleri tüm dünyada erken teşhis için önde gelen uygulama modelidir. Kanser hastalığının oluşumunda genetik ve çevresel risk faktörlerinin etkili olduğu düşünüldüğünde, kanser hastalarının yakınları topluma nazaran daha çok risk altındır. Onkoloji hastalarının yakınlarının kanser tarama testleri hakkında bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi; bu doğrultuda mevcut risk faktörlerine göre, kendilerine uygun kanser taramaları açısından durumun değerlendirilmesi ve taramalarla ilgili farkındalık oluşturmak çalışmanın temel amacıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji polikliniğine başvuran hastalara eşlik eden hasta yakınları ile yürütüldü. Araştırmanın evreni, 2019 yılı Ocak-Şubat-Mart aylarında onkoloji polikliniğine başvuran hastalara eşlik eden yakınları olarak belirlenmiş, her hasta için bir hasta yakını değerlendirmeye alınmıştır. Kanser tarama yaklaşımlarında hasta yakınlarının demografik verileri kadar hastaların demografik özellikleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi de etkili olabileceği düşünüldüğünden; araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına 3 kısımdan oluşan anket formu uygulandı. Anketin ilk kısmında; hasta yakınına ait demografik bilgileri ikinci kısımda; tarama testleriyle ilgili bilgi ve davranışları değerlendirmeye yönelik sorular, üçüncü kısımda hastanın tanı ve tedavi ile ilgili sorular ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme durumunun değerlendirildiği 'Lawton ve Brody'nin enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği' yer almaktadır. Araştırma kapsamında 300 katılımcı ile çalışma analiz edildi.

**Bulgular:** Yaş ortalaması  $45,26 \pm 13,77$  yıl olan çalışma grubunun %68,7'sunu kadınlar oluşturmaktadır. Kanser taramalarının yapıldığını bilme durumuna göre incelendiğinde; %70'i bildiğini (n=210) ifade etmiştir. Bu 210 kişiye hangi kanser taramalarından haberdar oldukları sorulduğunda; %58'i meme kanserine, %44,3'ü kolon kanserine ve %52,7'si serviks kanserine, %44'ü prostat kanserine yönelik

taramaların yapıldığını bildiğini belirtmiştir. Bilgi kaynağı olarak en sık %40,5 ile aile hekimi gösterilmiştir. Çalışmaya katılanların %17,7'si düzenli aralıklarla tarama testi yaptırdığını belirtmiştir. Hasta yakınlarına bağımlılık düzeyi ile düzenli tarama testi yaptırma arasında anlamlı ilişki mevcuttur. Düzenli yaptırmama nedenlerine baktığımızda ise en sık 'sağlıklı olduğum için' yanıtı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %86,4'ü smear testini duyduğunu %50,5'i smear testini yaptırdığını ifade etmiştir. Yakınında rahim ağzı kanseri bulunan 14 kadın katılımcının hepsi smear testini duyduğunu ifade ettiği halde %85,7'si yaptırdığını belirtmiştir. Kadın katılımcılar için yakınlarının kendilerine bağımlılık seviyesi arttıkça düzenli smear taraması yaptırma oranları düşmüştür. Kadın katılımcıların %79,6'sı kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olduğunu, %68,9'u düzenli yaptığını belirtmiştir ayrıca %38,8'i kendilerine hekim tarafından meme muayenesi yapıldığını belirtmiş, %71,8'inin mamografi hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Yakını meme kanseri olup %88,6'sı KKMM hakkında bilgiye sahip olduğunu, %11,4'ü düzenli mamografi çektirdiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %49,3'ü GGK testini duyduğunu, %13,7'si yaptırdığını ifade etmiştir. Katılımcıların %68'inin kolonoskopi hakkında bilgisi olduğunu %8,3'ü kolonoskopi yaptırdığını belirtmiştir. Yakını kalın bağırsak kanseri olanların GGK testini %5,3'ü yaptırmış olduğunu %18,4'ü kolonoskopi yaptırdığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan erkeklerin %20,4'ünün prostat kanseri hakkında hekimi tarafından bilgilendirildiğini %15,1'i prostat kanseri taraması yaptığını belirtmiştir.

**Sonuç:** Kanser taramaları farkındalığını artırmak ve düzenli tarama yapılmasını özendirmek için daha etkin uygulamalara, eğitim çalışmalarına ve belki de hasta yakınlarına yönelik hastaneler içinde özel poliklinikler açılarak bakım verenlere öncelikli sağlık hizmeti sunulmasına ihtiyaç olduğu önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, Bakım Veren, Kanser Tarama, Pap-smear, Palyatif Bakım

## ABSTRACT

### KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF RELATIVES OF ONCOLOGY PATIENTS ABOUT CANCER SCREENING TESTS

**Aim:** The incidence of cancer has increased due to the increase in world population and more exposure to etiological causes. Cancer screening tests are the ideal methods for early detection all over the world. Considering that genetic and environmental risk factors are effective in the development of cancer, relatives of cancer patients are at greater risk than the population. The main purpose of the study is to evaluate the knowledge and behavior of relatives of oncology patients about cancer screening according to the appropriate cancer screening tests for them and to create awareness about screening.

**Materials and Methods:** The cross-sectional descriptive study was conducted with the patients' relatives who applied to the oncology clinic of the Health Sciences University Tepecik Education and Research Hospital. The population of the study was identified as the accompanying relatives of the patients who applied to the oncology outpatient clinic in January-March 2019, and a relative for each patient was evaluated. Since the demographic data of patients' relatives and their ability to maintain daily life activities are thought to be effective in cancer screening approaches; A questionnaire consisting of 3 parts was applied to the relatives of the patients who accepted to participate in the study. The questionnaire was prepared by the researchers and applied by face to face interview technique. The first part of the questionnaire consisted of demographic information about the patient's relatives. The second part consisted questions about the knowledge and attitude about cancer screening. In the third part, questions related to diagnosis and treatment of the patient and 'Lawton and Brody's scale of instrumental daily living activities were evaluated. The study was analyzed with 300 participants.

**Results:** The mean age of the study group was  $45.26 \pm 13.77$  years and 68.7% of the study group were female. By the evaluation about the knowledge related to cancer screening 70% of the participants stated that they knew ( $n = 210$ ) screening tests. When these 210 people were asked which cancer screening they were aware of; 58% reported to be aware of breast cancer, 44.3% of colon cancer and

52.7% of cervical cancer, 44% of prostate cancer screening. Totally 40.5% of the participants stated family doctor as the source of information cancer screening. The reported rate of having cancer screening tests at regular intervals was 17.7% . The mostly given reasons for not having them regularly, was the belief about feeling healthy and having not enough time. The 86.4% of the female participants in the study heard about smear test and 50.5% stated to having had a pap smear. Totally 14 female participants had a relative with cervical cancer, all were aware of smear test, but 85.7% reported they had it. The rates of regular smear screening decreased according to their relatives' dependency among the female participants. Overall 79.6% of the female participants stated that they had knowledge about breast self-examination, 68.9% of them reported that they performed regularly, and 38.8% of them stated that they had breast examination by their physician, 71.8% of them had information about mammography. The participants who had a relative with the breast cancer diagnosis were evaluated, 88.6% stated to have information about breast self-examination and 11.4% had regular mammography. 49.3% of the participants stated that they heard fecal occult blood screening test and 13.7% said they had it done. Nearly 68% of the participants had information about colonoscopy and 8.3% stated that they had colonoscopy. The 5.3% of the relatives of patients with large bowel cancer had fecal occult blood screening test done and 18.4% stated that they had a colonoscopy. The 20.4% of the male participants in the study were informed about prostate cancer by their physician and 15.1% stated that they performed prostate cancer screening.

**Conclusion:** In order to increase awareness of cancer screening and to encourage regular screening, it is recommended that more effective practices, training activities and, perhaps, outpatient services should be opened in hospitals specified for the relatives of the patients; but also priority should be planned for the caregivers during health care delivery.

**Keywords:** family medicine, cancer screening, pap-smear, palliative care, caregiver

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre kanser hücrelerin genetik değişmelerinin sonucu olarak ortaya çıkan, kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize bir hastalık grubudur (1).

Kanser, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden birisidir. Dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de ölüme yol açan hastalıklar arasında, kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almakta olan kanserin, 2030 yılına kadar hızla artarak ölüm nedenleri arasında birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir (2,3).

Ülkemizde kanser insidansı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Raporuna göre 2015 yılında erkeklerde yüz binde 247,6, kadınlarda ise yüz binde 177,5'dir (4).

Dünya nüfustaki genişleme, tanı, tedavi ve teknolojik alanlardaki gelişmeler, yaşlı nüfusunun artması ve etiyolojik nedenlere daha çok maruz kalmayla birlikte kanser insidansında artış meydana gelmiştir. Benzer nedenlerle, gelecekte kanser yükünde büyük artışlar beklenmektedir (5). Kanser yükünün bu hızlı artışı, dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri için bir kriz teşkil etmektedir. Gelecekte kaynakları bol olan ülkelerde dahil olmak üzere çoğu ülke için, tanı konacak çok sayıdaki kanser hastasının tedavisi ve bakımı (palyatif, destekleyici ve yaşam sonu süreçteki) için yeterli ödenek temin etmenin ekonomik ve sosyal açıdan ciddi güçlüklerle yol açacağı öngörülmektedir (6).

Erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü sırasıyla; trekea, bronş ile akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide iken, kadınlarda; meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve trekea, bronş ile akciğer kanserleridir. Genç (15-24 yaş grubu) erkeklerde testis kanseri, kadınlarda ise tiroid kanseri ilk sıraları yer almaktadır (7). Akciğer kanserinde hastaların yarısından fazlası ileri evrede tanı almaktadır. Meme kanserinin ise sadece %11,1'i ileri evre kanser vakalarından oluşmaktadır. Kadın kanserleri olan uterus korpusu ve serviks kanserleri de çoğunlukla erken tanı almaktadır (7). Kolorektal kanserler her iki cinsiyet içinde en sık görülen üçüncü kanser türü olarak tanımlanmaktadır. Serviks kanseri ise kadın kanserlerinde onuncu sıradadır. Başlıca

etkeni HPV (human papilloma virus) olan bu kanser türü ülkemizde düşük sıklıkta görülmesine rağmen, uluslararası kanser ajansı tarafından yapılmış olan analizlerde HPV' ye bağlı kanserlerin erkek kanserlerinin %1'inden, kadın kanserlerinin ise %5-10'undan sorumlu olduğu görülmektedir. Ülkemiz verileri incelendiğinde de HPV ile ilişkili kanserlerin kadınları daha sıklıkla etkilediği, kadınlarda erkeklerin yaklaşık 5 katı HPV ilişkili kanser olduğu tahmin edilmektedir (7).

Kanserden primer korunma kanser oluşmasına engel olmak için yaşam tarzı değişiklikleri yapılması, diyetin düzenlenmesi ve egzersizi içerir. Sekonder korunmada halen belirti vermese bile hastalık gelişmiştir ve hastalanan bireylerin erken tanısı esastır. Böylece kür şansını yakalamak, remisyondaki süreyi uzatarak, morbitide ve mortaliteyi azaltmak amaçlanmaktadır (8).

Bu çalışma ile onkoloji hastalarının yakınlarının kanser tarama testleri hakkında bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi; bu doğrultuda mevcut risk faktörlerine göre, kendilerine uygun kanser taramaları açısından durumun değerlendirilmesi ve taramalarla ilgili farkındalık oluşturmak amaçlanmaktadır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1 ULUSAL KANSER PROGRAMI

Etkin bir kanser kontrolünde erken veya geç teşhis edilen tüm hastaların kaliteli yaşam sürmesi ve hastalığın en iyi şekilde tedavi edilmesi için en iyi şekilde palyasyon sağlanmalıdır. Bu önlemlerin belirli bir plan çerçevesinde yürütülebilmesi için 2008 yılında ülkemizde ulusal kanser kontrol programı yayınlanmıştır (9).

Sık rastlanmakta ve görülme sıklığı zaman içinde hızla artmakta olan kanserin tam ve etkin kontrolü ancak dinamik, çok yönlü, bilimsel, multidisipliner ve maliyet etkin bir program ile mümkün olabilecektir. Kansere karşı gerekli önlemler alınmaz ve sistematik bir kontrol programı uygulanamazsa 2030'lu yıllarda direkt tedavi maliyetlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesi tarafından karşılanamaz bir büyüklüğe ulaşacağı öngörülmektedir (10).

Türkiye coğrafi, kültürel, ekonomik ve sosyal farklılıkların gözlenebildiği ülkelerden biridir. Bu farklılıklar kanser gibi çok sayıda etken ile ilişkili olarak gelişebilen bir hastalık kontrolü söz konusu olduğunda çok daha karmaşık bir tablo ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çünkü kanser sadece genetik yatkınlıkla açıklanabilen bir hastalık değil başta sigara kullanımı olmak üzere beslenme, solunan hava, yaşanılan çevre şartları, sedanter yaşam şekli, teknolojik gelişmeler ve diğer birçok faktör ile ilişkili olarak gelişebilen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kanserinde sadece %5-10'u genetik yatkınlığa bağlı iken, büyük bir kısmının çevresel ve yaşam biçimi faktörlerine bağlı olduğu bilinmektedir (10). Basit önlemler alınması ile kanserin büyük bir çoğunluğunun önlenilebileceği bilinmektedir. Örneğin akciğer kanseri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık görülen kanser türüdür. Ülkemizde görülen akciğer kanserlerinin %90'ı sigara kullanımına bağlı ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde tütün ürünleri kullanımı oranı %30'un üzerinde, 10 yaş altı her üç çocuktan biri pasif içiciliğe maruz kalmakta, her gün 300 kişi sigaraya bağlı gelişen hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Etkin bir tütün kontrolü sağlandığında bile her yıl yaklaşık 110.000 hayat kurtarılabilecektir (9).

Ülkemizde önleme faaliyetlerinin birisi de obezite ile mücadeledir. Obezite ile mücadele sadece kanserin önlenmesinde değil, daha morbid sonuçları olan

kardiovasküler hastalıklar için de çok önemli bir strateji olarak kabul edilmektedir. Kanserdeki farklı etiyolojik faktörler göz önüne alındığında ülkemizin çok yönlü ve detaylı bir ulusal kanser kontrol programına ihtiyacı olduğu açıktır (9).

Ulusal kanser kontrol programında, meme, serviks ve kolorektal kanserlerin ulusal tarama programları geliştirilerek uygulanması; erken tanı ve tarama ile bu kanserlerin erken evrelerde yakalanması ve bu kanserlerdeki mortalite oranlarının azaltılması amaçlanmaktadır.

Bu amaca ulaşmak için aşağıdaki hedefler göz önünde bulundurulmalıdır:

1. Kanser farkındalığını oluşturmak
2. Tarama yapılan kanserlerde (meme, serviks, kolorektal) kanser evresini ve mortaliteyi azaltmak
3. Yeni kanserler için tarama standartlarını oluşturmak (11).

### **2.1.1 Tarama Testi Nedir? Kanser Taraması Neden Yapılır?**

Hastalıkların erken tanısında iki yol vardır. Birincisi hastalığın erken belirtilerini tespit etmek ikincisi ise hastalığı daha belirti vermeden tanıyabilmektir. Hastalığı olan kişileri belirti vermeden tanıyabilmek için tarama programları uygulanmaktadır. Tarama programları ile tanı alan hasta kişilerin iyileşmesi ve tedavisi kuşkusuz ki ileri evre hasta olanlara göre hem daha kolay hem de daha maliyet etkilidir (9).

Toplumda hastalıkların taranması için Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş birtakım ölçütlerin karşılanması gerekmektedir, bunlar:

- Taranan hastalık toplum için önemli bir sağlık sorunu olması
- Taranacak hastalığın tanınması için latent veya erken semptomatik bir dönemi bulunması
- Hastalıkla ilgili tüm klinik seyrine dair yeterli bilgi varlığı

- Tarama sonucunda bulunan hastaların iyileştirilmesi için uygun tedavi yönteminin bilinmesi
- Hastalıkların teşhisi ve tedavisi için gerekli tüm alt yapı (personel, ekipman vb.) olanakları yeterli olması
- Tarama için kullanılacak olan testlerin toplum tarafından kabul görebilecek nitelikte olması ve kolaylıkla uygulanabilir bir yöntemle yapılabilmesi
- Testlerin seçicilik ve hassasiyetinin olabildiğince yüksek olması
- Taramanın sürdürülebilirliğinin sağlanması olarak tanımlanmalıdır.

Kanser hastalıklarının her birinin kendine göre etiyolojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri vardır. Bu yüzden erken tanı ve tarama stratejileri de kanser türlerine göre değişmektedir (9).

### **2.1.2. Aile Hekimliği ve Kanser Taramaları**

Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi sırasında göz önüne alması gereken yaklaşımlardan birisi de kanser tarama testlerinin planlanmasıdır (7). Ülkemizde kanser tarama testlerinin uygulanması Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. KETEM’ lerde “Erken teşhis hayat kurtarır!” prensibiyle yola çıkarak meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları uygulanmaktadır. Halen ülkemizde toplam 197 KETEM mevcut olup, her ilimizde en az bir tane bulunmaktadır. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında eğitim almış olan doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görevlendirilmiştir (9). Aile hekimleri KETEM’ leri iş birliğiyle cinsiyete, yaş gruplarına ve diğer risk faktörlerine göre kişiye özel ve sürdürülebilir kanser taramalarında rol alarak koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar.

## **2.2. MEME KANSERİ**

### **2.2.1 Etiyoloji ve Epidemiyoloji**

Dünyada kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseridir; 2012 yılında

yaklaşık 1,7 milyon yeni meme kanseri tanısı konmuştur (11). Ülkemizde meme kanserinin insidansı 100 binde 46,8 olup her yıl yaklaşık 17.000 kadın meme kanserine yakalanmaktadır. Hayat boyu her sekiz kadından birinin meme kanserine yakalanma riski vardır (12).

Ülkemizde meme kanseri kadınlarda en sık ölüme neden olan hastalıklar içinde %2,1'lik oranla 8. sırada yer almaktadır. Meme kanseri progresif bir hastalıktır, erken dönem tanınırsa, tedaviye yanıt oranları daha yüksek olduğundan yaşam beklentisi göreceli olarak fazladır. Erken tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı alan hastalarda 5 yıllık sağ kalım yaklaşık %90-95 oranlarındadır. Meme kanseri tarama yöntemleri ile vakaların 63,7'sine erken lokalize dönemde tanı konulabilmektedir. Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık sağ kalım beklentileri %97,9 dur. Bu haliyle meme kanseri tüm dünyada en sık görülen akciğer, kolon ve mide kanserleri arasında en iyi prognoza ve en uzun sağ kalıma sahip kanser türü olarak kabul edilmektedir (7).

### **2.2.2 Risk Faktörleri (13)**

- Kadın cinsiyet ve ileri yaş
- Aile öyküsünde meme kanseri varlığı
- Bireyin özgeçmişinde invaziv meme kanseri, insitu duktal veya lobüler karsinom varlığı ya da benign proliferatif hastalık göstergesi olan meme biyopsilerinin varlığı
- BRCA1 ve BRCA2 mutasyonuna sahip olmak (hayat boyu meme kanseri riskinin %40-85 olduğu belirtilmektedir)
- Erken menarş, geç menopoz gibi endojen östrojene maruziyeti artıran üreme faktörleri ve menopoz sonrası kullanılan östrojen-progesteron hormonlarının kombinasyonu
- Hiç doğum yapmamış olmak ya da geç yaşta doğum yapmak (Yirmi yaş öncesinde gebelik sürecinin tamamını geçiren kadınlarda, meme kanseri riskinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Otuz beş yaş sonrası doğum yapan kadınlarda ise, hiç doğum yapmamış kadınlara kıyasla meme kanseri riskinin yaklaşık %50 daha düşük olduğu belirtilmektedir)
- Emzirmeme (Emzirme meme kanseri riskini azaltıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Her 12 aylık emzirmenin meme kanseri riskinde %4,3 azalma sağladığı ve her ilave doğum için ise bu orana %7 eklenebileceği belirtilmektedir)

- Obezite
- Metabolik sendrom ve insülin direnci
- Radyasyon maruziyeti
- Yüksek düzey alkol tüketimi (hiç alkol tüketmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında, her gün 35-44g alkol tüketen kadınların %32, her gün en az 45g alkol tüketen kadınların ise %46'lık bir risk artışıyla karşı karşıya oldukları bildirilmiştir)
- Sigara kullanımı
- Fiziksel aktivite azlığı

### **2.2.3 Meme Kanseri Belirtileri**

Meme kanserinin en sık rastlanılan belirtisi memede ağrısız bir kitle hissedilmesidir. Deride kalınlaşma, memede çekinti, meme ucunun hassaslaşması ya da içe dönmesi de nadir olarak görünen belirtilerdir. Ağrı ve kanlı akıntı gibi belirtiler de genellikle ileri evrelerde ortaya çıkmaktadır (14).

### **2.2.4 Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama**

Meme kanserinde erken evre ve uygun tedavi birlikteliğinin iyi prognoz ile olan ilişkisi tartışılmazdır. Tarama metotları ile meme kanseri teşhislerinin %61'i erken lokalize evrede belirlenebilmektedir. Bu dönemde tanı alan hastaların 5 yıllık yaşam beklentileri %99'dur (15).

Ülkemizde önerilen temel tarama yöntemi dünyanın her yerinde olduğu gibi mamografidir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın 2012 yılında yayımladığı Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na göre, 40-69 yaş arasında her kadın 2 yılda bir mamografi ile taranmalıdır. Mamografinin etkinliğini artırmak için, tarama sırasında KMM (Klinikte meme muayenesi) de önerilmektedir. Ayrıca toplumda farkındalık yaratmak için 20 yaşından itibaren her kadının ayda bir kez KKMM (Kendi kendine meme muayenesi) yapması önerilmektedir.

Ülkemizde Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) kullanımı için belirli bir görüş birliği yoktur. Meme kanseri taramalarında; kişinin kendi kendine meme muayenesi yapması, belli aralıklarla klinikte meme muayenesi hekim tarafından yapılması memenin ultrasonografi (USG) ile değerlendirilmesi, manyetik rezonans

görüntüleme ve mamografi kullanılmaktadır (16).

**2.2.4.1 Kendi kendine meme muayenesi:** Kendi kendine meme muayenesi ya da doktor tarafından yapılan muayenenin kansere bağlı ölümleri azalttığına dair kesin bir veri bulunmamasına rağmen özellikle yüksek riskli gruplarda yardımcı yöntem olarak kullanılması konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Öte yandan kendi kendine meme muayenesi sağlık kontrollerinin yapılamadığı, sağlık hizmetine erişimin kısıtlı olduğu toplumlarda daha önem kazanmaktadır. Bu eğitimin verilmesinin bir diğer faydası da hedef popülasyonda meme kanseri farkındalığının artmasına belirgin katkı sağlayacak olmasıdır (17).

**2.2.4.2 Klinik meme muayenesi:** ‘Atipik duktal veya lobuler hiperplazi, lobuler karsinoma in situ, invaziv meme kanseri riskinin beş kat arttığı “yüksek risk grubu” için altı ayda bir KMM yapılması tavsiye edilmiştir. Birden fazla akrabasında meme kanseri öyküsü bulunduğu halde BRCA1 veya 2 mutasyonu saptanmayan “yüksek risk grubundaki” kadınlar için, meme kanseri taramalarına meme kanseri tanı akrabalarından en gencinin tanı aldığı yaştan en az 10 yıl önce veya 40 yaşında (hangisi daha erken ise) taramaya başlanması ve 2 yılda bir KMM yapılması önerilmektedir (18). “Çok yüksek risk grubunda” kabul edilen “30 yaşından önce göğüs duvarına veya memelere radyasyon tedavisi almış olan az sayıda kadın için ise “taramalara radyasyon tedavisinden 5–10 yıl sonra veya 40 yaşında (25 yaştan önce olmamalı) başlanarak, 6 ayda bir KMM yapılması tavsiye edilmiştir (15). Mamografi ile yapılan tarama programlarına uymayan ama periyodik bir şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanan ciddi sayıdaki kadına, periyodik sağlık kontrolleri sırasında KMM uygulanarak, tanı konulabilmesi sebebiyle, KMM oldukça önemli bir rol üstlenebilir (19).

**2.2.4.3 Mamografi:** Mamografi meme hastalıklarını değerlendirmede kullanılan temel tanı yöntemidir. Asemptomatik kadınlarda tarama amaçlı kullanılabilirken (tarama mamografisi), tanı amacıyla ve semptomatik hastalarda tedavinin planlanması amacıyla da kullanılabilir (tanısal mamografi). Tanısal mamografide, mamografik bulgularla, fizik muayene bulgularını birlikte değerlendirmek önemlidir. Tarama mamografisinin amacı meme kanserini erken evrede, daha az invaziv tedavi uygulanma şansı varken tespit edebilmektir. Amerika

Milli Kanser Enstitüsü 40 yaşından sonra tarama mamografisi ile birlikte fizik muayene yapılmasını tavsiye etmektedir. Rutin mamografik görüntüleme 40 yaşın altındaki kadınlarda aşağıdaki nedenlerden dolayı genellikle önerilmez (20):

- Genel olarak kanser riski belirgin olarak düşüktür. Genel anlamda 50 yaşından büyük kadınlarda 10/10000'u geçen meme kanseri insidansının 25 yaş altı kadınlarda 1/10000'in altında olduğu bilinmektedir.

- Meme dokusu radyasyona daha duyarlıdır.

- Mamografi genç, yoğun memelerde daha az faydalıdır.

Tanısal mamografinin ele gelen kitle, lokalize ağrı, meme başı akıntısı, tarama mamografisinde anormallik saptanması gibi durumlarda kullanılması önerilmektedir (20). Yaşa ve kitlenin özelliklerine göre yapılacak doğru ve yeterli inceleme ile kanser saptanma oranını artarken, gereksiz test ve girişimler de en aza indirgenmektedir (21).

Amerikan Radyoloji Koleji tarafından 1993 yılında mamografi bulgularının raporlamasında kullanılan terminolojiyi standardize etmek amacıyla "Breast Imaging Reporting and Data System" (BI-RADS) (Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi) adı altında bir tanımlama sistemi geliştirilmiştir. BI-RADS ile meme parankim yapısı ve saptanan lezyonlar tanımlanır (Bkz. Tablo 1 ve 2). Mamografide lezyonların morfolojik özelliklerinin sınıflaması yapıldıktan sonra, lezyonun kuşku derecesi belirlenmekte ve buna göre son değerlendirme kategorileri ortaya konmaktadır. Mamografinin duyarlılığı Tip 1 ve Tip 2 meme yapısında yüksek iken, Tip 3 ve Tip 4 memelerde duyarlılık daha sınırlıdır.

**Tablo 1.** BI-RADS sistemine göre meme parankim yapısının tanımlanması

|              |                                               |
|--------------|-----------------------------------------------|
| <b>Tip 1</b> | Yağ dokusundan zengin parankim yapısı         |
| <b>Tip 2</b> | Yağ ve fibroglandüler doku içeren meme yapısı |
| <b>Tip 3</b> | Heterojen dens meme yapısı                    |
| <b>Tip 4</b> | Çok dens meme yapısı                          |

**Tablo 2. BI-RADS Sınıflaması**

|                   |                                                                |
|-------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Kategori 0</b> | Ek incelemelere ve/veya önceki mamogramlara gereksinim vardır. |
| <b>Kategori 1</b> | Negatif                                                        |
| <b>Kategori 2</b> | Benign bulgular                                                |
| <b>Kategori 3</b> | Benign olma olasılığı yüksek bulgular                          |
| <b>Kategori 4</b> | Kuşkulu bulgular                                               |
| <b>Kategori 5</b> | Büyük olasılıkla malign lezyon                                 |
| <b>Kategori 6</b> | Bilinen malignite                                              |

**2.2.4.4 Ultrasonografi:** Ultrasonografinin yanlış pozitiflik oranı mamografiden daha fazla olduğu için bazı özellikli durumlar dışında meme taramasında kullanılmamaktadır. Çeşitli risk faktörleri nedeniyle (birinci derece yakınlarında veya kendisinde meme kanseri hikayesi olanlar, şüphelenilen veya bilinen meme kanseriyle ilişkili gen mutasyonu olanlar, önceden göğüs veya boyun bölgesine radyoterapi almış olanlar) erken taranması gereken ve daha dens meme dokusunda sahip olan kadınlar için ultrason daha iyi bir tarama seçeneği olabilir (22).

**2.2.4.5 Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG):** Tetkik sıklıkla premenapozal birinci derece yakınında meme kanseri öyküsü varlığı, BRCA-1 ve BRCA-2 genetik mutasyonu, meme kanseri öyküsü, memede şüpheli lezyonu olan kadınlara tarama amacıyla; mamografi ve ultrason görüntülemesinde şüphede kalınan lezyonlar için, dens meme parankiminde tanısal zorluk yaşandığında, tanısal tetkiklere rağmen klinik olarak şüphede kalındığında, aksiler adenopatide primer lezyonu araştırmak amacıyla, tanı almış hastanın tedavisi planlanırken lezyonun yaygınlığını görmek için (evreleme), kemoterapi uygulamalarında tedaviye yanıtın takibi gibi tanısal amaçlarla önerilmektedir (15).

## **2.3 KOLOREKTAL KANSER**

### **2.3.1 Etiyoloji ve Epidemiyolojisi**

Kalın bağırsağın ve rektumun kanserleri kolorektal kanserler (KRK) olarak tanımlanmaktadır (23). Dünyada kadınlarda ve erkeklerde 3. en sık görülen kanserlerdir. Dünyada yeni kolorektal kanser vakaların görülme hızı kadınlarda yüz

16,3, erkeklerde yüz binde 23,3 'tür. (24). Türkiye'de de 2017 Sağlık istatistikleri yıllık verilerine göre, total kanser görülme sıklığına göre KKK insidansı %9,3 ile erkeklerde 3. ve %8,3 ile kadınlarda da 3. sırada yer almaktadır. (4). Kolorektal kanserler genellikle yavaş büyüyerek semptom verebilecek boyutlara geç dönemde ulaşmakta ve erken evrelerde saptanması durumunda başarılı tedavi olasılığı artmaktadır. Bu özellikleriyle temel taramaya en uygun hastalıklar arasında yer almaktadır (25).

Kolorektal kanserlerin etiyolojisinde genetik ve çevresel risk faktörleri rol oynamakla birlikte tanı alan olguların %75-80'i sporadik vakalardan oluşmaktadır (26). Ailesel Adenomatöz Polipozis Koli (FAP) ve Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) ailesel kolon kanserleri içinde en yaygın görülenler olmalarına karşılık, halen tüm kolorektal kanser vakalarının %5'ten azını oluşturmaktadırlar (27).

### **2.3.2 Risk Faktörleri**

Kolorektal kanserlerde risk faktörleri değiştirilebilir veya değiştirilemez faktörler şeklinde iki ana başlıkta incelenebilir (28).

Değiştirilebilir risk faktörleri şunlardır:

- Aşırı kilolu veya obez olmak
- Fiziksel aktivite yetersizliği
- Fazla miktarda işlenmiş (sosis, salam ve benzeri) veya işlenmemiş kırmızı et (sığır, kuzu, karaciğer ve benzerleri)tüketmek
- Sigara dahil tütün ürünleri kullanımı
- Fazla miktarda alkol tüketimi

Değiştirilemez risk faktörleri şunlardır:

- İleri yaş
- Kalın bağırsak polipleri varlığı
- Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı gibi inflamatuvar bağırsak hastalığı
- Geçirilmiş kalın bağırsak kanseri öyküsü
- Ailede kalın bağırsak polipleri veya kalın bağırsak kanseri öyküsü
- Ailesel Adenomatöz Polipozis ve kalıtsal polipozis dışı kolon

kanseri (Lynch sendromu) gibi Kalıtsal sendromlar

- Tip 2 diyabetes Mellitus tanısı

Kolorektal kanserlerin %75'i ise hiçbir risk faktörü bulunmayan sporadik kanser vakalarından oluşmaktadır (29).

### 2.3.3. Kolorektal Kanser Belirtileri

Sağ kolon kanserlerinde karın ağrısı, dispeptik yakınmalar, halsizlik ve karın sağ alt kısmında palpabl kitle en sık görülen yakınmalardır. Nedeni açıklanamayan anemi ve hızlı kilo kaybı varlığında sağ kolon tümörü akla gelmelidir. Gözle görülür kanama nadiren görülür. Sağ kolonun çapının sol kolonun yaklaşık iki katından fazla olması, bu bölümdeki dışkının daha sıvı olması nedeniyle sağ kolon kanserlerinde tıkanma nadiren görülür. Bu nedenle tümör belli bir çapa ulaşmadan tanı genellikle konulamaz.

Sol kolon kanserlerinde bu bölgede kolon çapının daha dar olması, dışkının daha kıvamlı olması ve bu bölümde yerleşen tümörlerin daha çok daraltıcı tipte olması nedeniyle temel yakınmalar dışkılama ile ilgili değişikliklerdir. Dışkılama güçlüğü, kabızlık veya kabızlık sürecini takip eden ishal (Koenig sendromu), distansiyon, kolik tarzda ağrılar ve dışkıya bulaşmış rektal kanama en sık görülen yakınmalardır. Kanama sık olmakla birlikte nadiren masiftir. Zaman zaman da kısmi ya da tam obstrüksiyon gelişebilmektedir (30).

### 2.3.4. Kolorektal Kanserlerde Erken Tanı ve Tarama

Ülkemizde standart risk altındaki bireylerin kolorektal kanser taraması 50 yaşından 70 yaşına kadar tüm kadın ve erkekler için 2 yılda bir insan hemoglobinine spesifik Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması şeklinde tanımlanmaktadır. 70 yaş ve üzeri bireylerde son 2 GGK negatif saptandığında taramanın sonlandırılabilceği bildirilmektedir (28).

Özel durumlarda tarama;

- Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser bulunanlarda tarama 40 yaşında başlatılır.
- Daha önce adenomatöz polip nedeniyle polipektomi yapılan hastalara 3 yıl

sonra kolonoskopi yapılır. Kolonoskopide ek sorun bulunmazsa birey 5 yıl sonra kontrole çağırılmalıdır.

FAP ailesindeki bireylerde FAP geni varlığında genetik testlerle araştırma yapılması ve 18 yaşından başlanarak her yıl fleksibl sigmoidoskopi yapılması önerilmektedir (30).

**2.3.4.1 Gaitada gizli kan (GGK):** Tetkik poliplerden ziyade kanser oluşumlarına daha spesifiktir. Bu sebeple pek çok prekanseröz polip tetkik sırasında gözden kaçabilmektedir. GGK tetkiki sıklıkla 2 yöntemle yapılmaktadır. Guaiac tabanlı GGK taramasında, gaitada hemoglobin varsa peroksidaz reaksiyonuna girer ve pozitif sonuç verir. Bu kimyasal reaksiyon kullanarak sonuç veren testte yanlış pozitif sonuçtan kaçınmak için 3 gün öncesinden NSAİİ kullanımı ve diyetle kırmızı et kesilmelidir. Yanlış negatif sonuçtan kaçınmak için bir diğer önemli husus ise C vitamininin aşırı tüketilmemesidir (31). Tek bir test tarama için yeterli değildir, her seferinde iki örneğin bulunduğu ardışık 3 test yapılması gerekir.

İmmunohistokimyasal testler yapılarak bakılan GGK tetkiki insan hemoglobinine özgü olduğu için daha spesifik kabul edilmektedir. Test öncesinde herhangi bir diyet kısıtlamasına gerek duyulmamaktadır. Bu test diğer GGK testlerine göre daha pahalıdır, fakat yanlış pozitiflik oranı daha az olduğu için gereksiz kolonoskopi yapılmasını önlediği bildirilmektedir (28).

**2.3.4.2 Kolonoskopi:** Kolonoskopi sensitivitesi ve spesifitesi en yüksek olan tarama yöntemidir (32). GGK testi pozitif saptanan kişilerde kolonoskopi yapılması önerilmektedir (33). Sık olarak görülmese de bağırsakta perforasyon, majör kanama riskleri bulunmaktadır. Bu komplikasyonların oranı %0,1'dir (34).

**2.3.4.3 Fleksiblsigmoidoskopi:** Uygulanan 60 cm'lik fleksibl sigmoidoskop splenik fleksuraya kadara ulaşabilmektedir. Sigmoidoskopide bulunan poliplerden sonra hastaya kolonoskopi yapıldığında, %20 hastada ek neoplazmlar saptanmıştır. Sigmoidoskopi ile taramada proksimalde tümörü olan vakaların gözden kaçabileceği bildirilmektedir (35).

**2.3.4.4 Fekal DNA testi:** Polip veya kanserden dökülen hücrelerdeki mutasyonlu DNA'ları saptanabilmektedir (36).

**2.3.4.5 Çift Kontrast Baryumlu Enema (ÇKBE):** Tetkikte bağırsak mukozası baryumla sıvanarak rektal kateterle kolona hava verilirken floroskopi altında çok sayıda grafi çekilmektedir. İşlem sırasında genellikle sedasyon uygulanmamaktadır (28). Hastalar işlem esnasında kramp tarzı ağrılar hissedebilirler. ÇKBE ile 1 cm'den büyük adenomların yarısını ve tüm poliplerin %39'u saptanabilmektedir (37). Retrospektif çalışmalar ile ÇKBE ile kolorektal kanserlerin %15-22'sinin gözden kaçabildiği gösterilmiştir (33). Anormal bulgu saptandığında kolonoskopiyle biyopsi veya eksizyon yapılmalıdır. Yalancı pozitiflik kalmış gaita içeriğinden, havadan ya da diğer mukozal anormalliklerden kaynaklanabilmektedir. ÇKBE'nin avantajları arasında tüm kolonun muayene edilebilmesi ve komplikasyon açısından daha güvenli bir yöntem olması sayılabilir (9).

Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre KRK tanılı hastaların 5 yıllık takibinde %65'inin, 10 yıllık takipte ise %58'inin hayatta kaldığı saptanmıştır (38). KRK hastalarının yalnızca %39'unda tümör lokalize iken saptanmakta ve bu hastalarda hayatta kalma oranı 5 yıllık takipte %90'a kadar çıkmaktadır. Bölgesel ve ileri evre KRK için 5 yıllık hayatta kalma oranı %14 ile %71 arasında değişmektedir. Lokalize seyreden KRK hastada hiçbir şikâyetle neden olmayabileceği gibi hastalık lokalize evrede iken hayatta kalma oranının yüksekliği göz önüne alındığında henüz şikâyet gelişmeden yapılacak olan tarama testlerinin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır (39).

## **2.4 SERVİKS KANSERİ**

### **2.4.1 Etiyoloji ve Epidemiyoloji**

Geçmiş dönemlerde serviks kanseri dünyada kadınlar arasında kanser ilişkili ölümlerin en sık nedenlerinden biri olarak tanımlanmaktaydı (40). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı verilerine göre 2015 yılında serviks kanserinin görülme sıklığı yüz binde 4,5'dir (4). Ülkemizde 2014 yılında yaklaşık 1500 yeni vaka tanımlanmıştır. Erken dönemde yakalanmış serviks kanserli kadınların tanı konduktan sonraki 5 yıllık sağ kalımların %92 gibi yüksek düzeylerde olduğu gözlenmektedir (40).

Serviks kanserinin oluşumunda Human PapillomaVirüsü (HPV) etken olarak kabul edilmektedir (41). Cinsel yönden aktif erişkinlerin %70'inden fazlası, hayatlarının bir döneminde HPV'e maruz kalmakta ve bunların da %70'inden

fazlasının 15–24 yaş arasında olduğu bildirilmektedir (42). HPV, kanserojen özelliklerine göre iki gruba ayrılmaktadır. Birinci grupta, “düşük riskli” olarak adlandırılan servikal lezyonlar ve genital siğillere neden olan HPV 6 ile 11 yer alırken ikinci grupta “yüksek riskli” olarak adlandırılan vajina, vulva, anüs, penis ve serviksin skuamöz kaynaklı karsinomuna neden olan HPV 16 ile 18 bulunmaktadır. HPV ile enfekte olmayan kadınlarda servikte skuamöz hücreli karsinom gelişme riski düşük olmasına karşın, enfekte olanlarda bu risk 250–400 kat artmaktadır (43). Serviks kanserinin ortalama görülme yaşı 52 olup, 35-39 ve 60-64 yaşlarında olmak üzere iki ayrı dönemde pik yaptığı bildirilmektedir (44).

#### **2.4.2 Risk Faktörleri**

- Erken yaşta koitus öyküsü (<16 yaş), çok eşli cinsel yaşam
- Çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişkide bulunulması
- İlk gebelik yaşının 20 ve altında olması
- İlk doğum yaşının 20 ve altında olması
- Doğum sayısının üç ve üzeri olması
- Cinsel yolla geçen hastalık varlığı özellikle Human Papilloma Virüs tip 16-18, Herpes Simpleks tip II ve HIV),
- Sigara kullanımı
- Yaş
- Irk (Siyah kadınlar)
- Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonların varlığı,
- İmmüsupresyon (45).

5 yıldan uzun süre doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda serviks kanseri riski artmaktadır. Doğum kontrol haplarının 5 yıldan az kullanımının riski artırmadığı, ancak 5-9 yıl kullanımının riski artırdığı belirlenmiştir (46).

Günümüzde HPV enfeksiyonu ve servikal kanser gelişimini önlemek için FDA

(Amerikan Gıda ve İlaç Teşkilatı) tarafından onaylanmış 2 adet aşı mevcuttur. Bunlar HPV 6-11-16-18'e karşı kuadrivalan aşı ve HPV 16-18'e karşı bivalan aşısıdır. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği 9-13 yaş arasındaki kız çocuklarının rutin olarak aşılmasını önerirken, daha önce aşılanmamış 13 yaş üzeri adölesan kızların ve kadınların da aşılmasına vurgu yapmaktadır. Aşılanma sonrasında serviks tarama programlarında değişiklik yapılmayacağı, rutin şekilde taramaya devam edilmesi gerektiği de bildirilmektedir (47).

#### **2.4.3. Serviks Kanseri Belirtileri**

- Alışılmadık vajinal akıntı, artmış vajinal akıntı
- Anormal vajinal kanama (Ör. Postmenopozal, Cinsel ilişki veya pelvik muayene sonrası)
- Cinsel ilişki sırasında ağrı olması
- Âdet kanamalarının uzun sürmesi ve normalden fazla olması (46).

#### **2.4.4. Serviks Kanseri Erken Tanı ve Tarama**

Serviks kanseri erken tanı konulduğunda %95 kür sağlanabilen ancak geç kalındığında %50'lere varan mortalite oranına sahip hastalıktır. Tarama yöntemlerinin kullanımı sayesinde erken evrede displazi henüz kansere dönüşmeden yakalanabilmektedir. Serviks kanseri önlenabilir birçok risk faktörünün bilinmesi ve tarama imkânı nedeniyle birincil ve ikincil korunma yöntemlerinin kullanılabileceği nadir kanserlerden biridir (48). Jinekolojik kanserler arasında tüm dünyada ikinci, gelişmekte olan ülkelerde ise ilk sırada yer alan serviks kanseri erken dönemde teşhis edilmediği takdirde mortalitesi çok yüksek olan bir kanser türü olarak tanımlanmaktadır (49). Dolayısıyla, dünya çapında ön sıralarda yer alan servikal kanserin etkili bir tarama programı ile premalign aşamada yakalanması ve tedavi edilmesi, insidans ve mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir (50).

Serviks kanserinde kullanılan bazı tarama testleri aşağıdadır (51).

#### **4.3.1 Sitoloji**

**Konvansiyonel Papsmear:** Smear testi 1950'lerden beri birçok ülkede kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde uygulanan sitoloji tabanlı tarama programları ile kanser nedenli mortalite oranlarında önemli oranda azalma sağlanmıştır. Testin

sensitivitesi (%38-84) düşük olmasına rağmen spesifitesi (>%90) oldukça yüksektir. Spesifitenin yüksekliği, uzun süredir kullanılan ve etkisi kanıtlanmış kabul edilebilir bir test olması, işlem sonuçlarının kayıtlarının tutulmasının kolaylığı diğer testlere göre daha ucuz olması testin güçlü yönleri olarak sayılmaktadır. Sonuçların hemen alınamıyor olması, izlem gerektirmesi ve kaliteli laboratuvar gerektirmesi ise testin sınırlılıklarıdır (52).

**Sıvı Bazlı Sitoloji:** İngiltere gibi bazı gelişmiş ülkelerde tarama testi olarak kullanılmaktadır. Sensitivitesi yaklaşık %70 civarındadır. Ek eğitim gerektirmesi, laboratuvar aşamasının daha uzun sürmesi ve yüksek maliyetli olması testin sınırlılıklarıdır (52).

**2.4.3.2 HPV Testi:** Bazı gelişmiş ülkelerde sitolojik testlerle birlikte kullanılmaktadır. Hem sensitivitesi (%60-70) hem de spesifitesi (%80-95) yüksektir. Ancak spesifitenin 35 yaşın üzerindeki kadınlarda yüksek olmasına rağmen, genç kadınlarda daha düşük olduğu bildirilmektedir. Papsmear ile birlikte uygulanması sensitiviteyi arttırmaktadır. Örnek almak ve işlem sonuçları ile ilgili kayıtların tutulması basittir. Pahalı olması, hemen sonuç alınamaması, kompleks laboratuvar ekipmanları gerektirmesi ve HPV enfeksiyonlarının sıklıkla geçici olması nedeni ile kullanılabilirliğinin az olması testin önemli sınırlılıklarıdır (52).

**2.4.3.3 Görsel Muayene (VIA, VILI):** Asetik asetik uygulama sonrası görsel muayene (VIA) ve Lugoliodin uygulama sonrası görsel muayene (VILI) genellikle sadece araştırmalarda kullanılmakta olup kanser insidans ve mortalitesine etkilerini belirlemeye yönelik randomize kontrollü çalışmalar yapılmaktadır. Sensitivitesi yüksek (%70-80) olmakla birlikte spesifitesi (%50-70) düşüktür. Testin kolay ve ucuz olması, daha az altyapı gerektirmesi, hemen sonuç verdiği için hastanın tekrar çağrılmaması ve tanıyla eş zamanlı tedavi yapılabilmesi, diğer testlerle kombine edilebilmesi testin güçlü yönleridir. Spesifitesi düşük olduğundan sevk sıklığında artışa neden olabilir. Personle verilen kısa bir eğitim sonrası testi uygulayabilir fakat sıklıkla tekrarlayan eğitimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Postmenopozal kadınlarda uygun olmaması, standardizasyonun yetersiz olması ve kayıt tutma zorluğu testin sınırlılıklarıdır (52).

Servikal kanser taraması ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya 21 yaşından itibaren başlamalıdır. 30 yaşından küçük kadınlarda yılda bir kez PAP smear alınmalı, 30 yaşından büyüklerde ise, ardışık 3 smear sonucunun negatif olduğu durumda en az 2-3 yılda bir tekrarlanmalıdır. Ancak immun sistemi zayıf olanlarda (HIV pozitifliği, organ transplantasyonu yapılmış olanlar, kemoterapi veya kronik kortikosteroid tedavisi sırasında) tarama sıklığı arttırılmalıdır. Servikal kanser tarama sıklığı ne olursa olsun yılda bir kez pelvik muayene yapılmalıdır (48).

Aşağıdaki durumlarda testin tekrarlanmasına gerek duyulmamaktadır:

1. Selim nedenlerle total histerektomi geçiren ve CIN (servikal intraepitelial neoplazi) hikayesi olmayan kadınlar
2. CIN 2,3 hikayesi olan ancak total histerektomi öncesinde 3 kez ardışık negatif PAP smear sonucu bulunanlar
3. 70 yaş üzerinde, son 10 yıla ait en az 3 tane negatif PAP smear saptanması

Ancak inutero Dietilstilbestereole (DES) maruz kalmış ve total histerektomi geçirmiş kadınlar ile HPV DNA pozitif, 70 yaşını aşmış olanlara sağlık durumu el verdikçe yıllık PAP smear tekrar önerilir (48).

Serviks kanserinde temel tanı aracı kolposkopidir. Kolposkopide, bir kolposkop kullanarak serviksin içindeki değişiklikleri doğrudan ve çok yakından görmek mümkündür. Kolposkopi esnasında, serviks dokusu incelenmekte ve gerekli görüldüğü takdirde biyopsi alınmaktadır. Tanı konulduktan sonra hastalığın evresini belirlemek amacıyla Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) gibi farklı tetiklerin yapılması gerekebilir (53).

## **2.5 PROSTAT KANSERİ**

### **2.5.1 Etiyoloji ve Epidemiyoloji**

Prostat kanserinin, erkeklerde dünya genelinde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada görülen kanser türü olduğu bildirilmektedir (54).

Ülkemizde de erkeklerde hem teşhis sıklığı hem de kansere bağlı mortalite açısından akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almakta olup kesin tanı biyopsi ile konulmaktadır. Prostat kanseri, genellikle semptomsuz ilerleyen ve mortalitesi

düşük bir hastalıktır. Taranacak hastalarda verilecek tedavinin morbiditesinin çok iyi değerlendirilmesi, gereksiz tanıya yönelik işlemlerden ve tedaviden kaçınılması gerekmektedir. Bu sebeple, biyopsi yapılacak hasta seçimi gereksiz tanı ve tedaviden kaçınmak açısından son derece önemlidir (54).

### **2.5.2. Risk Faktörleri**

Prostat kanseri için bilinen en iyi risk faktörü ilerleyen yaştır. 50 yaş üstü erkeklerde insidansı ve mortalitesi artmaktadır. (55). Birinci derecede akrabada hastalık varlığında, hastalık riski en az iki katına çıkmaktadır. İki ya da daha fazla akrabada hastalığın görüldüğü durumlarda risk 5 ile 11 kat arttığı tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda prostat kanserini tetikleyebilecek RNasel (HPC1, hereditör prostat kanser 1 bölgesi), ELAC2 (HPC2 bölgesi) ve MSR1 bazı genler belirlenmiştir. Bunlar prostat kanserinin poligenik bir hastalık olduğunu göstermektedir. Ayrıca ailesinde meme kanseri olanlarda prostat kanserine yakalanma riskinin de arttığı bildirilmiştir (55).

### **2.5.3. Prostat Kanseri Belirtileri**

Erken evrede semptomlar genellikle eşlik eden benign prostat hiperplazisi (BPH) ya da idrar yolu enfeksiyonuna ikincil görülmektedir. En sık görülen semptomlar acil işeme ihtiyacı (urgency), işeme başlangıcında güçlük, işeme sırasında ağrı, idrar akımında zayıflama, mesaneyi boşaltamama hissi, noktüri, hematüri, pelvik bölgede künt ağrı, ağrılı ejakülasyon olarak tanımlanmaktadır. Alt üriner sistem semptomlarıyla başvuran 40 yaş üstü her erkek hasta prostat kanseri açısından değerlendirilmelidir (55).

### **2.5.4 Prostat Kanseri Erken Tanı ve Tarama**

Prostat kanseri taramasının kimlere ve hangi düzeyde yapılacağı en tartışmalı konulardan arasındadır. Toplum genelinde tarama (toplumsal tarama ya da saha taraması) yerine seçilmiş erkeklerde yapılan taramanın (oportunistik ya da fırsatçı tarama) ileri evrede hastalığı olan önemli sayıda hastanın gözden kaçırılmasına yol açabileceği ileri sürülmektedir. Buna karşılık toplum-tabanlı taramanın yaşamsal tehdit oluşturmadığı için tedavi almasına gerek olmayan hastaların saptanması yoluyla tanı ve tedavi ile ilişkili risk ve zararları artırdığı da savunulmaktadır. Bu alanda yapılan meta-analiz çalışmaları, toplumsal taramanın prostat kanseri ve lokalize

hastalık tanısı konulma sıklığını artırdığını ancak hastalarda sağ kalım oranlarını etkilemediğini göstermektedir (56).

Prostat kanseri taramalarıyla ilgili ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) çalışmasının bulguları da dikkate alındığında literatür verilerine göre toplumsal taramanın mortaliteyi azaltıcı etkisi bulunmamaktadır. Bu sebeple herhangi bir üriner sistem yakınması olan, hiçbir semptomu olmayan ama kişisel olarak tarama isteyen, 65 yaş üzerinde olan ya da ailesinde prostat kanseri öyküsü bulunan (birinci derece ilk akrabada 2 kat birinci derece ikinci akrabada 3-4 kat risk artışı) hastalara serum total prostat spesifik antijen (PSA) testi ve rektal muayene aracılığı ile fırsatçı tarama yapılabilir (57).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın da resmi görüşü doğrultusunda asemptomatik bireylerin rutin olarak prostat kanseri için saha taramasının birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerekli olmadığı bildirilmektedir.

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji polikliniğine başvuran hastalara eşlik eden hasta yakınları ile yürütüldü. Araştırmanın evreni, 2019 yılı Ocak-Şubat-Mart aylarında onkoloji polikliniğine başvuran hastalara eşlik eden yakınları olarak belirlenmiş, her hasta için gönüllü onam formunu (Bkz. EK 1) imzalayan bir hasta yakını değerlendirmeye alınmıştır (Bkz. EK 2).

Kanser tarama yaklaşımlarında hasta yakınlarının demografik verileri kadar hastaların demografik özellikleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi de etkili olabileceği düşünüldüğünden; araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına 3 kısımdan oluşan anket formu uygulandı.

Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanan anketin ilk kısmında; hasta yakınına ait demografik bilgileri ikinci kısımda; tarama testleriyle ilgili bilgi ve davranışları değerlendirmeye yönelik sorular, üçüncü kısımda hastanın tanı ve tedavi ile ilgili sorular ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme durumunun değerlendirildiği ‘Lawton ve Brody’nin enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği’ yer almaktaydı (Bkz. EK 3).

Araştırmanın planlandığı üç aylık süreçte Onkoloji polikliniğine yaklaşık 2000 hasta başvurusu öngörülerek, daha önce yapılan benzer çalışmalardaki farkındalık düzeyinin %65 ve güven düzeyi %95 olarak alındığında evreni bilinen örneklem formülüyle örneklem sayısı 292 olarak hesaplanmıştır. Olası veri kayıpları göz önüne alınarak araştırma 300 hasta yakını ile tamamlanmıştır.

#### 3.1.1Lawton ve Brody’nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilen EGYA indeksi bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitelerini belirlemektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (58). Lawton ve Brody’nin enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına

binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Lawton ve Brody'nin enstrümental günlük aktivite indeksine göre; 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

### **3.2.ÇALIŞMANIN DIŞLAMA KRİTERLERİ**

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- 1) Gönüllü onam vermemek
- 2) Soruları anlayıp yanıtlayabilecek bilişsel kapasite ve dil yeterliliği bulunmamak
- 3) 18 yaş altı olmak

### **3.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM**

Elde edilen veriler SPSS Statistical (Statistical Package For Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Çalışma grubunun tanımlayıcı bulguları; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları, sürekli değişkenler için ise ortalama, standart sapma ile verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ve Fisher'in Exact testi ile analiz edilmiştir.

### **3.4.ETİK KURUL ONAYI**

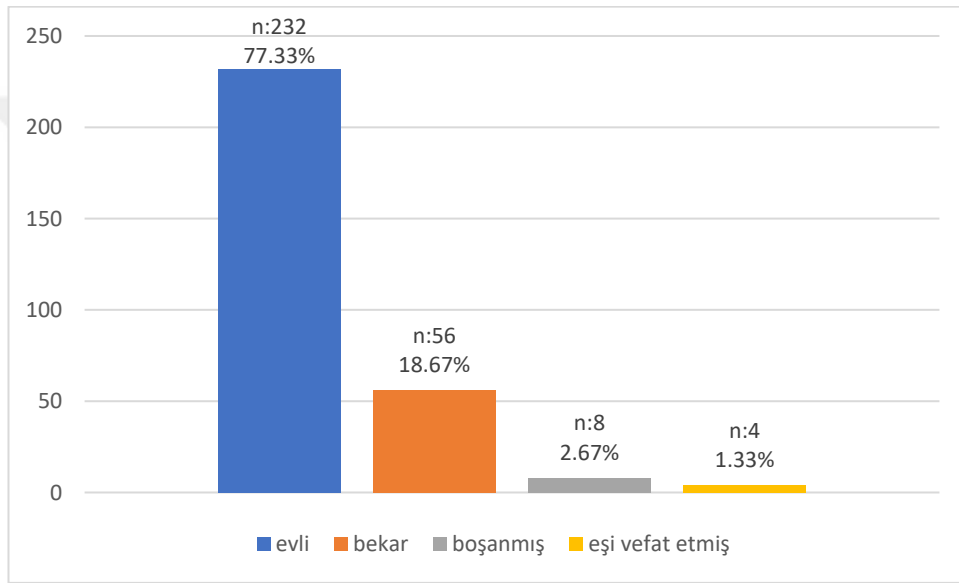
Çalışma için etik kurul onayı, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.12.2018 tarihli ve 2018/16-3 nolu karar ile alındı (Bkz. EK 4).

## 4. BULGULAR

### 4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK VETANIMLAYICIBULGULAR

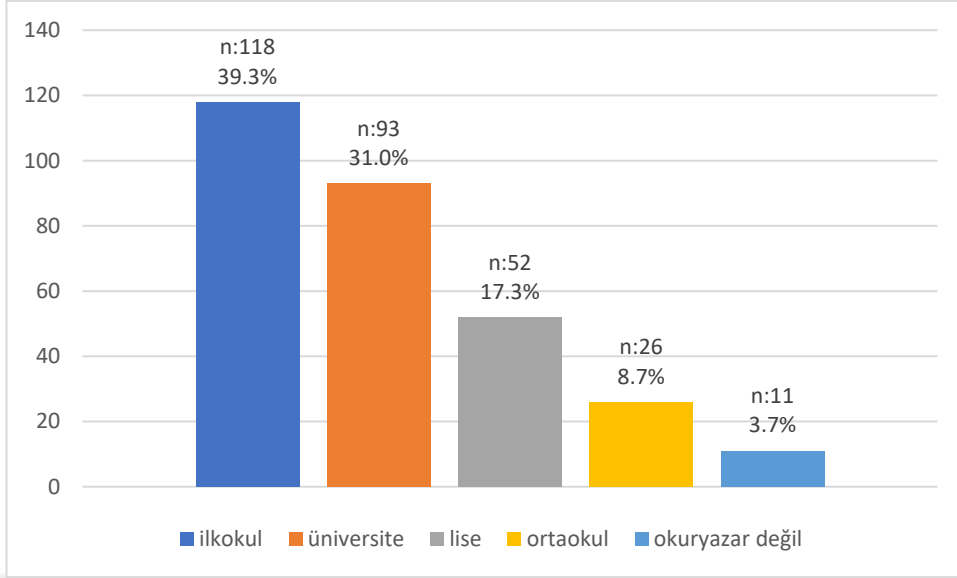
Yaş ortalaması  $45,26 \pm 13,77$  yıl olan çalışma grubunun %68,7'ünü (n=206) kadın %31,3'ini (n=94) erkekler oluşturmaktadır.

Onkoloji polikliniğine başvuran ve yakınları araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $61,30 \pm 11,98$  yıl olarak hesaplanmıştır.



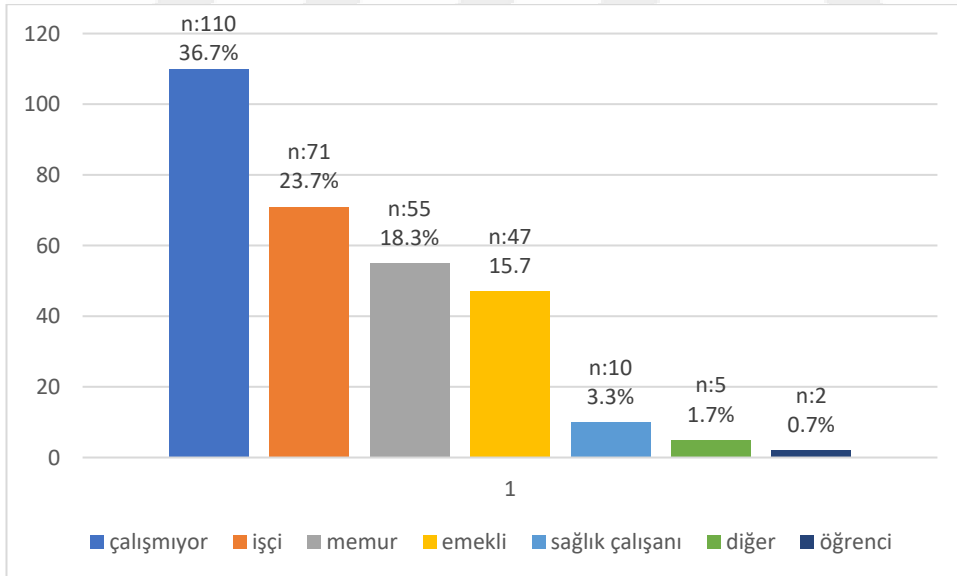
**Şekil 1.** Çalışma grubunun medeni duruma göre dağılım

Çalışma grubunun %18,6'sı (n=56) bekar, %77,3'ü (n=232) evli, %2,6'sı (n=8) boşanmış olduğunu ve %1,3'ü (n=4) eşinin vefat ettiğini belirtti (Şekil 1).



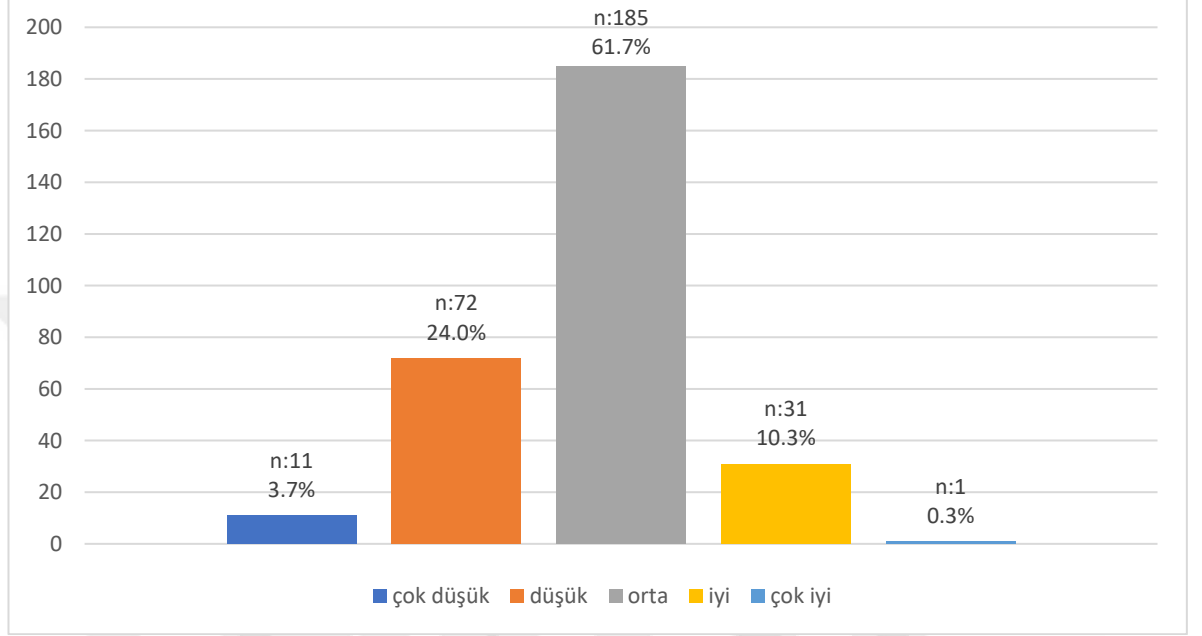
**Şekil 2.**Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımı

Bireylerin eğitim düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde; %39,3'ü (n=118) ilkokul mezunu, %8,7'sı (n=26) ortaokul, %31'i (n=93) üniversite ve %17,3'ü (n=52) lise mezunu idi. Katılımcıların %3,7'si (n=11) okuma yazma bilmediğini belirtti (Şekil 2).



**Şekil 3.**Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

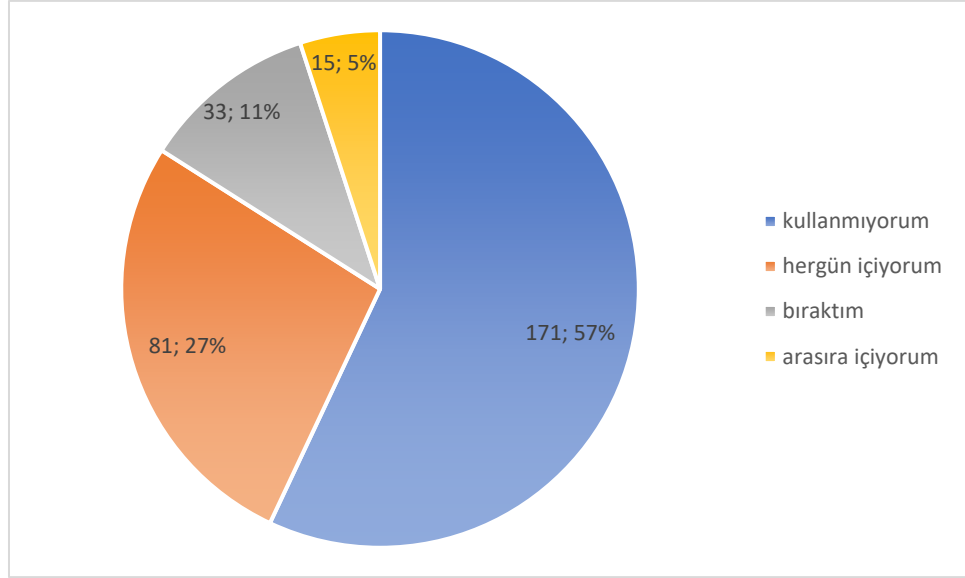
Çalışmaya katılan bireylerin meslekleri sorulduğunda; %23,7'ü (n=71) işçi, %15,7'i (n=47) emekli ve %18,3'ü (n=55) memur, %3,3'u (n=10) sağlık çalışanı, %0,7'si (n=2) öğrenci olduğunu belirtmiştir. Grubun %36,7'si (n=110) ise çalışmadığını ifade etmiştir (Şekil 3).



**Şekil 4.** Katılımcıların gelir düzeyine göre dağılımı

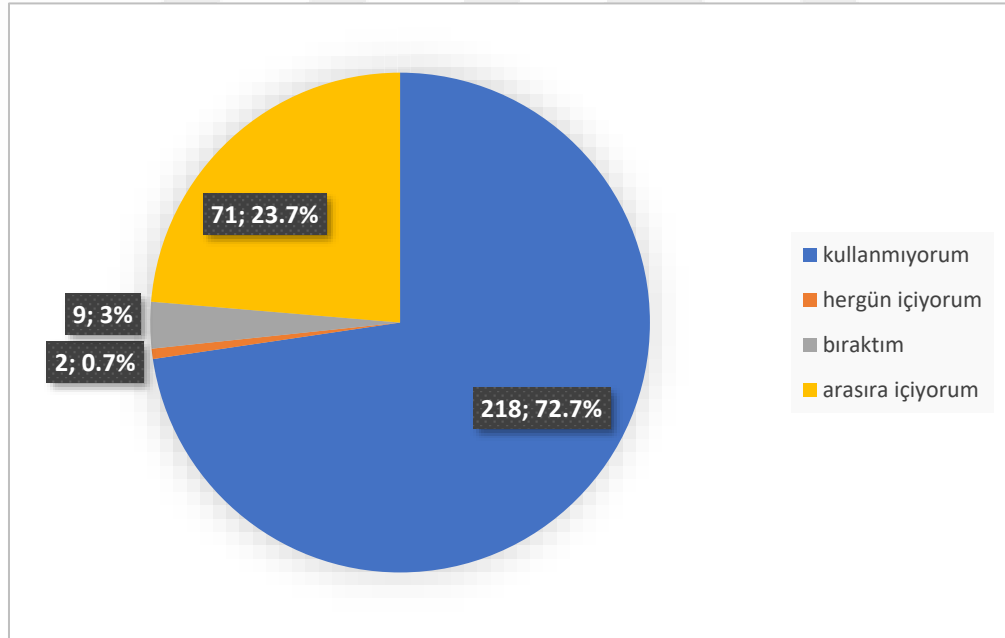
Çalışmaya katılan bireylerin gelir düzeyi sorulduğunda %61,7'si (n=185) gelir düzeyinin orta, %10,3'ü (n=31) iyi, %24'ü düşük (n=72), %3,7'si (n=11) çok düşük ve %0,3'ü (n=1) çok iyi olarak ifade etmiştir (Şekil 4).

Çalışmaya katılan bireylerin %63,3'ü (n=190) kronik hastalığı olmadığını, %36,7'si (n=110) ise bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir.



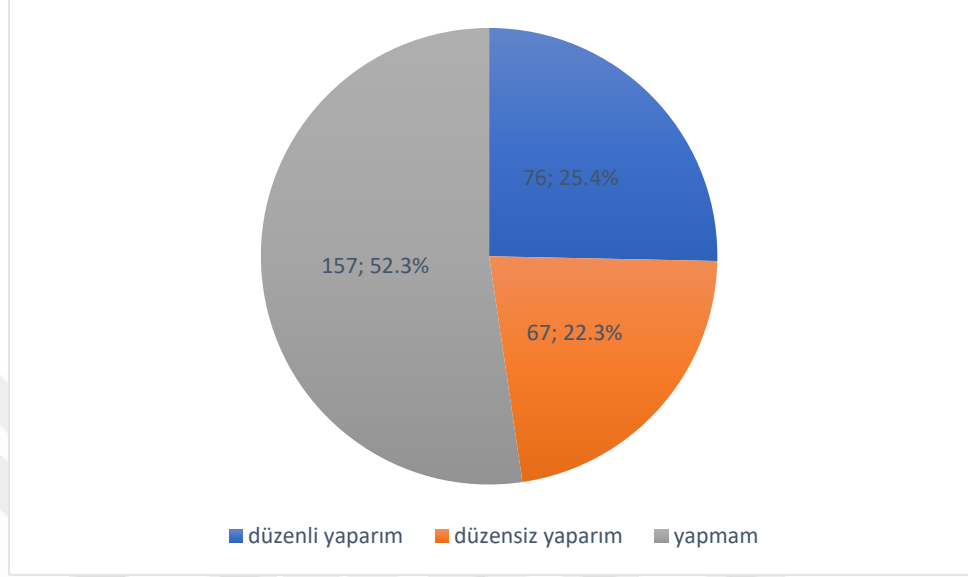
**Şekil 5.**Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Çalışmaya katılan bireylerin sigara kullanma durumları incelendiğinde; %57'si (n=171) sigara kullanmadığını, %27'si (n=81) her gün sigara kullandığını, %5'i (n=15) ara sıra içtiğini %11'i (n=33) ise bıraktığını belirtmiştir (Şekil5).



**Şekil 6.**Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Çalışmaya katılan bireylerin alkol kullanım durumları sorulduğunda; %72,7'si (n=218) kullanmadığını, %23,7'si (n=71) ara sıra içtiğini, %0,7'si (n=2) her gün içtiğini, %3'ü (n=9) ise bıraktığını belirtmiştir (Şekil 6).



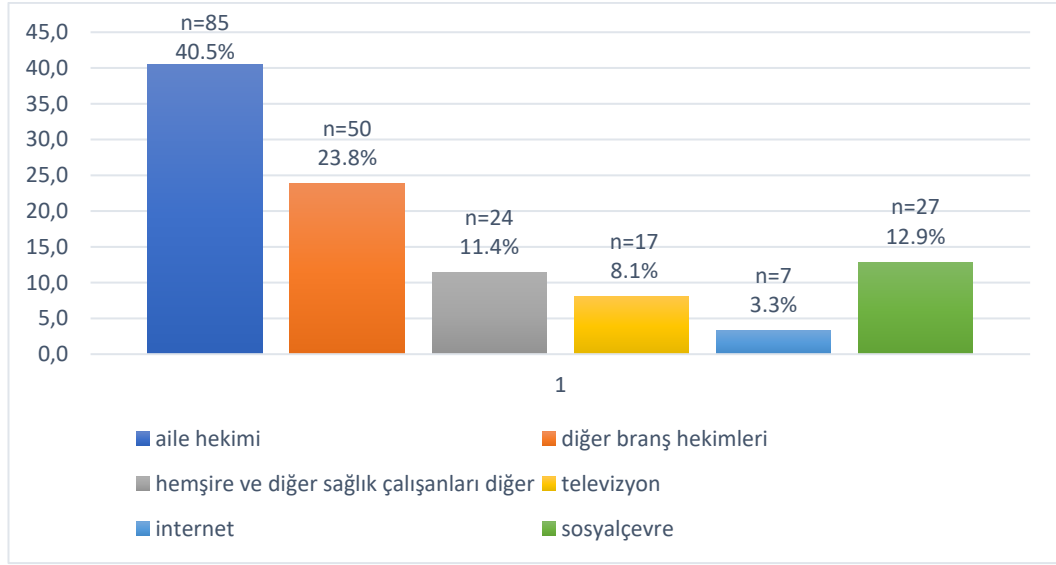
Şekil 7. Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumuna göre dağılımı

Egzersiz yapma durumlarının değerlendirildiği soruda bireylerin %25,4'i (n=76) düzenli egzersiz yaptığını, %22,3'ü (n=67) düzensiz egzersiz yaptığını ve %52,3'ü (n=157) ise hiç egzersiz yapmadığını ifade etmiştir (Şekil 7).

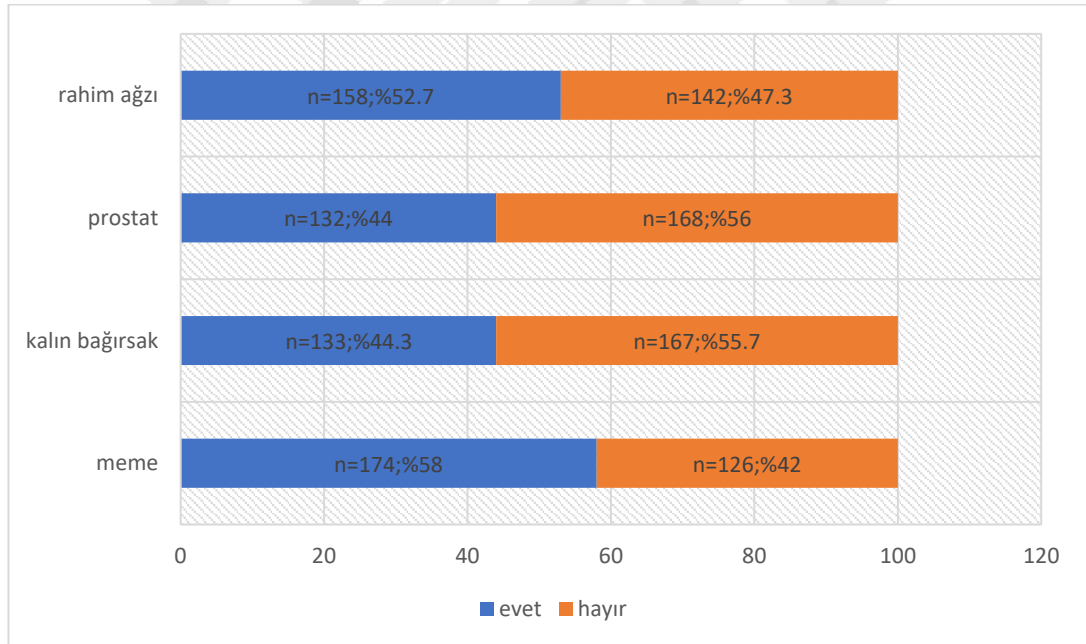
Bireylerin sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumları sorulduğunda %72,3'ü (n=217) dikkat ettiğini, %27,7'si (n=83) ise dikkat etmediğini belirtmiştir.

#### 4.2. KANSER TARAMA TESTLERİNE YÖNELİK TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmaya katılanların %70'i (n=210) kanser tarama testlerini hakkında bilgisi olduğunu belirtti. Bilgi kaynakları sorgulandığında en sık aile hekimi sonrasında sıklık sırasına göre diğer branş hekimler sosyal çevre, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, televizyon ve internet gelmektedir (Şekil 8)



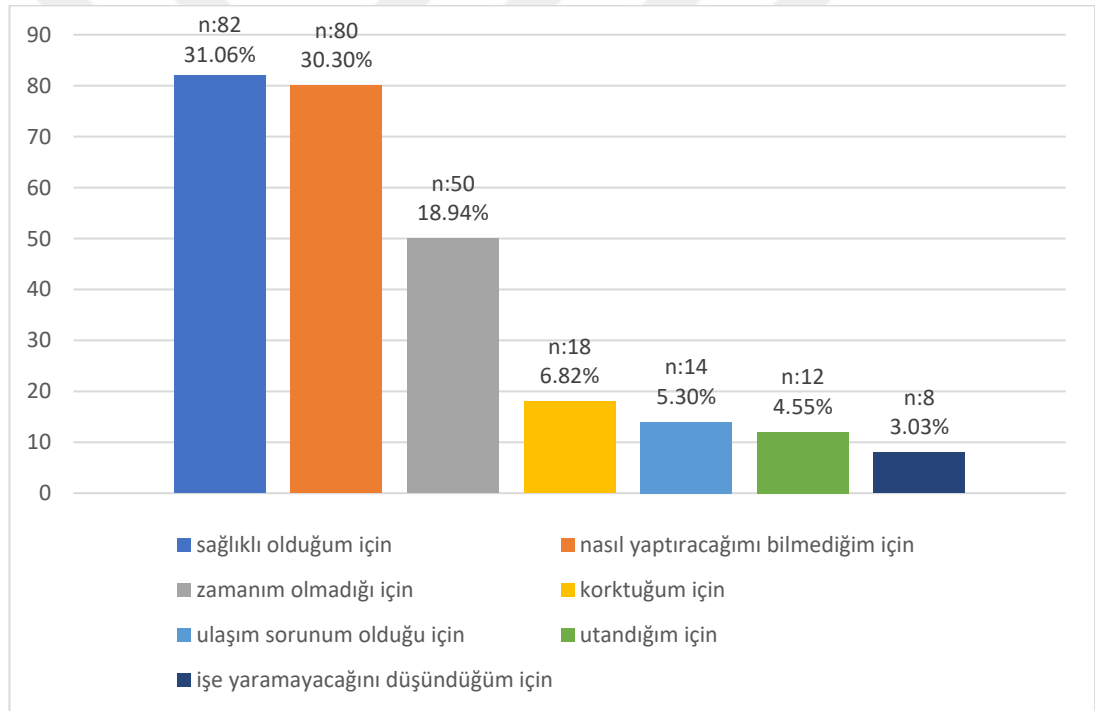
**Şekil 8.** Katılımcıların kanser tarama bilgisine ulaştıkları kaynaklara göre dağılımı



**Şekil 9.** Katılımcıların kanser türlerine göre tarama yapıldığını bilme durumlarının dağılımı. (Birden fazla şık işaretlenebilir)

Uygun yaş aralığında bazı kanser tarama testlerinin yapıldığını bilen 210 kişiye hangi kanser tarama testlerinden haberdar oldukları sorulduğunda; %58'i (n=174) meme kanserine, %44,3'ü (n=133) kalın bağırsak kanserine, %52,7'si (n=158) serviks kanserine ve %44'ü (n=132) prostat kanserine yönelik taramaların yapıldığını bildiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %30'i (n=90) ise hangi kansere karşı tarama testi yapıldığı hakkında fikirleri olmadığını belirtmiştir (Şekil 9).

Çalışmaya katılanların %41'i (n=123) hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından kanser tarama testi yaptırmasını önerildiğini belirtmiştir.



**Şekil 10.**Kanser tarama testlerini düzenli yaptırmayanların yaptırmama nedenlerine göre dağılımı. (Birden fazla şık işaretlenebilir)

Çalışmaya katılanların %17,7'si (n=53) düzenli aralıklarla kanser tarama testlerini yaptırdığını ifade etmiştir. Kanser tarama testlerini yaptırmayan veya düzenli

yaptırmadığını ifade eden toplam 247 (%82,3) bireye ise nedenleri sorulduğunda; en sık “sağlıklı olduğumu düşündüğüm için” yanıtı verilmiştir. (Şekil 10).

Medeni durum, gelir durumu ve sigara kullanımı ile kanser tarama testlerini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Eğitim durumu ile kanser tarama testlerini bilme arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p<0,001$ ). Kadınların kanser tarama testlerini bilme durumu %75,2 ( $n=155$ ) erkeklerde ise %58,5 ( $n=55$ ) bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Yaş grupları ile kişilerin kendi ifadelerine göre tarama testlerini bilme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Alkol kullanımına bakıldığında ara sıra/her gün içenlerin %72,7 ‘si ( $n=53$ ), içmeyenlerin %70,2 ‘i ( $n=153$ ) bırakanların ise %44,4 ‘ü ( $n=4$ ) tarama testi hakkında bilgi sahibi oldukları belirtilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,013$ ) (Tablo 3).

| Tablo 3. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Kanser Tarama Testlerini Bilme Durumu |                           |                                       |       |         |       |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-------|---------|-------|---------|
|                                                                                                |                           | Kanser Tarama Testlerini Bilme Durumu |       |         |       | p       |
|                                                                                                |                           | Bilmiyor                              |       | Biliyor |       |         |
|                                                                                                |                           | N                                     | %     | N       | %     |         |
| Yaş grupları                                                                                   | <35                       | 16                                    | 22.2% | 56      | 77.8% | <0.001* |
|                                                                                                | 35-44                     | 20                                    | 25.3% | 59      | 74.7% |         |
|                                                                                                | 45-54                     | 13                                    | 20.0% | 52      | 80.0% |         |
|                                                                                                | >54                       | 41                                    | 48.8% | 43      | 51.2% |         |
| Cinsiyet                                                                                       | Kadın                     | 51                                    | 24.8% | 155     | 75.2% | <0.001* |
|                                                                                                | Erkek                     | 39                                    | 41.5% | 55      | 58.5% |         |
| Medeni durum                                                                                   | Bekar                     | 12                                    | 21.4% | 44      | 78.6% | 0.360*  |
|                                                                                                | Evli                      | 74                                    | 31.9% | 158     | 68.1% |         |
|                                                                                                | Boşanmış/ Eşi vefat etmiş | 4                                     | 33.3% | 8       | 66.7% |         |
| Eğitim durumu                                                                                  | Okuryazar değil           | 2                                     | 18.2% | 9       | 81.8% | <0.001* |
|                                                                                                | İlkokul                   | 58                                    | 49.2% | 60      | 50.8% |         |
|                                                                                                | Ortaokul                  | 7                                     | 26.9% | 19      | 73.1% |         |
|                                                                                                | Lise                      | 13                                    | 25.0% | 39      | 75.0% |         |

|                                                                       |                            |    |       |     |       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|----|-------|-----|-------|--------------------|
|                                                                       | Üniversite                 | 10 | 10.8% | 83  | 89.2% |                    |
| Gelir durumu                                                          | Çok Düşük/ Düşük           | 33 | %39.8 | 50  | %60.2 | 0.160*             |
|                                                                       | Orta                       | 51 | 27.6% | 134 | 72.4% |                    |
|                                                                       | Çokİyi/ İyi                | 6  | 18.8% | 26  | 81.2% |                    |
| Sigara kullanımı                                                      | İçmiyorum                  | 56 | 32.7% | 115 | 67.3% | 0.242*             |
|                                                                       | Bıraktım                   | 5  | 15.2% | 28  | 84.8% |                    |
|                                                                       | Ara sıra içiyorum          | 4  | 26.7% | 11  | 73.3% |                    |
|                                                                       | Her gün içiyorum           | 25 | 30.9% | 56  | 69.1% |                    |
| Alkol kullanımı                                                       | Kullanmıyorum              | 65 | 29.8% | 153 | 70.2% | 0.013 <sup>+</sup> |
|                                                                       | Bıraktım                   | 5  | 55.6% | 4   | 44.4% |                    |
|                                                                       | Ara sıra/ her gün içiyorum | 20 | 27.3% | 53  | 72.7% |                    |
| *Ki-kare testi p değeri, <sup>+</sup> Fisher ‘in Exact testi p değeri |                            |    |       |     |       |                    |

Yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı ile kanser tarama testlerini düzenli yaptırmaya arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Kanser tarama testi yaptırmaya oranı kadınlarda %38,2 (n=79), erkeklerde %18,3 (n=17) olarak saptanmıştır. Cinsiyet ile kanser tarama testlerini düzenli yaptırdığını ifade etme arasında anlamlı ilişki vardı (p=0,001) (Tablo 4).

| Tablo 4. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Kanser Tarama Testlerini Düzenli Yaptırdığını İfade Etme Durumu |       |                                                  |       |          |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------|-------|----------|-------|-------|
|                                                                                                                          |       | Kanser Tarama Testlerini Düzenli Yaptırma Durumu |       |          |       | p     |
|                                                                                                                          |       | Yaptırmayan                                      |       | Yaptıran |       |       |
|                                                                                                                          |       | N                                                | %     | N        | %     |       |
| Yaş grupları                                                                                                             | <35   | 63                                               | 87.5% | 9        | 12.5% | 0.452 |
|                                                                                                                          | 35-44 | 65                                               | 82.3% | 14       | 17.7% |       |
|                                                                                                                          | 45-54 | 50                                               | 76.9% | 15       | 23.1% |       |
|                                                                                                                          | >54   | 69                                               | 82.1% | 15       | 17.9% |       |
| Cinsiyet                                                                                                                 | Kadın | 161                                              | 78.2% | 45       | 21.8% | 0.005 |

|                         |                            |     |       |      |       |       |
|-------------------------|----------------------------|-----|-------|------|-------|-------|
|                         | Erkek                      | 86  | 91.5% | 8    | 8.5%  |       |
| <b>Medeni durum</b>     | Bekar                      | 50  | 89.3% | 6    | 10.7% | 0.322 |
|                         | Evli                       | 187 | 80.6% | 45   | 19.4% |       |
|                         | Boşanmış/ Eşivefatetmiş    | 10  | 83.3% | 2    | 16.7% |       |
|                         |                            |     |       |      |       |       |
| <b>Eğitim durumu</b>    | Okuryazar değil            | 9   | 81.8% | 2    | 18.2% | 0.363 |
|                         | İlkokul                    | 95  | 80.5% | 23   | 19.5% |       |
|                         | Ortaokul                   | 24  | 92.3% | 2    | 7.7%  |       |
|                         | Lise                       | 46  | 88.5% | 6    | 11.5% |       |
|                         | Üniversite                 | 73  | 78.5% | 21,5 | 29.0% |       |
| <b>Gelir durumu</b>     | ÇokDüşük/ Düşük            | 71  | 85.5% | 12   | 14.5% | 0.577 |
|                         | Orta                       | 150 | 81.1% | 35   | 18.9% |       |
|                         | Çokİyi/ İyi                | 26  | 81.2% | 6    | 18.7% |       |
| <b>Sigara kullanımı</b> | İçmiyorum                  | 137 | 80.1% | 34   | 19.9% | 0.209 |
|                         | Bıraktım                   | 26  | 78.8% | 7    | 21.2% |       |
|                         | Ara sıra/ Her gün içiyorum | 84  | 87.5% | 12   | 12.5% |       |
| <b>Alkol kullanımı</b>  | Kullanmıyorum              | 177 | 81.2% | 41   | 18.8% | 0.460 |
|                         | Bıraktım/                  | 70  | 85.3% | 12   | 14.7% |       |
|                         | Ara sıra/ Her gün içiyorum |     |       |      |       |       |

Katılımcıların düzenli tarama testi yaptırma durumu ile hastanın yakınlık derecesi, hastasının tanı süresi, hastasına kemoterapi veya radyoterapi uygulanması ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hasta yakınlarına bağımlılık düzeyi ile düzenli tarama testi yaptırma arasında anlamlı ilişki mevcuttur ( $p<0,001$ ) (Tablo 5).

| <b>Tablo 5.Hasta ile ilgili tanımlayıcı özellikler ile katılımcıların düzenli tarama testi yaptırma durumu</b> |           |      |             |      |        |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|-------------|------|--------|--------|
|                                                                                                                | Yaptırmış |      | Yaptırmamış |      | Toplam |        |
|                                                                                                                | N         | %    | N           | %    |        | P      |
| <b>Yakınlık Durumu</b>                                                                                         |           |      |             |      |        |        |
| Eş                                                                                                             | 7         | 11.5 | 54          | 88.5 | 61     | 0.171  |
| 1.Derece Akraba                                                                                                | 30        | 18.0 | 137         | 82.0 | 167    |        |
| 2.Derece Akraba                                                                                                | 4         | 13.8 | 25          | 86.2 | 29     |        |
| 3.Derece Akraba                                                                                                | 12        | 27.9 | 31          | 72.1 | 43     |        |
| <b>Tanı süresi</b>                                                                                             |           |      |             |      |        |        |
| 0-3 Ay                                                                                                         | 13        | 17.8 | 60          | 82.2 | 73     | 0.701  |
| 3-6 Ay                                                                                                         | 8         | 19.5 | 33          | 80.5 | 41     |        |
| 6-12 Ay                                                                                                        | 9         | 13.4 | 58          | 86.6 | 67     |        |
| 12-60 Ay                                                                                                       | 18        | 17.8 | 83          | 82.2 | 101    |        |
| >60 Ay                                                                                                         | 5         | 27.8 | 13          | 72.2 | 18     |        |
| <b>Kemoterapi</b>                                                                                              |           |      |             |      |        |        |
| Uygulanmış                                                                                                     | 36        | 17.3 | 172         | 82.7 | 208    | 0.806  |
| Uygulanmamış                                                                                                   | 17        | 18.5 | 75          | 81.5 | 92     |        |
| <b>Radyoterapi</b>                                                                                             |           |      |             |      |        |        |
| Uygulanmış                                                                                                     | 31        | 16.2 | 160         | 83.8 | 191    | 0.388  |
| Uygulanmamış                                                                                                   | 22        | 20.2 | 87          | 79.8 | 109    |        |
| <b>EGYA</b>                                                                                                    |           |      |             |      |        |        |
| Bağımlı                                                                                                        | 14        | 41.2 | 20          | 58.8 | 34     | <0.001 |
| Yarı Bağımlı                                                                                                   | 11        | 12.0 | 81          | 88.0 | 92     |        |
| Bağımsız                                                                                                       | 28        | 16.1 | 146         | 83.9 | 174    |        |

Çalışmaya katılan kadınların %86,4'ü (n=178) smear testini duyduğunu %50,5'i (n=104) smear testini yaptırdığını ifade etmiştir. Katılımcıların smear testini yaptırma sıklığı sorgulandığında; %49,5'i (n=102) hiç yaptırmadığını, %22,3'ü(n=46) düzensiz aralıklarla yaptırdığını, %14,6'sı (n=30) yılda bir, %6,8'i (n=14) beş yılda bir, %6,8'i (n=14) iki yılda bir yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 6).

| Tablo 6. Kadın Katılımcıların Smear Testi Konusunda Bilgi ve Davranışları |                      |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----|------|
|                                                                           |                      | N   | %    |
| Smear Testini Duyma                                                       | Duymayan             | 28  | 13.6 |
|                                                                           | Duyan                | 178 | 86.4 |
| Smear Testi Yaptırma                                                      | Yaptıran             | 104 | 50.5 |
|                                                                           | Yaptırmayan          | 102 | 49.5 |
| Smear Testi Yaptırma Sıklığı                                              | Yılda bir            | 30  | 14.6 |
|                                                                           | İki yılda bir        | 14  | 6.8  |
|                                                                           | Beş yılda bir        | 14  | 6.8  |
|                                                                           | Düzensiz aralıklarla | 46  | 22.3 |
|                                                                           | Hiç yaptırmadım      | 102 | 49.5 |

Smear testi yaptırma durumu; gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımına göre istatistiksel olarak farklı değildir. Yaş grupları, medeni durum ve eğitim düzeyi ile smear testi yaptırma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,032$ ) (Tablo 7).

| Tablo7. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Smear Testi Yaptırma Durumu |       |                             |       |          |       |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|----------|-------|--------|
|                                                                                     |       | Smear Testi Yaptırma Durumu |       |          |       | P      |
|                                                                                     |       | Yaptırmayan                 |       | Yaptıran |       |        |
|                                                                                     |       | N                           | %     | N        | %     |        |
| Yaş grupları                                                                        | <35   | 42                          | 76.4% | 13       | 23.6% | <0.001 |
|                                                                                     | 35-44 | 15                          | 26.8% | 41       | 73.2% |        |
|                                                                                     | 45-54 | 14                          | 29.8% | 33       | 70.2% |        |

|                         |                           |    |       |    |       |              |
|-------------------------|---------------------------|----|-------|----|-------|--------------|
|                         | >54                       | 31 | 64.6% | 17 | 35.4% |              |
| <b>Medeni durum</b>     | Bekar                     | 31 | 70.5% | 13 | 29.5% | <b>0.001</b> |
|                         | Evli                      | 69 | 46.0% | 81 | 54.0% |              |
|                         | Boşanmış/ Eşi vefat etmiş | 2  | 16.7% | 10 | 83.3% |              |
| <b>Eğitim durumu</b>    | Okuryazar değil           | 5  | 50.0% | 5  | 50.0% | <b>0.032</b> |
|                         | İlkokul                   | 32 | 41.6% | 45 | 58.4% |              |
|                         | Ortaokul                  | 10 | 76.9% | 3  | 23.1% |              |
|                         | Lise                      | 15 | 38.5% | 24 | 61.5% |              |
|                         | Üniversite                | 40 | 59.7% | 27 | 40.3% |              |
| <b>Gelir durumu</b>     | ÇokDüşük/ Düşük           | 35 | 53.8% | 30 | 46.2% | 0.287        |
|                         | Orta                      | 59 | 50.0% | 59 | 50.0% |              |
|                         | İyi/ Çokiye               | 8  | 34.8% | 15 | 65.2% |              |
| <b>Sigara kullanımı</b> | İçmiyorum                 | 62 | 49.6% | 63 | 50.4% | 0.053        |
|                         | Bıaktım                   | 8  | 40.0% | 12 | 60.0% |              |
|                         | Ara sıra içiyorum         | 9  | 90.0% | 1  | 10.0% |              |
|                         | Her gün içiyorum          | 23 | 45.1% | 28 | 54.9% |              |
| <b>Alkol kullanımı</b>  | Kullanmıyorum             | 76 | 46.9% | 86 | 53.1% | 0.152        |
|                         | Ara sıra içiyorum         | 26 | 59.1% | 18 | 40.9% |              |

Yakınında rahim ağzı kanseri bulunan 14 kadın katılımcının hepsi smear testini duyduğunu ifade ettiğİ halde %85,7'si (n=12) yaptırdığını belirtmiştir. Yaptırma sıklığı değerlendirildiğinde %57,1'i (n=8) düzensiz aralıklarla %28,6'sı (n=4) beş yılda bir yaptırdığını belirtmiştir (Tablo 8).

| <b>Tablo 8. Yakını Rahim Ağzı Kanserİ Olan Kadın Katılımcıların Smear Testi ile İlgili Bilgi ve Davranışları</b> |                      |          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|----------|
|                                                                                                                  |                      | <b>N</b> | <b>%</b> |
| <b>Smear testi yaptırma</b>                                                                                      | Yaptırmayan          | 2        | 14.3     |
|                                                                                                                  | Yaptıran             | 12       | 85.7     |
| <b>Smear testi yaptırma</b>                                                                                      | Beş yılda bir        | 4        | 28.6     |
|                                                                                                                  | Düzensiz aralıklarla | 8        | 57.1     |

|                |                 |   |      |
|----------------|-----------------|---|------|
| <b>sıklığı</b> | Hiç yaptırmadım | 2 | 14.3 |
|----------------|-----------------|---|------|

Kadın katılımcılar için yakınlarının kendilerine bağımlılık seviyesi arttıkça düzenli smear taraması yaptırmaya oranları düşmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,038) (Tablo 9).

| Tablo 9. Smear Testi Yaptırma Sıklığı ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması |                                |              |           |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|-----------|--------------------|
|                                                                                           | Hastaların Bağımlılık Seviyesi |              |           |                    |
|                                                                                           | Bağımlı                        | Yarı bağımlı | Bağımsız  |                    |
| Smear Testi Yaptırma Sıklığı                                                              | n (%)                          | n (%)        | n (%)     | p                  |
| Yılda bir                                                                                 | 9 (30)                         | 10 (33.3)    | 11 (36.7) | 0.038 <sup>+</sup> |
| İki yılda bir                                                                             | 1 (7.1)                        | 4 (28.6)     | 9 (64.3)  |                    |
| Beş yılda bir/ Düzensiz aralıklarla                                                       | 1(1.66)                        | 19 (31.67)   | 40(66.67) |                    |
| Hiç Yaptırmadım                                                                           | 12 (11.8)                      | 34 (33.3)    | 56 (54.9) |                    |
| <sup>+</sup> Fisher Freeman Halton testi p değeri                                         |                                |              |           |                    |

Kadın katılımcıların %79,6'sı (n=164) kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olduğunu belirtti. Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı sorgulandığında; %23,3'ü (n=48) hiç yapmamış, %7,8'i (n=16) düzensiz aralıklarla, %68,9'u (n=142) ayda bir kez düzenli KKMM yaptığını tanımlamıştır. Çalışmaya katılan kadınların %38,8'i kendilerine (n=80) hekim tarafından meme muayenesi yapıldığını belirtmiş, %71,8'inin (n=148) mamografi hakkında bilgisi olduğu tanımlanmıştır. Mamografi çekirme sıklığı sorgulandığında; %68'i (n=140) hiç çekirmediğini belirtmiştir (Tablo 10).

| <b>Tablo 10. Kadın Katılımcıların Meme Muayenesi ve Mamografi İle İlgili Bilgi ve Davranışları</b> |     |          |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|----------|
|                                                                                                    |     | <b>N</b> | <b>%</b> |
| <b>KKMM Hakkında bilgi</b>                                                                         | Yok | 42       | 20.4     |
|                                                                                                    | Var | 164      | 79.6     |

|                                   |                      |     |      |
|-----------------------------------|----------------------|-----|------|
| <b>KKMM yapma sıklığı</b>         | Ayda bir kez         | 142 | 68.9 |
|                                   | Yılda bir kez        | 0   | 0.0  |
|                                   | Düzensiz aralıklarla | 16  | 7.8  |
|                                   | Hiç yapmadım         | 48  | 23.3 |
| <b>KMM Yapılma Durumu</b>         | Hayır                | 126 | 61.2 |
|                                   | Evet                 | 80  | 38.8 |
| <b>Mamografi Hakkında Bilgi</b>   | Yok                  | 58  | 28.2 |
|                                   | Var                  | 148 | 71.8 |
| <b>Mamografi Yaptırma Sıklığı</b> | İki yılda bir        | 27  | 13.1 |
|                                   | Beş yılda bir        | 7   | 3.4  |
|                                   | Düzensiz aralıklarla | 32  | 15.5 |
|                                   | Hiç yaptırmadım      | 140 | 68.0 |

Mamografi hakkında bilgisi olma durumu; yaş gruplarına, medeni duruma, sigara kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildir. Eğitim durumuna bakıldığında okuma yazma bilmeyen ya da ilkokul mezunlarının %54'ü (n=47) mamografi hakkında bilgi sahibi iken; eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi sahibi olma yüzdeleri de artmaktadır ( $p<0,001$ ). Gelir düzeyi ile mamografi hakkında bilgi sahibi olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,009$ ). Alkol kullanım durumu açısından; ara sıra alkol kullananların mamografi hakkında bilgi sahibi olma yüzdeleri anlamlı yüksektir ( $p<0,001$ ) (Tablo 11).

| Tablo 11. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Mamografi Hakkında Bilgi Durumu |       |                          |       |     |       |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|-------|-----|-------|-------|
|                                                                                           |       | Mamografi Hakkında Bilgi |       |     |       | P     |
|                                                                                           |       | Yok                      |       | Var |       |       |
|                                                                                           |       | n                        | %     | n   | %     |       |
| Yaş grupları                                                                              | <35   | 17                       | 30.9% | 38  | 69.1% | 0.095 |
|                                                                                           | 35-44 | 16                       | 28.6% | 40  | 71.4% |       |
|                                                                                           | 45-54 | 7                        | 14.9% | 40  | 85.1% |       |
|                                                                                           | >54   | 18                       | 37.5% | 30  | 62.5% |       |

|                         |                          |    |       |     |       |        |
|-------------------------|--------------------------|----|-------|-----|-------|--------|
| <b>Medeni durum</b>     | Bekar                    | 11 | 25.0% | 33  | 75.0% | 0.821  |
|                         | Evli                     | 43 | 28.7% | 107 | 71.3% |        |
|                         | Boşanmış/ Eşivefatetmiş  | 4  | 33.3% | 8   | 66.7% |        |
| <b>Eğitim</b>           | Okuryazar değil/ İlkokul | 40 | 46.0% | 47  | 54.0% | <0.001 |
|                         | Ortaokul                 | 5  | 38.5% | 8   | 61.5% |        |
|                         | Lise                     | 8  | 20.5% | 31  | 79.5% |        |
|                         | Üniversite               | 5  | 7.5%  | 62  | 92.5% |        |
| <b>Gelir Durumu</b>     | Çok Düşük/ Düşük         | 27 | 41.5% | 38  | 58.5% | 0.009  |
|                         | Orta                     | 28 | 23.7% | 90  | 76.3% |        |
|                         | Çok İyi/ İyi             | 3  | 13.0% | 20  | 87.0% |        |
| <b>Sigara kullanımı</b> | İçmiyorum/ Bıraktım      | 38 | 26.2% | 107 | 73.8% | 0.389  |
|                         | Ara sıra içiyorum        | 2  | 20.0% | 8   | 80.0% |        |
|                         | Her gün içiyorum         | 18 | 35.3% | 33  | 64.7% |        |
| <b>Alkol kullanımı</b>  | Kullanmıyorum            | 57 | 35.2% | 105 | 64.8% | <0.001 |
|                         | Ara sıra içiyorum        | 1  | 2.3%  | 43  | 97.7% |        |

Kadın katılımcılarda yakını meme kanseri olup meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi durumu sorgulandığında kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgiye %88,6 ‘sının (n=39) sahip olduğu tanımlanmıştır. Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığına açısından %79,5 ‘u (n=35) ayda bir kez yaptığını belirtmiştir. Ayrıca kadın katılımcıların %56,8’i (n=25) hekim tarafından kendilerine hiç meme muayenesi yapılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %88,6’sı (n=39) mamografi hakkında bilgisi olduğu ifade etmekte iken %72,7’si (n=32) ise hiç mamografi çektiğini belirtmiştir (Tablo 12).

| <b>Tablo12.Yakını Meme Kanseri Olan Kadın Katılımcıların Meme Muayenesi ve Mamografi ile İlgili Bilgi ve Davranışları</b> |                    |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|----------|
|                                                                                                                           |                    | <b>N</b> | <b>%</b> |
| <b>KKMM Hakkında bilgi</b>                                                                                                | Yok                | 5        | 11.4     |
|                                                                                                                           | Var                | 39       | 88.6     |
| <b>KKMM yapma sıklığı</b>                                                                                                 | Ayda bir kez       | 35       | 79.5     |
|                                                                                                                           | Yılda bir kez      | 0        | 0.0      |
|                                                                                                                           | Düzensiz aralıklar | 3        | 6.8      |

|                                   |                      |    |      |
|-----------------------------------|----------------------|----|------|
|                                   | Hiç yapmadım         | 6  | 13.6 |
| <b>KMM yapılma durumu</b>         | Hayır                | 25 | 56.8 |
|                                   | Evet                 | 19 | 43.2 |
| <b>Mamografi hakkında bilgi</b>   | Yok                  | 5  | 11.4 |
|                                   | Var                  | 39 | 88.6 |
| <b>Mamografi yaptırma sıklığı</b> | İki yılda bir        | 5  | 11.4 |
|                                   | Beş yılda bir        | 0  | 0.0  |
|                                   | Düzensiz aralıklarla | 7  | 15.9 |
|                                   | Hiç yaptırmadım      | 32 | 72.7 |

Kadın katılımcıların kanser hastası yakınlarının kendilerine bağımlılık seviyesi ile mamografi çekirme sıklığı arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 13).

| Tablo 13. Mamografi Çektirme Sıklığı ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması |                                |              |           |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|-----------|--------------------|
|                                                                                          | Hastaların Bağımlılık Seviyesi |              |           |                    |
|                                                                                          | Bağımlı                        | Yarı bağımlı | Bağımsız  |                    |
| Mamografi çekirme sıklığı                                                                | n (%)                          | n (%)        | n (%)     | p                  |
| İki yılda bir                                                                            | 2(7.4)                         | 13 (48.2)    | 12 (44.4) | 0.333 <sup>+</sup> |
| Beş yılda bir                                                                            | 1(14.3)                        | 2 (28.6)     | 4 (57.1)  |                    |
| Düzensiz aralıklarla                                                                     | 6(18.8)                        | 11(34.4)     | 15 (46.8) |                    |
| Hiç çekirmedi                                                                            | 14(10.0)                       | 41(29.3)     | 85(60.7)  |                    |
| <sup>+</sup> Fisher Freeman Halton testi p değeri                                        |                                |              |           |                    |

Kadın katılımcıların yakınlarının kendilerine bağımlılık seviyesi ile kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmıştır (p=0,020) (Tablo 14).

| Tablo 14. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Sıklığı ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması |                                |           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------|--------------------|
|                                                                                                          | Hastaların Bağımlılık Seviyesi |           |                    |
|                                                                                                          | Bağımlı/<br>Yarı bağımlı       | Bağımsız  |                    |
| Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı                                                               | n (%)                          | n (%)     | p                  |
| Ayda bir / Düzensiz aralıklarla                                                                          | 78 (48.8)                      | 82 (51.2) | 0.020 <sup>+</sup> |
| Hiç yapmadım                                                                                             | 14 (29.2)                      | 34 (70.8) |                    |
| <sup>+</sup> Fisher Freeman Halton testi p değeri                                                        |                                |           |                    |

Çalışmaya katılanların %49,3'ü (n=148) GGK testini duyduğunu, %13,7'si (n=41) yaptırdığını ifade etmiştir. Katılımcıların %68'inin (n=204) kolonoskopi hakkında bilgisi olduğunu ve %8,3'ü (n=25) kolonoskopi yaptırdığını belirtmiştir (Tablo 15).

| <b>Tablo 15. Katılanların Kolon Kanseri Taramalarıyla İlgili Bilgi ve Davranışları</b> |       |          |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|
|                                                                                        |       | <b>N</b> | <b>%</b> |
| <b>GGK hakkında bilgi</b>                                                              | Yok   | 152      | 50.7     |
|                                                                                        | Var   | 148      | 49.3     |
| <b>GGK yaptırma</b>                                                                    | Hayır | 259      | 86.3     |
|                                                                                        | Evet  | 41       | 13.7     |
| <b>Kolonoskopi hakkında bilgi</b>                                                      | Yok   | 96       | 32.0     |
|                                                                                        | Var   | 204      | 68.0     |
| <b>Kolonoskopi Yaptırma</b>                                                            | Hayır | 275      | 91.7     |
|                                                                                        | Evet  | 25       | 8.3      |

GGK taraması yaptırma durumu ile; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve sigara kullanımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Yaş grupları ve alkol kullanım durumu ile GGK testi yaptırma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,009$ ;  $p=0,006$ ) (Tablo 16).

| Tablo 16. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre GGK Testi Yaptırma Durumu Arasındaki İlişki |                         |                           |       |          |       |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|-------|----------|-------|-------|
|                                                                                                       |                         | GGK Testi Yaptırma Durumu |       |          |       | P     |
|                                                                                                       |                         | Yaptırmayan               |       | Yaptıran |       |       |
|                                                                                                       |                         | N                         | %     | N        | %     |       |
| Yaş grupları                                                                                          | <35                     | 66                        | 91.7% | 6        | 8.3%  | 0.009 |
|                                                                                                       | 35-44                   | 74                        | 93.7% | 5        | 6.3%  |       |
|                                                                                                       | 45-54                   | 50                        | 76.9% | 15       | 23.1% |       |
|                                                                                                       | >54                     | 69                        | 82.1% | 15       | 17.9% |       |
| Cinsiyet                                                                                              | Kadın                   | 175                       | 84.5% | 32       | 15.5% | 0.178 |
|                                                                                                       | Erkek                   | 84                        | 90.3% | 9        | 9.7%  |       |
| Medeni durum                                                                                          | Evli değil              | 63                        | 92.6% | 5        | 7.4%  | 0.085 |
|                                                                                                       | Evli                    | 196                       | 84.5% | 36       | 15.5% |       |
| Eğitim Düzeyi                                                                                         | Okuryazar değil         | 7                         | 63.6% | 4        | 36.4% | 0.164 |
|                                                                                                       | İlkokul                 | 100                       | 84.7% | 18       | 15.3% |       |
|                                                                                                       | Ortaokul                | 24                        | 92.3% | 2        | 7.7%  |       |
|                                                                                                       | Lise                    | 45                        | 86.5% | 7        | 13.5% |       |
|                                                                                                       | Üniversite              | 83                        | 89.2% | 10       | 10.8% |       |
| Gelir Durumu                                                                                          | Çok Düşük/ Düşük        | 75                        | 90.4% | 8        | 9.6%  | 0.099 |
|                                                                                                       | Orta                    | 160                       | 86.5% | 25       | 13.5% |       |
|                                                                                                       | İyi/ Çok iyi            | 24                        | 75.0% | 8        | 25.0% |       |
| Sigara kullanımı                                                                                      | Kullanmıyorum           | 147                       | 86.0% | 24       | 14.0% | 0.714 |
|                                                                                                       | Bıraktım                | 30                        | 90.9% | 3        | 9.1%  |       |
|                                                                                                       | Kullanıyorum            | 82                        | 85.4% | 14       | 14.6% |       |
| Alkol kullanımı                                                                                       | Kullanmıyorum/ Bıraktım | 189                       | 83.3% | 38       | 16.7% | 0.006 |
|                                                                                                       | Kullanıyorum            | 70                        | 95.9% | 3        | 4.1%  |       |

Yakını kalın bağırsak kanseri olanların sadece %47,4'ü (n=18) GGK testini duyduğunu, %5,3'ü (n=2) yaptırmış olduğunu belirtirken; %71,1'i (n=27) kolonoskopi hakkında bilgisi olduğunu ancak %18,4'ü (n=7) kolonoskopi yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 17).

| <b>Tablo 17. Yakını Kolon Kanseri Olan Katılımcıların Kolon Kanseri Taramalarıyla İlgili Bilgi ve Davranışları</b> |       |          |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|
|                                                                                                                    |       | <b>N</b> | <b>%</b> |
| <b>GGK hakkında bilgi</b>                                                                                          | Hayır | 20       | 52.6     |
|                                                                                                                    | Evet  | 18       | 47.4     |
| <b>GGK yaptıрма</b>                                                                                                | Hayır | 36       | 94.7     |
|                                                                                                                    | Evet  | 2        | 5.3      |
| <b>Kolonoskopi hakkında bilgi</b>                                                                                  | Hayır | 11       | 28.9     |
|                                                                                                                    | Evet  | 27       | 71.1     |
| <b>Kolonoskopi yaptıрма</b>                                                                                        | Hayır | 31       | 81.6     |
|                                                                                                                    | Evet  | 7        | 18.4     |

Çalışmaya katılan erkeklerin %20,4'ünün (n=19) prostat kanseri hakkında hekimi tarafından bilgilendirildiğini belirtmiştir. Ayrıca %15,1'i (n=14) prostat kanseri taraması yaptığını belirtmiştir (Tablo 18).

| <b>Tablo 18. Çalışmaya Katılan Erkeklerde Prostat Kanseri Hakkında Bilgi ve Taranma Durumu</b> |       |          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|
|                                                                                                |       | <b>N</b> | <b>%</b> |
| <b>Prostat kanseri bilgi</b>                                                                   | Yok   | 74       | 79.6     |
|                                                                                                | Var   | 19       | 20.4     |
| <b>Prostat kanseri taranması</b>                                                               | Hayır | 79       | 84.9     |
|                                                                                                | Evet  | 14       | 15.1     |

Çalışmaya katılanların hasta yakınlarının bağımlılık seviyesi ile sağlıklı beslenme durumu arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 19).

| <b>Tablo 19. Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumu ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması</b> |                                       |              |           |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------|-------|
|                                                                                                              | <b>Hastaların Bağımlılık Seviyesi</b> |              |           |       |
|                                                                                                              | Bağımlı                               | Yarı bağımlı | Bağımsız  |       |
| <b>Sağlıklı beslenme durumu</b>                                                                              | n (%)                                 | n (%)        | n (%)     | p     |
| Hayır                                                                                                        | 7 (8.4)                               | 28 (33.7)    | 48 (57.9) |       |
| Evet                                                                                                         | 27 (12.4)                             | 64 (29.5)    | 126(58.1) | 0.548 |

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının egzersiz yapma durumu ile hastalarının bağımlılık seviyesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 20).

| <b>Tablo 20. Katılımcıların Egzersiz Yapma Sıklığı ve Hastaların Bağımlılık Seviyesi Karşılaştırılması</b> |                                       |              |           |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------|-------|
|                                                                                                            | <b>Hastaların Bağımlılık Seviyesi</b> |              |           |       |
|                                                                                                            | Bağımlı                               | Yarı bağımlı | Bağımsız  |       |
| <b>Egzersiz yapma sıklığı</b>                                                                              | n (%)                                 | n (%)        | n (%)     | p     |
| Egzersiz yapmam                                                                                            | 20 (12.7)                             | 52 (33.1)    | 85 (54.2) |       |
| Düzensiz egzersiz yaparım                                                                                  | 7 (10.4)                              | 21 (31.3)    | 39 (58.3) | 0.569 |
| Haftada düzenli olarak 3 gün yaparım                                                                       | 7 (9.2)                               | 19 (25.0)    | 50 (65.8) |       |

## 5. TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada kanserin erken tanısı için tarama programlarının önemi her geçen gün artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, kanserlerin en az üçte birinin önlenilebileceğini bildirmektedir (59). Birincil koruma yöntemleri ile kansere neden olan etkenlerden kaçınılarak, ikincil koruma ise asemptomatik iken risk grubunu taramak ile olabilmektedir. Kanserden korunmada insanların kanser konusundaki bilgi, tutum ve davranışları kuşkusuz belirleyici faktördür.

Dünya çapında çok sayıda insanın ölümüne yol açan kanser hastalığının kür edici tedavisi henüz bulunamamış olsa da yeni bulunan pek çok tedavi seçeneği ile sağ kalım süresi uzamıştır (60). Daha uzun yaşam süreleri de kanser hastalarına bakım veren yakınlarını ve onların sağlığını geliştirmeye yönelik çalışmaları gündeme getirmektedir. Bu çalışmada katılımcılar onkoloji hastalarının yakınlarının kanser taramalarıyla ilgili farkındalık ve davranışları değerlendirilmiştir.

Çalışma 206 (%68,7) kadın, 94 (%31,3) erkek katılımcıyla yürütülmüştür. Literatürde ülkeler arası fark olmaksızın hasta bakımında kadınların rol almasının daha yaygın olduğu ve bakım vermenin bütün toplumlarda sadece ‘kadınların üstlenmesi gereken bir iş ya da görev’ gibi algılandığı vurgulanmaktadır (61,62). Yaş ortalaması  $45,26 \pm 13,77$  yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların çoğu evlidir (%77,3). Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %39,3’ü ilkökul mezunu iken ikinci sırada %31 ile üniversite mezunu gelmektedir. Çalışmaya katılanların %36,7’si çalışmadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %36,7’si en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer şekilde en az bir kronik hastalık bulunma oranı %29,7 saptanmıştır (12). Çalışmada düzenli spor yaptığını belirtenlerin oranı %25,4, sağlıklı beslendiğini ifade edenler katılımcıların %72,3 ’ünü oluşturmaktadır. Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sağlıklı beslenme ve düzenli spor yapma oranları benzer saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların %70 ‘i kanser tarama testleri hakkında bilgisi olduğunu beyan etmiştir. Karadeniz’de yapılan bir çalışmada tarama testlerini bilme oranı %57,3 saptanmıştır (63). Çalışmaya katılan kişilerin yakınları onkoloji hastası olduğu için bu durumun bireylerde yüksek farkındalık oluşturmaları beklediğimiz bir sonuçtur.

Hemşirelere yönelik yapılan başka bir çalışmada ise tarama testlerini bilme oranı %82,4 çıkmıştır (64). Bilgi kaynakları sorgulandığında en sık aile hekimi sonra sırasıyla diğer branş hekimleri, sosyal çevre, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, televizyon ve internet gelmektedir. Ak ve ark'ının yaptığı çalışmada da tarama testi bilgi kaynağı en çok sağlık çalışanları; daha sonra sosyal çevre olarak bulunmuştur (65).

Çalışmaya katılanların yalnızca %17,7'si düzenli kanser taramasını yaptırdığını ifade etmiştir. Bilgi düzeyleri yüksek olduğu halde düzenli tarama yapılma oranlarının düşük olduğu görülmekte olup, nedenleri ileri bir araştırma konusu olarak ayrıntılı incelenmelidir. Hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından kanser tarama testlerinin yaptırılmasını öneren olup olmadığı sorulduğunda %41'i önerildiği yönünde yanıt vermiştir. Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doktorundan herhangi bir kanser taraması konusunda tavsiye alan katılımcı sayısı %25,9 saptanmıştır (66). Bu fark çalışma grubunun onkoloji hastasının yakınlarından oluşması nedeniyle sağlık profesyonelleri ile daha yakın temasta oldukları ve ilgili profesyonellerin önerileriyle daha sık karşılaşabilmeleri ile uyumludur. Düzenli tarama testi yaptırmama nedenleri sorgulandığında ilk sıralarda %30,3 oranıyla 'nasıl yaptıracağımı bilmiyorum' yanıtı öne çıkmaktadır. Ak çalışmasında da bilgisizlik (32,4) en sık tarama yaptırmama nedeni olarak tanımlanmıştır (65). Bu durum sağlık çalışanlarının taramaların yapılmasında nasıl bir yol izleneceği ile ilgili bilgilendirme eksikliğini düşündürmektedir.

Kanser taramaları ile ilgili bilgi sahibi olanlara günümüzde yapılan kanser taramalarının hangilerini duydukları sorulduğunda, %58'sinin meme kanseri; %52,7'sinin serviks kanseri; %44,3'ünün kalın bağırsak kanseri; %44'ünün prostat kanseri ile ilgili taramaları bildiğini ifade etti. Şeker ve Ark'larının hemşirelere yönelik yaptığı çalışmada meme kanseri taramasını bilen %49,5, serviks taramasını %44,6, kolon kanseri taramasını bilen %36 kişi saptanmıştır (64).

Medeni durum, gelir durumu ve sigara kullanımı ile kanser taramalarını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Araştırmada eğitim düzeyi arttıkça kanser taramalarını bilme oranları yükselmektedir. Özçam ve ark.'nın kadın sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada da eğitim durumu üniversite olan

olgularda bilgi sahibi olma oranı lise ve altı gruptaki olgulardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (44).

Kadınların kanser taramalarını bilme durumu erkeklerden daha yüksek saptanmıştır. Tekpınar ve ark.'nın yaptığı çalışmada da cinsiyete göre kanser tarama testlerini bilme durumunun kadınlarda yüksek bulunduğu rapor edilmiştir (12).

Yaş gruplarına, medeni duruma, eğitim durumuna, gelir durumuna, sigara ve alkol kullanımına göre düzenli kanser taramasını yaptıрма oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Tekpınar ve ark.'ının yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre yaş arttıkça kanser taraması yaptıрма durumu istatistiksel olarak anlamlı fazla bulunmuştur (12). Düzenli kanser taraması yaptıрма oranı kadınlarda %38,2, erkeklerde %18,3 olarak saptanmıştır ( $p=0.001$ ). Yapılan başka bir çalışmada kadınların koruyucu sağlık davranışlarına daha yatkın oldukları bildirilmiştir (67).

Çalışmaya katılan kadınların %86,4'ü smear testini duymuş, %50,5'i smear testini yaptırmıştır. Smear testi yaptıрма oranları Bekar ve ark.'ının yaptığı çalışmada %46,5 olarak, Akyüz ve ark.'ının yaptığı çalışmada %51,3 olarak benzer sonuçlar elde edilmiştir (68,69). Eskişehir ilinde yapılan başka bir çalışmada smear testi yaptıрма oranı %38,6 olarak bulunmuştur (70). Özdemir'in yaptığı çalışmada ise smear testi yaptıрма oranı %64,9 saptanmıştır (71). Çalışmada smear taraması yaptıрма durumu; gelir durumuna, sigara kullanımına, alkol kullanımına göre istatistiksel olarak farklı değildir. Yaş gruplarına baktığımızda 35-44 yaş arası %73,2, 45-54 yaş aralığında %70,2, 54 yaş ve üstünde aralığında %35,4 ve 35 yaşından küçüklerde %23,6 saptanmıştır. Kadınların yaşının, evlilik süresinin ve doğum sayısının artmasıyla beraber obstetrik ya da jinekolojik nedenlerle muayene olmalarının ve dolayısıyla smear testi yaptıрма oranlarının arttığı düşünülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça smear taraması yaptıрма oranı da artmaktadır. Ünal ve ark.'ının, Bal'ın yaptığı çalışmalarda da eğitim düzeyi ile anlamlı ilişki saptanmıştır (72,73). Akyüz ve Pehlivanoğlu'nun çalışmalarında ise eğitim düzeyi ve smear testi yaptıрма açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (69,70). Bilinirlik oranı yüksek olan serviks kanseri tarama testlerinin uygulama oranlarını arttırmaya yönelik çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmada smear testi yaptırma sıklığı sorgulandığında; %14,6'sı yılda bir yaptırdığını, %22,3 'ü düzensiz aralıklarla yaptırdığını, %6,8'i iki yılda bir yine %6,8'i beş yılda bir yaptırdığını belirtmiştir. Özçam ve ark.'larının sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada ise düzenli yılda bir smear taraması yaptırma oranı %31,5 saptanmıştır (44). Uğur ve ark.'ının yaptığı çalışmada da kadınların %28'inin smear testini düzensiz yaptırdığı bulunmuştur (63). Çalışmada yakını serviks kanseri olup smear testini duymadığını belirten katılımcı bulunmamaktadır. %85,7'si smear testini yaptırmış olsa da %57,1'i düzensiz olarak smear testini yaptırdığını belirtmiştir. Bayçelebi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Pap smear yaptırma oranları ailesinde kanser öyküsü olan bireylerde, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (74).

Çalışmada onkoloji polikliniğine başvuran hastasının bakım verene bağımlılık seviyesi arttıkça smear testi yaptırma sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş meydana gelmiştir. Hasta yakınlarının bağımlılık seviyesi arttıkça bakım veren kişinin de hastaya bağımlılığı arttığı düşünülmektedir. Görgülü ve ark.'ının ileri evre kanser hastalarına bakım verenlere yönelik yapmış olduğu bir çalışmada da hasta yakınlarının yarısının kendine zaman ayırmadıklarını, bakım ile ilgili stres, endişe ve kızgınlık duyguları yaşadıklarını, aile ve arkadaş ilişkilerinin mevcut durumdan olumsuz yönde etkilendiğini ve sonuçta sağlık problemlerinin ortaya çıktığını bildirmişlerdir (75). Bu durumu azaltmak için hastanelerde onkoloji hastalarının yakınlarına özel fiziksel, psikolojik ve manevi destek birimleri kurularak, öncelikli randevu benzeri uygulamalarla kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgilendirme ve etkinlikler yapılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %79,6'sının kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı sorgulandığında; kadın katılımcıların %68,9'u ayda bir KKMM yaptığı, %23,3'ü hiç KKMM yapmadığı, %7,8'i düzensiz aralıklarla KKMM yaptığı saptanmıştır. Özçam ve ark.'ının kadın sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada düzenli KKMM yapanların oranı %79 ile benzer sonuçlar bulunmuş (44). Özgün ve ark.'ının yaptığı başka bir çalışmada ise düzenli KKMM yaptırma oranı %35,2 bulunmuş (76). Özer ve ark.'ının 2009 yılında yaptığı çalışmada %50'si KKMM bildiğini ve bilenlerinde üçte biri ayda bir düzenli KKMM yaptığının belirtmiştir (77). 2006 yılında yapılan başka bir çalışmada KKMM yapan kişi %51,5 olarak

bulunmuştur (78). Bu çalışmada daha yüksek oranda KKMM yapılmasının nedeni katılımcıların onkoloji hasta yakınlarından oluşması ve kanserle ilgili endişeleri olarak düşünülmüştür. Çalışmaya katılan kadınların %38,8'ine hekim tarafından klinik meme muayenesi yapılmıştır. Yine benzer şekilde Özkahraman ve ark.'ının yaptığı çalışmada KMM olanlar %29,4 saptanmıştır (78). Oestreicher ve ark. invaziv meme kanseri tanısında KMM ile sensitivitesi %78, KMM ve mamografinin birlikte uygulandığında %82 olarak bulunmuştur (79). KMM invaziv meme kanseri tanısında %4'lük bir artış sağlamıştır. Bir başka çalışmada da mamografide malignite düşünülmeyen kadınlarda KMM ile %5,1'inde malignite saptanmıştır (80). Çalışmada KMM yapılma oranları düşük olup; hekimler tarafından klinik meme muayenesine zaman ayrılması konusunda daha hassas davranılmalı; bu alanda sağlık profesyonellerine farkındalık artırmaya yönelik hizmet içi eğitimler planlanmalıdır. Ayrıca hasta muayene sürelerinin de gözden geçirilerek her hastaya ayrıntılı fiziki muayene yapılması için uygun ve yeterli süre planlanması önerilmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %71,8'inin mamografi hakkında bilgisi vardır. Mamografi yaptıрма sıklığı sorgulandığında; %68'i hiç çekmediği, %13,1'i iki yılda bir, %15,5'i düzensiz aralıklarla ve %3,4'ü beş yılda bir çektiyor olarak tespit edilmiştir. Yine başka bir çalışmada mamografi çekirme sıklıkları %56 hiç çekmedim, %30 'u düzensiz çektiyor gibi benzer sonuçlar çıkmıştır (44). Mamografi hakkında bilgisi olma durumu; yaş gruplarına, medeni duruma, göre istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Eğitim düzeyi ve gelir seviyesi yükseldikçe bilgi sahibi olma yüzdeleri de artmaktadır. Gözüyeşil ve ark.'ının yaptığı çalışmada da eğitim ve gelir düzeyi ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır (81). Gelir düzeyi ve eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmet sunucularına ulaşılabilirliğin arttığı düşünülebilir.

Yakını meme kanseri olan kadın katılımcılara meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi durumları sorulduğunda %88,6 'sı KKMM hakkında bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. KKMM yapma sıklığı sorgulandığında %79,5'u ayda bir düzenli olarak yaptığını belirtmiştir. %43,2'si KMM yaptırdığını, %88,6'sı mamografi hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Mamografi yaptıрма sıklığı sorgulandığında %72,7 'si hiç çekmediğini sadece %11,4 'ü iki yılda bir mamografi çektiğini belirtmiştir. Birinci derece yakınlarında meme kanseri olanlara yapılan başka bir çalışmada düzenli mamografi çekirme oranı %37,2 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada

KKMM ve KMM yaptırma oranları bizim çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur (82). Kahramanmaraş'ta yapılan başka bir çalışmada anne veya kardeşinde meme kanseri olanlar olmayanlardan, herhangi bir meme hastalığı geçirenler geçirmeyenlerden anlamlı olarak daha fazla mamografi çektiği görülmüştür (77). Çalışmaya katılan tüm popülasyonla karşılaştırıldığında meme kanseri tanılı hastaların yakınlarında mamografi hakkında bilgi sahibi olma durumu ve mamografi çekirme oranları daha yüksek bulunmuştur. Yakınında meme kanseri olsa bile çalışmaya katılanların en kolay uygulanabilir tarama testi olan KKMM yapma oranlarını etkilemediği değerlendirilmiştir. Bu sonuç insanların yakınında meme kanseri varlığında meme kanserine farkındalıklarının arttığı halde bu bilgileri günlük hayatlarında uygulamaya geçiremediklerini; ancak sağlık profesyonelleri tarafından mamografi planlanırsa konuyu önemsediklerini düşündürmektedir.

Çalışmada onkoloji polikliniğine başvuran hastasının bakım verene bağımlılık seviyesi ile hasta yakınlarının mamografi çekirme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kendi Kendine meme muayenesi yapması ile yakının bağımlılık düzeyi arasında ise anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların bakım verene bağımlılığı arttıkça yakınlarının kendilerine zaman ayırması güçleştiğini, kendi sağlık problemlerini geri plana atabildikleri sonucunu çıkartabiliriz.

Çalışmada GGK testini duyma oranı %49,3; GGK testi yaptırma oranı %13,7 saptanmıştır. Kolonoskopi hakkında bilgisi olan %68 kişi olmasına rağmen kolonoskopi yaptıran %8,3 saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada GGK testi yaptırma oranı çalışmamızla benzer olarak %17 olarak bulunmuştur (67). Enjebab orta yaş üstü kadınların kolorektal kanser taraması yaptırmaya oranının %10,2 olduğunu rapor etmiştir. (83). Ülkemizde ise, kolorektal kanser tarama oranının %20-30 arasında olduğu belirtilmektedir (84). Araştırmada literatürle benzer şekilde kolorektal kanser tarama oranının çok düşük olmasında; ülkemizde kolorektal kanser taramalarına ulusal standartlar kapsamında yeni başlanması ve bu konuda toplumsal farkındalık eksikliğiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde kolon kanseri tarama programı, 2014'ün Eylül ayından itibaren toplum sağlığı merkezlerinde, 50-70 yaş arası sağlıklı bireylere, 2 yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi şeklinde uygulanmaktadır (85).

Çalışmada tarama önerilen yaş grubunda (50yaş üstü) GGK testi yaptıırma oranı daha yüksek bulunmuştur. GGK testi yaptıırma oranları açısından sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Rize’de Demiral ve ark. larının yaptığı başka bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (86).

Yakını kalın bağırsak kanseri tanısıyla Onkoloji polikliniğine başvuran katılımcıların kolon kanseri taraması hakkında bilgi düzeyi değerlendirildiğinde GGK testi duyma ve yaptıırma oranlarında çalışma grubuyla arasında bir fark bulunamamıştır. Kolonoskopi duyma ve yaptıırma oranları ise çalışma grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranda rapor edilmiştir. Uygulanması kolay bir yöntem olan, girişimsel niteliği olmayan GKK testinin sağlık hizmet sunucuları tarafından daha çok vurgulanması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada erkeklerin %20,4’ünün prostat kanseri hakkında bilgilendirildiğı, %15,1’inin ise prostat kanser taraması yaptırdığı tanımlanmıştır. İlhan B ve ark.’ının 2019 yılında yaptığı çalışmada prostat kanseri taraması yaptıırma oranı %35 olarak bulunmuştur (87). Erdem ve ark.’ının yaptığı çalışmada prostat kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma oranının %26,7 olarak saptandığı rapor edilmiştir (88). Prostat kanseri taraması rutinde önerilmemesi ve çalışma grubumuzu onkoloji hasta yakınlarının oluşturması nedeniyle bu farkın oluştuğunu düşünmekteyiz. Yakını prostat kanseri olup prostat kanseri taraması hakkında bilgisi olan ve yaptıırma oranı %33,3 olarak bulunmuştur. Yakını prostat kanseri olanların normal popölasyona göre prostat kanseri hakkında daha yüksek oranda bilgi düzeyi ve tarama testi yaptıırması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmaya katılanların yakınlarına radyoterapi veya kemoterapi uygulanması ile düzenli tarama testi yaptıırma durumu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Onkoloji hastaları, hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri olan ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliğı süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (89). Hasta yakınlarının bu sürece yakından tanık olması nedeniyle kanser tarama testleri hakkında daha duyarlı olmaları

beklenmektedir. Ancak anlamlı bir fark saptanmaması her ne kadar duyarlılıkları olsa da kendilerine yeterli zaman ayırmadıklarını düşündürebilir.

Çalışmada onkoloji polikliniğine başvuranlarının yaş ortalaması  $61,30 \pm 11,98$  yıl olarak hesaplanmıştır. Bakım verenlerin hastaya yakınlığına değerlendirildiğinde en çok %55,7'si birinci derece akraba, ardından %20,3 ile eş gelmektedir. Yılmaz Karabulutlu ve ark.'larının yaptığı çalışmada da benzer şekilde bakım verenlerin %42,7'sinin anne-baba-kardeş %25,3'ü eşi olduğu görülmüş (90). Koç Z. Ve ark.'larının yaptığı çalışmada bakım verenlerin %36,5 'u eşi olarak rapor edilmiştir (91).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının düzenli tarama testi yaptırması ile EGY ölçeğine göre bağımlılık seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının düzenli egzersiz yapma durumu ve sağlıklı beslenme durumu ile hastalarının bağımlılık seviyesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının düzenli tarama testi yaptırma durumu ile yakınlarının kanser tanı süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Görgülü ve Akdemir'in yaptığı bir çalışmada hasta yakınlarının yarısı kendilerine zaman ayıramadıklarını, hasta bakımında yeterli olmadıklarını düşündüklerini, bakım ile ilgili stres, endişe ve kızgınlık duyguları yaşadıklarını, aile ve arkadaş ilişkilerinin bu durumdan olumsuz yönde etkilendiğini ve bu duruma bağlı olarak sağlık problemlerinin ortaya çıktığını bildirmişlerdir (75). Atagün ve ark.'ının yaptığı çalışmada da hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verende olumsuz olarak nitelendirilen deneyimler artmakta, bu da bakım veren yüküne katkıda bulunmaktadır (92). Türkiye'den bir başka çalışmada çeşitli kanser hastalarına bakım veren 165 kişide bakım veren yükünün arttığı, olguların %80,3'ünün bakım vermeden önce kendi sağlıklarını iyi olarak algıladıkları, bakım verme görevinden sonra %51,6'sının kötü olarak değerlendirdiği saptanmıştır (72). Bazı çalışmalarda, bakım verenlerin bakım verme yüküne bağlı stres yaşadıkları ve kendi sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak için yeterli zaman ayırmadıkları ve bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarının bozulduğu belirtilmektedir (75).

## 6. SONUÇ

Çalışmada katılımcıların %70'i tarama testleri hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Bilgi kaynağı sorgulandığında en sık aile hekimlerinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıntılı sorgulandığında tarama testleri hakkında halen bilgi düzeyinin yetersiz olduğu ve buna bağlı olarak da testleri yaptırma oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Düzenli tarama testi yaptırma oranı %32 olarak bulunmuştur. Yaptırmama nedenleri arasında en sık sağlıklı olduklarını düşünmeleri, büyük bir oranda da nasıl ulaşacaklarını bilmemeleri ve zaman bulamadıklarını belirtmişlerdir. Onkoloji hasta yakınları hastalarıyla ilgilenirken aslında kendi periyodik muayenelerini ihmal ettikleri sonucuna varabiliriz.

Hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından kanser tarama testinin yaptırılmasını öneren olup olmadığı sorusuna katılanların büyük kısmı hayır cevabını vermiştir. Bu konuda bütüncül yaklaşım modeli izleyen aile hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin kanser taramaları konusunda daha duyarlı olması gerekmektedir.

Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin ve testleri yaptırma oranının arttığı saptanmıştır.

Hastalarının kanser türü ile yakınlarının ilgili kanser türüne yönelik tarama testi yaptırma oranları arttığı görülmekle birlikte düzenli tarama oranlarının halen yetersiz olduğu dikkat çekmektedir.

Sonuç olarak kanser taramaları farkındalığını artırmak ve düzenli tarama yapılmasını özendirmek için daha etkin uygulamalara, eğitim çalışmalarına ve belki de hasta yakınlarına yönelik hastaneler içinde özel poliklinikler açılarak bakım verenlere öncelikli sağlık hizmeti sunulmasına ihtiyaç olduğu önerilmektedir.

## 7.KAYNAKLAR

- 1.WHO. Cancer. [Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/] adresinden: 07.06.2019 tarihinde erişilmiştir.
2. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 1980-2013. [Http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\_2008.pdf] adresinden 12/06/2019 tarihinde erişilmiştir.
- 3.Güllü İ, Zengin N. Kanserle Mücadelede Ulusal Kanser Danışma Kurulunun Rolü. Tuncer M (çeviri ed). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık; 2009:777.
- 4.T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. [ <http://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/12/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf.pdf>] adresinden 27.11.2019 tarihinde erişilmiştir.
- 5.Cancer Factsheet February 2018. World Health Organization. [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>] adresinden 07.06.2019 tarihinde erişilmiştir.
6. Dünya Kanser Raporu 2008. (Çeviri ed) Boyle P, Levin B. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Yayını, Lyon, Fransa 2008.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017.[Erişim: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR.\\_uzuuun.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR._uzuuun.pdf)] adresinden 08.06.2019 tarihinde erişilmiştir.
- 8.Şahin S. Kanserde Erken Tanı ve Tarama Programları. Ege Tıp Dergisi 2015 ;54 (ek sayı):41-5.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı. [ [https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal\\_Kanser\\_Kontrol\\_Plani\\_2013\\_2018.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf) ] adresinden 08.06.2019 tarihinde erişilmiştir.
- 10.Şenışık S. Kanseri ve Egzersiz. Spor Hekimliği Dergisi 2014;49(3):99-110.
- 11.Breast Cancer Statics, Cancer Facts and Figures. World Cancer Research Fund International. [<https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancerstatistics>] adresinden 10.03.2019 tarihinde erişilmiştir.
12. Tekpınar H, Aşık Z, Özen M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kanseri Taramalarına İlişkin Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(1):28-36.
- 13.Açıkgöz A, Yıldız EA. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2017; 5(1):45-56.

14. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri. [<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/400-meme-kanseri.html>] adresinden 15.03.2019 tarihinde erişilmiştir.
15. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özyayın N, Balcı P, Yavuz E. Meme Kanseri Tarama ve Tanı. Meme Sağlığı Dergisi 2012; 8(3) :100;125.
16. Polat VA, Özmen V, Polat KA, Soran A. Meme Görüntülenmesinde Manyetik Rezonans Görüntüleme Kullanımında Ulusal Yaklaşım. TheJournal of Breast Health 2012; 8(1):35-9.
17. Güllüoğlu BM. Meme Hastalıklarına Yaklaşım: “Meme Kanseri İçin Risk Değerlendirmesi ve Tarama Stratejileri”. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2008;12(1):9- 1.
18. Aydın A, Topuz E. Meme kanseri tanı tedavi takip. 1.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2006; 5-18.
19. American Cancer Society. Breast Cancer Factsand Figures 2007-2008. Atlanta: American Cancer Society, Inc.;2008.1-36.
20. Yılmaz MH. Meme kanserinde radyolojik tanı ve değerlendirme. Meme Kanseri Sempozyum Dizisi, Aralık 2006, 54: 27-30.
21. Rezanko T. Meme Tümörlerinde Tanısal Algoritma ve Üçlü Test. Meme Sağlığı Dergisi. 2008; 4(3):143-150
22. Tagliafico AS, Calabrese M, MariscottiG. Adjunct Screening With Tomosynthesisor Ultrasound in Women With Mammography-Negative Dense Breasts: Interim Report of a Prospective Comparative Trial. J ClinOnkol. 2016; 34(16):1882-8.
23. Colorectal Cancer Statics. [Http:// www.wcrf. Org/int/ cancer-facts-figures/dataspecific-cancers/colorectal-cancer-statistics]adresinden: 15.03.2019 tarihinde erişilmiştir.
24. Uluslararası Kanseri Ajansı (IARC). Colorectal Cancer Source: [Globocan 2018. [http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10\\_8\\_9-Colorectum-factsheet.pdf](http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-factsheet.pdf)] adresinden 27.11.2019 tarihinde erişilmiştir.
25. Kalkın A, Dağhan Ş, Taşkın C. Yaşlı bireylerin Kolorektal Kanseri Riskleri ve Erken Tanısına Yönelik Bilgi Düzeylerinin ve Bu Kanseri İlişkili Risklerinin İncelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 5(3):88-93.
26. Wei EK, Giovannuci E, Wu K, Rosner B, Fuchs CS, Willet WC ve Ark. Comparison of Risk Factors for Colon and Rectal Cancer. Int J Cancer 2004; 108(3): 433-42.
27. Burt RW, DiSario JA, Cannon-Albright L. Genetics of Colon Cancer: impact of inheritance on Colon Cancer Risk. AnnuRevMed 1995; 46:371-9.

28. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Dairesi Başkanlığı. Kolorektal Kanseri. [<https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/363-kal%C4%B1n-ba%C4%9F%C4%B1rsak-kanseri-kolorektal-kanser.html>] adresinden 15.04.2019 tarihinde erişilmiştir.
29. Shelton AA, Wong WD. Colorectal cancer. In Current Surgical Therapy, Cameron SL (ed). St Louis, Mosby,1999; 217-228.
30. Karahasanoğlu T. Kolorektal Kanseri: Tanı ve Cerrahi Tedavi. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu 11-12 Ocak 2001, İstanbul, s.271-79.
31. Colorectal Cancer Facts & Figures 2017-2019. [<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>] adresinden 25.04.2019 tarihinde erişilmiştir.
32. Rex DK, David AJ, Joseph CA, Philip SS, Carol AB, John MI. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009. The American journal of gastroenterology 2009; 104(3): 739-50.
33. Mayir B, Ensari CÖ, Durhan A, Çöpelci Y. Colonoscopy Findings İn Patients Who Have Positive Fecal Occult Blood Test For Colorectal Cancer Screening. Turk J Colorectal Dis 2018;28:27-30.
34. Warren JL ve Ark. Adverse events after outpatient colonoscopy in the Medicare population. Ann Intern Med 2009; 150(12):849-57.
35. Gatto NM ve Ark. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study. J Natl Cancer Inst 2003; 95(3):230-6.
36. Kolon ve Rektum Kanseri. [<http://www.turkcerrahi.com/wpcontent/uploads/kolon-ve-rektum-kanseri.pdf>] adresinden 25.04.2019 tarihinde erişilmiştir.
37. Winawer SJ, Stewart ET, Zauber AG, Bond JH, Ansel H, ve ark. A Comparison of Colonoscopy and Double-Contrast Barium Enema for Surveillance After Polypectomy. National Polyp Study Work Group. N Engl J Med 2000; 342(24):1766-72.
38. Key Statistics For Colorectal Cancer. [<https://www.cancer.org/cancer/colorectal-cancer/about/key-statistics.html>] adresinden 20.04.2019 tarihinde erişilmiştir.
39. Moher D, Little J, Stevens A, Groulx S, Bacchus M, Klarenbach S. Screening for esophageal adenocarcinoma and precancerous conditions (dysplasia and Barrett's esophagus) in patients with chronic gastroesophageal reflux disease with or without other risk factors: protocol for a series of systematic reviews 2016. [[https://canadiantaskforce.ca/wpcontent/uploads/2017/08/EAC\\_FINAL\\_protocol\\_2016Dec29.pdf](https://canadiantaskforce.ca/wpcontent/uploads/2017/08/EAC_FINAL_protocol_2016Dec29.pdf)] adresinden 21.04.2019 tarihinde erişilmiştir.

40. Türk Jinekoloji Onkoloji Derneği. Rahim Ağzı Kanseri. [http://www.trsgo.org/menu/152/rahim-agzi-serviks-kanseri#a4 .] adresinde 10.05.2019 tarihinde erişilmiştir.
41. Aref-Adib M, Freeman-Wang T. Cervical cancer prevention and screening: the role of human papilloma virustesting. The Obstetrics&Gynaecology 2016; 18:251–63.
42. Sonay Kurt A, Canbulat N, Savaşer S. Adölesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. Bakırköy Tıp Dergisi 2013; 9:59–63. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201309204>
43. Mavi Aydoğdu SG, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. Androl Bul 2018; 20:25–9.
44. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Med J 2014; 15:154-60.
45. Kanbur A, Çapık C. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011: 61-72.
46. Karaoğlu D. Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi Uygulamalarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Fakültesi, 2016.
47. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Resmi İnternet Sitesi, Duyurular: TJOD Olarak Hpv Aşılması Hakkında Görüş ve Önerilerimiz. [Http:// www.tjod. Org/ tjod- olarak- hpv- asilamasi-hakkinda- gorus- ve-onerilerimiz.] adresinden 15.05.2019 tarihinde erişilmiştir.
48. Uyar EE, Gökaslan H. PapSmear ile Servikal Kansere Taraması. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2004; 8(3):105-110.
49. Can H, Öztürk YK, Güçlü YA, Öztürk F, Demir Ş. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Farkındalığı. Tepecik Eğitim HastDerg 2010 ;20(2):77-84.
50. Güner H, Taşkiran Ç. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papillomavirüs. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2007 ;4(1): 11-19.
51. Kaya M. Halk Sağlığı Yaklaşımı ile “Servikal Kansere” (çeviri ed) Akın A. Ankara, Hüsam yayınları. 2009.
52. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi. Sürekli Tıp Eğitimi dergisi 2005; 14(1) :1-4.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kansere Dairesi Başkanlığı. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri. [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/362-kanser-dairesi-baskanligi-kanser-turleri-serviks-kanseri.html ] adresinden 20.05.2019 tarihinde erişilmiştir.

54. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Prostat Kanseri Klinik Protokolü. Türkiye,2017.
55. Yurtsever E. 50 Yaş Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
56. Prostat Kanseri Yol Haritası: Uluslararası Kılavuzlar ve Klinik Deneyimler Işığında Prostat Kanseri Yaklaşım Önerileri.  
[[https://www.trod.org.tr/files/file/Prostat\\_Kanseri\\_Yol\\_Haritasi\\_Ana\\_dokuman.pdf](https://www.trod.org.tr/files/file/Prostat_Kanseri_Yol_Haritasi_Ana_dokuman.pdf)] adresinden 12.05.2019 tarihinde erişilmiştir.
57. Yetimakman EZ. Birinci Derece Yakınlarında Kanseri Tanısı Olan veya Olmayan Bireylerin Kanseri Tarama Programlarına İlişkin Farkındalık Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Lütfi Kırdar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2018.
- 58.Özkan MU, Pehlivanoglu ÖEF, Balcıoğlu H, Bilge U, Çolak E, Ünlüoğlu İ. Yaşlılar için Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği' nin Türkçe' ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliliği. 10. Ailw Hekimliği Güz Okulu 2016.
- 59.Çaman ÖK, Bilir N, Özcebe H. Ailede Kanseri Öyküsü ve Algılanan Kanseri Riski, Kanseri Korunma Davranışları ile İlişkili mi. Fırat Tıp Derg/FıratMed J 2014; 19(2): 95-100.
- 60.Facts&Figures2018: Rate of Deaths From Cancer Continues Decline.[<https://www.cancer.org/latest-news/facts-and-figures-2018-rate-of-deaths-from-cancer-continues-decline.html>.] adresinden 21.10.2019 tarihinde erişilmiştir.
- 61.Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(2):1-9.
- 62.Kim Y, Baker F, Spillers R. CancerCaregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship andAppraisal. J PainandSymptomManage 2007; 34(3):294-304.
- 63.Uğur HG, Derya YA, Yavuz YA, Şılbır MF, Öner A. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların Ulusal Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği. Sted 2019; 28(5):340-52.
- 64.Şeker N, Yasin YK, Özyayın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşundaki Hemşirelerin Kanseri Tarama Programları Bilgileri ile Tarama Testlerini Yaptırma Durumları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2017;19(1):14-8.
- 65.Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2010;2(2):1-4.

66. Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M, Akçan A, Gemalmaz A, Dişçigil G. Aydın Merkez İlçede Kolorektal Kansere Taramasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlar. *Aile Hekimliği Dergisi* 2015;19(1):37-48.
67. Yerlikaya M. Hastaların Sağlık Hizmeti Deneyimleri ve Davranış Eğilimleri Arasındaki İlişkiler. Yüksek lisans tezi. Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 2019.
68. Bekar M, Güler G, Doğaner G, Yılmaz M, Güler N ve ark. Akademisyenlerin Serviks Kanseri Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2011; 4:102-9
69. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları ile Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48:25-9.
70. Pehlivanoglu FEÖ, Sarı HB, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadın Hastaların Human Papilloma Virüs Aşılması ve Serviks Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ortadoğu MediceJournal* 2019; 11(4): 456-60.
71. Özdemir ME. Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş ve Üzeri Bireylerin Kansere Tarama Testleri Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ankara, 2016.
72. Bal MD. Kadınların PapSmear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 4(3):133-8.
73. Ünal P, Baş G, Atalay A, Kasapbaş T, Kurt S, Uzun A. Marmara Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuranların PapSmear Konusundaki Bilgileri ve Test Sonuçları. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni* 2005; 36(4): 147-51.
74. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat ST, Varım C. Trabzon’da Kansere Tarama Testleri Farkındalığı. *J Hum Rhythm* 2015; 1(3):90-4.
75. Görgülü Ü, Akdemir N. İleri Evre Kansere Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg* 2010; 20(4): 125-31.
76. Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P. Meme Kanseri Geç Başvuruyu Etkileyen Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; (5) 2:87-91.
77. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer ÇH, Hüdayioğlu RM, Özdemir M. Kahramanmaraş’ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2009; 28(1):14-9.
78. Özkahraman Ş, Vural BK, Bayık A. Halk Eğitim Merkezi Kursiyerlerinde Kendi Kendine Meme Muayene Becerisi Geliştirme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(4): 1-9.

- 79.Oestreicher N, Lehman CD, Seger DJ, Buist DS, White E. The incremental contribution of clinical breast examination to invasive cancer detection in a mammography screening program. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 184: 428-32.
- 80.McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: A review of the literature. *CA Cancer J Clin* 2004; 54: 345-61.
- 81.Gözüyeşil E, Taş F, Arıöz AD. 15-49 yaş kadınlarında meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Cukurova Med J* 2019;44(4):1215-25.
- 82.Andıç S. Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
83. Enjebab B. Cancer Screening Practice among Iranian Middle-aged Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2016; 4(4): 770-8.
84. Keskinç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Zayıfoğlu Karaca M, Şimşek Utku E, Hacıkamiloğlu E, Turan H, Dede İ, Dündar S. Türkiye kanser kontrol programı. 1. Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını;2016.
85. Kara Y, Sarıcı İŞ, Kalaycı MU. Bölgemizde Yürütülen Kolon Kanser Tarama Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *İKSSTD* 2019; 11(1): 31-6.
- 86.Demiral G, Çolakoğlu MK, Akdoğan RA, Pergel A. Kolorektal Kanser Taramada Uygulanan Gaitada Gizli Kan Testinin Etkinliği ve Literatür Eşliğinde Değerlendirilmesi: Rize ili iki yıllık değerlendirme. *AOT* 2018:31-7.
87. İlhan B, Bakkaloğlu OK. Yaşlılarda Kırılabilirlik ve Kanser Tarama Oranları. *Ist Tıp Fak Derg* 2019; 82(1): 24-8.
88. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Bolu F. Düzce’de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017; 7(1): 1-10.
89. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(2):1-12.
- 90.Karabulutlu EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2013; 28(1):1-9.
91. Koç Z, Sağlam Z, Çınarlı T. Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;1(1):99-116.

92. Atagün Mİ, Balaban ÖZ, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(3):513-52.



## 9. ÖZGEÇMİŞ

### I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Çiğdem SAVAŞ KARDAŞ

Doğum yeri ve tarihi: Tavşanlı / 10.03.1990

İletişim adresi: savascigdem@hotmail.com

Yabancı dili: İngilizce

### II- Eğitimi

Tavşanlı İstiklal İlköğretim Okulu (1997-2004)

Tavşanlı Anadolu Öğretmen Lisesi (2004-2008)

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (2009-2016)

### III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

2016 yılında Giresun, Şebinkarahisar Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

2016- Günümüze: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Asistan Doktor

## 8.EKLER

### EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1.Araştırmanın adı: Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi ve Tutumları

2. Bu bir uzmanlık tezi anket çalışmasıdır.

3.Bu çalışma Onkoloji hastalarının yakınlarının kanser tarama testleri hakkında bilgi ve tutumları değerlendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması amaçlandı.

4. Çalışmanın planlanan tamamlanma süresi 6 aydır

5. Araştırmaya kabul kriterlerini sağlayan ve ulaşılabilen tüm onkoloji polikliniğine başvuran hasta yakınlarının katılması planlanmaktadır.

6. Araştırmada girişimsel herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.

7. Araştırmada herhangi bir laboratuvar tetkiki yapılmayacaktır.

8. Araştırma gönüllü için herhangi bir risk teşkil etmemektedir.

9. Katılımcılara tazminat(sigorta) veya tedavi sağlanmayacaktır.

10. Katılımcılara ödeme yapılmayacaktır.

11. Araştırmada 1 adet anket formu doldurmanız istenecektir.

12. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır

13. Araştırmada bilgileriniz gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.

14. Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmek için temasa geçebileceğiniz kişi:

**ÇİĞDEM SAVAŞ KARDAŞ**

15.Araştırma SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma hastanesi Bornova Ek Binası onkoloji polikliniğine başvuran hasta yakınları ile yapılmaktadır.

*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.*

*Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.*

Gönüllünün adı / soyadı / imzası / tarih

Araştırmacının adı / soyadı / imzası / tarih

Ass.Dr.Çiğdem SAVAŞ KARDAŞ

## EK 2: ANKET FORMU

**1- Yaş**

**2- Cinsiyet** A-) Kadın B-) Erkek

**3- Medeni Durum** A-) Evli B-) Bekar C-) Boşanmış / Ayrı yaşıyor D-) Eşi Vefat Etmiş

**4- Eğitim Durumu** A-) Okuryazar değil B-) İlkokul C-) Ortaokul D-) Lise E-) Üniversite

**5- Mesleği** A-) Çalışmıyor B-) İşçi C-) Memur D-) Sağlık Çalışanı E-) Emekli

F-) Öğrenci G-) Diğer .....

**6- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?** A-) Çok düşük B-) Düşük C-) Orta D-) İyi E-) Çok iyi

**7- Sağlıklı beslenmeye özen gösterir misiniz?** A-) Evet B-) Hayır

**8- Egzersiz yapar mısınız?** A-) Yapmam B-) Düzensiz yaparım C-) Haftada düzenli olarak en az 3 gün yaparım

**9- Sigara Kullanımı** A-) Kullanmıyorum B-) Bıraktım C-) Ara sıra içiyorum D-) Her gün içiyorum

**10- Alkol Kullanımı** A-) Kullanmıyorum B-) Bıraktım C-) Ara sıra içiyorum D-) Her gün içiyorum

**11- Doktor Tarafından tanı konulmuş sürekli hastalığınız var mı? Cevabınız evet ise belirtiniz lütfen.** A-) Hayır B-) Evet .....

**12- Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı? (Cevabınız evet ise 11. Soruyu da cevaplayınız lütfen.)** A-) Hayır B-) Evet

**13- Kanser tarama testleri hakkında bilgiyi nereden aldınız?** A-) Aile Hekimi B-) Branş Hekimi C-) Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları

D-) Televizyon      E-) İnternet      F-) Sosyal Çevre      G-) Dernek/sivil toplum kuruluşları      H-) Diğer .....

**14- Kanser tarama testleri hangi kanser türleri için yapılmaktadır. (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)** A-) Meme      B-) Kalın Bağırsak      C-) Prostat  
D-) Rahim Ağzı

E-) Fikrim Yok

**15- Hekim ya da Diğer Sağlık Çalışanları tarafından size kanser tarama testi yaptırmanız önerildi mi?**

A-) Hayır      B-) Evet

**16- Daha önce Kanser Tarama Testi yaptırdınız mı?** A-) Hayır      B-) Evet

**17- Kanser Tarama Testlerini düzenli aralıklar ile yaptırır mısınız?** A-) Hayır  
B-) Evet

**18- Kanser Tarama Testlerini yaptırmadıysanız ya da düzensiz yapıyorsanız nedeni nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)** A-) Korktuğum için      B-) Utandığım için  
C-) Zaman bulamadığım için

D-) Bilgim olmadığı için      E-) Nasıl ulaşacağımı bilmediğim için

F-) İşe yaramayacağını düşündüğüm için      G-) Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için

H-) Diğer (Lütfen Belirtiniz) .....

**\* 19 – 26 Arasında ki Sorular Kadın Katılımcılar içindir.**

**19- Smear Testini Duydunuz mu?** A-) Hayır      B-) Evet

**20- Smear Testini Yaptırdınız mı?** A-) Hayır      B-) Evet

**21- Smear Testini hangi sıklıkla yapıyorsunuz?** A-) Yılda Bir      B-) İki Yılda Bir  
C-) Beş Yılda Bir      D-) Düzensiz Aralıklarla

E-) Hiç Yaptırmadım

**22- Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilginiz var mı?** A-) Hayır  
B-) Evet

**23- Kendi kendine meme muayenesini hangi sıklıkla yapıyorsunuz?** A-) Ayda Bir B-) Yılda Bir C-) Düzensiz Aralıklarla D-) Hiç Yapmadım

**24 – Hekim tarafından Klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?** A-) Hayır B-) Evet

**25- Mamografi hakkında bilginiz var mı?** A-) Hayır B-) Evet

**26- Hangi sıklıkla mamografi çektirirsiniz?** A-) İki Yılda Bir B-) Beş Yılda Bir C-) Düzensiz Aralıklarla D-) Hiç Çektirmedim

**27- Gaitada gizli kan testini duydunuz mu?** A-) Hayır B-) Evet

**28- Gaitada gizli kan testi yaptırdınız mı?** A-) Hayır B-) Evet

**29- Kolonoskopi hakkında bilginiz var mı?** A-) Hayır B-) Evet

**30- Kanser tarama amaçlı kolonoskopi testi yaptırdınız mı?** A-) Hayır B-) Evet

**31- Prostat kanseri taraması için hekiminiz tarafından bilgilendirildiniz mi? (Erkek Katılımcılar içindir)** A-) Hayır B-) Evet

**32- Prostat kanseri taraması yaptırdınız mı?(Erkek Katılımcılar içindir)** A-) Hayır B-) Evet

**33- Onkoloji polikliniğine başvuran yakınınızın yaşı**

**34- Onkoloji polikliniğine başvuran yakınınızın cinsiyeti** A-) Kadın B-) Erkek

**35- Onkoloji polikliniğine başvuran yakınınızın akrabalık derecesi, kanser türünü ve tanı süresini lütfen belirtiniz.**

Akrabalık derecesi: ...../ Kanser türü: ..... / Tanı süresi: .....

**36- Kanser hastası yakınınıza daha önce kemoterapi tedavisi uygulandı mı?**

A-) Hayır B-) Evet

**37- Kanser hastası yakınınıza daha önce radyoterapi (ışın) tedavisi uygulandı mı?**

A-) Hayır B-) Evet

**EK 3 : LAWTON VE BRODY’NİN ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK  
YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ**

|                                    | <b>Kendi başına<br/>yapabilir(3p)</b> | <b>Yardımla<br/>yapabilir (2p)</b> | <b>Yapamaz (1p)</b> |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| <b>Yemek pişirme</b>               |                                       |                                    |                     |
| <b>Ev temizliği</b>                |                                       |                                    |                     |
| <b>Telefon<br/>kullanabilme</b>    |                                       |                                    |                     |
| <b>Alışveriş yapma</b>             |                                       |                                    |                     |
| <b>Yolculuk<br/>yapabilme</b>      |                                       |                                    |                     |
| <b>Çamaşır<br/>yıkayabilme</b>     |                                       |                                    |                     |
| <b>İlaçlarını<br/>kullanabilme</b> |                                       |                                    |                     |
| <b>Mali işler</b>                  |                                       |                                    |                     |

0-8 puan bağımlı,

9-16 puan yarı bağımlı,

17-24 puan bağımsız

## EK 4: ETİK KURUL ONAM FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**İzmir Tepecik Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi**  
**Girişimsel olmayan Etik Kurulu**

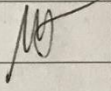
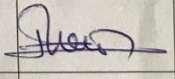
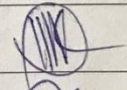
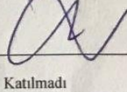
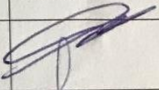
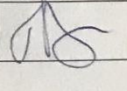


|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 2018/ 16- 3      Tarih: 27/12/2018<br>Doç. Dr. Yasemin KILIŞ ÖZTÜRK ve Ass. Dr. Çiğdem SAVAŞ KARDAŞ'ın sorumlusu olduğu " <b>Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi ve Tutumları</b> " isimli araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. |  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

ETİK KURUL BİLGİLERİ

|               |                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ÇALIŞMA ESASI | SBÜ İzmir Tepecik SUAM Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu. |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ETİK KURUL ÜYELERİ

| Unvanı/Adı/Soyadı            | Uzmanlık Alanı                | Kurumu           | Cinsiyet | Araştırma ile ilişkili mi? |                                       | İmza                                                                                  |
|------------------------------|-------------------------------|------------------|----------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Prof. Dr. Mehmet ÖZEREN      | Perinatoloji                  | SBÜ Tepecik SUAM | Erkek    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Doç. Dr. Erhan DEMİRHAN      | K.B.B Hastalıkları            | SBÜ Tepecik SUAM | Erkek    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı                                                                             |
| Doç. Dr. İbrahim UYAR        | Kadın Hastalıkları ve Doğum   | SBÜ Tepecik SUAM | Erkek    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Doç. Dr. Yeliz PEKÇEVİK      | Radyoloji                     | SBÜ Tepecik SUAM | Kadın    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı                                                                             |
| Doç. Dr. Hülya PARILDAR      | Aile Hekimliği                | SBÜ Tepecik SUAM | Kadın    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı                                                                             |
| Doç. Dr. Muhammet Ali KANIK  | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | SBÜ Tepecik SUAM | Erkek    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı                                                                             |
| Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL   | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | SBÜ Tepecik SUAM | Kadın    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Uzm. Dr. Sibel DEMİRAL SEZER | İç Hastalıkları               | SBÜ Tepecik SUAM | Kadın    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı                                                                             |
| Doç. Dr. Mustafa İNCESU      | Ortopedi ve Travmatoloji      | SBÜ Tepecik SUAM | Erkek    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı                                                                             |
| Uzm. Dr. İnanç KARAKOYUN     | Tıbbi Biyokimya               | SBÜ Tepecik SUAM | Erkek    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Doç. Dr. Murat YEŞİLARAS     | Acil Tıp                      | SBÜ Tepecik SUAM | Erkek    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Doç. Dr. Ülku KÜÇÜK          | Tıbbi Patoloji                | SBÜ Tepecik SUAM | Kadın    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı                                                                             |
| Doç. Dr. Işıl KÖSE GÜLDOĞAN  | Anesteziyoloji ve Reanimasyon | SBÜ Tepecik SUAM | Kadın    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Doç. Dr. Burçin ABUD         | Kalp Damar Cerrahisi          | SBÜ Tepecik SUAM | Erkek    | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |  |

SBÜ İzmir Tepecik SUAM Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu karar Formu

## EK 5: SBÜ ONAM FORMU

### SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| Adı Soyadı              | ÇİĞDEM SAVAŞ GARDAS |
| TC Kimlik No:           |                     |
| Uzmanlık Dalı(Anadal)   | AİLE HEKİMLİĞİ      |
| Uzmanlık Eğitim Kurumu: | İZMİR TEPECİK SUAM  |

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr Seçil ARICA

e-imzalıdır

|                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Akademik Kurul Karar Tarihi: | 28.12.2018                                                                                                                                                                                                                         |
| Karar No:                    | 127 (3)                                                                                                                                                                                                                            |
| Tez Konusu:                  | ( X ) Uygundur.<br>( ) Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur<br>( ) Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur.<br>( ) Uygun değildir. |

Ek:  
1-Tez konusu onay formu  
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu