T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN KANSER TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Büşra Nur SUALP

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üy. Yusuf Haydar ERTEKİN

Çanakkale, 2021

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN KANSER TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Büşra Nur SUALP

TEZ DANIŞMANLARI
Dr. Öğr. Üy. Yusuf Haydar ERTEKİN
Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2021

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim süresince bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan, uzmanlık tezimin yazılma sürecinin tamamında bana yol gösteren, ve katkı veren yardımcı tez danışmanım Prof.Dr.Erkan Melih ŞAHİN'e, tez danışmanım Dr.Öğr.Üy.Yusuf Haydar ERTEKİN'e ve tez sınavımda emeği geçen Dr.Öğr.Üy Murat TEKİN'e, misafir jüri üyesi olan değerli Doç.Dr.Ayşe Semra DEMİR AKÇA'ya;

Her biri iş arkadaşından çok daha öte olan, her daim tebessümle hatırlayacağım Çanakkale'deki aileme;

Beni bu aşamaya getiren aileme, hekim olmamda en büyük payı olan ve bu günleri görmesini çok istediğim kanserden kaybettiğim canım ANNEM'e;

Her konuda desteğiyle hep yanımda olan hayat arkadaşım ve biricik eşim Dr.Emre SUALP'e ve varlığıyla neşe ve motivasyon kaynağım olan canım oğlum Eren SUALP'e;

Sonsuz teşekkürlerimle…

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
ÖZET ii
ABSTRACT iii
KISALTMALAR ve SİMGELER v
TABLOLAR ve ŞEKİLLER vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1.Kanser Epidemiyolojisi ve Kanser İstatistikleri 3
2.2.Türkiye Ulusal Kanser Kontrol Programı (UKKP) 5
2.2.1.Neden Ulusal Bir Kanser Kontrol Programı Yapılmalı? 5
2.2.2.Türkiye Kanser Kontrol Programı'nın Gelişimi 6
2.2.3 Kanser Kayıtçılığı 7
2.2.4.Kanseri Önleme Çalışmaları 8
2.2.5. Kanser Taramaları 10
2.2.6.Türkiyede Uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı 12
2.2.7.Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Kanser Tarama Programlarında Yeri 14
2.2.8.Meme Kanseri ve Meme Kanseri Taramaları 15
2.2.9.Serviks Kanseri ve Serviks Kanseri Taramaları 17
2.2.10.Kolorektal Kanserler ve Kolorektal Kanser Taramaları 20
3.GEREÇ ve YÖNTEM 23
3.1.Araştırma Bölgesi ve Tipi 23
3.2.Araştırma Evreni ve Örneklemi 23
3.3.Veri Toplama Araçları 24
3.4. Uygulama Yöntemi 24
3.5.Verilerin Düzenlenmesi ve Analizi 25
3.6.Etik ve İzinler 25
4.BULGULAR 26
5.TARTIŞMA 27
6.SONUÇ ve ÖNERİLER 69
KAYNAKLAR 71
EKLER 77

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser tarama testleri hakkında bilgi, tutum ve davranış durumunu tespit etmektir.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı desendeki çalışmamıza Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine Şubat-Nisan 2020 tarihleri arasında başvuran 20 yaş üzerindeki 310 kişi katılmıştır.Veri toplama aracı anket formu olup anket soruları araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulmuş, oluşturulan anket formu katılımcılara yüz yüze görüşme metoduyla uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %49,4'ü kanserlerin tarandığını biliyor, %13,2'si ulusal kanser tarama programındaki üç kanseri de doğru olarak biliyordu. TV, internet ve aile hekimleri kanser tarama testlerinin bilgi kaynakları için ilk üç sıradaydı. Katılımcıların %31,6'sı en az bir kez tarama testi yaptırmış, %10,0'ı düzenli olarak yaptırıyordu. Kanser tarama testlerini yaptırmama ya da düzensiz yaptırma nedenlerinden ilk üç sırada "sağlıklı olduğunu düşünme", "bilgi sahibi olmama" ve "zaman bulamama" yer alıyordu. Katılımcıların %63,9'u tarama testlerini devlet ya da üniversite hastanesinde yaptırmak istiyordu, %17,1'i tarama amaçlı KETEM'e başvurmuştu. Kadınlarda smear testinin bilinme oranı %81,7, KKMM'nin %82,2, KMM'nin %57,4, mamografinin %80,2, tüm katılımcılarda GGK testinin bilinme oranı %64,8 ve kolonoskopinin %74,2 bulunmuştur. Yaşa ve cinsiyete uygun tarama testlerinin yaptırılma oranları sırasıyla smear testinde %54,0, KMM'nde %33,7, mamografide %43,6, GGK testinde %32,2 ve kolonoskopide %18,6 idi.

Sonuçlar: Bu çalışmada Ulusal Kanser Tarama Programlarının farkındalığının hala istenen seviyede olmadığını gördük. Eğitim seviyesi ile kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyi doğru orantılı artsa da bunun davranışa yeterince yansımadığını gözlemledik.

Anahtar kelimeler: Kanser taramaları, Ulusal Kanser Tarama Programı, AileHekimliği

ABSTRACT

Objectives: The aim of our study is, to determine the knowledge, attitudes and behaviors of patients about cancer screening tests , who applied to the familiy medicine clinic.

Methods: 310 people, aged 20 and over, who applied to the family medicine clinic between February and April 2020, participated in the study. It was a cross-sectional descriptive type of study. The data collection tool was a questionnaire form and the questionnaire questions were created by the researchers by examining the literature. The questionnaire form was answered by interviewing the participants face to face.

Findings: 49.4% of the participants knew that cancers were screened. 13.2% correctly knew all three cancers included in the national cancer screening program. TV, internet and family physicians were in the top three for information sources of cancer screening tests. 31.6% of the participants had at least one screening test, and 10.0% of them had it done regularly. The rates of having a cancer screening test at least once and having it done regularly were significantly higher in those who knew about cancer screening compared to those who did not.The main reasons for not having cancer screening tests or having them done irregularly were "thinking of being healthy", "not having information" and "not having time". While 63.9% of the participants had their screening tests done at a state or university hospital, 17.1% had it done at KETEM for screening.The rate of knowing about the smear test in women was 81.7%, 82.2% for BSE, 57.4% for CBE, and 80.2% for mammography.The rate of knowing the FOB test and colonoscopy in all participants was 64.8% and 74.2%, respectively. The rate of having screening tests suitable for age and gender was 54.0% in smear test, 33.7% in CBE, 43.6% in mammography, 32.2% in FOB test and 18.6% in colonoscopy.

Conclusion: In this study, we found that the awareness of National Cancer Screening Programs is still not sufficient. Although the education level and the level of knowledge about cancer screening, increased in direct proportion, we observed that this was not reflected in the behavior sufficiently.

Keywords: Cancer screenings, National Cancer Screening Program, Family Medicine

KISALTMALAR ve SİMGELER

TC: Türkiye Cumhuriyeti

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

PAP: Papanikolaou

HPV: Human Papilloma Virüs

UKKP: Ulusal Kanser Kontrol Programı

IACR: Uluslararası Kanser Kayıtçılığı Derneği

KETEM: Kanser erken teşhis,tarama ve eğitim merkezi

MG: Mamografi

PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu

CDC: Hastalık kontrol ve önleme merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)

KRK: Kolorektal kanserler

GGK: Gaitada gizli kan

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

KMM: Klinik meme muayenesi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

FOB: Fecal Occult Blood

BSE: Breast – self examination

CBE: Clinical breast examination

TABLOLAR ve ŞEKİLLER

Tablo 2.1 Dünya'da ve Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanser türleri
Tablo 2.2 Dünya'da ve Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türleri
Tablo 2.3 Dünya'da ve Türkiye'de erkeklerde kansere bağlı ölümlerin dağılımı
Tablo 2.4 Dünya'da ve Türkiye'de kadınlarda kansere bağlı ölümlerin dağılımı
Tablo 3.1 Hastaların araştırmaya alınma ve çalışma dışı bırakma kriterleri
Tablo 4.1 Katılımcıların sosyo-demografik verileri
Tablo 4.2 Katılımcıların kronik hastalık durumu, kanser hastalığı durumu, aile ve aile dışında kanser öyküsü bulunma durumu
Tablo 4.3 Katılımcıların kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma ve hangi kanserlerin tarandığını bilme durumu
Tablo 4.4 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma ve hangi kanserlerin tarandığını bilme durumları
Tablo 4.5 Katılımcıların sosyo-demografik verilerine göre ülkemizde yapılan kanser tarama testlerinin tamamını doğru bilme durumu
Tablo 4.6 Katılımcıların kanser tarama testleri hakkındaki bilgi kaynakları
Tablo 4.7 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre en az bir kanser tarama testi yaptırma, tarama testlerini düzenli yaptırma ve tarama testi yaptırmak için öneri alma durumları
Tablo 4.8 Katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırmama ya da düzensiz yaptırma nedenleri
Tablo 4.9 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre KETEM'e başvurma durumları
Tablo 4.10 Kanser tanısı olanların ve ailesinde kanser hastası olanların herhangi bir tarama testi yaptırma ve düzenli yaptırma durumları
Tablo 4.11 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre smear testini bilme durumları
Tablo 4.12 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları
Tablo 4.13 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre 30 yaş ve üzeri katılımcıların en az bir kez smear testi yaptırma durumları
Tablo 4.14 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM'yi bilme durumları
Tablo 4.15 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM için önerilen yapma sıklığını bilme durumları
Tablo 4.16 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM'yi önerilen sıklıkta yapma durumları

Tablo 4.17 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KMM'yi bilme durumları
Tablo 4.18 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KMM için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları
Tablo 4.19 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre en az bir kez KMM yaptırma durumları
Tablo 4.20 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre mamografiyi bilme durumları
Tablo 4.21 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre mamografi için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları
Tablo 4.22 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre 40 yaş ve üzeri kadınların en az bir kez tarama amaçlı mamografi çektirme durumları
Tablo 4.23 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre GGK'yı bilme durumları
Tablo 4.24 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre GGK için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları
Tablo 4.25 50 yaş ve üzeri katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tarama amaçlı en az bir kez GGK yaptırma durumları
Tablo 4.26 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre kolonoskopiyi bilme durumları
Tablo 4.27 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine kolonoskopi için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları
Tablo 4.28 50 ve üzeri katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre en az bir kez kolonoskopi yaptırma durumları

Şekil 2.1 Türkiye Kanser Kontrol Programı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, hücrelerin genetik değişimleri sonucu oluşur ve genetik değişime uğrayan hücreler anormal şekilde çoğalır. Bu değişimde çevresel, genetik ve bireysel etkenlerin rolü vardır. Kanser, nedeni bilinen ölümler sıralamasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir. Pek çok kanser türü vardır ancak erkeklerde görülen ilk üç kanser türü sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal kanserler iken kadınlardaki sıralama; meme, kolorektal, akciğer kanseri şeklindedir (1).

Dünya genelinde 2018 yılında 9,6 milyon insanın ölüm nedeninin kanser olduğu tahmin edilmektedir ve her 6 ölümden biri kansere bağlıdır (2). Kanserde benzer seyir devam ederse 2030 yılına gelindiğinde yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması beklenmektedir. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 4 milyonu genç yaşta (30-69 yaş) olmak üzere 7.6 milyon kişi kanserden kaybedilmektedir (3).

Tanı yöntemleri ve tedavideki yenilikler, sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması, ortalama yaşam süresinin uzaması gibi çeşitli nedenlerle kanserin önemi günümüzde giderek artmakta, her yıl daha çok sayıda kanserli hastaya tanı konulabilmektedir (4).

Hastaların uygun kanser taramalarından geçmeleri de periyodik sağlık muayenesine dahildir. Birinci basamak periyodik sağlık muayenelerinde önerilen kanser taramaları meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser ve risk gruplarında akciğer kanseriyken önerilmeyen kanser taramaları over kanseri, pankreas kanseri ve testis kanseridir. Mesane kanseri, oral kanserler, prostat kanseri ve cilt kanserinin taramaları ile ilgili ise yeterli kanıt bulunmamaktadır (4).

Kanser taramaları koruyucu hekimliğin önemli bir parçası olup kanserde erken tanı ve tedavi çoğu zaman hayat kurtarıcıdır. Hastalıkların erken tanısında iki ayrı yöntem vardır. Birincisi hastalığın erken belirtilerini yakalamak, ikincisi ise hastalığın daha belirti vermediği kişileri yakalamaktır. Tarama; görünüşte sağlam olan kişilere bazı testler, muayeneler veya diğer yöntemler uygulanarak henüz tanısı konulmamış, bilinmeyen hastalık veya bozuklukların yaklaşık olarak belirlenmesidir. Tarama programları hastalığı belirti vermeyen kişileri yakalamak için uygulanmaktadır. Şüphesiz erken evrede tanı alan bireylerin tedavisi ileri evrede olan bireylere göre hem daha kolay olmakta hem de maliyeti düşürmektedir (3). Tarama testlerinin kesin tanı koydurmasını beklememek gerekir.

Ülkemizde kanser taramaları amacıyla PAP-Smear ve HPV-DNA ile serviks kanser taramaları, meme muayeneleri ve mamografi ile meme kanseri taramaları, gaitada gizli kan ve kolonoskopi/sigmoidoskopi ile kolorektal kanser taramaları yapılmaktadır (5).

Ülkeler arası kanser tarama sıklıklarındaki değişikliği bireylerin tutum ve davranışlarıyla izah edebilecek bir ilişki araştırma hipotezimizde yer almaktadır. Bu tez çalışmasının amacı polikliniğe başvuran bireylerin ülkemizde yapılan meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları konusundaki bilgi, tutum ve davranış durumunu tespit etmek, elde edilen verileri literatürle karşılaştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kanser Epidemiyolojisi ve Kanser İstatistikleri

Kanser, sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık kuruluşlarına kolay ulaşım, tanı yöntemlerinin gelişmesi nedeniyle gittikçe daha çok kanser vakası yakalanmaktadır. Ayrıca enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması; diğer hastalıklara karşı etkin tedavi yöntemlerinin bulunması ve kullanılması, yaşam standartlarının yükselmesi ile ortalama yaşam süresi uzamış, dolayısı ile yaşlı nüfus artmıştır. Bunun yan ısıra toplumun bilgi seviyesi yükselmekte ve kanser tedavisindeki ilerlemeler nedeniyle daha çok hasta sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve gelişen teknoloji ile çevresel karsinojenlere maruziyetin artışıyla kanser sıklığı artmaktadır (6).

2012 yılında Dünya'da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiştir. Kanser artışı bu hızla devam ederse, Dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak yeni kanser vakalarının yirmi yılda %70 oranında artması beklenmektedir. 2015 yılında 8,8 milyon kansere bağlı ölüm meydana gelmiştir. 6 ölümden 1'i kanserden kaynaklanmaktadır. Kanserden kaynaklanan ölümlerin yaklaşık %70'inin, ülkemizin de içinde bulunduğu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu görülmüştür (7).

Dünya'da ve Türkiye'de en sık görülen ilk beş kanser türü erkek ve kadın için sıklık sırasına göre Tablo 2.1 ve 2.2'de verilmiştir (7,8). Bunun yanı sıra Dünya'da ve Türkiye'de kansere bağlı ölümlerin dağılımı erkek ve kadın için sıklık sırasına göre Tablo 2.3 ve 2.4'te yer almaktadır (7,8,9). Tablolarda görüldüğü gibi ulusal tarama programımızda bulunan meme, serviks ve kolorektal kanserler ülkemizde görülme sıklığı ve kansere bağlı ölümler açısından ilk sıralarda yer almaktadır.

Tablo 2.1 Dünya'da ve Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanser türleri

Erkeklerde En Sık Görülen Kanser Türleri	
Dünya'da*	Türkiye'de**
1.Akciğer	1.Akciğer
2.Prostat	2.Prostat
3.Kolorektal	3.Kolorektal
4.Mide	4.Mesane
5.Karaciğer	5.Mide

Tablo 2.2 Dünya'da ve Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türleri

Kadınlarda En Sık Görülen Kanser Türleri	
Dünya'da*	Türkiye'de**
1.Meme	1.Meme
2. Kolorektal	2.Tiroid
3.Serviks	3.Kolorektal
4.Akciğer	4.Uterus
5.Uterus	5.Akciğer

Tablo 2.3 Dünya'da ve Türkiye'de erkeklerde kansere bağlı ölümlerin dağılımı

Erkeklerde Kansere Bağlı Ölümlerin Dağılımı	
Dünya'da*	Türkiye'de**
1.Akciğer	1. Akciğer
2.Karaciğer	2.Mide
3.Mide	3.Lenf&Kan doku
4.Kolorektal	4.Prostat
5.Prostat	5.Kolorektal

Tablo 2.4 Dünya'da ve Türkiye'de kadınlarda kansere bağlı ölümlerin dağılımı

Kadınlarda Kansere Bağlı Ölümlerin Dağılımı	
Dünya'da*	Türkiye'de**
1.Meme	1. Akciğer
2.Akciğer	2.Meme
3.Kolorektal	3.Lenf&Kan doku
4.Serviks	4.Mide
5.Mide	5.Kolorektal

2.2.Türkiye Ulusal Kanser Kontrol Programı (UKKP)

2.2.1.Neden Ulusal Bir Kanser Kontrol Programı Yapılmalı?

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden biridir. Kanser, Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta ve 2030 yılına kadar hızla artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir. Türkiye 2013-2023 yaşa standardize hız projeksiyon değerleri, kanser yükünün yaşlanma ile birlikte azalarak arttığını göstermektedir. Dinamik, çok yönlü, bilimsel, multidisipliner ve maliyet etkin bir program ile kanser kontrol altına alınabilir (10).

Türkiye coğrafi, kültürel, ekonomik ve sosyal farklılıklar gibi pek çok özelliğe sahip bir ülkedir. Bu farklılık ve özellikler kanser gibi birden fazla etken ile ilişkili olarak gelişebilen bir hastalığın kontrolünü sağlamada çok daha karmaşık bir tablo ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çünkü kanser sadece genetik yatkınlıkla açıklanabilen bir hastalık olmayıp başta sigara kullanımı olmak üzere beslenme şekli, soluduğumuz hava, yaşadığımız ortam, sedanter yaşam şekli, teknolojik gelişmeler ve daha pek çok faktör ile ilişkili olarak gelişebilen bir hastalıktır (10).

Bu farklılık ve özelliklerin iyi yanı basit, ekonomik önlemler alınması ile hastalığın büyük bir çoğunluğunun önlenebilecek olmasıdır. 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. 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 (7).

Meme, serviks ve kolorektal kanserlerinde olduğu gibi, uygun programlar yürütüldüğünde bu kanserleri erken teşhis ve tedavi etmek mümkündür. Bu durumda, ülke genelinde sorunlar belirlenmeli, eldeki imkanlar doğrultusunda bir tarama programı geliştirilmeli ve ülkenin her bölgesi ayrı değerlendirilerek farklılıklara göre programın uygulanabilir olması göz önünde bulundurulmalıdır (10).

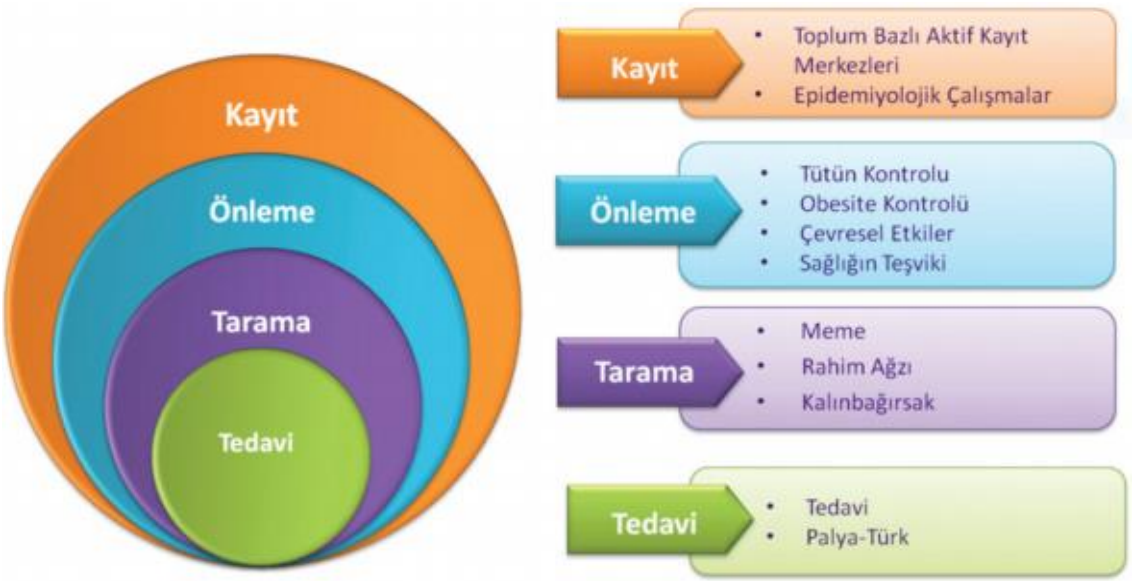
Sonuç olarak, ülke verileri, sosyo-kültürel özellikler, insan kaynakları ve finansal kaynaklar tüm dünyada kabul edilen kanser kontrol adımlarını etkili bir şekilde uygulamak için tek tek değerlendirilmeli ve nelere öncelik verileceği netleştirilmeli ve en önemlisi tüm uygulayıcıların katılımıyla ulusal olarak kabul edilebilir bir ulusal program geliştirilmelidir (10).

2.2.2.Türkiye Kanser Kontrol Programı'nın Gelişimi

Bakanlığımız dünyadaki bilimsel gelişmeleri ve kanser kontrolündeki en iyi uygulamaları yakından takip etmektedir. Ulusal ve uluslararası pek çok ülkeyi takip edebilmek ve örnek teşkil edebilmek için kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapar. Bu kurum ve kuruluşlardan başlıcaları şunlardır (10):

1. WHO (Dünya Sağlık Örgütü),
2. IARC (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı),
3. IACR (Uluslararası Kanser Kayıtçılığı Derneği),
4. UICC Uluslararası Kanserle Mücadele Birliği),
5. NCI (Ulusal Kanser Enstitüsü),
6. APOCP (Asya Pasifik Bölgesi Kanser Önleme Kurumu),
7. MECC (Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu)
8. NHS (Ulusal Sağlık Hizmetleri)

Bakanlığımız, Kanser kontrol programını, yukarıda adı geçen kurum ve kuruluşlarla iş birliği içinde bulunarak, ülkemizin bilim insanlarının da önerileri doğrultusunda kanseri kontrol altına almayı amaçlayan yazılı doküman halinde hazırlamıştır (10).



Şekil 2.1Türkiye Kanser Kontrol Programı

2.2.3 Kanser Kayıtçılığı

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin verilerine bakıldığında, kanser vaka sayıları ve profillerinin ülkeler arasında farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, erkeklerde akciğer ve prostat kanserleri ve kadınlarda meme ve kolorektal kanserler daha sık görülmektedir. Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde, erkeklerde akciğer, mide ve karaciğer kanserleri ve kadınlarda meme ve servikal kanserler daha sıktır. Türkiye'de akciğer, prostat ve mesane kanseri erkek nüfusta daha yüksek oranda görülmekteyken kadın nüfusta meme, tiroid ve kolorektal kanserler daha yaygındır (7).

Türkiye'de kanser insidansı yıllar içinde artmaktadır. Ancak bu artışın önemli bir bölümünün de kanser kayıtçılığının son yıllarda toplanan sağlıklı verilerle ilerleme kaydetmiş olmasına bağlıdır (10).

Türkiye'de kanser kayıt faaliyetlerinin tarihi çok eski değildir. Türkiye'de kanser kontrol faaliyetleri 1940'larda kurumsallaşmaya başlamış olsa da kanser hastalıklarının bildirimi zorunlu hastalıklar grubuna dahil edilmesi 1982'de olmuştur. Ülkemizde, kanser bildirimlerinin zorunlu hale getirilmesi üzerine, kanser kayıt faaliyetlerini yürütmek için "Kanserle Savaş Dairesi" kurulmuştur. Kanserle Savaş Dairesi'nin temel görevlerinden birisi kanser kayıtlarını güvenilir ve doğru bir biçimde toplamaktır. Ülkemiz 1989 yılında IACR' ye üye oldu. 1992 yılında Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi kapsamında, ilk olarak İzmir ve Diyarbakır' a kanser kayıt merkezleri açıldı. Kurulan iki merkez sayesinde uluslararası standartlarda veri toplamanın da önü açılmış oldu (10).

2010 yılında Kanser Kayıtçılığı dünyada olduğu gibi ülkemizde de profesyonel anlamda kanser kayıtçılığı yapılabilmesi için ülkenin en az %20 nüfusunu yansıtacak coğrafi bölgeler (iller) seçilmiş ve bu sistemle veri toplayan 10 Aktif Kanser Kayıt Merkezi kurulmuştur (Ankara, Antalya, Edirne, Eskişehir, Erzurum, İzmir, Kocaeli, Samsun, Trabzon, Bursa). 2013 yılında ise kademeli olarak kanser kayıt merkezlerinin sayısı 81' e çıkarılmış ve temsil gücü %100' e ulaşmıştır (10).

2.2.4.Kanseri Önleme Çalışmaları

Kanser sosyal,maddi ve manevi açıdan savaşması güç bir hastalıktır. Kanser gün geçtikçe hızla yayılmaktadır ancak şu anki şartlarda en önemli kontrol stratejisi korunma ve erken teşhistir. Bu sebeple kansere neden olan etkenleri saptamak ve gerekli önlemleri almak kanseri kontrol altına almakta kritik önem taşır (7).

Bazı kanser türlerinin vücutta oluşması engellenebilir, tarama yapılarak ölüme neden olması engellenebilir ve erken tanı konulabilirse tedaviyle yaşam kalitesi arttırılabilir. Kansere %90 oranında çevresel faktörler ve %10 oranında genetik faktörler neden olurken, tütün, alkol, obezite ve enfeksiyonlar en önemli çevresel faktörler arasında yer almaktadır. Kanserle mücadelede en önemli adım olan önleme çalışmaları, bunlarla ve diğer çevresel faktörlerle mücadele ve bu mücadele için geliştirilen ülke politikalarını içermektedir (10).

Akciğer kanserleri birincil korunma ile önlenebilecek en önemli kanserlerden biri olup ülkemizde ve dünyada sık görülmektedir. Tütünle mücadele, başta akciğer kanseri olmak üzere, larinks, mesane, pankreas, rahim ağzı, farinks ve ağız boşluğu kanserlerini de büyük oranda ortadan kaldıracaktır. Dünyada 15 yaşından büyük her üç yetişkinden biri tütün kullanmaktadır. Türkiye'de ise yaklaşık 15 milyon kişi tütün kullanmaktadır (10).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından pekçok farklı yoldan sağlığa zararlı olduğu belirtilen alkolün en önemli sağlık etkilerinden biri kanserdir, çok çeşitli kanserlere neden olduğu bilinmekte ve kanser nedenli ölüm ve yaşam yılı yitimlerinin önemli bir nedeni olmaya devam etmektedir. Her türlü alkolün içilmesi ağız ve boğaz, larinks, özefagus, kolon ve rektum, karaciğer ve meme (kadınlarda) kanserlerine katkıda bulunabilir. Vücuda giren alkol asetaldehite dönüştürülür. Asetaldehit bir hücrenin normal büyümesini ve işlevini kontrol eden DNA'ya zarar verir ve vücudun hasarı onarmasını engeller. DNA hasar gördüğünde, hücre kontrolden çıkabilir ve kanser hücresi oluşumuna gidebilir. Bu nedenle ne kadar az alkol alınırsa kanser riski o de o kadar azaltılmış olur (11).

Obezite, kanser gelişimi dahil birçok kronik hastalık riskini artıran küresel boyutta ciddi bir halk sağlığı problemidir. Aşırı kilo ve kanser arasında doğrudan bir ilişki olduğunu gösteren birçok ileriye dönük epidemiyolojik çalışma mevcut olup tüm kanserlerin yaklaşık %20'sinin aşırı kilolardan kaynaklandığı tahmin

edilmektedir (12). Bugün obezitenin kolorektal kanser, postmenapozal meme kanseri, endometriyal kanser, renal hücreli karsinom, özofagus adenokarsinomu, pankreas dahil olmak üzere çeşitli kanser türlerinin riskini artırdığına dair kanıtlar mevcuttur. Obezite muhtemelen over kanseri, prostat kanseri, safra kesesi kanseri ve mide kanseri riskini de artırmaktadır (13). Obezite kansere sebep olmasının yanı sıra kanser için verilen tedaviye yanıtı azaltır ve kötü prognoz ve kanser nedenli ölümlerin artışına da yol açar (14).

Tüm bu sebeplerle ülkemizde kansere neden olduğu bilinen tütün, alkol ve obezite ile mücadelede farklı kontrol programları yürütülmektedir.

2.2.5. Kanser Taramaları

Kanser taraması, uzun süredir kanserden kaynaklanan hastalık ve ölüm oranlarını azaltma mücadelesinin önemli bir bileşeni olmuştur. Standart bir varsayım, bir kanser tarama testinin etkili olabilmesi için yüksek düzeyde duyarlılığa sahip olması gerektiğidir. Bir tarama yöntemi, ancak genel nüfusa yayıldığında gerçek faydaya sahiptir (15).

Hastalıkların erken teşhisinin iki farklı yolu vardır. Birincisi hastalığın erken belirtilerini yakalamak, diğer bir yöntem de henüz herhangi bir belirti göstermemiş kişileri yakalamaktır. Semptomsuz vakaların tespiti için tarama testleri kullanılmaktadır. Tarama programları ile hastalığa sahip kişilerin iyileşme ve tedavi süreci, şüphesiz ilerlemiş hastalığa sahip kişilere göre daha kolay ve daha maliyet etkindir (10).

Tarama, hastalığı olmadığı bilinen kişilere bazı test, muayene veya diğer seçenekler yapılarak henüz tanı almamış, bilinmeyen hastalık veya sorunların tahmini olarak belirlenmesidir. Bu testlerden kesin olarak tanı koyması beklenmez. Test sonuçları pozitif olan ya da negatifliği kesin olmayan vakalar ileri inceleme için üst basamaklara yönlendirilir. Böylece tarama testleri

uygulanan toplum “kesin sağlamlar” ve “olası hastalar” olmak üzere sınıflanabilir. Fakat bir tarama testinin kullanılabilmesi için bu test, Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlemiş olduğu kriterleri taşımalıdır, bu kriterler (10):

- Taranan hastalık toplum için önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
- Taranacak hastalığın teşhisi için latent veya erken semptom verdiği bir dönem olmalıdır.
- Hastalığın bütün aşamaları için yeterince bilgi mevcut olmalıdır.
- Taramada bulunan hastaları iyileştirmek için uygun bir tedavi yöntemi olmalıdır.
- Hastalıkların tanı ve tedavisi için lazım olan tüm altyapı (personel, donanım vb.) imkanları yeterli olmalıdır.
- Taramada kullanılacak testlerin o toplumdaki insanlar tarafından kabul edilmesinde sorun olmamalıdır.
- Testler çok kişide uygulanacağı için kolay uygulanabilir olmalıdır.
- Testlerin sensitivite ve spesifitesi mümkün olduğunca yüksek olmalıdır.
- Yapılacak taramanın sürekliliği olmalıdır.

Tarama programlarından fayda görmek için o tarama yöntemi toplum tarafından kabul görmeli, toplumun taramayı yaptırma oranı yüksek olmalıdır. Toplumun taramayı yaptırmasını etkileyen en önemli etmenler (10):

- Taranan hastalık hakkında bilgi sahibi olunması,
- Kişinin taraması yapılan hastalığın yol açabileceği zararları kabul etmesi,
- Kişinin taraması yapılmakta olan hastalığa kendisinin de sahip olabileceğini kabul etmesi,
- Taramayla hastalık tespit edilmesi durumunda yapılacak müdahalelerin süreci olumlu yönde etkileyeceğine dair umutlu olunması,
- Taranması hedeflenen topluluğa uygun yöntem seçilmiş olması,
- Sağlık çalışanlarının tutumu,
- Tarama programının getirdiği mali yüktür.

Tarama programıyla amaca ulaşılması, tarama sonucunda elde edilen yararın %100'e ne kadar yakın olduğuyla ilgilidir. Tanınabilir bir gizli (yani kanser öncesi bir durum) veya erken bir evreye sahip kanserler için tarama, kanser öncesi durumu veya bir kanseri tespit edip müdahale ederek kanser insidansını ve ölüm oranını azaltabilir (16).

Kanser genel bir kavram olup farklı klinik ve tedavi yanıtlarını barındıran pekçok hastalığı içerir. Bu hastalıkların her biri de farklı etyoloji, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemlerine sahiptir. Bu nedenle her kanser türüne göre farklı tanı ve tarama yöntemleri seçilmelidir. Bazı kanser türleri için tarama önerilirken bazı türler için önerilmemektedir. DSÖ, ülkemizde de tarama programı içerisinde olan meme, serviks ve kolorektal kanserlerde kanser olgularının erken evrede bulunmasına ilişkin toplum tabanlı tarama planları önermektedir. Bu bağlamda tarama programlarının DSÖ'nün belirlemiş olduğu kriterleri sağlaması istenmektedir (10,16).

2.2.6.Türkiyede Uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı

Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, kanserin önlenmesi ve kanser tarama programlarına odaklanmıştır. Bu amaçla, sivil toplum örgütleri ve üniversitelerle koordineli bir "Ulusal Kanser Kontrol Programı" organize edilmiştir. Bu programı organize edebilmek için de DSÖ tarafından tarama yapılması önerilen kanserlerde, toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek için Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Her ilimizde en az bir KETEM bulunmaktadır (17).

KETEM'lerin görevleri**;** Halkın ve sağlık çalışanlarının kanser konusunda eğitim programlarıyla bilgilendirmesi ve bilinçlendirilmesi (farkındalık oluşturmak ve arttırmak), tarama programının tanımlamış olduğu risk grubundakilere tarama testleri uygulanarak (Meme, serviks, kolorektal kanserler, vb.) erken tanı konulması ve kanser tanısı konan hastaların tedavi merkezlerinde ilgili

bölümlere yönlendirilmesi, yönlendirilen hastaların takibinin yapılması, imkanlar doğrultusunda sosyal, ruhsal ve tıbbi destekte bulunulmasıdır (17).

Meme ve serviks kanseri tarama programları ülke genelinde sürdürülmekte olup 2009 yılından itibaren kolo-rektal kanserler de tarama kapsamına alınmıştır. Mide, deri ve prostat kanseri gibi diğer kanserlerle ilgili ulusal tarama programları dünya genelinde uygulanmamaktadır ve taranması günümüzde önerilmemektedir (10).

KETEM Standart Hizmeti (17);

- Farkındalık Yaratacak Eğitimler
- Meme Kanseri Taraması
- Serviks Kanseri Taraması
- Kolorektal Kanser Taraması

KETEM Standart Personeli (17);

- 1 sorumlu hekim
- En az 1 pratisyen hekim
- En az 1 hemşire
- En az 1 ebe
- En az 1 röntgen teknisyeni
- 1 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı (Konsültan)
- 1 radyoloji Uzmanı (Konsültan)
- 1 Patoloji Uzmanı (Konsültan)
- 1 Genel Cerrahi Uzmanı (Konsültan).

2.2.7.Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Kanser Tarama Programlarında Yeri

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde kanser taramaları da aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları arasına alınmıştır.

Türkiye'de kişilerin bağlı olduğu aile hekimleri ve dolayısıyla ASM'ler, kişilerin ikametlerine yakın olup aile hekimleri kendisine bağlı olan nüfusu tanır, yaşadığı koşulları, eğitimlerini, sağlık durumlarını bilir ve bu bağlamda kişi için hangi koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitimlerinin gerekli olduğunu saptayabilir. Aile hekimleri, kendine bağlı nüfustaki bireylere sadece hastalık zamanında hizmet vermez, kişinin riskleri, sağlık imkanları, psikososyal çevresi ve akut veya kronik sağlık problemleriyle her yönden değerlendirir (10).

Aile hekimliği ile bireylerin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici yönden sağlık hizmeti sunmak temel amaçtır. Aile hekimi, birey merkezli olmasının yanı sıra sürekliliği, aile ve toplum odaklı özellikleriyle toplumda vatandaşa en yakın kişidir (3).

Kanser taramalarının toplum tabanlı olabilmesi için tarama programı hedef kitlenin %70'ine ulaşmalıdır. Bunu sağlayabilmek için aile hekimleri tarama programlarına dahil edilmelidir. Kanser tarama programında, hedef kitlenin ve toplumun programı anlamasında ve katılımlarının sağlanmasında, katılım sağlayacak grubun çağrılmasında, taranan nüfusa sonuçların bildirilmesinde aile hekimleri kilit role sahiptir. Bu nedenlerle Aile Hekimleri bu programların içinde yer almalı ve Aile hekimlerine bu konuda her türlü destek verilmelidir (10).

2.2.8.Meme Kanseri ve Meme Kanseri Taramaları

Kadınlarda en sık saptanan ve ölüm sebebi olan kanser türü meme kanseri olup kadınlarda görülen kanserlerin %24'ünü, kadınlarda kanser nedenli ölümlerin %15'ini oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde her 8 kadından biri yaşamı boyunca meme kanseri riski taşıyor ancak bu artmış riske karşılık mortalitede düşüş gözlenmektedir. Fakat az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meme kanserinde hem sıklık hem de mortalitede artış görülmektedir. Ülkemizdeki veriler 2018 yılında meme kanseri sıklığını 45.6/100.000 olarak göstermektedir. Yaş aralığı olarak da 45-54 yaş arasında sıklık daha fazla saptanmıştır (18).

Meme kanserinin en büyük risk etmeni kadın olmaktır. Buna ek olarak meme kanseri riskini arttıran diğer faktörler; ileri yaş (>50 yaş), erken menarş(<12 yaş), geç menapoz (>55 yaş), hiç doğum yapmamak, emzirmemiş olmak, ileri yaşta doğum yapmak (>35 yaş), çocukluk çağında göğüs bölgesine yapılan radyoterapi, menopozdan sonra uzun zaman kullanılan hormon replasman tedavileri, uzun zaman oral kontraseptif kullanımı, kronik alkol kullanımı, postmenopozal obezite, benign proliferatif meme hastalıkları, daha önce yapılan biyopside atipik hiperplazi olması, lobüler karsinoma insitu olması, mamografide dens meme yapısına sahip olmak, ailesel ve genetik faktörlerdir. BRCA 1 ve BRCA 2 mutasyonlarına genetik risk faktörleri açısından sık rastlanır. Bireyde bu mutasyonlar varsa meme kanseri riskinin yanı sıra over kanseri riski de artar (19).

Meme kanseri taramasında 20 yaşından sonra kendi kendine meme muayenesi ve klinik muayene, 40 yaşından itibaren de mamografi yöntemleri kullanılır. Bu yöntemlerden kendi kendine muayene ve klinik meme muayenesi farkındalık arttırırken mamografi ise meme kanserine bağlı ölümleri azaltır (20).

Meme kanserinin taranmasının amacı, henüz semptom ve klinik belirti vermeden meme kanserini erken dönemde saptamak ve meme kanserine bağlı

mortaliteyi azaltmak, meme koruyucu cerrahiye olanak sağlamak ve tedaviye bağlı morbiditeyi azaltmaktır. Meme kanserini taramada en geçerli görüntüleme aracı mamografidir (20).

Çalışmalar sonucunda mamografinin taramada kullanılması ile meme kanserine bağlı ölümlerin %20 - %40 oranında azaldığı görülmüştür. Bu sebeple mamografi dünya genelinde meme kanseri için tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır ve bu yöntemin toplum genelinde ve organize bir şekilde uygulanan ülkelerde meme kanserine erken tanı konulduğu gözlenmiştir. Meme kanserine bağlı ölümleri; taramanın 2/3 oranında azalttığı, tedavi edici yöntemlerin ise 1/3 oranında azalttığı bulunmuştur (21).

Tarama amaçlı mamografi; şikayeti olmayan kadınlarda meme kanserine erken tanı koymak için yapılır. Yöntem olarak iki memeye biri medyolateral oblik (MLO), diğeri kraniyokaudal (CC) olarak 2 düzlemde film çekilir. Avrupa Görüntüleme Derneği (EUSEBI), taramayı geleneksel MG (mamografi) veya fosfor-plak bilgisayarlı radyografi (CR) ile değil, digital mamografi (DMG) ile yapmayı özellikle önermektedir. Dijital MG, yoğun fibroglandüler dokuya geleneksel MG'den daha duyarlıdır. Dijital mamografi ile daha düşük radyasyon dozu kullanılarak (0.4mSv) daha net bir görüntü elde edilir ve meme kanserine çok erken evrede tanı konulabilir. Çekilirken alınan radyasyon dozu, günde 1 paket sigara içen kişinin aldığı dozdan 40 kat daha düşüktür (22).

IARC sırasıyla 50-69 yaş kadınları iki yılda bir MG ile taramayı, bu taramayı 73 veya 75 yaşa kadar yapmayı, 40-49 yaş aralığında ise yıllık MG yapmayı önermektedir. Bu durum ülkeden ülkeye değişmektedir. Hastanın yaşı ve tanı almış olduğu diğer hastalıklara da bakılarak beklenen yaşam süresi 5 yıldan az ise tarama durdurulmalıdır. Genellikle taramayı durdurma yaşı 70-74 yaş olmaktadır (23).

Türk Radyoloji Derneği Yeterlilik Kurulu, Rehberler ve Standartlar Komitesi'nin Yayımladıkları Tarama Rehberi'ne göre; MG taramasına 40

yaşında başlanılması önerilmiştir. Ancak yüksek rsik grubuna dahil olanlarda (genetik yatkınlık, aile öyküsü, dens meme yapısı, vs.) 40 yaşından önce başlanması düşünülebilir. Şikayet veya belirtisi olan ya da daha önce yapılmış tetkiklerde patoloji tespit edilen hastalarda daha sık aralıklarla takip edilip ihtiyaç duyulursa farklı yöntemler de kullanılmalıdır (22). Ülkemizde yapılan çalışmalarda meme kanseri tanısı alan kadınların yaşı batı ülkeleri ile kıyaslandığında daha fazla 50 yaş altı tanı konulan hasta görülmüş olduğu için Sağlık Bakanlığı MG taramalarının 40 yaşında başlanıp 2 yılda bir yapılmasını önermektedir (24).

Taramada KETEM doktoru ve hemşiresinin görevleri: KETEM'e başvuran kadınların meme kanseri, kanser taraması, kendi kendine muayeneyi nasıl yapacakları konusunda eğitilmeleri ve klinik meme muayenelerinin yapılması, risk grubunda olanların tespitidir. Gelen kadınlar 2 yılda bir düzenli olarak mamografi için çağrılmalıdır. Çekilen mamografilerin radyoloji merkezinde değerlendirilmesi ve bilgilendirilmeleri gereklidir (21).

Taramada Aile Hekimlerinin görevleri: Kendilere bağlı olan nüfustaki kadınların yaş gruplarına göre tarama programları konusunda eğitilmeleri ve tarama icin yönlendirilmelerinden sorumlu olmalıdırlar. Yaptıkları muayene sonucunda patoloji düşündükleri hastaları bir üst basamağa yönlendirmelidirler (21).

2.2.9.Serviks Kanseri ve Serviks Kanseri Taramaları

Serviks kanseri; dünyada kadınlarda meme kanseri ve kolorektal kanserlerden sonra dördüncü sıklıkta görülürken, ülkemizde dokuzuncu sıradadır. Türkiye, serviks kanseri insidansının en düşük olduğu Batı Asya grubu ülkeleri içinde yer almaktadır. Serviks kanseri, sebebi tam olarak bilinen bir kanser olup önlenebilir oluşuyla önemlidir (25).

Serviks kanserinin risk faktörleri (25):

- Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonu
- Cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonların da olması
- Erken yaşta (16 yaştan önce) cinsel ilişki
- Birden fazla cinsel partner olması
- Sigara
- Beslenme durumu (örneğin meyve ve sebzeyi az tüketmek)
- Çok sayıda doğum
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Uzun süre oral kontraseptif kullanımı (>5 yıl)
- İmmunsupresyon

Cinsel aktif kadınların çoğu yaşamı boyunca HPV ile karşılaşma ve deri temasıyla bulaş riskine sahiptir. HPV enfeksiyonlarının çoğu belirti vermez ve hastalık oluşturmaz, kendiliğinden iyileşir. Fakat bazı HPV tipleri (sıklıkla HPV 16 ve 18) prekanseröz lezyonlara neden olabilir. Bu lezyonlar tedavi edilmemesi durumunda serviks kanserine ilerleme gösterebilir fakat bu ilerleyiş genellikle uzun sürede olur. Serviks kanseri genellikle ilerlediği zaman bulgu verir. Serviks kanserinde görülebilecek belirtiler aşağıda belirtilmiştir (26).

- Menstrüasyon dönemleri dışında düzensiz, ara kanama
- Menopozdan sonra kanama
- Cinsel ilişkiden sonra kanama
- Cinsel ilişki esnasında ağrı
- Yorgunluk, kilo verme, iştahta azalma
- Kötü kokulu vajinal akıntı
- Miksiyon esnasında ağrı

Serviks kanserlerinin tamamına yakını HPV enfeksiyonuyla ilişkilidir. HPV'nin varlığını ortaya koymak, serviksteki prekanseröz lezyonlara işaret eder ve kanser tanısını kolaylaştırır. Serviks kanseri pap smear yöntemiyle taranabildiği gibi HPV DNA PCR testi de son yıllarda kullanıma girmiş olup serviks kanserinin taramasında büyük öneme sahiptir. HPV en sık cinsel yolla

bulaşan hastalıktır ve serviks kanserlerinin %99,7'sinde pozitif olarak saptanmaktadır (27).

HPV testi serviksteki hücrelerde virüsün varlığını ortaya koyan bir testtir. Pap smear testi ise, dökülen serviks hücrelerinin toplanıp incelenmesiyle hücre değişiklerini ortaya koyan sitolojik bir testtir. HPV ve Pap smear testleri oldukça kolay uygulanan ve ağrısız yöntemlerdir ve bu iki test aynı anda yapılmaktadır (10).

Ülkemizin imkanları da göz önüne alındığında, kadınlarda 30 yaşında başlayıp 65 yaşında sonlanan toplum tabanlı serviks kanseri taraması hedeflenmiştir (30 ve 65 yaş dahildir). Aile hekimlerine kayıtlı kadın nüfusu taranacak popülasyonu oluşturmaktadır. Taranacak kadınlar her beş yılda bir davet edilir, HPV ve Pap smear testleri uygulanır. Son iki testinde sorun olmayan kadınların taraması 65 yaşında kesilir (28).

HPV testinin pozitif çıkması veya Pap-smear'de anormal hücrelerin tespiti (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, Atipik glandüler hücreler vb) durumunda sonuçlar kanser tanısı koydurmaz ancak kişinin tekrar değerlendirilmesi gerektiğini gösterir. Bu nedenle kişi ileri merkezlerdeki kadın doğum uzmanlarına yönlendirilir (28).

Serviks kanseri tanısı konan hastaların neredeyse tamamında olan HPV enfeksiyonuna karşı geliştirilen HPV aşısı 2006 yılında uygulanmaya başlanmış, serviks kanseri insidans ve mortalitesinin azalmasına yönelik umut vadetmiştir. 2007 yılında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) kurul kararı 9-26 yaş arası kız çocuklarının 0, 2 ve 6. Ay olarak 3 doz olacak şekilde aşılanmasını uygun görmüş ve bu yaş aralığını aşı programına dahil etmiştir (29).

Serviks kanserinin insidians ve mortalitesi her ne kadar tarama programlarıyla azalmış olsa da günümüzde özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık problemi olup güncelliğini korumaktadır (30).

2.2.10.Kolorektal Kanserler ve Kolorektal Kanser Taramaları

Kolorektal kanserler, günümüzde yılda yaklaşık 900.000 kişinin ölümüne neden olan dünyanın dördüncü en ölümcül kanseridir. Kolorektal kanser insidans ve mortalitesi dünya genelinde farklılıklar göstermektedir (31,32).

Yüksek gelirli ülkelerin yaşlanan nüfusu ve beslenme alışkanlıklarının yanı sıra, obezite, fiziksel aktivite eksikliği ve tütün kullanımı gibi risk faktörleri kolorektal kanser riskini arttırmaktadır. En yüksek insidans oranlarının gelişmiş ülkelerde olması nedeniyle bu kansere modernliğin hastalığı denebilir. Dünya daha zengin hale geldikçe ve daha fazla insan Batı diyetlerine ve yaşam tarzına geçtikçe insidans da muhtemelen artacaktır (31,32).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında kolorektal kanser insidansı erkeklerde %24,7, kadınlarda %15,2 olup 3.sırada yer almaktadır (33).

Kolorektal kanserler ileri aşamada semptomatik hale geldiğinden erken evrede tanı alan hastaların yüzdesi yaklaşık %40 kadardır. Prognoz tanı sırasındaki evre ile oldukça ilişkilidir. Henüz semptom ve belirtisi olmayan hastalarda erken teşhisi artırmayı ve kolorektal kansere bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmayı amaçlayan dünya çapında organize tarama programları uygulanmaktadır. Tarama sonucunda prekanseröz lezyonu olan ya da erken evrede tümörü olan hastaları saptama ihtimali yüksektir (32,34).

Kolorektal kanser gelişiminden çevresel ve genetik faktörler sorumludur. Genetik faktörler kanser gelişim riskini çok arttırsa da kolorektal kanserlerde sporadik vakalar çoğunluktadır. Sporadik vakalar için de en önemli risk faktörü ileri yaştır. 40 yaşından önce KRK'e nadir rastlanırken 40-50 yaşından sonra görülme olasılığı artar. KRK hastalarının %90'ı 50 yaşın üzerindedir (35). Yaştan sonra diğer risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, aile geçmişi, inflamatuar barsak hastalığı, diyabetes mellitus, helicobakter pilori enfeksiyonu, sigara, aşırı alkol tüketimi, obezite, fiziksel aktivite azlığı, diyet faktörleri (kırmızı ve işlenmiş et tüketimi, meyve-sebzenin ve lifli yiyeceklerin az tüketilmesi gibi) yer alır (36).

Kolorektal kanserlere erken aşamada tanı konulabilirse tedavi imkanı vardır. Erken tanı alan kanserlerin morbidite ve mortalitesi azalırken tedavi masrafları da düşecektir. KRK'leri erken evrede yakalamanın yolu hastalık asemptomatik iken bireyleri taramaktır. Taramada kullanılan testler; gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve diğer görüntüleme yöntemleridir. Bu yöntemlerin etkin şekilde kullanıldığı ve %70 kapsama oranı olan tarama programlarıyla kolorektal kanserlerden ölümler önlenebilecek, tedavileri kolaylaşacaktır (10).

Gaitada gizli kan taraması, gastrointestinal sistemde ülserleşmiş lezyonların tespitinde kullanılan önemli bir yöntemdir. Bu testler, erken tanı imkanıyla KRK'lerin mortalitesini düşürmüştür. Gaitada gizli kan araştırılmasında radyoaktif, fiziksel, immunokimyasal ve kimyasal yöntemler kullanılabilir. Kimyasal yöntemlerden olan guaiac yöntemi sıklıkla kullanılır, gaitadaki hemoglobin varlığını peroksidaz reaksiyonuyla ortaya çıkarır ancak yanlış pozitif ve negatif çıkma oranı fazladır. Pekçok sebze ve meyvede peroksidaz enzimi olduğu için guaiac yöntemiyle yapılan GGK taraması öncesi hastanın sıkı bir diyet yapması gerekir. Ancak immunokimyasal yöntemlerin sensitivite yüksekliği ve sıkı diyet gerektirmemesi gibi avantajları olup kullanılması yaygınlaşmaktadır (37).

GGK testinin pozitif olması kanser tanısı koydurmaz, sadece dışkıda kan varlığını gösterir. Pozitiflik, KRK'lerden daha çok kolon poliplerinden kaynaklanabileceği gibi hemoroid gibi başka hastalıklara bağlı da olabilir. Pozitif çıkma oranı %2 olup kolonoskopi yapılmasını gerektirir. Kolonoskopi yapılması gereken hastalar gastroenteroloji ve genel cerrahi bölümlerinin bulunduğu merkezlere yönlendirilir (10).

Kolon mukozasının direkt incelenebilmesi, gerektiğinde biyopsi alınabilmesi, polip ve lokalize tümörlerin alınabilmesi gibi özellikleriyle kolonoskopi diğer tarama testlerine göre oldukça avantajlıdır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji imkanın olduğu yerlerde tarama testi olarak kolonoskopiyi önermektedir (38).

Ülkemizdeki bütün erkek ve kadınlara 50 yaşında başlayıp 70 yaşında sonlandırılan kolorektal kanser tarama programı uygulanmaktadır. GGK iki yılda bir, kolonoskopi 10 yılda bir uygulanır. Taramaya uygun bireyler davet edilir ve son iki negatif olanların taraması 70 yaşında sonlandırılır. Ancak kişinin birinci derece akrabalarında KRK ve adenomatöz polip hikayesi varsa taramaya başlama yaşı erkene çekilir. Kişinin birinci derece akrabalarında erken yaşta KRK öyküsü varsa bu kanserin çıktığı yaştan 5 yıl önce tarama başlatılır fakat her durumda 40 yaşından önce tarama başlatılamaz (10).

Tarama programı KETEM ve Aile Hekimlerinin iş birliği ile yürütülür ve sonuçlar düzenli olarak her ay Halk Sağlığı Müdürlükleri ile paylaşılır (10).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırma Bölgesi ve Tipi

Kesitsel desende tasarlanan tanımlayıcı araştırma, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülmüştür.

3.2.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Çalışmada örneklem büyüklüğü belirlenmemiş olup Şubat 2020 – Nisan 2020 tarihleri arasında polikliniğe başvuran 20 yaş üzeri hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Polikliniğimiz hastane binası içinde hizmet vermekte olup hasta popülasyonunu özellikle hastane yakın çevresinde ikamet eden bireyler, yatan hasta ve personel yakınları, ilaç yazdırmak için başvuran hastalar, rapor almak ve yenilemek için başvuran hastalar oluşturmaktadır. Belirlenen tarih aralığında polikliniğimize 560 hasta başvurdu, 50 hasta 18 yaş altı, 20'si demansifti, 150 hasta anket çalışmasına katılmak istemediğini beyan etti, 30 hasta ise ankete başladıktan sonra ayrılmak istedi. Çalışmaya alınma kriterlerini taşıyan ve katılmayı kabul eden hastaların 310'u çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma kriterleri Tablo 3.1' de verilmiştir.

Tablo 3.1 Hastaların araştırmaya alınma ve çalışma dışı bırakma kriterleri

Çalışmaya alınma ölçütleri	Çalışma dışı bırakma ölçütleri
20 yaşından büyük olması ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvurmuş olması Çalışmaya onam vermiş olması	20 yaşından küçük olması Gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması

3.3.Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; hastanın sosyo-demografik özelliklerini, sağlık özgeçmişini, kansere yönelik soygeçmiş bilgilerini, kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan 45 soruluk bir anket formuyla toplanmıştır. Anket soruları araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanmıştır.

Katılımcılarla iletişime geçmeden önce anket sorularının okunabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne çeşitli sebeplerle başvurmuş, araştırma evreniyle benzer özellikleri taşıyan 10 hasta üzerinde anket uygulanmış ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verilmiştir.

3.4. Uygulama Yöntemi

Araştırma verileri, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde Şubat 2020 – Nisan 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın yürütüleceği ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde görüşmelerin yürütülmesi için bir oda hazırlanmıştır.

Polikliniğe başvurmuş olup gerekli şartları karşılayan hastalar araştırmacı tarafından çalışma konusunda bilgilendirilip çalışmaya davet edilmiştir. Kabul eden hastalar ayrı bir odaya alınıp burada yazılı onamları alındıktan sonra çalışma anketi uygulanmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından okunup cevapları yine araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Her hastaya ortalama 10 dakika zaman ayrılmıştır.

3.5.Verilerin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verileri Statistics Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 19.0 istatistik programı üzerinden değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı özellikler, kategorik değişkenlerde sayı ve yüzde, sürekli değişkenlerde ortalama ve standart sapma şeklinde verilmiştir. Örneklem sayısının 30'dan büyük olduğu durumlarda santral limit teoremine dayanılarak parametrik testlerde normal dağılım gerekliliği ihmal edilmiştir. Ana bağımlı değişken olan kanser taramalarını bilme ve yaptırma durumuna göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için gruplar arası analizlerde; ortalama kıyaslarında Mann Whitney U ve Kruskall Wallis, kategorik verilerin kıyaslarında Pearson Ki-kare ve Fisher's Exact, verilerin korelasyonunda Spearman testi kullanılmıştır. Smear, GGK, Mamografi tarama testlerini yaptırmaya göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare, Mann Whitney U ve Kruskall Wallis testleri kullanılmıştır. Tip-1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu ($p<0,05$) durumlar testin tanısal değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

3.6.Etik ve İzinler

Çalışmaya başlanmadan önce 29.01.2020 tarihinde 2011-KAEK-27/2020-E.1900190934 nolu çalışmamız için ÇOMÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında sözel ve yazılı bilgi verilmiş, sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

Araştırmaya 20 yaş ve üzeri toplam 310 katılımcı alındı. Katılımcıların 203'ü (%65,5) kadın, 107'si (%34,5) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması 44,4±14,7[20-86] olarak hesaplandı. Kadınlarda yaş ortalaması 43,0±14,1[20-78], erkeklerde ise 47,0±15,6[20-86] idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (t=-2,257; p=0,025).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında 211'i (%68,1) evli, 135'i (%43,5) üniversite mezunu, 238'i (%76,8) gelir getiren bir işte çalışıyor, 245'inin (%79,0) gelir algısı orta, 206'sı (%66,5) il merkezinde yaşıyordu. Katılımcıların sosyo-demografik verileri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyo-demografik verileri

		n (sayı)	% (yüzde)
Cinsiyet	Kadın	203	65,5
	Erkek	107	34,5
Medeni hal	Bekar	71	22,9
	Evli	211	68,1
	Boşanmış/Dul	28	9,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12	3,9
	Okuryazar	11	3,5
	İlkokul	46	14,8
	Ortaokul	18	5,8
	Lise	71	22,9
	Üniversite	135	43,5
	Yüksek lisans	17	5,5
Çalışma durumu	Çalışmıyor	72	23,2
	Çalışıyor	238	76,8
	Sağlık çalışanı	67	21,6
Maddi gelir algısı	Düşük	47	15,2
	Orta	245	79,0
	Yüksek	18	5,8
Yaşanılan bölge	İl	206	66,5
	İlçe	71	22,9
	Köy	30	9,7
	Farklı ülke	3	1,0

Katılımcıların 167'si (%53,9) hiç sigara içmemiş, 113'ü (%36,5) hala içiyor ve 30'u (%9,7) bırakmıştı. Katılımcıların 239'u (%77,1) alkol kullanmıyor, 71'i (%22,9) kullanıyordu.

Katılımcıların 133'ünün (%42,9) doktor tarafından tanı konulmuş en az bir kronik hastalığı, 16'sının (%5,2) kanser hastalığı mevcut olup 118'inin (%38,1) ailesinde kanser tanısı almış en az bir birey, 210'unun (%67,7) ailesi dışında kanser tanısı almış bir tanıdığı vardı (Tablo 4.2). Kanser tanısı olan hastaların 10'u (%4,9) kadın, 6'sı (%5,6) erkekti ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (χ^2=0,066, p=0,797).

Tablo 4.2 Katılımcıların kronik hastalık durumu, kanser hastalığı durumu, aile ve aile dışında kanser öyküsü bulunma durumu

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Kronik hastalık varlığı	Evet	133	42,9
	Hayır	177	57,1
Kanser tanısı almış olma	Evet	16	5,2
	Hayır	294	94,8
Ailesinde kanser öyküsü	Evet	118	38,1
	Hayır	192	61,9
Aile dışında kanser tanısı alan tanıdık olması	Evet	210	67,7
	Hayır	100	32,3

Katılımcıların 157'si (%50,6) ülkemizde yapılan kanser taramalarını bilmediğini, 177'si (57,1) ülkemizde hangi kanserlerin tarandığını kısmen bildiğini beyan etti (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Katılımcıların kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma ve hangi kanserlerin tarandığını bilme durumu

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?	Hayır	157	50,6
	Evet	153	49,4
Ülkemizde hangi kanserlerin tarandığını biliyor musunuz?	Fikrim yok	83	26,8
	Hiçbirini bilmiyorum	28	9,0
	Kısmen biliyorum	177	57,1
	Hepsini biliyorum	22	7,1

Katılımcıların çeşitli sosyo-demografik verilerine göre ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma ve hangi kanserlerin tarandığını bilme durumları Tablo 4.4'te verilmiştir. Kadınların 117'si (%57,6), erkeklerin 36'sı (%33,6) ülkemizde yapılan kanser taramalarını bildiğini söylemişti ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Ülkemizde yapılan kanser tarama testlerini bilme ile eğitim düzeyleri arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (r=4196,0 p<0,001). Gelir getiren bir işte çalışanların 46'sı (%63,9) yapılan kanser tarama testlerini bildiğini söylemişti ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Sağlık çalışanlarının 50'si (%74,6) yapılan kanser tarama testlerini bildiğini söylemişti ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. İl merkezinde yaşayanların 114'ü (%55,3) yapılan kanser taramalarını bildiğini söylemişti ve bu oran diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksekti.

Kadınların ülkemizde taranan kanserleri bilme düzeyi erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptandı (U=8095,0, p<0,001). Eğitim düzeyi ile ülkemizde hangi kanserlerin tarandığını bilme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (r=0,351,p<0,001). Çalışanların ülkemizde hangi kanserlerin tarandığını bilme düzeyi çalışmayanlara kıyasla anlamlı olarak yüksekti (U=3633,5, p=0,001). Sağlık çalışanlarının ülkemizde hangi kanserlerin tarandığını bilme düzeyi sağlık çalışanı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak yüksekti (U=3791,5, p<0,001).

Katılımcıların gelir düzeyi ile ülkemizde hangi kanserlerin tarandığını bilme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (r=0,139, p=0,015). Hangi kanserlerin tarandığını bilme düzeyi yerleşim yeri açısından yüksekten düşüğe göre il merkezi, ilçe, köy şeklinde sıralanıyordu ve bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (KW χ^2=11,609, p=0,003).

Tablo 4.4 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma ve hangi kanserlerin tarandığını bilme durumları

		Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma			Ülkemizde hangi kanserlerin tarandığını bilme durumu				
		Evet n(%)	Hayır n(%)	İstatistiksel analiz	Fikrim yok n(%)	Hiçbirini bilmiyorum n(%)	Kısmen biliyorum n(%)	Hepsini biliyorum n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	117 (57,6)	86 (42,4)	χ^2=16,134 p<0,001*	40 (19,7)	19 (9,4)	127 (62,6)	17 (8,4)	U=8095,0 p<0,001****
	Erkek	36 (33,6)	71 (66,4)		43 (40,2)	9 (8,4)	50 (46,7)	5 (4,7)	
Medeni durum	Bekar	38 (53,5)	33 (46,5)	χ^2=3,957 p=0,138	19 (26,8)	2 (2,8)	46 (64,8)	4 (5,6)	χ^2=2,390 p=0,303***
	Evli	97 (46,0)	114 (54,0)		57 (27,0)	21 (10,0)	117 (55,5)	16 (7,6)	
	Boşanmış/Dul	18 (64,3)	10 (35,7)		7 (25,0)	5 (17,9)	14 (50,0)	2 (7,1)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	1 (8,3)	11 (91,7)	U=4196,000 p<0,001****	7 (58,3)	4 (33,3)	1 (8,3)	0 (0,0)	r=0,351 p<0,001*****
	Okuryazar	0 (0,0)	11 (100,0)		5 (45,5)	4 (36,4)	2 (18,2)	0 (0,0)	
	İlkokul	22 (47,8)	24 (52,2)		14 (30,4)	8 (17,4)	22 (47,8)	2 (4,3)	
	Ortaokul	7 (38,9)	11 (61,1)		7 (38,9)	1 (5,6)	10 (55,6)	0 (0,0)	
	Lise	31 (43,7)	40 (56,3)		18 (25,4)	6 (8,5)	44 (62,0)	3 (4,2)	
	Üniversite	80 (59,3)	55 (40,7)		29 (21,5)	4 (3,0)	89 (65,9)	13 (9,6)	
	Yüksek lisans	12 (70,6)	5 (29,4)		3 (17,6)	1 (5,9)	9 (52,9)	4 (23,5)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	26 (26,1)	46 (63,9)	χ^2=6,581 p=0,010*	19 (26,4)	14 (19,4)	36 (50,0)	3 (4,2)	U=3633,500 p=0,001****
	Çalışıyor	127 (53,4)	111 (46,6)		64 (26,9)	14 (5,9)	141 (59,2)	19 (8,0)	
Sağlık calışanı	Evet	50 (74,6)	17 (25,4)	χ^2=21,839 p<0,001*	6 (9,0)	2 (3,0)	46 (68,7)	13 (19,4)	U=3791,500 p<0,001****
	Hayır	103 (42,4)	140 (57,6)		77 (31,7)	26 (10,7)	131 (53,9)	9 (3,7)	
Gelir düzeyi	Düşük	16 (34,0)	31 (66,0)	χ^2=5,289 p=0,071	18 (38,3)	5 (10,6)	24 (51,1)	0 (0,0)	r=0,139 p=0,015*****
	Orta	127 (51,8)	118 (48,2)		59 (24,1)	23 (9,4)	145 (59,2)	18 (7,3)	
	Yüksek	10 (55,6)	8 (44,4)		6 (33,3)	0 (0,0)	8 (44,4)	4 (22,2)	
Yerleşim yeri	İl	114 (55,3)	92 (44,7)	χ^2=10,044 p=0,018*	49 (23,8)	15 (7,3)	121 (58,7)	21 (10,2)	χ^2=11,609 p=0,003***
	İlçe	25 (35,2)	46 (64,8)		20 (28,2)	9 (12,7)	42 (59,2)	0 (0,0)	
	Köy	12 (40,0)	18 (60,0)		13 (43,3)	4 (13,3)	13 (43,3)	0 (0,0)	
	Farklı ülke	2 (66,7)	1 (33,3)		1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Fisher's Exact Test ***Kruskal-Wallis ****Man Whitney U *****Korelasyon

Katılımcıların 41'i (%13,2) serviks, meme ve kolorektal kanserlerin üçünün de ülkemizde tarama programında olduğunu doğru olarak biliyordu, 269'u (%86,8) yanlış, eksik veya fazladan kanser türü cevaplamıştı. Ülkemizde yapılan kanser tarama testlerinin tamamını doğru bilenlerin eğitim düzeyi bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($U=3565,5$, $p<0,001$). Sağlık çalışanlarının 20'si (%29,9) kanser tarama testlerinin tamamını doğru olarak biliyordu ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. İl merkezinde yaşayanların 35'i (%17,0), ilçede yaşayanların 5'i (%7,0), yapılan testlerin tamamını doğru olarak biliyor, köy/kasabada yaşayanların hiçbiri bilmiyordu. Yaşanılan yer ile yapılan tarama testlerini tam olarak bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Çeşitli sosyo-demografik özelliklerle ülkemizde yapılan kanser tarama testlerini doğru bilme durumunun karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5 Katılımcıların sosyo-demografik verilerine göre ülkemizde yapılan kanser tarama testlerinin tamamını doğru bilme durumu

		Ülkemizde yapılan kanser tarama testlerinin tamamını doğru bilme		
		Biliyor n(%)	Bilmiyor n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	32 (15,8)	171 (84,2)	χ^2=3,300
	Erkek	9 (8,4)	98 (91,6)	p=0,069
Medeni durum	Bekar	11 (15,5)	60 (84,5)	χ^2=2,641
	Evli	29 (13,7)	182 (86,3)	p=0,267
	Boşanmış/Dul	1 (3,6)	27 (96,4)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	0 (0,0)	12 (100,0)	U=3565,500
	Okuryazar	0 (0,0)	11 (100,0)	p<0,001***
	İlkokul	2 (4,3)	44 (95,7)	
	Ortaokul	3 (16,7)	15 (83,3)	
	Lise	6 (8,5)	65 (91,5)	
	Üniversite	25 (18,5)	110 (81,5)	
	Yüksek lisans	5 (29,4)	12 (70,6)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	6 (8,3)	66 (91,7)	χ^2=1,956
	Çalışıyor	35 (14,5)	203 (85,5)	p=0,162
Sağlık çalışanı	Evet	20 (29,9)	47 (70,1)	χ^2=20,584
	Hayır	21 (8,6)	222 (91,4)	p<0,001*
Gelir düzeyi	Düşük	3 (6,4)	44 (93,6)	U=5063,500
	Orta	37 (15,1)	208 (84,9)	p=0,458***
	Yüksek	1 (5,6)	17 (94,4)	
Yerleşim yeri	İl	35 (17,0)	171 (83,0)	χ^2=11,910
	İlçe	5 (7,0)	66 (93,0)	p=0,006**
	Kasaba/köy	0 (0,0)	30 (100,0)	
	Farklı ülke	1 (33,3)	2 (66,7)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Fisher's Exact Test ***Man Whitney U

Katılımcılardan herhangi bir kanser tanısı almış olanların 6'sı (%37,5), kanser tanısı almamış olanların 35'i (%11,9) ülkemizde yapılan kanser taramalarını tam olarak doğru biliyordu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=8,662, p=0,003). Ailesinde kanser hastası olanların 24'ü (%20,3), olmayanların 17'si (%8,9) ülkemizde taranan kanserleri tam olarak doğru biliyordu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=8,400, p=0,004).

Katılımcılara kanser tarama testleri hakkındaki bilgilerinin kaynağını sorduğumuzda 109'u (%35,2) aile hekimi, 79'u (%25,5) diğer bölüm hekimleri, 119'u (%38,4) internet, 48'i (%15,5) hekim dışı sağlık çalışanları, 125'i (%40,3) televizyon, 90'ı (%29) aile, tanıdıklar ve 60'ı (%19,4) broşür-kitap olarak yanıtlamıştı, katılımcılar birden fazla şık işaretlemişlerdi. Katılımcıların kanser tarama testleri hakkındaki bilgi kaynakları Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6 Katılımcıların kanser tarama testleri hakkındaki bilgi kaynakları

Kanser tarama testleriyle ilgili bilgiyi nerden aldınız?	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)***
Aile hekimi	109	35,2
Diğer bölüm hekimleri	79	25,5
İnternet	119	38,4
Hekim dışı sağlık çalışanları	48	15,5
Televizyon	125	40,3
Aile, tanıdıklar	90	29,0
Broşür, kitap	60	19,4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların 126'sı (%40,6) hekim ya da diğer sağlık çalışanlarından birinden kanser tarama testi yaptırması için öneri aldığını söylemişti.

Katılımcıların 98'i (%31,6) en az bir kez kanser tarama testlerinden birini yaptırmıştı. Kadınların 85'i (%41,9), erkeklerin 13'ü (%12,1) en az bir kez kanser tarama testlerinden birini yaptırmıştı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Katılımcılardan bekar olanların 9'u (%9,2) herhangi bir kanser tarama testi yaptırmıştı ve bu oran evli ve boşanmış/dul olanlara göre anlamlı olarak düşüktü. Katılımcılardan herhangi bir kanser tarama testini yaptırmış olanların eğitim düzeyleri yaptırmamış olanlara göre anlamlı olarak yüksekti (U=8669,5; p=0,023). Katılımcılardan çalışmayanların 30'u (%41,7) herhangi bir kanser tarama testini yaptırmıştı ve bu oran çalışanlara göre anlamlı olarak yüksekti.

Katılımcıların 31'i (%10,0) kanser tarama testlerini düzenli olarak yaptırdığını beyan etti. Katılımcılardan bekar olanların 1'i (%3,2) kanser tarama testlerini düzenli olarak yaptırıyordu ve bu oran evli ve boşanmış/dullara göre anlamlı olarak düşüktü. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre en az bir kanser tarama testi yaptırma, tarama testlerini düzenli yaptırma ve tarama testi yaptırmak için öneri alma durumları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre en az bir kanser tarama testi yaptırma, tarama testlerini düzenli yaptırma ve tarama testi yaptırmak için öneri alma durumları

		Siz herhangi bir tarama testi yaptırdınız mı?			Kanser tarama testlerini düzenli aralıklarla yaptırır mısınız?		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz	Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	118 (58,1)	85 (41,9)	χ^2=28,632 p<0,001*	178 (87,7)	25 (12,3)	χ^2=3,503 p=0,061
	Erkek	94 (87,9)	13 (12,1)		101 (94,4)	6 (5,6)	
Medeni durum	Bekar	62 (87,3)	9 (12,7)	χ^2=19,189 p<0,001*	70 (98,6)	1 (1,4)	χ^2=7,659 p=0,022*
	Evli	137 (64,9)	74 (35,1)		185 (87,7)	26 (12,3)	
	Boşanmış/Dul	13 (46,4)	15 (53,6)		24 (85,7)	4 (14,3)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	8 (66,7)	4 (33,3)	U=8669,500 p=0,023**	12 (100,0)	0 (0,0)	U=4129,500 p=0,739**
	Okuryazar	7 (63,6)	4 (36,4)		10 (90,9)	1 (9,1)	
	İlkokul	24 (52,2)	22 (47,8)		38 (82,6)	8 (17,4)	
	Ortaokul	12 (66,7)	6 (33,3)		15 (83,3)	3 (16,7)	
	Lise	48 (67,6)	23 (32,4)		67 (94,4)	4 (5,6)	
	Üniversite	101 (74,8)	34 (25,2)		122 (90,4)	13 (9,6)	
	Yüksek lisans	12 (70,6)	5 (29,4)		15 (88,2)	2 (11,8)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	42 (58,3)	30 (41,7)	χ^2=4,385 p=0,036*	61 (84,7)	11 (15,3)	χ^2=2,903 p=0,088
	Çalışıyor	170 (71,4)	68 (28,6)		218 (91,6)	20 (8,4)	
Sağlık çalışanı	Evet	48 (71,6)	19 (28,4)	χ^2=0,419 p=0,518	59 (88,1)	8 (11,9)	χ^2=0,358 p=0,550
	Hayır	164 (67,5)	79 (32,5)		220 (90,5)	23 (9,5)	
Gelir düzeyi	Düşük	28 (59,6)	19 (40,4)	χ^2=3,588 p=0,166	41 (87,2)	6 (12,8)	χ^2=0,806 p=0,668
	Orta	169 (69,0)	76 (31,0)		221 (90,2)	24 (9,8)	
	Yüksek	15 (83,3)	3 (16,7)		17 (94,4)	1 (5,6)	
Yerleşim yeri	İl	140 (68,0)	66 (32,0)	χ^2=1,608 p=0,658	189 (91,7)	17 (8,3)	χ^2=5,160 p=0,160
	İlçe	45 (63,4)	26 (36,6)		59 (83,1)	12 (16,9)	
	Kasaba/köy	24 (80,0)	6 (20,0)		28 (93,3)	2 (6,7)	
	Farklı ülke	3 (100,0)	0 (0,0)		3 (100,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Man Whitney U

Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyen hastaların 69'u (%45,1), bilgi sahibi olmayanların 29'u (%18,5) herhangi bir kanser tarama testini en az bir kez yaptırmıştı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=25,411, p<0,001). Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyen hastaların 23'ü (%15,0), bilgi sahibi olmayanların 8'i (%5,1) kanser tarama testlerini düzenli aralıklarla yaptırıyordu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=8,502, p=0,004).

Katılımcılara kanser tarama testlerini yaptırmama ya da düzensiz yaptırma nedenleri sorulduğunda nedenler arasında sağlıklı olduğunu düşünme, bilgi sahibi olmama ve test yaptırmak için zaman bulamamak ilk sıralarda yer almaktaydı. Kanser tarama testlerini yaptırmama ya da düzensiz yaptırma nedenleri Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8 Katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırmama ya da düzensiz yaptırma nedenleri

	Sayı (N)	**Yüzde (%)**
Korktuğum için	40	12,9
Utandığım için	10	3,2
Zaman bulamadığım için	89	28,7
Bilgim olmadığı için	91	29,4
Nasıl ulaşacağımı bilmediğim için	57	18,4
İşe yaramayacağını düşündüğüm için	1	0,3
Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için	151	48,7
Ailemde kanser olmadığı için	28	9,0
Ağrılı olduğunu düşündüğüm için	7	2,3
Bu testlerin yeterliliğine inanmadığım için	7	2,3

*Katılımcılar birden fazla neden işaretlemişlerdir.

Katılımcılara kanser tarama testlerini nerede yaptırmayı tercih ettikleri sorulduğunda ilk sırada Devlet hastanesi ya da üniversite hastanesi, son sırada KETEM yer almaktaydı. Katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırmayı tercih ettikleri yerler Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8 Katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırmayı tercih ettikleri yerler

	Sayı (N)	Yüzde (%)
Aile hekimi	72	23,2
Özel hastane	34	11,0
Devlet hastanesi ya da üniversite hastanesi	198	63,9
KETEM	6	1,9

Katılımcılara KETEM hakkındaki bilgileri sorulduğunda 148'i (%47,7) "duydum ve bilgim var", 94'ü (%30,3) "bilgim yok" ve 68'i (%21,9) "duydum ancak ne yapıldığını bilmiyorum" şeklinde yanıtladı. Katılımcıların 53'ü (%17,1) en az bir kez kanser taraması için KETEM'e başvurmuş, 257'si (%82,9) başvurmamıştı. Kadınların 50'si (%24,6) KETEM'e en az bir kez başvurmuştu ve bu oran erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. Boşanmış/dul olanların 10'u (%35,7) KETEM'e başvurmuştu ve bu oran evli ve bekarlara göre anlamlı olarak yüksekti. KETEM'e başvuran ve başvurmayanların eğitim düzeyleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (U=5616,0; p=0,046). Çalışmayanların 20'si (%27,8) KETEM'e başvurmuştu ve bu oran çalışanlara göre anlamlı olarak yüksekti.

Tablo 4.9 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre KETEM'e başvurma durumları

		KETEM'e başvurdunuz mu?		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	153 (75,4)	50 (24,6)	χ^2=23,551 p<0,001*
	Erkek	104 (97,2)	3 (2,8)	
Medeni durum	Bekar	66 (93,0)	5 (7,0)	χ^2=12,035 p=0,002*
	Evli	173 (82,0)	38 (18,0)	
	Boşanmış/Dul	18 (64,3)	10 (35,7)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	11 (91,7)	1 (8,3)	U=5616,00 p=0,046**
	Okuryazar	8 (72,7)	3 (27,3)	
	İlkokul	32 (69,6)	14 (30,4)	
	Ortaokul	15 (83,3)	3 (16,7)	
	Lise	59 (83,1)	12 (16,9)	
	Üniversite	117 (86,7)	18 (13,3)	
	Yüksek lisans	15 (88,2)	2 (11,8)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	52 (72,2)	20 (27,8)	χ^2=7,548 p=0,006*
	Çalışıyor	205 (86,1)	33 (13,9)	
Sağlık çalışanı	Evet	55 (82,1)	12 (17,9)	χ^2=0,040 p=0,842
	Hayır	202 (83,1)	41 (16,9)	
Gelir düzeyi	Düşük	39 (83,0)	8 (17,0)	χ^2=0,491 p=0,782
	Orta	202 (82,4)	43 (17,6)	
	Yüksek	16 (88,9)	2 (11,1)	
Yerleşim yeri	İl	166 (80,6)	40 (19,4)	χ^2=3,833 p=0,280
	İlçe	60 (84,5)	11 (15,5)	
	Köy	28 (93,3)	2 (6,7)	
	Farklı ülke	3 (100,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Man Whitney U

Katılımcılardan kanser tanısı olanların 13'ü (%81,2) herhangi bir kanser tarama testi yaptırmış, 6'sı (%37,5) kanser tarama testlerini düzenli aralıklarla yaptırıyordu. Bu oranlar kanser tanısı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti.

Ailesinde kanser hastası olanların 46'sı (%39,0) herhangi bir kanser tarama testi yaptırmış, 17'si (%14,4) kanser tarama testlerini düzenli aralıklarla yaptırıyordu. Bu oranlar ailesinde kanser hastası olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Katılımcılardan kanser tanısı olanların ve ailesinde kanser hastası olanların herhangi bir tarama testi yaptırma ve düzenli yaptırma durumları Tablo 4.10 da verilmiştir.

Tablo 4.10 Kanser tanısı olanların ve ailesinde kanser hastası olanların herhangi bir tarama testi yaptırma ve düzenli yaptırma durumları

		Siz herhangi bir tarama testi yaptırdınız mı?			**Kanser tarama testlerini düzenli aralıklarla yaptırır mısınız?**		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz	Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Kanser tanısı olma	Hayır	209 (71,1)	85 (28,9)	χ^2=19,227 p<0,001*	269 (91,5)	25 (8,5)	χ^2=14,176 p<0,001*
	Evet	3 (18,8)	13 (81,2)		10 (62,5)	6 (37,5)	
Ailede kanser hastası olması	Hayır	140 (61,0)	52 (27,1)	χ^2=4,787 p=0,029*	178 (92,7)	14 (7,3)	χ^2=4,111 p=0,043*
	Evet	72 (61,0)	46 (39,0)		101 (85,6)	17 (14,4)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square

Kadın katılımcıların 165'i (%81,7) smear testini biliyor, 22'si (%10,9) smear testi için önerilen tarama sıklığının beş yılda bir olduğunu doğru olarak biliyor, 30 yaş ve üzeri kadınların 87'si (%54,0) daha önce tarama amaçlı en az bir kez smear testi yaptırmıştı.

Kadın katılımcılardan smear testini bilenlerin eğitim düzeyi bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek saptandı (U=1874,5; p<0,001). Kadınlardan çalışanların 127'si (%89,4) smear testini biliyordu ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadınlardan sağlık çalışanlarının 54'ü (%94,7) smear testini biliyordu ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Smear testini bilenlerin gelir düzeyi bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=2337,5; p=0,003). Köyde yaşayan kadınların 7'si (%38,9)

smear testini biliyordu ve bu oran diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak düşüktü. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre smear testini bilme durumları Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre smear testini bilme durumları

		Smear testini bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	11 (25,6)	32 (74,4)	χ^2=3,070
	Evli	21 (15,1)	118 (84,9)	p=0,215
	Boşanmış/Dul	5 (25,0)	15 (75,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	10 (83,3)	2 (16,7)	U=1874,500
	Okuryazar	3 (42,9)	4 (57,1)	p<0,001**
	İlkokul	6 (18,2)	27 (81,8)	
	Ortaokul	3 (27,3)	8 (72,7)	
	Lise	3 (7,7)	36 (92,3)	
	Üniversite	10 (11,6)	76 (88,4)	
	Yüksek lisans	2 (14,3)	12 (85,7)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	22 (36,7)	38 (63,3)	χ^2=19,209
	Çalışıyor	15 (10,6)	127 (89,4)	p<0,001*
Sağlık çalışanı	Evet	3 (5,3)	54 (94,7)	χ^2=9,044
	Hayır	34 (23,4)	111 (76,6)	p<0,003*
Gelir düzeyi	Düşük	13 (37,1)	22 (62,9)	U=2337,500
	Orta	23 (14,6)	135 (85,4)	p=0,003**
	Yüksek	1 (11,1)	8 (88,9)	
Yerleşim yeri	İl	17 (12,6)	118 (87,4)	X^2=19,806
	İlçe	9 (19,1)	38 (80,9)	p<0,001**
	Köy	11 (61,1)	7 (38,9)	
	Farklı ülke	0 (0,0)	2 (100,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Man Whitney U

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine smear testi için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.12)

Tablo 4.12 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları

		Smear testinin önerilen tarama sıklığını doğru bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	38 (88,4)	5 (11,6)	χ^2=0,042 p=0,979
	Evli	124 (89,2)	15 (10,8)	
	Boşanmış/Dul	18 (90,0	2 (10,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12 (100,0)	0 (0,0)	U=1730,5 p=0,352
	Okuryazar	7 (100,0)	0 (0,0)	
	İlkokul	30 (90,9)	3 (9,1)	
	Ortaokul	10 (90,9)	1 (9,1)	
	Lise	33 (84,6)	6 (15,4)	
	Üniversite	75 (87,2)	11 (12,8)	
	Yüksek lisans	13 (92,9)	1 (7,1)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	56 (93,3)	4 (6,7)	χ^2=1,569 p=0,210
	Çalışıyor	124 (87,3)	18 (12,7)	
Sağlık çalışanı	Evet	49 (86,0)	8 (14,0)	χ^2=0,809 p=0,3681
	Hayır	131 (90,3)	14 (9,7)	
Gelir düzeyi	Düşük	34 (97,1)	1 (2,9)	U=1602,5 p=0,054
	Orta	139 (88,0)	19 (12,0)	
	Yüksek	7 (77,8)	2 (22,2)	
Yerleşim yeri	İl	123 (91,1)	12 (8,9)	χ^2=2,623 p=0,453
	İlçe	39 (83,0)	8 (17,0)	
	Köy	16 (88,9)	2 (11,1)	
	Farklı ülke	2 (100,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi

30 yaş ve üzeri kadın katılımcılardan il merkezinde yaşayanların 66'sı (%61,1) tarama amaçlı en az bir kez smear testi yaptırmıştı ve bu oran diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Diğer sosyodemografik özelliklerle smear testini yaptırmış olma durumu arasında anlamlı fark saptanmadı. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre 30 yaş ve üzeri katılımcıların en az bir kez smear testi yaptırma durumları Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre 30 yaş ve üzeri katılımcıların en az bir kez smear testi yaptırma durumları

		En az bir kez smear testi yaptırma (≥30 yaş)		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	10 (58,8)	7 (41,2)	χ^2=1,269
	Evli	55 (44,4)	69 (55,6)	p=0,530
	Boşanmış/Dul	9 (45,0)	11 (55,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	11 (91,7)	1 (8,3)	U=2859,5
	Okuryazar	3 (42,9)	4 (57,1)	p=0,263
	İlkokul	14 (42,4)	19 (57,6)	
	Ortaokul	3 (33,3)	6 (66,7)	
	Lise	15 (41,7)	21 (58,3)	
	Üniversite	23 (40,4)	34 (59,6)	
	Yüksek lisans	5 (71,4)	2 (28,6)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	28 (50,9)	27 (49,1)	χ^2=823
	Çalışıyor	46 (43,4)	60 (56,6)	p=0,364
Sağlık çalışanı	Evet	16 (43,2)	21 (56,8)	χ^2=0,143
	Hayır	58 (46,8)	66 (53,2)	p=0,705
Gelir düzeyi	Düşük	19 (61,3)	12 (38,7)	U=2856,0
	Orta	51 (41,5)	72 (58,5)	p=0,140
	Yüksek	4 (57,1)	3 (42,9)	
Yerleşim yeri	İl	42 (38,9)	66 (61,1)	χ^2=7,739
	İlçe	22 (56,4)	17 (43,6)	p=0,031*
	Köy	9 (69,2)	4 (30,8)	
	Farklı ülke	1 (100,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square

Kadın katılımcıların 166'sı (%82,2) kendi kendine meme muayenesini biliyor, 84'ü (%41,6) KKMM'nin ayda bir yapılmasının önerildiğini biliyor, 43'ü (%21,3) ayda bir düzenli olarak KKMM yapıyor, 108'i (%53,5) düzensiz aralıklarla yapıyordu.

Kadın katılımcılardan KKMM'yi bilenlerin eğitim düzeyleri bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=1339,5; p<0,001). Çalışan kadınların 128'i (%90,1) KKMM'yi biliyordu ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadınlardan sağlık çalışanı olanların 56'sı (%98,2) KKMM'yi biliyordu

ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadın katılımcılardan KKMM'yi bilenlerin gelir düzeyleri bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti. Kadın katılımcılardan köyde yaşayanların 8'i (%44,4) KKMM'yi biliyordu ve bu oran diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM'yi bilme durumları Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM'yi bilme durumları

		KKMM'yi bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	3 (7,0)	40 (93,0)	χ^2=4,396
	Evli	29 (20,9)	110 (79,1)	p=0,111
	Boşanmış/Dul	4 (20,0)	16 (80,0)	
Eğiitim durumu	Okuryazar değil	9 (75,0)	3 (25,0)	U=1339,5
	Okuryazar	4 (57,1)	3 (42,9)	p<0,001***
	İlkokul	8 (24,2)	25 (75,8)	
	Ortaokul	5 (45,5)	6 (54,5)	
	Lise	3 (7,7)	36 (92,3)	
	Üniversite	6 (7,0)	80 (93,0)	
	Yüksek lisans	1 (7,1)	13 (92,9)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	22 (36,7)	38 (63,3)	χ^2=20,696
	Çalışıyor	14 (9,9)	128 (90,1)	p<0,001*
Sağlık çalışanı	Evet	1 (1,8)	56 (98,2)	χ^2=13,997
	Hayır	35 (24,1)	110 (75,9)	p<0,001*
Gelir düzeyi	Düşük	11 (31,4)	24 (68,6)	U=2369,5
	Orta	25 (15,8)	133 (84,2)	p=0,010***
	Yüksek	0 (0,0)	9 (100,0)	
Yerleşim yeri	İl	17 (12,6)	118 (87,4)	χ^2=16,231
	İlçe	9 (19,1)	38 (80,9)	p=0,001**
	Köy	10 (55,6)	8 (44,4)	
	Farklı ülke	0 (0,0)	2 (100,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Fisher's Exact Test ***Man Whitney U

Kadın katılımcılardan KKMM'nin ayda bir yapılmasının önerildiğini doğru olarak bilenlerin eğitim düzeyleri bilmeyenlere kıyasla anlamlı olarak yüksekti (U=2848,5; p<0,001). Çalışan kadınların 72'si (%50,7) KKMM için önerilen yapma sıklığını doğru olarak biliyordu ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadınlardan sağlık çalışanı olanların 35'i (61,4) KKMM için önerilen yapma sıklığını doğru olarak biliyordu ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. KKMM için önerilen yapma sıklığını doğru bilen kadınların gelir düzeyleri bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=3932,5; p=0,002). Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM için önerilen yapma sıklığını bilme durumları Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM için önerilen yapma sıklığını bilme durumları

		KKMM için önerilen yapma sıklığını doğru bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	21 (48,8)	22 (51,2)	χ^2=2,825
	Evli	83 (59,7)	56 (40,3)	p=0,256
	Boşanmış/Dul	14 (70,0)	6 (30,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12 (100,0)	0 (0,0)	U=2848,5
	Okuryazar	7 (100,0)	0 (0,0)	p<0,001**
	İlkokul	26 (78,8)	7 (21,2)	
	Ortaokul	9 (81,8)	2 (18,2)	
	Lise	21 (53,8)	18 (46,2)	
	Üniversite	37 (43,0)	49 (57,0)	
	Yüksek lisans	6 (42,9)	8 (57,1)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	48 (80,0)	12 (20,0)	χ^2=16,369
	Çalışıyor	70 (49,3)	72 (50,7)	p<0,001*
Sağlık çalışanı	Evet	22 (38,6)	35 (61,4)	χ^2=12,840
	Hayır	96 (66,2)	49 (33,8)	p<0,001*
Gelir düzeyi	Düşük	29 (82,9)	6 (17,1)	U=3932,5
	Orta	85 (53,8)	73 (46,2)	p=0,002**
	Yüksek	4 (4,4)	5 (55,6)	
Yerleşim yeri	İl	75 (55,6)	60 (44,4)	χ^2=4,869
	İlçe	31 (66,0)	16 (34,0)	p=0,182
	Köy	12 (66,7)	6 (33,3)	
	Farklı ülke	0 (0,0)	2 (100,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Man Whitney U

KKMM'yi önerilen sıklıkta yapan kadınların eğitim düzeyleri yapmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti (U=2365,5; p=0,005). Çalışan kadınların 40'ı (%28,2) KKMM'yi önerilen sıklıkta yapıyordu ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadınlardan sağlık çalışanlarının 22'si (%38,6) KKMM'yi önerilen sıklıkta yapıyordu ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM'yi önerilen sıklıkta yapma durumları Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KKMM'yi önerilen sıklıkta yapma durumları

		KKMM'yi önerilen sıklıkta yapma		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	29 (67,4)	14 (32,6)	χ^2=4,285
	Evli	113 (81,3)	26 (18,7)	p=0,117
	Boşanmış/Dul	17 (85,0)	3 (15,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12 (100,0)	0 (0,0)	U=2364,5
	Okuryazar	7 (100,0)	0 (0,0)	p=0,005**
	İlkokul	30 (90,9)	3 (9,1)	
	Ortaokul	10 (90,9)	1 (9,1)	
	Lise	27 (69,2)	12 (30,8)	
	Üniversite	63 (73,3)	23 (26,7)	
	Yüksek lisans	10 (71,4)	4 (28,6)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	57 (95,0)	3 (5,0)	χ^2=13,513
	Çalışıyor	102 (71,8)	40 (28,2)	p<0,001*
Sağlık çalışanı	Evet	35 (61,4)	22 (38,6)	χ^2=14,199
	Hayır	124 (85,5)	21 (14,5)	p<0,001*
Gelir düzeyi	Düşük	32 (91,4)	3 (8,6)	U=2930,5
	Orta	119 (75,3)	39 (24,7)	p=0,167
	Yüksek	8 (88,9)	1 (11,1)	
Yerleşim yeri	İl	101 (74,8)	34 (25,2)	χ^2=5,597
	İlçe	42 (89,4)	5 (10,6)	p=0,061
	Köy	16 (88,9)	2 (11,1)	
	Farklı ülke	0 (0,0)	2 (100,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Man Whitney U

Kadın katılımcıların 116'sı (%57,4) klinik meme muayenesini biliyor, 11'i (%5,4) KMM için önerilen tarama sıklığının yılda bir olduğunu doğru olarak biliyor, 68'i (%33,7) daha önce tarama amaçlı en az bir kez KMM yaptırmıştı.

Kadın katılımcılardan KMM'yi bilenlerin eğitim düzeyleri bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=2844,5; p<0,001). Çalışan kadınların 96'sı (%67,6) KMM'yi biliyordu ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadınlardan sağlık çalışanı olanların 47'si (%82,5) KMM'yi biliyordu ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. KMM'yi bilenlerin gelir düzeyleri bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=4178,0; p=0,015). Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KMM'yi bilme durumları Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KMM'yi bilme durumları

		KMM'yi bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	15 (34,9)	28 (65,1)	χ^2=2,194
	Evli	64 (46,0)	75 (54,0)	p=0,334
	Boşanmış/Dul	7 (35,0)	13 (65,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	10 (83,3)	2 (16,7)	U=2844,5
	Okuryazar	6 (85,7)	1 (14,3)	p<0,001**
	İlkokul	20 (60,6)	13 (39,4)	
	Ortaokul	7 (63,6)	4 (36,4)	
	Lise	17 (43,6)	22 (56,4)	
	Üniversite	23 (26,7)	63 (73,3)	
	Yüksek lisans	3 (21,4)	11 (78,6)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	40 (66,7)	20 (33,3)	χ^2=20,264
	Çalışıyor	46 (32,4)	96 (67,6)	p<0,001*
Sağlık çalışanı	Evet	10 (17,5)	47 (82,5)	χ2=20,349
	Hayır	76 (52,4)	69 (47,6)	p<0,001*
Gelir düzeyi	Düşük	19 (54,3)	6 (45,7)	U=4178,0
	Orta	67 (42,4)	91 (57,6)	p=0,015**
	Yüksek	0 (0,0)	9 (100,0)	
Yerleşim yeri	İl	54 (40,0)	81 (60,0)	χ^2=2,027
	İlçe	21 (44,7)	26 (55,3)	p=0,614
	Köy	10 (55,6)	8 (44,4)	
	Farklı ülke	1 (50,0)	1 (50,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Man Whitney U

Katılımcılardan evli olan kadınların 5'i (%3,6) KMM için önerilen tarama sıklığının yılda bir olduğunu doğru olarak biliyordu ve bu oran bekar ve dul/boşanmışlara göre anlamlı olarak düşüktü. Diğer sosyodemografik özellikler ile KMM için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları arasında anlamlı fark yoktu. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KMM için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KMM için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları

		KMM için önerilen tarama sıklığını doğru bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	41 (95,3)	2 (4,7)	χ^2=7,350 p=0,022*
	Evli	134 (96,4)	5 (3,6)	
	Boşanmış/Dul	16 (80,0)	4 (20,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12 (100,0)	0 (0,0)	U=761,0 p=0,267
	Okuryazar	7 (100,0)	0 (0,0)	
	İlkokul	33 (100,0)	0 (0,0)	
	Ortaokul	11 (100,0)	0 (0,0)	
	Lise	34 (87,2)	5 (12,8)	
	Üniversite	80 (93,0)	6 (7,0)	
	Yüksek lisans	14 (100,0)	0 (0,0)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	59 (98,3)	1 (1,7)	χ^2=2,367 p=0,180
	Çalışıyor	132 (93,0)	10 (7,0)	
Sağlık çalışanı	Evet	53 (93,0)	4 (7,0)	χ^2=0,381 p=0,537
	Hayır	138 (95,2)	7 (4,8)	
Gelir düzeyi	Düşük	34 (97,1)1	1 (2,9)	U=915,5 p=0,789
	Orta	148 (93,7)	10 (6,3)	
	Yüksek	9 (100,0)	0 (0,0)	
Yerleşim yeri	İl	127 (94,1)	8 (5,9)	χ^2=5,858 p=0,108
	İlçe	46 (97,9)	1 (2,1)	
	Köy	17 (94,4)	1 (5,6)	
	Farklı ülke	1 (50,0)	1 (50,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Fisher Exact test

Kadın katılımcılardan bekar olanların 7'si (%17,1) en az bir kez KMM yaptırmıştı ve bu oran evli ve boşanmış/dullara anlamlı olarak düşüktü. Diğer sosyodemografik özelliklerle en az bir kez KMM yaptırma durumu arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.19).

Tablo 4.19 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre en az bir kez KMM yaptırma durumları

		En az bir kez KMM yaptırma		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	34 (82,9)	7 (17,1))	χ^2=11,357 p=0,003*
	Evli	90 (64,7)	49 (35,3)	
	Boşanmış/Dul	8 (40,0)	12 (60,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	9 (75,0)	3 (25,0)	U=4335,5 p=0,680
	Okuryazar	7 (100,0)	0 (0,0)	
	İlkokul	18 (54,5)	15 (45,5)	
	Ortaokul	7 (63,6)	4 (36,4)	
	Lise	28 (71,8)	11 (28,2)	
	Üniversite	56 (65,1)	30 (34,9)	
	Yüksek lisans	9 (64,3)	5 (35,7)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	41 (68,3)	19 (31,7)	χ^2=0,152 p=0,696
	Çalışıyor	93 (65,5)	49 (34,5)	
Sağlık çalışanı	Evet	37 (64,9)	20 (35,1)	χ^2=0,072 p=0,788
	Hayır	97 (66,9)	48 (33,1)	
Gelir düzeyi	Düşük	23 (65,7)	12 (34,3)	U=4420,0 p=0,808
	Orta	106 (67,1)	52 (32,9)	
	Yüksek	5 (55,6)	4 (44,4)	
Yerleşim yeri	İl	88 (65,2)	47 (34,8)	χ^2=1,804 p=0,601
	İlçe	30 (63,8)	17 (36,2)	
	Köy	14 (77,8)	4 (22,2)	
	Farklı ülke	2 (100,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square

Kadın katılımcıların 162'si (%80,2) mamografi hakkında bilgi sahibiydi, 32'si (%15,8) mamografi için önerilen tarama sıklığının iki yılda bir olduğunu doğru olarak biliyor, 40 yaş ve üzeri katılımcıların 48'i (%43,6) daha önce tarama amaçlı en az bir kez mamografi çektirmişti.

Kadın katılımcılardan mamografiyi bilen eğitim düzeyleri bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=1962,5; p<0,001). Çalışan kadınların 124'ü (%87,3) mamografiyi biliyordu ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadın katılımcılardan sağlık çalışanlarının 53'ü (%93,0) mamografiyi biliyordu ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kadın katılımcılardan köyde yaşayanların 6'sı (%33,3) mamografiyi biliyordu ve bu oran diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak düşüktü. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre mamografiyi bilme durumları Tablo 4.20'de verilmiştir.

Tablo 4.20 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre mamografiyi bilme durumları

		Mamografiyi bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	7 (16,3)	36 (83,7)	χ^2=0,435 p=0,804
	Evli	29 (20,9)	110 (79,1)	
	Boşanmış/Dul	4 (20,0)	16 (80,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	9 (75,0)	3 (25,0)	U=1962,5 p<0,001***
	Okuryazar	2 (28,6)	5 (71,4)	
	İlkokul	8 (24,2)	25 (75,8)	
	Ortaokul	3 (27,3)	8 (72,7)	
	Lise	6 (15,4)	33 (84,6)	
	Üniversite	11 (12,8)	75 (87,2)	
	Yüksek lisans	1 (7,1)	13 (92,9)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	22 (36,7)	38 (63,3)	χ^2=15,286 p<0,001*
	Çalışıyor	18 (12,7)	124 (87,3)	
Sağlık çalışanı	Evet	4 (7,0)	53 (93,0)	χ^2=8,172 p=0,004*
	Hayır	36 (24,8)	109 (75,2)	
Gelir düzeyi	Düşük	11 (31,4)	24 (68,6)	U=2596,0 p=0,020***
	Orta	29 (18,4)	129 (81,6)	
	Yüksek	0 (0,0)	9 (100,0)	
Yerleşim yeri	İl	20 (14,8)	115 (85,2)	χ^2=23,177 p<0,001**
	İlçe	7 (14,9)	40 (85,1)	
	Köy	12 (66,7)	6 (33,3)	
	Farklı ülke	1 (50,0)	1 (50,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Fisher's Exact Test ***Man Whitney U

Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile mamografi için iki yılda bir olarak önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.21).

Tablo 4.21 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre mamografi için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları

		Mamografi için önerilen tarama sıklığını doğru bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	34 (79,1)	9 (20,9)	χ^2=2,965 p=0,227
	Evli	121 (87,1)	18 (12,9)	
	Boşanmış/Dul	15 (75,0)	5 (25,0)	
Eğiitim durumu	Okuryazar değil	11 (91,7)	1 (8,3)	U=2147,5 p=0,059
	Okuryazar	7 (100,0)	0 (0,0)	
	İlkokul	29 (87,9)	4 (12,1)	
	Ortaokul	11 (100,0)	0 (0,0)	
	Lise	32 (82,1)	7 (17,9)	
	Üniversite	69 (80,2)	17 (19,8)	
	Yüksek lisans	11 (78,6)	3 (21,4)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	52 (86,7)	8 (13,3)	χ^2=0,403 p=0,526
	Çalışıyor	118 (83,1)	24 (16,9)	
Sağlık çalışanı	Evet	45 (78,9)	12 (21,1)	χ^2=1,617 p=0,203
	Hayır	125 (86,2)	20 (13,8)	
Gelir düzeyi	Düşük	29 (82,9)	6 (17,1)	U=2613,5 p=0,731
	Orta	133 (84,2	25 (15,8)	
	Yüksek	8 (88,9)	1 (11,1)	
Yerleşim yeri	İl	110 (81,5)	25 (18,5)	χ^2=4,496 p=0,180
	İlçe	40 (85,1)	7 (14,9)	
	Köy	18 (100,0)	0 (0,0)	
	Farklı ülke	2 (100,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi

40 yaş ve üzeri kadın katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile tarama amaçlı en az bir kez mamografi çektirme durumları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.22)

Tablo 4.22 Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre 40 yaş ve üzeri kadınların en az bir kez tarama amaçlı mamografi çektirme durumları

		Mamografiyi önerilen sıklıkta çektirme (≥40 yaş)		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Medeni durum	Bekar	7 (77,8)	2 (22,2)	χ^2=3,279 p=0,194
	Evli	47 (57,3)	35 (42,7)	
	Boşanmış/Dul	8 (42,1)	11 (57,9)	
Eğiitim durumu	Okuryazar değil	10 (83,3)	2 (16,7)	U=1162,0 p=0,059
	Okuryazar	6 (85,7)	1 (14,3)	
	İlkokul	14 (46,7)	16 (53,3)	
	Ortaokul	4 (50,0)	4 (50,0)	
	Lise	15 (60,0)	10 (40,0)	
	Üniversite	13 (52,0)	12 (48,0)	
	Yüksek lisans	0 (0,0)	3 (100,0)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	26 (54,2)	22 (45,8)	χ^2=0,167 p=0,683
	Çalışıyor	36 (58,1)	26 (41,9)	
Sağlık çalışanı	Evet	8 (50,0)	8 (50,0)	χ^2=0,308 p=0,579
	Hayır	54 (57,4)	40 (42,6)	
Gelir düzeyi	Düşük	17 (60,7)	11 (39,3)	U=1366,0 p=0,446
	Orta	44 (55,7)	35 (44,3)	
	Yüksek	1 (33,3)	2 (66,7)	
Yerleşim yeri	İl	41 (56,9)	31 (43,1)	χ^2=1,574 p=0,742
	İlçe	14 (50,0)	14 (50,0)	
	Köy	6 (66,7)	3 (33,3)	
	Farklı ülke	1 (100,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi

Katılımcıların 201'i (%64,8) gaitada gizli kan testini biliyor, 21'i (%6,8) GGK için önerilen tarama sıklığının iki yılda bir olduğunu doğru olarak biliyor, 50 yaş ve üzeri katılımcıların 38'i (%32,2) daha önce tarama amaçlı en az bir kez GGK testi yaptırmıştı.

Katılımcılardan GGK'yı bilenlerin eğitim düzeyleri bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=7856,0, p<001). Katılımcılardan çalışanların 167'si (%70,2) GGK'yi biliyordu ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Sağlık çalışanlarının 58'i (%86,6) GGK'yi biliyordu ve bu oran sağlık çalışanları olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Köyde oturan katılımcıların

12’si (%40) GGK’yi biliyordu ve bu oran diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre GGK’yı bilme durumları Tablo 4.23’te verilmiştir.

Tablo 4.23 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre GGK’yı bilme durumları

		GGK’yi bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	69 (34,0)	134 (66,0)	χ^2=0,354
	Erkek	40 (37,4)	67 (62,6)	p=0,552
Medeni durum	Bekar	29 (40,8)	42 (59,2)	χ^2=1,775
	Evli	69 (32,7)	142 (67,3)	p=0,412
	Boşanmış/Dul	11 (39,3)	17 (60,7)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	7 (58,3)	5 (41,7)	U=7856,0
	Okuryazar	6 (54,5)	5 (45,5)	p<001***
	İlkokul	23 (50,0)	23 (50,0)	
	Ortaokul	7 (38,9)	11 (61,1)	
	Lise	28 (39,4)	43 (60,6)	
	Üniversite	36 (26,7)	99 (73,3)	
	Yüksek lisans	2 (11,8)	15 (88,2)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	38 (52,8)	34 (47,2)	χ^2=12,766
	Çalışıyor	71 (29,8)	167 (70,2)	p<0,001*
Sağlık çalışanı	Evet	9 (13,4)	58 (86,6)	χ^2=17,701
	Hayır	100 (41,2)	143 (58,8)	p<0,001*
Gelir düzeyi	Düşük	22 (46,8)	25 (53,2)	U=9783,0
	Orta	82 (33,5)	163 (66,5)	p=0,068
	Yüksek	5 (27,8)	13 (72,2)	
Yerleşim yeri	İl	65 (31,6)	141 (68,4)	χ^2=9,035
	İlçe	25 (35,2)	46 (64,8)	p=0,020**
	Köy	18 (60,0)	12 (40,0)	
	Farklı ülke	1 (33,3)	3 (66,7)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Fisher’s Exact Test ***Man Whitney U

Kadın katılımcıların 8'i (%8,9) GGK için önerilen tarama sıklığının iki yılda bir olduğunu doğru olarak biliyordu ve bu oran erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. Diğer sosyodemografik verilere ile GGK için önerilen tarama sıklığını doğru bilme arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.24)

Tablo 4.24 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre GGK için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları

		GGK için önerilen tarama sıklığını doğru bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	185 (91,1)	8 (8,9)	χ^2=4,079
	Erkek	104 (97,2)	3 (2,8)	p=0,043*
Medeni durum	Bekar	67 (94,4)	4 (5,6)	χ^2=0,841
	Evli	197 (93,4)	14 (6,6)	p=0,657
	Boşanmış/Dul	25 (89,3)	3 (10,7)	
Eğiitim durumu	Okuryazar değil	12 (100,0)	0 (0,0)	U=2673,0
	Okuryazar	11 (100,0)	0 (0,0)	p=0,376
	İlkokul	44 (95,7)	2 (4,3)	
	Ortaokul	14 (77,8)	4 (22,2)	
	Lise	69 (97,2)	2 (2,8)	
	Üniversite	122 (90,4)	13 (9,6)	
	Yüksek lisans	17 (100,0)	0 (0,0)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	68 (94,4)	4 (5,6)	χ^2=0,221
	Çalışıyor	221 (92,9)	17 (7,1)	p=0,639
Sağlık çalışanı	Evet	60 (89,6)	7 (10,4)	χ^2=1,826
	Hayır	229 (94,2)	14 (5,8)	p=0,177
Gelir düzeyi	Düşük	46 (97,9)	1 (2,1)	U=2713,0
	Orta	226 (92,2)	19 (7,8)	p=0,299
	Yüksek	17 (94,4)	1 (5,6)	
Yerleşim yeri	İl	189 (91,7)	17 (8,3)	χ^2=2,855
	İlçe	67 (94,4)	4 (5,6)	p=0,426
	Köy	30 (100,0)	0 (0,0)	
	Farklı ülke	3 (100,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi

50 yaş ve üzeri katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile tarama amaçlı en az bir kez GGK yaptırma durumları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.25).

Tablo 4.25 50 yaş ve üzeri katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tarama amaçlı en az bir kez GGK yaptırma durumları

		GGK'yı önerilen sıklıkta yaptırma (≥50 yaş)		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	47 (69,1)	21 (30,9)	χ^2=0,128
	Erkek	33 (66,0)	17 (34,0)	p=0,720
Medeni durum	Bekar	3 (75,0)	1 (25,0)	χ^2=0,980
	Evli	61 (65,6)	32 (34,4)	p=0,659
	Boşanmış/Dul	16 (76,2)	5 (23,8)	
Eğiitim durumu	Okuryazar değil	9 (75,0)	3 (25,0)	U=1282,0
	Okuryazar	5 (55,6)	4 (44,4)	p=0,161
	İlkokul	25 (78,1)	7 (21,9)	
	Ortaokul	8 (72,7)	3 (27,3)	
	Lise	22 (66,7)	11 (33,3)	
	Üniversite	10 (52,6)	9 (47,4)	
	Yüksek lisans	1 (50,0)	1 (50,0)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	30 (73,2)	11 (26,8)	χ^2=0,831
	Çalışıyor	50 (64,9)	27 (35,1)	p=0,362
Sağlık çalışanı	Evet	4 (57,1)	3 (42,9)	χ^2=0,387
	Hayır	76 (68,5)	35 (31,5)	p=0,679
Gelir düzeyi	Düşük	19 (65,5)	10 (34,5)	U=1481,5
	Orta	60 (70,6)	25 (29,4)	p=0,777
	Yüksek	1 (25,0)	3 (75,0)	
Yerleşim yeri	İl	54 (69,2)	24 (30,8)	χ^2=0,230
	İlçe	19 (65,5)	10 (34,5)	p=0,892
	Köy	7 (63,6)	4 (36,4)	
	Farklı ülke			

n=sayı %=satır yüzdesi

Katılımcıların 230'u (%74,2) kolonoskopiyi biliyor, 13'ü (%4,2) kolonoskopi için önerilen tarama sıklığının on yılda bir olduğunu doğru olarak biliyor, 50 yaş ve üzeri katılımcıların 22'si (%18,6) daha önce tarama amaçlı en az bir kez kolonoskopi yaptırmıştı.

Katılımcılardan kolonoskopiyi bilenlerin eğitim düzeyi bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=6172,5, P<0,001). Çalışanlardan 189'u (%79,4) kolonoskopiyi biliyordu ve bu oran çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Sağlık çalışanlarının 63'ü (%94,0) kolonoskopiyi biliyordu ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Kolonoskopiyi bilenlerin gelir düzeyi bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (U=7810,5, p=0,013). Köyde yaşayanların 14'ü (%46,7) kolonoskopiyi biliyordu ve bu oran diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak düşüktü. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre kolonoskopiyi bilme durumları Tablo 4.26'da verilmiştir.

Tablo 4.26 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre kolonoskopiyi bilme durumları

		Kolonoskopiyi bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	54 (26,6)	149 (73,4)	χ^2=0,194
	Erkek	26 (24,3)	81 (75,7)	p=0,660
Medeni durum	Bekar	21 (29,6)	50 (70,4)	χ^2=0,686
	Evli	52 (24,6)	159 (75,4)	p=0,710
	Boşanmış/Dul	7 (25,0)	21 (75,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	9 (75,0)	3 (25,0)	U=6172,5
	Okuryazar	7 (63,6)	4 (36,4)	p<0,001***
	İlkokul	18 (39,1)	28 (60,9)	
	Ortaokul	5 (27,8)	13 (72,2)	
	Lise	12 (16,9)	59 (83,1)	
	Üniversite	28 (20,7)	107 (79,3)	
	Yüksek lisans	1 (5,9)	16 (94,1)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	31 (43,1)	41 (56,9)	χ^2=14,573
	Çalışıyor	49 (20,6)	189 (79,4)	p<0,001*
Sağlık çalışanı	Evet	4 (6,0)	63 (94,0)	χ^2=17,565
	Hayır	76 (31,3)	167 (68,7)	p<0,001*
Gelir düzeyi	Düşük	18 (38,3)	29 (61,7)	U=7810,5
	Orta	60 (24,5)	185 (75,5)	p=0,013***
	Yüksek	2 (11,1)	16 (88,9)	
Yerleşim yeri	İl	41 (19,9)	165 (80,1)	χ^2=15,809
	İlçe	22 (31,0)	49 (69,0)	p=0,001**
	Köy	16 (53,3)	14 (46,7)	
	Farklı ülke	1 (33,3)	2 (66,7)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Pearson Chi-Square **Fisher's Exact Test ***Man Whitney U

Katılımcılardan kolonoskopi için önerilen tarama sıklığının on yılda bir olduğunu doğru olarak bilenlerin eğitim düzeyi bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=952,0, p=0,004). Sağlık çalışanlarının 9'u (%13,4) kolonoskopinin önerilen tarama sıklığını doğru olarak biliyordu ve bu oran sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Katılımcılardan kolonoskopinin önerilen tarama sıklığını doğru olarak bilenlerin gelir düzeyi bilmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti (U=1336,0, p=0,043). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine kolonoskopi için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları Tablo 4.27'de verilmiştir.

Tablo 4.27 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine kolonoskopi için önerilen tarama sıklığını doğru bilme durumları

		Kolonoskopi için önerilen tarama sıklığını doğru bilme		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	193 (95,1)	10 (4,9)	χ^2=0,786
	Erkek	104 (97,2)	3 (2,8)	p=0,375
Medeni durum	Bekar	66 (93,0)	5 (7,0)	χ^2=2,745
	Evli	203 (96,2)	8 (3,8)	p=0,254
	Boşanmış/Dul	28 (100,0)	0 (0,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12 (100,0)	0 (0,0)	U=952,0
	Okuryazar	11 (100,0)	0 (0,0)	p=0,004**
	İlkokul	46 (100,0)	0 (0,0)	
	Ortaokul	17 (94,4)	1 (5,6)	
	Lise	70 (98,6)	1 (1,4)	
	Üniversite	127 (94,1)	8 (5,9)	
	Yüksek lisans	14 (82,4)	3 (17,6)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	71 (98,6)	1 (1,4)	χ^2=1,836
	Çalışıyor	226 (95,0)	12 (5,0)	p=0,175
Sağlık çalışanı	Evet	58 (86,6)	9 (13,4)	χ^2=18,161
	Hayır	239 (98,4)	4 (1,6)	p<0,001*
Gelir düzeyi	Düşük	47 (100,0)	0 (0,0)	U=1336,0
	Orta	234 (95,5)	11 (4,5)	p=0,043**
	Yüksek	16 (88,9)	2 (11,1)	
Yerleşim yeri	İl	195 (94,7)	11 (5,3)	χ^2=4,038
	İlçe	71 (100,0)	0 (0,0)	p=0,133
	Köy	29 (96,7)	1 (3,3)	
	Farklı ülke	2 (66,7)	1 (33,3)	

n=sayı %=satır yüzdesi *Fisher's Exact Test **Man Whitney U

50 yaş ve üzeri katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile kanser tarama amaçlı en az bir kez kolonoskopi yaptırma arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.28).

Tablo 4.28 50 ve üzeri katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre en az bir kez kolonoskopi yaptırma durumları

		En az bir kez kolonoskopi yaptırma (≥50 yaş)		
		Hayır n(%)	Evet n(%)	İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Kadın	57 (85,1)	10 (14,9)	χ^2=1,413
	Erkek	39 (76,5)	12 (23,5)	p=0,235
Medeni durum	Bekar	4 (100,0)	0 (0,0)	χ^2=0,869
	Evli	76 (81,7)	17 (18,3)	p=0,615
	Boşanmış/Dul	16 (76,2)	5 (23,8)	
Eğiitim durumu	Okuryazar değil	10 (83,3)	2 (16,7)	U=782,0
	Okuryazar	8 (88,9)	1 (11,1)	p=0,052
	İlkokul	29 (90,6)	3 (9,4)	
	Ortaokul	10 (90,0)	1 (9,1)	
	Lise	24 (72,7)	9 (27,3)	
	Üniversite	14 (73,7)	5 (26,3)	
	Yüksek lisans	1 (50,0)	1 (50,0)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	37 (90,2)	4 (9,8)	χ^2=3,272
	Çalışıyor	59 (76,6)	18 (23,4)	p=0,070
Sağlık çalışanı	Evet	4 (66,7)	2 (33,3)	χ^2=0,899
	Hayır	92 (82,1)	20 (17,9)	p=0,343
Gelir düzeyi	Düşük	23 (79,3)	6 (20,7)	U=1034,0
	Orta	71 (83,5)	14 (16,5)	p=0,846
	Yüksek	2 (50,0)	2 (50,0)	
Yerleşim yeri	İl	64 (82,1)	14 (17,9)	χ^2=0,106
	İlçe	23 (79,3)	6 (20,7)	p=0,948
	Köy	9 (81,8)	2 (18,2)	
	Farklı ülke	0 (0,0)	0 (0,0)	

n=sayı %=satır yüzdesi

Kadın katılımcılardan smear testini bildiğini beyan edenlerin %63,2'si daha önce tarama amaçlı smear testi yaptırmış, %36,8'i yaptırmamıştı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (x^2=25,614, p<0,001). Smear testinin tarama sıklığını doğru olarak bilenlerin ise %50'si yaptırmış, %50'si yaptırmamıştı (x^2=0,150, p=0,699).

Kadın katılımcılardan KKMM'ni bildiğini beyan edenlerin %25,9'u ayda bir düzenli olarak yapıyor, %74,1'i düzensiz yapıyor ya da hiç yapmıyordu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (x^2=11,847, p=0,001). KKMM'nin ayda bir yapılması gerektiğini bilenlerin %39,3'ü ayda bir düzenli olarak yapıyor, %60,7'si düzensiz yapıyor ya da hiç yapmıyordu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (x^2=27,801, p<0,001).

Kadın katılımcılardan KMM'yi bilenlerin %48,3'ü daha önce en az bir kez KMM yaptırmış, %51,7'si yaptırmamıştı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (x^2=26,052, p<0,001). KMM'nin yılda bir yaptırılması gerektiğini bilenlerin ise %36,4'ü en az bir kez KMM yaptırmış, %63,6'sı yaptırmamıştı ve aralarında anlamlı fark yoktu (x^2=0,038, p=0,845).

Kadın katılımcılardan mamografiyi bildiğini beyan edenlerin %54'ü daha önce tarama amaçlı en az bir kez mamografi çektirmiş, %46,0'ı çektirmemişti ve aralarındaki fark anlamlıydı (x^2=18,251, p<0,001). Mamografinin iki yılda bir çektirilmesinin önerildiğini doğru olarak bilenlerin %75,0'ı daha önce mamografi çektirmiş, %25'i çektirmemişti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (x^2=9,777, p=0,002).

Katılımcılardan GGK testini bildiğini beyan edenlerin %51,4'ü daha önce tarama amaçlı GGK testi yaptırmış, %48,6'sı yaptırmamıştı ve aralarındaki fark anlamlıydı (x^2=33,327, p<0,001). GGK testinin iki yılda bir yaptırılması gerektiğini doğru olarak bilenlerin %72,7'si daha önce tarama amaçlı GGK testi

yaptırmış, %27,3'ü yaptırmamıştı ve aralarındaki fark anlamlıydı (x^2=9,124, p=0,003).

Katılımcılardan kolonoskopiyi bildiğini beyan edenlerin %26,5'i daha önce tarama amaçlı kolonoskopi yaptırmış, %73,5'i yaptırmamıştı ve aralarındaki fark anlamlıydı (x^2=11,403, p=0,001). Kolonoskopinin on yılda bir yaptırılması gerektiğini doğru olarak bilenlerin %33,3'ü daha önce tarama amaçlı kolonoskopi yaptırmış, %66,7'si yaptırmamıştı ancak aralarında anlamlı fark yoktu (x^2=0,438, p=0,508).

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların ülkemizde kanser tarama programı dahilinde olan kanser tarama testleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları incelenmiş ve hala bilginin ve katılımın istenen düzeyde olmadığı görülmüştür.

Çalışmaya 20 yaş üzeri 203'ü kadın 107'si erkek toplam 310 katılımcı alındı. Katılımcıların yaş ortalaması 44,4±14,7[20-86] idi, erkeklerin yaş ortalaması kadınlara göre anlamlı olarak yüksekti, bunun nedeni polikliniğimize başvuran erkek hasta popülasyonunun genellikle ileri yaş olması olabilir.

Katılımcıların 135'i (%43,5) üniversite mezunuydu, bu oranın yüksek olmasının nedeni; polikliniğimiz üniversite hastanesi binasında hizmet verdiği için başvuruların çoğunluğunu hastane ve diğer fakülte çalışan ve yakınlarının oluşturması olabilir.

Ülkemizde hangi kanserlerin tarandığı sorusunu katılımcıların 199'u (%64,2) kısmen ya da hepsini biliyorum olarak cevaplarken; 153'ü (%49,4) ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu söylemişti. Bu durum kanser taraması yapılan organların daha çok bilindiğini, ancak tarama yöntemi ve testinin daha az oranda bilindiğini göstermektedir. 360 hasta ile çalışılan Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında 247 (%68,2) kişi ülkemizde ulusal kanser tarama programlarını biliyorum olarak yanıtlamıştır (39). İzmir'de 230 hasta ile yürütülen bir başka tez çalışmasında ise katılımcıların %72.2'si kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olduğunu söylemiştir (40).

Çalışmamızda kadınların, eğitim düzeyi yüksek olanların, herhangi bir işte çalışanların, gelir düzeyi yüksek olanların ve sağlık çalışanlarının kanser tarama testlerini bildiğini beyan etmesi ve ülkemizde hangi kanserlerin

tarandığını bilme düzeyi diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Eğitim düzeyi yüksek olanların ve sağlık çalışanlarının anlamlı fark yaratması beklenen bir sonuçtur. Kadınlarda taranan kanser sayısının ve tarama testlerinin daha fazla olması kadınların daha fazla bilgi sahibi olmasına sebep olmuş olabilir. Kanser tarama programları ücretsiz olarak yürütülmesine rağmen gelir düzeyi yüksek olanların daha fazla bilgi sahibi olmaları düşündürücüdür. Yerleşim yeri açısından il merkezinde yaşayanların bilgi düzeyi en yüksek bulundu, bu da ilçe ve köylerde yaşayanların tarama programları hakkında illere göre daha az bilgilendirildiğini gösterebilir.

Katılımcıların 67'sini (%21,6) sağlık çalışanları oluşturmasına rağmen çalışmaya alınanların 41'i (%13,2) serviks, meme ve kolorektal kanserlerin üçünün de ülkemizde tarama programında olduğunu doğru olarak biliyordu, diğer katılımcılar yanlış, eksik veya fazladan kanser türü cevaplamıştı ya da cevaplayamamıştı. Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında hangi kanserlerin tarandığını doğru bilme oranı %10,2 bulunmuştur (39). Sağlık çalışanlarının ülkemizde tarama programında olan kanserleri doğru bilme oranı anlamlı olarak yüksek bulundu, bu da beklenen bir sonuçtur. İl merkezinde yaşayanların %17'si, ilçede yaşayanların %7'si taranan kanserleri doğru biliyor, köyde yaşayanların hiçbiri bilmiyordu. Bu da yine yerleşim yerine göre bilgilendirme farklılığının olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcılardan soygeçmişinde kanser tanısı olanların %37,5'i, ailesinde kanser hastası olanların %20,3'ü ülkemizde taranan kanserleri tam olarak doğru biliyordu ve bu oranlar anlamlı olarak yüksek saptandı. Kendisinde ve ailesinde kanser hastalığı olması tarama testlerine farkındalığı yaratmış olabilir. İzmir'de yapılan bir çalışmada da ailesinde kanser hastalığı olanlarda kanser taramalarını bilme oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (40). Çaman ve ark.'larının kadınlar üzerinde ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski üzerine yaptıkları bir çalışmada da ailesinde kanser öyküsü olan katılımcılarda bireysel kanser riskini yüksek görenlerin sıklığı %42,9 bulunmuştur (41). Trabzon'da Bayçelebi ve ark.'ları tarafından kanser tarama testleri

farkındalığının çalışıldığı bir araştırmada da ailesinde kanser öyküsü olan kişilerin kanser tarama testleri hakkında daha çok bilgili oldukları ve daha fazla tarama testi yaptırdıkları saptanmıştır (42).

Katılımcılara kanser tarama testleri hakkındaki bilgi kaynaklarını sorduğumuzda sırasıyla televizyon (%40,3), internet (%38,4), aile hekimleri (%35,2) ilk üç sırada yer almaktaydı. İzmir'de yapılan bir tez çalışmasında ise bilgi kaynakları sırasıyla televizyon, aile hekimliği ve internet olarak bulunmuştur (40). Dişçigil ve ark.'larının yaptığı kadınların meme sağlığı için bilgi, davranış ve uygulamalarının incelendiği bir çalışmada da ana bilgi kaynağı televizyon olarak belirtilmiştir (43). Ülkemizde televizyon, internet gibi kaynakların çoğu konuda olduğu gibi kanser ve taramalar konusunda da bilgi edinmede yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir.

Katılımcıların %31,6'sı kanser taramalarından birini en az bir kez yaptırmıştı ve kadınlarda, eğitim düzeyi yüksek olanlarda, çalışmayanlarda yaptırma oranı anlamlı olarak yüksek, bekarlarda anlamlı olarak düşük bulundu. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda bu beklenen bir sonuçtur. Kadınlarda taranan kanser sayısının fazla olması ve erkeklere göre koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışlara daha meyilli olmaları bu sonucu doğurmuş olabilir. Çalışanlarda bilgi düzeyi daha yüksek saptanmış olmasına rağmen en az bir kez tarama testi yaptırmanın çalışmayanlarda daha yüksek bulunmasının nedeni çalışma hayatından zaman bulamamak olabilir. Ordu'da yapılan bir tez çalışmasında kanser tarama testi yaptıranlar %37 olarak bizim çalışmamızla benzer oranda bulunmuştur (44).

Katılımcıların sadece %10'u kanser tarama testlerini düzenli olarak yaptırıyordu. İzmir'de yapılan bir tez çalışmasında bu oran %6,1 bulunmuştur (40).

Katılımcılara kanser tarama testlerini yaptırmama ya da düzensiz yaptırma nedenlerini sorduğumuzda %48,7'si sağlıklı olduğunu düşündüğü için, %29,4'ü bilgisi olmadığı için ve %28,7'si zaman bulamadığı için olarak ilk üç sıradaki cevapları oluşturmaktaydı. İzmir'de yapılan benzer bir tez çalışmasında da kanser tarama testlerini düzenli yaptırmama sebepleri %34,4 sağlıklı olduğunu düşünmek, %23,9 bilgi sahibi olmamak şeklinde bulunmuştur (40). Sağlıklı olduğunu düşünmenin ilk sırada yer alması kanser tarama testlerinin nedeninin ve amacının tam olarak kavranmadığını göstermektedir.

Katılımcıların %63,9 olarak büyük çoğunluğu kanser tarama testlerini devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde, %23,2'si aile hekimliğinde yaptırmak istemekte, son sırada ise %1,9 olarak KETEM yer almaktaydı. Katılımcıların yarısından fazlası (%53,39) KETEM hakkında bilgi sahibi değildi ve sadece %17,1'i kanser taraması için KETEM'e başvurmuştu. KETEM'e başvuru kadınlarda anlamlı olarak daha yüksekti ve bu da diğer sonuçlarımızı destekler nitelikte olup kadınların tarama hizmetlerini daha fazla dikkate aldığını ve faydalandığını göstermektedir.

Kadın katılımcıların %81,7'si smear testini biliyor fakat %10,9'u smear testi için önerilen tarama sıklığının beş yılda bir olduğunu doğru olarak biliyordu. Tarama yaşındaki kadınların %54,0'ı daha önce tarama amaçlı en az bir kez smear testi yaptırmıştı. Smear testinin bilinme oranı yüksekti ancak yapılma sıklığı düşük oranda biliniyordu, kadınlardan yaklaşık yarısının testi yaptırmış olması da hastaların bilgilerini davranışa yansıtmadığını göstermektedir. Ülkemizde Trabzon'da yapılan bir çalışmada (42) kadınların %50,7'si smear testini bildiğini, %24,9'u yaptırdığını ifade etmiş, Oran ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada (45) smear testini yaptırma oranı %10-22,2 olarak bulunmuş, Akyüz ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada (46) katılımcıların %78,4'ü smear testini duymuş, %51,2'si yaptırmıştır, Ünalan ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada (47) smear testini duyma oranı %49,5, Ak ve ark.'larının yaptığı çalışmada (48) smear testini duyanların oranı %54,2, yaptıranların oranı %19,4 olarak bulunmuştur. Literatürde California ve ABD'de yapılan

çalışmalarda smear testini en az bir kez yaptırma %66,7-%93 olarak, düzenli yaptırma oranı %55 olarak bulunmuştur (49,50). Zambia'da yapılan bir çalışmada serviks kanseri taraması yaptıranların oranı %20,7 bulunmuştur (51). Tayland'da Mongsawaeng ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada katılımcıların %89,8'i en az bir kez servikal kanser taraması yaptırmıştır ve bu oran oldukça yüksektir (52). Etiyopya'da Aweke ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada en az bir kez servikal kanser taraması yaptırma oranı sadece %9,9 olarak bulunmuştur (53).

Çalışanların (%89,4) ve sağlık çalışanlarının (%94,7) smear testini bilme durumu anlamlı olarak yüksek saptandı ve bu beklenen bir sonuçtu. Eğitim düzeyi yükseldikçe ve gelir düzeyi arttıkça smear testini bilme oranı da artıyordu. Köyde yaşayanlar (%38,9) diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre smear testini daha az biliyordu, il merkezinde yaşayanların ise (%61,1) smear testini yaptırma oranı daha fazlaydı. Kanser tarama programları yerleşim yerine göre farklılık göstermeksizin yürütülmelidir ancak köyde yaşayanların daha az bilmesi ve il merkezinde yaşayanların daha fazla yaptırması yerleşimsel farklılıkların olduğunu göstermektedir. Tarama testleri ücretsiz olarak yapılıyor olmasına rağmen gelir düzeyi yükseldikçe smear testini bilme oranı artıyordu, İzmir'de yapılan benzer bir tez çalışmasında da (40) aynı bulgu gözlenmiştir.

Kadınların %82,2'si KKMM'ni biliyor, %41,6'sı ayda bir yapılması gerektiğini biliyor, %21,3'ü düzenli, %53,5'i düzensiz aralıklarla yapıyordu. Trabzon'da Bayçelebi ve ark.'larının yaptığı çalışmada (42) katılımcıların %48,1'i KKMM'ni biliyor, %23,6'sı düzenli olarak yapıyordu. Özçam ve ark.'larının 200 kadın sağlık çalışanı ile yaptıkları bir çalışmada (54) katılımcıların %79'u bazen ve düzenli olarak KKMM'ni yapıyordu. İzmir'de yapılan bir tez çalışmasında (40) katılımcıların %82,5'i KKMM'si bildiğini, %50,8'i KKMM yaptığını belirtmiş, %9,5'inin düzenli olarak KKMM yaptığı tespit edilmiştir. Korkut'un Türkiye'nin batısında yaptığı bir çalışmada (55) katılımcıların %75,3'ü KKMM 'ni biliyordu. Nijerya'da Okobia ve ark.'ları tarafından yapılan bir çalışmada (56) katılımcıların %34,9'u KKMM

yapmaktaydı. Sayed ve ark.'larının Kenya'da yaptığı çalışmada (57) katılımcıların %54,4'ü KKMM'nin nasıl yapıldığını biliyordu. Gan ve ark.'larının Çin'de yaptığı çalışmada (58) katılımcıların %69,3'ü KKMM'ni düzenli ya da düzensiz aralıklarla yapıyordu. Hong Kong'da Yeung ve ark.'larının yaptığı çalışmada (59) katılımcıların %48'i ayda bir veya daha sık aralıklarla KKMM yapıyordu, ABD'de Jacobs ve ark'larının çalışmasına (60) katılan kadınların %89'u KKMM yapıyor, %39'u ayda bir düzenli olarak yapıyordu. ABD'de yapılan bu çalışma 1989 yılında yapılmış olmasına rağmen günümüzde az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalara göre oran oldukça yüksektir. Ülkemizde ve Dünyada bölgesel farklılıklar olmasına rağmen sonuçlar benzerdir ve katılımcıların bilgi düzeyinin sağlık tarama davranışlarına yeterince yansımadığı görülmektedir.

Çalışanların, sağlık çalışanlarının KKMM'ni bilmeleri ve ayda bir yapılmasının önerildiğini doğru olarak bilmeleri ve önerilen sıklıkta KKMM yapma durumları anlamlı olarak yüksekti. Bu sonuç sağlık çalışanları için beklenen bir sonuçtur, çalışanlar için bu sonuç çalışma hayatında olanların etkileşim ve eğitim düzeyinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda KKMM'ni bilenlerin ve ayda bir yapılmasının önerildiğini doğru olarak bilenlerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi anlamlı olarak yüksekti. Aynı zamanda ayda bir düzenli olarak KKMM yapanların da eğitim düzeyi anlamlı olarak yüksek saptandı. Eğitim düzeyiyle bilgi ve davranış oranlarının yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Köyde yaşayanların ise KKMM bilme oranı anlamlı olarak düşüktü, bu sonuç eğitim düzeyi düşüklüğü ve bilgilendirmede eksiklikle açıklanabilir. Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında da (39) çalışmamızla benzer olarak eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve sağlık çalışanlarında KKMM'ni bilme ve yaptırma oranları yüksek bulunmuştur.

Kanıtlar,KKMM'nin net bir yararı olmadığını ve gereksiz cerrahi biyopsileri artırabileceğini göstermiştir (60,61). Çinli katılımcılar üzerinde yapılan bir Şangay çalışması, KKMM'nin 5 yıllık takipten sonra mortaliteyi azaltmada hiçbir yararı olmadığını gösterdi (62). Bu sonuçlar, erken teşhis aracı olarak

KKMM için şüpheler doğurdu, fakat erken tanıda yeterli olamasa da yine de kanser farkındalığı açısından yararlı olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamıza katılanların %57,4'ü KMM'ni biliyor, %5,4'ü tarama sıklığını doğru olarak biliyor, %33,7'si daha önce en az bir kez KMM yaptırmıştı. Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında (39) katılımcıların %48,7'si daha önce KMM yaptırmıştı, bu oran İzmir'de yapılan bir tez çalışmasında (40) %23, Dişçigil ve ark.'larının Türkiye'de ege bölgesinde yaptıkları çalışmada (43) %42,7, Nijerya'da Okobia ve ark.'ları tarafından çalışmada (56) %9,1, Kenya'da Sayed ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada (57) %6,4, Çin'de Gan ve ark.'larının yaptığı çalışmada (58) %63,5 bulunmuştur. Yıllık olarak yaptırılması gereken ve oldukça kısa bir muayene tamamlanan KMM'nin ülkemizde hala istenen düzeyde olmadığı görülmekte, literatüre bakıldığında da benzer sonuç dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda KKM'yi bilenlerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışanların ve sağlık çalışanlarının KMM'yi bilme durumları anlamlı olarak yüksekti. Bu sonuçlar KKMM bilme durumu ile benzerdir. KMM'nin önerilen tarama sıklığını doğru olarak bilme ve daha önce en az bir kez KMM yaptırmış olma ile medeni durum arasında anlamlı fark saptadık. Evlilerin KMM'nin tarama sıklığını doğru olarak bilmesi daha yüksek, bekarların ise KMM'yi yaptırma oranı daha düşük bulundu. Bu durum çalışmamızda evlilerin yaş ortalamasının daha yüksek olup tarama yaşında olanların daha büyük bir çoğunluğunu oluşturmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların%80,2'si mamografi hakkında bilgi sahibiydi, %15,8'i tarama sıklığının iki yılda bir olduğunu biliyordu ve tarama yaşındakilerin %43,6'sı en az bir kez mamografi çektirmişti. Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında (39) tarama yaş grubunda mamografinin bilinme oranı %93,3, daha önce mamografi çektirenlerin oranı ise %72,3 bulunmuştur. Antalya'da yapılan bir tez çalışmasında (64) katılımcıların %23,9'u mamografi

ile meme kanseri taraması yaptırmıştır. İzmir'de yapılan bir tez çalışmasında (40) katılımcıların %89,7'si mamografiyi biliyor, %19,8'i düzenli ya da düzensiz aralıklarla mamografi çektiriyordu. Boran'ın İstanbul'da kadın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada (65) katılımcıların %44,0'ı düzenli ya da düzensiz aralıklarla mamografi testi yaptırıyordu. Bizim çalışmamızda da sağlık çalışanları %50,0 olarak benzer oranda daha önce tarama amaçlı mamografi çektirmişti. Gan ve ark.'larının Çin'de yaptığı çalışmada (58) katılımcıların %38,4'ü düzenli ya da düzensiz aralıklarla mamografi çektiriyordu. California'da Moskowitz ve ark'larının yaptığı çalışmada (49) daha tarama için mamografi çektirenlerin oranı %67,8, İsrail'de Soskolne ve ark.'larının yaptığı çalışmada (66) bu oran %52 saptanmıştır. Diğer tarama testlerinde olduğu gibi hem ülkemizde hem de çeşitli ülkelerde mamografinin de bilinme düzeyi yaptırma oranından yüksek olup bilginin davranışa yeterince yansımadığı gözlenmektedir.

Çalışmamızda mamografiyi bilenlerin eğitim düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışanların, sağlık çalışanlarının mamografiyi bilme oranı anlamlı olarak yüksek, köyde yaşayanların ise düşüktü. Bu sonuçlar çalışmamızda diğer tarama testlerinin bilinme düzeyiyle benzerdi. Çalışmamızda sosyodemografik özellikler ile mamografinin tarama sıklığını doğru bilme ve mamografi çektirme arasında anlamlı bir fark saptamadık. İzmir'de yapılan bir tez çalışmasında (40) da çalışmamızla benzer olarak sosyodemografik özelliklerle mamografi çektirme durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında (39) da bizim çalışmamızda olduğu gibi mamografiyi bilenlerin eğitim düzeyi yüksek, sağlık çalışanlarının mamografiyi bilme düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuş, yaptırma oranında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eğitim düzeyi yüksek grubun ve sağlık çalışanlarının bile mamografi çektirmede anlamlı fark yaratmaması bu kanser tarama testinin de henüz öneminin kavranmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %64,8'i GGK'yi biliyor, %6,8'i önerilen tarama sıklığını doğru olarak biliyordu, tarama yaşındakilerin %32,2'si daha

önce en az bir kez tarama amaçlı GGK yaptırmıştı. Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında (39) tarama yaş grubundakilerin %61'i GGK testini biliyordu. İzmir'de yapılan bir tez çalışmasında (40) katılımcıların %22,6'sı GGK testini duymuş, %10,0'ı yaptırmıştı, Trabzon'da yapılan bir çalışmada (42) bu oranlar sırasıyla %63 ve %10,8 idi. Antalya'da yapılan bir tez çalışmasında (64) GGK testini yaptıranların oranı %1,59, Ordu'da yapılan bir tez çalışmasında (44) ise %15,3 bulunmuştur. ABD'de 2012 yılında yapılan bir çalışmada (67) 50-75 yaş arası katılımcıların %65'i kolorektal kanser taraması (GGK, kolonoskopi, sigmoidoskopi) yaptırmıştır. Taş ve ark.'larının yaptığı çalışmada (68) kolorektal kanser tarama testleri katılımcıların %23'ü tarafından biliniyordu ve %17'si bu testlerden birini yaptırmıştı. Çalışmamızda GGK testinin bilinme ve yapılma oranı ülkemizde farklı bölgelerde yapılmış çalışmalara göre yüksek, gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalara göre düşük bulunmuştur.

Çalışmamıza katılanlardan GGK testini bilenlerin eğitim düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti, bu beklenen bir sonuçtur. Çalışanların %70,2'si ve sağlık çalışanlarının %86,6'sı GGK testini biliyordu ve bu oranlar anlamlı olarak yüksekti. Sağlık çalışanlarında bu beklediğimiz bir sonuçtur, çalışanlarda ise diğer testlerde de olduğu gibi GGK testinin de daha yüksek oranda bilinmesi eğitim ve çalışma hayatı etkileşinin bir sonucu olabilir. Yerleşim yerine göre bakıldığında köyde yaşayanların %40'ı GGK testini biliyordu ve bu oran anlamlı olarak düşüktü, bu durum eğitim düzeyi düşüklüğü ve koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında bölgesel farklılıklar olmasıyla açıklanabilir. Kadın katılımcıların %8,9'u GGK testinin tarama sıklığını doğru olarak biliyordu ve bu oran erkeklere kıyasla anlamlı olarak yüksekti. Bilme oranı kadınlarda daha yüksek olmasına rağmen GGK testini erkeklerin %34,0'ı yaptırmıştı, bu oran anlamlı fark yaratmasa da kadınlara kıyasla daha yüksekti. Çeşitli çalışmalarda kadınların kanser riski ve duydukları kaygı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Sach ve ark.'larının yaptığı çalışmada (69) da bizim çalışmamızla benzer olarak erkekler kolorektal kanser taramasına daha çok ilgi göstermişlerdir.

Çalışmamıza katılanların %74,2'si kolonoskopiyi biliyor, %4,2'si önerilen tarama sıklığını doğru olarak biliyor, tarama yaşındakilerin %18,6'sı daha önce tarama amaçlı en az bir kez kolonoskopi yaptırmıştı. Ankara'da yapılan bir tez çalışmasında (39) tarama yaşında olan kadınların %87,7'si, erkeklerin %64'ü kolonoskopiyi biliyordu. İzmir'de yapılan bir tez çalışmasında (40) katılımcıların %32,6'sı kolonoskopiyi biliyor, %4,3'ü daha önce tarama amaçlı yaptırmıştı. Ordu 'da yapılan bir tez çalışmasında (44) katılımcıların %2'si, Antalya'da yapılan bir tez çalışmasında (64) %1,99'u kolonoskopi yaptırmıştı. Trabzon'da yapılan bir çalışmada (42) kadınların %3,7'si, erkeklerin %10,8'i tarama amaçlı kolonoskopi yaptırmıştı. Karabük'te Taştan ve ark.'larının yaptığı çalışmada (70) kolonoskopi yaptıranların oranı %11,3 bulunmuştur. Hong Kong'da 50 yaş üzerinde yapılan bir çalışmada (71) katılımcıların %12'si daha önce kolonoskopi yaptırmıştı. ABD'de Michigan'da yapılan çalışmada (72) katılımcıların yaklaşık %75'i kolorektal kanser tarama prosedürlerinden az birini yaptırdıklarını beyan etmiştir. Diğer kanser tarama testlerinde olduğu gibi çalışmamızda kolonoskopi ile taranma oranı ülkemize göre yüksek, ABD gibi gelişmiş ülkelere kıyasla düşük bulunmuştur. Çalışmayı yaptığımız polikliniğimiz üniversite hastanesi bünyesinde hizmet vermektedir, hasta popülasyonumuzun büyük kısmını hastane çalışanları ve yakınları oluşturmakta, dolayısıyla katılımcıların eğitim düzeyi yüksektir. Kanser tarama testleri ile ilgili bilgi düzeyinin ve yaptırma oranının ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre yüksek bulunmasının sebebi bu olabilir.

Çalışmamızda katılımcılardan kolonoskopiyi bilenlerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışanların %79,4'ü, sağlık çalışanlarının %94,0'ı kolonoskopiyi biliyordu ve bu oranlar anlamlı olarak yüksekti. Köyde yaşayanların %46,7'si kolonoskopiyi biliyordu ve bu oran diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak düşüktü. Kolonoskopi için önerilen tarama sıklığının on yılda bir olduğunu doğru olarak bilenlerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi anlamlı olarak yüksekti. Sağlık çalışanlarının da %13,4'ü doğru olarak bilmişti ve bu oran anlamlı olarak yüksekti. Ankara'da yapılan bir

tez çalışmasında da (39) benzer sonuçlar çıkmış, aynı bulgularda anlamlı farklar saptanmıştır.

Katılımcıların tarama testlerini bildiğini beyan etme ve tarama sıklığını doğru olarak bilme durumları ile bu testleri yaptırma arasındaki ilişkiye baktığımızda kadın katılımcılardan smear testini bildiğini beyan edenlerin çoğunluğu testi yaptırmış ancak tarama sıklığını doğru olarak bilenlerin yarısı test yaptırmıştı. Kadın katılımcılardan KKMM'yi bildiğini beyan edenlerin ve ayda bir yapılması gerektiğini doğru olarak bilenlerin yaklaşık dörtte biri düzenli olarak KKMM yapıyordu. Kadın katılımcılardan KKM'yi bildiğini beyan edenlerin yarısından azı en az bir kez KMM yaptırmış, yılda bir yaptırılması gerektiğini bilenlerin ise yaklaşık dörtte biri yaptırmıştı. Kadın katılımcılardan mamografiyi bildiğini beyan edenlerin yarısından fazlası çektirmiş, tarama sıklığını doğru olarak bilenlerin ise dörtte üçü daha önce en bir kez mamografi ile taranmıştı. Tüm katılımcılardan GGK testini bildiğini beyan edenlerin yaklaşık yarısı, tarama sıklığını doğru olarak bilenlerin ise yaklaşık dörtte üçü daha önce GGK testiyle taranmıştı. Tüm katılımcılardan kolonoskopiyi bildiğini beyan edenlerin de, tarama sıklığını doğru olarak bilenlerin de yaklaşık dörtte biri daha önce kolonoskopi ile en az bir kez taranmıştı. Bu sonuçlarla hastaların bilgi düzeyiyle orantılı olarak kanser tarama davranışlarını geliştirdiği görülmektedir. İstisna olarak çalışmamızda hastaların kolonoskopi bilgi düzeyi davranışlarına yansımadığı görülmektedir, bunun nedenleri arasında kolonoskopinin kanser tarama testleri içinde en invaziv ve ağrılı işlem olması, ön hazırlık gerektirmesi ve her yerleşim yerinde yaptırılabilir olmaması yer alabilir. Bilgiyi sağlık tarama davranışlarına yansıtmamak konusunda çalışmamız literatürle uyumludur.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda katılımcıların ulusal kanser tarama programında yer alan meme, serviks ve kolorektal kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını incelemiş olup kanser tarama programlarının farkındalığının hala istenen seviyede olmadığını görmekteyiz.

Eğitim seviyesi ile kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyi doğru orantılı olarak artsa da bunun davranışa yeterince geçirilmediğini gördük. Hastaların bilgi kaynakları sorulduğunda televizyon, internet gibi medya araçlarının hekim ve diğer sağlık çalışanlarından daha fazla olduğu görüldü. Bu durum dezavantaj gibi görünse de kamu spotları, temiz içerikli program ve ağlarla avantaja çevrilebileceği görüşündeyiz.

Katılımcının kendisinde veya yakın çevresinde kanser tanısının bulunması kanser tarama testleri için farkındalık yarattığı görülmüştür. Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyenlerin çok az bir kısmı hangi kanserlerin tam olarak tarandığını doğru olarak biliyordu. Ayrıca hastalara kanser tarama testlerinin her biri için testi bilip bilmediği ve hangi sıklıkta yapılması gerektiğini sorduk, genel olarak testleri bilenlerin oranı yüksekken önerilen yapılma sıklığını bilenlerin oranı oldukça düşüktü. Bu bağlamda kanser tarama testleri hakkında bilgilendirme ve farkındalık programlarına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırmama ve düzensiz yaptırma sebeplerinin başında sağlıklı olduğunu düşünmek yer almaktaydı. Bu da kanser tarama testlerinin yapılma amacının henüz semptomu olmayan hastalara erken tanı amacıyla yapıldığının yeterince bilinmediğini göstermektedir.

Hastaların büyük çoğunluğu kanser tarama testlerini 2. Ve 3. Basamak hastanelerde yaptırmayı tercih ettiğini beyan etmişti, ancak kanser tarama

programlarının büyük kısmı KETEM ve Aile hekimliği gibi birinci basamak merkezlerde yürütülmektedir. Bu nedenle halka bu konuda nereye başvurmaları gerektiği konusunda da eğitim verilmelidir.

Kanser taramaları eğitiminde, farkındalık oluşturmada ve testleri yapma veya yaptırmak için yönlendirmede biz birinci basamak hekimlerine büyük görev düşmektedir.

Çalışmamızda anket formunda yer alan meme ve serviks kanserleriyle ilgili sorular sadece kadın katılımcılara soruldu. Toplumumuzun sosyokültürel özellikleri göz önünde bulundurulduğunda kadının sağlık hizmetlerine erşiminde eşlerinin ve ailedeki diğer erkek bireylerin de rolü olduğu için kadın kanserlerinin erkeklere de sorulduğu çalışmalar planlanabilir.

KAYNAKLAR

1.WHO. Cancer. Erişim: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 Erişim tarihi:04.11.2019

2.WHO. Cancer. Erişim: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer Erişim tarihi:22.01.2020

3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018

4.Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu. Erişim: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Search Erişim Tarihi: 24.03.2016.

5.World Health Organization. Cancer Country Profiles, 2014; Turkey. Erişim: https://www.who.int/cancer/country-profiles/tur_en.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 04.11.2019

6.Cancer Fact sheet February 2018. World Health Organization. http://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/cancer Erişim Tarihi: 17.01.2020

7.T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri 2015

8.Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin M.D, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer 2015; 136: 359-386.

9.Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim:/http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083. Erişim Tarihi:17.01.2020

10. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018

11.Centers for Disease Control and Prevention, Alchohol and Cancer Erişim:https://www.cdc.gov/cancer/alcohol/index.htm Erişim Tarihi:30.12.2020

12.De Pergola G, Silvestris F. Obesity as a major risk factor for cancer. J Obes. 2013;2013:291546. doi: 10.1155/2013/291546. Epub 2013 Aug 29. PMID: 24073332; PMCID: PMC3773450.

13.Pischon T, Nimptsch K. Obesity and Risk of Cancer: An Introductory Overview. Recent Results Cancer Res. 2016;208:1-15. doi: 10.1007/978-3-319-42542-9_1. PMID: 27909899.

14. Parekh N, Chandran U, Bandera EV, Obesity in cancer survival. 2012 Aug 21;32: 311-42. Doi: 101146

15.Pinsky PF. Principles of Cancer Screening. Surg Clin North Am. 2015 Oct;95(5):953-66. doi: 10.1016/j.suc.2015.05.009. Epub 2015 Jun 20. PMID: 26315516; PMCID: PMC4555845.

16. Lew JB, Feletto E, Wade S, Caruana M, Kang YJ, Nickson C, Simms KT, Procopio P, Taylor N, Worthington J, Smith D, Canfell K. Benefits, harms and cost-effectiveness of cancer screening in Australia: an overview of modelling estimates. Public Health Res Pract. 2019 Jul 31;29(2):29121913. doi: 10.17061/phrp2921913. PMID: 31384886.

17. T.C.Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015

18. Dogan N, Toğrak D. Female Breast Cancer Mortality Rates in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2014, 15, 7569-73 PMID: 25292030

19. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2012 May 1;156(9):635-48.

20. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968

21. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E. Türkiye'de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programların Hazırlanması "Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu", Journal of Breast Health 2009; 5(3):125-134.

22. Meme Kanseri Tarama Rehberi; Türk Radyoloji Derneği, TRD Yeterlilik Kurulu, Rehberler ve Standartlar Komitesi, 2011.

23. Avrupa Meme Görüntüleme Derneği (EUSOBI) ve 30 Ulusal Meme Radyolojisi Biriminin Meme Kanseri Taraması Hakkında Görüş Metni. https://www.turkrad.org.tr/assets/2017/Meme-kanseri-taramasi-gorus.docx

24. Sağlık Bakanlığı, Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları (Erişim:13 Ocak 2021) https://hsgm.saglik. gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-programı-ulusal-standartları.html

25. Özgül N. Türkiye'de Serviks Kanserinin Durumu ve Yapılan Serviks Kanser Tarama Çalışmaları. İçinde: Türkiye'de Kanser Kontrolü. Ankara, 2011.s. 379-384

26. Crum CP, Lester SC, Cotran RS. Kadın Genital Sistem ve Meme. Temel Patoloji. İstanbul, 2003.s. 689

27. Basenman JG, Koutsky LA. The epidemiology of Human Papillomavirus infections. J Clin Virol 2005;32(Suppl 1):16-24

28. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html Erişim tarihi:13 Ocak 2021

29. Thomas TL, Strickland O, Diclemente R, Higgins M. An opportunity for cancer prevention during preadolescence and adolescence: stopping human papillomavirus (HPV)-related cancer through HPV vaccination. J Adolesc Health 2013;52(Suppl 5):60-8.

30. Güner H, Taşkıran Ç, Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virüs 2007; Cilt: 4 Sayı: 1 Sayfa: 11-19

31. Brody H. Colorectal cancer. Nature. 2015 May 14;521(7551):S1. doi: 10.1038/521S1a. PMID: 25970450

32. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. Lancet. 2019 Oct 19;394(10207):1467-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32319-0. PMID: 31631858.

33. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye 2010 Kanser İstatistikleri, www.kanser.gov.tr.

34. Eddy DM. Screening for colorectal cancer. Ann Intern Med. 1990; 113:373.

35. Wei EK, Giovannucci E, Wu K. Comparison of risk factors for colon and rectal cancer. Int J Cancer 2004; 108:433.

36. Brenner H, Kloor M, Pox CP. Colorectal cancer. Lancet. 2014 Apr 26;383(9927):1490-1502. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61649-9. Epub 2013 Nov 11. PMID: 24225001.

37. Young GP, St John DJ, Winawer SJ, Rozen P. Choice of fecal occult blood tests for colorectal cancer screening: recommendations based on performance ch aracteristics in population studies: WHO (World Health Organization) and OMED (World Organization for Digestive Endoscopy) report. Am J Gastroenterol 2002; 97 (10): 2499-2507.

38. Johnson DA, Anderson JC. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected]. Am J Gastroenterol 2009; 104:739.

39. Özdemir M.E. Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 20 yaş ve üzeri bireylerin kanser tarama testleri

hakkında bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2016.

40. Özsöyler M. Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 35 yaş ve üzeri hastaların kanser tarama testleri hakkında bilgi ve tutumları. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, 2018.

41. Çaman KÖ. Bilir N. Özcebe H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi?. Fırat Med J 2014;19(2):95-100

42. Bayçelebi G. Aydın F. Gökosmanoğlu F. Tat TS. Varım C. Trabzon'da kanser tarama testleri farkındalığı. Journal of Human Rhythm 2015;1(3):90-94

43. Dişçigil G, et al. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal, 2007, 20.1: 029-036.

44. Özer MK. Yetişkin bireylerin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ordu, 2019.

45. Oran TN, Can ÖH, Senuzun F, Aylaz DR. Health Promotion Lifestyle and Cancer Screening Behaviors: A Survey Among Academician Women. Asian Pacific J. Cancer Prev 2008; 9: 515-518.

46. Akyüz A, et al. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2006, 48.1 025-029.

47.Ünalan P, et al. Marmara Üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2005, 36.4: 147-151.

48. Ak M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda pap smear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2010, 2010.2: 1-4.

49. Moskowitz JM, Kazinets G, Wong JM, Tager IB. "Health is Strength": A Community Health Education Program to □mprove Breast and Cervical Cancer Screening Among Korean American Women in Alameda County, California. Cancer Detection and Prevention 2007; 31: 173-183.

50. Brenda E, Sirovich H,Welch G.The Frequency of Pap Smear Screening in the United States, J Gen Intern Med 2004; 19(3): 243-250.

51. Nyambe A, Kampen JK, Baboo SK, Van Hal G. Knowledge, attitudes and practices of cervical cancer prevention among Zambian women and men. BMC Public Health. 2019 May 4;19(1):508. doi: 10.1186/s12889-019-6874-2. PMID: 31054569; PMCID: PMC6500583.

52. Mongsawaeng C, Kokorn N, Kujapun J, Norkaew J, Kootanavanichpong N, Chavenkun W, Ponphimai S, Kaewpitoon SJ, Tongtawee T, Padchasuwan N, Pengsaa P, Kompor P, Kaewpitoon N. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Cervical Cancer among Rural Community Women in Northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2016;17(1):85-8. doi: 10.7314/apjcp.2016.17.1.85. PMID: 26838259.

53. Aweke YH, Ayanto SY, Ersado TL (2017) Knowledge, attitude and practice for cervical cancer prevention and control among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study. PLoS ONE 12(7): e0181415.

54. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B, Kadın Sağlık Calışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Med J 2014; 15: 154-60.

55. Korkut Y, Assesment of knowledge, attitudes and behaviors regarding breast and cervical cancer among women in western Turkey. Journal of İnternational Medical Research 2019; Vol. 47(4) 1660-1666.

56. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. World J Surg Oncol. 2006;4:11. Published 2006 Feb 21. doi:10.1186/1477-7819-4-11

57. Sayed, S., Ngugi, A.K., Mahoney, M.R. et al. Breast Cancer knowledge, perceptions and practices in a rural Community in Coastal Kenya. BMC Public Health 19, 180 (2019). https://doi.org/10.1186/s12889-019-6464-3

58. Gan YX, Lao CK, Chan A. Breast cancer screening behavior, attitude, barriers among middle-aged Chinese women in Macao, China. J Public Health (Oxf). 2018 Dec 1;40(4):e560-e570. doi: 10.1093/pubmed/fdy077. PMID: 29741646.

59. Yeung MPS, Chan EYY, Wong SYS, Yip BHK, Cheung PS. Hong Kong female's breast cancer awareness measure: Cross-sectional survey. World J Clin Oncol. 2019;10(2):98-109. doi:10.5306/wjco.v10.i2.98

60. Jacob TC, Penn NE, Brown M: Breast self-examination: knowledge, attitudes, and performance among black women. J Natl Med Assoc 1989, 81(7):769-776.

61. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2003; CD003373 [PMID: 12804462 DOI:10.1002/14651858.CD003373]

62. Baxter N; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-

examination to screen for breast cancer? CMAJ 2001; 164: 1837-1846 [PMID: 11450279]

63. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, Porter P, Hu YW, Zhao GL, Pan LD, Li W, Wu C, Coriaty Z, Evans I, Lin MG, Stalsberg H, Self SG. Randomized trial of breast selfexamination in Shanghai: final results. J Natl Cancer Inst 2002; 94: 1445-1457 [PMID:12359854 DOI:10.1093/jnci/94.19.1445]

64.Tekpınar H, Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2017.

65. Boran AB, Evaluation of the knowledge, attitude and behavior of female health workers about breast cancer, cervical cancer and routine screening tests. İstanbul Med J 2014; 15:154-60

66. Soskolne V, Marie S, Manor O. Beliefs, Recommendations and Intentions Are Important Explanatory Factors of Mammography Screening Behavior Among Muslim Arab Women in Israel. Health Educatıon Research 2007; 22(5): 665-676

67. Hannon PA, Maxwell AE, Cam Escoffery C, Vu T, Kohn M, Leeman J, Carvalho ML, Pfeiffer DJ, Dwyer A, Fernandez ME, Vernon SW, Liang L, DeGroff A. Colorectal Cancer Control Program Grantees" Use of Evidence-Based Interventions. Am J Prev Med. 2013; 45(5):644-8.

68. Taş F, Kocaöz S, Çirpan R. The effect of knowledge and health beliefs about colorectal cancer on screening behaviour. J Clin Nurs. 2019 Dec;28(23-24):4471-4477. doi: 10.1111/jocn.15032. Epub 2019 Sep 5. PMID: 31410923.

69. Sach TH, Whynes DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. BMC Public Health 2009; 9:431.

70. Tastan S, Andsoy II, Iyigun E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(9):5157-63. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.9.5157. PMID: 24175793.

71. So WK, Choi KC, Chan DN, Shiu AT, Ho SS, Chan HY, Lam WW, Cheng KK, Goggins W, Chan CW. Colorectal cancer screening behaviour and associated factors among Chinese aged 50 and above in Hong Kong - a population-based survey. Eur J Oncol Nurs. 2012 Sep;16(4):413-8. doi: 10.1016/j.ejon.2011.09.006. Epub 2011 Oct 28. PMID: 22036772.

72. Janz NK, Wren PA, Schottenfeld D, Guire KE. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. Prev Med. 2003 Dec;37(6 Pt 1):627-34. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.09.016. PMID: 14636796.

EKLER

EK 1: Araştırma anket formu

Bu anket, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında yapılan bir tez çalışmasında kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Vereceğiniz cevaplar verilerin doğru elde edilmesi için önemlidir. Lütfen size en uygun seçeneği seçiniz. Katkınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız: …

2.Cinsiyetiniz:
1) Kadın 2) Erkek

3.Medeni durumunuz:
1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış-Dul

4.Eğitim durumunuz:
1) Okuryazar değil 2)Okuryazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6)Üniversite 7) Yüksek lisans

5.Mesleğiniz nedir?
1) Çalışmıyor 2) İşçi 3) Memur 4) Emekli 5)Öğrenci
6) Sağlık çalışanı 7) Diğer: …….

6.Aile gelir düzeyiniz (aylık toplam):
1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

7.Uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri nedir?
1) İl 2) İlçe 3) Kasaba/Köy 4) Farklı Ülke

8.Sigara içiyor musunuz?
1) Hayır 2) Evet 3) Bıraktım

9.Alkol kullanıyor musunuz?
1) Hayır 2) Evet

10. Doktor tarafından tanı konmuş sürekli bir hastalığınız var mı?
1) Hayır 2) Evet; ise belirtiniz: …….

11. Tanı aldığınız bir kanser türü var mı?
1) Hayır 2) Evet; ise belirtiniz: …….

12. Ailenizde kanser hastası olan var mı?
1) Hayır 2) Evet

13. Aileniz dışında kanser tanısı alan tanıdığınız var mı?

1) Hayır 2) Evet

14.Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?
1) Hayır 2) Evet

15.Ülkemizde hangi kanserlerin tarandığını biliyor musunuz?
1) Fikrim yok 2) Hiçbirini bilmiyorum
3) Kısmen biliyorum 4) Hepsini biliyorum

16.Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
1) Rahim ağzı 2) Kemik3) Meme 4) Cilt
5) Kalın barsak 6) Mide 7) Over 8)Fikrim yok
9) Diğer; ise belirtiniz: ……....

17. Kanser tarama testleri hakkında bilgiyi nerden aldınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
1) Aile hekimi 2) Diğer bölüm hekimleri
3) İnternet 4) Hekim dışı sağlık çalışanları
5) Televizyon 6) Aile, tanıdıklar
7) Broşür, kitap 8) Diğer; ise belirtiniz: ……....

18. Hekim ya da diğer sağlık çalışanları tarafından size kanser tarama testlerini yaptırmanızı öneren oldu mu?
1) Hayır 2) Evet

19. Siz herhangi bir kanser tarama testi yaptırdınız mı?
1) Hayır 2) Evet; ise belirtiniz: …….

20. Kanser tarama testlerini düzenli aralıklarla yaptırır mısınız?
1) Hayır 2) Evet

21. Kanser tarama testlerini yaptırmadıysanız ya da düzensiz yaptırıyorsanız nedeni nedir?
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
1) Korktuğum için
2) Utandığım için
3) Zaman bulamadığım için
4) Bilgim olmadığı için
5) Nasıl ulaşacağımı bilmediğim için
6) İşe yaramayacağını düşündüğüm için
7) Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için
8) Ailemde kanser olmadığı için
9) Ağrılı olduğunu düşündüğüm için
10) Bu testlerin yeterliliğine inanmadığım için
11) Diğer; ise belirtiniz: ……....

22. Kanser tarama testlerini nerede yaptırmayı tercih edersiniz?
1) Aile hekiminde 2) Özel hastanelerde
3) Devlet hastanesi ya da üniversite hastanesinde
4) Diğer; ise belirtiniz: ……..

23.KETEM(Kanser Erken Tarama ve Eğitim Merkezi) hakkında bilginiz var mı?
1) Duydum ancak ne işe yaradığını bilmiyorum
2) Duydum ve bilgim var 3) Bilgim yok

24. Kanser tarama için KETEM'e başvurdunuz mu?
1) Hayır 2)Evet

25-39 arası sorular kadın katılımcılar içindir.

25. Smear testini duydunuz mu?
1) Hayır 2) Evet

26. Smear testinin ne sıklıkta yapılması önerilmektedir?
1) Yılda bir 2) İki yılda bir 3) Beş yılda bir
4) On yılda bir 5) Fikrim yok

27.(30-65 yaş katılımcılar için) Tarama amaçlı hiç smear testi yaptırdınız mı?
1) Hayır 2) Evet

28.HPV/DNA testini duydunuz mu?
1) Hayır 2) Evet

29.HPV/DNA testinin ne sıklıkta yapılması önerilmektedir?
1)Yılda bir 2)İki yılda bir 3)Beş yılda bir 4)On yılda bir 5)Fikrim yok

30.(30-65 yaş katılımcılar için) Daha önce hiç HPV/DNA testi yaptırdınız mı?
1) Hayır 2) Evet

31. Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilginiz var mı?
1) Hayır 2) Evet

32. Kendi kendine meme muayenesinin ne sıklıkta yapılması önerilmektedir?
1) Haftada bir 2) Ayda bir 3) Yılda bir 4)Fikrim yok

33. Kendi kendine meme muayenesini ne sıklıkta yaparsınız?
1) Ayda bir 2) Yılda bir
3) Düzensiz aralıklarla 4)Hiç yapmadım

34. Klinik meme muayenesi (doktor tarafından yapılan meme muayenesi) hakkında bilginiz var mı?

1) Hayır 2) Evet

35. Klinik meme muayenesinin ne sıklıkta yapılması önerilmektedir?
1) Ayda bir 2)Yılda bir 3)2 yılda bir 4)Fikrim yok

36. Daha önce hiç klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?
1) Hayır 2) Evet

37. Mamografi hakkında bilginiz var mı?
1) Hayır 2) Evet

38. Mamografi çektirilmesi ne sıklıkta önerilmektedir?
1) Yılda bir 2) İki yılda bir 3) Beş yılda bir 4) Fikrim yok

39.(40-69 yaş kadın katılımcılar) Daha önce tarama amaçlı mamografi çektirdiniz mi?
1) Hayır 2) Evet

40. Gaitada gizli kan testini duydunuz mu?
1) Hayır 2) Evet

41. Gaitada gizli kan testinin ne sıklıkta yaptırılması önerilmektedir?
1) Yılda bir 2) İki yılda bir 3) Beş yılda bir 4) Fikrim yok

42.(50-70 yaş katılımcılar için) Daha önce gaitada gizli kan testi yaptırdınız mı?
1) Hayır 2) Evet

43. Kolonoskopi (Makattan girilerek yapılan kalın barsak görüntüleme yöntemi) hakkında bilginiz var mı?
1) Hayır 2) Evet

44. Kanser tarama amaçlı kolonoskopinin ne sıklıkta yapılması önerilmektedir?
1)İki yılda bir 2)Beş yılda bir 3)On yılda bir 4)Fikrim yok

45.(50-70 yaş katılımcılar için) Daha önce kanser tarama amaçlı kolonoskopi yaptırdınız mı?
1) Hayır 2) Evet