

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİM DIŞI
SAĞLIK PERSONELLERİNİN KANSER TARAMALARI
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. MEHMET ÖZER

DANIŞMAN
DR. ÖĞR.ÜYESİ NİLÜFER EMRE

DENİZLİ – 2021

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİM DIŞI
SAĞLIK PERSONELLERİNİN KANSER TARAMALARI
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. MEHMET ÖZER

DANIŞMAN
DR. ÖĞR.ÜYESİ NİLÜFER EMRE

DENİZLİ – 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlanmamı sağlayan ve tez dönemim boyunca tezimin planlama, uygulama ve yazım aşamalarında emeğini, akademik desteğini ve sabrını hiç esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer Emre'ye;

Uzmanlık eğitimim boyunca aile hekimliği felsefesini benimsememizde bilgi ve deneyimiyle bize yol göstererek desteğini esirgemeyen ve pandemi süresince bizleri koruyup kollayan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Tamer Edirne, Prof. Dr. Aysun Özşahin ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Arslan'a;

Tezimin veri toplama aşamasında destek olan Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarına;

Tezim ile ilgili yardımlarını esirgemeyen Adnan Menderes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan çok değerli arkadaşım Dr. Mehmet Oğuz Türkmen'e;

Pamukkale Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda beraber çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Bu günlere gelmemi sağlayan, her zaman emeklerini ve desteklerini esirgemeyen çok değerli annem ve babama;

Hayatım boyunca beni yalnız bırakmayan, anlayan ve destekleyen çok kıymetli kardeşim Ayşegül'e;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet ÖZER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER	V
SİMGELER VE KISALTMALAR	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
ÖZET.....	XI
SUMMARY	XII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KANSERİN TANIMI ve ÖNEMİ	3
2.1.1. Kanserin Tanımı.....	3
2.1.2. Kanserin Önemi.....	3
2.2. DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE KANSER	3
2.2.1 Dünyada Kanser	3
2.2.2 Türkiye'de Kanser	8
2.3. KANSER TARAMALARI.....	12
2.4. ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMI.....	13
2.4.1. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	14
2.4.1.1. Türkiye’de meme kanseri taraması	15
2.4.2. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	15
2.4.2.1 Türkiye’de serviks kanseri taraması.....	16
2.4.3. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları.....	17
2.4.3.1. Türkiye’de kolorektal kanser taraması	18
2.5. KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA ve EĞİTİM MERKEZİ.....	18
2.6. KANSERDEN KORUNMA	18
2.6.1. Birincil Koruma.....	19
2.6.2. İkincil Koruma	19
2.6.3. Üçüncül Koruma	20
2.6.4. Dördüncül Koruma	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	21

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	21
3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ	21
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ	21
3.4. ARAŞTIRMANIN TİPİ	21
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ.....	21
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	22
3.7. ARAŞTIRMADAN HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ.....	22
3.8. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	22
3.8.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	22
3.8.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	22
3.9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	23
3.10. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....	23
3.11. ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	82
KAYNAKLAR	84
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ASC-H: Atypical Squamous Cells-High-grade
ASC-US: Atypical Squamous Cells-Undetermined Significance
ASM: Aile Sağlığı Merkezleri
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CC: Kranyokaudal
CIN: Servikal İntraepitelial Neoplazi
COVID-19: Coronavirus Disease-2019
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
FDA: Food and Drug Administration
GGK: Gaitada Gizli Kan
HPV: Human Papilloma Virüsü
HPV-DNA: Human Papilloma Virüsü-Deoksiribo Nükleik Asit
HSIL: High-grade Squamous Intraepithelial Lesion
IARC: International Agency for Research
IVD: In Vitro Diagnostics
KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezleri
KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM: Klinik Meme Muayenesi
KRK: Kolorektal kanser
LSIL: Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion
MEDA: Avrupa Akdeniz Ekonomik Kalkınma Alanı
MLO: Medyolateral Oblik
PAP: Papanicolaou
PSA: Prostat Spesifik Antijen
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
TSM: Toplum Sağlığı Merkezleri
UKTS: Ulusal Kanser Tarama Standartları

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (16).	4
Şekil 2. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (17).	4
Şekil 3. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (18).	5
Şekil 4. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (19).	6
Şekil 5. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (20).	7
Şekil 6. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (21).	7
Şekil 7. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017) (22).....	8
Şekil 8. Tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017) (22).....	8
Şekil 9. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (23).....	9
Şekil 10. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (24).....	10
Şekil 11. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (25).....	10
Şekil 12. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (26).....	11
Şekil 13. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (27).....	11
Şekil 14. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (28).....	12

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri	25
Tablo 2. Kanser taramalarının önemi, amacı ve KETEM.....	27
Tablo 3. Ulusal kanser tarama programında yer alan kanserler	27
Tablo 4. Meme kanseri tarama programı ile ilgili bilgi düzeyleri.....	28
Tablo 5. Serviks kanseri tarama programı ile ilgili bilgi düzeyleri.....	29
Tablo 6. Kolorektal kanser tarama programı ile ilgili bilgi düzeyleri.....	30
Tablo 7. Sağlık çalışanlarının KKMM yapma durumu ve yapmama nedenleri.....	30
Tablo 8. Sağlık çalışanlarının KMM yaptırma durumu ve yaptırmama nedenleri ...	31
Tablo 9. Sağlık çalışanlarının mamografi çekirme durumu ve çekirmeme nedenleri	32
Tablo 10. Sağlık çalışanlarının Pap-Smear testi ve HPV-DNA testi yaptırma durumu ve yaptırmama nedenleri	33
Tablo 11. Sağlık çalışanlarının GGK testi ve Kolonoskopi yaptırma durumu ve yaptırmama nedenleri.....	33
Tablo 12. Sağlık çalışanlarının yaş ile taramalar ile ilgili bazı bilgileri ve taramalara karşı davranışları arasındaki ilişki.....	34
Tablo 13. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan meme, serviks ve kolon kanserinin bilinmesi arasındaki ilişki.....	35
Tablo 14. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan meme kanserinin bilinmesi arasındaki ilişki	36
Tablo 15. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan serviks kanserinin bilinmesi arasındaki ilişki	37
Tablo 16. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan kolon kanserinin bilinmesi arasındaki ilişki	38
Tablo 17. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan meme kanserinde taranan kadınların yaş grubunun bilinmesi arasındaki ilişki.....	40
Tablo 18. Sosyodemografik veriler ile meme kanseri görüntüleme yönteminin bilinmesi arasındaki ilişki	41
Tablo 19. Sosyodemografik veriler ile mamografi çekilme sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki	42

Tablo 20. Sosyodemografik veriler ile KKMM ve KMM’de önerilen başlama yaşının bilinmesi arasındaki ilişki.....	43
Tablo 21. Sosyodemografik veriler ile KKMM yapılma sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki	44
Tablo 22. Sosyodemografik veriler ile KMM yapılma sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki.....	45
Tablo 23. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan serviks kanserinde taranan kadınların yaş grubunun bilinmesi arasındaki ilişki.....	46
Tablo 24. Sosyodemografik veriler ile serviks kanseri tarama yönteminin bilinmesi arasındaki ilişki	48
Tablo 25. Sosyodemografik veriler ile serviks kanseri tarama sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki	49
Tablo 26. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan kolon kanserinde taranan kadın ve erkeklerin yaş grubunun bilinmesi arasındaki ilişki.....	50
Tablo 27. Sosyodemografik veriler ile kolorektal kanser tarama yönteminin bilinmesi arasındaki ilişki	51
Tablo 28. Sosyodemografik veriler ile GGK testi yapılma sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki	52
Tablo 29. Sosyodemografik veriler ile kolonoskopi yapılma sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki	53
Tablo 30. Sosyodemografik veriler ile sağlık çalışanlarının KKMM yapma durumları arasındaki ilişki	55
Tablo 31. Sosyodemografik veriler ile sağlık çalışanlarının KMM yaptırma durumları arasındaki ilişki	56
Tablo 32. Bazı sosyodemografik veriler ile sağlık çalışanlarının mamografi çekirme durumu arasındaki ilişki.....	57
Tablo 33. Bazı sosyodemografik veriler ile sağlık çalışanlarının smear-HPV DNA testi yaptırma durumu arasındaki ilişki.....	58

ÖZET

Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim dışı sağlık personellerinin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Dr. Mehmet ÖZER

Kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra dünyada ölüm sebepleri arasında ikinci sırada gelmekte olup tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kanserın erken evrede yakalanması; kansere bağlı ölümlerin azaltılmasında önemli yere sahiptir ve bu nedenle kanser taramaları çok önemlidir. Toplumun kanser taramaları konusunda bilinçlendirilmesinde sağlık çalışanları önemli bir rol oynamakta olup; sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri, tutum ile davranışları bu süreci etkilemektedir. Bu araştırmada, ulusal kanser tarama programında yer alan kanserler ile ilgili kadın sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri, taramalara karşı tutum ve davranışları ile bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamıza Pamukkale Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi'nde görev yapan hekim dışı 310 kadın sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan veriler oluşturduğumuz açık ve kapalı uçlu 42 sorudan oluşan anket formu ile elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarının %7,4'ü tarama programında yer alan kanserleri bilmiştir. Tek başına taramada meme kanserinin olduğunun bilinme oranı %75,2, serviks kanserinin olduğunun bilinme oranı %45,2, kolorektal kanserin olduğunun bilinme oranı %31,9'dur. Sağlık çalışanlarının %98,4'ü taramaları başkalarına önereceğini bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının %84,5'i kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yaparken aylık yapan %14,5; %53,8'i mamografi çektirirken 2 yılda bir çektiren %13,5; %64,7'si smear-HPV-DNA testi yaptırırken 5 yılda bir yaptıran %9,8 idi. Kolorektal kanser taramasına uygun yaş aralığında oldukları halde hiçbir sağlık çalışanı gaitada gizli kan testi (GGK) ve kolonoskopi yaptırmadığı belirlenmiştir. Tarama yaptırmama nedenleri sorgulandığında genel olarak ihmal etme ve şikâyeti olmadığı için gerekli görmeme dikkat çekmiştir.

Sağlık çalışanlarının kanser taramaları bilme oranlarının ve tarama davranışlarının ortalama veya yetersiz olduğu, taramalara karşı tutumlarının olumlu olduğu ve kanser taramaları ile ilgili eğitime ihtiyaçları olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanları, kanser taraması, bilgi, tutum, davranışlar.

SUMMARY

Evaluation of knowledge, attitudes and behaviors of non-physician healthcare professional working in a university hospital about cancer screening

Dr. Mehmet ÖZER

Cancer is the second leading cause of death in the world after cardiovascular diseases and is a serious public health problem all over the world. Early detection of cancer; It has an important place in reducing cancer-related deaths and therefore cancer screenings are very important. Healthcare professionals play an important role in raising awareness of the society about cancer screenings; the knowledge levels, attitudes and behaviors of healthcare professionals affect this process. In this study, it was aimed to determine the knowledge levels, attitudes and behaviors of female health workers about cancers in the national cancer screening program and the factors affecting them.

In total 310 non-physician female healthcare professionals working at Pamukkale University Faculty of Medicine Hospital have were included in our study. The data used in the research were obtained through a questionnaire consisting of 42 questions open and closed-ended.

A total of 7.4% of healthcare professionals knew about cancers included in the screening program. The rate of knowing that there is breast cancer in screening alone is 75.2%, the rate of knowing that there is cervical cancer is 45.2%, and the rate of knowing that there is colorectal cancer is 31.9%. 98.4% of healthcare professionals reported that they would recommend screening to others. While 84.5% of the healthcare professionals perform breast self examination (BSE), 14.5% monthly; while 53.8% had mammography, 13.5% every 2 years; while 64.7% had smear-HPV-DNA test, 9.8% had it done every 5 years. Although they were in the age range suitable for colorectal cancer screening, it was determined that none of the healthcare professionals had a fecal occult blood test (FOB) and colonoscopy. When the reasons for not having a screening were questioned, he drew attention to neglect in general and not seeing it necessary because he had no complaints.

It has been determined that the level of knowledge of cancer screenings and screening behaviors of healthcare professionals are average or insufficient, their attitudes towards screening are positive and they need training on cancer screenings.

Key words: Healthcare professionals, cancer screening, knowledge, attitude, behaviors.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, 2020'de yaklaşık 10 milyon ölüme sebep olmasıyla dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir (1). Kardiyovasküler hastalıklardan sonra dünyada ölüm sebepleri arasında kanser ikinci sırada gelmektedir (1,2). Türkiye'de de kanser en önemli ölüm nedenlerindedir. 2019 yılında Türkiye'deki ölüm nedenlerine bakıldığında %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer alırken; ikinci sırada %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörler yer almaktadır (3). Kanserın erken evrede yakalanması; kanserden ölümlerin azaltılmasında önemli yere sahip olup, erken tanı sayesinde yaşam süresini arttırıp hastalığın iyileşmesini sağlayacaktır (4,5). Bu nedenle kanser taramaları önemli ve gereklidir. Daha etkili ve daha kolay tedavi için erken tanı hedeflenmelidir. Herhangi bir şikayet olmadan toplumdaki risk altındaki kişilere yapılan klinik testler ve muayeneler gibi her türlü sağlık hizmeti kanser taraması olarak kabul edilebilir (2).

Yaygın görülen kanserlere karşı kadınların erken tanı amacıyla kanser taraması yaptırması kansere bağlı ölümlerin azalmasında ve yaşam kalitesinin artmasında önemli bir yere sahip olduğundan; kadınların erken tanı ve tedavi için kanser taraması yaptırması önemlidir (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserinin (KRK) erken evrede tanı alması için tarama programları önerir (2). Ülkemizde sağlık bakanlığına bağlı olarak Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuş olup; KETEM tarafından meme, serviks ve kolorektal kanserlerin taraması için 'Ulusal Kanser Tarama Programı' oluşturulmuştur (4,6). Bu program Türkiye'de 2008 yılında başlatılmıştır (4).

Meslek grupları arasında, toplumda sağlıklı ve hasta bireyler ile iletişim halinde olan önemli bir grup sağlık çalışanlarıdır. Öncelikli olarak sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını koruması, geliştirmesi, hastalıklarını önlemesi ve bunu yaparken de topluma örnek olmak için kendi sağlık davranışlarını yerine getirmesi önemlidir. Kanserın erken dönemde fark edilmesinde etkili olan tarama davranışlarının önemini bilen ve bu davranışları yerine getiren sağlık çalışanları; hem kendi sağlıklarının korunmasında, kansere bağlı ölümlerin azalmasında hem de bu kanser taramaları ile ilgili topluma hizmet vermede daha etkili olabilirler (4-7).

Yeterli bilgi ve farkındalık, etkin tarama ve erken teşhis için önemli bir yere sahiptir. Kadın sağlık çalışanları hastaların taramalar ile ilgili davranışları konusunda

farkındalık yaratabilir, tutum ve inançlarını olumlu yönde etkileyebilir. (8). Sağlık çalışanlarının, kadınlar arasında rahim ağzı kanseri tarama uygulamasının iyileştirilmesine önemli bir katkısı vardır. Sağlık çalışanlarının, sağlık dışı çalışanlara kıyasla rahim ağzı kanseri taraması konusunda bilgili olmaları ve dolayısıyla rahim ağzı kanseri taramasına katılımları konusunda diğer kadınları yönlendirmeleri beklenir (9). Sonuç olarak kadın sağlık çalışanlarının eğitilmesi ile kadın sağlık çalışanlarının hastaları, yakınları ve tanıdıkları vasıtasıyla aktarabilecekleri bilgiler sayesinde farkındalık daha da yaygınlaşacaktır (8).

Çakmak ve Güler (6)'in 2018 yılında Muğla'da kadın sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada; genel olarak tarama testlerinin uygulama sıklığı ve tarama testleri bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Şeker ve ark. (4)'nın 2017 yılında Aydın'da üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşireler ile yaptıkları araştırmada; KETEM'lerin bilinirliği ve tarama testlerini yaptırma oranları yetersiz olarak saptanmıştır. Koruk ve ark. (10)'nın 2015 yılında Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık kuruluşundaki sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada; katılımcıların Ulusal Kanser Tarama Programı'nda yer alan kanser türlerinin tümünü bilmediği, tarama testleri ve programın içeriği ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırma ile ulusal kanser tarama standartları içerisinde yer alan meme, serviks ve kolorektal kanserler açısından kadın sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile taramalara karşı tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır. Ayrıca kanserin kontrolünde; daha çok önleyici olabilmek için erken tanı ve tarama programlarına önem verilmesi gerektiğinden (2) bu konuya daha fazla odaklanması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSERİN TANIMI ve ÖNEMİ

2.1.1. Kanserin Tanımı

Kanser, vücuttaki hemen hemen her organ veya dokudan başlayabilen, vücudun bitişik kısımlarını normal aralığın ötesinde tutabilen ve/veya anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesiyle diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubudur (11). Tümör, neoplazi kelimeleri de kullanılmaktadır. Tümör kelimesi, anormal bir şişlik anlamındadır. Ancak modern tıpta tümör, başlatıcı uyarının yokluğunda devam eden, hücrelerin otonomi veya kısmi otonomi ile anormal büyümesinden kaynaklanan bir lezyondur (12). Birçok farklı kanser türü olmasına rağmen, hepsi anormal hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla başlar. Zamanında tedavi edilmezse ciddi hastalıklara hatta ölüme neden olabilir (13).

2.1.2. Kanserin Önemi

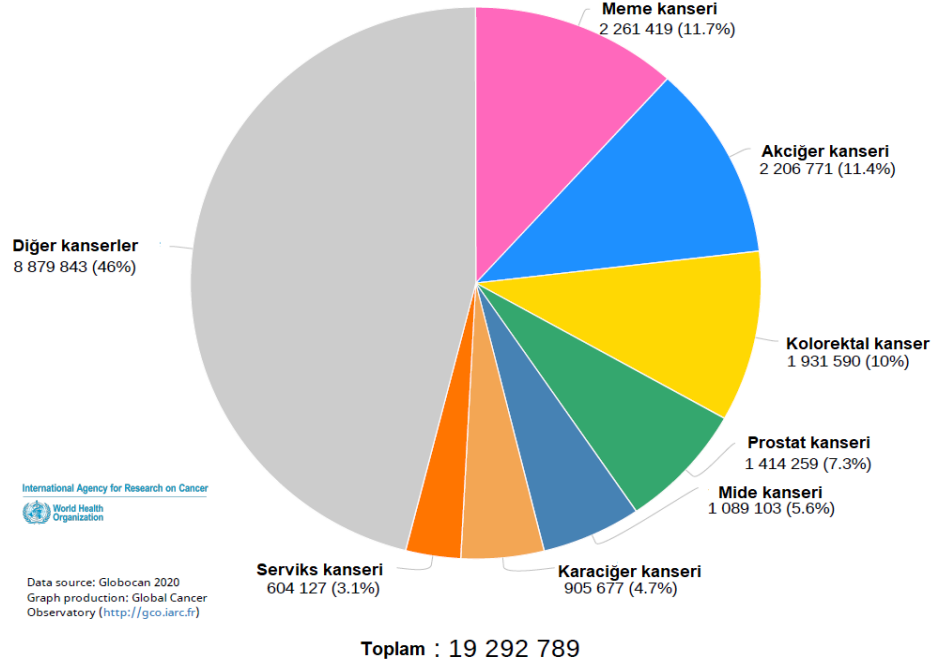
2020 yılında yaklaşık 10 milyon ölüme sebep olmasıyla dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir (1). Kardiyovasküler hastalıklardan sonra dünyada ölüm sebepleri arasında kanser ikinci sırada gelmektedir (2,14). Türkiye’de de kanser en önemli ölüm nedenlerindedir. 2019 yılında Türkiye’deki ölüm nedenlerine bakıldığında %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer alırken; ikinci sırada %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörler yer almaktadır (3). Sık görülmesi ve yüksek ölüm oranları ile kanser, önemli bir sağlık problemidir.

2.2. DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE KANSER

2.2.1 Dünyada Kanser

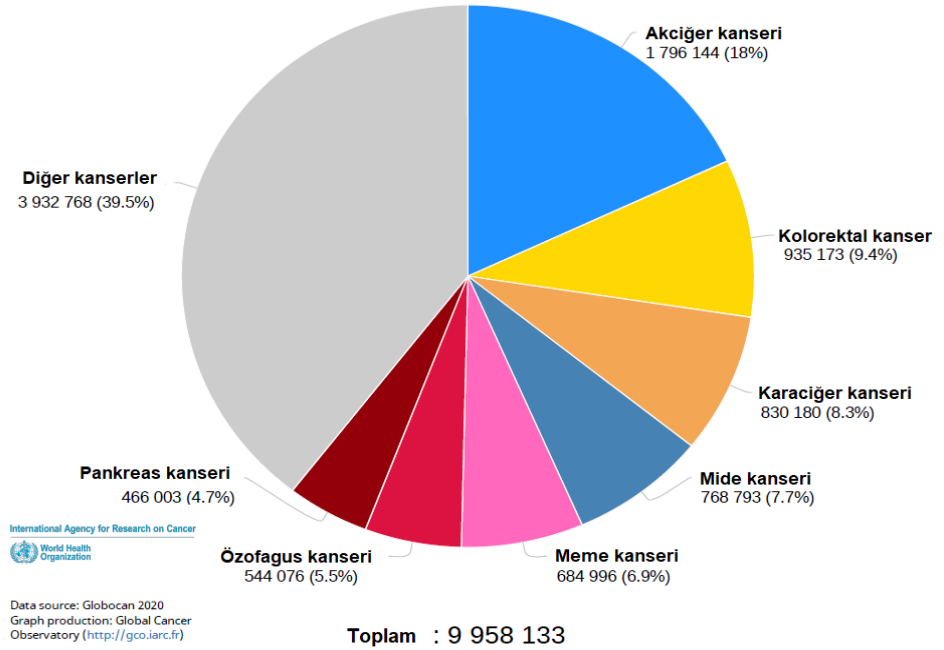
2020 yılında dünyada en yaygın görülen kanserler; meme (2.26 milyon vaka), akciğer (2.21 milyon vaka), kolon ve rektum (1.93 milyon vaka), prostat (1.41 milyon vaka), cilt (melanom dışı) (1,20 milyon vaka) ve midedir (1.09 milyon vaka) (şekil 1). 2020’de kanserden ölümlerinin en yaygın nedenlerine bakarsak akciğer (1.80 milyon ölüm), kolon ve rektum (935 000 ölüm), karaciğer (830 000 ölüm), mide (769 000 ölüm) ve meme (685 000 ölüm) yer alır (şekil 2) (15).

Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı



Şekil 1. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (16).

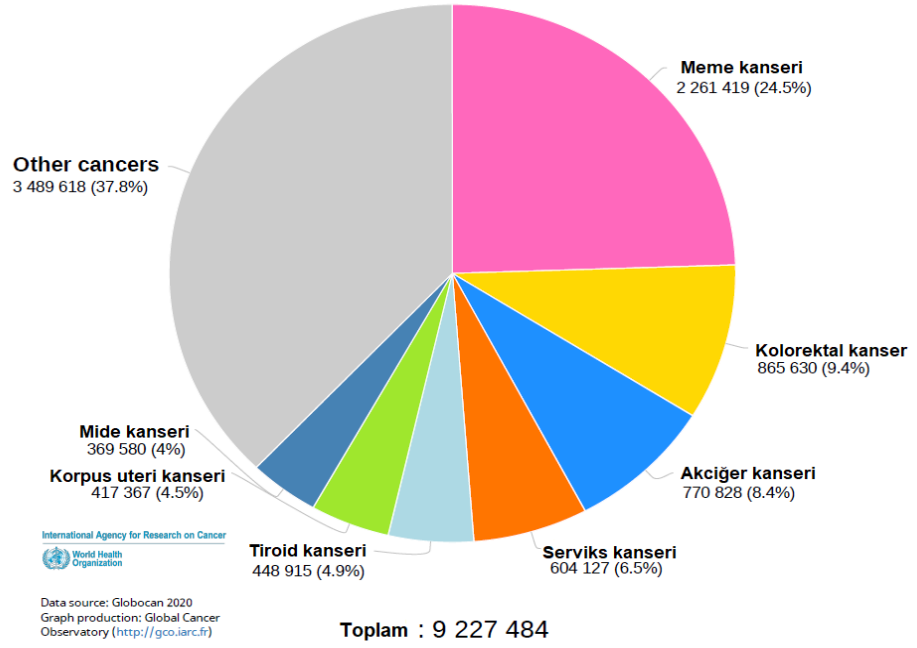
Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini ölüm sayısı



Şekil 2. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (17).

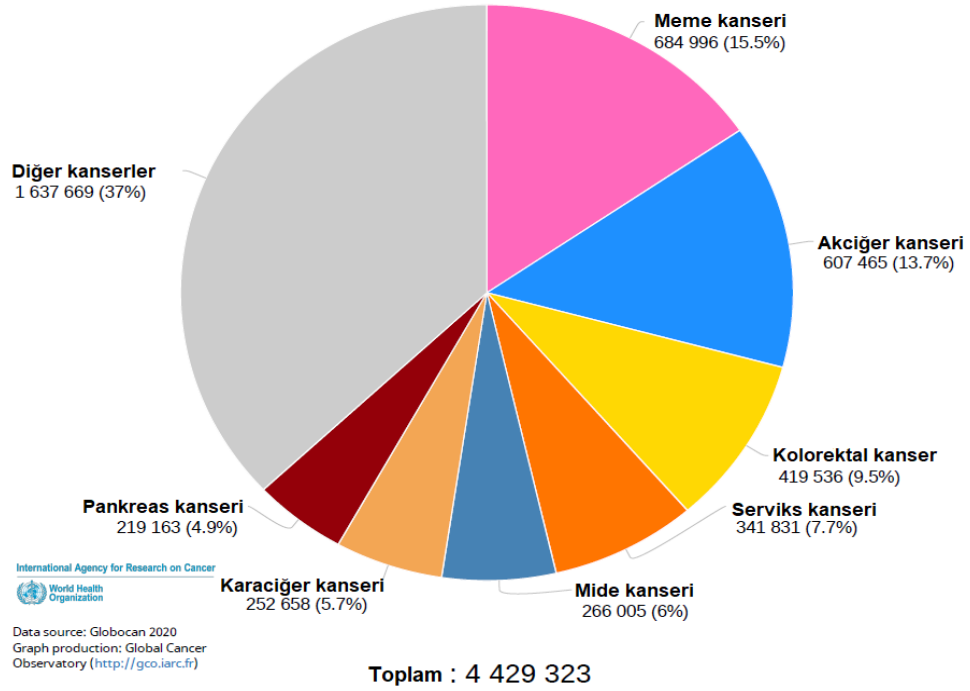
Dünyada kadınlarda 2020 yılında kadınlarda en sık görülen kanserler arasında ilk üçte; meme kanseri, kolorektal kanser ve akciğer kanseri yer almaktadır (Şekil 3) (18). Dünya geneli 2020 yılında kadınlarda en sık öldüren üç kanser türü; meme kanseri, akciğer kanseri ve kolorektal kanserdir (Şekil 4) (19).

Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı



Şekil 3. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (18).

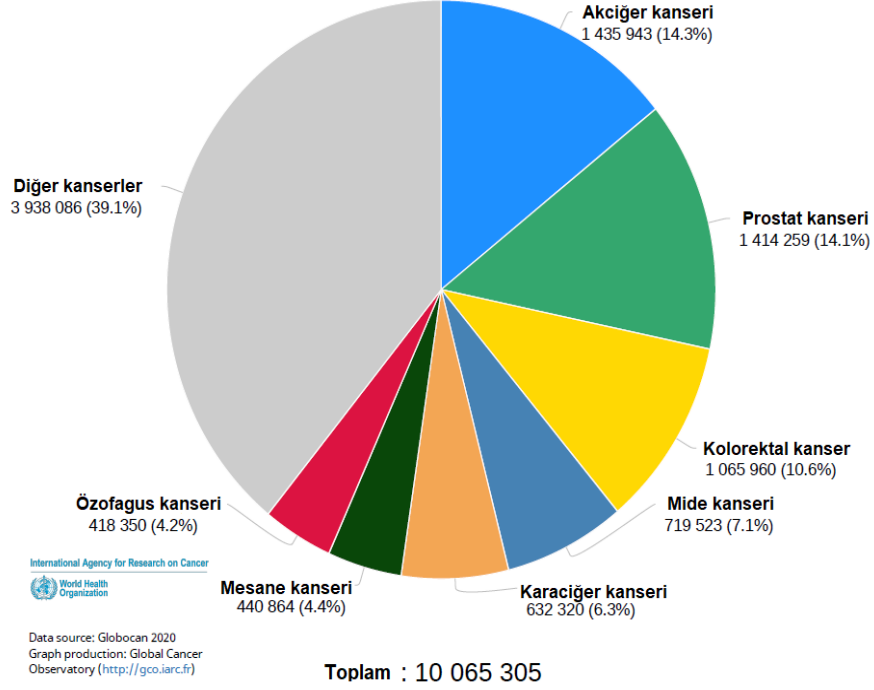
Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini ölüm sayısı



Şekil 4. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (19).

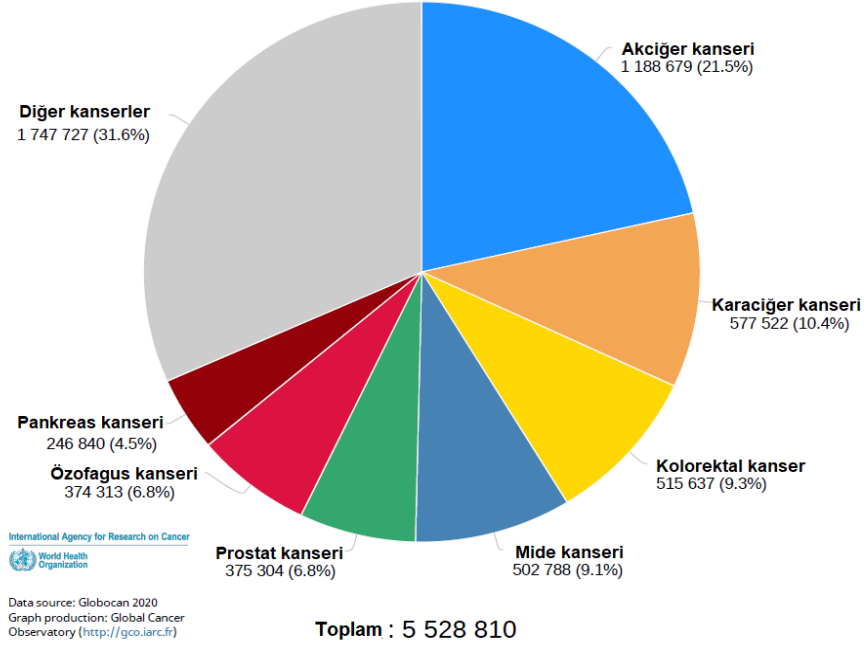
Dünyada 2020 yılında erkeklerde görülen görülen kanser insidanslarına bakacak olursak; ilk sırada akciğer kanseri yer alıp onu prostat ve kolorektal kanserler takip etmektedir (Şekil 5) (20). Dünya geneli erkeklerde mortalite oranlarına bakıldığında yine akciğer kanserleri ilk sırada yer almakta olup, onu karaciğer ve kolorektal kanserler izlemektedir (Şekil 6) (21).

Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı



Şekil 5. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (20).

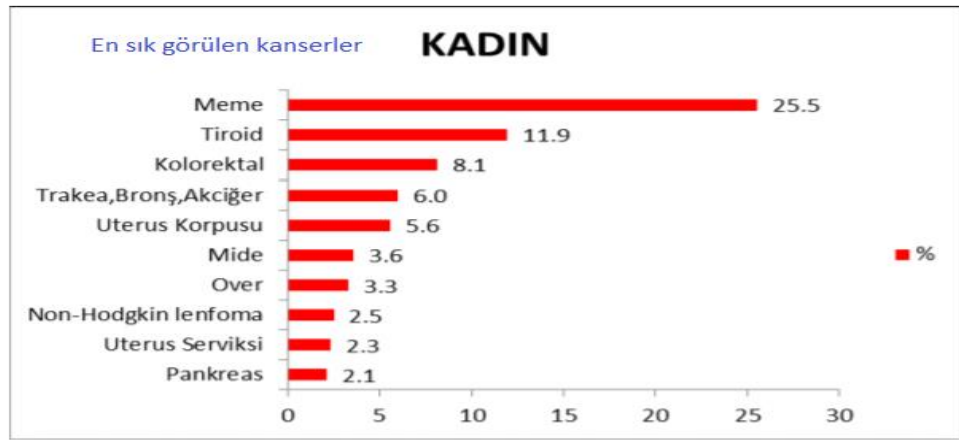
Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini ölüm sayısı



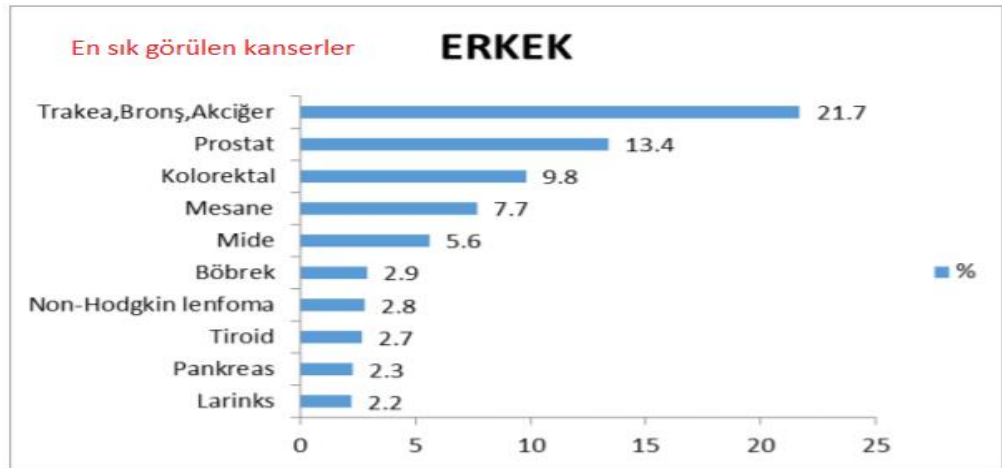
Şekil 6. Dünya genelinde 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (21).

2.2.2 Türkiye'de Kanser

Türkiye'de kadınlarda en sık meme kanseri görülürken (Şekil 7); erkeklerde ise en sık görülen kanser trakea, bronş, akciğer kanseridir (Şekil 8) (22). Ölüm nedenlerine göre bakıldığında 2019 yılında %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer alırken; bunu ikinci sırada %18,4 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ve üçüncü sırada %12,9 ile solunum yolu hastalıkları izlemektedir. İyi huylu ve kötü huylu tümörlerden ölüm oranının alt analizine göre gırtlak ve trakea/bronş/akciğer malign tümörleri %30,2, lenfoid ve hematopietik sistem malign tümörleri %7,9 ve midenin malign tümörleri %8,1 olarak hesaplanmıştır (3).

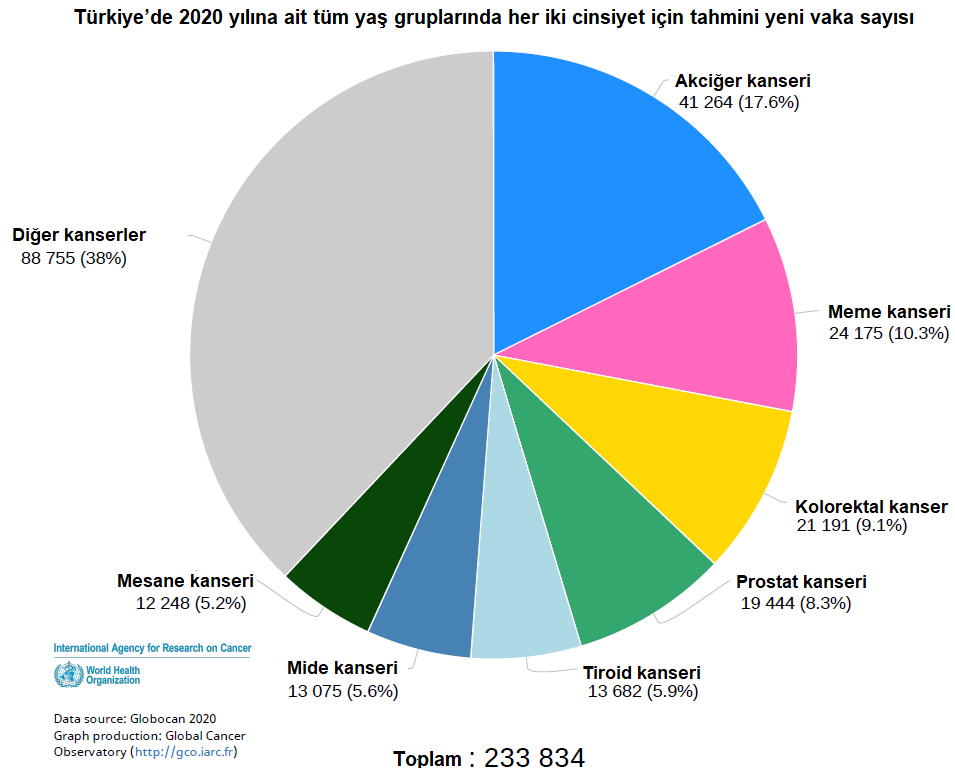


Şekil 7. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017) (22).

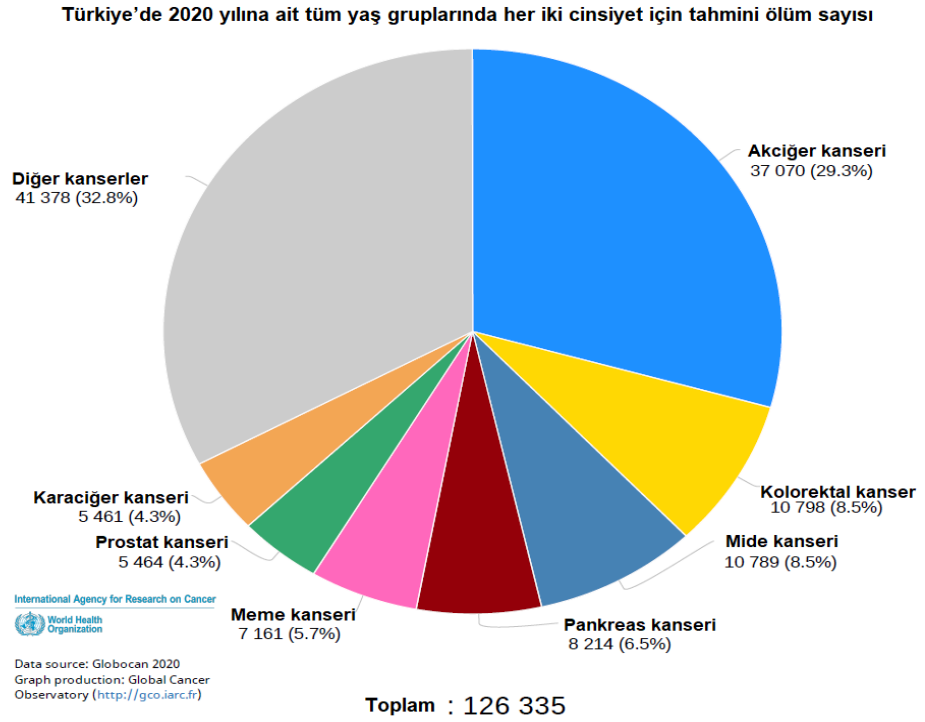


Şekil 8. Tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017) (22).

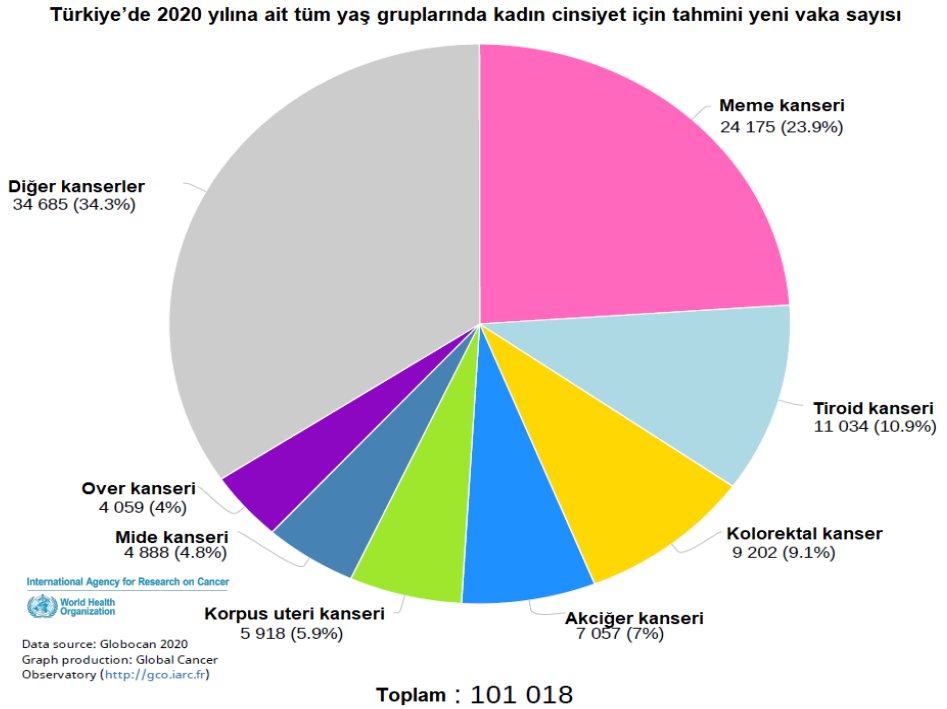
DSÖ, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu-International Agency for Research (IARC) tarafından belirlenen tahmini rakamlarına bakıldığında Türkiye’de 2020 yılında 233,834 kanser vakası görüldüğü tahmin edilmekte olup; kanser nedeniyle ölümlerin 126,335 olduğu öngörülmektedir (Şekil 9,10). Kadın ve erkek birlikte hesaplandığında akciğer kanseri 41 bin civarı vaka ile en sık görülen kanser konumundadır. Meme kanseri 24 binleri, kolorektal kanserler 21 binleri, prostat kanseri 19 binleri, tiroid kanseri 13 binleri, mide kanseri 13 binleri, mesane kanseri 12 binleri aşmaktadır (Şekil 9) (23). Ölüm nedenlerine baktığımızda ise 37,070 ölüm sayısı ile tüm kanser ölümlerinin %29,3 oluşturan akciğer kanseri ilk sırada yer almakta olup; ilk üçte sırasıyla akciğer, kolorektal ve mide kanserleri bulunmaktadır (Şekil 10) (24). Türkiye’de kanserin cinsiyete göre insidans ve mortalite oranları aşağıda şekil olarak gösterilmiştir (Şekil 11-14).



Şekil 9. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (23).

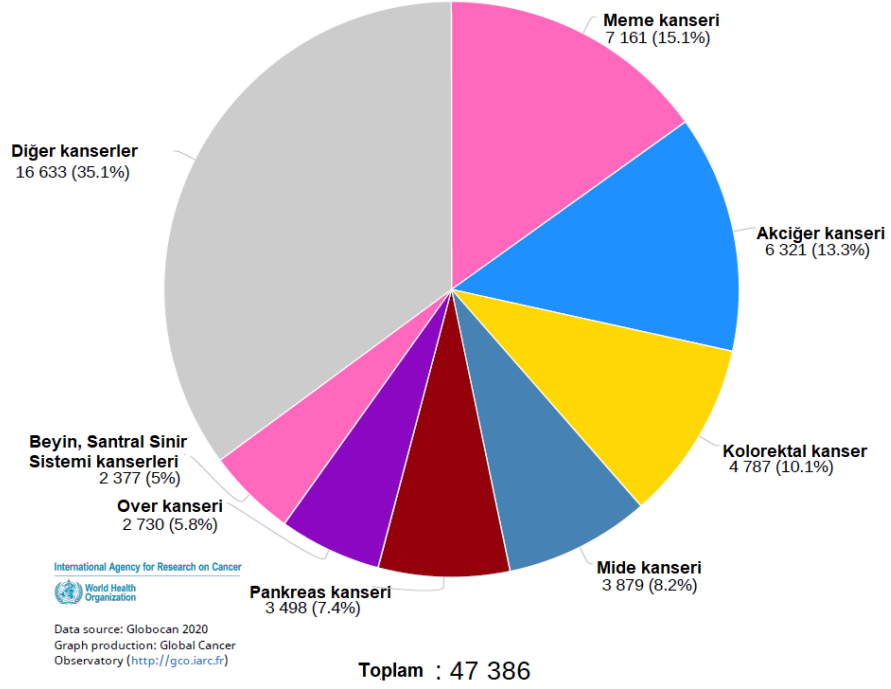


Şekil 10. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında her iki cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (24).



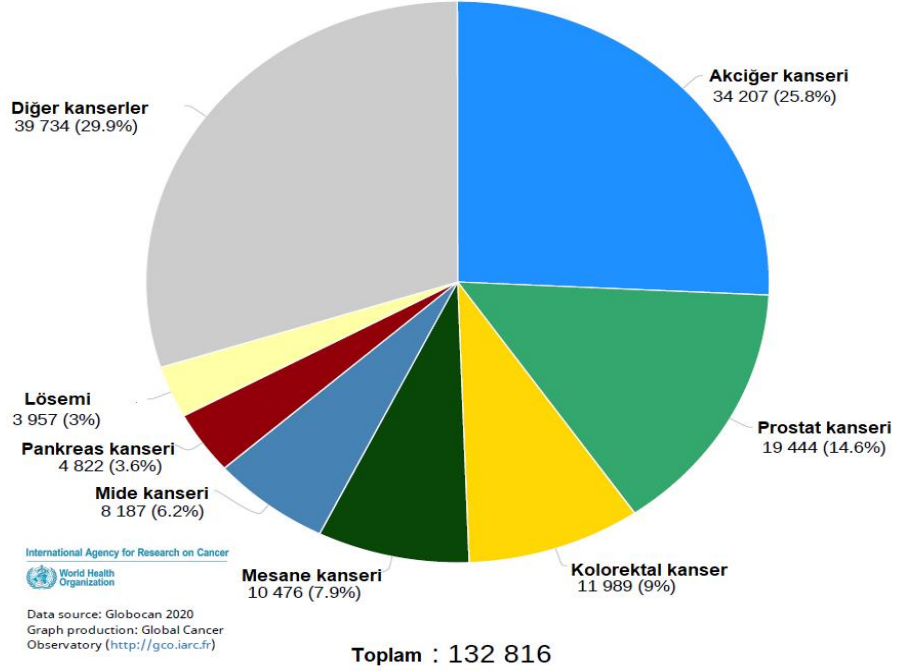
Şekil 11. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (25).

Türkiye'de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini ölüm sayısı



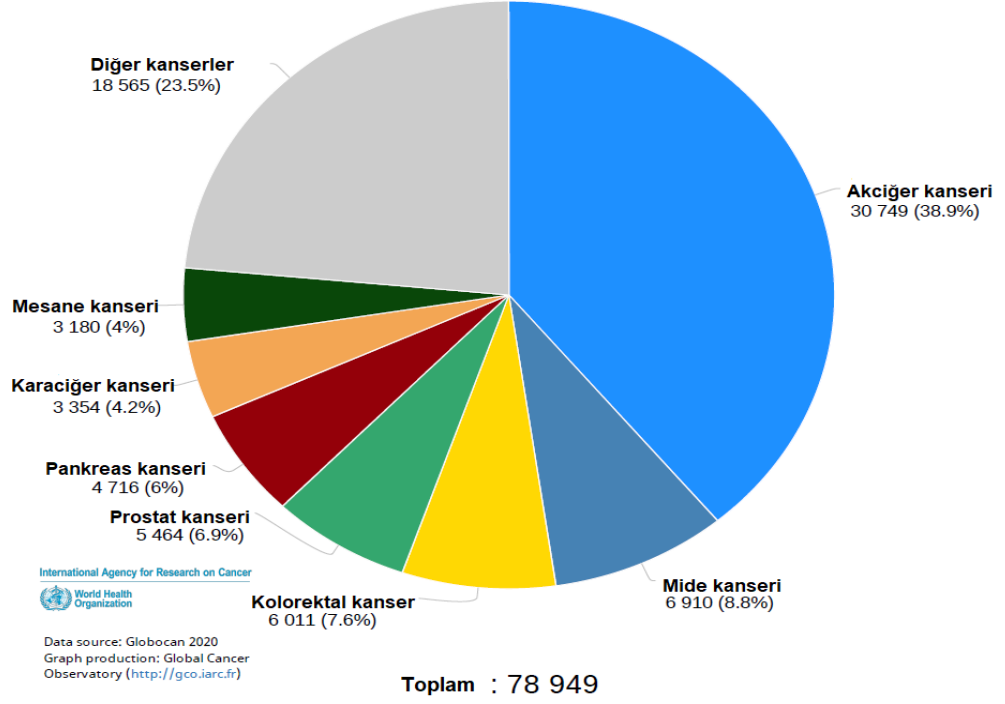
Şekil 12. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında kadın cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (26).

Türkiye'de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı



Şekil 13. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini yeni vaka sayısı (27).

Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini ölüm sayısı



Şekil 14. Türkiye’de 2020 yılına ait tüm yaş gruplarında erkek cinsiyet için tahmini ölüm sayısı (28).

2.3. KANSER TARAMALARI

Bir toplumda hızlıca yapılabilen testler ve muayenelerle asemptomatik hastalıkların ortaya çıkarılmasına tarama denir. Kanserde tarama ise, herhangi bir organ kanserini herhangi bir şikâyete sebep olmadan ve semptom göstermeden (asemptomatik) ortaya çıkarmaktır (29). Neoplastik ilerleme ve yayılma dinamikleri nedeniyle, hastalığın sonucunu belirlemede erken teşhis, tedavi kadar önemlidir. Erken teşhisin başarısı, tümörlerin köken aldığı bölgeden yayılma şansı bulamadan tedavi edilebilir bir aşamada bulunmasına bağlıdır (12). Kanser tarama programları, premalign durumları veya erken evre kanseri semptomların başlangıcından önce nispeten yüksek hassasiyetle tespit edebilmelidir. Kanser tarama programları, ideal olarak, invaziv olmayan, pahalı olmayan ve yüksek özgüllük (düşük yanlış pozitif oranı) ile ilişkili olmalıdır (30).

Tarama risk altındaki sağlıklı kişilere yapılır. Bir hastalığın taramasının yapılabilmesi için DSÖ’nün belirlediği kriterlere sahip olmalıdır. Bu kriterler; toplum

için sıklığı yüksek önemli bir sağlık sorunu olmalı, latent veya erken semptomatik dönemi bulunmalı, yeterli bilgi sahibi olunmalı, testin sıklığı belirlenmeli, tedavisi olmalı, kimlerin tedavi edileceğini belirlemeli, toplumca kabul görülmeli, kolay uygulanabilir olmalı, maliyet-etkin olmalı, sürekli ve özgüllüğü-duyarlılığı yüksek olmalıdır (31).

Birçok ülkede rahim ağzı, meme ve kolorektal kanserler için aktif tarama programları vardır (12). Meme kanserini saptamak için kendi kendine-klinik muayene ve mamografi, servikal displazi veya kanseri saptamak için Papanicolaou (Pap) smear ve HPV DNA testleri, polipleri veya kolon kanserini saptamak için gaitada gizli kan ve kolonoskopi, prostat kanseri saptamak için dijital rektal muayene ve serum PSA dahil olmak üzere bir dizi kanser tarama testi şu anda önerilmektedir. Akciğer kanseri için uygun yüksek riskli bireyleri taramak için düşük doz bilgisayarlı tomografi (BT) taraması, birkaç büyük randomize kontrollü çalışmaya dayalı olarak yakın zamanda önerilmiştir (30).

2.4. ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMI

Dünya nüfusunun artışı, yaşlanması ve etiyolojik nedenlere daha çok maruz kalması kanser insidansını arttıracaktır. Kanser yükünün bu hızlı artışı sağlık sistemleri için önemli bir sorun teşkil edecek olup ciddi bir bütçe ayrılması gerekecektir. Kanser ile mücadele için sağlık sistemlerine ayrılan bütçe yetersiz olduğunda kanser ilerleyecek tanı-tedavi süreci aksayacak olup, bu durumda sonuçlar korkunç olacaktır. Bu nedenle, zamanında teşhis ve tedavi önemli olup herkes için bakıma erişim sağlayan programları uygulamak çok önemlidir (32). Bu yüzden ulusal kaynakları ve ihtiyaçları gözetilen bir ulusal kanser kontrol programına ihtiyaç vardır.

Sorunun ülke çapında ortaya çıkarılması, mümkünse ülke çapında bir tarama planının geliştirilmesi ve bölgesel farklılıklar dikkate alınarak ülke genelinde uygulanması çok önemlidir. Bu nedenle dünyaca kabul görmüş kanser kontrol önlemlerinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için ulusal veriler, sosyo-kültürel özellikler, insan kaynakları ve finansal kaynaklar tek tek değerlendirilmeli, yapılması gerekenler öne alınmalı ve en önemlisi tüm uygulayıcıların katılımıyla olan genel kabul görmüş bir ulusal plan planlanmalıdır. Kanser çağımızın en önemli halk sağlığı

sorunlarından biridir. Kanser ancak dinamik, çok işlevli, bilimsel, çok disiplinli ve uygun maliyetli programlarla tam ve etkin bir şekilde kontrol altına alınabilir (31).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın koordinatörlüğünde kanser erken tanı ve tarama faaliyetleri yürütülmektedir. İdari olarak hastanelere entegre biçimde kurulan KETEM'lerde ulusal kanser tarama programı yürütülür. Sadece çalışmalar ile sınırlı kalmayıp merkezlerin kapsamlı biçimde kanserle mücadele eden kurumlar haline gelmeleri planlanmıştır. Ulusal Kanser Kontrol programının ilk fazı 2008-2012 yılları arasında, ikinci fazı ise 2013-2018 yılları arasında yürütülmüştür. Programın 3. Fazı ise; elde edilen tecrübeler ve uluslararası çok sayıda kurum ve kuruluş (DSÖ, IARC, Avrupa Birliği Bilimsel Komisyonu gibi) danışılarak oluşturulmuştur (2019-2023). Program dahilinde meme, serviks ve kolon-rektum kanserleri için hazırlanmış olan ulusal standartlara yer verilmiştir (31).

2.4.1. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları

Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında 40-69 yaş grup hedef alınır. 2 yılda bir mamografi çekimi ve yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) yapılır. Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlık verilir. Ayrıca 20-39 yaş arası kadınlara aylık KKMM yaptırması ve 2 yılda 1 KMM yaptırmaları konusunda danışmanlık verilip önerilir (33).

Mamografi ile tarama sırasında her iki meme için biri medyolateral oblik pozisyonda (MLO) ve diğeri kranyokaudal (CC) olmak üzere iki poz film çekilmelidir. Tarama iki farklı radyolog tarafından birbirinden habersiz olarak okunmalı ve hasta iki radyoloğun önerileri doğrultusunda takip edilmelidir. Ana tarama yöntemi mamografi olmakla birlikte, mamografinin etkinliğini artırmak için taramaya katılan her kadının klinik meme muayenesinden geçmesi gerekir. Ayrıca toplumsal farkındalığı artırmak için 20 yaşından sonra her kadına kendi kendine meme muayenesi için danışmanlık hizmeti verilmelidir. Taramanın etkili olabilmesi, yani "meme kanseri mortalitesini azaltma" hedefine ulaşabilmesi için hedef popülasyonun %70'inden fazlasının taramaya katılması gerekmektedir. Taramanın başarılı olması için her aşamada kalite güvencesi ilkelerine kesinlikle uyulmalıdır. Toplum tabanlı

kanser taraması yapılan bireyler T.C. kimlik numaraları ile kayıt edilerek gereksiz testlerden kaçınılır (34).

Mamografi raporunun normal gelmesi durumunda kişiye meme kanserini düşündürecek bir görüntü olmadığı söylenir. Bu sonucun meme kanseri olmadığını veya ileride asla meme kanseri olmayacağını temin etmediği anlatılır. 2 yıl sonra tekrar meme kanseri taraması yaptırması gerektiği anlatılır. Mamografi raporu anormal ise bir patoloji olduğu raporlanır. Kişiyeye kesin kanser tanısı olmadığı söylenir ancak kişi kesin tanı için detaylı inceleme açısından genel cerrahi uzmanına yönlendirilir (34).

2.4.1.1. Türkiye’de meme kanseri taraması

Ulusal Türk Kılavuzu 40-69 yaş grubu kadınlara her iki yılda bir tarama yapılmasını önermektedir. Ülkemizde halihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı %30-35’ler arasındadır. Toplum tabanlı taramalar KETEM’ler tarafından yürütülmekte iken fırsatçı taramalar ise hastanelere başvuran kadınlara yapılan taramalardır. Farkındalık ve eğitim ile bilinçlendirmeye rağmen taramaların istenilen seviyeye ulaşmaması nedenleri değerlendirildiğinde; yetersiz sayıda uzman kaynağının yetersiz oluşu, hizmete ulaşmada sorunlar oluşu ve yeterli farkındalığın olmaması yer almaktadır (35).

2.4.2. Serviks Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

Kadınlarda serviks kanseri tarama programı ile hedef alınan yaş grubu 30-65 yaş arası kadınlardır. 5 yılda bir Pap-smear ve HPV-DNA testi yapılması planlanır (33). Benign jinekolojik nedenlerle (CIN II ve III varlığı, benign kabul edilmez) total histerektomi yapılmış olgulara takip gerekli değildir. CIN II ve III sebebiyle histerektomi uygulanmış kişiler; teknik olarak yeterli 3 tane negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda taramadan çıkarılır (36).

Pap-smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelendiği sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi, henüz semptom geliştirmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonları tespit edebilir. Pap-smear testleri konvansiyonel veya sıvı bazlı olarak uygulanır. HPV DNA ile serviks kanseri arasındaki ilişki doğrulanmış olup ve serviks kanseri hastalarının %99,9’un da HPV DNA’sı bulunmaktadır. HPV testi negatif çıkarsa, önümüzdeki beş yıl içinde serviks kanseri

gelişme olasılığı çok zayıftır. Servikal kanser taramalarında kullanılacak HPV testleri; uluslararası geçerliliği olan ve toplum tabanlı sağlık taramalarında kullanılabilirliğini gösteren FDA onayı bulunan, IVD'si olan (In Vitro Diagnostics) veya testin özgüllüğü CIN2/3 için düşük riskli HPV genotipleri ile minimal çapraz reaksiyon ile ilgili tarama popülasyonları için Meijer et al (IJC 2009) tarafından yayınlanan Avrupa Yönergelerindeki gereklilikleri karşılayan nitelikte olmalı ve bu durum en az 2.500 örnekleme yapılmış bir genel toplum primer kanser tarama çalışmasında gösterilmiş olmalıdır (36).

PAP-smear yöntemiyle yapılan taramalarda Bethesda raporlama sistemi (2001) kullanılır. İncelenen negatif lamalar 5 yıl, pozitif lamalar 20 yıl olmak üzere arşivde saklanır. Kişiler, maksimum 20 gün içinde sonuç ile sonraki süreç hakkında bilgilendirme ve yönlendirme yapılır. Sonucu normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilir. HPV testine göre virüsü taşımadıkları; Pap-smear testine göre de sürüntüde kanser öncülü hücrelerin olmadığı anlatılır. Bu sonuçlar serviks kanseri olmadığını veya ileride asla olmayacağını temin etmez. 5 yıl sonra tekrar serviks kanseri taraması yaptırması gerektiği anlatılır. Yetersiz örnek alımı durumunda tarama testleri yeniden yapılır. HPV testinin pozitif gelmesi ya da Pap-smear'de anormal hücrelerin görülmesi(ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, Atipik glandüler hücreler vb.) durumunda kişiye kanser olmadığı ancak ileri inceleme yapılması gerektiği anlatılıp kişi kolposkopi yapılan merkeze yönlendirilir (36).

2.4.2.1 Türkiye'de serviks kanseri taraması

Türkiye'de servikal kanser hastalık olarak ciddi bir yük oluşturmamakla birlikte DSÖ önerileri uyarınca 1992'den beri servikal smear ile taranmaktadır. 30-65 yaş grubundaki asemptomatik kadınların her 5 yılda bir servikal smear-HPV yaptırmalarını hedeflenmiştir. Ülkemizde uzun zamandır yapılan bu tarama uzmana bağımlı olması, uzmanların konuya ilgisiz davranması, halkın yetersiz katılımı gibi birçok nedene bağlı olarak arzu edilen %70 kapsayıcılıktan çok uzak kalıp sadece hedef kadın nüfusun %20'si tarama programı kapsamında taranabilmiştir (35).

2.4.3. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

Kolorektal kanser tarama programı kapsamında 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlar hedef alınır. 2 yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılır (33). Yüksek Riskli Olgular: Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip, ülseratif kolit, Crohn Hastalığı ya da kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan kişiler yüksek riskli olgular kapsamında olup; bu kişiler 40 yaşından itibaren tarama programına alınmalıdır (37).

GGK Testi; poliklonal veya monoklonal antikorlar kullanımı ile gaitada hemoglobin varlığını gösterebilen, sadece insan hemoglobinine hassas olan, gıdalarla alınabilecek hayvan kaynaklı hemoglobinlerle reaksiyona girmeyen ve bu şekilde yalancı pozitif sonuçlara yol açmayan test olmalıdır. GGK Testleri tamamıyla negatif olsa dahi tarama yaş grubundaki herkese kolonoskopi yapılır. Yeterli bir kolonoskopide tüm kolon segmentleri değerlendirilmiş olup ve şüpheli alanlara biyopsi yapılmış olmalıdır. Kolonoskopi yeterli ve alınan biyopsilerde temiz ise kolonoskopi normal olarak değerlendirilir. Yetersiz kolonoskopilerde takip protokolüne ilgili uzman hekim karar verir (37).

Ücretsiz dağıtılan GGK test kiti 3 gün içerisinde dağıtılan merkeze geri getirilir. Kitler eğitimli sağlık personeli tarafından değerlendirilir. Sonucu negatif gelen kişilere bilgi verilip bu sonucun kolorektal kanser olmadığını veya ileride asla olmayacağını temin etmediği anlatılır. 2 yıl sonra yeniden tarama yaptırması söylenir. Sonuç pozitif gelirse sonucun kanser tanısı olmadığı, ileri inceleme gerektiği, bu anormal sonucun kolorektal kanserden çok, poliplerdeki kanama veya hemoroid (basur) gibi başka sebeplerden kaynaklanmış olabileceği anlatılıp kişi kolonoskopi açısından uzman hekime yönlendirilir. GGK testi için alınan örnekte, kan olup olmadığının net olarak görülememesi durumunda sonuç belirsiz gelir. Böyle durumlarda test tekrarlanır (37).

Taramalar Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki KETEM'ler tarafından yürütülür. Halk Sağlığı Müdürlüğünde, toplum tabanlı meme kanseri tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve Bakanlığa bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi sorumludur (34,36–38).

2.4.3.1. Türkiye’de kolorektal kanser taraması

Ülkemizin altyapısı ve imkanları dikkate alındığında ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak GGK Testi ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi yöntemleri ile yapılacak olan taramadır. Ülkemizde kolorektal taramaların kapsama oranı %20-30 arasında olup teşhis edilen olguların yarısından çoğu ileri evrededir. Kolorektal kanser taramalarının iyimser sonuçlarına ulaşmak için en az %70 oranında bir kapsama oranı sağlanmalıdır (35).

2.5. KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA ve EĞİTİM MERKEZİ

2002 yılında Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Akdeniz Ekonomik Kalkınma Alanı (MEDA) tarafından yürütülen ortak proje kapsamında 11 ilde KETEM’ler kurulmuştur. 2009 yılında şubat ayında Türkiye’nin 81 ilinde 122 KETEM mevcut idi ve 280’e ulaşması beklenmekteydi (39,40). Her ilde en az bir tane bulunmak üzere her 250 bin nüfusa bir KETEM planlanmaktadır. Toplamda 218 KETEM, 36 Mobil KETEM olmak üzere toplam 254 merkezde tarama yapılmaktadır (41).

KETEM’lerin temel kuruluş amacı meme, serviks ve kolorektal kanserleri erken evrede yakalayıp kansere bağlı ölümleri azaltmaktır. Diğer amaçları ise toplumun taramalara olan katılımını ve kanser taramaları hakkındaki farkındalığını artırmaktır. KETEM’ler il devlet hastaneleriyle entegre olarak ortak çalışırlar. KETEM’ in görevli kadrosu kanserden korunma, tarama yöntemleri, iletişim ve sağlık eğitmenliği konularında eğitim almış doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni, tıbbi teknolog, psikolog ve diyetisyenden oluşmaktadır (42).

2.6. KANSERDEN KORUNMA

Kanseri önleme, farklı kanser türleri hakkında çeşitli bilgiler içeren geniş bir konudur. Basit olarak, kanseri önlemek için bireyi birçok yönden ele almak gerekir (43). Kanseri oluşmasında genetik yapısının rolü yanısıra tüm kanserlerin %70-80’inde çevresel faktörler olduğu da tahmin edilmektedir. Kanseri oluşumunda kanserleşmeyi başlatan ve devam ettiren faktörler vardır. Bu nedenle bilinen kanser yapıcı maddelere karşı alınan tedbirler ile kanser sıklığında bir azalma beklenebilir (44). Kanserden korunmada tüm önlemler alınsa da bir kişiye yine de kanser teşhisi konabileceği unutulmamalıdır. Kanserin böyle birçok nedeni olabilir. Tüm kanserlerin üçte birinin

diyet ve yaşam tarzına bağlanabileceği tahmin edilmektedir bu nedenle insanlar kanserin başlamasını ve büyümesini engellemek için elinden gelenin en iyisini yapmalıdırlar (43). Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül korumayı kapsamaktadır ve son dönemde dördüncül koruma kavramı da gündeme gelmiştir (45).

2.6.1. Birincil Koruma

Leavell ve Clark Birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramlarını ilk kez tanımlayan kişilerdir. Onlara göre birincil koruma belli bir hastalık ya da hastalık grubuna uygulanabilen kişiyi hastalığa yakalanmadan önce hastalığın nedenlerini ortadan kaldıran önlemlerdir (46). Birincil koruma ile amaç hastalığa neden olabilecek sebeplerin ortadan kaldırılmasıdır (40). Kanseri önlemek için dikkat edilmesi gereken noktalar listelendiğinde; bol miktarda taze meyve ve sebze içeren dengeli ve yeterli beslenme, egzersiz ve fiziksel aktivite, optimal beden kitle indeksi, stresi azaltma, yeterli uyku, hayattan zevk alma ve eğlenme, alkol-sigara ve uyuşturucu kullanımını azaltma veya durdurma, güvenli seks yapma, güneş ışığından korunma, dini inanç sahibi olma, her şeyde ölçülü olma yer alır (43,44).

2.6.2. İkincil Koruma

İkincil korumada taramalarla hastalığın olduğu ancak klinik olarak bulgu vermeyen asemptomatik kişiler taranır. Sorunun saptanmasında erken tanı ve acil girişim amacıyla kullanılan girişimler olarak tanımlanabilir. Hastalıkların erken evrede yakalanıp kontrol edilmesini amaçlayan önlemler olarak düşünülebilir. Tarama ile tespit edilecek hastalığın tedavi imkanının da olması gerekir (47). İyi bir tarama testi demek için sahip olması gereken özellikler; Yüksek duyarlılık (gerçek pozitif oranı), yüksek özgüllük (gerçek negatif oranı), hastalığın erken döneminde hassas olma, takip süresinin hastalık tespiti için yeterli olmasıdır (48).

Herhangi bir rahatsızlığı olmayan kişilerde kanser belirtileri görülme de bazı testlerle kanserin belirtilerin ortaya çıktığı zamandan 2 yıl önce teşhis edilmesi mümkündür. Meme kanserinde; kişinin kendi memesini düzenli olarak kontrol etmesi, mamografi adı verilen radyolojik bir yöntemle taranması, serviks kanserinde; serviksten alınan sürüntü örneğine bakılması ile kanserlerin erken teşhisi mümkün olup bu durum dolaylı olarak tedavi şansını arttırmaktadır. Muayene ve mamogram

kullanımı meme kanserine bağlı ölümleri %30 oranında azaltabilir. Aslında, kanserin nedeni belirsizdir. Bu nedenle özellikle nedene bağlı faktörler bilinmiyorsa, nedene yönelik korunma olamayacağı için erken teşhis daha önemli hale gelmektedir (44).

2.6.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma, hastalıktan etkilenen hastaların fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini korumak ile hastalık sonrası yaşam beklentisini artırmak için yapılan bir faaliyettir. Üçüncül koruma, mevcut tedavi ve rehabilitasyon yoluyla gelecekte ortaya çıkabilecek sorunları veya komplikasyonları azaltmayı amaçlar (45). Kanser hastalarının hassas bağışıklık sistemleri olduğundan, daha güvenli gıda rehberliği sağlamak için doktorlara ihtiyaçları vardır. Kanserden kurtulanlar için sebze ağırlıklı beslenme; genel sağkalım oranlarını artıran, özellikle kardiyovasküler sağlığı iyileştiren faktörlerle ilişkilidir. Düzenli fiziksel aktivitenin kanserden kurtulanların yaşam kalitesini artırdığına dair güçlü kanıtlar vardır (49).

2.6.4. Dördüncül Koruma

Son yıllarda yapılan araştırmalardan elde edilen yeni veriler, koruyucu tedbirlerin hastalara da zarar verebileceğini gösteriyor (50). Aile hekimleri; hastaların ihtiyaçlarını karşılaması etik olarak tanınan ve onaylanan, bilimsel olarak kabul edilebilir, kişisel olarak gerekli en yüksek kalitede ve en az müdahale ile elde edilen sağlık hizmeti sunmaya uğraşırken hastalara zarar verme nasıl önlenbilir sorusu dördüncül korumayı gündeme getirmiştir (45). Sözlükte geçen tanıma göre dördüncül koruma; "fazla medikalizasyon riski altındaki hastaları ve toplumu belirlemek, onları aşırı tıbbi müdahaleden korumak ile bilimsel ve etik olarak makul bakım koşullarını sağlamak için yapılan hareketlerdir". Dördüncü koruma ile amaçlanan, hastaları tarama ve tedavi sırasındaki olası zararlardan (fazla medikalizasyondan) korumaktır (45,51). Bazen hastalar, hekimlerine uygun olmayan istemler ile gelebilmektedir. Hekimlerin; hastanın gereksiz istemlerine yönelik aşırı tetkik isteyip ilaç reçete etme yerine, kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları için onların bilgilendirmesinin hem hasta hem de hekim için uzun vadede daha yararlı olacağı uygun bulunmaktadır (52).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu tez çalışması, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hekim dışı kadın sağlık çalışanlarının; ulusal kanser tarama programı standartları içerisinde yer alan meme, serviks ve kolorektal kanserler hakkındaki bilgileri ve taramalara karşı tutum ve davranışlarının saptanması amacıyla yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ

Bu araştırma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair 16.03.2021 tarih ve 06 sayılı karar ile onay (EK-1) ve Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nden, hastane bünyesinde görev yapan sağlık çalışanlarına uygulayabilmek için izin (EK-2) alınmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırmamız Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmamızın evrenini 01.04.2021-30.06.2021 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hekim dışı 1462 kadın sağlık personeli oluşturmuştur. Evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü hesaplanmasında Epi-info Statcalc software programı kullanılmıştır. %95 güven aralığında tip 1 hata düzeyi $p < 0,05$, güç %80 ve Frekans: %35 (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programında meme kanseri için %30-35'ler arasında, serviks kanseri için %20, kolorektal kanserler için %20-30 tarama oranı yer aldığı için) (35) olarak belirlenmiştir. %10 ek katılımcı da dahil edildiğinde örneklem sayısı 310 olarak bulunmuştur. 310 kişi; meslek grupları büyüklükleri göz önünde bulundurularak basit rastgele örneklem yöntemiyle SPSS programında evrenden randomizasyon ile seçilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışıyor olması
- Kadın olması
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi
- Anket formunu eksiksiz cevaplaması

3.7. ARAŞTIRMADAN HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ

Araştırmaya;

- Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmayanlar
- Sağlık personeli olmayanlar
- Erkekler
- Hekimler
- Araştırmayı katılmayı kabul etmeyen kişiler dahil edilmemiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.8.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri
- Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki tutum ve davranışları

3.8.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Meslek
- Eğitim durumu
- Medeni durum
- Meslekte geçirilen süre
- Sigara kullanma durumu
- Eşlik eden kronik hastalık öyküsü
- Eşlik eden kanser öyküsü
- Ailede kanser öyküsü
- Kanser taramaları ile ilgili eğitim alma durumu

3.9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Veri toplama formu Ek 3'te verilmiştir. Anket formunda kapalı uçlu ve açık uçlu olmak üzere toplam 42 soru yer almaktadır.

Sosyodemografik özellikleri içerdiği 10 sorunun bulunduğu anketin ilk bölümünde; yaş, meslek, eğitim durumu, medeni durumu, meslekte geçirilen süre, sigara kullanma durumu, eşlik eden kronik hastalık öyküsü, eşlik eden kanser öyküsü, ailede kanser öyküsü ve akrabalık derecesi sorgulanmıştır. Ulusal kanser tarama programı ile ilgili sorulara yer verilen 32 sorunun bulunduğu ikinci bölümde ise tarama programını, KETEM'i duyup duymadığı; taramaların önemli olup olmadığı; kanser taramasının amacı; eğitim alma durumu; ulusal kanser tarama programında yer alan kanserler; taramaları düzenli yapma durumu ve eğer taramaları yapmıyorsa veya düzensiz yapıyorsa neden yapmadığı ile ilgili sorular sorulmuştur.

Anket soruları içinde birinci bölümde yer alan 10. Soruda kişilerden; eğer ailede kanser ile ilgili tanı alan var ise, yakınınız ile akrabalık derecenizi belirtilmesi istenmiştir. Bu soruda akrabalık dereceleri olarak;

Birinci Derece Akrabalık: Anne, baba, kardeşler ile çocuklar

İkinci Derece Akrabalık: Büyük anne, büyük baba, torunlar, teyze, hala, amca, dayı, yeğenler

Üçüncü Derece Akrabalık: Birinci kuzenler, torun çocukları, büyük büyük anne ve baba, büyük hala, büyük teyze, büyük amca, büyük dayı ve kardeş torunları

Dördüncü Derece Akrabalık: Anne yada babanın kardeşlerinin torunları kabul edilmiştir (53).

3.10. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmayı yapan hekim tarafından Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan seçilen örneklem grubundaki kadın sağlık çalışanlarına anket formu online anket olarak veya yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nden onay alınmıştır. Online ankete bilgilendirme

ve ekstra bilgi almak için iletişim adresi eklenmiştir. Yüz yüze anket görüşmelerinde araştırma görevlisi kendini tanıtır araştırmanın konusunu, amacını ve önemi belirterek çalışmaya katılanları bilgilendirmiş, hastaya ve yakınlarına ait herhangi bir özel bilginin sorgulanmadığı belirtilmiş ve katılımcıların sözlü onamlarını almıştır. Bu bilgilendirme sonucunda araştırmaya katılmayı kabul edenlerle yaklaşık 15 dakika süren bir anket görüşmesi yapılmıştır.

3.11. ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Veriler SPSS 17 (SPSS Statistics for Windows, Version 17) paket programıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapma ile verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm incelemelerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Öncelikli olarak yaş verisinin normal dağılıma uygun olup olmadığı incelenmiş ve normal dağılıma uymayan yaş verisi ile bilgi soruları (Taramada meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser olduğunun bilinmesi; meme kanserinin bilinmesi; serviks kanserinin bilinmesi; kolorektal kanserin bilinmesi; meme kanserinde taranan yaş aralığının bilinmesi; serviks kanserinde taranan yaş aralığının bilinmesi; kolorektal kanserde taranan yaş aralığının bilinmesi) ve davranış durumları (KKMM yapma, KMM yaptırma, Mamografi çekirme, Pap Smear-HpvDNA testi yaptırma) ilişkisi; non-parametrik testlerden olan Mann Whitney-U testi ile analiz edildi.

4. BULGULAR

Araştırmamıza 310 kadın sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Sağlık çalışanlarının %45,2'si (n=140) hemşire, %16,1'i (n=50) temizlik personeli, %15,2'si (n=47) tıbbi sekreter idi. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $34,45 \pm 8,51$ (min20-max53) yıldır. Sağlık çalışanlarının %61'i (n=189) üniversite mezunu %21'i (n=65) lise mezunu, %2,3'ü (n=7) ortaokul mezunu olduğunu belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının %68,1'i (n=211) sigara kullanmadığını, %82,9'u (n=257) kronik hastalığı olmadığını, %99'u (n=307) kanser tanısı almadığını beyan etmiştir. Sağlık çalışanlarının %71,3'ü (n=221) ailesinde kanser öyküsünün olmadığını, %28,7'si (n=89) ailesinde kanser hastalığının bulunduğunu belirtmiştir. Ailesinde kanser öyküsü olanlara bakıldığında %42,7'si (n=38) birinci derece, %50,6'sı (n=45) ikinci derece, %6,7'si (n=6) üçüncü derecedir. Sosyodemografik özellikler Tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	n	%
Yaş		
20-29 yaş	106	34,2
30-39 yaş	100	32,3
40-49 yaş	97	31,3
50 yaş ve üzeri	7	2,3
Eğitim düzeyi		
İlkokul mezunu ve/veya alt	26	8,4
Ortaokul mezunu	7	2,3
Lise mezunu	65	21
Üniversite mezunu	189	61
Yüksek lisans ya da doktora	23	7,4
Medeni durum		
Bekar	88	28,4
Evli	214	69
Boşanmış	8	2,6
Meslek		
Hemşire	140	45,2
Temizlik personeli	50	16,1
Tıbbi sekreter	47	15,2
Sağlık teknisyeni	21	6,8
Hasta bakıcı	13	4,2
Sağlık teknikeri	12	3,9
Yemekhane personeli	12	3,9
Bilgisayar işletmeni	4	1,3
Güvenlik	3	1
Fizyoterapist	2	0,6
Psikolog	1	0,3
Diyetisyen	1	0,3
Eczacı	1	0,3
Sosyal hizmetler	1	0,3
Öğretmen	1	0,3
Halkla ilişkiler	1	0,3

Meslekteki tecrübe(yıl)		
0-5 yıl	98	31,6
6-10 yıl	91	29,4
11-15 yıl	44	14,2
16-20 yıl	33	10,6
21 yıl ve üzeri	44	14,2
Sigara öyküsü		
Hiç kullanmadım	183	59
Evet, günde 1 paketten az	84	27,1
Evet, günde 1 paket ve üzerinde	15	4,8
Bıraktım	28	9
Kronik hastalık		
Var	53	17,1
Yok	257	82,9
Kanser hastalığı		
Var	3	1
Yok	307	99
Ailede kanser öyküsü		
Var	89	28,7
Yok	221	71,3
Toplam	310	100
Ailede kanser öyküsü akrabalık derecesi		
Birinci derece	38	42,7
İkinci derece	45	50,6
Üçüncü derece	6	6,7
Toplam	89	100

Kanser taramalarının önemli olduğunu düşünüyor musunuz sorusuna %96,8 (n=300) oranında sağlık çalışanı evet yanıtını vermiştir. Kanser taramalarının yapılma amacı sorusunun cevabı için birden fazla seçenek işaretlenmiş olup; sorunun doğru cevabı olan yalnızca “kanseri erken dönemde yakalamak” cevabı ile sağlık çalışanlarının %42,9’u (n=133) soruyu bilmişlerdir. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)’i duyma durumu sorgulandığında ise sağlık çalışanlarının %97,4’ü (n=302) evet yanıtını vermiştir. Sağlık çalışanlarına ulusal kanser tarama programını duyup duymadıkları sorulduğunda %56,5 (n=175) oranında evet yanıtı verilmiştir. Kanser taramaları ile ilgili eğitim alma durumları sorgulandığında %8,7 (n=27) oranında evet, %91,3 (n=283) oranında hayır cevabı verilmiştir. Kanser taramalarını başka insanlara önerir misiniz sorusuna sağlık çalışanlarının %98,4’ü evet yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Kanser taramalarının önemi, amacı ve KETEM

	n	%
Kanser taramalarının önemli olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	300	96,8
Hayır	5	1,6
Kararsızım	5	1,6
Toplam	310	100
Kanser taramasının yapılmasının amacı* (n=310)		
Kanseri erken dönemde yakalamak	303	97,7
Kanser gelişimini önlemek	140	45,2
Kanserin başka organlara yayılımını tespit etmek	138	44,5
Kanser hastalarını tedavi etmek	83	26,8
Fikrim yok	2	0,6
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri’ni duydunuz mu?		
Evet	302	97,4
Hayır	8	2,6
Ulusal kanser tarama programını duydunuz mu?		
Evet	175	56,5
Hayır	135	43,5
Ulusal kanser tarama programı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?		
Evet	27	8,7
Hayır	283	91,3
Kanser tarama programlarını diğer insanlara önerir misiniz?		
Evet	305	98,4
Hayır	5	1,6
Toplam	310	100

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Ulusal kanser tarama programında yer alan kanserler sorulduğunda; sorunun doğru cevabı olan meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser yanıtını veren sağlık çalışanlarının %7,4’üdür (n=23). Ulusal kanser tarama programında yer alan meme kanserinin bilinme oranı %75,2 (n=233), serviks kanserinin bilinme oranı %45,2 (n=140), kolorektal kanserin bilinme oranı %31,9’dur (n=99) (Tablo 3).

Tablo 3. Ulusal kanser tarama programında yer alan kanserler

Ulusal kanser tarama programı içerisinde yer alan kanserler* (n=310)	n	%
Meme, serviks, kolon kanseri	23	7,4
Meme, serviks, kolon kanseri ve diğer kanserler**	62	20
Diğer cevaplar	151	48,7
Fikrim yok	74	23,9
Meme kanseri	233	75,2
Serviks kanseri	140	45,2
Kolon kanser	99	31,9

* Birden fazla cevap verilmiştir. **Kemik, deri, akciğer, pankreas, over, prostat, mide, lösemi-lenfoma

Meme kanseri tarama standartlarına göre belirlenen hedef yaş grubu kadınlar sorulduğunda sağlık çalışanlarının %42,6’sı (n=132) 40-69 yaş cevabını vererek soruyu doğru cevaplamıştır. Meme kanseri taramasında kullanılan görüntüleme yöntemi sorusuna sağlık çalışanlarının %93,9’u (n=291) mamografi cevabı ile doğru

yanıt vermiştir. Mamografi sıklığı sorulduğunda ise sağlık çalışanlarının %25,5'i (n=79) 2 yılda 1 cevabını vererek soruyu doğru yanıtlamıştır.

KKMM ve KMM hangi yaştan itibaren önerildiği sorulduğunda sağlık çalışanlarının %55,8'i (n=173) 20 yaş cevabını vererek soruyu doğru olarak cevaplamıştır. KKMM hangi sıklıkla yapılır sorusuna ayda bir cevabını vererek sağlık çalışanlarının %58,1'i (n=180) soruyu doğru bilmiştir. KMM hangi sıklıkla yapıldığı sorgulandığında sağlık çalışanlarının %56,8'i (n=176) "KMM 20 yaş ve üzeri iki yılda bir, 40 yaş ve üzeri yılda bir yaptırılmalıdır." cevabı ile soruyu doğru olarak yanıtlamıştır. Sağlık çalışanlarının %19,4'ü (n=60) fikrim yok demiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Meme kanseri tarama programı ile ilgili bilgi düzeyleri

	n	%
Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartlarına göre hangi yaş grubu kadınlar taramada yer alır?		
20-39	28	9
30-59	109	35,2
40-69	132	42,6
50-79	1	0,3
Fikrim yok	40	12,9
Hangi görüntüleme yöntemi ile meme kanseri taraması yapılır?		
Mamografi	291	93,9
MR	7	2,3
BT	1	0,3
Fikrim yok	11	3,5
Mamografi ile meme kanseri tarama sıklığı ne olmalıdır?		
Yılda 1	180	58,1
2 yılda 1	79	25,5
3 yılda 1	26	8,4
Fikrim yok	25	8,1
KKMM(kendi kendine meme muayenesi) ve KMM(klinik meme muayenesi) hangi yaştan itibaren önerilir?		
20	173	55,8
30	73	23,5
40	41	13,2
50	1	0,3
Fikrim yok	22	7,1
KKMM(kendi kendine meme muayenesi) hangi sıklıkla yapılır?		
Haftada bir	44	14,2
Ayda bir	180	58,1
Altı ayda bir	47	15,2
Şikayet olduğu zaman	6	1,9
Fikrim yok	33	10,6
KMM(klinik meme muayenesi) hangi sıklıkla yapılır?		
KMM 20 yaş ve üzeri iki yılda bir, 40 yaş ve üzeri yılda bir yaptırılmalıdır.	176	56,8
KMM 20 yaş ve üzeri yılda bir, 40 yaş ve üzeri yılda bir yaptırılmalıdır.	56	18,1
KMM 20 yaş ve üzeri iki yılda bir, 40 yaş ve üzeri yılda bir yaptırılmalıdır.	18	5,8
Fikrim yok	60	19,4
Toplam	310	100

Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standartlarına göre hangi yaş grubu kadınlar taramada yer alır sorusunu sağlık çalışanlarının %30,6'sı (n=95) 30-65 yaş cevabı ile doğru olarak yanıtlamıştır. Serviks kanseri tarama yöntemi sorusuna sağlık çalışanlarının %55,2'si (n=171) smear-HPV testi cevabı ile soruyu doğru olarak cevaplamıştır. Serviks kanseri tarama sıklığı sorulduğunda ise 5 yılda 1 cevabı ile sağlık çalışanlarının %12,9'u (n=40) soruyu doğru olarak bilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Serviks kanseri tarama programı ile ilgili bilgi düzeyleri

	n	%
Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standartlarına göre hangi yaş grubu kadınlar taramada yer alır?		
30-65	95	30,6
20-40	39	12,6
25-50	34	11
40+	72	23,2
Fikrim yok	70	22,6
Hangi yöntem ile serviks kanseri taraması yapılır?		
Smear+HPV testi	171	55,2
Smear	85	27,4
HPV testi	3	1,0
Fikrim yok	51	16,5
Serviks kanseri tarama sıklığı ne olmalıdır?		
2 yılda 1	163	52,6
3 yılda 1	17	5,5
4 yılda 1	3	1,0
5 yılda 1	40	12,9
Fikrim yok	87	28,1
Toplam	310	100

Kolorektal Kanseri taraması için belirlenen hedef yaş grubu kadınlar ve erkekler sorusuna 50-70 yaş cevabı ile çalışanların %15,2'si (n=47) doğru cevap vermiştir. Sağlık çalışanlarının %44,2'si (n=137) fikrim yok demiştir. Kolorektal kanserin hangi yöntem ile tarandığı sorgulandığında sağlık çalışanlarının %39,7'si (n=123) GGK + kolonoskopi yanıtı ile doğru cevap vermiştir. GGK sıklığı ile ilgili soruya sağlık çalışanlarının %44,5'i (n=138) 2 yılda 1 seçeneğini seçerek doğru yanıt vermiştir. Kolonoskopi sıklığını ne olmalıdır sorusuna sağlık çalışanlarının %6,5'i (n=20) 10 yılda 1 cevabını vererek soruyu doğru bilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Kolorektal kanser tarama programı ile ilgili bilgi düzeyleri

	n	%
Ulusal Kolorektal Kanseri Tarama Standartlarına göre hangi yaş grubu kadınlar ve erkekler taramada yer alır?		
20-39	12	3,9
40-60	110	35,5
50-70	47	15,2
60-80	4	1,3
Fikrim yok	137	44,2
Hangi yöntem ile kolon kanseri taraması yapılır?		
Gaitada Gizli Kan (GGK)	45	14,5
Kolonoskopi	90	29
GGK + Kolonoskopi	123	39,7
Fikrim yok	52	16,8
Gaitada gizli kan tarama sıklığı ne olmalıdır?		
2 yılda 1	138	44,5
3 yılda 1	13	4,2
4 yılda 1	7	2,3
5 yılda 1	14	4,5
Fikrim yok	138	44,5
Kolonoskopi tarama sıklığı ne olmalıdır?		
2 yılda 1	72	23,2
3 yılda 1	32	10,3
5 yılda 1	53	17,1
10 yılda 1	20	6,5
Fikrim yok	133	42,9
Toplam	310	100

Sağlık çalışanlarına KKMM yapıp yapmadığı sorulduğunda %14,5'i (n=45) doğru sıklıkta ayda bir yaptığını, %41,9'u (n=130) aklına geldikçe yaptığını, %15,5'i (n=48) yapmadığını belirtmiştir. KKMM yapmayan ya da düzensiz olarak yapan 246 (%79,4) kişinin yapmama nedenine bakıldığında; %47,6'sı (n=117) KKMM yapmayı genel olarak ihmal ettiğini, %35,4'ü (n=87) herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmediğini, %6,5'i (n=16) kitle çıkmasından korktuğunu belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlık çalışanlarının KKMM yapma durumu ve yapmama nedenleri

	n	%
Siz hangi sıklıkla KKMM* yaparsınız?		
Yapmam	48	15,5
Düzensiz yaparım	68	21,9
Aklıma geldikçe yaparım	130	41,9
Her banyoda yaparım	19	6,1
Ayda bir yaparım	45	14,5
Toplam	310	100
KKMM* yapmama nedenleri		
Yapılması gerektiğini bilmiyorum	12	4,9
Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.	11	4,5
Herhangi bir şikâyetim olmadığı için gerekli görmüyorum.	87	35,4
KKMM yapmayı genel olarak ihmal ediyorum	117	47,6
KKMM yapmanın gerekli olduğuna inanmıyorum	3	1,2
KKMM ile kitle çıkmasından korkuyorum.	16	6,5
TOPLAM	246	100

* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Hangi sıklıkta KMM yaptırırınız sorusuna 20-39 yaş aralığında olan 206 sağlık çalışanından %5,8'i (n=12) doğru şekilde iki yılda bir yaptırarak taramaları düzenli yaptığını bildirmiştir. KMM düzensiz yaptıran ya da yaptırmayan 175 sağlık çalışanına nedeni sorulduğunda %47,4'ü (n=83) herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmediğini, %22,9'u (n= 40) genel olarak ihmal ettiğini, %12'si (n=21) yaşının tarama için erken olduğunu ifade etmiştir. 40-69 yaş aralığındaki 104 sağlık çalışanın cevablarına bakıldığında; %14,4'ü (n=15) yılda bir KMM yaptırarak doğru yapmaktadır. Düzensiz yaptırma ya da yaptırmama nedenleri sorgulandığında 73 sağlık çalışanın %45,2'si (n=33) genel olarak ihmal ettiğini, %35,6'sı (n=26) şikayeti olmadığı için gerekli görmediğini, %8,2'si (n=6) yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Sağlık çalışanlarının KMM yaptırma durumu ve yaptırmama nedenleri

	n	%
Siz hangi sıklıkla KMM* yaptırırınız?		
Yaptırmam	142	68,9
Düzensiz yaptırım	33	16
Yılda bir yaptırım	15	7,3
2 yılda bir yaptırım	12	5,8
5 yılda bir yaptırım	4	1,9
Toplam	206	100
Siz hangi sıklıkla KMM** yaptırırınız?		
Yaptırmam	43	41,3
Düzensiz yaptırım	30	28,8
Yılda bir yaptırım	15	14,4
2 yılda bir yaptırım	11	10,6
5 yılda bir yaptırım	5	4,8
Toplam	104	100
KMM* yaptırmama nedenleri		
Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.	9	5,1
Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.	21	12
Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.	83	47,4
KMM yaptırmayı genel olarak ihmal ediyorum.	40	22,9
KMM yaptırmaya zamanım yok	8	4,6
KMM yaptırırken utanıyorum.	5	2,9
KMM ile herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum	7	4,0
Covid-19 pandemisi nedeniyle yaptırmıyorum	2	1,1
Toplam	175	100
KMM** yaptırmama nedenleri		
Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.	6	8,2
Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.	1	1,4
Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.	26	35,6
KMM yaptırmayı genel olarak ihmal ediyorum.	33	45,2
KMM yaptırmaya zamanım yok	1	1,4
KMM yaptırırken utanıyorum.	2	2,7
KMM ile herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum	4	5,5
TOPLAM	73	100

*Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20-39 yaş aralığı alınmıştır.

**Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40-69 yaş aralığı alınmıştır.

Mamografi çektirmesi gereken 40-69 yaş aralığındaki 104 sağlık çalışanının %13,5'i (n=14) 2 yılda 1 doğru zaman aralığında mamografi ektirmektedir. Mamografi düzensiz ektirme ya da ektirmeme nedenleri sorgulandığında 78 sağlık çalışanının %43,6'sı (n=34) genel olarak ihmal ettiği, %32,1'i (n=25) Şikayeti olmadığı için gerekli görmediği, %7,7'si (n=6) yapılması gerektiğini bilmediği beyanında bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Sağlık alışanlarının mamografi ektirme durumu ve ektirmeme nedenleri

	n	%
Siz hangi sıklıkla Mamografi* ektirirsiniz?		
ektirmem	48	46,2
Düzensiz olarak ektiririm	30	28,8
Yılda bir	7	6,7
2 yılda bir	14	13,5
3 yılda bir	5	4,8
Toplam	104	100
Mamografi* ektirmeme nedenleri		
Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.	6	7,7
Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.	2	2,6
Herhangi bir Şikâyetim olmadığı için gerekli görmüyorum.	25	32,1
Mamografi yaptırmayı genel olarak ihmal ediyorum.	34	43,6
Mamografi ektirmeye zamanım yok	1	1,3
Mamografi ektirmekten utanıyorum.	1	1,3
Mamografi ektirmenin gerekli olduğuna inanmıyorum.	1	1,3
İşlem esnasında ağrı yaşamaktan korkuyorum.	2	2,6
Radyasyon almaktan korkuyorum.	3	3,8
Herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum	3	3,8
TOPLAM	78	100

*Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40-69 yaş aralığı alınmıştır.

Pap-Smear Testi ve HPV testini hangi sıklıkta yaptırırınız sorusunu; ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30-65 yaş aralığında yer alan 204 sağlık çalışanının %9,8'i (n=20) 5 yılda 1 yaptırma ile doğru sıklıkta yaptırmaktadır. Pap-Smear Testi ve HPV testini yaptırmama ya da düzensiz yaptırma nedenleri sorulduğunda 130 sağlık çalışanının %48,5'i (n=63) herhangi bir Şikayeti olmadığı için gerekli görmediğini, %20'si (n=26) genel olarak ihmal ettiğini, %10'u (n=13) yaptırılması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Sağlık çalışanlarının Pap-Smear testi ve HPV-DNA testi yaptırmama durumu ve yaptırmama nedenleri

	n	%
Siz hangi sıklıkla Pap-Smear Testi ve HPV testi* yaptırırsınız?		
Yaptırmam	72	35,3
Düzensiz yaptırım	58	28,4
2 yılda bir yaptırım	44	21,6
3 yılda bir yaptırım	10	4,9
5 yılda bir yaptırım	20	9,8
Toplam	204	100
Pap-Smear Testi ve HPV testi* yaptırmama nedenleri		
Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.	13	10
Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.	6	4,6
Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.	63	48,5
Cinsel olarak aktif değilim.	6	4,6
Pap-Smear Testi yaptırmayı genel olarak ihmal ediyorum.	26	20
Pap-Smear Testi yaptırmaya zamanım yok	5	3,8
Pap-Smear Testi yaptırmaktan utanıyorum.	1	0,8
Pap-Smear Testi yaptırmanın gerekli olduğuna inanmıyorum.	1	0,8
İşlem esnasında ağrı yaşamaktan korkuyorum.	2	1,5
Herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum	2	1,5
Covid-19 pandemisi nedeniyle yaptırmıyorum	5	3,8
TOPLAM	130	100

*Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30-65 yaş aralığı alınmıştır.

50-70 yaş aralığında yer alan kolorektal kanser açısından tarama yaptırmaması gereken 7 sağlık çalışanına GGK testi ve kolonoskopi yaptırmayı yaptırmadığı sorgulandığında, hepsi testleri yaptırmadıklarını beyan etmişlerdir. GGK ve kolonoskopi yaptırmama nedenleri sorulduğunda %71,4'ü (n=5) herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmediğini, %28,6'sı (n=2) yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlık çalışanlarının GGK testi ve Kolonoskopi yaptırmama durumu ve yaptırmama nedenleri

	n	%
Siz hangi sıklıkla GGK Testi* yaptırırsınız?		
Yaptırmam	7	100
Siz hangi sıklıkla kolonoskopi* yaptırırsınız?		
Yaptırmam	7	100
GGK testi* yaptırmama nedenleri		
Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.	2	28,6
Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.	5	71,4
Kolonoskopi* yaptırmama nedenleri		
Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.	2	28,6
Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.	5	71,4
TOPLAM	7	100

* Ulusal kolorektal kanser tarama standartlarına göre 50-70 yaş aralığı alınmıştır.

Yaş ortalaması yükseldikçe taramada meme kanserinin olduğunun bilinme oranları artmakta olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,012).

Ayrıca KMM yaptıranların, mamografi çektirenlerin ve smear-HPV testi yaptıranların oranı yaş arttıkça artmaktadır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,001$). Yaş ile diğer bilgi soruları (Taramada meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser olduğunun bilinmesi; serviks kanserinin bilinmesi, kolorektal kanserin bilinmesi; meme kanserinde taranan yaş aralığının bilinmesi, serviks kanserinde taranan yaş aralığının bilinmesi; kolorektal kanserde taranan yaş aralığının bilinmesi) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$, $p > 0,05$, $p > 0,05$, $p > 0,05$, $p > 0,05$). Yaş ile tutum (taramaları önerme) ve KKMM yapma davranış durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p > 0,05$, $p > 0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Sağlık çalışanlarının yaş ile taramalar ile ilgili bazı bilgileri ve taramalara karşı davranışları arasındaki ilişki

Taramada meme kanseri olduğunu;	N	Ort.	SS	Ortanca	Min	Maks	U	z	P*
Bilen	233	35,13	8,18	35	20	53	7261	-2,509	0,012
Bilmeyen	77	32,36	9,18	30	20	52			
KMM yaptıрма durumu*	N	Ort.	SS	Ortanca	Min	Maks	U	z	P*
Yapan	125	37,96	7,87	39	20	53	6902	-6,024	<0,001
Yapmayan	185	32,07	8,11	32	20	52			
Toplam	310								
Mamografi çektirme durumu**	N	Ort.	SS	Ortanca	Min	Maks	U	z	P*
Yapan	56	45,63	2,91	45	40	53	544	-5,247	<0,001
Yapmayan	48	42,44	2,58	42	40	49			
Toplam	104								
Smear-Hpv testi yaptıрма durumu***	N	Ort.	SS	Ortanca	Min	Maks	U	z	P*
Yapan	132	40,48	5,55	40	30	53	3436	-3,271	0,001
Yapmayan	72	37,68	5,35	37	30	48			
Toplam	204								

* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

** Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40-69 yaş aralığı alınmıştır.

*** Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30-65 yaş aralığı alınmıştır.

P* Non-parametrik Mann Whitney-U testinden elde edildi.

Taramada yer alan meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanserin bilinme oranları genel olarak düşük olsa da hemşirelerin soruyu bilme oranları diğer mesleklerden daha fazla olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,018$). Taramada meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserin olduğunun bilinmesi ile eğitim düzeyleri, medeni durum, meslekte geçirilen süre ve sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p = 0,071$; $p = 0,77$;

p=0,423; p=0,943). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve tarama programlarıyla ilgili eğitim alma ile taramada meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserin olduğunun bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,777; p=0,165; p=1; p=0,436) (Tablo 13).

Tablo 13. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan meme, serviks ve kolon kanserinin bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Taramada meme, serviks, kolon kanseri olduğunu;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	0(0)	33(100)	33(100)	0,071**
Lise mezunu	3(4,6)	62(95,4)	65(100)	
Üniversite mezunu	16(8,5)	173(91,5)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	4(17,4)	19(82,6)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	6(6,3)	90(39,6)	96(100)	0,77**
Evli	17(7,9)	197(18,2)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	16(11,4)	124(88,6)	140(100)	0,018
Temizlik personeli	1(2)	49(98)	50(100)	
Tıbbi sekreter	5(10,6)	42(89,4)	47(100)	
Diğer	1(1,4)	72(98,6)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	8(8,2)	90(91,8)	98(100)	0,423
6-10 yıl	4(4,4)	87(95,6)	91(100)	
11-15 yıl	3(6,8)	41(93,2)	44(100)	
16-20 yıl	2(6,1)	31(93,9)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	6(13,6)	38(86,4)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	8(8,1)	91(91,9)	99(100)	0,943**
Hayır	15(7,1)	196(92,9)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	3(5,7)	50(94,3)	53(100)	0,777***
Yok	20(7,8)	237(92,2)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	10(11,2)	79(88,8)	89(100)	0,165**
Yok	13(5,9)	208(94,1)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	4(10,5)	34(89,5)	38(100)	1***
Diğer**	6(11,8)	45(88,2)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	3(11,1)	24(88,9)	27(100)	0,436***
Hayır	20(7,1)	263(92,9)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity p*** Fisher

Üniversite ve üstü sağlık çalışanlarının lise mezunlarına göre taramada meme kanserinin olduğunu doğru bilme oranları daha yüksek olup sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri ile meme kanserini bilmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulunmuştur (p=0,001). Evli olan sağlık çalışanlarının meme kanserini doğru bilme sıklığı %81,8 iken bekar sağlık çalışanlarının meme kanserini doğru bilme sıklığı %60,4'tür; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Meslekler arasında hemşireler diğerlerine göre meme kanserinin taramada olduğunu daha sıklıkta doğru bilmiş olup meslekler ile taramada meme kanserinin olduğunu bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001). Meslekte geçirilen süre arttıkça sağlık çalışanlarının taramada meme kanserinin olduğunu doğru bilme oranları artmış olup; 11 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanlarının 5 yıl ve daha az çalışanlardan daha iyi bildiği saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,01). Tarama programları ile ilgili eğitim alan sağlık çalışanlarının taramada meme kanserinin olduğunu bilme oranları daha yüksektir, bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,05). Sağlık çalışanlarının sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü ve ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ile taramada meme kanseri olduğunun bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p=0,98; p=0,817; p=0,686; p=0,545) (Tablo 14).

Tablo 14. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan meme kanserinin bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Taramada meme kanseri olduğunu;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	26(78,8)	7(21,2)	33(100)	0,001
Lise mezunu	37(56,9)	28(43,1)	65(100)	
Üniversite mezunu	149(78,8)	40(21,2)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	21(91,3)	2(8,7)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	58(60,4)	38(39,6)	96(100)	<0,001**
Evli	175(81,8)	39(18,2)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	120(85,7)	20(14,3)	140(100)	0,001
Temizlik personeli	32(64)	18(36)	50(100)	
Tıbbi sekreter	32(68,1)	15(31,9)	47(100)	
Diğer	49(67,1)	24(32,9)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	63(64,3)	35(35,7)	98(100)	0,01
6-10 yıl	67(73,6)	24(26,4)	91(100)	
11-15 yıl	37(84,1)	7(15,9)	44(100)	
16-20 yıl	27(81,8)	6(18,2)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	39(88,6)	5(11,4)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	75(75,8)	24(24,2)	99(100)	0,98**
Hayır	158(74,9)	53(25,1)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	41(77,4)	12(22,6)	53(100)	0,817**
Yok	192(74,7)	65(25,3)	257(100)	

Ailede Kanser Öyküsü				
Var	65(73)	24(27)	89(100)	0,686**
Yok	168(76)	53(24)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	26(68,4)	12(31,6)	38(100)	0,545**
Diğer**	39(76,5)	12(23,5)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	25(92,6)	2(7,4)	27(100)	0,05**
Hayır	208(73,5)	75(26,5)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan sağlık çalışanlarının lise ve altı mezunlara göre ulusal kanser taramasında serviks kanserinin tarandığını doğru bilme oranları daha yüksektir. Eğitim düzeyleri ile serviks kanserinin bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,001). Taramada serviks kanserinin yer aldığını hemşireler (%64,3) daha fazla doğru olarak bilmekte iken temizlik personelinin %24'ü bilmektedir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının medeni durumu, meslekte geçirdikleri süre ve sigara kullanımı ile serviks kanserinin doğru bilinmesi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,408; p=0,178; p=0,364). Sağlık çalışanlarının kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve eğitim alma ile taramada serviks kanseri olduğunun doğru bilinmesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,46; p=0,763; p=0,948; p=0,901) (Tablo 15).

Tablo 15. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan serviks kanserinin bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Taramada serviks kanseri olduğunu;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				0,001
İlköğretim ve altı	9(27,3)	24(72,7)	33(100)	
Lise mezunu	20(30,8)	45(69,2)	65(100)	
Üniversite mezunu	95(50,3)	94(49,7)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	16(69,6)	7(30,4)	23(100)	
Medeni Durum				0,408
Bekar*	40(41,7)	56(58,3)	96(100)	
Evli	100(46,7)	114(53,3)	214(100)	
Meslek				<0,001
Hemşire	90(64,3)	50(35,7)	140(100)	
Temizlik personeli	12(24)	38(76)	50(100)	
Tıbbi sekreter	13(27,7)	34(72,3)	47(100)	
Diğer	25(34,2)	48(65,8)	73(100)	

Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	39(39,8)	59(60,2)	98(100)	0,178
6-10 yıl	36(39,6)	55(60,4)	91(100)	
11-15 yıl	22(50)	22(50)	44(100)	
16-20 yıl	18(54,5)	15(45,5)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	25(56,8)	19(43,2)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	41(41,4)	58(58,6)	99(100)	0,364
Hayır	99(46,9)	112(53,1)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	21(39,6)	32(60,4)	53(100)	0,46**
Yok	119(46,3)	138(53,7)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	39(43,8)	50(56,2)	89(100)	0,763
Yok	101(45,7)	120(54,3)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	16(42,1)	22(57,9)	38(100)	0,948**
Diğer**	23(45,1)	28(54,9)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	13(48,1)	14(51,9)	27(100)	0,901**
Hayır	127(44,9)	156(55,9)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Lisans üstü sağlık çalışanları diğerlerine göre daha sık bilmekte olup; eğitim düzeyi arttıkça kolon kanserinin taramalar arasında olduğunu doğru bilme oranı artmaktadır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Hemşireler; tıbbi sekreter dışındaki meslek gruplarına göre taramada kolon kanserinin yer aldığını daha iyi sıklıkta doğru bilmiş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının medeni durumu, meslekte geçirdikleri süre ve sigara kullanımı ile kolon kanserinin doğru bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,662; p=0,284; p=0,718). Sağlık çalışanlarının kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve eğitim alma ile taramada kolon kanseri olduğunun doğru bilinmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,432; p=0,234; p=0,399; p=0,705) (Tablo 16).

Tablo 16. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan kolon kanserinin bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Taramada kolon kanseri olduğunu;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				0,001
İlköğretim ve altı	7(21,2)	26(78,8)	33(100)	
Lise mezunu	14(21,5)	51(78,5)	65(100)	
Üniversite mezunu	63(33,3)	126(66,7)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	15(65,2)	8(34,8)	23(100)	

Medeni Durum				
Bekar*	29(30,2)	67(69,8)	96(100)	0,662
Evli	70(32,7)	144(67,3)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	62(44,3)	78(55,7)	140(100)	<0,001
Temizlik personeli	8(16)	42(84)	50(100)	
Tıbbi sekreter	13(27,7)	34(72,3)	47(100)	
Diğer	16(21,9)	57(78,1)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	27(27,6)	71(72,4)	98(100)	0,284
6-10 yıl	29(31,9)	62(68,1)	91(100)	
11-15 yıl	12(27,3)	32(72,7)	44(100)	
16-20 yıl	11(33,3)	22(66,7)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	20(45,5)	24(54,5)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	33(33,3)	66(66,7)	99(100)	0,718
Hayır	66(31,3)	145(68,7)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	14(26,4)	39(73,6)	53(100)	0,432**
Yok	85(33,1)	172(66,9)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	24(27)	65(73)	89(100)	0,234
Yok	75(33,9)	146(66,1)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	8(21,1)	30(78,9)	38(100)	0,399**
Diğer**	16(31,4)	35(68,6)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	10(37)	17(63)	27(100)	0,705**
Hayır	89(31,4)	194(68,6)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Meme kanserinde taranan yaş gruplarının bilinmesi ile sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği ve meslekte geçirdikleri süre arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p=0,497$; $p=0,335$; $p=0,463$; $p=0,066$). Sigara kullanma öyküsü olanların %40,4'ü, olmayanların ise %43,6'sı meme kanserinde taranan yaş aralığını bilirken; kronik hastalık öyküsü olanlar %43,4'ünü, olmayanlar ise %42,4'ünü bilmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,595$; $p=1$). Ailede kanser öyküsü, ailede kanser öyküsü olanların yakınlık derecesi ve taramayla ilgili eğitim alma ile meme kanseri için taranan yaş aralığının bilinmesi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,979$; $p=0,905$; $p=0,683$) (Tablo 17).

Tablo 17. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan meme kanserinde taranan kadınların yaş grubunun bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Meme kanserinde taranan kadınların yaş aralığı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	12(36,4)	21(63,6)	33(100)	0,497
Lise mezunu	27(41,5)	38(58,5)	65(100)	
Üniversite mezunu	80(42,3)	109(57,7)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	13(56,5)	10(43,5)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	37(38,5)	59(61,5)	96(100)	0,335
Evli	95(44,4)	119(55,6)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	65(46,4)	75(53,6)	140(100)	0,463
Temizlik personeli	18(36)	32(64)	50(100)	
Tıbbi sekreter	17(36,2)	30(63,8)	47(100)	
Diğer	32(43,8)	41(56,2)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	34(34,7)	64(65,3)	98(100)	0,066
6-10 yıl	36(39,6)	55(60,4)	91(100)	
11-15 yıl	26(59,1)	18(40,9)	44(100)	
16-20 yıl	17(51,5)	16(48,5)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	19(43,2)	25(56,8)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	40(40,4)	59(59,6)	99(100)	0,595
Hayır	92(43,6)	119(56,4)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	23(43,4)	30(56,6)	53(100)	1**
Yok	109(42,4)	148(57,6)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	38(42,7)	51(57,3)	89(100)	0,979
Yok	94(42,5)	127(57,5)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	17(44,7)	21(55,3)	38(100)	0,905**
Diğer**	21(41,2)	30(58,8)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	13(48,1)	14(51,9)	27(100)	0,683**
Hayır	119(42)	164(58)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri, medeni durumu, mesleği ve meslekte geçirdikleri süre ile meme kanseri görüntüleme yöntemini doğru bilme durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,28; p=0,064; p=0,327; p=0,796). Meme kanseri görüntüleme yönteminin doğru bilinmesi ile sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve eğitim alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,081; p=1; p=0,617; p=0,309; p=0,676) (Tablo 18).

Tablo 18. Sosyodemografik veriler ile meme kanseri görüntüleme yönteminin bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Meme kanseri görüntüleme yöntemi;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	29(87,9)	4(12,1)	33(100)	0,28
Lise mezunu	62(95,4)	3(4,6)	65(100)	
Üniversite mezunu	177(93,7)	12(6,3)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	23(100)	0(0)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	86(89,6)	10(10,4)	96(100)	0,064**
Evli	205(95,8)	9(4,2)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	135(96,4)	5(3,6)	140(100)	0,327
Temizlik personeli	45(90)	5(10)	50(100)	
Tıbbi sekreter	44(93,6)	3(6,4)	47(100)	
Diğer	67(91,8)	6(8,2)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	90(91,8)	8(8,2)	98(100)	0,796
6-10 yıl	85(93,4)	6(6,6)	91(100)	
11-15 yıl	42(95,5)	2(4,5)	44(100)	
16-20 yıl	32(97)	1(3)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	42(95,5)	2(4,5)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	89(89,9)	10(10,1)	99(100)	0,081**
Hayır	202(95,7)	9(4,3)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	50(94,3)	3(5,7)	53(100)	1***
Yok	241(93,8)	16(6,2)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	85(95,5)	4(4,5)	89(100)	0,617**
Yok	206(93,2)	15(6,8)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	35(92,1)	3(7,9)	38(100)	0,309***
Diğer**	50(98)	1(2)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	25(92,6)	2(7,4)	27(100)	0,676***
Hayır	266(94)	17(6)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity p*** Fisher

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının mesleği ile mamografi çekilme sıklığını bilme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup hemşirelerin mamografi çekilme sıklığını doğru bilme oranları daha yüksektir (p=0,022). Taramalar ile ilgili eğitim alanların mamografi çekilme sıklığını doğru olarak daha yüksek bildikleri saptanmıştır ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi, medeni durumu ve meslekte geçirdikleri süre ile mamografi çekilme sıklığının doğru bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,145; p=0,992; p=0,069). Sağlık

çalışanlarının sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü ve ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ile mamografi çekilme sıklığının doğru bilinmesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,144; p=0,998; p=0,228; p=0,527) (Tablo 19).

Tablo 19. Sosyodemografik veriler ile mamografi çekilme sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Mamografi çekilme sıklığı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	3(9,1)	30(90,9)	33(100)	0,145
Lise mezunu	17(26,2)	48(73,8)	65(100)	
Üniversite mezunu	52(27,5)	137(72,5)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	7(30,4)	16(69,6)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	25(26)	71(74)	96(100)	0,992**
Evli	54(25,2)	160(74,8)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	47(33,6)	93(66,4)	140(100)	0,022
Temizlik personeli	7(14)	43(86)	50(100)	
Tıbbi sekreter	10(21,3)	37(78,7)	47(100)	
Diğer	15(20,5)	58(79,5)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	22(22,4)	76(77,6)	98(100)	0,069
6-10 yıl	22(24,2)	69(75,8)	91(100)	
11-15 yıl	9(20,5)	35(79,5)	44(100)	
16-20 yıl	7(21,2)	26(78,8)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	19(43,2)	25(56,8)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	20(20,2)	79(79,8)	99(100)	0,144
Hayır	59(28)	152(72)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	13(24,5)	40(75,5)	53(100)	0,998**
Yok	66(25,7)	191(74,3)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	18(20,2)	71(79,8)	89(100)	0,228**
Yok	61(27,6)	160(72,4)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	6(15,8)	32(84,2)	38(100)	0,527**
Diğer**	12(23,5)	39(76,5)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	15(55,6)	12(44,4)	27(100)	<0,001**
Hayır	64(22,6)	219(77,4)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan sağlık çalışanlarının ilköğretim ve altına göre KKMM-KMM'nin önerildiği yaşı doğru bilme oranları daha yüksek olup; aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Bekar sağlık çalışanlarının KKMM ve KMM'nin hangi yaştan itibaren önerildiğini bilme oranı %65,6 olup evli olanlara göre yüksektir; bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,02).

KKMM ve KMM hangi yaştan itibaren önerildiği sorulduğunda hemşirelerin %69,3'ü temizlik personelinin %32'si doğru bilmiştir; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$). Kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarının KKMM ve KMM'de önerilen yaşı daha yüksek oranda doğru bildiği belirlenmiş olup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,014$). Meslekte geçirilen süre, sigara kullanımı, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve eğitim alma ile KKMM ve KMM'de önerilen yaşın doğru bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,136$; $p=0,297$; $p=0,866$; $p=0,14$; $p=1$) (Tablo 20).

Tablo 20. Sosyodemografik veriler ile KKMM ve KMM'de önerilen başlama yaşının bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	KKMM ve KMM de önerilen başlama yaşı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	6(18,2)	27(81,8)	33(100)	<0,001
Lise mezunu	34(52,3)	31(47,7)	65(100)	
Üniversite mezunu	117(61,9)	72(38,1)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	16(69,6)	7(30,4)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	63(65,6)	33(34,4)	96(100)	0,02
Evli	110(51,4)	104(48,6)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	97(69,3)	43(30,7)	140(100)	<0,001
Temizlik personeli	16(32)	34(68)	50(100)	
Tıbbi sekreter	23(48,9)	24(51,1)	47(100)	
Diğer	37(50,7)	36(49,3)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	65(66,3)	33(33,7)	98(100)	0,136
6-10 yıl	48(52,7)	43(47,3)	91(100)	
11-15 yıl	22(50)	22(50)	44(100)	
16-20 yıl	15(45,5)	18(54,5)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	23(52,3)	21(47,7)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	51(51,5)	48(48,5)	99(100)	0,297
Hayır	122(57,8)	89(42,2)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	21(39,6)	32(60,4)	53(100)	0,014**
Yok	152(59,1)	105(40,9)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	49(55,1)	40(44,9)	89(100)	0,866
Yok	124(56,1)	97(43,9)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	17(44,7)	21(55,3)	38(100)	0,14**
Diğer**	32(62,7)	19(37,3)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	15(55,6)	12(44,4)	27(100)	1**
Hayır	158(55,8)	125(44,2)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

KKMM yapılma sıklığı sorulduğunda eğitim düzeyi lisansüstü olanların %82,6'sı ilköğretim ve altı olanların %30,3'ü doğru bilmıştır; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001). Hemşirelerin KKMM yapılma sıklığını doğru bilme oranları tıbbi sekreter dışındaki sağlık çalışanlarından daha yüksek olup; bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının meslekte geçirdikleri süre ile KKMM yapılma sıklığını doğru bilme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup meslekte 11-15 yıl geçirenlerin 10 yıl ve daha az süre geçirenlere göre doğru bilme oranları yüksektir (p=0,028). KKMM yapılma sıklığını doğru bilme ile medeni durum, sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve eğitim alma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,238; p=0,54; p=0,933; p=0,496; p=0,297; p=0,249) (Tablo 21).

Tablo 21. Sosyodemografik veriler ile KKMM yapılma sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	KKMM yapılma sıklığı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	10(30,3)	23(69,7)	33(100)	0,001
Lise mezunu	37(56,9)	28(43,1)	65(100)	
Üniversite mezunu	114(60,3)	75(39,7)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	19(82,6)	4(17,4)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	51(53,1)	45(46,9)	96(100)	0,238
Evli	129(60,3)	85(39,7)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	102(72,9)	38(27,1)	140(100)	<0,001
Temizlik personeli	20(40)	30(60)	50(100)	
Tıbbi sekreter	27(57,4)	20(42,6)	47(100)	
Diğer	31(42,5)	42(57,5)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	50(51)	48(49)	98(100)	0,028
6-10 yıl	46(50,5)	45(49,5)	91(100)	
11-15 yıl	32(72,7)	12(27,3)	44(100)	
16-20 yıl	22(66,7)	11(33,3)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	30(68,2)	14(31,8)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	55(55,6)	44(44,4)	99(100)	0,54
Hayır	125(59,2)	86(40,8)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	30(56,6)	23(43,4)	53(100)	0,933**
Yok	150(58,4)	107(41,6)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	49(55,1)	40(44,9)	89(100)	0,496
Yok	131(59,3)	90(40,7)	221(100)	

Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	18(47,4)	20(52,6)	38(100)	0,297**
Diğer**	31(60,8)	20(39,2)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	19(70,4)	8(29,6)	27(100)	0,249**
Hayır	161(56,9)	122(43,1)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi arttıkça KMM yapılma sıklığı doğru bilme oranı artmakta olup sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi ile KMM yapılma sıklığı doğru bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,005). Hemşirelerin %67,9'u, temizlik personelinin %38'i KMM yapılma sıklığını doğru bilmektedir; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). KMM yapılma sıklığını birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan sağlık çalışanlarının %44,7'si bilmiş iken daha uzak akrabalarında olanların ise %70,6'sı bilmiştir; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,025). KMM yapılma sıklığının bilinmesi ile medeni durum, meslekte geçirilen süre ve sigara kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,711; p=0,243; p=0,96). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü ve tarama programlarıyla ilgili eğitim alma ile KMM yapılma sıklığının bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,628; p=0,531; p=1) (Tablo 22).

Tablo 22. Sosyodemografik veriler ile KMM yapılma sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	KMM yapılma sıklığı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	13(39,4)	20(60,6)	33(100)	0,005
Lise mezunu	35(53,8)	30(46,2)	65(100)	
Üniversite mezunu	108(57,1)	81(42,9)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	20(87)	3(13)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	56(58,3)	40(41,7)	96(100)	0,711
Evli	120(56,1)	94(43,9)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	95(67,9)	45(32,1)	140(100)	0,001
Temizlik personeli	19(38)	31(62)	50(100)	
Tıbbi sekreter	25(53,2)	22(46,8)	47(100)	
Diğer	37(50,7)	36(49,3)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	49(50)	49(50)	98(100)	0,243
6-10 yıl	56(61,5)	35(38,5)	91(100)	
11-15 yıl	24(54,5)	20(45,5)	44(100)	
16-20 yıl	17(51,5)	16(48,5)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	30(68,2)	14(31,8)	44(100)	

Sigara Kullanımı				
Evet	56(56,6)	43(43,4)	99(100)	0,96
Hayır	120(56,9)	91(43,1)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	28(52,8)	25(47,2)	53(100)	0,628**
Yok	148(57,6)	109(42,4)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	53(59,6)	36(40,4)	89(100)	0,531
Yok	123(55,7)	98(44,3)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	17(44,7)	21(55,3)	38(100)	0,025**
Diğer**	36(70,6)	15(29,4)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	15(55,6)	12(44,4)	27(100)	1**
Hayır	161(56,9)	122(43,1)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Kronik hastalık öyküsü olan sağlık çalışanları olmayanlara kıyasla serviks kanseri tarama yaş aralığını daha sık doğru bilmiş olup aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,041). Birinci derece yakınında kanser öyküsü olan sağlık çalışanlarının %23,7'si diğer yakınlarında kanser öyküsü olanların %47,1'i serviks kanserinde taranan yaş aralığını bilmektedir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,042). Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi, medeni durumu, meslek ve meslekte geçirdikleri süre ile serviks kanserinde taranan yaş grubunun doğru bilinmesi durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,292; p=0,519; p=0,063; p=0,453). Sigara öyküsü, ailede kanser öyküsü ve eğitim alma ile serviks kanserinde taranan yaş aralığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,861; p=0,119; p=0,269) (Tablo 23).

Tablo 23. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan serviks kanserinde taranan kadınların yaş grubunun bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Serviks kanserinde taranan kadınların yaş aralığı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	10(30,3)	23(69,7)	33(100)	0,292
Lise mezunu	14(21,5)	51(78,5)	65(100)	
Üniversite mezunu	62(32,8)	127(67,2)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	9(39,1)	14(60,9)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	27(28,1)	69(71,9)	96(100)	0,519
Evli	68(31,8)	146(68,2)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	41(29,3)	99(70,7)	140(100)	0,063
Temizlik personeli	14(28)	36(72)	50(100)	

Tıbbi sekreter	22(46,8)	25(53,2)	47(100)	
Diğer	18(24,7)	55(75,3)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	24(24,5)	74(75,5)	98(100)	0,453
6-10 yıl	29(31,9)	62(68,1)	91(100)	
11-15 yıl	17(38,6)	27(61,4)	44(100)	
16-20 yıl	12(36,4)	21(63,6)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	13(29,5)	31(70,5)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	31(31,3)	68(68,7)	99(100)	0,861
Hayır	64(30,3)	147(69,7)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	23(43,4)	30(56,6)	53(100)	0,041**
Yok	72(28)	185(72)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	33(37,1)	56(62,9)	89(100)	0,119
Yok	62(28,1)	159(71,9)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	9(23,7)	29(76,3)	38(100)	0,042**
Diğer**	24(47,1)	27(52,9)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	10(37)	17(63)	27(100)	0,269***
Hayır	85(30)	198(70)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Lisans üstü eğitim almış olan sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama yöntemini doğru bilme oranı lise ve altı düzeyde eğitim almış kişilerden yüksek olup bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,013$). Hemşirelerin serviks kanseri tarama yöntemini bilme oranı diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olup sağlık çalışanlarının mesleği ile serviks kanseri tarama yönteminin bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). 21 yıl ve daha uzun süre meslekte çalışanlar diğerlerine göre serviks tarama yöntemini daha sık bilmekte olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Sigara içenlerin %65,7'si, içmeyenlerin %50,2'si serviks kanseri tarama yöntemini doğru olarak bilmekte olup; sigara kullanımı ile serviks kanseri tarama yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,011$). Ailesinde kanser öyküsü olan kişilerin akrabalık derecesi ile serviks kanseri tarama yöntemi arasında ilişki anlamlı olup; birinci derece akrabası olmayan kişiler daha sık bilmişlerdir ($p=0,022$). Serviks kanseri tarama yönteminin bilinmesi ile medeni durum, kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü ve tarama programlarıyla ilgili eğitim alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,221$; $p=0,057$; $p=0,63$; $p=0,291$) (Tablo 24).

Tablo 24. Sosyodemografik veriler ile serviks kanseri tarama yönteminin bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Serviks kanseri tarama yöntemi;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	13(39,4)	20(60,6)	33(100)	0,013
Lise mezunu	29(44,6)	36(55,4)	65(100)	
Üniversite mezunu	112(59,3)	77(40,7)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	17(73,9)	6(26,1)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	48(50)	48(50)	96(100)	0,221
Evli	123(57,5)	91(42,5)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	94(67,1)	46(32,9)	140(100)	<0,001
Temizlik personeli	21(42)	29(58)	50(100)	
Tıbbi sekreter	28(59,6)	19(40,4)	47(100)	
Diğer	28(38,4)	45(61,6)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	40(40,8)	58(59,2)	98(100)	<0,001
6-10 yıl	47(51,6)	44(48,4)	91(100)	
11-15 yıl	27(61,4)	17(38,6)	44(100)	
16-20 yıl	20(60,6)	13(39,4)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	37(84,1)	7(15,9)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	65(65,7)	34(34,3)	99(100)	0,011
Hayır	106(50,2)	105(49,8)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	36(67,9)	17(32,1)	53(100)	0,057**
Yok	135(52,5)	122(47,5)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	51(57,3)	38(42,7)	89(100)	0,63
Yok	120(54,3)	101(45,7)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	16(42,1)	22(57,9)	38(100)	0,022**
Diğer**	35(68,6)	16(31,4)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	18(66,7)	9(33,3)	27(100)	0,291**
Hayır	153(54,1)	130(45,9)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Serviks kanseri tarama sıklığının bilinmesi ile eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve meslekte geçirilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,439$; $p=0,745$; $p=0,633$; $p=0,759$). Sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve eğitim alma ile serviks kanseri tarama sıklığının bilinmesi durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,055$; $p=0,879$; $p=0,713$; $p=1$; $p=0,763$) (Tablo 25).

Tablo 25. Sosyodemografik veriler ile serviks kanseri tarama sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Serviks kanseri tarama sıklığı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	7(21,2)	26(78,8)	33(100)	0,439
Lise mezunu	9(13,8)	56(86,2)	65(100)	
Üniversite mezunu	22(11,6)	167(88,4)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	2(8,7)	21(91,3)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	11(11,5)	85(88,5)	96(100)	0,745**
Evli	29(13,6)	185(86,4)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	20(14,3)	120(85,7)	140(100)	0,633
Temizlik personeli	8(16)	42(84)	50(100)	
Tıbbi sekreter	4(8,5)	43(91,5)	47(100)	
Diğer	8(11)	65(89)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	14(14,3)	84(85,7)	98(100)	0,759
6-10 yıl	10(11)	81(89)	91(100)	
11-15 yıl	4(9,1)	40(90,9)	44(100)	
16-20 yıl	6(18,2)	27(81,8)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	6(13,6)	38(86,4)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	7(7,1)	92(92,9)	99(100)	0,055**
Hayır	33(15,6)	178(84,4)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	6(11,3)	47(88,7)	53(100)	0,879**
Yok	34(13,2)	223(86,8)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	10(11,2)	79(88,8)	89(100)	0,713**
Yok	30(13,6)	191(86,4)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	4(10,5)	34(89,5)	38(100)	1***
Diğer**	6(11,8)	45(88,2)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	4(14,8)	23(85,2)	27(100)	0,763***
Hayır	36(12,7)	247(87,3)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity p*** Fisher

Lisans üstü eğitim almış olan sağlık çalışanlarının %34,8'i, ilköğretim ve altı %3'ü, lise mezunu %6,2'si taramada yer alan kolon kanserinin tarandığı yaşları bilmiş olup eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyi artmaktadır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Sağlık çalışanları arasında kolon kanseri için taranan yaş grubu genel olarak az bilinse de hemşirelerin %24,3'ü bilmekte iken temizlik personelinin %2'si bilmekte idi; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Medeni durum, meslekte geçirdikleri süre ve sigara kullanımını ile kolon kanserinin taranan yaş aralığının doğru bilinmesi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulunmamıştır (p=0,746; p=0,226; p=0,394). Sağlık çalışanlarının kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve taramayla ilgili eğitim alma ile kolon kanserinde hedeflenen yaş grubunun doğru bilinmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,822; p=0,725; p=0,276; p=0,269) (Tablo 26).

Tablo 26. Sosyodemografik veriler ile taramada yer alan kolon kanserinde taranan kadın ve erkeklerin yaş grubunun bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Kolon kanserinde taranan kadın ve erkeklerin yaş aralığı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	1(3)	32(97)	33(100)	0,001
Lise mezunu	4(6,2)	61(93,8)	65(100)	
Üniversite mezunu	34(18)	155(82)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	8(34,8)	15(65,2)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	16(16,7)	80(83,3)	96(100)	0,746**
Evli	31(14,5)	183(85,5)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	34(24,3)	106(75,7)	140(100)	<0,001
Temizlik personeli	1(2)	49(98)	50(100)	
Tıbbi sekreter	7(14,9)	40(85,1)	47(100)	
Diğer	5(6,8)	68(93,2)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	13(13,3)	85(86,7)	98(100)	0,226
6-10 yıl	10(11)	81(89)	91(100)	
11-15 yıl	6(13,6)	38(86,4)	44(100)	
16-20 yıl	8(24,2)	25(75,8)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	10(22,7)	34(77,3)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	12(12,1)	87(87,9)	99(100)	0,394**
Hayır	35(16,6)	176(83,4)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	7(13,2)	46(86,8)	53(100)	0,822**
Yok	40(15,6)	217(84,4)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	15(16,9)	74(83,1)	89(100)	0,725**
Yok	32(14,5)	189(85,5)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	4(10,5)	34(89,5)	38(100)	0,276**
Diğer**	11(21,6)	40(78,4)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	6(22,2)	21(77,8)	27(100)	0,269***
Hayır	41(14,5)	242(85,5)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Üniversite düzeyinde eğitim düzeyi olanların kolon kanseri tarama yöntemini doğru bilme oranı %46 iken, ilköğretim ve altı olanlar %18,2'dir; eğitim düzeyi ile kolon kanseri tarama yöntemini doğru bilme arasında anlamlı ilişki vardır (p=0,008).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının mesleği ile kolorektal kanser tarama yöntemini doğru bilme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmış olup hemşirelerin temizlik personeline göre kolorektal kanser tarama yöntemini doğru bilme oranı daha fazladır (p=0,002). Kolon kanseri tarama yönteminin bilinmesi ile medeni durum, meslekte geçirilen süre ve sigara kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,982; p=0,138; p=0,75). Kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve tarama programlarıyla ilgili eğitim alma ile kolon kanseri tarama yönteminin bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,446; p=0,065; p=0,712; p=0,251) (Tablo 27).

Tablo 27. Sosyodemografik veriler ile kolorektal kanser tarama yönteminin bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Kolorektal kanser tarama yöntemi;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	6(18,2)	27(81,8)	33(100)	0,008
Lise mezunu	20(30,8)	45(69,2)	65(100)	
Üniversite mezunu	87(46)	102(54)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	10(43,5)	13(56,5)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	38(39,6)	58(60,4)	96(100)	0,982
Evli	85(39,7)	129(60,3)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	71(50,7)	69(90,3)	140(100)	0,002
Temizlik personeli	12(24)	38(76)	50(100)	
Tıbbi sekreter	18(38,3)	29(61,7)	47(100)	
Diğer	22(30,1)	51(69,9)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	33(33,7)	65(66,3)	98(100)	0,138
6-10 yıl	35(38,5)	56(61,5)	91(100)	
11-15 yıl	17(38,6)	27(61,4)	44(100)	
16-20 yıl	13(39,4)	20(60,6)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	25(56,8)	19(43,2)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	38(38,4)	61(61,6)	99(100)	0,75
Hayır	85(40,3)	126(59,7)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	24(45,3)	29(54,7)	53(100)	0,446**
Yok	99(38,5)	158(61,5)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	43(48,3)	46(51,7)	89(100)	0,065
Yok	80(36,2)	141(63,8)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	17(44,7)	21(55,3)	38(100)	0,712**
Diğer**	26(51)	25(49)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	14(51,9)	13(48,1)	27(100)	0,251**
Hayır	109(28,5)	174(61,5)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Üniversite ve üstü eğitim sahibi olanlar lise mezunlarına göre daha sık GGK testi yapılma sıklığını bilmekte olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,046). Evli olan sağlık çalışanlarının %51,4'ü bekarların %29,2'si GGK testi yapılma sıklığını bilmektedir ve aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Tıbbi sekreterlerin %59,6'sı diğer sağlık çalışanlarının %31,5'i GGK testinin yapılma sıklığını bilmektedir; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,016). Meslekte geçirilen süre ile GGK testi yapılma sıklığını doğru bilme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup; 21 yıl ve daha uzun süre çalışanlar, 5 yıl ve daha az çalışanlardan daha fazla oranda bilmektedir (p=0,006). Taramalar ile ilgili eğitim alan sağlık çalışanlarından GGK yapılma sıklığını doğru bilen %85,2; eğitim almayanlardan GGK testi yapılma sıklığını doğru bilen %40,6 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0,001). Sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü ve ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ile kolon kanseri tarama yönteminin bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,636; p=0,236; p=0,107; p=0,712) (Tablo 28)

Tablo 28. Sosyodemografik veriler ile GGK testi yapılma sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	GGK testi yapılma sıklığı;		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	15(45,5)	18(54,5)	33(100)	0,046
Lise mezunu	20(30,8)	45(69,2)	65(100)	
Üniversite mezunu	89(47,1)	100(52,9)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	14(60,9)	9(39,1)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	28(29,2)	68(70,8)	96(100)	<0,001
Evli	110(51,4)	104(48,6)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	67(47,9)	73(52,1)	140(100)	0,016
Temizlik personeli	20(40)	30(60)	50(100)	
Tıbbi sekreter	28(59,6)	19(40,4)	47(100)	
Diğer	23(31,5)	50(68,5)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	31(31,6)	67(68,4)	98(100)	0,006
6-10 yıl	40(44)	51(56)	91(100)	
11-15 yıl	22(50)	22(50)	44(100)	
16-20 yıl	17(51,5)	16(48,5)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	28(63,6)	16(36,4)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	46(46,5)	53(53,5)	99(100)	0,636
Hayır	92(43,6)	119(56,4)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	28(52,8)	25(47,2)	53(100)	0,236**
Yok	110(42,8)	147(57,2)	257(100)	

Ailede Kanser Öyküsü				
Var	46(51,7)	43(48,3)	89(100)	0,107
Yok	92(41,6)	129(58,4)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	21(55,3)	17(44,7)	38(100)	0,712**
Diğer**	25(49)	26(51)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	23(85,2)	4(14,8)	27(100)	<0,001**
Hayır	115(40,6)	168(59,4)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

Taramalar ile ilgili eğitim alan sağlık çalışanlarından kolonoskopi yapılma sıklığını doğru bilen %18,5 iken; eğitim almayanlardan kolonoskopi yapılma sıklığını doğru bilen %5,3 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,021). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği ve meslekte geçirdikleri süre ile kolonoskopi yapılma sıklığının bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,826; p=1; p=0,068; p=0,687). Sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü ve ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ile kolonoskopi yapılma sıklığının bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,66; p=0,217; p=0,902; p=0,388) (Tablo 29).

Tablo 29. Sosyodemografik veriler ile kolonoskopi yapılma sıklığının bilinmesi arasındaki ilişki

Değişkenler	Kolonoskopi yapılma sıklığı		Toplam n(%)	P*
	Bilen n(%)	Bilmeyen n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	1(3)	32(97)	33(100)	0,826
Lise mezunu	4(6,2)	61(93,8)	65(100)	
Üniversite mezunu	13(6,9)	176(93,1)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	2(8,7)	21(91,3)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar*	6(6,3)	90(93,8)	96(100)	1**
Evli	14(6,5)	200(93,5)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	9(6,4)	131(93,6)	140(100)	0,068
Temizlik personeli	1(2)	49(98)	50(100)	
Tıbbi sekreter	7(14,9)	40(85,1)	47(100)	
Diğer	3(4,1)	70(95,9)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	9(9,2)	89(90,8)	98(100)	0,687
6-10 yıl	5(5,5)	86(94,5)	91(100)	
11-15 yıl	2(4,5)	42(95,5)	44(100)	
16-20 yıl	1(3)	32(97)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	3(6,8)	41(93,2)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	5(5,1)	94(94,9)	99(100)	0,66**
Hayır	15(7,1)	196(92,9)	211(100)	

Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	1(1,9)	52(98,1)	53(100)	0,217***
Yok	19(7,4)	238(92,6)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	5(5,6)	84(94,4)	89(100)	0,902**
Yok	15(6,8)	206(93,2)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	1(2,6)	37(97,4)	38(100)	0,388***
Diğer**	4(7,8)	47(92,2)	51(100)	
Taramayla ilgili Eğitim Alma				
Evet	5(18,5)	22(81,5)	27(100)	0,021***
Hayır	15(5,3)	268(94,7)	283(100)	

*Bekar ve boşanmış kişiler

** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity p*** Fisher

Sağlık çalışanlarının çoğunluğu kanser tarama programlarını diğer insanlara önerceğini belirtmiş olup; meslek ile tarama programlarını önerme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,383$). Eğitim düzeyi, medeni durum, meslekte geçirilen süre ve sigara kullanımı ile tarama programlarını diğer kişilere önerme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,85$; $p=0,647$; $p=0,822$; $p=1$). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kronik hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ve tarama programlarıyla ilgili eğitim alma ile tarama programlarını önerme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,593$; $p=0,627$; $p=1$; $p=1$).

Mesleklere göre değerlendirildiğinde hemşireler %91,4 ile en yüksek oranda KKMM yapan grup olduğu görülmüş olup diğer sağlık çalışanları (%71,2) ile karşılaştırıldığında arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,002$). Ailesinde kanser öyküsü olan sağlık çalışanlarının olmayanlara göre daha sık KKMM yaptıkları belirlenmiş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,012$). Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi, medeni durumu, meslekte geçirdikleri süre ile KKMM yapma durumu karşılaştırıldığında; genel olarak alt grupların çoğunluğunun birbirlerine yakın oranlarda KKMM yaptıkları saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,931$; $p=0,579$; $p=0,239$). Sağlık çalışanlarının sigara öyküsü, kronik hastalık öyküsü ve ailesinde kanser olan kişinin yakınlığı ile KKMM yapma davranışı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,822$; $p=0,725$; $p=276$) (Tablo 30).

Tablo 30. Sosyodemografik veriler ile sağlık çalışanlarının KKMM yapma durumları arasındaki ilişki

Değişkenler	KKMM yapma durumu*		Toplam n(%)	P*
	Yapan n(%)	Yapmayan n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	27(81,8)	6(18,2)	33(100)	0,931
Lise mezunu	56(86,2)	9(13,8)	65(100)	
Üniversite mezunu	159(84,1)	30(15,9)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	20(87)	3(13)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar**	79(82,3)	17(17,7)	96(100)	0,579**
Evli	183(85,5)	31(14,5)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	128(91,4)	12(8,6)	140(100)	0,002
Temizlik personeli	43(86)	7(14)	50(100)	
Tıbbi sekreter	39(83)	8(17)	47(100)	
Diğer	52(71,2)	21(28,8)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	78(79,6)	20(20,4)	98(100)	0,239
6-10 yıl	76(83,5)	15(16,5)	91(100)	
11-15 yıl	37(84,1)	7(15,9)	44(100)	
16-20 yıl	31(93,9)	2(6,1)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	40(90,9)	4(9,1)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	87(87,9)	12(12,1)	99(100)	0,341**
Hayır	175(82,9)	36(17,1)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	43(81,1)	10(18,9)	53(100)	0,59**
Yok	219(85,2)	38(14,8)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	83(93,3)	6(6,7)	89(100)	0,012**
Yok	179(81)	42(19)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	36(94,7)	2(5,3)	38(100)	1***
Diğer***	47(92,2)	4(7,8)	51(100)	

* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Bekar ve boşanmış kişiler * İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity p*** Fisher

İlköğretim ve altı ile lisans üstü eğitim düzeyi olan sağlık çalışanları, lise ve üniversite mezunlarına göre daha sık KMM yaptırmaktadır; eğitim düzeyi ile KMM yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p=0,018). Evli sağlık çalışanları (%47,7) bekar sağlık çalışanlarından (%24) daha sık oranda KMM yaptırma eğilimindedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). KMM yaptırma sıklıklarına bakıldığında temizlik personelinin %60 oranda yaptırdığı, diğer sağlık çalışanlarının %24,7'sinin KMM yaptırdığı bulunmuş olup; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). 16 yıl ve üzeri çalışan sağlık çalışanı 5 yıl ve daha az süre çalışanlara göre davranışı daha sık yaptıkları görülmüş olup, meslekte geçirilen süre arttıkça sağlık çalışanları daha sık KMM yaptırma eğiliminde olmuştur; meslekte

geçirilen süre ile KMM yaptırma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Kronik hastalığı olanların KMM yaptırma sıklığı kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksektir, bu istatistiksel olarak anlamlı bir durumdur ($p=0,005$). Ailede kanser öyküsünün olması sağlık çalışanlarının KMM yaptırma sıklığını arttırmıştır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,038$). Sağlık çalışanlarının KMM yaptırma davranışı ile sigara kullanma öyküsü ve ailesinde kanser olan kişinin yakınlık derecesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,605$; $p=0,76$) (Tablo 31).

Tablo 31. Sosyodemografik veriler ile sağlık çalışanlarının KMM yaptırma durumları arasındaki ilişki

Değişkenler	KMM yaptırma durumu*		Toplam n(%)	P*
	Yapan n(%)	Yapmayan n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	19(57,6)	14(42,4)	33(100)	0,018
Lise mezunu	25(38,5)	40(61,5)	65(100)	
Üniversite mezunu	67(35,4)	122(64,6)	189(100)	
Yüksek lisans/doktora	14(60,9)	9(39,1)	23(100)	
Medeni Durum				
Bekar**	23(24)	73(76)	96(100)	<0,001
Evli	102(47,7)	112(52,3)	214(100)	
Meslek				
Hemşire	57(40,7)	83(59,3)	140(100)	0,001
Temizlik personeli	30(60)	20(40)	50(100)	
Tıbbi sekreter	20(42,6)	27(57,4)	47(100)	
Diğer	18(24,7)	55(75,3)	73(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	19(19,4)	79(80,6)	98(100)	<0,001
6-10 yıl	38(41,8)	53(58,2)	91(100)	
11-15 yıl	21(47,7)	23(52,3)	44(100)	
16-20 yıl	20(60,6)	13(39,4)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	27(61,4)	17(38,6)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	42(42,4)	57(57,6)	99(100)	0,605
Hayır	83(39,3)	128(60,7)	211(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	31(58,5)	22(41,5)	53(100)	0,005**
Yok	94(36,6)	163(63,4)	257(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	44(49,4)	45(50,6)	89(100)	0,038
Yok	81(36,7)	140(63,3)	221(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	20(52,6)	18(47,4)	38(100)	0,76**
Diğer***	24(47,1)	27(52,9)	51(100)	

* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

**Bekar ve boşanmış kişiler

*** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

40-69 yaş aralığında yer alan sağlık çalışanları arasında temizlik personeli (%75,9) daha sık oranda mamografi yaptırmışken, tıbbi sekreterlerin %25 oranında

mamografi yaptırdığı belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,007). Eğitim düzeyi, medeni durum ve meslekte geçirdikleri süre ile 40-69 yaş arası sağlık çalışanının mamografi yaptırdığı durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,125; p=0,377; p=0,172). Sigara kullanan sağlık çalışanlarının %47,7'si, sigara kullanmayanların %58,3'ü mamografi yaptırdığını belirtirken, kronik hastalığı olanlarda bu oran %65,7, kronik hastalığı olmayanlarda %47,8 olup; bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,383; p=0,128). 40-69 yaş grubundaki kadınların ailede kanser öyküsü ve ailesinde kanser olan kişinin yakınlık derecesi ile mamografi yaptırmaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,465; p=1) (Tablo 32).

Tablo 32. Bazı sosyodemografik veriler ile sağlık çalışanlarının mamografi yaptırdığı durumu arasındaki ilişki

Değişkenler	Mamografi yaptırdığı durumu*		Toplam n(%)	P*
	Yapan n(%)	Yapmayan n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	15(65,2)	8(34,8)	23(100)	0,125
Lise mezunu	10(58,8)	7(41,2)	17(100)	
Üniversite mezunu	24(43,6)	31(56,4)	55(100)	
Yüksek lisans/doktora	7(77,8)	2(22,2)	9(100)	
Medeni Durum				
Bekar**	6(40)	9(60)	15(100)	0,377**
Evli	50(56,2)	39(43,8)	89(100)	
Meslek				
Hemşire	25(54,3)	21(45,7)	46(100)	0,007
Temizlik personeli	22(75,9)	7(24,1)	29(100)	
Tıbbi sekreter	3(25)	9(75)	12(100)	
Diğer	6(35,3)	11(64,7)	17(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	2(28,6)	5(71,4)	7(100)	0,172
6-10 yıl	12(48)	13(52)	25(100)	
11-15 yıl	7(63,6)	4(36,4)	11(100)	
16-20 yıl	7(38,9)	11(61,1)	18(100)	
21 yıl ve üzeri	28(65,1)	15(34,9)	43(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	21(47,7)	23(52,3)	44(100)	0,383**
Hayır	35(58,3)	25(41,7)	60(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	23(65,7)	12(34,3)	35(100)	0,128**
Yok	33(47,8)	36(52,2)	69(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	20(60,6)	13(39,4)	33(100)	0,465**
Yok	36(50,7)	35(49,3)	71(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	12(60)	8(40)	20(100)	1**
Diğer***	8(61,5)	5(38,5)	13(100)	

*Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40-69 yaş aralığı alınmıştır.

**Bekar ve boşanmış kişiler

***İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

30-65 yaş aralığında olan sağlık çalışanlarının meslekte geçirdikleri süre arttıkça daha sık smear-Hpv testi yaptırmaya davranışı sergiledikleri gözlenmiş olup; meslekte 16 yıl ve üzerinde zaman geçirenler, 10 yıl ve daha az zaman geçirenlerden daha sık oranda smear-Hpv testi yaptırmışlardır ve meslekte geçirilen süre ile smear-Hpv testi yaptırmaya arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001). Sağlık çalışanlarının (30-65 yaş) smear-Hpv testi yaptırmaya ile eğitim düzeyi, medeni durumu ve meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,902; p=1; p=0,292). Sigara kullanma öyküsü olanların %62,3'ü, olmayanların ise %68,9'i smear-Hpv testi yaptırırken; kronik hastalık öyküsüne bakıldığında, kronik hastalığı olanların %71,4'ü, olmayanlar ise %62,6'sı yaptırmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,342; p=0,338). 30-65 yaş grubundaki sağlık çalışanının ailede kanser öyküsü ve ailede kanser öyküsü olanların yakınlık derecesi ile smear-Hpv testi yaptırmaya durumu karşılaştırıldığında; genel olarak benzer oranda yaptırmaya sıklığı saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=1; p=1) (Tablo 33).

Tablo 33. Bazı sosyodemografik veriler ile sağlık çalışanlarının smear-HPV DNA testi yaptırmaya durumu arasındaki ilişki

Değişkenler	Smear-HPV testi yaptırmaya durumu*		Toplam n(%)	P*
	Yapan n(%)	Yapmayan n(%)		
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim ve altı	20(60,6)	13(39,4)	33(100)	0,902
Lise mezunu	22(62,9)	13(37,1)	35(100)	
Üniversite mezunu	76(65,5)	40(34,5)	116(100)	
Yüksek lisans/doktora	14(70)	6(30)	20(100)	
Medeni Durum				
Bekar**	19(63,3)	11(36,7)	30(100)	1**
Evli	113(64,9)	61(35,1)	174(100)	
Meslek				
Hemşire	56(69,1)	25(30,9)	81(100)	0,292
Temizlik personeli	31(70,5)	13(29,5)	44(100)	
Tıbbi sekreter	24(60)	16(40)	40(100)	
Diğer	21(53,8)	18(46,2)	39(100)	
Meslekte Geçirilen Süre				
0-5 yıl	9(40,9)	13(59,1)	22(100)	0,001
6-10 yıl	31(50,8)	30(49,2)	61(100)	
11-15 yıl	31(70,5)	13(29,5)	44(100)	
16-20 yıl	25(75,8)	8(24,2)	33(100)	
21 yıl ve üzeri	36(81,8)	8(18,2)	44(100)	
Sigara Kullanımı				
Evet	51(62,3)	23(31,1)	74(100)	0,342
Hayır	81(68,9)	49(37,7)	130(100)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	35(71,4)	14(28,6)	49(100)	0,338**

Yok	97(62,6)	58(37,4)	155(100)	
Ailede Kanser Öyküsü				
Var	43(64,2)	24(35,8)	67(100)	1**
Yok	89(65)	48(35)	137(100)	
Akrabalık Derecesi				
Birinci derece	22(64,7)	12(35,3)	34(100)	1**
Diğer***	21(63,6)	12(36,4)	170(100)	

*Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30-65 yaş aralığı alınmıştır.

**Bekar ve boşanmış kişiler

*** İkinci ve üçüncü derece akrabalık derecesi olanlar

p* Pearson Ki-kare testinden elde edildi p** Continuity

5. TARTIŞMA

Kanser günümüzde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Kanser erken dönemde yakalanabilecek bir hastalık olup bunun için kanser tarama programları oluşturulmuştur. Kanser taramaları ile ilgili toplumun bilgilendirilmesinde sağlık çalışanlarına büyük bir görev düşmekte olup, bilinçli olan ve tarama davranışlarını gerçekleştiren sağlık çalışanlarının; topluma rol model olarak iyi bir örnek olacak olup, toplumun taramalara karşı bakış açısını olumlu yönde etkileyerek tarama oranlarını daha da arttırılabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının kanser taramaları konusundaki bilgi, tutum ve davranışları hayati önem taşımaktadır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının neredeyse tamamının kanser taramalarının önemini ve amacını bildiği, KETEM'i duyduğu ve taramalara karşı olumlu tutumlarının olduğu saptanmıştır. Ulusal kanser tarama programında yer alan meme kanseri taraması, serviks ve kolorektal kanser taramasına göre daha fazla bilinmektedir. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun mamografiyi bildiği, KKMM yaptığı ancak diğer tarama davranışlarını yetersiz olarak yaptığı saptanmıştır. Sık olarak öne sürülen kanser taramaları yaptırmama nedenleri arasında ihmal etme ve şikayeti olmadığı için gerekli görmeme yer almaktadır.

Dünya genelinde kanser taramaları önemli bir yere sahiptir. Çalışmamıza dahil olan sağlık çalışanlarının %96,8'i kanser taramalarının önemli olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamıza benzer olarak Gönen'in çalışmasında sağlık çalışanlarının tamamı (%100) kanser taraması yaptırmamanın gerekli olduğu yönünde görüş belirtmişlerdir (54). Hemen hemen sağlık çalışanlarının tamamı tarafından erken tanıda kritik bir role sahip olan kanser taramalarının önemli bulunması kanser ile mücadelede şu an ve gelecek açısından umut vadetmektedir.

Kanser taramalarının asıl amacının kanseri erken dönemde yakalamak olduğunun sağlık çalışanları tarafından bilinmesi çok önemlidir. Çalışmamızda da taramaların amacının kanseri erken dönemde yakalamak olduğunu hemen hemen katılımcıların tamamı bilmektedir (%97,7). Diğer yandan bu cevabın yanında taramaların amaçları arasında yer almayan başka amaçlar da bulunmaktadır. Bu yüzden soruyu tam olarak doğru bilenlere göre değerlendirirsek (taramaların amacının yalnızca kanseri erken dönemde yakalamak olduğunu doğru şekilde ifade edenler) sağlık çalışanlarının %42,9'u bilmiştir. Genel olarak kanser taramalarının amacının

sağlık çalışanları tarafından bilinmesi, toplumun kanser taramalarına katılımının artırılmasında yararlı olabilir. Şeker ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada katılımcıların %83,4'ü kanser taramalarının amacının kanseri erken dönemde yakalamak olduğunu başka amaçlar ile işaretlerken; taramaların amacına yalnızca 'kanseri erken dönemde yakalamak' olarak doğru cevap verenler ise %46,4'tür (4). Bu farklılığın sebebi Şeker ve arkadaşlarının çalışmasında bu soruya cevap vermeyen kişilerin bulunması olup, eğer soruya sadece cevap verenlerin oranları hesaplanırsa idi sonuçlar benzer olacaktı. Bizim çalışmamızda tüm katılımcılar bu soruyu yanıtlamıştır.

Dünya genelinde birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de kanser ile mücadele kapsamında ulusal kanser tarama programları oluşturulmuştur. Oluşturulan kanser tarama programlarının uygulanmasında KETEM'ler önemli bir yere sahiptir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %97,4'ü KETEM'i duyduğunu belirtirken, %56,5'i ulusal kanser tarama programını duyduğunu belirtmiştir. Kanser taramalarının öneminin ve amacının bilinmesi bize, sağlık çalışanlarının kanser taramalarını bildiğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada kanser taramalarında ulusal tarama programlarını geliştirmenin önemli olduğunu dünya çapındaki başarılı programlardan öğrenmek gerektiğine vurgu yapmıştır (55). Çalışmamızın sonucunda sağlık çalışanlarının KETEM'i duyduğu ancak sağlık bakanlığının uyguladığı taramaların özel ismi olan "Ulusal Kanser Tarama Programı" olarak sağlık çalışanlarının yarısından fazlası tarafından duyulduğu, yarısından azının bu özel ismi bilmediği görülmüştür. Şeker ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %80,8'i KETEM'i, %86,4'ü kanser taramasını duydukları görülmüştür (4). Nijerya'da üçüncü basamak olarak hizmet veren Abakaliki Federal Eğitim Hastanesi'ndeki 388 kadın hemşire üzerinde yapılan çalışmada katılanların çoğunluğunun (%84,3) serviks kanseri tarama merkezinden haberdar olduğu gösterilmiştir (56). Literatüre baktığımızda sağlık çalışanlarının KETEM'i ve kanser taramalarını bilme oranları yüksektir. Türkiye'de kanser tarama programlarının uygulanmasındaki başlıca kurum KETEM olup, bu yüzden tarama programlarının hedefine ulaşmasında KETEM'in bilinmesi çok önemlidir.

Ülkemizde ulusal kanser tarama programı kapsamında meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser taranmaktadır. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının

%20'si meme kanserinin, serviks kanserinin ve kolorektal kanserinin ulusal kanser tarama programında yer aldığını bilmektedir. Ancak meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kansere ilave olarak başka kanserleri de programda bulunduğunu düşünerek işaretlemişlerdir. Ulusal kanser tarama programında sadece meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser bulunmaktadır diyen sağlık çalışanı sayısı %7,4'tür. Çalışmamıza benzer olarak Koruk ve arkadaşlarının çalışmasında tüm Ulusal Kanser Tarama Standartları'nı (UKTS) doğru bilme oranı %6,3'tür (10). Kaya ve arkadaşlarının araştırmasına göre ulusal kanser tarama programında taranan kanserleri sağlık çalışanlarının %48,5'i doğru bildiği saptanmıştır (2). Gönen'in çalışmasında taramada meme, serviks ve kolon kanserinin olduğunu sağlık çalışanlarının %51,5'i bilmiştir (54). Bizim sonuçlarımız Kaya ve Gönen'in çalışmasına kıyasla düşüktür. Bu durumun sebebinin Kayanın çalışmasına katılanların çoğunluğunun hekim olmasından, Gönen'in çalışmasının kanser taramalarında önemli yeri olan birinci basamakta (ASM ve TSM) çalışan sağlık çalışanlarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kanser tarama programını tek tek ele aldığımızda meme kanserinin programda olduğunun bilinme oranı %75,2, serviks kanserinin bilinme oranı %45,2, kolorektal kanserin bilinme oranı %31,9'dur. Kaya ve arkadaşların çalışmasında meme kanserinin bilinme oranı %86,8, serviks kanserinin bilinme oranı %85,4, kolon kanserinin bilinme oranı %78,1'dir (2). Öz ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %84,4 kadarının sağlık bakanlığının başlatmış olduğu serviks kanseri tarama programından haberdar olduğu bildirilmiştir (57). Kaya ve Öz'ün çalışmasının sonuçları bizim çalışmamızdan daha yüksektir. Bu farklılık Kaya'nın çalışmasına katılanların çoğunluğunun hekim olması ile, Öz'ün çalışmasını yaptığı hastanenin serviks kanseri için üçüncü basamak referans merkezi olması ile açıklanabilir. Koruk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meme kanserinin bilinme oranı %22,8, serviks kanserinin bilinme oranı %23,2, kolon kanserinin bilinme oranı %11,2'dir (10). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %12,1'i kolorektal kanserin erken taranabileceğini bildiğini belirtmiştir (58). Bizim çalışmamıza kıyasla Şahin'in bulgusu daha düşük olup, bu durum Şahin'in yaptığı çalışmada katılımcıların çok azının sağlık çalışanı olmasından kaynaklanmış olabilir. Taramada yer alan meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserin bilinme oranı çok düşük olup, her dört kişiden üç'ü meme kanserinin tek başına

taramada yer aldığını bilse de genel olarak taramada yer alan kanserlerin sağlık çalışanları tarafından bilinme oranları düşüktür.

Hemşirelerin taramada yer alan kanserleri hem tek tek hem de birlikte olarak bilme oranları daha yüksek bulunmuştur. Üniversite ve üstü eğitim düzeyinin taramada yer alan kanserlerin bilinme oranlarını arttırdığı görülmüştür. Evli olanların ve meslekte 10 yıldan daha uzun süre çalışanların meme kanseri farkındalığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyleri ile taramalarla ilgili bilgi seviyeleri arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (59,60). Bir araştırmada taramada kolorektal kanserin olduğunu eğitim düzeyi yüksek kişiler daha çok bilmiştir (58). Koruk ve arkadaşlarının çalışmasında meme kanserinin bilinmesi ile meslekte geçirilen süre arasında ilişki bulunmamıştır (10). Koruk'un (10) çalışmasının sonucuna benzer olarak tarama ile ilgili eğitim alanlar daha fazla oranda taramada meme kanserinin olduğunu bilmişlerdir ancak çalışmamıza katılanlar arasında eğitim alanlar çok az olduğu için taramalar ile ilgili eğitim almanın etkisi net olarak değerlendirilmemiştir. Literatürdeki çalışmalarda kanser taramaları ile ilgili eğitim sonrası kişilerin bilgi düzeylerinin arttığı gösterilmiştir (61,62). Yapılan bir çalışmada meme kanseri taramaları ile ilgili eğitim sonrası, katılımcıların 6 aylık süreçte meme kanseri tarama davranışlarının arttığını bildirmişlerdir (63). Hemşirelerin, eğitim düzeyi yüksek olanların, mesleki tecrübesi fazla olan kişilerin kanser taramaları konusunda bilgilerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Toplumun bilinçlendirilmesinde önemli olan sağlık çalışanlarının kanser taramalarında yer alan kanserleri bilmemeleri endişe verici olup, hizmet içi eğitim programları ile sağlık çalışanlarının en kısa zamanda eğitilip bilgilendirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Farklı kanserlerin farklı yaş gruplarında görüldüğü bilinen bir gerçektir. Meme kanserlerinin büyük çoğunluğunun postmenopozal yıllarda tespit edilmesi ve kolorektal kanserin gelişme riskinin 40 yaşından sonra hızlıca artıp %90'ının 50 yaş üzeri kişilerde görülmesi nedeniyle meme kanseri ile kolorektal kanserde yaş önemli bir risk faktörüdür (64–66). Bu nedenle kanserlerin en sık görüldüğü yaş gruplarının bilinmesi kanser ile mücadele kapsamında gereklidir. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının %42,6'sı ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre belirlenen hedefin 40-69 yaş aralığındaki kadınlar olduğunu; %30,6'sı ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre belirlenen hedefin 30-65 yaş aralığındaki kadınlar

olduğunu; %15,2'si ulusal kolorektal kanser tarama standartlarına göre belirlenen hedefin 50-70 yaş aralığındaki kadınlar ve erkekler olduğunu bilmiştir. Sağlık çalışanları her ne kadar kanser taramalarının önemli olduğunu bildirmiş olsalar da; hangi yaş grubunun hangi kanserler açısından taranacağını bilenlerin oranının yeterli olmadığı görülmüştür. Koruk ve arkadaşlarının araştırmasında sağlık çalışanlarının %46,1'inin mamografi çekilmeye başlama yaşını, %42'8'inin PAP smear testinin başlama yaşını, %41'inin GGK testinin; %44,6'sının kolonoskopinin başlama yaşını doğru bildiği tespit edilmiştir (10). Güvenç'in yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %58,5'inin mamografi yaş aralığını, %87,2'sinin Pap-smear testi yaş aralığını, %75,4'ünün GGK testi-%27,2'sinin kolonoskopi yaş aralığını bildiği saptanmıştır (67). Gönen'in araştırmasına göre sağlık çalışanlarının %21,6'sı meme kanseri tarama yaş aralığını, %53,2'si serviks kanseri tarama yaş aralığını bildiği belirlenmiştir (54). Madubogwu ve arkadaşlarının araştırmasına göre katılımcıların %41,9'u 40 yaşından itibaren mamografinin başladığını bildirmiştir (68). Wu ve arkadaşlarının araştırmasına göre mamografiye başlamak için önerilen yaşı katılımcıların %40,4'ü bildiği görülmüştür (60). Chauhan ve arkadaşlarının çalışmasına göre serviks kanserinde taramaya 30 yaşında başlamayı önerenlerin oranı %23'tür (69). Khanna ve arkadaşları, çalışmasında katılımcıların %16,9'u 30 yaş üzeri kadınların serviks kanseri taraması yaptırması gerektiğini belirtmiştir (70). Ifemelumma ve arkadaşları, çalışmasında sağlık çalışanlarının %39,2'si 30 yaş üzeri kadınların taranması gerektiğini bildirmiştir (56). Çalışmamızda taramada yer alan kanserlerin taranan yaş aralığının bilinme oranları diğer çalışmalara göre genel olarak düşük bulunmuştur. Bu farklılığın, çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarından tarama ile ilgili eğitim alan kişilerin çok az olması ve eğitim alanların da daha önceki çalıştıkları kurumlarında eğitim aldıklarından bilgilerinin eski olmasından dolayı kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Mamografi ile meme kanserinin erken tanısı, meme kanseri ölüm riskini azaltır. Randomize çalışmalarda meme kanseri taramasının, meme kanseri ölümlerinde yaklaşık %20'lik genel bir azalma olduğunu göstermiştir. Avrupa ve Kanada'daki mamografi ile tarama programlarından elde edilen daha yakın tarihli sonuçlarda, taranan kadınlar arasında meme kanseri ölüm riskinin %40'tan fazla azaldığı görülmektedir (71). Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre meme kanseri

taramasında kullanılan görüntüleme yönteminin mamografi olduğunu katılımcıların çoğunluğu bilmektedir (93,9). Fakat mamografi ile meme kanseri tarama sıklığının 2 yılda 1 olduğu doğru yanıtını veren katılımcı sayısı %25,5'tir. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun meme kanseri mortalitesinin azaltılmasında etkili olan mamografi ile tarama yöntemini bildiği ancak her dört kişiden üçünün doğru tarama sıklığını bilmediği saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının araştırmasında %77,4 oranında meme kanseri taramasının mamografi ile yapıldığı sağlık çalışanları tarafından bilinmiştir (2). Şeker ve arkadaşlarının araştırmasına göre mamografinin bilinme oranı %49,5'tir (4). Soylar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %57,5'inin mamografi çekilme sıklığını doğru bildikleri görülmüştür (72). Koruk ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada mamografi çekilme sıklığını, sağlık çalışanlarının %42,3 oranında bildiği bildirilmiştir (10). Gönen'in araştırmasına göre mamografi çekilme sıklığını bilme oranı %25,9'dur (54). Nilaweera ve arkadaşlarının çalışmasına göre meme kanseri tarama yöntemlerinden mamografinin bilinme oranı %64,3 olarak bulunmuştur (73). Literatür ile karşılaştırıldığında çalışmamızda genel olarak sağlık çalışanlarının meme kanseri tarama yöntemini diğer çalışmalardan daha fazla bildiği görülmüştür. Bu durum Pamukkale Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının meme kanserini diğer taranan kanserlerden daha fazla bilmesinden dolayı kaynaklanıyor olabilir. Ancak mamografi çekilme sıklığının bilinme oranı Gönen'in çalışması ile benzer iken diğer çalışmalardan daha düşüktür. Bu durumun çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çok az bir kısmının kanser taramaları ile ilgili eğitim almış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre KKMM ve KMM'nin 20 yaştan itibaren önerildiğini sağlık çalışanlarının yarısından fazlası bilmiştir (%55,8). KKMM uygulanma sıklığının ayda bir olduğunu sağlık çalışanlarının %58,1'i, KMM yaptırma sıklığının 20-39 yaş aralığındaki kadınlar için iki yılda bir, 40-69 yaş aralığındaki kadınlar için yılda bir olması gerektiğini sağlık çalışanlarının %56,8'i bilmektedir. Koruk ve arkadaşlarının araştırmasına göre KKMM için önerilen başlama yaşını, sağlık çalışanlarının %48,7'sinin doğru bildiği saptanmıştır (10). Kabacaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada sağlık çalışanlarının %60,5'i KKMM'nin 20 yaşında başlaması gerektiğini, %78,4'ü ayda bir KKMM yapılması gerektiğini bildiği görülmüştür (74). Heena ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da 395 kadın sağlık

çalışanı ile yaptığı çalışmasına göre katılımcıların %23'ü KKMM başlama yaşının 20 olduğunu, %74,2'si de aylık olarak KKMM yapılması gerektiğini bildirmiştir (8). Madubogwu ve arkadaşlarının Nijerya'da üniversite hastanesindeki araştırmasına göre katılımcıların %8,1'i KKMM başlama yaşının 20 olduğunu, %58,1'i de aylık olarak KKMM yapılması gerektiğini, %22,5'i yılda bir KMM yapılması gerektiğini bildirmiştir (68). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının KKMM ve KMM'nin önerilen yaşı ve uygulama sıklığının bildiği görülmüş olup ülkemizdeki benzer çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Suudi Arabistan ve Nijerya'daki yapılan çalışmalarda başlama yaşının çok az oranda bilinirken aylık olarak KKMM yapmanın yüksek oranlarda bilindiği bildirilmiştir.

Eğitim düzeylerinin arttıkça bilme oranlarının arttığı, meslekler arasında hemşirelerin KKMM ve KMM konusunda bilgi oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. 11-15 yıl civarı mesleki tecrübesi olan kişilerin KKMM yapma sıklığını daha fazla bildikleri belirlenmiştir. Andsoy ve Gül'ün çalışmasında eğitim düzeyi ve meslekte geçirilen süre ile taramaların bilgi puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (59). Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyleri ile taramalarla ilgili bilgi seviyeleri arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (60). Literatürde direk KKMM ve KMM bilinmesi ile eğitim düzeyi, meslek, meslekte geçirilen süre ile karşılaştırılmaya denk gelinmemiş olup, ancak benzer çalışmalarda yer alan genel bilgi seviyesi ile kıyaslanmıştır. Çalışmamızın sonuçları bu çalışmalar benzerlik göstermektedir. Düzenlenecek hizmet içi eğitim programları ile sağlık çalışanlarına eğitimlerin uygulanması sayesinde bilgilerinin ve dolayısıyla farkındalıklarının daha da artacağı kanaatindeyiz.

Düzenli ve kaliteli olarak yapılan pap-smear testi ile servikal kanserin morbidite ve mortalitesini %80 oranında azaltabilir (31). Hindistan'daki 8 yıllık bir randomize kontrollü çalışmada, HPV-DNA testi ile taramanın taranmayan gruba kıyasla servikal kanser mortalitesinde yaklaşık %50'lik bir azalma ile sonuçlandığını bildirmiştir (75). Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre araştırmamıza dahil edilen katılımcıların %55,2'si serviks kanseri tarama yönteminin Smear+HPV testi olduğunu bildiği saptanmıştır. 5 yılda 1 serviks kanseri taraması yapılması gerektiğini katılımcıların %12,9'u bilmiştir. Servikal kanser ile mücadelede önemli bir silah olan Smear testi ve HPV-DNA testi sağlık çalışanlarının yarısı tarafından bilinmektedir.

Literatüre baktığımızda birkaç çalışmanın sonuçları çalışmamız ile paralellik göstermektedir (4,69,70,72). Soylar ve arkadaşlarının çalışmasına göre katılımcıların yarısı (%50,3) Pap-smear testinin yapılma sıklığını bilmektedir (72). Şeker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada katılımcıların %44,6'sının Pap-smear yöntemini bildiği saptanmıştır (4). Chauhan ve arkadaşlarının çalışmasında servikal kanser tarama yöntemi olarak Pap-smear testinin bilinme oranı %45,5 ve 5 yılda bir tarama yapılmasını önerenler %5'tir (69). Khanna ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada serviks kanseri tarama yöntemini bilme oranı %46,3'tür (70). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılanların %81,5'sinin smear testini bildiği, %35,6'ünün HPV-DNA testini bildiğini tespit etmişlerdir (2). Gönen'in araştırmasına göre serviks kanseri tarama yöntemini katılımcıların %86'sının bildiği, serviks kanseri tarama sıklığını %78,4'ünün bildiği bulunmuştur (54). Nilaweera ve arkadaşlarının çalışmasına göre sağlık çalışanlarının %76,3'ü Pap-smear testinin prekanseröz evredeki serviks kanserini tespit ettiğini bilmişlerdir (73). Çalışmamızın sonuçları Kaya'nın, Gönen'in ve Nilaweera'nın çalışmasına göre düşük bulunmuştur. Bu farklılığın sebebinin; Kaya'nın çalışmasına katılan kişilerin çoğunluğunun hekim olmasından, Gönen'in çalışmasını kanser taramalarında aktif rol oynayan birinci basamak sağlık çalışanlarında yapmasından, Nilaweera'nın çalışmasını Sri Lanka'daki sağlık bakanlığının uyguladığı ulusal kanser kontrol programı geliştirme oturumuna katılan sağlık çalışanlarında yapmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Koruk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PAP smear testi uygulama sıklığını bilme oranı %33,4'tür (10). Kabacaoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında sağlık çalışanlarının sadece %2,9'u 5 yılda 1 Pap-smear yapılması gerektiğini bildiği bulunmuştur (74). Dulla ve arkadaşlarının çalışmasında serviks kanseri tarama yöntemi olarak sağlık çalışanlarının %30,8'i pap-smear testinden bahsetmiştir (9). Çalışmamızda ise literatürdeki birkaç çalışmaya göre serviks kanseri taramasının daha yüksek oranda bilindiği saptanmıştır (9,10,74). Bu farklılık topluluklar arasındaki farklı çevresel faktörler, sosyal inançlar ve geleneklerle açıklanabilir.

Meslek grupları arasında hemşirelerin serviks kanseri tarama yöntemini daha iyi bildikleri tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ve meslekte geçirdikleri süre arttıkça serviks kanseri tarama yönteminin bilinme oranlarının arttığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyleri ile taramalarla ilgili bilgi seviyeleri arasında anlamlı ilişki

gösterilmiştir (59,60). Daha bilgili ve daha tecrübeli sağlık çalışanları, toplumun bilinçlendirilmesinde daha faydalı olacaktır. Serviks kanseri taramaları ile ilgili olarak derlemeye dahil edilen çalışmalardan elde edilen en yaygın bulgu; sağlık çalışanlarının, eğitimsel sosyal yardım girişimleri aracılığıyla kadınları, serviks kanseri taraması ve takibinin önemi konusunda daha duyarlı hale getirmede potansiyel olarak yararlı bir role sahip olmaları olarak bildirilmiştir (76). Bu yüzden sağlık çalışanlarının deneyimlerinin artması ile toplumun taramalara katılımının olumlu yönde etkileneceğini düşünmekteyiz.

Kolorektal kanser taraması hem insidansı azaltıp hem de sağkalımı artırarak mortaliteyi azaltır. Kolonoskopinin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen veriler henüz mevcut olmasa da 17 yıllık randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen verilere göre; sigmoidoskopinin KRK insidansında yaklaşık %20-25 ve mortalitesinde %25-30'luk bir azalma ile ilişkili olduğu görülmüştür. Gözlemsel araştırmalar; kolonoskopinin yaklaşık olarak KRK insidansını %40, mortaliteyi %60 oranında azaltmaya yardımcı olabileceğini düşündürmektedir. Büyük bir klinik araştırmadan elde edilen veriler, GGK'nın düzenli kullanımının 30 yıllık takipten sonra KRK ölüm riskini %32 oranında azalttığını göstermiştir. GGK'nın ayrıca büyük prekanseröz adenomları saptayarak KRK insidansını %20 azalttığı da gösterilmiştir (77). Ulusal kolorektal kanser tarama standartlarına göre GGK testi ve kolonoskopinin kolorektal kanser taramasında yer aldığını doğru olarak bilen sağlık çalışanı sayısı %39,7'dir. GGK testinin 2 yılda 1 yapılması gerektiğini sağlık çalışanlarının %44,5'i bilirken, kolonoskopinin 10 yılda 1 yapılması gerektiğini sağlık çalışanlarının %6,5'inin bildiği saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada kolorektal kanser taramasında kullanılan GGK testi %77,4 oranında, kolonoskopi testi %63,6 oranında bildiği görülmüştür (2). Soylar ve arkadaşlarının araştırmasında GGK testi yapılma sıklığını bilme oranı %54,3, kolonoskopi yapılma sıklığını bilme oranı %68,4 olarak bulunmuştur (72). Bu çalışmaların sonuçları ile kıyaslandığında bizim çalışmamızda bilme oranları çok düşüktür. Bu farklılığın sebebi, hastanede görev alan hekim dışındaki tüm sağlık çalışanlarının çalışmamıza dahil edilmesi ile açıklanabilir. Koruk ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada katılımcıların %26,9'unun GGK testi uygulama sıklığını, %26'sinin kolonoskopi yapılma sıklığını doğru bildiği görülmüştür (10). Şeker ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada GGK testini bilenlerin oranı %16, kolonoskopi testini bilme oranı %11'dir (4). Gönen'in araştırmasına göre kolon kanseri tarama yöntemini çalışanların %10,3'ü doğru bildiği görülmüştür (54). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %5,7'si kolonoskopiye, %2,3'ü GGK testini kolorektal kanser tarama yöntemi olarak bildirmişlerdir (58). Çalışmamızın sonucunda sağlık çalışanlarının kolorektal kanser tarama yöntemini ve sıklığını bilme oranları düşük bulunmuştur. Ayrıca literatüre bakıldığında birkaç çalışma hariç diğer çalışmalarda da kolon kanseri taramasının bilinmesi ile ilgili oranlar daha da düşüktür. Toplum ve özellikle de yakın çevresindeki insanları taramalar konusunda bilgilendirecek olan sağlık çalışanlarının kolorektal kanser taramaları hakkındaki bilgi düzeylerinin zayıf olması endişe vericidir. Sağlık çalışanlarının topluma olan etkisi ile ilgili Amerika'da yapılan çalışmalarda; toplum için yapılan eğitimsel faaliyetlerin kolorektal kanser taramasını teşvik etmede etkili olabileceğini ve sağlık çalışanlarının bu eğitimsel faaliyetlerde aktif rol almasının toplumun sağlık davranışını değiştirdiği, tarama oranlarını daha da arttırdığı gösterilmiştir (78–80). Bu yüzden en kısa zamanda sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin artırılmasının kolorektal kanser ile mücadele kapsamında iyi ve yararlı bir adım olacağını düşüncesindeyiz.

Kanser ile mücadele kapsamında toplumun taramalar konusunda sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmesi önemlidir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %98,4'ü kanser tarama programlarını başka kişilere önereceğini bildirmişlerdir. Soylar ve arkadaşlarının çalışmasına göre hemen hemen tüm sağlık çalışanlarının tarama testlerine yönelik %90'ın üzerinde olumlu tutumlarının olduğu (Mamografi %95,8; Pap-smear %94,8; GGK testi %90,1; Kolonoskopi %91,2) saptanmıştır (72). Güvenç'in yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının Pap-smear testi önerme oranı %97,4'dir (67). Chauhan ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %100'ünün serviks kanseri taraması ile ilgili bilgileri genel nüfusa yaymaya istekli olduğu görülmüştür (69). Khanna ve arkadaşlarının çalışmasına göre sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%93,9) serviks kanseri taramasına karşı olumlu tutumlarının olduğu bulunmuştur (70). Sağlık çalışanlarının genel olarak tarama testlerine karşı olumlu tutumlarının olması beklenen bir durumdur ve bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak kanser tarama testlerine karşı yüksek oranda olumlu tutumların olduğu gözlenmiştir.

Toplumda sık görülen erken evrede yakalanabilir kanserler ile mücadele kapsamında sağlık çalışanlarının yeri önemli olup, bu bağlamda sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin yüksek olması ve taramaları topluma önermesi beklenmektedir. Bu sayede taramalara katılımın artırılması sağlanabilir. Sağlık çalışanlarının bu önemli görevi yerine getirirken aynı zamanda tarama davranışlarını yaparak, hem topluma rol model olarak örnek olması hem de kendi sağlığına dikkat etmesi gereklidir. Bu yüzden çalışmamızda sağlık çalışanlarının tarama davranışlarını yerine getirme durumlarını da değerlendirdik.

Çalışmamıza katılan 20 yaş üzeri sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%84,5) KKMM yapmakta idi. Sağlık çalışanlarında KKMM yapılma oranı yüksek olmasına rağmen ayda bir olarak doğru sıklıkta KKMM yapanların oranı (%14,5) çok düşüktü. Andsoy ve Gül'ün çalışmasına göre hemşirelerin %81'i KKMM yaparken aylık KKMM yapanların oranı %10,2 olarak belirlenmiştir (59). Bulut ve arkadaşlarının araştırmasında KKMM yapma oranı %87,3 olarak bildirilmiştir (81). Kaya ve arkadaşlarının araştırmasına göre sağlık çalışanlarının %85,1'i KKMM yaptığı bulunmuştur (2). Özcam ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılanların %79'unun KKMM yaptığını tespit etmişlerdir (82). Açıkgöz ve arkadaşlarının araştırmasına göre katılımcıların %78,1'inin KKMM yaptığı bulunmuştur (83). Çakmak'ın çalışmasında KKMM yapma oranı %75,6 olarak bulunmuştur (84). Kokkun'un yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %89'u KKMM yaparken ayda bir olarak yapanlar %57,3'tür (42). Ağırman ve arkadaşlarının çalışmasında kadın sağlık çalışanlarının %42,5'inin ayda 1 KKMM yaptığını belirtmişlerdir (85). Nilaweera ve arkadaşlarının araştırmasında sağlık çalışanlarının %83,2'sinin KKMM yaptığı, ancak %47,9'u aylık periyotla doğru yaptığı saptanmıştır (73). Madubogwu ve arkadaşlarının araştırmasına göre sağlık çalışanlarının %81,9'u KKMM yapmakta olup, yapanların %35,9'unun aylık yapmakta olduğu saptanmıştır (68). Heena ve arkadaşlarının çalışmasına göre KKMM yapma oranı %74,7'dir (8). Çalışmamızda 20 yaş ve üstü sağlık çalışanlarının KKMM davranışlarını yüksek oranda yaptıkları görülmüş olup, bu sonuçlar literatürdeki çoğu çalışma ile uyumludur. Her ne kadar çalışmamıza katılan sağlık çalışanları ayda bir düzenli olarak KKMM yapma davranışı düşük olsa da genel olarak çoğunun KKMM yapması sevindirici bir sonuçtur. Bu durum, sağlık çalışanlarının meme kanseri taranmasının yapılması gerektiğinin farkında olduğunu

ancak ayda bir düzenli olarak KKMM yapma hassasiyetini göstermediklerini ortaya koyduğu düşünülmektedir. Toplumda rol model olacak olan sağlık çalışanlarının kendisinin de bu davranışları yapması toplumun taramalara yönlendirilmesinde büyük bir önem taşımaktadır. Diğer çalışmalara bakacak olursak Kabacaoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında katılımcıların %60,5'inin KKMM yaptıkları belirlenmiştir (74). Güvenç'in çalışmasına göre KKMM yapan sağlık çalışanlarının oranı %57,1'dir (67). Açıköz ve arkadaşlarının çalışmasında kişilerin %49,1'inin KKMM yaptığı, ayda bir yapanlar ise %6,2 olarak bildirilmiştir (86). Nuran'ın çalışmasına göre sağlık profesyonellerinin %26,3'ünün KKMM yaptığı, aylık olarak KKMM yapanların ise %19,7 olduğu bildirilmiştir (87). Shiryazdi ve arkadaşlarının çalışmasına göre sağlık çalışanlarının %41,9'u son 1 yıl içinde KKMM yaparken ayda bir KKMM yapanlar ise %14,9'u olarak bildirilmiştir (88). Bu çalışmalarda ise tarama davranışlarının bizim çalışmamıza kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının meme kanseri taramasını daha fazla bilmesinden dolayı kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin ve ailesinde kanser öyküsü olan kişilerin daha fazla KKMM yaptığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin daha sık KKMM yaptığı bildirilmiştir (82,84). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların daha fazla oranda kanser taraması yaptırdığı görülmüştür (2). Yapılan bir çalışmada meslek ve aile öyküsü ile KKMM yapma arasında ilişki bulunmamıştır (74,84). Genel olarak meme kanseri taramaları hakkında bilme oranları yüksek olan hemşirelerin ve ailesinde kanser öyküsü olan kişilerin daha fazla oranda KKMM yapıp kendi sağlıklarına dikkat etmesi beklenen bir durumdur.

Araştırmamıza dahil edilen 20 yaş üzeri sağlık çalışanlarının KKMM yapmama ya da düzensiz yapma nedenlerine bakıldığında, en sık sebebinin KKMM yapmayı ihmal etmek olduğu (%47,6), ikinci sıklıkta ise sağlık çalışanlarının herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmediği (%35,4) saptanmıştır. Kabacaoğlu ve arkadaşları KKMM yapmama nedenlerini sorguladığında en sık sebep unutma ve ihmal etme (%86,5) olarak belirlemişlerdir (74). Kokkun tarafından en sık KKMM yapmama nedeni, şikâyeti olmadığı için ihtiyaç duymama (%77,6) olarak belirlenmiştir (42). Çakmak'ın yaptığı çalışmada KKMM yapmama nedenleri arasında aklına gelmemesi (%56,2) ve şikâyeti olmadığı için gereksiz bulma (%22,9)

ilk iki sırada yer aldığı belirlenmiştir (84). Açıkgöz ve arkadaşlarının çalışmasına göre KKMM yapmama nedenleri sorgulandığında kadınların %52,5'i bilmediklerini, %43,8'i ihmal ettiklerini belirtmişlerdir (86). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının KKMM yapmama nedenleri arasında “ihmal etme ve şikayeti olmadığı için gerekli görmeme” dikkat çekmektedir. Ayrıca az da olsa belirtilen diğer nedenler kitle çıkmasından korkma, yapılması gerektiğini bilmeme, yaşının erken olduğunu düşünme, KKMM'nin gerekliliğine inanmamadır. Literatürde de benzer veya farklı şekildeki nedenler, sağlık çalışanlarının KKMM yapmamadaki öne sürdüğü gerekçeler olarak karşımıza çıkmaktadır.

20-39 yaş aralığında olan KMM yaptırdığını beyan eden sağlık çalışanı sayısı %31,1'dir. Sağlık çalışanlarının çok az bir kısmı (%5,8) doğru olarak 2 yılda 1 KMM yaptırdığını belirtmiştir. 40-69 yaş aralığında yer alan sağlık çalışanlarında ise KMM yaptırma oranı %58,7'dir. Ancak yılda 1 olarak doğru sıklıkta KMM yaptırma oranı %14,4 olarak saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KMM yaptırma oranı %37,1'tir (2). Açıkgöz ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarının %32,9'unun KMM yaptırdığını belirlenmiştir (86). Bulut ve arkadaşlarının çalışmasına göre KMM yaptırma oranı %31,7'dir (81). Çakmak'ın araştırmasında KMM yaptırma oranı %31'dir (84). Ağırman ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılanların %26,9'unun KMM yaptırdığını bildirmişlerdir (85). Kokkun'un yaptığı bir araştırmada sağlık çalışanlarının %23,8'inin KMM yaptırdığını görülmüştür (42). Açıkgöz ve arkadaşları, araştırmasında katılımcıların %11,6'sının KMM yaptırdığını bildirmişlerdir (83). Nuran'ın araştırmasına göre KMM yaptırma oranı %10,3'tür (87). Wu ve arkadaşlarının çalışmasında KMM yaptırma oranı %39'dur (60). Nilaweera ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada katılımcıların %33,3'ünün KMM yaptırdığını belirlenmiştir (73). Heena ve arkadaşlarının çalışmasına göre KMM yaptırma oranı %24,1'dir (8). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının literatürdeki benzer çalışmalara kıyasla daha fazla oranda KMM yaptırdığını görülmüştür. Bu durum çalışmaların yapıldığı yer ve zamana, örneklem grubunun farklılığına bağlı olarak değişkenlik göstermiş olabilir. Genel olarak KMM yaptırma oranları ve doğru sıklıkta KMM yaptırma oranı yeterli olmamakta olup; literatürdeki benzer çalışmalarda da KMM yaptırma oranlarını düşüktür. Çalışmamızda 40-69 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının 20-39 yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre daha fazla KMM

yaptırdığı görülmüştür ve bu durum genç yaştaki sağlık çalışanlarının kendilerini daha az risk altında gördüğünden kaynaklanmaktadır.

Artan yaşın, artan eğitim düzeyinin, artan mesleki deneyimin tarama davranışlarına olumlu etkisi olmuştur. Evli kişiler, kronik hastalık öyküsü olan kişiler ve ailesinde kanser öyküsü olan kişiler daha fazla oranda KMM yaptırmışlardır. Yapılan çalışmalarda yaş ile KMM yapma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (83,86). Yapılan bir çalışmada artan mesleki deneyimin daha fazla KMM yaptırma ile sonuçlandığı gösterilmiştir (84). Bir çalışmada eğitim düzeyi, kronik hastalık öyküsü ve ailede kanser öyküsü ile KMM yaptırma arasında anlamlı ilişki yoktur (83,84,86). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların daha fazla oranda kanser taraması yaptırdığı görülmüştür (2). Yaş ilerledikçe iş deneyimi artmakta olup haliyle evli kişilerin oranı da artmaktadır. Ayrıca özgeçmiş ya da soy geçmişinde hastalık öyküsü olma durumu da belirleyici kriterdir. Dolayısıyla sağlık çalışanları daha fazla KMM yaptırıp kendi sağlıklarına daha fazla önem vermiş olabilirler.

Araştırmamıza katılan 20-39 yaş aralığında yer alan sağlık çalışanlarının KMM yaptırmama ya da düzensiz yapma nedenleri arasında birinci sırada herhangi bir şikâyet olmadığı için gerekli görmeme (%47,4) yer alırken ikinci sırada genel olarak ihmal etme (%22,9) yer almıştır. 40-69 yaş aralığında yer alan sağlık çalışanlarının KMM yaptırmama ya da düzensiz yapma nedenleri incelendiğinde ilk sırada genel olarak ihmal etme (%45,2), ikinci sıklıkta ise herhangi bir şikâyet olmadığı için gerekli görmemedir (%35,6). Kokkun'un araştırmasına göre en sık KMM yapmama nedeni, şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymadığıdır (%92,4) (42). Çakmak'ın araştırmasına göre katılımcıların %55,2'si şikayeti olmadığı için gereksiz bulmayı ve %21,3'ü zamanının olmamasını KMM yapmama nedeni olarak öne sürmüşlerdir (84). Sağlık çalışanlarının KMM yaptırma davranışını yerine getirmeme nedenleri sorgulandığında literatürde de benzer nedenler öne sürülmüş olup; sağlık çalışanlarının herhangi bir şikayeti olmadığından taramayı gerekli görmemesi nedeniyle KMM yaptırmaması, genel olarak toplumda yer edinen herhangi bir rahatsızlık olduğunda hekime başvurulması gerektiği düşüncesinin sağlık çalışanlarında da olduğunu ve sağlık çalışanlarının erken tanı için yapılan taramaların farkında olmadığını göstermektedir.

Mamografi, Şu anda sahip olduğumuz en iyi meme kanseri tarama yöntemidir. Meme kanseri olan birçok kadında semptom görülmemekte olup, mamografi ile erken dönemde tespit edebilir. Bu nedenle meme kanserinin mamografi ile düzenli olarak taranması çok önemlidir (89). Çalışmamıza dahil edilen 40-69 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının yarısı (%53,8) mamografi ektirmekte idi. Ama 2 yılda 1 olarak doğru sıklıkta mamografi tarama yaptıran sağlık çalışanı %13,5 idi. Sağlık alıŐanlarının çoğunun meme kanserinin mamografi ile tarandığını bildiği ve diğer kişilere nereceklerini belirttikleri halde; 40 yaş ve üzeri her iki sağlık çalışanından biri mamografi ektirmekte olup, doğru sıklıkta tarama yaptıranların sayısı ise daha azdır. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasına göre sağlık çalışanlarının %58,5'inin mamografi çektirdiği saptanmıştır (2). akmak'ın araştırmasında 40 yaş ve üstü sağlık çalışanlarının %55,1'inin mamografi çektirdiği saptanmıştır (84). Nazzal ve arkadaşlarının çalışmasına göre 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının %50'sinin mamografi ektirdiğini belirlenmiŐtır (90). Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamız ile benzerdir. Ancak Gönen'in ve Nicholls'n çalışma sonuçları daha yüksektir. Gönen'in araştırmasına göre 40 yaş ve üstü 9 katılımcıdan %66,7'sinin mamografi çektirdiği bulunmuştur (54). Nicholls ve arkadaşlarının araştırmasında 50-69 yaş arası sağlık çalışanlarının %76,9'unun son 2 yıl içinde mamografi çektirdiği bildirilmiştir (91). Bu farklılığın nedeni; Gönen'in çalışmasında 40 yaş üstü katılımcının çok az olmasından, Nicholls'n çalışmasına kıyasla 50 yaş üstü sağlık çalışanının sayıca araştırmamızda çok az olmasından kaynaklanmış olabilir. Diğer çalışmalarda ise genel olarak tarama davranışları çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur. Şeker ve arkadaşlarının araştırmasında meme kanseri taraması yaptırması gereken 40 yaş ve üstü kadınların %45,4'ünün tarama yaptırdığı bulunmuştur (4). Özçam ve arkadaşlarının araştırmasında %44'ünün mamografi çektirdiği saptanmıştır (82). Kabacaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada 40 yaş üstü kadınların mamografi ektirme oranı %34,7 olarak saptanmıştır (74). Soylar ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada 40 yaş üstü sağlık çalışanlarının %28,2'sinin mamografi çektirdiği görülmüştür (72). AĞırman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kişilerin %26,9'unun mamografi çektirdiği belirtmişlerdir (85). Açıkgöz ve arkadaşlarının çalışmasında 40 yaş ve üstü sağlık çalışanlarının %15,9'unun mamografi çektirdiği belirtilmiştir (83). Nuran'ın çalışmasına göre mamografi

çektirme oranı %13,2'dir (87). Wu ve arkadaşlarının çalışmasında 45 yaş üstü kişilerin %38'inin mamografi çektiği saptanmıştır (60). Shiryazdi ve arkadaşlarının çalışmasına göre mamografi çekirme oranı %10,6'dır (88). Nilaweera ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının sadece %3,6'sı mamografi çekirmiştir (73). Bu farklılığın nedeni çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının üçüncü basamak hastanede çalışıyor olması ve genel olarak mamografinin de çalıştıkları hastanede çektirilebildiği için erişimin kolay olmasından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaş artıkça sağlık çalışanlarının daha fazla oranda mamografi çekirildiği bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada artan yaş ile mamografi çekirme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (91). Literatürdeki birkaç çalışmada da yaş ile mamografi çekirme arasında ilişki gösterilmiştir (72,86). Bu durum bize yaş ile artan meme kanseri riskinin sağlık çalışanlarını daha fazla meme kanseri taraması davranışı yaptırmaya yönlendirdiğini göstermektedir.

40-69 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının mamografi çekirmeme ya da düzensiz olarak çekirme nedenleri arasında en sık sebep olarak genelde ihmal etme, ikinci sırada ise herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmeme yer almaktadır. Kabacaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasına göre 40 yaş üstü katılımcıların mamografi çekirmeme nedenleri unutma ve ihmal etme (%69,7), gerekli görmeme (%21,3) ve kötü sonuçlardan korkma (%9,1) olarak bulunmuştur (74). Andsoy ve Gül'ün araştırmasında hemşirelerin %46'sı ilgili yaş grubunda olmadığı için, %42,5'i şikâyeti olmadığı için mamografi çekirmediği saptanmıştır (59). Çakmak, 40 yaş üzerindeki çalışanların mamografi çekirmeme nedenlerini sorguladığında gerekli görmediklerini (%25,8) ve çekilmesi gerektiğini bilmediklerini (%19,3) ön planda olarak belirlemiştir (84). Açıkgöz ve arkadaşlarının çalışmasında mamografi çekirmeme nedenleri arasında çalışanların %46,2'sinin yaptırmaları gerektiğini bilmedikleri, %31,7'sinin ihmal ettikleri, %12,5'inin mamografi çekilmesi gerekliliğine inanmadıkları öne çıkmıştır (86). Heena ve arkadaşlarının araştırmasında mamografi çekirmeme nedenleri sıralandığında yaşlarının genç olması (%33,2) ve mamografi çekirmek için neden olmaması (%24) ön plana çıkmaktadır (8). Araştırmamızda 40 yaş ve üzeri kişilerin en sık mamografi çekirmeme nedeni ihmaldir. Herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmeme durumu ise ikinci sırada gelmektedir. Literatürdeki farklı zaman,

yer ve örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda da benzer ve farklı nedenler öne sürülmüş olup; bu durum ile ilgili olarak sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaktan kaçtığı ve kendi sağlıklarını ihmal ettikleri düşüncesine varılmıştır.

Serviks kanseri taramasında kullanılan yöntemler arasından Pap-smear testi ve HPV-DNA testi ülkemizde uygulanmaktadır. Erken tanı, prekanseröz lezyonların ve servikal kanserin başarılı tedavisi şansını büyük ölçüde artırır. Bu nedenle düzenli aralıklar ile Pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptırmak önemlidir (92). 30-65 yaş aralığında yer alan katılımcıların %64,7'sinin Pap-smear testi ve HPV testi yaptırdığı ancak 30-65 yaş aralığında yer alan katılımcıların sadece %9,8'inin 5 yılda 1 doğru şekilde testi yaptırdığı saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada katılımcıların %75,6'sinin smear testi, %26,4'ünün HPV-DNA testi yaptırdığı bildirilmiştir (2). Güvenç'in araştırmasına göre tarama yaş grubuna uygun kadın sağlık çalışanlarının %60,9'u smear testi yaptırmıştır (67). Karasu, sağlık çalışanlarının pap-smear yaptırma oranını %60,2 bulmuştur (40). Çakmak'ın yaptığı bir çalışmada 30 yaş ve üstü katılımcıların %55,8'inin Pap-smear testi ve %9,2'sinin HPV testi yaptırdığı görülmüştür (84). Gönen'in çalışmasında 30 yaş ve üstü 78 sağlık çalışanından %55,1'inin smear testi yaptırdığını belirlenmiştir (54). Öz ve arkadaşlarının çalışmasına göre yaştan bağımsız Pap-smear yaptırma oranı %55,9 iken, 30 yaş ve üstü evli ve boşanmış kadınlarda HPV-DNA testi yaptırma oranı %35,9'dur (57). Nicholls ve arkadaşlarının araştırmasında 18-69 yaş arası kişilerin %72,6'sının son 2 yıl içinde Pap-smear testi yaptırdığı görülmüştür (91). Çalışmamızın sonuçları literatürde yer alan birçok çalışma ile paralellik göstermekte olup ortalamanın üstünde bir serviks kanseri tarama davranışını yerine getirme durumu mevcuttur. Her ne kadar tüm sağlık çalışanlarının düzenli olarak serviks kanseri taraması yaptırması beklense de bu tablo yüz güldürücüdür. Topluma örnek olarak sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama davranışlarını yerine getirmesinin; toplumun kanser taramalarına katılımını arttıracığının ve dolayısıyla serviks kanserinin morbidite ve mortalitesinin azaltılmasına katkı sağlayacağını kanaatindeyiz. Yiğitalp'in çalışmasında yaştan bağımsız olarak pap-smear yaptırma oranı %49,8'dir (93). Özçam ve arkadaşlarının araştırmasına göre %43,5'inin Smear testi yaptırdığı belirtilmiştir (82). Pehlivanoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında, sağlık çalışanları arasında pap smear yaptırma oranı

%40,2'dir (94). Kokkun'un çalışmasına göre 30 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının %39,1'inin Pap-smear testi yaptırdığı saptanmıştır (42). Ağırman ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılanların %26,5'inin Servikal smear testini yaptırdığı belirtilmiştir (85). Şeker ve arkadaşlarının araştırmasına göre serviks kanser taraması yaptırması gereken 30 yaş ve üstü kadınların %20,7'sinin tarama yaptırdığı belirlenmiştir (4). Andsoy ve Gül'ün yaptığı çalışmada katılımcıların %12,8'i Pap-smear testi yaptırdığı görülmüştür (59). Soylar ve arkadaşlarının araştırmasına göre Pap-smear testi yaptırma oranı %4,2'dir (72). Nilaweera ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada sağlık çalışanlarının %26,6'sının Pap-smear testi yaptırdıkları saptanmıştır (73). Ifemelumma ve arkadaşlarının çalışmasında serviks kanseri tarama yaptırma oranı %20,6'dır (56). Dulla ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarının %11,4'ü serviks kanseri taramasından geçtiği bildirilmiştir (9). Khanna ve arkadaşlarının araştırmasına göre katılımcıların çok az bir kısmı (%8,3) serviks taraması yaptırmıştı (70). Chauhan ve arkadaşlarının araştırmasına göre katılımcıların sadece %2'si serviks kanseri taraması yaptırmıştır (69). Diğer çalışmalarda ise bizim çalışmamıza kıyasla daha düşük tarama davranışlarının olduğu görülmüştür. Bu durumun çalışmaların yapıldıkları tarihlerin, yerlerin ve örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaş arttıkça ve meslekte geçirilen süre arttıkça, sağlık çalışanlarının daha fazla oranda Pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptırdığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça daha fazla smear testi yaptırıldığı görülmüştür (40,74,91). Soyların çalışmasında 10 yıl ve üstü çalışanların daha fazla tarama testi yaptırdığı bildirilmiştir (72). Bir çalışmada sağlık çalışanlarının meslekte geçirilen süre arttıkça daha fazla oranda smear testi yaptırdığı belirlenmiştir (84). Yaşın artması ile mesleki tecrübenin artması birbiri ile ilişkili olup, ayrıca tecrübe arttıkça bilgi düzeyi de artmaktadır. Artan yaş ile serviks kanseri için risk artmakta olup, kişilerin artan bu risk karşısında kendi sağlıklarına dikkat etmek için daha fazla oranda tarama yaptırması çok doğal bir durumdur. Öz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek katılımcıların tarama için smear-HPV testini birlikte yaptırdığı, ancak bu testleri 3. basamak sağlık kuruluşunda fırsatçı tarama olarak yaptırdığı görülmüş olup; toplumun serviks kanseri farkındalığının yeni gelişmekte olduğu ve henüz ulusal servikal kanser tarama programına tam olarak entegre olamadığı öne sürülmüştür (57).

Bu yüzden gelecek çalışmalarda sağlık çalışanlarının tarama yaptırmama nedenlerinin de değerlendirilmesinin, sağlık çalışanlarının taramalara ve uygulamalara bakış açısının farklı açılardan incelenmesine katkı sağlayabilir.

30-65 yaş aralığındaki kadınların Pap-smear testi ve HPV testi yaptırmama ya da düzensiz yaptırmama nedenleri incelendiğinde ilk sırada herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmedikleri (%48,5) yer alırken, ikinci sırada genelde ihmal ettikleri (%20), üçüncü sırada ise testin yaptırılması gerektiğini bilmedikleri (%10) yer almaktadı. Nilaweera ve arkadaşlarının araştırmasında Pap-smear yaptırmamalarının başlıca nedenleri gerekli görmeme (%47), şikâyetinin olmaması (%23,2), korkma ya da utanma (%17,3) olarak bulunmuştur (73). Kabacaoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında Pap-smear yaptırmama nedenleri unutma ve ihmal etme (%60,7), gerekli görmeme (%16) ve kötü sonuçlarda korkma (%2,6) olarak belirlenmiştir (74). Andsoy ve Gül'ün yaptığı çalışmada hemşirelerin %39,8'i gerekli görmediği için, %32,4'ü bekar olduğu için Pap-smear testi yaptırmadığı bulunmuştur (59). Kokkun tarafından yaştan bağımsız şekilde en sık smear testini yaptırmama nedeni, şikâyeti olmadığı için ihtiyaç duymama (%82,4) olarak belirlenmiştir (42). Çakmak'ın çalışmasına göre 30 yaş üstü kişilerin Pap-smear yaptırmama nedeni gerekli görmeme (%23,8) ve zaman bulamama (%19); HPV testi yaptırmama nedeni gerekli görmeme (%35,3) ve yapılması gerektiğini bilmemesidir (%32,4) (84). Gönen'in araştırmasında 30 yaş ve üstü çalışanların yapmama nedenlerine bakıldığında vakit bulamama (%22,8) ve risk grubunda olmadığını düşünme (%20) dikkat çekmektedir (54). Chauhan ve arkadaşlarının araştırmasına göre katılımcıların serviks kanseri tarama yaptırmama nedenleri arasında öne çıkanlar semptom olmaması (%60) ve risk altında hissetmeme (%46,5) olarak belirlenmiştir (69). Yiğitalp'in çalışmasında smear yaptırmama nedenleri sorgulandığında şikâyetinin olmaması (%43,7) ve gerekli görmeme (%25,8) dikkat çekmektedir (93). Khanna ve arkadaşlarının çalışmasında tarama yaptırmama nedenleri sorgulandığında şikâyetinin olmaması (%35,7) ve ağrıdan korkma (%24,6) ön planda olarak bildirilmiştir (70). Ifemelumma ve arkadaşlarının çalışmasında tarama yaptırmama nedenlerinden ön plana çıkanlar tarama yaptırmayı düşünmeme (%28,4) ve zaman bulamamadır (%12,9) (56). Dulla ve arkadaşlarının çalışmasında tarama yaptırmama nedenleri arasında sonuçlardan korkma (%26,5) ve tarama yönteminin bilmeme (%24,9) öne çıkmaktadır (9). Sağlık

çalışanlarının serviks kanseri taraması yaptırmama nedenleri arasında herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmeme, ihmal etme ve testin yapılması gerektiğini bilmeme ön plana çıkmaktadır. Literatürde de birçok çalışmada tarama yaptırmama nedenlerine değinilmiştir. Öne sürülen bu nedenler bize sağlık çalışanlarının risk algılarının düşük olmasından ötürü bu durumun kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Ülkemizde kolorektal kanser taramasında GGK testi ve kolonoskopi kullanılmaktadır. Tarama yöntemleri ile kolorektal kanser, küçük ve çevre dokulara yayılmamış iken hatta prekanseröz evrede bir polip iken bile yakalanabilir. Kolorektal kanser erken evrede yakalandığında 5 yıllık kısmi sağkalım oranı yaklaşık %90'dır. Bu nedenle düzenli olarak kolorektal kanserin taranması çok önemlidir (95). Araştırmamıza dahil edilen 50-70 yaş aralığında yer alan 7 sağlık çalışanının hiçbirinin GGK testi ve kolonoskopi yaptırmadığı saptanmıştır. Kokkun'un çalışmasına göre 50 yaş üstü sağlık çalışanlarının hiçbirinin GGK testi ve kolonoskopi yaptırmadığı saptanmıştır (42). Çakmak'ın çalışmasına göre 50 yaş ve üzerinde olanların %16,7'si GGK testi yaptırırken, hiçbiri kolonoskopi yaptırmamıştır (84). Güvenç'in araştırmasında tarama yaş grubuna uygun erkek ve kadınların %74,6 oranında GGK testi, %20,0 oranında kolonoskopi yaptırdığı bulunmuştur (67). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada GGK testi yaptırma oranı %58,5, kolonoskopi yaptırma oranı %17,5 olarak bulunmuştur (2). Ağırman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 50 yaş üzeri sağlık çalışanlarının %19,1'inin kolorektal kanser taraması yaptırdığı bildirilmiştir (85). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında 50 yaş üstü kişilerin herhangi bir tarama testi yaptırma oranı %11,9'dur (58). Ercan, çalışmasında yaştan bağımsız olarak kolon kanseri için tarama yaptıran sağlık çalışanları oranını %10 olarak bildirmiştir (96). Soylar ve arkadaşlarının çalışmasında GGK testini %9,5 oranında, kolonoskopi testini %1,9 oranında katılımcı yaptırmıştır (72). Nicholls ve arkadaşlarının araştırmasında 50-69 yaş arası kişilerin %53,2'sinin son 2 yıl içinde GGK testi yaptırdığı belirtilmiştir (91). Çalışmamızda 50 yaş ve üzeri 7 sağlık çalışanının hiçbirinin test yaptırmaması çok üzücü ve endişe verici bir durumdur. Literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırıldığında bu farklı sonucun elde edilmesinin 50 yaş ve üzeri sağlık çalışanının çok az olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Kolorektal kanser taraması konusunda sağlık çalışanlarının meme kanseri ve serviks

kanseri taramasına kıyasla hem bilme oranlarının düşük olup hem de tarama yaptırmamaları olumsuz bir durumdur. Kanseri insidansını ve mortalitesini azaltmadaki etkinliğini destekleyen çok sayıda kanıt olmasına rağmen, kolorektal kanser için taramaların kullanımını meme ve serviks kanserleri için olandan daha düşük kalmaktadır (77).

Çalışmamıza katılan 50-70 yaş aralığındaki 7 sağlık çalışanına GGK testi ve kolonoskopi yaptırmama nedenleri sorulduğunda %71,4'ü herhangi bir şikâyeti olmadığı için gerekli görmediğini, %28,6'sı da yaptırılması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir. Kokkun'un araştırmasına göre yaştan bağımsız şekilde yaptırmama nedenleri sorulduğunda; GGK testi yaptırmama nedeni olarak %88,2 şikâyeti olmadığı için ihtiyaç duymama, kolonoskopi yaptırmama nedeni olarak %88,6 şikâyeti olmadığı için ihtiyaç duymama şeklinde bulunmuştur (42). Çakmak'ın çalışmasında GGK testi ve kolonoskopi gerekli görmeme durumu 50 yaş üstü kişilerin testleri yaptırmama nedenleri arasında ön plana çıkmaktadır (84). Ercan'ın çalışmasına göre yaştan bağımsız olarak kolonoskopi yaptırmama nedenleri sorulduğunda kendini risk altında görmeme (%46) ve ağrı duyma korkusu (%16) ön plana çıkmaktadır (96). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında 50 yaş üstü kişilerin tarama yaptırmama nedenleri sorgulandığında bilgisizlik (%32,4) ve kendini risk altında görmeme (%29,2) önde gelmektedir (58). Kolorektal kanser taraması yaptırmama nedeni olarak şikâyeti olmadığı için gerekli görmeme ve yapılması gerektiğini bilmeme ön plana çıkarılmıştır. Literatürde de benzer nedenler göze çarpmakta olup, kolorektal kanser taramasının farkındalığının artırılması için eğitim programları planlanmalıdır. Sağlık çalışanlarına erken tanı yöntemleri ve faydaları hakkında bilgi vermenin; sağlık çalışanlarının tarama davranışlarını uygulama ile ilgili motivasyonlarının artabileceği ve çevresindeki insanlara örnek olabileceği beklenilmektedir.

Araştırmamızın Güçlü Yönleri ve Sınırlamaları

Güçlü Yönleri:

- Araştırma verileri tek bir araştırmacı (hekim) tarafından toplanmış olup bu da veri toplama açısından belli bir standardı sağlamak açısından önemlidir.

- Çalışmamız tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olan ve sağlık çalışanlarını da ilgilendiren güncel bir konuyu araştırmaktadır.
- Çalışmamıza üçüncü basamak hastane de çalışan hekim dışı tüm sağlık çalışanları dahil edilmiştir.
- Literatürdeki çalışmalar genelde tek bir kanser türünü ele alırken çalışmamız ulusal kanser tarama programında yer alan 3 kanser türünü de kapsamaktadır.
- Çalışmamızda sağlık çalışanlarının ulusal kanser tarama programıyla ilgili bilgileri detaylı olarak tek tek sorgulanmıştır.
- Çalışmamızda sadece sağlık çalışanlarının ulusal kanser tarama programıyla ilgili bilgileri incelenmemiş olup ayrıca tutum ve davranışları da incelenmiştir.
- Çalışmamızda tarama davranışlarını yerine getirmeyen sağlık çalışanlarına her bir davranış için tek tek yapmama nedenleri sorulmuştur.
- Çalışmamız üçüncü basamak bir hastane için öncü olup genel bilgi havuzuna katkı sağlayacaktır.

Sınırlılıkları:

- Çalışmamızın en büyük sınırlılığı COVID-19 pandemi döneminde yapılmış olmasıdır. Pandemi nedeniyle sağlık çalışanlarına ulaşılabilirlik zordur bu yüzden anket hem online hem de yüz yüze yapılmıştır.
- Çalışmamız tek bir üçüncü basamak hastanede yapıldığı için tüm topluma genellenemez.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının kanser taramaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmada;

1. Çalışmaya 140 hemşire, 50 temizlik personeli, 47 tıbbi sekreter ve 73 diğer meslek gruplarından olmak üzere toplam 310 tane hekim dışı kadın sağlık çalışanı dahil edilmiştir.

2. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun kanser taramalarının önemini ve amacını bildiği KETEM'i duyduğu saptanmıştır.

3. Kanser taramasında yer alan kanserlerin bilinme oranları yetersiz olup, hemşirelerin diğer mesleklere göre daha fazla kanser taramalarını bildiği bulunmuştur.

4. Çalışmamızda meme kanseri tarama yöntemi sağlık çalışanlarının çoğunluğu tarafından bilinirken, uygulama sıklığının bilinme oranı ise az olarak belirlenmiştir.

5. Serviks ve kolorektal kanserin tarama yöntemlerinin ve uygulama sıklıklarının bilinmesi oranları yetersizdir.

6. Sağlık çalışanlarının hemen hemen tamamının, kanser taramalarını topluma önereceği ve kanser taramalarına karşı olumlu tutumlarının olduğu saptanmıştır.

7. 20 yaş ve üstü kişilerin çoğunluğunun KKMM yaptığı buna karşın yaklaşık yarısının KMM yaptırdığı görülmüş olup ancak doğru sıklıkta davranışları yapma oranları ise düşük olarak tespit edilmiştir.

8. Hemşirelerin ve ailesinde kanser öyküsü olanların daha fazla oranda KKMM yaptığı gözlenmiştir.

9. Yaş, meslek, eğitim düzeyi, medeni durum, meslekte geçirilen süre, kronik hastalık ve ailesinde kanser öyküsü olma ile KMM yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

10. 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının mamografi tarama yaptırma oranları ortalama iken iki yılda bir mamografi çektirenlerin sayısı ise azdır.

11. Yaş arttıkça sağlık çalışanlarının daha fazla mamografi çektirdiği gözlenmiştir.

12. 30 yaş ve üstü sağlık çalışanlarının yarısından fazlası tarama testini yaptırırken beş yılda bir olarak test yaptıranların sayısı düşük bulunmuştur.

13. Yaş ve meslekte geçirilen süre ile serviks kanseri taraması yaptırması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

14. 50 yaş ve üstü sağlık çalışanlarının kolorektal kanser taraması yaptırması gerektiği halde hiçbirinin tarama davranışlarını yerine getirmediği bulunmuştur.

15. Genel olarak sağlık çalışanlarının kanser taramalarını yapmama nedenleri sorgulandığına ihmal etme ve şikayeti olmadığı için gerekli görmeme dikkat çekmektedir.

Çalışmamızın sonuçları, ülkemizde ve dünyada yapılmış birçok farklı çalışmanın sonuçları ile örtüşmektedir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının taramaları bilme oranları meme kanserinde serviks ve kolorektal kansere kıyasla daha yüksek olsa da genel olarak bilgileri yetersiz olup hala taramalar ile bazı konularda eksikler olduğunu saptamış bulunmaktayız. Özellikle kolon kanseri taraması olmak üzere meme kanseri ve serviks kanseri taramaları konusunda sağlık çalışanlarının bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının meme ve serviks kanseri tarama davranışları ortalama iken kolon kanseri davranışları hiç yapmadıklarını belirledik. Ayrıca çalışmamızda sağlık çalışanlarının tarama davranışlarını doğru sıklıkta periyodik olarak yapma oranları ise daha da düşüktür. Toplumun taramalara yönlendirilip katılımın arttırılmasında kritik rol oynayacak olan sağlık çalışanlarının tarama davranışlarını düzenli yerine getirmesi toplumun taramalara katılımında daha etkili olacaktır. Bu yüzden sağlık çalışanlarına verilecek eğitimler ile motivasyonlarının artıp, bu durumu tarama davranışlarına yansıtacaklarını ve düzenli olarak doğru sıklıkta taramaları yaptıracaklarını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak çalışmamızda bilgi eksikliği ve dolayısıyla tarama davranışlarının uygulamada yetersiz oluşu dikkat çekmektedir ve bu olumsuz tablonun önüne geçmek için sağlık çalışanlarına eğitimlerin düzenlenmesi hedeflenmelidir. Üçüncü basamak hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının çoğunluğu hastaları tedavi edici hizmetlerde çalışmakta olup görevlerinin sadece hasta kişileri tedavi etmek değil, aynı zamanda toplumun kanserlerden korunmasında rol almaları gerektiğinin farkında olmaları gerekmektedir. Bu yüzden hizmet içi düzenlenecek olan eğitimler sayesinde sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri ve farkındalıkları daha da artıp, bu durum tarama davranışlarına yansiyarak topluma iyi birer örnek olacak olup; toplumun kanser taramalarına katılımlarının artması ile kanserlere bağlı morbidite ve mortalitenin daha da azalması mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Cancer today. International Agency for Research on Cancer; World Health Organization 2020. <https://gco.iarc.fr/today/home> Erişim tarihi: 2 Eylül 2021.
2. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Med J* 2017;17(1):73–83.
3. Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Erişim tarihi: 2 Eylül 2021.
4. Şeker N, Yasin YK, Özaydın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanser tarama programları bilgileri ile tarama testlerini yaptırma durumları. *Düzce Tıp Fak Derg* 2017;19(1):14–18.
5. Canbulat N, Uzun Ö. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2008;12:148–156.
6. Çakmak R, Güler G. Kadın sağlık çalışanlarında kanser tarama davranışları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Derg* 2017;20(1):25–32.
7. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Evaluation of the knowledge, attitude, and behavior of female health workers about breast cancer, cervical cancer, and routine screening tests. *Istanbul Med J* 2014;15(3), 154-60.
8. Heena H, Durrani S, Riaz M, AlFayyad I, Tabasim R, Parvez G, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. *BMC Women's Health* 2019;19(1):1–11.
9. Dulla D, Daka D, Wakgari N. Knowledge about cervical cancer screening and its practice among female health care workers in southern Ethiopia: a cross-sectional study. *International Journal Women's Health* 2017;9:365-372.
10. Koruk İ, Gözükara F, Yiğitbay E, Keklik AZ. Şanlıurfa'da birinci basamak

sağlık hizmetleri çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları ile ilgili bilgi düzeyi. Turkish Journal of Public Health 2016;13(2):127–136.

11. Cancer. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 Erişim tarihi: 3 Eylül 2021.
12. Arends MJ. Neoplasia and carcinogenesis. In: Cross SS. Underwood's Pathology. 7th Ed. UK: Elsevier 2019:177-217. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780702072123000104?scrollTo=%23top> Erişim tarihi: 3 Eylül 2021.
13. Kanser nedir belirtileri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri> Erişim tarihi: 3 Eylül 2021.
14. Hunter DJ, Epidemiology of cancer. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman-cecil medicine. 26th Ed. New York: Elsevier 2020:1195-1199. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323532662001703?scrollTo=%23hl0000059> Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.
15. Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Erişim tarihi: 3 Eylül 2021.
16. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 8 Eylül 2021.
17. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 8 Eylül 2021.
18. Cancer today. <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis->

pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 8 Eylül 2021.

19. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 8 Eylül 2021.
20. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=1&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 8 Eylül 2021.
21. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=1&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 8 Eylül 2021.
22. Kara F, Keskinılıç B, Türkyılmaz M, Öztür M, Dünder S, Ergün A, ve ark. Türkiye kanser istatistikleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayını; 2017. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.
23. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&

populations=792&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.

24. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=792&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.
25. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=792&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.
26. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=792&key=total&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.
27. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=792&key=total&sex=1&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.
28. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&

populations=792&key=total&sex=1&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.

29. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: Publication of World Health Organization; 1968. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf Erişim tarihi: 6 Eylül 2021.
30. Lyman GH, Kuderer Nm. Cancer epidemiology. In: Wing EJ, Schiffman FJ. Cecil essentials of medicine. 10th Ed. Rhode Island: Elsevier 2020:571-576. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323722711000550?scrollTo=%23hl0000384> Erişim tarihi: 3 Eylül 2021.
31. Tolunay T, Kara F, Keskinçılıç B, Türkyılmaz M, Özkan S, Özmen V. ve ark. Türkiye kanser kontrol programı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayını; 2021. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/2021_Kanser_Kontrol_Programi_/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf Erişim tarihi: 3 Eylül 2021.
32. Guide to cancer early diagnosis. Publication of World Health Organization; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim tarihi: 4 Eylül 2021.
33. Kanser taramaları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> Erişim tarihi: 4 Eylül 2021.
34. Meme kanseri tarama programı ulusal standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi: 4 Eylül 2021.
35. Keskinçılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca M, ve ark. Türkiye kanser kontrol programı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayını; 2016. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.

36. Serviks kanseri tarama programı ulusal standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi: 4 Eylül 2021.
37. Kolorektal kanser tarama programı ulusal standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi: 4 Eylül 2021.
38. Kanser tarama testleri. <https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-tarama/ulkemizde-kanser-tarama-programlari> Erişim tarihi: 5 Eylül 2021.
39. Tuncer A, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede İ. KETEM el kitabı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayını. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KETEM_EL_KiTABI.pdf Erişim tarihi: 3 Eylül 2021.
40. Karasu M. Kocaeli'de 30-65 yaş arası kadınların serviks kanser taraması yaptırma ve yaşam biçimi davranışları ile serviks kanseri risk faktörlerinin incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2020.
41. Ketem adresleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem> Erişim tarihi: 3 Eylül 2021.
42. Kokkun M. Malatya il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin ulusal kanser tarama programlarındaki taramalar konusunda bilgi tutum ve davranışlarının incelenmesi (Yükses Lisans Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi; 2014.
43. Schlosis J. Cancer. In: Sarris J, Wardle J. Clinical naturopathy. 3th Ed. Australia: Elsevier 2019:654-682. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780729543026000328?scrollTo=%23hl0000433> Erişim tarihi: 5 Eylül 2021.
44. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı Yayını; 1992. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/27> Erişim tarihi: 5 Eylül 2021.
45. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: önce zarar verme. Türkiye Aile Hekimligi Derg 2017;21(2):74-81.

46. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: from primordial to quaternary. Archives of Medicine and Health Sciences 2014;2(2):254-256.
47. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? Journal of Epidemiology & Community Health 2008;62(7):580-583
48. Dirican A. Tanı testi performanslarının değerlendirilmesi ve kıyaslanması. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2001;32(1):25-30.
49. Demark-Wahnefried W, Rock CL, Patrick K, Byers T. Lifestyle interventions to reduce cancer risk and improve outcomes. American family physician 2008;77(11):1573-1578.
50. Jamouille M. The four duties of family doctors. quaternary prevention: first, do no harm. Hong Kong Practitioner 2014;36:46-49.
51. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. International Journal of Health Policy and Management 2015;4(2):61-64.
52. Wagner H. Quaternary prevention and the challenges to develop a good practice comment on “quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization.” International Journal of Health Policy and Management 2015;4(8):557-558.
53. Tabak A. Endokrinoloji ve metabolizma polikliniğimizden takipli hastalarda akraba evliliği sıklığı ve akraba evliliğini etkileyen faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.
54. Gönen M. Van ili aile sağlığı merkezlerinde ve toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının kanser tarama testleri hakkındaki bilgi düzeylerinin ve farkındalık durumlarının araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Van: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi; 2019.
55. Chiu HM, Hsu WF, Chang LC, Wu MH. Colorectal cancer screening in asia. Current Gastroenterology Reports 2017;19(10):1-8.

56. Ifemelumma CC, Anikwe CC, Okorochukwu BC, Onu FA, Obuna JA, Ejikeme BN, et al. Cervical cancer screening: assessment of perception and utilization of services among health workers in low resource setting. *International Journal of Reproductive Medicine* 2019;1-8
57. Öz M, Özel Ş, Üstün Y. Üçüncü basamak sağlık kuruluşu çalışanlarının serviks kanseri taraması konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg* 2019;16(4):220-224.
58. Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M, Akçan A, Gemalmaz A, Dişçigil G, ve ark. Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2015;19(1):37-48.
59. Andsoy II, Gul A. Breast, cervix and colorectal cancer knowledge among nurses in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014;15(5):2267-2272.
60. Wu TY, Chen SL. Breast cancer screening practices and related health beliefs among Taiwanese nurses. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2017;4(2):104-111.
61. Bittencourt L, Scarinci IC. Training community health workers to promote breast cancer screening in Brazil. *Health Promotion International* 2019;34(1): 95-101.
62. Pace LE, Dusengimana JMV, Keating NL, Hategekimana V, Rugema V, Bigirimana JB, et al. Impact of breast cancer early detection training on Rwandan health workers' knowledge and skills. *Journal of Global Oncology* 2018;4:1-10.
63. Han HR, Lee H, Kim MT, Kim KB. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. *Health Education Research* 2009;24(2):318-329.
64. Collins LC. Breast In: Goldblum JR, Lamps LW, Mckenney JK, eds. Rosai and ackerman's surgical pathology. 11th Ed. Ohio: Elsevier 2018:1434-1527. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323263399000366?scrollTo=%23hl0003308> Erişim tarihi: 12 Ekim

- 2021.
65. Bresalier RS. Colorectal Cancer In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 11th Ed. Texas: Elsevier 2021:2108-2152. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323609623001272?scrollTo=%23hl0002187> Erişim tarihi: 12 Ekim 2021.
 66. Özçelik MF. Türk cerrahi derneği yeterlilik (board) okulu ders notları. Ankara: Miki Matbaacılık 2018:1-608. <https://www.turkcer.org.tr/files/publications/93/92df9b069dd3392e431da026cb3701e7.pdf> Erişim tarihi: 12 Ekim 2021.
 67. Güvenç Ş. Manisa kent merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarının; kanser tarama performansları ve ilişkili faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi; 2019.
 68. Madubogwu CI, Egwuonwu AO, Madubogwu NU, Njelita IA. Breast cancer screening practices amongst female tertiary health worker in Nnewi. *Journal of cancer research and therapeutics* 2017;13(2):268-275.
 69. Chauhan M, Gupta S, Gandhi R. Study of knowledge, attitude, and practice regarding cervical cancer and its screening among health service providers of Udaipur. *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2020;4(1):167-170
 70. Khanna D, Khargekar N, Budukh A. Knowledge, attitude, and practice about cervical cancer and its screening among community healthcare workers of Varanasi district, Uttar Pradesh, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2019;8(5):1715-1719.
 71. Breast cancer facts&figures 2019-2020. American Cancer Society 2019:1-44. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf> Erişim tarihi: 20 Kasım 2021.
 72. Soyular P, Özer A, Yüksekol ÖD, Ulucan M. Knowledge, attitude, and practice

- regarding cancer screening tests among health workers in a university hospital in Turkey. *Journal of Cancer Education* 2020;35(4):718-723.
73. Nilaweera RIW, Perera S, Paranagama N, Anushyanthan AS. Knowledge and practices on breast and cervical cancer screening methods among female health care workers: A Sri Lankan experience. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012;13(4):1193-1196.
 74. Kabacaoglu M, Oral B, Balcı E, Günay O. Breast and cervical cancer related practices of female doctors and nurses working at a university hospital in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2015;16(14):5869-5873.
 75. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for cervical cancer US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2018;320(7):674–686.
 76. O'Donovan J, O'Donovan C, Nagraj S. The role of community health workers in cervical cancer screening in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Global Health* 2019;4(3):e001452.
 77. Colorectal cancer facts and figures 2020-2022. American Cancer Society 2020:1–48. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2020-2022.pdf> Erişim tarihi: 21 Kasım 2021.
 78. Nguyen TT, Love MB, Liang C, Fung LC, Nguyen T, Wong C, et al. A pilot study of lay health worker outreach and colorectal cancer screening among Chinese Americans. *Journal of Cancer Education* 2010;25(3):405-412.
 79. Feltner FJ, Ely GE, Whitler ET, Gross D, Dignan M. Effectiveness of community health workers in providing outreach and education for colorectal cancer screening in appalachian Kentucky. *Social Work in Health Care* 2012;51(5):430–440.
 80. Nguyen TT, Tsoh JY, Woo K, Stewart SL, Le GM, Burke A, et al. Colorectal cancer screening and Chinese Americans: efficacy of lay health worker outreach

and print materials. American journal of preventive medicine 2017;52(3):e67-e76.

81. Bulut A, Bulut A. Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications. *Breast Cancer: Targets and Therapy* 2017;9:163-169.
82. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Evaluation of the knowledge, attitude, and behavior of female health workers about breast cancer, cervical cancer, and routine screening tests. *Istanbul Med J* 2014;15(3):154-160.
83. Acikgoz A, Yoruk S, Turkmen H, Ergor G. The relationship between risk levels of breast cancer and use of early diagnosis and screening services in healthcare workers in Turkey. *Iranian Journal of Public Health* 2020;49(7):1289-1297.
84. Çakmak R. Sağlık çalışanlarında kanser tarama davranışları (Yüksek Lisans Tezi). Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi; 2016.
85. Ağırman E, Gençer MZ, Arıca S. Sağlık çalışanlarının kanseri önlemeye yönelik bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Derg* 2019;6(2):220-227.
86. Açıköz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Determination of knowledge and behavior of women working at a hospital on breast cancer early detection methods, and investigation of efficiency of planned education. *The Journal of Breast Health* 2015;11(1):31-38.
87. Gençtürk N. Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumları. *Journal of Breast Health* 2013;9(1):5-10.
88. Shiryazdi SM, Kholasehzadeh G, Neamatzadeh H, Kargar S. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among Iranian female health workers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014;15(22):9817-9822.
89. Breast cancer early detection and diagnosis. American Cancer Society 2019:1-55. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8579.00.pdf> Erişim

tarihi: 20 Kasım 2021.

90. Nazzal Z, Sholi H, Sholi S, Sholi M, Lahaseh R. Mammography screening uptake among female health care workers in primary health care centers in Palestine-motivators and barriers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2019;17(5):2549-2554.
91. Nicholls R, Perry L, Gallagher R, Duffield C, Sibbritt D, Xu X. The personal cancer screening behaviours of nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing* 2017;73(6):1403-1420.
92. Cervical cancer early detection, diagnosis, and staging. *American Cancer Society* 2020:1–35.
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8601.00.pdf> Erişim tarihi: 21 Kasım 2021.
93. Yiğitalp G. Ebe ve Hemşirelerin serviks kanseri, human papilloma virüs enfeksiyonu ve aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları-Diyarbakır örneği. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri* 2019;11(4):357–366.
94. Pehlivanoglu EFÖ, Sarı HB, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların Human Papilloma Virüs aşılması ve serviks kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2019;11(4):456-460.
95. Colorectal cancer, early detection, diagnosis, and staging. *American Cancer Society* 2020:1–40.
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8606.00.pdf> Erişim tarihi: 21 Kasım 2021.
96. Ercan G, Hasta ve sağlık çalışanlarının kolonoskopinin gerekli olduğu durumlar ve kolorektal kanser risk faktörleri bilgi düzeyinin saptanması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2018.

Evrak Tarih ve Sayısı: 24.03.2021-E.35724



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-35724
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer EMRE

İlgi : 10/03/2021 tarihli dilekçeniz. *10.151.1.139*
101799
25.03.2021

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personellerinin Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanız 16.03.2021 tarih ve 06 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIGINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan



Evrak Tarih ve Sayısı: 30.03.2021-E.38147



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



Sayı : E-65124556-730.08.03-38147
Konu : Tez çalışması izni hk. (Arş.Gör.Dr.
Mehmet ÖZER)

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALINA

İlgi : 26.03.2021 tarihli ve 36642 sayılı ^{10.151.1.81} ~~3663~~ ^{7.04.2021} karar.

İlgide kayıtlı Anabilim Dalınız Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer EMRE'nin danışmanlığında Arş.Gör.Dr. Mehmet ÖZER'in sorumluluğunda olan "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personellerinin Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasını Hastanemizde çalışan hekim dışı kadın sağlık personellerinde uygulanması talebi Merkez Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Özer ÖZTEKİN
Merkez Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSR67S88ML Pin Kodu :05962 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>
Adres:Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri Bilgi için: Ozlem DULGEROGLU
20070 Kınıklı, DENİZLİ Unvanı: Tekniker
Telefon:0 (258) 296 60 00 Faks:0 (258) 296 60 01
e-Posta:infohastane@pau.edu.tr Elektronik Ağ:infohastane@pau.edu.tr
Kep Adresi: paurektorduk@hs01.kep.tr



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELLERİNİN KANSER TARAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hekim dışı sağlık personellerinin ulusal kanser tarama programı hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, taramalar hakkındaki tutum ve davranışlarının saptanması amacıyla Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır; ileride yapılacak araştırmalara yön vermek üzere istatistiksel bilgi olarak kullanılacaktır. Bu nedenle sorulara içtenlikle cevap veriniz. Bu tez araştırması Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer EMRE sorumluluğunda Arş. Gör. Dr. Mehmet ÖZER tarafından yürütülmektedir. Araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları Arş. Gör. Dr. Mehmet Özer'e mehmetozer92@hotmail.com mail adresi ile ulaşarak sorabilirsiniz. Anketi cevaplamanız yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Bölüm 1: Sosyodemografik Özellikler

1) Yaşınız:.....

2) Mesleğiniz: () Hemşire () Acil Tıp Teknisyeni () Paramedik
 Tıbbi sekreter () Hasta bakıcı () Temizlik personeli () Teknisyen
 Fizyoterapist () Bilgi işlem elemanı () Diğer.....

3) Eğitim durumunuz? İlkokul mezunu ve/veya alt () Ortaokul mezunu ()
Lise mezunu () Üniversite mezunu () Yüksek lisans ya da doktora ()

4) medeni durumunuzu işaretleyiniz. Bekar () Evli () Diğer..... ()

5) meslekteki kaçınıcı yılınız? Yazınız.....

6) Sigara kullanıyor musunuz? () Hiç kullanmadım () Bıraktım
 Evet, günde 1 paket ve üzerinde () Evet, günde 1 paketten az

7) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? () Hayır () Evetyazınız

8) herhangi bir kanser hastalığı tanısı aldınız mı? () Hayır () Evetyazınız

9) ailede kanser ile ilgili tanı alan var mı? (var ise hangi kanser olduğunu yazınız)(bu soruya cevabınız hayır se 10. Soruyu boş bırakınız.)

() Hayır () Evet yazınız.....yazınız

10) Eğer 9. Soruya cevabınız evet ise tanı alan yakınınız ile akrabalık derecenizi belirtiniz.

() Birinci derece: (Anne, baba, kardeş, çocuk)

() İkinci derece: (Anne ve babanın kardeşleri, yeğenler, dede ve nine, torun)

() Üçüncü derece: (kuzenler, torun çocukları, büyük büyük anne ve baba, büyük hala, büyük teyze, büyük amca, büyük dayı ve kardeş torunları)

() Dördüncü Derece Akrabalık: (Anne yada babanın kardeşlerin torunları)

Bölüm 2: Kanser Tarama Bilgi, Tutum ve Davranışları Değerlendirme Anketi

1)Ulusal kanser tarama programını duydunuz mu? Evet () Hayır ()

2) Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) i duydunuz mu? Evet () Hayır ()

3) Kanser taramalarının önemli olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Kararsızım ()

4) Kanser taramasının yapılmasının amacı sizce nedir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

() Kanseri erken dönemde yakalamak () Kanser gelişimini önlemek

() Kanserın başka organlara yayılımını tespit etmek () Kanser hastalarını tedavi etmek () Fikrim yok

5) Kanser taramaları konusunda sahip olduğunuz ve/veya öğrendiğiniz bilgilerle diğer insanlara tarama programlarını önerir misiniz? Evet () Hayır ()

6)Çalıştığınız kurumda ulusal kanser tarama programı ile ilgili herhangi bir sunum, eğitim ya da konferans aldınız mı? Evet () Hayır ()

7) Ulusal kanser tarama programı içerisinde hangi kanserler yer alır?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Meme kanseri () akciğer kanseri () Prostat Kanseri ()
Kemik kanseri () serviks kanseri () kolorektal kanseri () Deri kanseri ()
over kanseri () mide kanseri () pankreas kanseri ()
Lösemi ve lenfoma () diğer..... () Fikrim yok ()

8) Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartlarına göre hangi yaş grubu kadınlar taramada yer alır? () 20-39 () 30-59 () 40-69 () 50-79 () Fikrim yok

9) Ulusal Serviks (Rahimağzı) Kanseri Tarama Standartlarına göre hangi yaş grubu kadınlar taramada yer alır?

() 30-65 () 20-40 () 25-50 () 40+ () Fikrim yok

10) Ulusal Kolorektal Kanser Tarama Standartlarına göre hangi yaş grubu kadınlar ve erkekler taramada yer alır?

() 20-39 () 40-60 () 50-70 () 60-80 () Fikrim yok

11) Hangi görüntüleme yöntemi ile meme kanseri taraması yapılır?

() Mamografi () MR () BT () Fikrim yok

12) Mamografi ile meme kanseri tarama sıklığı ne olmalıdır?

() Yılda 1 () 2 yılda 1 () 3 yılda 1 () Fikrim yok

13) KKMM (kendi kendine meme muayenesi) ve KKM (klinik meme muayenesi) hangi yaştan itibaren önerilir?

() 20 () 30 () 40 () 50 () Fikrim yok

14) KKMM (kendi kendine meme muayenesi) hangi sıklıkla yapılır?

() Haftada bir () Ayda bir () Altı ayda bir () Şikayet olduğu zaman () Fikrim yok

15) KMM(klinik meme muayenesi) hangi sıklıkla yapılır?

KMM 20 yaş ve üzeri iki yılda bir, 40 yaş ve üzeri yılda bir yaptırılmalıdır.

KMM 20 yaş ve üzeri yılda bir, 40 yaş ve üzeri yılda bir yaptırılmalıdır.

KMM 20 yaş ve üzeri iki yılda bir, 40 yaş ve üzeri iki yılda bir yaptırılmalıdır.

Fikrim yok

16)Hangi yöntem ile serviks kanseri taraması yapılır? Smear+HPV testi

Smear HPV testi bimanuel muayene Fikrim yok

17)Serviks kanseri tarama sıklığı ne olmalıdır? 2 yılda 1 3 yılda 1

4 yılda 1 5 yılda 1 Fikrim yok

18)Hangi yöntem ile kolon kanseri taraması yapılır? Gaitada Gizli Kan

(GGK) Kolonoskopi GGK + Kolonoskopi

Ayakta direk batın grafisi Fikrim yok

19)Gaitada gizli kan tarama sıklığı ne olmalıdır?

2 yılda 1 3 yılda 1 4 yılda 1 5 yılda 1 Fikrim yok

20)Kolonoskopi tarama sıklığı ne olmalıdır? 2 yılda 1 3 yılda 1

5 yılda 1 10 yılda 1 Fikrim yok

21) Siz hangi sıklıkla KKMM(kendi kendine meme muayenesi) yaparsınız?

Yapmam düzensiz yaparım aklıma geldikçe yaparım

her banyoda yaparım ayda bir yaparım

22) Siz eğer KKMM(kendi kendine meme muayenesi) yapmıyor ya da düzensiz

yapıyorsanız bunun sebebi ne olabilir?

Yapılması gerektiğini bilmiyorum

Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.

Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.

KKMM yapmayı genel olarak ihmal ediyorum

KKMM yapmanın gerekli olduğuna inanmıyorum

KKMM ile kitle çıkmasından korkuyorum.

diğer.....

23) Siz hangi sıklıkla KMM(klinik meme muayenesi) yaptırırsınız?

Yaptırmam düzensiz yaptırım yılda bir yaptırım

2 yılda bir yaptırım 5 yılda bir yaptırım

24) Siz eğer KMM(klinik meme muayenesi) yaptırmıyor ya da düzensiz yapıyorsanız bunun sebebi ne olabilir?

Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.

Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.

Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.

KMM yaptırmayı genel olarak ihmal ediyorum.

KMM yapmanın gerekli olduğuna inanmıyorum.

KMM yaptırmaya zamanım yok

KMM yaptırırken utanıyorum.

KMM ile herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum

Covid-19 pandemisi nedeniyle yaptırmıyorum

diğer.....

25) Siz hangi sıklıkla Mamografi çektirirsiniz? Çektirmem

düzensiz olarak çektirim yılda bir 2 yılda bir 3 yılda bir

26) Siz eğer mamografi çektirmiyor ya da düzensiz çektiriyorsanız bunun sebebi ne olabilir?

Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.

Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.

Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.

- Mamografi yaptırmayı genel olarak ihmal ediyorum.
- Mamografi çektirmeye zamanım yok
- Mamografi çektirmekten utanıyorum.
- Mamografi çektirmenin gerekli olduğuna inanmıyorum.
- İşlem esnasında ağrı yaşamaktan korkuyorum.
- Radyasyon almaktan korkuyorum.
- Herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum
- Covid-19 pandemisi nedeniyle yaptırmıyorum
- Diğer.....

27)Siz hangi sıklıkla Pap-Smear Testi ve HPV testi yaptırırsınız? Yaptırmam
 düzensiz yaptırım 2 yılda 1 3 yılda 1 5 yılda 1

28) Siz eğer Pap-Smear Testi ve HPV testi yaptırmıyor ya da düzensiz yaptırıyorsanız bunun sebebi ne olabilir?

- Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.
- Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.
- Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.
- Cinsel olarak aktif değilim.
- Pap-Smear Testi yaptırmayı genel olarak ihmal ediyorum.
- Pap-Smear Testi yaptırmaya zamanım yok
- Pap-Smear Testi yaptırmaktan utanıyorum.
- Pap-Smear Testi yaptırmanın gerekli olduğuna inanmıyorum.
- İşlem esnasında ağrı yaşamaktan korkuyorum.
- Herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum
- Covid-19 pandemisi nedeniyle yaptırmıyorum

Diğer.....

29) Siz hangi sıklıkla GGK(Gaitada Gizli Kan) Testi yaptırırsınız? Yaptırmam
 düzensiz yaptırım 2 yılda 1 3 yılda 1 5 yılda 1

30) Siz eğer GGK(Gaitada Gizli Kan) testini yaptırmıyor ya da düzensiz yaptırıyorsanız bunun sebebi ne olabilir ?

Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.

Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.

Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.

GGK testi yaptırmanın gerekli olduğuna inanmıyorum.

GGK testi yaptırmaya zamanım yok.

Covid-19 pandemisi nedeniyle yaptırmıyorum

Diğer.....

31) Siz hangi sıklıkla kolonoskopi yaptırırsınız? Yaptırmam
 düzensiz yaptırım 3 yılda 1 5 yılda 1 10 yılda 1

32) Siz eğer kolonoskopi yaptırmıyor ya da düzensiz yaptırıyorsanız bunun sebebi ne olabilir?

Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum.

Yaşımın tarama için erken olduğunu düşünüyorum.

Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum.

Kolonoskopi yaptırmanın gerekli olduğuna inanmıyorum.

Kolonoskopi yaptırmaya zamanım yok.

İşlem esnasında ağrı yaşamaktan korkuyorum.

Kolonoskopi yaptırmaktan utaniyorum.

Covid-19 pandemisi nedeniyle yaptırmıyorum

Diğer.....