T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

KIRK YAŞ VE ÜZERİ KANSER TANISI ALMAMIŞ BİREYLERİN KANSERE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Hazırlayan

Havva MUMCU

Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Doktora Tezi

Haziran, 2014
KAYSERİ

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

KIRK YAŞ VE ÜZERİ KANSER TANISI ALMAMIŞ BİREYLERİN KANSERE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Hazırlayan

Havva MUMCU

Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

DOKTORA TEZİ

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: TSD-12-3954

Haziran, 2014
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Havva MUMCU

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

"Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları" adlı **Doktora Tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Havva MUMCU

Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Osman GÜNAY

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında **Havva MUMCU** tarafından hazırlanan **"Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları"** adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

...../...../2014

JÜRİ:

Danışman : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA (E.Ü. Halk Sağlığı ABD)

Üye : Prof. Dr. Mualla AYKUT (E.Ü. Halk Sağlığı ABD)

Üye : Prof. Dr. Gamze ÇAN (K.T.Ü. Halk Sağlığı ABD)

Üye : Prof. Dr. Metin ÖZKAN (E. Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD)

Üye : Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK (E.Ü. Halk Sağlığı ABD)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2014

.....

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim sürecinde ve tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Danışmanım Sayın Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'ya, Doktora eğitimim sürecindeki değerli katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Osman GÜNAY'a, Sayın Prof. Dr. Mualla AYKUT'a, Sayın Prof. Dr. Osman CEYHAN'a, Sayın Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e, Sayın Doç. Dr. İskender GÜN'e, Tez İzleme Kurulu üyesi Sayın Prof. Dr. Metin ÖZKAN'a, desteklerinden dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı İdari Personeli'ne, katılımlarından dolayı Değerli Katılımcılar'a araştırmayı destekleyen Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne

Teşekkürlerimi sunarım.

Havva MUMCU

Kayseri, Haziran 2014

KIRK YAŞ VE ÜZERİ KANSER TANISI ALMAMIŞ BİREYLERİN KANSERE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Havva MUMCU

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Haziran 2014

Danışman: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

ÖZET

Kanser sebebi bilinen ölümler arasında kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde kanser konusunda toplumun bilgi düzeyi ve tutumlarını ortaya koyan yeterli çalışma yoktur. Bu araştırma, 40 yaş ve üzeri bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Aralık 2011- Ocak 2012'de Trabzon il merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Trabzon il merkezinde yaşayan 40 yaş ve üzeri 105.071 birey oluşturmuş olup, örnek büyüklüğü 1200 olarak belirlenmiştir. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün gelişmekte olan ülkeler için kullandığı 30 küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formunun görüşmeciler tarafından bireylerle yüz yüze görüşerek doldurulmasıyla toplanmıştır. Verilerin analizinde ki kare ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin yaş ortalaması 54.90±11.16 yıl, %54.9'u ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Bireylerin %91.8'i kanseri en ölümcül hastalık olarak belirtmiştir. Kanser belirtilerini bilmeyenlerin sıklığı %62.4'tür. En sık ifade edilen ilk üç kanser belirtisi; halsizlik (%18.6), ağrı (%11.8) ve zayıflık (%8.1), en sık ilk üç kanser nedeni; sigara (%95.7), cep telefonu (%90.4) ve aşırı alkol tüketimi (%90.2)'dir. Bireylerin %61.3'ü radyoterapi, %46.3'ü mamografi, %23.9'u kemoterapinin ne olduğunu bilmemekte, %66.0'ı kanserden korunmak için önlem almadığını belirtmektedir. Tüm grubun %16.1'i gaitada gizli kan testi, %15.2'si kolonoskopi yaptırmıştır. Kadınların %45.3'ü kendi kendine meme muayenesi yapmış, %22.7'si klinik meme muayenesi, %14.3'ü mamografi, %29.2'si Pap-smear yaptırmıştır. Erkeklerin %15.8'i prostat spesifik antijen testi yaptırmıştır. Araştırmada gaitada gizli kan testi yaptırmaya etkili değişkenler; yaş, cinsiyet, gelir, kolonoskopi yaptırmaya etkili değişkenler; yaş, gelir, en uzun süre yaşanılan yer, birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü, kendi kendine meme muayenesi yapmaya etkili değişkenler; yaş, eğitim, sağlık güvencesi, birinci derece yakınlarda kanser öyküsü, Pap-smear testi yaptırmaya etkili değişkenler; yaş, birinci derece yakınlarda kanser öyküsü, klinik meme muayenesi yaptırmaya etkili değişkenler; gelir, aylık gelir, birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü, mamografi çektirme üzerine etkili değişkenler; sağlık güvencesi, birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü, prostat spesifik antijen testi yaptırmaya etkili değişkenler; birinci derece yakınlarda kanser ve birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsüdür.

Bu araştırmanın sonuçları, ilimizde kanser ile mücadelede geliştirilecek olan stratejilerin oluşturulmasına önemli ipuçları sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Bilgi, Tutum, Davranış, Risk Faktörleri

THE CANCER KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF THE PEOPLE AGED 40 and OVER and WITHOUT CANCER DIAGNOSIS

Havva MUMCU

Erciyes University, Graduate School of Health Sciences

Public Health

PhD. Thesis, June 2014

Supervisor: Proffesor Fevziye ÇETİNKAYA

ABSTRACT

Among the known causes of deaths, cancer ranks the second after the cardiovascular system diseases.In our country, there are no adequate studies revealing the level of cancer-related knowledge and attitudes of the society. This study was performed to determine the knowledge, attitudes and behaviors of the individuals aged 40 and over.

This cross-sectional research was conducted in the province of Trabzon in December 2011- January 2012. The universe of the study consists of 105,071 individuals aged 40 and over living in Trabzon city center and the sample size was determined as 1200. In sample selection procedure, 30 cluster sampling method was used as recommended by the World Health Organization for developing countries. Data was collected through a questionnaire prepared by the researcher based on the literature and filled by the interviewers during the face to face meetings with the participants. In data analysis chi-square and logistic regression analysis were used.

The mean age of the study group was 54.90 ± 11.16 and 54.9% of the participants had primary and lower education level.91.8% indicated cancer as the deadliest disease. The frequency of the participants having no information about the symptoms of cancer was 62.4 %. The three most frequently stated signs of cancer were fatigue (18.6%), pain (11.8%), and weakness (8.1%). The most common top three reasons of cancer were stated as cigarettes (95.7%) , mobile phone (90.4%) , excessive alcohol consumption (90.2%). 61.3%, 46.3%, 23.9% of the group had no information about radiotherapy, mammography and chemotherapy respectively and 66.0% didn't take measures to protect against cancer . 16.1% had fecal occult blood test and 15.2% had colonoscopy. 45.3%, 22.7%, 14.3% and 29.2% of the group had self- breast examination, clinical breast examination, mammography and Pap-smear test respectively. 15.8% of the male participants had prostate-specific antigen test. In the study, it was found that the variables effective in having fecal occult blood test were age, gender, income; variables effective in having a colonoscopy were age, income, the longest place of residence, first-degree relatives with a history of death from cancer; variables effective in having breast self-examination were age, education, health insurance, first-degree relatives with a history of cancer; variables effective in having Pap-smear test were age, first-degree relatives with a history of cancer; variables effective in having clinical breast examination were income, monthly income, first-degree relatives with a history of cancer death; variables effective in having mammography were health insurance, first-degree relatives with a history of death from cancer; variables effective in having prostate-specific antigen test were first-degree relatives with a history of cancer and first-degree relatives with a history of death from cancer.

The results of this study will provide important clues in developing strategies in the fight against cancer in our city.

Keywords: Cancer, Knowledge, Attitudes, Behavior, Risk Factors

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI iii
ONAY iv
TEŞEKKÜR v
ÖZET vi
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER viii
KISALTMALAR x
TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. KANSERİN TANIMI VE ÖNEMİ 4
2.2. KANSER RİSK FAKTÖRLERİ 6
2.2.1. Kesin olan risk faktörleri 6
2.2.2. Kesin olmayan faktörler 7
2.3. KANSER NEDENLERİ 7
2.3.1. Sigara 7
2.3.2. Alkol 8
2.3.3. Beslenme 8
2.3.4. Mesleksel Faktörler 10
2.3.5. İyonize Radyasyon 12
2.3.6. Ultraviyole Işınları 12
2.3.7. Hava Kirliliği 12
2.3.8. Viruslar ve Enfeksiyonlar 13
2.3.9. Genetik Faktörler 13
2.3.10. Hormonlar 13
2.4. KANSER BELİRTİLERİ 14
2.5. KANSER TANI YÖNTEMLERİ 15
2.5.1. Hikâye 15
2.5.2. Muayene 16
2.5.3. Laboratuar incelemeleri 16
2.6. KANSER TEDAVİSİ 18

2.6.1. Cerrahi 18
2.6.2. Radyoterapi 19
2.6.3. Kemoterapi 19
2.7. KANSER ERKEN TANI VE TARAMA UYGULAMALARI 20
2.8. KANSERDEN KORUNMA 24
2.9. BAZI KANSER TÜRLERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ 25
2.9.1. Meme Kanseri 26
2.9.2. Serviks Kanseri 27
2.9.3. Over Kanseri 29
2.9.4. Ağız Boşluğu Kanseri 30
2.9.5. Mide Kanseri 30
2.9.6. Kolon Kanseri 31
2.9.7. Deri Kanseri 32
2.9.8. Prostat Kanseri 32
3. GEREÇ VE YÖNTEM 34
3.1. Araştırmanın Tipi 34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 34
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 35
3.4. Araştırmanın Terminolojisi 38
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu 38
3.6.Verilerin Toplanması 38
3.6.1. Anket formu 38
3.6.2. Ön uygulama 39
3.6.3. Araştırmanın kapsam ve sınırlılığı 39
3.6.4. Görüşmecilerin eğitimi 39
3.6.5. Araştırmaya alınma kriterleri 40
3.6.6. Verilerin toplanması 40
3.6.7. Verilerin değerlendirilmesi 40
3.6.8. Araştırmanın değişkenleri 41
4. BULGULAR 43
5.TARTIŞMA VE SONUÇ 83
6. KAYNAKLAR 101
ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AICR	(American Institue Cancer Research) : Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü
ACS	(American Cancer Society): Amerikan Kanser Derneği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BCC	: Bazal Hücreli Karsinom
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DOY	: Diplomasız Okur Yazar
HBV	: Hepatit B Virüsü
HPV	: Human Papilloma Virüsü
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
IARC	(International Agency for Research on Cancer) : Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu
IACR	(International Association of Cancer Registries) : Uluslararası Kanser Kayıt Birliği
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KIDEM	: Kanser İzleme ve Denetleme Merkezi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi
MEEC	(Middle East Cancer Consortium): Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu
NCI	(National Cancer Institute) : Ulusal Kanser Enstitüsü
OYD	: Okur Yazar Değil
OK	: Oral Kontraseptif
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
SCC	: Skuamöz Hücreli Karsinom
TDK	: Türk Dil Kurumu
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
WCRF	(World Cancer Researh Fund) : Dünya Kanser Araştırma Fonu

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 2.1. İnsanda kanser yaptığı kesin olan maddelerin başlıcaları (Grup-1) 11
Tablo 2.2. İnsan için muhtemel kanserojen maddelerin bazıları (Grup 2A) 11
Şekil 3.1. Çernobil Nükleer Reaktör kazasında radyasyondan etkilenen bölgeler ……..34
Şekil 3.2. Trabzon'un konumu ve ilçeleri 35
Tablo 3.1. Trabzon il merkezinde bulunan mahalleler ve örnekleme alınan birey sayıları… 36
Tablo 3.2. Trabzon il merkezindeki 40 yaş ve üzeri nüfusun cinsiyet ve yaş gruplarına dağılımı (2010) 37
Tablo 3.3. Araştırma grubuna alınan bireylerin cinsiyet ve yaş gruplarına dağılımı 37
Tablo 3.4. Lojistik regresyon analizinde kullanılan bağımsız değişkenler ve özellikleri 42
Tablo 4.1. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı 43
Tablo 4.2. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımı 45
Tablo 4.3. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre öğrenim durumlarının dağılımı…… 45
Tablo 4.4. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre BKİ değerlerinin dağılımı 46
Tablo 4.5. Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özellikleri.....46
Tablo 4.6. Araştırma grubundaki kadınların OK, HRT kullanımı ve menopoz durumu....47
Tablo 4.7. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaşa göre sigara içme durumu…47
Tablo 4.8. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaşa göre alkol tüketim durumu.48
Tablo 4.9. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaşa göre asitli yiyecek-içecek tüketim durumu 48
Tablo 4.10. Araştırma grubundaki bireylerin HBV/ HCV öyküsü, birinci derece yakınlarında kanser ve birinci derece yakınlarında kanserden ölüm öyküleri..49
Tablo 4.11. Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece yakınlarında ölüme neden olan kanser türlerinin dağılımı……. …..50
Tablo 4.12. Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece erkek yakınlarında ölüme neden olan kanser türlerinin dağılımı.....50
Tablo 4.13. Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece kadın yakınlarında ölüme neden olan kanser türlerinin dağılımı.....51

Tablo 4.14. Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma olan durumuna göre sigara içme surumu 51
Tablo 4.15. Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma olan durumuna göre alkol tüketim durumu 52
Tablo 4.16. Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumuna göre asitli yiyecek-içecek tüketim durumu 52
Tablo 4.17. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanser tanısı için erken teşhis/tarama testi olduğunu bilme durumu 53
Tablo 4.18. Araştırma grubundaki bireylere göre erken teşhis edilebilen kanser türleri.....54
Tablo 4.19. Araştırma grubundaki bireylerin erken teşhisin hayat kurtardığını düşündükleri kanser türlerinin dağılımı.....54
Tablo 4.20. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanserin erken teşhisinin önemine inanma durumu 55
Tablo 4.21. Araştırma grubundaki bireylere göre erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen kanser türlerinin dağılımı.....56
Tablo 4.22. Araştırma grubundaki bireylere göre kanser belirtileri 57
Tablo 4.23. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu 58
Tablo 4.24. Araştırma grubundaki bireylerin kendilerinde kanser ihtimalini düşünme nedenlerine göre dağılımı.....58
Tablo 4.25. Araştırma grubundaki bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre kendilerinde kanser ihtimalini düşünme durumu.....59
Tablo 4.26. Araştırma grubundaki bireylerin bazı alışkanlıklarına göre kanser ihtimalini düşünme durumu 60
Tablo 4.27. Araştırma grubundaki bireylerin kansere neden olan kesin ve olası faktörler ile ilgili düşüncelerinin dağılımı 61
Tablo 4.28. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kansere kesin neden olan ve kesin olmayan risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı 62
Tablo 4.29. Araştırma grubundaki bireylerin kansere ilişkin bazı konulardaki algılarının dağılımı.....63
Tablo 4.30. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre 'üzüntü ve stres kansere sebep olur' algısı ile ilgili düşünceleri 64
Tablo 4.31. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre 'kanser kalıtımla geçer' algısı ile ilgili düşüncelerinin dağılımı.....65

Tablo 4.32. Araştırma grubundaki bireylerin meme kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı 66
Tablo 4.33. Araştırma grubundaki bireylerin serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı 66
Tablo 4.34. Araştırma grubundaki bireylerin over kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı 67
Tablo 4.35. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre meme, serviks ve over kanserine ilişkin risk faktörlerini bilme durumu 67
Tablo 4.36. Araştırma grubundaki bireylerin mide kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı 68
Tablo 4.37. Araştırma grubundaki bireylerin ağız boşluğu kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı 68
Tablo 4.38. Araştırma grubundaki bireylerin kolon kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı… 69
Tablo 4.39. Araştırma grubundaki bireylerin deri kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı… 69
Tablo 4.40. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre ağız boşluğu, mide, kolon ve deri kanseri risk faktörlerini bilme durumu.…… ……70
Tablo 4.41. Araştırma grubundaki bireylerin prostat kanseri risk faktörlerinin neler olduğu ile ilgili düşüncelerinin dağılımı…. 70
Tablo 4.42. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre prostat kanseri risk faktörlerini bilme durumu 71
Tablo 4.43. Araştırma grubundaki bireylerin erken teşhis/tarama testi yapma/ yaptırma durumu 71
Tablo 4.44. Gaitada gizli kan testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi 72
Tablo 4.45. Kolonoskopi testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi… 73
Tablo 4.46. KKMM yapma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi 74
Tablo 4.47. Pap-smear testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi 75
Tablo 4.48. KMM yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi 75
Tablo 4.49. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre mamografinin ne olduğunu bilme durumu 76

Tablo 4.50. Araştırma grubundaki bireylerin kimlerin mamografi çektirmesi gerektiği konusundaki düşünceleri 77
Tablo 4.51. Mamografi çektirme üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi 77
Tablo 4.52. PSA testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi 78
Tablo 4.53. Araştırma grubunda kanserden korunmak için önlem aldığını belirten bireylerin korunma önlemleri 78
Tablo 4.54. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanserden korunmak için herhangi bir önlem alma durumu 79
Tablo 4.55. Kanserden korunmak için önlem almaya etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi 80
Tablo 4.56. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanser ile ilgili bilgi alma durumu 81
Tablo 4.57. Araştırma grubunda bilgi aldığını ifade eden bireylerin kanser ile ilgili bilgi edindikleri kaynakların dağılımı.....82

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, hastalık yükü, öldürücülüğü ve insidans artış eğilimi ile hem dünya hem de ülkemiz için bir halk sağlığı konusu ve problemidir. Dünyada 2008 yılında12.4 milyon kişiye kanser teşhisi konulmuş ve 7.6 milyon kişi kanser nedeniyle ölmüştür. Tüm dünyada kanser ölümlerinin artmaya devam edeceği ve 2030 yılında 12 milyon ölümün kanser nedeniyle olacağı tahmin edilmektedir (1).

Yeni kanser vakalarının %53.0'ı ve ölümlerin %60.0'ı az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir. Erkeklerde prostat kanseri gelişmiş bölgelerde en fazla teşhis edilen kanser türü haline gelirken, az gelişmiş ülkelerde birinci sıradaki akciğer kanserinin oldukça gerisinde, altıncı sıradadır. Kadınlarda meme kanseri gelişmiş bölgelerdeki tahmini 715.000 ve az gelişmiş ülkelerdeki 577.000 yeni vaka ile (%18.8) büyük farkla dünya genelindeki en yaygın kanser türüdür (2). Akciğer kanseri gelişmiş bölgelerdeki tahmini 455.000 ve az gelişmiş ülkelerdeki 475.000 ölümle (%18.2) erkeklerde en yaygın ölüm sebebidir. Gelişmiş ülkelerde meme, akciğer ve kolorektal kanserler gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin toplamının %42.5'ini teşkil ederken, az gelişmiş ülkelerde rahim ağzı kanseri tahmini 275.000 ölümle (toplamın %13.9'u) birinci sıradadır ve onu meme kanseri (252.000 ölüm, %12.7) ve mide kanseri (189.000 ölüm, %9.6) izlemektedir (2).

Ülkemizde ortalama kanser insidansı yüz binde 196'dır. Bu değer erkekler için 256.4/100.000, kadınlar için ise 158.1/100.000'dür. Mevcut artış hızları ile projeksiyon yapıldığında ülkemizde 2030'lu yıllarda kanser insidansının iki misline çıkarak yüz binde 450'lere ulaşacağı tahmin edilmektedir (3). Ülkemizde en sık ölüme neden olan kanser türleri akciğer-trakea-bronş kanserleri, mide kanseri, lösemi, mesane kanseri,

kolorektal kanserler, multiple myelom; kadınlarda meme kanseri, mide kanseri, lenfomalar, multiple myelom, over kanseri ve kolorektal kanserlerdir (1).

Kanser yükünün hızlı artışı, dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri için bir kriz teşkil etmektedir. Birçok ülke için önemli bir sorun, gelecek yıllarda tanı konacak çok sayıdaki kanser hastalarının tümünü tedavi etmek ve palyatif, destekleyici ve ölüm aşamasındaki bakım için yeterli ödenekleri temin etmek olacaktır (2).Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanserin artan önemi maliyeti, erken teşhis ve tanıyı ön plana çıkarmaktadır (2).

Kanseri önlemenin en ucuz yolu bireyleri eğitme ve risk grubundaki bireylere tarama yöntemlerinin uygulanmasıdır (4). Özellikle ortaya çıkışının önlenebildiği, taramalarla ölümün yok edilebildiği ve erken tedavinin yaşam kalitesine çok şey katabildiği kanserleri göz önüne alırsak birincil ve ikincil koruma önem kazanmaktadır (1). Eğer önleme faaliyetleri yaygın olarak uygulanabilirse bu tedbirler küresel kanser yükünün hafifletilmesine katkıda bulunacaktır (2). Bu kapsamda kanserle savaş faaliyetlerinin bilinçli bir şekilde planlanması ve akılcı politikalar üretilmesi gerekmektedir. Ülkemizde Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamındaki tüm faaliyetler dört ana başlıkta yürütülmektedir; önleme, tarama ve erken tanı, tedavi ve palyatif bakım. Tüm bu alanlarda başarılı politikalar gerçekleştirmek için bireylerde kanser ile ilgili farkındalığın oluşturulması önem taşımaktadır (5).

Giderek yaygınlaşan ve sonuçlarıyla tüm toplumu etkileyen kanser konusunda, Türkiye genelinde bilgi düzeyi, duyarlılığı, farkındalığı ve risk faktörlerini her bir kanser türü için ayrı ayrı belirlemeyi amaçlayan birçok çalışma mevcuttur. Ancak, erken tanı ve tarama programlarının uygulanması önerilen kanserler ile erken tanı programları uygulanması önerilip, tarama programları uygulanması önerilmeyen kanserleri aynı çalışmada araştıran, halkın bakış açısını ve farkındalığını ortaya koyan çalışmalar yeterli düzeyde değildir.

Bu araştırmanın amacı, 40 yaş ve üzeri kanser tanısı almamış bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

Araştırmanın önemi, bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını belirleyerek;

- Kanserden korunma ve erken tanı amacıyla hazırlanan eğitim programlarının içeriklerine temel oluşturması,
- Kanser ile mücadelede uygulanabilir stratejiler geliştirmeye olanak sağlamasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSERİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kanser, yaşanılan çevrede karşılaşılan ve/veya hücrede ortaya çıkan, fiziksel ya da biyolojik etkenlere maruz kalınması nedeniyle normal hücre DNA'sının değişime uğraması sonucu ortaya çıkan genetik bir hastalıktır (1).

Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de kanser, hastalık yükü açısından önemli bir hastalıktır. Türkiye Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışmasının sonuçlarına göre, kanser kardiyovasküler hastalıklardan sonra Türkiye'deki toplam ölümlerin ikinci nedenidir. Yapılan tahminler, kanser insidansının önümüzdeki yılarda da yüksek olacağı ve kanserin gelecekte birinci ölüm nedeni olacağı yönündedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2020 yılında her yıl yeni kanser tanısı konan hasta sayısının 17 milyona, 2030 yılında ise 24 milyona çıkacağı, 17 milyon insanın aynı yıl kanser nedeniyle yaşamını yitireceği, 2030 yılında 75 milyon insanın kanserle yaşıyor olacağı tahmin edilmektedir (2).

İnsidans yönünden dünyada en yaygın kanserler akciğer (1.52 milyon), meme (1.29 milyon) ve kolorektal (1.15 milyon) kanserleridir. Kötü prognoz nedeniyle akciğer kanseri aynı zamanda en fazla ölüme (1.31 milyon) neden olan kanserken izleyen sırada mide kanseri (780.000 ölüm) ve karaciğer kanseri (699.000 ölüm) yer almaktadır (2).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı (2009) verilerine göre Türkiye'de erkeklerde kanser insidansı (1/100.000); akciğer-trakea-bronş kanserleri 69.2, prostat kanseri 37.6, mesane kanseri 21.7, kolorektal kanserler 20.8, mide kanseri 18.0,

kadınlarda; meme kanseri 40.7, tiroit kanseri 16.2, kolorektal kanserler 13.2, uterus kanseri 8.6, akciğer-trakea-bronş kanserleri 8.2'dir (6).

GLOBOCAN 2008 verilerine göre, Türkiye'de erkeklerde kanser insidansı (1/100.000); akciğer kanseri 14.667 vaka (26.3), mide kanseri 5.642 vaka (10.1), mesane kanseri 4.762 vaka (8.59), prostat kanseri 4.223 vaka (7.6), kolorektal kanserler 4.102 vaka (7.4)'dır. Kadınlarda ise; meme kanseri 10.065 vaka (25.6), kolorektal kanserler 3116 vaka (7.9), mide kanseri 3.013 vaka (7.7), korpus uteri kanseri 1.937 vaka (4.9), over kanseri 1.804 vaka (4.6)'dır (7).

GLOBOCAN 2012'de Türkiye için yapılan tahminlerde, erkeklerde kanser insidansı/ mortalitesi (1/100.000); akciğer kanseri 24.7/32.3, prostat kanseri 14.7/12.3 mesane kanseri 10.9/7.0, kolorektal kanserler 8.0/7.0, mide kanseri 6.9/8.7, non-hodgkin lenfoma 3.4/3.0, larinks kanseri 3.1/1.8, lösemi 2.8/3.3, böbrek kanseri 2.7/2.7'dir. Kadınlarda kanser insidansı/mortalitesi (1/100.000); meme kanseri 24.5/15.7, tiroit kanseri 11.4/2.1, kolorektal kanserler 8.1/8.1, mide kanseri 6.7/10.8, korpus uteri kanseri 6.1/2.9, akciğer kanseri 5.3/8.9, beyin kanseri 3.9/4.4, over kanseri 3.9/4.8, non-hodgkin lenfoma 3.4/3.9'dur. GLOBOCAN 2012 tahminlerine göre Türkiye'de erkek ve kadınlarda en sık görülen 5 kanser türü sırasıyla; akciğer kanseri, meme kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanserler ve mesane kanseridir (8).

DSÖ kanser hakkında 10 gerçeğe dikkat çekmektedir (1);

1. Vücudumuzu etkileyebilecek 100'den fazla kanser tipi vardır.

2. 2005'te 7.6 milyon insan kanserden ölmüştür, bu da o yıl dünya genelindeki 58 milyon ölümün %13'üdür.

3. Kansere bağlı ölümlerin %70'den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir.

4. Sıklık sırasına göre dünya genelinde erkek ölümlerine yol açan 5 kanser tipi; akciğer, mide, karaciğer, kolorektal ve özefagus kanserleridir.

5. Sıklık sırasına göre dünya genelinde kadın ölümlerine yol açan 5 kanser tipi; meme, akciğer, mide, kolorektal ve rahim ağzı kanserleridir.

6. Tütün kullanımı dünyada tek başına önlenebilir en önemli kanser nedenidir.

7. Dünya genelinde kanserlerin 5'te biri karaciğer kanserine sebep olan hepatit B virüsü (HBV) ve serviks kanserine sebep olan human papilloma virüsü (HPV) gibi etkenlerle gelişen kronik enfeksiyonlara bağlıdır.

8. Kanserlerin 3'te biri erken yakalanabilir ve etkin tedavi edilirse şifa ile sonuçlanabilir.

9. Ağrıdan muzdarip kanser hastalarına ağrı kontrolünde ve palyatif bakımda geçerli bilgiler ışığında doğru uygulamalar yapılabilirse yardımcı olunabilir.

10. Tütün kullanmaz, sağlıklı beslenir, spor yapar ve kansere sebep olabilecek enfeksiyonların üstesinden gelinebilirse kanser %40 oranında önlenebilir.

DSÖ'nün yayımladığı Ulusal Kanser Kontrol Programları Klavuzu'nda erken tanı ve tarama programlarının hangi kanserlerde uygulanması gerektiği konusunda şu öneriler yer almaktadır (1);

- Hem erken tanı, hem tarama programlarının uygulanması önerilen kanserler: **meme kanseri ve serviks kanseri.**
- Erken tanı programları uygulanması önerilen, ancak tarama programları uygulanması önerilmeyen kanserler: **ağız boşluğu kanserleri, nazofarenks kanseri, mide kanseri, kolorektal kanserler, deri melanomu, melanom dışı deri kanserleri, over kanseri, mesane kanseri ve prostat kanseri.**
- Erken tanı programlarının da, tarama programlarının da uygulanması önerilmeyen kanserler: **özefagus kanseri, akciğer kanseri ve karaciğer kanseri.**

2.2. KANSER RİSK FAKTÖRLERİ

2.2.1. Kesin olan risk faktörleri (2,9-11)

1. Tütün
2. Alkol
3. Beslenme (aşırı kilo)
4. Güneş ışıkları
5. Radyasyon
6. Bazı kimyasallar

7. Bazı hormonlar
8. Aile hikâyesi
9. Yaşlanma
10. Bazı virüs ve bakteriler

2.2.2. Kesin olmayan faktörler (2)

1. Cep telefonları, baz istasyonları
2. Yüksek gerilim hatları
3. Saç boyaları
4. Tatlandırıcılar
5. Fluorlu sular
6. Kızarmış etler
7. Formaldehid
8. Mısır şurubu
9. Plastikler
10. Deodorantlar

2.3. KANSER NEDENLERİ

Kanseri önlemenin ilk adımı insanlarda kanserin nedenlerini belirlemektir (1). Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC)'nun verilerine göre kanserlerin %80'i çevresel etkenler nedeniyle oluşmaktadır (12). Bu faktörlerin başlıcaları tütün içimi, kronik enfeksiyonlar, alkol içimi, obezite, fiziksel inaktivite, radyasyon, mesleki maruziyet, çevre kirliliği, genetik duyarlılık olarak sayılabilir (2).

2.3.1. Sigara

Dünya genelinde yaklaşık 1.3 milyar kişi sigara içmektedir ve bu da tütünü önlenebilir hastalık ve ölüm nedenleri arasında ön sıralara koymaktadır (2). Tütün içimi 13 farklı kansere neden olmaktadır. Bu kanserler akciğer, ağız boşluğu, geniz ve sinüsler, yutak, gırtlak, yemek borusu, mide, pankreas, karaciğer, idrar torbası, böbrek, serviks uteri ve myeloid lösemidir.

Bugünkü sigara içme oranları devam ederse 2000-2024 döneminde dünya genelinde tütünden kaynaklanan yaklaşık 150 milyon ölüm beklenmektedir (2).

Yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin %18'inden, dünyadaki akciğer kanseri nedeniyle olan ölümlerin %71'inden sigara sorumludur (13). Gajalakshmi ve ark. dünya genelinde sigara içenlerin daha önceki bir tahminini kullanarak 15 yaş ve üzerinde her gün sigara içenlerin oranını 1995'teki dünya nüfusunun %29'u olarak hesaplamıştır. Bu günlük içicilerin çoğunluğu, dünyanın az gelişmiş bölgelerinde oturmaktadır ve bölgeler arasında hem erkeklerde hem de kadınlarda yaygınlık oranlarında büyük farklar bulunmaktadır. Genel yaygınlık oranı erkeklerde (%47) kadınlara göre daha yüksektir. Mevcut sigara kullanımı değişmeden devam ederse, bu yüzyılda yaklaşık olarak 1 milyar ölüme neden olacak ve bu geçen yüzyıldakine göre on katlık bir artışa işaret edecektir(2). Dünya genelinde sigara kullananların sayısı göz önünde bulundurulduğunda tütün kullanımına son verilmesi coğrafi sınırları olmayan acil bir halk sağlığı önceliğidir (2).

2.3.2. Alkol

Alkol içimi insanlarda bilinen en önemli kanser sebeplerinden biridir. Aflatoksin dışında başka hiçbir beslenme faktörünün kanserojen etkisi hakkında bu derecede güçlü ve tutarlı kanıt bulunmamaktadır (2). Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri gibi alkol alımının yüksek olduğu düşünülen bazı topluluklarda alkol bağlantılı kanser yükü ciddi boyutlardadır (2).

Alkol tek başına kanserden ölümlerin %5'inden sorumludur (10). Alkol içimi ile ağız boşluğu, yutak, gırtlak, yemek borusu, karaciğer, kolon, rektum ve kadınlarda meme kanseri arasında nedensel bağlantı belirlenmiştir (2,11,12). DSÖ Küresel Hastalık Yükü Projesi'ne göre alkol bağlantılı ölümlerin meydana getirdiği küresel yük (1.804.000 ölüm) oldukça ciddidir (2).

2.3.3. Beslenme

Son yıllarda kanser oranlarında uluslararası kayda değer farklılıklar ve düşük insidans bölgelerinden yüksek insidans bölgelerine göç eden popülasyonlar arasındaki çarpıcı artışlar, çevresel faktörlerin, olasılıkla da diyetin bu hastalığın ortaya çıkışını kuvvetle ortaya koymaktadır (14). Sağlıksız beslenme, hatalı diyetler ve kimi besin maddeleri kanser oluşumuna neden olurken, bilinçli ve sağlıklı beslenme ise kanserden

korumaktadır. Beslenme faktörleri, kanser gelişiminde bazen ilk sırada yer alırken, bazen de kolaylaştırıcı ve çabuklaştırıcı ya da zorlayıcı ve geciktirici olarak etkili olabilmektedir (14).

Kanserin %60-70'den fazlasının beslenme ve yaşam biçimi ile önlenebileceği Uluslararası Kanser Kayıt Birliği (IACR), Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI), Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü (AICR) vb. kuruluşlar tarafından belirtilirken; aynı zamanda her üç kanser vakasının ölümünden birinin, en yaygın görülen on kanser vakasının sekizinin, diyetin etkisi nedeniyle oluştuğu belirtilmektedir (14). Bu alanda yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre batıda endüstrileşmiş ülke insanlarının tükettikleri diyet en önemli çevresel faktör sayılabilir (14). Meme, prostat, kolon, pankreas gibi kanser türlerinin gelişmesinde beslenme %30-70 oranında etkili olmaktadır (14). Bu oranı toplumların beslenme alışkanlığı, besinlerin içeriğinin topografik yapıya göre değişmesi (toprakta birleşik selenyum, iyot vb. eksikliği), besinlerin üretimi aşamasında kullanılan tohumların doğallığı, pestisit kalıntıları, besinlerin kültürel alışkanlıklara göre hazırlanması (dumanlanma, tütsüleme), besinlerin saklanma koşulları (küfler, aflotoksin B), besin sanayinin son yıllarda hızla gelişmesi ve işlenmiş besinlerin beslenme kültürüne fazlaca girmesi ve aşırı veya yetersiz beslenmeye bağlı risk faktörleri etkilemektedir (14).

Aşırı beslenmeye bağlı olarak gelişen**,** tüm dünya ülkelerinde hızla artan obezite, kolorektal kanserler, meme kanseri, prostat kanseri, mide kanseri, endometriyal kanserlerin artışında önemli bir neden olarak gösterilmektedir (2,14). DSÖ'nün 2005 yılı raporlarında obezitenin oluşumunu tetikleyen aşırı enerji, fazla miktarda yağ ve basit karbonhidrat tüketimi (glikoz, früktoz, rafine olmuş karbonhidratlar) önemli etkenler olarak görülmektedir (14). Çalışma sonuçlarına göre, glisemik yükün, trans yağ asitlerinin kırmızı et tüketiminin artması, sebze ve meyve, kurubaklagil, tam tahıl ürünlerinin az tüketilmesi ve diyetle sukrozun aşırı miktarda tüketilmesi bu konuda en çok dikkat çeken noktalardır (14).

Moleküler beslenme çalışmaları ve moleküler epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarını değerlendiren NCI, AICR, Dünya Kanser Araştırma Fonu (WCRF) vb. kuruluşların kanserin önlenmesindeki önerileri doğrultusunda eğitim stratejileri (2);

- Fiziksel aktivitenin artırılması,
- Obezite kontrolü,
- Aşırı yağlı diyet tüketimini azaltma,
- Sebze/meyve tüketiminin 5 porsiyondan fazla olması,
- Aşırı et tüketiminin azaltılması,
- Rafine olmamış tahıl tüketiminin artırılması,
- Kemopreventif etkisi olan besinlerin tüketiminin artırılması,
- Posa tüketiminin artırılması,
- Alkol tüketiminin azaltılması,
- Tuz tüketiminin azaltılması,
- Beslenme ve kanser ilişkisi konusunda doğru bilgilenmeyi sağlayacak deneyimli ve donanımlı eğitimcilerin sağlanmasıdır.

2.3.4. Mesleksel Faktörler

IARC kanser oluşumunda rolü olan maddeleri 4 grupta ele almaktadır. Gruplamada, etkenin kanser meydana gelmesindeki rolü dikkate alınmaktadır. Laboratuvar çalışmaları ve epidemiyolojik kanıtlar kullanılmak suretiyle kanser yapıcı özellik bakımından belirlenen gruplar şu şekildedir (1).

- **Grup 1. Kesin kanserojen maddeler:** Bu gruptaki maddelerle ilgili olarak insanlarda kanser yapıcı özellik bakımından ‘yeterli kanıt’lar bulunmaktadır. İnsanlarda kanser yaptığı kesin olarak kanıtlanmış maddeler arasında asbest, aromatik aminler, benzen, krom, nikel gibi etkenler vardır. Bu grupta yer alan maddelerin başlıcaları ve ilgili çalışma alanları ile kanser türleri Tablo 1-2’de görülmektedir (1).

Tablo 2.1. İnsanda kanser yaptığı kesin olan maddelerin başlıcaları (Grup-1) (1)

Etken	**İlgili çalışma alanı**	**İlgili kanser türü**
Aflatoksin	Tarım işleri	Karaciğer tümörü
Amino bifenil	Lastik endüstrisi	Mesane
Arsenik ve bileşikleri	Pestisid üretimi	Akciğer, deri
Asbest	İzolasyon işleri	Akciğer, plevra
Benzen	Boya, ayakkabı	Lösemi
Benzidin	Lastik ve boya işleri	Mesane
Kadmiyum	Pil yapımı, metal işi	Prostat
Krom	Krom kaplama	Akciğer
Naftil amin	Lastik ve boya işleri	Mesane
Nikel	Nikel rafinerisi	Burun, akciğer
Radon	Madencilik	Akciğer
Vinil klorür	Plastik endüstrisi	Karaciğer, anjiosarkom
İyonizan radyasyon	Sağlık işleri	Lösemi, akciğer, kemik
Ultraviyole ışın	Tarım, denizcilik	Deri

Tablo 2.2. İnsan için muhtemel kanserojen maddelerin bazıları (Grup 2A) (1)

Etken	**İlgili çalışma alanı**
Akrilamid	Akrilik işleri
Dizel egzosu	Otomobil işleri
Dietil sülfat	Kimya endüstrisi
Epiklorhidrin	Reçine yapımı, çözücü
Formaldehit	Doku koruyucu, kimya sanayi
Tetraklor etilen	Kuru temizleme
Toluidin	Azo boyaları imali

- **Grup 2 B. Şüpheli kanserojen maddeler:** Bu maddelerle ilgili olarak kanser yapıcı özellik bakımından ‘yeterli kanıt’ yoktur. Ancak bu konuda zayıf bazı ipuçları vardır (1).

- **Grup 3. Grup 1 ve Grup 2'de yer almayan maddeler:** Bu maddelerin kanser oluşundaki önemleri açık değildir. Bazı çalışmalarda zayıf bilgiler elde edilmekle birlikte bu konudaki bilgiler çelişkilidir.
- **Grup 4. İnsanda kanser yapmayan maddeler:** Çalışmalar sonucunda insanda kanser meydana getirme özelliği bakımından herhangi kanıt bulunamamış olan maddeler bu grupta yer almaktadır.

Kanserojen maddelerin gruplaması bu şekilde yapılmakla birlikte, bu gruplarda yer alan madde ve etkenler zaman içinde değişiklik gösterebilmektedir. Çalışmalar sonucunda elde edilen kanıtlar değişince, madde veya etkenin bulunduğu grup da değişmektedir (1).

2.3.5. İyonize Radyasyon

İyonlaştırıcı radyasyona maruz kalmak kaçınılmazdır. İnsanlar hem X ışınlarına hem de gama ışınlarına doğal kaynaklardan ve tipik olarak daha düşük oranda da olsa insan yapımı kaynaklardan maruz kalırlar. İyonlaştırıcı radyasyona maruz kalınması lösemi, meme kanseri ve tiroit kanseri de dâhil olmak üzere çeşitli neoplazmların oluşması riskini artırabilmektedir. Çernobil nükleer kazasının ardından 20 yılı aşkın bir süre geçmiştir ve 2065 yılına kadar bu kaza nedeniyle Avrupa'da 16.000 tiroit kanseri vakası ve 28.000 başka kanser vakası olacağı tahmin edilmektedir (2).

2.3.6. Ultraviyole Işınları

Güneş ışığı en önemli ultraviyole ışın yayma kaynağıdır. Güneş ışığına maruz kalınmasının kutanöz melanom, bazal cilt kanseri ve skuamoz cilt kanserinin başlıca sebebi olduğu gösterilmiştir. 1992 yılından bu yana güneş radyasyonu, IARC tarafından 1.Grup karsinojenik madde olarak sınıflandırılmaktadır. Dünya yüzeyinde alınan toplam güneş radyasyonunun yaklaşık %5'i ultraviyole aralığı içindedir ve pek çok kişi için güneş ultraviyole radyasyonuna maruziyetin başlıca kaynağıdır (2,10).

2.3.7. Hava Kirliliği

Çevresel hava kirliliği, kanser özellikle de akciğer kanseri dâhil çeşitli sağlık problemlerinin nedeni olarak belirtilmektedir. Hava kirliliği, konsantrasyonları yere ve zamana göre değişiklik gösteren farklı gazların ve parçacık halindeki bileşenlerin karmaşık bir karışımını içerir. Bu nedenle insanın hava kirliliğine maruziyetini miktar olarak belirlemek zordur. Fakat bazı karsinojenik riskleri benzo[a]piren, benzen, 1,3

butadien, bazı metalik bileşikler, parçacıklı madde (özellikle küçük parçalar) ve olasılıkla ozon da dâhil olmak üzere bazı atmosferik kirleticilere atfetmek mümkün olabilir (2).

2.3.8. Viruslar ve Enfeksiyonlar

Dünya genelinde kanserlerin %15-20'si enfeksiyon yapıcı ajanlara bağlanabilir. Ancak bu oran, kaynakları düşük seviyedeki ülkelerde (%26) gelişmiş ülkelere (%8) oranla daha yüksektir (2).

Belirli enfeksiyon yapıcı ajanların tetiklediği yaygın kanserler arasında insanlarda HBV ile hepatit C virüsü (HCV) ilişkilendirilebilen hepatoselüler karsinom, HPV ile ilişkili servikal kanserler, lenfomalar ve Epstein-Barr virüsü ile ilişkili diğer kanserler, insan T hücresi virüsü ile ilişkilendirilen lösemi, insan herpes virüsü 8 ile ilişkilendirilen Kaposi sarkomu, Helicobacter pylori ile ilişkilendirilen gastrik kanser ve Schistosoma haematobium ile ilişkilendirilen idrar yolu kanseri sayılabilir (2,13).

2.3.9. Genetik Faktörler

Kansere karşı genetik duyarlılığın nedeni, kanser riski artışı getiren kanser duyarlılık genlerinde belirli dizilim değişikliklerinin kalıtılmasıdır. Yaygın kanserlerin pek çoğu için kişiler arasındaki risk farklılığının yaklaşık %25'i genetik duyarlılığa atfedilebilir. Meme kanseri, kolon kanseri ve prostat kanseri vakalarının, birinci derece akrabalarının seçilmemiş vakalar karşısında taşıdığı ailevi göreceli risk oranı, yaklaşık 2.0-2.5'tir. Aşırı ailevi risk, bu kanserler için erken başlangıç vakalarının akrabaları arasında daha belirgindir (2).

2.3.10. Hormonlar

Oral kontraseptif (OK) kullanımı over, endometriyal ve kolorektal kanserlere karşı koruyucu bir etkiyle ilişkilidir. Ancak OK kullanımı meme kanseri, servikal kanser ve karaciğer kanseri riski artışıyla da ilişkilidir (15). OK kullanımı sırasında meme kanseri ve servikal kanser riskinde ortalama bir artış görülmektedir. Fakat bu artış kullanımı kestikten sonra birkaç yıl içinde ortadan kalkmaktadır (16). Menopoz sırasında hormon replasman tedavisi (HRT) ile meme kanseri riski artışı ilişkilidir. Fakat kullanımı kestikten sonra 5-10 yıl içinde bu risk azalmaktadır. HRT endometriyal kanser riskini artırmaktadır (2).

2.4. KANSER BELİRTİLERİ

Amerika'da ve diğer ülkelerde bugüne kadar yapılan çalışmalar, büyük çaplı sağlık eğitimi kampanyalarına rağmen, kanserin belirtileri konusundaki toplum farkındalığının yetersiz veya yanlış olduğunu göstermiştir. Bu konudaki bilgi seviyesi özellikle düşük sosyo-ekonomik seviyedeki toplumlarda zayıftır (17).

Pek çok kanser türü için hastalık erken safhalarda iken tedavinin araştırılması hayatta kalım açısından önemlidir. Başarılı erken tanı, kısmen kişilerin belirtileri erken fark etmelerine bağlıdır. Kansere Karşı Avrupa Kılavuzu'nda 'kanserin yedi belirtisi' ile ilgili bir liste yayınlanmış ve eğer bu belirtilerden her hangi birinin fark edilmesi durumunda acilen tıbbi muayeneye gidilmesi tavsiye edilmiştir (11). Bu belirtiler; sertlik veya şişlikler, açıklanamayan kilo kaybı, bendeki veya siğildeki değişiklikler, tuvalet alışkanlığında değişme, beklenmedik kanama, hırıltılı öksürük, iyileşmeyen boğaz ağrısıdır (11).

Kanser belirtileri çok çeşitli olup, öncelikle hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklikler göstermektedir. Örneğin kalın barsak kanserlerinde; dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler, kabızlık, ağrı, kanama gibi belirtiler, idrar yolları kanserlerinde; idrar yapmada güçlük, ağrı, idrardan kan gelmesi, akciğer kanserinde; göğüs ağrısı, kanlı balgam, öksürük gibi belirtiler olmaktadır. Ayrıca, aynı hastalık kişiden kişiye değişik belirtiler gösterebilmektedir. Kimi zaman da hastanın hiç yakınması yok iken kontrol muayenelerinde tesadüfen bulunmaktadır (9-11).

- **Vücudun herhangi bir yerinde şişlik:** Vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan şişlikler kişileri uyarmalıdır. Bunlar memede şişlik, boyunda, koltuk altında, kasıklarda, bezelerde şişlik, karında ele gelen şişliklerdir. İltihabi hastalıklar ve diğer bazı hastalıklarda da benzer şişlikler olabilmektedir.
- **İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara:** Özellikle deride, dudakta, ağız ve makat bölgesinde olmak üzere vücudun herhangi bir bölgesinde iyileşmeyen yaralar kanser yönünden kişiyi uyaran belirtilerdir.
- **Ben ve siğillerdeki değişiklikler:** İnsanlarda çok yaygın olarak rastlanan ben ve siğillerin çoğu zararsızdır. Ancak bunlarda ortaya çıkabilecek olan hızlı büyüme,

renk değişiklikleri, üzerinde yaraların açılması gibi değişikliklerde mutlaka hekime danışılmalıdır.

- **Olağan dışı kanama:** Değişik bölgelerde olan kanamalar kanser açısından uyarıcıdırlar. Uzun yıllar boyunca sigara içen bir bireyin balgamında kan görülmesi, başka bir nedene bağlı olabileceği gibi akciğer kanserine de bağlı olabilmektedir. Kalın barsak kanserlerinde en erken ve başta gelen belirtilerden birisi dışkıda kan olmasıdır. Uzun süre önce adetten kesilmiş olan bir kadında kanamaların başlaması da kanser açısından uyarıcı bir belirti olabilmektedir.
- **Yutma güçlüğü:** Yemek borusu kanserlerinde sık rastlanan bir belirtidir.
- **Sürekli öksürük ve ses kısıklığı:** Ses kısıklığı larinks kanserinin erken belirtisi olabilmektedir. Özellikle uzun süreden beri sigara içen bireylerde daha da uyarıcıdır.
- **İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik:** Kalın barsak kanserinde önemli belirtiler bazen kabız, bazen ishal, bazen de hem kabız hem ishaldir. Birlikte ağrı ve kanama varlığı da kalın barsak kanserini düşündürür. İdrar yolları kanserinde ise idrar yapma güçlükleri ortaya çıkabilmektedir (11).

2.5. KANSER TANI YÖNTEMLERİ

Kanser tanısında kullanılan çok sayıda yöntem vardır. Herhangi bir kanser cinsine tanı konulacağı zaman bu yöntemlerin çoğu birlikte kullanılmaktadır. Sadece bir yöntemle tanı koymak çoğu zaman mümkün olmadığı gibi farklı kanser türlerinde de farklı yöntemler öncelik kazanmaktadır (11).

2.5.1. Hikâye

Tüm diğer hastalıklarda da olduğu gibi hangi şikâyetlerin olduğu, bunların ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü şeklinde soruşturma, tanı koymanın ilk basamağıdır. Bu soruşturma ile çoğu zaman kesin tanı mümkün olmayabilir. Ancak hızlı ve pratik olarak olası tanıları düşündürerek, hekime sonraki basamakta nasıl davranması, hangi tetkikleri yapması gerektiği konusunda yol göstermektedir.

2.5.2. Muayene

Tanının temel basamaklarından biridir. Vücudun her bölümünün ayrıntılı olarak muayene edilmesidir. Kesin tanı konulamamakla birlikte hekim muayene sonunda bazı kanser türlerinden kuvvetle şüphelenebilmektedir.

2.5.3. Laboratuvar incelemeleri

Teknolojinin artması yoluyla geliştirilen laboratuvar testleri sayesinde kanser tanısı koymak daha kolay ve güvenli hale gelmiştir. Hekimin şüphelenmesi durumunda, aşağıda verilen belli başlı tanı yöntemlerinden uygun olanları yaptırılmaktadır.

- **Kan sayımı:** Tüm hastalarda yapılan temel bir tetkiktir. Hastanın alyuvarlarının ve akyuvarlarının hastalıktan etkilenip etkilenmediğini göstermektedir.
- **Biyokimyasal analizler:** Kanda ve vücut sıvılarında çeşitli biyomoleküllerin (enzimler, elektrolitler, mineraller, hormonlar, immün kompleksler, antikorlar, eser elementler vb.) düzeyleri ölçülmektedir. Bu normalde vücutta bulunan maddeler ise, miktarlarındaki azalma veya artma anlamlı olabilmektedir. Normalde vücutta bulunmayan bazı maddelerin de vücutta bulunması tanı da yol gösterici olmaktadır. Bu analizler sadece tanıda değil hastalarda uygulanan tedavinin izlenmesinde de yararlı olmaktadır. Ancak biyokimyasal incelemeler tek başlarına yeterli değildir, diğer tanı yöntemleri ile desteklenmelidirler.
- **Röntgen incelemeleri:** Çok sık kullanılan yöntemlerdir. Düz akciğer, kemik filmleri, ağızdan radyoopak madde verilerek çekilen sindirim sistemi filmleri, damardan radyoopak madde verilerek çekilen böbrek-idrar yolları filmleri sık kullanılanlarıdır. Sadece röntgen filmleri ile kanser tanısı koymak yanıltıcı olabilmektedir. Bu nedenle kanserde kesin tanı için mutlaka biyopsi ve histopatolojik inceleme gerekmektedir.
- **Radyoizotop taramalar:** Bunlar yardımcı tanı yöntemi olup, tek başına tanı koydurucu değildir. Karaciğer, dalak, tiroit, beyin, kemik sintigrafileri en sık yapılanlardır. Bu yöntem, radyoaktif işaretli belirli bazı maddelerin vücuda verildikten sonra bu organlardaki dağılımları o maddenin yaydığı radyoaktivitenin özel cihazlarla ölçülmesi esasına dayanmaktadır.

- **Endoskopi:** İçi boş organların içine özel aletle girilerek hasta bölge görülerek incelenebilmektedir. Aynı sırada kanser şüphesi taşıyan bölgeden de biyopsi yapılabilmesi de bir avantaj oluşturmaktadır. Bu yöntemlerle yemek borusu, mide, on iki parmak barsağı, kalın barsak, solunum yolları, mesane ve kadın üreme organları incelenebilmektedir.
- **Ultrasonografi:** Yüksek frekanslı ses dalgalarının organlara gönderilmesi ve bu organlardan yansıyan ışınların kaydedilerek ekrana yansıtılması esasına dayanmaktadır. En yaygın kullanılan yöntemlerdendir. Verdiği güvenilir bilgilere ek olarak en zararsız yöntem olması nedeni ile günümüzde vazgeçilmez tanı yöntemlerindendir. Özellikle karın bölgesi kanserlerinde daha sık kullanılmaktadır.
- **Bilgisayarlı tomografi:** Diğer radyolojik yöntemler ile görülemeyen ayrıntıların görülebildiği radyolojik bir yöntemdir. Yöntemde röntgen ışınları ile bilgisayar teknolojisi birleştirilmiştir. Bir cm'lik tümörleri bile gösterebilmektedir. Özellikle diğer yöntemlerle iyi gösterilemeyen beyin tümörlerinin gösterilmesinde olmak üzere, tüm kanser türlerinde çok yaygın olarak kullanılmaktadır.
- **Manyetik rezonans görüntüleme:** Hastaya zarar vermeyen, radyasyonun kullanılmadığı en yeni görüntüleme yöntemidir. Bunlara ek olarak daha ayrıntılı, daha net görüntü vermesi nedeni ile de çığır açmış ve çok yaygın kullanım alanı bulmuştur.
- **Sitoloji:** Son yıllarda vücut salgılarına dökülen veya müköz membranlardan kazınan hücrelerin mikroskop altında incelenmesi ile birçok kanser türünde tanı konması mümkün olabilmektedir. Solunum sisteminde, idrar yollarında, özellikle kadınlarda üreme sisteminde sık kullanılan bir yöntemdir. Özellikle, balgam incelemesi ve kadınlardan rahim ağzından alınan örneklerin incelenmesinde oldukça yararlı olmaktadır.
- **Biyopsi ve histopatolojik tanı:** Kanserin tanısı histopatolojik inceleme ile yapılmaktadır. Kanserli dokudan biyopsi ile alınan örneklerin mikroskop altında incelenmesidir. Şüphelenilen dokudan mutlaka biyopsi alınmaktadır (11).

2.6. KANSER TEDAVİSİ

Kanser, halk arasında çoğu zaman tedavisi olmayan bir hastalık olarak bilinmektedir. Hastalığın çaresi olmayan bir hastalık olarak görülmesi tanıda gecikmelere yol açmakta, bu da tedaviyi güçleştirmektedir. Ayrıca insanlar kanserin çaresiz bir hastalık olduğunu düşünerek bilimsel olmayan, gerçek tıbbi tedavinin gecikmesine yol açan ve geciktiren, hatta gereksiz harcamalara neden olan yöntemleri tedavi olarak kullanma eğiliminde olabilmektedirler. Oysa kanser, tedavisi mümkün olan hastalıklar grubudur. Kanser, sadece tek bir hastalık değildir, değişik cinsleri vardır ve değişik organları tutabilir. Kanserin bazı türlerinde tedavi güçtür, birçok kanser türünde tedavi mümkündür. Kanser tedavisinde başarı, kanserin cinsi, yaygınlığı ve tedavinin düzenliliğine bağlıdır. Düzenli olmayan bir tedavi, en iyi kanser türlerinde bile başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Kanser tedavisi tek bir hekim tarafından değil, konu ile ilgili uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından yapılmaktadır. Bu ekipte onkolog, radyoterapist, cerrah ve patolog bulunmaktadır (11).

Kanserin terapötik anlamda temel tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir (2).

2.6.1. Cerrahi

Cerrahi, kanserlerin önlenmesinde iyi tanımlanmış bir rol oynamaktadır. Cerrahi ile tedavi edilebilen ve uzun süre tedavi edilmeden bırakıldığında kötü dönüşüm geçirebilen klinik vakalar dışında cerrahi, kanser öncesi lezyonların tedavisinde ya da kanser geliştirme riski artan normal organların alınmasında kullanılabilmektedir (2).

Eski zamanlardan beri kullanılan bir yöntem olan cerrahi, günümüzde kanserden iyileşen hastaların önemli kısmında (%75-80) ilk tedavi olarak yerini korumaktadır (11). Cerrahi; kanser teşhisinde, kanser aşamalarının belirlenmesinde, kanser tedavisinde, rehabilitasyon ve palyatif bakımında kullanılmaktadır (2).

Kanser cerrahisinin kullanım alanları (11);

- **Tanısal cerrahi;** Kanserin kesin tanısı için kanserli dokudan örnek alınmaktadır. Kanserin cinsi ve yaygınlığına göre hastalığın bulunduğu bölgeden ya sadece biyopsi alınmakta ya da kanserli dokunun tümü çıkarılmaktadır.
- **Önleyici cerrahi;** 'Kanser öncesi lezyonlar' olarak bilinen ve kendisi kanser olmadığı halde mutlaka kansere dönüşeceği bilinen dokuların çıkarılmasıdır.

- **Küratif cerrahi;** Kanserli dokunun ve yayılma olasılığının yüksek olduğu komşu bölgelerin çıkarılmasıdır. Ancak birçok kanser türünde, kanserli dokular ameliyatla tamamen çıkarıldığı halde gösterilemeyen mikroskobik yayılımlar söz konusudur. Bu nedenle ilaç tedavisi ve radyoterapide çoğu zaman cerrahiye ek olarak gereklidir.
- **Palyatif cerrahi;** İlerlemiş kanser vakalarında hastalığın acil sorun yaratan bazı bulgularını düzeltmek, önlemek ve yaşamı uzatmak amacı ile yapılmaktadır (11).

2.6.2. Radyoterapi

Radyoterapi 19. yüzyılın son on yılında Röntgen'in X ışınlarını keşfetmesinden bu yana kanserle savaştaki silahların klinik açıdan vazgeçilmezlerinden biridir (2). Radyoterapide X ışınları, gamma ışınları, elektronlar gibi iyonize ışınlar kullanılmaktadır. Bu ışınlar, kanserli hücreyi tahrip ederek etki etmektedirler (11). Kansere yakalanan tüm hastaların %50'den biraz fazlası hastalıklarının bir döneminde radyoterapiye gereksinim duymaktadır. Bu oran tümörün türüne göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri hastalarının yaklaşık %70-83'ü, radyoterapiye girme durumundayken, kolon kanseri hastalarının yalnızca %1'i bu tür bir müdahaleye ihtiyaç duymaktadır (2). Radyoterapi, hastalığın türü ve boyutlarına göre farklılık gösteren değişik amaçlarla kullanılabilmektedir. Az sayıda (bir ila beş veya on) ışın seansı (ya da bunların kesirleri) ile verilen ve basit, çoklukla da tek alanlı teknikleri kullanan palyatif radyoterapi ilerlemiş ve de metastatik hastalıklarda yaşam kalitesini artırmak ve semptomları azaltmak için kullanılmaktadır (2). Radikal ve genellikle yüksek dozlu radyoterapi, erken dönemdeki kitleler için tek başına ya da cerrahiyi destekleyici olarak (sıklıkla ameliyat sonrasında) gerekli olabilmektedir. Tipik olarak bu tedavi kürleri haftalar sürmekte ve radyoterapi her gün karmaşık çoklu alan teknikleri kullanılarak verilmektedir (2).

2.6.3. Kemoterapi

Kanserin ilaçla tedavisi olarak bilinen kemoterapi sistemik tedavidir. Sadece hastalığın başladığı yere değil, uzak bölgelere yayılmış olan, saptanmış veya saptanamayan tüm kanserli hücrelere etki etmektedir. Bu amaçla kullanılan ilaçlar içinde çeşitli kimyasal maddeler, alkaloidler, antibiyotikler ve bazı hormonlar kullanılmaktadır. Kanserli

hücrelerin çoğalmalarını durdurmak ve yok etmek amacıyla kullanılan kemoterapi ilaçları vücuttaki normal hücrelere de etki etmektedir ve ciddi yan etkilere yol açabilmektedir (11). Her bir ilaç sınıfıyla ilişkilendirilen çeşitli toksisiteler olduğu gösterilmiştir. Örneğin, antrasiklinler kalpte birikerek çoğalan hasara neden olmakta, birçok ilaç (sisplatin, taksanlar, vinka alkaloidleri) çevresel sinirlere zarar vererek senseryol-motor nöropati'ye sebebiyet vermekte, sisplatin böbrekte hasara yol açabilmekte; bleomisin, metotreksat ve siklofosfamit akciğer nekrozuna neden olabilmektedir (2). Sitotoksik ilaçların çoğu farklı etki mekanizmaları olan ilaçların daha fazla sayıda hücreyi öldürebileceği düşüncesi ve toksisitelerinin kesişmeyeceği beklentisiyle bir kombinasyon içinde, çifte yada üçlü (iki ya da üç ilaç birlikte) verilmektedir. Burada temel düşünce, tüm ilaçların her biri için optimal dozu kullanmak olup, pratikte bir çoklu ilaç rejiminin parçası olabilmeleri için çoğu zaman ilaçların dozlarının azaltılması gereğini doğurmaktadır. Klinik denemelerde ayrıca dirençli hastalığın ortaya çıkışının önüne geçmek için farklı kemoterapi rejimlerinin dönüşümlü uygulanması yolu da (meme kanserinde bir miktar başarı ile) izlenmiş ve diğer çalışmalarda da tedavi süresi üzerinde durularak, örneğin; ilerlemiş kolorektal kanserli hastalarda 2-3 aylık 'kemoterapi tatilleri' uygulandığında bu hastaların kanser ilerleyene dek sürekli kemoterapiye tabi tutulan hastalara oranla hayatta kalma sürelerinde menfi yönde bir etki olmaksızın daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür (2).

2.7. KANSER ERKEN TANI VE TARAMA UYGULAMALARI

Kanser başlığı altında toplanan her bir hastalık kendine göre özellik taşımaktadır. Her bir kanser tipinin kendine göre etiyolojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri vardır. Bu nedenle, erken tanı ve tarama stratejileri de kimi kanserde önerilmekte, kimi kanserde önerilmemektedir. Günümüzde mevcut olan erken yakalama yöntemleri, kanser ölümlerinin yaklaşık üçte birini, yani yılda yaklaşık 2-2,5 milyon ölümü ortadan kaldırma olanağı sağlamaktadır. Yine kuramsal hesaplar, bu yüzyıl içinde kansere bağlı ölümlerin kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümleri geçeceğini ve kanserin ölüm nedenleri arasında ilk sıraya oturacağını göstermektedir (1,2).

Toplumda kanser yükünü azaltmaya yönelik erken tanı programları, kişilerin risk etmenlerine maruz kalmasını azaltmayı, yani birincil korunmayı hedefleyen kampanyalarla birlikte düşünülmelidir. Örneğin, deri melanomu mortalite hızının başka birçok ülkeden daha yüksek olduğu Avustralya'da, bu kanserin kontrolü için ciddi bir

program yürütülmektedir. Bu programın içinde hem bu kanserin etiyolojisinde önemli bir rolü olan güneş ışınlarına aşırı maruziyeti azaltacak eğitim kampanyaları yer almaktadır, hem de özel eğitim görmüş birinci basamak hekimlerinin hizmet sunduğu ücretsiz 'deri klinikleri' organize edilmektedir. Yine, serviks kanseri ile ilişkisi saptanmış olan HPV'ne karşı geliştirilen aşının yaygınlaşması ile birlikte, serviks kanseri taramaları ve aşı programları bir arada değerlendirilmelidir (1).

Erken teşhis ve tarama çalışmaları ile kanserlerin erken evrede yakalanması çalışmaları, toplumu kanserden korumanın ikinci basamağını oluşturmaktadır. Bazı kanser türlerinde erken evrede yakalama çalışmaları ile bu kanserlere bağlı ölüm oranları azaltılabilmektedir. Kanserlerin her türü için erken tanı ve tarama çalışmaları mümkün değildir. Kanserlerin toplumdaki yükü ve erken tanı olanakları olması durumuna göre toplumsal tarama programlarına dâhil edilmeleri söz konusudur. Kanserde erken tanı çalışmaları için aşağıda yer alan konularda çaba gösterilmelidir (18).

- **Tarama programına alınacak kanser türlerinin belirlenmesi:** Kanserlerde tanı önemli bir koruyucu yöntem olmakla birlikte, günümüzde bütün kanserlerde erken tanı olanağı yoktur. Tarama programlarına dâhil edilecek kanserler, görülüş sıklığı ve öldürücülüğü nedeniyle toplum için yük oluşturacak kanserler olmalıdır. Ayrıca uygun bir tarama testinin varlığı, bu testin toplum tarafından kabul edilebilirliği ve güvenilirliği önemlidir. Erken tanının mümkün olduğu kanserler arasında meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanserler sayılabilir. Ülkemizde aktif kanser kayıt merkezlerinden elde edilen kayıtlar ve sağlık sistemi içerisinde yer alan mevcut insan kaynakları göz önüne alındığında, ülkemiz açısından sorun olan kanserlerden kadınlarda meme ve serviks kanserlerinin, kadın ve erkeklerde kolorektal kanserlerin toplumsal tarama programına dâhil edilmesi uygun görülmüştür. Bu kanserlerin taranmasına yönelik ülkemizde nasıl bir işleyişin yürütülmesi gerektiği konusunda standartlar belirlenmiştir. İlk olarak Temmuz 2004'de 'Kadınlarda Meme Kanseri Tarama İçin Ulusal Standartlar' yayınlanmıştır. Daha sonra Aralık 2009'da 'Serviks Kanseri Tarama İçin Ulusal Standartlar' ve yine 2009 yılında 'Kolorektal Kanserler İçin Ulusal Tarama Standartlar'ı yayınlanmıştır. Halen bu üç kanser türüne yönelik tarama faaliyetleri ülke genelinde sürdürülmektedir (18).

Meme kanseri taramaları

Meme kanseri taramalarında uygulanabilecek üç modalite vardır (19):

- Kadınlara kendi kendine meme muayenesi (KKMM) eğitimi yapmak,
- Periyodik olarak klinik meme muayenesi (KMM) uygulamak,

Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için Amerikan Kanser Derneği (ACS) 20-39 yaşlarındaki semptomsuz kadınların her üç yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından klinik muayenesinin yaptırılmasını önermektedir (20). Mamografi olanağının bulunduğu durumlarda KMM tek başına önerilmemektedir. Ancak mamografi olanaklarının sınırlı olduğu ülkelerde sadece KMM'nin meme kanseri taraması için kullanılabileceği belirtilmektedir (21).

- Periyodik olarak mamografi çekmek,

ACS 40-49 yaş arası kadınlarda 1-2 yılda bir, 50 yaşın üzerindekilerde ise her yıl mamografi çektirilmesini önermektedir (19,20).

Serviks kanseri taramaları

Kanser taramaları içinde en erken yaygınlaşmış olanı 'Pap-smear' ile yapılan serviks kanseri taramalarıdır. Bu tarama yöntemi, ucuz ve kolay uygulanır olması, ayrıca ciddi komplikasyonlara yol açmaması nedeniyle hızla benimsenmiş, yirminci yüzyılın ikinci yarısında birçok ülkede yaygın biçimde uygulanmıştır (1). NCI kadınların en azından üç yılda bir Pap-smear testini yaptırmalarını önermektedir (19).

Kolorektal kanser taramaları

Tarama modaliteleri olarak;

- Periyodik dışkıda gizli kan incelemesi,

Çalışmalar, 50-80 yaşları arasındaki insanların 1-2 yılda bir bu testi yaptırması durumunda kolon kanserinden ölme riskinin azaltılmış olacağını göstermektedir.

- Periyodik sigmoidoskopi incelemesi,

Çalışmalar, bu testin her beş yılda yaptırıldığında hayat kurtardığını göstermiştir (1,19).

- Yıllık dışkıda gizli kan incelemesi ile birlikte aralıklı sigmoidoskopi incelemesi önerilmektedir (1).

- **Tarama yöntemi ve kurallarının belirlenmesi:** Ulusal Kanser Danışma Kurulu bilimsel danışmanlığında, ülkenin olanakları göz önünde bulundurularak tarama yöntemi ve taramanın ülkemizde nasıl uygulanması gerektiği belirlenmiştir. Burada en kritik belirleyici, bu alanda çalıştırılacak personel sayısındaki yetersizliktir. Sayılan kanser türleri için uygun hedef grupları, erken tanı yöntemi ile uygulama aralıkları konusunda ulusal standartlar yayınlanmıştır (18).

- **Tarama için örgütlenmenin planlanması:** Tarama programının toplum tabanlı olması, katılımcılar açısından ulaşılabilir olması ve eğitimli elemanlar aracılığı ile oluşturulan uygun bir örgütlenme ile yapılması gerekir. Ülkemizde toplumsal tabanlı tarama programlarının yürütülmesi ve halkın farkındalığının artırılması amacıyla Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi (KETEM) kurulmuştur. KETEM'ler devlet hastanelerine entegre olarak çalışmaktadır. Bu merkezlerin çalışma usul ve esaslarının belirlenmesi amacıyla 2004 yılında 'Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezleri Yürütme Usul ve Esasları Yönetmeliği' yayınlanmıştır. Ülkemizde tüm hedef nüfusa ulaşılabilmesi için 250 bin nüfusa bir KETEM açılması uygun görülmüştür (18). Ülkemizde KETEM sayısı 2002 yılında 11 iken, 2012 yılında 124'e çıkmış ve 2015'te 275'e çıkması hedeflenmektedir (22).

- **Toplumda farkındalık eğitimleri yapılması:** Tarama hizmetinin topluma götürülmesinin yanı sıra, bu hizmetleri toplumun kabul etmesi ve kullanımının sağlanması da önemlidir. Bu amaçla çeşitli basın yayın araçları dâhil olmak üzere toplumda farkındalık yaratmak için eğitimler yapılmalıdır. Toplumsal düzeyde yapılacak eğitimlerin yanı sıra, özellikle birinci basamakta çalışan sağlık personelinin kanser erken tanısı ve taramalar konusunda duyarlılıklarının artırılması amacıyla bilgilendirilmesi de gereklidir. Bu faaliyetler ulusal çapta medya kampanyaları ile tüm kurumların (Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Kuruluşları) desteği ile yapılmalıdır.

- **Tanı ve tedavi uygulamaları:** Hastalığın önlenmesine yönelik koruyucu uygulamaların yanı sıra, hastalığın olumsuz sonuçlarının azaltılması ve hastaların yaşam süresinin uzatılması, yaşam kalitesinin artırılması bakımından çağdaş bilimsel yöntemler kullanmak suretiyle uygun tedavi programları uygulanmalıdır. Ayrıca hastalara ve hasta yakınlarına psikososyal yönden destek sağlanması ve palyatif bakım hizmetleri ve sosyal hizmetlerin de geliştirilmesi gereklidir (18).

2.8. KANSERDEN KORUNMA

Yaşam biçimini değiştirmek kanser mortalitesini %50 oranında azaltabilmektedir (19). Kanserlerin yaklaşık üçte ikisi sigara, kötü beslenme ve egzersiz yapmamaya bağlıdır (19). Bu nedenler önlenebilir ve değiştirilebilir faktörler olduğu için kanserde koruyuculuk önemlidir. Koruyuculuk alanında, kanserde ikincil koruma olan erken tanıdan çok kanserin oluşmasını engellemeye yönelik birincil korumaya öncelik verilmelidir (19).

Tütün kullanımının önlenmesi, beslenmede risk faktörlerinden uzak durulması, fizik aktivitenin artırılması gibi yaşam koşulları ve alışkanlıklara ilişkin değişiklikler birincil korumaya, yani hastalık oluşmadan önlem almaya yönelik örnekleridir. Mamografi, gaitada gizli kan, rektosigmoidoskopi taraması gibi yöntemler ise erken tanı yani ikincil korumaya yönelik yöntemlerdir. Birincil koruma ile kanser insidansı düşürülebilirken, ikincil koruma ile ancak erken tanı konarak, kansere yakalananlarda azalma olmadan, tanı alanların yaşam süreleri uzatılabilmektedir. WCRF ve AICR'in 2000'de yayınladığı raporda uzmanlar tarafından mevcut tüm yayınlar ve araştırmalar incelenerek, kanserden korunma ile ilgili önerilere yer verilmiştir. Bu doğrultuda kanıt değeri yüksek olan araştırma bulgularına göre kesinleşen öneriler şunlardır (19):

- **Normal beden kitle indeksi (BKİ) sınırları içinde olabildiğince ince olmak:** Toplumun BKI ortanca değeri 21-23 arasında olmalıdır. Bir toplumda yüksek kilolu ve obezite sorunu olan kişiler 10 yıl içinde bugünkü düzeyinin altında olmalıdır.
- **Günlük yaşamın bir parçası olarak fizik aktivitede bulunmak:** Her on yılda sedanter yaşamı olan toplum kesiminin yarıya inmesi hedeflenmelidir.

- **Enerjisi yüksek gıdaların tüketilmesini kısıtlamak, şekerli içeceklerden uzak durmak:** İçine şeker eklenmiş içeceklerin toplumdaki tüketiminin her 10 yılda yarılanması hedeflenmelidir.
- **Bitkisel kökenli yiyecekleri daha çok tüketmek:** Nişasta içermeyen sebze ve meyveler için ortalama günlük tüketim en az 600 gr olmalıdır.
- **Kırmızı et tüketimini azaltmak ve işlenmiş etlerden uzak durmak:** Kırmızı et için ortalama haftalık tüketim 300 gr'dan fazla olmamalıdır. Bunun çok az bir miktarı işlenmiş et olmalıdır.
- **Alkollü içecekleri azaltmak:** Önerilen miktardan fazla tüketenlerin, her on yılda üçte birinin azaltılması sağlanmalıdır.
- **Tuz tüketimini azaltmak, küflenmiş tahıl ve benzeri gıdalardan uzak durmak:** Tüm gıdalardan alınacak günlük tuz tüketimi 5 gr'dan az olmalıdır. Her 10 yılda toplumda 6 gr'dan fazla tuz tüketenlerin yarıya inmesi hedeflenmelidir. Küflenmiş gıdalardaki aflatoksin maruziyeti en aza indirilmelidir.
- **Gerekli tüm besin maddelerini sadece yiyeceklerden elde etmek:** Vitamin, mineral gibi maddelerin besinlerden alınması sağlanmalı, ilaçlardan elde edilmesinin en aza indirilmesi hedeflenmelidir.
- **Annelerin anne sütü vermesini desteklemek:** Annelerin çoğunluğunun, 6 ay boyunca sadece anne sütü vermesi sağlanmalıdır.
- **Kanseri yenenlerin kanserden korunma önerilerine uymasını sağlamak:** Kanser tanısı almış ve yaşamını sürdüren kişilerin, özel olarak eğitilmiş personelden, beslenme konusunda destek almaları sağlanmalıdır.

2.9. BAZI KANSER TÜRLERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Kanserde erken tanı, kesin tedavi şansını artırmaktadır. Bireylerin erken tanı belirtilerini ve kanser oluşumu için ne kadar risk altında olduğunu bilmeleri kanserin önlenmesinde önemli olan faktörlerden biridir (23).

2.9.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, dünyada en yaygın ikinci ve kadınlarda en yaygın kanser türüdür (1-3). Kadınlarda %26 oranında meme kanseri görülmekte ve meme kanseri bütün kanser ölümlerinin %15'ini oluşturmaktadır (24). İnsidans hızı, endüstrileşmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere göre 5 kat daha fazladır (25).Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de her 8 kadından biri, Avustralya'da 13 kadından biri, Japonya'da 50 kadından biri tüm yaşamları boyunca meme kanseri riski ile karşı karşıyadır (24). Ülkemizde kadınlar arasında meme kanseri sıklığı %23.3'tür (3).

Risk Faktörleri

ACS meme kanseri risk faktörlerini rölatif risk özelliklerine göre üç bölüme ayırmıştır (20).

1. Rölatif riski **4.0'den fazla** olan risk faktörleri:
    - Kadın olmak,
    - İleri yaş,
    - Genetik mutasyonların varlığı (BRCA1 ve/ veya BRCA2),
    - Erken yaşlarda iki veya daha fazla birinci derece akrabalara meme kanseri tanısı konulması,
    - Meme kanseri öyküsünün bulunması,
    - Meme dokusunun yoğun olması.
2. Rölatif riski **2.1 ve 4.0 arasında** olan risk faktörleri:
    - Birinci dereceden akrabalarının birinde meme kanseri öyküsü,
    - Biyopsi ile tanımlanmış atipik hiperplazi varlığı,
    - Göğüs bölgesine yüksek doz radyasyon uygulanması,
    - Menopoz sonrası dönemde kemik yoğunluğunun yüksek olması.
3. Rölatif riski **1.1 ve 2.0 arasında** olan risk faktörleri:
    - İlk gebeliğin ileri yaşta olması (>30 yaş),
    - Erken menarş (<12 yaş),

- Geç menopoz (>55 yaş),
- Hiç doğum yapmama,
- Hiç emzirmeme,
- Oral kontraseptif kullanımı,
- Uzun süreli HRT kullanımı,
- Obezite (menopoz sonrası dönemde),
- Endometrium, over ve kolon kanseri hikâyesi,
- Alkol kullanımı,
- Uzun boylu olma,
- Yüksek sosyo-ekonomik durum,
- Yahudi ırktan olma.

2.9.2. Serviks Kanseri

Serviks kanseri önemli bir küresel halk sağlığı sorunudur. 2002 yılında kadınlar arasında küresel kanser yükünün yaklaşık %8'ini ve dünya genelinde en yaygın ikinci kanseri oluşturarak, dünyada yaklaşık 493.000 insidant vakaya, 1.4 milyon prevalant vakaya ve 273.000 ölüme sebep olmuştur. Gelişmekte olan ülkeler, küresel yükün beşte dördüne sahip olarak, birçok riskli ülkede etkili kontrol önlemlerinin bulunmayışına dair korkunç gerçeği yansıtmaktadır (2).

Dünya genelinde serviks kanserinin en yüksek ve en düşük insidans oranları arasındaki fark yirmi katın üzerindedir. Sahra altı Afrika, Orta ve Güney Amerika, Güney Asya ve Güneydoğu Asya'daki birçok ülkede yaşa göre standardize edilmiş serviks kanseri insidans oranı 25/100.000'i aşmaktadır. Batı Asya ülkelerinde ve Çin'in kentsel bölgelerinde 7/100.000 kadından düşüktür. En yüksek risk Sahra altı Afrika, Melanezya, Latin Amerika ve Karayipler ile Güney ve Doğu Asya'da gözlenmektedir. Serviks kanserinin insidansı 30-39 yaşlarında yükselmeye başlamakta ve yaşamın ellili ve altmışlı yaşlarında tepe noktasına ulaşacak şekilde hızla artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek insidans oranları temel olarak yetersiz veya etkisiz tarama programlarına bağlanmaktadır. Yaşa göre uyarlanmış serviks kanseri mortalite hızı birçok gelişmiş ülkede 3-8/100.000 kadın arasında değişirken, pek çok gelişmekte olan

ülkede 10-25/100.000 kadın aralığındadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek mortalite, hastalığın gelişmiş klinik evrede fark edilmesine ve tedavi imkânlarında, tedaviye erişimde ve tedavi masraflarını karşılamada ortaya çıkan yetersizliklere bağlı olarak, hastaların önemli bir bölümünün tanımlanan tedaviden yararlanamamasına veya tedaviyi tamamlayamamasına dayanmaktadır (2).

IARC'ın 2008 yılında yaptığı GLOBOCAN çalışmasına göre, dünyada serviks kanseri insidansı yüz binde 15.2 iken, Türkiye'deki serviks kanseri insidansı yüz binde 4.2 olarak bildirilmiştir (26).

Risk Faktörleri (27,28);

- Çok sayıda cinsel eş,
- Yüksek riskli erkek eş (örneğin; daha önceki cinsel eşlerinde servikste kanseröz ya da prekanseröz oluşumlar görülenler),
- HPV,
- HPV; Servikal intraepitelial neoplazi ve skuamöz hücreli kanser ile ilişkili tipler:
    - Yüksek riskli HPV tipleri,
    - Yüksek risk olasılığı olan HPV tipleri,
    - Düşük riskli HPV tipleri.
- Küçük yaşta evlilik ve gebelik,
- Ergenlik çağında başlayan cinsel ilişki,
- Sigara alışkanlığı,
- İmmunsupresyon,
- HPV 2,
- Son 5 yıl içinde pap sürüntüsü taramasında orta derecede displazi,
- İlk menarştan sonraki 1 yıl içinde cinsel ilişki,
- Önceden hiç tarama yaptırmamış olmak,
- Düşük sosyoekonomik düzey,

- Irk (beyaz ırka karşı siyah ırk),
- Gebeliği önleyici hap kullanımı.

2.9.3. Over Kanseri

Over kanseri tüm jinekolojik kanserler içerisinde ölüm/hasta oranı en yüksek olanıdır. Over kanserlerinin yaklaşık %90'ı epitelyal over kanseridir. Epitelyal kanserlerin %75'i kötü prognozlu histolojik tiptedir (2). Over kanserinde hastalığın evresi en önemli prognostik faktörlerdendir. Evreye ek olarak; hastalığın boyutu, asit hacmi, hastanın yaşı bağımsız prognostik değişkenlerdendir (29). 2002 yılında dünya genelinde tahmin edilen over kanserli yeni vaka sayısı 125.000, ölümlü 204.000 olup bu sayılar over kanserini kadınlarda en yaygın altıncı kanser ve kanserden ölümlerin en yaygın yedinci sebebi durumuna getirmiştir. Yüksek insidans oranları (10-12/100.000 seviyesinde) Avrupa'nın batısı ve kuzeyi ile Kuzey Amerika'da bulunmaktadır; en düşük oranlar (<3/100.000) Çin ve Orta Amerika'dadır. Son yıllarda yüksek riskli ülkelerdeki bu oranlar sabit kalmıştır (2).

Risk Faktörleri (2);

- Erken menarş,
- Yaşam boyu mesntrüel döngü sayısı,
- Geç menapoz yaşı,
- Nulliparite ve düşük doğurganlık,
- HRT,
- Endometriyozis,
- Uzun boylu olma,
- Obezite,
- Nişastalı yiyecek tüketimi,
- Yüksek glisemik endeksli yiyecek tüketimi.

2.9.4. Ağız Boşluğu Kanseri

Ağız boşluğu kanseri 274.000 yeni vaka ve üçte ikisi gelişen ülkelerde görülmek üzere yılda 145.000 ölü sayısı ile tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur (2). Gelişmiş ülkelerde ağız boşluğu, farinks ve özefagus kanserlerinin başlıca risk faktörleri, alkol ve tütün olup bu kanserlerin %75 kadarı bu iki yaşam biçimine bağlanabilir (25).

Risk Faktörleri (11);

- Sigara içimi,
- Alkol tüketimi,
- Tütün çiğneme,
- Kötü ağız hijyeni.

2.9.5. Mide Kanseri

1980'lerin başlarında, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde mide kanseri, akciğer kanserinden sonra, kolon kanseriyle birlikte erkeklerdeki kanser ölümlerinin ikinci sebebi, kadınlarda ise meme ve kolon kanseri ölümlerinden sonra üçüncü sıradaydı. 2011 yılında ise mide kanseri erkeklerdeki beşinci, kadınlardaki altıncı kanserden ölüm sebebidir (30). Endüstrileşmiş ülkelerde görülme sıklığı düşmektedir (25).Yılda 934.000 vaka ortaya çıkmaktadır. Hastalara çoğunlukla ileri hastalık evrelerinde tanı konulduğu için mide kanserinde sağ kalım düşüktür. ABD'nde beş yıl süreyle sağ kalım oranı %24'tür (2).

Risk Faktörleri (2,23);

- Yetersiz meyve ve nişasta yönünden zengin diyet,
- Aşırı tuz tüketimi,
- Helicobacter pylori enfeksiyonu,
- 50 yaşın üzerinde olma,
- A(+) kan grubuna sahip olma.

2.9.6. Kolon Kanseri

Kolorektal kanser insidansı, her yıl dünya genelinde ortaya çıkan 1milyonun üzerinde yeni vakayla erkekler arasında dördüncü (akciğer, prostat ve mide kanserlerinin ardından) ve kadınlar arasında üçüncü (meme ve rahim kanserlerinin ardından) sırada gelmektedir. Kolon ve rektumda ortaya çıkan kanserlerin büyük çoğunluğu adenokarsinomlardır ve bunlar tüm büyük bowel tümörlerin yüzde 90'ından çoğunu oluşturmaktadır (2).

Kolorektal kanser insidansı gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelerin yaklaşık 10 katı kadardır (25). Ülkeler arasındaki kolorektal kanser görülme sıklığı farkının %80'ine kadar olan kısmından diyetle ilişkili faktörlerin sorumlu olduğu ileri sürülmektedir (25).

Toplamda her iki cinste de benzer örüntüler gözlenmektedir ama erkeklerde kadınlara göre kolon kanseri oranları sırasıyla yüzde 20 ve yüzde 50 daha yüksektir (2). Türkiye'de Kanser İzleme ve Denetleme Merkezi (KIDEM)'nin 1996 yılı verilerine göre kadın ve erkeklerde kolorektal kanser için durum aynıdır (2). Kolorektal kanser insidans oranları toplam riskin eskiden düşük olduğu ülkelerde artarken, yüksek riskli ülkelerde oranlar ya tedrici olarak artmakta stabilize olmakta ya da zamanla düşmektedir. Beş yıllık sağ kalım tahminleri, erkeklerde Kuzey Amerika için %65, Batı Avrupa için %34 ve Hindistan için %30 olarak rapor edilmiştir. Tüm dünya genelinde mortalite, insidansın yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. 2002 yılında erkeklerde ve kadınlarda toplam ölüm sayısı yaklaşık 529.000'dir. Prevalans açısından kolorektal kanserler tüm dünya genelinde meme kanserinin ardından en yaygın ikinci kanser türüdür (2).

Risk Faktörleri (23);

- 50 yaşın üzerinde olma,
- Sigara içme,
- Alkol tüketimi,
- Obezite,
- Aile öyküsü,
- Sedanter yaşam,

- Yetersiz sebze, meyve tüketimi,
- Kırmızı et tüketimi,
- Yağ ve kolesterolden zengin diyet,
- İnflamatuar bağırsak hastalığı,
- Düzenli aspirin kullanmama.

2.9.7. Deri Kanseri

Melanom olmayan deri kanseri skuamoz ve bazal hücreli karsinomları kapsamaktadır. Bazal hücreli karsinom (BCC) ve skuamöz hücreli karsinom (SCC), melanom olmayan deri kanserinin iki temel türüdür ve tüm deri tümörlerinin büyük çoğunluğuna tekabül etmektedir. Melanom olmayan deri kanseri açık renk tenli popülasyonlarda en sık görülen kanserdir. BCC en yüksek insidans oranına sahiptir ve SCC'ye göre 3 ile 4 kat daha sık görülmektedir. BCC ve SCC insidansı yaş ile birlikte artmaktadır ve bu durum esas olarak, insidansı 65 yaş sonrasında keskin bir biçimde artan SCC için geçerlidir. SCC insidansı kadınlara kıyasla erkeklerde yaklaşık üç kat daha yüksektir ve BCC insidansı kadınlara kıyasla erkeklerde iki kat daha yüksektir (2).

İnsidans oranındaki önemli bir değişkenlik Avrupa, ABD ve Avustralya arasında gözlenmektedir. İnsidans oranları Avrupa'ya kıyasla ABD'de yaklaşık 5 kat ve Avustralya'da 20-40 kat daha yüksektir (2).

Risk Faktörleri (2,11,23);

- Ultraviyole ışınları,
- Radyasyon,
- Çilli ve açık ten rengine sahip olma,
- Denizci, çiftçi gibi sürekli güneş ışığına maruz kalanlar,
- Aile öyküsü.

2.9.8. Prostat Kanseri

Prostat kanserinin etiyolojisi az bilinmesine rağmen, ekolojik çalışmalar 'batılılaşmış diyet'le pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (25).Prostat kanseri ürolojik kanserler içinde en yaygın olanıdır. Dünya çapında prostat kanseri yükü 1975'te

200.000 yeni vakadan, 2002'de 700.000 yeni vakaya yükselmiştir (2). 2006'da Avrupa'da prostat kanserinin 345.900 yeni vaka ve 87.400 ölümle, erkeklerde teşhis edilen kanserler içinde dördüncü sırada olduğu tahmin edilmiştir (2). Yaşa göre en yüksek oranlar ABD'nde, özellikle siyah popülasyon grupları arasında, Kanada, İsviçre ve Avusturya'da görülmektedir. En düşük oranların İtalya ve İspanya'daki çeşitli popülasyonlar ve Kore, Çin ve Hindistan'da bulunduğu bildirilmektedir (2).

Risk Faktörleri (23);

- 55 yaşın üzerinde olma,
- Hayvansal yağ tüketimi,
- Aile öyküsü,
- Vazektomi,
- Yetersiz domates kullanımı.

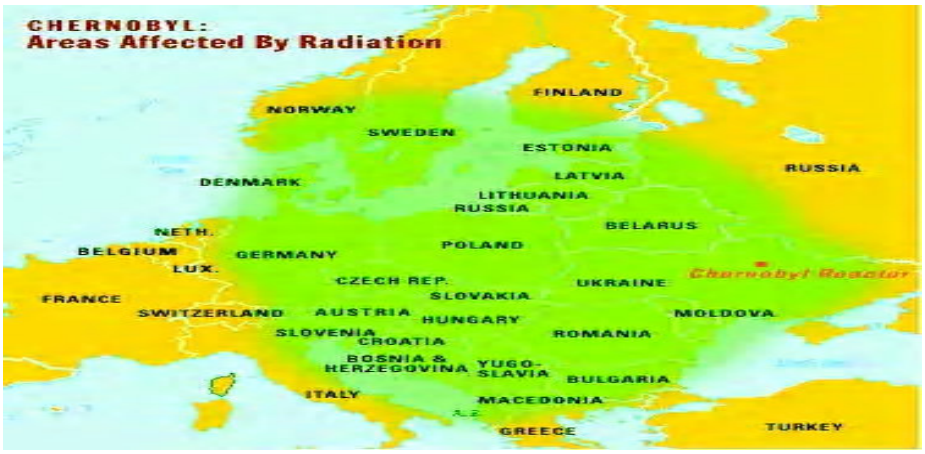
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, 40 yaş ve üzeri kanser tanısı almamış bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek üzere yapılmış tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

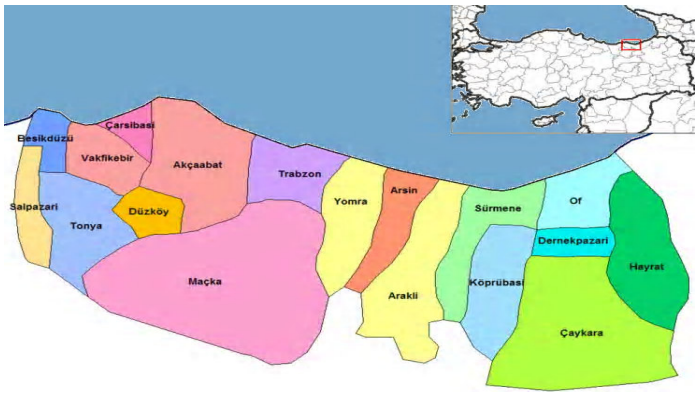
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Trabzon il merkezinde 15 Aralık 2011-30 Ocak 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu bölgenin araştırma yeri olarak seçilmesinin nedeni, Trabzon ilinin Doğu Karadeniz Bölgesi illeri içerisinde merkez il konumunda olması ve Ukrayna'nın Kiev kenti yakınlarındaki Çernobil Güç Reaktörü'nde 26 Nisan 1986 tarihinde meydana gelen nükleer kaza sonrasında Çernobil'den doğuya sürüklenen hava kütlesinin Türkiye'nin Kuzey-Doğu kıyılarını etkilemesi ve Doğu Karadeniz Bölgesi'nin o tarihlerde yağış alan yerlerinde radyoaktif etkilenimin ağırlıklı olarak hissedilmesidir.



Kaynak: Uluslararası Atom Enerji Ajansı

Şekil 3.1. Çernobil Nükleer Reaktör kazasında radyasyondan etkilenen bölgeler



Kaynak:https://www.google.com.tr/

Şekil 3.2. Trabzon'un konumu ve ilçeleri

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Trabzon il merkezinde yaşayan 40 yaş ve üzeri 105.071 birey oluşturmuştur. Kansere neden olan risk faktörlerini bilme oranının %40 olduğu kabul edilerek β=0.20, güç %80 ve α=0.05 olarak örnekleme alınacak birey sayısı 1200 olarak hesaplanmıştır.

Örneklem seçiminde DSÖ'nün gelişmekte olan ülkeler için önerdiği 30 küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Küme birimi olarak mahalle belirlenmiştir (Tablo 1). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre nüfusu az olan dört mahalle kendisine komşu olan diğer mahalle ile birleştirilmiştir. Nüfus yoğunluğu fazla olan bir mahalle ise 2 bölge olarak kabul edilmiştir. Her bölgeden 40 birey alınarak anket uygulaması 1200 birey ile tamamlanmıştır. Örneklemin yarısı erkek, yarısı kadınlardan oluşmuştur.

Tablo 3.1. Trabzon il merkezinde bulunan mahalleler ve örnekleme alınan birey sayıları

Araştırma Bölgeleri	**Örnekleme Alınan Birey Sayısı**
1- Aydınlıkevler Mahallesi	40
2- Bahçecik Mahallesi	40
3- Boztepe Mahallesi	40
4- Cumhuriyet Mahallesi-Zafer Mahallesi	40
5- Çömlekçi Mahallesi	40
6- Çarşı Mahallesi-Kemerkaya Mahallesi	40
7- Değirmendere Mahallesi	40
8- Esentepe Mahallesi	40
9- Fatih Mahallesi	40
10- Gazipaşa Mahallesi	40
11- Gülbaharhatun Mahallesi	40
12- Hızırbey Mahallesi	40
13- İskenderpaşa Mahallesi	40
14- İnönü Mahallesi	40
15- Kalkınma Mahallesi	40
16- Karşıyaka Mahallesi	40
17- Ortahisar Mahallesi	40
18- Sanayi Mahallesi	40
19- Toklu Mahallesi	40
20- Üniversite Mahallesi	40
21- Yenicuma Mahallesi	40
22- Yalı Mahallesi-Pazarkapı Mahallesi	40
23- Yeni Mahalle-Kurtuluş Mahallesi	40
24- Yeşiltepe Mahallesi	40
25- 1 Nolu Erdoğdu Mahallesi	40
26- 2 Nolu Erdoğdu Mahallesi	40
27- 3 Nolu Erdoğdu Mahallesi	40
27- 1 Nolu Beşirli Mahallesi	40
29/30- 2 Nolu Beşirli Mahallesi (2 bölge)	80

Önce il merkezinde yaşayan 40 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfus içindeki oranı ADNKS verilerinden yararlanılarak cinsiyet ve yaş gruplarına göre hesaplanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3.2. Trabzon il merkezindeki 40 yaş ve üzeri nüfusun cinsiyet ve yaş gruplarına dağılımı (2010)

Yaş grupları	Cinsiyet				Toplam
	Erkek		Kadın		
	Sayı	%	Sayı	%	
40–44	10.261	20.0	9.928	18.0	20.189
45–49	10.519	21.0	11.200	21.0	21.719
50–54	9.504	19.0	8.651	16.0	18.155
55–59	6.956	14.0	6.895	13.0	13.851
60–64	4.874	7.0	5.061	9.0	9.935
65–69	3.055	6.0	3.664	7.0	6.719
70–74	2.327	5.0	3.005	6.0	5.332
75–79	1.967	4.0	2.525	5.0	4.492
80–84	977	2.0	2.236	3.0	3.213
85–89	197	1.0	932	1.0	1.129
≥90	48	1.0	289	1.0	337
Toplam	**50.685**	**100.0**	**54.386**	**100.0**	**105.071**

Daha sonra cinsiyet ve yaşa göre örnekleme girecek olan birey sayısı hesaplanmıştır (Tablo 3). Hesaplamada ilgili cinsiyet ve yaş grubunun Trabzon'un genel nüfusu içindeki oranı dikkate alınmıştır.

Tablo 3.3. Araştırma grubuna alınan bireylerin cinsiyet ve yaş gruplarına dağılımı

Yaş grupları	Cinsiyet		Toplam
	Erkek	Kadın	
40–44	120	108	228
45–49	126	126	252
50–54	114	96	210
55–59	84	78	162
60–64	42	54	96
65–69	36	42	78
70–74	30	36	66
75–79	24	30	54
80–84	12	18	30
85–89	6	6	12
≥90	6	6	12
Toplam	**600**	**600**	**1200**

İlgili cinsiyet ve yaş grubundan örnekleme alınan birey sayısı, kümelere eşit olarak dağıtılmıştır.

Örneklemin seçilmesinde il merkezinde yaşayan 40 yaş ve üzeri bireylerin cinsiyet, yaş, yaşadığı mahalle ve adres bilgilerine gerek duyulmuştur. Bu amaçla ADNKS verilerinden yararlanılarak bilgisayar yazılımı yaptırılmıştır. Bu bilgisayar yazılımı ile

önce il merkezinde yaşayan 40 yaş ve üzeri bireylerin mahalleleri belirlenmiş, daha sonra her mahallede yaşayan 40 yaş ve üzeri bireyler cinsiyete göre ayrılmış ve yaş gruplarına göre tabakalanarak listeler oluşturulmuştur.

Hazırlanan bu listelerden, biri araştırmacıda diğeri görüşmecide olmak üzere iki kopya alınmıştır. Seçilen bireyler her iki liste üzerinde de işaretlenmiştir. Örnekleme girecek ilk bireyin belirlenmesinde basit rastgele örnekleme yöntemi, diğerlerinin seçiminde sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.4. Araştırmanın Terminolojisi

Kanser: Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre; bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urların yol açtığı hastalık (31). Bilimsel olarak kanser, hücrelerin vücudun her hangi bir dokusunu etkileyebilecek şekilde kontrol edilemez büyümesi ve çoğalmasıdır (1).

Bilgi: TDK'na göre; insan aklının erebileceği olgu, gerçek ve ilkelerin bütünü (31).

Tutum: TDK'na göre; bireyin insanlar, olaylar ve cansız varlıklar karşısında takındığı davranış biçimi (31).

Davranış: TDK'na göre; davranma işi, tutum, davranım, muamele ve harekettir (31). Psikoloji bilimine göre; insanların gözlenebilen veya ölçülebilen hisleri, tutumları ve zihinsel süreçlerini de kapsayan faaliyetleridir (32).

Risk: Epidemiyologlara göre risk, belirli bir zaman içerisinde, belirli bir popülasyondaki kanser oluşum olasılığı, olabilirliği anlamına gelmektedir (33).

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Yerel Etik Kurul Başkanlığı'ndan 4 No'lu karar ve 28.11.2011 tarihli Etik Kurul Onayı (Ek-1) alınmıştır. Anket formunun ön uygulama ve uygulaması için Trabzon Valiliği'nden 33660 sayı ve 02.12.2011 tarihli Valilik onayı (Ek-2) alınmıştır. Ayrıca araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden bireylerden sözel onam alınmıştır.

3.6.Verilerin Toplanması

3.6.1. Anket formu

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için anket formu geliştirilmiştir. Anket formu, literatür taraması yapılarak (Ek-3) (5,9-11,19,20,23,26,28-30) ve konu ile ilgili uzman

görüşleri alındıktan sonra araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anket formunda sosyo-demografik bilgileri içeren 12 soru olmak üzere toplam 60 soru yer almıştır. Bu sorular kapalı uçlu (işaretleme-checklist ve çoktan seçmeli) ve açık uçlu soru türündedir.

Anket soruları; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sigara, alkol ve asitli yiyecek-içecek tüketim alışkanlıkları, kansere neden olan faktörler, kansere ilişkin algılar, kanser belirtileri, kanser risk faktörleri, kanserin erken tanısı için erken teşhis/tarama testlerini yaptırma durumu, kanser tedavisi ile ilgili bilgileri ve kanser ile ilgili bilgi kaynaklarını belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Ankette DSÖ'nün, erken tanı ve tarama programlarının uygulanması önerilen kanserler ile erken tanı programları uygulanması önerilen ancak tarama programları uygulanması önerilmeyen kanser türlerine ilişkin risk faktörlerini bilme ile ilgili sorular da yer almıştır.

3.6.2. Ön uygulama

Araştırmada kullanılan anket formunun ön uygulaması 15 erkek ve 15 kadın olmak üzere 30 bireye uygulanmıştır. Bu ön uygulama sonucu anlaşılamayan veya yanlış anlaşılan ya da yanıt verilmeyen bazı sorular olduğu görülmüş ve bu sorular değiştirilerek ya da çıkarılarak anket formu yeniden düzenlenmiş ve çoğaltılmıştır. Ön uygulama 5-9 Aralık 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön uygulamada anket formunun 20-30 dakikada yanıtlandığı belirlenmiştir.

3.6.3. Araştırmanın kapsam ve sınırlılığı

Bu araştırmadan elde edilen sonuçların yalnız Trabzon il merkezinde yaşayan bireylere genellenebilir olması araştırmanın sınırlılığı olarak görülmüştür. Kırk yaş ve üzeri bireylerin alınmış olması araştırmanın diğer bir sınırlılığı olarak düşünülmüştür.

3.6.4. Görüşmecilerin eğitimi

Araştırmacı tarafından görüşmecilere araştırmanın amacı ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Görüşmecilerin seçiminde bireylerle iletişim kurabilecek yetenekte olmalarına, araştırmanın sonucu ile ilgili olarak taraf tutmamalarına, bireylerin verdiği cevabı tam ve doğru yazabilecek nitelikte olmalarına dikkat edilmiştir. Görüşmecilere görüşme yöntemi ve ilkeleri öğretilmiş ve sonra anket formundaki her soru teker teker anlatılarak her sorunun amacı ve nasıl sorulacağı üzerinde durulmuştur. Araştırmacı tarafından denetim altında uygulamalar yaptırılmış ve görüşmecilerin yapılan hataları düzeltilerek, alandaki uygulamaya hazır duruma getirilmiştir.

3.6.5. Araştırmaya alınma kriterleri

Araştırmaya, 40 yaş ve üzerindeki erkek ve kadınlar alınmıştır. Daha önce kanser tanısı almış, iletişim kurmaya engel psikiyatrik ve nörolojik hastalığı bulunan bireyler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.6.6. Verilerin toplanması

Trabzon il merkezinde yaşayan 40 yaş ve üzeri bireylere ADNKS verilerinden yararlanarak yazılan bilgisayar yazılımından elde edilen adresler yoluyla ulaşılmıştır. Veriler 8 görüşmeci tarafından toplanmıştır. Bireyler adreslerinde görüşmeciler tarafından ziyaret edilmiştir. Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan bireylerle görüşme yapılmıştır. Adrese gidildiğinde araştırmaya alınma kriterlerini karşılamayan birey ile karşılaşıldığında yerine listeden aynı cinsiyet ve yaş grubundan bir sonraki birey seçilerek ziyaret edilmiştir. Görüşmenin başlangıcında bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilmiştir. İlk ziyarette adresinde bulunamayan birey ikinci kez ziyaret edilmiştir. Üçüncü ziyarette de ulaşılamayan bireyin yerine listede bulunan aynı cinsiyet ve yaş grubundan bir sonraki birey adresinde ziyaret edilmiştir. Anket formu görüşmeciler tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Bireylerin boy ve ağırlık ölçümlerinin yapabilmesi için esnek olmayan mezura ve baskül hazır bulundurulmuştur. Boy ve ağırlık ölçümü görüşmeciler tarafından yapılmıştır. Verilerin toplanması Aralık 2011- Ocak 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Anket çalışması tamamlanan bölgede anket formlarının alan denetimi diğer bölgelerin veri toplama işleminin tamamlanması beklenmeden yapılmıştır. Bu denetimde görüşmecilerin doldurdukları anket formları nitel olarak incelenerek tüm soruların sorulup sorulmadığı, tüm bilgilerin işlenip işlenmediği ve tüm ölçümlerin yapılıp yapılmadığı gözden geçirilmiştir. Görülen eksik ya da hatalar yerinde ve zamanında giderilmiştir.

3.6.7. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde bilgisayar (SPSS 15.0) paket programı kullanılmıştır. Bulgular tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde ve ortalama ile sunulmuştur. Verilerin analizinde ki kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmış, $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir. Lojistik regresyon analizinde KKMM, KMM, mamografi, Pap-smear, gaitada gizli kan, kolonoskopi, prostat spesifik antijen(PSA) ve

kansere karşı önlem alma durumunu etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenler modele alınmıştır (Tablo 5).

3.6.8. Araştırmanın değişkenleri

Bağımsız değişken: Cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu (kendi ifadeleri), aylık gelir, en uzun süre yaşanılan yer, ailede birinci derece yakınlarda (anne, baba, kardeş) kanser öyküsü, ailede birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü.

Bağımlı değişken: Bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışları.

Tablo 3.4. Lojistik regresyon analizinde kullanılan bağımsız değişkenler ve özellikleri

Bağımsız değişkenler	**Sınıflama**	**Özellik**
Cinsiyet	1- Erkek 2- Kadın	İsimsel
Yaş Yaş grupları	Tamsayı 1- 40-54 2- 55-64 3- ≥65	Ölçümsel İsimsel
Medeni durum	1-Evli 2- Bekâr 3- Eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş	İsimsel
Öğrenim durumu	1- Okuryazar değil /Diplomasız Okuryazar /İlkokul 2- Ortaokul/Lise 3- Üniversite	İsimsel
Sağlık güvencesi	0-Yok 1-Var	İsimsel
Gelir durumu (kendi ifadeleri)	1- Kötü/Orta 2- İyi	İsimsel
Aylık gelir (TL)	1-≤999 2- 1000-1999 3- 2000-2999 4- ≥3000	Ölçümsel İsimsel
En uzun süre yaşanılan yer	1- Kır 2- Kent	İsimsel
Birinci derece yakınlarda kanser	0- Var 1- Yok	İsimsel
Birinci derece yakınlarda kanserden ölüm	0-Var 1- Yok	İsimsel

BKİ= Ağırlık (kg)/ boy (m^2) olarak hesaplanmıştır. BKİ sınıflaması DSÖ'nün sınıflamasına göre yapılmıştır. BKİ <18.5 zayıf, 18.5-19.9 kabul edilebilir, 20.0-24.9 normal, 25.0-29.9 hafif şişman, 30.0-39.9 şişman, >40.0 ağır şişman olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanımlayıcı özellikler (n=1200)		
Cinsiyet	**Sayı**	**%**
Erkek	600	50.0
Kadın	600	50.0
Yaş grupları		
40-44	217	18.1
45-49	255	21.3
50-54	211	17.6
55-59	158	13.2
60-64	110	9.2
65-69	94	7.8
70-74	73	6.0
75-79	41	3.4
≥80	41	3.4
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil (OYD)	114	9.5
Diplomasız okuryazar (DOY)	91	7.6
İlkokul	454	37.8
Ortaokul	156	13.0
Lise	262	21.8
Üniversite	123	10.3
Medeni durum		
Evli	1033	86.0
Bekâr	27	2.3
Eşinden ayrılmış/eşi ölmüş	140	11.7

Tablo 4.1. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (devamı)

Meslek		
Ev hanımı	510	42.5
Emekli	218	18.2
Esnaf/sanatkâr	193	16.0
İşçi	148	12.4
Memur	127	10.6
Çiftçi	4	0.3
Sağlık güvencesi		
Var	1160	96.9
Yok	40	3.1
Gelir durumu		
Kötü	312	25.9
Orta	723	60.7
İyi	165	13.4
Aylık gelir (TL)		
≤999	454	38.1
1000-1499	295	24.7
1500-1999	176	14.7
2000-2499	126	10.3
≥2500	149	12.2
$\bar{X} \pm SD$ 1440.39±1063.36		
En uzun süre yaşanılan yer		
Kır	160	13.2
Kent	1040	86.8

Araştırma grubundaki bireylerin %50.0'ı erkek, %50.0'ı kadın, %21.3'ü 45-49 yaş grubunda, %54.9'u ilkokul ve daha az eğitim düzeyine sahip, %86.0'ı evlidir. Bireylerin %2.3'ü (27 birey) kimyasal ve kanserojen madde maruziyeti olan mesleklerde (inşaat ve boya sanayii işçileri, marangoz) çalışmaktadır. Bireylerin %96.9'u sağlık güvencesine sahip, %60.7'sinin kendi ifadelerine göre gelir durumu orta ve aylık gelir ortalaması 1440.39±1063.36'dır.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre yaş gruplarına dağılımı Tablo 2'de verilmektedir.

Tablo 4.2. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımı

Yaş grupları	Cinsiyet				Toplam(n=1200)		χ^2, p
	Erkek(n=600)		Kadın(n=600)				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
40-44	112	51.6	105	48.4	217	18.1	
45-49	123	48.1	132	51.8	255	21.3	
50-54	111	52.6	100	47.4	211	17.6	
55-59	83	52.5	75	47.5	158	13.2	χ^2=3.810
60-64	51	46.4	59	53.6	110	9.2	p>0.874
65-69	47	50.0	47	50.0	94	7.8	
70-74	31	42.5	42	57.5	73	6.1	
75-79	21	51.2	20	48.8	41	3.4	
≥80	21	51.2	20	48.8	41	3.4	
Toplam	**600**	**100.0**	**600**	**100.0**	**1200**	**100.0**	
$\bar{X}$ **± SD (yıl)**	54.83±11.13		54.98±11.20		54.90±11.16		

Araştırma grubundaki bireylerin yaş ortalaması 54.90±11.16 (min-max 40-92) olup, bu ortalama erkeklerde 54.83±11.13 yıl, kadınlarda 54.98±11.20 yıldır. Yaş dağılımı açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark yoktur (p>0.874).

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre öğrenim durumlarının dağılımı Tablo 3'te verilmektedir.

Tablo 4.3. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre öğrenim durumlarının dağılımı

Öğrenim durumu	Cinsiyet				Toplam (n=1200)		χ^2, p
	Erkek (n=600)		Kadın (n=600)				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
OYD	13	2.2	101	16.8	114	9.5	
DOY	20	3.3	71	11.8	91	7.6	
İlkokul	214	35.7	240	39.8	454	37.8	χ^2=155.709
Ortaokul	86	14.4	70	11.7	156	13.0	**p<0.001**
Lise	180	30.1	82	13.7	262	21.9	
Üniversite	86	14.4	37	6.2	123	10.3	
Toplam	**600**	**100.0**	**600**	**100.0**	**1200**	**100.0**	

Araştırma grubundaki erkeklerin %5.5'i, kadınların %28.6'sı OYD/DOY'dır. Erkeklerin %14.4'ü, kadınların %6.2'si üniversite mezunudur. Cinsiyete göre öğrenim durumu bakımından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark vardır (p<0.001).Öğrenim düzeyi kadınlarda daha düşüktür.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre beden BKİ değerlerinin dağılımı Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre BKİ değerlerinin dağılımı

BKİ	**Cinsiyet**				**Toplam(n=1200)**		**χ^2, p**
	Erkek (n=600)		**Kadın (n=600)**				
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Zayıf (<18.5)	-	-	3	0.5	3	0.3	
Kabul edilebilir (18.5-19.9)	2	3.0	8	1.3	10	0.8	χ^2=45.996
Normal (20.0-24.9)	156	25.8	130	21.7	286	23.7	**p<0.001**
Hafif şişman (25.0-29.9)	309	51.7	242	40.3	551	46.0	
Şişman (30.0-39.9)	130	21.7	192	32.0	322	26.9	
Ağır şişman (>40)	3	0.5	25	4.2	28	2.3	
Toplam	**600**	**100.0**	**600**	**100.0**	**1200**	**100.0**	
$\bar{X} \pm SD$	27.49±3.85		29.01±5.47		28.25±4.79		

Araştırma grubundaki bireylerin %72.2'sinin, erkeklerin %73.9'unun, kadınların %76.5'inin BKİ ≥25.0'dir. Tüm grubun %23.7'sinin, erkeklerin %25.8'inin, kadınların %21.7'sinin BKİ normal sınırlardadır. BKİ ortalaması erkeklerde 27.49±3.85, kadınlarda 29.01±5.47 ve tüm grupta 28.25±4.79'dur. Cinsiyete göre BKİ bakımından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001).

Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özellikleri Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 4.5. Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özellikleri

Doğurganlık özellikleri	**X±SD**	**Min-Max**
İlk adet yaşı	13.50±1.51	9–20
İlk gebelik yaşı	20.76±3.38	13–40
Toplam gebelik sayısı	4.19±2.18	1–17
Canlı doğum sayısı	3.28±1.51	1–11

Araştırma grubundaki kadınların, ilk adet yaşı ortalaması 13.50±1.51 yıl, ilk gebelik yaşı ortalaması 20.76±3.38 yıl, gebelik sayısı ortalaması 4.19±2.18 ve canlı doğum sayısı ortalaması 3.28±1.51'dir.

Araştırma grubundaki kadınların OK, HRT kullanımı ve menopoz durumu Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 4.6. Araştırma grubundaki kadınların OK, HRT kullanımı ve menopoz durumu

OK, HRT kullanımı ve menopoz durumu		
Oral Kontraseptif (n=600)	**Sayı**	**%**
Kullanıyor	16	2.0
Kullanmıyor	518	87.2
Bıraktı	66	10.8
Hormon Replasman Tedavisi (n=368)		
Kullanıyor	7	1.3
Kullanmıyor	339	94.8
Bıraktı	22	3.9
Menopoz durumu (n=600)		
Evet	368	62.1
Hayır	232	37.9

Kadınların %2.0'ının OK,%1.2'sinin HRT kullandığı ve %62.1'inin menopoza girmiş olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaş gruplarına göre sigara içme durumu Tablo 7'de verilmektedir.

Tablo 4.7. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaşa göre sigara içme durumu

Tanımlayıcı özellikler	**Sigara içme durumu**						**%**	**χ^2, p**
	İçiyor		**İçmiyor**		**Bıraktı**			
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**		
Cinsiyet								
Erkek	219	36.5	223	37.2	158	26.3	100.0	χ^2=297.765
Kadın	55	9.2	513	85.6	32	5.2	100.0	**p<0.001**
Yaş grupları								
40–54	200	29.3	408	59.8	75	10.9	100.0	χ^2=71.481
55–64	56	20.9	164	61.2	48	17.9	100.0	**p<0.001**
≥65	18	7.2	164	65.9	67	26.9	100.0	
Toplam	**274**	**22.9**	**736**	**61.4**	**190**	**15.8**	**100.0**	

Araştırma grubunun %45.7'sinin, erkeklerin %36.5'inin, kadınların %9.2'sinin sigara içtiği belirlenmiştir. Cinsiyete göre sigara içme durumu bakımından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark vardır (p<0.001). Sigara içenlerin oranı erkeklerde anlamlı ölçüde

yüksektir. Yaşa göre sigara içme bakımından yaş grupları arasında anlamlı fark vardır (p<0.001). Sigara içme oranı 40-54 yaş grubunda anlamlı ölçüde yüksektir.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaşa göre alkol tüketim durumu Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 4.8. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaşa göre alkol tüketim durumu

Tanımlayıcı özellikler	**Alkol tüketimi**						**%**	**χ^2, p**
	Tüketiyor		**Tüketmiyor**		**Bıraktı**			
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**		
Cinsiyet								
Erkek	47	7.8	499	83.3	54	8.9	100.0	χ^2=85.333
Kadın	8	1.3	590	98.5	2	0.2	100.0	**p<0.001**
Yaş grupları								
40–54	43	6.3	618	90.6	22	3.1	100.0	χ^2=19.457
55–64	9	3.4	239	89.5	20	7.1	100.0	**p<0.001**
≥65	3	1.2	232	93.2	14	5.6	100.0	
Toplam	**55**	**4.6**	**1089**	**90.9**	**56**	**4.5**	**100.0**	

Araştırma grubunun %9.1'inin, erkeklerin %7.8'inin, kadınların %1.3'ünün alkol tükettiği saptanmıştır. Cinsiyete göre alkol tüketim durumu bakımından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark vardır (p<0.001). Alkol tüketimi 40-54 yaş grubunda daha fazladır. Yaşa göre alkol tüketim durumu bakımından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001).

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaşa göre asitli yiyecek içecek tüketim durumu Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 4.9. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyet ve yaşa göre asitli yiyecek içecek tüketim durumu

Tanımlayıcı özellikler	**Asitli yiyecek-içecek tüketimi**			**χ^2, p**
	n	**Sayı**	**%**	
Cinsiyet				
Erkek	600	259	43.2	χ^2=2.903
Kadın	600	230	38.3	**p<0.05**
Yaş grupları				
40–54	683	319	46.7	χ^2=23.434
55–64	268	86	32.1	**p<0.001**
≥65	249	84	33.7	
Toplam	**1200**	**489**	**40.8**	

Araştırma grubundaki bireylerin %40.8'i asitli yiyecek-içecek tüketmektedir. Bu oran erkeklerde %43.2, kadınlarda %38.3'tür. Cinsiyete göre asitli yiyecek-içecek tüketim durumu bakımından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Asitli yiyecek-içecek tüketimi erkeklerde daha yüksektir. Yaşa göre asitli yiyecek-içecek tüketim durumu açısından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Asitli yiyecek-içecek tüketimi 40-54 yaş grubunda daha yüksektir.

Araştırma grubundaki bireylerin diğer hastalıklarını sorgulamamıza göre HBV/HCV öyküsü, birinci derece yakınlarında kanser ve birinci derece yakınlarında kanserden ölüm öykülerine göre dağılımı Tablo 10'da verilmektedir.

Tablo 4.10. Araştırma grubundaki bireylerin HBV/ HCV öyküsü, birinci derece yakınlarında kanser ve birinci derece yakınlarında kanserden ölüm öyküleri

Hastalık öyküsü (n=1200)		
Kronik/viral enfeksiyon	**Sayı**	**%**
HBV HCV	53 7	4.3 0.5
Birinci derece yakınlarda kanser öyküsü	396	33.0
Birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü	342	28.5

Araştırma grubundaki bireylerin %4.3'ü HBV enfeksiyonu geçirdiğini belirtmişlerdir. Birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olduğunu belirtenlerin oranı %33.0, birinci derece yakınlarında kanserden ölüm öyküsü olduğunu belirtenlerin oranı %28.5 olarak bulunmuştur.

Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece yakınlarında ölüme neden olan kanser türlerine göre dağılım Tablo 11'de verilmektedir.

Tablo 4.11. Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece yakınlarında ölüme neden olan kanser türlerinin dağılımı

Kanser türü (n=342)	**Sayı**	**%**
Akciğer kanseri	130	33.4
Mide kanseri	67	17.2
Kolon kanseri	46	11.8
Prostat kanseri	30	7.7
Meme kanseri	27	6.9
Lösemi	25	6.4
Larinks kanseri	19	4.9
Pankreas kanseri	15	3.9
Serviks kanseri	11	2.8
Karaciğer kanseri	5	1.3
Deri kanseri	4	1.0
Beyin kanseri	3	0.8
Mesane kanseri	2	0.5
Kemik kanseri	2	0.5
Böbrek kanseri	1	0.3
Tiroit kanseri	1	0.3
Lenfoma	1	0.3

Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece yakınlarında ölüme neden olduğunu ifade ettikleri kanser türleri arasında akciğer kanseri %33.4, mide kanseri %17.2 ve kolon kanseri %11.8'lik sıklık ile ilk üç sırada yer almaktadır.

Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece erkek yakınlarında ölüme neden olduğu ifade edilen kanser türlerinin dağılımı Tablo 12'de yer almaktadır.

Tablo 4.12. Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece erkek yakınlarında ölüme neden olan kanser türlerinin dağılımı

Kanser türü	**Sayı**	**%**
Akciğer kanseri	111	41.6
Mide kanseri	37	13.9
Kolon kanseri	32	11.9
Prostat kanseri	30	11.2
Lösemi	16	5.9
Larinks kanseri	13	4.9
Pankreas kanseri	11	4.1
Karaciğer kanseri	4	1.5
Deri kanseri	3	1.1
Beyin kanseri	3	1.1
Mesane kanseri	2	0.8
Kemik kanseri	2	0.8
Böbrek kanseri	1	0.4
Tiroit kanseri	1	0.4

Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece erkek yakınlarında kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerde ilk sırayı akciğer kanserinin (%41.6) aldığı bulunmuştur.

Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece kadın yakınlarında ölüme neden olduğu ifade edilen kanser türlerinin dağılımı Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 4.13. Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece kadın yakınlarında ölüme neden olan kanser türlerinin dağılımı

Kanser türü	**Sayı**	**%**
Meme kanseri	27	21.4
Akciğer kanseri	24	19.0
Mide kanseri	21	16.7
Kolon kanseri	15	11.9
Serviks kanseri	11	8.7
Lösemi	10	7.9
Larinks kanseri	7	5.7
Pankreas kanseri	5	3.9
Deri kanseri	2	1.6
Karaciğer kanseri	1	0.8
Kemik kanseri	1	0.8
Böbrek kanseri	1	0.8

Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece kadın yakınlarında kanser nedeniyle gerçekleştiği belirtilen ölümler arasında ilk sırayı meme kanserinin (%21.4) aldığı belirlenmiştir.

Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumuna göre sigara içme durumu Tablo 14'te verilmektedir.

Tablo 4.14. Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumuna göre sigara içme durumu

Birinci derece yakınlarda kanser öyküsü	**Sigara içme durumu**			**χ^2, p**
	n	**Sayı**	**%**	
Var	396	95	24.0	χ^2=1.043
Yok	804	179	22.3	p>0.594
Toplam	**1200**	**274**	**22.9**	

Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan bireylerin %24.0'ısigara içtiklerini belirtmişlerdir. Birinci derece yakınlarda kanser öyküsü bulunma durumuna göre sigara içme açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.594).
Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumuna göre alkol tüketim durumu Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 4.15. Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumuna göre alkol tüketim durumu

Birinci derece yakınlarda kanser öyküsü	**Alkol tüketme durumu**			**χ^2, p**
	n	**Sayı**	**%**	
Var	396	19	4.8	χ^2=2.091
Yok	804	36	4.5	p>0.352
Toplam	**1200**	**55**	**4.6**	

Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan bireylerin %4.8'ialkol tükettiklerini belirtmişlerdir. Birinci derece yakınlarda kanser öyküsü bulunma durumuna göre alkol tüketim durumu bakımından anlamlı fark yoktur (p>0.352).
Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumuna göre asitli yiyecek-içecek tüketim durumu Tablo 16'da yer almaktadır.

Tablo 4.16. Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumuna göre asitli yiyecek-içecek tüketim durumu

Birinci derece yakınlarda kanser öyküsü	**Asitli yiyecek-içecek tüketme durumu**			**χ^2, p**
	n	**Sayı**	**%**	
Var	396	168	42.4	χ^2=0.686
Yok	804	321	39.9	p>0.222
Toplam	**1200**	**489**	**40.8**	

Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan bireylerin %42.4'ü asitli yiyecek-içecek tükettiklerini belirtmişlerdir. Birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunma durumu durumuna göre asitli yiyecek-içecek tüketim durumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.222).

Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanser tanısı için erken teşhis/tarama testi olduğunu bilme durumu Tablo 17'de yer almaktadır.

Tablo 4.17. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanser tanısı için erken teşhis/tarama testi olduğunu bilme durumu

Tanımlayıcı özellikler	Erken teşhis/tarama testi										χ^2, p
	Yok		Tüm kanser türleri için var		Bazı kanser türleri için var		Fikrim yok		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet											
Erkek	34	5.7	157	26.2	212	35.2	197	32.9	600	100.0	χ^2=6.470
Kadın	40	6.7	141	23.5	249	41.5	170	28.3	600	100.0	p>0.91
Yaş grupları											
40–54	23	3.4	199	29.1	293	42.8	169	24.7	684	100.0	χ^2=76.893
55–64	17	6.4	56	21.0	102	38.2	92	34.5	267	100.0	**p<0.001**
≥65	34	13.7	43	17.3	66	26.5	106	42.6	249	100.0	
Öğrenim durumu											
OYD	17	14.9	15	13.2	27	23.7	55	48.2	114	100.0	
DOY	9	9.9	14	15.4	26	28.6	42	46.2	91	100.0	χ^2=92.067
İlkokul	30	6.6	122	26.9	164	36.2	138	30.2	454	100.0	**p<0.001**
Ortaokul	6	3.8	36	23.1	68	43.6	46	29.5	156	100.0	
Lise	11	4.2	73	27.9	107	40.8	71	27.1	262	100.0	
Üniversite	1	0.8	38	31.1	69	55.7	15	12.3	123	100.0	
Gelir durumu											
Kötü	24	7.9	67	21.0	89	28.9	132	42.3	312	100.0	χ^2=42.987
Orta	40	5.3	174	23.9	308	42.9	201	27.8	723	100.0	**p<0.001**
İyi	10	5.1	57	35.0	64	39.5	34	20.4	165	100.0	
En uzun süre yaşanılan yer											
Kır	18	11.4	28	17.7	50	30.4	64	40.5	160	100.0	χ2=20.468
Kent	56	5.4	270	26.0	411	39.5	303	29.2	1040	100.0	**p<0.001**
Toplam	**74**	**6.2**	**298**	**24.9**	**461**	**38.3**	**367**	**30.7**	**1200**	**100.0**	

Bazı kanser türleri için erken teşhis/tarama testi olduğunu bilme oranı en yüksek 40-54 yaş grubunda ve üniversite mezunlarındadır. Kanserin erken teşhis/tarama testi olmadığını en fazla oranda düşünen grup OYD, gelir durumu kötü ve yaşamının en uzun süresini kırsal alanda yaşamış olan bireylerdir.

Araştırma grubundaki bireylere göre erken teşhis edilebilen kanser türlerinin dağılımı Tablo 18'de verilmektedir.

Tablo 4.18. Araştırma grubundaki bireylere göre erken teşhis edilebilen kanser türleri

Kanser türü (n=1200)	**Sayı**	**%**
Meme kanseri	561	46.8
Serviks kanseri	403	33.6
Akciğer kanseri	304	25.3
Prostat kanseri	298	24.8
Mide kanseri	254	21.2
Kolon kanseri	239	19.9
Özefagus kanseri	178	14.8
Deri kanseri	172	14.3
Over kanseri	152	12.7
Karaciğer kanseri	149	12.4
Mesane kanseri	149	12.4
Ağız boşluğu kanseri	148	12.3
Pankreas kanseri	141	11.8
Lösemi	18	3.8
Bilmiyor	552	46.0

Araştırma grubundaki bireyler erken teşhis edilebilen ilk beş kanser türünü; meme kanseri, serviks kanseri, akciğer kanseri, prostat kanseri ve mide kanseri olarak belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin erken teşhisin hayat kurtardığını düşündükleri kanser türlerinin dağılımı Tablo 19'de verilmiştir.

Tablo 4.19. Araştırma grubundaki bireylerin erken teşhisin hayat kurtardığını düşündükleri kanser türlerinin dağılımı

Kanser türü (n=1200)	**Sayı**	**%**
Meme kanseri	626	52.2
Serviks kanseri	458	38.2
Prostat kanseri	349	29.1
Akciğer kanseri	326	27.2
Kolon kanseri	294	24.5
Mide kanseri	287	23.9
Deri kanseri	240	20.0
Özefagus kanseri	232	19.3
Over kanseri	227	18.9
Karaciğer kanseri	215	17.9
Mesane kanseri	207	17.3
Pankreas kanseri	203	16.9
Ağız boşluğu kanseri	203	16.9
Lösemi	12	1.0
Bilmiyor	490	40.8

Araştırma grubundaki bireylere göre erken teşhisin hayat kurtardığı kanser türleri; meme kanseri, serviks kanseri, prostat kanseri, akciğer kanseri ve kolon kanseridir.

Araştırma grubundaki bireyler en ölümcül üç hastalığı; kanser (%92.2), kalp hastalıkları (%35.1) ve hipertansiyon (%10.8) olarak belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanserin erken teşhisinin önemine inanma durumu Tablo 20'de verilmektedir.

Tablo 4.20. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanserin erken teşhisinin önemine inanma durumu

Tanımlayıcı özellikler	**Erken teşhis**										**χ^2, p**
	Hayat kurtarmaz		**Tüm kanser türlerinde hayat kurtarır**		**Bazı kanser türlerinde hayat kurtarır**		**Fikrim yok**		**Toplam**		
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Cinsiyet											
Erkek	53	8.8	198	33.1	220	36.7	129	21.4	600	100.0	χ^2=12.653
Kadın	58	9.7	144	24.0	262	43.7	136	22.7	600	100.0	**p<0.005**
Yaş grupları											
40-54	41	6.0	225	32.9	302	44.2	116	16.8	684	100.0	χ^2=75.483
55-64	23	8.6	61	22.8	110	41.2	73	27.3	267	100.0	**p<0.001**
≥65	47	18.9	56	22.5	70	28.1	76	30.5	249	100.0	
Öğrenim durumu											
OYD	26	22.8	18	15.8	34	29.8	36	31.6	114	100.0	
DOY	8	8.8	21	23.1	26	28.6	36	39.6	91	100.0	χ^2=101.320
İlkokul	52	11.5	112	24.7	194	42.8	96	21.0	454	100.0	**p<0.001**
Ortaokul	5	3.2	48	30.8	65	41.7	38	24.4	156	100.0	
Lise	14	5.3	89	34.0	109	41.6	50	19.1	262	100.0	
Üniversite	6	4.9	54	44.3	54	44.3	9	6.6	123	100.0	
Gelir durumu											
Kötü	37	11.8	72	23.0	100	32.1	103	33.1	312	100.0	χ^2=61.426
Orta	57	7.8	197	27.3	324	45.0	145	19.9	723	100.0	**p<0.001**
İyi	17	10.2	73	44.6	58	35.7	17	9.6	165	100.0	
En uzun süre yaşanılan yer											
Kır	24	15.2	26	16.5	64	39.9	45	28.5	159	100.0	χ^2=19.634
Kent	87	8.4	316	30.4	418	40.1	220	21.1	1041	100.0	**p<0.001**
Toplam	**111**	**9.2**	**342**	**28.5**	**482**	**40.4**	**265**	**21.9**	**1200**	**100.0**	

Araştırma grubunda cinsiyete göre kanserin erken teşhisinin önemine inanma durumu bakımından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.005). Kadınlar erkeklere göre bazı kanser türlerinde erken teşhisin hayat kurtardığına daha yüksek oranda inanmaktadır. Yaşa göre kanserin erken teşhisinin önemine inanma durumu bakımından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001). Yaşı ≥65 olan

bireyler diğer yaş gruplarına göre daha fazla oranda kanserin erken teşhisinin önemine inanmıyordu. Bireylerin öğrenim durumuna göre kanserin erken teşhisinin önemine inanma durumu bakımından anlamlı fark vardır ($p<0.001$). OYD grubu diğer gruplara göre daha fazla oranda kanserin erken teşhisinin önemine inanmıyordu. Bireylerin gelir durumu ve en uzun süre yaşanılan yere göre kanserin erken teşhisinin önemine inanma durumu açısından anlamlı fark bulunmuştur. Yaşamının en uzun süresini kırsal alanda yaşamış olanlar, kentte yaşamış olanlara göre daha fazla oranda kanserin erken teşhisinin önemine inanmıyordu.

Araştırma grubundaki bireylerin erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen kanser türlerinin dağılımı ile ilgili düşünceleri Tablo 21'de yer almaktadır.

Tablo 4.21. Araştırma grubundaki bireylere göre erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen kanser türlerinin dağılımı

Erkeklerde en sık görülen kanser türleri (n=1200)	**Sayı**	**%**
Prostat kanseri	740	61.7
Akciğer kanseri	593	49.4
Mide kanseri	122	10.2
Kolon kanseri	103	8.6
Pankreas kanseri	26	2.2
Karaciğer kanseri	26	2.2
Lösemi	20	1.7
Mesane kanseri	18	1.5
Lenfoma	6	0.5
Deri kanseri	4	0.3
Bilmiyor	190	15.8
Kadınlarda en sık görülen kanser türleri (n=1200)		
Meme kanseri	1013	84.4
Serviks kanseri	591	49.3
Over kanseri	56	4.7
Akciğer kanseri	29	2.4
Kolon kanseri	22	1.8
Mide kanseri	18	1.5
Larinks kanseri	7	0.6
Bilmiyor	157	13.1

Araştırma grubundaki bireyler erkeklerde en sık görülen ilk üç kanser türünü; prostat kanseri, akciğer kanseri, mide kanseri, kadınlarda en sık görülen ilk üç kanser türünü; meme kanseri, serviks kanseri ve over kanseri olarak belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin kanser belirtilerinin neler olduğunu bilme durumuna göre Tablo 22'de yer almaktadır.

Tablo 4.22. Araştırma grubundaki bireylere göre kanser belirtileri

Kanser belirtileri (n=1200)	**Sayı**	**%**
Halsizlik	223	18.6
Ağrı	142	11.8
Zayıflık	97	8.1
Vücudun herhangi bir yerinde ele gelen kitle	86	7.2
İştahsızlık	74	6.2
Yorgunluk	64	5.3
Vücudun her hangi bir yerinden kan gelmesi	52	4.3
Kansızlık	21	1.8
Saç dökülmesi	14	1.2
Terleme	13	1.1
Ateş	13	1.1
İdrar tutamama	6	0.5
Belirti vermez	15	1.3
Bilmiyor	749	62.4

Araştırma grubundaki bireylerin %62.4'ü kanser belirtilerini bilmiyordu. Bireylerin %18.6'sı halsizlik, %11.8'i ağrı, %8.1'i zayıflığı en sık oranda kanser belirtisi olarak ifade etmişlerdir.

Araştırma grubunda düzenli sağlık kontrolüne gittiklerini belirtenlerin oranı %14.8'dir.

Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu Tablo 23'te verilmektedir.

Tablo 4.23. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu

Tanımlayıcı özellikler	Düzenli sağlık kontrolü			χ^2, p
	n	Sayı	%	
Cinsiyet				
Erkek	600	92	15.3	χ^2=1.741
Kadın	600	76	12.7	p>0.108
Öğrenim durumu				
OYD	114	9	7.9	
DOY	91	13	14.3	χ^2=27.304
İlkokul	454	49	10.8	**p<0.001**
Ortaokul	156	17	10.9	
Lise	262	48	18.3	
Üniversite	123	32	26.0	
Sağlık güvencesi				
Var	1160	163	14.1	χ^2=0.009
Yok	40	5	13.5	p>0.579
En uzun süre yaşanılan yer				
Kır	160	17	10.8	χ^2=1.540
Kent	1040	151	14.5	p>0.130
Toplam	**1200**	**178**	**14.8**	

Bireylerin öğrenim durumuna göre düzenli sağlık kontrolüne gitme bakımından anlamlı fark vardır (p<0.001). Düzenli sağlık kontrolüne gitme lise ve üniversite mezunlarında anlamlı ölçüde yüksek, OYD grubunda anlamlı ölçüde düşüktür. Diğer üç grup arasında anlamlı fark yoktur (p>0.621).

Araştırma grubundaki bireylerin kendilerinde kanser ihtimalini düşündüren nedenlere göre dağılımı Tablo 24'de verilmektedir.

Tablo 4.24. Araştırma grubundaki bireylerin kendilerinde kanser ihtimalini düşünme nedenlerine göre dağılımı

Kanser ihtimalini düşündüren nedenler (n=536)	Sayı	%
"Kanser çağımızın hastalığı"	131	26.4
"Ailemde kanser var"	82	16.5
"Sigara içiyorum"	70	14.1
"Kötü hava koşulları ve hava kirliliğine maruz kalıyorum"	52	10.6
"Hormonlu gıda tüketiyorum"	36	7.2
"Yorgunluk, stres ve ağır çalışma koşullarına sahibim "	30	6.0
"Karadeniz Bölgesi'nde yaşıyorum"	27	5.4
"Yaşlanıyorum"	26	5.2
"Sağlıklı beslenemiyorum"	24	4.8
"Kimyasal maddelerden etkileniyorum"	16	3.2
"Ozon tabakası delindi"	3	0.6

Araştırma grubundaki bireylerin %26.4'ü kanseri çağın hastalığı, %16.5'i ailesinde kanser olması, %14.1'i sigara içiyor olması nedeniyle kendilerinde kanser ihtimalini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklere göre kendilerinde kanser ihtimalini düşünme durumu Tablo 25'de verilmektedir.

Tablo 4.25. Araştırma grubundaki bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre kendilerinde kanser ihtimalini düşünme durumu

Tanımlayıcı özellikler	**Kanser ihtimali**					**χ^2, p**
	n	**Her zaman /Ara sıra düşünüyor**		**Düşünmüyor**		
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	
Cinsiyet						
Erkek	600	348	58.2	252	41.8	χ^2=4.092
Kadın	600	370	61.8	230	38.2	p>0.129
Yaş grupları						
40-54	683	431	63.2	252	36.8	χ^2=27.769
55-64	268	167	62.7	101	37.3	**p<0.001**
≥65	249	120	48.2	129	51.8	
Medeni durum						
Evli	1033	625	60.6	408	39.4	χ^2=6.383
Bekâr	27	18	69.6	9	30.4	p>0.172
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	140	75	53.3	65	46.7	
Öğrenim durumu						
OYD	114	57	50.0	57	50.0	
DOY	91	67	73.6	24	26.4	χ^2=44.848
İlkokul	454	247	54.8	207	45.2	**p<0.001**
Ortaokul	156	89	57.0	67	43.0	
Lise	262	163	62.2	99	37.8	
Üniversite	123	95	77.0	28	23.0	
En uzun süre yaşanılan yer						
Kır	160	93	58.9	67	41.1	χ^2=0.532
Kent	1040	625	60.1	415	39.9	p>0.766
Birinci derece yakınlarda kanserden ölüm						
Var	343	233	68.4	110	31.6	χ^2=18.433
Yok	857	485	56.6	372	43.4	**p<0.001**
Toplam	**1200**	**718**	**60.0**	**482**	**40.0**	

Araştırma grubundaki bireylerin %60.0'ı, erkeklerin %58.2'si kadınların 61.8'i kendilerinde kanser ihtimalini düşünmekte olup bu açıdan erkeklerle kadınlar arasında anlamlı fark yoktur (p>0.129). Yaşa göre kanser ihtimalini düşünme durumu bakımından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur(p<0.001). Altmış beş ve

üzeri yaş grubunda kanser ihtimalini düşünme oranı diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür (%48.2). Öğrenim durumuna göre kanser ihtimalini düşünme açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001). Üniversite mezunları (%77.0) ve DOY grubu (%73.6) en yüksek oranda kanser ihtimalini düşünen grubu oluşturuyordu. Birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü bulunma durumuna göre kanser ihtimalini düşünme bakımından anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001). Birinci derece yakınlarında kanserden ölüm öyküsü olanlar daha yüksek oranda kendilerinde kanser ihtimalini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin bazı alışkanlıklarına göre kanser ihtimalini düşünme durumu Tablo 26'de verilmektedir.

Tablo 4.26. Araştırma grubundaki bireylerin bazı alışkanlıklarına göre kanser ihtimalini düşünme durumu

Alışkanlıklar	**Kanser ihtimalini düşünme durumu**						**Toplam**	**χ^2, p**
	Her zaman		**Hiçbir zaman**		**Ara sıra**			
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**		
Sigara içme								
İçiyor	140	51.3	97	35.2	37	13.6	274	χ^2=6.825
İçmiyor	311	42.3	305	41.5	120	16.2	736	p>0.145
Bıraktı	85	45.2	77	41.0	28	13.8	190	
Alkol tüketimi								
Tüketiyor	21	38.2	24	43.6	10	18.2	55	χ^2=3.669
Tüketmiyor	489	44.8	431	39.7	169	15.5	1089	p>0.453
Bıraktı	26	48.1	24	44.4	6	7.4	56	
Asitli yiyecek-içecek tüketimi								
Tüketiyor	238	48.8	190	38.9	61	12.3	489	χ^2=7.760
Tüketmiyor	298	42.0	289	40.8	124	17.2	711	**p<0.021**
Toplam	**536**	**44.8**	**479**	**40.0**	**185**	**15.2**	**1200**	

Araştırma grubundaki bireylerin kendisinde kanser ihtimalini düşünme durumuna göre sigara içme ve alkol tüketim durumu bakımından anlamlı fark yoktur. Sigara içenlerin yarısından fazlası (%51.3), alkol tüketenlerin %38.2'si, asitli yiyecek-içecek tüketenlerin %48.8'i kendilerinde her zaman kanser ihtimalini düşündüklerini belirtmişlerdir. Bireylerin kendilerinde kanser ihtimalini düşünme durumuna göre asitli yiyecek-içecek tüketimi açısından anlamlı fark bulunmuştur (p<0.021).

Araştırma grubundaki bireylerin kansere neden olduğu kesin ve olası faktörler ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 27'de yer almaktadır.

Tablo 4.27. Araştırma grubundaki bireylerin kansere neden olan kesin ve olası faktörler ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Faktörler (n=1200)	Kansere neden olma durumu					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara içme	1148	95.7	38	3.1	14	1.2
Cep telefonu	1085	90.4	33	2.8	82	6.8
Aşırı alkol tüketimi	1081	90.2	60	4.9	59	4.9
Radyasyon (röntgen filmi, bilgisayarlı tomografi)	1072	89.4	18	1.4	110	9.2
Baz istasyonu	1054	87.9	25	2.0	121	10.1
Ailede kanser öyküsü	995	83.0	77	6.4	128	10.6
Bazı kimyasallar (asbest, benzen)	983	81.9	10	0.8	207	17.3
Yüksek gerilim hatları	965	80.5	45	3.7	190	15.8
Aşırı güneş ışığına maruz kalma	941	78.5	87	7.3	172	14.2
Yetersiz sebze-meyve tüketimi	890	74.2	177	14.8	133	11.0
Küflenmiş besinlerin tüketimi	853	71.1	117	9.8	230	19.1
Kızarmış et tüketimi	842	70.2	192	15.9	166	13.9
Şişman olma	810	67.6	228	19.0	162	13.4
Nargile içme	809	67.4	81	6.7	310	25.9
Saç boyası kullanımı	771	64.3	117	9.6	313	26.1
Deodorant kullanımı	765	60.4	125	21.6	310	18.0
Bazı virüs ve bakteriler (HBV, HCV, HIV)	761	63.5	52	4.3	387	32.3
Yetersiz fizik aktivite	724	60.4	259	21.6	217	18.0
Tatlandırıcıların tüketimi	694	57.9	119	9.9	387	32.2
Fazla miktarda kırmızı et tüketimi	678	56.5	341	28.4	181	15.1
Mısır şurubu tüketimi	619	51.6	54	4.4	527	44.0
Yaşlanma	533	44.4	497	41.3	171	14.3

Araştırma grubundaki bireylerin %95.7'si sigara içme, %90.4'ü cep telefonu, %90.2'si aşırı alkol tüketimini ilk üç sırada kansere neden olan faktörler arasında belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kansere kesin neden olan ve kesin olmayan faktörler ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 28'de yer almaktadır.

Tablo 4.28. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kansere kesin neden olan ve kesin olmayan risk faktörler ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri	**n**	**Cinsiyet**				**χ^2, p**
		Erkek (n=600)		**Kadın (n=600)**		
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	
Sigara içme	1148	570	95.2	577	96.2	χ^2=0.71 p>0.399
Aşırı alkol tüketimi	1081	534	89.1	547	91.2	χ^2=1.34 p>0.246
Aşırı güneş ışığına maruz kalma	941	475	79.3	466	77.7	χ^2=0.32 p>0.574
Şişman olma	810	404	67.4	406	67.7	χ^2=0.02 p>0.950
Yetersiz fizik aktivite	724	377	62.9	346	57.8	χ^2=0.02 p>0.950
Saç boyası	771	375	62.6	395	65.9	χ^2=1.18 p>0.278
Cep telefonu	1085	548	91.5	536	89.3	χ^2=1.18 p>0.282
Ailede kanser öyküsü	995	490	81.8	505	84.2	χ^2=1.15 p>0.282

Araştırma grubunda erkekler ve kadınlar arasında sigara içme, aşırı alkol tüketimi, aşırı güneş ışığına maruz kalma, şişman olma, yetersiz fizik aktivite, saç boyası kullanımı, cep telefonu kullanımı ve ailede kanser öyküsü olmasını kanser risk faktörü olarak düşünme bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin kansere ilişkin algılarının dağılımı Tablo 29'da verilmektedir.

Tablo 4.29. Araştırma grubundaki bireylerin kansere ilişkin çeşitli algılarının dağılımı

Algılar (n=1200)	Düşünceler					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
'Üzüntü ve stres kansere sebep olur'	1036	86.4	63	5.2	101	8.4
'Kanser erken teşhis edilebilir'	1026	85.5	63	5.3	111	9.3
'Kanser erken teşhis edilirse kurtulma şansı artar'	1026	85.5	59	4.9	115	9.6
'Kanser tedavi edilebilir'	985	82.1	123	10.3	92	7.7
'Her şey kanser yapmaz'	933	77.8	161	13.4	106	8.8
'Kanser kalıtımla geçer'	916	76.4	133	11.0	151	12.6
'Kanser önlenebilir'	870	72.5	204	17.0	126	10.5
'Kanser uzun sürede ortaya çıkar'	645	53.8	282	23.5	273	22.7
'Risk faktörleri olan birçok kişide mutlaka kanser gelişir'	626	52.0	380	31.7	196	16.3
'Kanser nadir görülür'	217	18.0	845	70.5	138	11.5
'Kanser bulaşıcıdır'	165	13.8	903	75.2	132	11.0

Araştırma grubundaki bireylerin %86.4'ü üzüntü ve stresin kansere sebep olduğunu, %85.5'i kanserin erken teşhis edilebildiğini, %82.1'i kanserin tedavi edilebildiğini ve %76.4'ü kanserin kalıtımla geçtiğini düşünüyordu. Kanserin bulaşıcı olduğunu düşünenlerin sıklığı %13.8'di.

Araştırma grubundaki bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre 'üzüntü ve stres kansere sebep olur' algısı ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 4.30. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre 'üzüntü ve stres kansere sebep olur' algısı ile ilgili düşünceleri

Tanımlayıcı özellikler	n	'Üzüntü ve stres kansere sebep olur'			%	χ^2, p
		Evet	Hayır	Fikrim yok		
Cinsiyet						
Erkek	600	87.5	4.8	7.7	100.0	χ^2=1.198
Kadın	600	85.3	5.5	9.2	100.0	p>0.549
Yaş grupları						
40–54	683	89.2	4.8	7.9	100.0	χ^2=25.788
55–64	268	82.0	8.6	13.1	100.0	**p<0.001**
≥65	249	83.5	2.4	24.9	100.0	
Medeni durum						
Evli	1033	86.7	5.1	8.3	100.0	χ^2=3.925
Bekâr	27	91.3	8.7	0.0	100.0	p>0.416
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	140	83.2	5.8	10.9	100.0	
Öğrenim durumu						
OYD	114	86.0	2.6	11.4	100.0	
DOY	91	79.1	4.4	16.5	100.0	χ^2=23.082
İlkokul	454	88.3	4.6	7.1	100.0	**p<0.010**
Ortaokul	156	85.3	6.4	8.3	100.0	
Lise	262	84.0	6.1	9.9	100.0	
Üniversite	123	92.6	6.6	0.8	100.0	
Gelir durumu						
Kötü	312	84.3	3.9	11.8	100.0	χ^2=11.349
Orta	723	85.9	6.0	8.1	100.0	**p<0.023**
İyi	165	92.4	3.8	3.8	100.0	
En uzun süre yaşanılan yer						
Kır	160	84.2	4.4	11.4	100.0	χ^2=2.183
Kent	1040	86.7	5.3	8.0	100.0	p>0.336
Toplam	**1200**	**86.4**	**5.2**	**8.4**	**100.0**	

Araştırma grubunda yaşa göre "üzüntü ve stres kansere neden olur" algısı bakımından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001). Üzüntü ve stresin kansere sebep olduğunu en fazla oranda düşünen yaş grubu 40-54 idi. Öğrenim durumuna göre "üzüntü ve stres kansere neden olur" algısı bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.010). Üzüntü ve stresin kansere neden olduğunu en fazla oranda düşünen grup üniversite mezunlarıydı. Gelir durumunu iyi olduğunu ifade edenler daha yüksek oranda üzüntü ve stresin kansere sebep olduğunu düşünüyordu.

Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre 'kanser kalıtımla geçer" algısına ilişkin düşünceleri Tablo 31'de yer almaktadır.

Tablo 4.31. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre 'kanser kalıtımla geçer' algısı ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	**n**	**"Kanser kalıtımla geçer"**			**χ^2, p**
		Evet	**Hayır**	**Fikrim yok**	
Cinsiyet					
Erkek	600	78.5	7.8	13.7	χ^2=12.852
Kadın	600	74.2	14.2	11.5	**p<0.002**
Yaş grupları					
40–54	683	82.3	9.8	7.9	χ^2=53.595
55–64	268	74.5	12.4	13.1	**p<0.001**
≥65	249	62.2	12.9	24.9	
Medeni durum					
Evli	1033	77.3	11.3	11.4	χ^2=12.579
Bekâr	27	73.9	8.7	17.4	**p<0.014**
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	140	68.6	9.5	21.9	
Öğrenim durumu					
OYD	114	60.5	6.1	33.3	
DOY	91	72.5	9.9	17.6	χ^2=66.246
İlkokul	454	76.6	11.0	12.4	**p<0.001**
Ortaokul	156	82.1	9.6	8.3	
Lise	262	80.2	11.5	8.4	
Üniversite	123	78.5	17.4	4.1	
Gelir durumu					
Kötü	312	76.1	9.2	14.8	χ^2=3.496
Orta	723	77.0	11.5	11.5	p>0.478
İyi	165	75.8	12.7	11.5	
En uzun süre yaşanılan yer					
Kır	160	65.8	12.7	21.5	χ^2=14.564
Kent	1040	78.0	10.7	11.3	**p<0.001**
Toplam	**1200**	**76.4**	**11.0**	**12.6**	

Araştırma grubundaki bireylerin %76.4'ü kanserin kalıtımla geçtiğini düşünüyordu. Erkekler kadınlardan daha fazla oranda kanserin kalıtımla geçtiğini belirtmişlerdir. Yaşa göre "kanser kalıtımla geçer" algısı bakımından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kanserin kalıtımla geçtiğini en fazla oranda düşünen yaş grubu 40-54 idi. Evli olanlar bekâr ve eşi ölmüş/eşinden ayrılmış olanlardan daha fazla oranda kanserin kalıtımla geçtiğini düşünüyordu. Öğrenim durumuna göre kanserin kalıtımla geçtiğini düşünme bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yaşamının en uzun süresini kentsel alanda yaşayanlar kırsal alanda yaşamış olanlardan daha fazla oranda kanserin kalıtımla geçtiğini düşünüyordu.

Araştırma grubundaki bireylerin meme kanseri risk faktörleri ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 32'de yer almaktadır.

Tablo 4.32. Araştırma grubundaki bireylerin **meme kanseri** risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri (n=1200)	Risk artırma durumu						Toplam	
	Artırır		Artırmaz		Fikrim yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ailede meme kanseri öyküsü	938	78.2	90	7.5	172	14.3	1200	100.0
Şişman olma	571	47.6	256	21.4	373	31.0	1200	100.0
İyi huylu meme hastalığı	436	36.2	272	22.7	492	41.1	1200	100.0
Posa yönünden yetersiz beslenme	432	36.1	197	16.4	571	47.6	1200	100.0
Menopoz sonrası 5 yıldan uzun süre hormon kullanımı	331	27.6	74	6.2	795	66.2	1200	100.0
5 yıldan uzun süre doğum kontrol hapı kullanımı	315	26.2	86	7.2	799	66.6	1200	100.0
Hiç doğum yapmamış olma	257	21.4	201	16.8	742	61.8	1200	100.0
55 yaşından sonra adetten kesilme	233	19.4	172	14.3	795	66.3	1200	100.0
İlk doğumu 35 yaşından sonra yapmış olma	211	17.5	176	14.7	813	67.8	1200	100.0
12 yaşından önce adet olma	192	16.0	156	12.9	852	71.1	1200	100.0

Bireylerin %78.2'si ailede meme kanseri öyküsü, %47.6'sı şişman olma ve %36.2'si iyi huylu meme hastalığının meme kanseri riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 33'te verilmiştir.

Tablo 4.33. Araştırma grubundaki bireylerin **serviks kanseri** risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri (n=1200)	Risk artırma durumu						Toplam	
	Artırır		Artırmaz		Fikrim yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Birden fazla cinsel eş	679	56.7	89	7.3	432	36.0	1200	100.0
Pap-smear testi yaptırmamış olma	477	39.7	109	9.1	614	51.2	1200	100.0
Erken yaşta cinsel ilişki	474	39.5	205	17.1	521	43.4	1200	100.0
Hormon tedavisi almış olma	418	34.8	89	7.4	693	57.8	1200	100.0
Menopoz	254	21.1	152	12.7	794	66.2	1200	100.0
Fazla doğum (>5) yapmış olma	271	22.5	316	26.4	613	51.1	1200	100.0
İnfertilite	233	19.4	218	18.1	749	62.5	1200	100.0

Araştırma grubundaki bireylerin %56.7'si birden fazla cinsel eş, %39.7'si Pap-smear testi yaptırmamış olma, %39.5'i erken yaşta cinsel ilişkinin serviks kanseri riskini artırdığını ifade etmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin over kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 34'te verilmiştir.

Tablo 4.34. Araştırma grubundaki bireylerin **over kanseri** risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri (n=1200)	Risk artırma durumu						Toplam	
	Artırır		Artırmaz		Fikrim yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara içme	825	68.8	57	4.7	318	26.5	1200	100.0
Yakın akrabalarda over kanseri öyküsü	763	63.6	106	8.8	331	27.5	1200	100.0
İlk doğumu geç yaşta (>35 yıl) yapmış olma	309	25.8	172	14.3	719	59.9	1200	100.0

Araştırma grubundaki bireylerin %68.8'i sigara içmenin, %63.6'sı yakın akrabalarda over kanseri öyküsünün over kanseri riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre kadınlarda görülen kanser türlerine ilişkin risk faktörlerini bilme durumu Tablo 35'de yer almaktadır.

Tablo 4.35. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre **meme, serviks ve over kanserine** ilişkin risk faktörlerini bilme durumu

Risk faktörleri	Cinsiyet				Toplam (n=1200)		χ^2, p
	Erkek (n=600)		Kadın (n=600)				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Meme kanseri							
Bilmiyor	92	15.3	45	7.5	137	11.4	χ^2=17.44
En az bir risk faktörü biliyor	508	84.7	555	92.5	1063	88.6	**p<0.001**
Serviks kanseri							
Bilmiyor	218	36.3	155	25.8	373	31.1	χ^2=14.95
En az bir risk faktörü biliyor	382	63.7	445	74.2	827	68.9	**p<0.001**
Over kanseri							
Bilmiyor	133	22.2	76	12.7	209	17.4	χ^2=18.17
En az bir risk faktörü biliyor	467	77.8	524	87.3	991	82.6	**p<0.001**

Araştırma grubunda en az bir risk faktörü bilinen kanser türleri sırasıyla meme kanseri, over kanseri ve serviks kanseridir. Tüm grubun %31.1'i serviks kanseri, %17.4'ü over kanseri, %11.4'ü meme kanseri risk faktörlerinden hiçbirini bilmiyordu. Kadınlar erkeklere göre üç kanser türünde de en az bir risk faktörünü daha fazla oranda biliyordu.

Araştırma grubundaki bireylerin mide kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 36'da verilmektedir.

Tablo 4.36. Araştırma grubundaki bireylerin **mide kanseri** risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri (n=1200)	Risk artırma durumu						Toplam	
	Artırır		Artırmaz		Fikrim yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ailede mide kanseri öyküsü	943	78.6	102	8.5	155	12.8	1200	100.0
Aşırı tuz tüketimi	844	70.3	145	12.1	211	17.6	1200	100.0
Yetersiz sebze-meyve tüketimi	779	64.9	225	18.8	196	16.3	1200	100.0
Fazla miktarda salamura besin tüketimi	767	63.9	120	10.0	313	26.1	1200	100.0
Midede Helicobacter pylori enfeksiyonu	732	61.0	68	5.7	400	33.3	1200	100.0
Elli yaşın üzerinde olma	559	46.5	341	28.4	300	25.0	1200	100.0

Araştırma grubundaki bireylerin %78.6'sı ailede mide kanseri öyküsünün, %70.3'ü aşırı tuz tüketiminin, %64.9'u yetersiz sebze-meyve tüketiminin mide kanseri riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin ağız boşluğu kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 37'de yer almaktadır.

Tablo 4.37. Araştırma grubundaki bireylerin **ağız boşluğu kanseri** risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri (n=1200)	Risk artırma durumu						Toplam	
	Artırır		Artırmaz		Fikrim yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara, nargile içme	1039	86.6	28	2.3	133	11.1	1200	100.0
Ağız hijyenine dikkat etmeme	910	75.9	101	8.4	189	15.7	1200	100.0

Araştırma grubundaki bireylerin %86.6'sı sigara ve nargile içmenin, %75.9'u ağız hijyenine dikkat etmemenin ağız boşluğu kanseri riskini artırdığını ifade etmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin kolon kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 38'de yer almaktadır.

Tablo 4.38. Araştırma grubundaki bireylerin **kolon kanseri** risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri (n=1200)	Risk artırma durumu						Toplam	
	Artırır		Artırmaz		Fikrim yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aşırı alkol tüketimi	999	83.3	46	3.8	155	12.9	1200	100.0
Aşırı yağlı beslenme	960	80.1	62	5.1	178	14.8	1200	100.0
Ailede kolon kanseri öyküsü	859	71.6	108	8.9	233	19.4	1200	100.0
Posa yönünden yetersiz beslenme	801	66.8	129	10.7	270	22.5	1200	100.0
İltihabi bağırsak hastalığı	755	63.0	57	4.8	388	32.3	1200	100.0
Şişman olma	701	58.4	233	19.4	266	22.2	1200	100.0
Kalın bağırsakta polip öyküsü	681	56.8	44	3.6	475	39.6	1200	100.0
Yetersiz fizik aktivite	674	56.2	205	17.1	321	26.7	1200	100.0
50 yaşın üzerinde olma	598	49.9	302	25.1	300	25.0	1200	100.0
Fazla miktarda kırmızı et tüketimi	594	49.5	329	27.4	277	23.1	1200	100.0
Son 10 yılda kalın bağırsak kanseri yönünden tarama yaptırmamış olma	551	46.0	155	12.9	494	41.1	1200	100.0
Menopozdan sonra hormon kullanımı	256	21.4	115	9.5	829	69.1	1200	100.0
Doğum kontrol hapı kullanma (5 yıldan daha kısa süre)	241	20.0	135	11.3	824	68.7	1200	100.0

Bireylerin %83.3'ü aşırı alkol tüketiminin, %80.1'i aşırı yağlı beslenmenin, %71.6'sı ailede kolon kanseri öyküsünün kolon kanseri riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin deri kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 39'da verilmektedir.

Tablo 4.39. Araştırma grubundaki bireylerin **deri kanseri** risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri (n=1200)	Risk artırma durumu						Toplam	
	Artırır		Artırmaz		Fikrim yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aşırı güneş ışığına maruz kalma	984	82.0	86	7.2	130	10.8	1200	100.0
Ailede deri kanseri öyküsü	874	72.8	132	11.0	194	16.2	1200	100.0
Deride doğuştan ben, siğil öyküsü	605	50.5	249	20.7	346	28.9	1200	100.0
Açık tenli olma	474	39.5	292	24.4	434	36.1	1200	100.0

Araştırma grubundaki bireylerin %82.0'ı aşırı güneş ışığına maruz kalmanın, %72.8'i ailede deri kanseri öyküsünün deri kanseri riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre ağız boşluğu, mide, kolon ve deri kanseri risk faktörlerini bilme durumu Tablo 40'da verilmiştir.

Tablo 4.40. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre **ağız boşluğu, mide, kolon ve deri kanseri** risk faktörlerini bilme durumu

Risk faktörleri	**Cinsiyet**				**Toplam (n=1200)**		**χ^2, p**
	Erkek (n=600)		**Kadın (n=600)**				
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Ağız boşluğu kanseri							
Bilmiyor	72	11.8	76	12.7	148	12.3	χ^2=1.622
En az bir risk faktörü biliyor	528	88.2	524	87.3	1052	87.7	p>0.444
Mide kanseri							
Bilmiyor	45	7.6	49	8.2	94	7.8	χ^2=20.164
En az bir risk faktörü biliyor	555	92.4	551	91.8	1106	92.2	**p<0.003**
Kolon kanseri							
Bilmiyor	31	5.2	30	5.0	61	4.9	χ^2=38.861
En az bir risk faktörü biliyor	569	94.8	570	95.0	1139	95.1	**p<0.001**
Deri kanseri							
Bilmiyor	38	6.3	40	6.7	78	6.5	χ^2=3.685
En az bir risk faktörü biliyor	562	93.7	560	93.3	1122	93.5	p>0.450
Toplam	**600**	**100.0**	**600**	**100.0**	**1200**	**100.0**	

Araştırma grubundaki bireylerin en az bir risk faktörünü en fazla oranda bildikleri kanser türleri sırasıyla kolon kanseri, deri kanseri, mide kanseri ve ağız boşluğu kanseridir. Tüm grupta en fazla oranda hiçbir risk faktörü bilinmeyen kanser türü ağız boşluğu kanseriydi (%12.3). Cinsiyete göre mide kanseri ve kolon kanseri risk faktörlerini bilme bakımından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark varken, ağız boşluğu kanseri ve deri kanseri risk faktörlerini bilme bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin prostat kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 41'de verilmektedir.

Tablo 4.41. Araştırma grubundaki bireylerin prostat kanseri risk faktörleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Risk faktörleri (n=1200)	**Risk artırma durumu**						**Toplam**	
	Artırır		**Artırmaz**		**Fikrim yok**			
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Ailede prostat kanseri öyküsü	869	72.4	107	8.9	224	18.7	1200	100.0
Fazla miktarda hayvansal yağ tüketimi	616	51.4	193	16.1	391	32.5	1200	100.0

Araştırma grubundaki bireylerin %72.4'ü ailede prostat kanseri öyküsünün, %51.4'ü fazla miktarda hayvansal yağ tüketiminin prostat kanseri riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin prostat kanseri risk faktörlerini bilme durumuna göre dağılımı Tablo 42'de verilmiştir.

Tablo 4.42. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre prostat kanseri risk faktörlerini bilme durumu

Risk faktörleri	Cinsiyet				Toplam (n=1200)		χ^2, p
	Erkek (n=600)		Kadın (n=600)				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Prostat kanseri							
Bilmiyor	131	21.8	140	23.3	271	22.5	χ^2=0.31
En az bir risk faktörü biliyor	469	78.2	460	76.7	929	77.5	p>0.580
Toplam	**600**	**100.0**	**600**	**100.0**	**1200**	**100.0**	

Araştırma grubunda cinsiyete göre prostat kanseri risk faktörlerini bilme açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.580).

Araştırma grubundaki bireylerin erken teşhis/tarama testi yapma/yaptırma durumuna göre dağılımı Tablo 43'de verilmiştir.

Tablo 4.43. Araştırma grubundaki bireylerin erken teşhis/tarama testi yapma/yaptırma durumu

Test/muayene adı	Test yapma/yaptırma			
	Yaptı/ yaptırdı		Doktor istemi	
	Sayı	%	Sayı	%
KKMM (n=600)	272	45.3	17	6.3
Pap-smear (n=600)	175	29.2	165	95.4
KMM (n=600)	136	22.7	129	94.9
Gaitada gizli kan (n=1200)	193	16.1	180	92.8
PSA (n=600)	95	15.8	83	95.4
Kolonoskopi (n=1200)	182	15.2	175	97.8
Mamografi (n=600)	172	14.3	158	94.0

Araştırma grubundaki kadınların %45.3'ü KKMM yaptığını, %29.2'si Pap-smear, %22.7'si KMM yaptırdığını, %14.3'ü mamografi çektirdiğini belirtmişlerdir. Tüm grubun %16.1'i gaitada gizli kan, %15.2'si kolonoskopi, erkeklerin %15.8'i PSA testi yaptırdığını belirtmişlerdir. Bireyler testlerin büyük çoğunluğunu doktor istemiyle yaptırdıklarını ifade etmişlerdir.

Gaitada gizli kan testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi Tablo 44'te verilmiştir.

Tablo 4.44. Gaitada gizli kan testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	O.R.	95% Güven aralığı	p
Yaş			
40-54	Ref.		
55-64	1.55	1.04-2.31	0.030
≥65	1.87	1.26-2.78	0.002
Cinsiyet			
Erkek	Ref.		
Kadın	0.55	0.40-0.77	0.001
Gelir			
Kötü/Orta	Ref.		
İyi	2.50	1.67-3.75	0.001

Gaitada gizli kan testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenler lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. Lojistik analizde, 40-54 yaş grubuna göre 55-64 yaş grubu1.6 kat, ≥65 yaş grubu 1.9 kat; erkekler kadınlara göre 1.8 (1/0.55) kat; gelir durumu iyi olanlar orta/kötü olanlara göre 2.5 kat daha fazla gaitada gizli kan testi yaptırmıştır.

Kolonoskopi testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi Tablo 45'te yer almaktadır.

Tablo 4.45. Kolonoskopi testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	**O.R.**	**95% Güven aralığı**	**p**
Yaş			
40-54	Ref.		
55-64	1.25	0.81-1.93	0.309
≥65	2.38	1.54-3.39	0.001
Gelir			
Kötü/Orta	Ref.		
İyi	2.69	1.78-4.06	0.001
En uzun süre yaşanılan yer			
Kır	Ref.		
Kent	0.58	0.37-0.89	0.015
Birinci derece yakınlarda kanserden ölüm			
Yok	Ref.		
Var	1.49	1.05-2.12	0.024

Kolonoskopi testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenler lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. Lojistik analizde, 40-54 yaş grubuna göre 55-64 yaş grubu1.3 kat,≥65 yaş grubu2.4 kat; gelir durumu iyi olanlar kötü/orta olanlara göre 2.7 kat; yaşamının en uzun süresini kırsal alanda yaşamış olanlar kentsel alanda yaşamış olanlara göre 1.7 (1/0.58) kat; birinci derece yakınlarında kanserden ölüm öyküsü olanlar olmayanlara göre 1.5 kat daha fazla kolonoskopi testi yaptırmıştır.

KKMM yapma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi Tablo 46'de verilmiştir.

Tablo 4.46. KKMM yapma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	**O.R.**	**95% Güven aralığı**	**p**
Yaş			
40-54	Ref.		
55-64	0.49	0.32-0.77	0.002
≥65	0.43	0.27-0.69	0.001
Sağlık güvencesi			
Yok	Ref.		
Var	3.17	1.02-9.87	0.046
Öğrenim durumu			
OYD/DOY / İlkokul	Ref.		
Ortaokul/Lise	1.36	0.90-2.04	0.137
Üniversite	3.69	1.60-8.51	0.002
Birinci derece yakınlarda kanser			
Yok	Ref.		
Var	1.60	1.12-2.29	0.009

KKMM yapma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenler lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. Lojistik analizde, 40-54 yaş grubu55-64 yaş grubuna göre 2.1 (1/0.49) kat, ≥65 yaş grubuna göre 2.3 (1/0.43) kat; sağlık güvencesi olanlar olmayanlara göre 3.2 kat; OYD/DOY/ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre ortaokul/lise düzeyinde eğitime sahip olanlar1.4 kat, üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlar 3.7 kat; birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanlar olmayanlara göre 1.6 kat daha fazla KKMM yapmıştır.

Pap-smear testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi Tablo 47'de verilmiştir.

Tablo 4.47. Pap-smear testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	O.R.	95% Güven aralığı	p
Yaş			
40-54	Ref.		
55-64	0.86	0.55-1.36	0.538
≥65	0.37	0.21-0.65	0.002
Birinci derece yakınlarda kanser			
Yok	Ref.		
Var	1.83	1.25-2.67	0.002

Pap-smear testi yaptırma üzerine etkili olabilecek değişkenler lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. Lojistik analizde, 40-54 yaş grubu 55-64 yaş grubuna göre 1.2 (1/0.86) kat, ≥65 yaş grubuna göre 2.7 (1/0.37) kat; birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanlar olmayanlara göre 1.8 kat daha fazla Pap-smear testi yaptırmıştır.

KMM yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi tablo 48'de verilmiştir.

Tablo 4.48. KMM yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	O.R.	95% Güven aralığı	p
Gelir			
Kötü/Orta	Ref.		
İyi	2.38	1.27-4.47	0.007
Aylık gelir (TL)			
≤999	Ref.		
1000-1999	0.63	0.39-1.007	0.053
2000-2999	0.37	0.17-0.81	0.012
≥3000	0.50	0.20-1.22	0.130
Birinci derece yakınlarda kanserden ölüm			
Yok	Ref.		
Var	2.79	1.83-4.26	0.01

KMM yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenler lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. Lojistik analizde, gelir durumu iyi olanlar kötü/orta olanlara göre 2.4 kat; aylık geliri ≤999TL olanlara göre 1000-1999TL arasında olanlar 1.6 (1/0.63)

kat, 2000-2999TL arasında olanlar 2.7 (1/037) kat, ≥3000TL olanlar 2 (1/0.50) kat; birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanlar olmayanlara göre 2.8 kat daha fazla KMM yaptırmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin %61.3'ü radyoterapi, %46.3'ü mamografi, %23.9'u kemoterapi hakkında bilgisi olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre mamografinin ne olduğu konusundaki bilgilerinin dağılımı Tablo 49'da yer almaktadır.

Tablo 4.49. Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyete göre mamografinin ne olduğunu bilme durumu

Mamografinin ne olduğunu	**Cinsiyet**				**Toplam(n=1200)**		**χ^2, p**
	Erkek (n=600)		**Kadın (n=600)**				
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Biliyor	220	36.7	425	70.8	645	53.7	χ^2=139.5
Bilmiyor	380	63.3	175	29.2	555	46.3	**p<0.0001**
Toplam	**600**	**100.0**	**600**	**100.0**	**1200**	**100.0**	

Araştırma grubunun yarıdan fazlası (%53.7) mamografinin ne olduğunu biliyordu. Bu bakımdan erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Mamografinin ne olduğunu bilen kadınların oranı %70.8 ile erkeklerin (%36.7) yaklaşık iki katıdır.
Araştırma grubundaki bireylerin kimlerin mamografi çektirmesi gerektiği konusundaki düşüncelerinin dağılımı Tablo 50'de yer almaktadır.

Tablo 4.50. Araştırma grubundaki bireylerin kimlerin mamografi çektirmesi gerektiği konusundaki düşünceleri

Mamografi çektirmesi gerekenler (n=1200)	**Sayı**	**%**
Tüm kadınlar	323	27.0
Kırk ve üzeri yaş kadınlar	122	10.2
Kanser olan kadınlar	39	3.3
Memesinde kitle olan kadınlar	39	3.3
Risk altındaki kadınlar	25	2.1
Memesinde şikâyeti olan kadınlar	17	1.4
Kanserden şüphelenen kadınlar	15	1.3
Diğer	27	2.4
Bilmiyorum	669	55.8

Bireylerin %55.8'i kimlerin mamografi çektirmesi gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. Mamografiyi ≥40 yaş kadınların çektirmesi gerektiğini ifade edenlerin sıklığı %10.2'dir.

Mamografi çektirme üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi Tablo 51'de yer almaktadır.

Tablo 4.51. Mamografi çektirme üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	**O.R**	**95% Güven aralığı**	**p**
Sağlık güvencesi			
Yok	Ref.		
Var	7.13	0.93-5.43	0.058
Birinci derece yakınlarda kanserden ölüm			
Yok	Ref.		
Var	2.38	1.19-2.58	0.001

Mamografi çektirme üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenler lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. Lojistik analizde, sağlık güvencesi olanlar olmayanlara göre 7.1 kat; birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü olanlar olmayanlara göre 2.4 kat daha fazla mamografi çektirmiştir.

PSA testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi Tablo 52'de verilmiştir.

Tablo 4.52. PSA testi yaptırma üzerine etkisi olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	**O.R**	**95% Güven aralığı**	**p**
Birinci derece yakınlarda kanser			
Yok	Ref.		
Var	0.21	0.05-0.78	0.021
Birinci derece yakınlarda kanserden ölüm			
Yok	Ref.		
Var	6.56	1.79-23.99	0.004

PSA testi yaptırma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenler lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. Lojistik analizde, birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olmayanlar olanlara göre 4.8 (1/0.21) kat; birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü olanlar olmayanlara göre 6.6 kat daha fazla PSA testi yaptırmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin kanserden korunmak için ne tür önlemler aldıklarına göre dağılım Tablo 53'te verilmiştir.

Tablo 4.53. Araştırma grubunda kanserden korunmak için önlem aldığını belirten bireylerin korunma önlemleri

Korunma önlemleri (n=563)	**Sayı**	**%**
"Yediğim besinlere dikkat ediyorum"	307	54.5
"Sigara içmiyorum"	112	19.9
"Yürüyüş yapıyorum"	48	8.6
"Düzenli sağlık kontrolüne gidiyorum"	45	7.9
"Radyasyondan korunuyorum"	17	3.0
"Stresten uzak duruyorum"	11	1.9
"Temizliğe dikkat ediyorum"	9	1.6
"Plastik malzeme kullanmıyorum"	7	1.3
"Temiz havaya çıkıyorum"	5	0.9
"Güneş ışığından kaçınıyorum"	2	0.4

Araştırma grubundaki bireylerin yarıdan fazlası (%54.5) kanserden korunmak için beslenmesine dikkat ettiğini, %19.9'u sigara içmediğini, %8.6'sı yürüyüş yaptığını belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre kanserden korunmak için aldığı önlemlerin dağılımı Tablo 54'te yer almaktadır.

Tablo 4.54. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanserden korunmak için herhangi bir önlem alma durumu

Tanımlayıcı özellikler	**Önlem alma durumu**			**χ^2, p**
	n	**Sayı**	**%**	
Cinsiyet				
Erkek	600	213	52.2	χ^2=1.203
Kadın	600	195	47.8	p>0.150
Yaş grupları				
40-54	683	255	62.3	χ^2=12.298
55-64	268	94	22.5	**p<0.002**
≥65	249	64	15.2	
Medeni durum				
Evli	1033	359	88.8	χ^2=4.198
Bekâr	27	11	2.2	p>0.123
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	140	38	8.9	
Öğrenim durumu				
OYD	114	15	3.7	
DOY	91	26	6.4	χ^2=99.069
İlkokul	454	122	29.9	**p<0.001**
Ortaokul	156	62	15.2	
Lise	262	100	24.5	
Üniversite	123	83	20.3	
Gelir durumu				
Kötü	312	81	19.7	χ^2=17.37
Orta	723	253	62.3	**p<0.001**
İyi	165	74	18.0	
En uzun süre yaşanılan yer				
Kır	160	43	10.3	χ^2=4.432
Kent	1040	365	89.7	**p<0.021**
Toplam	**1200**	**408**	**34.0**	

Bireylerin %34.0'ı kanserden korunmak için önlem aldıklarını belirtmişlerdir. Yaşa göre kanserden korunmak için önlem alma bakımından yaş grupları arasında anlamlı fark vardır. Yaşı ≥65 olan bireyler daha düşük oranda kanserden korunmak için önlem aldıklarını belirtmişlerdir. DOY ve ilkokul mezunları arasında anlamlı fark var, ortaokul ve lise mezunları arasında anlamlı fark yok iken, OYD grubunda kansere karşı önlem alma anlamlı ölçüde düşük, üniversite mezunlarında anlamlı ölçüde yüksektir. Gelir durumuna göre kanserden korunmak için önlem alma durumu bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Gelir durumu iyi olanlar en düşük oranda kansere karşı korunmak için önlem aldıklarını belirtmişlerdir.

Kanserden korunmak için önlem alma üzerine etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi Tablo 55'te verilmiştir.

Tablo 4.55. Kanserden korunmak için önlem almaya etkili olabilecek bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	**O.R**	**95% Güven aralığı**	**p**
Öğrenim durumu			
OYD/ DOY/ İlkokul	Ref.		
Ortaokul/Lise	1.75	1.32-2.33	0.001
Üniversite	4.95	3.08-7.93	0.001
Aylık gelir (TL)			
≤999	Ref.		
1000-1999	1.26	0.92-1.71	0.137
2000-2999	1.71	1.12-2.59	0.011
≥3000	1.45	0.86-2.43	0.154

Bireylerin kanserden korunmak için önlem almasına etkili olabilecek bağımsız değişkenler lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. Lojistik analizde, OYD/DOY/ilkokul düzeyinde eğitimi olanlara göre ortaokul/lise düzeyinde eğitimi olanlar 1.8 kat, üniversite düzeyinde eğitimi olanlar 5 kat; aylık geliri ≤999TL olanlara göre 1000-1999TL arasında olanlar 1.3 kat; 2000-2999TL arasında olanlar 1.7 kat; ≥3000TL olanlar 1.5 kat daha fazla kanserden korunmak için önlem almıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin %66.0'ı kanser ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanser ile ilgili bilgi alma durumu Tablo 56'de verilmiştir.

Tablo 4.56. Araştırma grubundaki bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kanser ile ilgili bilgi alma durumu

Tanımlayıcı özellikler	**Bilgi alma durumu**			**χ^2, p**
	n	**Sayı**	**%**	
Cinsiyet				
Erkek	600	394	65.8	χ^2=0.070
Kadın	600	399	66.5	p>0.419
Yaş grupları				
40-54	683	499	73.1	χ^2=42.681
55-64	268	168	62.7	**p<0.001**
≥65	249	126	50.6	
Medeni durum				
Evli	1033	690	67.1	χ^2=4.734
Bekâr	27	17	73.9	p>0.094
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	140	80	58.4	
Öğrenim durumu				
OYD	114	40	35.1	
DOY	91	54	59.3	χ^2=91.533
İlkokul	454	288	63.6	**p<0.001**
Ortaokul	156	107	68.6	
Lise	262	194	74.0	
Üniversite	123	110	90.2	
Gelir durumu				
Kötü	312	174	57.0	χ^2=25.927
Orta	723	483	67.6	**p<0.001**
İyi	165	126	80.3	
En uzun süre yaşanılan yer				
Kır	160	89	56.3	χ^2=7.725
Kent	1040	702	67.6	**p<0.004**
Toplam	**1200**	**791**	**66.0**	

Araştırma grubunda yaşa göre kanser ile ilgili bilgi alma bakımından yaş grupları arasında anlamlı fark vardır. Kanser ile ilgili bilgi alma en düşük oranda ≥65 yaş grubundadır. Üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlar en fazla oranda kanser ile ilgili bilgi alan grubu oluşturmaktadır. Gelir durumuna göre kanser ile ilgili bilgi alma bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Gelir durumu iyi olanlar en fazla oranda kanser ile ilgili bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. En uzun süre yaşanılan yere göre kanser ile ilgili bilgi alma bakımından yaşamının en uzun süresini kırsal alanda yaşamış olanlarla kentsel alanda yaşamış olanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırma grubundaki bireylerin kanser ile ilgili bilgi kaynaklarına göre dağılımı Tablo 57'de yer almaktadır.

Tablo 4.57. Araştırma grubunda bilgi aldığını ifade eden bireylerin kanser ile ilgili bilgi edindikleri kaynakların dağılımı

Bilgi kaynağı (n=793)	**Sayı**	**%**
Televizyon	703	88.7
Arkadaş-komşu	347	43.8
Hekim	257	32.4
Gazete-dergi-broşür	257	32.4
Aile bireyleri	219	27.6
İnternet	148	18.7
Hemşire	67	8.4
Kitap	50	6.3
Halka yönelik yapılan eğitimler	48	6.1
Ebe	33	4.2
Mesleki bilgi	23	2.9

Araştırma grubundaki bireylerin kanser ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar arasında birinci sırada televizyon, ikinci sırada arkadaş-komşu ve üçüncü sırada hekim yer almaktadır.

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya'da ve ülkemizde 1970'li yıllarda sebebi bilinen ölümler sıralamasında dördüncü sırada yer alan kanser, son birkaç dekadda kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sıraya yükselmiş ve ciddi bir sağlık problemi haline gelmiştir (1). Bu nedenle kanser multidisipliner yaklaşım ve dünya çapında bir stratejik bakış açısı ile ele alınması gereken bir konudur. Kanser Kontrol Programı olarak bilinen bu yaklaşım; primer koruma, tarama ve erken teşhis, tedavi, palyatif bakım ve rehabilitasyonu içermektedir. Tüm bu alanlarda politikalar geliştirmek ve kanserle mücadelede başarılı olabilmek için toplumun kanser ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının bilinmesi önem taşımaktadır (1,2).

Bu çalışmada, Trabzon il merkezinde 40 yaş ve üzeri kanser tanısı almamış bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilmiştir.

Kanser konusunda ülkemizde bireylerin bilgi, tutum ve davranışlarını araştıran sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışma, tanımlayıcı-kesitsel bir çalışma olması, örneklem büyüklüğü, il merkezindeki tüm mahalleleri kapsaması ve DSÖ'nün erken tanı ve tarama programlarının uygulanması önerilen kanserler (meme, serviks) ile erkentanı programları uygulanması önerilen, tarama programları uygulanması önerilmeyen kanser (ağız boşluğu, mide, kolon, deri, over, mesane, prostat) türlerine ilişkin risk faktörlerini bilme ve tarama muayenelerini uygulamaya ilişkin tutumları belirlemesi nedeniyle bir ilktir ve sonuçları Trabzon ilini yansıtır düzeydedir.

Araştırma grubundaki bireylerin yarısı erkek (600), yarısı kadın (600), en küçük yaş 40, en büyük yaş 92 olup tüm grupta yaş ortalaması 54.9±11.2'dir (Tablo 4.1).

Araştırma grubunda yaşa göre dağılım açısından erkeklerle kadınlar arasında fark yoktur (Tablo 4.2). Öğrenim durumları açısından değerlendirildiğinde öğrenim düzeyi kadınlarda anlamlı ölçüde düşüktür (Tablo 4.3).

Araştırma grubunda 27 birey (%2.3) kimyasal ve kanserojen madde maruziyeti olan mesleklerde (inşaat ve boya sanayii işçileri, marangoz) çalışmaktadır. ACS her yıl ABD'nde kanserle olan ölümlerin 20 bin tanesinin mesleki nedenlere bağlı olduğunu bildirmektedir. Tüm kanserlerin yaklaşık %5'ine yol açan bu mesleki maruziyetin azaltılması için işçilerin risklerinin azaltılmasına yönelik standartlar getirilmiştir (34).

Araştırma grubunun %72.2'sinin, erkeklerin %73.9'unun, kadınların %76.5'inin BKİ >25.0'dir. Tüm grubun %23.7'sinin, erkeklerin %25.8'inin, kadınların %21.7'sinin BKİ normal sınırlarda bulunmuştur (Tablo 4.4). Ülkemizde 2008 yılında yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi (SALTurk) çalışmasına göre, 18 yaş ve üzeri kişilerin %41.9'unun fazla kilolu, %26.7'sinin de şişman olduğu saptanmıştır (35). Ulusal Hane Halkı Araştırması (UHA)(2003)'na göre 18 yaş üzerindekilerin %43.4'ü fazla kilolu/şişmandır (36). BKİ ile kolon kanseri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Kadınlarda BKİ'nin 30 ya da üzerinde olması endometrium kanseri riskini şişman olmayanlara göre 3 kat artırmaktadır (37). Kanserin diyet faktörlerine göre insidansı ve mortalitesi ile ilgili 23 ülkede yapılan bir çalışmada, şişmanlığın ve yağ tüketiminin kolon, rektum, meme, over ve prostat kanserleriyle ilişkili olduğu görülmüştür (38). Postmenapozal kadınlarda şişmanlık, meme kanseri ile ilişkili bulunmuş, meme kanserli şişman kadınların hayatta kalma sürelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (39). Amerika'ya göç eden Japon kadınlarda meme kanseri riskinin artması büyük ölçüde beslenme alışkanlıklarındaki değişikliğe bağlanmıştır (40).Çalışmamızda şişmanlık oranı hem erkeklerde hem de kadınlarda literatürden farklı olarak daha yüksek bulunmuştur. BKİ değerinin ≥30 olması çeşitli kanser türleri için riski artırdığı düşünüldüğünde araştırma grubundaki erkeklerin beşte birinden fazlasının, kadınların üçte birinden fazlasının kanser için risk faktörüne sahip olduklarını söylemek mümkündür.

Araştırma grubunda sigara içme oranı %22.9 olup, bu oran erkeklerde %36.5, kadınlarda %9.2'dir (Tablo 4.7).Tütün salgını halen akciğer kanseri, kalp hastalığı ve diğer nedenlere bağlı olarak her yıl 5.4 milyon kişiyi öldürmektedir. Kontrol edilmezse 2030 yılına gelindiğinde bu sayının 8 milyonu aşacağı, ölümlerin %80'inin gelişmekte

olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (41). DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu'na göre ülkemizde erişkinlerde halen tütün kullanma prevalansı erkeklerde %52.0, kadınlarda 17.3'tür (41). INTER-HEART çalışmasına göre dünyadaki tütün kullanma prevalansı %37.6'dır (42). ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'ne göre, 2000-2004 yılları arasında her yıl 443.000 kişinin doğrudan sigara içmekten veya sigara dumanına maruz kalmaktan öldüğü belirtilmektedir. ABD'de tüm kanser ölümlerinin en az %30'u tütün kullanımına atfedilmektedir (43). Ülkemizde 1-3 Aralık 2007 tarihlerinde Türkiye nüfus dağılımına uygun şekilde 18 ilde 18 yaş üstü 2019 kişi üzerinde yapılan Kanserle İlişkili Bilgi ve Davranışlar Araştırması sonuçlarına göre tütün kullanımı erkeklerde %54.0, kadınlarda %20.0 ve tütün kullanımı 44 yaş altı kişilerde diğer yaş gruplarına göre daha fazla bulunmuştur (44). Trabzon'da 844 erkek ve 362 kadın erişkin üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içme prevalansı erkeklerde %47.2, kadınlarda %17.1 olarak bulunmuştur (45). Ma ve Fleisher 1374 Asya kökenli Amerikalı üzerinde yaptıkları bir çalışmada sigara içmenin mesane, pankreas, rahim ve böbrek kanserleri riskini artırabildiği hakkındaki bilgi oranının çok düşük düzeyde olduğunu bulmuştur (46). Glanz ve ark. ABD'nde çeşitli etnik gruplarda kanser insidansı ile ilgili olarak yaptıkları bir araştırmada kanser insidansının sigara içmeyle doğru orantılı olarak artmakta olduğunu saptamıştır (47). Çalışmamızda sigara içme prevalansı yapılan çalışmalardan daha düşük bulunmuştur. Bu farkın çalışmaların farklı yıllarda yapılmış olması ve ülkemizde tütün ile mücadele konusunda uygulanan politikaların başarılı bir sonucu olduğu düşünülebilir. Ancak, araştırma grubunda bireylerin %95.7'sinin sigaranın kansere neden olduğunu belirtmiş olmalarına rağmen sigara içmeye devam etmeleri sigara ile mücadelenin kararlı politikalarla devam etmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bireylere "kanserden korunmak için ne yaptıkları" sorulduğunda sadece %19.9'u sigara içmediklerini belirtmişlerdir.

Araştırma grubundaki erkeklerde alkol tüketimi prevalansı %7.8, kadınlarda %1.3'tür (Tablo 4.8). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF)(1990)'na göre erkeklerin %15.6'sı, kadınların %1.2'si alkol alırken (48), Aile Yapısı Araştırması (AYA)(2006)'na göre erkeklerin %24.8'i, kadınların %6.5'i alkol almaktadır (49). UHA 2003'e göre ülkemizde haftada veya daha sık alkol alanların oranı %1'dir (36). Kolorektal kanserlerle alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi araştıran 11.888 kişi üzerinde Amerika'da yapılan bir çalışmada 4.5 yıl takipten sonra alkolle kolorektal kanserlerin riskinin arttığı görülmüştür (14). Bu etki kadınlara oranla

erkeklerde daha belirgindir (14). Hawai'de 7.837 Japon üzerinde yapılan başka bir çalışma da benzer sonuçlar elde edilmiş ancak daha çok rektal kanser riskinin arttığı görülmüştür (14). Bütün alkollü içkileri çok içenlerde karaciğer kanserine sık rastlanmaktadır (14). Alkolün, ağız boşluğu, farinks, özefagus ve larinks kanserlerinde sigaranın etkisini arttırdığı gösterilmiştir (14). Ji ve ark. Çin'de 1990-1992 yılları arasında, 30-74 yaşları arasında kolon ve rektum kanseri tanısı almış hastaları karşılaştırdıkları bir araştırmada, alkol kullananlarda daha çok kolon kanseri olduğu, yüksek oranda ve uzun süre alkol tüketenlerde kolon kanseri riskinin %30-50 oranında arttığını saptamışlardır (50). Çalışmamızda erkeklerin alkol tüketim alışkanlıkları literatüre göre daha düşük, kadınların ise benzer bulunmuştur. Bu farkın bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Bireylerin %90.2'si alkol tüketiminin kansere neden olduğunu belirtmiş olmalarına karşın alkol tüketimini bırakmanın davranışa dönüştürülemediği, düşünce aşamasında kaldığı görülmektedir.

Araştırma grubundaki bireylerin birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanların sıklığı %33.0 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10).Yapılan çalışmalarda bu oranın %7.8 ile %47.6 arasında değiştiği belirtilmektedir (21,44).Kanserle İlişkili Bilgi ve Davranışlar Araştırması'na katılanların %17.4'ünün aile bireylerinden birinde kanser hastası olduğu saptanmıştır (44).Bayrak ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %10.4'ünün ailelerinde birinci derece yakınlarında kanser tanısı olan birey olduğu bulunmuştur (51). Trabzon'da yapılan üç farklı çalışmada ailelerinde kanser öyküsü olan kadınların sıklığı sırasıyla %28.3, %23.5, %17.2 olarak saptanmıştır (21,52,53). Çalışmamızda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan bireylerin oranı Trabzon'da daha önce yapılmış olan çalışmalardaki oranlardan daha yüksektir. Bu fark çalışmaların farklı yıllarda yapılmış olmasından kaynaklanmış olabileceği gibi, kanser insidansındaki artış eğiliminden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma grubundaki bireylere göre birinci derece yakınlarında ölüme neden olan kanser türleri arasında akciğer kanseri %33.4'lük sıklık ile birinci, mide kanseri ikinci, kolon kanseri üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 4.11).Karadeniz Bölgesi Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırması'nda Trabzon ilinde elde edilen verilere göre erkeklerde; akciğer-bronş kanserleri %27.4, mide kanseri %9.3, prostat kanseri %8.6, mesane kanseri %6.9, kolon-rektum kanserleri %6.2, kadınlarda ise; meme kanseri %18.0, mide kanseri %10.4, kolon-rektum kanserleri %8.0, lösemi %6.3, tiroit kanseri

%4.6, akciğer-bronş kanserleri %4.4 olarak bulunmuştur (54).Kanser Kayıt Çalışması sonuçlarına göre ise; Trabzon ilinde hastane arşivlerinden elde edilen verilere göre sırası ile akciğer kanseri %19.1, mide kanseri %9.7, kolon-rektum kanserleri %6.8, meme kanseri %6.7, prostat kanseri %5.5, lösemi %5.7, mesane kanseri %4.9 olarak bulunmuştur (54). Çalışmamızda bireylerin birinci derece yakınlarında en çok ölüme neden olan akciğer kanseri ilimizde daha önce yapılmış olan iki çalışmada da ilk sırada bulunmuştur. Bu sonuç akciğer kanserinin en çok ölüme neden olan kanser olması gerçeği ile uyumludur.

Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan bireylerin %24.0'ısigara içtiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.14). Bireylerin %95.7'sinin sigara içmeyi, kansere neden olan faktörler arasında ilk sırada belirtmiş olmalarına rağmen sigara içmeye devam ettikleri görülmektedir. Bu durum kanserle mücadelede hala en önemli stratejilerden birinin sigara ile mücadele etmek olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubunda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan bireylerin %4.6'sı alkol tükettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.15). Alkol tüketimi %90.2 oranında kansere neden olan faktörler arasında üçüncü sırada belirtilmiştir. Bu sonuç bireylerin alkolün zararı konusunda farkındalıklarının olduğunu, ancak alkol tüketimini bırakmayı davranışa dönüştüremediklerini ortaya koymaktadır.

Araştırma grubunda bazı kanser türleri için erken teşhis/tarama testi olduğunu bilen erkeklerin oranı %35.2, kadınların oranı 41.5'tir. Bazı kanser türleri için erken teşhis/tarama testi olduğunu bilenler en fazla 40-54 yaş grubunda ve üniversite mezunlarındadır. Kanser için erken teşhis/tarama testi olmadığını düşünenler en fazla ≥65 yaş grubunda, OYD ve yaşamının en uzun süresini kırsal alanda yaşamış olanlardır (Tablo 4.17). Kanser tanısı için erken teşhis/tarama testi olduğunun kadınlar arasında daha fazla oranda bilinmesi, meme ve serviks kanserine ilişkin erken teşhis/tarama testlerinin kadınlara yönelik olması ile ilişkili olabilir. Yaşamının en uzun süresini kırsal alanda yaşamış olanlar, OYD ve ≥65 yaş grubundaki bireylerin erken teşhis/tarama testi olmadığını düşünmeleri eğitim düzeylerinin daha düşük olması ve kitle iletişim araçlarıyla etkileşimlerinin daha az olmasına bağlanabilir.

Araştırma grubundaki bireylere göre erken teşhis edilebilen ilk beş kanser türü; meme kanseri (%46.8), serviks kanseri (%33.6), akciğer kanseri (%25.3), prostat kanseri (%24.8) ve mide kanseridir (%21.2) (Tablo 4.18).Özaydın ve ark. yaptığı çalışmada

kadınların %98.4'ü meme kanserine erken tanı konulabileceğini düşünmektedir (55). Çalışmamızda bireylerin erken teşhis edilebilen kanser türleri ile ilgili bilgilerinin literatüre göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu sonucun bireylerin yaş ve eğitim farklılıklarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Ancak erken tanı için tarama muayenesi yapılabilen meme ve serviks kanserini ilk ve ikinci sırada belirtmiş olmaları bu konuda istenilir düzeyde olmasa da farkındalıklarının olduğunu, erken teşhis/tarama testi olmayan akciğer kanserini belirtmiş olmaları ise bu konuda yanlış bilgilerinin olduğunu göstermektedir. Erken teşhis edilebilen kanser türlerinin bilinmemesi bireylerin sağlık kuruluşlarına doğru zamanda başvurmasını engelleyecektir.

Araştırma grubundaki bireylere göre erken teşhisin hayat kurtardığını düşündükleri kanser türleri; meme kanseri (%52.2), serviks kanseri (%38.2), prostat kanseri (%29.1), akciğer kanseri (%27.1) ve kolon kanseri (%24.5)'dir (Tablo 4.19).Myanmar'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %94.2'si serviks kanserinin erken safhalarda tedavi edilebileceğini, yarıdan fazlası (%65.5) hastalığın önlenebilir olduğunu düşünmektedir. Aynı çalışmada katılımcıların %95.5'i meme kanserinin erken safhalarda tedavi edilebileceğini ve hayatta kalma durumuyla ilgili olarak en şanslı kanser türünün meme kanseri (%87.5) olduğunu belirtmektedir (56). Amerika'da zenci ve Hispanik gruplar üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların pek çoğu kanserin tedavi edilemez ve kaçınılmaz bir yazgı olduğuna inanmaktadır. Bu kaderci tutum grupların ikisinde de görülmektedir (57). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada katılımcılar meme kanserinin tedavisine ilişkin, riski Tanrı'nın belirlediğine ve nazar kavramının bir risk faktörü olduğu inancını taşımaktadırlar (58). Çalışmamızda bireylerin erken teşhis edildiğinde hayatın kurtulduğunu düşündükleri kanser türleri için ilk sırada meme kanseri olduğu sonucu literatüre benzer, ancak oranı oldukça düşüktür.

Araştırma grubundaki bireylere göre erkeklerde en sık görülen ilk üç kanser türü; prostat kanseri (%61.7), akciğer kanseri (%49.4), mide kanseri (%10.2), kadınlarda; meme kanseri (%84.4), serviks kanseri (%49.3) ve over kanseri (%4.7)'dir (Tablo 4.21). Türkiye'de 2004-2006 yılları arasında sekiz ilde (İzmir, Antalya, Samsun, Bursa, Trabzon, Edirne, Erzurum ve Ankara) ev halkı tespit fişlerine dayanılarak 69.147 kişinin kanser kayıtlarının değerlendirildiği bir çalışmada erkeklerde en sık görülen kanserler; akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanserleri iken, kadınlarda ilk

beş kanser türü; meme, kolorektal, tiroit, uterus korpusu ve akciğer kanserleri olarak bildirilmiştir (59). Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (MEEC) üyesi İzmir Kanser Kayıt Merkezi'nin verilerine göre erkeklerde ilk üç sırada akciğer-bronş kanserleri %40.3, kolorektal kanserler %6.7, mide kanseri %5.9, kadınlarda; meme kanseri %31.7, kolorektal kanserler %8.2, uterus kanseri %5.7 oranında tespit edilmiştir (54). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde 2001-2004 yılları arasında Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na başvuran 1.584 kanser hastasında en sık 5 kanser türü; mide (%26.5), özefagus (%15.8), meme (%9.5), kolorektal (%7.6) ve akciğer (%6.4) kanseridir. Erkeklerde en sık 5 kanser türü; mide (%32), özefagus (%13), akciğer (%9.3), kolorektal (%7.9) ve lenfoma (%5.4), kadınlarda; meme (%19.8), mide (%19.6), özefagus (%19.2), kolorektal (%7.3) ve over (%5.5) kanseri olarak bildirilmiştir. Karaca ve ark. çalışmasında erkeklerde en sık görülen üç kanser türü; akciğer, kolorektal, mide kanseri, kadınlarda ise; meme, kolorektal ve genitoüriner kanserler olarak bulunmuştur (59). Çalışmamızda bireylerin erkeklerde en sık görüldüğünü düşündükleri prostat kanseri, ilimizde yapılmış olan Karadeniz Bölgesi Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Çalışması (%8.6) ve Kanser Kayıt Çalışması (%5.5) sonuçlarından oldukça farklıdır.

Araştırma grubundaki bireylerin %62.4'ü kanser belirtilerinin neler olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Bireylerin en sık ifade ettiği ilk üç kanser belirtisi; halsizlik (%18.6), ağrı (%11.8) ve zayıflık (%8.1)'tır (Tablo 4.22). Yapılan çalışmalar bireylerin kanser belirtileri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (5). Gültekin ve ark. yaptığı çalışmada katılımcılar kanser belirtilerini halsizlik-iştahsızlık (%53.2), şişlik (%43.4), iyileşmeyen yaralar (%39.8), sürekli öksürük ve ses kısıklığı (%32.2) olarak belirtmişlerdir (5). İngiltere'de yapılan bir çalışmada üç yetişkin kişiden birinin kanser belirtilerinden haberi olmadığı saptanmıştır (17). Çalışmamızda ise üç yetişkinden ikisinin kanser belirtilerini bilmemesi bu konuda önemli bilgi eksikliği olduğunu ortaya koymaktadır. Bilgi eksikliği ise bireylerin erken teşhis için sağlık kuruluşlarına başvurusunu geciktirmekte ve tedavi olanağını azaltabilmektedir.

Araştırma grubundaki bireylerin %26.4'ü kanseri sık görülmesi, %16.5'i ailesinde kanser öyküsü olması ve %14.1'i sigara içiyor olmaları nedeniyle kendilerinde kanser ihtimali olduğunu düşünüyorlardı (Tablo 4.24). Bireylerin kanserin sık görülen bir sağlık sorunu olduğu, sigara içmenin kansere neden olabileceği ve ailelerinde kanser

öyküsü olmasının kendilerinde kanser ihtimalini artırdığı konusunda farkındalıklarının düşük olduğu görülmektedir.

Araştırma grubundaki bireylerde kanser ihtimalini en fazla 40-54 yaş grubu (%63.2), üniversite mezunları (%77.0) ve birinci derece yakınlarında kanserden ölüm öyküsü olanlar (%68.4) düşünüyorlardı (Tablo 4.25). Kendilerinde kanser ihtimalini daha fazla düşünen grupların kansere ilişkin farkındalıklarının daha fazla olmasının bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülebilir.

Araştırma grubundaki bireylerin kanser riskini artırdığını düşündükleri ilk üç neden sigara içme, cep telefonu ve alkol tüketimidir (Tablo 4.27).Kanserle İlişkili Bilgi ve Davranışlar Araştırması'nda katılımcıların %92.9'u sigara, %90.4'ü alkol, %43.6'sı cep telefonu kullanımının kanser riskini artırdığını düşünmektedirler (44). Gültekin ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %84.0'ı sigara, %52.1'i alkol tüketimini kanser nedeni olarak belirtmektedirler (5). Inoue ve ark. Japon genel toplumunda bireylerin %43.0'ı sigara içme,%21.7'si alkol tüketiminin kansere neden olduğunu belirtmektedirler (60). Çalışmamızda bireylerin kansere neden olduğu kesin olan sigara içme, alkol tüketimi ve ailede kanser öyküsü olmasını yüksek oranda kanser nedeni olarak belirtmiş olmaları, bu konuda farkındalıkları olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak kansere neden olduğu kesin olmayan cep telefonu kullanımının ikinci sıklıkta, etkisi kesin olan yaşlanmanın ise oldukça düşük oranda belirtilmiş olması bu konuda bilgi gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.

Araştırma grubundaki erkeklerin %95.2'si, kadınların %96.2'si sigara içmenin kansere neden olduğunu düşünüyorlardı (Tablo 4.28). Sigara içmenin hem erkekler hem de kadınlar arasında kansere neden olan faktörler arasında ilk sırada belirtilmiş olması bu konuda farkındalıklarının olduğunu göstermektedir. Ancak yüksek farkındalığa rağmen sigara içmeyi bırakmanın davranışa dönüştürülemediği gözlenmektedir.

Araştırma grubundaki bireylere göre en ölümcül hastalık kanserdir (%92.2). Bireylerin %86.4'ü üzüntü ve stresin kansere sebep olduğunu, %85.5'i kanserin erken teşhis edilebildiğini, %82.1'i kanserin tedavi edilebildiğini, %76.4'ü kanserin kalıtımla geçtiğini, %72.5'i kanserin önlenebildiğini düşünmektedir. Kanserin bulaşıcı olduğunu düşünenlerin sıklığı ise %13.8'dir (Tablo 4.29).Kanserle İlişkili Bilgi ve Davranışlar Araştırması'nda da katılımcıların %80.5'i en önemli sağlık sorunu olarak kanseri belirtmişlerdir. Katılımcıların %52.6'sı ise kanserin tedavi edilebilir olduğunu

düşünmektedir (44). Gültekin ve ark. yaptığı çalışmada da katılımcıların %93.1'i kanseri tedavi edilemeyen ölümcül bir hastalık (5), Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların %80.9'u kanseri en ölümcül hastalık olarak belirtmektedir (61). Çalışmamızda bireylerin kanserin önlenebilir olduğunu düşünmesi kanser ile mücadele çalışmaları için umut verici bir durumdur.

Araştırma grubunda üzüntünün kansere sebep olduğu algısı erkeklerde (%87.5), 40-54 yaş grubunda (%89.2), üniversite mezunlarında (%92.6) ve gelir durumu iyi olanlarda (%92.4) daha fazlaydı (Tablo 4.30). Üzüntünün kansere sebep olduğuna yönelik bilimsel veri bulunmamasına karşın üniversite mezunlarının bu şekilde algılaması düşündürücüdür. Bu durumun yazılı ve görsel basında kansere ilişkin yer alan bilgi kirliliğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Bu sonuç, bu tür algıların eğitim düzeyi ile ilişkilendirilmemesi gerektiğini ve her eğitim düzeyinde bilgi gereksiniminin olabileceğini ortaya koymaktadır.

Araştırma grubunda kanserin kalıtımla geçmediğini düşününler en fazla üniversite mezunlarındaydı. Üniversite mezunları kanserin kalıtımla geçtiğini ise ortaokul ve lise mezunlarından sonra üçüncü sırada belirtmişlerdi (Tablo 4.31). Çalışmamızın bu sonucu üniversite mezunlarının bazı kanser türlerinin kalıtımla geçtiğini bilmeleriyle ile ilgili olabilir.

Araştırma grubundaki bireylerin %78.2'si ailede meme kanseri öyküsü, %47.6'sı şişman olma, %36.2'si iyi huylu meme hastalığı ve %36.1'i posa yönünden yetersiz beslenmenin meme kanseri riskini artırdığını düşünmektedirler. Bireylerin %11.3'ü meme kanseri risk faktörlerinden hiçbirini bilmemektedir (Tablo 4.32-35). Ankara Hastanesi'nde çalışan 91 kadın sağlık personelinin meme kanseri hakkındaki bilgi ve davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %97.8'i ailesinde meme kanseri olmasını meme kanseri için risk faktörü olarak belirtmiştir (14). Özaydın ve ark. yaptığı çalışmada 40-69 yaş grubundaki kadınların %96.3'ü ailede meme kanseri öyküsü olması, %31.7'si erken menarşın meme kanseri riskini artırdığını düşünmektedir (55). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada katılımcıların meme kanserinin temel risk faktörleri konusunda zayıf bir anlayışa sahip olduğu saptanmıştır (58). Meme kanseri risk faktörlerinde rölatif riski 4'den fazla olanlardan 'ailede meme kanseri öyküsü' olması bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde en fazla bilinen risk faktörü olarak belirtilmiştir (%78.2). Ancak hiçbir risk faktörünü bilemeyen bireylerin

olması araştırma grubunda meme kanseri risk faktörleri konusunda bilgi gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Araştırma grubundaki bireylerin %56.7'si birden fazla cinsel eş, %39.7'si Pap-smear testi yaptırmamış olma, %39.5'i erken yaşta cinsel ilişkinin serviks kanseri riskini artırdığını düşünmektedirler. Bireylerin %31.1'i ise serviks kanseri risk faktörlerinden hiçbirini bilmemektedir (Tablo 4.33-35). Türkol ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %45.1'i erken yaşta cinsel ilişki, %49.0'ı birden fazla cinsel eşin serviks kanserinde önemli olduğunu düşünmektedir (62). Hyacinth ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %20.3'ü erken yaşta cinsel ilişkiyi serviks kanseri için risk faktörü olarak belirtmektedirler (63). İngiltere'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %41.0'ı seks ile ilgili faktörleri (64), Myanmar'da yapılan bir çalışmada katılımcıların%77.0'ı birden fazla cinsel eşi rahim ağzı kanseri için risk faktörü olarak belirtmektedirler (56). Çalışmamızda serviks kanseri risk faktörlerini bilme oranı literatüre göre daha düşük bulunmuştur. Bireylerin yaklaşık üçte biri ise hiçbir risk faktörünü bilmemektedir.

Araştırma grubundaki bireylerin %86.6'sı sigara ve nargile içme ve %75.9'u ağız hijyenine dikkat edilmemesinin ağız boşluğu kanseri riskini artırdığını düşünmektedirler (Tablo 4.37). Polonya'da oral kavite ve farinks kanserli hastalar üzerinde yapılan karşılaştırmalı bir araştırmada sigara içme ve alkol kullanımının oral kanser riskini artırdığı saptanmıştır (65). Çalışmamızda bireylerin sigara içmenin ağız boşluğu kanserine neden olması konusunda farkındalıkları yüksektir. Ancak bireylerin %12.3'ünün ağız boşluğu kanseri risk faktörlerinden hiçbirini bilmemeleri bu konuda bilgi gereksinimleri olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.40).

Araştırma grubundaki bireylerin %83.3'ü alkol tüketimi, %80.1'i aşırı yağlı beslenme, %71.6'sı ailede kolon kanseri öyküsü, %63.0'ı iltihabi bağırsak hastalığı, %58.4'i şişmanlık, %49.5'i fazla miktarda kırmızı et tüketiminin kolon kanseri riskini artırdığını düşünmektedirler (Tablo 4.38). Sinha ve ark. yaptığı çalışmada kırmızı et tüketimi, et pişirme yöntemleri ve bunların kanserle ilişkilerini incelemişlerdir. Araştırmanın sonunda 10g/gün (80g/hafta) oranında kırmızı et tüketiminin kolorektal kanser riskini %11.0, iyi pişmiş etin kolorektal kanser riskini %29.0 (10g/gün), yüksek ısıda pişirmenin kanser riskini günde her 10g et tüketimi için %26.0, ızgara ya da mangalda pişmiş kırmızı etin riski %15.0 oranında artırdığını saptamışlardır (66). Et tüketimi, pişirme yöntemleri ve kolorektal kanser riskini saptamak amacıyla Arjantin'de yapılan

bir başka çalışmada; mangalda pişirilen ve tavada yağda kızartılan etlerin kolorektal kanser riskini belirgin olarak artırdığı saptanmıştır (67). Çalışmamızda bireylerin yarısı fazla miktarda kırmızı et tüketimin kanser riskini artırdığını düşünmektedir. Bireylerin %4.9'u kolon kanseri risk faktörlerinden hiçbirini bilmemektedir (Tablo 4.40). Bu sonuç bireylerin kolon kanseri risk faktörlerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırma grubundaki bireylerin %16.1'i gaitada gizli kan testi yaptırmıştır. Bunların %92.8'i doktor istemi ile test yaptırdığını belirtmişlerdir (Tablo 4.43). Lojistik analizde, 40-54 yaş grubuna göre 55-64 yaş grubu1.6 kat, ≥65 yaş grubu 1.9 kat; erkekler kadınlara göre 1.8 (1/0.55) kat; gelir durumu iyi olanlar orta/kötü olanlara göre 2.5 kat daha fazla gaitada gizli kan testi yaptırmıştır (Tablo 4.44). Risk gruplarına girmeyen 50-80 yaşları arasındaki bireylerin 1-2 yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırması önerilmektedir (1). Çalışmamızda bireylerin 40 yaşın üzerinde kanser tanısı almamış bireyler olduğu düşünüldüğünde gaitada gizli kan testi yaptıranların oranının düşük olduğu söylenebilir.

Araştırma grubundaki bireylerin %15.2'si kolonoskopi yaptırmıştır. Bireylerin %97.8'i doktor istemi ile kolonoskopi yaptırdığını belirtmişlerdir (Tablo 4.43). Lojistik analizde, 40-54 yaş grubuna göre 55-64 yaş grubu1.3 kat, ≥65 yaş grubu 2.4 kat; gelir durumu iyi olanlar kötü/orta olanlara göre 2.7 kat; yaşamının en uzun süresini kırsal alanda yaşamış olanlar kentsel alanda yaşamış olanlara göre 1.7 (1/0.58) kat; birinci derece yakınlarında kanserden ölüm öyküsü olanlar olmayanlara göre 1.5 kat daha fazla kolonoskopi testi yaptırmıştır (Tablo 4.45).Açıkgöz ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %90.1'inin hiç kolonoskopi yaptırmadığı, kadınların sosyoekonomik ve sağlığa ilişkin özellikleri ile kolonoskopi yaptırma davranışı arasında fark bulunmadığı saptanmıştır (68). Kolon kanseri yönünden risk taşımayan bireylere 10 yılda bir kolonoskopi yaptırması önerilmektedir (1). Çalışmamızda kolonoskopi yaptırma oranı literatür ile uyumlu olarak düşük bulunmuştur. Bu muayenenin tamamına yakınının doktor istemi ile yaptırılmış olması bireylerin erken tanı için tarama muayenelerini çok düşük oranda kullandıklarını ortaya koymaktadır.

Araştırma grubundaki kadınların %45.3'ü KKMM yaptıklarını belirtmişlerdir. Doktor istemi ile KKMM yapanların sıklığı %6.3'tür (Tablo 4.43). Lojistik analizde, 40-54 yaş grubu 55-64 yaş grubuna göre 2.1 (1/0.49) kat, ≥65 yaş grubuna göre 2.3 (1/0.43) kat;

sağlık güvencesi olanlar olmayanlara göre 3.2 kat; OYD/DOY/ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre ortaokul/lise düzeyinde eğitime sahip olanlar 1.4 kat, üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlar 3.7 kat; birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanlar olmayanlara göre 1.6 kat daha fazla KKMM yapmıştır (Tablo 4.46). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların KKMM uygulama oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (52). Yapılan çalışmalarda KKMM yapan kadın oranı %37.4 ile %59.8 arasında değişmekte iken, düzenli KKMM yapan kadın oranı en düşük %5.9 ve en yüksek %17.9 olarak bulunmuştur (53). KKMM uygulama sıklıkları; Seçginli'nin çalışmasında %5.5, Rızalar ve Altay'ın çalışmasında %48.1 olarak saptanmıştır (69). Çorum'da yapılan bir çalışmada kadınların %27.2'sinin düzenli KKMM yaptığı bulunmuştur (70). Gürsoy ve ark. yaptığı çalışmada kırk bir yaş ve üzerinde, evli, ailesinde kanser öyküsü olan ve meme kanseri öyküsü olmayan kadınların daha yüksek oranda KKMM yaptığı, öğrenim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranının arttığı bulunmuştur. Anne veya kardeşinde meme kanseri öyküsü olanlar olmayanlardan, herhangi bir meme hastalığı geçirenler geçirmeyenlerden daha fazla KKMM yapmaktadır (21). Güner ve ark. yaptığı çalışmada da kadınların öğrenim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranlarının arttığı bulunmuştur. Dişcigil ve ark. yaptığı çalışmada KKMM yapma oranının öğrenim düzeyi ve ailede meme kanseri öyküsü olma durumu ile arttığı saptanmıştır. Petro-Nustus ve ark. yaptığı çalışmada kadınların yüksek eğitim almış olmasının, ailede meme kanseri öyküsü olmasının, KKMM yapma oranını arttırdığı bulunmuştur (71). Eğitim düzeyinin artması ve birinci derece yakınlarda kanser öyküsü olması diğer çalışmalardaki sonuçlara benzer şekilde KKMM yapmayı artıran ortak değişkenler olarak bulunmuştur. Memedeki değişikliklerin fark edilmesini sağlayan KKMM konusunda kadınların farkındalıklarının istenilir düzeyde olduğu söylenebilir. Ancak KKMM'nin, her ay düzenli ve doğru şekilde yapılması hedeflenmelidir.

Araştırma grubundaki kadınların %29.2'si Pap-smear testi yaptırmıştır. Kadınların %95.4'ü doktor istemi ile testi yaptırmıştır (Tablo 4.43).Lojistik analizde, 40-54 yaş grubu 55-64 yaş grubuna göre 1.2 (1/086) kat, ≥65 yaş grubuna göre 2.7 (1/0.37) kat; birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanlar olmayanlara göre 1.8 kat daha fazla Pap-smear testi yaptırmıştır (Tablo 4.47).Türkol ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %23.5'i (62), Özdemir ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %23.7'si Pap-smear yaptırmıştır (72). Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınları Pap-smear testi

yaptırmaya iten değişkenlerin sosyoekonomik durum ve kültürleşme seviyesi olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada lojistik analizde Pap-smear testinin serviks kanserinin erken tanısı için en iyi tanı metodu olduğunu bilen kadınların testi yaptırma olasılığının diğer kadınlara nazaran beş kat daha fazla olduğu bulunmuştur (73). Bostwana'da yapılan bir çalışmada Pap-smear testi yaptırmaya engel en önemli nedenler, Pap-semar testi hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, sağlık hizmeti verenlerin olumsuz tutumları ve doktora erişimin sınırlı olması olarak belirlenmiştir (74). Amerika'da yapılan bir çalışmada Pap-smear testi yaptırma üzerine en etkili faktörün doktor önerisi olması, ikinci faktörün ise sağlık güvencesine sahip olma olduğu saptanmıştır (75). Açıkgöz ve ark. yaptığı çalışmada 40-49 yaş grubunda, evli, lise ve üstünde öğrenim düzeyine sahip olmanın Pap-smear testi yaptırmada temel belirleyiciler olduğu saptanmıştır (76). Kayseri'de yapılan bir çalışmada Pap-smear testi yaptırmada kadınların serviks kanserine ilişkin bilgi sahibi olması, yaşı, çalışma durumu, eğitim ve gelir düzeyine göre anlamlı farklılık belirlenmişken, son üç yılda Pap-smear testi yaptırmanın yaş ve gelir düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (77). Çalışmamızda Pap-smear yaptırma oranı düşük bulunmuştur. Kadınların diğer çalışmalara benzer şekilde serviks kanserinin erken tanısı için tarama muayenelerini düşük oranda yaptırdıkları görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %22.7'si KMM yaptırmış, %94.9'u doktor istemi ile yaptırılmıştır (Tablo 4.43). Lojistik analizde, gelir durumu iyi olanlar kötü/orta olanlara göre 2.4 kat; aylık geliri ≤999TL olanlara göre 1000-1999TL olanlar 1.6 (1/0.63) kat, 2000-2999TL olanlar 2.7 (1/037) kat, ≥3000TL olanlar 2 (1/0.50) kat; birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanlar olmayanlara göre 2.8 kat daha fazla KMM yaptırmıştır (Tablo 4.48). KMM yaptıran kadın oranı ülkemizdeki çalışmalarda %21.1 ile %42.7 arasında değişmektedir (21). Dişcigil ve ark. yaptığı çalışmada KMM yaptıran kadın oranı %42.7 (78), Gürsoy ve ark. yaptığı çalışmada %19.8 olarak bulunmuştur (21). Bu çalışmada yaş, medeni durum, ailede kanser öyküsü ve ailede meme kanseri öyküsü olması KMM yaptırmayı etkileyen anlamlı değişkenlerdir. Kırk bir yaş ve üzerinde, evli, ailesinde kanser öyküsü ve meme kanseri öyküsü bulunan kadınların KMM yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur (21). Çalışmamızda KMM yaptırmaya etkili faktörlerden birinci derece yakınlarda kanser öyküsü olması ilimizde daha önce yapılmış olan çalışmanın sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Araştırma grubundaki erkeklerin %63.4'ünün, kadınların %29.2'sinin (tüm grupta %46.3) mamografinin ne olduğu konusunda bilgisi yoktur (Tablo 4.49).Mamografinin ne olduğunu bilme açısından erkekler ve kadınlar arsında anlamlı fark vardır. Kadınlar mamografinin ne olduğunu erkeklerden daha fazla oranda bilmektedir. Gültekin ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %44.6'sı (5), Erbay Dündar ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %27.9'u mamografinin ne olduğunu bilmemektedir (79). Çalışmamızın sonucu Gültekin'in çalışması ile benzer bulunmuştur. Erkeklerin yaklaşık üçte ikisinin, kadınların yaklaşık üçte birinin mamografinin ne olduğunu bilmemesi düşündürücüdür. Kadınlar arasında en yaygın kanser türü olan meme kanserinin erken teşhisinde kullanılan mamografinin bilinmemesi bu konuda yapılacak olan farkındalık eğitimlerinin daha etkili ve sürekli yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırma grubundaki bireylerin %55.8'i kimlerin mamografi çektirmesi gerektiğini bilmemektedir. Mamografiyi tüm kadınların çektirmesi gerektiğini ifade edenlerin sıklığı %24.3, ≥40 yaş kadınların çektirmesi gerektiğini belirtenlerin sıklığı %10.2'dir (Tablo 4.50).Gürsoy ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %43.5'i kimlerin mamografi çektirmesi gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir (21). Kadınların yarıdan fazlasının kimlerin mamografi çektirmesi gerektiğini bilmemesi, hem erken teşhis için başvuruyu geciktirebileceği hem de mamografinin gereksiz yere kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %14.3'ü mamografi çektirmiştir. Mamografi çektirenlerin %94.0'ı doktor istemi ile çektirmiştir (Tablo 4.43).Lojistik analizde, sağlık güvencesi olanlar olmayanlara göre 7.1 kat; birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü olanlar olmayanlara göre 2.4 kat daha fazla mamografi çektirmiştir (Tablo 4.51).Ülkemizde yapılan çalışmalarda mamografi çektirme oranı en düşük %10.7 ve en yüksek %40.6 olarak bulunmuştur (21). Özer ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %20.9'u (71), Özdemir ve ark. yaptığı çalışmada hemşirelerin %7.3'ü (72), Canbulat ve Uzun'un yaptığı çalışmada kadınların %12.5'i (80), Gürsoy ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %15.0'ı (81) mamografi çektirmiştir. Bu çalışmada mamografi çektirmeyi etkileyen anlamlı değişkenler; yaş, medeni durum, sağlık sigortası, ailede kanser öyküsü ve meme kanseri öyküsü olarak bulunmuştur. Kırk bir yaş ve üzerinde, evli, sağlık güvencesi olan, ailede kanser öyküsü ve meme kanseri öyküsü olan kadınların mamografi çektirme oranları daha yüksek bulunmuştur (21).

Dişcigil ve ark. yaptığı çalışmada kadınlarda yüksek eğitim düzeyinin mamografi uygulaması ile ilişkili olmadığı, ailelerinde meme kanseri öyküsü olanların mamografi yaptırma konusunda daha duyarlı oldukları ve meme sağlığı ile ilgili bilgileri doktordan alan kadınların tüm tarama yöntemlerini diğer kadınlara göre daha çok kullandıkları saptanmıştır (78). Açıkgöz ve ark. yaptığı çalışmada 50-59 yaş grubundaki kadınların daha genç ve ileri yaşta olanlara göre, sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre daha fazla mamografi yaptırdığı bulunmuştur (77). Çalışmamızda mamografi çektirme oranı daha önce ilimizde Gürsoy ve ark. yaptığı çalışmanın sonucuyla benzerdir. Mamografi çektirme üzerine etkili olarak bulduğumuz sağlık güvencesi ve birinci derece yakınlarda kanser öyküsü olması literatürle uyumludur.

Araştırma grubundaki erkeklerin %15.8'i PSA testi yaptırmış, %95.4'ü doktor istemi ile yaptırdığını belirtmişlerdir (Tablo 4.43).Lojistik analizde, birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olmayanlar olanlara göre 4.8 (1/0.21) kat; birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü olanlar olmayanlara göre 6.6 kat daha fazla PSA testi yaptırmıştır (Tablo 4.52). Bilgili ve Kitiş'in Ankara'da yaptığı bir çalışmada erkeklerin %20.9'u PSA testi yaptırmıştır (82). Çalışmamızda PSA testi diğer tarama muayenelerinde olduğu gibi düşük oranda yaptırılmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin %66.0'ı kanserden korunmak için hiçbir şey yapmadığını belirtmişlerdir. Bireylerin %54.5'i yediği gıdalara dikkat ettiğini, %19.9'u sigara içmediğini, %8.6'sı yürüyüş yaptığını belirtmişlerdir (Tablo 4.53). Lojistik analizde, OYD/DOY/ilkokul düzeyinde eğitimi olanlara göre ortaokul/lise düzeyinde eğitimi olanlar 1.8 kat, üniversite düzeyinde eğitimi olanlar 5 kat; aylık geliri ≤999TL olanlara göre 1000-1999TL olanlar 1.3 kat, 2000-2999TL olanlar 1.7 kat, ≥3000TL olanlar 1.5 kat daha fazla kanserden korunmak için önlem almıştır (Tablo 4.55). Harnack ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %72.0'ı kanserden korunmak için daha fazla posa tüketmek gerektiğini, %66.0'ı daha fazla sebze ve meyve yenmesi gerektiğini belirtmektedir (83). Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada erbaş ve erler kanserden korunmak için, alkol kullanmamak, sigara içmemek, düzenli spor yapmak, beslenmeye dikkat etmek, kilo almamak, stresten uzak durmak, düzenli doktora gitmek, güneşten korunmak gerektiğini belirtmişlerdir (84). Gültekin ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %62.2'si beslenmesine dikkat ettiğini, %44.2'si sigara içmediğini, %36.3'ü güneşten korunduğunu, %32.9'u radyasyonlu ortamlardan kaçtığını belirtmiştir (5). Çalışmamızda bireylerin üçte ikisi kanserden korunmak için hiçbir şey

yapmamaktadır. Bireylerin yarıdan fazlasının kanserden korunmak için beslenmesine dikkat ettiğini belirtmesi bu konuda istenilir düzeyde olmasa da farkındalığın olduğunu göstermektedir.

Araştırma grubunda kanser ile ilgili bilgi alanların 40-54 yaş grubunda (%73.1), üniversite mezunu (%90.2), gelir durumu iyi (%80.3) ve yaşamının en uzun süresini kentsel alanda yaşamış olanlarda (%67.6) daha fazla olduğu görülmektedir. Bu grupların kanser konusunda bilgiye çeşitli yollarla ulaşımlarının etkili olabileceği düşünülebilir.

Araştırma grubundaki bireylerin kanser ile ilgili bilgi kaynakları; %88.7 televizyon, %43.8 arkadaş-komşu, %32.4 doktordur. Kanser konusunda bireylerin bilgi aldığı kaynaklar arasında hekimler 3., hemşireler 7. ve ebeler 10. sırada yer almaktadır (Tablo 4.57). Dişcigil ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %64.7'si televizyon, %28.7'si doktoru bilgi kaynağı olarak kullanmaktadır (78). Karadeniz Bölgesi'nde yapılan Hane Halkı Kanser Riski, Hastalık Yükü ve Kanser Farkındalığı Araştırması'nda kanser konusunda bilgi en fazla televizyondan edinilmiştir (54). Özaydın ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %60.3'ü televizyondan bilgi almıştır (55). Gültekin ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların kanser konusundaki en önemli bilgi kaynağı televizyon (5), Erbay Dündar ve ark. yaptığı çalışmada televizyon-radyo (%40.0) olarak bulunmuştur (79). Çalışmamızda kanser konusunda en çok kullanılan bilgi kaynağının televizyon olması literatür ile benzerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser konusunda bireylerin bilgi, tutum ve davranışlarını araştıran kısıtlı sayıda araştırma yapılmıştır. Bu çalışma Trabzon için bir ilktir ve ili yansıtır düzeydedir. Bu araştırmada il merkezinde yaşayan 40 yaş ve üzeri bireylerin kanser konusundaki farkındalığı belirlenmeye çalışılmıştır. Bu araştırmanın sonuçları dikkate alındığında kanser ile mücadelede doğru planlamaların yapılmasında yardımcı olacaktır.

- Araştırma grubunun %95.7'si sigaranın kanser yaptığını belirtmesine karşın %22.9'u halen sigara içmektedir. Kanser ile mücadele için, sigara ile mücadeleye devam etmek hala önemini korumaktadır.

- Araştırma grubu yetersiz sebze-meyve tüketimi, küflenmiş besinlerin tüketimi, kızarmış et tüketimi, şişman olma gibi faktörleri kansere neden olan faktörler arasında belirtmiştir. Beslenmenin kanser ile ilişkisi konusunda toplumun farkındalığı vardır.
- Araştırma grubuna göre en ölümcül hastalık kanserdir.
- Araştırma grubunda üzüntü ve stresin kanser yaptığı, bulaşıcı olduğu gibi yanlış algılar vardır.
- Araştırma grubunun kansere neden olan faktörler, kanser belirtileri ve çeşitli kanser türlerinin risk faktörlerini bilme konularında eksik veya yanlış bilgileri vardır.
- Araştırma grubunda erken tanı/tarama testlerini yaptıranlar çok düşük orandadır ve grubun tamamına yakını erken teşhis/tarama testlerini doktor istemiyle yaptırmıştır. Araştırma grubunda;
    - KKMM yapma üzerine etkili değişkenler; yaş, eğitim, sağlık güvencesi, birinci derece yakınlarda kanser öyküsü,
    - KMM yaptırma üzerine etkili değişkenler; sağlık güvencesi, gelir durumu, aylık gelir, birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü,
    - Mamografi çektirme üzerine etkili değişkenler; sağlık güvencesi, birinci derece yakınlarda kanser öyküsü,
    - Pap-smear yaptırma üzerine etkili değişkenler; yaş, birinci derece yakınlarda kanser öyküsü,
    - Gaitada gizli kan testi yaptırma üzerine etkili değişkenler; cinsiyet, yaş, gelir durumu,
    - Kolonoskopi yaptırma üzerine etkili değişkenler; yaş, gelir durumu, en uzun süre yaşanılan yer, birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü,
    - PSA testi yaptırma üzerine etkili değişkenler; birinci derece yakınlarda kanser öyküsü, birinci derece yakınlarda kanserden ölüm öyküsü,

  - Kanserden korunmak için önlem alma üzerine etkili değişkenler; eğitim ve aylık gelirdir.

- Kanser konusunda en önemli bilgi kaynağı televizyondur. Kanser ile ilgili bilgi kaynakları arasında hekimler üçüncü, hemşireler yedinci ve ebeler onuncu sırada yer almaktadır.

Birçok ülkede kanser son derece yaygın olup, kalp hastalıklarından sonra ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Kanser morbiditesi ve mortalitesini azaltmak için;

- Sigara ile mücadeleye kararlı politikalarla devam edilmelidir.
- Meme kanseri, serviks kanseri, over kanseri, ağız boşluğu kanseri, mide kanseri, kolon kanseri, deri kanseri ve prostat kanserinin risk faktörleri, korunma ve tarama muayeneleri konularında toplumun farkındalığını artırmak için sağlık eğitimi çalışmaları sürekli yapılmalıdır.
- Kanser konusunda yanlış bilgilerin ve yanlış algıların değiştirilmesi için sürekli eğitim yapılmalıdır.
- Erken teşhiş/tarama testlerinin kullanımının artırılması için ulaşılabilirliğin artırılması çalışmaları yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanları kanserin önlenmesi ve erken tanısında anahtar rol oynamalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Tuncer M. (Ed). Türkiye'de Kanser Kontrolü. Koza Matbaacılık. Ankara 2009; ss 5-410.
2. Boyle P, Levin B (Ed). Dünya Kanser Raporu 2008. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Lyon 2008; ss 12-497.
3. Türkiye Sağlık Raporu 2012. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2012; ss 1-527.
4. Arıca S, Özer C, Şilfeler DB. ve ark. Hatay ilinde 2008 yılı kanser vakaları sıklığı ve dağılımı. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Derg. 2011;2(2):192-195.
5. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology 2011;8(1):57-61.
6. Kanser Ölümleri 2009.Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, Erişim: [http://www.kanser.gov.tr/Dunya/Sunular/Cancer.pdf], Erişim tarihi: 5 Şubat 2014.
7. GLOBOCAN 2008. Erişim: [http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/ factsheet. asp?uno=792), Erişim tarihi:20 Haziran 2011.
8. GLOBOCAN 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worlwide in 2012. Erişim: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact-sheets-population. aspx], Erişim tarihi: 5 Şubat 2014.
9. Platin N. (Ed). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. IV. Akşam Sanat Okulları Matbaası. Ankara, 1996.
10. Platin N. (Çev Ed). Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar. Uluslararası Kanser Savaş Birliği Teknik Raporlar Serisi 39, Ankara 1987.

11. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Başbakanlık Basımevi, Ankara 1994; ss 40-47.
12. Schernhammer E, Haidinger G, Waldhör T, Vargas R, Vutuc C. A study of trends in beliefs and attitudes toward cancer. J Canc Educ 2010.
13. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO, Geneva 2009;pp1-23.
14. Erman Y, Özçelik AÖ. Erkek ve kadınların diyet-kanser ilişkisi hakkında bilgi ve inanışları. Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın no:16, 2007; ss 1-123.
15. La Vecchia C, Bosetti C. Benefits and risks of oral contraceptives on cancer. Eur J Cancer Prev 2004;13:467-470.
16. IARC. IARC Monograps on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Sayı 72, Hormonal contraception and post-menopausal hormonal therapy. Lyon, Fransa: International Agency for Research on Cancer.
17. Brunswick N, Wardle J, Jarvis MJ. Public awareness of warning signs for cancer in Britain. Cancer Causes and Control 2001;(12):33-37.
18. Kanserden korunma. Erişim: [index.php?m= icerikphp&bolustur= 719& baslik _ id =720] Erişim tarihi: 13 Temmuz 2012.
19. Cancer facts for people over 50. Erişim:[http://www.nia.nih.gov/ healthinformation/ publications/cancer.htm], Erişim tarihi: 13 Temmuz 2012.
20. Seçginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish woman: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2006;43(2):161-171.
21. Akkaş Gürsoy A, Karadeniz Mumcu H, Yeşilçiçek Çalık K. ve ark. Attidudes and health beliefs associated with breast cancer screening behaviors among Turkish women . Journal of Transcultural Nursing 2011;22(4):368-375.
22. Cancer Early Diagnosis, Screening and Education Centres. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı 2009, Erişim:[(http://www.kanser.gov.tr/ Dunya/Sunular/Cancer.pdf], Erişim tarihi: 5 Şubat 2014.
23. Yapucu Güneş Ü, Zaybak A, Eşer İ, Khorshid L. Sağlıklı bireylerde kanser risk faktörleri. Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2007;23(2):13-22.

24. Uncu F, Bilgin N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. The Journal of Breast Health 2011; 7(3):167-175.

25. Öztürk Y, Günay O (Ed). Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Beslenmenin Rolü. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Kitabı, Kayseri, 2009; s.1321.

26. Karabulutlu Ö. Servikal kanserde risk faktörleri, erken tanı yöntemleri, korunma ve hemşirenin rolü. STED 2013; 23(2):74-79.

27. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında pap testinin önemi. STED 2005;14(1):1-4.

28. Tuncer M, Özgül N, Gültekin M. (Çev Ed). Servikal Kanser Taramalarında Kalite Kontrolü Avrupa Birliği Rehberi. Koza Matbaacılık, Ankara 2009; s 21.

29. Pınar G, Algıer L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Derg. 2008;4(18):208-216.

30. Malvezzi M, Arfe A, Bertuccio P. et al. European cancer mortality predictions for the year 2011. Annals of Oncology 2011;1-10.

31. Türk Dil Kurumu. Okul Sözlüğü. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara 1994.

32. Morgan CT. Introduction to Psychology. Karakaş S (Çev Ed). Psikolojiye Giriş. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Yayın no:1, Ankara 1980; s 8.

33. Leventhal H, Kelly K, Levanthal EA. Population risk, actual risk, perceived risk and cancer control: a discussion. Journal of The National Cancer Institute Monographs No:25, 1999;81-85.

34. Kanser riski taşıyan meslekler. Erişim: [http://www.mainboard24.com/saglik-genel/2481-kanser-riski-taşıyan-meslekler.html], Erişim tarihi: 2 Ağustos 2012.

35. Erdem Y, Arici M, Altun B. ve ark. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTurk study. Blood Press 2010;19(5): 313-318.

36. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003.Sağlık Bakanlığı Yayın No:700, Ankara 2006; ss 30-59.

37. Atalay A, Hasçelik Z. Obezite. Hacettepe Tıp Derg. 2000;31(4):320-329.

38. Kritchevsky D. Diet and cancer: What's next? The Journal of Nutrition 2003; 133:3827-3831.

39. Barnett JB. The relationship between obesity and breast cancer risk and mortality. Nutrition Reviews 2003;61(2);73-77.

40. Lukwago SN, Kreuter MW, Holt CI. et al. Sociocultural crrelates of breast cancer knowledge and screening in urban African American woman. American Journal of Public Health 2003;93(8):1271-1274.

41. Bilir N.(Çev Ed). DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketi, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi 2008; s 159.

42. Teo K, Ounpuu S, Hawken S. et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 coutries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet (British Edition) 2006;368(9536):647-658.

43. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality,years of potential life lost and productivity loses-United States, 2000-2004.MMWR 2008;57(45):1226-1228.

44. Kanserle İlişkili Bilgi ve Davranışlar Araştırması. Dünya Kanser Örgütü (UICC) Araştırması Türkiye Raporu Özeti. Erişim:[www.uicc.org], Erişim tarihi: 9 Ağustos 2013.

45. Bilir N, Özcebe H, Ergüder T, Mauer-Stender K. Tobacco Control in Turkey. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 2012; s 12.

46. Ma GX, Fleisher L. Awareness of cancer information among Asian americans. Journal of Community Health 2003: 28(2):115-130.

47. Glanz K, Croyle RT, Chollette VY, Pinn VW. Cancer-related health disparites in woman. American Journal of Public Health 2003;93: 292-298.

48. Onat A.(Ed). TEKHARF 2009: Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbba Önemli Katkı. Figür Grafik ve Matbaacılık Tic. Ltd. Şti. İstanbul 2009; ss 19-146.

49. TC. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Aile Yapısı Araştırması 2006. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara 2006; ss 20-25.

50. Ji B, Dai Q, Gao Y. et al. Cigarette and alcohol consumption and the risk of colorektal cancer in Shanghai, China. European Journal of Cancer Prevention 2002;11(3):237-244.

51. Bayrak U, Gram E, Mengeş E. ve ark. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. DEÜ Tıp Fakültesi Derg. 2010;24(3):95-104.

52. Akkaş Gürsoy A, Yiğitbaş Ç, Yılmaz F. ve ark. The effects of peer education on university students' knowledge of breast self-examination and health beliefs. Journal of Cancer Education 2009;24(4):331–333.

53. Akkaş Gürsoy A, Yılmaz F, Nural N. ve ark. A different approach to breast self-examination education: daughters educating mothers creates positive results in Turkey. Cancer Nursing 2009;32(2):127–134.

54. Tuncer M. Karadeniz Bölgesi Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırması 2006, Erişim:[http://www.nukte.org/node/105], Erişim tarihi: 19 Eylül 2012.

55. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalan PC. ve ark. Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. The Journal of Breast Health 2009;5(4):214-224.

56. Mon MM, Mon M, Than KK. Woman's awareness, knowledge and perceived magnitude regarding common female cancers in Yangon, Myanmar. Asian Pasific Journal of cancer Prevention 2009;10: 1047-1050.
57. Carter J, Park ER, Moadel A, Cleary SD, Morgan C. Cancer knowledge, attitudes, beliefs and practices (KABP) of disadvantaged woman in the South Bronx. Journal of Cancer Education 2002;17(3):142-149.
58. Dandash KF, Al-Mohaimeed A. Knowledge, attitudes and practices surrounding breast cancer and screening in female teachers of Buraidah, Saudi Arabia. International Journal of Health Sciences 2007;1(1):61-71.
59. Karaca H, Berk V, İnanç M, Dikilitaş M, Özkan M. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na 2006-2009 yılları arasında başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirmesi. Sağlık Bilimleri Derg. 2011; 20(1):1-8.
60. Inoue, M, Iwasaki M, Otani T, Sasazuki S, Tsugane S. Public awareness of risk factors for cancer among the Japanese general population: A population-based survey. BMC Public Health 2006;6(2):1-6.
61. Sadler GR, Escobar RP, Ko CM. et al. African-American woman's perceptions of their most serious health problems. Journal of The National Madical Association 2005;97(1):31-40.
62. Türkol E, Güneş G, Özen G, Omaç M. Kadınların serviks kanseri, pap smear ve HPV aşısı hakkında bilgi tutum ve davranışları. Journal of New World Sciences Academy 2009;4(3):67-74.
63. Hyacinth HI, Adekeye OA, Ibeh JN, Osoba T. Cervical cancer and pap smear awareness and utilization of pap smear test among federal çivil servants in North Central Nigeria. PLOS ONE 2012;7(10):1-8.
64. Flayn F. Screening for cervical cancer: a review of woman's attitudes, knowledge and behaviour. British Journal of General Practice 1998;48: 1509-1514.
65. Lissowska J, Pilarska A, Pilarski P. et al. Smoking, alcohol, diet, dentition and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. European Journal of Cancer Prevention 2003;12(1):25-33.

66. Sinha R, Cho WH, Kulldorf M. et al. Well-done, grilled red meat increases the risk of colorectal adenomas. Epidemiology and Prevention 1999;59: 4320-4324.

67. Navarro A, Munoz SE, Lantieri MJ. et al. Meat cooking habits and risk of colorectal cancer in Cordoba, Argentina. Nutrition 2004;20(10):73-77.

68. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Derg. 2011;25(3):145-154.

69. Rızalar S, Altay B. Meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2010;5(14):73-87.

70. Akpınar YY, Baykan Z, Naçar M, Gün İ, Çetinkaya F. Knowledge, Attitude about breast cancer and practice of breast cancer screening among female health care professionals: A study from Turkey. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention. 2011;12:3063-3068.

71. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta yaşayan bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma ve mammografi çektirme durumu ile bunları etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bült. 2009;28(1):14-19.

72. Özdemir Ö, Bilgili N. Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamaları. TAF Prev Med Bull. 2010;9(6):605-612.

73. Lee EE, Fogg L, Menon U. Knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean American woman. Western Journal of Nursing Research 2008;30(8):960-973.

74. McFarland DM. Cervical cancer and pap smear screening in Bostwane: knowledge and perceptions. International Council of Nurses, International Nursing Rewiew 2003;50:167-175.

75. Ma GX, Fang CY, Feng Z. et al. Correlates of cervical cancer screening among Vietnamese American woman. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology doi:10.1155/2012/617234

76. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Derg. 2011;25(3):145-154.

77. Şenol V, Balcı E, Çetinkaya F, Elmalı F. Woman's knowledge and behavior on cervical cancer in Kayseri, Turkey. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(3):694-701.

78. Dişcigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege Bölgesi'nde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007;20(1):29-36.

79. Erbay Dündar P, Özmen D, Öztürk B. ve ark. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of woman in a rural area in western. BMC Cancer 2006;6(43):1-9.

80. 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.

81. Akkaş Gürsoy A, Hintistan S, Nural N. ve ark. A comparison of three educational ınterventions on breast self-examination knowledge and health beliefs. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention 2009;10(5):765-772.

82. Bilgili N, Kitiş Y. Erkeklerde prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inancı ve etkileyen faktörler. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, 27-31 Ekim 2013; s 419.

83. Harnack L, Block L, Subar A, Lane S. Cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs and attitudes of U.S. adults. NHIS cancer epidemiology supplement. Journal of Nutrition Education 1992;30(3):131-138.

84. Yılmaz TU. Kanser hakkında eğitimin erbaş/erlerin tutumlarına ve davranışlarına yansıması. TAF Prev. Med. Bull. 2010;9(5):475-480.

EKLER

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ YEREL
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı : 811
Konu:

Tarih: 30.11.2011

Sayın; Öğr.Gör.Havva MUMCU
KTÜ Sağlık.Bil.Fak.

"Kırk Yaş Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin, Bilgi Tutum ve Davranışları" başlıklı etik kurul 2011/141 no'lu tez çalışmasının raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ YEREL
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

ETİK KURUL ONAY BELGESİ

Çalışmasının Adı: "Kırk Yaş Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin, Bilgi Tutum ve Davranışları"
Çalışmacılar: Öğr.Gör.Havva MUMCU, Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA
Anabilim Dalı: Halk Sağlığı

Etik Kurul Dosya No	Etik Kurul Toplantı Tarihi	Etik Kurul Toplantı No	Etik Kurul Karar No
2011/141	28.11.2011	2011/29	4

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu, Tıp Fakültesi Dekanlığı Toplantı Salonu'nda Prof.Dr.Faruk AYDIN'ın başkanlığında "Kırk Yaş Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin, Bilgi Tutum ve Davranışları" başlığını taşıyan tez çalışmasının, araştırmanın dosyada belirtilen haliyle tıbbi etik açıdan uygun olduğuna; Etik Kurul üyelerinin oybirliğiyle karar verilmiştir. (28.11.2011)

Başvuru Tarihi: 14/07/2011

Prof.Dr. Faruk AYDIN

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanı
Tıbbi Mikrobiyoloji AbD

T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Emniyet Müdürlüğü

Sayı :B.05.1.EGM.4.61.33660 02.12.2011
Konu : Anket Çalışması

T.C. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
(Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne)

İlgi :a- Karademiz Teknik Üniversitesi, Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünün 01.12.2011 tarih ve B.30.2.KTÜ.0.Y1.00.00/200.1/902 sayılı yazısı.
b- Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı'nın 31.05.2007 gün B.02.1.TÜİ.0.09.01. 00.600-90 sayılı yazısı.

İlgi (a) sayılı yazı ile KTÜ Öğretim Elemanlarından , Enstitünüz doktora öğrencisi Havva MUMCU'nun 15.12.2011 – 15.02.2012 tarihleri arasında Trabzon İl Merkezinde " Kırk Yaş Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere ilişkin Bilgi Tutum ve Davranışları " konulu doktora tez çalışması anket uygulaması için Emniyet Müdürlüğümüze izin almak için ilgi sayılı yazısı ile başvuruda bulunmuştur.

İlgi (b) sayılı yazı ile " 18 Kasım 2005 tarihinde 25997 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 10.11.2005 tarih ve 5429 sayılı Türkiye istatistik Kanununun 6.maddesine görev resmi istatistiklerin derlenmesi görevi Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı ve resmi istatistik programında belirtilen kurum ve kuruluşlara verildiği, bununla beraber ilgili maddeyle istatistiki sonuçlar içeren araştırma faaliyetleri yürüten gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişiliğine sahip kuruluşlar, araştırmalarının kapsam, örnekleme yöntemi ve uygulama zamanını araştırma sonuçları ile beraber kamuoyuna açıklamakla yükümlü oldukları, ilgili yasaya görev özel kişi ve kuruluşların bilimsel araştırmalarında kullanılan soru kağıtlarının teknik açıdan incelenmesi veya yapılacak çalışma için **Türkiye İstatistik Kurumundan veya başka bir kurumdan izin veya görüş istemesi hakkında bir hüküm yer almadığı,** kurumların ilgili kanun kapsamında yürüttüğü araştırmaların alan uygulaması öncesinde Valilik, Kaymakamlık gibi resmi makamlara anketin yapılacağına dair bilgi verildiği ve çalışmanın yapılacağı mahalle adları resmi yazı ekinde gönderilerek, mahalle karakollarına bilgi verildiği " görüşü bildirilmiştir.

Yukarıda belirtilen hususlar doğrultusunda yapılmak istenen anket ile ilgili olarak Valiliğimizden izin alınmasına gerek bulunmamaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Aziz MERCAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü

KARADENIZ
TECHNICAL UNIVERSITY
Trabzon School of Health

Sayı / Ref : B.30.2.KTÜ.0.Y1.00.00/200.1/930 16/12/2011
Konu / Subj : Anketör

BİLGİLENDİRME;

Trabzon şehir merkezinde yapılması planlanan "Kırk Yaş Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları" konulu anket çalışmasını yapmak üzere, KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu öğrencileri tarafından ev ziyareti yapılarak toplanacaktır. Görevli öğrencilerin isimleri aşağıda belirtilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Nesrin NURAL
Müdür

GÖREVLİ ANKETÖR ÖĞRENCİLER
Rabia KAZDAL
Gülnur DEMİR
Muradiye DENİZ
Songül SELVİ
Gamze ALPTEKER
Merve BEDİR
Özlem BAŞER
Semanur GÜN

Tel Santral: +90 (0462) 2300476 Fax:+90 (0462) 2300475 Üniversite Mah. Farabi Cad. No:88
61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Ek-4: Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Görülme oranı her geçen gün artan kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarınızı belirlemek amacıyla bir çalışma yapmaktayız. Değerli katılımınızla bilimsel bir çalışmaya sağlayacağınız destek için teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Havva MUMCU
KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

KIRK YAŞ ve ÜZERİ KANSER TANISI ALMAMIŞ BİREYLERİN KANSERE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ ANKETİ

Anket No:……

1.Yaşınız:……
2.Cinsiyetiz:
1.Kadın 2.Erkek
3.Medeni Durumunuz:
1.Evli 2.Bekâr 3.Diğer (eşinden ayrı, eşi ölmüş)

4.Eğitim Durumunuz:
1.Okuryazar değil 4.Ortaokul mezunu
2.Diplomasız okuryazar 5.Lise mezunu
3.İlkokul mezunu 6.Üniversite mezunu
5.Mesleğiniz (meslek açık olarak yazılacak, kimyasal ve kanserojen madde maruziyeti varsa belirtilecek):……
1.Ev Hanımı
6.Sağlık Güvenceniz:
1.Var (türü:…….) 2.Yok
7.Kendi değerlendirmenize göre gelir durumunuz:
1.Kötü 2.Orta 3.İyi
8.Aylık geliriniz:.....TL
9.Kilonuz: ……
10.Boyunuz:……
11.Beden Kitle İndeksi (BKİ) (hesaplanacak):……
12.Yaşamınızın en uzun süre geçtiği yer:
1.Kır 2.Kent

13-19. sorular arasındaki sorular yalnız kadınlara sorulacak

13.Üreme sağlığına ilişkin bilgiler:
İlk adet yaşınız:……
İlk gebelik yaşınız:……
Gebelik sayınız……..
Canlı doğum sayınız:……
Adetten kesilme durumunuz:
1.Evet (yaş:……..) 2.Hayır
14. Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır 3.Bıraktım
15. Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....
16. Bıraktıysanız ne kadar süre kullandınız?.....

17. Adet kesilmesinde hormon tedavisi (Hormon Replasman Tedavisi) (HRT) kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3.Bıraktım

18. Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....

19. Bıraktıysanız ne kadar süre kullandınız?.....

20. Sigara içiyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3.Bıraktım

21. Ne kadar süredir içiyorsunuz?:……

Günde kaç adet:……

22. Bıraktıysanız ne kadar süre içtiniz?.....

Bırakalı ne kadar oldu?.....

Günde kaç adet içtiniz?.....

23. Alkollü içki içiyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3.Bıraktım

24. Ne kadar süredir içiyorsunuz?.....

Miktarı günde:……

haftada:……

ayda:……..

25. Bıraktıysanız ne kadar süre içtiniz?.....

26. Asitli yiyecek içecek tüketiyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

27. Kronik viral enfeksiyonunuz var mı? (Hepatit B, Hepatit C, HIV)

1.Yok 2.Var ise:……

28.Ailenizde birinci derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş) kanser öyküsü var mı?

1.Evet 2.Hayır

29.Cevabınız evet ise:

Kimde:…… /kanserin türü…….

Kimde:…… /kanserin türü…….

30.Ailenizde birinci derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş) kanserden ölüm var mı?

1.Evet 2.Hayır

31.Cevabınız evet ise:

Kim:…… /kanserin türü …….

Kim:…… /kanserin türü …….

32.Size göre ölümcül hastalıklar hangileridir?

1.
2.
3.
4.
5.

33. Kanserin erken teşhisi için erken tanı/tarama testleri var mı?

1.Yok
2.Tüm kanser türleri için tarama testleri var
3.Bazı kanser türleri için tarama testleri var
4.Fikrim yok

34. Hangi kanser türleri erken tanı/tarama testleri ile erken teşhis edilebilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir).

1.Bilmiyorum	6.Meme kanseri	11.Rahim ağzı kanseri
2.Yumurtalık kanseri	7.Ağız kanseri	12.Mide kanseri
3.Bağırsak kanseri	8.Deri kanseri	13.Prostat kanseri
4.Akciğer kanseri	9.Pankreas kanseri	14. Karaciğer kanseri
5.Mesane kanseri	10.Yemek borusu kanseri	

35. Kanserin erken teşhis edilmesi hayat kurtarır mı?

1.Hayır
2.Tüm kanser türlerinde erken teşhis hayat kurtarır
3. Bazı kanser türlerinde erken teşhis hayat kurtarır
4.Fikrim yok

36. Hangi kanser türlerinde erken teşhis hayat kurtarır?
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir).

1.Bilmiyorum	6.Meme kanseri	11.Rahim ağzı kanseri
2.Yumurtalık kanseri	7.Ağız kanseri	12.Mide kanseri
3.Bağırsak kanseri	8.Deri kanseri	13.Prostat kanseri
4.Akciğer kanseri	9.Pankreas kanseri	14. Karaciğer kanseri
5.Mesane kanseri	10.Yemek borusu kanseri	

37. Kadınlarda en sık görülen kanser türleri hangileridir?

1.Bilmiyorum
2.
3.
4.
5.

38. Erkeklerde en sık görülen kanser türleri hangileridir?

1.Bilmiyorum
2.
3.
4.
5.

39. Kanserin belirtileri nelerdir?

1.Bilmiyorum
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

40. Herhangi bir şikâyetiniz olmadan düzenli olarak sağlık kontrolüne gidiyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

41. Kansere yakalanma ihtimaliniz olabileceğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3. Bazen

Nedenini belirtiniz:……..

42.Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin kansere neden olup olmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Evet	**Hayır**	**Fikrim yok**
Sigara içme			
Nargile içme			
Aşırı alkol tüketimi			
Yetersiz sebze-meyve tüketimi			
Fazla miktarda kırmızı et tüketimi			
Küflenmiş besinlerin tüketimi			
Kızarmış et tüketimi			
Tatlandırıcıların tüketimi			
Mısır şurubu tüketimi			
Aşırı güneş ışığına maruz kalma			
Şişman olma			
Yetersiz fizik aktivite			
Deodorant kullanımı			
Saç boyası kullanımı			
Cep telefonu			
Baz istasyonu			
Yüksek gerilim hatları			
Ailede kanser öyküsü			
Yaşlanma			
Radyasyon(röntgen filmi, bilgisayarlı tomografi)			
Bazı kimyasallar (asbest, benzen)			
Bazı virüs ve bakteriler (Hep B, Hep C, HIV)			

43. Aşağıda kanser ile ilgili bazı ifadeler verilmiştir. Verilen bu ifadelere katılıp katılmadığınız ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Katılıyorum	**Katılmıyorum**	**Fikrim yok**
Kanser nadir görülür			
Her şey kanser yapmaz			
Risk faktörleri olan birçok kişide mutlaka kanser gelişir			
Kanser önlenebilir			
Kanser erken teşhis edilebilir			
Kanser erken teşhis edilirse kurtulma şansı artar			
Kanser tedavi edilebilir			
Kanser bulaşıcıdır			
Üzüntü ve stres kansere sebep olur			
Kanser uzun sürede ortaya çıkar			
Kanser kalıtımla (soyaçekim) geçer			

44. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin meme kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Artırır	**Artırmaz**	**Fikrim yok**
Ailede meme kanseri öyküsü			
Şişman olma			
İyi huylu meme hastalığı			
Menopoz sonrası 5 yıldan uzun süre hormon kullanımı			
Beş yıldan uzun süre doğum kontrol hapı kullanımı			
Elli beş yaşından sonra adetten kesilme			
İlk doğumu 35 yaşından sonra yapmış olma			
On iki yaşından önce adet olma			
Hiç doğum yapmamış olma			
Posa yönünden yetersiz beslenme			

45. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin rahim ağzı kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Artırır	**Artırmaz**	**Fikrim yok**
Erken yaşta cinsel ilişki			
Birden fazla cinsel eş			
Hormon tedavisi almış olma			
Menopoz			
Kısırlık öyküsü			
Fazla doğum (>5) yapmış olma			
Pap- smear testi yaptırmamış olma			

46. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin yumurtalık kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Artırır	**Artırmaz**	**Fikrim yok**
Sigara içme			
Yakın akrabalarda yumurtalık kanseri öyküsü			
İlk doğumu geç yaşta (>35) yapmış olma			

47. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin mide kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Artırır	**Artırmaz**	**Fikrim yok**
Elli yaşın üzerinde olma			
Yetersiz sebze-meyve tüketimi			
Aşırı tuz tüketimi			
Ailede mide kanseri öyküsü			
Midede helikobakter pilori enfeksiyonu			
Fazla miktarda salamura besin tüketimi			

48. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin ağız boşluğu kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Artırır	**Artırmaz**	**Fikrim yok**
Ağız hijyenine dikkat etmeme			
Sigara, nargile içme			

49. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin kalın bağırsak kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Artırır	**Artırmaz**	**Fikrim yok**
Fazla miktarda kırmızı et tüketimi			
Yetersiz fizik aktivite			
Doğum kontrol hapı kullanma (5 yıldan daha kısa süre)			
Menopoz sonrası hormon kullanımı			
Son 10 yılda kalın bağırsak kanseri yönünden tarama yaptırmamış olma			
Kalın bağırsakta polip öyküsü			
Ailede kalın bağırsak kanseri öyküsü			
İltihabi bağırsak hastalığı			
50 yaşın üzerinde olma			
Şişman olma			
Aşırı yağlı beslenme			
Aşırı alkol tüketimi			
Posa yönünden yetersiz beslenme			

50. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin deri kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Artırır	**Artırmaz**	**Fikrim yok**
Aşırı miktarda güneş ışığına maruz kalma			
Deride doğuştan ben, siğil öyküsü			
Ailede deri kanseri öyküsü			
Açık tenli olma			

51. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin prostat kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Artırır	**Artırmaz**	**Fikrim yok**
Fazla miktarda hayvansal yağ tüketimi			
Ailede prostat kanseri öyküsü			

52. Aşağıda verilen tetkik/ muayene/ testlerden hangilerini yaptınız/ yaptırdınız?

	Yaptım/ yaptırdım	**Son uygulamadan bu yana geçen süre**	**Doktor istemi ile**
Dışkıda gizli kan			
Mide-bağırsak ilaçlı filmi (Kolonoskopi)			
Kendi Kendine Meme Muayenesi(KKMM)			
Klinik Meme Muayenesi(KMM)			
Rahim ağzı sürüntüsü (Pap-smear)			
Mamografi			
Prostat Spesifik Antijen (PSA)			

53. Kanserden korunmak için önlem alıyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır

54. Cevabınız evet ise uyguladığınız önlemler nelerdir?
1.
2.
3.
4.
5.

55. Kanser ile ilgili bilgi aldınız mı?
1. Evet 2.Hayır

56. Kansere ilişkin bilgiyi nereden aldınız?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir).
1.Mesleki bilgi
2.Doktor 7.Gazete, dergi, broşür 10.Arkadaş, komşu
3.Hemşire 8. Kitap 11.Aile bireyleri
4.Ebe 9. İnternet
5.Televizyon
6.Halka yönelik olarak yapılan eğitim programları

57. Sizce kemoterapi nedir?
1. Bilmiyorum
2.

58. Sizce radyoterapi nedir?
1. Bilmiyorum
2.

59. Sizce mamografi nedir?
1. Bilmiyorum
2.

60. Sizce kimler mamografi çektirmelidir?
1. Bilmiyorum
2.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Havva MUMCU
Uyruğu: Türkiye (TC)
Doğum Tarihi ve Yeri: 10 Eylül 1968, Trabzon
Medeni Durumu: Evli
Tel: +90 462 3778867
Fax: +90 462 2300475
E-posta: hkmumcu@yahoo.com, hkmumcu@ktu.edu.tr
Yazışma adresi: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Üniversite Mh. Farabi Sk. No:88 61040- Trabzon

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD	1994
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümü	1989
Pedagojik Formasyon	Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü	1989
Lise	Fatih Lisesi, Trabzon	1985

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2011- Halen	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Öğretim Görevlisi
1995-2011	KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu	Öğretim Görevlisi
1994-1995	KTÜ Farabi Hastanesi	Supervisior Hemşire
1993-1994	KTÜ Farabi Hastanesi	Servis Sorumlu Hemşiresi
1990-1993	KTÜ Farabi Hastanesi	Dâhiliye Klinik Hemşiresi
1990-1990	Trabzon Özel Karadeniz Hastanesi	Başhemşire Yardımcısı

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR

1. Akkaş Gürsoy A, **Karadeniz Mumcu H,** Yeşilçiçek Çalık K, Kobya Bulut H, Nural N, Kahriman İ, Hindistan S, Erdöl H, Yiğitbaş Ç, Yılmaz F. Attidudes and Health Beliefs Associated With Breast Cancer Sreening Behaviors Among Turkish Women . Journal of Transcultural Nursing 2011; 22(4):368-375.

2. Akkaş Gürsoy A, Hindistan S, Nural N, Kahriman İ, Yılmaz F, Yiğitbaş Ç, Erdöl H, Kobya Bulut H, Yeşilçiçek Çalık K, **Karadeniz Mumcu H.** A Comparison of Three Educational Interventions on Breast Self-Examination Knowledge and Health Beliefs. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention 2009;10(5):765–772.

3. Akkaş Gürsoy A, Yiğitbaş Ç, Yılmaz F, Erdöl H, Kobya Bulut H, **Karadeniz Mumcu H,** Yeşilçiçek Çalık K, Kahriman İ, Hindistan S, Nural N. The Effects of Peer Education on University Students' Knowledge of Breast Self-Examination and Health Beliefs. Journal of Cancer Education 2009;24(4):331–333.

4. Akkaş Gürsoy A, Yılmaz F, Nural N, Kahriman İ, Yiğitbaş Ç, Erdöl H, Kobya Bulut H, Yeşilçiçek K, **Karadeniz Mumcu H**, Hindistan S. A Different Approach to Breast Self-Examination Education: Daughters Educating Mothers Creates Positive Results in Turkey. Cancer Nursing 2009;32(2):127–134.

5. Ünsal C, Öcal G, Demiral M, Alsan G, **Karadeniz Mumcu H.** Klinik Uygulamalarda Öğretim Elemanlarının Öğrencilere Uyguladığı Etik İlke İhlalleri. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Derg. 2013;2(3):312-324.

6. Karadeniz Mumcu H. Trabzon'da Hekimlerin Tüberküloz Kontrolü ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2013;22(4):96-101.

7. Demirbağ BC, **Karadeniz Mumcu H.** Doğu Karadeniz Bölgesindeki Bir İlde Acil Servislerde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Yeterlilik Algıları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Acil ve Afet Derg. 2012;1(1):63-71.

8. Kahriman İ, **Karadeniz Mumcu H.** 7-12 Yaş Çocuklarda Enürezis Noktürna Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2011; 20(5):195-201.

9. Akkaş Gürsoy A, Yiğitbaş Ç, Yılmaz F, Erdöl H, Kobya Bulut H, **Karadeniz Mumcu H,** Yeşilçiçek K, Kahriman İ, Hindistan S, Nural N. The Effect of Peer Education on University Students' Knowledge of Breast Self-Examination and Health Beliefs. Meme Sağlığı Derg. 2009;5(3):135-140.

10. Karadeniz Mumcu H, Nural N. Trabzon İli Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Halk Sağlığı Hemşireliğine İlişkin Görüş ve Uygulamaları. Toplum ve Hekim Derg. 2004;19(2):139–146.

11. Karadeniz Mumcu H. Trabzon'da İlkokul Öğrencilerinde Bağırsak Paraziti Prevalansı ve Bunu Etkileyen Faktörler . Türkiye Parazitoloji Derg.2000;24(1):156–158.