



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Halk Sağlığı

[Doktora Tezi]

**KONYA İLİ KOMEK/ASEM'DE 20-70 YAŞ ARASI KURSİYERLERİN
KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARININ VE TARAMA
SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Seyfettin ABUOĞLU
ORCID: 0000-0002-2058-7203

Danışman
Prof. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR
ORCID: 0000-0002-8022-3962

Konya – 2026

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Kanser hastalığı, tedavisi için ciddi maliyetler oluşturabilen ve işgücü kaybıyla ülke ekonomilere önemli yük getiren bir hastalıktır. Kanser hastalığı ile mücadelede en etkili yöntemlerden biride tarama programlarıdır. Ülkemizde meme, rahim ağzı ve kalın bağırsak kanserine karşı ulusal kanser tarama programı uygulanmaktadır.

Tarama programlarının başarısı yalnızca uygulanan teknolojik testlere değil, aynı zamanda ilgili hedef nüfusun sağlık okuryazarlığına, tarama programına katılımına ve gerekli sağlık hizmetlerine erişim kolaylığına bağlıdır.

Çalışmamızda KOMEK/ASEM kursiyerleri örneğinde toplumumuzun kanser taramalarına yönelik tutumlarını ve tarama sonuçlarını değerlendirerek; sağlık profesyonellerine tarama hizmetlerini planlamada fikir vermeye ve topluma bilinçli farkındalık kazandırmayı amaçladık.

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında bilgi, destek ve yol göstermesinden çokça yararlandığım, her zaman beni cesaretlendiren ve sabırla destekleyen tez danışmanım, Kıymetli Hocam Prof. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR' e,

Bilgi ve deneyimlerinden her daim faydalandığım değerli Halk Sağlığı Hocalarıma,

Her zaman benim arkamda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan kıymetli anneme, babama; canım eşim ve çocuklarıma teşekkür ederim.

Seyfettin ABUOĞLU

Ocak 2026

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser Tanımı ve Tarihçesi	3
2.2. Kanser Epidemiyolojisi.....	4
2.2.1. Dünyada kanser hastalığı mevcut durumu	4
2.2.2. Türkiye’de kanser hastalığı mevcut durumu	6
2.3. Kanser Risk Faktörleri	7
2.3.1. Yaş	7
2.3.2. Cinsiyet.....	7
2.3.3. Genetik faktörler.....	8
2.3.4. Tütün kullanımı	8
2.3.5. Alkol kullanımı.....	9
2.3.6. Enfeksiyöz ajanlar	10
2.3.7. Beslenme ve fazla kiloluluk	10
2.3.8. Radyasyon	11

2.3.9. Çevresel faktörler, mesleki riskler ve hava kirliliği	11
2.3.10. Fiziksel aktivite	11
2.4. Sağlıkta Koruma Düzeyleri	12
2.4.1. Birincil korunma.....	12
2.4.2. İkincil korunma	13
2.4.3. Üçüncül korunma	14
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Taramaları.....	14
2.5.1. Dünyada kanser taramaları	14
2.5.2. Türkiye ulusal kanser tarama programları.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Kapsamı	23
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.5. Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri	23
3.6. Araştırmanın Dışlama Kriterleri	23
3.7. Araştırmanın Verilerinin Toplama Tekniği ve Araçları	24
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi	24
3.9. İzinler ve Etik İlkeler	25
4. BULGULAR.....	27
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Değişkenlerle İlgili Bulgular	27
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
6.1. Sonuç	43
6.2. Öneriler	44
7. KAYNAKLAR	47
8. EKLER.....	55

8.1. EK 1 Sosyodemografik anket	55
8.1. EK 2 Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği	56
8.1. EK 3 Etik kurul izni	57
8.1. EK 4 Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği için ölçek sahibinden izin formu	58



TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi **SEYFETTİN ABUOĞLU**'nun "**Konya İli Komek/Asem'de 20-70 Yaş Arası Kursiyerlerin Kansere Taramalarına Yönelik Tutumlarının ve Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 15.01.2026

Tez Danışmanı Prof. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Prof. Dr. Mehmet UYAR
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Prof. Dr. Abdullah YAZAR
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Jüri Üyesi Prof. Dr. Fatih KARA
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Osman ULUSAL
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 28/01/2026 tarih ve 02/07 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

“Konya İli KOM EK/ASEM’de 20-70 Yaş Arası Kursiyerlerin Kans er Taramalarına Yönelik Tutumlarının ve Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmamın toplam 74 sayfalık kısmına ilişkin, 15/01/2026 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%13** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Ön söz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dâhil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%20) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

15/01/2026

Seyfettin ABUOĞLU

Prof. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

15/01/2026

Seyfettin ABUOĞLU

SİMGELER VE KISALTMALAR

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASEM	Aile Sanat ve Eğitim Merkezleri
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BI- RADS	Breast İmaging-Reporting and Data System
CC	Craniocaudal
CMV	Sitomegalovirüs
DNA	Deoksirübo Nükleik Asit
DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü
EBV	Epstein-Barr Virüs
FAP	Famlyal Adenomatöz Polipozis
GGK Testi	Gaitada Gizli Kan Testi
HBV	Hepatit B Virüs
HCV	Hepatit C Virüs
HHV-8	Human Herpes Virüsü Tip 8
HPV	Human Papilloma Virus
IARC	International Agency for Research on Cancer
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KOMEK	Konya Büyükşehir Belediyesi Meslek Edindirme Kursları
KTYTÖ	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği
MLO	Medyolateral Oblik
MM	Mamografi
M.Ö.	Milattan Önce
mRNA	Messenger Ribo nükleik asit
ROC	Receiver Operating Characteristic

SHM	Sağlıklı Hayat Merkezi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TDK	Türk Dil Kurumu
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu



TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Dünyada Sık Görülen İlk 10 Kanser ve Ölüm Sayıları,2022.....	5
Tablo 2.2. Cinsiyete Göre Kanser İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000’de, Dünya Standart Nüfusu), 2022.....	6
Tablo 2.3. BI-RADS Sonuç Değerlendirme Kategorileri	19
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Egzersiz Yapma, Sağlıklı Beslenme Durumları, Konya-2025.....	27
Tablo 4.2. Katılımcıların Kanser ve Tarama Öyküsü, Konya-2025	28
Tablo 4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Egzersiz Yapma, Sağlıklı Beslenme Durumu, Akrabada Kanser Varlığına Göre Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması, Konya-2025.....	29
Tablo 4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Egzersiz Yapma, Sağlıklı Beslenme Durumu, Akrabada Kanser Varlığına Göre Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma Yıllarının Karşılaştırılması, Konya-2025	30
Tablo 4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Egzersiz Yapma, Sağlıklı Beslenme Durumuna Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Konya-2025.....	31
Tablo 4.6. Katılımcıların Kanser ve Tarama Öyküsüne Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Konya-2025.....	32
Tablo 4.7. Katılımcıların Bazı Özelliklerinin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puana Etkisini Araştırmak İçin Kurulan Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları, Konya-2025.....	33
Tablo 4.8. Katılımcılardan Hedef Nüfusa Uygun Gönüllülere Uygulanan Kanser Tarama Sonuçları, Konya- 2025.....	33

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. HPV Tarama Süreci Algoritması (Türkiye Kanser Kontrol Programı-2021)21

Şekil 2.2. Kolon Kanseri Tarama Algoritması (Türkiye Kanser Kontrol Programı-2021)22



ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Halk Sağlığı
[Doktora Tezi]

KONYA İLİ KOMEK/ASEM'DE 20-70 YAŞ ARASI KURSIYERLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARININ VE TARAMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Seyfettin ABUOĞLU

Konya-2026

Kanser hastalığı, hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmalarıyla karakterize ve hiçbir ayırım gözetmeksizin herkesi etkileyebilen önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Çalışmamızda; Konya ili KOMEK/ASEM' de 20-70 yaş arası kursiyerlerin kanser taramalarına yönelik tutumlarının ve tarama sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Araştırmamız kesitsel tipte planlandı. 841 kişi ile görüşme sağlandı. Sayısal verilerin özetlenmesinde; Aritmetik ortalama, standart sapma ve ortanca (min-max) değerleri, kategorik verilerin değerlendirilmesinde; Sayı ve yüzdeler kullanıldı. Normal dağılımı belirlemek için Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin iki grup karşılaştırması Mann Whitney U testi, kullanılarak analiz edildi. Kategorik verilerin analizinde Ki-Kare testi kullanıldı. KTYTÖ puanına etkili faktörleri belirlemek için Lineer regresyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Kanser taraması yaptırmaya katılımcıların cinsiyetin, medeni durumun, Eğitim düzeyinin, sağlıklı beslenmenin, birinci derece yakınlarında kanser hastalığı teşhisi olmasının, daha önce kanser taraması yaptırmış olma, kanser taramasına katılma isteği, mesleklerin, aktif çalışma hayatında olma durumu etkili olarak tespit edildi. Ölçekten alınan toplam puan ortancası 98,0 (88,0-108,0) olarak saptandı. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ölçeği (KTYTÖ) puanını lise ve üzeri eğitim 4,95 birim, daha önce kanser taraması yaptırmış olma 3,13 birim, kanser taramasına katılmak isteyenlerin 8,15 birim artırmaktadır.

Bireylerin eğitim durumlarının sağlıklı yaşama olan farkındalığı, özellikle taramalara olan bilinçli farkındalığı artıracağından; cinsiyet, yaş gibi kriterler göz önüne alınarak hedef nüfusa özgü sağlık eğitimlerinin planlanması ve verilen eğitimlerde davranış değişikliğinin hedeflenmesi kanser tarama hizmetlerine katılım ve katkıyı artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanser taraması, Kolorektal kanser, Meme kanseri, Serviks kanseri, Tutum.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department Of Public Health
Public Health
[Doctoral Thesis]

EVALUATION OF THE ATTITUDES AND SCREENING RESULTS OF KOMEK/ASEM TRAINEES AGED 20-70 IN KONYA PROVINCE TOWARDS CANCER SCREENING

Seyfettin ABUOĞLU

Konya-2026

Cancer is a major public health problem characterized by the uncontrolled proliferation of cells and can affect anyone without discrimination.

It was aimed to evaluate the attitudes toward cancer screenings and the screening results of trainees aged 20–70 at KOMEK/ASEM in Konya province.

Our research was planned as a cross-sectional study. Interviews were conducted with 841 people To determine the normal distribution, the Kolmogorov-Smirnov test and the Shapiro-Wilk test were used. Two group comparisons of numerical variables were analyzed using the Mann Whitney U test. The Chi-square test was used in the analysis of categorical data. Linear regression analysis was used to determine the factors affecting the attitude scale score regarding cancer screening. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

The participants' gender, marital status, education level, healthy diet, being diagnosed with cancer disease near the first degree, having had cancer screening before, willingness to participate in cancer screening, professions, being in an active working life were found to be effective for cancer screening. The median total score from the scale was determined to be 98.0 (88.0-108.0). The Cancer Screening Attitude Scale (CTAS) score increases by 4.95 points for having a high school education or above, by 3.13 points for having previously undergone cancer screening, and by 8.15 points for wanting to participate in cancer screening.

Awareness of healthy living based on individuals' educational levels will particularly increase conscious awareness of screenings; therefore, planning health education specific to the target population by considering criteria such as gender and age, and aiming for behavior change in the education provided, will increase participation and contribution to cancer screening services.

Keywords: Attitude, Breast cancer, Cancer screening, Cervical cancer, Colorectal cancer.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Kanser, köken aldıkları dokuda kontrolsüz biçimde çoğalarak oluşturdukları kitle ve beraberinde bu kitleden kaynaklanan hücrelerin doğal sınırlarının ötesine çıkarak, vücudun farklı bölgelerine de yayılabildiği, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak günceliğini koruyan hastalık grubunun genel adıdır (Türkiye Kanser Enstitüsü, 2025; WHO, 2025d). Halk sağlığı bakışıyla toplumda çok görülen, çok engellilik bırakan ve çok ölüme neden olan hastalıklar önemli sağlık sorunları olarak değerlendirildiğinden, kanser hastalığı teşhis sonrası tedavisindeki yüksek maliyetlerin beraberinde, iş gücüne katılımı azaltarak da ülke ekonomisinde çok ağır kayıplara neden olmaktadır (Holleb, 1985; Türk Tabipler Birliği, 2025).

Kanserin, son yüzyılda dünyada başta gelen ölüm nedenlerinden biri ve ortalama ömür süresinin artmasındaki en önemli engel olması beklenmektedir (Huang ve ark., 2021). Dünya genelinde 2022 yılı için ilk defa tanı almış kanser vakalar 19 968 749 kişi, kanser sebepli ölümler ise 9 739 428 kişi olarak gerçekleşmiştir. Kanser hastalığına ait istatistiklerin bu oranla devam edeceği düşünüldüğünde, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kanser tanılı yeni vakaların 2025 yılı için yaklaşık 22 milyona, 2030 yılı için 24,6 milyona, 2040 yılı için ise 30 milyona ulaşacağını tahmin etmektedir. Benzer şekilde kanserin, 2025 yılı için 11,4 milyon, 2030 yılı için 12,9 milyon, 2040 yılı için ise 16,3 milyon ölüme neden olacağı tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2025a).

Kanser bağlantılı ölümler, dünya genelinde ilk on ölüm nedeni arasında yer almaktadır (World Health Organization, 2025b). Ülkemizde iyi huylu ve kötü huylu kanser hastalığına bağlı ölümler tüm ölüm nedenleri arasında 2023 yılında %15,1 ve 2024 yılında %16,3 ile dolaşım sistemi hastalıklarının ardından ikinci sırada izlenmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2025).

İlk tanı aşamasından nihai döneme kadar, hasta ve yakınlarının tüm dengeleri ve ahengini olumsuz etkileyen, hastalar ve yakınları kadar toplum için de ciddi stres yaratan önemli bir hastalıktır (Karakaş, 2007). Kanser tarama programları hastalığın erken teşhisi ile kanserli olguların tedaviye yanıt verme olasılığının daha yüksek olmasını, sağlıklı yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin artmasını, engellilik oranlarının düşmesi, hasta ve yakınlarının yanında ülke ekonomisine maliyetin ise daha düşük düzeyde kalmasını sağlamayı amaçlamaktadır (WHO, 2025d).

Dünya genelinde kanser tarama oranlarına bakıldığında özellikle gelişmiş ülkelerde tarama oranlarının istenen seviye olan %70 ve üzerinde olduğu görülmektedir (American Cancer Society, 2025b; Gültekin, 2016; OECD, 2024). Ülkemizde 2009 yılında başlatılan ulusal kanser tarama Programı'na göre hedeflenen nüfusa, kanser tarama testleri uygulanmaktadır. Bir tarama programının başarıya ulaşabilmesi için toplum tabanlı olması ve hedef nüfusun %70'ini kapsaması gerekmektedir (Kanser Daire Başkanlığı, 2016).

Kanser taramalarına hedef nüfusun katılımını etkileyen etmenlerin başında taramalara yönelik sağlık bilgi düzeyi gelmektedir. Kanser taramalarına yönelik bilgi okuryazarlığı kanser taramalarının uygulanma amacının, hangi kanser türlerinin tarandığının, taramalar için hedef yaş aralığının ve tarama sıklığının, uygulama yöntemlerinin ve uygulandığı sağlık kurumlarının bilinmesi olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2019). Yapılan araştırmalarda tutumların kişinin planlanan hareketlerine zemin hazırladığı, ilgili fiilin yapılması ya da yapılmamasına yön verdiği belirtilmektedir (Korkmaz, 2017). Literatüre bakıldığında taramalara yönelik bilgi ve tutumun taramalara katılımı etkilediği gösterilmiştir (Irani ve ark., 2021). Kişinin sağlık bilgi okuryazarlığı ve tutumu neticesinde hareketlerini etkileyen etmenler arasında ise sosyodemografik özellikler, kişinin kendisinde ya da aile bireylerine kanser öyküsü, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile taramalar hakkında doğru bilgilendirilmesi ve sağlık çalışanı tarafından kanser tarama yaptırmasının tavsiye edilmesi yer almaktadır (Gümüşkaptan, 2023).

1.2. Amaç

Bu çalışmada; Konya ili KOMER/ASEM' de 20-70 yaş arası kursiyerlerin kanser taramalarına yönelik tutumlarının ve tarama sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı ve Tarihçesi

Kanser teriminin menşesine bakıldığında yaklaşık 2300 yıl önce ilk kez bir Yunan hekim olan Hipokrat (M.Ö. 460-377) tarafından, yaşayan organizmadaki tedavisi yapılamayan lezyonların tanımlanması için kullanılmıştır. Vücutta çoğalan ve çoğunlukla yaraların eşlik ettiği, kırmızı renkte, sıcak, ağrı veren ve çevre dokulardan farklı karaktere sahip, daha yavaş büyüyen oluşumları Hipokrat "karkinos" veya "karkinoma", diye ifade ederken; günümüz tanımı olan kanser ifadesini kullanan eski Romalı bir hekim olan Galen (M.S. 2. yüzyıl) ise yengece benzeyen görünümü nedeniyle "cancer" adını vermiştir (Sigerist, 1932).

Türk Dil Kurumu (TDK) ise kanseri; “Bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmasına bağlı olarak yakın dokulara yayılmasıyla veya uzak dokulara sıçramasıyla beliren hastalık, amansız hastalık” olarak ifade etmiştir (Türk Dil Kurumu, 2025).

İnsanlık tarihine bakıldığında en erken kanser hastalığına ait bilgiler, M.Ö. 1.500'e kadar uzanan Mısır ve Peru'da bulunan mumyalarında rastlanmıştır. Belgelenen bilimsel en eski metastatik olarak yayılmış kanser olgusu, Güney Sibirya bölgesinde milattan önce 700'lü yıllarda yaşayan 45 yaşlarındaki İskit Kralına aittir (Faguet, 2015).

Türk tıp tarihinde ise kanser ifadesini ilk kullanan bilim insanı, Sultan 2. Abdülhamid'inde saray hekimliğini yapan Tarsuslu Osman Hayri (Mürşit) Efendi'dir. “Kenz üs-Sıhhat ül- Ebdaniye” isimli eserinde kanser “seretan” ifadesiyle yer almıştır. Seretan, yengeç manasına da gelen etrafı damarlı fındık büyüklüğünde, küçük yumru şeklindeki ağrılı bir kitleye verilen isim olarak tarif edilmiştir (Atıcı, 2007). İbn-i Zühr (Avenzoar) (1094-1162) ilk olarak yemek borusu ve mide kanseri belirtilerini tanımlamış ve hastaları hayatta tutmak için beslenme lavmanları önermiştir (Faguet, 2015). İshak bin Murad'ın 1390 yılında yazmış olduğu “Havas-ül Edviye” isimli eserinde seretan hastalığı için günlük bitkisel tedavi, Şerafeddin Sabuncuoğlu kaleme aldığı “ Cerrahiye-i-İlhaniye” (1465) isimli kitabında ise seretan tedavisi olarak ilgili oluşumun çevresinin dağlanıp kitlenin opere edilmesini önermiştir (Atıcı, 2007).

Kanser hastalığı tanımlarından bir tanesi de, yakındaki dokulara ilerlemesi, dokuları ele geçirmesi ve vücutta kaynakladığı doku ve organa yakın ve/veya uzak diğer organlara ulaşarak yeni anormal hücreler oluşumuyla çoğalmasıdır (Fitzmaurice ve ark., 2017). Bu metastaz olarak

da ifade edilebilir ki ulaştığı organların işlevselliğini bozarak kanser kaynaklı ölümlerin en önemli nedenlerinden birtanesidir (Plummer ve ark., 2016).

Kanser yerine kullanılan diğer ifadeler ise kötü huylu (malign) tümör ve neoplazm terimleridir (WHO, 2025d). Tümör ifadesi kanser hücrelerinin birleşerek oluşturdukları yapıya denilmektedir. Tümörler iyi veya kötü huylu karakter gösterebilirler. İyi huylu tümörlerde genelde nüks görülmez ve vücudun farklı bölgelerine yayılım göstermeyerek yaşamı tehdit etmezler. Kötü huylu tümörler ise kanser hastalığının tüm olumsuz özelliklerini göstererek, kontrolsüz ve düzensiz çoğalarak diğer organları tahrip ederler (Kumar ve ark., 2020; WHO, 2019m).

Vücutta dokuları oluşturan hücrelerde meydana gelen her değişim, kanser olarak ifade edilmez. Bu değişimler tedavi edilmezse ilerleyerek kanser hastalığına kaynak oluşturabilir. Kanser oluşumunda görülebilen değişimler;

- *Hiperplazi*: Hücre sayısı belirgin ve düzenli bir şekilde artar;
- *Displazi*: Hücre çekirdeği ve sitoplazmasında boyut, şekil ve histolojik boyanma özelliklerinde değişimler izlenir;
- *Karsinoma in situ*: Displazide gözlemlenen değişimler şiddetlenir ve etkilenen hücre popülasyonu organotipik düzen paternini yitirse de doku komşu veya uzak organlara ulaşmayıp orijinal sınırları içerisinde dir.
- *İnvaziv karsinom*: Anormal hücre yapılarının kendi doku/organ sınırları ötesine yayılmış ve vücudun diğer bölümlerine ulaştığı (metastatik) kanserdir (Tarin, 2023).

2.2. Kanser Epidemiyolojisi

2.2.1. Dünyada kanser hastalığı mevcut durumu

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) verilerine göre, sağlık bilgilerine ulaşılabilen ülkelere ait istatistiklerde, 2022 yılında 19 976 499 yeni vaka gözlemlenmiştir. Yine aynı yıla ait olarak yaşa göre standardize edilmiş kanser insidans hızı yüz binde 196,9'dur. Erkeklerde yaşa göre standardize edilmiş kanser insidans hızı yüz binde 212,6 iken, kadınlarda bu değer yüz binde 186,3 olarak belirlenmiştir. Tüm yaş grupları göz önüne alındığında Tablo 2.1'de görüldüğü üzere en çok teşhis edilen ilk beş kanser türü akciğer %12,4 (2 480 675), meme %11,5 (2 296 840), kolorektal %9,6 (1 926 425), prostat %7,3 (1 467 854) ve mide %4,9 (968784)'dir. DSÖ' ne göre ölüm oranı en yüksek ilk beş kanser türüne ait veriler ise akciğer

%18,7 (1 817 469), kolorektal %9,3 (904 019), karaciğer %7,8 (758 725), kadın meme %6,8 (666 103) ve mide %6,8 (660175) olarak izlenmiştir(WHO, 2022).

Tablo 2. 1. Dünyada Sık Görülen İlk 10 Kanser ve Ölüm Sayıları, 2022

	Vaka Sayısı	Yüzde	Ölüm Sayısı	Yüzde
Akciğer	2 480 675	12.4	1 817 469	18.7
Meme	2 296 840	11.5	666 103	6.8
Kolorektal	1 926 425	9.6	904 019	9.3
Prostat	1 467 854	7.3	397 430	4.1
Mide	968 784	4.9	660 175	6.8
Karaciğer	866 136	4.3	758 725	7.8
Tiroit	821 214	4.1	47 507	0.5
Serviks	662 301	3.3	348 874	3.6
Mesane	614 298	3.1	220 596	2.3
Non-hodgkin lenfoma	553 389	2.8	250 679	2.6

Cancer Incidence And Mortality Data, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics-2020.

Küresel ölçekte ülkelerin gelir düzeyi ve yaşa göre standardize edilmiş kanser insidans hızlarına bakıldığında, kanser insidans hızının gelir düzeyi ile ilişkili olduğu ve yüksek gelirli ülkelerde kanser insidans hızlarının da yüksek; olduğu; düşük gelirli ülkelerde kanser insidans hızlarının da düşük olduğu görülmektedir (WHO, 2022). Dünyada kanser sıklıkları incelendiğinde Avustralya, Kuzey Amerika ve Avrupa'da daha yüksek olduğu görülmektedir (WHO, 2025d).

Literatürde cinsiyete göre kanser insidansının uluslararası karşılaştırmasına baktığımızda Tablo 2-2'de görüldüğü üzere dünya standart nüfusuna göre 100 000'de, Avustralya 514,3 erkek, 415,2 kadın ve her iki cinsiyetin toplamında 462,5 insidans verisiyle ilk sırada yer almaktadır. Erkek nüfusta Avustralya'yı sırasıyla Yeni Zelanda 473,4, Birleşik Devletler 401,7 ve Macaristan 395,9 izlemektedir. Türkiye erkeklerde cinsiyete göre kanser insidansında 273,7'lik oran ile uluslararası arenada 43. sırada yer almaktadır. Kadın nüfusta Avustralya'yı Yeni Zelanda 386,3, Danimarka 361,2 ve Birleşik Devletler 341,7 izlemektedir.

Türkiye kadın cinsiyete göre kanser insidansında 192,2'lik oran ile dünyada 61. sırada yer almaktadır. Her iki cinsiyetin toplamına göre kanser insidansının uluslararası

karşılaştırmasına baktığımızda Avustralya'yı, Yeni Zelanda 427,3, Danimarka 374,7 ve Birleşik Devletler 367,0 ile takip etmektedir. Türkiye her iki cinsiyete göre kanser insidansında 225,9 luk oran ile uluslar arasında 51. sırada yer almaktadır (WHO, 2025e).

Tablo 2.2. Cinsiyete Göre Kanser İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu), 2022

Sıra	Ülke	Erkek	Ülke	Kadın	Ülke	Toplam
1	Avustralya	514,3	Avustralya	415,2	Avustralya	462,5
2	Yeni Zelanda	473,4	Yeni Zelanda	386,3	Yeni Zelanda	427,3
3	Birleşik Devletler	401,7	Danimarka	361,2	Danimarka	374,7
4	Macaristan	395,9	Birleşik Devletler	341,7	Birleşik Devletler	367,0
5	Danimarka	394,0	Norveç	337,6	Norveç	357,9
6	Litvanya	391,3	Hollanda	336,2	Kanada	345,9
7	Fransa	386,4	Kanada	331,8	İrlanda	344,7
8	İrlanda	386,3	İrlanda	307,5	Hollanda	341,4
9	Norveç	383,6	Belçika	306,6	Fransa	339,0
10	Hırvatistan	367,3	Fransa	301,0	Macaristan	336,7
	Türkiye (43) *	273,7	Türkiye (61) *	192,2	Türkiye (51) *	225,9
	Dünya	212,6	Dünya	186,3	Dünya	196,9

Kaynak: IARC, GLOBOCAN 2022

*Türkiye'nin yanında parantez içinde yazan değerler Türkiye'nin dünya sıralamasındaki yerini göstermektedir. Kanser insidansları, DSÖ'nün 2022 yılına ait tahmin verileridir.

2.2.2. Türkiye'de kanser hastalığı mevcut durumu

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) verilerine göre, ülkemizde 2022 yılı itibarıyla ilk defa kanser teşhisi konan kişi sayısı 240 013 olarak bildirilmiştir. 2022 yılında bildirilen yeni vakaların yaklaşık %55'i erkeklerde ve %45'i kadınlarda tespit edilmiştir. Türkiye'de 2022 yılında yaşa göre standardize edilmiş kanser insidans hızı yüz binde 225,9'dur. Erkeklerde görülen yaşa göre standardize edilmiş kanser insidans hızı kadınların yaklaşık 1,5 katı düzeyindedir (WHO, 2022).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2024 yılında yayımlanan 2023 yılı Ölüm Nedeni İstatistiklerinde dolaşım sistemi hastalıkları %33,6 ile birinci sırada yer alırken, iyi huylu ve kötü huylu kanserler %15,1 ile ölüm nedenleri arasında ikinci sırada ve % 13,2 ile solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada yer almaktadır (TÜİK, 2023b). Türkiye'de 2022 yılına ait verilerde göre yaklaşık 130 bin kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin yaklaşık 2/3'ü erkeklerde gerçekleşmiştir (WHO, 2025).

Türkiye'de 2022 yılı yaşa göre standardize edilmiş kanser toplam mortalite hızı yüz binde 116,1'dir. Erkeklerde görülen mortalite hızı yüz binde 168,3 olarak kadınlarda mortalite hızı yüz binde 75,8 in, iki katından daha fazladır (WHO, 2025). Türkiye'de 2022 yılı itibarıyla

her iki cinsiyette mortalite hızı en yüksek kanserler sırasıyla akciğer kanseri, kolorektal kanser ve mide kanseridir. Erkeklerde mortalite hızı en yüksek kanserler sırasıyla akciğer kanseri %66,3, mide kanseri %14,3 ve kolorektal kanser %12,3 iken, kadınlarda bu sıralama meme kanseri %12,5, akciğer kanseri %10,1 ve kolorektal kanser %8,4 şeklindedir (Sağlık Bakanlığı, 2023; WHO, 2022).

2.3. Kanser Risk Faktörleri

Kanser, çevresel ve kişinin yaşam tercihlerine ait faktörlerle beraber genetik faktörlerin de sebep olduğu bir hastalıktır. Kanser hastalığı için kişiye ait cinsiyet, yaş ve aile öyküsü gibi değiştirilemeyen risk faktörleri ile alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, enfeksiyonlar, fiziksel hareket azlığı, modern yaşamın getirdiği çeşitli fiziksel, kimyasal kanserojenlere maruziyet ve hava kirliliği gibi değiştirilebilir iki grup risk faktörü tanımlanmıştır. Bu risk faktörü etkenlerden genetik özelliklerin kanserlerin %10'u ile ilişkili, %90'ının çevresel faktörlere bağlı olduğunu; kanser kaynaklı ölümlerin ise %35'inin değiştirilebilir ve azaltılabilir risk faktörleri nedeniyle meydana geldiğini ifade etmektedir (Lewandowska ve ark., 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016; WHO, 2025d).

2.3.1. Yaş

Kanser hastalığı tüm yaşlarda gelişebilme durumuna sahip olsa da yaş ilerledikçe çoğu kanserin ortaya çıkabilme riski artar ve bu risk orta yaşlardan itibaren hızlı bir şekilde yükselir. Bu nedenle kanser yaşa bağlı bir hastalık olarak kabul edilir, çünkü hücreler hayat ilerledikçe hasar görmekte ve kendini iyileştirme potansiyeli de zamanla azalabilmektedir (Cancer Research UK, 2023; White ve ark., 2014).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2021 yılı verilerine göre 15 yaşın altında kanser vaka insidansı 100 000 de 18 iken, 40-64 yaş grubunda yaklaşık 550, 75 yaş ve üzerinde ise 100 000 kişide 2200'den fazlaya ulaşmaktadır (Naitonal Cancer Institute, 2025a). Türkiye'de 15 yaş altı kanser vaka insidansı 100 000'de 17,7 iken 40-64 yaş grubunda 439,5 ve 75 yaş ve üzerinde ise 1584,3 tür (WHO, 2022).

2.3.2. Cinsiyet

Erkek cinsiyette kadın cinsiyete oranla kanser gelişme riski daha yüksek tespit edilmiştir. Bu farklılığın nedeni genetik, moleküler düzeydeki düzenlemeler ve östrojen gibi seks hormonları ile erkeklerin yaşam standartlarındaki risk faktörlerine bağlanmaktadır (Grunau ve ark., 2018; Kim ve ark., 2018). ABD'de hayatı boyunca kanser gelişme riski erkek

cinsiyet için %40,2 ve kadın cinsiyet için ise %38,5 olarak tespit edilmiştir (American Cancer Society, 2025b).

2.3.3. Genetik faktörler

Genetik değiştirilemeyen, müdahale edilemeyen risk faktörlerindedir. Birinci derece akrabalarda kanser öyküsü olan kişilerin kanser hastalığına yakalanma ihtimali, akrabalarında kanser hastalığı olmayan topluma göre daha yüksektir (Pharoah ve ark., 1997). Kanser hücresi, normal bir hücrede gerçekleşen genetik bir mutasyonla başlar ancak tüm kanserlerin sadece yaklaşık %10'u kalıtsal genetik kusurlara bağlıdır.

Kanser hastalığının çoğu, genetik mutasyonun yeni nesle aktarılması ve çevresel faktörlerin birleşimiyle ortaya çıkar. Kanser hastalığı ile ilişkili genetik bir oluşumun yeni nesle aktarılması, kişinin kanser hastası olacağı anlamına gelmemekle birlikte; kanser hastalığı riskinin arttığını gösteren bir durumdur (National Cancer Institute, 2025b). DNA onarım genlerini etkileyen, hücre döngüsü düzenleyicilerini bozan ve hücre ölüm yollarına etkisi olan mutasyonlar, kanserlerin en önemli genetik nedenleri arasındadır (Wang, 2016).

Meme, prostat, over kanserinin bazı türleri, lösemiler, retinoblastom gibi bazı kanser türlerinde ailesel geçiş olabildiği gibi, kanser olmadığı halde familial adenomatöz polipozis (FAP), ataksi telanjektazi gibi bazı ailesel hastalık zemininden de kanserler gelişebilmektedir (Ayhan A, 2013; Detels ve ark., 2011; Özçelik, 2018).

Kanser hastalığının fazla görüldüğü ailelerde, kişilerin genetik analizi yapılması neticesinde, kanser geliştirme riskine sebep olabilecek genetik değişkenlerin tanımlanması sağlamıştır. Bu genetik değişkenlerin sağlık sunucular tarafından kullanılması ile kanser hastalığına karşı tedbir alınması, hastalığın teşhis edilmesi, hastalık riskine karşı genetik danışmanlığın daha ayrıntılı verilmesi sağlanmıştır (Rahman, 2014; Rasnic ve ark., 2020).

2.3.4. Tütün kullanımı

Dünya üzerinde tütün kullanımı kanserin en önemli nedenlerinden biri olup, kanser hastalığına bağlı ölümlerin yaklaşık %30'unun ana sebebi durumundadır (Humans ve ark., 2004; TC Sağlık Bakanlığı, 2021). Tüm dünyada tahminen 1,25 milyar kişi tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Bunun önemli bir kısmı sigara olurken pipo, nargile ve elektronik sigara gibi duman marifetiyle kullanılanların yanında; çiğneme tütün, enfiye gibi dumansız tütün ürünleri de bulunmaktadır (American Cancer Society, 2025f). Türkiye'de 15 yaş üzeri 13,6 milyon

erkek ve 6,4 milyon kadın olmak üzere yaklaşık 20 milyon kişi, tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır (Global Action, 2025).

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı ağızdan başlamak üzere yemek borusu, soluk borusu, mide, akciğer, karaciğer, rahim, böbrek gibi birçok organda kanserin en başlıca sebeplerindedir. Bilimsel raporlara göre tütün dumanı, 5000'den fazla farklı kimyasal içerir ve bunların 70 tanesi kanserojen olarak kabul edilmektedir (National Cancer Institute, 2025b; TC Sağlık Bakanlığı, 2021; WHO, 2019).

Pasif içicilikte benzer şekilde tütün dumanını solunmaktadır ve maruz kalan kişide tütün kullanımının verdiği tüm hastalıklara sebep olabilmektedir (Rumgay ve ark., 2021). Tütün ve tütün ürünlerinin dumanlı veya dumansız kullanımında meydana gelen kimyasal ürünler hücre DNA'sında hasara yol açmakta ve kanser hastalığına sebep olabilmektedir (American Cancer Society, 2025f; Cancer Research UK, 2025a; Rumgay ve ark., 2021).

2.3.5. Alkol kullanımı

Alkol kullanımı, kanser etiyolojisinde yer alan önemli bir faktördür. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) alkollü içecekleri 2000'li yıllardan önce kanserojen olarak sınıflandırırken; 2012 yılında alkol türünden bağımsız olarak tüm alkollü içecekleri kanıtlanmış kanserojenler olan grup-1 karsinojen olarak tanımlanmıştır (LoConte ve ark., 2018; Rumgay ve ark., 2021; WHO, 2025j).

Literatüre bakıldığında bazı kanser türleri için alkolün cinsi ve alkol tüketim eşiğinin önemi olmadan, küçük miktarda bile alkol tüketimi ile kanser hastalığı arasında ilişki saptanmış ve tüketilen alkol miktarı arttıkça kanser hastalığı meydana gelme riskini de o oranda arttığı tespit edilmiştir (World Cancer Research Fund International, 2025a). Alkolün cinsine bakılmaksızın her türüsü, alkol tüketmeyenlere göre kanser hastalığı riskini artırmaktadır (Rumgay ve ark., 2021).

Tüm dünyada 2019 yılında alkol kullanımına bağlı 400 bin yeni kanser hastalığı tanısı konurken; 2020 yılında bu sayı 740 bin olarak tespit edilmiştir (Rumgay ve ark., 2021; WHO, 2025a). Alkolün kullanım miktarından bakılmaksızın ağız, yemek borusu, mide, karaciğer, kalın bağırsak, özellikle kadınlarda daha fazla olmak üzere meme ve pankreas kanser hastalığı ilişkili olarak riski artırdığına dair kanıtlar görülmüştür (American Cancer Society, 2025a; LoConte ve ark., 2018; National Cancer Institute, 2025a; WHO, 2025j).

2.3.6. Enfeksiyöz ajanlar

Enfeksiyonlar, literatüre bakıldığında dünya genelinde düşük ve orta gelirli olarak tanımlanan ülkelerde kanser hastalığının %10- %18'ine neden olmaktadır (Burd, 2003; Cancer Research UK, 2025b; Plummer ve ark., 2016).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafında kanser ile ilişkili enfeksiyöz ajanların tanımlaması yapılmıştır. Kanser ile ilişkili enfeksiyöz ajanlar; hepatoma için Hepatit B ve C virüsleri; mide karsinomu için Helicobacter Pylori; serviks, vajina, penis, orofarenks için İnsan Papilloma Virüsü (özellikle HPV tip16,18 başta olmak üzere tip 6,11,33 ve diğer); nazofarengeal kanser için Epstein-Barr Virüs (EBV) 'ü ve Human Herpes Virüs tip 8'in (HHV-8)'in neden olduğu Kaposi sarkomu olarak belirlenmiştir (de Martel ve ark., 2020; International Agency for Research on Cancer (IARC), 2025).

Dünya genelinde ki bazı ülkelerde enfeksiyöz ajanların kanser hastalığına sebep olma oranları; Kanada (%14.3), ABD (%24.0), Meksika (%23.0), İtalya (%25.7), Almanya (%23.2), Güney Afrika (%34.9), Kongo Demokratik Cumhuriyeti (%28.8), Madagascar (%31.4) ve Zambia (%23.2) olarak görülmüştür (American Cancer Society, 2020).

2.3.7. Beslenme ve fazla kiloluluk

Dengeli ve düzenli beslenmeye günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Obezite organizmanın normal fizyolojik işleyişi için risk oluşturan anormal veya fazla yağ birikimi sonucu, vücut kitle indeksinin artmasıdır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025b) . Obezite teşhis ve takibi için en yaygın olarak kullanılan antropometrik test, vücut ağırlığının kilogram (kg) olarak, kişinin metre cinsinde boy uzunluğunun karesine (kg/m^2) bölümüyle elde edilen vücut kütle indeksi (VKİ) ölçümüdür (World Cancer Research Fund International, 2025b).

DSÖ, her iki cinsiyet için, fazla kiloluluk olarak VKİ'nin 25 ve üzeri, obezite için de VKİ'nin 30 ve üzeri olarak ölçülmesini tanımlamaktadır (WHO, 2025k). Tüm dünyada 2022 yılı istatistik sonuçlarına göre 18 yaş üstü yetişkinlerden %43'ü fazla kilolu iken bu kişilerin %16'sı obez olarak sınıflanmıştır (WHO, 2025k). Türkiye'de on beş yaş ve üzeri kişilerin %36'sı fazla kilolu, %29'u obez olarak sınıflanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Yağ tüketiminde artış ve obezite, meme kanseri görülme sıklığında artışa neden olmaktadır (Attila, 2024). Beslenme alışkanlıkları ve besin katkı maddeleri kanserlerin yaklaşık %1-30'unun oluşumunda etkili olmaktadır (Tayar & Bulut, 2019; TC Sağlık Bakanlığı, 2021).

Yağ oranından zengin diyet neticesinde gelişen fazla kiloluk ve obezite meme, kalın bağırsak, yemek borusu, safra kesesi, rahim, yumurtalık, böbrek ve karaciğer gibi birçok organın kanser hastalığında risk faktörü olarak yer almaktadır (Avgerinos ve ark., 2019; Harrison, 1954; Kolb ve ark., 2016; World Cancer Research Fund International, 2025b).

2.3.8. Radyasyon

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC)'a göre radyasyonun yüksek enerjili kategorisine giren iyonize formu grup-1 kanserojen olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 2025g). Maruziyetin erken başlaması, uzun süreli olması ve yoğun olması ile akut lenfositik lösemi, akut ve kronik myeloid lösemi, melanom, melanom dışı cilt kanserleri, meme, akciğer, kemik, beyin ve tiroid kanseri gelişim riskini artırmaktadır (IARC, 2004; TC Sağlık Bakanlığı, 2021; WHO, 2025h).

2.3.9. Çevresel faktörler, mesleki riskler ve hava kirliliği

Kanser hastalığı insidansının yüksek olduğu toplumlardan düşük olduğu toplumlara göç eden ve yerleştiği yerin yaşam tarzını benimseyen kişilerin, yerleştikleri ülkenin kanser insidans oranlarını bir ile üç nesil içinde edindikleri görülmüştür. Bu durum, uluslararası kanser insidans farklılıklarının, ülkeler arasındaki çevresel ve yaşam tarzındaki farklılıklarından kaynaklandığını akla getirmektedir (Hunter, 2020).

Literatüre göre insan davranışlarından kaynaklanan çevresel faktörlerin, kötü huylu tümörlerin %80'den fazlasına neden olduğu tespit edilmiştir (Lewandowska ve ark., 2018). Tüm kanserlerin %2-3 ü hava kirliliği ve mesleki çevresel risklerden kaynaklanmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2021). Mesleki maruziyetlere bağlı ölümlerin 1/3'ü kanser hastalığından kaynaklanırken; mesleki kanser ölümlerinin %63'ü asbest, %14'ü silika ve %14'ü ikinci el tütün dumanından kaynaklanmaktadır (Collaborators, 2020).

IARC asbest, benzen, berilyum, formaldehit, nikel, silika ve dış ortam hava kirliliğinin de içinde bulunduğu 38 endüstriyel mesleki maddeyi grup-1 karsinojen olarak sınıflandırmıştır. Aflatoksin, arsenik, radon, akrilamid gibi kimyasal maddeler de insanlarda kansere neden olmaktadır (Collaborators, 2020; Deniz, 2022; WHO, 2025h, 2025j; World Health Organization, 2020).

2.3.10. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kas sistemini kullanarak kişinin istirahatteki durumundan daha fazla enerji gerektiren herhangi bir eylem yapması olarak tanımlanır (World Cancer Research

Fund International, 2025c). DSÖ tarafından 18 yaş üstü kişiler için haftada toplam en az 150-300 dakika orta yoğunlukta veya en az 75-150 dakika kuvvetli yoğunluk durumunda ya da bunların birleştirilmiş olacak şekilde fiziksel aktivite tavsiye edilmektedir (World Cancer Research Fund International, 2025c).

Düzenli fiziksel aktivite yapılması ile kalın bağırsak ve meme kanseri riskinde azalmaya yönelik bir ilişki görülmüştür (Crowell ve ark., 2018). Fiziki aktivitenin artırılması ve günlük adım sayısının 5000 den çok olduğu hareketli bir hayatı yaşam tarzı olarak benimseyen bireylerde kalın bağırsak, mide, rahim ve özefagus kanseri riski azalmaktadır (World Cancer Research Fund International, 2025c).

2.4. Sağlıkta Koruma Düzeyleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en basit tanımı, kişilerin önlenebilir hastalıklardan korunmasını, sağlık düzeylerinin devamı ve yaşam konforunun artırılmasını amaçlayan aşamalı bir hizmet sunumudur (Uygun, 2025).

2.4.1. Birincil korunma

Birincil korunma hastalık risk faktörleri mevcut iken, herhangi bir maruziyet ve temas meydana gelmeden önce, hastalık nedenlerine yönelik olarak, toplumdaki bireylerin risk faktörlerine maruz kalmasını engellemeye yönelik çalışmalar ile kişilerin hasta olmasının önlenmesini içermektedir (Attila, 2024; Pandve, 2014). Bu korunma aşamasında kişilerin sağlık konforunun devamını sağlamayı amaçlayan, hastalık etkeni ile birey arasında mesafe oluşturan ve toplumsal hastalık yükünü azaltmayı amaçlayan koruyucu sağlık hizmetidir (Akyıldız, 2024; Öztekin, 2020).

DSÖ, birincil koruma uygulamalarını tüm yaş gruplarının korunmasına yönelik olarak kişinin sağlık eğitimi, bağışıklama hizmetleri, sağlıklı çevre düzenlemeleri ve kişinin kendisine ait olumlu davranış değişikliklerini kapsayan bütüncül bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Akyıldız, 2024).

Kanser hastalığından primer korunmada, kanser hastalığı risk faktörleri olarak sayılan obezite, tütün ürünleri kullanımı, alkol tüketimi, radyasyon maruziyeti, kanserojen etkiye sahip olabilme potansiyeli olan bazı enfeksiyon etkenleri ya da hava kirliliği gibi risk faktörlerinden korunma ile birlikte; dengeli ve düzenli beslenme, sedanter yaşamı bırakarak fiziksel egzersizin yaşam standardı haline gelmesi amaçlanmaktadır (Australian Government, 2025; Bilir, 2015).

Sağlıklı çevre oluşturma, temiz içme suyu sağlanması da kanser hastalığı ile mücadelede de birincil korunma olarak önemli faktörlerdendir (Van Weel ve ark., 2009).

Aşılanmanın kanser hastalığını önlemedeki gücü son yıllarda giderek artmış ve maliyet etkin bir yol olarak kanser önlenmesinde yerini almıştır. Günümüzde Hepatit-B ve HPV gibi enfeksiyöz ajanların hücrede yapacağı patolojik değişiklikleri engelleyerek, kanser hastalığının gelişmesinin önlenmesine yönelik aşılanma uygulamaları mevcuttur. Gün geçtikçe gelişen mRNA teknolojisiyle, yakın bir gelecekte günümüzde olduğu gibi sadece enfeksiyöz ajanlara yönelik değil, doğrudan kanserli hücreleri hedefleyen aşılarda geliştirmek hedeflenmektedir (Gu Kyle, 2020).

2.4.2. İkincil korunma

Kanser hastalığının belirti ve bulguları ortaya çıkmadan önce, asemptomatik denilen dönemde bireydeki patolojik değişiklikleri erken tanı yöntemleri kullanarak ortaya çıkarma ve tedaviye daha etkin biçimde yanıt verilmesi amacıyla uygulanan müdahaleleri kapsamaktadır (Öztek, 2020). İkincil korumaya en yaygın örnek, hastalık belirti ve bulguları gelişmeden önce gerçekleştirilen tarama testleridir. Bir hastalığın ikincil koruma kapsamında taranabilmesi için patolojik değişikliklerin başladığı ama belirti ve bulguların ortaya çıkmadığı bir latent dönemi olmalı, klinik gidişat aşamaları bilinmeli ve tedavi edilebilir olmalıdır (Öztek, 2020). İkincil koruma aşamasında yakalanan kanser hastalığı vakaları tedavi planlaması açısından son derece kritik bir yere sahip olup; mortalite ve morbiditeyi azaltmada son derece önemlidir (Akyıldız & Okyay, 2024; Champion & Rawl, 2005) Türkiye ulusal kanser tarama programına göre, meme kanseri için mamografi çekimi, serviks kanseri için HPV testi ve kalın bağırsak içinde GGK testi uygulamaları; kanser hastalığı için ikincil korunma yöntemlerindedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2021).

Tarama programlarının başarısı yalnızca uygulanan teknolojik testlere değil, aynı zamanda ilgili hedef nüfusun tarama programına katılımına, sağlık okuryazarlığına ve gerekli sağlık hizmetlerine erişim kolaylığına bağlıdır (Lamore ve ark., 2017). Kanser hastalığına uygun bir tarama testinde basitlik, kabul edilebilirlik, doğruluk, ucuzluk, tutarlılık, sensitivite ve spesifitesinin yüksek olması ve tarama yapılacak toplumda kabul edilebilir olması başlıca aranan özelliklerdir (Bilir, 2015; TC Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.4.3. Üçüncül korunma

Üçüncül koruma hastalığın belirti ve bulguları ortaya çıktıktan sonra uygun tedavi yapılarak hastalık gidişatını azaltma, komplikasyonları önleme, sağlık ve yaşam konforunu artırmak, bireyin işlevselliğini mümkün olan en üst düzeyde sürdürmesi, hastalık olmadan sağlıklı yaşam süresini artırmalı ve gerektiği zaman psikososyal açıdan hastaya destek verilmesini kapsamaktadır (Gu & Li, 2020; Öztekin, 2020; Siddiqui ve ark., 2023). Kanser hastalığı gibi yüksek oranda morbidite ve mortaliteye sahip hastalıklarda üçüncül koruma ile hastalığın stabil kalması veya ilerleme hızını düşürme ve hastalığa bağlı gelişme ihtimali olan komplikasyonları en aza indirmeyi ve kişinin yaşam konforunun korunması amaçlanmaktadır (Halter ve ark., 2018).

Palyatif bakım, mortalitesi yüksek olan kanser hastalarına fiziksel ve ruhsal destek sunarak sağlık konforunu korumaya olanak sağlayarak, yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Palyatif bakım tedavinin terminal dönemine bırakılmayıp ilk aşamasından itibaren uygulandığı takdirde kişinin hayat kalitesini korumada çok önemli bir yere sahiptir (Economou, 2014; Tennison ve ark., 2024).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Taramaları

2.5.1. Dünyada kanser taramaları

Kanser tarama programları, hedef grup olarak sınırları önceden belirlenmiş kişilere yapılan belirli laboratuvar testleri ve tıbbi radyolojik görüntülemelerle uygulanan bir dizi yöntemdir (Parkin, 2005). Başka bir tanımla da tarama programları, hastalıkların erken teşhis edilmesi ve bu sayede hastalık sıklığı ile buna bağlı ölümlerin azaltılması hedefiyle sağlıklı ve asemptomatik bireylere belirli aralıklarla uygulanan muayene ve test uygulamalarıdır (Wilson J, 1968).

Mamografi, meme kanserini erken bir aşamada tespit eder ve bu nedenle tarama yapılmamasına kıyasla ömrü uzatmaktadır (Detels, 2011). Amerikan Kanser Derneği, 40-44 yaş aralığındaki kadınların kişisel inisiyatif kullanarak yıllık mamografi çekirtmeye başlayabileceğini; 45 yaş üstü kadınların ise 54 yaşına kadar her yıl, 55 yaş ve üzeri kadınların ise iki yılda bir mamografik olarak radyolojik görüntüleme hizmeti alması gerektiğini bildirmektedir. Kadının, sağlığını koruduğu ve beklenen yaşam süresinden en az 10 yıl öncesine (2021 yılı istatistiklerine göre Amerika için kadınlarda beklenen yaşam süresi 79,1 yıl) kadar kanser tarama testlerine devam edilmesi gerektiği belirtilmektedir (American Cancer Society, 2025d).

Kolorektal kanser taraması için, 45 yaşından itibaren her yıl yapılacak olan GGK Testi testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yaptırılmasını önerilmektedir. Sağlıklı olan ve 10 yıldan fazla yaşam beklentisi olan kişiler de, 75 yaşına kadar düzenli olarak kolorektal kanser taramaları kapsamında GGK testine devam edilmesi önerilmektedir (American Cancer Society, 2024).

Serviks kanseri taramasının 25 yaş altı grubunda çok nadir görülmesinden dolayı maliyet etkinlik için tarama yapılmasının anlamlı olmadığı ve serviks kanseri taramalarına 25 yaşından itibaren başlanması gerektiği belirtilmektedir. Kadın nüfusun 25-65 yaş arasındaki popülasyonu için her 5 yılda bir öncelikle mikrobiyolojik açıdan değerlendirilmesi için HPV testi yaptırılmalıdır. HPV testi yoksa, her 3 yılda bir patolojik değerlendirme için Pap smear testinin iyi bir seçenek olduğu belirtilmektedir. Amerikan Kanser Derneği'ne göre son 10 yılda düzenli olarak serviks kanseri taraması yaptırmış ve tarama sonuçları normal olan 65 yaş üstü kişilerin serviks kanseri için artık HPV testi veya Pap smear testi yöntemleri ile tarama yaptırmalarına gerek olmadığını belirtmektedir. HPV aşısı yaptıran kişilerin ise yine de yaş gruplarına göre belirlenen tarama önerilerini takip ederek serviks kanseri tarama testlerini yaptırmaları gerektiği vurgulanmaktadır (American Cancer Society, 2025d).

Avrupa ülkelerinde meme kanseri taramasında en yaygın protokol, 50-69 yaş arası kadın nüfusa iki yılda bir olacak şekilde mamografi çekimi önerilmesidir. Diğer Avrupa ülkelerine bakıldığında meme kanseri için İsviçre 50-70 yaş arası, Hollanda 50-75 yaş arası, Fransa 50-75 yaş arası iki yılda bir tarama yapmaktadır. İsveç 40 ila 54 yaş arası 18 ayda bir tarama yapılmasını önermektedir. Japonya'da ise tarama aralığı öneri planı bulunmamaktadır (Ebell, 2018).

Serviks kanser taramasında Lüksemburg ulusal bir tarama programı belirlememiş tek ülkedir. Diğer ülkelerde önerilen testler (sitoloji, HPV veya her ikisi), taramaya başlama yaşı ve tarama aralıkları konusunda bazı farklılıklar bulunmaktadır. Çoğu ülke taramaya başlama yaşının 18 ila 29, bitiş yaşının ise 60 ila 70 arasında olmasını önermektedir. Ülkeler genellikle 3 ila 5 yıllık bir tarama aralığı önermektedir. Serviks kanseri taraması için ülkelerin hedef nüfusları Hollanda 30-60 yaş, İrlanda 25-61 yaş, Belçika 25-65 yaş, Fransa 25-65 yaş, İngiltere 25-64 yaş arasını tarama yaşı olarak belirlemiştir. Japonya'da serviks kanseri için yaş ve tarama aralığı öneri planı bulunmamaktadır (Ebell, 2018).

Kolorektal kanser taraması için bakıldığında hem tarama türü hem de programı açısından ülkeler arası tarama önerileri değişiklik göstermektedir. GGK Testi dışında

kolonoskopinin tarama yöntemi olarak kullanımıyla ilgili olarak, ABD dışında bunu öneren ülkeler İsviçre, Almanya ve Avusturya'dır. Kolorektal kanser taraması için GGK Testini veya diğer yöntemleri öneren ülkelere bakıldığında İtalya; 58 veya 60 yaşında bir kez GGK Testi veya esnek sigmoidoskopi ve ardından 59 ila 69 yaş arasında her 2 yılda bir GGK Testi, İsviçre; GGK Testi veya her 10 yılda bir kolonoskopi, Almanya; 55 yaşından itibaren, en az 10 yılda bir kolonoskopi yaptırılmasını ve temiz çıkan 2 kolonoskopiden sonra tarama testlerinin bırakılmasını, Kanada; her 10 yılda bir esnek sigmoidoskopi, Avusturya; 50 yaşından itibaren GGK Testi ve her 7-10 yılda bir kolonoskopi yaptırılmasını önermektedir (Ebell, 2018).

Çin, dünyanın en kalabalık ülkesi (2023 yılı - 1 422 584 933 kişi) olmasına rağmen kanser taraması için düzenli olarak yürütülen bir programı mevcut değildir (WHO, 2025b).

Erişkinlerde düzenli kanser taraması yalnızca fiziksel sağlık açısından değil, bireylerin sağlık okuryazarlığını artırması ve koruyucu sağlık davranışlarını benimsemeleri açısından da büyük önem taşımaktadır (Babaoğlu ve ark., 2021; Kozan & Tokgöz, 2016).

Meme kanserinde erken tanı sayesinde beş yıllık sağkalım oranı oldukça yüksek olmakla birlikte; Serviks ve kolorektal kanserlerde de düzenli taramaların insidansın yanında ölümleri azalttığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır (Kozan & Tokgöz, 2016; Smith ve ark., 2018; Yeter ve ark., 2009).

ABD’nde Amerikan Cancer Society’nin yayınladığı rapora göre, 45-54 yaş kadınların, %54’i, 55-64 yaş arası kadınların %76’sı ve 65-74 yaş arası kadınların %78’inin 2022 yılında son bir yıl içinde mamografi çektiği bildirilmiştir. 2022 yılında son 3 yılda smear testi yaptıran 25-65 yaş arası kadınların oranı %72 iken, son 5 yılda HPV testi ve smear testinin her ikisinin de uygulandığı 25-65 yaş arası kadınların oranı %38’dir. Amerikan Cancer Society’nin yayınladığı raporun devamında, 2023 yılı baz alındığında son 10 yılda kolonoskopi yaptıran 45 yaş üstü bireylerin oranının %56 ve GGK Testi yaptıranların oranının ise %16 olduğu belirtilmiştir (American Cancer Society, 2025c).

Avrupa Birliği’nde 2023 yılına ait verilere bakıldığında 50-69 yaş arası kadınlarda mamografi çekimi ülkelere göre farklılık göstermektedir. Polonya, Letonya, Kıbrıs ve Yunanistan'da tarama oranları %40,0'ın altında iken, İskandinav bölgesinde AB ülkesi olan Danimarka, İsveç ve Finlandiya’da oran %80,0’ın üzerinde görülmüştür. Rahim ağzı kanser taramasında ise 20-69 yaş arası kadın nüfusa bakıldığında, İsveç %77,7, Çekya %74,7, Slovenya %74,4, İrlanda %74,0 ve Finlandiya %73,0 ile üst sıralarda yer alırken; Polonya

%10,9 ve Romanya %6,2 ile en az tarama yapılan ülkeler olmuştur. Avrupa Birliği ülkelerinde 50-74 yaş arası nüfus için kolorektal kanser taraması uygulayan ülkelere bakıldığında Finlandiya %74,4, Hollanda %67,2, İsveç %64,7 ve Macaristan %9,0 olarak görülmüştür (Eurostat, 2025).

2.5.2. Türkiye ulusal kanser tarama programları

DSÖ'nün kanser taramalarına yönelik önerisi ve bir çok ülkede uygulanan programlara benzer şekilde Türkiye'de ulusal kanser tarama programı kapsamında meme, serviks ve kolorektal kanser olmak üzere üç tür kanser hastalığına karşı program yürütülmektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2021).

Ülkemizde ulusal kanser tarama programına göre kanser taramaları ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezlerinde (İSM/TSM), sağlıklı hayat merkezlerinde (SHM), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'lerde ve mobil kanser tarama araçlarında başvuru yapan hedef yaş grubunda olan kişilere hizmet vermekle birlikte, aile hekimliği bilgi sistemine kayıtlı hastalardan yaşı uygun olanlar tarama için aile sağlığı merkezi (ASM)'lere davet edilerek de yürütülmektedir. Bu uygulama ulusal kanser tarama programının kurallarına göre periyodik olarak tekrarlanmaktadır (Kanser Daire Başkanlığı, 2025).

Hedef nüfusta bulunan kişilerin ulusal kanser tarama programları kapsamında bilgilendirilmelerine rağmen yapılan davete olumsuz karşılık vererek tarama testlerini kabul etmemeleri halinde, bilgilendirme sonrası alınan yazılı onam çerçevesinde ret beyanları imzalı olarak kayıt altına alınmaktadır. Tarama testlerini reddeden bireyler, takip eden altı ay-bir yıl içerisinde yeniden değerlendirilmek ve taramaya davet edilmek üzere izleme alınmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025a).

Türkiye'de 2023 yılı kanser tarama oranlarına bakıldığında meme kanseri taramasında mamografi çekimi oranı %20, rahim ağzı kanseri için HPV test oranı %60 ve kalın bağırsak için GGK test uygulama oranı %23 olarak görülmüştür (Eurostat, 2025).

Ulusal meme kanseri programı

GLOBOCAN-2022 kanser verilerine göre, 2022 yılı tüm dünyada kadınlarda teşhis edilen tüm kanser vaka sayısı yaklaşık 9 664 889 olarak kaydedilmiştir ve bu vakaların yaklaşık 2 296 840 (%23.8) tanesi meme kanserine aittir (Bray, 2024). Ülkemiz 2022 yılı kanser tarama verilerinde 25 249 (%23.5) kişiyle meme kanseri, kadınlarda görülen en sık kanser türü

olmuştur (WHO, 2025). Meme kanseri insidansları yüksek olsa da tarama testleri ile erken teşhis edildiğinde tam olarak tedavi edici yöntemler mevcuttur (WHO, 2025c).

Ülkemizde kadınlarda ulusal kanser tarama programı meme kanseri taraması kapsamında; 20-40 yaşından itibaren kadınlara her ay kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlığın verilerek farkındalık oluşturulması, yine 20-40 yaş arası yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) yapılması ve 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi yer almaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2021).

Literatüre bakıldığında kendi kendine meme muayenesi ile klinik meme muayenesinin meme kanserinden ölümlerini azaltmada bir etkisi görülmesi de kadınlarda farkındalığı arttırmak amacıyla uygulanması önerilirken; meme kanseri taramasında kullanılan mamografinin, meme kanserinden ölümleri en az %20 düzeyinde azalttığı gösterilmiştir (American Cancer Society, 2024; Detels ve ark., 2011; WHO, 2025c).

Meme kanserinin risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, yaş alma, menarş yaşının 12 den önce olması ve menarş yaşının uzaması ile 55 yaşından sonra menopoza girmek, genetik mutasyonlar, birinci derece aile bireylerinde meme veya over kanseri öyküsü bulunması, 30 yaşından önce radyoterapi tedavisi almış olmak, BI- RADS / D grubu yoğun meme dokusuna sahip olmak, ilk gebeliğinin 30 yaşından sonra olması yer almaktadır (CDC, 2025; WHO, 2025c).

Mamografi, meme kanseri taramalarında altın standarttır. Tarama amacıyla çekilen mamografi, kanser hastalığı belirti bulguları olmayan kadınlarda meme kanserinin erken tanısını sağlamak amacıyla uygulanan temel ve güvenilir bir görüntüleme yöntemidir. Tarama sırasında, memenin medyolateral oblik (MLO) ve kraniyokaudal (CC) olmak üzere iki farklı planda radyografik görüntülemesi yapılmaktadır. Ulusal Tarama programı kapsamında 40-69 yaş arasındaki kadınların ücretsiz olarak çekilen tüm mamografi filmleri Ulusal Tarama Mamografisi Sistemi (MM Tarama) üzerinden Ankara'daki Ulusal Mamografi Raporlama Merkezi'nde çift kör yöntemiyle değerlendirilmekte olup; taramaya yönelik BI-RADS sınıflandırması ile raporlanmaktadır. Ulusal Tarama Mamografisi kapsamında çekilen tüm mamografi filmleri iki farklı radyoloji uzmanı tarafından verilen skorların uyumlu olması durumunda sonuçlanmaktadır. Eğer skorlar arası uyumsuzluk mevcut ise söz konusu film 3. bir radyoloji uzmanı tarafından skor verilerek sonuçlandırılmaktadır. Ulusal Tarama Mamografisi Sisteminde BI-RADS sınıflandırması ile raporlanan sonuçlarda Tablo 2-3'de sunulduğu gibi

BIRADS 1-2 olanların normal meme kanseri tarama kuralları kapsamında 2 yıl sonra tekrar taramaya alınmakta, mamografi sonucu BIRADS 0-4-5 olanların ise ileri tetkik ve tedavi amacıyla genel cerrahi uzmanına sevk edilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2021).

Tablo 2.3. BI-RADS Sonuç Değerlendirme Kategorileri

BI-RADS Değeri	Açıklama	Tanısal Değeri	Sonuç
0	Yetersiz grafi sebebiyle rapor yazılamamış görüntü	Yetersiz	İleri tetkikler için genel cerrahi polikliniğine sevk
1-2	Negatif veya bening bulgular (Rutin tarama)	Negatif	2 yıl sonra rutin tarama mamografisi
4-5	Şüpheli Bulgular	Pozitif	İleri tetkikler için genel cerrahi polikliniğine sevk

* Türkiye Kanser Kontrol Programı-2021

Literatüre bakıldığında mamografi taraması ile erken evrede tespit edilen meme kanseri vakalarında, daha az cerrahi müdahale ve daha az miktarlarda kemoterapik ve radyotropik tedavi uygulanması sonucunda; meme kanserine bağlı ölümlerde yaklaşık %20'lik bir azalma sağladığı gösterilmiştir (Marmot, 2013).

Ulusal serviks kanser tarama programı

Serviks kanseri, dünya genelinde 2022 yılı yaşa göre standardize edilmiş IARC verilerine göre insidans olarak her iki cinsiyetteki tüm kanserler arasında beşinci sırada, kadın kanserleri arasında ise dördüncü sırada; yaşa göre standardize edilmiş IARC verilerine göre her iki cinsiyette tüm kanser hastalıklarında ölüm oranı en yüksek olanlar içerisinde altıncı sırada ve ölüm oranı olarak kadınlar arasında üçüncü sıradadır (WHO, 2022). Ülkemizde ise kadınlarda sık görülen kanser istatistiklerine bakıldığında, serviks kanserinin dokuzuncu sırada yer aldığını görülmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022).

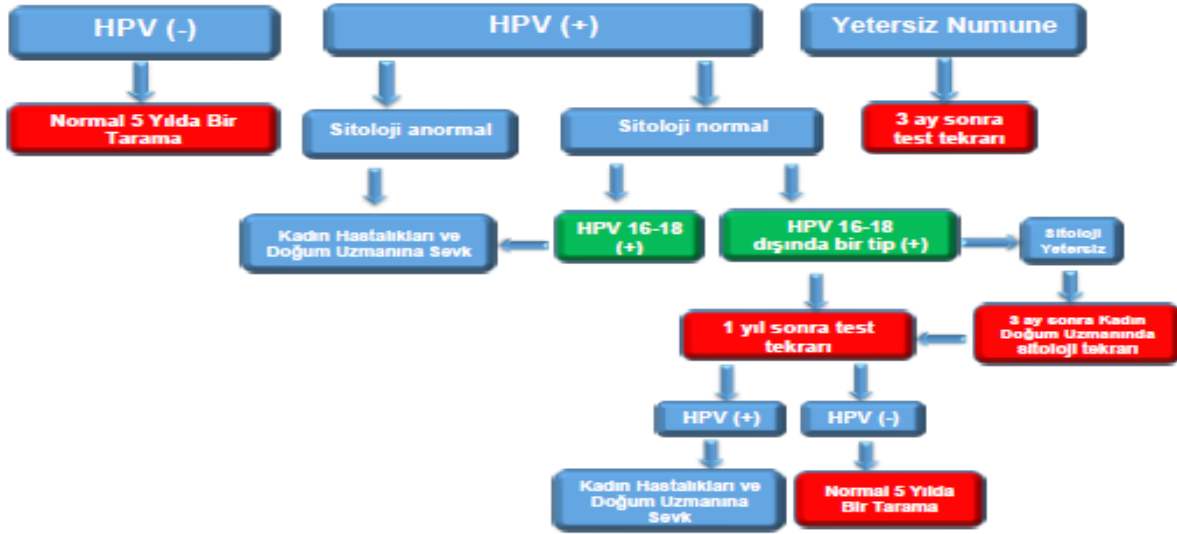
Serviks kanserinin risk faktörlerinin olması o kişinin servikal kansere kesin yakalanacağını göstermese de bu risk faktörlerine sahip kişilerde rahim ağzı kanseri görülme olasılığını artırmaktadır. Serviks kanser hastalığı riskleri arasında Human Papilloma Virüs enfeksiyonu, HIV, sigara, 18 yaştan önce cinsel yaşamın başlaması, birden fazla cinsel partnere ya da yüksek riskli kabul edilen bir partnere (HPV enfeksiyonu olan veya çok sayıda cinsel partneri olan biri) sahip olmak, uzun süreli oral kontraseptif kullanmak ve Klamidya enfeksiyonu sayılmaktadır (American Cancer Society, 2025e; NHS, 2024).

Serviks kanserlerinin %100'e yakınında HPV pozitif olarak tespit edilmiş ve tüm dünyada serviks kanser hastalığının yaklaşık %70'inden sorumlu olarak Human Papilloma Virüsünün günümüzde en yüksek riskli olanları Tip 16 ve 18 suşlarıdır. Ayrıca HPV suşlarından 31, 33, 35, 52 ve 58 tipleri de yüksek riskli olarak teşhiste kullanılmaktadır (American Cancer Society, 2025e; Kurtoğlu & Gürz, 2014; WHO, 2025i).

Amerikan Kanser Derneğine göre, serviks kanseri taramasına 25 yaşından itibaren başlanmalıdır. Kadınlar 65 yaşına kadar her 5 yılda bir öncelikli olarak HPV testi yaptırmalıdır. Primer olarak HPV testi veya her 5 yılda bir ikili test (Pap smear Testi ile HPV Testi) veya 3 yılda bir Pap Smear Testinin uygulanması önerilmektedir. 65 yaş itibarı ile son olarak yapılan 10 yıllık testleri negatif/normal çıkan kadınların serviks kanseri için taraması sonlandırılmaktadır. HPV aşısı yaptırmış olan kişilerin serviks kanseri taramaları, aşı yaptırmamış kişiler gibi devam etmelidir (American Cancer Society, 2025e).

Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında, 30-65 yaş grubundaki kadınlara 5 yılda bir HPV Testi uygulanmaktadır. Kanser daire başkanlığınca yayınlanan serviks kanseri tarama algoritması Şekil 2-1'de görüldüğü üzere; HPV testi negatif olanlar 5 yıl sonra rutin taramaya çağrılmakta, Tip 16-18 dışındaki pozitif test sonucuna sahip kadınlar bir yıl sonra tekrar HPV testine çağrılmakta ve testi yine pozitif çıkarsa kadın doğum uzmanına yönlendirilmekte; tip 16 ve 18 suşları ile pozitif çıkan kadınların taramaları sonlandırılarak teşhis ve tedavi için kadın doğum uzmanına sevkı sağlanmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2021).

DSÖ 2020 yılında koyduğu birtakım hedefler ile serviks kanserini gelecekte halk sağlığı sorunu olmaktan çıkarmayı amaçlamıştır. Bu hedeflerin en başında tüm ülkelerde serviks kanseri insidans hızını 100 binde 4'ün altına düşürmeyi amaçlamıştır. Program dahilinde 2030 yılına kadar tüm dünyada 15 yaş sınır olacak şekilde kız nüfusunun %90'ının HPV aşısını yaptırmasını, 35-45 yaş arasındaki kadınların %70'inin tüm hastaları doğru olarak tanımlayabilen bir test ile taranmasını ve servikal hastalık teşhisi almış kadınların %90'ının tedavisinin ve bakımının yapılabilmesi hedeflenmektedir (Marmot, 2013).



Şekil 2.1. HPV Tarama Süreci Algoritması (Türkiye Kanser Kontrol Programı-2021)

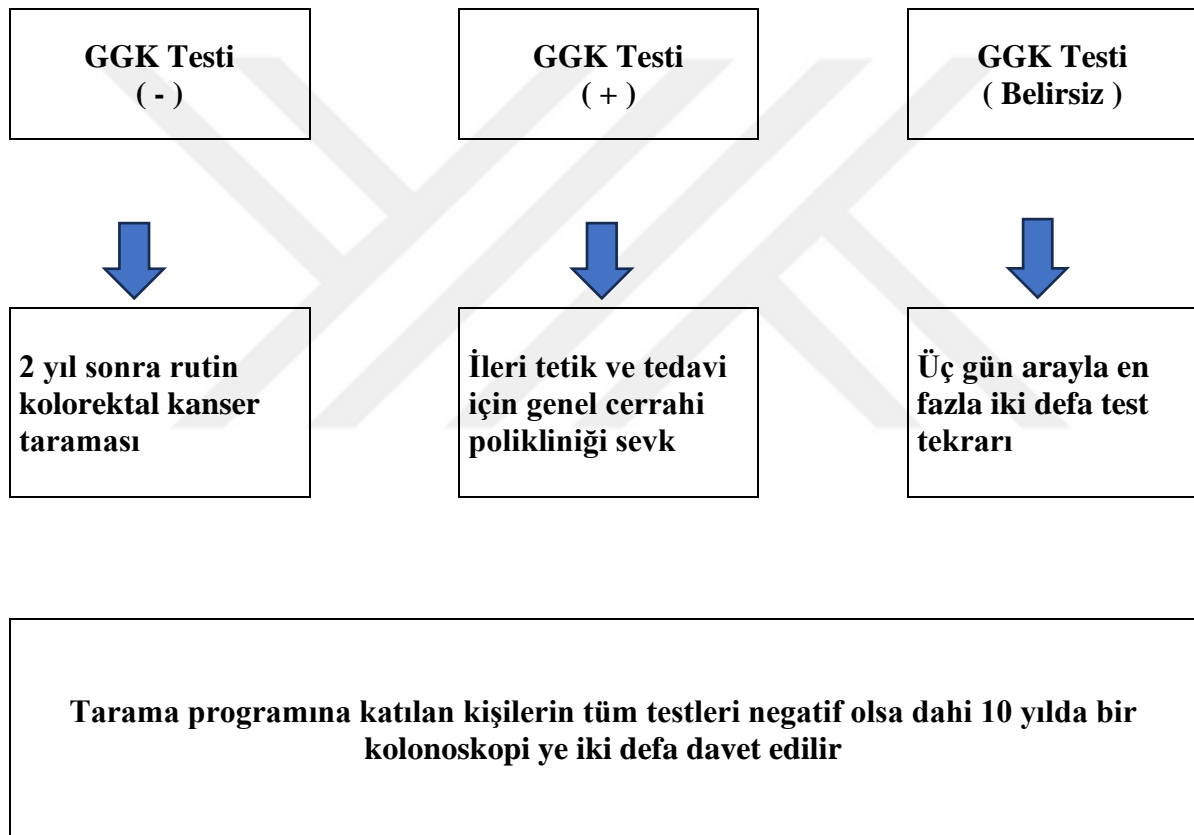
Ulusal kolorektal kanser tarama programı

Kolorektal kanser dünyada 2022 yılı istatistiklerine göre her iki cinsiyete bakıldığında 1 926 425 (%9,6) ile en sık üçüncü kanser ve 904 019 (%9,3) kişiyle akciğer ve meme kanserinden sonra en ölümcül üçüncü kanserdir. Türkiye 2022 yılı istatistiklerine bakıldığında ise her iki cinsiyet için 21 718 (%9,0) insidans ile tüm kanserler arasında akciğer ve meme kanserinden sonra üçüncü sırada ve 11 698 (%9,0) ile kanser hastalığına bağlı ölümler arasında akciğer ve meme kanserinden sonra üçüncü sıradadır (WHO, 2025f, 2025l).

Kolorektal kanserlerin 40 yaş öncesi insidansı düşükken, 40 yaş sonrası dönemde görülme sıklığı artmaya başlamaktadır. Kolorektal kanser hastalığı tanısı alan kişilerin %90'ı 50 yaş ve üzeri kişilerdir. Kolorektal kanser hastaları için 70 yaşından sonra insidans azalmakla birlikte 80 yaş üstü erkek hasta oranı %10 ve kadın hasta oranı %15 olarak erkeklerde daha yaygın bir hastalık olarak görülmektedir. Bir kişinin kolorektal kansere yakalanma olasılığı %2,4-5 arasındadır. Bu orandaki farklılık hastaya ait risk faktörleri ile açıklanmaktadır (Kanser Daire Başkanlığı, 2016; National Cancer Institute, 2025c).

Kolorektal kanser hastalığı için sedanter yaşam, tütün kullanımı, alkol kullanımı, obezite, diabetes mellitus, insülin direnci, akromegali, inflamatuvar bağırsak hastalığı, aşırı işlenmiş veya hiç işlenmemiş fazla kırmızı et tüketimi, karın altı bölgeye radyasyon uygulaması, lif açısından fakir ve fazla hayvansal yağ tüketimi, kolesistektomi öne çıkan risk faktörleridir (Canadian Cancer Society, 2025; Mayer, 2018).

Ulusal kanser tarama programında, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, 50-70 yaş arası her bireye 2 yılda bir GGK Testi ücretsiz olarak yapılmakta ve 10 yılda bir kolonoskopik görüntüleme yapılması önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı kolorektal kanser tarama iş akış şeması Şekil 2.2'de gösterilmiş olup, GGK testi negatif olanların 2 yıl sonra rutin taramaya alınması, GGK testi pozitif olanların ise genel cerrahi, gastroenteroloji veya gastro cerrahisi servislerine ileri tetkik ve tedavi için yönlendirilmesi uygun görülmüştür. Tarama programına katılan kişiler periyodik olarak tüm GGK testleri negatif dahi olsa, 10 yılda bir kolonoskopi yapılmak üzere taramaya davet edilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2021).



Şekil.2.2. Kolon Kanseri Tarama Algoritması (Türkiye Kanser Kontrol Programı-2021)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 09-27.05.2022 tarih aralığında Selçuklu, Karatay ve Meram ilçesindeki dört KOMEK/ASEM' inde yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Kapsamı

Bu çalışmaya, Konya ili merkez ilçelerindeki ASEM ve KOMEK' e kayıtlı 20-70 yaş arası kursiyerlerden gönüllü olanlar dahil edildi.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Konya ili merkez ilçelerindeki ASEM ve KOMEK' e kayıtlı 20-70 yaş arası 12 341 kursiyer araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü %95 güven aralığı, %80 güç, %5 hata payı, %50 prevalans oranı %10 fark ile 808 olarak hesaplandı.

Araştırmaya Konya ili merkez ilçelerindeki ASEM ve KOMEK' e kayıtlı 20-70 yaş arası kursiyerlerden gönüllü olan 843 kişi dahil edildi.

3.5. Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri

20-70 yaş arası olmak,

Araştırmaya gönüllü olmak,

Araştırmaya katılmaya engel bir akıl hastalığı olmamak,

Meme kanseri için 2, rahim ağzı kanseri için 5, kalın bağırsak kanseri için 2 yıl içerisinde kanser taraması yaptırmamış olmak.

3.6. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

20 yaşından küçük, 70 yaşından büyük olmak

Okuryazar olmamak

Anketteki soruları cevaplayamayacak seviyede bilişsel, görsel veya ortopedik engeli olmak

3.7. Araştırmanın Verilerinin Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma için kullanılacak veri toplama formu iki kısımdan oluşmaktadır. Araştırma formunun birinci kısmı, çalışmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş 16 soruluk sosyodemografik anket ve ikinci kısım 24 soruluk, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ölçeği (KTYTÖ)'nden oluşmaktadır (Ek1-2).

KTYTÖ, 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipindedir. Ölçeği oluşturan maddeler “5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1: Hiç katılmıyorum, şeklinde 5'ten 1'e kadar bir aralıkta yanıtlanmaktadır.

Ölçeğin 30-70 yaş aralığında bulunan, en az okuryazar olan, ölçeği yanıtlamasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmayan kadınlar ve erkekler üzerinde kullanılması uygundur.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120'dir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları 24'e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, 120'ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılmasının uygun olacağı belirtilmiştir. Ölçek puanları hesaplanırken anlamca olumsuz olan 13 madde (Madde 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ters kodlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0,957 olarak hesaplanmıştır (Öztürk, 2019).

Kanser tarama verileri katılımcıların geri bildirimleri ile toplanarak değerlendirildi.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Veri girişi, istatistikler analizler SPSS programında gerçekleştirildi. Sayısal verilerin özetlenmesinde; aritmetik ortalama, standart sapma ve ortanca (min-max) değerleri, kategorik verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelikler kullanıldı. Normal dağılımı belirlemek için Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin iki grup karşılaştırması Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edildi. Üç ve üzeri grupta sayısal değişkenlerin analizinde Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kategorik verilerin analizinde Ki-Kare

testi kullanıldı. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçek puanına etkili faktörleri belirlemek için Lineer regresyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.9. İzinler ve Etik İlkeler

Araştırmaya başlamadan önce, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 2022/3734 tarih sayılı etik kurul izni alındı (Ek-3).

KTYTÖ için ölçek sahibinden izin alındı (Ek-4).

Konya Büyükşehir Belediyesi ziyaret edilerek araştırma ile ilgili sunum yapılarak ve sözlü onay alındı. Konya Büyükşehir Belediyesi tarafından KOMEK / ASEM merkezleri kurum içi bilgilendirme yapılmıştır.

Anket formları doldurulmadan önce gönüllülere araştırmanın amacı açıklandı ve araştırmayı kabul ettiklerine dair sözel izinleri alındı. Ayrıca anketin girişinde yer alan "sayın katılımcı" şeklinde başlayan kısmın okunarak onay veren katılımcıların anketi doldurmaları istendi.

Anketten sonra kursiyerlere ulusal kanser tarama programı kapsamında KETEM / SHM ekibi tarafından halk eğitimi verildi ve ulusal kanser tarama programı hedef nüfusunda olan gönüllülere kanser taraması yapıldı.



4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Değişkenlerle İlgili Bulgular

Araştırmaya, KOMERK/ASEM kursiyeri 843 gönüllü katıldı. Katılımcıların 834 (%98,1)'ü kadın, 9 (%1,1)'u erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması 42,2±9,3 olarak saptandı. Araştırmaya katılanların 758(%89,9)'i 30 yaşından büyük olan tarama yaşında yer alan katılımcılardı. Katılımcıların %79,8'i evli, %53,3'ü lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip, %72,0'ı ev hanımıydı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Egzersiz Yapma, Sağlıklı Beslenme Durumları, Konya-2025

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	9	1,1
Kadın	834	98,9
Medeni durum		
Bekar	106	12,6
Evli	673	79,8
Boşanmış/dul	64	7,6
Eğitim durumu		
Ortaokul ve altı	394	46,7
Lise ve üzeri	449	53,3
Meslek		
Ev hanımı	607	72,0
Diğer	236	28,0
Aktif çalışma		
Evet	162	19,2
Hayır	681	80,8
Gelir durumu		
Yetersiz	274	32,5
Eşit	493	58,5
Yeterli	76	9,0
Sigara kullanma		
Evet	193	22,9
Hayır	650	77,1
Alkol kullanma		
Evet	26	3,1
Hayır	817	96,9
Düzenli egzersiz yapma		
Evet	374	44,4
Hayır	469	55,6
Sağlıklı beslenme durumu		
Evet	515	61,1
Hayır	328	38,9
Kronik hastalık varlığı		
Evet	260	30,8
Hayır	583	69,2

Araştırmaya katılanların %19,2'si aktif olarak çalışmakta, %58,5'inin geliri giderine eşit, %77,1'i sigara kullanmıyor, %96,9'u alkol kullanmıyordu. Katılımcıların %44,4'ü düzenli

egzersiz yapmakta, %61,1'i sağlıklı beslenmekte olduğunu ifade etti. Katılımcılardan %30,8'i kronik hastalığı olduğunu belirtti (Tablo 4.1).

Katılımcıların %2,6'sının kanser tanısı vardı. Katılımcıların %36,1'i daha önce kanser taraması yaptırmış olup, yaptıranların %77,2'si son 5 yıl içinde tarama yaptırmıştı. Katılımcıların %64,5'i yapılacak olan kanser taramasına katılmak istediğini belirtti (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Kanser ve Tarama Öyküsü, Konya-2025

	n	%
Kendinde kanser varlığı		
Evet	22	2,6
Hayır	821	97,4
Birinci derece akrabada kanser varlığı		
Evet	204	24,2
Hayır	639	75,8
Daha önce kanser taraması yaptırma durumu		
Evet	304	36,1
Hayır	539	63,9
Kanser taraması yaptırma yılı (n=101)		
Son 5 yılda	78	77,2
5 yıldan daha önce	23	22,8
Kanser taramasına katılmak isteme durumu		
Evet	544	64,5
Hayır	299	35,5

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri, egzersiz yapma, sağlıklı beslenme durumu, akrabada kanser varlığına göre daha önce kanser taraması yaptırma durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.3'de verildi. Kadınların tarama yaptırma oranları erkeklerden daha yüksekti ($p=0,030$). Kanser taraması yaş aralığı olan 30 yaş üstü katılımcıların kanser taraması yaptırma oranlarının 30 yaş altı katılımcılara göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,001$). Daha önce kanser taraması yaptırmaya katılımcıların medeni durumunun etkili olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Evlilerin daha önce kanser taraması yaptırma oranları bekarlardan daha yüksekti. Eğitim düzeyinin daha önce kanser taraması yaptırma durumunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlendi ($p<0,001$). Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanların daha önce tarama yaptırma oranları lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksekti. Daha önce kanser taraması yaptırma durumunun katılımcıların mesleklerine göre farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,001$). Ev hanımlarının tarama yaptırma oranları diğer meslek mensuplarından daha yüksekti. Aktif çalışmayanların tarama yaptırma oranları aktif çalışanlardan daha yüksekti ($p<0,001$). Sağlıklı beslenenlerin

daha önce kanser taraması yaptıran oranları sağlıklı beslenmeyenlerden daha yüksekti ($p=0,036$). Birinci derece akrabada kanser varlığının katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırmada anlamlı farklılık oluşturduğu belirlendi ($p<0,001$). Daha önce kanser taraması yaptıran katılımcılarda birinci derece akrabasında kanser hastalığı olanlar daha önce kanser taraması yaptırmayanlardan daha fazla idi ($p<0,001$). Katılımcıların gelir durumu, sigara kullanma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumuna göre daha önce kanser taraması yaptıran durumlarında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Egzersiz Yapma, Sağlıklı Beslenme Durumu, Akrabada Kansere Varlığına Göre Daha Önce Kansere Taraması Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması, Konya-2025

		Daha önce kanser taraması yaptırma durumu n (%)		p
		Evet	Hayır	
Cinsiyet	Erkek	0 (0,0)	9 (1,7)	0,030
	Kadın	304 (100,0)	530 (98,3)	
Yaş	<30	2(0,7)	83(15,4)	<0,001
	>31	302(99,3)	456(84,6)	
Medeni durum	Evli	270 (88,8)	403 (74,8)	<0,001
	Bekar ve diğer	34 (11,2)	136 (25,2)	
Eğitim	Ortaokul ve altı	193 (63,5)	201 (37,3)	<0,001
	Lise ve üzeri	111 (36,5)	338 (62,7)	
Meslek	Ev hanımı	252 (82,9)	355 (65,9)	<0,001
	Diğer	52 (17,1)	184 (34,1)	
Aktif çalışma	Evet	38 (12,5)	124 (23,0)	<0,001
	Hayır	266 (87,5)	415 (77,0)	
Gelir	Yetersiz	111 (36,5)	163 (30,2)	0,081
	Eşit	168 (55,3)	325 (60,3)	
	Yeterli	25 (8,2)	51 (9,5)	
Sigara kullanma durumu	Evet	68 (22,4)	125 (23,2)	0,785
	Hayır	236 (77,6)	414 (76,8)	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	144 (47,4)	230 (42,7)	0,187
	Hayır	160 (52,6)	309 (57,3)	
Sağlıklı beslenme durumu	Evet	200 (65,8)	315 (58,4)	0,036
	Hayır	104 (34,2)	224 (41,6)	
Birinci derece akrabada kanser varlığı	Evet	97 (31,9)	107 (19,9)	<0,001
	Hayır	207 (68,1)	432 (80,1)	

Ki-kare

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, egzersiz yapma, sağlıklı beslenme durumu, akrabada kansere varlığına göre daha önce kansere taraması yaptıran zamanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de verildi. Katılımcıların medeni durum, eğitim, meslek, sigara kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, sağlıklı beslenme durumu ve birinci derece

akrabasında kanser varlığına göre kanser taraması yaptırma yıllarında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Egzersiz Yapma, Sağlıklı Beslenme Durumu, Akrabada Kanser Varlığına Göre Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma Yıllarının Karşılaştırılması, Konya-2025

		Kanser taraması yaptırma yılı		p
		n (%)		
		Son 5 yılda	5 yıldan daha önce	
Medeni durum	Evli	71 (91,0)	20 (87,0)	0,691
	Bekar ve diğer	7 (9,0)	3 (13,0)	
Eğitim	Ortaokul ve altı	42 (53,8)	13 (56,5)	0,999
	Lise ve üzeri	36 (46,2)	10 (43,5)	
Meslek	Ev hanımı	59 (75,6)	21 (91,3)	0,146
	Diğer	19 (24,4)	2 (8,7)	
Aktif çalışma	Evet	12 (15,4)	1 (4,3)	0,288
	Hayır	66 (84,6)	22 (95,7)	
Gelir	Yetersiz	26 (33,3)	9 (39,1)	0,736
	Eşit	46 (59,0)	12 (52,2)	
	Yeterli	6 (7,7)	2 (8,7)	
Sigara kullanma durumu	Evet	19 (24,4)	3 (13,0)	0,385
	Hayır	59 (75,6)	20 (87,0)	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	37 (47,4)	12 (52,2)	0,871
	Hayır	41 (52,6)	11 (47,8)	
Sağlıklı beslenme durumu	Evet	47 (60,3)	15 (65,2)	0,853
	Hayır	31 (39,7)	8 (34,8)	
Birinci derece akrabada kanser varlığı	Evet	23 (29,5)	5 (21,7)	0,642
	Hayır	55 (70,5)	18 (78,3)	

Ki-kare

Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden alınan toplam puan ortancası 98,0 (88,0-108,0) olarak saptandı. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (p=0,005). Lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların ölçekten aldıkları puan ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksekti. Katılımcıların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, meslek türü, aktif çalışma durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslenme durumu ve kronik hastalık varlığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanında farklılık saptanmadı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Egzersiz Yapma, Sağlıklı Beslenme Durumuna Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Konya-2025

Özellikler	Ortanca (1.-3.çeyreklik)	p
Cinsiyet*		
Erkek (n=9)	106,0 (80,0-109,5)	0,469
Kadın (n=834)	98,0 (88,0-108,0)	
Yaş		
<30(n=85)	96,0(56,0-119,0)	0,162
>31(n=758)	98,0(42,0-120,0)	
Medeni durum*		
Evli (n=673)	98,0 (88,0-108,0)	0,169
Bekar ve boşanmış / dul (n=170)	97,0 (85,8-107,0)	
Eğitim durumu *		
Ortaokul ve altı (n=394)	96,5 (87,0-106,0)	0,005
Lise ve üzeri (n=449)	100,0 (88,0-110,0)	
Meslek*		
Ev hanımı (n=607)	98,0 (89,0-107,0)	0,695
Diğer (n=236)	99,0 (81,5-108,8)	
Aktif çalışma *		
Evet (n=162)	100,0 (86,0-110,0)	0,257
Hayır (n=681)	98,0 (88,0-107,0)	
Gelir durumu**		
Yetersiz (n=274)	97,0 (85,0-107,0)	0,344
Eşit (n=493)	99,0 (89,0-108,0)	
Yeterli (n=76)	96,0 (86,5-110,0)	
Sigara kullanma*		
Evet (n=193)	100,0 (86,0-111,0)	0,095
Hayır (n=650)	98,0 (88,0-107,0)	
Alkol kullanma*		
Evet (n=26)	104,0 (80,5-114,3)	0,251
Hayır (n=817)	98,0 (88,0-107,0)	
Düzenli egzersiz yapma*		
Evet (n=374)	98,5 (89,0-108,0)	0,405
Hayır (n=469)	97,0 (87,0-107,0)	
Sağlıklı beslenme durumu*		
Evet (n=515)	97,0 (88,0-108,0)	0,989
Hayır (n=328)	99,0 (86,0-107,0)	
Kronik hastalık varlığı*		
Evet (n=260)	98,0 (88,3-108,0)	0,739
Hayır (n=583)	98,0 (87,0-108,0)	

*Mann-Whitney U, **Kruskall Wallis

Araştırmaya katılanlarda Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının katılımcıların birinci derece akrabasında kanser hastalığı olmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (p=0,014). Birinci derece akrabasında kanser hastalığı olanların ölçekten aldıkları puan birinci derece akrabasında kanser hastalığı olmayanlardan daha yüksekti. Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırma durumuna göre Kanser Taramalarına

Yönelik Tutum Ölçek puanının anlamlı olarak farklılık gösterdiği belirlendi ($p=0,001$). Daha önce kanser taraması yaptırmış olan katılımcıların ölçekten aldıkları puan tarama yaptırmamış olanlardan daha yüksekti. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının katılımcıların kanser taramasına katılmak isteme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,001$). Kanser taramasına katılmak isteyenlerin ölçekten aldıkları puan katılmak istemeyenlerden daha yüksekti. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının katılımcıların kendisinde kanser varlığına göre farklılık göstermediği tespit edildi (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların Kanser ve Tarama Öyküsüne Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Konya-2025

Kendinde kanser varlığı		
Evet (n=22)	102,5 (92,8-114,5)	0,104
Hayır (n=821)	98,0 (88,0-107,0)	
Birinci derece akrabada kanser varlığı		
Evet (n=204)	100,0 (91,3-111,0)	0,014
Hayır (n=639)	97,0 (86,0-107,0)	
Daha önce kanser taraması yaptırma durumu		
Evet (n=304)	100,0 (91,0-111,0)	0,001
Hayır (n=539)	97,0 (86,0-107,0)	
Kanser taramasına katılmak isteme durumu		
Evet (n=544)	101,0 (92,0-110,0)	<0,001
Hayır (n=299)	93,0 (79,0-104,0)	

Mann-Whitney U

Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puana etkili faktörleri belirlemek için kurulan çoklu lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.7’de yer almaktadır. Kurulan regresyon modeline göre eğitim düzeyinin lise ve üzeri olması ölçekten alınan puanı 4,95 birim, kişinin daha önce kanser taraması yaptırmış olması ölçekten alınan puanı 3,13 birim, kanser taramasına katılmak istiyor olması ölçekten alınan puanı 8,15 birim artırmaktadır (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,003$; $p<0,001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların Bazı Özelliklerinin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puana Etkisini Araştırmak İçin Kurulan Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları, Konya-2025

	95% Güven aralığı				
	B	t	Sig.	Alt sınır	Üst sınır
Constant	68,755	21,315	<0,001	62,424	75,087
Eğitim	4,952	4,864	<0,001	2,954	6,951
Birinci derece akrabada kanser varlığı	1,949	1,696	0,09	-0,307	4,206
Daha önce kanser taraması yaptırma durumu	3,132	2,973	0,003	1,064	5,2
Kanser taramasına katılmak isteme durumu	8,153	7,812	<0,001	6,105	10,202
Adjusted R ² =0,093	Durbin- Watson=2,038				

Katılımcılardan hedef nüfusa uygun gönüllülere uygulanan kanser tarama sonuçları Tablo-4.8’ de verildi. Toplam 848 katılımcı kanser tarama testlerine davet edildi. Meme kanseri taramasına 523(%61,7), serviks kanseri taramasına 271(%31,9) ve kalın bağırsak kanseri taramasına 54(%6,4) katılımcı katıldı Meme kanseri taramasında kullanılan mamografi çekiminde %94,1 kişide BRADS 1-2 sonucu izlenirken, servikal kanser taraması yapılan katılımcıların %96,7’inde HPV-DNA Testi sonucu negatif ve kalın bağırsak için yapılan GGK Testi sonuçlarında katılımcıların %85,2’sinde test sonucu negatif olarak sonuçlandı. Tarama testleri ile Mamografi taraması sonucunda 31(%5,9), HPV-DNA testi sonucunda 9(%3,3) ve GGK testi sonucunda 8(%14,8) katılımcı sonuçları pozitif olarak değerlendirildi.

Tablo 4.8. Katılımcılardan Hedef Nüfusa Uygun Gönüllülere Uygulanan Kanser Tarama Sonuçları, Konya- 2025

Kanser Tarama Yöntemi	Kanser tarama Sonucu	n	%
Mamografi (BI-RADS)	BI-RADS 0	27	5,16
	BI-RADS 1-2	492	94,07
	BI-RADS 4	4	0,76
HPV-DNA Testi	Negatif (-)	262	96,68
	Pozitif (+)	9	3,32
GGK Testi	Negatif (-)	46	85,19
	Pozitif (+)	8	14,81

Kanser tarama testi yapılan katılımcılardan sonucu BRADS 0 ve 4 olan, HPV-DNA Testi ve GGK Testi pozitif çıkanlar ileri tetkik ve tedavi amacıyla ilgili uzman doktora (Genel cerrahi uzmanı ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı) yönlendirildi. Kanser tarama sonuçları ile ilgili ayrıntılı bilgilere ulaşamadığı için sadece tarama sonuç sayıları paylaşıldı.



5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya, Konya ili merkez ilçelerindeki ASEM ve KOMEK'e kayıtlı 20-70 yaş arası 12 431 kursiyerden gönüllü olan 843 kişi katıldı. Katılımcıların %98,1'i kadın, %79,8'i evli, %53,3'ü lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip, %72,0'ı ev hanımıydı. TÜİK verilerine göre 2023 yılında Türkiye genelinde 25 yaş ve üzeri nüfusta ortaöğretim mezunu olanların oranı %48,3 ile çalışmamıza benzer oranlardadır (TÜİK, 2023a). Literatüre bakıldığında Akbulak tarafından 403 kişi ile yapılan bir ASM'ye başvuran 30-70 yaş arası bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmada katılımcıların %61,5'u kadın, katılımcıların %60,3ü evli ve %68,2'si üniversite ve üzeri düzeyde eğitim düzeyine sahipti (Akbulak, 2025). Akbulak'ın yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin yüksek çıkması, çalışma bölgesinin sosyodemografik olarak gelişmiş olduğunu, bizim çalışma grubumuzun da Türkiye geneline benzer bir sosyodemografik bölge olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda katılımcıların yaş ortalaması $42,2 \pm 9,3$ olarak saptandı. Sevinç tarafından Bursa'da Aile Sağlığı Merkezlerine gerçekleştirilen çalışmada yaş ortalaması 51,6 ve Akbulak'ın çalışmasında ise yaş ortalaması 48,29 idi (Akbulak, 2025; Sevinç, 2022). Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması literatürdeki çalışmalara benzer özelliklerdedir.

Gelir durumuna göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %32,5'ü gelir durumunun yetersiz, %58,5'inin gelir gider durumun eşit ve %9,0'ı ise gelir durumunun yeterli olduğunu belirtmiştir. Karadeniz Bölgesinde yapılan 30-70 yaş arası kadınların dahil edildiği benzer bir çalışmada gelir durumu yetersiz olanlar %37,8, eşit olanların oranı %53,8 ve yeterli olanlarının oranının %8,4; yine Çankırı'da yapılan benzer bir çalışmada gelir durumu yetersiz olanların oranının %62, eşit olanların oranı %27,2 ve yeterli olanların oranının ise %10,8 olduğu belirtilmiştir (Altunoğlu O, 2023; Uğur ve ark., 2019). Gelir durumu her ne kadar kişinin bakış açısına göre değerlendirilse de çalışma grubumuzun gelir düzeyinin benzer çalışmalara göre dengeli ve yüksek olduğu söylenebilir.

Katılımcılarımızın genel sağlık durumu değerlendirildiğinde en az bir kronik hastalığı bulunanların oranı %30,8'tür. Akbulak'ın yaptığı çalışmada en az bir kronik hastalığı bulunanların oranı %40,4; Ayyıldız ve Evcimen tarafından bir ASM'de 405 kadınla yapılan çalışmada %28,4 ve Uygun tarafından 2025 yılında İzmir'de yapılan çalışmada %56 olarak bulunmuştur (Akbulak, 2025; Ayyıldız & Evcimen, 2024; Uygun, 2025). Literatürde farklı

oranların olması, yapılan çalışmalardaki katılımcıların yaş dağılımı, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda sigara içenlerin oranı %22,9 olarak tespit edildi. Kalpbinici ve Öztoprak tarafından yapılan çalışmada sigara içme oranı %23,5, Aslaner tarafından 2019 yılında İstanbul'da yapılan çalışmada oran %34,9 ve Dinç'in 2024 yılında Konya'da yaptığı 30-70 yaş arası bireyleri kapsayan çalışmasında sigara içme oranı %32,3 olarak tespit edilmiştir (Aslaner, 2019; Kalpbinici & Uzunkaya Öztoprak, 2023; Dinç, 2024). TÜİK verilerinde sigara kullananların oranı %32,1 olarak yayınlanmıştır (TÜİK, 2022). Araştırmamızdaki katılımcıların daha çok ev hanımlarından oluşması sigara içen oranının düşüklüğünün sebebi olabilir.

Araştırmamızda alkol kullanım oranı %3,1 tespit edilmiştir. Açıkgoz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada alkol kullanım oranı %15,1, Tekpınar ve arkadaşları tarafından SBÜ Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine genel nedenlerle başvurmuş 18-69 yaş aralığında 752 kişiyle yapılan çalışmada alkol kullanım oran %27,3 olarak bildirilmiştir (Açıkgoz ve ark., 2011; Tekpınar ve ark., 2018). Araştırmamızda alkol kullanım oranlarının düşüklüğü katılımcıların önemli oranda ev hanımlarından oluşması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda sağlıklı beslenme oranı %61,1 ve düzenli egzersiz yapma oranı %44,4 ölçülmüştür. Akbulak tarafından yapılan araştırmada sağlıklı beslenme oranı %60,3 ve düzenli egzersiz yapma oranı %42,4 bulunmuştur (Akbulak, 2025). Yılmaz tarafından yapılan çalışmaya katılanların %57,2'si sağlıklı beslendiğini düşünmektedir (Yılmaz, 2022). Yüksel tarafından Karabük'te 2024 yılında yapılan uzmanlık tez çalışmasında düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı %31,25 olarak bulunmuştur (Yüksel, 2024). Çalışmamıza katılan grubun verileri diğer çalışma grubu verilerine benzer özellikler taşımaktadır.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %30,8'inin kronik hastalığı vardı. Uygun tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %56'sının kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir (Uygun, 2025). Yüksel tarafından yapılan çalışmada katılımcılarda kronik hastalık bulunma oranı %53,4 olarak bulunmuştur (Yüksel, 2024). Kronik hastalık oranlardaki bu farklılık, çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve coğrafi özellikleri ile farklı araştırma yöntemleri kullanımından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan gönüllülerin %2,6'sının önceden almış olduğu kanser tanısı vardı. Oğuz tarafında 546 kişilik çalışmasında kanser tanısı alan oranı %3,5, Şahin ve arkadaşlarının

Aydın merkez ilçesinde bulunan sekiz ASM’de 562 katılımcıyla yapmış olduğu araştırmada daha önce kanser tanısı almış olanların oranı %4,1 olarak tespit edilmiştir (Oğuz, 2023; Şahin ve ark., 2015). Kanser taraması yaptıırma oranının Türkiye’nin farklı şehirlerinde benzer olduğu düşünöldü.

Katılımcıların %36,1’inin daha önce kanser taraması yaptırdığı tespit edildi. Yüksel’in yapmış olduğu araştırmada katılımcıların %35,63’ünün hayatında en az bir kez kanser taraması yaptırdığı, Tekpınar’ın çalışmasında katılımcıların en az bir kez kanser taraması yaptıırma oranının %23,3 olduğu ve Yeğenler’in çalışmasında ise katılımcıların %42,40’ının kanser taraması yaptırdığı görölmüştür (Tekpınar ve ark., 2018; Yeğenler, 2021a; Yüksel, 2024). Literatüre ve yaptığimiz çalışmaya baktığımızda ortaya çıkan sonuç, kanser taramalarını yaptıırma oranlarının bölgesel, sosyoekonomik ve kültürel farklılıklar olsa da hala toplumsal olarak düşük olduğu yönündedir.

Çalışmamızda kadınların tarama yaptıırma oranları erkeklerden daha yüksekti. Özsöyler’in İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 230 kişi ile yaptığı çalışmada tarama yaptıırma oranı araştırmamıza benzer şekilde kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Özsöyler ve ark., 2023). Sarkhani ve arkadaşları tarafından Tahran’da yapılan çalışmada erkeklerin kadınlardan daha fazla kanser taramasına olumlu tutum sergilediğı bildirilmiştir(Sarkhani ve ark., 2025). Bingöl’de yapılan bir araştırmada kadınların koruyucu sağlık davranışlarına daha yatkın oldukları bildirilmiştir (Yiğitbaş ve ark., 2016). Suudi Arabistan’da kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve algılanan engellerin araştırıldığı çalışmada kadınların taramalara karşı olumlu tutum sergiledikleri tespit edilmiştir (Farooqi ve ark., 2021). Kadınlara yönelik olarak verilen sağlık izlem ve bilgilendirme hizmetlerinin çok erken yaşlarda başlayıp sistematik olarak devam etmesi ve ulusal kanser tarama programlarında yer alan kanser taramalarının tümünün kadınlara uygulanabildiğı, erkeklere verilen sağlık izlem ve bilgilendirme hizmetlerinin kadınlara göre geç başlaması ve kanser tarama hizmeti olarak yalnız kalın bağırsak kanseri uygulamasının olması; kadınların kanser taramalarına katılımının daha yüksek olmasına neden olabilir. Araştırmamızda erkek katılımcıların daha az sayıda olmasının da bu konudaki bulguları etkilediğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda kanser taraması yaptıırma durumlarının karşılaştırılmasında katılımcıların medeni durumu etkili olarak tespit edildi. Demirhan’ın 705 katılımcıyla yürüttüğü çalışmada evli bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumunun bekarlara göre daha olumlu olduğu görölmüştür (Demirhan, 2024). Erkal’ın 1059 kişi ile yaptığı çalışmada bekar

katılımcıların kanser taramasına yönelik tutum puanları evli katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Erkal, 2022). Yılmaz tarafından Bir Üniversitenin Merkez Kampüsünde Çalışan 402 kişilik katılımcı ile yaptığı çalışmada medeni durum ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında anlamlı ilişki saptanmadığı görülmüştür (Yılmaz, 2022). Kişinin evlilik ile aile kurumuna ait sorumlulukları olması, bekar bireylere göre daha yoğun sağlık hizmeti almasıyla kanser taramalarına olan farkındalık ve katılımını artırması beklenmesine karşın; Bazı durumlarda kişilerin kanser hastalığına duyulan korkuyu yoğun hissetmesi, medeni durum ile kanser taramaları pozitif olumlu katkı tespit edilememesine sebep olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların gelir durumuna göre daha önce kanser taraması yaptırma durumlarında anlamlı farklılık olmadığı saptandı. Yılmaz tarafından yapılan araştırmada gelir düzeyi algısı yeterli olanların yetersiz olanlara göre kanser taramalarına yönelik daha olumlu tutuma sahip oldukları tespit edilmiştir (Yılmaz, 2022). Cullati ve arkadaşları tarafından İsviçre’de 30-60 yaş arası 2301 kişinin dahil olduğu çalışmada kişilerin gelir düzeyi ile, kanser taramalarına yönelik olumlu tutum ilişkili bulunmuştur (Cullati ve ark., 2009). Ücretsiz sağlık hizmetlerine erişim yaygınlığı, ulusal kanser tarama programların bölgesel olarak daha başarılı uygulanması ve taramalara farkındalığın fazla olması kanser taraması yaptırma durumlarında gelir durumundan bağımsız rol oynayabilmektedir.

Araştırmamızda kanser taraması yaptırma durumunun, katılımcıların mesleklerine göre farklılık gösterdiği tespit edildi. Ev hanımlarının tarama yaptırma oranları diğer meslek mensuplarından daha yüksekti. Akbulak tarafından yapılan araştırmada meslek grubu ile meme kanseri ve kalın bağırsak kanseri taramalarında arasında anlamlı ilişki saptanmamış iken, rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma arasında anlamlı ilişki görülmüştür (Akbulak, 2025). Ev hanımlarının çalışanlara kıyasla yüksek katılım göstermesinin nedeni, çalışma hayatının getirdiği yoğunluğu daha az hissetmeleri, 15-49 yaş kadın izlem ile birlikte sağlık eğitimlerine aktif katılım ve sağlık hizmetlerinden faydalanmak için serbest zamanlarının çok oluşu olabilir.

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların ölçekten aldıkları puan ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksekti. Akbulak’ın araştırmasında eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların lise ve altı düzeyi eğitimi olanlara göre KTYTÖ’nden aldıkları puan daha yüksek bulunmuştur (Akbulak, 2025). Perez-Tucker ve arkadaşları tarafından New Jersey’de yapılan çalışmada

eğitim düzeyindeki artış ile taramalarda gecikme olasılığı daha düşük bulunmuştur(Perez-Tucker ve ark., 2025). Ayyıldız ve Evcimen tarafından bir ASM’de yapılan araştırmada eğitim düzeyi niversite ve üzeri olanların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum lek puanının lise ve ilköğretim mezunlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Ayyıldız & Evcimen, 2024). Bansal ve arkadaşlarının Hindistan’ da yaptığı yetişkin kadınlarda rahim ağzı kanseriyle ilgili bilgi, tutum ve uygulamalar isimli çalışmada, kadınlara eğitim düzeyi ile taramalara yönelik tutum arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Bansal ve ark., 2015). ABD’ de Jalalabadi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile taramalara yönelik tutum arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Jalalabadi ve ark., 2022). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça katılımcıların tutumlarında olumsuzlaşmanın arttığı bulunmuştur (ztrk, 2019). Bireyin eğitim seviyesindeki artışın doğru bilgiye ulaşımını kolaylaştırdığı, kanser hastalığına farkındalık oluşturduğu ve böylece tarama testlerine yönelik tutumunu olumlu etkilemesine karşın kanser hastalığına ait yoğun bilgi birikimi sonucu kişilerde endişelerin oluşması ve taramalara yönelik mesafeli duruşun artabildiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda Kanser Taramalarına Yönelik Tutum lek puanı 98,0 olarak saptandı. Bağcı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada KTYT puanı 92,0 (52,0-120,0) bulunmuştur (Bağcı ve ark., 2024). Akbulak tarafından yapılan araştırmada Kanser Taramalarına Yönelik Tutum lek ortalama puanı $98,84 \pm 13,23$ ’tür (Akbulak, 2025). Erkal tarafından Artvin’de yapılan araştırmada katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum puanlarının ortalaması $94,57 \pm 18,39$ olarak ölçülmüştür (Erkal, 2022). Sayılan ve arkadaşları tarafından 300 kişi ile yapılan çalışmada KTYT puanı 99,79 (66-120) llmştr (Sayılan ve ark., 2022). Ölçekten alınabilecek puan 24-120 arası olup, puan değerı yükseldikçe katılımcılarda kanser taramalarına yönelik “olumlu tutum” lehine olarak yorumlanmaktadır (ztrk, 2019). Bizim alışmamızda literatürdeki diğer çalışmalara benzerlik göstermekte ve katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumu olumlu olarak değerlendirildi.

Araştırmamızda katılımcıların cinsiyetine göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum lek puanlarında farklılık saptanmadı. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkek katılımcıların ölçek puanı kadın katılımcıların ölçek puanına göre yüksek bulunmuş, kadınlara kanser taramaların yönelik daha olumsuz bir tutum içinde olduğu tespit edilmiştir (ztrk, 2019). Gl ve Açıkgöz tarafından yapılan araştırmada cinsiyete göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum lek puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır(Gl & Açıkgöz, 2024).

Literatürde katılımcıların cinsiyetine göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanlarına bakıldığında farklı sonuçların görülmesi, araştırmanın uygulandığı bölgenin sosyodemografik özelliklerine bağlı olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların medeni durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanlarında farklılık saptanmadı. Akbulak tarafından yapılan çalışmada evli katılımcıların bekar katılımcılara göre KTYTÖ' den aldıkları puanın anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Akbulak, 2025). Kişilerin bireysel sağlık okuryazarlığı, evli bireylerin eşinden olası motivasyonel desteği görememesi, KTYTÖ'nün davranışı değil de tutumunu ölçmesi kanser taramalarında medeni durumun etkili olmadığı bir ölçek puanı sonucunu gösterebilmektedir.

Katılımcıların gelir durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanlarında farklılık saptanmadı. Yılmaz'ın yaptığı çalışmada gelir durumu algısı ile KTYTÖ toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır (Yılmaz, 2022). Çınar ve arkadaşları tarafından yapılan 2019 yılındaki çalışmada ise gelir durumu ile kanser taramalarına yönelik tutumda anlamlı ilişki görülmemiştir (Çınar ve ark., 2022). Şeker tarafından İstanbul'da 2023 yılında yapılan çalışmada gelir durumu ile kanser taramalarına yönelik tutumda anlamlı ilişki görülmüştür (Şeker & İşsever, 2023). Kişilerin gelir seviyesi arttıkça temel gereksinimlerini karşılamanın yanında, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam alanı oluşturma, sağlık açısından doğru bilgiye ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme kolaylığı sağlayabilmesiyle taramalara yönelik tutumlarında olumlu etki oluşturmaları beklenmektedir. İlgili hedef nüfusa verilen tarama hizmetlerinin ücretsiz ve yaygın oluşu, bilgilendirme faaliyetlerinin her gelir düzeyine yeterince verilmesiyle oluşan sağlık okuryazarlığı, KTYTÖ puanında farklılığın ortaya çıkmamasının sebebi olabilir.

Araştırmamızda katılımcıların kronik hastalık varlığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanlarında farklılık saptanmadı. Akbulak tarafından yapılan çalışmada katılımcılarda kronik hastalık bulunma durumu ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanı arasında ilişki görülmemiştir (Akbulak, 2025). Kronik hastalığı olan katılımcılarda uygulanan tedavilerin uzun zamandır süregelmesi, kullanılan ilaçların devamlı olmasıyla kişilerde muhtemel ruhsal yorgunluk ve olası kanser hastalığı teşhisine gidebileceği düşünülen tarama testlerine karşı isteksizliğe bağlı olarak olası KTYTÖ puanında beklenen artışı gösteremediği düşünülmektedir.

Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanında farklılık saptanmadı. Yeğenler'in yaptığı çalışmada sigara içenlerin içmeyenlere göre; kanser taramalarına yönelik daha olumlu tutuma sahip olduğu saptanmıştır (Yeğenler, 2021b). Öztürkün yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçek puanında anlamlı yükseklik tespit edilmiştir (Öztürk, 2019). Wools ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde sigara kullanımına devam etmenin taramalara katılımı azaltıcı etkisi var iken, sigarayı bırakmış olmanın taramalara katılımı artırıcı bir rolü olduğu bildirilmiştir (Wools ve ark., 2016). Sigara kişinin sağlık durumunu ve yaşam konforunu etkileyebilen önemli bir bağımlılık yapıcı maddedir. Kişilerin sigara kullanımı ile kanser taramalarına yönelik tutumlarında artma beklense de literatür de farklı oranlar görülebilmektedir. Sigarayı kendisi için risk olarak görmeme hali, sigaraya karşı olumlu taraf tutma ve sigara ile olası bağ kurulabilecek kanser hastalığına karşı tarama testlerini gerekli görüp görmeme durumu ölçek puanlarının anlamlı olmamasına neden olabilir.

Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanında olumlu yönde farklılık saptanmadı. Akbulak'ın yaptığı çalışmada da alkol kullanım ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Akbulak, 2025). Yeğenler'in yaptığı çalışmada alkol kullanımı ile daha önce kanser taraması yaptırma durumu arasında bir ilişki saptanmış ve alkol kullanmayanların daha fazla kanser taraması yaptırdığı belirtilmiştir (Yeğenler, 2021b). Alkol kullananların daha fazla kanser tarama yaptırmasını beklediğimiz ama literatürde çalışmamız dahil birçok araştırmada alkol kullanımı ile ölçek puanı arasında anlamlı bir fark gözlenmemektedir. Bu durum kişilerin alkol kullanımı ile kanser arasında bağlantı kurmak istememesi veya olası alkol kullanımının kısıtlanmasını istemediklerinden kaynaklanabilir.

Yaptığımız araştırmada Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının katılımcıların birinci derece akrabasında kanser hastalığı olmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Yeğenler'in yaptığı çalışmada da araştırmamıza benzer şekilde katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanı birinci derece akrabasında kanser hastalığı olanlarda daha yüksektir (Yeğenler, 2021b). İran'ın Meşhed şehrinde 406 kadın ile yapılmış araştırmada meme kanseri aile öyküsü ile olumlu uygulama arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterilmiştir (Irani ve ark., 2021). Bu durum birinci derece akrabada kanser hastalığı olması ile kişinin kanser hastalığı farkındalığının artışı, tarama yaptırmanın önemi

yanında gerekliliğini görmesi, kanser hastalarının sağlık konforunu gözlemlemesi ve kanser olma riskinin genetik artışının bilinirliği ile açıklanabilir.

Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırmaya durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının anlamlı olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Tozlu ve Okan tarafından yapılan çalışmada kanser tarama yaptırmaya geçmiş olan katılımcıların KTYTÖ puanı yüksek bulunmuştur (Tozlu ve Okan, 2025). Uysal ve Ünal tarafından yapılan çalışmada daha önce kanser taraması yaptıran kadınların KTYTÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Uysal & Toprak, 2022). Kenar tarafından yapılan çalışmada daha önce kanser taraması yaptıranlarda ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (Kenar, 2023). Erkal tarafından yapılan çalışmada daha önce kanser taraması yaptırmayanın kanser taramalarına yönelik tutumu olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Erkal, 2022). Kişilerin kanser tarama hizmeti alımı esnasında, kanser hastalığına karşı bilgi birikimlerinin artışı ile hastalığa karşı duyduğu korkunun azalması, belirsizlik endişesinin ortadan kalkması ve taramalara duyulan güven halinin artışı ölçek puan yüksekliğinin sebebi olabilir.

Aksungur ve arkadaşları tarafından Altındağ ilçesinde 465 kursiyer ile yapılan araştırmada katılımcıların kendisinde kanser varlığına göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanında istatistiksel olarak olumlu yönde anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Aksungur ve ark., 2024). Yılmaz tarafından yapılan araştırmada ise kendisinde kanser varlığına göre ölçek puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Yılmaz, 2022). Filiz tarafından Ankara’da yapılan çalışmada, araştırma öncesi kanser tanısı alan katılımcılarla kanser tanısı almamış katılımcıların tarama ölçeği puanları arasında fark saptanmıştır (Filiz, 2022). Her ne kadar literatürde kişilerde kanser görülmesinin ölçek puanını etkilediği görülse de araştırmamızda farklılık gözlenmemiştir. Araştırmanın yapıldığı yere bağlı olarak bulguların farklılık gösterdiği düşünüldü.

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanının lise ve üzeri eğitim düzeyi olanlarda 4,95 birim, daha önce kanser taraması yaptırmış olanlarda 3,13 birim, kanser taramasına katılmak isteyen olanlarda 8,15 birim daha yüksek çıktığı belirlendi. Ayyıldız ve Evcimen’in yaptığı çalışmada üniversite mezunu olan kadınların KTYTÖ puanının lise mezunlarına göre 4,110 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Ayyıldız ve Evcimen, 2024). Araştırmamızın yapıldığı şehirde her ne kadar yüksek öğrenim farkını gösteremsek de literatürde eğitim durumundaki artışın KTYTÖ puanında artışa neden olduğu izlenmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmamızda Konya ili KOMEK/ASEM’de 20-70 yaş arası kursiyerlerin kanser taramalarına yönelik tutumlarının ve tarama sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı ve elde edilen sonuçlar aşağıda özetlendi.

1. Katılımcıların %2,6’sının kanser tanısı vardı.
2. Katılımcıların %64,5’i yapılacak olan kanser taramasına katılmak istemekteydi.
3. Araştırmamızda kadınların tarama yaptırmaya oranları erkeklerden daha yüksekti.
4. Kanser taraması yaptırmaya katılımcıların medeni durumu etkili olarak tespit edildi. Evlilerin tarama yaptırmaya oranları bekarlardan daha yüksekti.
5. Eğitim düzeyinin kanser taraması yaptırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlendi. Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanların tarama yaptırmaya oranları lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksekti.
6. Kanser taraması yaptırmaya katılımcıların mesleklerine göre farklılık gösterdiği tespit edildi. Ev hanımlarının tarama yaptırmaya oranları diğer meslek mensuplarından daha yüksekti. Aktif çalışmayanların tarama yaptırmaya oranları aktif çalışanlardan daha yüksekti.
7. Sağlıklı beslenenlerin tarama yaptırmaya oranları sağlıklı beslenmeyenlerden daha yüksekti.
8. Birinci derece akrabada kanser varlığının katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırmada anlamlı farklılık oluşturduğu belirlendi. Birinci derece akrabada kanser teşhisi olmaması sonucunda ilgili kişilerin kanser taraması yaptırmama oranları yüksek bulunmuştur.
9. Ölçekten alınan toplam puan ortancası 98,0 (88,0-108,0) olarak saptandı. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların ölçekten aldıkları puan, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksekti.
10. Araştırmaya katılanlarda Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının katılımcıların birinci derece akrabasında kanser hastalığı olmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Birinci derece akrabasında kanser hastalığı olanların ölçekten aldıkları puan birinci derece akrabasında kanser hastalığı olmayanlardan daha yüksekti.

11. Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırmaya durumuna göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının anlamlı olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Daha önce kanser taraması yaptırmış olan katılımcıların ölçekten aldıkları puan yaptırmamış olanlardan daha yüksekti.
12. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek puanının katılımcıların kanser taramasına katılmak isteme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Kanser taramasına katılmak isteyenlerin ölçekten aldıkları puan katılmak istemeyenlerden daha yüksekti.
13. KTYTÖ puanını lise ve üzeri eğitim 4,95 birim, daha önce kanser taraması yaptırmış olma 3,13 birim, kanser taramasına katılmak istiyor olmanın 8,15 birim artırmaktadır.
14. Eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda ölçek puanı yüksek olarak tespit edildi. Her ne kadar eğitim seviyesi artışı ile ölçek puanı artsa da eğitim düzeyi düşük olanlarda tarama yaptırmaya oranının yüksek çıkması tutumun davranışa dönüşmediğini göstermektedir.
15. Tarama testleri ile Mamografi taraması sonucunda %5,9, HPV-DNA testi sonucunda %3,3 ve GGK testi sonucunda %14,8 katılımcı sonuçları pozitif olarak değerlendirilerek ileri tetkik için uzman hekime yönlendirildi.

6.2. Öneriler

Bireylerin sağlık okuryazarlığı eğitim durumlarının sağlıklı yaşama olan farkındalığı, özellikle taramalara olan bilinçli farkındalığı artıracağından; cinsiyet, yaş gibi kriterler göz önüne alınarak hedef nüfusa özgü sağlık eğitimlerinin planlanması ve verilen eğitimlerde davranış değişikliğinin hedeflemesi kanser tarama hizmetlerine katılım ve katkıyı artıracaktır.

Kanser tarama hedef nüfusunda olan bireylere verilecek eğitimler yazılı ve görsel eğitim materyaller ile desteklenmeli; eğitimler bir rutin oluşturarak periyodik aralıklarla düzenli olarak verilmelidir. Kanser taramalarının artırılması amacıyla hedef nüfusa en kolay ulaşabilecek olan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının tarama testlerine daha aktif olarak süre ayırabilmelerine yönelik olarak motivasyonlarının desteklenmesi ve teşvik edilmesi fayda sağlayacaktır.

Birinci derece yakınlarında kanser teşhisi olması, kişilerin kanser taramalarına yönelik farkındalık ve katılımı artırdığından, akran eğitimleri planlanmalıdır. Katılımcıların çoğu yapılacak kanser taramasına katılmak istediğini belirttiğinden, kanser tarama hizmetlerinin kolay ulaşılabilir için mobil kanser tarama araçlarının aktif planlamada kullanılması, diğer zamanlarda ise kanser tarama merkezine belediye tarafından servis hizmetinin olması, taramaya yönelik sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracaktır.

Kadınların sağlık hizmetlerini daha yoğun alıyor olması, kanser hastalığı ve taramalara karşı farkındalığı artırmıştır. Bu sebeple erkek nüfusunda GGK testi öncesi (50 yaş) sağlık okuryazarlık eğitimleri alması faydalı olacaktır.

Sigara bırakma poliklinikleri, diyetisyenlik hizmetleri ve kronik hastalık takibi hizmeti sunan sağlık kurumlarında verilecek fırsatçı sağlık eğitimler, kanser taramalarına yönelik farkındalık ve katılımı artıracaktır.

Ev hanımları ve aktif bir işte çalışmayanların kanser taramalarına katılımının daha yoğun olduğu göz önüne alındığında; çalışan nüfusa kanser taramaları için izin verilmesi koruyucu sağlık hizmetlerine katılımı artıracaktır.

Eğitim seviyesi arttıkça KTYTÖ'den alınan puan artışının kanser taramalarına yansımadağı görüldüğünden; verilen sağlık eğitiminin davranış değişikliğine yol açacak şekilde planlaması kanser taramalarına katılımı artıracaktır.

Kanser taramalarına katılımın KTYTÖ puanında göz önünde bulundurularak kişilerde davranış değişikliği oluşturmaya yönelik olarak diğer faktörleride (sosyodemografik özellikler, sağlık hizmeti sunuculara ulaşım, periyodik davetlerin gerekliliği ve tarama hizmetinin sürekliliği) kapsayacak şekilde planlanması taramalara katılımı artıracaktır.

Ailesinde kanser öyküsü bulunan bireylerin tarama yaptırma oranlarının daha yüksek olması, ailesinde kanser öyküsü bulunmayan bireylere kanser taramalarına yönelik olarak farkındalık ve risk algısı açısından sağlık okuryazarlık eğitimi verilmesini gerektirmektedir.

Aktif çalışmayanların tarama yaptırma oranları aktif çalışanlardan daha yüksekti. Çalışan bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kanser taramalarını yaptırabilmeleri için gerekli izin süresinin sağlanması taramalara katılımı artıracaktır.

Birincil ve ikincil koruma kapsamında sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz, sigara/alkol kullanımı ile mücadele vb. ve kanser tarama farkındalık oluşturulmasına yönelik eğitimlerin birlikte verilmesi kişilerde anlamlı bir sağlık okur yazarlığı oluşturacaktır. Daha önce kanser taraması yaptırmış olan katılımcıların ölçekten aldıkları puan yaptırmamış olanlardan daha yüksekti. Kanser taraması yaptırmış kişileri akran eğitiminde kullanmak kanser taramalarına yönelik katılım ve katkıyı artıracaktır.

KTYTÖ'ü tutumu gösterdiğinden ölçek puanı ne çıkarsa çıksın tüm bireylerin kanser tarama programına davet edilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri bakımından büyük önem taşımaktadır.



7. KAYNAKLAR

- Açıköz, A., Çehrelı, R., & Ellıdokuz, H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 145-154.
- Akbulak, M. A. (2025). *Bir aile sağlığı merkezine başvuran 30-70 yaş arası bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi* [Ankara]. Ankara.
- Aksungur, A., Bağcı, H. H., & Özdemirhan, T. (2024). Kanser Eğitimleri Kanser Farkındalığını Arttırıyor Mu? *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 13-23.
- Akyıldız, H. Ç., & Okyay, P. (2024). Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 33(2), 146-156.
- Akyıldız, H. Ç. O., Pınar. (2024). Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 33(2), 146-156.
- Altunoğlu O. (2023). *Yetişkin bireylerin sağlık algularının, kanser tarama davranışlarının ve taramalara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi* [Çankırı Karatekin Üniversitesi]. Çankırı.
- American Cancer Society. (2020). *The Cancer Atlas 2020*. Atlanta, GA. <https://canceratlas.cancer.org/explorer/>
- American Cancer Society. (2024). *ACS Breast Cancer Screening Guidelines*. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>
- American Cancer Society. (2025a). *Body Weight, Physical Activity, Diet & Alcohol*. <https://canceratlas.cancer.org/risk-factors/nutrition-and-physical-activity>
- American Cancer Society. (2025b, November 01). *Cancer Prevention & Early Detection*. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/cancer-prevention-early-detection.html>
- American Cancer Society. (2025c). *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures* <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-prevention-and-early-detection-facts-and-figures/2025-cped-files/cped-cff-2025-2026.pdf>
- American Cancer Society. (2025d). *Cancer Screening Guidelines. Detecting Cancer Early*. <https://www.cancer.org/cancer/screening/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer.html>
- American Cancer Society. (2025e). *Cervical Cancer Risk Factors*. <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
- American Cancer Society. (2025f). *Risks of Tobacco*. <https://canceratlas.cancer.org/risk-factors/tobacco/>
- Aslaner, Ç. (2019). *Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Meme Kanseriinden Korunma Davranışlarının Karma Yöntemle Araştırılması* [İstanbul]. İstanbul.
- Atıcı, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk onkoloji dergisi*, 22(4), 197-204.
- Attila, S. (2024). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Ç. Güler, Akın, L., Ed. the third ed.). Hacettepe Üniversitesi.
- Australian Government. (2025). *Primary prevention of cancer*. <https://www.canceraustralia.gov.au/resources/position-statements/lifestyle-risk-factors-and-primary-prevention-cancer/primary-prevention-cancer>
- Avgerinos, K. I., Spyrou, N., Mantzoros, C. S., & Dalamaga, M. (2019). Obesity and cancer risk: Emerging biological mechanisms and perspectives. *Metabolism*, 92, 121-135.
- Ayhan A, O. H. (2013). Kanserın Moleküler Temeli ve Genel Cerrahi Uygulamalarındaki Önemi. *Temel Cerrahi*.
- Ayyıldız, N. İ., & Evcimen, H. (2024). Aile sağlığı merkezine başvuran kadınların kanser tarama tutumlarının kadercilik ile ilişkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 18(3), 364-370.
- Babaoğlu, A., Büyüközmen, E., & Can, F. (2021). İzmir'de toplumda kanser tarama testleri farkındalığı ve bireylerin kanser tarama testlerine katılımını etkileyen faktörler. *Medical Journal of Western Black Sea*, 5(2), 173-181.
- Bağcı, H. H., Aksungur, A., & Özdemirhan, T. (2024). Knowledge, attitudes and behavior towards cancer screening: Municipal employees example. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 41(1), 166-171.

- Bansal, A. B., Pakhare, A. P., Kapoor, N., Mehrotra, R., & Kokane, A. M. (2015). Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: A hospital-based cross-sectional study. *Journal of natural science, biology, and medicine*, 6(2), 324.
- Bilir, N., Paksoy Erbaydar, N. (2015). Yaşlılık sorunları ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü. Ç. Editör: Güler, ve L. Akın içinde. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 3.
- Bray, F., Laversanne, Mathieu, Sung, Hyuna, Ferlay, Jacques, Siegel, Rebecca L, Soerjomataram, Isabelle, Jemal, Ahmedin. (2024). Global cancer statistics 2022: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), 229-263.
- Burd, E. M. (2003). Human papillomavirus and cervical cancer. *Clinical microbiology reviews*, 16(1), 1-17.
- Canadian Cancer Society. (2025). *Risk factors for colorectal cancer*. <https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/colorectal/risks>
- Cancer Research UK. (2023). *Age and cancer*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/age-and-cancer>
- Cancer Research UK. (2025a). *How does smoking cause cancer?* <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/how-does-smoking-cause-cancer>
- Cancer Research UK. (2025b). *Worldwide cancer risk factors*. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide-cancer/risk-factors#ref1>
- CDC. (2025). *Breast Cancer Risk Factors*. CDC. Breast Cancer Risk Factors. [Erişim tarihi: 13 Kasım 2024]. Erişim: <https://www.cdc.gov/breast-cancer/risk-factors/index.html>
- Champion, V. L., & Rawl, S. M. (2005). Secondary prevention of cancer. *Seminars in oncology nursing*,
- Collaborators, G. O. C. (2020). Global and regional burden of cancer in 2016 arising from occupational exposure to selected carcinogens: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Occupational and environmental medicine*, 77(3), 151-159.
- Croswell, J. M., Brawley, O. W., & Kramer, B. S. (2018). Prevención y detección oportuna del cáncer. Harrison, principios de medicina interna,
- Cullati, S., Charvet-Bérard, A. I., & Perneger, T. V. (2009). Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. *BMC public health*, 9(1), 118.
- Çınar, D., Çelik, A., Öztürk, A., Bahçeli, P. Z., & Akça, N. K. (2022). Women's attitudes towards healthy life awareness and breast cancer screening during the coronavirus disease 2019 pandemic: a cross-sectional descriptive study. *European Journal of Cancer Prevention*, 31(4), 346-353.
- De Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e180-e190.
- Demirhan, N. (2024). *Kadınların Sağlıklı Yaşam Farkındalıkları ve Sağlık Anksiyetelerinin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. selçuk]. Konya.
- Deniz, E. B. (2022). Kanser Epidemiyolojisi. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2), 102-111.
- Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M. A., & Gulliford, M. (2011). *Oxford textbook of public health*. Oxford University Press.
- Detels, R., ve Ark. (2011). *Oxford textbook of public health*. Oxford University Press.
- Dinç, S. B. (2024). *Aile Sağlığı Merkezine başvuran 30-70 yaş arası bireylerin kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi* Sağlık Bilimleri]. Konya.
- Ebell, M. H., Thai, Thuy Nhu, Royalty, Kyle J. (2018). Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. *Public health reviews*, 39(1), 7.
- Economou, D. (2014). Palliative care needs of cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*, 30(4), 262-267. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.008>
- Erkal, E. (2022). Determining individuals' attitudes toward Cancer Screening and their influential factors.
- Eurostat. (2025). Cancer screening statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_screening_statistics

- Irani, M., Nosrati, S. F., Sardasht, F. G., Fasanghari, M., & Najmabadi, K. M. (2021). Knowledge, Attitude, and Practice of Women Regarding Breast Cancer Screening Behaviors in Mashhad, Iran. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 9(2).
- Jalalabadi, N. Z., Rahimi, B., Foroumandi, M., Lackey, A., & Peiman, S. (2022). Willingness to participate in a lung cancer screening program: Patients'attitudes towards United States Preventive Services Taskforce (USPSTF) recommendations. *European Journal of Internal Medicine*, 98, 128-129.
- Kalpbiniçi, P., & Uzunkaya Öztoprak, P. (2023). The Effect of Fear of COVID-19 on Women's Attitudes toward Cancer Screening and Healthy Lifestyle Behaviors: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*, 21(2), 45.
- Kanser Daire Başkanlığı. (2016, November 01). *Türkiye Ulusal Kanser Kontrol Programı*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf
- Kanser Daire Başkanlığı. (2025, November 02). *1-7 Nisan Ulusal Kanser Haftası*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/1-7-nisan-ulusal-kanser-haftasi.html>
- Karakaş, S. A. (2007). *Kanser hastalarının hastalığı değerlendirme biçimlerinin anksiyete depresyon ve yaşam kalitesine etkisi* (Publication Number 196202) [Yüksek lisans, Atatürk Üniversitesi]. <https://atauni.edu.tr/yuklemeler/7dcf8d63fc7a002e3eed975045fe3d5f.pdf>
- Kenar, N. (2023). *Dahili Birimlere Başvuran Hastalarda Kanser Bilgi Yükü ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutumların Değerlendirilmesi* Sakarya]. Sakarya.
- Kim, H.-I., Lim, H., & Moon, A. (2018). Sex differences in cancer: epidemiology, genetics and therapy. *Biomolecules & therapeutics*, 26(4), 335.
- Kolb, R., Sutterwala, F. S., & Zhang, W. (2016). Obesity and cancer: inflammation bridges the two. *Current opinion in pharmacology*, 29, 77-89.
- Konya Büyükşehir belediyesi. (2025, November 06). *Komek*. <https://komek.org.tr/page.php?PageID=2&SubPageID=30&lng=tr>
- Korkmaz, L. (2017). Tutumlarımızın ne kadar farkındayız? örtük tutumlar ve örtük ölçüm yöntemleri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 20(40), 109-127.
- Kozan, R., & Tokgöz, V. (2016). Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4).
- Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2020). *Robbins and Cotran pathologic basis of disease* (10. baskı). Elsevier. <https://www.elsevier.com/books/robbins-and-cotran-pathologic-basis-of-disease/kumar/9780323531139>.
- Kurtoğlu, E., & Gürz, A. A. (2014). Serviks kanseri epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 7(4), 1-4.
- Lamore, K., Foucaud, J., Cambon, L., & Untas, A. (2017). Prévention primaire et secondaire des cancers féminins: comment améliorer la sensibilisation des femmes? Une revue de la littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65(6), 453-465.
- Lewandowska, A. M., Rudzki, M., Rudzki, S., Lewandowski, T., & Laskowska, B. (2018). Environmental risk factors for cancer-review paper. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(1), 1-7.
- LoConte, N. K., Brewster, A. M., Kaur, J. S., Merrill, J. K., & Alberg, A. J. (2018). Alcohol and cancer: a statement of the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 36(1), 83-93.
- Marmot, M. G., Altman, DG, Cameron, DA, Dewar, JA, Thompson, SG, Wilcox, Maggie. (2013). The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *British journal of cancer*, 108(11), 2205-2240.
- Mayer, R. (2018). Lower gastrointestinal cancers. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th ed.*; McGraw-Hill Education: Ciudad de Mexico, Mexico, 575-578.
- Naitonal Cancer Institute. (2025a). *Cancer Disparities-Cancer Stat Facts*. <https://seer.cancer.gov/mortality/>
- Naitonal Cancer Institute. (2025b). *The Genetics of Cancer*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics>

- National Cancer Institute. (2025a). *Alcohol and Cancer Risk*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-shee>
- National Cancer Institute. (2025b). *Risk Factors: Tobacco*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco>
- National Cancer Institute. (2025c). *Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Colorectal Cancer*. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>
- NHS. (2024). *Causes of cervical cancer*. <https://www.nhs.uk/conditions/cervical-cancer/causes/>
- OECD. (2024, November 05). *Health at a Glance 2024*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
- Oğuz, C. (2023). *Denizli İli Merkez İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Davranışları ve İlişkili Faktörler* Pamukkale]. Denizli.
- Özçelik M F. (2018). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları.
- Özsöyler, M., Çapar Zeliha Güzelöz, & Murat, K. (2023). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş ve Üzeri Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi ve Tutumları. *Forbes Journal of Medicine*, 4(1).
- Öztek, Z. (2020). *Halk sağlığı: kuramlar ve uygulamalar*. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı.
- Öztürk, E. N. Y. (2019). Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi.
- Pandve, H. T. (2014). Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 2(2), 254-256.
- Parkin, D. M., Bray, Freddie, Ferlay, J Pisani, Paola. (2005). Global cancer statistics, 2002. *CA: a cancer journal for clinicians*, 55(2), 74-108.
- Perez-Tucker, R., Nelson, A. P., Lee, J. W., Wiafe, S. A., & Handysides, D. G. (2025). Barriers impacting breast cancer screening during the COVID-19 pandemic among Hispanic women in New Jersey. *Current Psychology*, 1-14.
- Pharoah, P. D., Day, N. E., Duffy, S., Easton, D. F., & Ponder, B. A. (1997). Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *International journal of cancer*, 71(5), 800-809.
- Plummer, M., de Martel, C., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., & Franceschi, S. (2016). Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *The Lancet Global Health*, 4(9), e609-e616.
- Rahman, N. (2014). Realizing the promise of cancer predisposition genes. *Nature*, 505(7483), 302-308.
- Rasnic, R., Linial, N., & Linial, M. (2020). Expanding cancer predisposition genes with ultra-rare cancer-exclusive human variations. *Scientific reports*, 10(1), 13462.
- Rumgay, H., Murphy, N., Ferrari, P., & Soerjomataram, I. (2021). Alcohol and cancer: epidemiology and biological mechanisms. *Nutrients*, 13(9), 3173.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>
- Sarkhani, N., Negarandeh, R., & Farhoudi, N. (2025). Attitudes toward cancer screening and its' associated factors: a cross-sectional study. *BMC public health*.
- Sayilan, S., Sayilan, A. A., & Ozen, N. (2022). The effect of fear of Coronavirus (Covid-19) on attitudes toward Cancer Screening. *Asian Pacific Journal of Cancer Biology*, 7(4), 301-306.
- Sevinç, E. (2022). *Bursa'daki aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin kanser tarama testlerine katılımlarını etkileyen faktörlerin ve covid-19 pandemisinin bu duruma etkisinin değerlendirilmesi* Bursa Uludag University (Turkey)].
- Siddiqui, S., Rowland, L., Copel, E., Sangal, A., Soni, V., Eckardt, P., & Kao, J. (2023). Personalized palliative and survivorship care for patients with metastatic cancer treated with radiation therapy. *Anticancer Research*, 43(4), 1387-1395.
- Sigerist, H. E. (1932). The historical development of the pathology and therapy of cancer. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 8(11), 642.
- Smith, R. A., Brawley, O. W., & Wender, R. C. (2018). Screening and early detection. *The American Cancer Society's Principles of Oncology: Prevention to Survivorship*, 110-135.

- Şahin, N. Ş., Üner, B. A., Aydın, M., Akçan, A., Gemalmaz, A., Dişçigil, G., Demirağ, S., & Başak, O. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Turkish Journal of Family Practice*, 19(1), 37-48.
- Şeker, N., & İşsever, H. (2023). İstanbul'da Bir İlçede 30-65 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Tarama Davranışını Etkileyen Faktörler. *Nobel Medicus*, 20(59), 128-134.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Erken Teşhis Hayat Kurtarır*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,19826/erken-teshis-hayat-kurtarir.html>
- Tarin, D. (2023). *Understanding cancer: the molecular mechanisms, biology, pathology and clinical implications of malignant neoplasia*. Springer Nature.
- Tayar, M., & Bulut, D. S. (2019). Beslenme ve Kanser. *Türkiye Klinikleri Food Sciences-Special Topics*, 5(2), 1-7.
- TC Sağlık Bakanlığı. (2021, November 02). *Türkiye Kanser Kontrol Programı*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos.2021.Kanser.Kontrol.Programi.versiyon-1.pdf>
- Tekpınar, H., Aşık, Z., & Özen, M. (2018). Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Practice*, 22(1), 28-36.
- Tennison, J. M., Fu, J. B., & Hui, D. (2024). Palliative Rehabilitation in Patients with Cancer: Definitions, Structures, Processes and Outcomes. *Curr Oncol Rep*, 26(11), 1283-1292. <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01585-8>
- Tozlu, M., & Okan, F. (2025). Effect of Health Literacy on Attitudes Toward Cancer Screening Among Individuals Aged 30–70. *Public Health Nursing*.
- TÜİK. (2022). *Türkiye Sağlık Araştırması*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
- TÜİK. (2023a). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2023-49684&dil=1-----https://nip.tuik.gov.tr/?value=MedeniDurum>
- TÜİK. (2023b). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>
- Türk Dil Kurumu. (2025). *kanser*. <https://sozluk.gov.tr/>
- Türk Tabipler Birliği. (2025, November 03). *Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları*. https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/11.html
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025, November 02). *Ölüm Nedeni İstatistikleri 2024*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195>
- Türkiye Kanser Enstitüsü. (2025, November 03). *Kanser Nedir?*. <https://tke.tuseb.gov.tr/kanser-hakkinda/kanser-nedir>
- Uğur, H. G., Derya, Y. A., Yavuz, A. Y., Şilbir, M. F., & Öner, A. (2019). Aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi tutum ve davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde bir il örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(5), 340-348.
- Uygun, M. (2025). *bir eğitim ve araştırma hastanesi polikliniklerine başvuran erişkinlerde kanser tarama testlerini yaptırma durumu ve farkındalığı* [İzmir Katip Çelebi].
- Uysal, N., & Toprak, F. Ü. (2022). Kadınların sağlık algıları, kanser taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 65-76.
- Van Weel, C., Koopmans, R., Van der Velden, K., Bottema, B., & de Vries Robbé, P. (2009). Bridging the gap between primary care and public health. *Australian family physician*, 38(4), 182-183.
- Wang, Q. (2016). Cancer predisposition genes: molecular mechanisms and clinical impact on personalized cancer care: examples of Lynch and HBOC syndromes. *Acta Pharmacologica Sinica*, 37(2), 143-149.
- White, M. C., Holman, D. M., Boehm, J. E., Peipins, L. A., Grossman, M., & Henley, S. J. (2014). Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *American journal of preventive medicine*, 46(3), S7-S15.
- WHO. (2019). *The Cancer Atlas 2019*. American Cancer Society. <https://canceratlas.cancer.org/>

- WHO. (2022). *Cancer Today*. <https://gco.iarc.fr/today/en/fact-sheets-populations#countries>
- WHO. (2025a). Alcohol. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- WHO. (2025b). All countries Data. <https://data.who.int/countries/840#:~:text=Amerika'da%20do%C4%9Fumda%20beklenen%20ya%C5%9Fam,%E2%96%B2%200%2C0261%20y%C4%B1%20iyile%C5%9Fti%20.>
- WHO. (2025c). *Breast cancer*. <https://www.iarc.who.int/cancer-type/breast-cancer/>
- WHO. (2025d, November 02). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- WHO. (2025e). fact-sheets-populations#countries. <https://gco.iarc.who.int/today/en/fact-sheets-populations#countries>
- WHO. (2025f). *fact sheets cancer*. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
- WHO. (2025g). *IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans*. <https://monographs.iarc.who.int/list-of-classifications>
- WHO. (2025h). *IARC: Outdoor Air Pollution a Leading Environmental Cause of Cancer Deaths*. https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/pr221_E.pdf
- WHO. (2025i). *Immunization, Vaccines and Biologicals*. [https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-\(HPV\)](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV))
- WHO. (2025j). *List of Classifications. IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans*. <https://monographs.iarc.who.int/list-of-classifications>
- WHO. (2025k). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2025l). *Population factsheets*. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf>
- Wilson J, J., Gunnar. (1968). Principles and practice of screening. *WHO: Geneva*, 69(5), 1085.
- World Health Organization. (2019m). *IARC Classification of Tumours* (5. baskı). International Agency for Research on Cancer. <https://tumourclassification.iarc.who.int>
- Wools, A., Dapper, E., & Leeuw, J. d. (2016). Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 158-168.
- World Cancer Research Fund International. (2025a). *Limit alcohol consumption*. <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/limit-alcohol-consumption>
- World Cancer Research Fund International. (2025b). *Obesity, weight gain and cancer risk*. <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/risk-factors/obesity-weight-gain-and-cancer/>
- World Cancer Research Fund International. (2025c). *Physical activity and cancer risk*. <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/risk-factors/physical-activity-and-cancer-risk/>
- World Health Organization. (2020). *report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025a, November 04). *Cancer Tomorrow*. <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en>
- World Health Organization. (2025b, November 04). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Yeğenler, F. (2021a). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran 30-70 yaş arası bireylerin kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi* Sağlık Bilimleri]. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Yeğenler, F. (2021b). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 30-70 Yaş Arası Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]*
- Yeter, K., Savci, A., & Sayiner, F. D. (2009). Meme Kanserinde Rekonstrüktif Cerrahinin Ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2).

- Yiğitbaşı, Ç., Bulut, A., Bulut, A., & Semerci, M. (2016). Bingöl Devlet Hastanesine Başvuran Yetişkinlerin Kanser Tarama Testlerine İlişkin Bilgi Ve Tutumları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 19(2), 29-38.
- Yılmaz, S. D. (2022). Bir Üniversitenin Merkez Kampüsünde Çalışan İdari Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumu Ve İlişkili Faktörler İle Kanser Tarama Testi Yaptırma Durumları [Tıpta Uzmanlık Tezi]. *Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*.
- Yüksel, M. (2024). *Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki Karabük*. Karabük.



8. EKLER

8.1. EK 1 Sosyodemografik anket

Sosyodemografik Özellikler Formu

Sayın Katılımcı,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. ile Konya Büyükşehir Belediyesi Gençlik ve Spor Hizmetleri Daire Başkanlığı Eğitim Şube Müdürlüğü iş birliğinde “**Konya İli KOMEK/ASEM’de 20-70 Yaş Arası Kursiyerlerin Kansere Yönelik Tutumlarının ve Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi**” isimli bir çalışma yürütülmektedir. Form üzerine ad soyadı yazmayınız. Araştırmanın size maddi ve manevi zarar verme riski bulunmamaktadır. Elde edilen kişisel veriler gizli tutulacak ve sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ederseniz ve sözlü onam vererseniz formu doldurabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz / Yaş:

(1)-Kadın (2)-Erkek

2. Medeni durumunuz:

(1)-Evli (2)-Bekâr (3)-Boşanmış / Dul

3. Eğitim durumunuz (En son bitirilen okul):

(1)- Okuryazar (2)- İlkokul (3)- Ortaokul (4)- Lise (5)- Üniversite (6)- Üniversite üzeri (Yüksek lisans, Doktora)

4. Mesleğiniz:

5. Aktif olarak çalışıyor musunuz?

(1)- Evet (2)- Hayır

6. Gelir durumunuza en çok uyan ifadeyi işaretleyiniz.

(1)- Gelirim giderimden az/Yetersiz (2)- Gelirim giderime eşit (3)- Gelirim giderimden çok/Yeterli

7. Sağlık güvenceniz var mı ?

(1) SSK (2) BAĞ-KUR (3) Emekli Sandığı (4) Özel Sigorta (5) Yeşil Kart (6) YOK

8. Hayatınızın herhangi bir döneminde sigara kullandınız mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

9. Hayatınızın herhangi bir döneminde alkol kullandınız mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

10. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Haftada en az üç gün en az yarım saatlik yürüyüş)

(1)- Evet (2)- Hayır

11. Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

(1)- Evet (2)- Hayır

12. Kronik bir hastalığınız var mı? (Yüksek tansiyon, kalp hastalığı, şeker hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, psikiyatrik hastalık gibi)

(1)- Evet (2)- Hayır

13. Kendinizde tanısi kesinleşmiş/doktor tarafından tanı konmuş bir kanser hastalığı var mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

14. Birinci derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeşler, çocuklar) kanser hastalığı var mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

15. Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?

(1)- Hayır (2)- Evet (Tarama adı ve yılı.....)

16. Yapılacak kanser taramasına katılmak ister misiniz?

(1) Evet (2) Hayır

8.1. EK 2 Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (Konya-2022)

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen Katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
5	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.					
6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					
8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırmaya ihtimalimi artırır.					
9	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırmaya ihtimalimi arttırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırım.					
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırım.					
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					
17	Kanser taraması yaptırmamın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.					
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					
21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					
23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırmaya gereği duymam.					
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					

8.1. EK 3 Etik kurul izni

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 151

Toplantı Tarihi: 01 Nisan 2022

Karar Sayısı:2022/3734;(9417)N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR'in "Konya İli KOMEK/ASEM' de 20-70 Yaş Arası Kursiyerlerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumlarının ve Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili 28.03.2022 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Seyfettin ABUOĞLU'nun doktora tez çalışmasının N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR'in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR

Yardımcı Araştırmacı: Seyfettin ABUOĞLU

ASLI GİBİDİR
01.04.2022



Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

8.1. EK 4 Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği için ölçek sahibinden izin formu

ölçek kullanım izni 📧 Gelen Kutusu

soyfettin abuoğlu

Alınan: Elif

Merhaba doktor hanım;

Tarafınızca geliştirilen "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği"ni "21

Konya İİ Kömük/Peşmi" de 20-70 Yaş Arası Kursiyerlerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumlarının ve Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi isimli tez çalışmamda kullanmak için izniniz istiyorum.

Teşekkür eder, iyi günler dilerim.

Elif Nur YILDIRIM

Alınan:

 Bu iletinin İngilizce olduğu anlaşılıyor ✕
Türkçe diline çevir

Doktor Bey merhaba,

Ölçeğe ilginiz için teşekkür ederiz. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz, araştırmacılar olarak iznimiz var.

Size ekte çalışmanızda atıf yapmanızı istediğimiz orijinal makale dosyasını ve ölçeğin kendisini, kısa formunu ve puanlama özelliklerini içeren bir dosyayı iletıyorum. Ölçekle ilgili bir sorunuz olursa bana mail atabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim. Saygılarımla.

Uzm. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK

