



T.C
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BURSA'DAKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN BİREYLERİN
KANSER TARAMA TESTLERİNE KATILIMLARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN VE COVID-19 PANDEMİSİNİN BU DURUMA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Erdinç SEVİNÇ

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2022



T.C
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BURSA'DAKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN BİREYLERİN
KANSER TARAMA TESTLERİNE KATILIMLARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN VE COVID-19 PANDEMİSİNİN BU DURUMA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Erdinç SEVİNÇ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Yeşim UNCU

Bursa-2022

İÇİNDEKİLER

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	III
ÖZET	VI
İNGİLİZCE ÖZET.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanser Etiyolojisi.....	5
2.1.1. Kanserin Risk Faktörleri	6
2.2. Kanser Epidemiyolojisi ve Kanser İstatistikleri	9
2.2.1. Dünya’da Kanser Yüğü	9
2.2.2. Türkiye’de Kanser Yüğü.....	12
2.3. Kanserden Korunma	16
2.3.1. Aile Hekimliği ve Koruma	17
2.3.2. Farkındalık Çalışmaları	21
2.3.3. Kanser Taramaları	22
2.4. COVID-19 Pandemisi ve Kanser	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Çalışma Grubu ve Verileri	32
3.1.1. Çalışma Grubu	32
3.1.2. Çalışma Verileri	32
3.2. Örneklem Seçimi.....	32
3.3. Çalışmanın Genel Planı ve Dâhil Edilme Kriterleri.....	32
3.3.1. Çalışmanın Genel Planı.....	32
3.3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri	33
3.4. Etik Kurul Onayı.....	34
3.5. İstatistiksel Analiz.....	34
3.6. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	34

4. BULGULAR	36
4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Genel Özellikleri	36
4.2. Kansere Taramalarına İlişkin Bulgular	43
4.3. Sağlık Algısı Ölçeğine (SAÖ) İlişkin Bulgular	59
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	75
7. KAYNAKLAR	77
8. EKLER	81
EK-1: İzinler	81
EK-2: Anket Formu	83
EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	87
9. TEŞEKKÜR	89
10. ÖZGEÇMİŞ	89

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1: TÜİK-Nedenlere göre ölüm oranı, 2019.....	9
Şekil-2: 2020 yılında dünya çapındaki yeni vaka sayıları ve oranları	10
Şekil-3: 2020 yılında dünya çapındaki kansere bağlı ölüm sayıları ve oranları	11
Şekil-4: 2020 yılında Türkiye'deki yeni vaka sayıları ve oranları	13
Şekil-5: 2020 yılında Türkiye'deki kansere bağlı ölüm sayıları ve oranları ..	13
Şekil-6: Bazı ülkelerde görölen tüm kanserler ve akciğer kanserinin yaşı standardize hızları(YSH) ve tütün kullanım yüzdeleri, GLOBOCAN 2020 ...	15
Şekil-7: Tarama kanserlerinin SEER özet evre dağılımları	16
Şekil-8: Kanser evreleri ve tarama zamanı Şeması	23
Şekil-9: COVID-19 sırasında kanser taramalarındaki yüzdellik değişim	29
Şekil-10: Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre dağılımı	36
Şekil-11: Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumlarının dağılımı.....	37
Şekil-12: Katılımcıların yaşlarının yüzdesele dağılımı	37
Şekil-13: Ulusal kanser tarama programları için uygun yaş ve cinsiyet özelliklerini sağlayan katılımcıların sayısı	38
Şekil-14: Katılımcıların öğrenim durumlarının dağılımı.....	39
Şekil 15: Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre dağılımı	41
Şekil 16: Kronik hastalığı olan bireylerin tanılarına göre sayısı	41
Şekil 17: Katılımcıların ailesinde kanser tanısı bulunma durumuna göre dağılımı	43
Şekil 18: Katılımcıların kanser taraması yapılması ile ilgili bilgilerinin ve bilgi edinme kaynaklarının dağılımı	44
Şekil 19: Aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verme durumunun dağılımı	44
Şekil 20: Katılımcıların COVID-19 pandemisi öncesi en az bir kez kanser taraması yaptıırma durumu	45
Şekil 21: COVID-19 pandemisi öncesi kanser taramalarına uygun bireyler incelendiğinde, tarama yaptııranların ve yaptıırmayanların sayısı	45

Şekil 22: COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırmayan bireylerin, kanser taraması yaptırmama nedenleri.....	46
Şekil 23: Katılımcıların COVID-19 pandemisi sürecinde en az bir kez kanser taraması yaptırmama durumu	47
Şekil 24: COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taramalarına uygun bireyler incelendiğinde, tarama yaptıranların ve yaptırmayanların sayısı	47
Şekil 25: COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırmayan bireylerin, kanser taraması yaptırmama nedenleri	48
Şekil 26: Katılımcıların COVID-19 pandemisi sebebiyle, kanser tarama testi yaptırmamasının aksama durumu.....	49
Tablo-1: Enfeksiyon etkenleri ve ilişkili kanser türleri	7
Tablo-2: IARC tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2020 verilerine göre erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türünün dağılımı	14
Tablo-3: Koruma Yaklaşımı	17
Tablo-4: Katılımcıların yaş bilgileri	37
Tablo 5: Katılımcıların sosyo-demografik verilerinin dağılımı	40
Tablo-6: Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları hakkındaki sorulara verdiği cevapların dağılımı.....	42
Tablo-7: Katılımcıların uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilme durumu ve COVID-19 pandemisi sebebiyle kanser taraması yaptırmamasının aksadığını düşünme durumu karşılaştırması.....	50
Tablo-8: Katılımcıların COVID-19 pandemisi sürecinde ve COVID-19 pandemisi öncesinde kanser taraması yaptırmama durumlarının karşılaştırması	51
Tablo-9: 50 yaş baz alınarak, bu yaşın altındaki ve üstündeki bireylerin COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırmama durumlarının karşılaştırması.....	52
Tablo-10: 50 yaş baz alınarak bu yaşın altındaki ve üstündeki bireylerin COVID-19 pandemisi sürecindeki kanser taraması yaptırmama durumlarının karşılaştırması.....	52

Tablo-11: Cinsiyet ve COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması	53
Tablo-12: Cinsiyet ve COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması.....	53
Tablo-13: Meslek ve COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması	54
Tablo-14: Kronik hastalık durumu ve COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması.....	55
Tablo-15: Kronik hastalık durumu ve COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması.....	55
Tablo-16: Ailede kanser öyküsü durumu ile COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması	56
Tablo-17: Ailede kanser öyküsü durumu ile COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması	57
Tablo-18: Kanser taramaları hakkındaki bilgiye ulaşım vasıtası ve COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması	58
Tablo-19: Aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verme durumu ile COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması	59
Tablo-20: Katılımcıların SAÖ ve alt boyutlarına ait bulgular	60
Tablo-21: Çalışmaya katılan bireylerin sağlık algısı puanı ve kanser taraması ile ilgili değişkenlere verdikleri cevapların ilişkisi	62

ÖZET

Kanser, dünya genelindeki ölümlerin önde gelen nedenlerinden birisidir. Kansere yol açan risk faktörlerinden kaçınılarak ve mevcut kanıta dayalı kanser önleme stratejileri uygulanarak kanserlerin %30 ila %50'si önlenabilmektedir. Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği üç kanser türünde rutin tarama yapılmaktadır.

Geçtiğimiz son iki yıldır içinde bulunduğumuz COVID-19 pandemisi yalnızca yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olmakla kalmamış, sınırlı kaynakların pandemi ile mücadelede tüketilmesi ile rutin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu aksamış ve kanser taramaları sekteye uğramıştır. Ayrıca tarama yaptırmayı gereken kişiler de hastalığa yakalanma korkusu nedeniyle sağlık kuruluşlarına gitmekte tereddüt etmişlerdir. Çalışmamızda aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin kanser tarama hizmetlerinden yararlanma durumlarının incelenmesi ve bunu etkileyen faktörlerin ortaya konulması ile hizmette aksamaya yönelik problemin tanımlanması amaçlanmıştır.

Çalışmamız Bursa iline bağlı 8 ASM'ye 2022 yılı Şubat, Mart ve Nisan aylarında başvuran; ulusal kanser taramaları için uygun yaş ve cinsiyet özelliklerini sağlayan 324 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılara ilk bölümde genel sosyodemografik bilgileri, sağlıklı yaşam davranışları ve kanser taramaları ile ilgili sorular; ikinci bölümde ise Sağlık Algısı Ölçeği bulunan anket yüz yüze uygulanmıştır.

Pandemi öncesi dönemde kanser tarama hizmetlerine katılım oranı %52,2 iken pandemi sürecinde bu oranın %16,4'e düştüğü görülmüştür. Bireylerin tarama yaptırmama sebeplerinin yaklaşık yarısı pandemi ile doğrudan ilgilidir. En sık sebep ise pandemi kaynaklı enfeksiyona yakalanma riskidir. Pandemi öncesi dönemde olduğu gibi pandemi sürecinde de bireylerin en sık tarama yaptırmama sebepleri arasında ilk sıralarda, zaman ayıramama ve tarama yapıldığını bilmeme durumları olduğu görülmüştür.

Bu çalışma sonucu elde ettiğimiz veriler ve literatürdeki bilgiler ışığında pandemi ile mücadelede, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden

organizasyonu ve halkın bu konuda bilgilendirilmesi konusunda yetersizlik yaşandığı görülmektedir. COVID-19 etkisi azaldıkça tarama hizmetlerinde ortaya çıkabilecek olan yığılmaları önlemek için hizmet olanaklarının artırılması gerekmektedir. Ayrıca kanser tarama hizmetlerinde, malignite geliştirme riski daha yüksek olan bireylere öncelik verilmesi gibi bazı stratejik değişiklikler yapılabilir. Benzer kriz durumlarında çalışmamızda bahsettiğimiz önlemler ile sağlık sisteminde yaşanması muhtemel yeni bir krizin önüne geçilmesi mümkün olabilir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, kanser taramaları, aile sağlığı merkezi, sağlık algısı ölçeği.

SUMMARY

The Evaluation of Factors Which Affect the Cancer Screening Service Participation of Individuals Applying to Family Health Centers in Bursa and of The COVID-19 Pandemic's Impact On Such Factors

Cancer is one of the major causes of death worldwide. By avoiding risk factors causing cancer and by employing cancer prevention strategies dependent on current facts, 30 to 50% of cases can be eliminated. For these reasons, screening for three types of cancers recommended by World Health Organization is employed in our country.

COVID-19 was defined as pandemic by World Health Organization in 11 March 2020 and the first case was detected in our country on the same day. As a result of rearranging the resources to manage the pandemic, health services that are thought to be nonemergent such as cancer screening hindered. Besides, individuals suitable for screening hesitated to apply to health centers due to the fear of catching the disease. In this study, I aimed to investigate the factors affecting the status of benefit from cancer screening services from individuals applying to family health centers (FHC) and to define the problem causing the hindrance in the service.

This study was performed on 324 individuals that applied to 8 FHCs in Bursa between the dates February and April 2022 with the specific age and gender conditions for national cancer screenings. We employed a face-to-face survey with these participants. In the first part, we asked questions about general socio-demographic information, healthy life attitudes and cancer screening while in the second part, we surveyed with health perception scale.

The rate of participation to cancer screening services was 52.2% before pandemic while this rate decreased to 16.4% during pandemic. Approximately, the half of the reasons for not attending to these services was directly linked to pandemic. The major reason is the fear of catching the

disease due to the pandemic. Other major reasons for skipping these services such as time construction and unawareness from these services were common in both pre- and during pandemic era.

Insufficiency is observed for the reorganization of preventive health services during pandemic and for raising the awareness of people about such services. As the effect of COVID-19 is declining, there can be an overwhelm in health services. To deal with such situation, service facilities and network should be developed. Additionally, there can be strategic changes in cancer screening services such as prioritization of applicants with higher risk of developing malignancies. In similar cases with this pandemic, it could be possible to avoid crisis in health services by employing recommended preventions in this study.

Keywords: COVID-19, cancer screening, family health center, health perception scale.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, dünya genelindeki ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Dünya çapında 2020 yılında yaklaşık 10 milyon ölüme sebep olmuştur (1). Türkiye'de de dünyadakine benzer şekilde kansere bağlı ölümler, tüm ölümler içinde ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde 2019 yılında 435941 ölüm görülürken bunların %18,4'ünü kanserler oluşturmaktadır (2).

Önde gelen ölüm sebeplerinden olmasına ek olarak kanser, kısa ve uzun dönem komplikasyonları ve yüksek tedavi maliyetleri göz önüne alındığında, iş gücünde ve ülke ekonomisinde büyük kayıplara sebep olmaktadır (3). Kanser yükü bireyler, aileler, toplumlar ve sağlık sistemleri üzerinde ciddi fiziksel, duygusal ve finansal baskı uygulayarak küresel olarak büyümeye devam etmektedir (4). Kanser yükünün bu hızlı artışı, dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri için bir kriz teşkil etmektedir. Gelecekte kaynakları bol olan ülkeler dahil olmak üzere birçok ülke için, tanı konacak çok sayıda kanser hastasının tümünün tedavisi ve bakımı açısından yeterli ödenekleri temin etmek önemli bir sorun olacaktır (5).

Öte yandan tüm kaynak seviyelerinde kanser önleme konusunda başarı şansı vardır. Kansere yol açan risk faktörlerinden kaçınılarak ve mevcut kanıta dayalı kanser önleme stratejileri uygulanarak kanserlerin %30 ila %50'si önlenmektedir. Birçok kanserin erken teşhisi, bu sayede uygun tedavi ve bakımı ile kanser yükü de azaltılabilmektedir. Bu nedenle kanser tarama programlarının teşhis, tedavi ve destekleyici bakımdaki gecikmeleri ve engelleri azaltacak şekilde tasarlanması gerekliliği bilinmektedir (4).

Toplumun düşük kanser farkındalığı (kansere semptomları, kanser gelişme riski, risk faktörleri, tedavinin etkinliği veya erken teşhis stratejilerinin etkinliği hakkında bilgi veya inançları) geç tanı için bir risk faktörüdür (6). Bu yüzden kanser konusunda toplumda farkındalık sağlanması, toplum bilincinin geliştirilmesi ve kanser taramaları, kanserle mücadelede en etkili yöntemlerin başında gelmektedir (3). Kanser taraması, semptomlar ortaya çıkmadan önce belirli bir kanseri veya kanser öncesi dönemi düşündürülen bulguları olan

bireyleri saptamayı amaçlamaktadır. Tarama sırasında anormal sonuçlar bulunduğunda, kesin tanı için daha ileri testler yapılmalıdır. Tarama programları, tüm kanser türleri için olmasa da bazı kanser türleri için etkili bulunarak uygulanmaya başlanmıştır. Tarama programlarında hasta seçimi, aşırı yanlış pozitif çalışmalardan kaçınmak için, yaşa ve risk faktörlerine dayanmaktadır (4).

Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği üç kanser türünde tarama yapılmaktadır. Kadınlarda; meme kanseri ve serviks kanseri tarama programı kapsamındadır. Meme kanseri için 40-69 yaş arasında 2 yılda bir mamografi ile tarama ve serviks kanseri için ise 30-65 yaş arasında 5 yılda bir pap-smear ve HPV-DNA testi ile tarama yapılması önerilmektedir. Kolorektal kanser taramaları kapsamında ise 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir (3). Ülkemizde kanser tarama programları KETEM'ler (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) tarafından uygulanmaktadır. Ancak COVID-19 pandemisi sürecinde, acil dışı sağlık hizmetlerine ulaşımında aksaklıklar yaşanmış ve KETEM çalışmaları da aksamıştır.

Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde 31 Aralık 2019'da etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakaları ile başlayan ve etkeni daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs tablosu tanımlanmıştır. Bu hastalığın adı COVID-19 olarak kabul edilmiş ve virüs SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü COVID-19 salgınını 11 Mart 2020'de pandemi olarak tanımlamıştır. Ülkemizde de ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de görülmüştür. İlk vakanın tespit edilmesinden bu yana geçen süreçte ülkemizin salgın ile ilgili temel stratejisi, halk sağlığı önlemleri sayesinde vaka görülme hızının düşürülmesi ve salgın eğrisindeki yükselişin yavaşlatılması ile sağlık hizmetine olabilecek yoğun talebin önüne geçmek olmuştur (7).

Koronavirüs kaynaklı pandemi, dünya çapında sağlık sistemleri üzerinde büyük baskı yaratmıştır. Kaynakların pandemiyi yönetmek için yeniden düzenlenmesi nedeniyle, SARS-CoV-2 enfeksiyon risklerini azaltma ve ayrıca sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azaltma çabalarının bir parçası olarak, kanser taraması gibi acil olmadığı düşünülen hizmet sunumları

azaltılmış veya durdurulmuştur (8). Galler hükümeti ve İskoç hükümeti Mart 2020'de serviks ve kolon kanseri için tarama programlarını askıya almıştır. Kuzey İrlanda hükümeti Nisan ayında bunu takip etmiştir. ABD taramayı düşük öncelikli bir hizmet olarak sınıflandırmış ve sağlık kuruluşlarının taramaları ertelemeyi düşünmelerini önermiştir (9). Sağlık tesislerinde acil olmayan etkileşimleri önlemek için alınan önlemler, toplumdaki bulaşmanın akut aşamasında DSÖ tarafından da onaylanmıştır. Ayrıca, taramaya uygun bireyler de hastalığa yakalanma korkusu nedeniyle sağlık kuruluşlarına gitmekte tereddüt etmişlerdir. Sonuç olarak yakın gelecekte, kanserden ve COVID-19 ile ilgili olmayan diğer hastalıklardan kaynaklı ölümlerin sayısında önemli bir artış olacağı tahmin edilmektedir (8).

Amerika'da Patt ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 2020 Mart-Temmuz dönemi ile 2019 Mart-Temmuz dönemindeki meme, kolon, akciğer ve prostat kanseri tarama sayıları karşılaştırılmıştır. Bütün aylarda pandemi döneminde tarama sayıları düşerken en büyük düşüş salgının pik yaptığı Nisan ayında görülmüştür. Nisan 2020'de mamografi sayıları önceki döneme (2019 Nisan) göre %85, kolon kanseri taraması ise %75 azalmıştır (10). İngiltere'de yapılan bir çalışma, yakın zamanda tanı ve tedavideki gecikmelerin sonucu olarak meme kanseri ve kolorektal kanserden ölümlerin 5 yıl sonra sırasıyla %9,6 ve %16,6 kadar artırabileceğini öngörmüştür (11).

Ülkemizde bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılan çalışma sonucunda pandemi döneminde tarama programlarının tümünde ciddi azalma olduğu belirlenmiştir (12). Kanser taramaları %87,3 azalmıştır. Kanser taramaları ayrı ayrı ele alındığında en büyük azalmanın %92,3 ile HPV taramalarında olduğu görülmektedir. Kolon kanseri taraması %60, meme kanseri taraması %78,5 azalmıştır. Covid-19 salgınının 2020 yılı Mart ayından itibaren ülkemizde görülmeye başlanmasıyla hastalar bulaş riski yüksek yerler olarak gördükleri sağlık kuruluşlarına gitmekten korkmuşlar ve mevcut veya yeni oluşan sağlık ihtiyaçlarını belirsiz bir tarihe ertelemişlerdir (12).

Kriz durumu devam ederken kanser tarama faaliyetlerine yeniden başlamak, topluma daha aktif bir şekilde ulaşmak, görünüşte sağlıklı bireylerin rutin sağlık hizmetlerine dönme endişelerini hafifletmek ve klinik hizmetleri

yeniden organize ederek birikmeleri en aza indirmek için iyi bir koordinasyon gerekmektedir. COVID-19 ile ilişkili bilgi kirliliği, kanser tarama hizmetleri üzerinde birçok yanlış anlaşılmaya neden olmuştur. Örnek anketler veya nitel araştırmalar yoluyla kanser taramalarına uygun yaş ve cinsiyet gruplarının endişelerini anlamak önemlidir. Pandemi süreci sonrası rutin sağlık hizmet sunumunun başlaması ile pandeminin yarattığı problemin tanımlanması, kanser tarama programı stratejilerinin yeniden yapılandırılmasında önemlidir (8).

Çalışmamızın amacı; COVID-19 pandemisi öncesinde ve COVID-19 pandemisi sürecinde, aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin kanser tarama hizmetlerinden yararlanma durumlarının incelenmesi ve bunu etkileyen faktörlerin ortaya konulması ile hizmette aksamaya yönelik problemin tanımlanmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Kanser; yerleşim yeri, morfolojisi, moleküler özellikleri, klinik davranışı ve tedaviye verdiği yanıt açısından farklılıklar gösteren, anormal hücre artmasına neden olan heterojen bir hastalık grubudur (13). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen geniş bir hastalık grubu için kullanılan genel bir terimdir. Kanser ile eş anlamlı kullanılan diğer terimler, kötü huylu tümörler ve neoplazmalardır. Kanser tanımıyla ilgili özelliklerinden biri, olağan sınırlarının ötesinde büyüyen ve daha sonra vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve diğer organlara yayılabilen anormal hücrelerin hızlı bir şekilde çoğalmasındır (4).

2.1. Kanser Etiyolojisi

Kanser, genellikle prekanseröz lezyondan malign bir tümöre ilerleyen çok aşamalı bir süreçte, normal hücrelerin tümör hücrelerine dönüşmesinden kaynaklanmaktadır. Bu dönüşüm, bir kişinin genetik faktörleri ile aşağıdaki üç dış etkenden herhangi biri arasındaki etkileşimin sonucudur:

1. Ultraviyole ve iyonlaştırıcı radyasyon gibi fiziksel kanserojenler;
2. Asbest, tütün dumanı bileşenleri, alkol, aflatoksin (bir gıda kirleticisi) ve arsenik (bir içme suyu kirleticisi) gibi kimyasal kanserojenler;
3. Belirli virüslerden, bakterilerden veya parazitlerden kaynaklanan enfeksiyonlar gibi biyolojik kanserojenler.

Kanser insidansı belirli kanserler için risklerin birikmesinden dolayı, yaşla birlikte belirgin biçimde artmaktadır. Yaşlanmayla beraber hücresel onarım mekanizmalarının daha az etkili olması da kanser riskini artırmaktadır (4).

Kanserin gelişimine yol açan çevresel ve genetik faktörlerin incelenmesi, kanser ile mücadelede büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar bazı malign neoplazmların etiyolojisinde spesifik maruziyetlerin nedensel rolünü göstermektedir (13). Kansere yol açan risk faktörlerinden

kaçınılarak ve mevcut kanıta dayalı kanser önleme stratejileri uygulanarak kanserlerin %30 ila %50'si önlenmektedir (4).

2.1.1. Kanser Risk Faktörleri

2.1.1.1. Tütün Kullanımı

Sigara tütünü, kanser için en önemli ve potansiyel olarak değiştirilebilir risk faktörüdür. Kanser ölümlerinin %30 kadarı, tütün kullanımı ile ilişkilidir. Sigara içerisinde iyi bilinen altmıştan fazla kanserojen bulunmaktadır. Bu kanserojenlerin bazıları ile sigaranın neden olduğu çeşitli kanser türleri arasında güçlü bağlantılar vardır (14,15).

Tütün kullanımı orofaringeal, gırtlak, burun, paranazal sinüs, akciğer, özefagus, mide, pankreas, hepatoselüler, safra, kolorektal, böbrek, üreter, mesane, rahim, serviks, over kanserleri ve lösemi ile ilişkilidir (15).

2.1.1.2. Beslenme ve Obezite

Diyet faktörlerinin kanser riskini artırabileceği veya azaltabileceği, diyet ve maligniteler arasında bir bağlantı arayışı kanser araştırmalarında uzun bir geçmişe sahiptir (16). Beslenmenin kanser oluşumuna etkisini inceleyen bir meta-analize göre yüksek miktarda kırmızı et ve işlenmiş et tüketimi, kolorektal, kolon ve rektum kanseri riskinde önemli artış ile ilişkilidir. Prospektif çalışmaların genel kanıtı, kolorektal kanserin önlenmesi için diyet tavsiyelerinden biri olarak kırmızı ve işlenmiş et tüketiminin sınırlandırılmasını desteklemektedir (17). Ayrıca, kanserden korunma esas olarak sağlıklı hücre replikasyonu ve doku bütünlüğünü destekleyen bir metabolik ortam sayesinde mümkündür. Bu metabolik ortamı sağlayan beslenme şekli bitkisel gıdalar (baklagiller, kepekli tahıllar, bakliyat, sebze ve meyveler), orta düzeyde et, balık ve süt ürünleri tüketmek; alkol ve tuzla korunmuş gıdalardan kaçınmak ve düzenli egzersizle desteklenen bir yaşam tarzı sayesinde kilo almayı önlemektir (18). Kilo alımının özofagus (adenokarsinom), pankreas, kolorektum, postmenopozal meme kanseri, endometrium ve böbrek kanseri riski ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (13).

2.1.1.3. Alkol Kullanımı

Dünyadaki kanserlerin yaklaşık %4'ü alkol tüketiminden kaynaklanmaktadır. Alkol kullanımı, üst solunum-sindirim sistemi, karaciğer,

kolorektum ve meme kanserleri dahil olmak üzere çeşitli kanser türlerinin riskini artırmaktadır (19).

2.1.1.4. Enfeksiyon Etkenleri

Bazı virüsler, bakteriler ve parazitler ile enfeksiyonlar, belirli kanserler için güçlü risk faktörleridir. Bu enfeksiyon etkenleri ve neden oldukları kanserler Tablo-1'de gösterilmiştir. Enfeksiyonların, dünya çapındaki tüm kanserlerin yaklaşık %16'sında rol oynadığı tahmin edilmektedir. Sosyoekonomik gelişme, enfeksiyona bağlı kanserlerde azalma ile ilişkilidir; ancak bu kanserlerin insidansını gecikmeden azaltmak için nüfusa dayalı aşılama, tarama ve tedavi programları erişilebilir ve kullanılabilir hale getirilmelidir (20,21).

Tablo-1: Enfeksiyon etkenleri ve ilişkili kanser türleri (21)

Enfeksiyöz ajan	İlişkili Kanser
Helicobacter pylori	Mide kanseri Mide lenfoması
Hepatit B Virüsü (HBV)	Karaciğer kanseri
Hepatit C Virüsü (HCV)	Karaciğer kanseri Non-Hodgkin lenfoma
Human Papilloma Virus (HPV)	Serviks kanseri Anogenital kanser Vulvovajinal karsinom Penis kanseri Orofarengeal kanser Larenks kanseri
Epstein-Barr Virüsü (EBV)	Hodgkin lenfoma Burkitt lenfoma Nazofarenks kanseri
Human Herpes Virus tip-8 (HHV tip-8)	Kaposi sarkomu
Human T-cell Lymphotropic Virus (HTLV)	Erişkin T hücreli lösemi ve lenfoma
Opisthorchis viverrini ve Clonorchis sinensis	Kolanjiokarsinom
Schistosoma haematobium	Mesane kanseri

2.1.1.5. Mesleki Riskler ve Hava Kirliliği

Yapılan bir çalışmaya göre mesleğe atfedilebilen kanser ölümleri %5,3 olarak bulunmuştur. Mezotelyoma, sinonazal, akciğer, nazofarenks, meme,

melanom dışı cilt kanseri, mesane, özofagus, yumuşak doku sarkomu, farenks ve mide kanserleri için mesleki atfedilebilir risk %2'nin üzerindedir. Asbest, vardiyalı çalışma, güneş radyasyonu, silika, dizel motor egzozu, kömür katranı ve ziftleri, dioksinler, çevresel tütün dumanı, radon, tetrakloroetilen ve arsenik gibi mesleki etkenler kanser riskine yol açmaktadır. Yüksek kanser oranlarına sahip meslekler arasında inşaat, metal işçiliği, madencilik, kara taşımacılığı, basım/yayıncılık, çiftçilik ve çeşitli imalat sektörleri bulunmaktadır (22). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), dış ortam hava kirliliğini akciğer kanseri açısından kanserojen olarak sınıflandırmıştır (23).

2.1.1.6. İyonize ve Non-iyonize Radyasyon

Yüksek gelirli ülkelerde, iyonize radyasyonun kanser sebepleri içerisindeki payı %3-5 civarındadır. Bu türden radyasyon maruziyetine bağlı olarak akut lenfositik lösemi, akut ve kronik miyeloid lösemi, meme, akciğer, kemik, beyin ve tiroid kanserleri oluşabilmektedir (13).

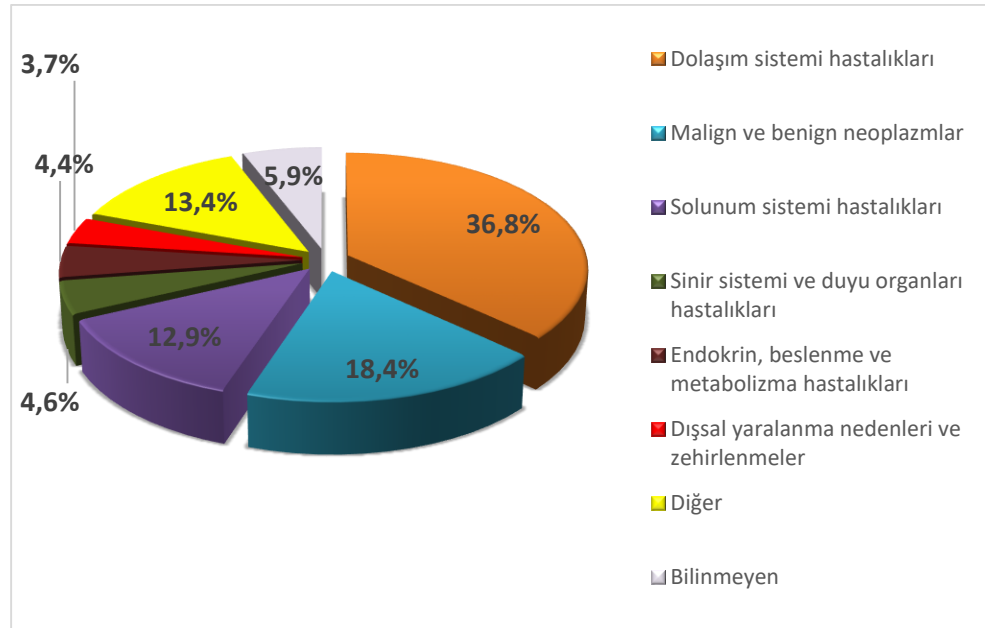
2.1.1.7. Genetik Faktörler

Tüm kanserler, DNA dizisinde meydana gelen bazı anormalliklerle oluşmaktadır. Kanserlerin %10-15'inin kalıtsal olduğu, geriye kalan %85-90'lık kısmının ise yaşam boyunca canlı hücrelerdeki DNA'nın, mutajenlere maruz kalması, hücre DNA'sındaki hafif progresif değişiklikler ve replikasyonda hatalar oluşması ile şekillendiği düşünülmektedir. Bazen oluşan bu mutasyonlardan biri, içinde bulunduğu hücrenin büyümesini ve bu hücreden türeyen bir kanser klonunun oluşmasını sağlar. Kanser multifaktöriyel olup, yukarıda da bahsedildiği üzere bakterilerden virüslere, radyasyondan kalıtıma, çevresel faktörlerden beslenme alışkanlığına ve kimyasallara kadar birçok etken kanser oluşumunda suçlanmaktadır. Kalıtım yoluyla kanser meydana gelme olasılığı çevresel faktörlere oranla çok daha azdır. Genlerin, bazı hastalıklara karşı yatkınlığa neden olup olmadıkları konusundaki araştırmalar halen devam etmektedir. Normalde tümör gelişimini önleyen tümör baskılayıcı genlerdeki bir bozukluğun, kalıtsal olarak aktarılması ve sigara gibi bir kanserojenin ilave katkısı ile bireyler kansere yatkın bir hale gelebilmektedirler. Meme ve over kanseri gibi bazı kanser türlerinde, kanserin kalıtsal geçişine

ait bazı genler tespit edilmiştir. Lösemiler ve bazı çocukluk çağı tümörleri (Wilms tümörü, retinoblastoma) kalıtsal özellik göstermektedir (24).

2.2. Kanser Epidemiyolojisi ve Kanser İstatistikleri

Kanser, dünya genelindeki ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Dünya çapında 2020 yılında yaklaşık 19,3 milyon yeni kanser vakası görülmüştür ve 10 milyon insanın ölümüne sebep olmuştur (1,25). Türkiye’de de dünyadakine benzer şekilde kansere bağlı ölümler, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Şekil-1’de TÜİK tarafından 2019 yılında gösterilen, nedenlere göre ölüm oranları mevcuttur. Ülkemizde 2019 yılında 435.941 ölüm görülürken bunların %18,4’ünü kanserler oluşturmaktadır (2).



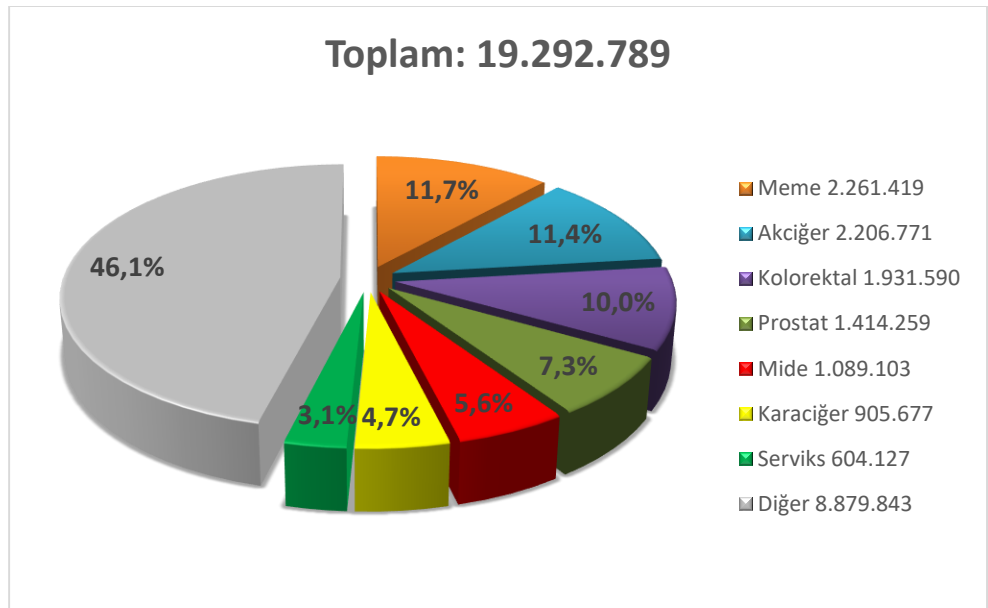
Şekil-1: TÜİK-Nedenlere göre ölüm oranı, 2019 (2)

2.2.1. Dünya’da Kanser Yükü

Dünya Sağlık Örgütü’nün bir alt kuruluşu olan Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC - The International Agency for Research on Cancer) tarafından küresel kanser yüküne ilişkin en son tahminler, Dünya

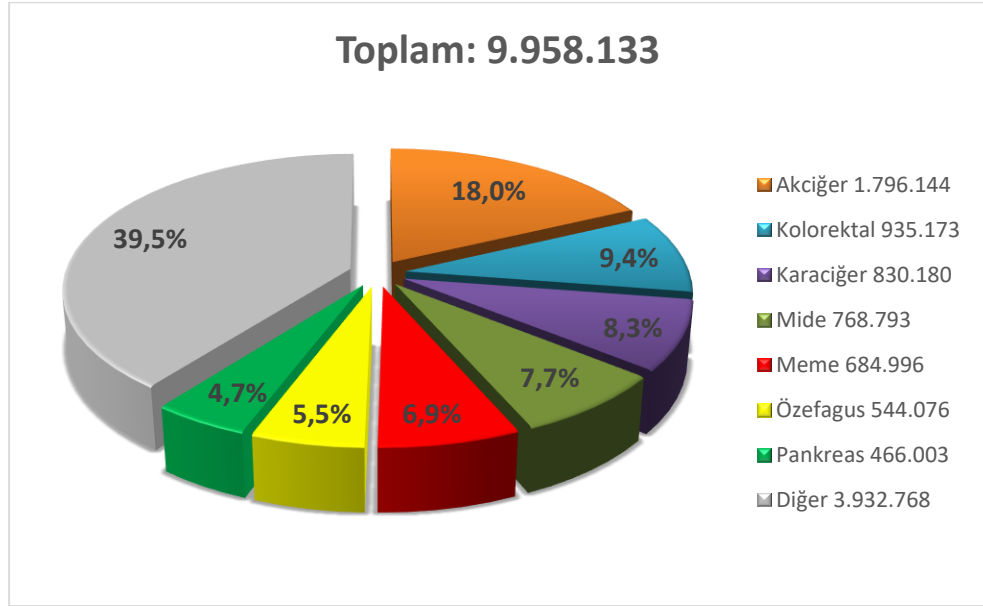
Kanser İstatistikleri 15 Aralık 2020'de yayınlanmıştır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından üretilen Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) veri tabanında, 185 ülkede 36 kanser türü ve 2020 yılı için birleştirilmiş tüm kanser türleri için kanser insidansı ve mortalite tahminlerine dayanarak dünya çapındaki kanser yükü incelenmiştir. Buradaki tahminler, COVID-19 pandemisinin etkilerini yansıtmamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin azalması, tarama programlarının askıya alınması da dahil olmak üzere, bireylerin endişeleriyle ilişkili tanı ve tedavideki gecikmeler sebebiyle COVID-19 pandemisinin etkisi şu anda net bilinmemektedir. Pandemi sebebiyle kanser insidansında kısa vadeli bir düşüş olması, ardından ileri evre tanılarda ve kanser mortalitesinde artış olması beklenmektedir (1,25).

Tahmini olarak 2020 yılında dünya çapında 19,3 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 10 milyon kanser ölümü meydana gelmiştir. Meme kanseri, en sık teşhis edilen kanser olarak akciğer kanserini geride bırakmış ve 2,3 milyon yeni meme kanseri vakası saptanmıştır (%11,7). Bunu akciğer (%11,4), kolorektal (%10,0), prostat (%7,3) ve mide (%5,6) kanserleri izlemektedir (1). Şekil-2'de dünya çapında her yaşta ve her iki cinsiyetteki yeni vaka sayıları ve oranları gösterilmiştir.



Şekil-2: 2020 yılında dünya çapındaki yeni vaka sayıları ve oranları (1)

Akciğer kanseri tahmini 1,8 milyon ölümlle (%18) kanser ölümünün önde gelen nedeni olmaya devam ederken, bunu kolorektal (%9,4), karaciğer (%8,3), mide (%7,7) ve meme (%6,9) kanserleri izlemektedir (1). Şekil-3'te dünya çapında her yaşta ve her iki cinsiyetteki kansere bağlı ölüm sayıları ve oranları gösterilmiştir.



Şekil-3: 2020 yılında dünya çapındaki kansere bağlı ölüm sayıları ve oranları (1)

Akciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanserdir ve kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir, bunu insidans açısından prostat ve kolorektal kanser; mortalite açısından ise karaciğer ve kolorektal kanser izlemektedir. Kadınlarda meme kanseri en sık teşhis edilen kanserdir ve kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir (1).

Kanser, dünyanın her ülkesinde önde gelen ölüm nedeni ve artan yaşam beklentisi için önemli bir engel olarak yer almaktadır. Kabaca söylenecek olursa her 5 erkek veya kadından biri kansere yakalanır ve 8 erkekten 1'i ve 11 kadından 1'i bu hastalıktan ölür. Genel olarak kanser insidansı ve mortalite yükü, nüfusun büyümesine ve yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak dünya çapında hızla artmaktadır. Ayrıca birçok kanser için,

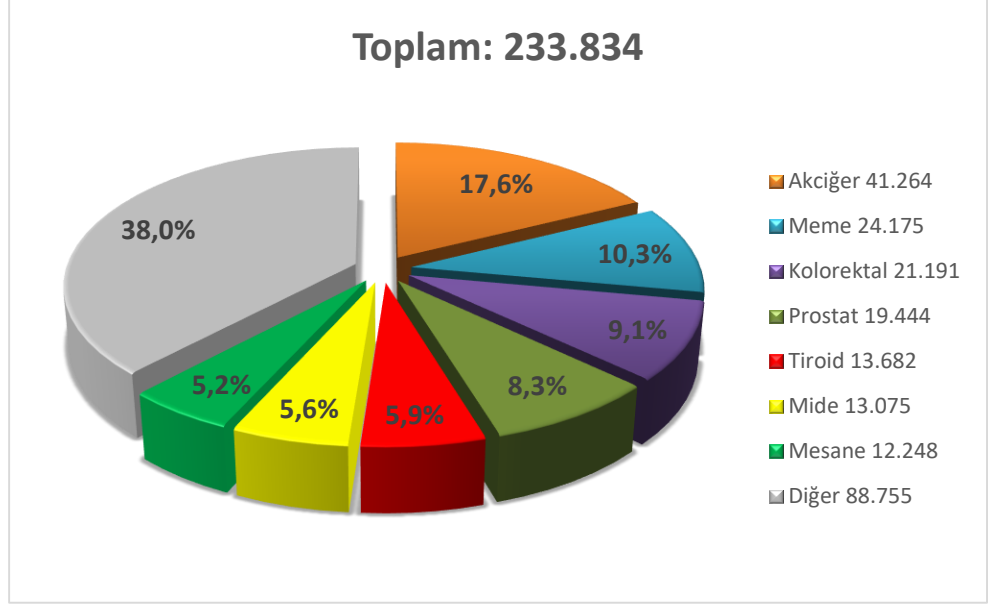
sosyoekonomik gelişmeler ile birlikte ana risk faktörlerine maruziyetin artması da etkindir (1,25).

Dünya çapında ulusal oranların sabit kaldığı varsayıldığında 2020 yılı için tahmin edilen 19,3 milyon yeni kanser vakasının, 2040 yılında %47'lik bir artışla 28,4 milyon yeni kanser vakasına çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu tahmin yalnızca nüfusun büyümesi ve yaşlanmasından kaynaklanmaktadır ve dünyanın birçok yerinde risk faktörlerinin artan prevalansı ile daha da kötü sonuçların olabileceği düşünülmektedir (1,25).

2.2.2. Türkiye'de Kanser Yüğü

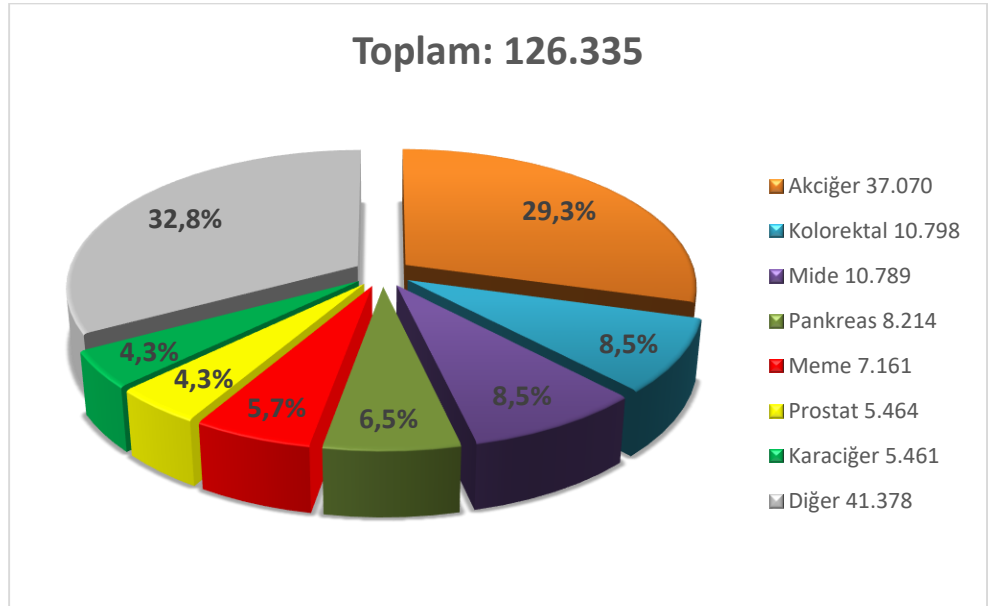
Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından üretilen GLOBOCAN veritabanında, 2020 yılı için birleştirilmiş tüm kanser türleri için kanser insidansı ve mortalite tahminlerine dayanarak Türkiye'deki kanser yüğü incelenmiştir.

Ülkemizin nüfusu artmaya devam etmektedir. Buna paralel olarak yıllık yeni tanı alan kanser hasta sayısı da artmaktadır. Tahmini olarak 2020 yılında Türkiye nüfusu 84339067 iken, 233834 yeni kanser vakası ve 126335 kanser ölümü meydana gelmiştir. Ülkemizde 2020 yılında en sık görülen ilk 5 kanser türü akciğer (%17,6), meme (%10,3), kolorektal (%9,1), prostat (%8,3) ve tiroid (%5,9) kanserleridir. Bu 5 kanser türü, tüm kanserlerin %50'den fazlasını oluşturmaktadır (1). Şekil-4'te Türkiye'de her yaşta ve her iki cinsiyetteki yeni vaka sayıları ve oranları gösterilmiştir.



Şekil-4: 2020 yılında Türkiye'deki yeni vaka sayıları ve oranları (1)

Akciğer kanseri tahmini 37070 ölümlle (%29,3) kanser ölümünün önde gelen nedeni olmaya devam ederken, bunu kolorektal (%8,5), mide (%8,5), pankreas (%6,5) ve meme (%5,7) kanserleri izlemektedir (1). Şekil-5'te Türkiye'de her yaşta ve her iki cinsiyetteki kansere bağlı ölüm sayıları ve oranları gösterilmiştir.



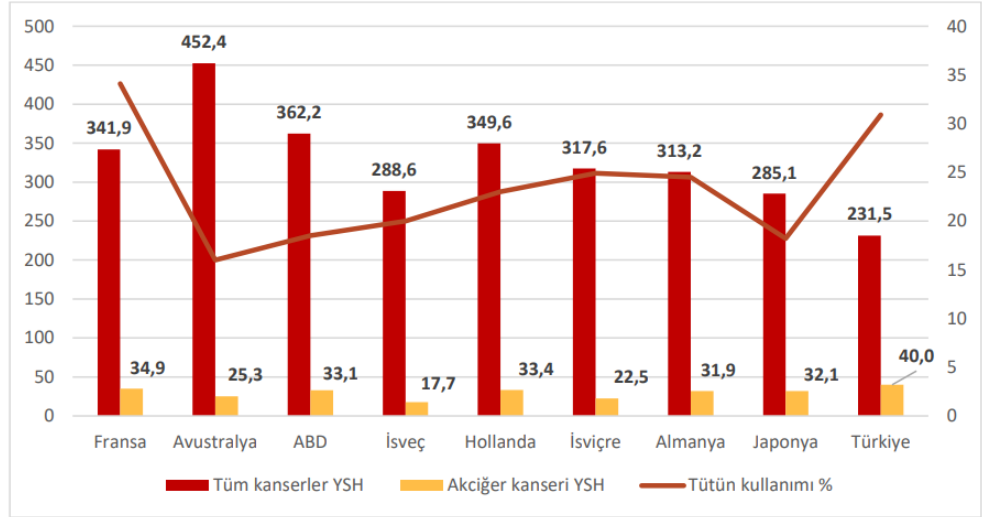
Şekil-5: 2020 yılında Türkiye'deki kansere bağlı ölüm sayıları ve oranları (1)

Akciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanserdir ve kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir. Bunu insidans açısından prostat ve kolorektal kanser, mortalite açısından mide ve kolorektal kanser izlemektedir. Kadınlarda ise meme kanseri en sık teşhis edilen kanserdir ve kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir. Bunu insidans açısından tiroid ve kolorektal kanser, mortalite açısından akciğer ve kolorektal kanser izlemektedir. Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türü dünyadaki insidans ile benzerlikler göstermektedir (1,13). Tablo-2’de bu durum karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir.

Tablo-2: IARC tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2020 verilerine göre erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türünün dağılımı (1)

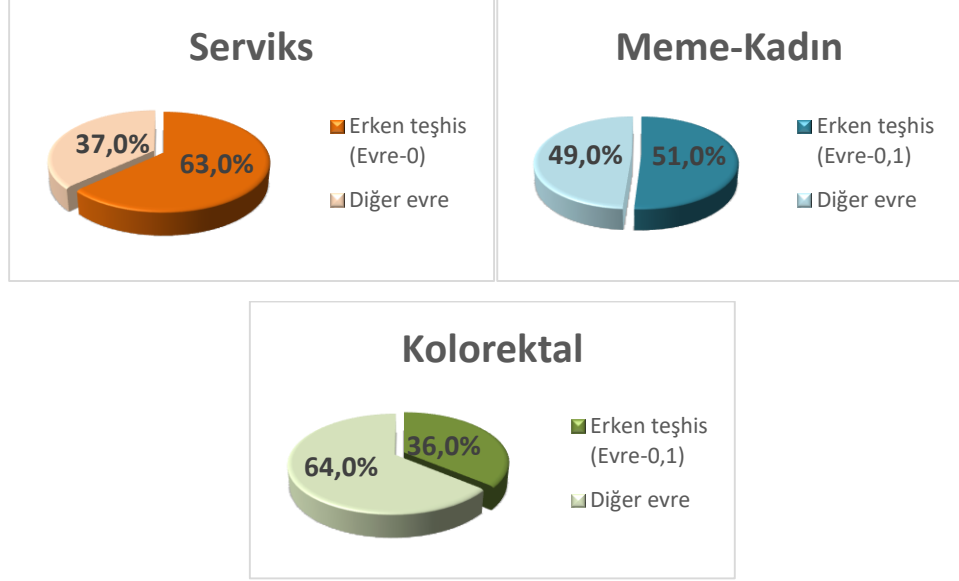
ERKEKLERDE			KADINLARDA		
Türkiye		Dünya	Türkiye		Dünya
1	Akciğer	Akciğer	1	Meme	Meme
2	Prostat	Prostat	2	Tiroid	Kolorektal
3	Kolorektal	Kolorektal	3	Kolorektal	Akciğer
4	Mesane	Mide	4	Akciğer	Uterus serviksi
5	Mide	Karaciğer	5	Uterus korusu	Tiroid

Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkeler ile karşılaştırıldığında, Türkiye’nin genel kanser insidansının daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir. Ancak, ülkemiz için özellikle erkeklerde ilk sırada yer alan akciğer kanseri insidansı ile diğer ülkelerin akciğer kanseri insidansları karşılaştırıldığında ülkemizde daha sık görüldüğü ortaya çıkmaktadır. Söz konusu ülkelere göre sigara kullanımının fazla olduğu ülkemizde bu gerçeğe paralel olarak akciğer kanserinin de daha sık oranda görüldüğü düşünülmektedir (13). Bu durum Şekil-6’daki grafikte gösterilmiştir.



Şekil-6: Bazı ülkelerde görülen tüm kanserler ve akciğer kanserinin yaşa standardize hızları(YSH) ve tütün kullanım yüzdeleri, GLOBOCAN 2020 (1,13)

Meme, serviks ve kolorektal kanserlerde olduğu gibi bazı kanser türlerinde uygun programlar yürütülerek erken teşhis ve tedavi mümkündür. Ülkemizde sürdürülen kanser tarama programları sayesinde meme, serviks ve kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğu lokalize veya bölgesel yayılım düzeyinde tespit edilebilmektedir. ABD Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından Kanser Kayıt Merkezlerinde kullanılmak üzere geliştirilen ve tıbbi kayıtlara dayanarak hastalığın yaygınlığını yorumlamada yol gösterici olan SEER (The Surveillance, Epidemiology and End-Results/ Sürveyans, Epidemiyoloji ve Nihai Sonuçlar) Özet Evreleme verileri incelenmiştir. Türkiye 2017 yılı mevcut verilerine göre; serviks kanserlerinin %63'ünün Evre 0, kadın meme kanserlerinin %51'inin Evre 0-1, kolorektal kanserlerin ise %36'sının Evre 0-1 olduğu görülmektedir. Şekil-7'de SEER Özet Evre dağılımı gösterilmiştir. Serviks kanseri tarama oranının diğerlerinden yüksek olması, bu türde görülen erken evre tespit oranının daha fazla olması şeklinde yorumlanabilmektedir (13).



Şekil-7: Tarama kanserlerinin SEER özet evre dağılımları (Türkiye birleşik veri tabanı, 2017) (13)

2.3. Kanserden Korunma

Yaşlı nüfus oranının artması, gelişen teknoloji ve çevresel kanserojenlerle temasın artışına bağlı olarak kanser sayısının artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir (26). Kanser yükünün hızlı artışı, dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri için bir kriz teşkil etmektedir. Gelecekte kaynakları bol olan ülkeler dahil olmak üzere birçok ülke için, tanı konacak çok sayıda kanser hastasının tümünün tedavisi ve bakımı için yeterli ödenekleri temin etmek önemli bir sorun olacaktır (5). Kanser hastalığından insanları korumak için hastalığın nedenlerinin tespit edilmesinin ve bu doğrultuda kanser hastalığına karşı alınacak tedbirlerin belirlenmesinin ülke geleceği için büyük önemi bulunmaktadır. Ayrıca hastalığının mevcut durumunun tespiti, geleceğe yönelik planlamalar yapılması açısından önem arz etmekte olup, geliştirilecek etkin önleme mekanizmalarıyla toplumda kanser görülme riskinin azaltılabileceği öngörülmektedir. Kanserle mücadelenin multidisipliner bir yaklaşım ile sürdürülmesi büyük öneme sahiptir (26).

2.3.1. Aile Hekimliği ve Koruma

Koruma, aile hekimliği disiplininin temel prensiplerinden birisidir. Aile hekimleri, hastanın yalnızca başvuru şikâyeti ya da akut problemi ile kendini sınırlamayıp, kişinin sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Bu Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından tanımlanan aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden 'kapsamlı yaklaşım' başlığı altında yer almaktadır. Aile hekimlerinin, sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken teşhisi için fırsatları vardır. Bu yüzden hastalar da sıklıkla aile hekimlerine, sağlıklı kalma ve hastalıklardan korunma konusunda danışmaktadırlar (27,28).

Koruma; birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma olarak dört başlık altında incelenmektedir. Tablo-3'te koruma yaklaşımları hakkında özet bilgiler verilmiştir. Aile hekimleri, her hastanın bu dört kategoriden nasıl yararlanabileceğini dikkate almaktadır (27–29).

Tablo-3: Koruma Yaklaşımı (27–29)

Koruma	Tanımı	Amacı
Birincil (Primer) Koruma	Hastalık ortaya çıkmadan önce alınacak önlemlerle toplum sağlığını korumaktır.	Hastalıklardan korumak
İkincil (Sekonder) Koruma	Hastalıklarda erken tanı ve erken tedavidir.	Erken tanı ile dönüşümsüz hasar oluşmadan hastalığı tedavi etmek
Üçüncül (Tersiyer) Koruma	Düzenli kontrollerle hastalıkların ilerlemesini, sakatlık ve komplikasyonları önlemek ve iyileştirmektir.	Hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmek
Dördüncül (Kuaterner) Koruma	Aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlamak, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemdir.	Tıbbi girişimlerden kaynaklanan zararları önlemek veya azaltmak

Birincil (Primer) koruma hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesidir. Aşılama ve tütün kullanımından kaynaklanan birçok hastalığı önleyen sigaranın bırakılması birincil korumaya örnektir. Birincil korumada genelde toplum için maliyet tasarrufu vardır. Yani sağlık ihtiyaçları için harcanandan daha fazla para tasarruf edilmektedir. Birincil koruma toplum çapında girişim gerektirir, ancak yararlar genelde halk tarafından bireysel bağlamda algılanmamaktadır. Kanserden korunmada birincil koruma, malign neoplazmların oluşumunda rol alan birçok risk faktöründen (UV radyasyonu, iyonlaştırıcı radyasyon, tütün ve alkol tüketimi, obezite, bazı virüs ve parazitler, bazı kimyasallara maruziyet vb.) korunmayı gerektirmektedir. Yapılan çok sayıda çalışmanın da gösterdiği gibi bu ajanlara maruziyetin azaltılması, hatta tamamen ortadan kaldırılması ile kanserlerin görülme sıklığını büyük oranda azaltmak mümkündür (13,27).

İkincil (Sekonder) koruma, bir hastalığın erken saptanması ve erken tedavi için asemptomatik bireylerin taranmasını içermektedir. Kansere şüphesi ile anamnez, fizik muayene ya da anormal tetkik sonuçları sonrası uygulanan tanısal testler kanser taramaları kapsamında değildir. Kansere taramaları, sadece asemptomatik kişilere uygulanmaktadır. Yaygın inancın aksine ikincil koruma sağlık ekonomisine katkı sağlamamaktadır; ancak morbidite ve mortaliteyi azaltabilmektedir. Kansere söz konusu olduğunda birçok malignitede erken evrede tanının prognozu olumlu etkilediği bilinmektedir. Tarama programlarının uygulanabilmesi için bazı şartları karşıyor olması gerekmektedir. Öncelikle, hasta ve sağlıklı bireyleri doğru şekilde tanımlayacak bir tarama testi olmalıdır. Diğer bir deyişle, hem duyarlılığı (sensitivite) hem de özgüllüğü (spesifite) yüksek olmalıdır. Yüksek duyarlılık önemli olmakla birlikte, tarama amacının mümkünse toplumdaki asemptomatik tüm kanser vakalarını saptamak olduğu düşünülürse, baskın rol oynayan özelliği özgüllüktür. Daha iyi test veya test kombinasyonları geliştirilerek ya da belirli bir testin pozitiflik kriterini değiştirilerek özgüllüğü arttırmak bu durumlarda bir çözümdür. Buna ek olarak, gerçek pozitiflerin sayısını artırmak için nispeten yüksek prevalanslı kanserler veya yüksek riskli gruplar seçilmelidir. Hangi yaş ve cinsiyet grupları üzerinde hangi kanser tarama programları uygulanırsa

uygulansın, kanser tarama programındaki testin güvenli, kolay ve hızlı bir şekilde uygulanabilir olması ve toplum tarafından genel anlamda kabul edilebilir olması gereklidir. Kanser tarama testinin ekonomik olması bir diğer gerekliliktir. Ancak, testin sağlık harcama maliyeti yerine, bir kanser vakasını veya mortaliteyi önlemenin farklı yolları maliyet etkinlik analizleri ile daha iyi değerlendirilmelidir (13,27).

Birincil ve ikincil koruma sayesinde kanseri önlemek için aşağıda yer alan "Kansere Karşı Avrupa Kodu" öneri listesi hazırlanmıştır (30). Buna göre kanser riskini azaltmada 12 etkili öneri şunlardır:

- 1.Sigara içmeyin. Tütün ürünlerinin hiçbirini kullanmayın.
- 2.Evinizde sigara içmeyin. İşyerinizde dumansız hava sahası politikalarını destekleyin.
- 3.Sağlıklı bir kiloda olmak için harekete geçin.
- 4.Günlük yaşamda fiziksel olarak aktif olun. Oturarak geçirdiğiniz zamanı sınırlandırın.
- 5.Sağlıklı beslenin:
 - Bol miktarda tahıl, bakliyat, sebze ve meyve tüketin.
 - Yüksek kalorili yiyecekleri (şeker veya yağ oranı yüksek yiyecekler) sınırlandırın, şekerli içeceklerden kaçının.
 - İşlenmiş et ürünlerinden uzak durun, kırmızı eti sınırlı tüketin, çok tuzlu yiyeceklerden uzak durun.
- 6.Eğer alkol kullanıyorsanız, kullanımınızı sınırlandırın. Kanserden korunmak için alkol kullanmamalısınız.
- 7.Özellikle çocukları aşırı güneşten uzak tutun. Güneş koruyucu krem kullanın. Solaryum kullanmayın.
- 8.İşyerinde sağlık ve güvenlik kurallarına uyarak kansere neden olan maddelerden kendinizi koruyun.
- 9.Evinizde yüksek radon seviyelerinden kaynaklı radyasyona maruz kalmadığınızdan emin olun. Yüksek radon seviyesini düşürmek için önlem alın.
- 10.Kadınlar için:

- Emzirmek annenin kanser riskini azaltmaktadır. Mükünse bebeğinizi emzirin.
- Hormon replasman tedavileri bazı kanserlerin riskini arttırmaktadır. Kullanımını sınırlandırın.

11.Çocuklarınızın aşılarını yaptırın:

- Hepatit B aşısı (yenidoğanlarda).
- HPV aşısı (kadınlarda).

12.Ulusal kanser tarama programları kapsamında taramalarınızı yaptırın:

- Kolon kanseri (erkeklerde ve kadınlarda).
- Meme kanseri (kadınlarda).
- Serviks kanseri (kadınlarda).

Kanser kontrolü için geliştirilecek kapsamlı politikalar ile kanserlerin büyük bir kısmı önlenabilmektedir. Kanserler önümüzdeki yüzyılda da insanoğlu için önde gelen ölüm sebepleri içerisinde yer alacaktır. Etkili terapötik yaklaşımlar geliştirmek için kamusal ve özel alanlarda önemli çabalar sarf edilmektedir. Özellikle sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde bilinen kanser nedenlerinin önlenmesi, kanserin sonuçlarını azaltmada en önemli yaklaşım olmaya devam etmektedir (13).

Üçüncül (Tersiyer) koruma bir hastalığın ortaya çıkmasından sonra, etkilenen bireyi daha sağlıklı hale getirmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için yapılan girişimleri içermektedir. Kanser açısından bakılacak olursa, kanserli kişilerin komplikasyonlarının azaltılması, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve fonksiyon kayıplarının rehabilite edilmesi üçüncül korumaya örnektir. Üçüncül koruma da sağlık harcamalarında ekonomik tasarruf sağlamamaktadır (27).

Dördüncül (Kuaterner) koruma tıp mesleğinin temelinde öğrenilen “Önce zarar verme” ilkesi ile hekimlerin iyatrojenik zararlardan kaçınmasını içermektedir. Aşırı medikalizasyon riskinde olan hasta ya da toplumu tanımlayarak, onlara etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemler ile bireyleri gereksiz tıbbi girişimlerden korumaktır.

Dördüncül koruma, bireyleri gereksiz tıbbi girişimlerden koruyarak sağlık harcamalarında ekonomik tasarruf sağlamaktadır (29).

2.3.2. Farkındalık Çalışmaları

Kanserden korunma stratejileri; birincil korumada risk faktörlerine maruziyetin azaltılmasını veya yok edilmesini, ikincil korumada ise erken tanı amaçlı kanser tarama çalışmalarının yürütülmesini içermektedir. Bu kapsamda risk faktörlerinin insan sağlığına etkisini azaltma ile birlikte, erken tanı ve tedavi çalışmalarının da etkin bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Bunun etkin olarak yapılabilmesi ise toplumda farkındalığın artırılması, bu sayede bireylerin sunulan hizmetleri kullanması ve korunma stratejilerini uygulaması ile mümkündür (13).

Kanser multifaktöriyel bir hastalıktır. Bireylerin, risk faktörlerini azaltmak amaçlı, sağlıklı yaşam tarzı davranışları kazanması zor olabilmektedir. Bu nedenle kanserde risk faktörlerini azaltma amaçlı birincil koruma çalışmaları sonuçlarını geç vermektedir. Birçok ülkede erken tanı amaçlı kanser tarama programları uygulanmaktadır (13).

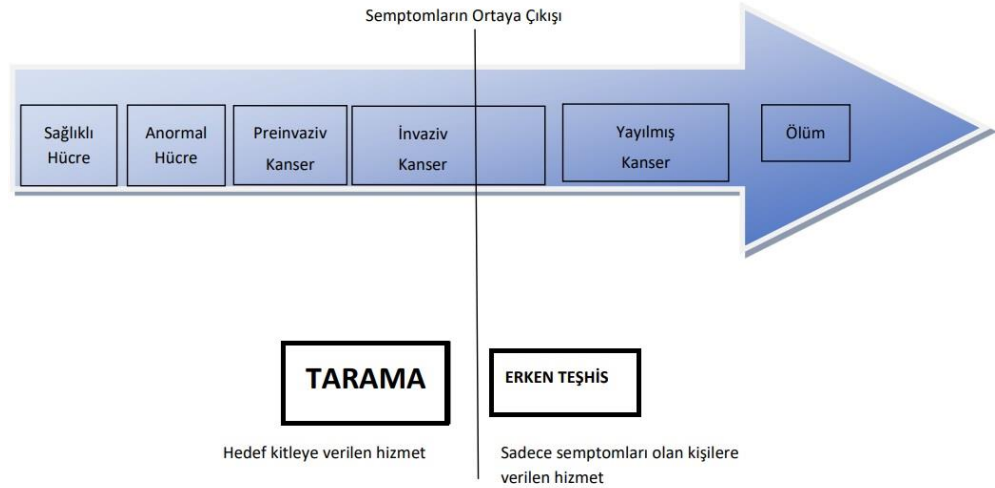
Kanser farkındalığı çalışmaları bireysel ve toplumsal faaliyetler kapsamında yürütülmektedir. Kanser farkındalığını artırmak için yapılan müdahale programlarının etkinliğine ilişkin verileri inceleyen bir derlemede Austoker ve arkadaşları, bireysel müdahalede kişiye özel verilen bilgilerin genel bilgilerden daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Toplumsal müdahalede ise, Amerika Birleşik Devletleri'nde meme kanseri farkındalık ayı süresince yapılan halk eğitim kampanyalarının, meme kanserinin erken teşhisine katkıda bulunduğunu saptamışlardır (31). Asya ülkelerinde kanser bilincini ve tarama oranlarını artırmaya yönelik medya müdahalelerinin etkisini inceleyen bir derleme, medya müdahalelerinin özellikle serviks kanseri taraması olmak üzere taramaya katılımı artırdığını göstermiştir (32). Kore'de, meme kanseri farkındalığı oluşturmaya ve meme kanseri taramasını teşvik etmeye yönelik toplum tabanlı bir müdahale sonucunda; meme kanseri ve taramaları hakkında yanlış düşüncelerde azalma, mamografi yaptıрма niyetinde ise artış olmuştur (33). İngiltere'de 14 makalenin incelendiği bir derlemede, kadınlarda kendi kendine meme muayenesi yapma durumunun ve meme kanseri taramalarına

katılma olasılığının, meme kanseri farkındalık müdahaleleri ile arttığı bulunmuştur (34).

Sonuç olarak toplumun düşük kanser farkındalığı (kansere semptomları, kanser gelişme riski, risk faktörleri, tedavinin etkinliği veya erken teşhis stratejilerinin etkinliği hakkında bilgi veya inançları) geç tanı için bir risk faktörüdür (6). Bu yüzden kanser konusunda toplumda farkındalık sağlanması, toplum bilincinin geliştirilmesi ve kanser tarama programları, kanserle mücadelede en etkili yöntemlerin başında gelmektedir (3).

2.3.3. Kanser Taramaları

Tarama, hastalıkların kontrolü amacıyla asemptomatik bireylerin muayene edilmesi veya incelenmesidir. Sağlık taramaları ise hastalıkların erken evrede tanınması, buna bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla sağlıklı bireylere belirlenen düzenli aralıklarla tekrarlanan kılavuzlardır. Halk sağlığı uygulamaları açısından herhangi bir semptomu olmayan, ancak hastalık açısından riskleri olan bireylerin, erken tanı ve tedavisi amacıyla muayene edilmesi ve incelenmesi yaygın bir uygulamadır. Şekil-8'de kanser evreleri ve tarama zamanı gösterilmiştir. Tarama testlerindeki amaç tanı koymak değildir. Amaç hastalık açısından şüphelileri bulmak, daha sonra ileri tetkiklerle kesin tanıya varılmasını sağlamaktır. Tarama programları ile yakalanan hastalığı taşıyan kişilerin hem tedavisi daha kolaydır, hem de tedavi maliyetleri daha düşüktür (13).



Şekil-8: Kanser evreleri ve tarama zamanı şeması (13,35)

Toplumlarda hastalık taramasının yol gösterici ilkeleri ilk kez 1968 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün isteği üzerine Wilson ve Jungner tarafından önerilmiştir (36). Wilson-Jungner kriterleri, hastalıkların taranması için aşağıdaki 10 özelliğe sahip olması gerektiğini bildirmiştir:

1. Tarama durumu önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Hastalık teşhisi konan hastalar için hastalığın tedavisi olmalıdır.
3. Hastalığı teşhis ve tedavi edecek tesisler mevcut olmalıdır.
4. Tanınabilir bir latent veya erken semptomatik evre olmalıdır.
5. Uygun bir test veya muayene mevcut olmalıdır.
6. Test toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
7. Durumun doğal geçmişi yeterince anlaşılmalıdır.
8. Hasta olarak kimin tedavi edileceği konusunda politikada anlaşma olmalıdır.
9. Tarama, teşhis ve tedavi maliyetleri, sağlık harcamalarının toplam maliyeti içinde ekonomik olarak dengelenmelidir.
10. Taramada, tarama yöntemlerinde, sonuçlarda iyileştirmeye izin vermek için sürekli bir çaba olmalıdır.

Tüm kanser tarama önerileri bu yol gösterici ilkelerin her birini karşılamamaktadır. Geçmişten günümüze, erken veya öncü lezyonların

tanımlanması ile aşırı tedaviye yol açabilecek aşırı tanıdan kaçınma arasında bir denge olmuştur (37).

Tarama programlarının faydası, araştırılan etkenin neden olduğu sorunlarla mücadeleye yönelik etkin önlemlerin varlığına bağlıdır. Hastalığa bağlı zarar engellenemeyecek veya azaltılamayacaksa toplumun taranması fayda sağlamayacaktır. Tarama programlarının yararlı olması, toplum tarafından kabul görmesine ve katılımının yüksek olmasına bağlıdır. Toplum katılımını sağlanması ise hastalığın sağlığa zararının halk tarafından bilinmesi ve her bireyin bu hastalığa yakalanabileceği ihtimalinin varlığını kabul etmesi ile mümkündür. Bireylerde, hastalık tespit edildikten sonra alınacak önlemler sayesinde, hastalık sürecinin olumlu etkileneceğine dair inancın varlığı da gereklidir. Öte yandan oluşturulan tarama programının hedef gruba uygun ve maliyet etkin olması da programın başarısı için çok önemlidir (13).

Tarama testi ile söz konusu kanserin mortalitesini önemli ölçüde azaltmak için, taranacak olan hedef popülasyonun %70'inden fazlasının katılımı gereklidir. Çünkü hedef popülasyondan daha az katılım olursa kurtarılan yaşam yılı başına maliyet artar. Bir tarama programının maliyeti, tespit edilen vaka sayısına ve tarama yapılmaması durumunda ortaya çıkacak sonuçlara göre dengelenmek zorundadır. Tarama programları, ilk tarama sürecini, taramada saptanan anormalliklerin değerlendirilmesini ve açıkça tanımlanmış tedavi yollarını içermelidir. Ölümlerin azaltılmasına yönelik hedeflere ulaşılmasını ve tarama sürecinin her aşamasında kalite güvencesinin olmasını sağlamak için standartlar belirlenmelidir. Tarama ile ilgili, tüm sağlık profesyonellerinin katılımı zorunlu tutularak düzenli eğitim programları yapılmalıdır. Program sonuçları ile performansın düzenli olarak denetlenmesi ve gözden geçirilmesi gereklidir (38).

Kanserin her tipinin değişik etiyolojisi, risk faktörü, tanı ve tedavi yöntemi vardır. Bu yüzden erken tanı ve tarama programları da kanser tiplerine göre değişmektedir. Meme, serviks, kolon, prostat gibi bazı kanserler için erken tanı amacıyla tarama önerilirken; tiroid, pankreas, mesane gibi bazı kanser tipleri için önerilmemektedir. Kanser taramaları altyapı, ek kaynak ve koordinasyon isteyen komplike bir halk sağlığı stratejisidir. Taramalar etkin bir

şekilde planlanarak ve uygun şekilde finanse edilerek uygulandığında; kanserden kaynaklanan ölümleri azaltabilmektedir ve bazı kanser türlerinde kanser gelişme riskini de azaltabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü meme, serviks ve kolorektal kanserlerde, kanser vakalarının erken evrelerde saptanmasına yönelik toplum tabanlı tarama programları önermektedir. Ancak bu çalışmaların bütüncül bir kanser kontrol programının bir parçası olması gerektiğini belirtmektedir (35).

2.3.3.1. Dünya’da Kanser Taramaları

Birçok ülke tarafından kanser tarama testleri ulusal sağlık hizmetleri kapsamında yapılmaktadır. Yapılan kanser taramalarına örnek olarak serviks, meme, kolorektal, prostat, deri ve akciğer kanserleri verilebilir. Kanser taramasına ilişkin öneriler ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği gibi, önerilerde bulunan kuruluşa bağlı olarak ülkeler içinde de değişiklikler gösterebilmektedir. Ebell ve arkadaşları, sağlık hizmetlerine kişi başına en yüksek harcamayı yapan 21 ülkenin kanser tarama önerilerini özetleyen bir çalışma yapmıştır (39). Buna göre; meme kanseri taraması önerileri genellikle ülkeler arasında tutarlıdır ve en yaygın olarak 50 ila 69 veya 70 yaşları arasında iki yılda bir mamografi önerilmektedir. Çalışmada geçen tüm ülkeler serviks kanseri taramasını da önermektedir. Yapılan test (HPV-DNA, sitoloji veya her ikisi), başlama yaşı ve tarama aralığı ile ilgili ülkeler arasında bazı farklar mevcuttur. Çoğu ülke, serviks kanseri için taramaya başlama yaşınının 18 ile 29 arasında ve sonlandırma yaşınının ise 60 ile 70 arasında olmasını önermektedir. Ülkeler serviks kanseri için en yaygın olarak 3 ila 5 yıllık bir tarama aralığı önermektedir. Çoğu ülke, gaitada gizli kan testi kullanılarak kolorektal kanser taramasını da önermektedir. Çalışmadaki 21 ülkeden sadece 4 tanesi kolonoskopi ile kolorektal kanser taraması önermektedir. Sadece yedi ülke prostat kanseri için genel veya seçici taramayı önermektedir. Akciğer ve cilt kanseri taraması ise sadece birkaç ülke tarafından tavsiye edilmektedir (39).

2.3.3.2. Türkiye’de Kanser Taramaları

Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği üç kanser türünde tarama yapılmaktadır. Bunlar meme kanseri, serviks kanseri ve kolon kanseri taramalarıdır. Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında; 20

yaşından sonra ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM), 20-40 yaş arasında 2 yılda bir klinik meme muayenesi, 40-69 yaş arasında ise yılda bir klinik meme muayenesi ve 2 yılda bir mamografi ile kanser taraması yapılması önerilmektedir. Kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında; 30-65 yaş arasında 5 yılda bir pap-smear ve HPV-DNA testi ile tarama yapılması önerilmektedir. Kolorektal kanser taramaları kapsamında; 50-70 yaş arasındaki erkek ve kadınlara 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi ile tarama yapılması önerilmektedir (3).

Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yapılmaktadır. KETEM'ler meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütmektedir. Ülkemizde her şehirde en az bir tane KETEM bulunmaktadır. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında eğitim almış doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görevlendirilmiştir. Çalışanlar aynı zamanda kişilerarası iletişim ve sağlık eğitmenliği konularında da eğitilmiştir (40).

Kanser taramalarında aile hekimleri de etkin görev almaktadır. Çünkü aile hekimi hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanıyan, aynı zamanda ailedeki bütün bireylerin sağlık durumlarını, yaşam koşullarını en iyi bilen kişidir. Dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarını ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl uygulayacağını iyi bilmektedir. Aile hekimi kendi sorumluluğu altındaki bireyleri sadece hastalık çerçevesinde değil; çevresel riskler, yaşadığı ortamın sağlık koşulları, psikososyal özellikleri ile birlikte bir bütün olarak değerlendirmektedir. Ek olarak diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte, kişinin sağlık sürecinde yaşam boyu aktif rol oynamaktadır. Sunduğu sağlık hizmetinin kişi merkezli olması, hizmetin sürekliliği, aile ve topluma yönelik olma özellikleri ile aile hekimi toplumda bireye ve aileye en yakın kişidir. Aile hekimi güvene dayalı bir iletişim kurarak sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele almaktadır. Kanser taramalarının toplumsal tabanlı olması için en önemli kriter hedef nüfusun %70'ine ulaşan bir programın yürütülmesidir. Hedef nüfusa ulaşabilmenin yolu ise aile hekimlerinin programa entegrasyonunun sağlanmasıyla olur. Aile hekimleri kanser tarama

programlarının topluma anlatılmasında, kanser tarama testlerine uygun yaş ve cinsiyetteki bireyleri birebir tarama programlarına davet ederek katılımın artırılmasında ve kanser tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde anahtar göreve sahiptir (40).

2.4. COVID-19 Pandemisi ve Kanser

COVID-19 pandemisi ilk defa Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde, 31 Aralık 2019'da etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarının bildirilmesinin ardından hızla yayılması ve etkenin daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs olarak tanımlanması ile başlamıştır. Hastalığın adı COVID-19 olarak kabul edilmiş, virüs ise SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 salgınını 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan etmiştir (7).

Ülkemizde de ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de görülmüştür. İlk vakanın tespit edilmesinden bu yana geçen süreçte ülkemizin salgın ile ilgili temel stratejisi, halk sağlığı önlemleri sayesinde vaka görülme hızının düşürülmesi ve salgın eğrisindeki yükselişin yavaşlatılması ile sağlık hizmetine olabilecek yoğun talebin önüne geçmek olmuştur (7).

Koronavirüs kaynaklı pandemi, dünya çapında sağlık sistemleri üzerinde büyük baskı yaratmıştır. Kaynakların pandemiyi yönetmek için yeniden düzenlenmesi nedeniyle, SARS-CoV-2 enfeksiyon risklerini azaltma ve ayrıca sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azaltma çabalarının bir parçası olarak, kanser taraması gibi acil olmadığı düşünülen hizmet sunumları azaltılmış veya durdurulmuştur (8). Galler hükümeti ve İskoç hükümeti Mart 2020'de serviks ve kolon kanseri için tarama programlarını askıya almıştır. Kuzey İrlanda hükümeti Nisan ayında bunu takip etmiştir. ABD taramayı düşük öncelikli bir hizmet olarak sınıflandırmış ve sağlık kuruluşlarının taramaları ertelemeyi düşünmelerini önermiştir (9).

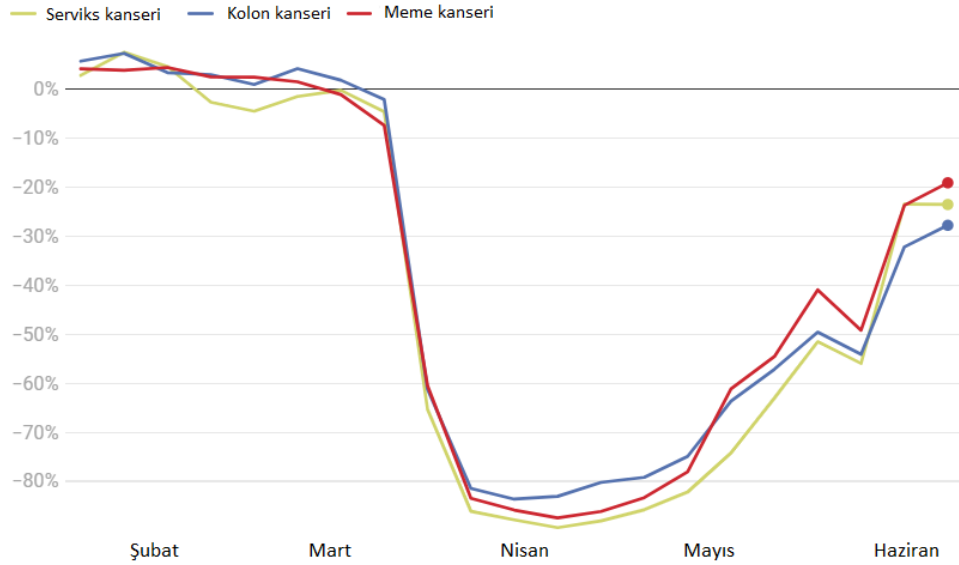
Sağlık tesislerinde acil olmayan etkileşimleri önlemek için alınan önlemler, toplumdaki bulaşmanın akut aşamasında DSÖ tarafından da onaylanmıştır. Farklı profesyonel tıp dernekleri ve gönüllü kuruluşlar da kanser

taramasını beklemeye almayı tavsiye etmiştir. Ek olarak, taramaya uygun bireyler de enfeksiyona yakalanma korkusu nedeniyle sağlık kuruluşlarına gitmekte tereddüt etmişlerdir. Birçok ülke, COVID-19 nedenli acil sağlık durumunun ilan edilmesi sonrası kanserle ilgili tarama, teşhis ve tedavi faaliyetlerinde %90'dan fazla azalma bildirmiştir. İskoçya, COVID-19 vakalarının artması sırasında birinci basamak hekimleri tarafından kanser şüphesi olan hastaların acil sevklerinde %70'lik bir azalma bildirmiştir ve sevklerdeki bu önemli düşüşün kanser tespitini önemli ölçüde geciktireceği tahmin edilmektedir. DSÖ tarafından Mayıs 2020'de 155 ülkede yürütülen bir anket, hemen hemen tüm ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalık kontrol hizmetlerinde (kanser taramaları dâhil) büyük kesintiler olduğunu bildirmekte, aynı zamanda bu tür faaliyetleri yeniden başlatmanın zorluklarını da vurgulamaktadır. Ülkeler kısıtlamaları hafifletirken ve acil olmayan sağlık hizmetlerini yeniden uygulamaya başlarken, kanser taraması ve yönetimini tekrar rayına oturtmakta zorluklarla karşılaşmaya devam edecektir. Sonuç olarak yakın gelecekte, kanserden ve COVID-19 ile ilgili olmayan diğer hastalıklardan kaynaklı ölümlerin sayısında önemli bir artış olacağı tahmin edilmektedir (8).

Amerika'da Patt ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada pandeminin kanser taraması, kanser yönetimi ziyaretleri ve kanser ameliyatlarında önemli düşüslere neden olduğu bulunmuştur. ABD genelinde COVID-19 pandemisi ile ilişkili evde kalma emirleri, hastaların kişisel bakıma erişimini sınırlamış ve buna bağlı olarak hastaların kanser tedavisi alma durumunu etkilemiştir. Erişimin azalması, kanser bakımı sunumunda önemli kısa vadeli kesintilere sebep olmuştur. İstenmeyen bir sonuç olarak bu dönemde kanser taramalarını ve ameliyatları kaçırarak hastalar için uzun vadede morbidite ve mortalite üzerine çeşitli etkileri olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada 2020 Mart-Temmuz dönemi ile 2019 Mart-Temmuz dönemindeki meme, kolon, akciğer ve prostat kanseri tarama sayıları karşılaştırılmıştır. Bütün aylarda pandemi döneminde tarama sayıları düşerken en büyük düşüş salgının pik yaptığı Nisan ayında görülmüştür. Nisan 2020'de mamografi sayıları önceki döneme (2019 Nisan) göre %85, kolon kanseri

taraması ise %75 azalmıştır. Akciğer ve prostat kanseri taramaları da sırasıyla %74 ve %56 azalmıştır (10). İngiltere’de, COVID-19 pandemisi sebebiyle kanser tanısı koymadaki gecikmelerin, kanser sağkalım sonuçları üzerindeki etkisini tahmin eden bir çalışma, yakın zamanda tanı ve tedavideki gecikmelerin sonucu olarak meme kanseri ve kolorektal kanserden ölümlerin 5 yıl sonra sırasıyla %9,6 ve %16,6 kadar artırabileceğini öngörmüştür (11).

ABD’deki 28 eyalette ve 9,8 milyon hastayı kapsayan 306 hastaneyi temsil eden 60 sağlık kuruluşundan toplanan veriler ile Time dergisinde yayınlanan bir araştırma, pandeminin 2020 Mart ve Nisan aylarında yeni kanserleri yakalayabilecek rutin tarama randevularında yaklaşık %80’lik bir düşüşe yol açtığını göstermiştir (41). Şekil-9’da COVID-19 sürecinde, 2020 Şubat ve Haziran ayları arasında kanser taramalarındaki yüzdelerdeki değişim gösterilmiştir. Çizgiler kanser taramalarının, pandemiden önceki üç yılın ortalamasına göre nasıl değiştiğini göstermektedir.



Şekil-9: COVID-19 sırasında kanser taramalarındaki yüzdelerdeki değişim (41)

Düşük ve orta gelirli 17 ülkede COVID -19 pandemisinin kanser tarama programları üzerindeki etkisini inceleyen kesitsel bir araştırmada, neredeyse tüm ülkelerin karantina kısıtlamaları, sağlık bakımı önceliklerindeki değişiklikler ve hasta ziyaretlerinin azalması nedeniyle kanser taramasını en

az bir ay süreyle askıya aldığı görülmüştür. Yeniden açıldıktan sonra ise kanser hizmetleri genellikle önemli ölçüde azaltılmış kapasitelerde çalışmıştır. Bu durum karantina sonrasında kanser bakımının sürekliliğini sağlamak için yüksek düzeyde koordineli yeniden başlatma çabalarına ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Pandemi kaynaklı sağlık krizinin, çoğu düşük ve orta gelirli ülkede sağlık sistemlerini zayıflatarak, önceliklerin bulaşıcı hastalık kontrolüne geri dönmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Bunun kanser taraması da dahil olmak üzere kanser önleme müdahaleleri üzerinde uzun vadeli bir etkisi olması muhtemeldir ve bunun da onkoloji bakımındaki mevcut eşitsizlikleri büyüteceği düşünülmektedir (42).

Ülkemizde bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılan çalışma sonucunda pandemi döneminde tarama programlarının hepsinde belirgin olarak azalma olduğu belirlenmiştir. Kanser taramaları %87,3 azalmıştır. Kanser taramaları ayrı ayrı ele alındığında en büyük azalmanın %92,3 ile servikal kanser taramalarında olduğu görülmektedir. Kolon kanseri taraması %60, meme kanseri taraması %78,5 azalmıştır. Pandemi döneminde muayene hizmetlerinin de %53,5 azaldığı hesaba katıldığında, tarama hizmetlerindeki azalmanın hastaların acil olmayan sağlık ihtiyaçlarını ertelemesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir (12).

Kriz durumu devam ederken kanser tarama faaliyetlerine yeniden başlamak, topluma daha aktif bir şekilde ulaşmak, görünüşte sağlıklı bireylerin rutin sağlık hizmetlerine dönme endişelerini hafifletmek ve klinik hizmetleri yeniden organize ederek birikmeleri en aza indirmek için iyi bir koordinasyon gerekmektedir. COVID-19 ile ilişkili bilgi kirliliği, kanser tarama hizmetleri üzerinde birçok yanlış anlaşılmaya neden olmuştur. Örnek anketler veya nitel araştırmalar yoluyla taramaya uygun bireylerin endişelerini anlamak önemlidir. (8). Çalışmamız COVID-19 pandemisi öncesinde ve COVID-19 pandemisi sürecinde, kanser taraması için uygun yaş grubunda olan bireylerin kanser tarama hizmetlerinden yararlanma durumlarını ve bunu etkileyen faktörleri incelemektedir. COVID-19 pandemisi öncesinde ve COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptıran ve yaptırmayan bireyleri karşılaştırarak hizmette aksamaya yönelik problemi saptamak önemlidir. Çünkü pandemi

süreci sonrası rutin sağlık hizmet sunumu başlayacaktır ve bu gibi çalışmalar ile pandeminin yarattığı problemin tanımlanması sayesinde kanser tarama programı stratejilerinin yeniden yapılandırılması önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu ve Verileri

3.1.1. Çalışma Grubu

Bursa iline bağlı 8 aile sağlığı merkezi birimine 2022 yılı Şubat, Mart ve Nisan aylarında başvuran, ulusal kanser taramaları için uygun yaşı ve cinsiyet özelliklerini sağlayan (30-70 yaşı arası kadınlar, 50-70 yaşı arası erkekler) kesin kayıtlı bireyler dahil edilmiştir. Bu 8 aile sağlığı merkezi birimi, Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi sürecinde olan, aktif olarak Bursa'daki ASM'lerde aile hekimi statüsünde çalışan asistan doktorların birimlerinden seçilmiştir.

3.1.2. Çalışma Verileri

Bilgilendirme sonrasında çalışmaya katılan bireylere başlıca 2 bölümden ve 44 sorudan oluşan anket yüz yüze olacak şekilde uygulanmıştır.

3.2. Örneklem Seçimi

Hedef örneklem grubu 330 kişidir.

3.3. Çalışmanın Genel Planı ve Dâhil Edilme Kriterleri

3.3.1. Çalışmanın Genel Planı

Bursa iline bağlı 9 adet aile sağlığı merkezi birimine başvuran bireylere anket uygulanması amacıyla Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından ve Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığından gerekli izinler alınmıştır (Ek-1). Çalışma COVID-19 pandemisi ile ilgili bilgiler içerdiği için Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonundan da gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen ASM'ler:

- Bursa Uludağ Üniversitesi Nilüfer 36 No'lu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi 134-135-136 No'lu Birimler,
- Bursa Yıldırım 19 No'lu Duaçınarı Aile Sağlığı Merkezi 104 No'lu Birim,
- Bursa Osmangazi 56 No'lu Yunuseli Aile Sağlığı Merkezi 16.01.241 No'lu Birim,
- Bursa Nilüfer 10 No'lu Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi 16.03.132 No'lu Birim,
- Bursa Yıldırım 48 No'lu Erikli Aile Sağlığı Merkezi 16.02.191 No'lu Birim,
- Bursa Yıldırım 42 No'lu Şirinevler Şifa Aile Sağlığı Merkezi 177 No'lu Birim,
- Bursa Nilüfer 34 No'lu 23 Nisan Aile Sağlığı Merkezi 16.03.127 No'lu Birim olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın başlangıç aşamasında, Bursa Yıldırım 42 No'lu Şirinevler Şifa Aile Sağlığı Merkezi 177 No'lu Birimi, doktorunun aktif olarak görev yapamaması sebebi ile çalışma dışı bırakılmış ve toplam 8 birimde anketler uygulanmıştır. Gerekli ön bilgilendirmenin yapılmasını takiben çalışma kriterlerine uygun, gönüllü olarak cevaplamayı kabul eden bireylere 2 bölümden ve 44 sorudan oluşan anket (Ek-2) ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-3) uygulanmıştır. İlk bölümde katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri, sağlıklı yaşam davranışları ve kanser taramaları ile ilgili sorular; ikinci bölümde ise 15 sorudan oluşan Sağlık Algısı Ölçeği bulunmaktadır.

3.3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 1) Belirlenen aile sağlığı merkezi birimlerinde kesin kayıtlı hasta olmak
- 2) Ulusal kanser taramaları için uygun yaş ve cinsiyet özelliklerini sağlamak (30-70 yaş arası kadınlar, 50-70 yaş arası erkekler).
- 3) Anketi kendi iradesi ile cevaplamayı kabul etmek
- 4) Anketi eksiksiz cevaplamak

3.4. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.01.2022 tarih ve 2022-2/19 sayılı kararı ile onaylanmıştır (Ek-1).

3.5. İstatistiksel Analiz

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma veya medyan(minimum- maksimum); nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Bağımsız iki grup karşılaştırmalarında normal dağılım gösteren veri için t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher'in Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 28.0 (IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

3.6. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

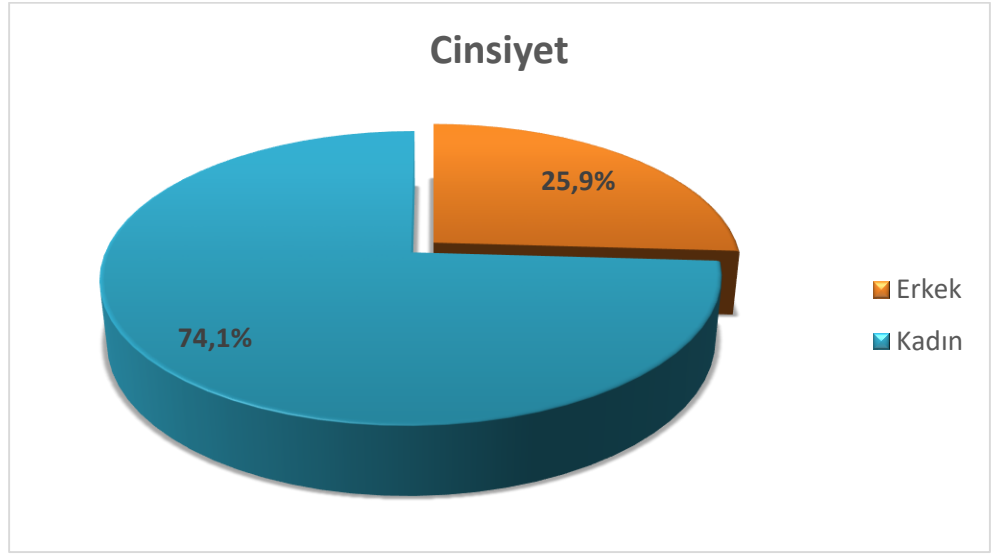
Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) Diamond ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kadioğlu ve ark. tarafından yapılmıştır. SAÖ 15 maddeden oluşan ve "Kontrol merkezi", "Öz farkındalık", "Kesinlik" ve "Sağlığın önemi" başlıklı dört alt faktörü bulunan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum; 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler "çok katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters

puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'tir. Ölçeğın alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82'dir (43,44).

4. BULGULAR

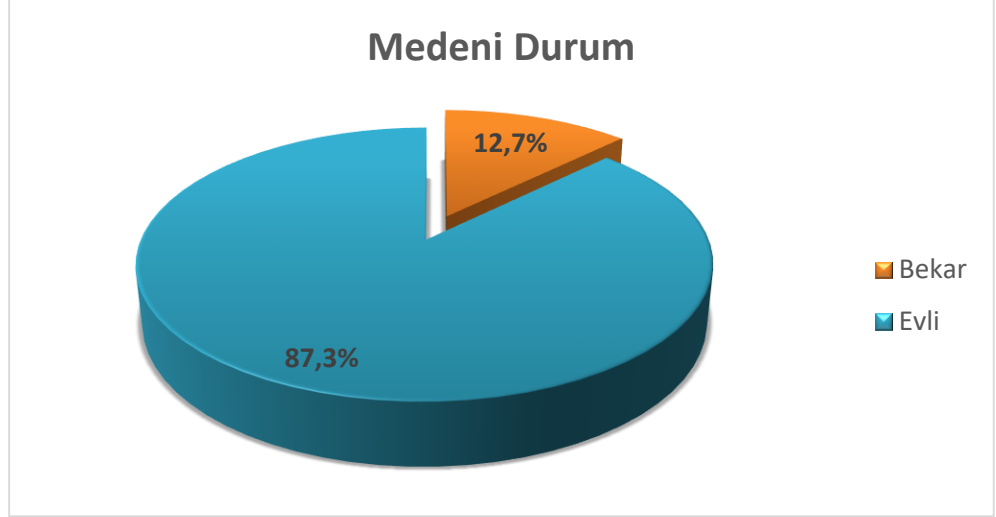
4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Genel Özellikleri

Çalışmamıza 240 (%74,1) kadın, 84 (%25,9) erkek olmak üzere toplamda 324 kişi katılmıştır (Şekil-10).



Şekil-10: Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre dağılımı

Araştırmaya dâhil edilen kişilerin 283'ü (%87,3) evli, 41'i (%12,7) ise bekâr olduklarını beyan etmiştir (Şekil-11).

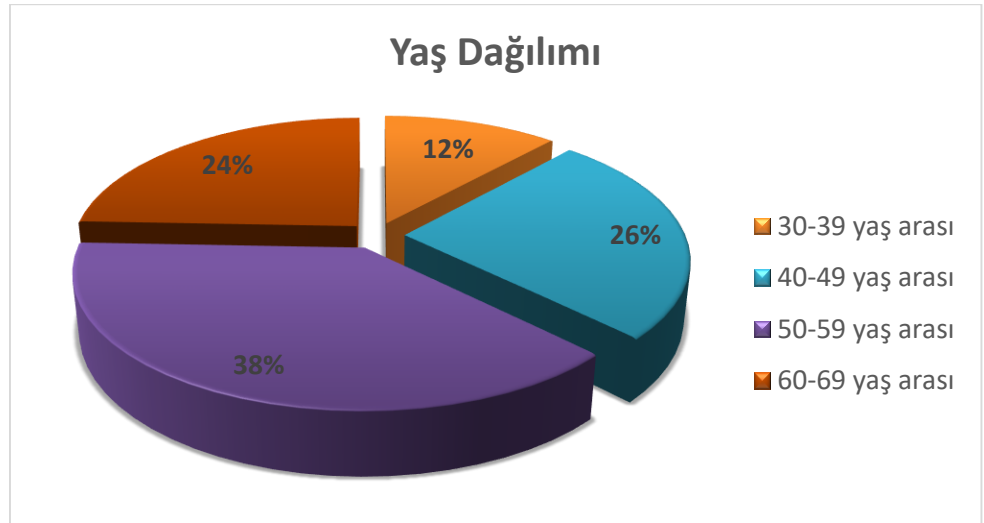


Şekil-11: Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumlarının dağılımı

Katılımcıların maksimum yaş değeri 69, minimum yaş değeri 30'dur. Ortalama yaş değeri 51,6 olup medyan yaş değeri 53 olarak saptanmıştır (Tablo-4). Kişilerin yaş dağılımları Şekil-12'de verilmiştir.

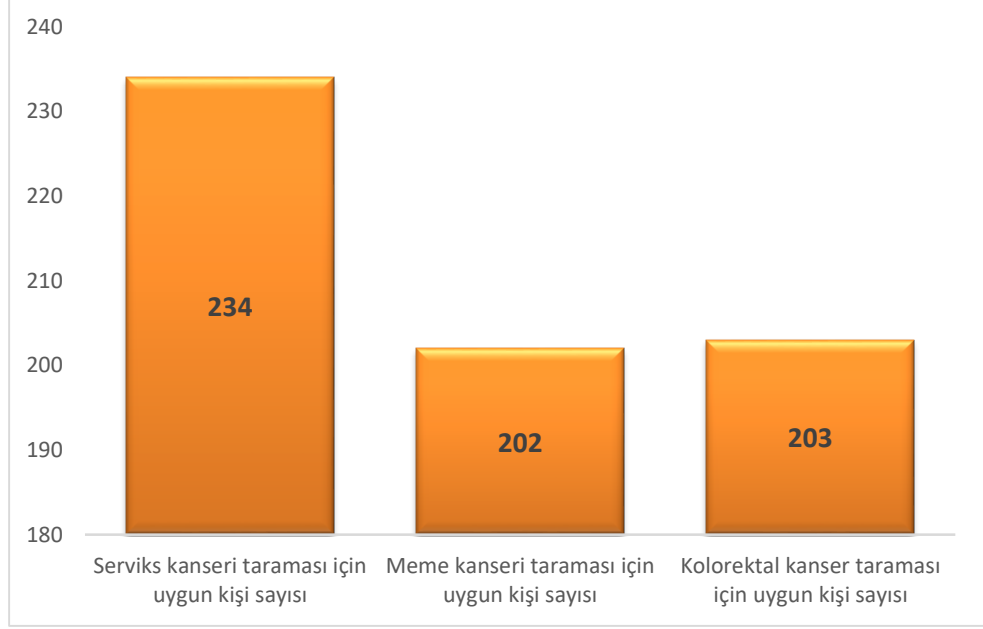
Tablo-4: Katılımcıların yaş bilgileri

	n	Min	Max	Ort.	SS	Medyan
Yaş	324	30	69	51,6	9,705	53



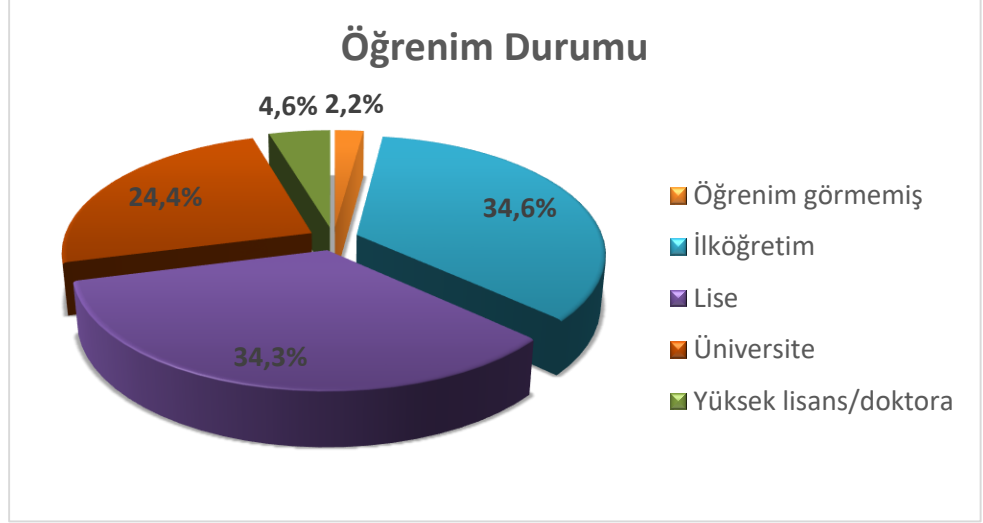
Şekil-12: Katılımcıların yaşlarının yüzdesel dağılımı

Ulusal kanser tarama programları için uygun yaş ve cinsiyet özelliklerini sağlayan katılımcıların sayısı Şekil-13'te verilmiştir.



Şekil-13: Ulusal kanser tarama programları için uygun yaş ve cinsiyet özelliklerini sağlayan katılımcıların sayısı

Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumları incelendiğinde, 7'sinin (%2,2) öğrenim görmemiş olduğu, 112'sinin (%34,6) ilköğretim, 111'inin (%34,3) lise, 79'unun (%24,4) üniversite, 15'inin (%4,6) ise yüksek lisans/doktora mezunu olduğu gözlenmiştir. Bireylerin öğrenim durumlarının dağılımları Şekil-14'te gösterilmiştir.



Şekil-14: Katılımcıların öğrenim durumlarının dağılımı

Katılımcıların 216'sı (%66,7) il merkezinde, 105'i (%32,4) ilçede, 2'si (%0,6) kasabada, 1'i (%0,3) ise köyde ikamet ettiğini beyan etmiştir.

Aktif çalışma durumu sorgulandığında; 124'ü (%38,3) aktif olarak çalıştığını, 113'ü (%34,9) emekli olduğunu, 87'si (%26,8) çalışmadığını söylemiştir (Tablo-5).

Katılımcıların meslekleri sorgulandığında; 42'si (%13) memur, 31'i (%9,6) sağlık çalışanı, 106'sı (%32,7) işçi, 20'si (%6,2) esnaf, 82'si (%25,3) ev hanımı olduğunu; 19'u (%5,9) ise özel sektörde çalıştığını belirtmiştir. Geriye kalan 24 kişi (%7,4) sayılan meslekler haricinde bir mesleğe sahip olduklarını belirtmiştir (Tablo-5).

Katılımcıların aylık gelirleri asgari ücret baz alınarak sorgulandığında; 156'sı (%48,1) 4.250 TL ve altında, 89'u (%27,5) 4.250-8.000 TL arasında, 51'i (%15,7) 8.000-12.000 TL arasında, 28'i (%8,6) 12.000 TL üzerinde aylık geliri olduğunu beyan etmiştir (Tablo-5).

Katılımcıların 314'ü (%96,9) sosyal güvencesi olduğunu, 10'u (%3,1) ise sosyal güvencesinin olmadığını belirtmiştir (Tablo-5).

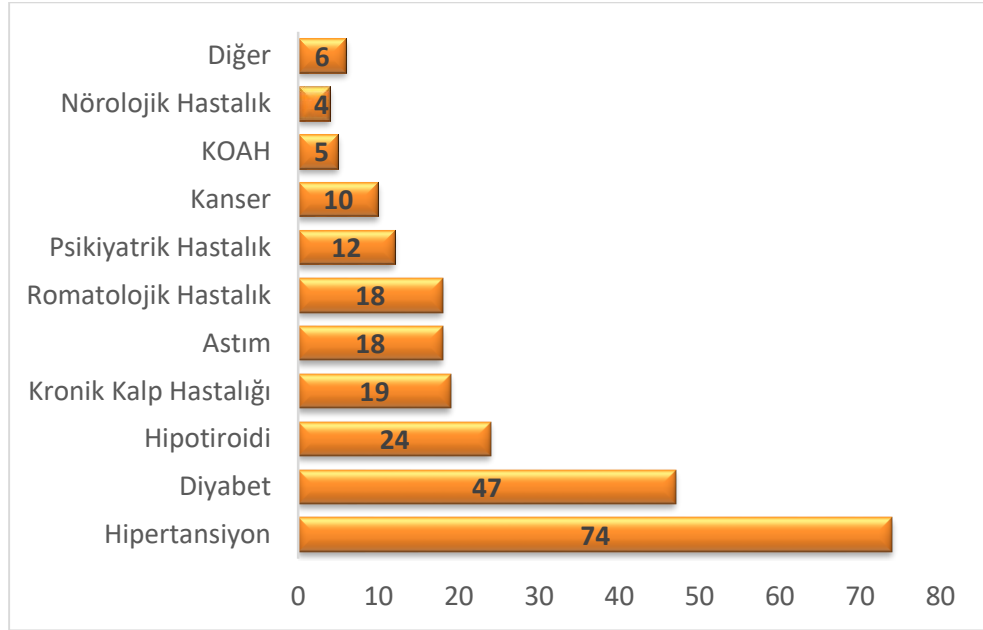
Tablo 5: Katılımcıların sosyo-demografik verilerinin dağılımı

Sosyo-demografik Veriler		n	%
Aktif Çalışma Durumu	Aktif olarak çalışan	124	38,3
	Emekli	113	34,9
	Aktif olarak çalışmayan	87	26,8
Meslek	Memur	42	13,0
	Sağlık çalışanı	31	9,6
	İşçi	106	32,7
	Esnaf	20	6,2
	Ev hanımı	82	25,3
	Özel sektör	19	5,9
	Diğer	24	7,4
Aylık Gelir Durumu	4.250 TL ve altı	156	48,1
	4.250 – 8.000 TL arası	89	27,5
	8.000 – 12.000 TL arası	51	15,7
	12.000 TL ve üzeri	28	8,6
Sosyal Güvence Durumu	Var	314	96,9
	Yok	10	3,1

Katılımcıların 146'sı (%45,1) en az bir kronik hastalığı olduğunu, 178'i (%54,9) herhangi bir kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir (Şekil-15). Katılımcıların kronik hastalıkları incelendiğinde; 74'ünde (%22,8) hipertansiyon, 47'sinde (%14,5) diyabet, 19'unda (%5,9) kronik kalp hastalığı, 10'unda (%3,1) kanser, 24'ünde (%7,4) hipotiroidi, 18'inde (%5,6) astım, 5'inde (%1,5) KOAH, 4'ünde (%1,2) nörolojik hastalık, 12'sinde (%3,7) psikiyatrik hastalık, 18'inde (%5,6) romatolojik hastalık, 6'sında (%1,9) ise diğer gruplanmayan kronik hastalıklar olduğu belirlenmiştir (Şekil-16).



Şekil 15: Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre dağılımı



Şekil 16: Kronik hastalığı olan bireylerin tanılarına göre sayısı

Katılımcıların sigara kullanım durumları sorgulandığında; 77'si (%23,8) kullandığını, 62'si (%19,1) bıraktığını, 185'i (%57,1) kullanmadığını ifade etmiştir. Alkol kullanım durumları sorgulandığında; 35'i (%10,8) kullandığını, 14'ü (%4,3) bıraktığını, 275'i (%84,9) kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo-6).

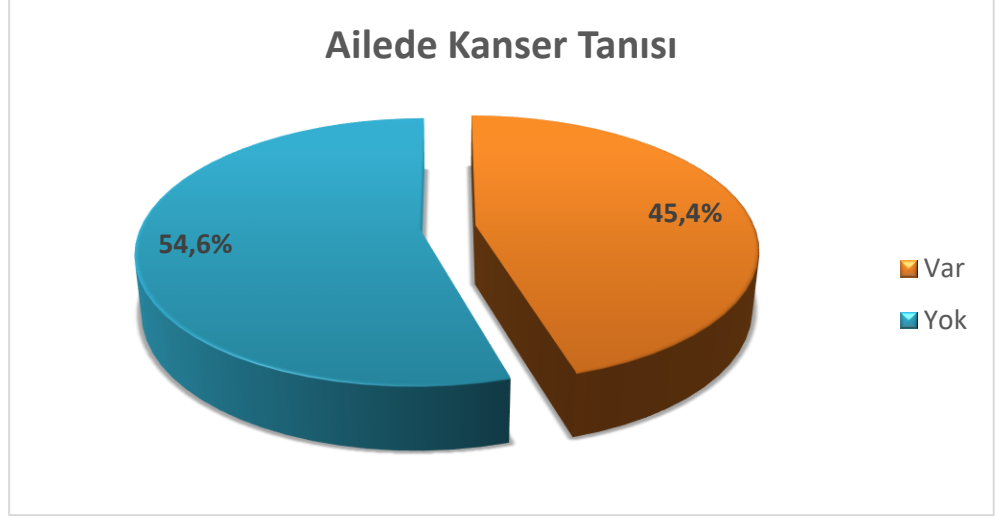
Katılımcıların egzersiz yapma durumlarının sorgulandığı soruda; 88'i (%27,2) düzenli olarak egzersiz yaptığını, 236'sı (%72,8) düzenli olarak egzersiz yaptığını düşünmediğini ifade etmiştir. Sağlıklı beslenme durumlarının sorgulandığı soruda; 210'u (%64,8) sağlıklı beslendiğini düşündüğünü, 114'ü (%35,2) ise sağlıklı beslendiğini düşünmediğini ifade etmiştir (Tablo-6).

Tablo-6: Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları hakkındaki sorulara verdiği cevapların dağılımı

Sağlıklı Yaşam Davranışları		n	%
Sigara Kullanım Durumunuz	Kullanıyor	77	23,8
	Bırakmış	62	19,1
	Kullanmıyor	185	57,1
Alkol Kullanım Durumunuz	Kullanıyor	35	10,8
	Bırakmış	14	4,3
	Kullanmıyor	275	84,9
Düzenli Olarak Egzersiz Yaptığınızı Düşünüyor musunuz?	Evet	88	27,2
	Hayır	236	72,8
Sağlıklı Beslendiğinizi Düşünüyor musunuz?	Evet	210	64,8
	Hayır	114	35,2

Katılımcıların 147'sinin (%45,4) ailesinde en az bir bireyin kanser tanısı bulunduğu gözlenmiştir (Şekil-17). Ailesinde kanser tanısı bulunan bireylerin 76'sı (%23,5) birinci derece akrabasında, 42'si (%13) ikinci derece akrabasında, 44'ü (%13,6) üçüncü derece akrabasında kanser tanısı olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılara, yakınlarında hangi tür kanser olduğu sorulduğunda ise; 48 akciğer kanseri, 41 meme kanseri, 19 kolorektal kanser, 19 mide kanseri, 7 serviks kanseri, 6 tiroid kanseri, 6 mesane kanseri, 6 pankreas kanseri, 6 lösemi/lenfoma, 5 prostat kanseri, 5 karaciğer kanseri, 5 endometrium kanseri, 12 diğer kanserler cevap olarak verilmiştir. Türkiye'de

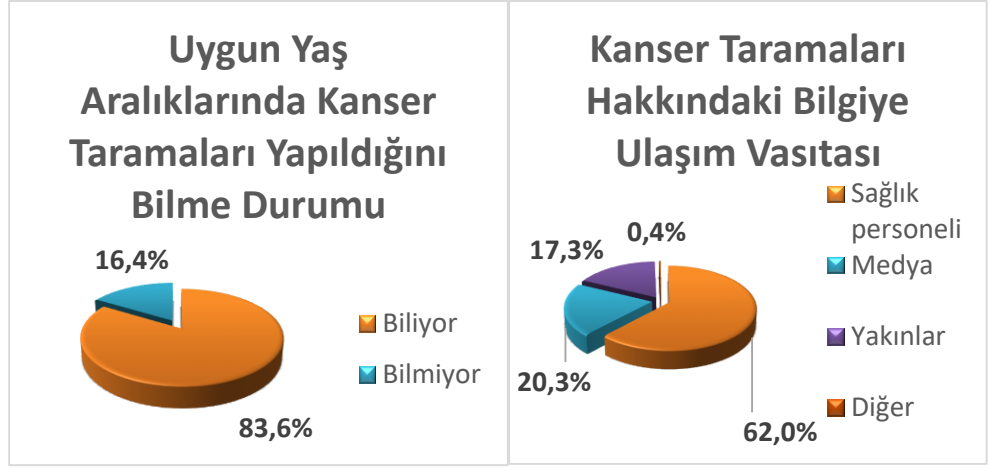
2020 yılında yeni vaka sayısı en çok olan ilk 3 kanser türü ile katılımcılarımızın cevaplarının paralel olduğu gözlenmiştir.



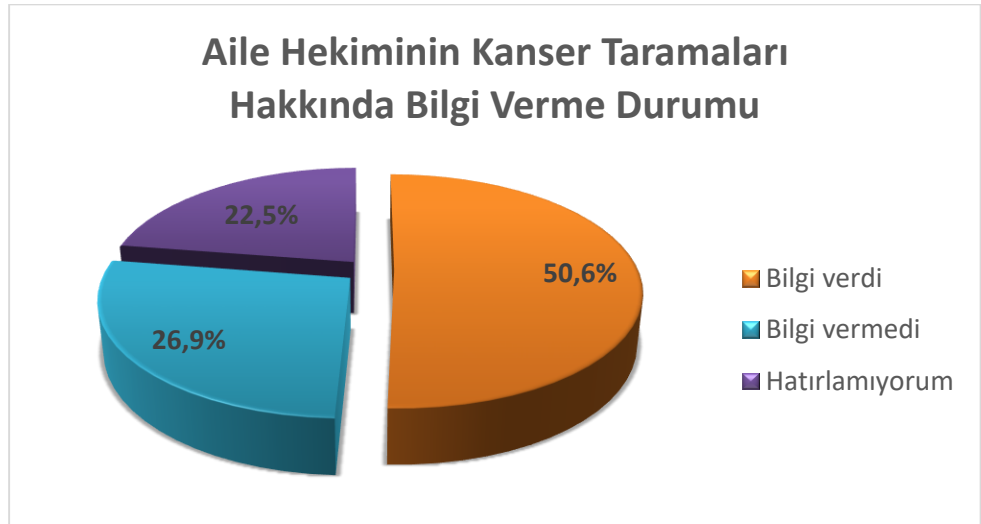
Şekil 17: Katılımcıların ailesinde kanser tanısı bulunma durumuna göre dağılımı

4.2. Kanser Taramalarına İlişkin Bulgular

Uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilme durumuna göre incelendiğinde; katılımcıların 271'i (%83,6) bildiğini, 53'ü (%16,4) bilmediğini ifade etmiştir (Şekil-18). Uygun yaş aralıklarında kanser taramalarının yapıldığını bilen 271 kişiye, bu bilgiye nereden ulaştığı sorulduğunda; 168'i (%62,0) sağlık personelinde, 55'i (%20,3) medyadan, 47'si (%17,3) yakınları vasıtasıyla bu bilgiye ulaştığını ifade etmiştir (Şekil-18). Aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verme durumu sorgulandığında; katılımcıların 164'ü (%50,6) bilgi verdiğini, 87'si (%26,9) bilgi vermediğini, 73'ü (%22,5) ise hatırlamadığını ifade etmiştir (Şekil-19).



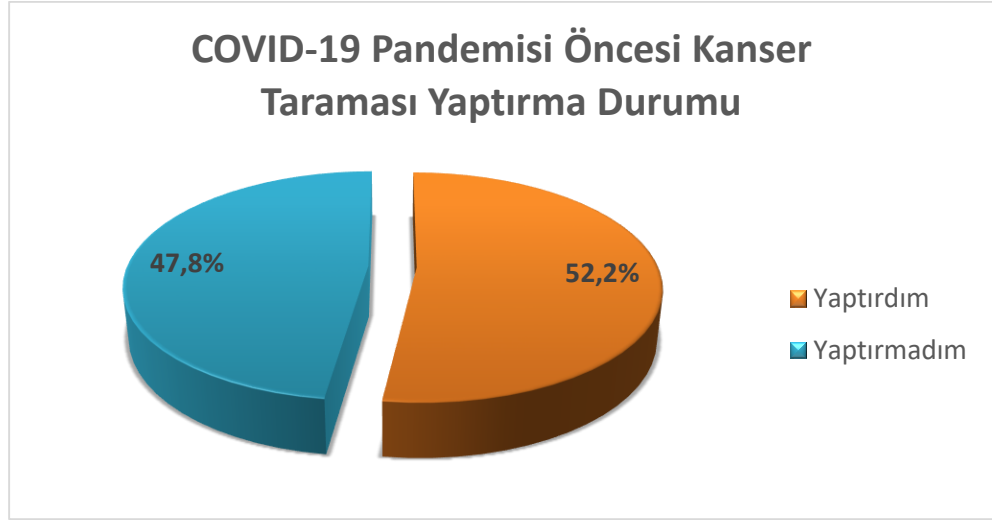
Şekil 18: Katılımcıların kanser taraması yapılması ile ilgili bilgilerinin ve bilgi edinme kaynaklarının dağılımı



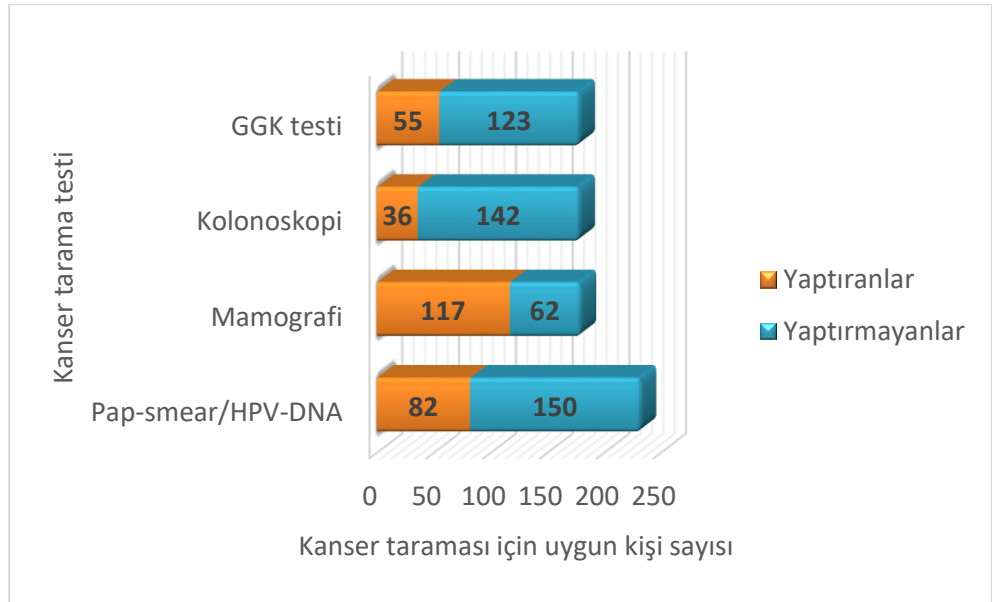
Şekil 19: Aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verme durumunun dağılımı

Katılımcılara COVID-19 pandemisi öncesinde hiç kanser taraması yaptırıp yaptırmadığı sorulduğunda; 169'u (%52,2) pandemiden önce en az bir kez kanser taraması yaptırdığını, 155'i (%47,8) pandemiden önce hiç kanser taraması yaptırmadığını ifade etmiştir (Şekil-20). Pandemi öncesindeki yaşlarına göre değerlendirme yapılırsa; pandemi öncesi 30 yaş ve üzeri olan 232 kadından 82'sinin (%35,3) serviks kanseri için pap-smear/HPV-DNA taraması, 40 yaş ve üzeri olan 179 kadından 117'sinin (%65,4) meme kanseri

için mamografi, 50 yaş ve üzeri olan 178 her iki cinsiyet bireyden 36'sının (%20,2) kolorektal kanser için kolonoskopi, 55'inin (%30,9) ise gaitada gizli kan testi yaptırdığı gözlenmiştir (Şekil-21).

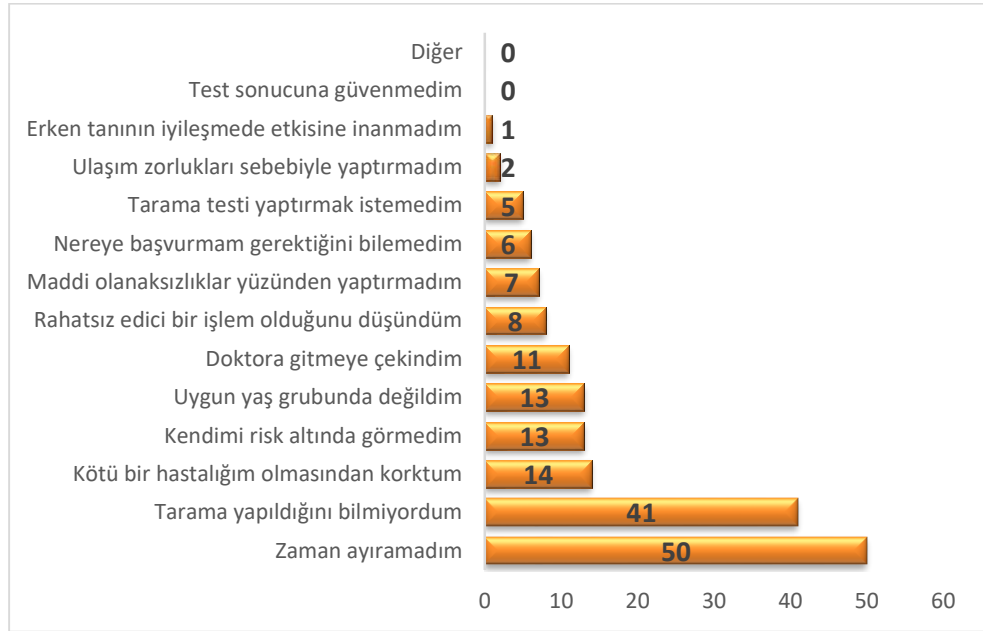


Şekil 20: Katılımcıların COVID-19 pandemisi öncesi en az bir kez kanser taraması yaptırma durumu



Şekil 21: COVID-19 pandemisi öncesi kanser taramalarına uygun bireyler incelendiğinde, tarama yaptıranların ve yaptırmayanların sayısı

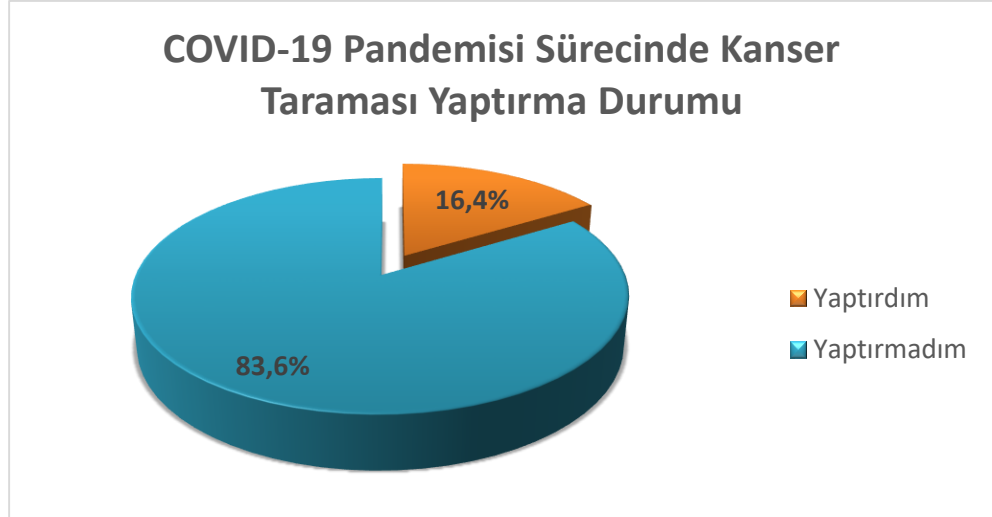
COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırmamış olan bireylere, neden kanser taraması yaptırmadığı sorulduğunda; 41'i tarama yapıldığını bilmediğini, 50'si zaman ayıramadığını, 6'sı nereye başvurması gerektiğini bilemediğini, 7'si maddi olanaksızlıklar yüzünden gidemediğini, 11'i doktora gitmeye çekindiğini, 14'ü kötü bir hastalığı olmasından korktuğunu, 13'ü taraması yapılan hastalıklar için kendini risk altında görmediğini, 8'i rahatsız edici bir işlem olduğunu, 2'si sağlık kuruluşuna ulaşımının zor olduğunu, 1'i erken tanının iyileşmede etkili olacağına inanmadığını, 5'i ise tarama testi yaptırmak istemediğini ifade etmiştir. 8'i kadın, 5'i erkek toplam 13 birey ise COVID-19 pandemisi öncesinde uygun yaş grubunda olmadığı için tarama yaptırmadığını ifade etmiştir (Şekil-22).



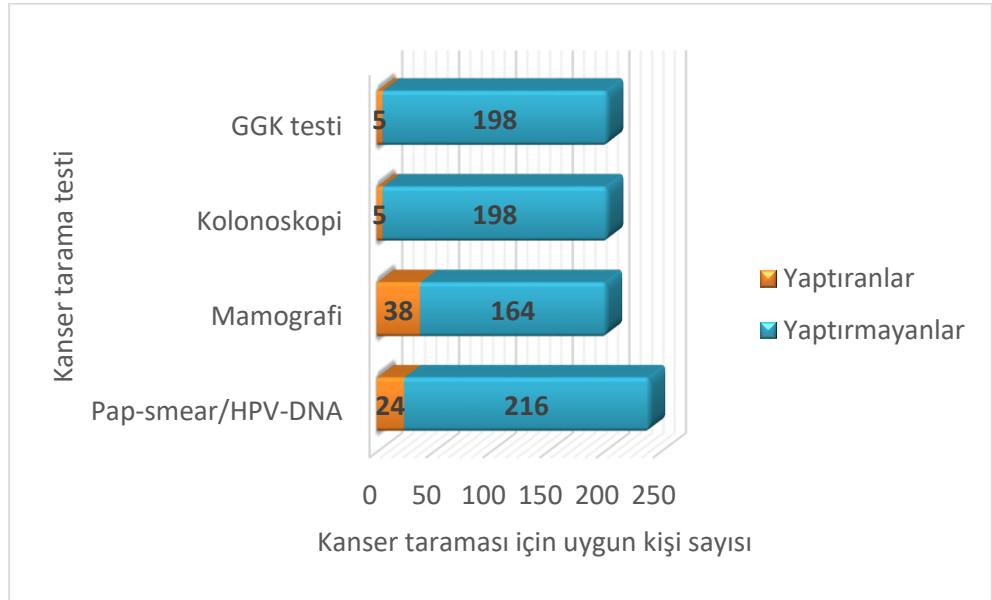
Şekil 22: COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırmayan bireylerin, kanser taraması yaptırmama nedenleri

Katılımcılara COVID-19 pandemisi sürecinde hiç kanser taraması yaptırıp yaptırmadığı sorulduğunda; 53'ü (%16,4) pandemi sürecinde en az bir kez kanser taraması yaptırdığını, 271'i (%83,6) pandemi sürecinde hiç kanser taraması yaptırmadığını ifade etmiştir (Şekil-23). 30 yaş ve üzeri 240 kadından 24'ünün (%10) serviks kanseri için pap-smear/HPV-DNA taraması, 40 yaş ve

üzeri 202 kadından 38'inin (%18,8) meme kanseri için mamografi, 50 yaş ve üzeri 203 her iki cinsiyet bireyden 5'inin (%2,4) kolorektal kanser için kolonoskopi, 5'inin (%2,4) ise gaitada gizli kan testi yaptırdığı gözlenmiştir (Şekil-24).

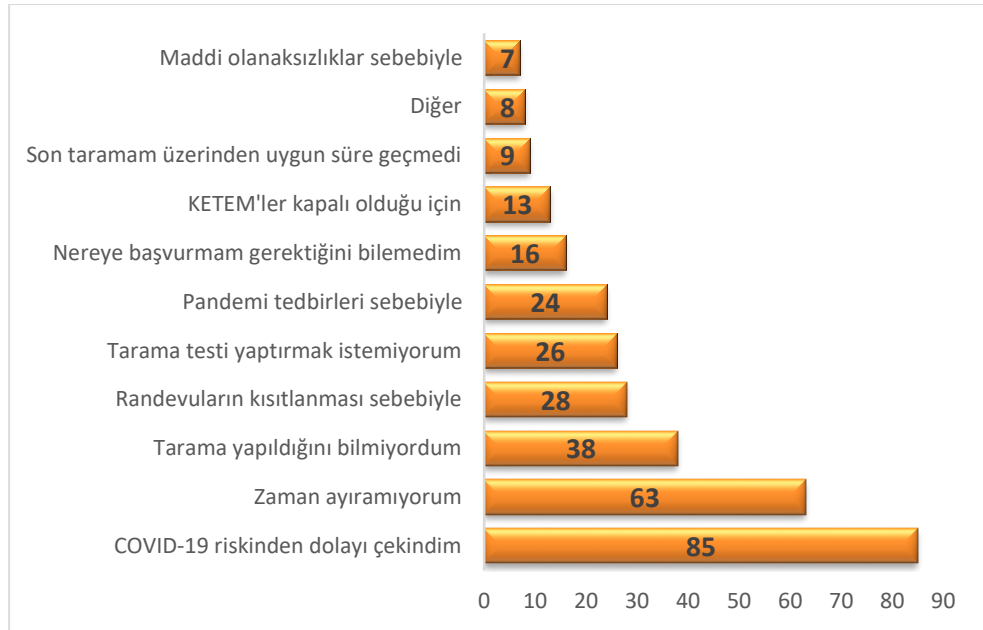


Şekil 23: Katılımcıların COVID-19 pandemisi sürecinde en az bir kez kanser taraması yaptırma durumu



Şekil 24: COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taramalarına uygun bireyler incelendiğinde, tarama yaptıranların ve yaptırmayanların sayısı

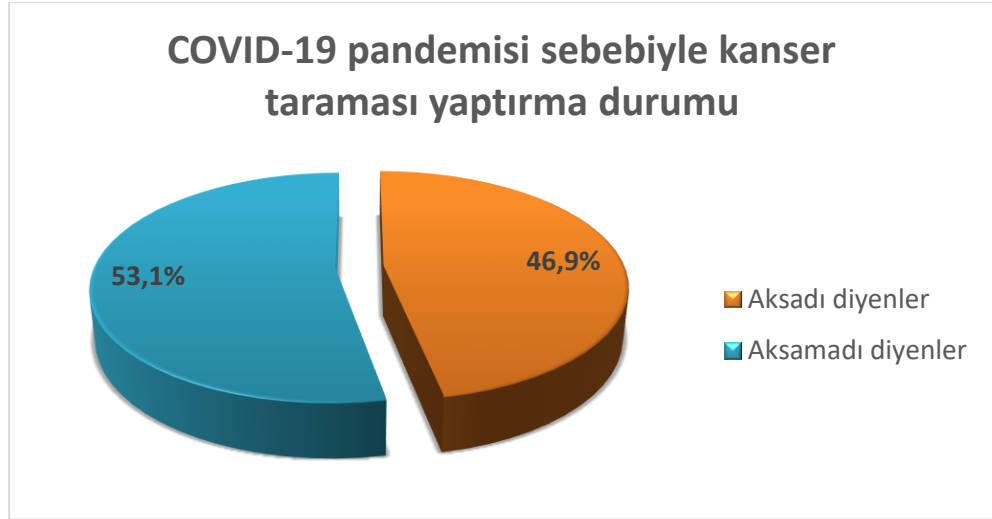
COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırmamış olan bireylere, neden kanser taraması yaptırmadığı sorulduğunda; 16'sı nereye başvurması gerektiğini bilemediğini, 13'ü KETEM'ler kapalı olduğu için tarama testi yaptıramadığını, 85'i COVID-19 riskinden dolayı sağlık işlemi yaptırmaktan çekindiğini, 24'ü pandemi tedbirleri (sokağa çıkma yasağı, ulaşım engelleri gibi tedbirler) sebebiyle yaptıramadığını, 28'i poliklinik randevularının kısıtlanmasından dolayı yaptıramadığını, 38'i tarama yapıldığını bilmediğini, 63'ü zaman ayıramadığını, 7'si maddi olanaksızlıklar sebebiyle gidemediğini, 26'sı tarama testi yaptırmak istemediğini, 8'i ise diğer gruplandırılmayan sebeplerden dolayı tarama yaptırmadığını ifade etmiştir. Dokuz birey ise pandemi öncesi tarama testi yaptırdığını, ancak üzerinden uygun süre geçmediği için COVID-19 pandemisi sürecinde tarama yaptırmadığını ifade etmiştir (Şekil-25).



Şekil 25: COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırmayan bireylerin, kanser taraması yaptırmama nedenleri

Katılımcılara COVID-19 pandemisinin kanser taramalarında aksama nedeni olup olmadığı ile ilgili düşünceleri sorulduğunda; 152'si (%46,9) pandemi sebebiyle aksadığını, 172'si (%53,1) pandemi sebebiyle

aksamadığını düşündüğünü ifade etmiştir (Şekil-26). Uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığı hakkında bilgisi olanlar ile olmayanlar, COVID-19 pandemisinin kanser taraması yaptıрма durumuna etkisi hakkındaki düşünceleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p=0,001$). Kanser taraması yapıldığını bilen bireylerin yarısından fazlası kanser taraması yaptıрма durumunun COVID-19 pandemisi sebebiyle aksadığını düşünmüştür. Bu durum Tablo-7’de gösterilmiştir. COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptıran 17 birey de pandemi sürecinde kanser taraması yaptıрма durumunun aksadığını düşünmüştür.



Şekil 26: Katılımcıların COVID-19 pandemisi sebebiyle, kanser tarama testi yaptırmalarının aksama durumu

Tablo-7: Katılımcıların uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilme durumu ve COVID-19 pandemisi sebebiyle kanser taraması yaptırmadığını düşünme durumu karşılaştırması

			Kanser taraması yaptırmadığınız durumunuzun pandemi sebebiyle aksadığını düşünüyor musunuz?		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
Uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını biliyor musunuz?	Evet	n	138	133	271	0,001^a
		%	42,6	41,0	83,6	
	Hayır	n	14	39	53	
		%	4,3	12,1	16,4	
Toplam		n	152	172	324	
		%	46,9	53,1	100,0	

a: Ki-kare testi

Çalışmaya katılan bireylerin COVID-19 pandemisi öncesinde ve COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırmadıkları durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Pandemi sürecinde kanser taraması yaptırmadıkları oranları pandemi öncesi döneme göre ciddi şekilde azalmıştır. Katılımcıların 42'si (%13,0) hem pandemi öncesi dönemde hem de pandemi sürecinde en az bir kez kanser taraması yaptırmıştır. Pandemi öncesi kanser taraması yaptırmayıp, pandemi sürecinde tarama yaptıran 11 birey (%3,4) vardır. Pandemi öncesi dönemde kanser taraması yaptırmış, ancak pandemi sürecinde kanser taraması yaptırmamış olan 127 birey (%39,2) vardır. Geriye kalan 144 birey (%44,4) ise hem pandemi öncesi dönemde hem de pandemi sürecinde kanser taraması yaptırmamıştır (Tablo-8).

Tablo-8: Katılımcıların COVID-19 pandemisi sürecinde ve COVID-19 pandemisi öncesinde kanser taraması yaptırmaları durumlarının karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi öncesinde kanser taraması yaptırdınız mı?		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırdınız mı?	Evet	n	42	11	53	<0,001^a
		%	13,0	3,4	16,4	
	Hayır	n	127	144	271	
		%	39,2	44,4	83,6	
Toplam		n	169	155	324	
		%	52,2	47,8	100,0	

a: Ki-kare testi

50 yaş sınır olarak belirlenerek; 50 yaş altındaki bireyler ile 50 yaş ve üzeri bireyler kıyaslandığında, pandemi öncesi dönemde en az bir kez kanser taraması yaptırmaları durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,020$) (Tablo-9). Bu yaşlardaki bireylerin pandemi sürecinde en az bir kez kanser taraması yaptırmaları durumları arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,002$) (Tablo-10). Pandemi öncesi dönemde 50 yaş ve üzeri bireylerin, 50 yaşından küçük bireylere göre oransal olarak daha çok kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir (Tablo-9). Pandemi sürecinde ise bu durum tersine dönmüş ve 50 yaşından küçük bireylerin, 50 yaş ve üzeri bireylere oranla daha çok kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir (Tablo-10).

Tablo-9: 50 yaş baz alınarak, bu yaşın altındaki ve üstündeki bireylerin COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumlarının karşılaştırması

		COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırınız mı?		Toplam	p değeri
		Evet	Hayır		
Yaş < 50	n	53	68	121	0,020^a
	%	16,4	20,9	37,3	
Yaş ≥ 50	n	116	87	203	
	%	35,8	26,9	62,7	
Toplam	n	169	155	324	
	%	52,2	47,8	100,0	

a: Ki-kare testi

Tablo-10: 50 yaş baz alınarak bu yaşın altındaki ve üstündeki bireylerin COVID-19 pandemisi sürecindeki kanser taraması yaptırma durumlarının karşılaştırması

		COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırınız mı?		Toplam	p değeri
		Evet	Hayır		
Yaş < 50	n	30	91	121	0,002^a
	%	9,3	28,0	37,3	
Yaş ≥ 50	n	23	180	203	
	%	7,1	55,6	62,7	
Toplam	n	53	271	324	
	%	16,4	83,6	100,0	

a: Ki-kare testi

Katılımcıların COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu ile cinsiyeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Kadınların pandemi öncesi kanser taraması yaptırma oranları erkeklere kıyasla daha yüksektir (Tablo-11). Pandemi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu ile cinsiyet arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Pandemi öncesindeki durumla paralel olarak pandemi sürecinde de kadınlarda kanser taraması yaptırma oranları daha yüksektir (Tablo-12).

Tablo-11: Cinsiyet ve COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırınız mı?		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
Cinsiyet	Erkek	n	28	56	84	0,000^a
		%	8,7	17,2	25,9	
	Kadın	n	141	99	240	
		%	43,5	30,6	74,1	
Toplam		n	169	155	324	
		%	52,2	47,8	100,0	

a: Ki-kare testi

Tablo-12: Cinsiyet ve COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırınız mı?		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
Cinsiyet	Erkek	n	2	82	84	0,000^a
		%	0,6	25,3	25,9	
	Kadın	n	51	189	240	
		%	15,8	58,3	74,1	
Toplam		n	53	271	324	
		%	16,4	83,6	100,0	

a: Ki-kare testi

Medeni durum ile pandemi öncesi dönemde kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmazken ($p=0,257$), medeni durum ile pandemi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,033$). Evlilerin pandemi sürecinde oransal olarak bekarlardan daha çok kanser tarama testi yaptırdığı gözlenmiştir.

Öğrenim durumu ile pandemi öncesi dönemde kanser tarama testi yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,541$). Öğrenim durumu ile pandemi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu arasında da anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,738$).

Meslek ile pandemi öncesi dönemde kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,046$) (Tablo-13). Oransal olarak bakıldığında memurların %71,4'ü, sağlık çalışanlarının %58,1'i, ev hanımlarının %56,1'inin kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir. İşçi, esnaf ve özel sektör çalışanlarının oransal olarak yarısından daha azının kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir. Meslek ile pandemi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,111$).

Tablo-13: Meslek ve COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması

		COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu		Toplam	p değeri
		Evet	Hayır		
		n	%		
Meslek	Memur	n	30	12	42
		%	9,3	3,7	13,0
	Sağlık çalışanı	n	18	13	31
		%	5,6	4,0	9,6
	İşçi	n	47	59	106
		%	14,5	18,2	32,7
	Esnaf	n	8	12	20
		%	2,5	3,7	6,2
	Ev hanımı	n	46	36	82
		%	14,2	11,1	25,3
	Özel sektör	n	7	12	19
		%	2,2	3,7	5,9
	Diğer	n	13	11	24
		%	4,0	3,4	7,4
Toplam		n	169	155	324
		%	52,2	47,8	100,0

a: Ki-kare testi

Katılımcıların aylık gelir durumu ile pandemi öncesi dönemde kanser tarama testi yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,171$). Aylık gelir durumu ile pandemi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu arasında da anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,219$).

Katılımcıların kronik hastalık durumu ile pandemi öncesi tarama yaptırmama durumu arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,000$). En az bir tane kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayan bireylere oranla pandemi öncesi dönemde daha fazla kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir (Tablo-14). Kronik hastalık durumu ile pandemi sürecinde kanser taraması yaptırmama durumu arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,972$) (Tablo-15).

Tablo-14: Kronik hastalık durumu ve COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırmama durumu karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırdınız mı?		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
Kronik hastalık durumu	Var	n	97	49	146	0,000^a
		%	30,0	15,1	45,1	
	Yok	n	72	106	178	
		%	22,2	32,7	54,9	
Toplam		n	169	155	324	
		%	52,2	47,8	100,0	

a: Ki-kare testi

Tablo-15: Kronik hastalık durumu ve COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırmama durumu karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırdınız mı?		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
Kronik hastalık durumu	Var	n	24	122	146	0,972 ^a
		%	7,4	37,7	45,1	
	Yok	n	29	149	178	
		%	9,0	45,9	54,9	
Toplam		n	53	271	324	
		%	16,4	83,6	100,0	

a: Ki-kare testi

Sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, düzenli egzersiz yaptığını düşünme durumu, sağlıklı beslendiğini düşünme durumu gibi faktörler ile pandemi öncesi kanser taraması yaptırmama durumu veya pandemi

sürecinde kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların ailesinde kanser öyküsü olması durumu ile pandemi öncesi kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,001$). Ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların, pandemi öncesi dönemde, ailesinde kanser öyküsü olmayanlara oranla daha fazla kanser taraması yaptırdığı saptanmıştır (Tablo-16). Aynı şekilde katılımcıların ailesinde kanser öyküsü olması durumu ile pandemi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,007$). Ailesinde kanser öyküsü olanların pandemi sürecinde de kanser taraması yaptırma oranları, ailesinde kanser öyküsü olmayanlardan daha fazladır (Tablo-17). Ayrıca katılımcıların ailesinde kanser öyküsü olması durumu ile uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Ailesinde kanser öyküsü olanların, ailesinde kanser öyküsü olmayanlara oranla, kanser taramalarının yapıldığını daha fazla bildiği gözlenmiştir.

Tablo-16: Ailede kanser öyküsü durumu ile COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
Ailede Kanser Öyküsü	Var	n	91	56	147	0,001^a
		%	28,1	17,3	45,4	
	Yok	n	78	99	177	
		%	24,1	30,5	54,6	
Toplam		n	169	155	324	
		%	52,2	47,8	100,0	

a: Ki-kare testi

Tablo-17: Ailede kanser öyküsü durumu ile COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırmama durumu karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırdınız mı?		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
Ailede Kanser Öyküsü	Var	n	33	114	147	0,007^a
		%	10,2	35,2	45,4	
	Yok	n	20	157	177	
		%	6,2	48,4	54,6	
Toplam		n	53	271	324	
		%	16,4	83,6	100,0	

a: Ki-kare testi

Katılımcıların, uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilme durumu ile pandemi öncesi dönemde kanser taraması yaptırmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,000$). Uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilen bireyler pandemi öncesi dönemde oransal olarak daha fazla kanser taraması yaptırmıştır. Aynı şekilde uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilme durumu ile pandemi sürecinde kanser taraması yaptırmama durumu arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,021$). Pandemi sürecinde, uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilen bireyler, bilmeyen bireylere kıyasla oransal olarak daha fazla kanser taraması yaptırmıştır.

Uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilen bireylere, kanser taramaları hakkındaki bilgilere nereden ulaştığını sorgulayan bir anket sorumuz vardı. Bu soruya verilen cevaplarla, pandemi öncesi kanser taraması yaptırmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,019$). Sağlık personeli aracılığıyla bilgiye ulaşan bireylerin pandemi öncesinde oransal olarak daha fazla kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir (Tablo-18).

Tablo-18: Kanser taramaları hakkındaki bilgiye ulaşım vasıtası ve COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırma durumu karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi öncesi		Toplam	p değeri	
			kanseri taraması yaptırınız mı?				
			Evet	Hayır			
Kanser taramaları hakkındaki bilgiye ulaşım vasıtası	Sağlık personeli	n	108	60	168	0,019^a	
		%	39,9	22,1	62,0		
	Medya	n	24	31	55		
		%	8,9	11,4	20,3		
	Yakınlar	n	30	17	47		
		%	11,0	6,3	17,3		
	Diğer	n	0	1	1		
		%	0,0	0,4	0,4		
	Toplam		n	162	109		271
			%	59,8	40,2		100,0

a: Fisher-Freeman-Halton Exact Test

Aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verme durumu ile pandemi öncesi kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,000). Aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verdiği bireylerin, pandemi öncesinde kanser tarama testlerine katılım oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo-19). Aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verme durumu ile pandemi sürecinde kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,162).

Tablo-19: Aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verme durumu ile COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptıırma durumu karşılaştırması

			COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptırdınız mı?		Toplam	p değeri
			Evet	Hayır		
Aile hekiminiz size kanser taramaları hakkında bilgi verdi mi?	Evet	n	107	57	164	0,000^a
		%	33,0	17,6	50,6	
	Hayır	n	29	58	87	
		%	9,0	17,9	26,9	
	Hatırlamıyorum	n	33	40	73	
		%	10,2	12,3	22,5	
Toplam		n	169	155	324	
		%	52,2	47,8	100,0	

a: Ki-kare testi

Katılımcılara, COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taramalarının daha etkin yapılması için çözüm önerilerini soran açık uçlu bir soru sorulmuştur. Bu soruya toplam 55 kişi cevap vermiştir. Verilen cevaplar incelenerek etkin randevu sistemi, etkin bilgilendirme, koronavirüs enfeksiyonu riskinin az olduğu ortamda tarama yapılması, kolay ulaşım ve sağlık çalışanlarının koşullarının iyileştirilmesini içeren beş başlık altında toplanmıştır. Buna göre; 19 kişi etkin randevu sistemi, 13 kişi etkin bilgilendirme, 12 kişi koronavirüs enfeksiyonu riskinin az olduğu ortamlar/imkanlar oluşturulması, 8 kişi tarama testlerine/tarama testi yapılan yerlere ulaşım imkanlarının artması, 3 kişi ise sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile ilgili fikirlerini belirtmiştir.

4.3. Sağlık Algısı Ölçeğine (SAÖ) İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin (n=324) Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) toplam puan ortalaması $50,60 \pm 7,91$ olup elde edilen puanlar 32 ile 71 arasındadır. Ölçeğin "kontrol merkezi" alt boyutu için puan ortalaması $16,85 \pm 4,84$ olup elde edilen puanlar 5 ile 25 arasındadır. Ölçeğin "kesinlik" alt boyutu için puan ortalaması $11,46 \pm 3,69$ olup elde edilen puanlar 4 ile 20 arasındadır. Ölçeğin "sağlığın önemi" alt boyutu için puan ortalaması

11,22±2,52 olup elde edilen puanlar 3 ile 15 arasındadır. Ölçeğin “öz farkındalık” alt boyutu için puan ortalaması 11,07±2,15 olup elde edilen puanlar 3 ile 15 arasındadır (Tablo-20).

Tablo-20: Katılımcıların SAÖ ve alt boyutlarına ait bulgular

	Madde Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	Alt Sınır	Üst Sınır
SAÖ toplam puan	15	324	50,60	7,91	32	71
SAÖ “kontrol merkezi” alt boyutu	5	324	16,85	4,84	5	25
SAÖ “kesinlik” alt boyutu	4	324	11,46	3,69	4	20
SAÖ “sağlığın önemi” alt boyutu	3	324	11,22	2,52	3	15
SAÖ “öz farkındalık” alt boyutu	3	324	11,07	2,15	3	15

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık algısı puanı ile ilişkili sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde; yaş, cinsiyet ve medeni durum ile toplam sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Erkeklerin sağlık algısı puan ortalaması kadınlardan daha yüksektir. Bekarların sağlık algısı puan ortalaması evlilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin öğrenim durumu ile sağlık algısı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,000). Sağlık algısı puan ortalaması öğrenim görmemişlerden üniversite mezunlarına doğru gidildikçe artmaktadır. Yüksek lisans/doktora mezunlarının sağlık algısı puan ortalaması, lise mezunlarından yüksek, üniversite mezunlarından düşük bulunmuştur.

Katılımcıların aktif çalışma durumu ile sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001). En yüksek sağlık algısı puan ortalamasını emekli bireyler oluştururken, bunu sırasıyla aktif çalışan bireyler ve aktif olarak çalışmayan bireyler takip etmiştir. Meslek grupları açısından incelendiğinde

sağlık algısı puanları istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır ($p=0,000$). Post-hoc analizlerde bu farklılığın memurlar ile ev hanımı ve işçiler arasındaki, sağlık çalışanları ile ev hanımı ve işçiler arasındaki ve özel sektör çalışanları ile ev hanımları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. En yüksek sağlık algısı puan ortalaması memurlarda saptanırken, bunu sağlık çalışanları ve özel sektör çalışanları takip etmiştir. En düşük sağlık algısı puan ortalaması ise ev hanımlarında gözlenmiştir. Katılımcıların aylık gelir durumları ile sağlık algısı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Aylık gelir durumu arttıkça sağlık algısı puan ortalamasının da arttığı gözlenmiştir.

Katılımcılardan düzenli olarak egzersiz yaptığını düşünenler ile sağlıklı beslendiğini düşünenlerin sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,000$). Düzenli egzersiz yapanlar ile sağlıklı beslendiğini düşünenlerin sağlık algısı puan ortalaması daha yüksektir.

Katılımcıların uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilme durumu ile sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,000$). Uygun yaş aralığında bazı kanser taramalarının yapıldığını bilen katılımcıların sağlık algısı puan ortalaması daha fazladır (Tablo-21).

Katılımcıların COVID-19 pandemisi öncesi kanser taraması yaptıрма durumu ile sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,026$). COVID-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptıрма durumu ile sağlık algısı puanı arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,045$). Bu dönemlerde en az bir kez kanser taraması yaptıranlarda sağlık algısı puanı, hiç kanser taraması yaptırmayanlardan daha yüksek saptanmıştır (Tablo-21).

Tablo-21: Çalışmaya katılan bireylerin sağlık algısı puanı ve kanser taraması ile ilgili değişkenlere verdikleri cevapların ilişkisi

Kanser taraması ile ilgili değişkenler		n	Ortalama	Standart sapma	p değeri ^a
Uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını biliyor musunuz?	Evet	271	51,30	7,63	0,000
	Hayır	53	47,00	8,39	
COVID-19 pandemisi öncesinde hiç kanser taraması yaptırdınız mı?	Evet	169	51,53	7,81	0,026
	Hayır	155	49,58	7,92	
COVID-19 pandemisi sürecinde hiç kanser taraması yaptırdınız mı?	Evet	53	52,58	8,23	0,045
	Hayır	271	50,21	7,80	
Kanser taraması yaptırma durumunuzun pandemi sebebiyle aksadığını düşünüyor musunuz?	Evet	152	50,62	7,82	0,967
	Hayır	172	50,58	8,01	

a: Independent samples T test

5. TARTIŞMA

Kanser taramalarında kısa süreli kesintiler düşük riskli kabul edilebilirken, daha uzun süreli gecikmeler kanserin geç saptanma riskini artırır. Bu nedenle düzenli kanser taraması önemlidir (11,45,46). İngiltere’de COVID-19 pandemisinin tanıdaki gecikmelere bağlı kanser ölümleri üzerindeki etkisini tahmin eden bir çalışma, kanser tanısında 12 aylık gecikmenin ölüm oranlarını (tanıdan 5 yıl sonra) meme kanseri için yaklaşık %8 ve kolorektal kanser için yaklaşık %16 artırabileceğini öngörmüştür (11,47).

Çalışmamızda taramaya uygun yaş grubundaki bireylerin, pandemi öncesi dönemde ve pandemi sonrası yaklaşık 2 yıllık süreçte kanser tarama hizmetlerinden yararlanma durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre pandemi sürecinde kanser taraması yaptıran oranlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların pandemi öncesi dönemde %52,2’si kanser taraması yaptırmışken, pandemi sürecinde ise yalnızca %16,4’ünün kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir. Birçok ülke, COVID-19 nedenli acil sağlık durumunun ilan edilmesi sonrası kanserle ilgili tarama, teşhis ve tedavi faaliyetlerinde %90’dan fazla azalma bildirmiştir (8). Ülkemizde Esmeray ve ark. tarafından bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’nde yapılan çalışmada; Mart-Nisan-Mayıs 2020 dönemi ile Mart-Nisan-Mayıs 2019 döneminde verilen sağlık hizmetleri, aile hekimliği bilgi sistemindeki kayıtlar üzerinden karşılaştırılmıştır. Burada da çalışmamıza benzer şekilde pandemi döneminde tarama programlarının hepsinde belirgin azalma olduğu belirtilmiş ve kanser taramalarının da %87,3 azaldığı ifade edilmiştir (12).

Çalışmamızda uygun yaş grubundaki katılımcıların pandemi öncesi ve sonrası dönemde kanser taraması yaptıran durumları ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Buna göre:

- Pandemi öncesi 30 yaş ve üzeri kadınların %35,3’ü serviks kanseri için pap-smear/HPV-DNA taraması yaptırmışken, bu oran pandemi sürecinde %10’a düşmüştür (%71,7 oranında azalma vardır.)

- Pandemi öncesi 40 yaş ve üzeri kadınların %65,4'ü meme kanseri için mamografi yaptırmışken, bu oran pandemi sürecinde %18,8'e düşmüştür (%71,3 oranında azalma vardır.)
- Pandemi öncesi 50 yaş ve üzeri her iki cinsiyet bireyin %20,2'si kolorektal kanser için kolonoskopi, %30,9'u ise gaitada gizli kan testi yaptırmışken, her iki taramanın da oranı pandemi sürecinde %2,4'e düşmüştür (Sırasıyla %88,1 ve %92,2 oranında azalma vardır.)

Esmeray ve ark. tarafından yapılan çalışmada kanser taramaları ayrı ayrı ele alındığında en büyük azalmanın %92,3 ile servikal kanser taramalarında olduğu görülmektedir, kolon kanseri taraması %60, meme kanseri taraması %78,5 azalmıştır (12). Çalışmamızda ise en çok azalmanın kolon kanseri taramasında olduğu görülmektedir. Bunu serviks kanseri ve meme kanseri izlemektedir. Amerika'da Patt ve ark. tarafından kanser tanı ve tedavisi ile ilgili sağlık sigortası kayıtları geriye dönük olarak incelenerek bir çalışma yapılmıştır. Bu geniş çaplı çalışmada 2020 Mart-Temmuz dönemi ile 2019 Mart-Temmuz dönemindeki kanser tarama sayıları karşılaştırılmıştır. Bütün aylarda pandemi sürecindeki dönemde tarama sayıları düşerken en büyük düşüş salgının pik yaptığı 2020 Nisan ayında görülmüştür. Nisan 2020'de mamografi sayıları önceki döneme (2019 Nisan) göre %85, kolon kanseri taraması ise %75 azalmıştır (10). Amerika'da 28 milyondan fazla hastayı temsil eden veritabanı kullanılarak yapılan başka bir çalışmada 2019 yılı ile karşılaştırıldığında, meme ve kolorektal kanser tarama testlerinin Nisan 2020'ye kadar sırasıyla %89,2 ve %84,5 azaldığı gözlenmiştir (48).

Ülkemizde pandemi sürecinde bireylerin kanser taraması hizmetlerinden yararlanma durumlarını inceleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır. Ancak COVID-19 pandemisinden önce bununla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Şen ve Öztürk tarafından İzmir'de bir eğitim araştırma hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylere yönelik anket çalışması yapılmıştır. Bunun sonucunda; 30 yaş üzeri kadınların %58,5'inin pap-smear/HPV-DNA taraması, 40 yaş üzeri kadınların %63,3'ünün

mamografi, 50 yaş üzeri bireylerin %14'ünün kolonoskopi, %22'sinin ise gaitada gizli kan testi yaptırdığı bulunmuştur (49). Babaoğlu ve ark. tarafından İzmir'de bir eğitim araştırma hastanesine başvuran bireylere yüz yüze anket uygulanarak yapılan başka bir çalışmada ise 30 yaş üzeri kadınların %55'inin pap-smear/HPV-DNA taraması, 40 yaş üzeri kadınların %62,7'sinin mamografi, 50 yaş üzeri bireylerin %33,8'inin kolorektal kanser taraması yaptırdığı belirtilmiştir (50). Çalışmamıza katılan bireylerin de bu iki çalışmaya benzer şekilde, oransal olarak en fazla mamografi, ikinci sırada pap-smear/HPV-DNA, son sırada ise kolorektal kanser taraması yaptırmış olduğu bulunmuştur. Bu durum, ülkemizde kolorektal kanser taramalarının diğer kanser taramalarına göre daha geç başlamış olması ile açıklanabilir (13).

Çalışmamızda katılımcıların uygun yaş aralıklarında kanser taraması yapıldığını bilme durumları incelendiğinde %83,6'sı bildiğini, %16,4'ü bilmediğini ifade etmiştir. Bilgi edinme kaynaklarına bakacak olursak %62'si sağlık personeli, %20,3'ü medya, %17,3'ü ise yakınları vasıtasıyla bu bilgiye ulaştığını belirtmiştir. Şen ve Öztürk tarafından İzmir'de yapılan çalışmada, benzer şekilde katılımcıların %83,4'ü uygun yaş aralıklarında kanser taraması yapıldığını bildiğini ifade etmiş; bu bilgiye %22,1'i aile hekiminden, %31,5'i diğer sağlık personelinden, %26,6'sı tv, gazete veya internetten, %16,9'u ise yakınları vasıtasıyla ulaştığını belirtmiştir (49). Özaydın ve ark. tarafından yapılan çalışmada bilgi kaynaklarına göre mamografi yaptırmama durumunun değişip değişmediği araştırılmıştır. Mamografi bilgisinin kaynağını doktor olarak belirtenlerin; tv, gazete, arkadaş/akraba olarak belirtenlerden anlamlı olarak daha fazla mamografi yaptırdıkları görülmüştür (51). Çalışmamızda da buna benzer şekilde katılımcıların bilgi edinme kaynakları ile pandemi öncesi kanser taraması yaptırmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,019$). Sağlık personeli aracılığıyla bilgiye ulaşanların pandemi öncesi dönemde oransal olarak daha fazla kanser taraması yaptırdığı gözlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin taramayı önermesi sonrası bireylerin bu durumu ciddiye alarak tarama arayışına yönelmesi buna yol açmış olabilir. Katılımcılara anketimizde bu sorudan bağımsız olarak aile hekiminin kanser taramaları hakkında bilgi verme durumu da sorulmuştur. Katılımcıların %50,6'sı bilgi

verdiğini, %26,9'u bilgi vermediğini, %22,5'i ise hatırlamadığını ifade etmiştir. Çalışmamızda ASM'lere aktif olarak başvuran bireyler sorgulandığı için çoğunluğunun aile hekiminden bilgi edinmesi olağan görünmektedir. Ancak anket soruları yüz yüze sorulduğu için, katılımcılar olumsuz bir şey söylemekten çekinmiş, bu sebeple aile hekiminin bilgi verme oranları yüksek çıkmış olabilir. Aile hekiminin kanser taraması hakkında bilgi verme durumu ile pandemi öncesi tarama yaptırmama durumu arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,000$). Aile hekiminin bilgi verdiği bireylerin %65,2'si pandemi öncesi kanser taraması yaptırmıştır. Bu sonuçlar ışığında aile hekimlerinin kanser tarama programları hakkında hastalarına bilgi vermesinin, katılımın artırılmasında önemli bir etken olduğu söylenebilir.

Pandemi öncesi dönemde uygun yaş grubundaki bireylerin kanser taraması yaptırmama nedenlerinin sorgulandığı bazı anket çalışmaları yapılmıştır. Şen ve Öztürk tarafından yapılan çalışmada katılımcılar en sık zaman ayıramadığı, tarama yapıldığını bilmediği ve kötü bir hastalığı olmasından korktuğu için tarama testi yaptırmadığını ifade etmiştir (49). Babaoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada en sık tarama yaptırmaması gerektiğini bilmediği için; sadece sağlık çalışanlarının katılımıyla yapılan başka bir çalışmada ise en sık zaman ayıramadıkları için tarama testi yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir (50,52). Çalışmamızda pandemi öncesi dönemde tarama yaptırmamış olanlar, bu çalışmalara benzer şekilde en sık zaman ayıramadığı, tarama yapıldığını bilmediği ve kötü bir hastalığı olmasından korktuğu için tarama testi yaptırmadığını ifade etmiştir.

Bulgularımız pandemi sürecinde kanser tarama oranlarının düştüğünü gösteren önceki çalışmaları desteklemektedir (10,12,48). Ancak bu süreçte bireylerin neden kanser taraması yaptırmadığı ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Basu ve ark. tarafından yapılan çalışma, pandemi ortamında kanser taraması uygulamasının zorluklarını tartışmakta ve bu süreçte kanser taraması hizmetlerini optimize etmenin yollarını önermektedir. Bu amaçla kanser taraması için uygun bireylerin katıldığı anketler veya nitel araştırmalar yapılarak, pandemi sürecindeki endişelerini anlamının önemine değinmiştir (8). Çalışmamızda yaklaşık 2 yıldır devam eden COVID-19

pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırmamış olan katılımcıların neden tarama yaptırmadığı sorgulanmıştır. En fazla verilen cevaptan en aza doğru sıralayacak olursak pandemi sürecinde tarama yaptırmama sebepleri şunlardır:

1. Sağlık kuruluşlarında COVID-19 pandemisi kaynaklı enfeksiyona yakalanma riskinden dolayı sağlık işlemi yaptırmaktan çekindim (n=85).
2. Zaman ayıramıyorum (n=63).
3. Tarama yapıldığını bilmiyordum (n=38).
4. Poliklinik randevularının kısıtlanmasından dolayı yaptıramadım (n=28).
5. Kanser tarama testi yaptırmak istemiyorum (n=26).
6. Pandemi tedbirleri sebebiyle (sokağa çıkma yasağı, ulaşım engelleri gibi tedbirler) yaptıramadım (n=24).
7. Nereye başvurmam gerektiğini bilemedim (n=16).
8. KETEM'ler kapalı olduğu için tarama testi yaptıramadım (n=13).
9. Son yaptırdığım taramalar üzerinden uygun süre geçmediği için COVID-19 pandemisi sürecinde tarama testi yaptıramadım (n=9).
10. Diğer (n=8).
11. Maddi olanaksızlıklar sebebiyle tarama testi yaptıramadım (n=7).

1, 4, 6 ve 8. sıradaki sebeplerin pandemi ile doğrudan ilgili olarak düşünülürse, katılımcıların tarama yaptırmama sebeplerinin yaklaşık yarısının COVID-19 pandemisi ile ilgili olduğu söylenebilir. Zaman ayıramadığını söyleyen kişilerin sayısı pandemi öncesi döneme göre artmıştır. Bunun gibi dolaylı yoldan da pandemiye ilgilendiren maddeler olduğu göz önüne alınırsa, COVID-19 pandemisinin bireylerin kanser taraması yaptırma durumunu etkilediği söylenebilir. Çalışmamızda pandeminin kanser taramalarında aksama nedeni olup olmadığı ile ilgili düşünceleri de sorgulanmıştır. Bu soruya katılımcıların %46,9'u pandemi sebebiyle kanser taraması yaptırma

durumunun aksadığı cevabını vermiştir. Bu soruya aksamadı cevabını veren bireyler incelendiğinde; %22,7'sinin zaten kanser taraması yapıldığını bilmediği için bu cevabı verdiği görülmüştür. Bunun yanı sıra pandemi sürecinde kanser taraması yaptıran bireylerin %32,1'i de pandemi sürecinde kanser taraması yaptıran durumunun aksadığını düşünmektedir. Bu bireylere kanser taramalarının daha etkin yapılabilmesi için çözüm önerileri sorulduğunda, cevap verenlerin yaklaşık yarısı etkin randevu sisteminden bahsetmiştir. Verilen cevaplardan bazıları: "Sağlanan imkanlar yetersiz, daha kapsamlı ve personel sayısı yeterli kurumlar olmalı ki yakın zamana randevu alabilelim", "Randevular artırılmalı. Pandemi sürecinde hiç tarama yapmayan kurumlar, randevu alamadığım poliklinikler vardı, imkanım olduğu için özel hastanede tarama yaptırabildim.", "Randevu almakta zorlandım, taramalar için randevular artırılmalı." şeklinde idi. Buradan yola çıkarak pandemi sürecinde kanser taraması yaptıran bireylerin de etkin bir randevu sistemi olmaması sebebiyle randevu almakta zorlandığını, bu sebeple kanser taraması yaptıran durumunun aksamış olabileceğini söyleyebiliriz.

Ülkemizde bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılan çalışmada pandemi sürecinde muayene hizmetlerinin %53,5 azaldığı, tarama programlarının tümünde de belirgin azalma olduğu görülmüştür (12). Çalışmada bu durumun, hastaların bulaş riski yüksek yerler olarak gördükleri sağlık kuruluşlarına gitmekten korkmaları sebebiyle acil olmayan sağlık ihtiyaçlarını ertelemesine bağlı olduğu düşünülmüştür (12). Bizim çalışmamızda da bu düşüncüyü destekler şekilde bireylerin kanser taraması yaptırmamasının en sık sebebi, sağlık kuruluşlarında COVID-19 pandemisi kaynaklı enfeksiyona yakalanma riskidir. Çalışmamızdaki açık uçlu soruda bununla ilgili çözüm önerisi olarak; enfeksiyon riski açısından daha ayrıştırılmış ortamlarda tarama yapılması, mobil araçlarla tarama hizmeti verilmesi, kanser açısından riskli grupların saptanması ile evde sağlık ekiplerince ev ziyareti yapılarak tarama hizmeti verilmesi, randevu sisteminin düzenlenmesi ile daha az hastaya randevu verilerek enfeksiyon riskinin azaltılması, kanser taramalarına uygun açık hava veya iyi havalandırılabilen sağlık merkezleri oluşturulması gibi cevaplar verilmiştir. Basu ve ark.

tarafından yapılan çalışmada enfeksiyona yakalanma korkusu olan bireyler için alınan önlemlerin duyurulmasının, toplumda güven oluşturabileceği ve sağlık bakımı arama davranışlarını iyileştirebileceği söylenmiştir (8).

Pandemi öncesi dönemde olduğu gibi pandemi sürecinde de bireylerin en sık tarama yaptırmama sebepleri arasında ilk sıralarda, zaman ayıramama ve tarama yapıldığını bilmeme durumları vardır. Kanser bilinçlendirme kampanyaları yapılarak tarama, teşhis ve tedaviyi geciktirmenin sonuçları konusunda halk daha etkili bir şekilde bilgilendirilmelidir. Çünkü bu hizmetlerin öneminin anlatılması ile kanser taramaları hakkında toplumun bilinçlenmesi ve bireylerin tarama yaptırmak için zaman ayırması sağlanabilir.

Çalışmamızda KETEM'ler kapalı olduğu için kanser taraması yaptıramadığını söyleyenler vardır. Bursa'da KETEM'ler, sağlık sisteminin pandemi yükünü kaldıramadığı zamanlarda kapanmış ve kanser taraması hizmeti verememiştir. Ancak çalışmamız yapıldığı sırada KETEM'ler açık ve aktif olarak hizmet veriyor olmasına rağmen bazı bireylerin bunu bilmediği saptanmıştır. Buradan yola çıkarak kanser tarama faaliyetlerinin yeniden başlaması gibi değişimlerin, kitle iletişim araçları yoluyla geniş çapta duyurulmasının yararlı olabileceğini düşünmekteyiz (8).

Çalışmamızda COVID-19 pandemisi öncesi hiç kanser taraması yaptırmayıp, pandemi sürecinde tarama yaptıran bireyler vardır. Bu bireylere taramaların etkin şekilde yapılması için çözüm önerileri sorulduğunda; pandemi döneminde sağlığın ana gündem maddesi olması nedeniyle kendi sağlığına ilgisinin artması sonrası kanser taraması yaptırdığını söylemiş, kanser taraması konusunda bilgilendirmelerin daha etkin yapılmasını önermişlerdir. Buradan yola çıkarak pandemi sürecinde bazı bireylerin farkındalığının arttığını ve bu yüzden kanser taramalarını yaptırmaya başladığını söyleyebiliriz. Pandemi sürecinde çeşitli sebeplerle kanser taraması yaptırmayan bireylerin de bunu ileri tarihli bir zamana ertelediğini hesaba katarsak, tarama hizmetlerinde COVID-19 etkisi azaldıkça yığılmalar olabileceği öngörülebilir (45). Bu sebeple önümüzdeki dönemde kanser tarama hizmetlerinde, malignite geliştirme riski daha yüksek olan bireylere öncelik verilmesi gibi bazı stratejik değişiklikler yapılabilir (53).

Ülkemizde pandemi öncesi dönemde, bireylerin kanser tarama testlerine katılımını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalar yapılmıştır. Çalışmamızda bu çalışmalardan farklı olarak kanser tarama testlerine katılımı etkileyen faktörler, pandemi öncesi dönem ve pandemi süreci ayrı ayrı ele alınarak incelenmiştir. Açıkgoz ve ark. tarafından yapılan anket çalışmasında lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların pap-smear/HPV-DNA testi yaptırmaya alışkanlığının daha fazla olduğu bulunmuştur (54). Babaoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada kadınlarda lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların, meme ve serviks kanseri taramalarına katılım oranları daha yüksek bulunmuştur (50). Çalışmamızda ise öğrenim durumu ile kanser taraması yaptırmaya durumu arasında hem pandemi öncesi dönemde ($p=0,541$) hem de pandemi sürecinde ($p=0,738$) anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Babaoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada serviks kanseri için evli, boşanmış/eşini kaybetmiş olanların ve ailesinde kanser öyküsü olanların; kolorektal kanser için ise evli olanların tarama programlarına katılım oranları daha yüksek bulunmuştur (50). Çalışmamızda buna benzer şekilde ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin hem pandemi öncesi dönemde ($p=0,001$) hem de pandemi sürecinde ($p=0,007$) tarama programlarına katılım oranları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ayrıca ailesinde kanser öyküsü olanların, kanser taraması yapıldığını daha çok bildiği bulunmuştur ($p=0,000$). Buradan yola çıkarak ailesinde kanser öyküsü olanların, uygun yaş aralıklarında kanser taramalarının yapıldığını bilmesi sebebiyle bu taramaları yaptırdıkları söylenebilir. Çalışmamızda evlilerin pandemi sürecinde oransal olarak bekârlardan daha fazla kanser taraması yaptırdığı gözlenirken ($p=0,033$), pandemi öncesi dönemde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,257$).

Yılmaz ve ark. 2016 yılında yaptıkları çalışmada kadınların kolorektal kanser taramalarına erkeklerden daha fazla katıldıklarını saptamışlardır (55). Emiral ve ark. tarafından 2018 yılında Eskişehir’de yapılan çalışmada ise kolorektal kanser ile ilgili tarama testlerine katılım oranı, kadınlarda ve hekim tanılı kronik hastalığı olanlarda daha yüksek saptanmıştır (56). Çalışmamızda benzer şekilde kadınların hem pandemi öncesi dönemde ($p=0,000$) hem de pandemi sürecinde ($p=0,000$) kanser taraması yaptırmaya

oranları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda kronik hastalık durumu ile pandemi öncesi dönemde kanser taraması yaptıran durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p=0,000$); pandemi sürecinde ise anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0,972$). Emiral ve ark. yaptığı çalışmaya benzer şekilde pandemi öncesi dönemde kanser tarama testlerine katılım oranı, kronik hastalığı olanlarda daha yüksektir. Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin pandemi öncesi tarama yaptıran oranı %66,4 iken, pandemi sürecinde %16,4'e düştüğü görülmüştür. Kronik hastalığı olup, pandemi sürecinde kanser taraması yaptırmamış olanların yaklaşık %70'i enfeksiyona yakalanma korkusu ile tarama hizmetlerinden yararlanmadığını ifade etmiştir. Yıldırım ve ark. tarafından kronik hastalığı olan bireylerde COVID-19 korkusu ve sağlık hizmetlerini kullanma durumlarını değerlendiren çalışmada, katılımcıların %27,5'inin pandemi sürecinde kronik hastalık tedavi süreçlerinin etkilendiği, en sık kullandıkları sağlık hizmet kurumunun ise Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) olduğu bulunmuştur (57). Çalışmamızda da bunu destekler şekilde kronik hastalığı olan bireyler, taramaların daha etkin şekilde yapılabilmesi için; ASM'lerde tarama yapılması, ASM yakınlarında gezici kanser tarama araçları gelmesi gibi çözüm önerileri belirtmişlerdir. Bu bireylerin çözüm önerilerine bakıldığında 'Etkin randevu sistemi'nin en fazla belirttikleri ana başlık olduğu görüldü. Sonuç olarak kronik hastalığı olan bireylerin, temelde enfeksiyona yakalanma korkusu ve randevu bulamama gibi sebeplerle tarama testlerine katılımlarının azaldığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık algısının, kanser taraması hizmetlerinden yararlanma durumları üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu araştırdık. Çünkü bireylerin sağlık algısı, sağlık ile ilgili sorumluluklarını etkileyerek sağlık durumunu değiştirecek davranışları belirleyip kontrol edebilmesinde önem taşımaktadır (58,59). Çalışmamızda katılımcıların sağlık algısı ölçeğine dayanarak hesaplanan sağlık algısı puanı ortalaması $50,60 \pm 7,91$ bulunmuştur. Pandemi öncesi dönemde kanser taraması yaptıran bireylerin sağlık algısı puan ortalaması, hiç yaptırmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,026$). Aynı şekilde pandemi sürecinde de kanser taraması yaptıran bireylerin sağlık algısı puan ortalaması anlamlı bir

şekilde daha yüksektir ($p=0,045$). Uygun yaş aralıklarında kanser taramalarının yapıldığı konusunda bilgisi olan bireylerin sağlık algısı puan ortalaması da, bilgisi olmayanlara göre yüksek saptanmıştır ($p=0,000$). Şen ve Öztürk tarafından sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yapılmıştır (49). 18 ila 83 yaş arası bireylerin oluşturduğu çalışma grubunun sağlık algısı ölçeğine dayanarak hesaplanan sağlık algısı puanı ortalaması çalışmamıza benzer şekilde $50,18 \pm 9,86$ 'dır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada bireylerin kanser tarama bilgisi açısından istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (49). Bu durum bizim çalışmamızın 30-70 yaş aralığındaki bireyler ile yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü kanser taramaları için uygun yaş aralığındaki bireyler, kanser taramaları hakkında daha fazla bilgiye sahip olabilir. Şen ve Öztürk'ün çalışmasında kanser taramaları için önerilen yaş grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise pap-smear, mamografi, kolonoskopi ve gaytada gizli kan testi yaptırma durumu ile sağlık algısı puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (49). Uysal ve ark. tarafından kadınların sağlık algıları, kanser taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın örneklem grubunu ise online ortamda anketleri dolduran 248 kadın oluşturmuştur. Çalışmaya katılan kadınların sağlık algısı ortalama puanlarının $53,33 \pm 6,50$ olduğu bu çalışmada, sağlık algısı ile kanser taramalarına yönelik tutum arasındaki anlamlı ilişki saptanmıştır. Uysal ve ark. bulduğu sonuç, sağlığına önem veren kadınların aynı zamanda kanser taramalarına yönelik farkındalığının da yüksek olduğunu göstermektedir (59). Bu durum çalışmamızda bulduğumuz, sağlık algısı puanı yüksek olan bireylerin kanser taramalarına daha fazla katılması sonucunu desteklemektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları:

- Belirlediğimiz ASM'lere aktif olarak başvuran hastalarda yapılması sebebi ile başvurmayan bireyleri içermemektedir.
- Çalışma Bursa iline bağlı merkez ilçelerde bulunan ASM'ler üzerinden yürütüldüğü için kırsal kesimde yaşayanlar hakkında fikir vermeyebilir.

- Çalışma Bursa iline bağlı 8 ASM birimine başvuran kesin kayıtlı bireyler ile yapılmıştır. Bu 8 ASM birimi, Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi sürecinde olan, aktif olarak Bursa'daki ASM'lerde aile hekimi statüsünde çalışan asistan doktorların birimlerinden seçilmiştir. Uzmanlık eğitimi almakta olan aile hekimleri, hastalarına kanser taraması konusunda daha fazla bilgi vermiş olabilirler.
- Çalışmamızın verileri 2022 Şubat, Mart ve Nisan aylarını kapsayan 3 ayda toplanmıştır. Bilim Kurulu Toplantısı sonrası 2 Mart 2022'de açık havada maske kullanma zorunluluğu sona ermiş, 26 Nisan 2022'de ise toplu taşıma araçları ve sağlık kuruluşları dışındaki kapalı mekanlarda da maske kullanma zorunluluğu kaldırılmıştır (60). Pandemi yükünün azaldığını düşündürebilecek bu gelişmeler sonrası yüz yüze anket uygulanan hastaların bazılarının kısa süre önce kanser taraması yaptırmış olduğu, bazılarının ise yakın zamanda randevu almış olduğu dikkat çekmiştir. Bu durum çalışmamızın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızın güçlü yönleri:

- Çalışmamız Bursa iline bağlı 3 farklı merkez ilçeyi içeren 8 ASM biriminde yapılan çok merkezli bir çalışmadır.
- Çalışmamıza ulusal kanser taramaları için uygun yaş ve cinsiyet özelliklerini sağlayan (30-70 yaş arası kadınlar, 50-70 yaş arası erkekler) bireyler dâhil edilmiştir. Literatürdeki çalışmaların çoğunun spesifik kanser türleri için taramaları ele aldığı görülmüştür. Bizim çalışmamız, taraması yapılan üç kanser türünü de inceleyen geniş çaplı bir çalışmadır.
- Literatürde kanser taramalarının pandemi sürecinden nasıl etkilendiği ile ilgili az sayıda çalışma bulunmakta ve bireylerin görüşlerine yer veren araştırmaların yapılması önerilmektedir. Bu yönden bakılırsa uygun yaş grubundaki bireylerin pandemi

sürecinde kanser taramalarına neden katılmadığının araştırılması büyük önem arz etmektedir. Çalışmamız, pandeminin kanser taramaları üzerinde yarattığı problemin nedenleri ortaya koymasının yanında, taramaların daha etkin yapılabilmesi için doğrudan bireylerin görüşlerine de yer vermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yakın zamanda yaşadığımız pandeminin akut etkilerinin yanı sıra önemli geç etkilerinin olacağı iki yılı aşan bu süreçte en çok tartışılan konulardandır. Bu etkilerin başında ise kanser taramalarındaki aksamaların yaratacağı sonuçlar ile ilgili endişeler yer almaktadır. Pandeminin kanser taramaları üzerindeki etkilerini incelediğimiz araştırma sonucunda elde ettiğimiz verilere dayanarak;

- Pandemi öncesi dönemde kanser tarama hizmetlerine katılım oranı %52,2 iken pandemi sürecinde bu oranın %16,4'e düştüğünü,
- Taramalar için uygun yaş grubundaki bireyler ayrı ayrı değerlendirildiğinde, en çok kolon kanseri taramalarında düşüş olduğunu,
- Bireylerin tarama yaptırmama sebeplerinin yaklaşık yarısının pandemi ile doğrudan ilgili olduğunu ve bunların içinde en sık sebebin ise COVID-19 pandemisi kaynaklı enfeksiyona yakalanma riski olduğunu,
- Kapanmalar sonrası kanser tarama faaliyetlerinin aktif olarak tekrar başladığı konusunda yeterli bilgilendirme yapılmadığını,
- Tarama yaptırmama davranışı üzerinde cinsiyet, öğrenim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin pandemi sürecinde de benzer etkide olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda pandemi öncesi dönemde olduğu gibi pandemi sürecinde de bireylerin en sık tarama yaptırmama sebepleri arasında ilk sıralarda, zaman ayıramama ve tarama yapıldığını bilmeme durumları olduğu görülmüştür. Pandemi ile doğrudan ilgisi olmayan bu durumların çözümü ise halkı daha etkin bir şekilde bilgilendirmektir. Çünkü teşhis ve tedaviyi geciktirmenin sonuçları konusunda daha etkin bilgilendirme yapılarak

toplumun bilinçlenmesi ve bireylerin tarama yaptırmak için zaman ayırması sağlanabilir.

Kronik hastalığı olanların pandemi öncesi dönemde kanser tarama hizmetlerini daha çok kullandığı görülmesine rağmen pandemi sürecinde böyle bir sonuç bulunamamıştır. Bu özellikli grubun yaklaşık %70'inin enfeksiyona yakalanma korkusu ile tarama yaptırmadığı, çözüm önerilerine bakıldığında ise 'Etkin randevu sistemi'nin en fazla belirttikleri ana başlık olduğu görüldü. Bu durum, salgının şiddetinin azaldığı dönemlerde tarama yaptırmak isteyip randevu ile ilgili problemler yaşadıklarını düşündürmektedir. Pandemi sürecinde bazı bireylerin sağlığa ilgisinin artması sebebi ile kanser taramalarına olan farkındalıklarının arttığını da göz önüne alırsak, COVID-19 etkisi azaldıkça tarama hizmetlerinde yığılmalar olabileceği öngörülebilir. Önümüzdeki dönemde tarama programları açısından bu bekleyen iş yükü ile başa çıkabilmek için hizmet olanaklarının artırılması gerekmektedir. Ayrıca kanser tarama hizmetlerinde, malignite geliştirme riski daha yüksek olan bireylere öncelik verilmesi gibi bazı stratejik değişiklikler yapılması gerekebilir.

Tüm bu bulgular göz önüne alındığında pandemi ile mücadelede koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu ve halkın bu konuda bilgilendirilmesi konusunda yetersizlik yaşandığı söylenebilir. Benzer kriz durumlarında çalışmamızda bahsettiğimiz önlemler ile sağlık sisteminde yaşanması muhtemel yeni bir krizin önüne geçilmesi mümkün olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020. <https://gco.iarc.fr/today> (Erişim Tarihi:12.03.2022).
2. TÜİK-Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (Erişim Tarihi:13.03.2022).
3. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü-Kanser Taramaları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> (Erişim Tarihi:13.03.2022).
4. WHO | Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Erişim Tarihi: 12.03.2022).
5. Dünya Kanser Raporu 2008. Ed: Boyle P, Levin B. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Yayını, Lyon, Fransa 2008. <https://studylibtr.com/doc/604005/d%C3%BCnya-kanser-raporu-2008> (Erişim Tarihi: 15.03.2022).
6. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, Macdonald S, Ramirez AJ. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: Evidence for common cancers. *Br J Cancer*. 2009;101:S92–101.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiolojivetanipdf.pdf> (Erişim Tarihi:28.03.2022).
8. Basu P, Alhomoud S, Taghavi K, et al. Cancer Prevention and Control Special Articles Cancer Screening in the Coronavirus Pandemic Era: Adjusting to a New Situation. *JCO Glob Oncol*. 2021;7:416–24.
9. Richards M, Anderson M, Carter P, Ebert BL, Mossialos E. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nat Cancer*. 2020;1(6):565–7.
10. Patt D, Gordan L, Diaz Michael, et al. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clin Cancer Informatics*. 2020;4:1059-71.
11. Maringe C, Spicer J, Morris M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol*. 2020;21(8):1023–34.
12. Esmeray O, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin COVID-19 Pandemi Deneyiminin İncelenmesi. *Acta Medica Nicomedia*. 2021;4(2):56–63.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı - Türkiye Kanser Kontrol Programı,2021. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/2021_Kanser_Kontrol_Programi_/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf (Erişim Tarihi:05.04.2022).
14. Hecht SS. Cigarette smoking: cancer risks, carcinogens, and

- mechanisms. *Langenbeck's Arch Surg.* 2006;391(6):603–13.
15. Scherübl H. Smoking tobacco and cancer risk. *Dtsch Medizinische Wochenschrift.* 2021;146(6):412–7.
 16. Sapienza C, Issa JP. Diet, Nutrition, and Cancer Epigenetics. *Annu Rev Nutr.* 2016;36:665–81.
 17. Chan DSM, Lau R, Aune D, et al. Red and processed meat and colorectal cancer incidence: meta-analysis of prospective studies. *PLoS One.* 2011;6(6):1-21.
 18. Wiseman MJ. Nutrition and cancer: prevention and survival. *Br J Nutr.* 2019;122(5):481–7.
 19. Runggay H, Murphy N, Ferrari P, Soerjomataram I. Alcohol and Cancer: Epidemiology and Biological Mechanisms. *Nutrients.* 2021;13(9):3173.
 20. Nejsum LN, Andersen AB. Infection and the role in cancer development. *APMIS.* 2020;128(2):71-72.
 21. Plummer M, de Martel C, Vignat J, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Heal.* 2016;4(9):e609–16.
 22. Rushton L, Bagga S, Bevan R, et al. Occupation and cancer in Britain. *Br J Cancer.* 2010;102(9):1428–37.
 23. Turner MC, Krewski D, Ryan Diver W, et al. Ambient Air Pollution and Cancer Mortality in the Cancer Prevention Study II. *Environ Health Perspect.* 2017;125(8)13-27.
 24. Yokus B, Ülker D. Kanser Biyokimyası. *Dicle Üniv Vet Fak Derg.* 2012;1(2):7–18.
 25. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49.
 26. Orun Y. Türkiye’de Yaşam Boyu Kansere Yakalanma Riski. *Sos Güvence Derg.* 2017;6(12):108–24.
 27. Rakel RE, Rakel DP. *Rakel Aile Hekimliği* 9. Baskı [Internet]. Saatçı E, editor. 2019. 81–101 p.
 28. *Aile Hekimliği Avrupa Tanımı-WONCA Avrupa 2005 Basım Türkçe Çevirisi.* https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf (Erişim Tarihi:23.04.2022).
 29. Akdeniz M, Kavukçu E. Quaternary prevention: First, do not harm. *Türk Aile Hekim Derg.* 2017;21(2):74–81.
 30. *Kansere Karşı Avrupa Kodu - Uluslararası Kansere Araştırmaları Ajansı (IARC).* <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/> (Erişim Tarihi:23.04.2022).
 31. Austoker J, Bankhead C, Forbes LJL, et al. Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. *Br J Cancer.* 2009;101(2):31–9.
 32. Schliemann D, Su TT, Paramasivam D, et al. Effectiveness of Mass and Small Media Campaigns to Improve Cancer Awareness and Screening Rates in Asia: A Systematic Review. *J Glob Oncol.* 2019;5(5)575.
 33. Park K, Hong WH, Kye SY, et al. Community-based intervention to promote breast cancer awareness and screening: The Korean experience. *BMC Public Health.* 2011;11:468.

34. Anastasi N, Lusher J. The impact of breast cancer awareness interventions on breast screening uptake among women in the United Kingdom: A systematic review. *J Health Psychol.* 2019;24(1):113–24.
35. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi:26.04.2022).
36. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ.* 2008;86(4):317.
37. Loud JT, Murphy J. Cancer screening and early detection in the 21st century. *Semin Oncol Nurs.* 2017;33(2):121.
38. Blamey RW, Wilson ARM, Patnick J. ABC of breast diseases: Screening for breast cancer. *BMJ Br Med J.* 2000;321(7262):689.
39. Ebell MH, Thai TN, Royalty KJ. Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. *Public Health Rev.* 2018;39(1)37-39.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı - Türkiye Kanser Kontrol Programı,2016. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf (Erişim Tarihi:07.05.2022).
41. How the Pandemic Has Changed Cancer Screening and Care | Time. <https://time.com/5884236/coronavirus-pandemic-cancer-care/> (Erişim Tarihi: 07.05.2022).
42. Villain P, Carvalho AL, Lucas E, et al. Cross-sectional survey of the impact of the COVID-19 pandemic on cancer screening programs in selected low- and middle-income countries: Study from the IARC COVID-19 impact study group. *Int J Cancer.* 2021;149(1):97–107.
43. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *J Community Psychol.* 2007;35(5):557–61.
44. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klin J Med Sci.* 2012;32(1):47–53.
45. McBain RK, Cantor JH, Jena AB, et al. Decline and Rebound in Routine Cancer Screening Rates During the COVID-19 Pandemic. *J Gen Intern Med.* 2021;36(6):1829–31.
46. Fillon M. Routine Cancer Screening Rates Rebound After Deep Drop From Pandemic Fear. *Ca.* 2021;71(5):366–8.
47. Carethers JM, Sengupta R, Blakey R, Ribas A, D'Souza G. Disparities in Cancer Prevention in the COVID-19 Era. *Cancer Prev Res (Phila).* 2020;13(11):893–6.
48. London JW, Fazio-Eynullayeva E, Palchuk MB, Sankey P, McNair C. Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters. *JCO Clin Cancer Informatics.* 2020;4(4):657–65.
49. Karakoyunlu Şen S, Kılıç Öztürk Y. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2020;24(4):175–83.
50. Babaoğlu AB, Büyüközmen E, Can FE. İzmir'de Toplumda Kanser Tarama Testleri Farkındalığı ve Bireylerin Kanser Tarama Testlerine

- Katılımını Etkileyen Faktörler. *Med J West Black Sea*. 2021;5(2):173–81.
51. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, et al. Bahçeşehir’de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. *J Breast Heal*. 2009;5(4):214–24.
 52. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, et al. Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*. 2017;17(1):73–83.
 53. Fagundes TP, Albuquerque RM, Miranda DLP, et al. Dealing with cancer screening in the COVID-19 era. *Rev Assoc Med Bras*. 2021;67(1):86–90.
 54. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Derg*. 2011;25(3):145–54.
 55. Yılmaz M, Dereli F, Yelten G. Elli yaş ve üzerindeki bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık inançlarının kolon kanserine ilişkin tarama davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*. 2017;226–34.
 56. Emiral GÖ, Emiral GÖ, Atalay BI, et al. Yarı kırsal alanda yaşayan kişilerde gaitada gizli kan taraması ve tarama programları hakkında farkındalıkları. *Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg*. 2018;3(1):22–34.
 57. Aydın Yıldırım T, Gebeşoğlu N. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Covid 19 Korkusu ve Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;(16):98–113.
 58. Yalnızoğlu Çaka S, Topal S, Karakaya Suzan Ö, Çınar N, Altınkaynak S. Hemşirelik Öğrencilerin Sağlık Algısı İle Özgüvenleri Arasındaki İlişki. *J Hum Rhythm*. 2022;3(4):199–203.
 59. Uysal N, Ünal Toprak F. Kadınların Sağlık Algıları, Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi . *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg*. 2022;(6):65–76.
 60. Toplu taşımada maske zorunluluğu kaldırıldı. <https://www.trthaber.com/foto-galeri/toplu-tasimada-maske-zorunlulugu-kaldirildi/47195/sayfa-13.html> (Erişim Tarihi:14.08.2022).

8. EKLER

EK-1: İzinler

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Bursa'daki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Kansere Tarama Testlerine Katılımlarını Etkileyen Faktörlerin ve Covid-19 Pandemisinin Bu Duruma Etkisinin Değerlendirilmesi

Karar No: 2022-2/19

Tarih: 19 Ocak 2022

KARAR BİLGİLERİ

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.

1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,
2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,
3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,
4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Raporlu
Prof.Dr.Ehif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı/Başkan Vek.	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Özen ÖZ GÖL Üye	İç Hastalıklar Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıklar AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER Kafa Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ.Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*Toplantıda Bulunma



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-72873149-604.02.99
Konu : Araştırma İzin talebi (Dr. Erdinç
SEVİNÇ).

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : Dr. Erdinç SEVİNÇ'in 03/02/2022 tarihli dilekçesi.

Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli Asistan Dr. Erdinç SEVİNÇ'in dilekçesiyle; Prof.Dr. Yeşim UNCU'nun sorumluluğunda "**Bursa'daki Aile Sağlık Merkezlerine Başvuran Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılımlarını Etkileyen Faktörlerin Ve Covid-19 Pandemisinin Bu Duruma Etkisinin Değerlendirilmesi**" konulu çalışmasını, çalışmaya katılmaya gönüllü olduğu başvuru formunda bildirilen Bursa İlinde hizmet veren 9 Aile Hekimliği Birimlerinin kesin kayıtlı hastalarına anket uygulamak yönteminde yapılabilmesi için Müdürlüğümüzden izin talep ettiği görülmektedir. .

Bu kapsamda; Söz konusu çalışmalarla ilgili olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 24.06.2020 tarih ve E.1240 yazılılarıyla; Bilimsel araştırma talebinde bulunan araştırmacıların Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin aldıktan sonra (Çok Merkezli Bilimsel Araştırmalar ve Covid-19 pozitif numune talepleri hariç olmak üzere) İl Sağlık Müdürlüklerine başvuruda bulunabilecekleri, araştırmacıların sadece kendi sağlık kurum veya kuruluşundaki hasta verilerini kullandıkları durumda araştırmaya müdürlük düzeyinde onay verilebileceği belirtilmiştir.

Buna göre; bahse konu talep incelendiğinde sağlık hizmetlerine ve bilimsel literatüre katkısı göz önüne alınarak, çalışmanın yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi ve çalışmacıya bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fevzi YAVUZYILMAZ
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1- Dr. Erdinç SEVİNÇ Araştırma Evrakları 1
- 2- Dr. Erdinç SEVİNÇ Araştırma Evrakları 2

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA
Telefon: Faks No: 02242240092
e-Posta: zeynep.kusat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Z.KUŞAT

Bilgi için: Zeynep KUŞAT
HEMŞİRE
Telefon No: (0 224) 808 30 22

EK-2: Anket Formu

Bursa'daki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılmalarını Etkileyen Faktörlerin ve Covid-19 Pandemisinin Bu Duruma Etkisinin Değerlendirilmesi

Sayın katılımcılar,

Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin kanser tarama testlerine katılmalarını etkileyen faktörlerin ve Covid-19 pandemisinin bu duruma etkisinin değerlendirildiği tez çalışmamız için düzenlenen ankette, kimliğinizi belli edecek hiçbir soru bulunmamaktadır. Anketimizin tamamlanma süresi yaklaşık 10 dakkadır. Anketimize katılmayı kabul ettiğiniz ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Form no:

1) ANKET SORULARI

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

- 1) Erkek
2) Kadın

3.Medeni durumunuz:

- 1) Bekâr
2) Evli

4.Öğrenim durumunuz:

- 1) Öğrenim görmemiş
2) İlköğretim
3) Lise
4) Üniversite
5) Yüksek lisans/doktora

5.İkamet ettiğiniz yer:

- 1) İl merkezi
2) İlçe
3) Kasaba
4) Köy

6.Aktif çalışma durumunuz:

- 1) Çalışıyor
2) Emekli
3) Çalışmıyor

7.Mesleğiniz:

- 1) Memur (Sağlık çalışanıysanız 2.şikkı
işaretleyiniz.)
2) Sağlık çalışanı
3) İşçi
4) Esnaf
5) Diğer (.....)

8.Aylık gelir durumunuz:

- 1) 4.250 TL ve altı
2) 4.250 - 8.000 TL arası
3) 8.000 - 12.000 TL arası
4) 12.000 TL ve üzeri

9.Sosyal güvence durumunuz:

- 1) Var
2) Yok

10.Kronik hastalık durumunuz:

- 1) Var
2) Yok

11.Kronik hastalığınız varsa hangisi/hangileri olduğunu belirtiniz.

- 1) Hipertansiyon
2) Kronik kalp hastalığı
3) Diyabet (Şeker hastalığı)
4) Kanser
5) Hipotiroidi
6) Astım
7) KOAH
8) Nörolojik hastalık
(Alzheimer,Parkinson, Demans)
9) Psikiyatrik hastalık
10) Romatolojik hastalık
11) Diğer (.....)

12.Sigara kullanım durumunuz:

- 1) Kullanıyor
2) Bırakmış
3) Kullanmıyor

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Taraftan onaylanmıştır.
Tarih : 19.01.2022
Karar No : 2022-2/19 ✓

13. Alkol kullanım durumunuz:

- 1) Kullanıyor
2) Bırakmış
3) Kullanmıyor

14. Düzenli olarak egzersiz yaptığınızı düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
2) Hayır

15. Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
2) Hayır

16. Ailenizde kanser öyküsü var mı? (Yoksa 19. soruya geçiniz.)

- 1) Var
2) Yok

17. Ailenizde kanser öyküsü varsa, kanser olan akrabanızın/akrabalarınız yakınlığı nedir?

- 1) 1. derece akraba
(Anne, baba, çocuk)
2) 2. derece akraba
(Dede, anneanne, babaanne, torun, kardeş)
3) 3. derece akraba
(Teyze, hala, dayı, amca, yeğen)
4) Diğer (.....)

18. Ailenizde kanser öyküsü varsa, kanserin türünü belirtiniz.

- 1) Kolon kanseri
2) Meme kanseri
3) Serviks (rahim ağzı) kanseri
4) Endometrium (rahim) kanseri
5) Akciğer kanseri
6) Karaciğer kanseri
7) Mesane kanseri
8) Kemik tümörleri
9) Mide kanseri
10) Beyin tümörleri
11) Pankreas kanseri
12) Tiroid kanseri
13) Deri kanserleri
14) Diğer (.....)

19. Uygun yaş aralıklarında bazı kanser taramalarının yapıldığını biliyor musunuz?

- 1) Evet
2) Hayır

20. 19. soruya cevabınız evet ise, kanser taramaları hakkındaki bilgilere nereden ulaştınız?

- 1) Sağlık personelinin
2) Medyadan (tv, gazete, internet)
3) Yakınlarımdan
4) Diğer (.....)

21. Aile hekiminiz size kanser taramaları hakkında bilgi verdi mi?

- 1) Evet
2) Hayır
3) Hatırlamıyorum

22. Covid-19 pandemisinde önce hiç kanser taraması yaptırdınız mı?

- 1) Evet
2) Hayır

23. 22. soruya cevap evet ise, Covid-19 pandemisinde önce hangisi veya hangilerini yaptırdınız?

- 1) Mamografi
2) Pap smear/HPV-DNA
3) Kolonoskopi/sigmoidoskopi
4) Gaitada gizli kan

24. 22. Soruya cevap hayır ise Covid-19 pandemisinde önce tarama yaptırmama nedeniniz/nedenleriniz nelerdi?

- 1) Kanser taramaları için uygun yaş grubunda değildim
2) Tarama yapıldığını bilmiyordum
3) Zaman ayıramadım
4) Nereye başvurmam gerektiğini bilemedim
5) Maddi olanaksızlıklar yüzünden gidemedim
6) Doktora gitmeye çekindim
7) Kötü bir hastalığım olmasından korktum
8) Test sonucuna güvenmiyorum
9) Kendimi taraması yapılan hastalıklar için risk altında görmüyorum

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Anatomi ve Etilik Kurul
Sesinden onaylanmıştır
Tarih: 15.01.2022
Kasir No: 2022-2/15

- 10) Rahatsız edici bir işlem olduğunu düşünüyorum
- 11) Sağlık kuruluşuna ulaşımım güç olduğu için yaptırmıyorum
- 12) Erken tanının iyileşmede etkisinin olacağına inanmıyorum
- 13) Diğer (.....)

25. Covid-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırdınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

26. 25. soruya cevap evet ise, Covid-19 pandemisi sürecinde hangisi veya hangilerini yaptırdınız?

- 1) Mamografi
- 2) Pap smear/HPV-DNA
- 3) Kolonoskopi/sigmoidoskopi
- 4) Gaitada gizli kan testi

27. 25. Soruya cevap hayır ise Covid-19 pandemisi sürecinde tarama yaptırmama nedeniniz/nedenleriniz nelerdir?

- 1) Tarama testi yaptırmak istedim, ancak nereye başvurmam gerektiğini bilemedim
- 2) KETEM'ler kapalı olduğu için tarama testlerini yaptıramadım

- 3) Covid-19 riskinden dolayı sağlık işlemi yaptırmaktan çekindim
- 4) Pandemi tedbirleri sebebiyle (ulaşım engeli-sokağa çıkma yasağı vs)
- 5) Poliklinik randevularının kısıtlanmasından dolayı
- 6) Pandemi öncesi tarama yaptırdım, ancak üzerinden uygun süre geçmediği için yeni tarama yaptırmadım
- 7) Tarama yapıldığını bilmiyordum
- 8) Zaman ayıramıyorum
- 9) Maddi olanaksızlıklar yüzünden gidemiyorum
- 10) Diğer (.....)

28. Kanser tarama testi yaptıрма durumunuzun Covid-19 pandemisi sebebiyle aksadığını düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

29. 28.soruya cevabınız evet ise, Covid-19 pandemisi sürecinde kanser taramalarının daha etkin yapılması için çözüm öneriniz nelerdir? (Nitel soru)

.....

.....

.....

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.01.2022
Karar No : 2022-2/19

2) SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Sağlık algısını ölçen aşağıdaki tabloda uygun gördüğünüz numarayı işaretleyiniz.

1-Hiç katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Çok katılıyorum anlamına gelmektedir.

	1	2	3	4	5
1- Sağlığımı çok düşünürüm.					
2- Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3- Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.					
4- Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5- Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6- Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7- Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8- Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9- Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10- Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11- Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12- Sağlıklı olmak şans işidir.					
13- Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14- İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15- Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

TEŞEKKÜRLER...

BİLGİLENDİRME

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen kanser tarama programları aşağıda yazılmıştır.


Serviks (Rahim ağzı) kanseri: 30-65 yaş arasındaki kadınlar tarama için her 5 yılda bir pap-smear testi/HPV-DNA testi yaptırmalıdır.

Meme kanseri: 40-69 yaş arası tüm kadınlar 2 yılda bir mamografi yaptırmalıdır.

Kolorektal kanser: 50-70 yaş arası herkes 2 yılda bir gaytada gizli kan testi ve 10 yılda bir sigmoidoskopi/kolonoskopi testi yaptırmalıdır.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.01.2022
Karar No : 2022-2/19

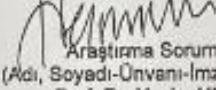
EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 2
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014		

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Prof. Dr. Yeşim UNCU tarafından yürütülen "Bursa'daki aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin kanser tarama testlerine katılımlarını etkileyen faktörlerin ve Covid-19 pandemisinin bu duruma etkisinin değerlendirilmesi" başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.


Araştırma Sorumlusu
(Adı, Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Prof. Dr. Yeşim UNCU

Araştırmanın Amacı:
Kanser, dünya genelindeki ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Kanser konusunda toplumda farkındalık sağlanması, toplum bilincinin geliştirilmesi ve kanser taramaları, kanserle mücadelede en etkili yöntemlerin başında gelmektedir. Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği oğ kanser türünde tarama yapılmaktadır. Covid-19 pandemisi sürecinde bireylerin kanser taraması yaptırma durumları etkilenebilir. Çalışmamız, kanser taramalarıyla ilgili hizmetlerin kullanımının Covid-19 pandemisi sürecindeki değişimine ilişkin verileri ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada, Bursa ilindeki 9 aile sağlığı merkezi birimine başvuran bireylerin, ulusal kanser taramalarına katılım oranları ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve Covid-19 pandemisi sürecinde kanser taraması yaptırma durumlarının nasıl etkilendiğinin bulunması amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:
Araştırmamız başlıca 2 bölümden ve 44 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri ve kanser taramaları ile ilgili sorular, ikinci bölümde ise sağlık algısını ölçmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Yetersiz ve eksik doldurulmuş tüm anketler çalışma dışı bırakılacaktır. Anketin cevaplanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir.

Araştırmanın Süresi: 4 ay

Kabılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 330

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.01.2022
Karar No : 2022-2/19

Çalışmanın adı: Bursa'daki aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin kanser tarama testlerine katılımlarını etkileyen faktörlerin ve Covid-19 pandemisinin bu duruma etkisinin değerlendirilmesi
Tarih: 14/01/2022



**ÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)**

Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yeg.Tarhi	: 04 Ocak 2010	Sayfa	
Rev. No	: 02	Rev.Tarhi	: 26 Şubat 2014	2 / 2	

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

Bursa Uludağ Üniversitesi Nilüfer 36 No'lu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi 134 No'lu Birim
Bursa Uludağ Üniversitesi Nilüfer 36 No'lu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi 135 No'lu Birim
Bursa Uludağ Üniversitesi Nilüfer 36 No'lu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi 136 No'lu Birim
Bursa Yıldırım 19 No'lu Duaçınan Aile Sağlığı Merkezi 104 No'lu Birim
Bursa Osmangazi 56 No'lu Yunuseli Aile Sağlığı Merkezi 16.01.241 No'lu Birim
Bursa Nilüfer 10 No'lu Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi 16.03.132 No'lu Birim
Bursa Yıldırım 48 No'lu Erikli Aile Sağlığı Merkezi 16.02.191 No'lu Birim
Bursa Yıldırım 42 No'lu Şirinevler Şifa Aile Sağlığı Merkezi 177 No'lu Birim
Bursa Nilüfer 34 No'lu 23 Nisan Aile Sağlığı Merkezi 16.03.127 No'lu Birim

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Prof. Dr. Yeşim UNCU / Araş. Gör. Dr. Erdiç SEVİNÇ / Prof. Dr. Züleyha ALPER /
Prof. Dr. Ails ÖZÇAKIR / Uzm. Dr. Canan TUZ YILMAZ

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 19.01.2022
Karar No : 2022-2/19

Çalışmanın adı: Bursa'daki aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin kanser tarama testlerine katılımını etkileyen faktörlerin ve Covid-19 pandemisinin bu duruma etkisinin değerlendirilmesi
Tarih: 14/01/2022

9. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bana her açıdan yardımcı olan, yoğun bir programı olmasına rağmen ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, her zaman sabırlı ve anlayışlı olan, öğrencisi olmaktan mutluluk ve onur duyduğum çok değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Yeşim UNCU'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca, mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tüm samimiyeti ile her zaman yanımda olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR ve Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde almış olduğum bir yıllık aile hekimliği uzmanlığı eğitimim boyunca bilgilerinden faydalandığım saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU ve Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na,

Tez verilerimin toplanması aşamasında bana destek olan arkadaşlarım Dr. Sevdener IŞIK, Dr. Büşra KARAKUYU, Dr. Beyza Nur ABDULKADER, Dr. Tülay GÜNDÜZCÜ, Dr. Bülent ALPER, Dr. İlkur GÜLTEKİN, Dr. Hande RİGAN, Dr. Dilruba SAĞLAM'a ve tez verilerimin analizini yaparak yorumlanması aşamasında bana destek olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Güven ÖZKAYA'ya,

Berber tıp ve uzmanlık eğitimi aldığım için kendimi şanslı saydığım dostum Uzm. Dr. Muzaffer Öncü DÖNMEZ'e ve asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Zor çalışma dönemimde bana her zaman destek olan, varlıklarıyla her zaman yanımda hissettiğim; akademik anlamda da desteklerine çok değer verdiğim abime ve fedakârlıklarıyla beni bu günlere getiren, sevgilerini, yardımlarını asla esirgemeyen annem ve babama,

Son olarak; üniversite yıllarımda tanışıp beraber büyüdüğüm, hayatımın her köşesinde varlığını hissetmekten mutluluk duyduğum, her koşulda desteğini hissettiğim, yüzümü gülümseten neşe kaynağım, eşim Ayşenur SEVİNÇ'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Karaman'da doğdum. İlköğretim eğitimimi Karaman ilinde tamamladım. Lise eğitimimi de Karaman Fen Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2011 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım.

2017 yılında mezun oldum ve Karaman İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi'nde başladığım mecburi hizmet görevimi yaklaşık 1 sene sürdürdüm ve 2019'da Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak göreve başladım. 1 yıl sonra Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na mazeretsiz yatay geçiş yaptım.