

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA İLİ MERKEZ İLÇELERİ AİLE SAĞLIK
MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN 40 YAŞ VE ÜZERİ AİLE
HEKİMLERİNİN TARAMA TESTLERİNİ KENDİLERİNE
YAPTIRMA DURUMLARI**

Dr. Gülseren LALE

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. A. Selda TEKİNER**

**ANKARA
2013**

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı	:Gülseren LALE
Anabilim/Bilim Dalı	: Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr.A.Selda TEKİNER
Tarih: 24/ 12 / 2013	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Ankara İli Merkez İlçeleri Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan 40 Yaş Ve Üzeri Aile Hekimlerinin Tarama Testlerini Kendilerine Yaptırma Durumları	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak <input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne <input type="checkbox"/> Reddine <input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı

Prof.Dr.Mehmet UNGAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi



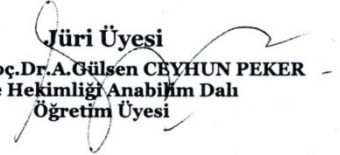
Jüri Üyesi

Yrd.Doç.Dr.A.Selda TEKİNER
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Başkanı



Jüri Üyesi

Yrd.Doç.Dr.A.Gülşen CEYHUN PEKER
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi



ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, destek, hoşgörü ve sabırlarını esirgemeyen çok sevdiğim ve saygı duyduğum başta Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. A. Selda TEKİNER'e, Aile Hekimliği Öğretim Üyeleri değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen CEYHUN PEKER'e ve Prof. Dr. Mehmet UNGAN'a,

Yardımları ve güler yüzleri ile hep yanımda olan ve deneyimlerini benimle paylaşmaktan çekinmeyen Uzm. Dr. Zehra DAĞLI, Uzm. Dr. Filiz AK, Uzm. Dr. Seval FERHAT ŞAHABETTİNOĞLU ve Uzm. Dr. Serpil İNAN'a,

Asistanlık eğitimim ve tezimde başından sonuna kadar yardımlarını esirgemeyen, daima yanımda olan, olumlu eleştiri ve katkılarıyla bana yol gösteren çok değerli dostlarım Dr. Ayşegül CÖMERT OKUTUCU, Dr. Neslihan ÖVET, Dr. Zeynep BAYRAKTUTAR'a, bana verdikleri destek ve dostluklarını minnetle anacağım birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm Aile Hekimliği Anabilim Dalı çalışanlarına,

Uzun yıllar dostluk ve sevgisini benden esirgemeyen, tez çalışmam sürecinde özveri ve yardımseverliğiyle büyük destekçim olan arkadaşım Leyla YILMAZ'a

Bugünlere gelmem de büyük emek ve fedakarlıkları olan, destek, ilgi ve sevgilerini her zaman yanımda hissettiğim sevgili annem Şakire LALE, babam Memduh LALE ve kardeşlerim Azmi, Alperen ve Hatice Nur'a, gelişi ile mutluluk veren yeğenim Elif'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gülseren LALE

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ	2
2.2. KOLON KANSERİ.....	6
2.2.1. Epidemiyoloji ve İnsidans	6
2.2.2. Risk Faktörleri	6
2.2.2.1. Ailede veya Kişide Adenom/KRK Öyküsü	7
2.2.2.2. İnflamatuvar Barsak Hastalığı	8
2.2.2.3. Kolonda Daha Önce Karsinom Varlığı.....	8
2.2.2.4. Radyasyon.....	8
2.2.2.5. Çevresel Faktörler ve Beslenme	8
2.2.3. Klinik	9
2.2.4. Tarama	10
2.2.4.1. Tarama Yöntemleri	10
2.2.4.1.1. Gaitada Gizli Kan Testi	11
2.2.4.1.2. Çift Kontrastlı Kolon Grafisi.....	11
2.2.4.1.3. Sigmoidoskopi.....	11
2.2.4.1.4. Kolonoskopi	12
2.2.4.1.5. Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi (BTK)	12
2.2.4.2. Kolorektal Kanser Taramasında Öneriler	12
2.3. MEME KANSERİ.....	13

2.3.1. Meme Kanserinde Risk Faktörleri	14
2.3.1.1. Demografik Özellikler	14
2.3.1.2. Reprodüktif Öykü	14
2.3.1.3. Ailesel/Genetik Risk Faktörleri	15
2.3.1.4. Çevresel Faktörler	15
2.3.1.4.1. Sosyoekonomik Düzey	15
2.3.1.4.2. Radyasyona Maruz Kalma	15
2.3.1.4.3. Hormon Replasman Tedavisi ve Oral Kontraseptif Kullanımı ...	16
2.3.1.4.4. Alkol Kullanımı	16
2.3.1.4.5. Egzersiz	16
2.3.1.4.6. Beslenme Alışkanlığı	17
2.3.2. Klinik	17
2.3.3. Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri	17
2.3.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	18
2.3.3.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)	18
2.3.3.3. Mamografi	19
2.3.4. Meme Kanseri Taramasında Öneriler	20
2.4. SERVİKS KANSERİ	21
2.4.1. Risk Faktörleri	21
2.4.1.1. Human Papilloma Virüs (HPV)	21
2.4.1.2. Üreme İle İlgili Faktörler	22
2.4.1.3. Sigara ve Katran	23
2.4.1.4. Hormonal Kontrasepsiyon	23
2.4.1.5. HIV	23
2.4.1.6. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	24
2.4.2. Klinik	24
2.4.3. Tarama Yöntemleri	25
2.4.3.1. Pap-Smear	25
2.4.3.2. HPV Testi	26
2.4.4. Serviks Kanserinde Tarama Önerileri	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. ÇALIŞMA POPÜLASYONU	27

3.2. VERİ TOPLANMASI.....	27
3.3. ANKET FORMUNUN İÇERİĞİ.....	28
3.4. İSTATİKSEL ANALİZ.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ	53
ÖZET.....	56
SUMMARY	58
KAYNAKLAR	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACS	: Amerika Kanser Cemiyeti
BTK	: Bilgisayarlı Tomografi ile kolonografi
CEA	: Karsinoembriyonik antijen
CTFPHC	: Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü
GGK	: Gaitada gizli kan testi
HPV	: Human Papillomavirüs
IARC	: Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi kendine meme muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KRK	: Kolorektal Kanser
NCCN	: Amerikan ulusal kapsamlı kanser ağı
OK	: Oral kontraseptif
PSA	: Prostat spesifik antijen
PSM	: Periyodik Sağlık Muayenesi
USPSTF	: Amerika Birleşmiş Devletler Önleyici Hizmetler Görev Gücü

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyet dağılımı	29
Şekil 4.2. Katılımcıların uzmanlık eğitimi alma durumları	30
Şekil 4.3. Aile Hekimlerinin kronik hastalık durumları.....	32
Şekil 4.4. Katılımcıların birinci derece akrabalarında bulunan kanser öyküsü durumları	33
Şekil 4.5. Aile Hekimlerinin kendilerine tarama testi yaptırma gerekliliği hakkındaki fikirleri.....	34
Şekil 4.6. Aile Hekimlerinin hastaların tarama testlerinden sorumlu olma gerekliliği hakkındaki fikirleri	35
Şekil 4.7. Aile Hekimlerinin aşılama durumları	37
Şekil 4.8. Erkek hekimlerin PSA ölçümü yaptırma durumları	38
Şekil 4.9. Kadın hekimlerin Pap-Smear, KKM ve mamografi yaptırma durumları.....	39
Şekil 4.10. Aile Hekimlerinin kolonoskopi ve GGK yaptırma durumları	40
Şekil 4.11. Aile Hekimlerinin tarama testlerini yaptırmak için başvurdukları merkezler.....	41
Şekil 4.12. Aile Hekimlerinin tarama testi yaptırmama nedenleri.....	42

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1.1. USPSTF öneri derecelendirme tablosu	5
Tablo 4.1. Katılımcıların sigara, alkol kullanma ve egzersiz yapma durumları	31
Tablo 4.2. Katılımcıların beden kitle indeksini hesaplama, tam kan sayımı yaptırma, lipit ölçümü yaptırma ve kan basıncı ölçtürme durumları	36
Tablo 4.3. Cinsiyet ile daha önce depresyon açısından değerlendirilmenin karşılaştırılması	38
Tablo 4.4. Erkek hekimlerde ailede prostat kanseri öyküsü ile PSA ölçümü yaptırma durumunun karşılaştırılması	43
Tablo 4.5. Kadın hekimlerde ailede meme kanseri öyküsü ile klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırma durumlarının karşılaştırılması	44
Tablo 4.6. Aile hekimlerinde ailede kolon kanseri öyküsü ile GGK ve kolonoskopi yaptırma durumlarının karşılaştırılması	45

1. GİRİŞ

Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktası olan aile hekimliği, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Doğumdan ölüme kadar süreklilik göstermesinin yanı sıra kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini ve periyodik sağlık muayenelerini (PSM) içerir.

PSM, gelecekteki hastalanma riskini saptamayı, hastalığı belirti vermediği erken dönemde tanımayı, gerekli bağışıklamaları yapmayı, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine yönelik danışmanlık hizmeti vermeyi hedefler.¹ Bu nedenle hastanın yaşına cinsiyetine ve klinik risk etmenlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı koruyucu hizmetleri sunmayı içerir.²

Kanser dünyada hemen her ülkede mortalite ve morbidite oranları açısından önde gelen sağlık sorunudur. Tüm dünyada ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır.³ Hasta sayısının giderek artması kanseri bir toplum sağlığı problemi haline getirmiştir. Bu hastalığı önlemenin en ucuz yolu, risk grubundaki hastalara tarama yöntemlerinin uygulanmasıdır. Bu doğrultuda tarama testleri erken tanıda büyük önem taşımaktadırlar. Erken tanı amacıyla birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ulusal tarama programları uygulanmaktadır. İlk tıbbi temas noktası olmaları sebebiyle de aile hekimleri PSM dahilinde, tarama testlerini hastalarına önermekte ve yaptırmaları için gerekli yönlendirmeleri yapmaktadırlar. Hastaları için rol model olmaları dolayısıyla; hastaları sağlıklarına dikkat etmeleri konusunda yönlendirebilme başarısının aile hekimlerinin kendileri ile ilgili tutum ve davranışlarından etkilendiği bilinmektedir.⁴

Biz çalışmamızda aile hekimlerinin kendilerine tarama testlerini ne oranda yaptırdıklarını saptamayı ve bu testleri kendilerine yaptırmada farkındalıklarını arttırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ

Aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle görevlidir. Aile hekimliği uygulamasının önemli bir ayağını da taramalar oluşturmaktadır. Aile hekimliği uygulama modelinin doğru ve eksiksiz sürdürülebilmesi için belirli hastalıklarla ilgili erken tanı amaçlı taramalar ve periyodik muayenelerin yapılması, önem arz etmekte olup aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında yer almaktadır.⁵

PSM, bireylerin sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla; tarama, muayene, laboratuvar testleri, kemoprofilaksi, danışmanlık ve sağlık eğitimi verilerek yapılır. Aile hekimliği hasta hekim ilişkisinin sürekliliğinin ön planda olduğu özellikle sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri öncelikli olarak ele alan bir disiplindir. Bu nedenle aile hekimliği periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının odağında yer almaktadır.⁶

Birincil bakımın temel özelliği kendilerine herhangi bir nedenle başvuran kişileri yakınmaları, genetik özellikleri, aile ve sosyal yaşantıları, çevreyle ilişkilerini dikkate alan bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendiren hasta merkezli bir yaklaşım olmasıdır. PSM’inde de bu yaklaşım biçimi geçerlidir.⁷ Böylece PSM’leri kişi için hastalıkların erken belirlenmesini sağlar; ciddi hastalık ya da engelliliği önler ve yaşam süresini uzatır. Mortalite ve morbiditede önemli azalmalar sağlar. Hastaların sağlığını koruma yanında hasta – hekim ilişkisini güçlendirebilir, kişilerin sağlık bakım sistemlerini daha uygun kullanmalarını sağlar, doğrudan hasta sonuçlarını ve dolaylı olarak halk sağlığını iyileştirebilir.⁸

PSM uygulaması bireye özgü olmalıdır. Her birey, yaş, cins ve çeşitli risk faktörlerinden kaynaklanan durumuna göre belli aralıklarla görüşmeye çağrılmalıdır.⁹ PSM’de her yaş grubunun kendine özgü risk faktörleri değerlendirilmekle birlikte ailevi öykü, yaşam tarzı, meslek, yaşadığı ortam, alışkanlıklar gibi kişisel faktörler de dikkate alınmalıdır.⁶ Kontrole gelen bireye,

hastalıklardan korumak ve erken tanı sağlamak için en uygun kanıtlar çerçevesinde PSM uygulanmalıdır. Bu uygulama çeşitli testlerin yapılmasını içerebileceği gibi daha çok muayene etme (boy, kilo, tansiyon ölçümü gibi), danışmanlık verilmesi (sigara, alkol, kazalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi), aşı yapılmasından ve kanser taramalarından(kolon, meme, serviks, prostat kanseri gibi) oluşacaktır.⁹

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) (Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü) PSM'yi kişinin hastalık gelişme riskini belirlemek ya da asemptomatik hastalığa erken tanı koymak için tasarlanmış hem birincil hem de ikincil korumayı içeren bir grup etkinlik olarak tanımlamıştır.⁷ PSM, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme bağlamında birincil bakım uygulamalarının önemli bir bileşenidir. Sağlıklı görünen kişilerin önlenebilir hastalıklar açısından görüşme, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri gibi bir dizi standart işlem kullanarak belli aralıklarla tüm olarak sağlıklarının ve sağlık risklerinin değerlendirilmelerini içerir. CTFPHC (ilk kuruluş adı Canadian Task Force on the Periodic Health Examination) 1976'da kurulmuştur. CTFPHC, PSM'nin hedefini Kanada'luların sağlığını nasıl artırabileceğini ya da sağlığı koruyabileceğini belirlemek ve Kanada'da yaşayan kişiler için yaşam boyu periyodik sağlık değerlendirmesi için bir plan önermek olarak belirlemiştir. İlk iki yıl asemptomatik kişilerin periyodik sağlık muayenelerindeki koruyucu girişimleri önermek ya da karşı çıkmak için bilimsel kanıtları değerlendirmek için metodoloji geliştirmeye çalışılmıştır. Yetmiş sekiz farklı klinik durumu ve hizmeti gözden geçiren CTFPHC tanımlanmamış "yıllık check-up'ın" terk edilmesi gerektiğini ve yerini başka amaçlar için tıbbi ziyaret seyri sırasında yürütülen yaşa özgü sağlığı koruma paketleri serisine bırakması gerektiğini belirten ilk raporunu 1979'da yayınlamıştır. CTFPHC 1994'e kadar yeni bilimsel kanıtlar ışığında dokuz güncelleme yapmış ve 1994'de 81 tıbbi durum için önerilerini içeren, "the red brick" olarak bilinen ve Kanadalı birincil bakım klinisyenleri için standart referans enstrüman olan *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*'i yayınlamıştır.⁷

1984 yılında düzenlenen The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (Amerika Birleşmiş Devletler Önleyici Hizmetler Görev Gücü) tarama, danışmanlık hizmetleri, önleyici ilaçlar ve hemşirelik gibi kanıta dayalı hizmetler konusunda önerilerde bulunan, Amerikalıların sağlığını iyileştirmek için önleyici ve kanıta

dayalı tıptı ilke edinmiş ulusal uzmanlardan oluşan bağımsız bir gruptur. USPSTF iç hastalıkları, aile hekimliği, pediatri, davranışsal sağlık, kadın doğum / jinekoloji ve hemşirelik gibi koruyucu hekimlik ve birinci basamak alanlarından gelen 16 gönüllü üyeden oluşur. Önerileri uluslararası alanda klinik koruyucu hizmetler için altın standart olarak kabul görür.⁷

Bu iki grubun önerileri dünya çapında kabul görmekte ve taramalarda rehber olarak kullanılmaktadır.

Sağlık taramaları genellikle, hastalığı asemptomatik olduğu dönemde ortaya çıkarmak için yapılır. Tarama yapılmaksızın tanı, ancak semptomlar ortaya çıkınca konulabilir. Dolayısıyla tarama, tanı zamanını öne alır. Erken tanı, hasta için değeri olan prognostik bilgi ve tedavi girişimlerinin bir an önce yapılmasını sağlar. Taraması yapılacak hastalığın özellikleri şunlar olmalıdır;

- Yaşam kalitesi veya süresi üzerine önemli etkisi olmalı,
- Hastalığın prevalansı yeterli düzeyde olmalı, prevalansı çok düşük olan hastalıklara yönelik PSM anlamlı değildir.
- Yeterli tedavi için uygun koşullar olmalı,
- Asemptomatik periyot sırasındaki tanı ve tedavi, morbidite ve mortaliteyi önemli oranda azaltabilmeli,
- Hastalığın, saptanabilmesi için presemptomatik bir dönemi (serviks kanseri, meme kanseri, kolon kanseri gibi) ve kabul edilebilir bir tedavisi olmalı,
- Asemptomatik periyottaki tedavi, semptomlar ortaya çıkıncaya kadar geciken tedaviden daha iyi sonuç vermelidir.⁶

PSM sırasında öneriler belirlenirken yukarıdaki kriterlerin yanında beş aşamalı bir kanıt sistemi kullanılır. En iyi kanıt, konuyla ilgili en az bir adet iyi planlanmış randomize kontrollü çalışma bulunmasıdır. PSM önerilerine karar vermede kanıtların kalitesi sıralanır ve bunlara dayanarak bir öneride bulunulur.⁹

USPSTF’de önerilerini aşağıdaki kategoriler çerçevesinde yapmaktadır (Tablo 1.1).¹⁰

Tablo 1.1. USPSTF öneri derecelendirme tablosu

Öneri Derecesi	Tanımlama	Uygulama için öneri
A	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın önemli olduğuna dair yüksek kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın
B	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın orta derecede olduğuna dair yüksek kesinlik var ya da net yararın ortaya da yüksek düzeyde olduğuna dair orta derecede kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın
C	USPSTF hizmetin rutin olarak sağlanmasına karşı öneride bulunuyor. Birey hastaya hizmet sunmayı destekleyen özellikler olabilir. Net yararın küçük olduğuna dair en azından orta derece kesinlik vardır.	Bireysel koşullara bağlı olarak seçilmiş hastalarda bu hizmeti sunun veya sağlayın
D	USPSTF hizmetin sunulmasına karşı. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik var.	Bu hizmeti kullanmaktan vazgeçin.
I	USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar – zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar - zarar dengesi belirlenmiyor.	USPSTF’in öneri açıklamasının klinik özellikler bölümünü okuyun. Hizmet sağlanacaksa hasta hizmetin yarar ve zarar dengesinin belirsizliğini anlamalıdır.

İdeal bir tarama testinde; mortalite azaltılabilmeli, test kolay uygulanabilir olmalı, tarama yöntemi kişiye zarar vermemeli, maliyeti ucuz olmalı, sensitivite ve spesifitesi yüksek olmalı ve tarama sonrası tedavi yükü azalmalıdır. Ayrıca taranacak

malignitenin preklirik prevalansının yüksek olması teorik olarak taramayı daha ideal hale getirmektedir. Ancak bilinmelidir ki; hiç bir tarama testi mükemmelen değildir. Bunun yanı sıra yanlış negatif sonuçlar testin güvenirliliğinin azalmasına neden olurken, yanlış pozitif sonuçlar gereksiz tedaviler nedeniyle maliyeti attırmaktadır.² PSM'lerde kanser taramaları büyük yer tutmaktadır. Özellikle kolon, meme, serviks kanserleri için ülkemizde de ulusal tarama programları uygulanmaya başlamıştır.

2.2. KOLON KANSERİ

2.2.1. Epidemiyoloji ve İnsidans

Kanser dünyada hemen her ülkede mortalite ve morbidite oranları açısından önde gelen sağlık sorunudur. Dünyada her yıl yaklaşık bir milyon yeni kolorektal kanser (KRK) vakası teşhis edilmekte ve KRK'ya bağlı 500.000 ölüm bildirilmektedir.¹¹ İki bin on üç'de 142.820 yeni KRK olgusu saptanacağı ve 50.830 bireyin de KRK'dan dolayı öleceği öngörülmüştür.¹² Erken evrelerde tanı konduğunda 5 yıllık hayatta kalım süresi %90'lara ulaşır.¹³ KRK gelişimi açısından riskli lkeler Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya, düşük riskli ülkeler ise Afrika, Asya ve Güney Amerika olarak belirlenmiştir. Avrupa lkeleri arasında ise, Batı Avrupa'da risk daha yüksek iken Güney Avrupa lkelerinde bu risk daha düşük olarak bulunmuştur. Ayrıca, KRK gelişimi açısından kentsel yörelerin kırsal kesime göre daha yüksek riske sahip olduğu ifade edilmektedir.¹⁴

2.2.2. Risk Faktörleri

KRK'nin yaşam boyu görülme sıklığı %2,4-5 civarındadır. Kişide var olan belli risk faktörleriyle bu oran yükselmektedir.¹⁵ Yaş, KRK için önemli bir risk faktördür. İnsidans 50 yaşından sonra belirgin şekilde artmaya başlar. KRK olgularının %90'ı bu yaştan sonra görülmektedir. KRK olgularının sadece %5'ine 40 yaş altında rastlanmaktadır. Bu nedenle, ortalama risk grubuna giren asemptomatik kişilerde tarama testlerinin 50 yaşından sonra başlatılması akılcı bir yaklaşımdır. Ancak, KRK gelişimi her yaş grubunda görülebileceğinden, KRK ile ilgili semptomlar söz konusu olduğunda, yaşa bakılmaksızın vakit geçirmeden tam bir

değerlendirme gereklidir.¹⁴ Kadın erkek arasında görüme sıklığı açısından pek fark yoktur. Kolon tümörlerinin çok büyük bir bölümü adenokanserlerdir. Adenokanserler dışındaki tümörler tüm kolon tümörlerinin yaklaşık %3 lük bir bölümünü oluştururlar. Bunlar arasında skuamoz kanserler (%34) ve kolonun karsinoid tümörü (%33) en sık görülenlerdir.

Çevresel ve genetik faktörler KRK'nin gelişme olasılığını artırmaktadır. En yüksek risk artışı genetik temelli olsa da, KRK'lerin çoğunluğunu ailesel kanserden çok sporadik vakalar oluşturur.¹⁶ Ailesel Adenomatöz Polipözis Koli ve Herediter Non-polipözis Kolorektal Kanser ailesel kolon kanserleri içinde en yaygın görülenler olmalarına karşılık, bunlar KRK vakalarının %5'ten azını oluşturur.¹⁷ Ailede ailesel kolon kanseri öyküsü, ailede veya kişide adenom veya KRK tanısı olması veya kişide inflamatuvar bağırsak hastalığı olması tarama önerilerini değiştirebilmektedir.

2.2.2.1. Ailede veya Kişide Adenom/KRK Öyküsü

Kendisinde KRK veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda ileride KRK gelişme riski artmıştır. Tek odak KRK rezeksiyonu yapılan hastalarda operasyon sonrası beş yılda metakron kanser gelişme yüzdesi 1,5-3 arasındadır.¹⁸ Villöz/tübülovillöz polip (özellikle de çok sayıdaysa) öyküsü ve 1 cm'nin üzerinde adenomatöz polip KRK riskini artırır. Çok sayıda izole, 1 cm'nin altında tübüler adenomun ise risk artışı yapmadığı bilinmektedir.¹⁹

Sporadik KRK vakalarının %20 sinde aile öyküsü saptanmaktadır. En az bir birinci derecede akrabasında (anne, baba ve kardeşler) KRK bulunan insanlarda KRK gelişme riskinin iki-üç kat daha fazla olduğu, iki veya daha fazla sayıda birinci derece akrabasında kolon kanseri bulunanlarda ise bu riskin üç-dört kat arttığı gösterilmiştir. Akrabaları içinde 45 yaşından önce kolon kanseri tespit edilen kişilerde risk artmakta (üç-dört kat), akrabasında kolon kanseri 60 yaş üzerinde oluşanlarda ise risk azalmaktadır. Sporadik kolon kanseri vakalarının birinci derece akrabalarında KRK görülme sıklığı iki ila üç kat artmıştır.²⁰

2.2.2.2. İnflamatuvar Barsak Hastalığı

İdiyopatik inflamatuvar barsak hastalığı (Ülseratif kolit ve Crohn) kolonda adenokarsinom gelişimi bakımından artmış bir risk oluşturur. Ülseratif kolitli hastalarda hastalık süresinin 8. yıla ulaşmasıyla kolon kanseri riski artmaya başlamakta, hastalığın 20. yılında bu risk %8-10'a ulaşmaktadır. Hastalığı 30 yıldan beri var olan pankolitli hastalarda kanser gelişme riski %20 ye varabilmektedir. Hastalığın kolondaki yaygınlığı önemli bir faktördür. Sadece proktiti olanlarda kanser gelişme riski iki kat artmışken, sol kolon tutulumu olanlarda üç kat, tüm kolon tutulumu olanlarda ise 6 kat artmıştır. Sadece proktiti olanlarda ise risk genel popülasyona göre hafifçe daha fazladır. Ülseratif kolitle birlikte sklerozan kolanjit bulunanlarda kolon kanseri daha erken dönemde gelişmektedir (10 yılda %2, 20 yılda %8-10, 30 yılda %18-20 ve 40 yılda %28-30).²⁰

Az sayıda kaynak bulunmasına rağmen Crohn hastalığına bağlı pankolitle kolon malignitesi arasında da rölatif bir risk artışı ilişkisi vardır.²¹

2.2.2.3. Kolonda Daha Önce Karsinom Varlığı

KRK'sı olan hastalarda genel toplumla karşılaştırıldığında yeni KRK gelişme riski üç kez daha fazladır. KRK tanısı konulan hastalarda aynı anda kolonda ikinci bir kanser bulunma (senkronik kolon kanseri) veya rezeksiyon sonrasında yeni kanser oluşma (metakronik kolon kanseri) olasılığı artmıştır.²⁰

2.2.2.4. Radyasyon

Pelvik radyasyona maruz kalma rektal kanser oluşumunda kanıtlanmış bir risk faktörüdür. Özellikle prostat, serviks ve vagina kanserleri nedeniyle pelvik radyoterapi uygulanmış hastalarda rektum kanseri gelişme riski artmaktadır.²⁰

2.2.2.5. Çevresel Faktörler ve Beslenme

KRK sıklığı bölgelere göre değiştiğinden hastalığın etyopatogenezinde ve önlenmesinde çevresel faktörler önemli gibi görünmektedir. Çevresel faktörler

genetik yapı üzerinde etkili olabilirler. Genetik olarak kanser gelişimine duyarlı olan kolonlarda diyetin genetik değişimleri ve karsinogenezi etkileyebildiği bilinmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda yağ ve kalori oranı düşük ve fiber içeriği yüksek diyetle beslenenlerde KRK'nın yarı yarıya daha az görüldüğü, yüksek yağ alımının kolon kanseri oluşumunda kolaylaştırıcı bir faktör olduğu gösterilmiştir. Kolon kanseri sıklığının yüksek olduğu batı toplumlarında yağ miktarı total kalori alımının %40 ila 45 ini oluştururken bu oran kolon kanserinin daha az sıklıkta görüldüğü toplumlarda %10-15'dir. Hayvansal yağın fazla miktarda tüketilmesi, kırmızı etin beyaz et ve balığa göre daha fazla tercih edilmesi kolon kanseri sıklığındaki artış ile birliktedir. Epidemiyolojik çalışmalar ve hayvan deneyleri diyetdeki fiberin kolon kanseri gelişiminin önleyici etkisi olduğunu göstermiştir.²⁰

Alkol kullanımıyla KRK risk artışı ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Obezitenin KRK gelişme riskini 1,5 kat artırdığı iki geniş prospektif kohort çalışmasında ortaya konulmuştur.²² Obezite aynı zamanda KRK mortalite oranını da artırmaktadır. Koroner arter hastalığı da KRK için bir risk faktörüdür.²³ Bu ilişkide altta yatan neden açık olarak görülme de, hastalıkların ortak risk faktörlerini paylaşmaları risk artışının nedeni olabilir. Sigara içimi hem KRK için artmış riskle hem de KRK'den ölüme ilişkilendirilmiştir. Sigara içimi ayrıca adenomatöz polip ve yüksek riskli polip (büyük ve displazik özellikte) gelişimi için de risk faktörüdür.²⁴

2.2.3. Klinik

KRK'lar yavaş büyüyen neoplazmlar olup özellikle çekum ve sağ kolondaki tümörlerin semptomatik hale gelmesi uzun süre almaktadır. KRK ile ilişkili belirtiler lokalizasyonuna göre değişmekte, genel olarak alt gastrointestinal kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler, tam lokalize edilemeyen karın ağrısı, kilo kaybı, iştahsızlık ve halsizlik olup özellikle obstrüksiyon belirtileri alarm vericidir.²⁵

Bununla beraber obstrüksiyon dışındaki belirtiler muhakkak hastalığın evresi ile ilişkili değildir ya da özel bir tanıyı önceden haber vermez.²⁶ Yakın takip önemlidir. Fizik muayene palpabl bir kitle, rektumda taze kanama ya da melena gösterebilir. Metastatik hastalık Lenfadenopati, hepatomegali, sarılık, ya da pulmoner bulgular ile prezente olabilir. Sigmoid ya da sol kolon kanserleri

obstrüksiyona neden olup abdominal distansiyon ve konstipasyon ile sonuçlanırken, sağ kolon kanserleri daha sinsi seyirlidir. KRK komplikasyonları akut GİS kanama, akut obstrüksiyon, perforasyon ve uzak organ disfonksiyonu yapan metastazlardır.

Laboratuar testleri demir eksikliği anemisi, elektrolit bozuklukları ve karaciğer fonksiyon testi anormallikleri gösterebilir. Karsinoembriyonik antijen (CEA) düzeyi yükselebilir ve cerrahi sonrası normal seviyeye inmişse takipte en yararlı göstergedir.²⁷

2.2.4. Tarama

KRK'larda yaşam, hastalığın teşhis esnasındaki klinik ve patolojik evresiyle yakından ilişkilidir. KRK'ların 5 yıllık sağkalım oranı erken tanı konan lokalize hastalıkta %90; regional yayılım gösteren hastalıkta %40-60; yaygın metastaz durumlarında ise %6 oranlarında değişmektedir.²⁸ Bu da göstermektedir ki KRK'lar erken yakalanır ve tedavi edilirse birçok hastanın bu hastalıktan kaybedilmesi önlenilecektir. Aynı zamanda KRK'da erken teşhis, mortalite, morbidite azalmasının yanında; tedavi maliyetlerini de düşürecektir.

2.2.4.1. Tarama Yöntemleri

KRK'larda tarama amacıyla birçok yöntem uygulanabilir. KRK taramasında basit, ucuz ve kolay yapılabilen testlerden; pahalı, uygulaması özel eğitim gerektiren gelişmiş metotlara kadar değişen yelpazede birçok tarama testi vardır. Bu testlerden hangisinin kullanılacağına karar verilirken hastanın içinde bulunduğu risk grubu önem kazanmaktadır. Bunlardan en önemlileri ve tarama testi olarak kullanılanları şunlardır:

- Dijital rektal muayene (Rektal tuşe)
- Gaitada gizli kan testi (GGK)
- Çift kontrastlı kolon grafisi
- Rijit veya fleksible sigmoidoskopi

- Kolonoskopi
- Bilgisayarlı Tomografi ile kolonografi (BTK)

2.2.4.1.1. Gaitada Gizli Kan Testi

Dışkıda gözle görülemeyecek kadar az miktardaki kanın olup olmadığını tespit etmek için kullanılan bir testtir. Hemoglobinin psödoperoksidaz aktivitesini ölçmeye yarayan guiac tabanlı testler kullanılır. Gaitada iki ml kan bulunması testi pozitifleştirir. Testin KRK'larda yalancı negatiflik oranı %50'dir. Tek bir GGK'nın duyarlılığı %30-50 arasında iken, yıllık tekrarlandığında %92'lere kadar kanserleri tanımaktadır. Yıllık tarama iki yıllık taramaya karşı daha efektif olduğundan bir yıllık tarama önerilmektedir. Testin avantajları kolay yapılabilir, ucuz ve non-invaziv olmasıdır. Dezavantajları ise yalancı-pozitiflik ve yalancı-negatiflik oranının yüksek olması, sensitivitesinin düşük olması, diyetle alınan gıdalardan ve alınan ilaçlardan etkilenmesi, tüm adenom ve kanserlerde kanama olmaması, bazı malign lezyonların ancak son aşamada kanama yapması nedeniyle son dönemde testin pozitif olmasıdır. Tüm pozitif GGK saptanan olgularda kolonoskopi önerilmektedir.²⁹

2.2.4.1.2. Çift Kontrastlı Kolon Grafisi

Çift kontrastlı kolon grafisinin tarama yöntemi olarak kullanılmasının KRK nedeni ile ölümlerin önlenmesi üzerine etkisini gösteren yeterli sayıda kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Çift kontrastlı kolon grafisi ile bir cm'den daha küçük poliplerin %50 ile %80'i, bir cm'den büyük poliplerin %70 ile %90'ı; erken evre kanserlerin %50 ile %80'i saptanabilmektedir. Çift kontrastlı kolon grafisinin tarama yöntemi olarak kullanılmasını sınırlandıran bir sebep; bir lezyon tespit edildiğinde kolonoskopi yapılmasının gerekmesidir.²⁹

2.2.4.1.3. Sigmoidoskopi

KRK'ların yaklaşık %30'u rijit sigmoidoskop ile; %50'si ise 60 cm'lik fleksible sigmoidoskop ile eritilebilecek bölgede lokalize olurlar. Sigmoidoskopi ile

kanser gelişiminde öncü lezyonlar olduğu kabul edilen adenomatoz poliplerin eksizyonu da yapılabileceğinden; KRK'ların mortalitesi de önemli derecede azalacaktır. Yapılan çalışmalarda fleksible sigmoidoskopinin tarama testi olarak kullanılmaya başlamasından sonra KRK'ların mortalitesinin en az %30 azaldığı bildirilmektedir. Diğer taraftan distal kolon kanserlerinin mortalitesinin ise fleksible sigmoidoskopi ile %60-85 azaldığı saptanmıştır.³⁰

2.2.4.1.4. Kolonoskopi

Kolonoskopi, bazı yazarlar tarafından kolorektal tarama programlarında altın standart olarak kabul edilmektedir. Kolonoskopinin tam bir bağırsak temizliği gerektirmesi, sedasyon gerektirmesi, yapan kişinin eğitilmiş ve tecrübeli olması gerekliliği ve pahalı olması dezavantajlarıdır. Buna rağmen yeterli tecrübe ve bilgiye sahip kişiler tarafından yapılır ise tüm kolon mukozasının değerlendirilebilmesi, saptanan lezyonun çıkarılabilmesi ve histopatolojik örnek alınabilmesi, spesifite ve sensitivitesinin yüksek olması nedeni ile KRK mortalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır.³¹ Kolonoskopi ile sigmoidoskopi ile kaçırılacak proksimal lezyonlar yakalanabilmektedir.³²

2.2.4.1.5. Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi (BTK)

BTK'de çok sayıda ince kesit tomografi çekimleri kullanılarak iki ve üç boyutlu görüntüler elde edilmektedir. BTK için hastalar kolonoskopideki gibi bağırsak temizliği yapmaktadır. Bunun nedeni yanlış pozitifliklerin önüne geçebilmektir.³³ Hastalara işlem sırasında sedasyon verilmemektedir ve hastalar çıkışta işlerine dönebilmektedir.

2.2.4.2. Kolorektal Kanser Taramasında Öneriler

USPSTF'nin 50-75 yaş arasındaki erişkinlerde KRK taraması önerileri;

- Her yıl Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) veya
- Beş yılda bir sigmoidoskopi+ üç yılda bir GGK veya

- On yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir.³⁴

Amerikan ulusal kapsamlı kanser ağı önerileri (NCCN);

- On yılda bir kolonoskopi veya
- Beş yılda bir fleksible sigmoidoskopi
- Yıllık GGK testi \pm 5 yılda bir fleksible sigmoidoskopi tarama önerileri arasındadır.
- Çift kontrastlı baryum enemanın sadece kolonoskopi yapılamadığında ve BTK veya GGK ile tarama düşünülmediğinde yapılması önerilmiştir.³⁵

Amerika Kanser Cemiyeti (ACS) 'nin önerileri ise;

- Her 5 yılda bir fleksible kolonoskopi
- Her 10 yılda bir kolonoskopi
- Her 5 yılda çift kontrastlı baryum enema
- Her 5 yılda bir BTK yapılması yönündedir.³⁶

Ülkemizde ise Türk Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen KKK tarama programı ulusal standartları uygulanmaktadır. Buna göre, 50-70 yaş arası erişkinlerde;

- İki yılda bir GGK ve
- On yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir.³⁷

2.3. MEME KANSERİ

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanserdir ve akciğer kanserinden sonra, kansere bağlı ölümlerin ikinci en sık sebebidir. Yaşam boyu her 9 kadından birisi, invaziv meme kanseri gelişme riskine sahiptir.³⁸ Dünya genelinde, her yıl yaklaşık bir milyon yeni vaka bildirilmekte, her yıl 400.000 kadın hastalıktan kaybedilmektedir.³⁹ İki bin on üç yılı boyunca Amerika'da 232.340 kadında yeni

meme kanseri olgusu saptanacağı ve 40.030 bireyin de meme kanserinden öleceği öngörülmektedir.⁴⁰

Yıllar içerisinde meme kanseri görülme sıklığında artış olmakla birlikte erken tanı ve tedavi modalitelerindeki gelişmeler sayesinde mortalite oranlarında düşüş görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verileri incelendiğinde Türkiye'de meme kanseri insidansının kadınlar arasında %35 oranında olduğu görülmektedir.⁴¹

2.3.1. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

2.3.1.1. Demografik Özellikler

Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder. Kadın cinsiyeti kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Günümüzde bir kadının hayat boyu riski non-invaziv meme kanseri açısından 6'da bir ve invaziv meme kanseri bakımından 8'de birdir. Bu riskin büyük bölümü yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar.

2.3.1.2. Reprodüktif Öykü

Östrojen hormonuna maruz kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir (erken menarş [12yaşından önce], geç menopoz [55 yaşından sonra]); östrojene maruz kalınan sürenin azalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir. Tam dönem gebelikle ilişkili meme epitelinin terminal diferansiasyonu da koruyucudur, dolayısıyla ilk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Nulliparite meme kanseri rölatif riskinde 1,2-1,7 artışa neden olur. Multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışmalıdır. Laktasyon meme kanseri riskini azaltmaktadır. Bu etki beklendiği üzere özellikle premenopozal kadınlarda daha belirgindir.⁴²

2.3.1.3. Ailesel/Genetik Risk Faktörleri

Farklı kanserlerde yapılan aile çalışmaları; etkilenmiş olan hasta bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal popülasyona göre artmış olduğunu göstermektedir. Kanserin kalıtsal formu; tanı yaşının erken olması, yüksek penetranslı olması, çift olan organlarda bilateral görülmesi, her iki ebeveynden de kalıtılabilmesi ve diğer tip tümörlerle birlikte görülmesi ile karakterizedir. Ailede aynı tip kanserin görülmesi durumunda kalıtsal kanser, farklı tip kanserlerin görülmesi durumunda ise kanser ailesi olarak tanımlanmaktadır. Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür.⁴² Bir adet birinci derece akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1,8 kat artırır. İki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2,9 kat artar. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1,5 kat artar.⁴³

Genel popülasyon riski %10-12 olan meme kanserinde cinsiyet, yaş, menarş ve menopoz yaşı, nulliparite, meme biyopsisinde atipik hiperplazi, obezite, hormon replasmanı, oral kontraseptif kullanımı olarak bilinen genel risk faktörleri yanı sıra yüksek penetranslı ve düşük penetranslı genler, modifiye edici genler ile epigenetik etkenlerin de önem taşıdığı bilinmektedir. Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir.⁴²

2.3.1.4. Çevresel Faktörler

2.3.1.4.1. Sosyoekonomik Düzey

Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişimi açısından iki kat artmış riski ifade eder. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez; reproduktif alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülür.⁴⁴

2.3.1.4.2. Radyasyona Maruz Kalma

Özellikle 10-14 yaş arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır. Hayatın ilk üç dekatında toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme

kanseri riskini artırmaktadır. Kırk beş yaşından sonra radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir.⁴⁵ Tanısal amaçla yapılan işlemlere bağlı olarak oluşan radyasyona maruziyetin ise meme kanseri riski ile ilişkisi tartışmalıdır. Genetik geçiş riski olanlar dışında bu risk yok veya dikkate alınmayacak kadar düşük olarak kabul edilir.⁴⁶

2.3.1.4.3. Hormon Replasman Tedavisi ve Oral Kontraseptif Kullanımı

Oral kontraseptif (OK) kullanımı ile meme kanseri ilişkisini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Uzun süreli kullanımın riski artırdığını ifade eden çalışmalar vardır. Genel olarak; hiç doğum yapmamış kadınlarda 8 yıldan fazla kesintisiz OK kullanımının meme kanseri gelişme riskini hafif düzeyde arttırdığı saptanmıştır. Hormon replasman tedavisi ile meme kanseri ilişkisini inceleyen çalışma sonuçları değerlendirildiğinde ise, postmenepozal dönemdeki kadınlarda uzun süreli hormon tedavisinin meme kanseri riskini artırdığı, kısa süreli kullanımın ise bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.⁹⁸

2.3.1.4.4. Alkol Kullanımı

Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin serum östradiol düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol alımının (her gün 1-2 kadeh) meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir.⁴²

2.3.1.4.5. Egzersiz

Fizik aktivitede artış özellikle premenopozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir. Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir.⁴²

2.3.1.4.6. Beslenme Alışkanlığı

Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin de serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır.⁴²

2.3.2. Klinik

Meme kanseri genellikle tümör, küçük ve en tedavi edilebilir olduğu dönemde semptom vermez. Bu nedenle kadınların önerilen tarama rehberlerini takip etmeleri, meme kanserini erken evrede yakalamak için önemlidir. Daha büyük tümörler genellikle memede ağrısız kitle olarak belirgin hale gelirler. Kanser nedeni ile oluşan kitlelerin büyük çoğunluğu (%45) üst dış kadrantadır. Memedeki kitlenin ele gelmesi, deriye yakın ya da deride oluşuna ve memenin büyüklüğüne bağlı olmakla beraber genelde bir cm boyuta ulaşmasını gerektirir.⁴⁷

Daha az görülen belirtiler ise; memede kalıcı değişikliklere neden olan memede kalınlaşma, ödem, distorsiyon, hassasiyet, meme derisinde irritasyon, kızarıklık, pullanma veya meme başının ülserasyonu, retraksiyonu ve akıntısını içerir. Meme ağrısı ise daha çok benign durumlardan kaynaklanır ve genellikle meme kanserinin bir erken semptomu değildir.⁴⁰

2.3.3. Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri

Meme kanserinin insan hayatı açısından taşıdığı ciddiyet göz önüne alındığında kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapılması, klinik meme muayenesi (KMM) yapılması ve mamografi çektilmesi olarak nitelendirilen ve meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerin önem kazanması söz konusu olmaktadır.⁴⁹ Meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerinin önem kazanmasının en önemli nedeni; meme kanserinin tarama yöntemlerine ve tedaviden sonra yapılan kontrol programlarına bağlı olarak mortalitesi ve morbiditesi azaltılma olasılığı bulunan birkaç kanser türünden biri olmasıdır.⁴⁸ Buna ek olarak, meme kanserinin erken safhada teşhis edilmesi daha başarılı tedavi şansının elde edilmesini de beraberinde getirmektedir.⁴⁹

Meme kanserinde erken teşhis mortalite azalmasının yanında; meme koruyucu cerrahi gibi daha sınırlı girişimler yapılması, aksiller lenf nodu diseksiyonu yerine sentinel lenf nodu biyopsisi yapılması gibi pek çok morbitide avantajı da sağlamaktadır. Bunun yanı sıra erken teşhis meme kanseri tedavi maliyetlerini de düşürecektir.

2.3.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesi meme kanserinin erken teşhis edilebilmesi amacıyla kadınların belli aralıklarla sistematik bir şekilde memelerini muayene etmesidir. Ne gözlemsel ne de randomize çalışmalarda KKMM'nin meme kanseri mortalitesini düşürdüğüne dair kesin bir kanıt elde olunamamıştır. KKMM kadınların meme kanseri farkındalığını arttırmada ve meme semptomlarını anlamada önemli bir unsurdur ve kadınlara KKMM eğitimi verilmelidir. Ancak yukarıdaki bilimsel veriler bir tarama yöntemi olarak KKMM kullanımı için yeterli kanıt bulunmadığını göstermektedir.

2.3.3.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Eğitimli bir doktor, hemşire ya da ebe tarafından yapılan meme muayenesidir. Meme kanserini palpe edilebilen en erken evrede saptamak amacıyla geliştirilmiş bir tarama yöntemidir. Sağ kalım oranları tek başına mamografi ile saptanan kanserlere göre biraz daha azdır (KMM: %59-%84, mamografi: %77-%93). KMM 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanserinin erken tanısına katkıda bulunabilir, 40 yaş üzeri taramaya katılan kadınlarda mamografiye ek olarak KMM kullanımı meme kanseri erken tanısına katkıda bulunabilir. Memenin tamamının filminin çekilmesinin mümkün olmadığı durumlar ile kadınlardan yaşı genç olanlarda mamografinin etkililiğinin tartışmalı olarak nitelendirildiği durumlarda, mamografinin etkisi sınırlı olacağı için, KMM yapılmasının olumlu sonuçlar vereceğine işaret edilmektedir.⁵⁰

2.3.3.3. Mamografi

Mamografi, memenin yağ ve glandüler yapılarını inceleyen yumuşak doku radyografi tekniğidir. Mamografi günümüzde meme kanserinin tanı ve tedavisinde en etkin modalite olup hem tarama, hem de tanı amacı ile kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nce (The World Health Organization's International Agency for Research on Cancer-IARC) yapılan ve toplam 11 ülkeden 24 uzmanın katıldığı toplantı sonucunda, tarama amaçlı mamografinin meme kanserinden olan ölümlerin azaltılmasında oldukça etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışma programı tarafından meme kanseri tarama programları değerlendirilmiş ve özellikle yaşları 50-69 arasında olan kadınların meme kanserinden olan ölümlerinin %35 oranında azaltıldığına dikkat çekilmiştir.⁵¹

Mamografi genellikle tedavinin daha etkili ve kürün daha olası olduğu erken evrede meme kanserini teşhis edebilir. Yapılan çeşitli çalışmalar mamografi ile erken teşhisin hayat kurtardığını ve tedavi seçeneklerini artırdığını göstermiştir. Bin dokuz yüz seksen dokuz yılından bu yana kadınlarda meme kanseri ölümlerindeki istikrarlı düşüşler, hem erken teşhis ve hem de tedavideki gelişmelerin bir arada olmasına bağlanmaktadır.⁴⁰

Mamografi ortalama ve artmış riski olan kadınlarda çok doğru bir tarama aracı ancak diğer tıbbi testlerde de olduğu gibi mükemmel değildir. Mamografi semptomu olmayanlarda meme kanserini çoğunlukla (ama hepsini değil) teşhis eder ancak testin duyarlılığı yoğun meme dokusu olan kadınlar için daha düşüktür. Ancak, daha yeni teknolojiler yoğun meme dokusu olan kadınlar için umut verici gelişmeler göstermektedir.⁴⁰

Avrupa'da bir çok ülkede meme kanserinin 50 yaşın altındaki popülasyonda daha düşük oranlarda görüldüğü ayrıca mamografinin bu yaş grubunda yalancı pozitif oranlarının yüksek olduğu neden gösterilerek tarama yaşı 50 olarak belirlenmiştir. Bunun yanında Amerika'da 50 yaş altında da mortalite kazanımlarının olduğu ve bu yaş grubunda tümörün preklirik sürecinin daha kısa olması neden gösterilerek taramaya 40 yaşında başlanarak 40-49 yaş grubunda yıllık meme kanseri taraması önerilmektedir.⁵²

2.3.4. Meme Kanseri Taramasında Öneriler

USPSTF'nin meme kanseri tarama önerileri;

- 40-49 yaş kadınlarda mamografi ile rutin tarama önerilmiyor (bireysel karar ve hasta durumuna göre).
- 50-74 yaş arası kadınlarda her iki yılda bir kez mamografi ile tarama
- Kadınlara kendi kendine meme muayenesini öğretme önerilmiyor.
- Klinik meme muayenesi ise yetersiz kanıt düzeyine sahiptir.⁵³

CTFPHC'nin 40-74 yaş arası kadınlardaki meme kanseri tarama önerileri:

- 50-74 yaş arası kadınlarda her iki-üç yılda bir kez mamografi ile tarama önerilirken,
- 40-49 yaş kadınlarda mamografi ile rutin tarama önerilmiyor.
- Kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi yapılması önerilmiyor.⁵⁴

Ülkemizde ise Türk Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen meme kanseri tarama programı ulusal standartları uygulanmaktadır. Buna göre 40-69 yaş arası kadınlarda;

- İki yılda bir kez mamografi önerilmekte
- 20 yaşından sonra her kadına kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmesi önerilmektedir.³⁷

Türkiye'de meme kanseri görülme yaşı birçok batı ülkesine göre daha gençtir (%40'ı 50 yaş altında) ve kanserler ileri evrede tespit edilmektedir. 2011 yılında Global Meme Sağlığı Girişimi tarafından meme kanseri görülme sıklığı ve yaş dağılımının ülkeler arasında ve hatta ülkelerin kendi içinde büyük farklılıklar gösterdiği, bu nedenle erken teşhis programlarının her ülkenin kendi durumuna göre düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bizim ülkemizde de tarama programının olguların %40'ını oluşturan 40-49 yaş aralığını kapsamaması önemlidir. Kendi ülke verilerimizin oluşturulması açısından mamografi taramalarının 40-49 yaş grubunun dahil edilerek yapılması gerektiği görüşüne varılmıştır. Bu yüzden ülkemizde mamografi tarama yaşı 40 olarak belirlenmiştir.⁵²

2.4. SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri tüm dünyadaki kadın kanserlerinin meme ve rektum kanserinden sonra üçüncü sıklıkta görülenidir. Gelişmekte olan ülkelerde ikinci sıklıkta görülür iken, gelişmiş ülkelerde tarama programlarının başarılı uygulamaları nedeniyle 6. hatta bazı ülkelerde 10. sıraya inmiştir. Dünyada her yıl yaklaşık 400.000-500.000 yeni serviks kanseri saptanır iken, bunların 190.000 tanesi ölmekte, ölümlerin de %78'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bu sayılar serviks kanserinde tarama programlarının bu kanserin görülme sıklığı ve bu kanserden ölüm oranlarını azaltmakta ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.⁵⁵ İki bin altı yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı'nın Türkiye'yi temsil edeceği düşünülen 8 il çalışması yayınlanmıştır. Bu çalışmanın sonucu ise serviks kanseri tüm kadın kanserleri içerisinde 9. sırada olup insidansı yüz binde 4,6'dır.⁵⁶

Serviks kanserinin diğer kanser türlerinin aksine kalıtsal özelliği yoktur. Bu kanser türüne bazı yardımcı etmenlerin yanında *Human Papillomavirüs* (HPV) adı verilen ve cinsel yolla bulaşan bir virüs neden olmaktadır. Serviks kanserlerinin ve onun öncüsü kabul edilen prekanseröz, skuamöz intraepitelyal lezyonlarının %99,7'si HPV DNA'sı içermektedir.⁵⁷

Servikal kanser insidansı, tarama programlarının kullanılması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde son 30-40 yıldır azalma eğilimindedir. Ancak bu azalmanın tek nedeni tarama programları değil; doğurganlığın azalması ve yaşam koşullarının da değişmesidir.⁵⁸

2.4.1. Risk Faktörleri

2.4.1.1. Human Papilloma Virüs (HPV)

HPV, servikal onkogenezdaki en önemli ajandır. Seksüel geçişli vulvar kondiloma aküminatam ile vulvar ve vaginal skuamöz hücreli karsinomdan sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca deri ve müköz membranların skuamöz tümörleri ya da proliferatif lezyonların gelişiminde de rol oynar.⁵⁹ HPV DNA'sı hibridizasyon teknikleriyle servikal kanserlerin %95'inde gösterilmiştir. Servikal kanserlerle

birlikte olan (yüksek riskli) ve kondilomlarda görülen (düşük riskli) spesifik HPV tipleri vardır. Yüksek riskliler 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 68; düşük riskliler 6, 11, 42, 44, 53, 54, 62 ve 66'dır.⁶⁰ HPV, genel olarak seksüel yolla bulaşmaktadır. Erken yaşta koitusun olması (<16 yaş), çok eşli cinsel yaşamın olması, çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişkide bulunulması ve partnerin HPV pozitif olması önemli risk faktörlerindedir. HPV, serviks kanseri gelişiminde tek etken değildir. Genç kadınlar üreme çağı boyunca yüksek oranda HPV'nin bir ya da daha fazla tipiyle enfekte olurlar ancak sadece az bir kısmında kanser gelişir.⁵⁹ Çalışmalar cinsel aktiviteye erken başlamanın serviks kanseri etiyolojisinde önemli olduğuna işaret etmektedir. Özellikle erken yaşlarda (16 yaş ve altı) evlenenlerde, servikal kanser gelişme riski yüksektir. On beş yaşından önce cinsel aktiviteye başlayanlarda risk 10 kat artmaktadır.⁶¹ On altı yaşından önce evlenen kadınlarda servikal kanser riski, 20 yaşından sonra evlenenlerden iki kat daha fazladır.⁶²

2.4.1.2. Üreme İle İlgili Faktörler

Doğurganlığın serviks kanseri riskini arttırıcı etkisi ilk olarak tanımlanan risk faktörlerinden biridir. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer grubu tarafından reproduktif değişkenlerin serviks kanserine etkileri incelenmiştir. Bu çalışmada 16.563 invaziv ve preinvaziv kanserli olgu ile 33.542 kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Term gebelik oranları arttıkça riskin de buna paralel arttığı saptanmıştır.⁶³ İlk ilişki yaşı ve partner sayısına göre veriler standardize edildiğinde bile 7 ve üzeri term gebelik için riskin 2,39 olduğu saptanmıştır. İlk gebelik yaşına bakıldığında 25 yaş altında riskin arttığı, özellikle 16-18 yaşlarında çok daha belirgin olduğu görülmüştür. Son gebelikten sonra geçen zaman ile serviks kanseri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.⁶⁴ Term gebelik sayısı ile oral kontraseptif kullanımı birlikte değerlendirildiğinde, 5 yılın üzerindeki kullanımda doğum sayısı arttıkça risk de artmakta, 5'in üzerindeki gebelik sayısında 5 yıldan fazla oral kontraseptif kullanımında risk 11 kat artmaktadır.⁶⁵

2.4.1.3. Sigara ve Katran

Katran ilk defa kanserle ilişkisi gösterilen kimyasal maddedir. 1950’li yıllardan itibaren başlayarak çeşitli yayınlarda katran içeren vajinal duş maddelerinin servikal kansere neden olduğu rapor edilmiştir.⁶⁶ Sigara kullanımı da katran içeren kimyasal maddelere bir diğer maruziyet nedeni olarak kabul edilmektedir.⁶⁷ Trimble ve arkadaşları pasif içiciliğin bile önemli olduğunu rapor etmişlerdir. Yaklaşık 25.000 hastalık bir analizde pasif içicilik ile riskin 2,1 kat arttığını saptamışlardır.⁶⁸

International Agency for Research on Cancer (IARC) çalışmalarında herhangi bir zamanda sigara içmiş olmanın riski iki kat arttırdığı belirtilmiştir. İçilme oranı ile risk artmaktadır. HPV pozitif hastalarda yüksek dereceli lezyon saptanma oranları 1,9-2,3 kat fazla bulunmuş ve sigara içiminin özellikle persistans yönünden önemli bir faktör olduğu düşünülmüştür.⁶⁹ Sigara içmeye bağlı asıl nedenin ne olduğu konusu henüz kesinlik kazanmamıştır.

2.4.1.4. Hormonal Kontrasepsiyon

Oral kontraseptif kullanımı ile serviks kanseri gelişme riski arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar saptanmıştır. Bazı çalışmalarda risk bulunurken bazılarında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Smith ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 12.531 servikal kanser olgusu değerlendirilmiş; 5 yıl, 5-9 yıl, 10 yıl ya da üzeri kullanımda riskin sırasıyla 1,1-1,6 ve 2,2 kat arttığı bulunmuştur.⁷⁰

2.4.1.5. HIV

HIV pozitif hastalarda, AIDS tanısı için, servikal kanser bir parametre olarak kullanılmaktadır. Hastaların sağkalım süresi kısa olduğundan sonuçlar çelişkilidir. Ancak genel olarak immün yetmezlik, karsinojenik süreci hızlandırmaktadır.⁷¹

2.4.1.6. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Bu grup hastalıkları değerlendirmede bir takım zorluklar vardır. Bu enfeksiyonların çok görülmesi ve tespitinin zor olması başta gelen nedenlerdendir. IARC çalışmalarında chlamydia trachomatis ya da HSV-2'ye karşı antikolar varsa serviks kanseri riskinin 2,1 kat arttığı bildirilmiştir.⁷²

2.4.2. Klinik

Serviks kanseri görülme yaşı genel olarak 20-80 gibi geniş bir yelpazeye yayılmıştır. En sık 50-59 yaşları arasında görülür. Bizim ülkemizde invaziv serviks kanserlerinin %65'i 40-60 yaş grubunda görülmektedir. Serviks kanseri erken evrelerinde asemptomatik olabilir.⁷³ Stromal invazyon ilerledikçe, hastalık klinik olarak belirgin hale gelir. Genital sistem muayenesinde görülebilen çeşitli büyüme paternleri gösterir. Erken lezyonlar; dokunmakla kanayan, kaba, kırmızımsı granüler alanlar şeklinde görülür.

Orta derecede ilerlemiş veya ilerlemiş invaziv serviks kanseri olan bu kadınlar sıklıkla aşağıdaki belirtilerden bir veya daha fazlasını gösterirler. Bu belirtiler: iştah azlığı, kilo kaybı, halsizlik, pelvik ağrı, sırt ağrısı, bacak ağrısı, tek taraflı şiş bacak, vajinadan aşırı kanama, vajinadan idrar veya gaita gelmesi ve metastaz gelişmesine bağlı kemik kırıklarıdır.⁷⁴ Ayrıca; intermenstrüel kanama, postkoital kanama, aşırı seropürülan akıntı, tekrarlayan sistit, bel ağrısı, alt abdominal ağrı, alt ekstremitelerde ödem, obstrüktif üropati, bağırsak obstrüksiyonu, ciddi anemiye bağlı nefes darlığı ve kaşeksi de görülebilen diğer bazı belirtilerdir. Özellikle vajinal kanama varlığında malignansi varlığı akla gelmelidir. Bununla beraber, vajinal akıntıda artış ve cinsel ilişki sırasında ağrı da servikal kanser semptomlarıdır. Hastalığın ilerleyen safhalarında; abdomen, akciğer ve başka diğer bölgelere metastazlar görülebilir.

Daha ileri kanserler; kanama ve kötü kokulu akıntı ile birlikte, proliferen olan, kabartı oluşturan, mantar veya karnabahar benzeri büyüyen lezyonlar şeklindedir. Bazen fazla yüzeysel büyüme göstermeden, kaba, granüler yüzeysel, bütünü ile büyümüş irregüler serviks şeklinde görülür. İnvazyon arttıkça, vajina, parametrium, pelvik yan duvarlar, mesane ve rektum tutulur.⁷⁵

2.4.3. Tarama Yöntemleri

Serviks kanseri kadınlarda önemli bir sağlık sorunudur. Kadınlarda erken tanı ile önlenebilecek kanserlerin başında serviks kanserleri gelmektedir. Bunun nedeni, serviks kanserinde iyi tarif edilmiş uzun preinvaziv sürecin varlığıdır.⁷⁶ Serviks kanseri tarama yöntemleri invaziv kanser insidansını ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve bu açıdan etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama yönteminden biridir. Risk altındaki hastaları saptayabilmek amacıyla önerilen aralıklarla düzenli olarak tarama yapılmalıdır.⁷⁷ Pap-smear bu amaçla kullanılan bir tarama yöntemidir.⁷⁸ Daha önce hiç pap-smear yaptırmamış bir kadında yaşam boyu serviks kanserine yakalanma riski 1/100'dür.⁷⁹

Tarama yapılan ve anormal sonuç saptanan hastalarda ileri inceleme sonuçlarına göre, gerekli tedavileri yapılmalıdır. Çünkü serviks kanserinin insidans ve mortalitesindeki azalma sadece taramayla değil, taramanın uygun tedaviyle birleştirilmesiyle sağlanabilir.⁷⁷

2.4.3.1. Pap-Smear

Pap-smear rahim ağzı kanserinin erken tanısı için kullanılan bir tarama yöntemidir. Pelvik muayene sırasında squamokolumnar kavşaktan birkaç hücre spatula aracılığıyla alınarak mikroskop altında incelenir ve bu hücrelerde kanseri düşündürecek belirtilerin olup olmadığına bakılır.⁸⁰ Serviks kanserini, klinik olarak ortaya çıkmadan önce %90-95'e varan bir doğrulukla saptar. Pap-smearın yaygın kullanımından sonra invaziv servikal kanser insidansında gerileme olmuştur.⁷⁸ Bu test, ucuz ve kolay olması, hastalar tarafından kabul edilebilmesi ve toplumsal taramalarda kullanılarak serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %75 oranında düşürebilmesi ile eşsiz bir tarama yöntemidir. Ancak bu yöntemin, örnekleme sırasında alınan hücrelerin yetersiz olması, mukus, hücresel döküntü ve/veya kan ile epitel hücrelerin örtülmesi nedeniyle okunmasının zorlaşması gibi bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır.⁸¹

2.4.3.2. HPV Testi

HPV DNA'nın serviks kanseri ile ilişkisi artık kanıtlanmış olup, serviks kanserli hastaların %99,9'un da HPV DNA varlığı gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması durumunda; takip eden 5 yıl içerisinde servikal kanser olma ihtimali çok düşüktür.

2.4.4. Serviks Kanserinde Tarama Önerileri

Amerikan kanser derneği (ACS) serviks kanseri tarama önerileri:

- 21-29 yaş arası her üç yılda bir kez sitoloji (Pap-smear) ile tarama
- 30-65 yaş arası her 5 yılda bir kez sitoloji (Pap-smear) ve HPV testi ile birlikte tarama⁸²

USPSTF'nin serviks kanseri tarama önerileri;

- 21-65 yaş arası her üç yılda bir kez sitoloji (Pap-smear) ile tarama
- >65 yaş ise daha önce taramaları yapılmış ve başka risk faktörü yoksa tarama önerilmiyor.⁸³

CTFPHC'nin serviks kanseri tarama önerileri:

- 25-69 yaş arası her üç yılda bir kez sitoloji (Pap-smear) ile tarama⁸⁴

Ülkemizde ise Türk Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen serviks kanseri tarama programı ulusal standartları uygulanmaktadır. Buna göre;

- 30-65 yaş arası her 5 yılda bir kez sitoloji (Pap Smear) veya HPV testi ile tarama
- Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramanın kesilmesi önerilmektedir.⁷⁷

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından Ankara ili merkez ilçeleri aile sağlık merkezlerinde çalışan 40 yaş ve üzeri aile hekimlerinin tarama testlerini kendilerine yaptırma oranlarını belirlemek için yapılan tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır. Çalışmamız için 29.04.2013 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 07-274-13 sayılı kararla onay alındı.

3.1. ÇALIŞMA POPÜLASYONU

Çalışmamız için Ankara ili merkez ilçeleri aile sağlık merkezlerinde çalışan, 40 yaş ve üzerinde olan toplam 1100 aile hekiminden 665 kişi ile yüz yüze görüşülebilmıştır. Bunlardan 453 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Veriler toplam 246 adet aile sağlığı merkezinde Haziran 2013 - Ağustos 2013 tarihleri arasında toplandı.

Kırk yaştan küçük, herhangi bir kanser tanısı olan ve halen şu anda kanser nedeni ile tedavi alan aile hekimleri çalışmaya dahil edilmedi.

3.2. VERİ TOPLANMASI

Çalışmaya gönüllü katılım esas alındı. Katılımcılara aydınlatılmış gönüllü olur formu okutuldu ve çalışma hakkında bilgi verildi. Katılımı kabul eden doktorlardan sosyodemografik bilgileri ve tarama testlerini yaptırma durumlarını içeren anket formunun doldurulması istendi. Katılımcılara kimlik bilgilerinin gizlilik esaslarına uygun olarak korunacağı ve herhangi bir amaçla açıklanmayacağı bildirildi. Katılımcı, katılmayı reddetme ve cevaplandırmaya başladıktan sonra anketi yarıda bırakma hakkına sahipti.

Çalışma için hazırlanan anket formu doktorlarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Anket 27 sorudan oluşuyordu ve anketin yanıtlanması yaklaşık 5 dakika sürüyordu.

3.3. ANKET FORMUNUN İÇERİĞİ

Araştırmada kişisel bilgilerle ilgili 6 soru, doktorların özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri ile ilgili üç soru, doktorların tarama testleri hakkındaki görüşleri ile ilgili iki soru ve doktorların tarama testlerini yaptırma sıklıkları ile ilgili 16 sorudan oluşan tarafımızca hazırlanan anket formu kullanıldı.

3.4. İSTATİKSEL ANALİZ

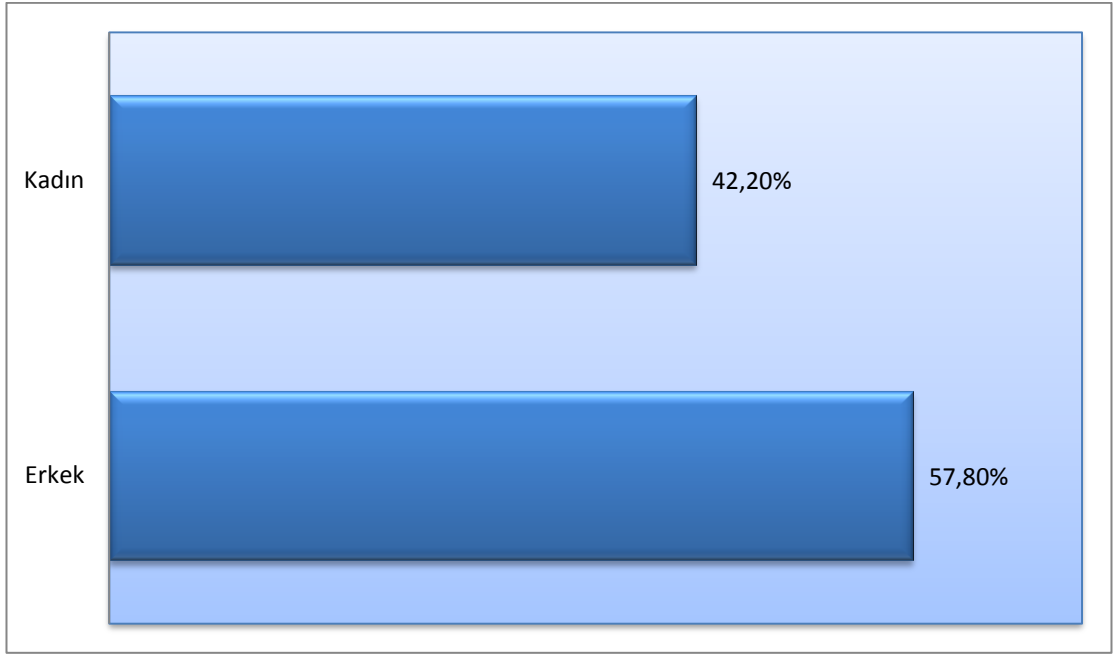
Verilerin analizi SPSS for Windows 15 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (min-max), nominal değişkenler için ise vaka sayısı ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirilmiştir.

$p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

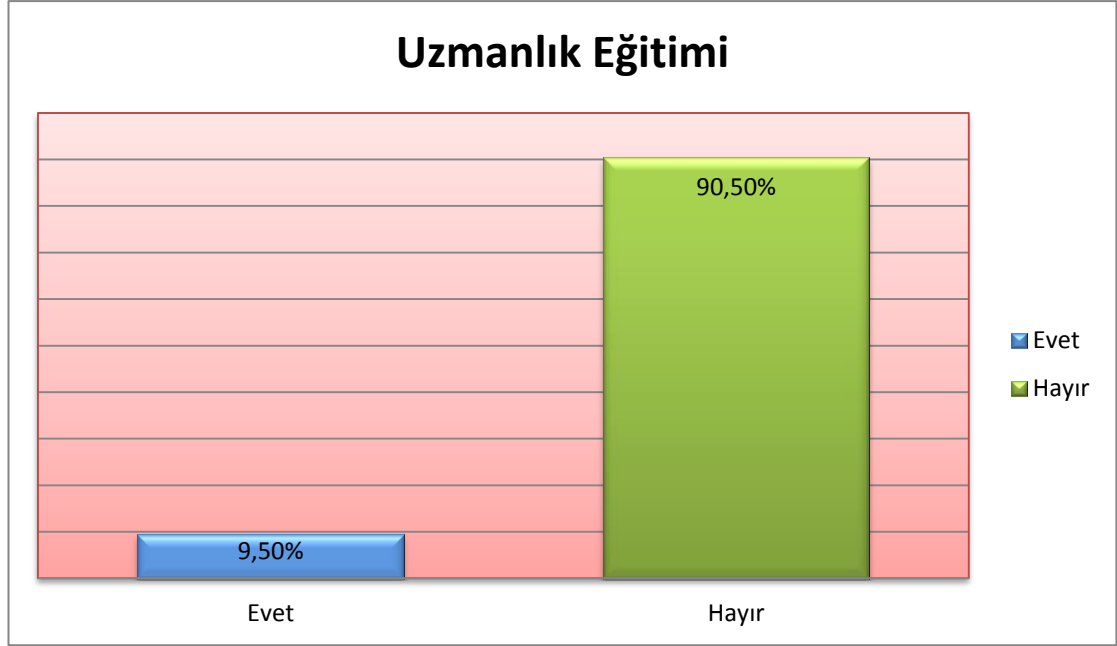
Çalışmamıza Ankara ili merkez aile sağlık merkezlerinde çalışan toplam 453 aile hekimi dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılanların %43'ü 46-50 yaş arasında idi. Aile hekimlerinin %42,2 si kadın, %57,8 i erkek idi (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

Katılımcıların %87,5'i evli iken, %5,7'si bekar ve %6,8'i boşanmış idi. Aile hekimlerinin %9,5 i uzmanlık eğitimi almışken %90,5 i uzmanlık eğitimi almamıştı (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Katılımcıların uzmanlık eğitimi alma durumları

Katılımcıların %41,7'si hiç sigara kullanmamışken, %21,4'ü günde 1 paketten az sigara kullanıyordu. %26,5'i sigarayı bırakmıştı (Tablo 4.1). Günde 1 paketten fazla sigara kullananların %72,3'ü erkek iken, günde 1 paketten az sigara kullananların %66'sı erkekti. Cinsiyet ile sigara kullanıp kullanmama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark bulundu ($p<0,001$).

Aile hekimlerinin %45,7'si alkol kullanmazken, %39,3'ü nadiren alkol kullanıyordu (Tablo 4.1). Yine cinsiyet ile alkol kullanıp kullanmama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark bulundu ($p<0,001$).

Katılımcıların %42,2 si egzersiz yapmıyorken, %33,8'i haftada 150 dakikadan az egzersiz yapıyordu (Tablo 4.1). Cinsiyet ile egzersiz yapıp yapmama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p=0,48$). Uzmanlık eğitimi ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı

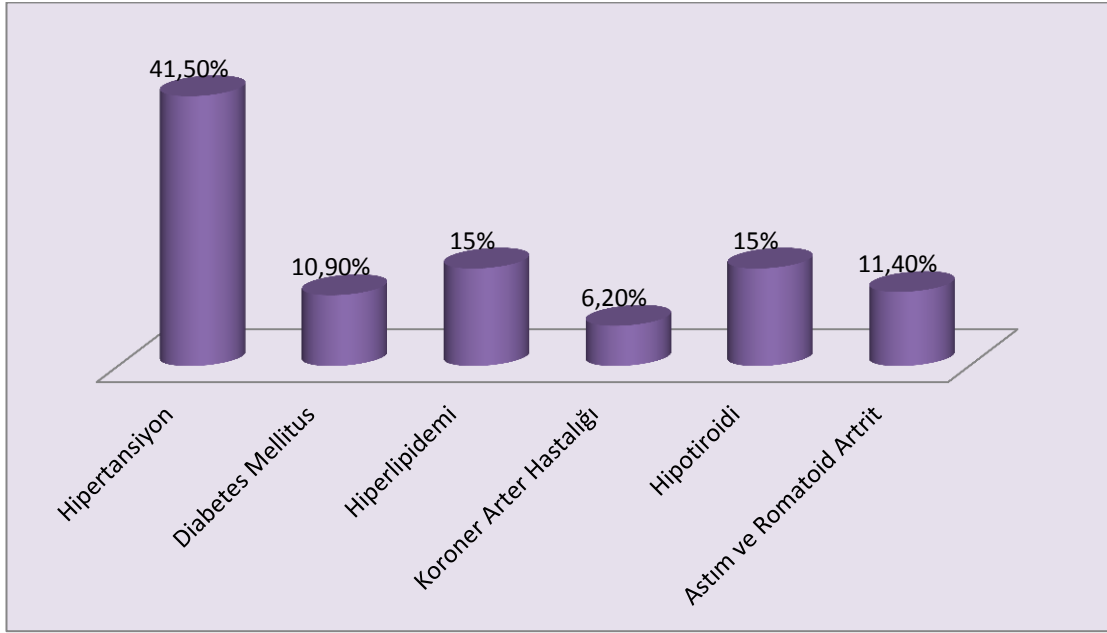
(p=0,044). Uzmanlık eğitimi alanların %39,5'i haftada 150 dakikadan fazla egzersiz yapıyorlardı.

Alkol ve sigara kullanımı 55 yaş üzerindeki doktorlarda diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak farklı bulundu (p<0.001). Elli beş yaş üzerinde sigara ve alkol kullanma oranları daha yüksek idi.

Tablo 4.1. Katılımcıların sigara, alkol kullanma ve egzersiz yapma durumları

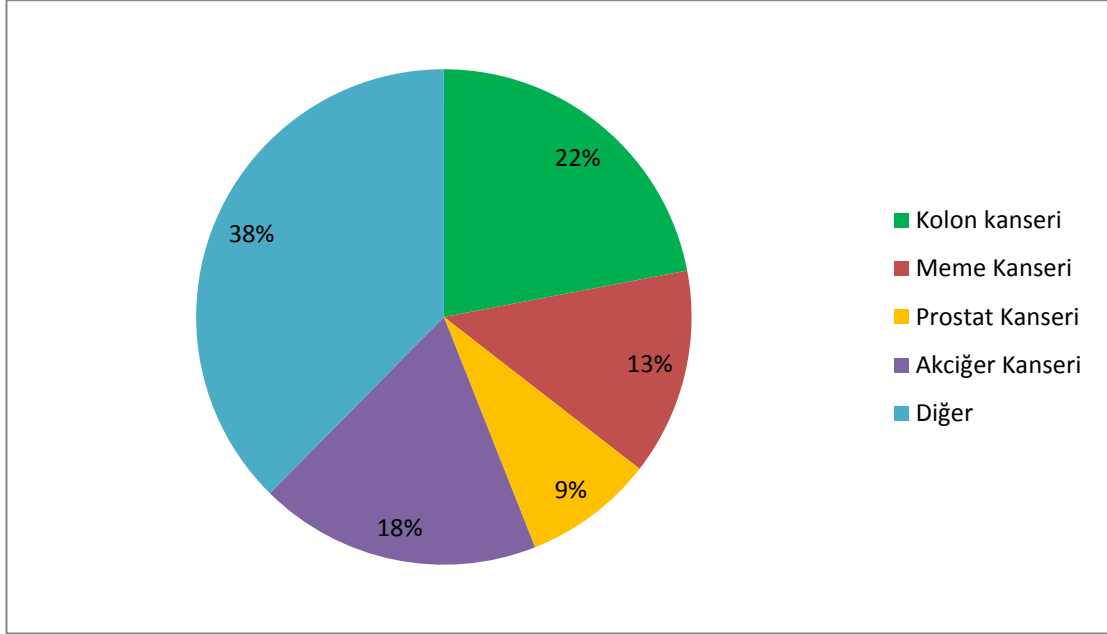
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanımı		
Günde 1 paket ve üzeri	47	10,4
Günde 1 paketten az	97	21,4
Hiç kullanmadım	189	41,7
Bıraktım	120	26,5
Alkol kullanımı		
Nadiren	178	39,3
Ayda 1 kez	37	8,2
Haftada 1-2 kez	24	5,3
Haftada 3-4 kez	5	1,1
Haftanın her günü	2	0,4
Kullanmıyorum	207	45,7
Egzersiz yapma durumu		
Haftada 150 dk'dan fazla	109	24,1
Haftada 150 dk'dan az	153	33,8
Yapmam	191	42,2

Doktorların %67,8'inde herhangi bir kronik hastalık yokken, %32,2'sinin en az bir kronik hastalığı vardı. Kronik hastalıklardan hipertansiyon %41,5 ile en çok görüleni idi. Diabetes mellitus %10,9, hiperlipidemi %15, koroner arter hastalığı %6,2, hipotiroidi %15 oranlarında görülürken, çalışmaya katılanların %11,4'ünde de diğer kronik hastalıklar bulunmakta idi (Şekil 4.3). Diğer kronik hastalıklardan en çok astım ve romatoid artrit görülmekte idi.



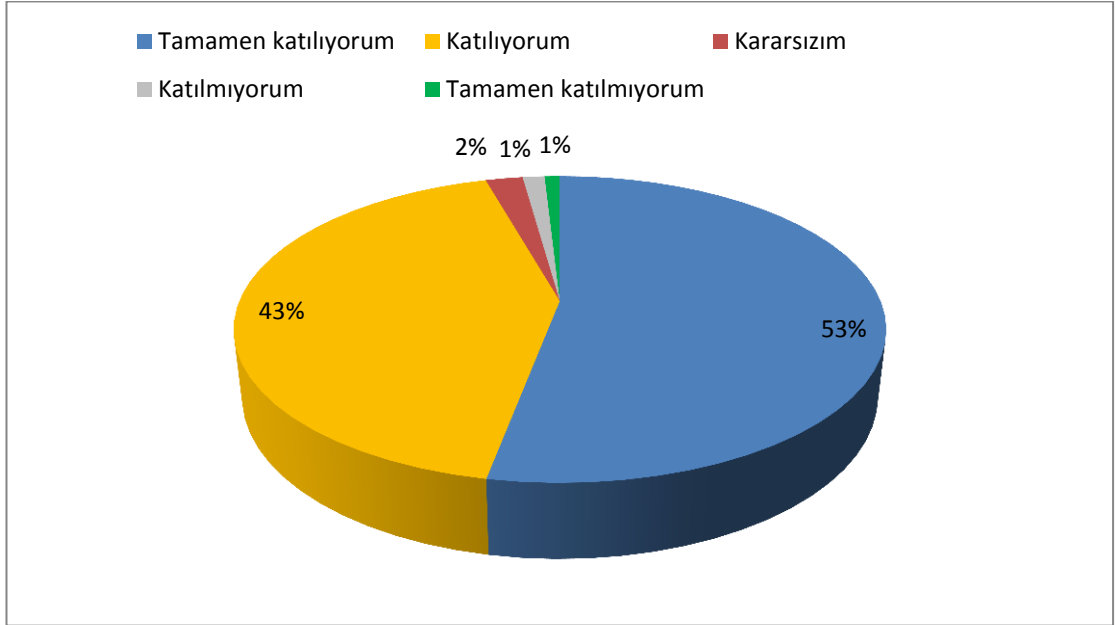
Şekil 4.3. Aile Hekimlerinin kronik hastalık durumları

Aile hekimlerinin %74,2'sinin birinci derece akrabalarında kanser öyküsü yokken, %25,8'nin birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü vardı. Kolon kanseri %22, meme kanseri %13,5, prostat kanseri %8,5 ve akciğer kanseri %18,4 oranında görülmekte idi. Aile hekimlerinin %37,6'sının birinci derece akrabalarında ise diğer kanser öyküleri bulunmakta idi (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Katılımcıların birinci derece akrabalarında bulunan kanser öyküsü durumları

Katılımcıların %53'ü doktorların kendilerine tarama testlerini yaptırmalarına tamamen katılırken, %42,6'sı katılıyor, %2,2'si kararsız idi. %1,3'ü ise tarama testlerini yaptırmalarına katılmıyorken, %0,9'u tamamen katılmıyordu (Şekil 4.5).

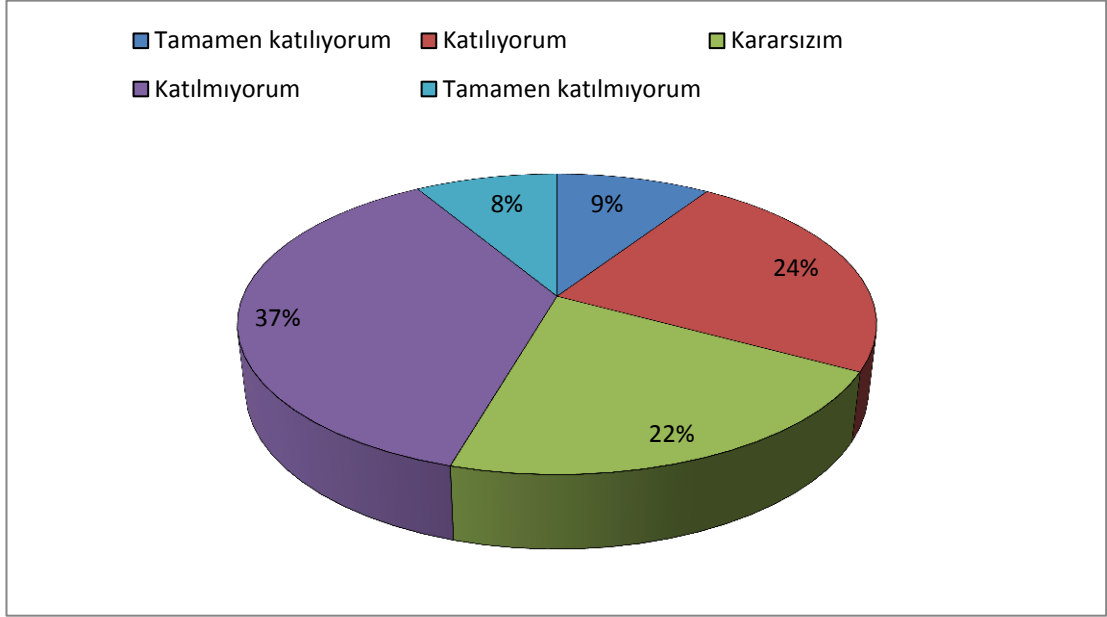


Şekil 4.5. Aile Hekimlerinin kendilerine tarama testi yaptırma gerekliliği hakkındaki fikirleri

Doktorların kendilerine tarama testlerini yaptırmaları hakkındaki görüşleri ile uzmanlık eğitimi durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamasına rağmen, uzmanlık eğitimi alan aile hekimleri daha çok “tamamen katılıyorum” derken, “kararsızım” dememişlerdi. Uzmanlık eğitimi almayan aile hekimlerinin ise %2,4’ü “kararsızım” cevabını verirken, %1,5’i “katılmıyorum”, %7’si “tamamen katılmıyorum” cevabını vermişlerdi.

Kadın doktorlar ve erkek doktorlar arasında doktorların kendilerine tarama testlerini yaptırıp yaptırmama hakkındaki görüşleri arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,056$).

Aile hekimlerinin %9,3'ü doktorların hastalarının tarama testlerinden sorumlu olmaları gerektiğine tamamen katılırken, %23,6'sı katılıyor, %21,6'sı ise kararsız idi. %36,9'u ise doktorların hastalarının tarama testlerinden sorumlu olmaları gerektiğine katılmıyorken, %8,6'sı tamamen katılmıyordu (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Aile Hekimlerinin hastaların tarama testlerinden sorumlu olma gerekliliği hakkındaki fikirleri

Uzmanlık eğitimi ile doktorların hastalarının tarama testlerinden sorumlu olmaları hakkındaki görüşleri karşılaştırıldığında, uzmanlık eğitimi almayanların %38,3'ü “katılmıyorum” cevabını vermişti. Bu durum uzmanlık eğitimi alanlarla istatistiksel anlamda farklı olarak bulundu ($p=0,041$).

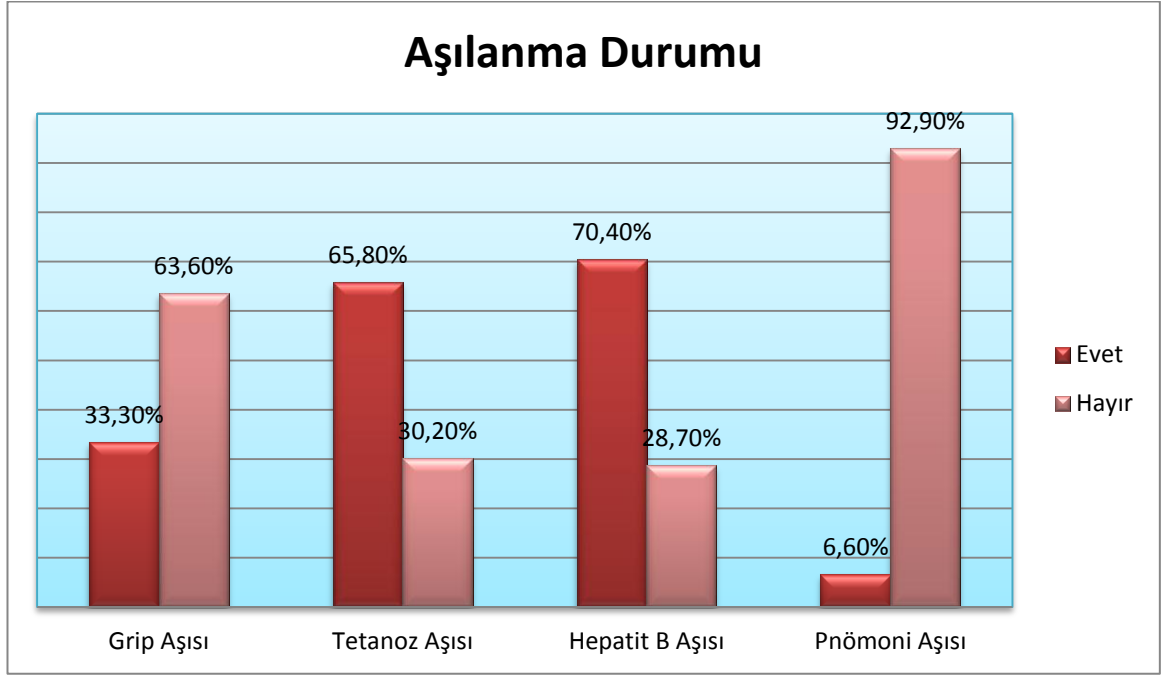
Kadın doktorlar ile erkek doktorlar arasında hastalarının tarama testlerinden sorumlu olmaları hakkındaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,052$).

Çalışmamıza katılan doktorların %82,6'sı beden kitle indeksini son 5 yıl içinde hesaplamışlardı. Yüzde 97,1'i de son 5 yıl içinde tam kan sayımı yaptırmışken, yine %97,1'i son 5 yıl içinde lipit ölçümü yaptırmışlardı. Kan basıncını son 6 ay içinde ölçtürenlerin yüzdesi 87,2 iken, son bir-iki yılda ölçtürenlerin yüzdesi 10,4 ve iki yıldan daha önce ölçtürenlerin yüzdesi ise 1,1 idi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların beden kitle indeksini hesaplama, tam kan sayımı yaptırma, lipit ölçümü yaptırma ve kan basıncı ölçtürme durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Beden kitle indeksini hesaplama durumu		
Evet	374	82,6
Hayır	79	17,4
Tam kan sayımı yaptırma		
Evet	440	97,1
Hayır	13	2,9
Lipit ölçümü yaptırma		
Evet	440	97,1
Hayır	13	2,9
Kan basıncı ölçme		
Son 6 ay içinde	395	87,2
Son 1-2 yıl içinde	47	10,4
İki yıldan daha önce	5	1,1
Hatırlamıyorum	6	1,3

Doktorların %33,3'ü son bir yıl içinde grip aşısı yaptırırken, %65,8'i son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmıştır. Hepatit B aşısı yapma durumuna bakıldığında ise %70,4'ünün aşıları olduğu görüldü. Pnömoni aşısı açısından bakıldığında ise sadece %6,6 sı aşı yaptırmıştı (Şekil 4.7).



Şekil 4.7. Aile Hekimlerinin aşılanma durumları

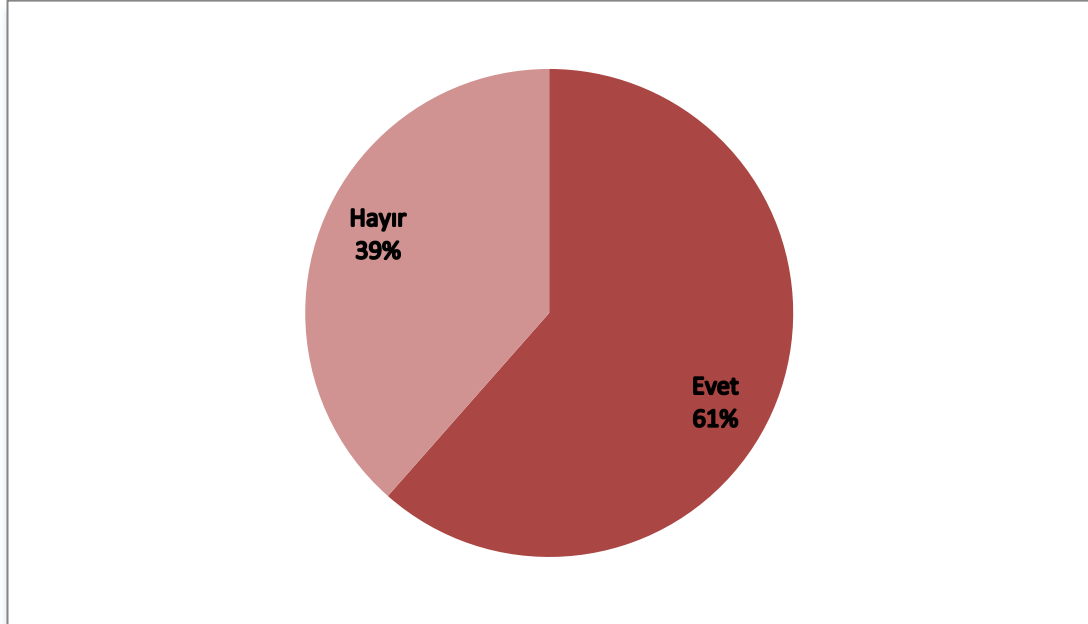
Tetanoz aşısı yaptıranların %74,3'ü kadındı. Cinsiyet ile tetanoz aşısı yaptırma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptandı ($p < 0,001$).

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %32,2'si daha önce depresyon açısından değerlendirilmişti ve değerlendirilenlerin %59,2'si kadın hekimler idi. Depresyon öyküsü cinsiyet açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Cinsiyet ile daha önce depresyon açısından değerlendirilmenin karşılaştırılması

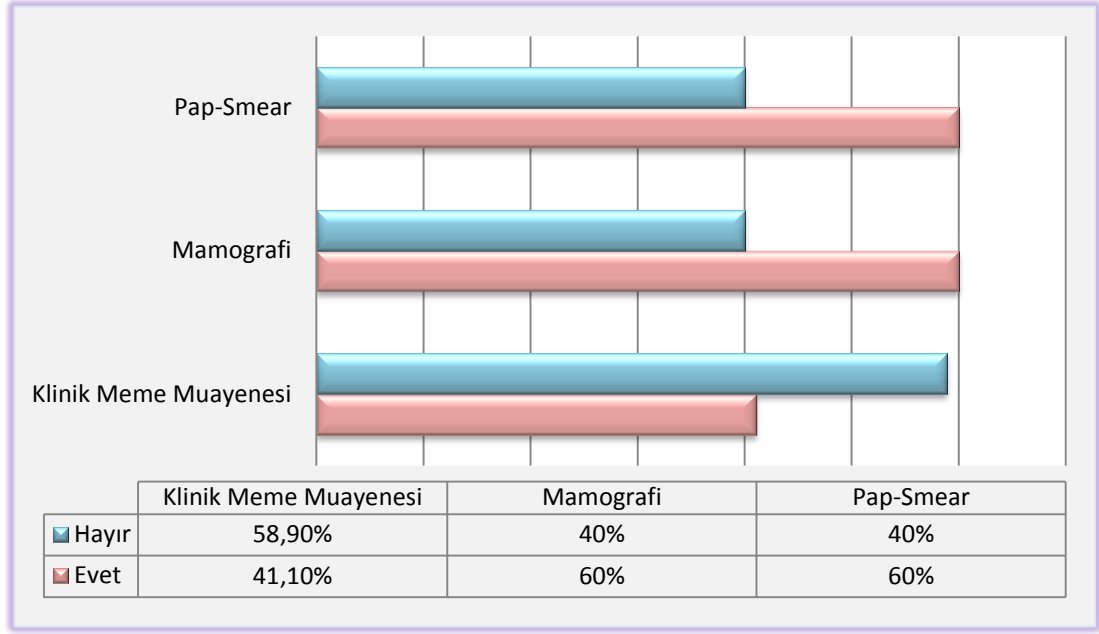
N (%)		Cinsiyet		Toplam	p=0,000
		Kadın	Erkek		
Depresyon öyküsü	Evet	87 (59,2)	60 (40,8)	147 (32,5)	
	Hayır	104 (34)	202 (66)	306 (67,5)	
Toplam		191 (42,2)	262 (57,8)	453 (100)	

Çalışmaya katılan erkeklerin %61,5'i son bir yıl içinde PSA ölçümü yaptırmıştı (Şekil 4.8).



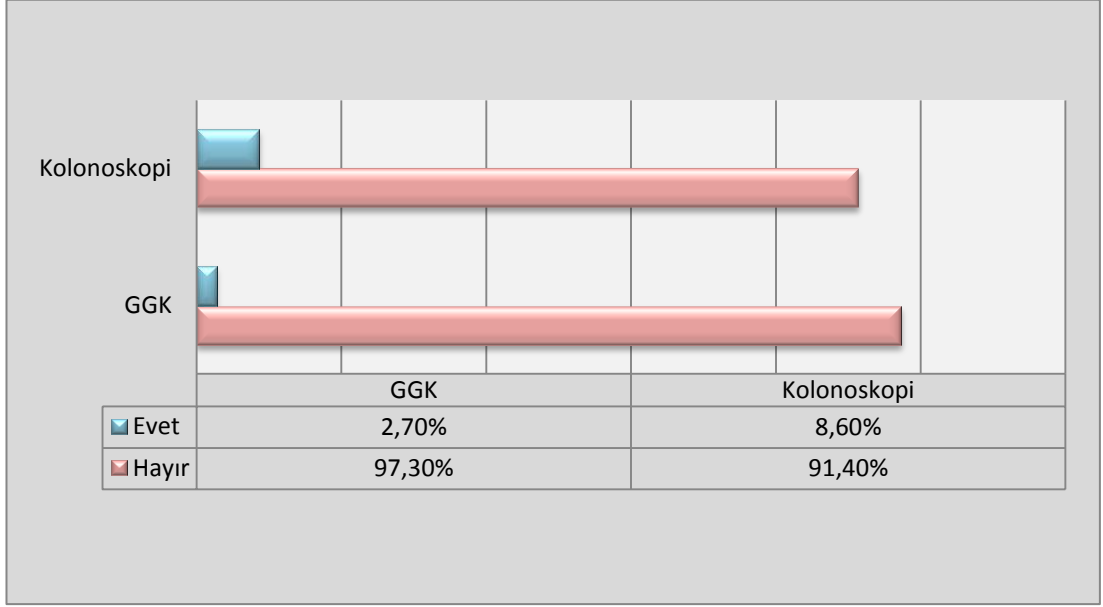
Şekil 4.8. Erkek hekimlerin PSA ölçümü yaptırma durumları

Kadınların ise %41,1'i son bir yıl içinde klinik meme muayenesi yaptırırken, %60'ı son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştı. Ayrıca kadınların %60'ı son 5 yıl içinde Pap-smear örnekleme yaptırmıştı (Şekil 4.9).



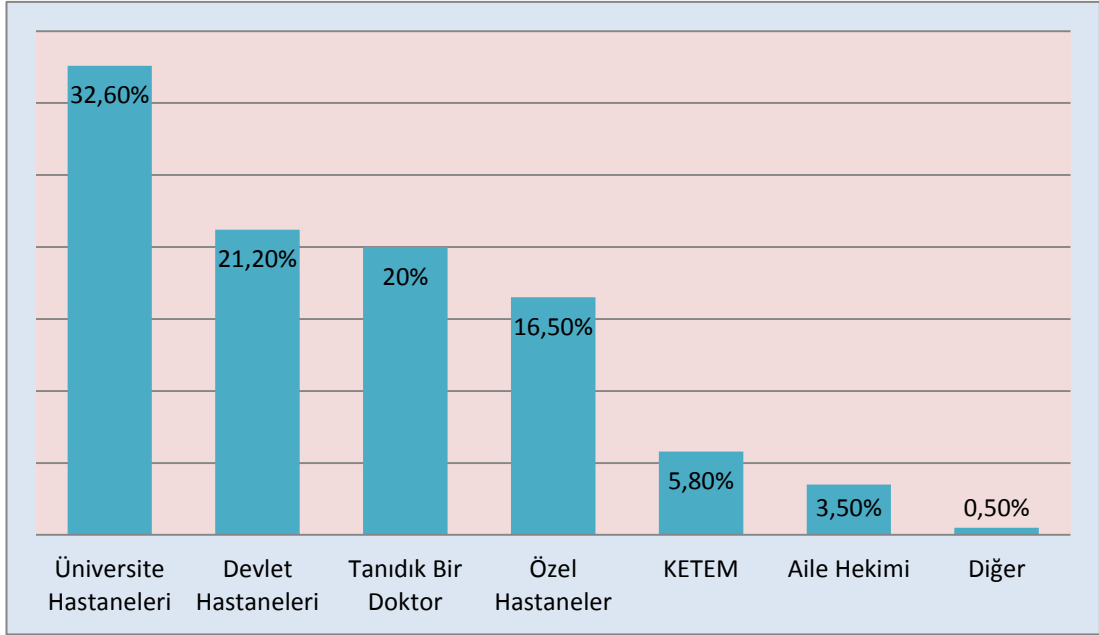
Şekil 4.9. Kadın hekimlerin Pap-Smear, KKM ve mamografi yaptırma durumları

Çalışmaya katılan aile hekimlerin sadece %2,7'si son bir yıl içinde gaita gizli kan testi yaptırmıştı. Son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptıranların oranı ise %8,6 idi (Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Aile Hekimlerinin kolonoskopi ve GGK yaptırma durumları

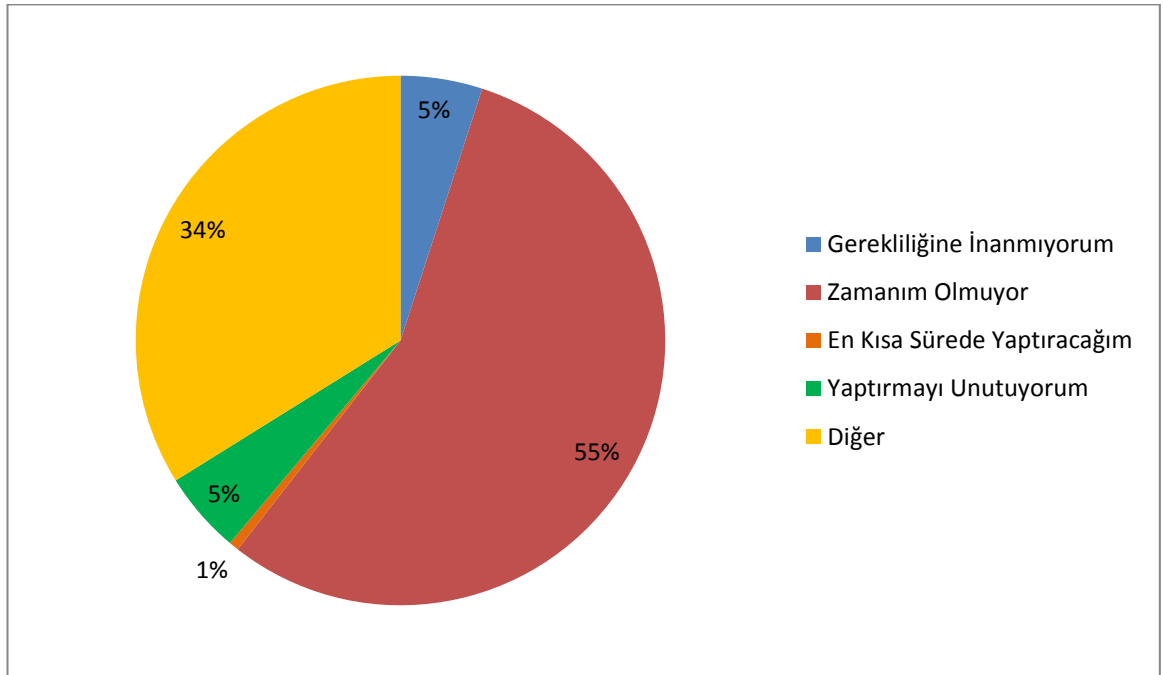
Aile hekimleri tarama testlerini yaptırmak için en çok üniversite hastanelerine başvuruyorlardı(%32,6). Bunu %21,2 ile devlet hastaneleri, %20 ile tanıdık bir doktora başvuru, %16,5 ile özel hastaneler, %5,8 ile KETEM'lere (Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi) başvuru ve %3,5 ile aile hekimine başvuru takip ediyordu (Şekil 4.11).



Şekil 4.11. Aile Hekimlerinin tarama testlerini yaptırmak için başvurdukları merkezler

“Bugünden itibaren herhangi bir tarama testi yaptırır mısınız?” sorusuna Aile hekimlerinin %64,8’i evet cevabını verirken, %35,2’si hayır cevabını vermiştir.

Aile hekimleri, tarama testi yaptırmamalarına neden olarak en çok “zamanım olmuyor” (%55,6) cevabını verirken sonrasında %33,9 ile diğer nedenler, %5 ile “yaptırmayı unutuyorum” ve yine %5 ile “gerekliliğine inanmıyorum” cevabını verdiler. Tarama testi yaptırmama nedeni ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,062$) (Şekil 4.12).



Şekil 4.12. Aile Hekimlerinin tarama testi yaptırmama nedenleri

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %74,2'sinin (336) birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü vardı. Ailesinde kanser öyküsü olanların %40,5'i (136) kadın, %59,5'i (200) erkekti. Ailede kanser öyküsü ile tarama testlerini yaptırma durumu karşılaştırıldığında;

Birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü olan 200 erkekten 124'ü (%62) son bir yıl içinde PSA ölçümü yaptırmıştı. Kanser öyküsü olmayan 62 erkekten de 37'si son bir yıl içinde PSA ölçümü yaptırmıştı. Ailede herhangi bir kanser öyküsüyle PSA ölçümü yaptırıp yaptırmama arasında istatistiksel olarak anlam saptanmadı ($p=0,074$). Birinci derece akrabalarında prostat kanseri olan 12 (%8,5) kişi vardı ve bunların 6'sı erkek idi. Ailede prostat kanseri olan erkeklerle,

olmayanların PSA yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,079$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Erkek hekimlerde ailede prostat kanseri öyküsü ile PSA ölçümü yaptırma durumunun karşılaştırılması

N (%)		Ailede prostat kanseri öyküsü		Toplam	
		Var	Yok		
PSA ölçümü	Evet	4 (66,7)	157 (61,3)	161 (61,5)	p=0,791
	Hayır	2 (33,3)	99 (38,7)	101 (38,5)	
Toplam		6 (2,3)	256 (97,7)	262 (100)	

Birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü olan 136 kadından 55'i (%40,4) klinik meme muayenesi yaptırırken, ailesinde kanser öyküsü olmayan 54 kadından 23'ü (%42,6) klinik meme muayenesi yaptırmıştı. Ailede kanser öyküsüyle klinik meme muayenesi yaptırıp yaptırmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,078$).

Birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü olan 136 kadından 87'si (%64) son iki yıl içinde mamografi yaptırırken, kanser öyküsü olmayan 54 kadından 27'si (%50) mamografi yaptırmıştı. Ailede kanser öyküsüyle mamografi yaptırıp yaptırmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,076$).

Birinci derece akrabalarında meme kanseri olan 19 (%13,5) kişi vardı ve bunların 11'i kadın idi. Ailede meme kanseri öyküsü olan kadınlarla, olmayanların klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir fark bulundu ($p=0,029$, $p=0,022$). Ailede meme kanseri öyküsü olanların klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırma oranları sırasıyla %9,1 ve %27,3 iken, meme kanseri olmayanlarda bu oranlar sırasıyla %43 ve %62 idi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Kadın hekimlerde ailede meme kanseri öyküsü ile klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırma durumlarının karşılaştırılması

N (%)		Ailede meme kanseri öyküsü		Toplam	
		Var	Yok		
Klinik meme muayenesi	Evet	1 (9,1)	77 (43)	78 (41,1)	p=0,029
	Hayır	10 (90,9)	102 (57)	112 (58,9)	
Toplam		11 (5,8)	179 (4,2)	190 (100)	
Mamografi	Evet	3 (27,3)	111 (62)	114 (60)	p=0,22
	Hayır	8 (72,7)	68 (38)	76 (40)	
Toplam		11 (5,8)	179 (94,2)	190 (100)	

Birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü olan 136 kadından 84'ü (%61,8) son 5 yıl içinde pap-smear örnekleme yaptırmışken, kanser öyküsü olmayanların %55,6'sı pap-smear örnekleme yaptırmıştı. Yine karşılaştırıldığında ailede kanser öyküsüyle pap-smear örnekleme yaptırmama durumu arasında istatistiksel olarak anlam saptanmadı (p=0,043).

Birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü olan 336 kişiden 25'i (%7,4) son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmışken, kanser öyküsü olmayanların %12,1'i kolonoskopi yaptırmıştı. Yine kanser öyküsü olanların %3'ü GGK yaptırmışken, olmayanların %1,7'ü GGK yaptırmıştı. Ailede kanser öyküsüyle kolonoskopi ve GGK yaptırmama durumu arasında istatistiksel olarak anlam saptanmadı (p=0,12, p=0,47).

Birinci derece akrabalarında kolon kanseri olan 31 (%22) kişi vardı. Ailede kolon kanseri öyküsü olanlarla, olmayanların GGK testi yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,83). Ancak ailede kolon kanseri öyküsü olanların kolonoskopi yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,001). Kolon kanseri öyküsü olanların kolonoskopi yaptırmama oranları %32,3 iken, olmayanlarda bu oran %6,9 idi (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Aile hekimlerinde ailede kolon kanseri öyküsü ile GGK ve kolonoskopi yaptırma durumlarının karşılaştırılması

N (%)		Ailede kolon kanseri öyküsü		Toplam	
		Var	Yok		
GGK	Evet	1 (3,2)	11 (2,6)	12 (2,7)	p=0,838
	Hayır	30 (96,8)	410 (97,4)	440 (97,3)	
Toplam		31 (6,9)	421 (93,1)	452 (100)	
Kolonoskopi	Evet	10 (32,3)	29 (6,9)	39 (8,6)	p=0,000
	Hayır	21 (67,7)	392 (93,1)	413 (91,4)	
Toplam		31 (6,9)	421 (93,1)	452 (100)	

Sigara kullanıp kullanmama ile klinik meme muayenesi, mamografi, Pap-smear, GGK ve kolonoskopi yaptırma arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ancak kronik hastalığa sahip olma açısından bakıldığında; en az bir kronik hastalığı olanlarda PSA ölçümü yaptırma, klinik meme muayenesi ve kolonoskopi yaptırma açısından anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), mamografi, pap-smear örnekleme ve GGK yaptırma açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

İlk tıbbi temas noktasını oluşturan aile hekimleri doğumdan ölüme kadar takip ettikleri hastalarının tüm sorunlarıyla ilgilendikleri gibi kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinden de sorumludurlar. PSM yoluyla bireye özgü ve bütüncül bir yaklaşım içinde hastayı merkeze alarak, hastalığı belirti vermediği erken dönemde tanımak, sağlığın korunmasını sağlamak ve hastalıkların önlenmesi için danışmanlık vermek aile hekimlerinin önemli görevlerinden biridir. Her ne kadar PSM ülkemizde yaygın olarak uygulanmasa da özellikle kanser gibi yaşam kalitesi ve süresinin çok önemli olduğu durumların erken tanısında oldukça önem göstermektedir. PSM yoluyla kanser taramaları yapılmakla birlikte özellikle son dönemde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yürüttüğü ulusal tarama programlarıyla belirli yaş ve cinsiyetteki kişilerin erken tanı ve yanı sıra tedavileri amaçlanmaktadır. Bu tarama programları da yine sağlık sisteminin birinci basamağı olan aile hekimliklerinde yürütülmektedir. Aile hekimleri de kişilerin taramalara yönlendirilmesinde anahtar rol oynamaktadırlar. Diğer ülkelerdeki birçok rapor da göstermiştir ki; birinci basamak hekimleri yüksek kaliteli sağlık bakımı sağlamada en önemli kaynaklardan biridirler.⁸⁵ Birinci basamağın etkisi özellikle önleyici hizmetlerin kullanımı ve kanser taramalarıyla ilişkide vurgulanmaktadır.⁸⁶ Aile hekimlerinin bu taramalar hakkındaki tavır ve tutumları, hastalarına önerilerini büyük oranda etkilemektedir. İyi kişisel sağlık alışkanlıkları veya kendi sağlıklarının iyileştirilmesine yönelik tutumları olan hekimlerin, hastaları için danışmanlık ve taramalar konusunda daha istekli oldukları gösterilmiştir.⁸⁷ Hatta doktorlar hastalar için rol model olduklarından, taramaları yaptırma durumları bile hastaların bu önerilere uyup uymamalarını etkileyebilmektedir. Hem hastalarına iyi bir örnek olabilmek hem de kendi sağlıklarının devamlılığı adına tarama testleri doktorlar için oldukça büyük bir öneme sahiptirler.

Dünya çapında yapılan birçok çalışmada doktorların kendi sağlıklarını ihmal ettikleri gösterilmektedir. Doktorlar ilaçlara kolay ulaşabildikleri ve kendilerini tedavi edebilme becerisine sahip oldukları için “özel” hastalardır. Ancak “özel” olmak gerekli bakımı sağlamak için yetmeyebilir. Birçok doktor hastalıkları ciddi boyuta ulaşmadan başka bir doktora başvurmayı tercih etmemekte, hastalandıkları

zaman da tanıdıkları bir doktora gitmeyi tercih etmekte ve sonuçta da tam bir bakım alamamaktadırlar.⁸⁸ Ülkemizde de bu durum geçerliliğini korumaktadır. Bu davranışın altında daha çok sağlıkları üzerindeki kontrollerini kaybetme korkusu yatmaktadır. Çünkü bu durumda doktorların tıbbi tedavi ve takip almaları gerekecektir ki bu da çalışma saatlerinde ve sonuçta aylık kazançlarında kayba neden olacaktır. Kendileri hastaları için gerekli bakımı sağlayıp gerekli önlemleri almalarına rağmen, kendilerini “hasta” olarak göremeyip ya da iş gücü kaybı yaşayacakları için yapılması gerekenleri ihmal etmektedirler.

Bizim çalışmamızda da aile hekimlerinin %95,6’sı doktorların kendilerine tarama testi yaptırmaları gereğine katılmalarına rağmen, tarama testi yaptırma oranları sırasıyla kolonoskopi için %8,6, GGK için %2,7, mamografi için %60, KMM için %41,1, Pap-smear için %60 ve PSA için %61,5 idi. Yani hekimler, doktorların tarama testlerini yaptırmalarını isterlerken kendileri de doktor olmalarına rağmen yeterli düzeyde tarama yaptırmıyorlardı. Tarama testlerini yaptırmamalarına neden olarak da en çok zaman yetersizliğini gösteriyorlardı (%55,6). Çalışmamıza benzer olarak Peleg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, katılan doktorların çoğunun (%59,4) tarama testlerinin önemine inancı tam olsa da, ancak %27,5’i kendilerine tarama testi yaptırmışlardı ve bu uyumsuzluğun ana nedeni olarak da zaman eksikliğini göstermişlerdi.⁴

İspanya’da birinci basamak hekimlerinde yapılan bir çalışmada, sırasıyla serviks, meme ve KRK tarama yaptırma oranları %73, %86 ve %24 olarak bulunmuştu ve kadınlar için serviks ve meme kanseri taraması yeterli iken KRK taraması yetersiz olarak yorumlanmıştı.⁸⁹ Bu çalışmanın bulguları da bizim çalışmamızdaki serviks (%60) ve meme (%60) kanseri tarama oranları ile benzer idi. Ancak KRK tarama durumu (%8,6) bizim çalışmamızda daha düşük bulundu.

Birinci basamakta çalışan kadın doktorlarda yapılan bir çalışmada da doktorların kendilerine tarama testi yaptırma oranları sırasıyla kolonoskopi için %53,7, klinik meme muayenesi için %83,5, mamografi için %70,7 olarak bulunmuştu. Ve bu oranlar hastalara bu tarama testlerini önerme oranlarını etkilemesi ile karşılaştırıldığında klinik meme muayenesi, mamografi için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu. Sonuç olarak da doktorların iyi kişisel sağlık alışkanlıklarının

ve kendi sağlıklarını iyileştirme çabalarının hastalarına öneri ve taramalarını etkilediği yönünde yorum yapılmıştı.⁹⁰

Amerika’da birinci basamağa başvuran 50 yaş üzeri 975 hastada yapılan bir çalışmada ise tarama amaçlı kolonoskopi yaptırma oranı %59 olarak çıkmıştı.⁹¹ Yine Amerika’da yapılan bir çalışmada 2012 yılı tarama amaçlı kolonoskopi yaptırma oranı %65,1 olarak bulunmuştu.⁹² Avustralya’da rastgele seçilen 25511 kişide yapılan bir çalışmada ise tarama amaçlı kolonoskopi yaptırma oranı %33,1 olarak bulunmuştu.⁹³ Bu alışmalar, toplum bazında yapılmış olmalarına rağmen, bizim çalışmamızdaki doktorların kolonoskopi yaptırma oranlarından (%8,6) daha yüksek oranlara sahiptirler. Yine lkemizde yapılan bir çalışmada, KRK tanısı almış 567 hastanın tanı öncesi tarama yaptıranların oranı da %3,5 olarak bulunmuştu.¹⁵ Bu oran da bizim çalışmamızla benzer olarak oldukça düşüktür. Bu durumu ülkemizdeki tarama uygulamalarının yetersiz oluşuna bağlayabiliriz. Tarama testlerini önermesi gereken aile hekimlerinin, kendilerine tarama yaptırma oranlarının da düşük olması uygulamadaki bu yetersizlikle ilişkilendirilebilir.

Ülkemizde bir devlet hastanesinde çalışan kadın sağlık profesyonellerinin meme kanserinde erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarını saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %2,6’sının yılda bir kez KMM yaptırdığı ve %1,3’ünün düzenli olarak yılda bir kez mamografi çektirdiği saptanmıştı.⁹⁴ Bu oran bizim alışmamızdaki KMM (%41,1) ve mamografi (%60) yaptırma oranları ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Yine yurtdışındaki çalışmalara bakıldığında Latin Amerika’da yapılan bir çalışmada normal popülasyonda tarama amaçlı son 2 yıl içinde mamografi yaptırma oranı %76,1 olarak bulunmuştu.⁹⁵ ülkemizde 18-78 yaş arası 363 kadında yapılan bir çalışmada ise KMM yaptırma %42,7, mamografi yaptırma oranı %40,1 olarak bulunmuş idi.⁹⁶ Mamografi yaptırma durumu (%60) açısından bu iki çalışma bizim çalışmamızla yakın değerlere sahip idi. Bu durum kadın doktorların mamografi açısından daha bilinçli olduğunu göstermektedir. Ancak KMM yaptırma oranının mamografi yaptırma oranından daha düşük olması, yine doktorların başka doktorlara muayene olmayı tercih etmemeleriyle ilişkilendirilebilir.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %25,8'inin birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü vardı. Birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü ile doktorların PSA, KMM, mamografi, pap-smear, GGK ve kolonoskopi yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Ailedeki kanser öyküsünün özellikle doktorlar gibi kanserlerdeki genetik geçiş durumunun farkında olan bilinçli bir toplumda taramalar açısından farklılık göstermemesi şaşırtıcıdır.

Ailedeki kanser öyküsüne tek tek bakıldığında birinci derece akrabalarında kolon kanseri öyküsü olanlarda kolonoskopi yaptırma oranı daha yüksekti ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Özellikle KRK'de erken tanı ve tedavinin mortalite ve morbidite azalmasını sağladığı ve bunun yanında tedavi maliyetlerini de düşürdüğü düşünülürse tarama testlerinin önemi daha çok ortaya çıkmaktadır. Ailesinde KRK öyküsü olan bireylerde KRK gelişme riskinin dört kat arttığı da bilinmektedir.⁹⁷ Bizim çalışmamızdan farklı olarak da ülkemizde yapılan bir çalışmada birinci derece yakınında KRK öyküsü olanlarda, KRK yaptırma durumu, aile öyküsü olmayanlara göre farklı bulunmamıştır.¹⁵

Ailede meme kanseri öyküsü olan kadınlarla, olmayanların klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir fark bulundu ($p=0,029$, $p=0,022$). Ailede meme kanseri öyküsü olanların klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırma oranları sırasıyla %9,1 ve %27,3 iken, meme kanseri olmayanlarda bu oranlar sırasıyla %43 ve %62 idi. Bu durum beklenenin aksinedir.

Aile hekimleri özellikle aile öyküsünün KRK'daki önemini farkındaysa da; meme kanseri, serviks kanseri ve prostat kanseri için aynı hassasiyeti göstermemektedirler. Burada doktorların bu konuda bilinçlendirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Doktorlar hastalarına tarama testlerini önermelerine rağmen kendilerine yeterli düzeyde yaptırmamaktadırlar. Neden olarak da en çok zaman yetersizliğini göstermektedirler. Ülkemizde Aile Hekimliği uygulaması 2011 yılında ülke genelinde yaygınlaşmıştır. Bu nedenle aile hekimliği sisteminin uygulamada hala birçok eksikliği bulunmaktadır. Özellikle hekimler, görevlerini devredebilecekleri

başka bir aile hekimi olmadan görev yerlerinden ayrılamamaktadırlar. Bu durumda da kendilerine tarama testi yaptırabilmek için zaman ayırmaları oldukça zor olmaktadır. Doktorların tarama testi yaptıramama nedenlerinin başında zaman kısıtlılığı olsa da “yaptırmayı unutuyorum”, “gerekliliğine inanmıyorum” gibi cevaplar da doktorların kendi sağlıklarını ihmal ettikleri yönünde yorumlanabilir.

Ayrıca çalışmamızda sigara kullanıp kullanmama ile KMM, mamografi, Papsmear, GGK ve kolonoskopi yaptırma arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptandı. Sigaranın birçok kanser üzerindeki olumsuz etkisi göz önüne alındığında, sigara kullananlarda daha çok tarama yaptırılması önerilir.

Çalışmamızdaki doktorların %32,9’u hastaların taramalarında sorumlu olmaları gerektiğine katılırken, %45,5’i katılmıyordu. Uzmanlık eğitimi almış aile hekimleri ile almamış aile hekimlerinin bu görüşleri karşılaştırıldığında; uzmanlık eğitimi almayan aile hekimlerinin daha yüksek oranda “katılmıyorum” cevabı verdiği görüldü. Kadın ve erkek aile hekimleri arasında katılıp katılmama durumu arasında fark bulunamadı. Birçok aile hekiminin hastaların tarama testlerinden sorumlu olmak istememelerinin başlıca nedenlerinden biri, aile sağlığı merkezlerinde yoğun çalışma koşullarının olması olarak yorumlanabilir. Bununla birlikte, uzmanlık eğitimi sırasında aile hekimliği disiplini alan hekimlerin daha yüksek oranda taramalarla ilgili sorumluluk almaları sevindiricidir.

Çalışmamızda doktorların %32,2’sinin en az bir kronik hastalığı bulunmaktaydı ve en çok görülen kronik hastalık hipertansiyon idi. Stresli çalışma koşulları hipertansiyon görülme sıklığının yüksek olmasının önemli bir nedenini oluşturmaktadır.

Çalışmamıza katılan doktorların %82,6’sı beden kitle indekslerini son 5 yıl içinde hesaplamışlardı, %97,1’i son 5 yıl içinde tam kan sayımı yaptırmıştı, %97,1’i son 5 yıl içinde lipit ölçümü yaptırmıştı. Kan basıncını son altı ay içinde ölçtürenlerin yüzdesi 87,2 iken, son bir-iki yılda ölçtürenlerin yüzdesi 10,4 ve iki yıldan daha önce ölçtürenlerin yüzdesi ise 1,1 idi.

Yine Peleg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya bakacak olursak, doktorların %85,5’i beden kitle indekslerini son 5 yıl içinde hesaplamışlardı, %81,2’si son 5 yıl içinde lipit ölçümü yaptırmışlardı. Aynı çalışmada kan basıncını son bir yıl içinde

ölçtürenlerin yüzdesi 62,6 iken, son 2 yılda ölçtürenlerin yüzdesi 82,6 idi.⁴ Bu bulgular da bizim çalışmamızla büyük benzerlik göstermekteydi.

Doktorların beden kitle indeksi hesaplama, tam kan sayımı, lipit ölçümü, kan basıncı ölçümü gibi daha kolay uygulanabilecek belli taramaları daha çok yaptırdıkları görülmektedir. Bu durumun nedenlerinin başında bu taramaların daha az girişimsel ve daha kolay erişilebilir olmaları gelmektedir. Üstelik bu testler için aile hekimlerinin başka doktor başvurusu da gerekmemektedir. Oysa ki kolonoskopi, pap-smear ve mamografi gibi tarama testleri daha girişimsel olmaları, hem uzun zaman almaları hem de başka bir doktora veya kuruma başvuru yapılması gereklilikleri nedeni ile doktorlar tarafından yeterli düzeyde tercih sebebi olmamaktalar. Üstelik bu taramalar sonucu hastalık çıkma olasılığı, tarama yaptıran diğer insanlarda olduğu gibi doktorları da korkutmakta ve tercih edilmemelerine neden olmaktadır.

Çalışmamızda aile hekimlerinin %33,3'ü son bir yıl içinde grip aşısı yaptırdıkları, %65,8'i son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmıştır. Hepatit B aşısı yapma durumuna bakıldığında ise %70,4'ünün aşı olduğu görüldü. Pnömoni aşısı açısından bakıldığında ise sadece %6,6'sı aşı yaptırmıştı. Peleg ve arkadaşlarının çalışmasında ise doktorların %46,4'ü son bir yıl içinde grip aşısı yaptırdıkları, %89,9'u hepatit B'ye karşı bağışıklanmıştı.⁴ Yine birinci basamakta çalışan kadın doktorlarda yapılan bir başka çalışmada grip aşısı yaptırma oranı %76,8 idi.⁹⁰

Özellikle sağlık çalışanları için oldukça önemli olmasına rağmen doktorlarımızdaki hepatit B aşılama düzeyi yetersiz idi. Grip aşısı yaptırma durumu (%33,3) da diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında düşüktü. Hastalarını da bilinçlendirmeleri açısından doktorlara aşılamanın önemi hatırlatılmalıdır.

Ayrıca çalışmamızda tetanoz aşısı yaptıranların %74,3'ü kadındı. Cinsiyet ile tetanoz aşısı yaptırma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptandı ($p<0,001$). Bunu da daha çok kadınların gebelikleri sırasında tetanoz aşısı yaptırmış olmalarına bağlayabiliriz.

Depresyon açısından bakıldığında ise doktorlarda %32,5 oranında daha önce değerlendirilme öyküsü vardı ve bu doktorların yarıdan fazlası kadın idi. Bu durumu

da doktorların çalışma ortamları dolayısıyla depresyon riskiyle daha çok karşı karşıya olmalarıyla açıklayabiliriz.

Çalışmamızdaki aile hekimlerinin tarama testlerini yaptırmak için en çok üniversite hastanelerine başvurmakta olduklarını gözlemledik (%32,6). Bunu %21,2 ile devlet hastanelerine, %20 ile tanıdık bir doktora, %16,5 ile özel hastanelere, %5,8 ile KETEM'lere ve %3,5 ile aile hekimine başvuru takip ediyordu. Bu durumun nedeni olarak da çalışmamızın yapıldığı il merkezinde bulunan tıp fakültesi hastanesi sayısının fazla olması, nispeten doktorların üniversite hastanelerine ulaşımının kolay olması düşünülebilir.

Aile hekimlerinin %64,8'i "Bugünden itibaren herhangi bir tarama testi yaptırır mısınız?" sorusuna evet cevabını verdiler. Bu durumu çalışmamızın, hekimleri bu konuda motive etme konusunda az da olsa başarılı olduğunu düşünebiliriz.

6. SONUÇ

Ankara ili merkez ilçeleri aile sağlık merkezlerinde yuruteden çalışmaya, bu aile sağlığı merkezlerinde çalışan, 40 yaş ve uzerinde olan 453 aile hekimi dahil edildi. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin tarama testlerini yaptırma oranları sırasıyla kolonoskopi için %8,6, GGK için %2,7, mamografi için %60, KMM için %41,1, pap-smear için %60 ve PSA için %61,5 idi. Bu oranlar kolon kanseri taramaları için oldukça dusek iken, meme, serviks ve prostat kanseri açısından orta duzeyde idi.

Çalışmaya katılanların %43'ü 46-50 yaş arasında idi. Aile hekimlerinin %42,2 si kadın, %57,8 i erkek idi. Aile sağlık merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin %9,5 ü uzmanlık eğitimi almıştı. Doktorların %32,2'sinin en az bir kronik hastalığı vardı. Kronik hastalıklardan hipertansiyon %41,5 ile en çok goruleni idi.

Aile hekimlerinin %25,8'nin birinci derece akrabalarında en az bir kanser oykusü vardı. En çok gorulen kanser oykusü ise kolon kanseri idi. Birinci derece akrabalarında en az bir kanser oykusü ile doktorların PSA, KMM, mamografi, pap-smear, GGK ve kolonoskopi yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Ailedeki kanser oykusü tarama testi yaptırmayı etkilememişti.

Ancak ailede kanser oykusüne tek tek bakıldığında sadece birinci derece akrabalarında kolon kanseri oykusü olanlarda kolonoskopi yaptırma oranı daha yuksekti ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$). Kolon kanseri tarama oranı genel olarak dusek idi. Bu taramayı yaptıranların çoğunluğunu da birinci derece akrabalarında kolon kanseri olanlar oluşturuyordu.

Ailede meme kanseri oykusü olan kadınlarla, olmayanların klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak negatif yonde anlamlı bir fark bulundu ($p=0,029$, $p=0,022$). Bu durum beklenenin aksine idi.

Ayrıca çalışmamızda sigara kullanıp kullanmama ile klinik meme muayenesi, mamografi, pap-smear, GGK ve kolonoskopi yaptırma arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptandı.

Çalışmamızda aile hekimlerinin %95,6'sı doktorların kendilerine tarama testi yaptırmaları gerekliliğine katılıyordu. Uzmanlık eğitimi alanlarla almayanlar arasında bu durum için bir fark saptanmadı.

Aile hekimlerinin %32,9'u doktorların hastaların taramalarında sorumlu olmaları gerektiğine, katılıyordu. Uzmanlık eğitimi almayan aile hekimleri daha çok "katılmıyorum" cevabını vermişlerdi. Bu durum uzmanlık eğitimi alanlarla istatistiksel anlamda farklı olarak bulundu (p=0,041).

Çalışmamıza katılan doktorların %82,6'sı beden kitle indeksini son 5 yıl içinde hesaplamışlardı. Yüzde 97,1'i de son 5 yıl içinde tam kan sayımı yaptırmışken, yine %97,1'i son 5 yıl içinde lipit ölçümü yaptırmışlardı. Kan basıncını son 6 ay içinde ölçtürenlerin yüzdesi 87,2 iken, son bir-iki yılda ölçtürenlerin yüzdesi 10,4 idi.

Doktorların %33,3'ü son bir yıl içinde grip aşısı yaptırırken, %65,8'i son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmıştı. Hepatit B aşısı yaptıranların oranı ise %70,4 idi.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %32,2'si daha önce depresyon açısından değerlendirilmişti ve değerlendirilenlerin yarısından fazlası kadın hekimler idi.

Tarama testlerini yaptırmak için en çok başvuru alan kuruluşlar üniversite hastaneleri idi (%32,6). Diğer başvuru alan merkezler ise devlet hastaneleri, tanıdık bir doktor, özel hastaneler ve KETEM'ler idi. Çok az bir grup da tarama testleri için aile hekimine başvurmayı tercih etmişti.

Aile hekimlerinin %64,8'ü ileride tarama testi yaptırmaya olumlu bakıyorlardı. Zamanlarının olmayışı (%55,6) tarama testi yaptırmamalarının başlıca nedeni idi.

Çalışmamız sonucunda doktorların kendilerine tarama testlerini yeterli düzeyde yaptırmadıklarını gördük. Özellikle kolon kanseri taramalarında oldukça düşük oranlar söz konusuydu. Meme ve serviks kanseri taramalarının nispeten daha yüksek olması kadın hekimlerin taramalar konusunda erkek meslektaşlarına göre

daha duyarlı oldukları şeklinde yorumlanabilir. Aile hekimlerinin bu taramalar hakkındaki tavır ve tutumları, hastalarına önerilerini büyük oranda etkilemektedir. Bu yüzden doktorlara taramaların önemini hatırlatıcı eğitimler verilmesinin faydalı olacağını düşünmekteyiz. Böylelikle hem kendi hem de hastalarının sağlıklarının korunmasına büyük katkıda bulunacaklardır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun başlatmış olduğu ulusal kanser tarama programlarının daha yaygınlaştırılmasıyla da doktorların ve hastaların farkındalıkları artacağını düşünmekteyiz.

Doktorlarla yapılan yüz yüze görüşmeler sırasında gördük ki, aile hekimleri yoğun çalışmaktalar. Bu yoğunluk sebebiyle de çoğunlukla tarama testi yaptırmak için zaman ayıramamaktalar. Kendi sağlıklarına hastaları kadar önem vermemeleri de bu testlerin ihmalinin önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Ayrıca başka bir sağlık kuruluşu ve/veya başka bir hekime başvurmak da zaman zaman hekimler için mahcubiyet, utanma ve endişe kaynağı olabilmekte ve hekimlerin kendi sağlıklarını ihmal etmesine neden olabilmektedir. Bu yüzden sıklıkla tanıdıkları bir doktora gitmeyi tercih etmekte. Bu durumda da her zaman tam anlamıyla değerlendirilememektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda baktığımızda her hekimin, kendi sağlık bakımı ile ilgilenebilecek ve çekinmeden başvurabileceği bir aile hekimi olması ve bu aile hekiminin, özel olarak tarama zamanlarını telefon, e-posta gibi yollarla hatırlatması ve taramaların yapılması için gerekli işlemleri yerine getirmesi önerilebilir. Hekimler için sağlık kuruluşlarında özel klinikler ayrılması ve hekimler için fazla zaman kaybına neden olmayacak şekilde tarama randevuları verilmelisinin de faydalı olacağını düşünmekteyiz. Bununla birlikte hekimlere taramalar ve sağlık konuları için yıllık özel izinler verilmesi de önerilebilir.

Ayrıca PSM ve taramalar konusunun, ülkemizdeki tıp fakültelerinin ders müfredatında her yıla yayılmış olarak ve önemle üzerinde durularak verilmesi, öğrencilerin meslek yaşamlarına bu konuda daha bilinçli olarak adım atmaları, dolayısıyla mezuniyet sonrası hem kendilerine hem de hastalarına bu konuda daha bilinçli davranmaları ve uygulamalarında artış hakkında katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

ÖZET

Ankara İli Merkez İlçeleri Aile Sağlık Merkezlerinde Çalışan 40 Yaş ve Üzeri Aile Hekimlerinin Tarama Testlerini Kendilerine Yaptırma Durumları

Kanser dünyada hemen her ülkede mortalite ve morbidite oranları açısından önde gelen bir sağlık sorunudur. Bu hastalığı önlemenin en ucuz yolu, risk grubundaki hastalara tarama yöntemlerinin uygulanmasıdır. İlk tıbbi temas noktası olmaları sebebiyle de aile hekimleri Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM) dahilinde, tarama testlerini hastalarına önermekte ve yaptırmaları için gerekli yönlendirmeleri yapmaktadırlar. Hastaları için rol model olmaları dolayısıyla; aile hekimlerinin hastaları sağlıklarına dikkat etmeleri hususunda teşvik edebilme kabiliyetlerinin kendileri ile ilgili tutum ve davranışlarından etkilendiği bilinmektedir. Biz de bu çalışmamızda aile hekimlerinin kendilerine kanser tarama testlerini ne oranda yaptırdıklarını saptamayı amaçladık. Çalışmaya Haziran 2013 - Ağustos 2013 tarihleri arasında, Ankara ili merkez ilçeleri aile sağlık merkezlerinde çalışan, 40 yaş ve üzerinde olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 453 aile hekimi dahil edildi. Çalışma için hazırlanmış anket formu doktorlar ile yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Çalışmaya katılanların %43'ü 46-50 yaş arasında idi. Aile sağlık merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin %9,5 ü uzmanlık eğitimi almıştı. Aile hekimlerinin tarama testlerini yaptırma oranları sırasıyla kolonoskopi için %8,6, gaitada gizli kan testi için %2,7, mamografi için %60,0, klinik meme muayenesi için %41,1, pap-smear için %60,0 ve PSA için %61,5 idi. Aile hekimlerinin %25,8'inin birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü vardı. Birinci derece akrabalarında en az bir kanser öyküsü ile doktorların PSA, klinik meme muayenesi, mamografi, pap-smear, gaitada gizli kan testi ve kolonoskopi yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Ailedeki kanser öyküsü tarama testi yaptırmayı etkilememişti. Sadece birinci derece akrabalarında kolon kanseri öyküsü olanlarda kolonoskopi yaptırma oranı daha yüksekti ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$). Ailede meme kanseri öyküsü olan kadınlar ile olmayanların klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir fark bulundu ($p=0,029$, $p=0,022$). Bu durum beklenenin aksine idi. Aile

hekimlerinin %95,6'sı doktorların kendilerine tarama testi yaptırmaları gerekliliğine katılıyorlardı. Aile hekimlerinin %32,9'u doktorların hastaların taramalarında sorumlu olmaları gerektiğine katılıyordu. Uzmanlık eğitimi almayan aile hekimleri daha çok "katılmıyorum" cevabını vermişlerdi. Bu durum uzmanlık eğitimi alanlarla istatistiksel anlamda farklı olarak bulundu ($p=0,041$). Tarama testlerini yaptırmak için en çok başvuru alan kuruluşlar üniversite hastaneleri idi (%32,6). Çok az bir grup da tarama testleri için aile hekimine başvurmayı tercih etmişti. Aile hekimlerinin %64,8'ü ilerde tarama testi yaptırmaya olumlu bakıyorlardı. Zamanlarının olmayışı (%55,6) tarama testi yaptırmamalarının başlıca nedeni idi. Bu çalışma ile doktorların kendilerine tarama testlerini yeterli düzeyde yaptırmadıkları saptanmıştır. Aile hekimlerinin taramalar hakkındaki tavır ve tutumları, hastalarına önerilerini büyük oranda etkilemektedir. Bu yüzden doktorlara taramaların önemini hatırlatıcı eğitimler verilmesinin ve tıp fakültelerinin ders müfredatında her yıla yayılmış olarak ve önemle PSM'lerin ve taramaların üzerinde durulmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz. Böylelikle aile hekimleri hem kendi hem de hastalarının sağlıklarının korunmasına büyük katkıda bulunacaklardır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun başlatmış olduğu ulusal kanser tarama programlarının daha yaygınlaştırılmasıyla da doktorların ve hastaların farkındalıklarının ve tarama yaptırma oranlarının artacağını düşünmekteyiz. Önümüzdeki yıllarda bu konuda yapılacak daha geniş çaplı araştırmalarla aile hekimlerinin tutum değişikliği olup olmadığı ve hastaların bundan nasıl etkilendiği araştırılabilir.

Anahtar Sözcükler: *Periyodik Sağlık Muayenesi, Kanser Taraması, Aile Hekimi, Koruyucu Hekimlik*

SUMMARY

Situations of Undergoing Screening Tests of 40-Year-Old and Older Family Physicians Working at Family Health Centers in Central Districts of Ankara

Cancer, in almost every country in the world, is a leading health problem in terms of mortality and morbidity rates. The cheapest way of preventing this disease is implementation of screening methods to patients at risk groups. Family physicians, for they are at the point of first medical contact, recommend their patients and make the necessary guidance for undergoing screening tests within periodic health examination (PHE). It is known that, on account of being a role model for their patients, family physicians' ability to promote patients to pay attention to their health is influenced by their attitudes and behaviors concerning themselves. In our study, we planned to assess at what rates the family physicians underwent screening tests. Four hundred and fifty-three 40-year-old and older family physicians working at family health centers in central districts of Ankara who agreed to participate were included in the study between June 2013 and August 2013. The questionnaire prepared for the study was completed face to face with doctors. Forty-three percent of the participants were between the ages of 46-50 years, and 9.5% of the family physicians working at family health centers had specialist training. The rate of family physicians' undergoing screening tests were 8.6% for colonoscopy, 2.7% for fecal occult blood test, 60% for mammography, 41.1% for clinical breast examination, 60% for pap smear, and 60% for PSA, respectively. Of the family physicians, 25.8% had at least one history of cancer in the first-degree relatives. There was no statistically significant difference between having a first-degree relative with at least one history of cancer, and undergoing colonoscopy, fecal occult blood test, mammography, clinical breast examination, pap smear, and PSA. Family history of cancer did not affect undergoing the screening tests ($p>0.05$). Only in the doctors who had a first-degree relative with a history of colon cancer, colonoscopy rate was higher and the difference was statistically significant ($p<0,001$). A statistically significant negative difference was found when the female doctors with or without a family history of breast cancer were compared for undergoing clinical breast examination and mammography ($p=0.029$, $p=0.022$). That was contrary to what

expected. Of the family physicians, 95.6% agreed with the necessity of undergoing screening tests, and 32.9% agreed that the physicians should be responsible for screening tests of the patients. The family physicians who did not have specialty training responded more with the answer “disagree”. That was found to be statistically different when compared with specialists ($p=0.041$). University hospitals were the most frequently attended healthcare organizations (32.6%) for the screening tests. A very small group of family physicians admitted to their family physician for the screening tests. Of the family physicians, 64.8% were open to undergoing screening tests in the future. The main reason for not undergoing screening tests was lack of time (55.6%). In this study, it was determined that family physicians had inadequate screening tests. Family physicians’ own attitudes and behaviors about screening tests substantially influence their recommendations to patients. Therefore, we suggest that it would be useful to give physicians educations reminding the importance of screening tests, and strongly emphasize on PHE and screening tests every year in the curriculum of medical schools. Thus, the family physicians would contribute to improve the health of their patients and their own. We believe that both doctors’ and patients’ awareness and rates of undergoing screening tests will increase by dissemination of the national cancer screening programs started by the Public Health Agency of Turkey. In the coming years, whether any attitude change occurred in the family physicians and how the change effected the patients could be investigated with more extensive researches on this topic.

Keywords: *Periodic Health Examination, Cancer Screening, Family Physician, Preventive Medicine*

KAYNAKLAR

- ¹ Dikici ve ark. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27
- ² Etlik KETEM Grubunun Serviks ve Meme Kanseri Tarama Programı Sonuçları. TAF Prev Med Bull 2012; 11(2): 14-5152
- ³ Türk Kanser Araştırma Ve Savaş Kurumu Derneği. Erişim. <http://www.turkkanser.org.tr/>. Erişim tarihi.12.11.2013
- ⁴ Peleg R, et al. Screening tests among family doctors: do we do as we preach?.Public Health (2013), [http://dx.doi.org/10,1016/j.puhe.2012.12.01](http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.12.01)
- ⁵ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişim. <http://www.ailehekimlig.gov.tr/>. Erişim tarihi.13.11.2013
- ⁶ Burgut E, Anber N, Akpınar E, Bozdemir N. Periodical Health Examination. Archives Medical Rewiew Journal. 2007;16(1):1-15
- ⁷ Akdeniz M, Aşık Z, Yaman H. Periyodik Sağlık Muayenesi. GeroFam 2010;1(1): 69-84
- ⁸ Morse RM, Heffron WA. Preventive Health Care. In: Rakel RE ed. Textbook of Family Practice. Philadelphia: WB Saunders.1995.
- ⁹ Aktürk, Z, Dağdeviren, N, Yorulmaz, F. Periyodik sağlık muayeneleri. T. Ü. T. F. Aile Hekimliği.
- ¹⁰ The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Grade Definitions After July 2012. Erişim.<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>. Erişim tarihi.18.11.2013
- ¹¹ Winawer SJ, Sherlock P. Best practice and research clinical gastroenterology. Colorectal cancer screening, 2007; vol. 21, 6: 1031.
- ¹² Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. CA Cancer J Clin. 2013;63:11-30. [PMID: 23335087]

- ¹³ Bresalier RS. Malignant neoplasms of the large intestine. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH Editors. Gastrointestinal and liver disease, pathophysiology, diagnosis, management. Section ten. Small and large intestine. 7th ed. Philadelphia. Saunders 2002; 2215-62.
- ¹⁴ Ertürk S. Kolon ve rektum kanserleri; Kolorektal Kanserler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği İstanbul, 2010
- ¹⁵ Aydınlı MS, Kuzu A, Tekiner S, Kolorektal Kansere Tanısı Alan Hastaların Koruyucu Hekimlik Açısından Durumları Ve Tanı Sürecinin Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara 2011
- ¹⁶ Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2010; 138:2029.
- ¹⁷ Burt RW, DiSario JA, Cannon-Albright L. Genetics of colon cancer: impact of inheritance on colon cancer risk. *Annu Rev Med* 1995; 46:371.
- ¹⁸ Winawer SJ, Zauber AG, Gerdes H. Risk of colorectal cancer in the families of patients with adenomatous polyps. National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med* 1996; 334:82.
- ¹⁹ Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. *N Engl J Med* 1992; 326:658.
- ²⁰ Dobrucalı A. Kolon Kanseri, Tasarım yayıncılık, İstanbul, 1. Baskı, 2003.
- ²¹ Gillen CD, Walmsley RS, Prior P. Ulcerative colitis and Crohn's disease: a comparison of the colorectal cancer risk in extensive colitis. *Gut* 1994; 35:1590.
- ²² Pedersen A, Johansen C, Grønbaek M. Relations between amount and type of alcohol and colon and rectal cancer in a Danish population based cohort study. *Gut* 2003; 52:861.
- ²³ Chan AO, Jim MH, Lam KF. Prevalence of colorectal neoplasm among patients with newly diagnosed coronary artery disease. *JAMA* 2007; 298:1412.

- ²⁴ Botteri, E, Iodice, S, Raimondi, S. Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2008; 134:388.
- ²⁵ Stein W, Farina A, Gaffney K, et al. Characteristics of colon cancer at time of presentation. *Fam Pract Res J* 1993;13:355
- ²⁶ Garcia-Ruiz A, Milsom JW, Ludwig KA, Marchesa P. Right colonic arterial anatomy. Implications for laparoscopic surgery. *Dis Colon Rectum* 1996;39:906.
- ²⁷ Kaya S, Kolorektal Kanserli Hastalarda Survivin Expresyonunun Sağkalım ve Histopatolojik Değişkenlerle İlişkisi. Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.İç Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık Tezi 2008
- ²⁸ Borum ML; Colorectal Canser Screening; Primary Care: Clinics İn Office Practice; 2001;28 (3); 661-674.
- ²⁹ Şen O, Kolorektal Kanserlerde Tarama. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara 2008.
- ³⁰ İnger DB; Colorectal Cancer Screening; Primary Care; 1999; 26 (1); 179-187
- ³¹ D. James; Screening For Rectal Cancer; Hepato-Gastroenterology; 2000; 47:305-309.
- ³² Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *N Engl J Med* 2000;343:169.
- ³³ Tests for screening for colorectal cancer: Stool tests, radiologic imaging and endoscopy. www.uptodate.com.
- ³⁴ U.S. Preventive Services Task Force. Erişim.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>. Erişim tarihi.18.11.2013
- ³⁵ NCCN clinical practice guidelines in oncology. Colorectal cancer screening. Erişim. <http://www.nccn.org/>. Erişim tarihi.18.11.2013
- ³⁶ American Cancer Society. Erişim. <http://www.cancer.org/>. Erişim tarihi.18.11.2013

- ³⁷ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim. <http://www.thsk.gov.tr/>. Erişim tarihi.19.11.2013
- ³⁸ Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL. Breast Cancer Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Ed. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc. 2008.
- ³⁹ Rosen, PP. Rosen's Breast Pathology. Third Edition Lippincott Williams & Wilkins (LWW) 2008.
- ⁴⁰ American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. Atlanta: American Cancer Society; 2013.
- ⁴¹ Tuncer M. Significance of cancer in Turkey, the burden of disease and cancer control policies (Volume 74). In: Tuncer M., eds. Cancer Control in Turkey, Ankara, Onur Press, Health Ministry Publication, 2008: 5-9.
- ⁴² Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak SD, Tükün A, Yalçın B. Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi Ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sağlığı Dergisi 2011 Cilt: 7 • Sayı:2
- ⁴³ Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. Lancet 2001;358: 1389.
- ⁴⁴ Kelsey JL, Fischer DB, Holford TR, LiVoisi VA, Mostow ED, Goldenberg IS, White C. Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. J Natl Cancer Inst 1981; 67: 327-333.
- ⁴⁵ John EM, Kelsey JL. Radiation and other environmental exposures and breast cancer. Epidemiol Rev 1993; 15: 157-162.
- ⁴⁶ Ronckers CM, Erdmann CA, Land CE. Radiation and breast cancer: a review of current evidence. Breast Cancer Res 2005; 7: 21-32.
- ⁴⁷ Özmete S. Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanserli Hastaların Erken Dönem Sonuçları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana 2007.

- ⁴⁸ Siahpush M., Singh G.K. (2002) Sociodemographic Variations in Breast Cancer Screening Behavior Among Australian Women: Results from The 1995 National Health Survey, *Preventive Medicine*; 35: 174-180.
- ⁴⁹ American Cancer Society (2003). Finding Breast Cancer Early From the American Cancer Society Breast Cancer Facts. *CA Cancer Journal for Clinicians*; 53: 170-171.
- ⁵⁰ Green B.B., Taplin S.H. Breast Cancer Screening Controversie. *The Journal of The American Board of Family Practice*, May-June2003; 16(3): 233-241.
- ⁵¹ Beaton D.E., Schemitsch E. Measures of Health-Related Quality of Life and Physical Function. *Clinical Orthopaedics and Related Research*.2003; 413: 80-89.
- ⁵² Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı.Erişim. <http://www.kanser.gov.tr/>. Erişim tarihi.21.11.2013
- ⁵³ US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;151:716-26.
- ⁵⁴ The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *CMAJ*, November 22, 2011, 183(17)
- ⁵⁵ Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P, Global cancer statistics, 2002, *CA Cancer J Clin*, 2005;55(2):74-108.
- ⁵⁶ Tuncer M, Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları Aralık 2009 Ankara, ISBN: 978-975-590-300-2
- ⁵⁷ Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999;189: 12-19.

- ⁵⁸ Wells M, Östör AG, Crum CP, Franceschi S, Tommasino M. Tumours of the Uterine Cervix. In: World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs, Lyon,2003, IARC Press, pp.259-283.
- ⁵⁹ Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Tissue Renewal and Repair: Regeneration, Healing and Fibrosis. In: Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease,7th ed. Philadelphia, 2005, Elsevier Saunders, pp.87-118.
- ⁶⁰ Zur Hausen H. Papillomavirus infections: a major cause of human cancers. *Biochim Biophys Acta* 1996;1288:55-78
- ⁶¹ Junea A, Sehgal A, Mitra AB, Pandey A. A survey on risk factors associated with cervical cancer. *Indian J Cancer* 2003; 40(1): 15-22.
- ⁶² Sierra-Torres CH, Tying SK. Risk contribution of sexual behavior and cigarette smoking to cervical neoplasia. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13(5):617-625.
- ⁶³ Plummer M. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma from epidemiological studies. *Int J Cancer* 2006;119:1108-1124.
- ⁶⁴ Güner H, Taskıran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papilloma virus. *TJOD Dergisi* 2007;4:11-19.
- ⁶⁵ Munoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, Shah KV, Meijer CJ, Bosch FX. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002;359:1093-1101.
- ⁶⁶ Haverkos HW, Soon G, Steckley SL, Pickworth W. Cigarette smoking and cervical cancer: a meta-analysis. *Biomed Pharmacother* 2003;57:67-77.
- ⁶⁷ Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodill A, Green J, Peto J, Plummer M, Sweetland S. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking. *Int J Cancer* 2006,118:1481-1495.
- ⁶⁸ Trimble CL, Genkinger JM, Burke AE. Active and passive cigarette smoking and the risk of cervical neoplasia. *Obstet Gynecol* 2005;105:174 -181.

- ⁶⁹ Cheney J. Cervical cancer and screening. In: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Cervix Cancer Screening. Lyon, 2005, IARC Press, pp.1-57.
- ⁷⁰ Smith JS, Green J, Berrington dG, Appleby P, Peto J, Plummer M, Franceschi S, Beral V. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives:a systematic review. Lancet 2003; 361:1159-1167.
- ⁷¹ Palefsky JM, Holly EA. Immunosuppression and co-infection with HIV. J Natl Cancer Inst Monogr. 2003;41-46.
- ⁷² Cheney J. Cervical cancer and screening. In: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Cervix Cancer Screening. Lyon, 2005, IARC Press, pp.1-57.
- ⁷³ Canavan TP, Doshi NR. Cervical cancer. Am Fam Physician. 2000 Mar 1;61(5):1369-76
- ⁷⁴ Rita NANDA (2006-06-09). Cervical cancer. MedlinePlus Medical Encyclopedia. National Institutes of Health. Retrieved on 2007-12-02.
- ⁷⁵ Uyanıkoğlu, H. Servikal kanser taramasında asetikasit sonrası inspeksiyonla (VIA), servikal smear'in karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. İstanbul-2006.
- ⁷⁶ Tuncer ZS. Jinekolojik açıdan Human Papilloma Virus İnfeksiyonu. Hacettepe Tıp Dergisi 2007; 38(1): 8-14.
- ⁷⁷ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim. <http://www.thsk.gov.tr/>. Erişim tarihi.25.11.2013
- ⁷⁸ Barry HC, Smith M, Weismantel D, French L. The feasibility of risk-based cervical cancer screening. Preventive Medicine 2007; 45(2-3): 125-129.
- ⁷⁹ Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Savaş N, Karaca B. Hatay İli Kiseçik Bölgesinde 35–40 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması. TAF Prev Med Bull 2010; 9(5):471-474
- ⁸⁰ Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007; 15, 607-616.
- ⁸¹ Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005; 14(1): 1-4.

- ⁸² American Cancer Society. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *Ca Cancer J Clin* 2012;62:147-172
- ⁸³ US Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer:US preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012;156:880-91.
- ⁸⁴ Canadian Task Force on Preventive Health Care.Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*, January 8, 2013, 185(1)
- ⁸⁵ Ginsburg JA, Doherty RB, Ralston JF Jr, et al. Achieving a high-performance health care system with universal access: what the United States can learn from other countries. *Ann Intern Med* 2008; 148:55–75.
- ⁸⁶ Cardarelli R, Kurian AK, Pandya V. Having a Personal Healthcare Provider and Receipt of Adequate Cervical and Breast Cancer Screening. *Personal Healthcare Provider and Cancer Screening. J Am Board Fam Med* 2010;23:75– 81.
- ⁸⁷ Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices: findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med.* 2000;9:359-367
- ⁸⁸ Chambers R,Belcher J.Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *British Journal of General Practice*, 1992, 42, 153-156.
- ⁸⁹ Shea AL, Garcia MV, Cadavid AO, Velez RC, Diaz MM, Fernandez TB. Health of family physicians: do we practice what we preach? *Aten primaria* 2011;43:305e11.
- ⁹⁰ Erica Frank, MD, MPH; Richard Rothenberg, MD, MPH; Charles Lewis, MD; Brooke F. Belodoff, MS Correlates of Physicians' Prevention-Related Practices.Findings From the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med.* 2000;9:359-367

- ⁹¹ Hudson SV, Ferrante JM, Strickland PO, Hahn KA, Shaw EK, Hemler J, Crabtree BF. Physician Recommendation and Patient Adherence for Colorectal Cancer Screening. *JABFM* November–December 2012 Vol. 25 No. 6
- ⁹² Vital Signs: Colorectal Cancer Screening Test Use — United States, 2012. *MMWR* / November 8, 2013 / Vol. 62 / No. 44
- ⁹³ Zajac IT, Flight I, Turnbull D, Youn G, Cole S, Wilson C. Self-reported bowel screening rates in older Australians and the implications for public health screening programs. *Australasian Medical Journal, AMJ* 2013, 6, 8, 411-417
- ⁹⁴ Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları. *The Journal Of Breast Health* 2013 Vol: 9 • No: 1
- ⁹⁵ Sheila F. Castañeda, Vanessa L. Malcarne, Pennie G. Foster-Fishman, William S. Davidson, Manpreet K. Mumman, Natasha Riley, Georgia R. Sadler Health Care Access and Breast Cancer Screening Among Latinas Along the California–Mexican Border. *Journal of Immigrant and Minority Health*. October 2013. 10.1007/s10903-013-9938-x
- ⁹⁶ Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal* 2007;20(1);29-36
- ⁹⁷ Altuğ E, Burhanoğlu S, Erkek AB, Kuzu A. Kolo-rektal kanserlerin erken teşhisinde kullanılan tarama testlerine doktor yaklaşımı. *Güncel gastroenteroloji*. 2002
- ⁹⁸ Merey S, Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2002.

EKLER

ANKET FORMU

1-Yaşınız:

- 1)40-45y 2)46-50y 3)51-55y 4)56-60y 5)>60y

2-Cinsiyetiniz:

- 1) Kadın 2) Erkek

3-Medeni durumunuz:

- 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış

4-Aile hekimliği uzmanlık eğitimi aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

5-Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet, günde 1 paket ve üzerinde 3)Hiç kullanmadı
2) Evet, günde 1 paketten az 4)Bıraktım

6-Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Nadiren 4) Haftada 3-4 kez
2) Ayda 1 kez 5) Haftanın her günü
3) Haftada 1-2 kez 6) Kullanmıyorum

7-Egzersiz yapar mısınız?

- 1) Haftada 150 dakikadan fazla
2) Haftada 150 dakikadan az
3) Yapmam

8-Kronik hastalığınız var mı?

1) Hayır

2) Evet

a) Hipertansiyon

b) Diabetes Mellitus

c) Hiperlipidemi

d) Koroner arter hastalığı

e) Hipotiroidizm

f) Diğer(.....)

9-Birinci derece akrabalarınızda kanser öyküsü var mı?

1) Hayır

2) Evet

a)Kolon kanseri

b)Meme kanseri

c)Prostat kanseri

d) Akciğer kanseri

e) Diğer (.....)

10- Doktorlar kendileri tarama testi yaptırmalılar;

1) Tamamen katılıyorum

2) Katılıyorum

3) Kararsızım

4) Katılmıyorum

5) Tamamen katılmıyorum

11-Aile hekimleri hastalarının tarama testlerinden sorumlu olmalılar;

1) Tamamen katılıyorum

2) Katılıyorum

3) Kararsızım

4) Katılmıyorum

5) Tamamen katılmıyorum

12-Beden kitle indeksinizi son 5 yıl içinde hesapladınız mı

- 1) Evet 2) Hayır

13-Son 5 yıl içinde hiç tam kan sayımı yaptırdınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

14-Son 5 yıl içinde hiç lipit ölçümü yaptırdınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır

15-Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtürdünüz?

- 1) Son 6 ay içinde
2) Son 1-2 yıl içinde
3) 2 yıldan daha önce
4) Hiç ölçtürmedim
5) Hatırlamıyorum

16-Aşağıda hastalarınıza önerdiğiniz aşıları yaptırdınız mı?

a) Grip aşısı (son 1 yıl içinde)? 1)Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

4)1 yıldan daha önce yaptırım

b)Tetanoz aşısı (son 10 yıl içinde)? 1)Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

4)10 yıldan daha önce yaptırım

c)Hepatit B? 1)Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

d) Pnömoni aşısı? 1)Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

17-Depresyon açısından hiç değerlendirildiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

18-İhmal ve istismar açısından hiç değerlendirildiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

19-Son 1 yıl içinde PSA ölçümü yaptırdınız mı?(≥50 yaş erkekler için)

- 1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

20-Geçen yıl içinde doktor tarafından meme muayenesi yaptırdınız mı?(kadınlar için)

- 1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

21-Son 2 yıl içinde mamografi yaptırdınız mı?(kadınlar için)

- 1) Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

22-Son 5 yıl içinde pap-smear örnekleme yaptırdınız mı?

- 1) Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

23- Geçen yıl içinde gaitada gizli kan baktırdınız mı?

- 1) Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

24- Son 10 yıl içinde tarama amaçlı kolonoskopi yaptırdınız mı?

- 1) Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

25-Tarama testlerini yaptırmak için nereye başvuruyorsunuz?

- 1) Aile hekimime
2) Devlet hastanelerine
3) Üniversite hastanelerine
4) Özel hastanelere
5) Tanıdık bir doktora (.....)
6) KETEM'lere
7) Diğer (.....)

26-Bu günden itibaren herhangi bir tarama testi yaptırır mısınız?

- 1) Evet 2) Hayır

27- Yaptırmazsanız, neden?

- 1) Gerekliliğine inanmıyorum
- 2) Zamanım olmuyor
- 3) En kısa sürede yaptıracağım
- 4) Yaptırmayı unutuyorum
- 5) Diğer