T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

EDİRNE MERKEZ İLÇEDE SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ FARKLI İKİ MAHALLEDE YAŞAYAN ERİŞKİN KADINLARDA KANSER RİSK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Serap BAYSAL

EDİRNE – 2018

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimleriyle yanımda olan, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen başta tez danışmanlarım Prof. Dr. Galip EKUKLU ve Prof. Dr. Burcu TOKUÇ olmak üzere değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Faruk YORULMAZ ve Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak'a en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Koşulsuz bir şekilde beni destekleyen ve yüreklendiren, her zaman yanımda olduğunu bildiğim sevgili eşim Dr. Mehmet BAYSAL'a, sevgileri ve varlıklarıyla beni güçlendiren aileme ve tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **SAĞLIĞIN TANIMI** 3
- **BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR** 3
- **KANSER, TÜRLERİ VE YAYGINLIĞI** 4
- **KANSER KONTROLÜ** 8
- **KANSER RİSKİ VE RİSK ALGISI** 14
- **KANSER RİSK FAKTÖRLERİ** 15
- **SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ ve SAĞLIKLI YAŞAM** 24

GEREÇ VE YÖNTEMLER 26

BULGULAR 33

TARTIŞMA 67

SONUÇLAR 77

ÖZET 79

SUMMARY 81

KAYNAKLAR 83

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
BOH : Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
GGK : Gaytada Gizli Kan
GLOBOCAN : Küresel Kanser Yükü Çalışması
HBV : Hepatit B Virüsü
HCV : Hepatit C Virüsü
HIV : İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HPV : İnsan Papilloma Virüsü
IARC : Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
KETEM : Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi
SED : Sosyoekonomik Düzey
SYBDÖII : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TNSA : Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları
TURDEP-2 : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-2
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
UICC : Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü
USG : Ultrasonografi
VKİ : Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, olağan sınırlarının ötesinde büyüyen ve vücudun bitişik kısımlarını istila ederek diğer organlara da yayılabilen anormal hücrelerin hızla çoğalmasıdır. Vücudun neredeyse tamamını etkileyebilen kanserin her biri özel tanı ve yönetim stratejileri gerektiren birçok alt türü vardır (1).

Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya genelinde ölümlerin % 70'inden sorumlu olan küresel bir sorundur (2). Kanser, 2015 yılında neden olduğu 8,8 milyon ölümle dünya genelinde ikinci en sık ölüm nedenidir (1). Dünya'da en çok akciğer (% 13,0), meme (% 11,9) ve kolon (% 9,7) kanseri tanısı konulmuşken, en çok ölüm akciğer (% 19,4), karaciğer (% 9,1) ve mide (% 8,8) kanserinden gerçekleşmiştir (3,4). Dünya nüfusunun yaşlanması ve artışına bağlı olarak kanser hızının da artmaya devam edeceği, 2025 yılında 19,3 milyon yeni kanser vakası ve 11,4 milyon ölümün gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (4,5). Kanser nedenli ölümlerin (% 64,9) ve kanser vakalarının yarısından fazlası az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir (4). Kanser, ülkemizde de dolaşım sistemi hastalıklarından sonra en sık görülen ikinci ölüm nedeni olduğundan önemli bir halk sağlığı sorunudur (6). 2014 yılında ülkemizde 96 213 erkek ve 67 203 kadına kanser tanısı konulmuştur. Türkiye'de 2014 yılı istatistiklerine göre yaşa standardize kanser insidans hızı erkeklerde yüz binde 246,8, kadınlarda yüz binde 173,6 iken, toplam insidans yüz binde 210,2'dir (7).

Algılanan risk, hastalığa yatkınlıkla ilgili yargılarla ve müdahalelerden yarar sağlama ihtimali ile yakından ilişkili olan sübjektif bir değerlendirmedir. Risk algısı, kanser hastalarında sağlık davranışının vazgeçilmez bir bileşenidir (8). Tarama davranışlardan yararlanma eğilimini tahmin etmede kullanılabileceği gibi, diğer sağlığı koruyucu davranışları teşvik edici müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla da kullanılabilir (9). Kanser riski fiziksel,

anatomik ve metabolik nedenlerin yanı sıra yaşam tarzı, sosyokültürel alışkanlıklar ve sosyoekonomik koşullar nedeniyle de artabilir (10). Tütün kontrolü, aşılama, erken tanı, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme kalıplarının geliştirilmesi gibi kanser kontrolüyle ilgili bilinenlerin dikkate alınmasıyla, dünya genelinde kanser yükünün önemli bir kısmının önlenebileceği düşünülmektedir (11). Eğitim, çevre koşulları, iş, stres gibi nedenlerin yaşam şartlarını değiştirmesiyle birlikte, sosyoekonomik koşulların da risk faktörlerinin etkisini değiştirebileceği düşünülmektedir. Sosyoekonomik düzeyin düşmesiyle birlikte kanserden korunma bilgisine ulaşılamaması, tanı sürecinin gecikmesi, farkındalığın ve hizmete erişimin azalması ile hastalık morbidite ve mortalitesi de etkilenecektir (10).

Risk faktörlerinden kaçınma ve mevcut kanıt temelli önleme stratejilerinin uygulanması yoluyla kanserlerin % 30-50'sinin önlenebileceği öngörülmektedir (1). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yürütmekte olduğu "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları Önleme Programı" kişisel davranışsal risk faktörlerini değiştirmeyi amaçlamaktadır. Program, toplumdaki riskli davranışları ve yaşam biçimlerini bir bütün olarak ele almakta, yaşam biçimini belirleyen yerleşik ve sosyal çevrelerle sağlığın geliştirilmesine yönelik politik müdahalelere vurgu yapılması gerektiğini belirtmektedir (12).

Kanser tanısı ve tedavisi ile ilgili gelişmelerin yanı sıra sosyal bir olgu olarak da kanseri, kanser risk algısını, kanserle ilgili bilgi, tutum ve davranışları ortaya koyan araştırmalar yapılması gerekmektedir. Yapılacak çalışmalarla erken tanı, tarama ve tedavi yöntemlerine erişim ve kullanımının artması erken ölümlerin de azalmasına neden olacaktır. Kültürel olarak da uygun müdahalelerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin planlamasında önemli adımların atılması için nüfusun tanımlanması, gereksinimlerin ve sağlık hizmet kullanımının belirlenmesi, risk algısıyla ilişkili faktörlerin kavranması gerekmektedir (9).

Bu çalışmayla, Edirne Merkez ilçede sosyoekonomik düzeyi farklı iki mahallede yaşayan erişkin kadınlarda sosyodemografik değişkenlerin, kanser ve risk faktörleriyle ilgili bilgi düzeyinin ve hizmete erişimin kanser risk algısında, yaşam tarzında ve tarama davranışlarında değişiklik oluşturup oluşturmadığının ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmamızın kısa ve uzun erimli amaçları; elde edilen sonuçlarla literatüre katkı sağlamak, kanser risk algısı ve sergilenen korunma davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak, böylece mevcut programların geliştirilerek daha yaygın kullanılmasında yardımcı olacak veriler sağlamak, kadın sağlığına ve sağlıklı yaşam biçimi geliştirmeye yönelik müdahalelerin planlanmasına yardımcı olmaktır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIĞIN TANIMI

Sağlık, sadece hastalığın veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik halidir (13). Hem sosyal hem de ekonomik açıdan üretken bir yaşam için gereklidir (14). En yüksek erişilebilir sağlık standardından yararlanma, insanoğlunun ırk, din, ekonomik ya da sosyal durum ayrımı yapmaksızın temel haklarından biridir. Hükümetler toplumların sağlığından sorumludur ve bu sorumluluklarını ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemleri sağlayarak yerine getirebilirler (13). Barınma, gıda, eğitim, barış, stabil bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitliğin tüm dünyada sağlanarak sağlığın ön koşullarının yerine getirilmesi gereklidir (14).

Tüm dünyada meydana gelen sosyal, ekonomik, teknolojik, siyasal değişimlerle birlikte bazı sorunlar ortadan kalkarken yeni problemler ortaya çıkmıştır. Yaşam süresinin uzaması, bebek ölümlerinin azalması, sağlık bilgi ve anlayışında meydana gelen değişimlere rağmen sağlık sistemleri istenilen hedeflere ulaşamamıştır. DSÖ hazırladığı raporda, son 30 yıldaki ilerlemelere rağmen eşitsizliklerin arttığına; sağlıksız şehirleşme, nüfusun yaşlanması ve küreselleşen dünya ile birlikte bulaşıcı hastalıkların yayılımının kolaylaşması ve bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) artması gibi nedenlerle sağlık sorunlarının değişime uğradığına ve sağlık sistemlerinin de bu süreçte değiştiğine dikkat çekmiştir (15).

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR

Kronik hastalıklar yavaş seyirli olup, uzun süre devamlılık gösteren, yaşam kalitesini etkileyen, komplikasyonlara yol açabilen, bu yüzden bakımı ve yönetimi uzmanlık gerektiren maliyeti yüksek hastalıklardır (16). Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik solunum yolu

hastalıkları ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya genelinde ölümlerin % 70'inden sorumludur (2). Kronik hastalıklar sanıldığının aksine ağırlıklı olarak gelişmiş ülkelerin sorunu değildir (17). Düşük insani gelişmişlik indeksine sahip ülkelerde bulaşıcı hastalıklar ve beslenme ile ilişkili bozukluklar halen en yaygın ölüm nedenleriyken, 2030 yılına kadar bu sıranın bulaşıcı olmayan hastalıklar lehine değişeceği öngörülmektedir (18). Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin % 80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Kalp ve damar hastalıkları ve diyabete bağlı ölümlerin % 80'inden fazlası, kronik obstrüktif akciğer hastalıklara bağlı ölümlerin % 90'ından fazlası ve kansere bağlı ölümlerinin üçte ikisinden fazlası gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir (19). Gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin % 29'u 60 yaş altında meydana gelirken, gelişmiş ülkelerde bu oran % 13'tür (17).

KANSER, TÜRLERİ VE YAYGINLIĞI

Kanser, tüm dünya nüfusunu etkileyen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (12). 2015 yılında neden olduğu 8,8 milyon ölümle tüm küresel ölümlerin yaklaşık altıda birini oluşturmuş, dünya genelinde en sık ikinci ölüm nedeni olmuştur (20,21). % 30-50'si önlenebilir olan kanserin, 2010 yılında tahmini toplam yıllık ekonomik maliyeti 1,16 trilyon dolardır (1).

Global kanser insidansının 2008 yılında 12,7 milyon yeni vakadan % 75'lik bir artış göstererek 2030 yılında 22,2 milyon yeni vakaya yükselmesi beklenmektedir (7,18). Yıllar geçtikçe, kanser yükü, şu anda vakaların yaklaşık % 57'sini ve dünya genelindeki kanser ölümlerinin % 65'ini oluşturan az gelişmiş ülkelere kaymıştır (11). Orta ve düşük gelirli ülkelerde kanserden ölenlerin sayısı HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma nedeniyle kaybedilen hastaların toplamından fazladır (20). Kanser tip ve sıklıklarının bölgesel farklılık göstermesi, risk faktörleri, tanı yöntemleri veya tedavinin bulunup bulunmadığından da etkilenmektedir (11). Tüm dünyada kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi ileri evrede tanı konulabildiği ve tedavinin daha az erişilebilir olduğu az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir (20). Sigara içme, kötü beslenme, fiziksel hareketsizlik ve üreme davranışında değişiklikler gibi kanser riskini artırdığı bilinen yaşam tarzı davranışları, daha az gelişmiş ülkelerde kanser yükünü daha da artırmıştır (11). 2008 yılına kıyasla, 2030'a kadar kanser insidansında tahmin edilen artış, üst-orta (% 58) ve yüksek gelirli ülkeler (% 40) ile karşılaştırıldığında, düşük (% 82) ve düşük-orta gelirli ülkelerde (% 70) daha yüksek olacaktır (19).

GLOBOCAN-2012 (Global Burden of Cancer Study-Küresel Kanser Yükü Çalışması) verilerine göre; yaklaşık 14,1 milyon yeni kanser olgusu teşhis edilmiş ve tahminen 8,2 milyon

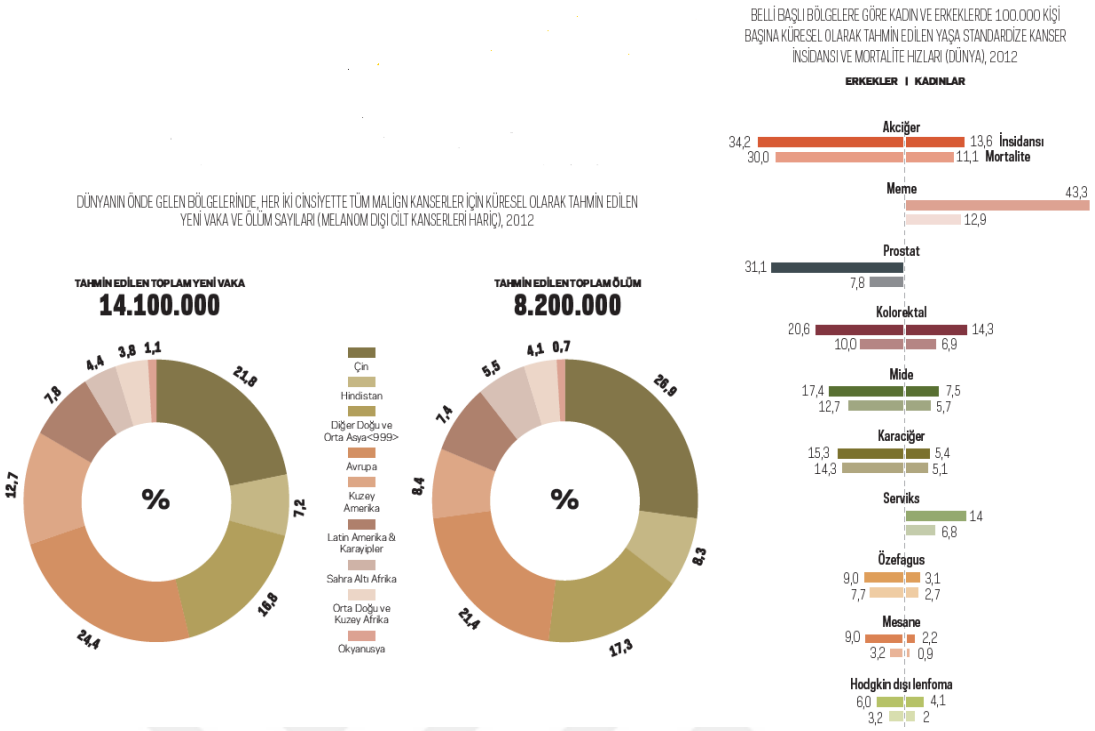
kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Yaşa göre düzeltilmiş insidans ve mortalite hızları sırasıyla tahmini olarak yüzbinde 182 ve 102'ye karşılık gelmektedir (11,12).

2012 yılında erkeklerde en çok teşhis edilen beş kanser tipi sırasıyla akciğer (toplamın % 16,7'sı), prostat (% 15,0), kolorektal (% 10,0), mide (% 8,5) ve karaciğer (% 7,5) kanseridir. Kadınlarda ise en sık rastlanan kanser tipleri sırasıyla meme (% 25,2), kolorektal (% 9,2), serviks (% 7,9) akciğer (% 8,7) ve midedir (% 4,8) (12).

Erkeklerde kansere bağlı ölümlerin en sık nedeni sırasıyla akciğer (% 23,6), karaciğer (% 11,2) ve mide (% 10,1) iken, kadınlarda meme (% 14,7), akciğer (% 13,8) ve kolorektal (% 9,0) kanserlerdir. Her iki cinsiyet dikkate alındığında en sık görülen ilk beş kanser tipi ise; akciğer (% 13,0), meme (% 11,9), kolorektal (% 9,7), prostat (% 7,9) ve mide (% 6,8) kanseridir ve bu beş kanser türü toplam küresel kanser yükünün yarısını oluşturmaktadır. Kanser nedenli ölümler ise en çok akciğer (% 19,4), karaciğer (% 9,1), mide (% 8,8), kolorektum (% 8,5) ve meme kanseri (% 6,4) nedeniyle gerçekleşmektedir (4,12).

Kanser insidansı, tüm dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir; ancak kanserin teşhis ve tedavi olanakları da geliştiğinden, 5 yıllık sağkalım oranları da artmaktadır (22). Erkekler arasında en yüksek insidansa sahip kanserler akciğer (yüzbinde 34,2), prostat (yüzbinde 31,1) ve kolorektal kanserdir (yüzbinde 20,6). Kadınlarda ise meme kanseri diğer kanserlere oranla önemli derecede yüksek bir insidansa (yüzbinde 43,3) sahipken, ikinci sıradaki kolorektal kanseri (yüzbinde 14,3) serviks (yüzbinde 14,0), akciğer (yüzbinde 13,6), korpus uteri (yüzbinde 8,2) ve mide (yüzbinde 7,5) kanseri izlemektedir. Bununla birlikte meme kanseri kadınlarda en yüksek mortalite hızına sahip olsa da (yüzbinde 12,9) bu oran meme kanserinin insidansının üçte biri kadardır ve mortalite hızı ikinci sırada olan akciğer kanserinden (yüzbinde 11,1) çok da yüksek değildir. Kadınlarda gözlenen diğer kanserlerin mortalite hızları sırasıyla kolorektal kanser için yüzbinde 6,9, serviks kanseri için yüzbinde 6,8 ve mide kanseri için yüzbinde 5,7 olarak saptanmıştır (Şekil 1) (12).

Belirli bir zaman aralığında kanser teşhisi konmuş ve hala hayatta olan kişileri gösteren prevalans değeri kanser yükünün bir başka önlemi ölçütüdür. 2012 yılı prevalans tahminlerine göre bir önceki sene kanser tanısı konan 15 yaş üstü 8,7 milyon kişi, son 3 sene içerisinde kanser tanısı konan 22 milyon kişi, son beş sene içerisinde kanser tanısı konan 32,6 milyon kişi hayattadır. Her iki cinsiyet için bakıldığında, 5 yıl içinde tanı konulan ve hayatta kalan 6,3 milyon kişiyle meme kanseri en yaygın kanserdir. İkinci sırayı 3,9 milyonla prostat kanseri alırken, daha sonra 3,5 milyonla kolorektal kanser (1,9 milyon erkek ve 1,6 milyon kadın), 1,9 milyonla akciğer kanseri (1,3 milyon erkek ve 0,6 milyon kadın) ve 1,5 milyonla serviks kanseri gelmektedir (12).



Şekil 1. Bölgelere göre yeni vaka ve ölüm sayıları ile tüm dünyada yaşa standardize kanser insidans ve mortalite hızları, 2012 (5).

Bölgelere Göre İnsidans, Prevalans ve Mortalite Hızları

Kanser vakaları çıkışı nüfus artışı ve yaşlanmanın yanı sıra, kentleşme ve ekonomik kalkınma ile ilişkili olarak sigara içme, kilolu olma, fiziksel hareketsizlik ve üreme kalıplarının değişimi gibi risk faktörlerinin yaygınlığı nedeniyle artmaktadır (11). Demografik değişim, risk faktörlerinde gerçekleşen geçiş, ekonomilerin ve yaşam şekillerinin de küreselleşmesi ve enfeksiyon kaynaklı kanserlerle birlikte tütün kullanımının da yaygınlaşmasıyla, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kanser yükü giderek artmaktadır (18).

Melanom dışı deri kanserleri dışarıda bırakıldığında en yüksek insidans hızları Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'daki yüksek gelirli ülkelerde görülmüştür (Japonya, Kore, Avustralya ve Yeni Zelanda ile birlikte). Kanser insidansının orta düzeyde olduğu bölgeler Orta ve Güney Amerika, Doğu Avrupa ve Güneydoğu Asya (Çin dahil) olup, en düşük insidans hızları Afrika'nın büyük bir kısmı ile Batı ve Güney Asya'da görülmektedir (Hindistan dahil) (12).

Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da klinik bakım ve kanser sağkalım oranlarındaki iyileşmeler nedeniyle Güney Amerika ve Doğu Avrupa'dan daha düşük mortalite hızlarına rastlanmaktadır. Meme, kolorektal ve prostat kanserleri de dahil olmak üzere sanayileşmiş ülkelere özgü yaşam tarzıyla ilişkilendirilen kanserlerin prognozu nispeten iyi iken; karaciğer, mide ve özofagus kanseri düşük gelirli ülkelerde daha sık görülmektedir, fakat prognozları

oldukça kötüdür. Bu nedenle ekonomik açından daha az gelişmiş ülkelerde daha düşük insidansa rağmen daha fazla kansere bağlı ölüm görülmektedir ve bu durum gelişmiş ülkelerdeki mortalite hızlarına benzer sonuçlar doğurmaktadır (12).

Tüm dünyadaki yeni kanser vakalarının yaklaşık yarısı Asya'da meydana gelmekte ve bunun yaklaşık yarısı ya da küresel yükün % 22'si Çin'de, % 7'si Hindistan'da ortaya çıkmaktadır. İnsidans yükünün dörtte biri Avrupa'dadır, geri kalanı ise Amerika ile Afrika arasında bölünmüştür (Okyanusya'da % 1'dir). Mortalite hızlarına baktığımızda ise, Avrupa ve Kuzey Amerika'nın ekonomik açıdan daha gelişmiş bölgelerinde meydana gelen azalma ile birlikte, Asya ve Afrika'da kansere bağlı ölümlerde artış dikkate değerdir. Kısaca dünyadaki kanser vakalarının % 60'ından fazlası ve kanser nedenli ölümlerinin yaklaşık % 70'i Afrika, Asya, Orta ve Güney Amerika'da gerçekleşmektedir (5,12).

Avrupa'da, kanser insidanslarına baktığımızda erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen prostat ve meme kanserine, sırasıyla akciğer ve kolorektal kanserlerin eşlik ettiği görülmektedir. Yüzbinde 10'un üzerinde insidans hızına sahip olan mesane, mide ve böbrek kanserleri erkeklerde insidans yüküne önemli bir katkı sağlarken, kadınlarda da korpus uteri ve serviks kanserleri yüzbinde 10'un üzerinde insidans hızına sahiptir. Meme, prostat ve kolorektal kanserler en yaygın kanser türleri olup; bu üç bölgenin kanserleri Avrupa'daki 5 yıllık tüm vakaların yarısını temsil etmektedir. Akciğer kanseri ise erkeklerde kansere bağlı olarak gelişen ölümlerin en sık sebebidir (12).

Dünya'nın en kalabalık bölgesi olup küresel nüfusun % 57'sini barındıran (Çin'de % 19 ve Hindistan'da % 18) Doğu ve Orta Asya'da erkeklerde en sık görülen ve kanser ölümlerinin en sık nedenleri insidans hızları yüzbinde 10'dan fazla olan akciğer, mide, karaciğer, kolorektum ve yemek borusu kanseridir. Kadınlarda en sık rastlanan meme kanserini akciğer, serviks, kolorektum ve mide kanseri izlemektedir. Bölgede mortalite paternleri diğerlerinden biraz farklılık göstermektedir ve akciğer kanseri, kanser ölümlerinin en önemli nedenini oluşturmaktadır (12).

Türkiye'de Kanser Sıklıkları

Tüm dünyada ve Türkiye'de kanser insidans hızı son on yılda artmıştır. Kanser insidans hızındaki bu artışın nedeni kanser kayıt sistemindeki gelişmeler ve tanıların daha doğru konulması olabileceği gibi, ülke genelinde vaka sayılarının arttığı da bir gerçektir (16).

Kronik hastalıklar ve risk faktörleri çalışmasına göre kanser prevalansının 2011 yılında % 1; 65 yaş üstünde % 3, kadınlarda % 1,2, erkeklere % 0,9 olduğu görülmüştür (17). 2014 yılında toplam 163417 kişiye yeni kanser tanısı konulmuş; yaşa standardize kanser hızları,

erkeklerde yüz binde 246,8, kadınlarda yüz binde 173,6 toplamda ise yüz binde 210,2 olarak hesaplanmıştır (7).

2016 yılında Türkiye'de ölüm nedenleri sıralamasında dolaşım sistemi hastalıklarından (% 39,8) sonra kanserler (% 19,7) ikinci sırada yer almaktadır. 78931 kişinin malign neoplazmlar nedeniyle öldüğü, en sık görülen ölüm nedeninin ise gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümörü (% 31,1) olduğu görülmüştür. İkinci sırada mide kanseri (% 8,6) yer alırken, bunu sırasıyla lenfoid ve hematopoetik kanserler (% 8,1), kolon (% 7,3) ve pankreas (% 6,0) kanseri takip etmektedir. Kadınlarda ilk beş sırada meme, gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümörleri, lenfoid ve hematopoetik kötü huylu tümörler, kolon ve midenin kötü huylu tümörleri yer alırken; erkeklerde ise gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümörleri, mide, lenfoid ve hematopoetik kötü huylu tümörler, prostat ve kolonun kötü huylu tümörleri vardır (6).

Dünya Sağlık Örgütü, kanserle mücadelede uygulanan kanser kontrol programlarının etkin bir şekilde yürütülmesi için gerekli olan kanser kayıtlarını, birçok analizden geçirdikten sonra başarılı bulduğu takdirde bir rapor olarak sunmaktadır. DSÖ kriterlerini tamamlayarak "Beş Kıtada Kanser" kitabının 11. versiyonunda yer almayı başaran 8 ilimiz Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon'dur (23). Bu yayında yer alan 2008-2012 yılı verilerine göre; Edirne'de görülen toplam vaka sayısı kadınlarda 2420, (insidans hızı yüzbinde 164,9), erkeklerde 3944'tür (insidans hızı yüzbinde 286,6). Kadınlarda görülen ilk 5 kanseri sırasıyla (derinin diğer kanserleri dışarıda bırakıldığında) meme, troid, corpus uteri, kolon ve akciğer/bronş ve trakea oluşturmaktadır. Erkeklerde ise ilk sırayı akciğer/bronş ve trakea kanserleri alırken, bunu sırasıyla prostat, mesane, mide ve kolon kanserleri takip etmektedir (24).

KANSER KONTROLÜ

Kanser kayıtçılığı, tedavi ve palyatif bakım gibi karmaşık birçok süreci olan kanserle mücadelenin başarılı bir şekilde yönetilmesi için en etkili yollardan biri de, ulusal bir "Kanser Kontrol Programı"nın bulunmasıdır. Bu nedenle küresel bir sağlık sorunu olan kanserle mücadele için, 2011 yılında Birleşmiş Milletler tüm dünya ülkelerine ulusal kanser kontrol programlarını oluşturup hayata geçirmeleri çağrısında bulunmuştur (7). UICC'ın (Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü) 2008 yılında yayımlayıp 2013'te güncellediği "Dünya Kanser Bildirgesi" ile "Kansere bağlı erken ölümlerin önemli ölçüde azaltılması, sağkalım oranlarının ve yaşam kalitesinin artırılması" ana hedefine ulaşabilmek için 2025'e kadar ulaşılması gereken alt hedefler belirlenmiştir. Bildirge, hükümet liderlerine ve politika yapıcılara küresel kanser

yükünü önemli ölçüde azaltmak, daha fazla eşitlik sağlamak ve kanser kontrolünü dünya sağlığı ve kalkınma gündemine entegre etmek için çağrıda bulunmaktadır (25).

- **Hedef 1**- Yaşam boyu, etkili ve kapsamlı, hasta odaklı kanser kontrol programlarının sunulmasını sağlamak için sağlık sistemleri güçlendirilecektir.
- **Hedef 2**- Küresel kanser yükünü ve ulusal kanser kontrol programlarının etkinliğini ölçmek için tüm ülkelerde toplum tabanlı kanser kayıt ve sürveyans sistemleri kurulacaktır.
- **Hedef 3-** Küresel tütün tüketimi, fazla kilolu olmak/obezite, sağlıksız beslenme, alkol tüketimi ve fiziksel inaktivitenin yanı sıra diğer bilinen kanser risk faktörlerine maruziyet önemli ölçüde azaltılacaktır.
- **Hedef 4-** HPV (İnsan Papilloma Virüsü) ve HBV (Hepatit B Virüsü) gibi kansere yol açan enfeksiyonlara karşı evrensel aşılama programları olacaktır.
- **Hedef 5-** Kanserle ilişkili damgalanma, hastalığa ilişkin yanlış algılar ve zararlı efsaneler ortadan kaldırılacaktır.
- **Hedef 6**- Toplum tabanlı tarama ve erken tanı programları uygulanacak, önemli uyarı işaretleri ve belirtilerine dair toplumun ve sağlık profesyonellerinin farkındalığı arttırılacaktır.
- **Hedef 7**- Kanserde doğru teşhise, kaliteli-etkin çoklu tedaviye, rehabilitasyona, destekleyici ve palyatif bakım hizmetlerine, maliyeti karşılanabilir gerekli ilaçlara ve teknolojilere erişim iyileştirilecektir.
- **Hedef 8-** Etkin ağrı kontrolü ve stres yönetimi sağlanacaktır.
- **Hedef 9**- Kanser kontrolünde rolü olan tüm disiplinlerindeki sağlık profesyonellerinin yenilikçi eğitim ve öğretim olanaklarına ulaşımı özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli ölçüde iyileştirilecektir (25).

Türkiye'de Kanser Kontrolü

Ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği içinde hazırlanan ve kansere bağlı ölümleri azaltmayı amaçlayan Türkiye'nin ulusal kanser kontrol programı kanser kayıt faaliyetleri, kanseri önleme, kanser taramaları ve erken tanı ile kanser tedavisi ve palyatif bakım olmak üzere 4 temel başlıktan oluşmaktadır (12).

1. Kanser Kayıt Faaliyetleri

Kanser; bulaşıcı ajanlar, davranışsal ve çevresel maruziyet gibi pek çok nedenle ortaya çıkan heterojen bir hastalık grubu olduğundan, kanser kontrolü için tek boyutlu bir strateji

başarısız olacaktır (18). Kanser türlerinin dağılımında ve sıklığında görülen çeşitliliklerin bilinmesi kadar kanser kontrolünün bölge veya ülkeye özgü öncelikler göz önünde bulundurularak düzenlenmesi de önemlidir. Kanser kontrolüyle ilgili planlama yaparken hangi kanser türünün ne sıklıkta ve yaygınlıkta görüldüğünü bilmeden program geliştirilmesi mümkün olmayacağından tüm dünyada kanser kayıtlarının tutulması önem taşımaktadır. Bu nedenle kanser kayıtçılığı kayıtların mevcut olmadığı veya yetersiz kaynaklara sahip olan az gelişmiş bölgelerde, kanser kontrol programlarının bir parçası olarak desteklenmelidir (12).

1983 yılında kanser hem bildirimi zorunlu hastalıklar arasına alınmış, hem de aynı yıl mücadelede bize yol gösteren, politika ve programların belirlenmesinde en önemli basamaklardan biri olan kanser kayıtçılığına pasif sistemle başlanmıştır. DSÖ'nün bölgelerden daha kaliteli veri toplama ve bu verilerle ülke tahminleri çıkarma isteği nedeniyle 1992 yılında "Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi" kapsamında Diyarbakır ve İzmir'de aktif sisteme geçilmiştir (26,27). 2002 yılından beri pasif kayıt ile birlikte aktif kanser kayıtçılığı da gerçekleştirilmekte, Türkiye'nin 15 ilinde (Antalya, Trabzon, Samsun, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Ankara, Kocaeli, Bursa, Gaziantep ve Malatya, Mersin, İstanbul ve Adana) görev yapmakta olan 16 aktif kanser kayıt merkezi 2014 yılı itibariyle tüm ülkeye yayılmış bulunmaktadır (26).

2. Kanseri Önleme

Önleme, kanser kontrolü için en maliyet etkin ve uzun vadeli stratejidir (20). Kanserlerin 1/3'ü ile yarısının mevcut risk faktörleriyle mücadele edilerek önlenebilir olmasından dolayı birincil korunma kanserle mücadelede en etkin yöntemdir (10,18). Birincil koruma, hastalıkların ortaya çıkmasının önlenmesi için hastalıkların risk faktörlerini ortadan kaldırmaya ya da etkenle karşılaşmayı önlemeye yönelik girişimlerdir. Tüm topluma yönelik, yasal düzenlemelerle gerçekleşecek çok sektörlü uygulamalar olabileceği gibi eğitimle farkındalık yaratarak, yüksek riskli bireylere yönelik sağlığı geliştirme ve yaşam biçimi değişikliğine yönelik girişimler yoluyla da gerçekleştirilebilmektedir (10,17). Doğrudan hedeflenen kişiler dışındaki insanlar için fayda sağlaması, birçok risk faktörü ortak olduğundan kanserojen ajanlara maruziyetin azalmasıyla bulaşıcı olmayan hastalıkları da önlemesi birincil korunmanın avantajlarındandır. Kanser nedenlerinin uzun vadede ortadan kaldırılabileceği veya büyük ölçüde azaltılabileceği bilgisi, kaynaklar yetersiz olduğunda ve bu durum erken teşhis, tarama ve tedaviler açısından belirgin fark oluşturduğunda ayrıca önem kazanmaktadır. Bu nedenle, birincil korunma, küresel kanser kontrolünün ayrılmaz bir parçası olarak öncelikli olmalıdır (18).

Kanser ölümünün başlıca nedenleri ile bağlantılı risk faktörleri arasında tütün kullanımı (akciğer, kolorektal ve karaciğer kanseri), fazla kilolu/obez olmak, fiziksel hareketsizlik (meme ve kolorektal kanser) ve enfeksiyonlar (karaciğer, mide ve rahim ağzı kanseri) yer almaktadır. HPV ve hepatit B virüsüne karşı aşılama, mesleki kanserojenlerin kontrolü, ultraviyole ve iyonize edici radyasyona maruziyeti en aza indirgemek; fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, sigara ve aşırı alkol kullanımı gibi risk faktörlerinden kaçınmak kanseri önlemek için alınabilecek önlemlerdendir. Her yıl yaklaşık 1 milyon kanser vakasının HPV ve hepatit B virüslerine karşı yapılacak aşılama ile önlenebileceği öngörülmektedir (1,11,16).

Kanser risk faktörlerine maruziyeti azaltıp farkındalığı artırmak, insanların sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemesi için ihtiyaç duyduğu bilgi ve desteği sağlamak için ulusal politika ve programlara ihtiyaç vardır (28). Örneğin 1991 ile 2003 yılları arasında erkeklerde görülen akciğer kanseri kaynaklı ölümlerdeki % 40'lık azalma, ABD'de son yarım yüzyılda sigara kullanımındaki azalmayla ilişkilendirilebilmektedir. Bu nedenle önleme; vergilendirme, düzenleme ya da yasakları da içeren yapısal değişiklikler olmadığında pek mümkün değildir (18). Ülkemizde de kanseri önleme amacıyla Alkol Kontrol Eylem Planı, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Yeterli, Dengeli Beslenme ve Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığının Kazandırılması Programı, Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı, Asbest Kontrolü Stratejik Planı, Ulusal Radon Haritalaması ve Ulusal Tütün Kontrolü gibi programlar yürütülmektedir (12).

3. Kanserde Taramalar ve Erken Tanı

Hastalık klinik olarak ortaya çıkmadan, erken dönemde saptanabilmesi amacıyla yapılan müdahaleler ikincil korunma önlemleridir (10,16). DSÖ'nün erken tanı modülü ile, hastalarda semptomatik kanserin tanınması olan erken tanı ve görünüşte sağlıklı bir hedef popülasyondaki asemptomatik hastalığın tanımlanması olan tarama yaklaşımı ile kanserin zamanında tanı ve tedavisi mümkün kılınmaktadır (20). Sağlıklı gönüllülere muayene, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin verilmesi yoluyla tarama yapılması erken tanı olanağı sağlayacaktır (16). Kanserin erken teşhisi ile hastaların mümkün olan en erken aşamada tespit edilmesi başarılı bir tedavinin yapılma şansını da artıracaktır. Bu nedenle erken tanının sağlanması önemli bir halk sağlığı stratejisidir (29).

Tarama testleri etkinliği ve etkililiği belirlenmiş prosedürlerdir (30). Tarama testlerinin basit, ucuz, doğru, kabul edilir, tutarlı, duyarlı ve seçici olması gerekmektedir (16). Serviks, meme ve kolorektal kanserlerde taramanın mortaliteyi azalttığı bilinmektedir (30). Ülkemiz genelinde açılan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) ulusal

kanser tarama standartları doğrultusunda yürütülen hizmetler; 29 Eylül 2008 tarih 217012 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği ve 23 Ekim 2008 tarih 27033 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nde yer aldığı üzere göre ödeme kapsamına alınmıştır (31). Her ilde en az bir tane olmak üzere 33'ü mobil toplam 199 KETEM'de nüfus temelli tarama ve ilgili halk eğitim programlarıyla meme, serviks ve kolorektal kanserlerin tamamen ücretsiz bir şekilde taranması organize edilmektedir. Ulusal tarama programı çerçevesinde 2012 yılı itibari ile 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir uygulanacak mamografi ile meme kanseri taraması yapılmaktadır. Rahim ağzı (serviks) kanseri için 5 yıl arayla 30-65 yaş arası kadınlara yayma (pap-smear) ile birlikte HPV-DNA testi uygulanmaktadır. 50-70 yaş arası kadın ve erkekler ise 2 yılda bir (insan hemoglobinine duyarlı ve diyet gerektirmeyen) gaitada gizli kan (GGK) bakılarak ve 10 yılda bir kolonoskopi takibi ile kolorektal kanserler açısından taranabilmektedir (26).

Kanser bakımına erişmedeki gecikmeler, özellikle son dönem hastalarında, daha az kaynağın olduğu yerlerde ve savunmasız/incinebilir toplumlarda daha sık görülmektedir (29). Farkındalık ve korunma bilgisine erişimleri az olduğundan yoksul kadınlar daha çok risk altındadır (10). Kanser ve risk faktörleri ile semptomları hakkında bilgi ve farkındalık eksikliğinin yanında kanser riskinin ve risk faktörlerinin yanlış anlaşılması da tarama davranışını etkileyebilmekte, tanı ve tedavide gecikme nedenlerinden olabilmektedir. Malezya'daki kadınlarda risk faktörlerine ilişkin bilgi eksikliğinin başvuruda gecikmeye neden olduğunu söyleyen yayınlar vardır (32-34). Risk faktörlerine ilişkin farkındalık eksikliğinin yanı sıra, çevresel ve kültürel yoksulluk da erken teşhis için yardım aramakta gecikmeye neden olacaktır (34,35). Hastalığın ağır, ağrılı bir sürecinin olacağı ve ölümle sonlanacağı inancı kanseri tüm dünyada en çok korkulan hastalıklardan biri haline getirdiğinden, hastalık ve prognozu ile ilgili bu aşırı endişe de kanser taramalarından kaçınmak gibi sağlıksız bir tutum sonucu bakım almada gecikme nedeni olabilmektedir (22). Sonuçta teşhis ve tedavide gecikme, hastalıkların ilerlemesine, yaşam şansının düşmesine, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olacaktır (34).

4. Kanser Tedavisi ve Palyatif Bakım

Hastalık nedeniyle oluşabilecek işlev kayıplarının önlenmesi üçüncül korunma olarak adlandırılmaktadır (16). Etkin tedavi uygulanması ve palyatif bakım hedeflerinin belirlenmesi önemli kontrol adımlarından birini oluşturacaktır. Bunun için tedavide sürekliliğinin ve kişinin eğitim, sosyal ve çalışma hayatına katılımının devamının sağlanması gerekmektedir. Asıl hedef hastanın iyileşmesi ve yaşam süresinin uzamasıyken yaşam kalitesinin artırılması da oldukça

önemlidir (1,16). Her kanser tipi için radyoterapi, kemoterapi veya cerrahi gibi birden fazla özel tedavi rejimi vardır ve tüm standart tedaviler ülkemizde mevcuttur ve ücretsiz sunulmaktadır (12).

Kanserden korunma veya etkin tedaviye erişimde eşitsizlikler ülkeler arasında veya ülke içinde tüm kanser kontrol aşamalarında karşımıza çıkabilmektedir. Tanı ve tedavide gecikmelerin sonuçları (ölüm veya kanserden kaynaklanan sakatlanma olasılığı) kanser kadar önemlidir. Bu nedenle en önemli kanser kontrol müdahalesi, mümkün olan en çok kişiye ulaşacak şekilde planlamaların yapılması olacaktır (5,20).

Ülkemizde en sık görülen kanser türlerinin, koruyucu ve önleyici halk sağlığı müdahalelerinin uygulanması, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılması ve erken tanı ve tedavi olanaklarının artırılması ile önlenebilir nitelikte olduğu bilinmektedir (26). Bu nedenle, tanı ve tedavinin önündeki engellerin belirlenmesi ve herkes için bakıma erişimi sağlayan programların uygulanması gereklidir (20). 1983 yılında kanser kayıt faaliyetleri için 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Kanserle Savaş Dairesi" kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısını en son düzenleyen 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye bağlı olarak çıkarılan yönerge ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün hizmet birimleri ve görevleri belirlenmiş, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı "Kanser Dairesi Başkanlığı" tanımlanmıştır. Kanser Daire Başkanlığı'nın başlıca görevleri; kanserle mücadelede gerekli koruyucu hizmetlerin planlaması, yürütülmesi, kanser tür ve sıklıklarının belirlenmesi, ülke genelinde kanserden koruyucu hizmetlere yönelik çalışmaların yürütülmesi, ulusal tarama standartlarının ve kayıt sistemlerinin geliştirmesi ve koruyucu hizmetler alanında halk eğitimlerinin düzenlenmesidir (36).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim, erken tanı için kritik öneme sahiptir. Çünkü gecikme olduğunda hastalık ileri evrede tanı alabilmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlar, düşük eğitimliler, engelliler ve sosyal olarak dışlanan grupların birinci basamak sağlık hizmetine erişme olasılıkları daha düşük olabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılmaya yönelik engeller; finansal ve coğrafi (ulaşım) engelleri, zaman yoksunluğunu, erken tanı hizmetlerinin olmayışını, sosyokültürel ve toplumsal cinsiyete bağlı faktörleri, düşük sağlık okuryazarlığı ve kanser damgasından korkmayı içerebilmektedir (20). Ülkemizde birinci basamakta görev yapan aile hekimlerinin görevi; "kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alarak kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve danışmanlık hizmeti vermektir" biçiminde tanımlanmıştır. Kayıtlı kişilere sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetlerin yanında yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve tarama (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan

(ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) hizmetleri de sunulmalıdır (25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı resmi gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Md. 4) (37).

KANSER RİSKİ VE RİSK ALGISI

Risk, bir olayın istenilmeyen potansiyel sonuçlarının gerçekleşme, hırpalanma, zarar görme olasılığıdır (14). Weinstein ve Klein'e göre algılanan risk, kişinin zarar olasılığı hakkındaki inancıdır. Koruyucu sağlık davranışlarında önemli bir motivasyon faktörü olarak kabul edilen subjektif bir tehdit değerlemesinden kaynaklanmaktadır. Tehdit değerlendirmesi ise hastalık riski ve ciddiyeti hakkındaki inançlara ve müdahalelerden yararlanma ihtimaline dayanmaktadır (8,30).

Risk algısının toplumsal cinsiyetin yanı sıra kişinin inançları, duygusu, tutumu, sosyal hayat ve kültüründen de etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca sağlık sorunlarına kaderci yaklaşımın da risk algısıyla bağlantılı olduğu ve riskin kontrolüne yönelik davranışı da etkilediği görüşü mevcuttur (38).

Algılanan Kanser Riski

Algılanan kanser riski; gelecekte kanser tanısı alabilme olasılığının sübjektif olarak tahmin edilmesidir (9). Risk algısının veya kanser riskinin nasıl kategorize edileceği kansere ilişkin kişisel ve ailevi deneyimlere, bazı risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyine, sağlık çalışanlarının yaklaşımına veya kişinin duygusal durumuna bağlı olarak değişebilir (39). Bazı çalışmalar algılanan kanser riskiyle yaş, ırk, çalışma hayatı, kanserli hasta yakınına sahip olma, kendi sağlığını algılama şekli, sigara kullanma alışkanlığı arasında ilişki olduğunu desteklerken bazılarında ise algılanan kanser riskiyle yaş, kanserli hasta yakınına sahip olma ve sağlık algısı arasında ilişki bulunamamıştır (38).

Kanser için algılanan risk, kanserle ilişkili sağlık davranışlarına yönelik tutumu, uygun zamanda ve uygun şekilde sağlık hizmeti alma olasılığını ve kanserden korunma davranışlarını etkiler (22). Kanserden kaynaklanan "korku", hastalığa ilişkin yanlış inanışlar, belirtilerin ciddiyetinin fakında olunmaması erken teşhis konusundaki olumsuz tutum ile ilişkili olabilir ve kanser taramasına katılımda bir engel oluşturarak tedavide gecikmelere yol açabilir (22,34,35). Bununla birlikte kanser risk algısı daha yüksek olan insanların kanser taramalarına katılma olasılığının daha yüksek bulunduğu çalışmalar vardır (22). McCaul ve ark. algılanan meme kanseri riski ile mamografi taramaları arasındaki ilişkinin bir meta-analizini yapmış ve algılanan riskin, 19 çalışmanın 18'inde mamografi taramalarıyla pozitif yönde bir ilişkisi olduğunu bulmuştur (30).

Risk algısı, tarama davranışının yanı sıra sağlığı koruyucu davranışları geliştiren müdahaleleri değerlendirmede de kullanılabilir. Sağlık davranışlarının benimsenmesindeki sosyoekonomik farklılıkların azaltılması, kişilerin risklerini daha kolay anlamalarına yardımcı olacaktır. İnsanların kanser riskini anlamasına yardımcı olacak müdahaleler, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına da fayda sağlayabilir. Sosyal ve kültürel faktörlerin ve etnik farklılıkların da kanser risk algısını değiştireceği ve kanserden koruyucu davranış tarzı geliştirmeye engel oluşturabileceği düşünüldüğünden sosyal yapıya ve kültüre uygun müdahalelerin planlanması için risk algısını etkileyebilecek faktörlerin bilinmesi önemlidir (9,40).

KANSER RİSK FAKTÖRLERİ

Kanser olma olasılığını arttıran her şey risk faktörüdür, bu nedenle risklerin bilinmesi sağlık yönetimi ile birlikte tedavi ve yaşam tarzı seçenekleri açısından doğru kararlarının alınmasına olanak sağlar. Kadın olmak, yaşlanmak veya aile öyküsü gibi bazı risk faktörleri kaçınılamazken, engellenebilir risk faktörlerinden uzak durarak bazı kanserlerden korunmak olanaklıdır (10). DSÖ'ye göre risk faktörlerinden kaçınma ve önleme stratejilerini uygulama, kanser yükünü azaltabilir (1).

Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri, vücut kitle indeksinin yüksek olması, sebze tüketiminin az olduğu diyet tercihi, fiziksel aktivite eksikliği, tütün ve alkol kullanımı gibi 5 önemli davranışsal ve beslenme nedenli risk faktöründen kaynaklanmaktadır (1,9,18). Bu risk faktörlerine ek olarak HPV, hepatit veya diğer kanserojen enfeksiyonlar, iyonize ve ultraviyole radyasyon, katı yakıt kullanımına bağlı iç ortam hava kirliliği ve dış ortam havasının kirli olması, yaşlanma, ailede kanser öyküsü, kimyasal ajanlar, bazı hormonlar ve genetik aktarım da risk faktörleri arasında sayılabilir (1,10). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) ve Amerikan Kanser Araştırmaları Enstitüsü tarafından yapılan kanıta dayalı önerilere göre kanser gelişimini önlemek için; fiziksel olarak aktif olunmalı, enerji yoğun gıdalardan kaçınılmalı, meyve, sebze, kepekli tohumlar ve bakliyatla beslenilmeli ve alkol tüketimi sınırlandırılmalıdır. Bu öneriler kolorektal kanserler (% 12), mide kanseri (% 16) ve genel kanser riskinde (% 5) azalma ile ilişkilendirilmiştir (18).

Biyolojik ve kişisel faktörlerin yanı sıra ekonomik ve sosyokültürel faktörler de kanser riskini etkilemektedir, bu nedenle dünya genelindeki bulaşıcı olmayan hastalık salgınlarının önlenmesi, bireysel düzeyde sağlık davranışıyla sınırlı kaldığında pek mümkün değildir. Mevcut sosyal ve ekonomik eğilimler ise kanserden korunmayı teşvik etmemektedir. Örneğin, düşük fiziksel aktivite, yerleşik ortamı teşvik eden veya kolaylaştıran yaşam koşullarındaki

değişikliklerle ve çevreyle yakından ilişkilidir. Güçlü sosyoekonomik farklılıklar olsa da alkol tüketimi, aşırı işlenmiş gıdayla beslenme tarzı, düşük fiziksel aktivite ve bilgisayarın önünde harcanan uzun süreler üzerine kurulu bir kültür artık yaygınlaşmıştır. Ek olarak, tüketilen gıdaların kalitesi gelir ve eğitim düzeyi ile ilişkilidir ve endüstriyel pazarlar bu duruma da yön vermektedir. Sonuçta, ekonomideki değişikliklerden kaynaklanan (örneğin, gıdanın kalitesi ve bulunabilirliği) ve davranışlarla (örn. çevre yapısının düşük fiziksel aktivite düzeyiyle ilişkili olması) teşvik edilen tüketim biçimleri, küresel ölçekte önleyici girişimleri olumsuz etkilemektedir (10,18).

Sigara

Dünya genelinde en az 1,3 milyar insan tütün kullanmaktadır (5,41). Dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık % 20'si (800 milyon erkek ve 200 milyon kadın) sigara içmektedir. Sigara içenlerin % 80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerdedir; sigara içenlerin % 60'dan fazlası sadece 10 ülkede yaşamaktadır (sırasıyla Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya Federasyonu, ABD, Japonya, Brezilya, Bangladeş, Almanya ve Türkiye) (12).

Sigara, tüm dünyadaki başlıca önlenebilir ölüm nedenlerinden biridir (17). Tütün kullanımı kanser ve birçok hastalığa yol açarak yılda yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne sebep olmaktadır ve küresel kansere bağlı ölümlerin % 22'sinden sorumludur. 2000 yılında, dünya genelinde 4,83 milyon (3,94-5,93 milyon) sigaraya atfedilebilen erken ölüm meydana gelmiştir. Sigara kaynaklı başlıca ölüm nedenleri kardiyovasküler hastalıklar (1,69 milyon ölüm), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (0,97 milyon ölüm) ve akciğer kanseri (0,85 milyon ölüm) olarak sıralanmaktadır (1,12,41).

Sigara dumanı, birçoğu kanserojen olarak bilinen 7000'den fazla kimyasal bileşik içerir. Sigara dumanı bileşenleri, DNA bağlanması ve mutasyonları da dahil olmak üzere inflamasyon, oksidatif stres ve epigenetik değişiklikler gibi çoklu yolaklar üzerinden kanser oluşumuna katkıda bulunurlar. Dumansız tütün ürünleri de 3000'den fazla kimyasal ve çok sayıda kanserojen madde içermektedir. Epidemiyolojik çalışmalarla bugüne kadar en az 14 farklı kanser türü ile tütün içiciliği arasında nedensel bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Elde edilen kanıtlar, dumansız tütünün ağız boşluğu ve pankreasta kansere neden olduğunu göstermek için yeterli olmuştur (12).

Tütün üreten bir ülke olması nedeniyle tütün kullanımı Türkiye'de oldukça yüksektir ve tüm dünyada en çok tütün kullanılan ülkeler arasında onuncu sıradadır (17). Son 50 yılda, tüm dünyada kadınların sigara içme sıklığı artma eğilimi gösterdiğinden akciğer kanseri, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kalp ve damar hastalıkları gibi sağlık sorunları

erkeklerle aynı düzeye gelmiştir (26). 2012 yılı Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması sonuçlarına göre; 14,8 milyon yetişkin halen sigara kullanmaktadır ve kadınlarda sigara içme sıklığı % 13,1'dir. 15 yaş üzerinde erkeklerin % 41,5'i, toplamda her yüz kişiden 27'si sigara içmektedir. Hiç sigara içmeyenlerin oranı 2008'de % 68,8 iken 2012'de % 72,9 olmuştur. Herhangi bir tütün ürünü kullananların oranı kentte yaşayanlarda (% 15,5) kırdakilerden (% 6,7) daha yüksek seyretmektedir (42).

Türkiye'de tütün kontrolüyle ilgili ilk kanun 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'dur. 2004 yılında tütün kullanım salgınıyla mücadele etmek için DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilmiş, Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın 2006 yılında Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle "Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı" oluşturulmuştur. 2008'de kabul edilen 5727 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ile 4207 sayılı kanunun kapsamı genişletilmiş ve Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ne uygun hale getirilmiştir (12,26,42).

Pek çok ülkede tütün kontrol programları uygulamaya konulmuştur. Tütün reklamı, tanıtım ve sponsorlukla ilgili kapsamlı yasakların olması, sigara paketlerinin en az % 30'unu kapsayan uyarıların getirilmesi gibi etkili uygulamalar yapılmaktadır (12). DSÖ 2008'de tütün kullanımını azaltmada en etkili altı kanıta dayalı tütün kontrol önlemini tespit etmiştir. "MPOWER" olarak bilinen bu önlemler, tütün kullanım ve koruma politikalarının izlenmesi, insanların sigara dumanının zararlarından korunması, tütün kullanımını bırakmak için yardım önerilmesi, tütünün zararları konusunda insanların uyarılması, tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluk konusunda yasakların uygulanması ve tütün ürünlerinin vergilerinin artırılmasını içeren 6 maddeden oluşturmaktadır (43). Sigara ve tütün tüketimi yüksek gelirli ülkelerin çoğunda düşüş göstermekle birlikte, birçok düşük ve orta gelirli ülkede hala yüksektir veya artmaya devam etmektedir. Bu nedenle tütün kullanımının yaygınlaşmasını önlemek için uluslararası çok sektörlü işbirliklerine öncelik verilmelidir (12,18).

Alkol

Alkol, küresel hastalık yükünü oluşturan risk faktörleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (17). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sağlık Araştırması 2016 raporuna göre; yaşam boyu alkol kullanma oranı % 24,1 (erkeklerde % 38,4, kadınlarda % 10,3) olarak bildirilmiştir (44). DSÖ'ye göre tüm dünyada 2 milyar kişi alkol kullanmaktadır, 76,3 milyon kişide ise alkol kullanım bozukluğu bulunmaktadır. Alkol tüketimine bağlı ölümler, tüm ölümlerin % 4'üne (2,5 milyon) karşılık gelmektedir ve bu sayı HIV/AIDS, şiddet ve

tüberküloza bağlı ölümlerinin toplamından fazladır. Ayrıca şiddet, kaza ve yaralanmalar gibi sosyal etkileri olması halk sağlığı açısından önemini daha fazla arttırmaktadır (17).

Alkol tüketimi ve kanser riski arasındaki ilişki 20.yüzyılın başından beri bilinmektedir ve sebep olduğu kanser yükünün, kullanımının azaltılması, fiyat artışları ve pazarlama stratejilerine müdahale gibi politik önlemlerle azaltılabileceği düşünülmektedir. Etanolün, asetaldehit metabolizması üzerinde genotoksik bir etkiye aracılık ettiği ve bu yolla karsinogeneze neden olduğu kabul edilmiştir. Alkol tüketiminin neden olduğu kanser türleri için bir doz-yanıt ilişkisi olduğu görülmüş, çeşitli araştırmalarda günlük 30 g'dan fazla alkol tüketiminin pankreas kanseri riskinde artışa neden olduğu bulunmuştur (12). Epidemiyolojik ve biyolojik araştırmalarda alkol tüketiminin ağız, farinks, larinks, özofagus, karaciğer, kolorektum ve meme kanserlerine neden olduğunu tespit edilmiştir (18). Ağız boşluğu, farinks, larinks ve yemek borusu kanserleri üzerinde ise alkol ve tütün kullanımının sinerjik bir etkisi olduğunu ortaya çıkmıştır (12).

Beslenme ve Obezite

Aşırı kiloluluk ve obezite dünya genelinde artan sıklığı nedeniyle sağlık üzerindeki etkileri konusunda da endişelerin ön plana çıktığı, önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur (45). Obezite sıklığı 1980 yılından bu yana ikiye katlanmış, vücut kitle indeksi (VKİ) yıllık olarak ortalama 0,4-0,5 kg/m^2 artış göstermiştir (17). Tüm dünyada ilk kez fazla kilolu insan sayısı düşük kilolu (zayıf) olanlardan fazladır (18). Son veriler, dünya genelinde 20 yaş ve üzeri yetişkin nüfusun % 35'inin fazla kilolu (VKİ ≥25 kg/m^2), bunun da % 12'sinin obez (VKİ ≥30 kg/m^2) olarak sınıflandırıldığını göstermiştir (45). Ülkemizde de obezite sıklığı erişkinlerde belirgin şekilde yüksektir ve son dönemde tüm dünyada olduğu gibi sıklığı giderek artmaktadır. 2010 yılında yapılan TURDEP-2 (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-2) çalışmasında 20 yaş üstü erkeklerde obezite sıklığı % 27, kadınlarda % 44 olarak bildirilmiştir (46). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerine göre; obezite sıklığının erkeklerde % 15,2, kadınlarda % 23,9 olduğu ortaya çıkmıştır (44).

Yüksek VKİ (VKİ'nin 25 kg/m^2 veya daha fazla olması), çeşitli kronik hastalıklar ve mortalite için bilinen bir risk faktörüdür; kanser riski ile de ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, yüksek VKİ ile özofagus adenokarsinomu, kolon, rektum, böbrek, pankreas, safra kesesi (sadece kadınlarda), postmenopozal meme, over ve endometriyal kanserler arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir (41). Kadınlarda VKİ'nin artışıyla tiroid ve safra kesesi kanserlerinde de artış izlenmiştir (10). VKİ ile kanser riski arasında bir doz-yanıt ilişkisi vardır; böylece obezite ile artan risk yanında aşırı kilolu fakat obez olmayan insanlar için daha az bir risk artışı

bulunduğundan bahsedilebilmektedir (12). Yüksek VKİ'ye bağlı olan kanserler için tahmini risk artışı, VKİ'deki birim artış başına % 3-10 arasında değişmektedir. Erkeklerde 136 000 (% 1,9), kadınlarda 345 000 (% 5,4) yeni kanser vakasının yüksek VKİ'den kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Korpus uteri, postmenopozal meme ve kolon kanseri, yüksek VKİ ile ilişkilendirilebilen kanserlerin % 63,6'sını oluşturmaktadır. Bu bulgular, VKİ yüksek olan insan sayısını azaltmak için küresel bir çabanın gerekliliğini vurgulamaktadır, aksi takdirde kanser yükü artışı da devam edecektir (45).

Küresel düzeyde sindirim sistemi kanserlerinin yaklaşık % 19'unun yetersiz sebze ve meyve tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir (17). Düşük lifli, kırmızı ve işlenmiş et ağırlıklı beslenme şekli kolorektal kanser ile ilişkilendirilmiştir. Liften zengin beslenmenin kolon yoluyla transit geçişi hızlandırdığı, karsinojenleri bağlayıp etkisizleştirerek kolon kanseri insidansını azalttığı öne sürülmektedir; ancak bu konuda kesin yargı oluşturacak yeterli kanıt yoktur. Aynı şekilde D vitaminin hem diyet hem de güneş ışığı ile alınarak yüksek kan seviyelerine ulaşması, DNA metilasyonu, onarımı ve sentezi için önemli olan folatın alım miktarının artması da daha düşük kolorektal kanser riski ile ilişkilendirilmiş olmakla birlikte daha detaylı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (12,18).

Ülkemizde obezitenin önlenmesine yönelik çalışmalara hız vermek amacıyla 2010 yılında "Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı" başlatılmış, obezite kontrolünde yeterli ve dengeli beslenmenin yanında, düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi de önem taşıdığından program 2010 yılında "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" olarak revize edilmiştir. Yeterli ve dengeli beslenme için DSÖ tarafından günde 400 g, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde ise günde en az 5 porsiyon meyve ve sebzenin yanında tam tahıl ürünlerinin tüketimi ve doymuş yağ alımının kısıtlanması önerilmektedir (46). Sebze ve meyve üretiminin daha fazla olduğu Ege, Akdeniz gibi bölgelerde bile sebze/meyve tüketimi ortancası yaklaşık 3,0 porsiyon olup, Kuzeydoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu'da ise 2,1-2,2 porsiyon düzeyine düşmektedir. Bu nedenle topluma bu konuda eğitim vermek amacıyla kitle iletişim araçlarının yanı sıra aile hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarından sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda uygun mesajların verilmesi oldukça önem taşımaktadır (17).

Fiziksel Aktivite

Dünya genelinde her yıl yaklaşık 3,2 milyon insan (ölümlerin % 6'sı) fiziksel hareketsizlik nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık % 21-25'inden fiziksel inaktivitenin sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (46). 2010 yılında tüm

dünyada 18 yaş ve üzeri yaştaki yetişkinlerin yalnızca % 23'ünün yeteri kadar fiziksel olarak aktif olduğu; kadınların % 27, erkeklerin % 20'sinin önerilen aktivite seviyesine ulaşamadığı görülmüştür (47). "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması" sonuçlarına göre ise ülkemizde bireylerin % 71,9'unun hareketsiz yaşadığı, fiziksel inaktivite sıklığının erkeklerde % 67,6, kadınlarda % 76,5 olduğu belirlenmiştir (48).

DSÖ, "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Eylem Planı 2013-2020" çerçevesinde fiziksel hareketsizliğin % 10 oranında azaltılması gerektiğini vurgulamıştır (47). 18 yaşından büyük yetişkinler için haftada en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite ya da haftada en az 75 dakika yüksek şiddette veya eşdeğeri fiziksel aktivite önerilmektedir (49). Fiziksel aktivitenin kanseri önlemeyle bağlantılı olarak en önemli etkisi, kilo alımına ve obeziteye karşı koruma sağlamasıdır (12). Düşük fiziksel aktivite kolon, meme ve endometriyal kanserler için hem vücut kitle indeksine bağlı olarak, hem de kısmen anlaşılmış diğer mekanizmalar nedeniyle doğrudan risk faktörüdür (18).

Enfeksiyöz Ajanlar

Virüsler, bakteriler ve parazitlerle oluşan enfeksiyonlar çeşitli kanserler için güçlü risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. 2012'de tanı konulan kanserlerin yaklaşık % 15'inin Helicobacter pylori, HPV, HBV, hepatit C virüsü (HCV) ve Epstein-Barr virüsü (EBV) gibi kanserojen enfeksiyonlar nedenli geliştiği düşünülmektedir (1). Oranlar bölgelere göre 10 kat farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda'da (≤ %4) en düşük, Sahra altı Afrika'da (% 33) en yüksek seviyededir. Az gelişmiş ülkelerde (% 22,9) gelişmiş ülkelerden (% 7,4) daha fazla görülmektedir (5). Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kanser vakalarının % 25'inden hepatit ve HPV gibi kansere neden olan enfeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır. Kadınlarda serviks kanseri, enfeksiyona bağlı kanser yükünün yaklaşık yarısını oluştururken, erkeklerde ise karaciğer ve gastrik kanserler enfeksiyona bağlı kanser yükünün % 80'den fazlasının nedenidir (1,18).

Helicobacter pylori, hepatit B ve C virüsleri ve HPV sırasıyla esas olarak gastrik, karaciğer ve servikal kanseri de içeren 1,9 milyon kanser vakasından sorumludur. Neredeyse tüm MALT lenfomalar ve bilinmeyen bir oranda mide diffüz büyük B hücreli lenfoması H.pylori enfeksiyonuyla ilişkilidir (12).

HBV ve HCV ile kronik enfeksiyonları, hepatoselüler karsinom için en sık görülen risk faktörleridir. HCV enfeksiyonu temel mikst kriyoglobulinemi nedeni olup bu tablo B-hücreli non hodgkin lenfomaya dönüşebilen bir lenfoproliferatif hastalıktır (12,49).

Tüm dünyada yılda yarım milyondan fazla kadın, serviks kanserine yakalanmakta, özellikle Sahraaltı Afrika'da olmak üzere, çoğu gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların yılda 275000'den fazlası serviks kanserine bağlı hayatını kaybetmektedir (26). HPV enfeksiyonu serviks kanserinin önemli bir nedenidir; neredeyse tüm servikal kanserlerde bulunabilmektedir. Genellikle servikal kanserlerin tamamının, kanserojen veya muhtemelen kanserojen olarak sınıflandırılan 13 yüksek riskli HPV tipine atfedilebileceği kabul edilmektedir (HPV16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 68) (49). HPV16 ve 18 en sık görülen tiplerdir ve tüm dünyadaki servikal kanserin yaklaşık % 70'ini oluşturmaktadırlar. Yüksek riskli HPV'ler anal kanserlerde yaklaşık % 88, vajinal kanserlerde % 70, penil kanserlerde % 50 ve vulvar kanserlerde % 43 oranında bulunmaktadır. HPV prevalansı orofarengeal kanserlerde de yüksektir (5).

EBV, nodular sklerozan ve mikst sellüler olmak üzere 2 tip Hodgkin Lenfoma ile ilişkilidir. Sahra altı Afrika'daki endemik bölgelerde, sıtma yükünün çok yüksek olduğu bölgelerde, Burkitt lenfomanın EBV ile ilişkisi % 95'ten fazladır (12).

Human herpes virüs-8 (HHV-8) kaposi sarkomu, primer efüzyon lenfoması ve castleman hastalığı gibi çeşitli lenfoproliferatif hastalıklardan sorumlu olmaktadır. İnsan T-hücresi lenfotropik virüs tipi 1 (HTLV-1) ile ise neredeyse sadece Japonya'da bulunan erişkin T hücre lösemi arasında sıkı bir nedensel ilişki kurulmuştur (12).

Opisthorchis viverrini ve Clonorchis sinensis gibi uzun süreli ve karaciğer safra yolları paraziti olarak bilinen parazitlerin yaptığı kronik enfeksiyonlar, kolanjiyokarsinom (safra kanallarının kanseri) ile ilişkilendirilmiştir. Schistosoma hematobium ile mesane kanseri arasındaki nedensel ilişki de güçlü ve tutarlıdır (12) .

Aşılama, güvenli enjeksiyon uygulamaları, güvenli cinsel davranış gibi enfeksiyonları önlemek için mevcut yöntemlerin uygulanması veya antimikrobiyal ve antiparazit tedavilerin yaygınlaşması ve ulaşılabilirliğinin artmasının dünya genelindeki kanser yükünün azaltılmasında önemli bir etki yaratacağı düşünülmektedir. Son yıllarda kanserin önlenebilmesindeki en önemli ilerlemelerden biri de, HPV aşısının geliştirilmesi ve uygulanmasıdır. Aşının, HPV enfeksiyonu ve serviks kanseri prevalansının yüksek olduğu popülasyonlara ulaştırılması sağlanmalıdır. Ancak, okula devam oranının bile düşük olduğu yerlere üç doz aşının ulaştırılmasında karşılaşılabilecek zorlukların yanı sıra, sosyokültürel konular da dahil olmak üzere ele alınması gereken çok sayıda sorun aşının başarıyla uygulanmasında engel oluşturacaktır (12,18).

Kanserden korunmada bir başka etkili aşı, 1980'lerde uygulandığı yerlerde, hepatoselüler karsinoma insidansında azalmalar gözlenen hepatit B virüsüne karşı olandır (49).

Fakat yine de Asya ülkelerinde en sık görülen enfeksiyon yolu, anneden çocuğa dikey geçiş olup, gebe kadınların taranması ve insan hepatit B immünoglobülini ile pasif aşılama yapılması, pek çok düşük ve orta gelirli insan için mümkün olamamaktadır (18).

Mesleki Karsinojenler

Yüksek insani gelişmişlik indeksine sahip ülkelerde mesleki kanserlerin önlenmesinde, 1921 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü'nün aromatik aminler üzerine yayınlanan ilk raporundan bu yana ilerlemeler kaydedilmiştir (18). Bugüne kadar 32 meslek ajanı ve maruz kalınan 11 madde insanlar için kanserojen olarak tanımlanmıştır. Bunun yanında mesleki durum ile bağlantılı olan 27 ve maruz kalınan 6 madde insanlar için muhtemelen kanserojen olarak belirlenmiştir. Mesleki kanser olgularının kanser vakaları içerisinde ne kadar yer tuttuğu veya ne kadar yüke sebep olduğu bilinmemektedir. Yine de, son tahminler gelişmiş ülkelerde mesleki kanser risk faktörleriyle ilişkilendirilebilen kanserlerin tüm kanserlerin % 4-8'ini oluşturduğu ve akciğer kanserinin bu kanserler arasında en büyük paya sahip olduğunu ortaya koymaktadır (12).

Asbest, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, ağır metaller, dizel motor emisyonları ve silika gibi iyi bilinen kanserojen maddelere işyeri maruziyeti halen yaygındır. Yüksek insani gelişmişlik indeksine sahip ülkelerde asbest, aromatik aminler, benzidin, benzen ve diğer kanserojen maddelere maruziyetin ortadan kaldırılması veya azaltılmasıyla binlerce kanser vakasını önlenmiştir. Ama aynı zamanda yüksek riskli mesleki maruziyet taşıyan işlerin düşük insani gelişmişlik indeksine sahip ülkelere yönlendirilmesi ve birçok endüstriyel ortamda işçilerin yetersiz korunması gibi sorunlar da ortaya çıkmıştır (5,18).

Bir ajana mesleki maruziyeti azaltmak veya ortadan kaldırmak için genellikle mühendislik ve/veya endüstriyel hijyen önlemlerinin alınması gereklidir. Birçok kanserin yavaş ortaya çıkması sebebiyle bu (genellikle yüksek) maruz kalım 20-30 yıllık süreçte önemli mesleki kanserlerin gelişmesine katkıda bulunacaktır. İşçi eğitimi, daha güvenli mesleki uygulamalar ve sürveyans sistemlerinin olgunlaşması mesleki karsinojenlere karşı alınacak önlemlerin köşe taşlarını oluşturacaktır (12).

Çevresel Karsinojenler

Araç emisyonlarından kaynaklanan hava kirliliği, enerji üretimi, katı yakıtların ısınma amaçlı yanması, dizel emisyonları, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, benzen ve 1,3-bütadien gibi bilinen endüstriyel kanserojen maddeler, asbest, arsenik ve krom bileşikleri gibi inorganik kanserojenler çevremizde bilinen ve muhtemel kanserojen maddelerin başını çekmektedir (12).

IARC Çalışma Grubu tarafından insan kanserojenleri (grup 1) olarak sınıflandırılan dizel egzoz emisyonlarına maruz kalma oldukça yaygındır (18). Katı yakıtların evde yakılması akciğer kanserine neden olmaktadır ve birçok düşük, orta gelirli ülkede kanserlerle ilişkilidir. Yaşam alanlarında dizel jeneratörlerin kullanılması yoluyla karsinojenlere maruz kalınması, düşük insani gelişmişlik indeksine sahip ülkelerin çoğunda göz ardı edilen bir tehdittir (49). Konutlardaki radon maruziyeti de, iç ortam hava kirleticisi olarak dünyanın çeşitli yerlerinde önemli bir sorundur ve akciğer kanseri riskinde artışa neden olmaktadır (41).

2010 yılında tüm dünyada 223 000 akciğer kanseri nedenli ölümün hava kirliliğinden kaynaklandığı belirtilmiştir. DSÖ ve Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC), 2013'de dış ortam hava kirliliğini ve hava kirliliğinin en önemli bileşenlerinden biri olan partiküler maddeyi de tek başına kanser yapıcı grup 1 kanserojen etken olarak ilan etmiştir. Dış ortam hava kirliliğinin akciğer kanserine yol açtığı ve mesane kanseri olasılığını arttırdığı ifade edilmiştir (26).

İçme sularında, inorganik arsenik tanınmış bir kanserojendir; cilt, mesane ve akciğer kanseri riskini artırmaktadır (5). Dezenfeksiyon yan ürünleri, organik çözücüler, nitratlar, nitritler ve bazı zirai ilaçlar gibi diğer kirleticiler de kanser yükünün artmasına katkıda bulunmaktadır. Çevresel izleme ve düzenlemenin daha az kapsamlı ve titiz olduğu yeni ve hızlı sanayileşmekte olan ülkelerde kirlilik seviyeleri özellikle yüksek olabilmektedir. Hava, su ve toprak kirliliği, dünyanın kanser yüküne coğrafi dağılıma bağlı olarak farklı derecelerde katkıda bulunmaktadır. Su ve havadaki çevresel kirliliğe maruz kalmadan kanser yükünü azaltmak ve diğer olumsuz sağlık sonuçlarını kontrol altında tutmak için düzenleyici faaliyet ve teknolojik gelişmelere ihtiyaç vardır (12).

Doğal ve insan kaynaklı her türlü iyonlaştırıcı radyasyona maruziyet çeşitli malignitelerin riskini artırmaktadır. Radyasyona maruz kalan hastalar, nükleer merkezlerdeki işçiler ve diğerleri arasındaki kanser insidans hızları, radyasyon ile kanserlerin indüksiyonu için bir eşik bulunmadığı ve doğrusal bir doz-yanıt ilişkisinin varsayıldığı konusunda fikir birliği oluşturmaktadır (12). Cilt kanseri için çevresel ve önlenebilir bir risk faktörü de aşırı güneş ışığına maruz kalmadır. Ultraviyole radyasyona maruz kalma (güneş ve bronzlaştırıcı cihazlarla) melanom dâhil olmak üzere deri kanserlerine neden olmaktadır ve IARC tarafından grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılmıştır. Düşük frekanslı manyetik alanlar ile kanser arasındaki ilişki, çocukluk çağı lösemileriyle sınırlıdır, ama nedensel bir ilişki henüz tam kanıtlanmamıştır. Bu konudaki verilerin yetersiz olduğunun belirtilmesine karşın 'olası kanserojen' yani Grup 2 B olarak sınıflandırılmıştır (41).

Kanser için bir başka risk faktörü de sosyoekonomik statüdür (3). Sağlıkta eşitsizliklerle mücadele için DSÖ'nün 'Sağlık 21' adıyla belirlediği hedeflerden biri de 2020 yılına kadar ülke içi sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının dörtte bir oranında azaltılması gerekliliğidir (50). Kanser, yüksek insani gelişmişlik indeksine sahip ülkelerde, düşük sosyoekonomik gruplarda yüksek sosyo-ekonomik gruplardan daha yüksek insidans ve mortaliteye sahiptir. Bu durum bilinen risk faktörleriyle tamamen açıklanamayan, bilinmeyen diğer belirleyicilerin varlığının düşük sosyoekonomik statüyle ilişkili olduğunu akla getirmektedir. Bu nedenle yoksullukla mücadele aynı zamanda hem risk faktörlerine hem de kanserin birincil korunmasına yönelik etkililiğe fayda sağlayabilecektir. Her ne kadar odak noktamız birincil önleme olsa da, bu yaklaşım, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, kanserle savaş için yeterli değildir. Geç tanı ve tedavi etkinliğinin yetersiz olması, düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir sorundur. Bu nedenle bakıma ve önlemeye erişimi birleştiren daha entegre stratejilere ihtiyaç vardır (18).

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ ve SAĞLIKLI YAŞAM

Sağlığın geliştirilmesi fikrinin temelleri 19.yy toplum sağlığı anlayışına uzanır, 1974'lerden itibaren toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için sağlık politikalarında önemli bir strateji olarak yer almıştır. Sağlığın geliştirilmesi için sosyal adaletin gerekliliği 1977 Cenevre 13. Dünya Sağlık Asamblesi'nde ortaya konmuş, 1978'de Alma Ata'da yapılan konferansta gelişmenin bir parçası olarak istenen sağlık düzeyine ulaşmada birinci basamak sağlık hizmetlerinin anahtar rol oynadığı kabul edilmiştir. DSÖ'nün ortaya koyduğu 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Hedefleri'yle herkesin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği bir sağlık düzeyine erişmesi hedeflenmiştir. Temel amaç, ülkeler ve bölgeler arasındaki farklılıkları en aza indirmek, insanların fiziksel, ruhsal, sosyal potansiyellerini kullanmasını sağlamak, hastalık ve sakatlıkların en aza indirilmesi ve erken ölümlerin önlenerek doğumda beklenen yaşam süresinin uzatılması olmuştur. 1998'de Kopenhag DSÖ 48. Avrupa Bölgesi Komitesi Toplantısı'nda "Sağlık 21" başlığı altında 2020 yılına kadar 21 başlıkta somut hedefler belirlenmiştir (51). 2013 yılında Helsinki'de "Tüm Politikalarda Sağlık" ana temasıyla gerçekleştirilen uluslararası sağlığı geliştirme konferansında, sağlıkta eşitlik ve hakkaniyetin bir insanlık hakkı olduğu, hükümetlerin bu hakkı sağlamakla sorumlu olduğu ve sağlığı önceleyen kamu politikalarının sektörler arası işbirliği içerisinde gerçekleştirmenin önemi vurgulanmıştır (26).

Sağlığın geliştirilmesi, 1986 Ottowa Bildirgesi'nde, insanın sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırabilme gücü kazanarak kendi sağlığını geliştirme çabası olarak tanımlanmıştır

(51,52). Sağlığı geliştirme sağlık eğitimi, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi alanında uygulamaları kapsamaktadır (26). Risk altındaki kişilerin sağlık davranışını etkileyen problemlere yaklaşırken sağlık eğitiminin yanında çevresel, örgütsel ve ekonomik çalışmaları da önem kazanmaktadır (51). Sağlık eğitimiyle bireylerin sağlıklarıyla ilgili konularda karar verme ve sorumluluk alması sağlansa da, toplumdaki önemli sağlık sorunlarının çözümünde bazen bireysel sorumluluklar yeterli olmayacaktır. Sağlığı bireysel sorumluluklar çerçevesinde değerlendirerek sosyal ve çevresel etmenleri dikkate almamak, herkes için sağlık tanımına da uymayacaktır. Toplumun ve bireylerin güçlenmesi sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi ve sağlığın geliştirilmesinde başarıyla sağlanacağından yasal ve politik değişikliklerin yapılması daha etkili ve verimli bir sonuç ortaya çıkaracaktır (14).

Sağlığı geliştirme ve koruma denince ilk akla doktor ve hastaneler gelse de sağlığın yaşam biçimiyle sıkı bir ilişkisi olduğu fark edilmiş, bireysel faktörlerin yanı sıra hava ve su kirliliği, tarımda kullanılan kimyasallar gibi çevresel faktörlerin ve sosyal çevrenin de sağlığı etkilediği fark edilmiştir (51). DSÖ'ye göre sağlık risklerinin % 25 oranında azaltılmasıyla dünyadaki hastalık yükü önemli ölçüde azalacağından sağlığın geliştirilmesi de hastalık nedenlerinin ve risk faktörlerinin bilinmesiyle olanak kazanacaktır (14).

Sağlığı geliştirmenin bileşenlerinden birinin de sağlıklı yaşam biçimi olduğunu belirtmiştir (53). Ekonomik, sosyal ve kültürel risk faktörlerinin birlikte değerlendirilmesi gerekliğinin yanı sıra risk algısı toplumdan topluma veya kültüre göre farklılık gösterebileceğinden kişilerin risk algısı için yaşam tarzına yaklaşımın da önemi artmıştır. Çalışma ve yaşam koşulları sağlığın ana belirleyicilerinden olduğundan sağlıklı yaşam biçimi için fiziksel çevrenin yanı sıra, sosyal çevrenin de geliştirilmesinin gerekliliği ön plana çıkmıştır (51).

Sağlık davranışı, kişinin hastalıklardan korunarak sağlıklı kalmak için inandığı ve uyguladığı davranışlardır (53). Pozitif sağlık davranışı ise sağlıklı bir hayata kavuşmak veya sürdürmek için, önerilen sıklıkta ve miktarda fiziksel aktivite yapma, önerilen miktarda meyve ve sebze tüketme ve sigara kullanmamayı içeren davranış şekilleridir (38). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, hastalıklardan korunmada, ölüm oranlarının düşmesinde ve erken tanı ve tedavi hizmetlerine başvurarak kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri vardır (52). Meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı ve tarama yöntemleri olan kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik muayene, mamografi ve pap smear testi yaptırma da sağlıklı yaşam biçimi davranışına örnektir ve kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kanserde erken tanı bilgi ve uygulamalarını da etkilemektedir (54).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma Eylül 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında Edirne Merkez ilçeye bağlı sosyoekonomik düzeyi farklı iki mahallede ikamet eden erişkin kadınların kanser risk algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ortaya koymak amacıyla, araştırmacılarca geliştirilmiş veri toplama formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin uygulanması yoluyla gerçekleştirildi.

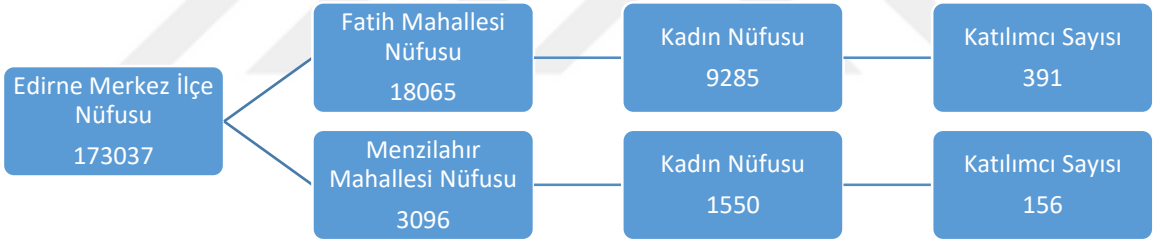
Araştırma Bölgesi

Araştırma, kentleşme özellikleri ve sosyoekonomik düzeyleri bakımından birbirinden farklı olduğu bilinen, Edirne Merkez ilçeye bağlı Menzilahır ve Fatih Mahallelerinde yürütüldü. Sosyoekonomik durum saptanmasında kullanılan bir standart yöntem olmadığından, seçilen bölgelerdeki eğitim, gelir düzeyi, meslek, yapılan işin niteliği gibi farklılıkların ortaya çıkarılmasının eşitsizliklerin ortaya konması için uygun bir zemin hazırlayacağı düşünüldü (55,56). Edirne kent merkezinin kuzeyinde çevre koşulları elverişsiz, daha çok tek katlı gecekondu tipi evlerden oluşan dağınık bir yerleşimin hakim olduğu Menzilahır Mahallesi'nde ağırlıklı olarak roman vatandaşlar ikamet etmekteydi. Eğitim seviyesinin düşük, düzenli gelir getirici iş sahibinin görece az olduğu, iş buldukça çalışan, daha çok merdiven ve ev temizliğine giden, seyyar satıcılık yapan, kağıt, hurda, çöp toplama gibi marjinal işler yaparak geçimini sağlayan kişilerin yerleştiği bölge, düşük sosyoekonomik yapıya örnek teşkil etmekteydi. Fatih Mahallesi ise, daha çok yüksek katlı yapıların ve güvenlikli sitelerin olduğu, altyapı sorunun gözlenmediği, eğitim ve gelir seviyesi daha yüksek kişilerin tercih ettiği sosyoekonomik durumu yüksek bölgeyi temsilen seçilen ikinci yerleşim yerini oluşturmaktaydı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini Fatih ve Menzilahır Mahallesi'nde ikamet eden kadınlar oluşturmaktaydı. 2016 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre Edirne Merkez ilçe nüfusu 173037, Menzilahır Mahallesi'nin nüfusu 3096, Fatih Mahallesi'ninki ise 18065 kişiydi.

Örneklem büyüklüğü, DSÖ'nün evren oranını belli bir rölatif kesinlikle tahmin etmede kullanılan hazır tablolarından yararlanılarak bulundu (57). Örneklem seçimi için güven düzeyi % 95, yanılma payı % 5, prevalans % 50 ve power % 80 alındığında, ilgili formüllerle en küçük örneklem büyüklüğü 384 kişi olarak belirlendi. Mahallelerin kadın nüfusu içindeki payları dikkate alınarak tabakalandırma yapıldı. Veri toplama aşamasında karşılaşılabilecek sorunlar dikkate alındığından ve çok değişkenli analizlerin yapılması planlandığından örneklem büyüklüğü artırılarak sonuçta Fatih Mahallesi'nden 391 (kadın nüfusunun % 4,2'si), Menzilahır Mahallesi'nden 156 (kadın nüfusunun % 10'u) olmak üzere toplamda 547 gönüllü kadınla çalışma tamamlandı (Şekil 2).



Şekil 2. Araştırmanın veri toplama şeması

Araştırmanın Tipi

Araştırma; tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir alan araştırmasıdır.

Araştırmanın Hipotezleri

H_{0A}: Sosyodemografik özelliklerin ve sosyoekonomik düzeyin kanser risk algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi yoktur.

H_{0B}: Kanser risk algısıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme arasında ilişki yoktur.

H_{1A}: Sosyodemografik özelliklerin ve sosyoekonomik düzeyin kanser risk algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi vardır.

H_{1B}: Kanser risk algısıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlar geliştirme arasında ilişki vardır.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

- Bağımlı Değişkenler
  - Kanser risk algısı ve sağlıklı yaşam biçim davranışları ölçek puanı
- Bağımsız Değişkenler
  - Yaş
  - Öğrenim durumu
  - Medeni durum
  - Çocuk varlığı
  - Meslek
  - Aile yapısı
  - Aylık gelir
  - Ekonomik durum algısı
  - Sağlık güvencesi varlığı
  - Vücut kitle indeksi
  - Fiziksel aktivite alışkanlığı
  - Sigara ve alkol kullanma davranışı
  - Kronik hastalık ve ilaç kullanma öyküsü
  - Bedensel ve ruhsal sağlık algısı
  - Sağlık hizmeti ihtiyacında ilk başvuru yeri
  - Kanser erken tanı ve tarama programlarını kullanma durumu
  - Tarama yöntemlerini kullanma/kullanmama nedenleri
  - Ailede kanser öyküsü
  - Kanserli akraba/yakına bakım verme öyküsü
  - KETEM'e başvuru
  - Kanser erken tanı ve tedavi hizmetleriyle ilgili bilgilendirilme durumu
  - Kanser erken tanı ve tedavi hizmetleriyle ilgili bilgilendirilme isteği
  - Bazı risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyi

Araştırmanın Uygulanışı

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.09.2016 tarihli etik kurul onayının (Ek-1) ardından Edirne İl Sağlık Müdürlüğü ve Edirne Valiliği'nden gerekli izinler (Ek-2) alındıktan sonra araştırmaya başlanmış olup, onay yazıları ekte sunulmuştur.

Veri toplama aracı

Çalışma verilerini toplamak için; literatürden yararlanılarak, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve iki bölümden oluşan veri toplama formu kullanıldı. Birinci bölümde; kadınların sosyodemografik özelliklerini ortaya koymak amacıyla eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, sağlık güvencesi, ortalama aylık geliri, ekonomik durum algısı ve aile yapısı sorgulandı. Bunların yanı sıra; sigara ve alkol kullanma alışkanlığı, fiziksel aktivite düzeyi, boy ve kilo, kronik hastalık ve hekim kontrolünde düzenli ilaç kullanım öyküsü, bedensel ve ruhsal sağlık algısı, kanser risk algısı, ailede kanser öyküsü, kanser taraması yaptırma, erken tanı olanağı sağlayan hizmetlerden yararlanma durumu ve nedenleri ile kanser ve bazı risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyi ve hizmetlerden yararlanma konusundaki tutumları oluşturulan 33 soruluk anketle değerlendirildi. İkinci bölümde 52 soruluk Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanıldı. Anket formu ekte (Ek-3) sunulmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilen ve 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDII) adını alan ölçek, sağlığı geliştiren davranışları ölçmeyi amaçlamaktadır. 1997 yılında Esin tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan çalışmanın ilk versiyonu 48 maddeden oluşmaktadır. 1998 yılında Akça ve 2008 yılında Bahar ve ark. tarafından ölçeğin 52 soruluk ikinci versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Tüm maddeleri olumlu olan dörtlü likert şeklindeki ölçek, "Hiçbir zaman" yanıtı için "1","Bazen" yanıtı için "2", "Sık sık" yanıtı için "3", "Düzenli olarak" yanıtı için "4"puan verilerek değerlendirilmiştir. Ölçeğin manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetiminden oluşan 6 alt başlığı vardır (52-54). Yüksek puanın olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışını gösterdiği ölçekten en düşük 52, en fazla 208 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt gruplarının toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını oluşturmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olarak hesaplanan ölçek yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Alt ölçekler (52,58):

Sağlık sorumluluğu: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. maddelerden oluşmaktadır. Kişinin sağlığına özen göstererek bilgilenmesi, yardım alabilmesi, kendi iyiliği için aktif sorumluluk hissetmesini değerlendirmektedir.

Fiziksel aktivite: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk versiyonunda egzersiz olarak yer almaktadır. Düzenli ve planlı bir şekilde hafif, orta veya ağır egzersizin yaşamın bir parçası olarak yürütülmesini değerlendirmektedir. Zinde olmak veya sağlık için planlı ve bir program dahilinde olabileceği gibi günlük etkinliklerin veya boş zaman aktivitelerinin bir parçası olarak da ortaya çıkabilir.

Beslenme: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. maddelerden oluşmaktadır. Gıdaların bilinçli seçimi ve tüketilmesi sağlık için gereklidir. Sağlıklı bir günlük diyet seçerken besin değerlerini bilmek, kişinin öğünlerini düzenlemesini içerir.

Manevi gelişim: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk versiyonunda kendini gerçekleştirme olarak yer almaktadır. İç kaynakların geliştirilmesi üzerine odaklanır ve bunu aşmak, ilişki kurmak ve gelişme yoluyla başarır. Bu durum, iç huzuru sağlar, kim olduğumuzdan ve ne olduğumuzdan öteye geçerek daha fazlası olma yolunda yeni seçenekler yaratma olanakları sağlar. İlişki kurma, evren ile bütünlük, uyum ve ilişkide olma hissidir. Gelişme ise anlam arayışı, amaç duygusu bulmak ve yaşamdaki hedeflere yönelik çalışarak sağlıklı olma potansiyelini en üst düzeye çıkarmaktır.

Kişilerarası ilişkiler: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk versiyonunda kişilerarası destek olarak yer almaktadır. Başkalarıyla daha anlamlı ve rahat ilişkiler kurmak, samimiyet ve yakınlık duygusu elde etmek için düşünce ve duyguların sözlü ve sözsüz mesajlar yoluyla paylaşılmasını içeren iletişimden yararlanma anlamına gelir.

Stres yönetimi: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. maddelerden oluşmaktadır. Gerginliği azaltmak veya kontrol etmek için psikolojik ve fiziksel kaynakların tanımlanması ve kullanılmasıdır.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanabilirliğinin belirlenmesi amacıyla araştırmanın yürütülmesi planlanan bölgelere benzer özelliklere sahip farklı iki mahallede (Şükrüpaşa ve Çavuşbey Mahallesi) onar kadınla görüşüldü. Anlaşılamayan sorular ve eksiklikler yeniden gözden geçirilerek veri toplama formuna son hali verildi. Pilot uygulama sırasında anket görüşmesinin yaklaşık 30-40 dakika sürdüğü gözlendi.

Halk sağlığı stajını yapmış iki intörn doktor, iki hemşirelik öğrencisi ve iki halk sağlığı asistanından oluşmak üzere toplam altı gönüllü anketlerin uygulanması sürecinde araştırmaya

destek sağladı. Saha uygulaması öncesinde çalışmaya katılan anketörlere 30 dakikalık bir eğitim verildi ve anket formunun nasıl uygulanması gerektiği detaylı şekilde anlatıldı.

Basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen katılımcılara ankette kişisel bilgilere yer verilmeyeceği ve sonuçların bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı açıklanarak onamları alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri kadınlara araştırmacılarca geliştirilen anket ve SYBDÖII yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı. Tek tek okunan sorulara verilen yanıtlar formlara işlendi. Araştırmaya katılmayı kabul eden Fatih Mahallesi'nden 3, Menzilahır Mahallesi'nden 2 katılımcının kanser hastası olduğu öğrenildiğinde, mevcut hastalığın kanser risk algısıyla ilişkili değerlendirmeyi etkileyeceği düşünüldüğünden bu 5 kişi çalışma dışı bırakıldı. Hedef örneklem büyüklüğüne ulaşıldığında araştırma sonlandırıldı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı (SPSS 20.0 programı için seri numarası: 10240642) kullanılarak değerlendirildi. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin (ortalama, standart sapma, minimum, median, maksimum) yanı sıra Ki-kare, Student t ve iki yönlü ANOVA testleri yapıldı. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için stepwise lojistik regresyon kullanıldı. İlişkilerin gücünü ve önemini değerlendirmek için Odds oranları (OR) ve % 95 güven aralığı (GA) kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p<0.05$ alındı.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Çalışma Fatih ve Menzilahır mahallelerinde ikamet eden, 18 yaş ve üstü yetişkin kadınlarla sınırlı bir bölgede yapıldığından sonuçlar tüm topluma genellenemeyecektir.
- Çalışma yapılan dezavantajlı bölgenin sosyal yapısı nedeniyle saha çalışması sırasında gönüllü katılımcılara ulaşmada ve oluşturulan anket formunu uygularken dikkati uzun süre sorular üzerinde toplamada zorluklar yaşanması araştırmanın önemli güçlüklerindendir.
- Araştırma sonunda yapılan analizler katılımcıların veri toplama formundaki sorulara verdikleri yanıtlara ve kişilerin beyanlarına güvenilerek yapılmıştır. İletişim sorunlarından, katılımcıların sorulara abartılı veya yanlış cevaplar vermesinden kaynaklanabilecek hatalar araştırmanın temel kısıtlılıklarından birini oluşturmaktadır.

— Çalışmada kanser risk algısının yalnızca bir soru üzerinden ve ölçek kullanılmadan irdelenmesi riski algısının tam olarak güvenilir bir şekilde değerlendirilememesine neden olabilir.
— Dezavantajlı gruplarda kanser risk algısıyla ilgili saha çalışmalarının az olması karşılaştırma yapılırken sınırlı değerlendirme yapılmasına neden olmuştur.

BULGULAR

Araştırma; Edirne merkez ilçeye bağlı sosyoekonomik düzeyi yüksek olan Fatih Mahallesi ile sosyoekonomik düzeyi düşük olan Menzilahır Mahallesi'nde çalışmamıza katkı vermeye gönüllü olan 547 erişkin kadınla gerçekleştirilmiştir. Hastalık halinin risk algısını etkileyeceğini düşündüğümüz 5 kanser hastası katılımcı çalışma dışı bırakıldıktan sonra Fatih Mahallesi'nde ikamet eden 391 (katılımcıların % 71,5'i), Menzilahır Mahallesi'nden 156 (katılımcıların % 28,5'i) kadınla yüz yüze anket çalışması yapılarak veriler toplanmıştır.

Sosyodemografik Özellikler

Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların yaş ortalaması 39,6 ± 13,1 (min:18-med:37-maks:83) iken, Menzilahır Mahallesi'ndeki kadınlarınki 42,1 ± 14,7'dir (min:18-med:40,5-maks:78) ($p>0,05$).

Katılımcıları tamamlanmış öğrenim yılı açısından değerlendirdiğimizde; Fatih Mahallesi'nin ortalamasının 12,4 ± 4,3 yıl (min:0-med:13-maks:22), Menzilahır Mahallesi'nin ise 3,2 ± 3,0 yıl (min:0-med:5-maks:11) olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Çalışmaya dahil edilen kadınlar medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde; Fatih Mahallesi'ndeki 391 katılımcının 278'inin (% 71,1) evli, 77'sinin (% 19,7) bekar, 18'inin (% 4,6) eşinden ayrı yaşadığı veya boşanmış olduğu ve 18'inin eşinin öldüğü görülmüştür. Menzilahır Mahallesi'nde ise katılımcıların 108'inin (% 69,2) evli, 8'inin (% 5,1) bekar, 13'ünün (% 8,3) eşinden ayrı yaşadığı veya boşanmış olduğu, 27'sinin (% 17,3) ise eşinin öldüğü belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yaşadıkları bölgelere göre eğitim düzeyleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların yerleşim yerine göre eğitim düzeyleri

Değişkenler	Fatih (n=391)		Menzilahır (n=156)		Toplam (n=547)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim düzeyi							
Okur yazar değil	4	1,0	63	40,4	67	12,2	
Okur yazar	2	0,5	12	7,7	14	2,6	
İlkokul mezunu	56	14,4	63	40,4	119	21,8	**0,001**
Ortaokul mezunu	22	5,6	16	10,2	38	6,9	
Lise mezunu	130	33,2	2	1,3	132	24,1	
Üniversite mezunu	177	45,3	0	0	177	32,4	

*Ki kare, p<0,05.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Fatih Mahallesi'nde okuma-yazma bilmeyen 4 katılımcı (% 1) varken; Menzilahır Mahallesi'nde 63 kişi (% 40) bulunmaktadır. Fatih Mahallesi'ndeki 307 katılımcı (% 78,5) lise ve üzeri eğitim görmüşken, Menzilahır'de bu sayı yalnızca 2'dir (% 1,3). Eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında iki bölge arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu görülmüştür (p<0,05) (Tablo 1).

Kadının sağlığı ve statüsünü olumsuz yönde etkileyebilecek faktörler olan adölesan çağda gerçekleşen evlilikler, çok sayıda (>3), erken (≤18 yaş) veya geç yaştaki (≥35 yaş) gebelik öyküsü gibi özellikler açısından iki bölgenin değerlendirilmesine Tablo 2 ve 3'te yer verilmiştir.

Tablo 2. Bölgelere göre kadınların ilk evlenme yaşı ve çocuk sahibi olma öyküsü

Değişkenler	Fatih (n=314)		Menzilahır (n=148)		Toplam (n=462)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlk evlenme yaşı							
<18	23	7,3	85	57,4	108	23,4	**0,001**
≥18	291	92,7	63	42,6	354	76,6	
Çocuk sahibi olma öyküsü							
Var	285	90,8	139	93,9	424	91,8	0,250
Yok	29	9,2	9	6,1	38	8,2	

*Ki kare.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Fatih Mahallesi'nde ikamet edenlerin tamamına yakını evliliklerini 18 yaşından sonra yapmışken, Menzilahır Mahallesi'ndeki kadınların yarısından fazlası evliliklerini 18 yaşından

önce gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 2).

İki bölge çocuk sahibi olma açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki bölgedeki kadınların tamamına yakınının yaşayan en az bir çocuğu bulunmaktadır (p=0,250).

Tablo 3. Bölgelere göre kadınların üreme sağlığıyla ilişkili bazı özellikleri

Değişkenler	**Fatih (n=285)**		**Menzilahır (n=139)**		**Toplam (n=424)**		**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
İlk doğum (gebelik) yaşı							
≤18	22	7,7	73	52,5	95	22,4	**DY**
19-34	260	91,2	66	47,5	326	76,9	
≥35	3	1,1	0	0	3	0,7	
Çocuk sayısı							
1	115	40,4	20	14,4	135	31,8	
2	139	48,7	57	41,0	196	46,2	**0,001**
3	25	8,8	40	28,8	65	15,3	
4 ve üzeri	6	2,1	22	15,8	28	6,7	
Emzirme öyküsü							
Çocuğunu emzirmiş	278	97,5	130	93,5	408	96,2	**0,042**
Çocuğunu emzirmemiş	7	2,5	9	6,5	16	3,8	

*Ki kare.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.
DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.

Menzilahır Mahallesi'nde ikamet eden kadınların yarısı ilk doğumlarını 18 yaşından önce gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Fatih Mahallesi'ndeki kadınların ise tamamına yakını ilk doğum yaptıkları yaş aralığının 19-34 arasında olduğunu belirtmiştir.

Fatih Mahallesi'nde 115 katılımcının 1 (% 40,4), 139 katılımcının 2 (% 48,7), 25 katılımcının 3 (% 8,8), 4 katılımcının 4 (% 1,4), 2 katılımcının 6 (% 0,7) çocuğu vardır. Menzilahır Mahallesi'nde ise 20 katılımcının 1 (% 14,4), 57 katılımcının 2 (% 41), 40 katılımcının 3 (% 28,8), 15 katılımcının 4 (% 10,8), 2 katılımcının 5 (% 1,4), 3 katılımcının 6 (% 2,2) ve 2 katılımcının 7 (% 1,4) çocuk sahibi olduğu gözlenmiştir. 4 ve daha fazla sayıda çocuk sahip olan kadınların sayısı Fatih Mahallesi'nde (% 2,1) Menzilahır'den daha azdır (% 15,8).

Fatih Mahallesi'nde çocuk sahibi olan 285 kadından 278'i (% 97,5), Menzilahır Mahallesi'nde ise 139 kadından 130'u (% 93,5) en az bir çocuğunu emzirdiğini belirtmiş, bu fark iki mahalle arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,042) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan kadınların yaşadıkları bölgelere göre ilk evlenme yaşı, çocuk sayısı, ilk doğum yaşı, ortalama emzirme süresi gibi gebelik ve doğumla ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4'te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4. Bölgelere göre kadınların gebelik ve doğum öyküsüyle ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Fatih	Menzilahır	Toplam	p*
	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	
İlk evlenme yaşı (n=462)	23,1 ± 3,9 (14-23-38)	17,6 ± 2,9 (13-17-30)	21,3 ± 4,4 (13-21-38)	**0,001**
İlk doğum yaşı (n=424)	24,6 ± 4,3 (14-25-40)	19,2 ± 3,5 (13-18-33)	22,8 ± 4,8 (13-22-40)	**0,001**
Çocuk sayısı (n=424)	1,7 ± 0,8 (1-2-6)	2,6 ± 1,2 (1-2-7)	2,0 ± 1,0 (1-2-7)	**0,001**
Emzirme süresi (ay) (n=408)	12,3 ± 8,4 (0-11-48)	15,1 ± 9,4 (0-12-48)	13,2 ± 8,8 (0-12-48)	**0,003**

SS: Standart sapma.
* Student t testi.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4'e göre; Fatih Mahallesi'nde yaşayan kadınların ilk evliliklerini gerçekleştirdikleri ve ilk doğum yaptıkları yaşlarının ortalamasının Menzilahır Mahallesi'ndeki kadınlardan büyük olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Menzilahır Mahallesi'nde ise ortalama çocuk sayısının ve bu bölgede oturan kadınların çocuklarını ortalama emzirme sürelerinin Fatih Mahallesi'nden fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kadının sağlığını ve statüsünü etkileyecek bir başka parametre olan çalışma hayatına katılım ve son 6 ay içinde gelir getirici bir işte çalışma durumuna ait bilgiler Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların bölgelere göre son 6 ay içinde yaptığı gelir getirici işteki konumlarının dağılımı

Çalışma hayatı	Fatih (n=391)		Menzilahır (n=156)		Toplam (n=547)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ücretli/maaşlı işçi	92	23,5	5	3,2	97	17,7	**0,001**
Ücretli/maaşlı memur	100	25,6	0	0	100	18,3	
Kendi işinde çalışıyor-işçi çalıştırmıyor	8	2,0	5	3,2	13	2,4	
Kendi işinde çalışıyor-yanında ücretli işçi çalıştırıyor	12	3,1	0	0	12	2,2	
İş buldukça çalışıyor	2	0,5	44	28,2	47	8,6	
Emekli	27	6,9	0	0	27	4,9	
Ev hanımı	107	27,4	97	62,2	204	37,3	
İşsiz	15	3,8	4	2,6	18	3,3	
Diğer	28	7,2	1	0,6	29	5,3	

*Ki kare.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Araştırmamıza katkıda bulunan kadınların son 6 ay içinde yaptıkları gelir getirici işlerin dağılımına bakıldığında; Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların dörtte birinin ücretli/aylıklı olarak çalışan memur olduğu, yanında ücretli işçi istihdam edip kendi işinin sahibi olanların oranın % 3,1 olduğu görülmüştür. Menzilahır Mahallesi'nde ise ücretli/aylıklı çalışan memur olduğunu veya kendi işinin sahibi olup aynı zamanda yanında işçi çalıştırarak çalışma hayatında yer aldığını ifade eden katılımcı olmamıştır. Çoğunlukla kağıt veya hurda toplayarak, iş buldukça merdiven silerek ve temizliğe giderek sosyal güvencesi olmadan günübirlik çalışanların oranı Menzilahır'de % 28,2'dir. Herhangi bir gelir getirici işte daha önce çalışmayıp kendini 'ev hanımı' olarak ifade edenlerin oranı Fatih Mahallesi'nde % 27,4 iken, Menzilahır Mahallesi'nde katılımcıların yarısından fazladır. Son 6 ay içinde gelir getirici bir işte çalışma durumları değerlendirildiğinde iki bölge arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 5).

Evli kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ve çalışma hayatına katılımına ait bilgilere Tablo 6'da yer verilmiştir.

Tablo 6. Evli kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ve son 6 ay içinde yaptığı gelir getirici işteki konumlarının değerlendirilmesi

Değişkenler		Fatih (n=278)		Menzilahır (n=108)		Toplam (n=386)		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eşlerin eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	2	0,7	20	18,5	22	5,7	0,001
	Okur-yazar	0	0	10	9,3	10	2,6	
	İlkokul mezunu	35	12,6	64	59,3	99	25,6	
	Ortaokul mezunu	20	7,2	8	7,4	28	7,3	
	Lise mezunu	82	29,5	6	5,5	88	22,8	
	Üniversite mezunu	139	50,0	0	0	139	36,0	
Eşlerin işteki konumu	Ücretli/maaşlı işçi	79	28,4	42	38,9	121	31,4	0,001
	Ücretli/maaşlı memur	89	32,0	2	1,8	91	23,6	
	Kendi işinde çalışıyor-işçi çalıştırmıyor	23	8,3	6	5,6	29	7,5	
	Kendi işinde-yanında ücretli işçi çalıştırıyor	23	8,3	1	0,9	24	6,2	
	İş buldukça çalışıyor	2	0,7	36	33,3	38	9,8	
	Emekli	60	21,6	11	10,2	71	18,4	
	İşsiz	2	0,7	6	5,6	8	2,1	
	Diğer	0	0	4	3,7	4	1,0	

*Ki kare, p<0,05.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre; Menzilahır Mahallesi'nde oturan kadınların eşlerinin yaklaşık beşte birinin okuma yazma bilmediği, üniversite eğitimi alan kimsenin olmadığı ortaya çıkmıştır. Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların ise eşlerinin yarısı üniversite mezunudur. Menzilahır'de ikamet eden kadınların eşlerinin yarısından fazlası ilkokul mezunuyken, bu oran Fatih'te % 12,6'dır. Eğitim hayatına ait bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001).

Evli kadınların eşlerinin son 6 ay içinde yaptıkları gelir getirici işler incelendiğinde ise; Fatih Mahallesi'nde yaşayanların % 28,4'ünün işçi, % 32'sinin memur statüsünde olduğu, işsizlerin oranının ise % 0,7 olduğu görülmüştür. Menzilahır Mahallesi'nde ise işçi olarak çalışanların oranı % 38,9 iken yalnızca 2 kişinin (%1,8) memur statüsünde olduğu, % 5,6'sının

ise işsiz olduğu görülmüştür. Düzenli gelir getirici bir işe sahip olmayan, iş buldukça çalışan veya marjinal işler yapanların oranı Fatih'te % 0,7 iken, Menzilahır'de % 33,3'tür (p=0,001) (Tablo 6).

Hanehalkı tipleri Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre "tek kişilik hanehalkı, çekirdek aileden oluşan hanehalkı (yalnızca eşlerden veya eşler ve çocuklarından veya yalnız ebeveyn ve en az bir çocuktan oluşan), geniş aileden oluşan hanehalkı ve aynı evi aile bağı bulunmayan kişilerin paylaştığı çekirdek aile bulunmayan hanehalkı" şeklinde sınıflandırılmaktadır. Hanehalkı tipine ve gelir durumunun değerlendirilmesine göre katılımcıların dağılımına ait bilgiler Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Bölgelere göre hanehalkı tiplerinin ve gelir durumunun dağılımı

Değişkenler	**Fatih (n=391)**		**Menzilahır (n=156)**		**Toplam (n=547)**		**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Hanehalkı tipleri							
Tek kişilik hanehalkı	23	5,9	15	9,6	38	6,9	
Çekirdek aileden oluşan hanehalkı	322	82,3	102	65,4	424	77,5	
Geniş aileden oluşan hanehalkı	37	9,5	39	25,0	76	13,9	**0,001**
Çekirdek aile bulunmayan hanehalkı	9	2,3	0	0	9	1,7	
Gelir durumu							
Gelir giderden az	111	28,4	128	82,1	239	43,7	
Gelir gidere denk	228	58,3	28	17,9	256	46,8	**0,001**
Gelir giderden fazla	52	13,3	0	0	52	9,5	

*Ki kare.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 7'de görüleceği gibi Fatih Mahallesi'nde yaşayanların % 82,3'ü çekirdek, % 9,5'i geniş aileden, % 2,3'ü ise çekirdek aile bulunmayan hanehalkından (örn. öğrenci evleri) oluşmaktadır. Menzilahır Mahallesi'ndekilerin ise % 65,4'ü çekirdek, % 25'i geniş ailelerden oluşmaktadır. TÜİK'in sınıflamasına göre iki bölge arasında hanehalkı tipleri açısından farklılık vardır (p=0,001).

"Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz? Geliriniz giderinizden az mıdır, fazla mıdır, denk midir?" sorusuna Fatih Mahallesi'nde oturanların yarısından fazlası "gelirinin giderine denk" olduğu cevabını vermiştir. Menzilahır Mahallesi'nde "gelirim giderimden fazla, birikim yapabiliyorum" diyen kimse olmamıştır. Geliri giderinden az olanların oranı Menzilahır'de (% 82,1), Fatih'ten fazladır (% 28,4) (p=0,001).

Katılımcıların yaşadıkları bölgelere göre ortalama hanehalkı büyüklüğü, gelir, kişi başına düşen aylık gelirle ilgili verilere Tablo 8'de yer verilmiştir.

Tablo 8. Kadınların yaşadıkları bölgeye göre ortalama hanehalkı büyüklüğü ve aylık gelirlerinin dağılımı

Değişkenler	Fatih	Menzilahır	Toplam	p
	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	
Ortalama hanehalkı büyüklüğü (n=547)	3,2 ±1,2 (1-3-8)	3,9 ± 2,0 (1-4-11)	3,4 ±1,5 (1-3-11)	**0,001**
Ortalama aylık gelir (n=538)	4380,4 ± 2524,2 (1000-4000-20000)	1111,4 ± 604,3 (0-1000-3000)	3432,5 ± 2613,5 (0-3000-20000)	**0,001**
Kişi başına düşen ortalama aylık gelir	1556,3 ± 1253,9 (250-1250-14000)	355,9 ± 243,9 (0-300-1300)	1208,3 ± 1195,8 (0-1000-14000)	**0,001**

SS: Standart sapma.
* Student t testi.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 8'e göre; Fatih Mahallesi'nde yaşayanların ortalama hanehalkı sayısı Menzilahır Mahallesi'nden azdır (p=0,001).

Katılımcılara haneye giren aylık ortalama gelirleri sorulmuş, hanehalkı tipi sınıflamasında "çekirdek aile bulunmayan hanehalkı" kategorisinde yer alan bireylerin verilerinin haneye ait bir sonuç ortaya koymayacağı düşünüldüğünden, öğrenci evlerinde kalan 9 kişi dışarıda bırakılmıştır. Yapılan değerlendirmede; Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların ortalama aylık gelirinin (4380 TL), Menzilahır'den fazla olduğu görülmüştür (1111 TL) (p=0,001). Bazı aylar gelir getirici bir iş bulamadıklarını ifade eden Menzilahır Mahallesi'nde kişi başına düşen ortalama aylık gelir de Fatih Mahallesi'nden azdır (p=0,001) (Tablo 8).

Araştırmamıza katılan her iki bölgedeki kadınlara sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları, düzenli fiziksel aktivite (egzersiz) yapma sıklıkları, en son boy ve kiloları sorulmuş; elde edilen sonuçların yaşadıkları bölgeye göre dağılımına Tablo 9'da ayrıntılı şekilde yer verilmiştir. Sorgulanan boy ve kilo verileri vücut kitle indeksini hesaplamak için kullanılmıştır. Ağırlığın, boyun karesine bölünmesi ile elde edilen vücut kitle indeksi (kg/m^2) DSÖ'ye göre; zayıf (<18,5 kg/m^2), normal (18,5-24,9 kg/m^2), hafif şişman/kilolu (25,0-29,9 kg/m^2), şişman (obez) (30-39,9 kg/m^2) ve morbid obez (≥40,0 kg/m^2) olarak sınıflandırılmaktadır (46). Menzilahır Mahallesi'nde yaşayan kadınların yarısından fazlasının

boyunu, % 13'ünün ise kilosunu bilmediği ortaya çıkmıştır. Elde edilebilen verilerle yapılan değerlendirme Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların bazı alışkanlıklarının yaşadığı yere göre dağılımı

Değişkenler	Fatih		Menzilahır		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Düzenli fiziksel aktivite sıklığı							
Haftada 0-2 gün	92	23,5	20	12,8	112	20,5	
Haftada 3-4 gün	60	15,4	16	10,3	76	13,8	**0,001**
Haftada 5 günden fazla	51	13,0	10	6,4	61	11,2	
Fiziksel aktivite yok	188	48,1	110	70,5	298	54,5	
Sigara içme alışkanlığı							
Hiç içmedim	209	53,5	69	44,2	278	50,8	
İçiyordum bıraktım	51	13,0	20	12,8	71	13,0	0,099
Halen içiyorum	131	33,5	67	43,0	198	36,2	
Alkol kullanma alışkanlığı							
Hiç içmedim	267	68,3	137	87,8	404	73,9	
İçiyordum bıraktım	23	5,9	5	3,2	28	5,1	**0,001**
Halen içiyorum	101	25,8	14	9,0	115	21,0	
VKİ (kg/m^2)							
Zayıf (<18,5)	17	4,4	4	5,4	21	4,6	
Normal (18,5 – 24,9)	209	54,2	23	31,1	232	50,4	
Kilolu (25,0 – 29,9)	102	26,4	23	31,1	125	27,2	**0,001**
Obez (≥ 30,0)	58	15,0	24	32,4	82	17,8	
Toplam	386	100	74	100	460	100	

VKİ: Vücut Kitle İndeksi; **kg:** Kilogram; **m^2:** Metrekare.
*Ki kare.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Katılımcılardan günlük aktivitelerinin dışında düzenli fiziksel aktivite (egzersiz) alışkanlıklarını değerlendirmelerini istediğimizde; haftada en az 1-2 gün 30 dakika düzenli egzersiz yapanların oranı Fatih Mahallesi'nde % 23,5 iken, Menzilahır'de % 12,8'dir. Menzilahır'de düzenli egzersiz yapmayan kadınların oranı (% 70,5), Fatih Mahallesi'ndeki katılımcılardan (% 48,1) anlamlı düzeyde fazladır (p=0,001).

Araştırmamıza katılan kadınlar sigara içme alışkanlığı açısından değerlendirildiğinde iki bölge arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (p=0,099). Sigara içenlerin oranı Fatih Mahallesi'nde % 33,5 iken, Menzilahır Mahallesi'nde % 43,0'tür. Fatih Mahallesi'nde ikamet eden aktif sigara içicisi 131 kişi, ortalama 14,2 ± 9,3 (min:0,20-med:12-maks:41) yıldır, günde 10,8 ± 6,7 (min:1-med:10-maks:30) adet sigara içtiklerini ifade etmiştir.

Menzilahır Mahallesi'nde ise ortalama 19,0 ± 11,1 yıldır (min:2-med:18-maks:45), günde 16,2 ± 10,7 (min:2-med:20-maks:40) adet sigara içtiğini belirten 67 kadın vardır.

Hayatı boyunca hiç alkol kullanmadığını ifade eden katılımcıların oranı, Fatih Mahallesi'nde % 68,3 iken, Menzilahır'de % 87,8'dir. Fatih Mahallesi'ndeki kadınların dörtte biri, Menzilahır Mahallesi'ndekilerin ise yaklaşık onda biri belirli aralıklarla alkol aldıklarını etmişlerdir.

Fatih Mahallesi'ndeki kadınların yarısının normal, dörtte birinin pre-obez sınıfında olduğu görülmüştür. Menzilahır Mahallesi'nde ise katılımcıların yaklaşık üçte biri pre-obez, yine üçte biri obezdir. İki bölge vücut kitle indeksi sınıflaması açısından değerlendirildiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir (p=0,001) (Tablo 9).

Çalışmaya katılan kadınların sağlık güvencesine sahip olma, aile hekimliği sistemine kayıtlı olma ve sağlık hizmetlerinden birincil olarak yararlandıkları kurumlar bakımından değerlendirilmesi Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların bölgelere göre sağlık güvenceleri, sağlık hizmeti aldıkları kurum ve aile hekimine kayıt durumunun değerlendirilmesi

Değişkenler	**Fatih (n=391)**		**Menzilahır (n=156)**		**Toplam (n=547)**		**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Sağlık güvencesi							
Var	382	97,7	150	96,2	532	97,3	0,234
Yok	9	2,3	6	3,8	15	2,7	
Sağlık hizmeti için ilk başvuru							
Aile sağlığı merkezi	76	19,4	39	25,0	115	21,0	
Devlet hastanesi	192	49,1	109	69,9	301	55,0	**0,001**
Özel hastane ve muayenehane	71	18,2	1	0,6	72	13,2	
Tıp fakültesi	52	13,3	7	4,5	59	10,8	
Aile hekimi							
Var	371	94,9	146	93,6	517	94,5	0,548
Yok	20	5,1	10	6,4	30	5,5	

*Ki kare.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Fatih Mahallesi'nde yaşayan 9 (% 2,3) kişi herhangi bir sağlık güvencesi olmadığını, 20'si (% 5,1) aile hekimlerini tanımadıklarını ve sisteme kayıtlı olmadıklarını ifade etmiştir. Menzilahır Mahallesi'nde bu oranlar sırasıyla % 3,8 ve % 6,4'tür. İki bölge arasında sağlık güvencesine sahip olma veya aile hekimine kayıt yaptırma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 10). Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların

% 2,8'i özel sigortalı olduğunu söylerken, Menzilahır Mahallesi'nde yaşayanların yarısı yeşil kart kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlandığını ifade etmiştir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı duyulduğunda Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların yaklaşık yarısının ilk başvurduğu kurum devlet hastanesi, yaklaşık beşte birinin aile sağlığı merkezi ve yine beşte biri özel hastane veya muayenehanelerdir. Menzilahır Mahallesi'nde bu oranlar sırasıyla % 69,9 ve % 25 ve % 0,6'dır. İki bölge arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001) (Tablo 10).

Tablo 11. Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküleri

Değişkenler	**Fatih (n=391)**		**Menzilahır (n=156)**		**Toplam (n=547)**		**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Kronik hastalık öyküsü							
Var	113	28,9	81	51,9	194	35,5	**0,001**
Yok	278	71,1	75	48,1	353	64,5	
Düzenli ilaç kullanım öyküsü							
Var	115	29,4	76	48,7	191	34,9	**0,001**
Yok	276	70,6	80	51,3	356	65,1	

*Ki kare, p<0,05.
***Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 11'e göre; bir hekim tarafından tanısı konmuş, uzun zamandır devam eden ve düzenli kontrol gerektiren kronik bir hastalığı olanlar ve bu hastalık nedeniyle hekim kontrolünde düzenli ilaç kullanım öyküsü olanlar Menzilahır'de Fatih Mahallesi'nden anlamlı düzeyde daha fazladır (sırasıyla p=0,001, p=0,001).

Tablo 12. Bölgelere göre en sık görülen hastalıklar

Fatih (n=113)			**Menzilahır (n=81)**			**Toplam (n=194)**		
Hastalıklar	**Sayı**	**%**	**Hastalıklar**	**Sayı**	**%**	**Hastalıklar**	**Sayı**	**%**
1.Hipertansiyon	54	47,8	1.Hipertansiyon	47	58,0	1.Hipertansiyon	101	52,1
2.Diyabet	24	21,2	2.Diyabet	26	32,1	2.Diyabet	50	25,8
3.Tiroid pat.	23	20,4	3.Tiroid pat.	10	12,4	3.Tiroid pat.	33	17,0
4.Astım	7	6,2	4.Astım	9	11,1	4.Astım	16	8,2
5.Hiperlipidemi	5	4,4	5.Hiperlipidemi	8	9,9	5.Hiperlipidemi	13	6,7

***pat:** Patolojisi.
**Bazı katılımcılar birden fazla hastalık nedeniyle takip altında olduğunu ifade ettiğinden yüzde sütunlarının toplamı %100 değildir.

Tablo 12'ye göre; her iki mahallede de en sık görülen hastalıklarda ilk sırayı hipertansiyon almış, sonrasında diyabet, hipo/hipertroidi gibi tiroid patolojileri, astım ve hiperlipidemi gelmiştir.

"Son iki hafta içerisindeki bedensel/ruhsal sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?" sorularına verilen yanıtlardan "mükemmel", "çok iyi", "iyi" cevapları gruplandırılarak bedensel/ruhsal sağlık algısı "iyi", "fena değil" ve "kötü" cevapları ise "iyiden kötü" olarak kategorize edilmiş; elde edilen sonuçların bölgelere göre dağılımı Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Bölgelere göre bedensel ve ruhsal sağlık algısının değerlendirilmesi

Değişkenler	**Fatih (n=391)**		**Menzilahır (n=156)**		**Toplam (n=547)**		**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Bedensel sağlık algısı							
Mükemmel	14	3,6	1	0,6	15	2,7	
Çok iyi	56	14,3	12	7,7	68	12,4	**0,001**
İyi	172	44,0	61	39,1	233	42,6	
Fena değil	129	33,0	41	26,3	170	31,1	
Kötü	20	5,1	41	26,3	61	11,2	
Ruhsal sağlık algısı							
Mükemmel	14	3,6	3	1,9	17	3,1	
Çok iyi	61	15,6	14	9,0	75	13,7	
İyi	182	46,5	60	38,5	242	44,2	**0,001**
Fena değil	102	26,1	38	24,3	140	25,6	
Kötü	32	8,2	41	26,3	73	13,4	
Gruplandırılmış bedensel sağlık algısı							
İyi	242	61,9	74	47,4	316	57,8	**0,002**
İyiden kötü	149	38,1	82	52,6	231	42,2	
Gruplandırılmış ruhsal sağlık algısı							
İyi	257	65,7	77	49,4	334	61,1	**0,001**
İyiden kötü	134	34,3	79	50,6	213	38,9	

*Ki kare, p<0,05.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Bedensel sağlık algısı sorusuna verdikleri yanıt iyiden kötü olarak kategorize edilenler Menzilahır'de (% 52,6) Fatih Mahallesi'nden (% 38,1) anlamlı düzeyde fazladır (p=0,002).

Ruhsal sağlık algısı sorusuna da verilen yanıtları "iyiden kötü" şeklinde değerlendirilenler Menzilahır'deki katılımcıların yarısıyken, Fatih'teki kadınların üçte biridir ve iki bölge arasında istatistiksel açıdan fark vardır (p=0,001).

Katılımcıların yaşamlarının herhangi bir döneminde kanser erken taramasına yönelik daha önce tetkik yaptırıp yaptırmadıkları, hangi tarama yöntemine başvurdukları, bu tarama yöntemine başvurma/başvurmama nedenleri sorgulanmış, elde edilen sonuçlar Tablo 14 ve 15'te ayrıntılı biçimde sunulmuştur.

Tablo 14. Katılımcıların tarama programlarından yararlanma durumu ve nedenlerinin dağılımı

Değişkenler	Fatih		Menzilahır		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kanser tanısına yönelik tetkik							
Yaptırdım	187	47,8	52	33,3	239	43,7	**0,002**
Yaptırmadım	204	52,2	104	66,7	308	56,3	
Tarama yöntemlerinin kullanımı							
Sadece bir yöntem kullananlar	94	58,0	25	61,0	119	58,6	
İki yöntem kullananlar	43	26,5	16	39,0	59	29,1	**DY**
Üç yöntem kullananlar	13	8,0	0	0	13	6,4	
Dört yöntem kullananlar	12	7,5	0	0	12	5,9	
Tetkik yaptırma nedeni							
Doktor önerisi	104	55,5	41	78,8	145	60,7	
Kansere yakalanma endişesi	36	19,3	3	5,8	39	16,3	
TV/Medyadan alınan bilgi	17	9,1	1	1,9	18	7,5	**DY**
Arkadaş/Komşu önerisi	17	9,1	4	7,7	21	8,8	
Diğer	13	7,0	3	5,8	16	6,7	
Erken tanı için tetkiki kim önerdi							
Uzman hekim önerdi	82	78,8	35	85,4	117	80,7	0,370
Aile hekimim önerdi	22	21,2	6	14,6	28	19,3	
Tetkik yaptırmama nedeni							
Gerek duymama	121	59,3	42	40,4	163	52,9	
Tarama bilgisi olmaması	29	14,2	29	27,9	58	18,8	
Sonuçtan korkma	21	10,3	12	11,5	33	10,7	
İhmal etme	10	4,9	1	1,0	11	3,6	
Vaktinin olmaması	10	4,9	4	3,8	14	4,6	**DY**
Başvuru yerini bilmiyor	7	3,4	4	3,8	11	3,6	
Pahalı oluşu	2	1,0	0	0	2	0,6	
Genç yaş	2	1,0	10	9,6	12	4,0	
Ücretli oluşu	1	0,5	1	1,0	2	0,6	
Ulaşım güçlüğü	1	0,5	1	1,0	2	0,6	

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.
*Ki kare.

Tablo 14'e göre, kanser erken tanı veya taramasına yönelik yaşamları boyunca herhangi bir tetkik yaptıranlar Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların yaklaşık yarısıyken, Menzilahır Mahallesi'ndeki katılımcıların üçte biri kadardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır

(p=0,002). Her iki bölgede de ulusal kanser kontrol programı çerçevesinde yer alan tarama yöntemlerinden birini kullananların yarısı mamografi, pap smear, dışkıda gizli kan ve kolonoskopi taramalarından sadece birini yaptırmıştır. Menzilahır Mahallesi'nde tüm tarama programlarına başvuran katılımcı yoktur.

Katılımcılara kanser erken tanısı amacıyla sağlık kuruluşlarına başvuru nedenleri sorulduğunda; Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların yarısından fazlası, Menzilahır Mahallesi'ndekilerin ise % 78,8'i "doktor/sağlık çalışanlarının önerisiyle" ifadesini kullanmıştır. Doktor/sağlık çalışanlarının önerisiyle tetkik yaptıranların çoğunun ele gelen kitle, ağrı gibi yakınmaları veya çeşitli sağlık sorunları nedeniyle uzman hekime başvuru sonrası kanser erken tanı ve taramasına yönelik tetkik yaptırdığı anlaşılmıştır. Kansere yakalanma riski olduğu düşüncesiyle tetkik yaptıranların oranı Fatih Mahallesi'nde % 19,3 iken, Menzilahır'de % 5,8'dir. Soruya "yaşlandığım için, kendi isteğimle, rutin sağlık taramalarım sırasında" gibi cevaplar verenler ise toplamda 16 kişidir ve "diğer" kategorisinde değerlendirmeye alınmıştır.

Hayatının herhangi bir döneminde kanser tanı veya taraması amacıyla tetkik yaptırmayanlara bunun nedeni sorulduğunda; katılımcıların yarısı "sağlıklı olduğunu, bu yüzden gerek duymadığını" ifade etmiş, Fatih Mahalle'sindeki kadınların % 14,2'si, Menzilahır'dekilerin ise % 27,9'u "tarama yaptırması gerektiğini bilmediğinden" herhangi bir kuruma başvuruda bulunmadığını belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Bölgelere göre başvurulan erken tanı ve tarama yöntemlerinin dağılımı

Başvurulan tanı/tarama yöntemleri	**Fatih (n=187)**		**Menzilahır (n=52)**		**Toplam (n=239)**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
1. Pap-smear	122	65,2	25	48,1	147	61,5
2. Meme ultrasonografi	94	50,3	27	51,9	121	50,6
3. Mamografi	92	49,2	30	57,7	122	51,0
4. KKMM	55	29,4	6	11,5	61	25,5
5. Klinik muayene	39	20,9	9	17,3	48	20,1
6. Dışkıda gizli kan	30	16,0	2	3,8	32	13,4
7. Kolonoskopi-rektoskopi	22	11,8	0	0	22	9,2

*Satır yüzdesi kanser erken tanısına yönelik tetkik yaptırdığını ifade eden katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır
**Bazı katılımcılar birden fazla tanı yöntemine başvurduğunu ifade etmiştir, bu nedenle yüzde sütunlarının toplamı %100 değildir.
***__KKMM:__ Kendi kendine meme muayenesi.

Tablo 15'e göre katılımcıların en çok başvurdukları ilk 3 tarama yöntemi sırasıyla serviks kanserine yönelik pap-smear testi, meme kanserine yönelik mamografi ve meme

utrasonografisidir. Hayatının herhangi bir döneminde kanser tanı veya taraması amacıyla tetkik yaptıran Fatih Mahallesi'ndeki 122 kişi (% 65,2) en az bir kez pap-smear testi, 94 kişi (% 50,3) meme utrasonografisi, 92 kişi (% 49,2) mamaografi ve 30 kişi (% 16,0) dışkıda gizli kan testi yaptırmıştır. Menzilahır'de ise pap-smear testi yaptıran kadın sayısı 25 (% 48,1), mamografi yaptıran kadın sayısı 30 (% 57,7), meme utrasonografi yaptıran kasın sayısı 27 (% 51,9) iken, yalnızca 2 kadın katılımcı (% 3,8) dışkıda gizli kan testi yaptırdığını ifade etmiştir.

Katılımcıların akraba veya yakınlarında (eş, anne, baba, kardeş, hala, teyze, amca, dayı, kuzen gibi) kanser tanısı alan ve tedavi görenlerin varlığı, yakınlık derecesi, bu sürece yakından tanık olup hasta kişiye bakım verme deneyimlerine ait bilgiler Tablo 16 ve 17'de verilmiştir.

Tablo 16. Ailede kanser tanılı birey varlığı ve katılımcıların sürece dahil olma durumu

Değişkenler	Fatih		Menzilahır		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ailede/yakınlarda kanser tanısı							
Var	205	52,4	72	46,2	277	50,6	0,185
Yok	186	47,6	84	53,8	270	49,4	
Ailede kanser tanılı kaç hasta var?							
Sadece bir yakınım hasta	166	81,0	58	80,6	224	80,9	0,983
Birden fazla yakınım hasta	39	19,0	14	19,4	53	19,1	
Kanserli hastanın yakınlık derecesi							
1. Derecede akraba	76	37,1	31	43,1	107	38,6	0,370
2 ve 3. Derece akraba, eş, yakın	129	62,9	41	56,9	170	61,4	
Kanserli hastaya bakım verme							
Evet	125	32,0	35	22,4	160	29,3	**0,027**
Hayır	266	68,0	121	77,6	387	70,7	

*Ki kare.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların % 52,4'ü, Menzilahır Mahallesi'ndekilerin ise % 46,2'si kanser tanısı alan akraba veya yakınları olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların % 80'i yalnızca bir akraba/yakınının kanser tanısı aldığını, tanı alanların yarısından fazlasının ikinci veya üçüncü derece akraba, eş veya yakını (yenge, kayınvalide, enişte gibi) olduğunu ifade etmiştir (Tablo 16).

Kanser hastası yakınına bakım veren ve hastalık sürecinin yakın şahidi olanların oranı Fatih Mahallesi'nde (% 32,0), Menzilahır'den (% 22.4) daha fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,027).

Akraba, eş ve yakınları arasında kanser tanısı alan kişiler olduğunu ifade eden katılımcılara tanısı konulan kanser türü sorulmuş, yanıtlara göre en sık görülen ilk beş kanser türü Tablo 17'de sıralanmıştır.

Tablo 17. Kanserli akraba/yakınlarda organ ve sistemlere göre en sık görülen ilk 5 kanser türü

Kanser türleri	Sistemlere göre kanserler
1. Akciğer kanseri	1. Solunum sistemi kanserleri
2. Kolon kanseri	2. Sindirim sistemi kanserleri
3. Meme kanseri	3. Meme kanseri
4. Mide kanseri	4. Kadın genital sistemi kanserleri
5. Prostat kanseri	5. Lenf ve hematolojik doku kanserleri

Katılımcılardan en az bir tane kanserli akraba/yakını olduğunu ifade edenlere, tanısı konulan kanser türü sorulmuş; ilk sırayı akciğer kanserinin aldığı, bunu kolon ve meme kanserinin izlediği görülmüştür (Tablo 17).

Katılımcılara 5 yıl içerisinde ve yaşamları süresince kansere yakalanma riskleri ve bu düşüncelerinin nedeni sorulmuş, elde edilen sonuçlara Tablo 18'de yer verilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların kanser risk algısı ve nedenlerini dağılımı

Değişkenler	Fatih (n=391)		Menzilahır (n=156)		Toplam (n=547)		p*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
5 yıl içerisinde kanser olma riski							
Çoğu insanla aynı	135	34,5	47	30,1	182	33,3	
Çoğun insandan yüksek	51	13,1	35	22,4	86	15,7	**0,019**
Çoğu insandan düşük	52	13,3	12	7,7	64	11,7	
Fikrim yok	153	39,1	62	39,8	215	39,3	
Tüm yaşam boyunca kanser riski							
Çoğu insanla aynı	151	38,6	47	30,1	198	36,2	
Çoğu insandan yüksek	58	14,8	36	23,1	94	17,2	**0,037**
Çoğu insandan düşük	44	11,3	12	7,7	56	10,2	
Fikrim yok	138	35,3	61	39,1	199	36,4	

*Ki kare, $p<0,05$.
**Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Katılımcılara önümüzdeki 5 yıl içerisinde kansere yakalanma risklerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda; Fatih ve Menzilahır Mahallesi'ndeki kadınların üçte biri "çoğu insanla aynı" % 39'u ise bu konuda hiçbir fikirlerinin olmadığını, bunu düşünmemeyi tercih ettiklerini belirtmiştir. Menzilahır'de kadınların beşte biri riskinin "çoğu insandan

yüksek" olduğunu düşünmekteyken, Fatih'teki kadınların % 13'ü "daha düşük" ifadesini kullanmıştır. İki bölge arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,019) (Tablo 18).

Tüm yaşamları boyunca kanser olma riskleri sorulduğunda; Fatih Mahallesi'nde yaşayan katılımcıların % 38,6'sı çoğu insanla aynı riske sahip olduklarını düşünürken, Menzilahır'de bu oran % 30,1'dir. Kansere yakalanma risklerinin çoğu insandan daha yüksek olduğunu ifade edenlerin oranı Fatih Mahallesi'nde % 15, Menzilahır'de ise % 23 dolayındadır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,037) (Tablo 18).

Bölgelere göre kanser hastalığı ve risk faktörleri, erken tanı ve tedavi hizmetleri, bu hizmeti alabilecekleri yerler gibi özelliklerinin değerlendirilmesine Tablo 19'de yer verilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların kanserle ilgili bilgilendirilme durumunun değerlendirilmesi

Değişkenler	**Fatih**		**Menzilahır**		**Toplam**		**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
KETEM'e yönlendirildiniz mi?							
Evet	85	21,7	43	27,6	128	23,4	0,146
Hayır	306	78,3	113	72,4	419	76,6	
KETEM'e sizi kim yönlendirdi?							
Doktor	41	48,2	16	37,2	57	44,5	
Arkadaş/Akraba	19	22,4	12	27,9	31	24,2	0,694
Diğer (kurslar, eğitimler vb.)	16	18,8	10	23,3	26	20,3	
Medya (internet, dergi, gazete)	9	10,6	5	11,6	14	11,0	
Kanser erken tanı/taramalarla ilgili bilgilendirilme yapıldı mı?							
Evet	236	60,4	59	37,8	295	53,9	**0,001**
Hayır	155	39,6	97	62,2	252	46,1	
Kanser erken tanı/taramalara yönelik bilginin edinildiği yer							
Sağlık personeli	140	59,3	36	61,0	176	59,6	
Medya (internet, dergi, gazete)	77	32,7	18	30,5	95	32,2	**DY**
Arkadaş/Komşu	9	3,8	3	5,1	12	4,1	
Diğer	10	4,2	2	3,4	12	4,1	
Kanser ve tanı olanaklarıyla ilgili bilgilendirilmek ister misiniz?							
Evet	330	84,4	123	78,8	453	82,8	0,120
Hayır	61	15,6	33	21,2	94	17,2	
Kanser ve tanı olanaklarıyla ilgili bilgiyi kimden almak istersiniz?							
Sağlık personeli	306	92,7	119	96,7	425	93,8	0,114
Medya araçları	24	7,3	4	3,3	28	6,2	

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.
*Ki kare.

Hem Menzilahır'de hem de Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların ¾'ü KETEM'e hiç yönlendirilmediğini belirtmiştir. Fatih'te 41 kişi (% 48,2), Menzilahır'de 16 kişi (% 37,2) KETEM'e bir sağlık çalışanı tarafından yönlendirildiğini ifade etmiş, bunların da sırasıyla % 30,6 ve % 18,6'sını aile hekimleri oluşturmuştur. Fatih Mahallesi'nde 16 (% 18,8), Menzilahır'de 10 kişi (% 23,3) işyeri eğitimleri, çeşitli kurslar aracılığı ile kurumdan haberdar olduğunu belirtmiş ve tabloda "diğer" kategorisinde değerlendirmeye alınmıştır.

Katılımcılara "Kanser erken tanı ve tarama yöntemleri ve hizmetleriyle ilgili hiç bilgilendirildiniz mi?" sorusuna Menzilahır'deki kadınların yarısından fazlası, Fatih'dekilerin % 39,6'sı "hayır" yanıtını vermiştir (p=0,001). Katılımcıların yarısından fazlası bu bilgilendirilmenin sağlık personeli tarafından yapıldığını ifade etmiş, ikinci sırayı televizyon programları, gazete, internet siteleri gibi medya araçları alırken, okul, kurs ve çeşitli derneklerde gerçekleştirilen eğitimler ise "diğer" kategorisinde değerlendirilmiş ve üçüncü sırada yer almıştır (% 4,1) (Tablo 19).

Katılımcıların çoğu kanser hastalığı, erken tanı ve tarama hizmetleriyle ilgili bilgilendirilmek istediğini ve bu bilgilendirmeyi de sağlık çalışanlarının yapmasını tercih edeceklerini ifade etmiştir. Bilgilendirmek istemeyen 94 katılımcının 54'ü bunun nedenini "gerek duymuyorum" (% 33,3), "korkarım" (% 18,5) ve "yeterince bilgi sahibiyim" (% 13) şeklinde açıklamıştır.

Katılımcıların kanser risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyleri hakkında fikir sahibi olmak amacıyla literatür bilgileri ışığında belirlenen yaşlanma, sigara ve alkol kullanımı, ailede kanser öyküsü, stres, fazla kilolu olmak/obezite, yetersiz fiziksel aktivite-hareketsiz sedanter bir yaşam sürmek, radyasyon, virüs, bakteriler ve onlarla ortaya çıkan enfeksyonlar (ör. HCV, HBV, HPV, Helicobakter pylori), hava kirliliği, içme suyunun kirli olması (örn. arsenikli su), kırmızı etten zengin, sebze ve lifli gıdalardan fakir beslenme şekli gibi bazı risk faktörleri ve bunların kanser riskini artırıp artırmadığına yönelik sorular sorulmuştur. Alınan yanıtlar Tablo 20'de sunulmuştur.

Sigara ve alkol kullanımının, yetersiz fiziksel aktivitenin, obezitenin, güneşin zararlı ışınlarının, ailede kanser öyküsünün, stresin, hava kirliliğinin, virüs ve bakterilerin neden olduğu enfeksiyonların, meyve, sebze ve tahıllı ve lifli gıdalardan fakir, kırmızı etten zengin beslenme şeklinin kanser riskini artırdığını ifade edenler Fatih Mahallesi'nde Menzilahır'de yaşayan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır (p<0,05). Yaşlanma, içme suyunun kirli olması ve yağlı beslenme açısından değerlendirme yapıldığında iki mahalle arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05). (Tablo 20).

Tablo 20. Kanser risk faktörleri hakkındaki görüşlerin bölgelere göre dağılımı

Değişkenler	Fatih (n=391)		Menzilahır (n=156)		Toplam (n=547)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşlanma (ileri yaş)							
Evet	181	46,3	68	43,6	249	45,6	
Hayır	121	30,9	40	25,6	161	29,4	0,129
Bilmiyorum	89	22,8	48	30,8	137	25,0	
Sigara kullanımı							
Evet	379	97,0	133	85,3	512	93,6	**0,001**
Hayır	6	1,5	14	9,0	20	3,7	
Bilmiyorum	6	1,5	9	5,7	15	2,7	
Alkol kullanımı							
Evet	349	89,3	125	80,1	474	86,7	**0,017**
Hayır	16	4,1	13	8,3	29	5,3	
Bilmiyorum	26	6,6	18	11,6	44	8,0	
Yetersiz fiziksel aktivite							
Evet	283	72,4	96	61,5	379	69,3	**0,025**
Hayır	33	8,4	23	14,7	56	10,2	
Bilmiyorum	75	19,2	37	23,8	112	20,5	
Fazla kilo (obezite)							
Evet	310	79,3	107	68,6	417	76,2	**0,030**
Hayır	26	6,6	16	10,2	42	7,7	
Bilmiyorum	55	14,1	33	21,2	88	16,1	
Güneş ışınları							
Evet	351	89,8	94	60,3	445	81,4	**0,001**
Hayır	8	2,0	24	15,3	32	5,8	
Bilmiyorum	32	8,2	38	24,4	70	12,8	
Ailede kanser öyküsü							
Evet	352	90,0	109	69,9	461	84,3	**0,001**
Hayır	15	3,8	15	9,6	30	5,5	
Bilmiyorum	24	6,2	32	20,5	56	10,2	
Stres							
Evet	361	92,3	120	76,9	481	87,9	**0,001**
Hayır	6	1,5	16	10,3	22	4,0	
Bilmiyorum	24	6,2	20	12,8	44	8,1	
Hava kirliliği							
Evet	327	83,6	112	71,8	439	80,3	**0,006**
Hayır	18	4,6	10	6,4	28	5,1	
Bilmiyorum	46	11,8	34	21,8	80	14,6	
İçme suyunun kirli olması							
Evet	305	78,0	115	73,7	420	76,8	0,506
Hayır	22	5,6	9	5,8	31	5,7	
Bilmiyorum	64	16,4	32	20,5	96	17,5	
Virüs ve bakteriler (enfeksiyon)							
Evet	270	69,1	112	71,8	382	69,8	**0,019**
Hayır	44	11,3	6	3,8	50	9,1	
Bilmiyorum	77	19,6	38	24,4	115	21,1	
Radyasyon							
Evet	373	95,4	117	75,0	490	89,6	**DY**
Hayır	2	0,5	3	1,9	5	0,9	
Bilmiyorum	16	4,1	36	23,1	52	9,5	

Tablo 20 Devam. Kanser risk faktörleri hakkındaki görüşlerin bölgelere göre dağılımı

Değişkenler	Fatih (n=391)		Menzilahır (n=156)		Toplam (n=547)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Meyve sebze ve liften fakir diyet							
Evet	227	58,1	68	43,6	295	53,9	**0,003**
Hayır	68	17,4	45	28,8	113	20,7	
Bilmiyorum	96	24,5	43	27,6	139	25,4	
Kırmızı etten zengin beslenme							
Evet	209	53,5	62	39,7	271	49,5	**0,013**
Hayır	70	17,9	33	21,2	103	18,8	
Bilmiyorum	112	28,6	61	39,1	173	31,7	
Yağlı beslenme							
Evet	275	70,4	95	60,9	370	67,6	0,086
Hayır	47	12,0	22	14,1	69	12,7	
Bilmiyorum	69	17,6	39	25,0	108	19,7	

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.

Katılımcılara uygulanan SYBDÖII'ye verilen yanıtlar doğrultusunda, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek ve toplam ölçek puanları hesaplanmış, sonuçlar Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanlarının dağılımı

Değişkenler	Fatih (n=391)	Menzilahır (n=156)	Toplam (n=547)	p
	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	Ortalama ± SS (Min.-Med.-Maks.)	
Sağlık sorumluluğu	22,7 ± 4,8 (9-22-36)	20,9 ± 4,2 (9-22-29)	22,2 ± 4,7 (9-22-36)	**0,001**
Fizik aktivite	15,9 ± 5,5 (8-15-32)	11,4 ± 3,9 (8-10-26)	14,6 ± 5,5 (8-14-32)	**0,001**
Beslenme	22,2±4,1 (11-22-34)	17,35±3,92 (10-17-29)	20,8±4,6 (10-21-34)	**0,001**
Kendini gerçekleştirme	27,3 ± 4,6 (14-27-36)	25,7 ± 5,3 (11-26-35)	26,8 ± 4,8 (11-27-36)	**0,001**
Kişiler arası ilişkiler	27,0 ± 4,3 (15-27-36)	26,4 ± 5,2 (11-27-36)	26,8 ± 4,6 (11-27-36)	0,184
Stres yönetimi	19,6 ± 4,3 (10-19-31)	17,5 ± 4,2 (9-17-27)	19,0 ± 4,4 (9-19-31)	**0,001**
Toplam ölçek puanı	134,6 ± 20,4 (83-133-183)	119,2 ± 19,0 (63-121-166)	130,2 ± 21,2 (63-129-183)	**0,001**

SS: Standart sapma.
* Student t testi, p<0,05.

Tablo 21'e göre; Fatih Mahallesi'ndeki kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt ölçek puanları ile toplam ölçek puanı ortalamaları Menzilahır Mahallesi'ndeki kadınlardan yüksektir (p<0,05). Kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları iki mahallede benzerdir (p=0,184).

Katılımcılara yöneltilen "Tüm yaşamınız boyunca kansere yakalanma riskinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna "diğer insanlarla aynı" ve "diğer insanlardan düşük" ve "fikrim yok" yanıtını verenler birleştirilerek kanser risk algısı "yüksek değil" olarak kategorize edilmiş ve "çoğu insandan yüksek" olanlarla karşılaştırılmıştır. Yaşanılan bölge ve bazı sosyodemografik özelliklerin kanser risk algısı üzerine etkileri değerlendirilerek sonuçlar Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Bazı sosyodemografik özelliklere göre kanser risk algısının değerlendirilmesi

Özellikler		Fatih				Menzilahır				p
		Kanser risk algısı				Kanser risk algısı				
		Yüksek		Yüksek değil		Yüksek		Yüksek değil		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu	OYD ve OY İlk/ortaokul Lise/üniversite	1 6 51	16,7 7,7 16,6	5 72 256	83,3 92,3 83,4	16 20 0	21,3 25,3 0	59 59 2	78,7 74,7 100,0	0,617
	p	0,140				DY				
Son 6 aydır çalışma durumu	Çalışıyor Çalışmıyor	35 23	16,4 13,0	179 154	83,6 87,0	13 23	24,1 22,5	41 79	75,9 77,5	0,371
	p	0,352				0,830				
Sağlık güvencesi	Var Yok	58 0	15,2 0	324 9	84,8 100,0	35 1	23,3 16,7	115 5	76,7 83,3	DY
	p	DY				DY				
Hanehalkı tipi	Tek kişi Çekirdek aile Geniş aile Çekirdek aile olmayan hane	4 44 7 3	17,4 13,7 18,9 33,3	19 278 30 6	82,6 86,3 81,1 66,7	3 22 11 0	20,0 21,6 28,2 0	12 80 28 0	80,0 78,4 71,8 0	0,193
	p	DY				0,674				
Çocuk sahibi olma	Var Yok	45 4	15,8 13,8	240 25	84,2 86,2	33 2	23,7 22,2	106 7	76,3 77,8	0,690
	p	DY				DY				
Gelir algısı	Gelir az Gelir denk Gelir fazla	16 32 10	14,4 14,0 19,2	95 196 42	85,6 86,0 80,8	29 7 0	22,7 25,0 0	99 21 0	77,3 75,0 0	0,524
	p	0,629				0,790				

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.
OYD: Okur yazar değil, **OY:** Okur yazar
*Ki kare, p<0,05

Tablo 22'ye göre; katılımcıların kanser risk algısı eğitim düzeyine ve mahallelere göre değişmemektedir (p>0,05).

Son 6 ay içerisinde gelir getirici bir işte çalışma durumunun kanser risk algısı üzerine etkisi incelendiğinde; Fatih ve Menzilahır Mahallesi'nde çalışma durumunun kanser risk algısını etkilemediği, bölgelere göre tabakalandırma yapıldığında da risk algısının benzer olduğu görülmüştür (p>0,05).

Katılımcıların gelir durumunun kanser risk algısını nasıl etkilediği değerlendirildiğinde; her iki mahallede gelirin kanser risk algısında anlamlı bir değişiklik yaratmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 22).

Yaşam boyu kanser risk algısı sigara ve alkol kullanma, düzenli egzersiz yapma ve vücut kitle indeksine göre değerlendirilmiş, sonuçlar Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 23. Bazı alışkanlıklara göre kanser risk algısının değerlendirilmesi

Özellikler		**Fatih**				**Menzilahır**				**p**
		Kanser risk algısı				**Kanser risk algısı**				
		Yüksek		**Yüksek değil**		**Yüksek**		**Yüksek değil**		
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Vücut kitle indeksi	**Zayıf**	3	17,6	14	82,4	0	0	4	100,0	0,092
	Normal	35	16,7	174	83,3	7	30,4	16	69,6	
	Kilolu	11	10,8	91	89,2	2	8,7	21	91,3	
	Obez	8	13,8	50	86,2	11	45,8	13	54,2	
	p	0,554				DY				
Fiziksel aktivite	**0-2 gün**	8	8,7	84	91,3	7	35,0	13	65,0	0,670
	3-4 gün	8	13,3	52	86,7	6	37,5	10	62,5	
	>5 gün	10	19,6	41	80,4	2	20,0	8	80,0	
	Yapmıyor	32	17,0	156	83,0	21	19,1	89	80,9	
	p	0,214				DY				
Sigara alışkanlığı	**Kullanmadım**	23	11,0	186	89,0	13	18,8	56	81,2	**0,004**
	Bıraktım	7	13,7	44	86,3	3	15,0	17	85,0	
	Kullanıyorum	28	21,4	103	78,6	20	29,9	47	70,1	
	p	**0,032**				0,206				
Alkol alışkanlığı	**Kullanmadım**	33	12,4	234	87,6	31	22,6	106	77,4	0,186
	Bıraktım	7	30,4	16	69,6	1	20,0	4	80,0	
	Kullanıyorum	18	17,8	83	82,2	4	28,6	10	71,4	
	p	**0,040**				DY				

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.
*Ki kare.

Mahallelere göre tabakalandırma yapıldıktan sonra değerlendirme yapıldığında; düzenli fiziksel aktivite yapmanın, alkol kullanma alışkanlığının ve vücut kitle indeksinin kanser risk algısı üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (Tablo 23).

Sigara kullanımı ise Menzilahır'de kanser risk algısını anlamlı düzeyde değiştirmezken (p=0,206), Fatih Mahallesi'nde halen sigara kullananların risk algısının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (p=0,032). Mahallelere göre tabakalandırıldığında da sigara kullananların risk algısı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,004) (Tablo 23).

Tablo 24'te katılımcıların ruhsal ve bedensel sağlık algıları ile kronik hastalık öykülerinin yaşam boyu kanser risk algısına etkisi değerlendirilmiştir.

Tablo 24. Sağlık algısı ve hastalık öyküsüne göre kanser risk algısının değerlendirilmesi

Özellikler		**Fatih**				**Menzilahır**				**p**
		Kanser risk algısı				**Kanser risk algısı**				
		Yüksek		**Yüksek değil**		**Yüksek**		**Yüksek değil**		
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Bedensel sağlık algısı	**İyi**	28	11,6	214	88,4	14	18,9	60	81,1	**0,005**
	İyiden kötü	30	20,1	119	79,9	22	26,8	60	73,2	
	p	**0,021**				0,242				
Ruhsal sağlık algısı	**İyi**	26	10,1	231	89,9	14	18,2	63	81,8	**0,001**
	İyiden kötü	32	23,9	102	76,1	22	27,8	57	72,2	
	p	**0,001**				0,152				
Kronik hastalık öyküsü	**Var**	20	17,7	93	82,3	18	22,2	63	77,8	0,269
	Yok	38	13,7	240	86,3	18	24,0	57	76,0	
	p	0,309				0,792				
Düzenli ilaç kullanımı öyküsü	**Var**	23	20,0	92	80,0	19	25,0	57	75,0	**0,029**
	Yok	35	12,7	241	87,3	17	21,2	63	78,8	
	p	0,064				0,578				

*Ki kare, p<0,05

Fatih Mahallesi'nde bedensel ve ruhsal sağlık algısı iyiden kötü olanların kanser risk algısı yüksek bulunmuştur (p<0,05). Menzilahır Mahallesi'nde bedensel ve ruhsal sağlık algısı kanser risk algısında anlamlı fark yaratmazken, mahallelere göre tabakalandırma yapıldığında da bedensel ve ruhsal sağlık algısı iyiden kötü olanların kanser risk algısının yüksek olduğu görülmüştür (p<0,05) (Tablo 24).

Kanser risk algısı, katılımcıların aile öyküsü ve kanser, tanı ve tarama yöntemleriyle ilgili daha önce bilgilendirilme durumuna göre değerlendirmiş, sonuçlara Tablo 25'te ayrıntılı şekilde yer verilmiştir.

Tablo 25. Aile öyküsü ve kanserle ilgili bilgilendirilme durumuna göre risk algısının değerlendirilmesi

Özellikler		Fatih				Menzilahır				p
		Kanser risk algısı				Kanser risk algısı				
		Yüksek		Yüksek değil		Yüksek		Yüksek değil		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Aile öyküsü	**Var**	43	21,0	162	79,0	20	27,8	52	72,2	**0,001**
	Yok	15	8,1	171	91,9	16	19,0	68	81,0	
	p	**0,001**				0,197				
Kanserli yakına bakım verme öyküsü	**Evet**	28	22,4	97	77,6	10	28,6	25	71,4	**0,009**
	Hayır	30	11,3	236	88,7	26	21,5	95	78,5	
	p	**0,004**				0,381				
Kanser tanısı alan akraba sıklığı	**Bir akraba**	30	18,1	136	81,9	12	20,7	46	79,3	**0,001**
	Birden fazla	13	33,3	26	66,7	8	57,1	6	42,9	
	p	**0,035**				DY				
Kanser tanılı akrabaların yakınlık derecesi	**1.derece**	18	23,7	58	76,3	12	38,7	19	61,3	0,095
	2-3.derece akraba/yakın	25	19,4	104	80,6	8	19,5	33	80,5	
	p	0,465				0,072				
Daha önce kanserle ilgili bilgi verilmiş mi?	**Evet**	39	16,5	197	83,5	15	25,4	44	74,6	0,452
	Hayır	19	12,3	136	87,7	21	21,6	76	78,4	
	p	0,246				0,587				
Kanserle ilgili bilgilendirilme istiyor mu?	**Evet**	49	14,8	281	85,2	31	25,2	92	74,8	0,518
	Hayır	9	14,8	52	85,2	5	15,2	28	84,8	
	p	0,985				0,224				

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.
*Ki kare.

Fatih Mahallesi'nde ailesinde kanser öyküsü olanların ve kanserli yakınının bakımına yardım ederek hastalık sürecinin şahidi olanların kanser risk algısı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Menzilahır'de ise aile öyküsü ve kanserli akraba/yakına bakım verme kanser risk algısını etkilememektedir ($p>0.05$). Mahallelere göre tabakalandırıldığında aile öyküsü olanların, kanser tanısı olan yakınına bakım vermiş olanların ve birden fazla akrabasında kanser öyküsü olanların kanser risk algısı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 25).

Kanser, erken tanı ve tedavi hizmetleriyle ilgili daha önce bilgilendirme durumu ve katılımcıların konuyla ilgili bilgilendirme isteği hem Fatih, hem Menzilahır Mahallesi'nde hem de mahallelere göre tabakalandırma yapıldığında kanser risk algısında anlamlı derecede bir değişiklik yapmamıştır (Tablo 25).

Yaşanılan bölge ve bazı sosyodemografik özelliklerin kanser erken tanı/tarama hizmetlerine başvuru davranışı üzerine etkilerine Tablo 26'da yer verilmiştir.

Tablo 26. Bazı sosyodemografik özelliklerin kanser erken tanı/tarama hizmetlerine başvuru davranışı üzerine etkisi

Özellikler		Fatih				Menzilahır				p
		Erken tanı/tarama testi				Erken tanı/tarama testi				
		Yaptırmış		Yaptırmamış		Yaptırmış		Yaptırmamış		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu	**OYD ve OY**	4	66,7	2	33,3	26	34,7	49	65,3	0,373
	İlk/ortaokul	47	60,3	31	39,7	26	32,9	53	67,1	
	Lise/üniversite	136	44,3	171	55,7	0	0	2	100,0	
	p	DY				DY				
Son 6 aydır çalışma durumu	**Çalışıyor**	93	43,5	121	56,5	20	37,0	34	63,0	0,480
	Çalışmıyor	94	53,1	83	46,9	32	31,4	70	68,6	
	p	0,057				0,475				
Sağlık güvencesi	**Var**	186	48,7	196	51,3	51	34,0	99	66,0	**0,016**
	Yok	1	11,1	8	88,9	1	16,7	5	83,3	
	p	DY				DY				
Hanehalkı tipi	**Tek kişi**	10	43,5	13	56,5	7	46,7	8	53,3	0,250
	Çekirdek aile	154	47,8	168	52,2	35	34,3	67	65,7	
	Geniş aile	22	59,5	15	40,5	10	25,6	29	74,4	
	Çekirdek aile olmayan hane	1	11,1	8	88,9	0	0	0	0	
	p	DY				0,319				
Çocuk sahibi olma	**Var**	162	56,8	123	43,2	48	34,5	91	65,5	**0,034**
	Yok	9	31,0	20	69,0	3	33,3	6	66,7	
	p	**0,010**				DY				
Gelir	**Gelir az**	51	45,9	60	54,1	42	32,8	86	67,2	0,136
	Gelir denk	112	49,1	116	50,9	10	35,7	18	64,3	
	Gelir fazla	24	46,2	28	53,8	0	0	0	0	
	p	0,831				0,768				

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.
OYD: Okur yazar değil, **OY:** Okur yazar.
*Ki kare.

Bölgelere göre tabakalandırma yapıldığında eğitim düzeyinin, son altı ay içerisindeki gelir getirici bir işte çalışma durumunun, hanehalkı tipinin ve gelir algısının erken tanı/tarama

hizmetlerine başvuru davranışını anlamlı düzeyde değiştirmediği görülmüştür (p>0,05) (Tablo 26).

Kanser erken tanı/tarama hizmetlerine başvuru davranışı sigara ve alkol kullanma, düzenli egzersiz yapma ve vücut kitle indeksine göre değerlendirilmiş, sonuçlar Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27. Bazı alışkanlıklara göre erken tanı ve tarama hizmetlerine başvuru davranışının değerlendirilmesi

Değişkenler		Fatih				Menzilahır				p
		Erken tanı/tarama testi				Erken tanı/tarama testi				
		Yaptırmış		Yaptırmamış		Yaptırmış		Yaptırmamış		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Vücut kitle indeksi	**Zayıf**	6	35,3	11	64,7	1	25,0	3	75,0	**0,001**
	Normal	84	40,2	125	59,8	7	30,4	16	69,6	
	Kilolu	56	54,9	46	45,1	8	34,8	15	65,2	
	Obez	40	69,0	18	31,0	12	50,0	12	50,0	
	p	**0,001**				DY				
Fiziksel aktivite	**0-2 gün**	41	44,6	51	55,4	8	40,0	12	60,0	**0,001**
	3-4 gün	40	66,7	20	33,3	8	50,0	8	50,0	
	>5 gün	29	56,9	22	43,1	5	50,0	5	50,0	
	Yapmıyor	77	41,0	111	59,0	31	28,2	79	71,8	
	p	**0,003**				0,174				
Sigara alışkanlığı	**Kullanmadım**	86	41,1	123	58,9	22	31,9	47	68,1	**0,032**
	Bıraktım	31	60,8	20	39,2	8	40,0	12	60,0	
	Kullanıyorum	70	53,4	61	46,6	22	32,8	45	67,2	
	p	**0,012**				0,790				
Alkol alışkanlığı	**Kullanmadım**	129	48,3	138	51,7	45	32,8	92	67,2	0,452
	Bıraktım	8	34,8	15	65,2	2	40,0	3	60,0	
	Kullanıyorum	50	49,5	51	50,5	5	35,7	9	64,3	
	p	0,426				DY				

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.
*Ki kare.

Mahallelere göre tabakalandırma yapıldıktan sonra değerlendirildiğinde; düzenli fiziksel aktivite yapmanın, sigara kullanma alışkanlığının veya vücut kitle indeksinin erken tanı ve tedavi hizmetlerine başvuru davranışında anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür. Obez olanların, haftada 3-4 gün en az 30 dakika düzenli egzersiz yapanların daha çok erken tanı ve tarama hizmetlerine başvurduğu görülmüştür. (Tablo 27).

Sigara kullanımı ise Menzilahır'de erken tanı ve tedavi hizmetlerine başvuru durumunu anlamlı düzeyde değiştirmezken (p=0,790), Fatih Mahallesi'nde sigara kullanmayı bırakanların daha fazla erken tanı ve tedavi hizmetlerine başvurduğu görülmüştür (p=0,012). Mahallelere

göre tabakalandırıldığında da sigara kullanımının erken tanı ve tedavi hizmetlerine başvuru davranışını anlamlı düzeyde değiştirdiği görülmüştür (p=0,032) (Tablo 27).

Tablo 28'de katılımcıların ruhsal ve bedensel sağlık algısı, kronik hastalık öyküsü, beş yıllık ve yaşam boyu kanser risk algısının erken tanı ve tarama hizmetlerine başvuru davranışı üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Tablo 28. Sağlık algısı, hastalık öyküsü ve kanser risk algısına göre kanser erken tanı ve tarama hizmetlerine başvuru davranışının değerlendirilmesi

Değişkenler		Fatih Mahallesi				Menzilahır Mahallesi				p
		Erken tanı/tarama testi				Erken tanı/tarama testi				
		Yaptırmış		Yaptırmamış		Yaptırmış		Yaptırmamış		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Bedensel sağlık algısı	**İyi**	116	47,9	126	52,1	28	37,8	46	62,2	0,301
	İyiden kötü	71	47,7	78	52,3	24	29,3	58	70,7	
	p	0,957				0,257				
Ruhsal sağlık algısı	**İyi**	132	51,4	125	48,6	25	32,5	52	67,5	0,050
	İyiden kötü	55	41,0	79	59,0	27	34,2	52	65,8	
	p	**0,053**				0,821				
Kronik hastalık öyküsü	**Var**	72	63,7	41	36,3	36	44,4	45	55,6	**0,001**
	Yok	115	41,4	163	58,6	16	21,3	59	78,7	
	p	**0,001**				**0,002**				
Düzenli ilaç kullanımı öyküsü	**Var**	77	67,0	38	33,0	35	46,1	41	53,9	**0,001**
	Yok	110	39,9	166	60,1	17	21,2	63	78,8	
	p	**0,001**				**0,001**				
Yaşam boyu kanser risk algısı	**Yüksek**	37	63,8	21	36,2	12	33,3	24	66,7	0,131
	Aynı	72	47,7	79	52,3	15	31,9	32	68,1	
	Düşük	22	50,0	22	50,0	5	41,7	7	58,3	
	Fikri yok	56	40,6	82	59,4	20	32,8	41	67,2	
	p	**0,030**				0,935				
Beş yıllık kanser risk algısı	**Yüksek**	32	62,7	19	37,3	11	31,4	24	68,6	0,119
	Aynı	67	49,6	68	50,4	16	34,0	31	66,0	
	Düşük	27	51,9	25	48,1	5	41,7	7	58,3	
	Fikri yok	61	39,9	92	60,1	20	32,3	42	67,7	
	p	**0,030**				0,924				

*Ki kare, p<0,05.

Fatih ve Menzilahır Mahallesi'nde ve mahallelere göre tabakalandırma yapıldığında bedensel sağlık algısının erken tanı ve tarama davranışında anlamlı bir değişiklik yaratmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 28).

Tablo 28'e göre; Fatih ve Menzilahır'de kronik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre daha fazla erken tanı ve tarama testi için başvuruda bulunduğu görülmüştür (p<0,05). Mahallelere göre tabakalandırma yapıldığında da kronik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla erken tanı ve tarama yöntemlerine başvurduğu belirlenmiştir (p=0,001).

Beş yıllık ve yaşam boyu kanser risk algısı Fatih Mahallesi'nde oturan kadınlarda erken tanı ve tarama amacıyla başvuruda bulunanlarda anlamlı derecede yüksekken, hem Menzilahır'de hem de mahallelere göre tabakalandırma yapıldığında risk algısının erken tanı ve tarama davranışında anlamlı bir değişiklik yapmadığı görülmüştür (Tablo 28).

Erken tanı ve tarama testi yaptırma durumu, katılımcıların aile öyküsü ve konuyla ilgili daha önce bilgilendirilme durumuna göre değerlendirmiş, sonuçlara Tablo 29'da ayrıntılı şekilde yer verilmiştir.

Tablo 29. Bazı risk faktörlerine göre kanser erken tanı ve tarama hizmetlerine başvuru durumunun değerlendirilmesi

Değişkenler		Fatih				Menzilahır				p
		Erken tanı/tarama testi				Erken tanı/tarama testi				
		Yaptırmış		Yaptırmamış		Yaptırmış		Yaptırmamış		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Aile öyküsü	**Var**	114	55,6	91	44,4	27	37,5	45	62,5	**0,001**
	Yok	73	39,2	113	60,8	25	29,8	59	70,2	
	p	**0,001**				0,307				
Kanserli yakına bakım verme öyküsü	**Evet**	77	61,6	48	38,4	13	37,1	22	62,9	**0,001**
	Hayır	110	41,4	156	58,6	39	32,2	82	67,8	
	p	**0,001**				0,587				
Kanser tanısı alan akraba sıklığı	**Bir akraba**	88	53,0	78	47,0	20	34,5	38	65,5	0,066
	Birden fazla	26	66,7	13	33,3	7	50,0	7	50,0	
	p	0,122				0,282				
Kanser tanılı akrabaların yakınlık derecesi	**1.derece**	53	69,7	23	30,3	10	32,3	21	67,7	**0,035**
	2-3.derece akraba/yakın	61	47,3	68	52,7	17	41,5	24	58,5	
	p	**0,002**				0,424				
Daha önce kanserle ilgili bilgi verilmiş mi?	**Evet**	141	59,7	95	40,3	24	40,7	35	59,3	**0,001**
	Hayır	46	29,7	109	70,3	28	28,9	69	71,1	
	p	**0,001**				0,129				
Kanserle ilgili bilgilendirilme istiyor mu?	**Evet**	165	50,0	165	50,0	43	35,0	80	65,0	**0,021**
	Hayır	22	36,1	39	63,9	9	27,3	24	72,7	
	p	**0,045**				0,406				

*Ki kare, p<0,05

Fatih Mahallesi'nde ailesinde kanser öyküsü olanların, kanser hastasının bakımına yardım ederek hastalık sürecinin yakın şahidi olanların ve 1. derece akrabasında kanser hastası olanların erken tanı ve tarama hizmetlerine anlamlı derecede daha fazla başvuruda bulunduğu görülmüştür ($p<0.05$). Menzilahır'de ise bu değişkenlerin erken tanı ve tarama hizmetlerine başvuruyu etkilemediği ortaya çıkmıştır ($p>0.05$). Mahallelere göre tabakalandırıldığında da aile öyküsü olanların, kanser tanısı olan yakınına bakım vermiş olanların ve 1. derece yakını kanser hastası olanların daha fazla erken tanı ve tarama başvurusunda bulunduğu anlaşılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 29).

Mahallelere göre tabakalandırma yapıldığında; kanser, erken tanı ve tedavi hizmetleriyle ilgili daha önce bilgilendirilme yapılmayanların ve bilgilendirme istemeyenlerin daha az erken tanı ve tarama amaçlı başvuruda bulunduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 29).

Yaşanılan bölge ile bedensel ve ruhsal sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı üzerine etkisi Tablo 30 ve 31'de sunulmuştur.

Tablo 30. Yaşanılan yer ve bedensel sağlık algısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin değerlendirilmesi

Ölçek alt grupları		**Fatih**		**Menzilahır**		**p**
		Bedensel sağlık algısı		**Bedensel sağlık algısı**		
		İyi	**İyiden kötü**	**İyi**	**İyiden kötü**	
		Ort ± SS	**Ort ± SS**	**Ort ± SS**	**Ort ± SS**	
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği	**Kişilerarası ilişkiler**	27,3 ± 4,3	26,5 ± 4,3	26,1 ± 5,2	26,7 ± 5,2	0,106
	Kendini gerçekleştirme	27,9 ± 4,4	26,3 ± 4,7	26,1 ± 5,5	25,2 ± 5,2	0,444
	Stres yönetimi	20,4 ± 4,2	18,3 ± 4,2	17,6 ± 4,6	17,4 ± 3,9	**0,022**
	Fiziksel aktivite	16,6 ± 5,7	14,8 ± 5,1	11,9 ± 4,1	10,8 ± 3,7	0,543
	Sağlık sorumluluğu	22,8 ± 4,8	22,6 ± 4,9	21,1 ± 4,5	20,7 ± 4,0	0,842
	Beslenme	22,5 ± 3,9	21,7 ± 4,4	17,5 ± 3,8	17,2 ± 4,0	0,514
	Toplam ölçek puanı	137,4 ±20,0	130,2 ±20,4	120,4 ±20,4	118,1 ±17,8	0,199

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma.
*Mahalle x bedensel sağlık algısı karşılaştırması; İki yönlü ANOVA.

Tablo 30'a göre; yaşanılan mahalle ve bedensel sağlık algısının kişilerarası ilişkiler, kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme gibi alt ölçek grupları

ve toplam ölçek puan ortalaması üzerine etkisi yoktur. Sadece yaşanılan bölgeye göre bedensel sağlık algısının stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark yarattığı görülmüştür (p=0,022).

Tablo 31. Yaşanılan yer ve ruhsal sağlık algısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin değerlendirilmesi

Ölçek alt grupları		Fatih		Menzilahır		p
		Ruhsal sağlık algısı		Ruhsal sağlık algısı		
		İyi	İyiden kötü	İyi	İyiden kötü	
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği	Kişilerarası ilişkiler	27,3 ± 4,2	26,5 ± 4,4	26,8 ± 4,6	26,1 ± 5,6	0,953
	Kendini gerçekleştirme	27,9 ± 4,4	26,0 ± 4,6	27,0 ± 4,7	24,4 ± 5,6	0,497
	Stres yönetimi	20,4 ± 4,2	18,0 ± 4,1	18,2 ± 4,3	16,7 ± 4,0	0,285
	Fiziksel aktivite	16,2 ± 5,5	15,3 ± 5,5	11,5 ± 3,6	11,2 ± 4,1	0,513
	Sağlık sorumluluğu	23,1 ± 4,7	22,0 ± 5,1	21,5 ± 3,9	20,3 ± 4,5	0,892
	Beslenme	22,8 ± 4,1	22,0 ± 3,9	17,5 ± 3,8	17,2 ± 4,0	0,077
	Toplam ölçek puanı	137,7 ±19,8	128,9 ±20,5	122,5 ±17,6	115,9 ±19,8	0,564

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma.
*Mahalle x ruhsal sağlık algısı karşılaştırması; İki yönlü ANOVA.

Tablo 31'e göre; yaşanılan mahalle ve ruhsal sağlık algısının kişilerarası ilişkiler, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme gibi alt ölçek puan ortalaması ile toplam ölçek puan ortalaması üzerine etkisi yoktur (p>0.05).

"5 yıl içinde kanser olma riskinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?" ve "Tüm yaşamınız boyunca kanser olma riskinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorularına verilen yanıtların yaşanılan bölgeyle birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları üzerine etkisi Tablo 32 ve 33'de verilmiştir.

Tablo 32'ye göre; kendini gerçekleştirme alt ölçek puanı, 5 yıl içinde kansere yakalanma riskinin çoğu insandan düşük olduğunu düşünenlerde diğerlerinden daha fazladır (p=0,007). Yaşanılan mahalle ve 5 yıl içinde kansere yakalanma riskine dair algının kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme gibi alt ölçek puan ortalamaları ile toplam ölçek puan ortalaması üzerine etkisi yoktur (p>0.05).

Tablo 32. Yaşanılan yer ve 5 yıl içindeki kanser risk algısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin değerlendirilmesi

Ölçek alt grupları		Fatih Mahallesi				Menzilahır Mahallesi				p
		5 yıl içindeki kanser risk algısı				5 yıl içindeki kanser risk algısı				
		Yüksek	Aynı	Düşük	Fikrim yok	Yüksek	Aynı	Düşük	Fikrim yok	
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği	**Beslenme**	22,0 ± 4,7	21,9 ± 3,6	23,3 ± 3,8	22,1 ± 4,4	18,1 ± 4,0	17,5 ± 3,6	17,0 ± 4,4	16,9 ± 4,1	0,403
	Fiziksel aktivite	15,2 ± 5,9	16,0 ± 5,3	17,0 ± 6,3	15,6 ± 5,4	11,0 ± 3,5	11,8 ± 3,9	10,7 ± 3,4	11,4 ± 4,2	0,713
	Kendini Gerçekleştirme	26,1 ± 4,2	27,1 ± 4,6	29,0 ± 4,4	27,2 ± 4,6	27,7 ± 4,8	25,2 ± 5,8	25,4 ± 3,8	24,8 ± 5,2	**0,007**
	Stres yönetimi	18,2 ± 4,4	19,5 ± 4,0	21,5 ± 4,5	19,5 ± 4,2	18,1 ± 4,0	17,5 ± 4,4	17,2 ± 3,7	17,2 ± 4,4	0,072
	Sağlık sorumluluğu	22,8 ± 4,4	22,3 ± 4,9	24,8 ± 4,8	22,3 ± 4,7	22,1 ± 3,5	22,0 ± 4,7	24,1 ± 4,8	21,6 ± 4,8	0,214
	Kişiler arası ilişkiler	27,1 ± 4,3	26,6 ± 4,1	27,6 ± 4,3	27,1 ± 4,4	27,7 ± 5,6	26,0 ± 4,7	26,7 ± 4,3	25,9 ± 5,4	0,539
	Toplam ölçek puanı	131,6±21,4	133,4±19,3	143,3±19,0	133,8±21,0	124,6±16,6	119,2±19,3	117,9±14,3	116,4 ± 20,5	0,080

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma.
*Mahalle x 5 yıl içindeki kanser risk algısı karşılaştırması.
**İki yönlü ANOVA, p<0,05.

Tablo 33. Yaşanılan yer ve yaşam boyu kanser risk algısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin değerlendirilmesi

Ölçek alt grupları		Fatih Mahallesi				Menzilahır Mahallesi				p
		Yaşam boyu kanser risk algısı				Yaşam boyu kanser risk algısı				
		Yüksek	Aynı	Düşük	Fikrim yok	Yüksek	Aynı	Düşük	Fikrim yok	
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği	Beslenme	21,9 ± 4,4	22,0 ± 3,8	23,1 ± 4,0	22,1 ± 4,3	17,8 ± 4,1	17,5 ± 3,6	17,0 ± 4,4	17,0 ± 4,0	0,519
	Fiziksel aktivite	15,7 ± 6,1	15,9 ± 5,4	17,2 ± 6,3	15,6 ± 5,1	10,9 ± 3,3	11,7 ± 4,1	10,7 ± 3,3	11,5 ± 4,1	0,593
	Kendini Gerçekleştirme	26,7 ± 4,6	27,0 ± 4,5	28,7 ± 4,2	27,3 ± 4,7	27,4 ± 4,8	25,0 ± 5,9	25,4 ± 3,8	25,1 ± 5,2	0,064
	Stres yönetimi	18,6 ± 4,6	19,5 ± 3,9	21,5 ± 4,7	19,4 ± 4,2	18,2 ± 4,0	17,3 ± 4,4	17,2 ± 3,3	17,2 ± 4,4	0,127
	Sağlık sorumluluğu	23,2 ± 4,7	22,2 ± 5,1	24,6 ± 4,5	22,4 ± 4,5	21,9 ± 3,6	20,8 ± 4,1	20,7 ± 3,4	20,4 ± 4,7	0,442
	Kişiler arası ilişkiler	27,7 ± 4,6	26,5 ± 4,1	27,4 ± 3,8	27,1 ± 4,5	27,6 ± 5,6	25,7 ± 4,8	26,7 ± 4,3	26,2 ± 5,3	0,921
	Toplam ölçek puanı	133,9±23,2	133,0±19,6	142,8±18,4	134,1±20,2	123,9±16,4	117,9±19,8	117,9±14,3	117,6±20,5	0,274

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma.
*Mahalle x Yaşam boyu kanser risk algısı karşılaştırması.
İki yönlü ANOVA, $p<0,05$.

Tablo 33'e göre; yaşanılan mahalle ve yaşam boyu kansere yakalanma riskine dair algının kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme, kendini gerçekleştirme gibi alt ölçek puan ortalamaları ve toplam ölçek puan ortalaması üzerine etkisi yoktur (p>0.05).

Adım adım (stepwise) lojistik regresyon modelinde yaşam boyu kanser risk algısı bağımlı değişken; yaşanılan mahalle, aile öyküsü, erken tanı ve tarama hizmetlerinden yararlanmış olmak, bedensel sağlık algısı, yaş, sigara kullanımı ve kanser tanısı alan yakınına bakım vermiş olmak bağımsız değişkenler olarak modele alınmıştır. Analiz sonuçları Tablo 34'te sunulmuştur.

Tablo 34. Araştırmaya katılan kadınların yaşam boyu kanser risk algısını etkileyen bazı değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	**Sayı**	**β**	**Wald**	**OR**	**%95 GA**	**p**
Sabit Değer		-1,25	4,48			**0,030**
Menzilahır Mahallesi Fatih Mahallesi	156 391	0,65	6,33	1 1,92	- 1,16-3,19	**0,120**
Ailede kanser öyküsü yok Ailede kanser öyküsü var	270 277	0,69	6,25	1 2,00	- 1,16-3,45	**0,120**
Erken tanı/tarama testi yaptırmamış Erken tanı/tarama testi yaptırmış	308 239	0,58	4,84	1 1,78	- 1,07-2,97	**0,280**
Bedensel sağlık algısı iyi Bedensel sağlık algısı iyiden kötü	316 231	0,59	5,90	1 1,80	- 1,12-2,90	**0,150**
Sigara içmiyor Sigara içiyor	349 198	0,63	6,95	1 1,88	- 1,18-3,02	**0,080**
Yaş	547	0,02	4,92	1,02	1,01-1,04	**0,030**
Kanser tanılı yakına bakım vermemiş Kanser tanılı yakına bakım vermiş	387 160	0,29	1,04	1 1,33	- 0,77-2,32	0,310

GA: Güven Aralığı.

Tablo 34'e göre; yaşam boyu kanser risk algısı Fatih Mahallesi'nde yaşayan kadınlarda Menzilahir'e göre 1,9 kat, ailesinde kanser öyküsü olanlarda olmayanlara göre 2 kat, erken tanı ve tarama testi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre 1,8 kat, bedensel sağlık algısı iyiden kötü

olanlarda 1,8 kat, sigara içenlerde içmeyenlere göre 1,9 kat, yaşı daha büyük olanlarda küçük olanlara göre 1,02 kat daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kanser risk algısı kanser tanısı alan akraba/yakınına bakım vermekle ilişkisizdir ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Dünya Sağlık İstatistikleri'ne göre; 2015 yılında yaklaşık 40 milyon ölüm meydana gelmiş, bu ölümlerin % 70'ini BOH'lar oluşturmuştur. Gerçekleşen BOH nedenli ölümlerin beşte birinden fazlası (8,8 milyon ölüm) kanser nedeniyle meydana gelmiştir (59). Toplumda en çok görülen, en çok öldüren ve en çok sakat bırakan hastalıklar önemli sağlık sorunlarını oluşturmaktadır (60). Bu nedenle ülkemizde de ölümlerin en sık ikinci nedeni olan toplumun önde gelen sağlık sorunlarından kanserle mücadele için; risk faktörlerinin, korunma yollarının, erken tanı ve tedavi hizmetine ulaşmadaki engellerin bilinmesi, önceliklerin belirlenmesi, kaynakların etkin kullanımı ve kanser kontrol faaliyetlerinin başarısı oldukça önemlidir.

Eğitim düzeyi, ekonomik ve sosyal refahı belirleyen önemli bir etmendir (61). Yapılan çalışmalarda daha düşük eğitim düzeyi, mesleki konum veya gelir seviyesine sahip olan düşük sosyoekonomik gruplarda daha yüksek hastalık ve ölüm oranları bildirmiştir (62,63). Belek'in (55) 1998 yılında Antalya'da yaptığı bir alan araştırmasında; gelir, eğitim düzeyi ve sınıfsal konum düşüklüğü gibi faktörlerin, sağlığı olumsuz etkileyecek ortamların oluşmasında etkili olabileceği, bunların düzeltilmesinin zor ancak olanaksız olmadığı ifade edilmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'te eğitimsiz/ilkokulu bitirmeyen kadınların oranı % 28,2, lise ve üzeri eğitim alanların oranı ise % 20,5 olarak saptanmıştır. Edirne'nin de içinde olduğu Batı Marmara Bölgesi'nde eğitimsiz/ilkokulu bitirmeyen olanların oranı % 18,8, lise ve üzeri mezun olanların oranı ise % 22,7'dir (61).

Bizim çalışmamızda ise sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan Menzilahır Mahallesi'nde kadınların yaklaşık yarısı eğitimsiz/ilkokulu bitirmemişken, daha yüksek sosyoekonomik düzeyli bölgeyi temsil eden Fatih Mahallesi'nde bu oran yalnızca % 1,5'tir. Fatih Mahallesi'ndeki katılımcıların % 78,5'i lise ve üzeri eğitim görmüşken, Menzilahır'de bu oran

yalnızca % 1,3'tür. Bu oranlara bakıldığında; Menzilahır Mahallesi'nin TNSA Batı Marmara Bölgesi verilerine göre bariz bir biçimde daha kötü durumda olduğunu, Fatih Mahallesi'nin ise oldukça eğitimli olduğu anlaşılmaktadır. Menzilahır'deki bu olumsuzluğun olası nedenleri; erken yaş evliliklerinin sık görülmesi, eğitim alma alışkanlığının gelişmemiş olması ve yaptıkları işlerin eğitim gerektirmemesi olabilir.

Adölesan çağda gerçekleşen evlilikler kadının sağlığını ve statüsünü olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerden biridir. TNSA-2013'te kadınların % 16'sının 15-19 yaş aralığında evlendiği bildirilmektedir (61). TÜİK'in 2016 yılında yaptığı Aile Yapısı Araştırması'na göre; kadınların % 28,2'si 18 yaşının altında evlenmiştir. Batı Marmara Bölgesi'nde bu oranı kadın ve erkekler için % 16,2'dir (64). Bizim çalışmamızda bu oran Fatih Mahallesi'nde % 7,3 iken, Menzilahır'de % 50'den fazladır. Kadının statüsü açısından önemli olan bu gösterge bakımından, Edirne'nin düşük SED'li mahallerinden biri olan ve bu nedenle çalışmaya alınan Menzilahır Mahallesi Türkiye ve Batı Marmara'nın oldukça gerisindedir.

TÜİK'in 2015 yılında yaptığı İşgücü Araştırması'nda 15 ve üzeri yaş kadınların istihdam oranı % 27,5 olarak saptanmıştır (65). Çalışmamızda son 6 ay içinde gelir getirici bir işte çalışanların oranı Menzilahır Mahallesi'nde % 34,6 iken Fatih Mahallesi'nde % 54,7'dir. Fatih Mahallesi'ndeki her iki kadından biri ücretli/aylıklı olarak işçi veya memur olarak çalışmaktayken, Menzilahır'deki her üç kadından ikisi herhangi bir işte çalışmadığını ve 'ev hanımı' olduğunu ifade etmiştir. Bu mahallede çalıştığını belirten kadınlar ise çoğunlukla kağıt, hurda ve çöp toplayarak, merdiven silerek veya temizliğe giderek, sosyal güvenceleri olmadan günübirlik işlerde çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Erken yaş evliliklerin ve doğumların sık görüldüğü, çalışma hayatına katılımın daha az ve marjinal işlerde çalışanların ağırlıkta olduğu Menzilahır'de yaşayan kadınların kültürel ve etnik yapıları da farklıdır. Bu mahallede eğitim düzeyini yükseltmek, kız çocuklarının okula devamını sağlamak, kadınların çalışma hayatında yer bulmalarını desteklemek ve var olan eşitsizlikleri gidererek daha sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlayabilmek için etkin müdahalelere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Marmot'un (66) gelir düzeyinin sağlık üzerine etkisinin irdelendiği çalışmasında; gelir düzeyi düşük insanların daha kötü sağlık koşullarına sahip olabileceği belirtilmektedir. Gelir dağılımındaki farklılıklar, zaman zaman ekonomik zorluklar nedeniyle sağlık hizmetine erişimde gecikme ve kötü sağlık nedenlerinden biri olabilmektedir.

Bizim çalışmamızda katılımcıların gelir algısı "Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuyla araştırılmış; Fatih Mahallesi'nde oturanların yarısından fazlası gelirinin giderine denk olduğu yanıtını verirken, Menzilahır'de yaşayanların % 82,1'i

gelirlerinin giderlerinden daha az olduğunu ifade etmiştir. Bu oran Fatih Mahallesi'nde % 28 dolayındadır. Sonuç olarak; eğitim düzeyi ve işgücüne katılım oranı oldukça düşük olan ve sağlıksız işlerde çalışan Menzilahır yaşayanlarının sağlık koşulları da doğal olarak bu durumdan olumsuz etkilenmektedir.

Kanserlerin başlıca risk faktörleri olan sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı ve sedanter yaşam alışkanlıklarının değiştirilmesi ile hastalıktan önemli ölçüde korunma sağlanabilir. Sağlıklı yaşam davranışı olarak tanımlanan bu uygulamalarla birincil korunma sağlanabilmektedir (60). Bunlardan biri olan düzenli fiziksel aktivite yapmanın çeşitli mekanizmalarla kolorektal ve meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (67). İzmir'de üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada; katılımcıların çoğu yaşam biçiminin ve bazı kişisel alışkanlıkların kansere yakalanmada etkisi olduğunu ifade etmiştir. Bu çerçevede değerlendirildiğinde katılımcıların yalnızca yaklaşık beşte birinin düzenli egzersiz yapmakta olduğu, kadınların (% 16,3) spor yapma alışkanlığının erkeklerden (% 32) daha az olduğu görülmüştür (68). Açıkgöz ve ark. (69) yaptıkları çalışmada; kadınların yaklaşık üçte ikisinin düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını; bunların yarısından fazlasının egzersiz sıklığının haftada beş gün en az 30 dakika olduğunu saptamışlardır.

Daha düşük sosyoekonomik statüye sahip bireylerin, kolorektal ve meme kanseri taramaları, fiziksel aktivite, meyve-sebze tüketimi gibi kanseri önleme ve erken tanı davranışına daha az katılması beklenebilir (40). Araştırmamıza konu olan iki mahalle bu yönüyle değerlendirildiğinde; benzer biçimde sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan Menzilahır Mahallesi'nde düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı olmayan kadınların daha fazla (% 70) olduğu görülmüştür. Sonuçlarımız, kanseri önleme ve birçok BOH önlenmesinde olumlu etkileri ortaya konulmuş düzenli egzersiz yapma davranışının ne kadar az dikkate alındığını göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

4000'den fazla kimyasal madde barındıran sigara dumanı, kanser ve daha birçok kronik hastalığın başlıca nedenidir. Yetişkinlerin neredeyse tamamı (% 96,2) tütün kullanımının akciğer kanseri, inme, kronik akciğer hastalığı gibi ciddi sonuçları olduğu görüşündedir. Yine de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 verilerine göre Türkiye'de toplam 14,8 milyon kişi (nüfusun % 27,1) tütün ürünü kullanmaktadır ve kullanım sıklığı erkeklerde (% 41,5) kadınlardan (% 13,1) daha fazladır. Bu çalışmaya göre hiç sigara içmemiş kadınların oranı % 79,1 iken, tüm toplumda günde içilen ortalama sigara sayısı 19,2'dir (42).

Açıkgöz ve ark. (69) 2010 yılında kadınların kanser konusunda bilgi tutum ve erken tanı yöntemlerine yönelik davranışlarını inceleyen çalışmalarında; katılımcıların % 21,7'sinin sigara içtiğini, hiç içmeyenlerin oranının % 64,5 olduğunu saptamışlardır. Benzer konuda Ekici

ve Utkualp'in (70) 2005 yılında Kocaeli'nde yaptıkları çalışmaya göre kadın öğretim elemanlarının % 22,4'ü araştırma tarihinde sigara içmektedir. 2008 yılında Karlıkaya ve ark.'nın (71) Edirne'de yaptığı çalışmaya göre; kadınların % 54'ü halen sigara içicisi olduğunu, % 35'i hiç içmediğini ve % 12'si de sigara kullanıp bıraktıklarını ifade etmişlerdir.

Bizim çalışmamızda da katılımcıların yarısı hiç sigara içmediğini, üçte biri hala sigara kullandığını belirtmiştir. Aktif sigara içicisi olanların oranı Fatih Mahallesi'nde % 33,5 Menzilahır Mahallesi'nde ise % 43,0 olarak saptanmıştır ve sonuçlarımız aktif sigara içiciliği açısından yukarıda sözü edilen araştırmalarla benzerdir.

Kanser bakımından bir başka önemli risk faktörü de sağlıksız beslenme ve obezitedir. TNSA-2013 çalışmasında 15-49 yaş kadınların % 55'inin VKİ'inin 25'in üzerinde; % 27'sinin de obez olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre; eğitim ve hanehalkı refah düzeyi yükseldikçe VKİ azalmaktadır (61). Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre; 15 yaş üzeri kadınların yaklaşık 1/3'ü fazla kiloludur ve 1/4'ünün VKİ'si 30 ve üzerindedir (72). Edirne'nin iki mahallesinde yürüttüğümüz bu çalışmada; Fatih Mahallesi'nde VKİ'si 30 ve üzerinde olan kadın oranı % 15,0 iken, Menzilahır'de bu oran Fatih Mahallesi'nin iki katından fazladır (% 32,4). Konuyla ilgili literatürde olduğu gibi düşük SED'li bölgede obezite fazladır. Bunun olası nedenleri; eğitim ve gelir düzeyinin düşük olmasıyla ilişkili olarak egzersiz yapma bilinç ve geleneğinin gelişmemiş olması ve aynı nedenlerle sağlıksız beslenme olabilir.

Düşük SED, sağlık algısını etkileyen önemli değişkenlerden biridir. Konuyla ilgili olarak Cavelears ve ark.'nın (62) 11 batı Avrupa ülkesinde 25-69 yaş kadınlarda gerçekleştirdikleri çalışmalarında genel sağlık algısının iyiden kötü olma sıklığını; İngiltere'de % 37,7, İspanya'da % 38,7, Finlandiya'da % 41,5, Almanya'da % 55,7 olarak saptamışlardır. Belek (55) Antalya'da yaptığı çalışmada algılanan sağlık düzeyi iyiden kötü olan kadınların oranını % 40,3 olarak açıklamıştır. Bütün bu çalışmaların ortak yönü; neredeyse her 3 kadından birinin genel sağlığını iyiden kötü tanımlamalarıdır.

Bizim sonuçlarımız da yukarıdaki çalışmalarla benzerdir. Araştırma kapsamına alınan her üç kadından en az biri sağlık algısını kötü olarak tanımlamışlardır. Bu oran yüksek SED'li kadınları temsilen seçilen Fatih Mahallesi'nde % 38 iken düşük SED'li kadınları yansıtan Menzilahır'de % 53'tür. Benzer biçimde ruhsal sağlık algısı iyiden kötü olanların oranı da Menzilahır'de daha fazladır.

Daha erken evrede yakalanabilmesi, tedavi seçeneklerine ulaşılabilmesi ve mortalitenin azaltılabilmesi nedeniyle kanserde erken tanı oldukça önemlidir (73).

O'Malley AS ve ark. (74) kapsamlı, erişilebilir ve güçlü bir hasta hekim ilişkisini içeren birincil bakım olanakları sunulan kadınların, güç sosyoekonomik koşullar altında bile daha

yüksek oranda kanser taraması yaptıracağını ileri sürmüştür. Çalışmalarında birinci basamak sağlık sunucusuna ve sağlık sigortasına sahip olmak kanser tarama programlarına katılmayı kolaylaştırıcı bir etmen olarak saptanmıştır.

O'Malley AS ve ark.'nın (74) Amerika'da sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede yaptıkları bu çalışmalarında; katılımcıların % 75'inin düzenli pap smear, % 66'sının klinik meme muayenesi, % 65'inin mamografi ve % 29'unun dışkıda gizli kan testi yaptırdıkları saptanmıştır.

Açıkgöz ve ark.'nın (69) 2010 yılında İzmir'in Balçova ilçesinde yaptıkları çalışmada kadınların % 44'ünün hiç mamografi ve pap smear yaptırmadığı, yalnızca on kadından birinin kolonoskopi yaptırdığı ortaya konulmuştur. Aynı çalışmaya göre; 50-59 yaş grubundaki kadınlar ve sağlık güvencesi olanlar daha fazla mamografi çektirmiştir. Lise ve üzeri eğitime sahip olanlarda, evli olanlarda ve serviks kanseri konusunda bilgi sahibi olanlarda pap smear yaptırma davranışının daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların sosyoekonomik ve sağlıkla ilgili olan özellikleri ile daha önce kolonoskopi yaptırma davranışı arasında ise bir ilişki saptanamamıştır.

2013 yılında yayınlanana Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda; dışkıda gizli kan ve kolonoskopi incelemelerinin her iki cinsiyette yapılma oranlarının % 5'in altında olduğu, araştırmaya katılan 40 yaş üstü her dört kadından yalnızca birinin servikal smear ve mamografi yaptırdığı saptanmıştır (17).

Özen ve ark. (75) 2010 yılında Kayseri'de yaptıkları çalışmalarında; üniversiteye yeni başlayan kadınların % 86,7'sinin o güne kadar KKMM yapmadıklarını saptamışlardır. KKMM muayenesi yapmayan kadınların yarısı yakınmaları olmadığını ve dolayısıyla da buna gereksinim duymadıklarını gerekçe gösterirken, yine yarısından fazlası istemelerine rağmen nasıl yapıldığını bilmediklerini gerekçe göstermişlerdir. Yine çoğu meme kanseri risk faktörleri ve hastalığın belirtileriyle ilgili bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.

Edirne Merkez ilçedeki iki mahallede yürüttüğümüz bu çalışmada; yüksek SED'li Fatih Mahallesi'nde yaşayan kadınların yaklaşık yarısının kanser erken tanı veya taramasına yönelik en az bir kez herhangi bir tetkik yaptırdıkları saptanmıştır. Düşük SED'li Menzilahır Mahallesi'nde bu oran 1/3'tür ve yaptırdıkları tetkikler içinde mamografi ilk sıradadır. Meme kanseri erken tanısı-kuşkusu bakımından önemli olan KKMM yapma oranı ise Fatih'te % 30, Menzilahır Mahallesi'nde % 11'dir. Çalışmamızda tetik yaptırma nedenleri arasında doktor önerisi öne çıkmaktadır (% 60). Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde; sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan Menzilahır Mahallesi'nde kanser erken tanı ve tedavisine yönelik tetkik

yaptırma oranları daha düşüktür. Bunun olası nedeni; düşük SED'in kanser erken tanısıyla ilgili bilgi ve tutuma, dolayısıyla da davranışa olumsuz yansımasıdır.

Sosyoekonomik farklılıkların azaltılması, kişilerin risklerini doğru algılama ve değerlendirme, bunun sonucu olarak da doğru sağlık davranışları geliştirmelerine yardımcı olabilmektedir. Bu nedenle kanser riski hakkındaki belirsizliğin kanser önleme davranışlarında daha düşük katılım seviyeleri ile ilişkili olabileceği akla yatkındır (40).

Yapılan çalışmalar insanların önemli bir bölümünün kanser riski konusunda yeterli bilgiye ve tutuma sahip olmadıklarını göstermektedir. Birçok çalışma kanser risk algısını sorgularken, katılımcının kansere yakalanma riski konusundaki belirsizliğini ifade eden "bilmiyorum" yanıtına yer vermemektedir (40). "Bilmiyorum" yanıtı; eğitim, gelir, etnisite, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve sağlıkta eşitsizliklerden etkilenebilmektedir (40,76). ABD'de yapılan iki çalışmada; nüfusun % 6,9 ve % 9,5'inin, anketlerde "bilmiyorum" cevabına yer verilmemesine karşın katılımcıların kolorektal ve meme kanseri riskini bilmediklerini ifade ettiğini göstermiştir (76,77). Waters ve ark.'nın (76) düşük gelirli, etnik farklılığı olan ve esasen göçmen nüfusa hizmet veren bir klinikte yürüttükleri çalışmalarının analizine göre, hastaların % 50-70'i kolorektal kanser riski konusunda "emin değilim" yanıtını seçmiştir. Bizim çalışmamızda da kadınların tüm yaşamları boyunca kanser olma risklerini değerlendirmeleri istendiğinde; her iki bölgede de katılımcıların üçte birinden fazlası "fikrim yok" yanıtı vermişlerdir.

Yürüttüğümüz çalışmada, yaşamı boyunca kanser riskinin diğer insanlardan daha yüksek olduğu düşünenlerin oranı sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bölgede % 14,8, düşük olanda % 23,1 dolayındadır. Kanser riskinin çoğu insandan düşük olduğunu düşünenlerin oranı ise Fatih Mahallesi'nde %11, Menzilahir'de %7,7'dir.

Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Türk Halkının Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi ve Araştırılması çalışmasında katılımcılara kanserle ilgili en önemli bilgi kaynakları sorulduğunda birinci sırayı televizyon (% 68,8), ikinci sırayı komşu-akraba (% 40,1), üçüncü sırayı gazete-derginin aldığı, bunu sağlık personellerinin izlediği (% 20,6) anlaşılmıştır (78). Özen ve ark.'nın (75) Kayseri'de üniversiteye yeni başlayan genç kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada da meme kanseri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten katılımcıların % 29'u medyayı, % 11,8'i sağlık çalışanlarını kaynak göstermiştir.

Christou ve Thompson (79) da GGK ve tarama programları hakkındaki farkındalığı ve bilgi düzeyini düşük buldukları çalışmalarında, kaynak olarak ilk sırada medyayı saptamış, bilgi düzeyinin artmasının tarama davranışını olumlu yönde değiştirdiğini belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızda yukarıdaki çalışmalardan farklı olarak katılımcıların yarısından fazlası kanser erken tanı ve tarama yöntemleri ve hizmetleriyle ilgili bilgilerine birinci sırada sağlık çalışanlarını kaynak göstermişlerdir. Bunu sırasıyla medya ve akraba-komşu izlemektedir. Bu bulgunun ve/veya farklılığın olası nedeni Edirne halkının sağlık kuruluşlarına erişimlerinin fazla ve kolay olması olabilir. Sonuçlarda ya da kaynaklarda farklılıklar olsa da tüm çalışmalar; kanser erken tanı ve tarama yöntemleri ve hizmetleriyle ilgili bilgiye erişimin olumlu tutum ve davranış geliştirmede son derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Önemli olan bu bilgilerin doğruluğu ve konuyla ilgili sağlık hizmetlerine erişimin kolay olmasıdır.

Özen ve ark. (75) çalışmalarında katılımcıların önemli bir bölümünün meme kanseri risk faktörleri ve hastalığın belirtileriyle ilgili, Kalkım ve ark. (80) da benzer bir çalışmada katılımcıların kolorektal kanser riskleri ve erken tanısı konularında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve bu nedenle de erken tanı uygulamalarına başvurmadıklarını saptamışlardır.

Eğitim ve gelir düzeyinin görece yüksek olduğu toplumlarda konuyla ilgili bilgi düzeyinin oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Örn. Christou ve Thompson'ın (79) 2009-2010 yılları arasında Avustralya'da yaptıkları çalışmaya göre; katılımcıların yaklaşık % 80'i fazla kilolu olmanın, sigara içmenin, yetersiz fiziksel aktivitenin, aşırı alkol tüketiminin ve beslenme biçiminin kolorektal kanser riskini arttırdığını bildiklerini belirtmişlerdir.

Bizim Edirne'de yürüttüğümüz bu çalışmada da sonuçlar, yüksek SED'li ülkelerde yürütülen çalışmalara yakındır. Katılımcıların neredeyse % 94'ü sigaranın, % 87'si alkol kullanma alışkanlığının, % 76'sı obezitenin ve % 70'i yetersiz fiziksel aktivitenin kanser riskini artırdığını ifade etmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimine sahip olmak, özellikle aile ve toplum sağlığının önemli bileşenlerinden olan kadınlar için ayrıca önemlidir. Yapılan araştırmalar; gelirin, ekonomik durumun, yaşanılan mahallenin ve hanede yaşayan kişi sayısı gibi değişkenlerin, kısacası sosyoekonomik belirleyicilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini ortaya koymuştur. Özellikle kadınların, ilköğretim mezunlarının, ekonomik durumunu kötü algılayanların ve sağlık güvencesi olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (81).

Altıparmak ve Kutlu'nun (53) Manisa'da 15–49 yaş grubu kadınlarda yürüttükleri çalışmada; SYBD (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı) ölçek toplam puan ortalamasını 113, Türkol'un (82) 2012 yılında İnönü Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan asistanlarda yaptığı tez çalışmasında kadın asistanların 117, Özen ve ark.'nın (75) Kayseri'de genç kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada 121, Tokuç ve Berberoğlu'nun (83) Edirne'de ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde yaptığı çalışmada kadınların SYBD toplam ölçek puanı 136 olarak

hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda 130 hesapladığımız SYBD ölçek toplam puanı; Manisa, Malatya ve Kayseri çalışmalarından oldukça yüksektir. Bizim araştırmamızın amaçları bakımından önemli olabilecek bir başka değerlendirme ise SYBD ölçek puanının SED'den etkilenip etkilenmediğidir. Literatür taramasında ulaştığımız Koçoğlu ve Akın'ın (81) Konya kent merkezinde yaptığı çalışmasında; sosyoekonomik düzeyi farklı iki mahalleden elde edilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanının SED'den etkilendiği, SED'i yüksek olanların daha yüksek ölçek puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür.

Bizim çalışmamızda da benzer biçimde; sosyoekonomik düzeyi daha yüksek olan Fatih Mahallesi'nin SYBD ölçek puan ortalaması Menziahir'den daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla 134,6 ± 20,4; 119,2 ± 19,0). Alınan puanlar ölçek alt puanları bakımından da değerlendirildiğinde; Menzilahır Mahallesi'ndeki katılımcıların "kişilerarası destek alt ölçek puanı" dışındaki alt başlıklarda daha düşük puana sahip oldukları görülmüştür.

Hem bizim hem de literatürdeki öteki çalışmaların tamamında en düşük alt ölçek puanı "fizik aktivite" puanıdır (53,75,82,83). Tüm çalışmalardaki en yüksek alt ölçek puanı alanı ise "kendini gerçekleştirme" alt başlığıdır. Bizim çalışmamızda Fatih Mahallesi'nde yaşayan kadınların en yüksek alt ölçek puanı "kendini gerçekleştirme" alanı iken Menzilahır'de "kişilerarası destek" alt ölçeğidir.

Bizim çalışmamızda; yaşanılan mahallenin 5 yıllık ve yaşam boyu kansere yakalanma riskine dair algının; kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme gibi alt ölçek puanlarını etkilemediği görülmüştür.

Tanı ve tedavide gecikme, hastalık ilerlemesine ve hayatta kalma oranının düşmesine neden olabileceğinden, oldukça önemli bir konudur. Risk algısının, kanserden koruyucu davranışların benimsenmesinde motive edici bir faktör olduğu düşünülmektedir (84). İnsanların kişisel özellikleri, kanser riski konusundaki tutumlarının belirsizliği de kanserden korunma davranışına düşük katılımla ilişkili olabilmektedir (40,84). Tersine endişe sahibi olmanın yüksek riskli hastalarda tarama davranışlarını olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir (8).

Attari MS ve ark. (34) meme kanseri hastalarında morbidite ve mortalitenin en önemli nedeninin yardım aramadaki gecikmeler olduğunu ileri sürmektedir. Meme kanseri olan 120 İranlı kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada; kadınların meme kanseri algılarındaki farklılıkların yardım aramayı geciktirdiği sonucuna varmışlardır.

Kim SE ve ark. (32) yaşları 50 ila 80 arasında değişen 1160 kadın katılımcıyla yaptıkları çalışmada yüksek kanser risk algısı, kolon kanseri taramasıyla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Kanser hakkında bilgi eksikliği, risk faktörlerinin yanlış anlaşılması veya tarama kılavuzları ve kanser riskinin yanlış algılanışı da taramayı etkileyebilmektedir. Adı geçen

çalışmada pozitif aile öyküsüne sahip olmak meme ve kolon kanseri için yüksek risk algısıyla pozitif ilişkili bulunmuştur. Sağlığının kötü olduğunu ifade etmek ise meme, serviks ve kolon kanseri için daha yüksek bir risk algısı ile ilişkili bulunmuştur. Hanehalkı geliri yüksek olanların serviks kanseri risk algısının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, sigorta kapsamı algılanan risk ile ilişkili bulunmamıştır (32).

Hoffman-Goetz ve ark.'nın (85) çalışmasında sağlık algısının çok iyi olması; kanser hakkında endişe olasılığının ve kanser riskinin yüksek olduğu inancının azalması ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, ailede kanser öyküsü olması kanser risk algısının artmasına, artmış algılanan risk de kanser taramasında artışla ilişkilendirilmiştir.

Bizim çalışmamızda ise beş yıllık ve yaşam boyu kanser risk algısı sosyoekonomik düzeyi yüksek olan Fatih Mahallesi'nde oturan kadınlarda erken tanı ve tarama amacıyla başvuruda bulunanlarda anlamlı derecede yüksekken, hem Menzilahır'de hem de mahallelere göre tabakalandırma yapıldığında risk algısının erken tanı ve tarama davranışında anlamlı bir değişiklik yapmadığı görülmüştür. Araştırmamızda ortaya çıkan bir başka önemli bulgu ise; ailesinde kanser öyküsü olanlarda ve kanserli bir yakınına bakım verme öyküsü olanlarda ve kanserle ilgili daha önce bilgilendirilmiş olanlarda kanser erken teşhis ve taramaya yönelik tetkik yaptırma durumunun daha fazla olduğu bulgusudur.

Konuyla ilgili literatür irdelendiğinde; cinsiyet, yaş, aile öyküsü ve eğitim seviyesi gibi birçok faktörün kanser risk algısını etkilediği anlaşılmaktadır (84). Örn. Tilburt ve ark. (8) 2011 yılında yaptıkları bir sistematik analizde; yaş, ırk/etnisite ve eğitim düzeyi gibi demografik faktörlerin risk algılamasında rol oynayabileceğini; ailede kanser öyküsünün, daha önce tanı ve tarama testi yaptırmanın ve genç olmanın kanser risk algısıyla ilişkili olabildiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca hastalığın önlenebilirliği ve ciddiyeti hakkındaki inançları gibi bilişsel faktörler de risk algısı açısından önemli olabilmektedir.

Gonzales AA ve ark. (9) 40 yaş ve üzeri 182 Amerikan yerlisini değerlendirdikleri çalışmalarında ise; aile üyelerinde kanser öyküsü olanların kanser risk algılarını diğer katılımcılara göre beş kat yüksek saptamışlardır. Yaş ve ailede kanser öyküsü için düzeltme yapıldıktan sonra ise, kanser risk faktörleri bilgi düzeyi ve kanseri önleme konusundaki tutumlarıyla risk algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Çalışmamızın bu konuyla ilgili bulguları literatür ile benzerdir. Ayrıca, kanser tanısı konulan akraba sayısı birden fazla olanların, bedensel ve ruhsal sağlık algısı iyiden kötü olanların ve sigara kullananların risk algısı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Edirne Merkez İlçe'de sosyoekonomik düzeyi farklı iki mahallede yürüttüğümüz kesitsel ve tanımlatıcı nitelikteki bu çalışma; kanser mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında

önemli rolü olan taramaların başarılı olabilmesi ve kanserin erken evrede yakalanabilmesi bakımından sosyoekonomik koşulların, hastalıkla ilgili algı ve inançların ve bilgi düzeyinin önemli olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızın sonuçları doğal olarak tüm topluma genellenemez. Ancak, bulgularımızın kanser risk algısı ve belirleyicileriyle ilgili yapılacak toplum tabanlı çalışmalara yardımcı olması bakımından önemli olacağını düşünmekteyiz.

SONUÇLAR

Edirne Merkez ilçeye bağlı farklı iki mahallede yaşayan kadınlarla gerçekleştirilen bu çalışma ile sosyoekonomik ve sosyodemografik değişkenlerin kanser risk algısı, erken tanı ve tarama davranışları, risk faktörleri ve kanser bilgi düzeyinin yanı sıra, sağlıklı bir yaşam biçimi sürdürmeyle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma sonunda elde edilen sonuçlar;

1. Menzilahır Mahallesi'nde oturan kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyleri, Fatih Mahallesindekilerden daha düşüktür.
2. Menzilahır Mahallesi'nde yaşayan kadınların egzersiz yapma alışkanlığı daha azdır.
3. Kadınların sigara içme alışkanlığı her iki bölgede benzer özellik göstermektedir.
4. Pre-obezite ve obezite aralığında olan kadınlar Menzilahır Mahallesi'nde daha fazladır.
5. Fatih Mahallesi'ndeki kadınlar erken tanı ve tarama hizmetine daha çok başvurmuştur.
6. Yaşam boyunca kanser olma risklerinin çoğu insandan düşük olduğunu ifade edenler Fatih Mahallesi'nde daha fazladır.
7. Fatih Mahallesi'ndeki kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt ölçek puanları ile toplam ölçek puanları daha yüksektir. Kişiler arası destek alt ölçek puanı ise Menzilahır'de yaşayanlarla benzerdir.
8. Bu iki mahallenin sosyoekonomik düzey farkı, eğitim düzeyi farkı, son 6 ay içerisinde gelir getirici bir işte çalışma durumları ve hanehalkı tipi kanser risk algısını değiştirmemektedir.
9. Bu iki mahallede yaşayan kadınların sosyoekonomik düzey farkı, düzenli fiziksel aktivite yapma ve alkol kullanma alışkanlıkları kanser risk algısını değiştirmemekte, sigara kullanma alışkanlığı ise kanser risk algısını yükseltmektedir.

10. Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde yaşayıp bedensel sağlık algısını ‘iyiden kötü’ biçiminde ifade edenlerin ve ailede kanser öyküsü olanların risk algısı daha yüksektir.
11. Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde yaşayanların bedensel sağlık algısı, erken tanı ve tarama davranışında bir farklılık yaratmazken, kronik hastalık öyküsü olanlar erken tanı ve tarama yöntemlerinden daha fazla yararlanmıştır.
12. Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde yaşayanların yaşam boyu algılanan kanser riskinin, tarama yöntemlerine başvuru davranışında değişiklik yaratmadığı görülmüştür.
13. Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde yaşayan ve aile öyküsü olanlar ile kanser tanılı yakınına bakım verenler, erken tanı ve tarama hizmetlerinden daha fazla yararlanmıştır.
14. Kanser, erken tanı ve tedavi hizmetleriyle ilgili daha önce bilgilendirilme yapılmayanlar tarama hizmetlerine daha az başvuruda bulunmuştur.
15. Yaşanılan bölgenin sosyoekonomik durumu ve yaşam boyu kanser risk algısının kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kendini gerçekleştirme alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalaması üzerine etkisi yoktur.

Bu sonuçlar çerçevesinde öneriler şöyle sıralanabilir;

1. Kanser risk faktörleri, erken tanı, tarama yöntemleri ve tedavi olanakları hakkında bilgi ve farkındalık eksikliği tanı ve tedavide gecikme nedenlerindendir. Sağlık bilgi düzeyini artırmak için halka yönelik düzenli ve kapsamlı sağlık eğitimleri planlanmalı, kitle iletişim araçları da kullanılarak topluma bu bilgilerin ulaşması sağlanmalıdır.
2. Kanser erken tanı ve tarama olanaklarına ulaşımı artırmak için KETEM gibi hizmet veren kurumların artırılması, bu hizmetlerin KETEM’de ücretsiz verildiğinin anlatılması, aile hekimleri tarafından gerekli yönlendirmelerin daha fazla yapılarak bilgilendirme ve danışmanlık hizmetinin verilmesi gereklidir.
3. Kanserlerin önemli bir bölümü sigara ve alkol kullanımı, fiziksel inaktivite, fazla kilolu/obez olmak ve sağlıksız beslenme gibi davranışsal risk faktörlerine yönelik koruyucu önlemlerle azaltılabilmektedir. Fiziksel ve sosyal çevre, risk etmenlerinden korunmada ve pozitif yönde sağlık davranışı geliştirmede önemli olduğundan, insanların yaşadığı ve çalıştığı ortamların ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi için müdahaleler yapılmalı ve politik önlemler alınmalıdır.
4. Sosyoekonomik ve kültürel farklılıklar risk algısını ve sağlık davranışını etkileyeceğinden, etkin sağlık politikaları oluşturmak için çalışmalar yapılmalı, gelişmelerin takip edilebilmesi amacıyla bu çalışmalar tekrarlanmalıdır.

ÖZET

Kanser tüm dünyadaki en sık ikinci ölüm nedenidir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ölümle sonuçlanmasının yanı sıra ciddi psikososyal ve ekonomik yük de getirmektedir. Kanser için algılanan risk, kanserle ilişkili sağlık davranışlarına yönelik tutumu, uygun zamanda ve biçimde sağlık hizmeti alma olasılığını ve kanserden korunma davranışlarını etkilemektedir. Bu nedenle kanser risk algısı, kanser hastalarında sağlık davranışının önemli bir bileşenidir.

Bu çalışmayla, Edirne Merkez ilçede sosyoekonomik düzeyi farklı iki mahallede yaşayan kadınlarda sosyodemografik değişkenlerin, kanser ve risk faktörleriyle ilgili bilgi düzeyinin; risk algısını ve tarama davranışlarını nasıl etkilediği incelenmiştir.

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olup, Eylül 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında, Fatih Mahallesi'nden 391, Menzilahir Mahallesi'nden 156, toplamda 547 kadınla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, risk algısı ve yaşam biçimi verileri geliştirilen anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılarak toplanmıştır.

Kronik hastalık ve aile öyküsü olanların, 1. derece yakını kanser olanların, kanser hastası olan yakınına bakım verenlerin, düzenli fiziksel aktivite yapanların ve sigara kullananların daha fazla erken tanı ve tarama amaçlı başvuruda bulunduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sosyoekonomik koşulları daha iyi olan Fatih Mahallesi'nde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi ve toplam ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak; daha iyi sosyoekonomik koşulların, ailede kanser öyküsünün, kötü sağlık algısının ve sigara kullanımının kadınların kanser risk algısını artırdığı görülmüştür. Bu nedenle sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirme konusunda farkındalık artırılmalı; hastalıkla ilgili algı ve

inançları, erken tanı ve tedaviye ilişkin tutum ve davranışları etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sosyoekonomik düzey, Kanser risk algısı, Kanser erken tanısı, Sağlıklı yaşam biçimi davranışı.

CANCER RISK PERCEPTION AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOUR IN ADULT WOMEN LIVING IN TWO NEIGHBORHOODS OF DIFFERENT SOCIOECONOMIC LEVELS IN EDİRNE DISTRICT

SUMMARY

Cancer is the second most coomon cause of death worldwide and is an important public health concern. Besides ending up with death, it also causes serious psychosocial and economic burden. Cancer risk perception, effects the cancer-related health behaviors like receiving health service in appropriate time and way and cancer prevention. For this reason, cancer risk perception is an important component of cancer-related health behaviour of individuals.

This study investigates how the socioeconomic variables, the level of knowledge about cancer and risk factors effect the risk perception and screening behaviours in two neighborhoods of different socioeconomic levels.

It is a cross-sectional and descriptive study and was conducted between September 2016 and April 2017, with 391 women from Fatih neighborhood, 156 women from Menzilahır neighborhood, 547 women in total. Sociodemographic characteristics, risk perception and lifestyle data of the participants were collected by using a questionnaire developed by researchers and Healthy Lifestyle Behaviour Scale II.

It was determined that, those who have history of chronic disease and family history, those who have first degree relatives with cancer diagnosis, cancer caregivers, those who perform regular physical activity and smokers referred for early diagnosis and screening more than the

others ($p<0,05$). In Fatih neighborhood whose socioeconomic conditions are more developed, responsibility of health, physical activity, nutrition, self-realization, stress management and total scale points were found to be higher than Menzilahir.

As a result; better socioeconomic conditions, family history of cancer, poor health perception, and smoking have been shown to increase cancer risk perception of women. For this reason, awareness should be raised for developing a healthy lifestyle; studies should be conducted that investigate the perception and beliefs about disease, the factors that effect the attitudes and behaviours related to early diagnosis and treatment.

Key words: Socioeconomic level, Cancer risk perception, Cancer early diagnosis, Healthy lifestyle behaviour

KAYNAKLAR

1. Who Cancer Facts [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 10.08.2017). http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/

2. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017 [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 10.11.2017). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258940/1/9789241513029-eng.pdf

3. Latest World Cancer Statistics [Internet]. International Agency for Research on Cancer World Health Organization (Erişim tarihi: 13.10.2017). https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf

4. Dünya Kanser İstatistikleri [Internet]. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı (Erişim tarihi: 15.08.2017). http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html

5. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D (Editörler). Kanser Atlası. İkinci Baskı. Atlanta, GA: Amerikan Kanser Derneği; 2014.

6. Türkiye Ölüm Nedeni İstatistikleri 2016 [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi: 15.08.2017). http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572

7. Türkiye Kanser İstatistikleri 2014 [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Erişim tarihi: 15.10.2017) http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf:

8. Tilburt JC, James KM, Sinicrope PS, Eton DT, Costello BA, Carey J et al. Factors influencing cancer risk perception in high risk populations: a systematic review. Hered Cancer Clin Pract 2011;9:2. doi:10.1186/1897-4287-9-2.

9. Gonzales AA, Ton TGN, Garroutte EM, Goldberg J, Buchwald D. Perceived cancer risk among American Indians: Implications for intervention research. Ethn Dis 2010;20(4):458-62.

10. Baskin Y, Ellidokuz H. Kadın ve kanser. Turkiye Klinikleri Journal of Public Health-Special Topics 2015;1(1):45-50.

11. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. CA: a cancer journal for clinicians 2015;65(2):87-108.

12. World Cancer Report 2014 [Internet]. International Agency for Research on Cancer World Health Organization (Erişim tarihi: 16.07.2017). http://www.who.int/cancer/publications/WRC_2014/en/

13. Basic Documents [Internet]. World Health Organization 2014 (Erişim tarihi: 25.08.2017). http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf.

14. Özvarış Ş. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011.

15. Öztek Z, Üner S, Eren N. Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. Güler Ç, Akın L (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012:2-21.

16. Bilir N, Erbaydar NP. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kontrolü. Güler Ç, Akın L (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012:1542-56.

17. Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013 (Erişim tarihi: 9.08.2017). https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf

18. Vineis P, Wild CP. Global cancer patterns: causes and prevention. The Lancet 2014;383(9916):549-57.

19. Global Status Report On Noncommunicable Diseases [Internet]. World Health Organization 2010 (Erişim tarihi: 6.11.2017). http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

20. Guide To Cancer Early Diagnosis [Internet]. World Health Organization 2017 (Erişim tarihi: 16.08.2017). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254500/1/9789241511940-eng.pdf

21. Cancer [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 17.12.2017). http://www.who.int/cancer/en/

22. Kim S, Shin DW, Yang HK, Kim SY, Ko YJ, Cho B et al. Public perceptions on cancer incidence and survival: a nation-wide survey in Korea. Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association 2016;48(2):775-88.

23. DSÖ Türkiye'nin 8 Bölge Kanser Verileri [Internet]. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (Erişim tarihi: 17.08.2017). http://kanser.gov.tr/haberler/2145-ds%C3%B6-t%C3%BCrkiye%E2%80%99nin-8-b%C3%B6lge-kanser-verilerini-yay%C4%B1mlad%C4%B1-t%C3%BCrkiye%E2%80%99nin-gururu.html

24. Cancer Incidence In Five Continents Volume XI [Internet]. International Agency for Research on Cancer (Erişim tarihi: 17.08.2017). http://ci5.iarc.fr/CI5-XI/PDF/Asia/479200799.pdf-5

25. World Cancer Declaration [Internet]. The Union for International Cancer 2013 (Erişim tarihi: 17.08.2017). http://www.unicancer.fr/sites/default/files/UICC_WCD_Declaration_Backgrounder_FA_2013.pdf

26. Türkiye Sağlık Raporu 2014 [Internet]. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (Erişim tarihi: 10.05.2017). http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF.

27. Türkiye'de Kanser Kayıtçılığı [Internet]. Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (Erişim tarihi: 19.11.2017). http://kanser.gov.tr/index.php/daire-faaliyetleri/kanser-kayitciligi/108-t%C3%BCrkiyede%20kanser-kayitcigi.html

28. Cancer prevention [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 19.12.2017). http://www.who.int/cancer/prevention/en/

29. Cancer Early Diagnosis [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 19.12.2017). http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/en/

30. Vernon SW. Risk perception and risk communication for cancer screening behaviors: a review. JNCI Monographs 1999;1999(25):101-19.

31. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği [Internet]. (Erişim tarihi: 5.01.2018). http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/10/20081023-12.htm

32. Kim SE, Perez-Stable EJ, Wong S, Gregorich S, Sawaya GF, Walsh JM et al. Association between cancer risk perception and screening behavior among diverse women. Arch Intern Med 2008;168(7):728-34.

33. Yu FQ, Murugiah MK, Khan AH, Mehmood T. Meta-synthesis exploring barriers to health seeking behaviour among malaysian breast cancer patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2015;16(1):145-52.

34. Attari SM, Ozgoli G, Solhi M, Majd HA. Study of relationship between illness perception and delay in seeking help for breast cancer patients based on Leventhal's self-regulation model. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2016;17:167-74.

35. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, Macdonald S, Ramirez AJ. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. British journal of cancer 2009;101 Suppl 2:92-101.

36. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkındaki Yönerge [Internet]. (Erişim tarihi: 2.01.2017). http://www.thsk.gov.tr/dosya/dokumanlar/hsgm-yonerge.pdf

37. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [Internet]. (Erişim tarihi: 24.11.2017). https://www.saglik.gov.tr/TR,10516/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeligi.html

38. Malo TM. Numeracy, cancer risk perceptions, and self-protective behaviors among U.S. adults [Graduate Theses and Dissertations]: University of South Florida; 2011.

39. Fielden HG, Brown SL, Saini P, Beesley H, Salmon P. How do women at increased breast cancer risk perceive and decide between risks of cancer and risk-reducing treatments? A synthesis of qualitative research. Psycho-oncology 2017;26(9):1254-62.

40. Waters EA, Kiviniemi MT, Orom H, Hay JL. "I don't know" my cancer risk: Implications for health behavior engagement. Ann Behav Med 2016;50(5):784-8.

41. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2015 [Internet]. T. C. Sağlık Bakanlığı (Erişim tarihi: 25.08.2017). http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf

42. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 [Internet]. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Erişim tarihi: 25.08.2017). http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf

43. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2017: Monitoring Tobacco Use And Prevention Policies [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 28.12.2017). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf?ua=1&ua=1

44. Sağlık İstatistkleri Yıllığı 2016 [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı (Erişim tarihi: 26.10.2017). https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0

45. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan AG, Stevens GA, Ezzati M et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. The Lancet Oncology 2015;16(1):36-46.

46. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Erişim tarihi: 26.12.2017). http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/turkiye_sagliklibeslenme_ve_hareketli_hayat_programi.2014_2017.pdf

47. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014 [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 26.08.2017). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1

48. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu [Internet]. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Erişim tarihi: 26.12.2017).

49. Global Burden Of Cancer In Women [Internet]. American Cancer Society (Erişim tarihi: 6.12.2017). https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html

50. Yardım M, Özcebe H. Ankara ili Çankaya ilçesinde 25 yas ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyoekonomik farklılıklar. Ege Tıp Dergisi 2010;49(1):19-30.

51. Özvarış BŞ. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Güler Ç, Akın L (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012:1676-98.

52. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-13.

53. Altiparmak S, Kutlu KA. 15–49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009;8(5):421-6.

54. Uğur GH, Avci Aİ. Kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi. Gümüşhane University Journal of Heath Sciences 2015;4(2):244-58.

55. Belek İ. Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eşitliksizlikler Antalya'da bir alan araştırması. Toplum ve Hekim 1998;13(4):292-9.

56. Belek İ. Sağlıkta eşitsizliklerin değişimi Antalya'da beş yıllık bir araştırma. Toplum ve Hekim 2004;19(2):92-100.

57. Lwanga SK, Lameshow,S. (Çeviri: O. Hayran) Sağlık araştırmalarında örneklem büyüklüğünün belirlenmesi pratik el kitabı. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 1993.

58. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II](Adult version). 1995.

59. World health statistics 2017: Monitoring Health For The Sustainable Development Goals [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 2.01.2018). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf

60. Bilir, N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25(3):1-6.

61. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 [Internet]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Erişim tarihi: 27.04.2016). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

62. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. Journal of Epidemiology and Community Health 1998;52(4):219-27.

63. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F, Geurts JJM. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The Lancet 1997;349(9066):1655-9.

64. Aile Yapısı Araştırması 2016 [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi: 28.11.2017). http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21869

65. İşgücü İstatistikleri 2015 [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi: 28.08.2017). http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21567

66. Marmot M. The influence of income on health: Views of an epidemiologist. Health Affairs 2002;21(2):31-46.

67. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. World Health Organization (Erişim tarihi: 28.11.2017). http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/

68. Bayrak U, Gram E, Mengeş E, Okumuş GZ, Sayar HC, Skirejelj E ve ark. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konsundaki bilgi ve tutumları. DEÜ Tıp Fakultesi Dergisi 2010;24(3):95-104.

69. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011;25(3):145-54.

70. Ekici E, Utkunalp N. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3(3):136-9.

71. Karlıkaya C, Deveci S, Ekukulu G. Smoking prevalence and quit rates in Edirne. FÜSağBilTıp Derg 2009;23(1):25-9.

72. Türkiye Sağlık Araştırması, 2016 [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi: 28.11.2017). www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24573

73. Al-Sakkaf KA, Basaleem HO. Breast cancer knowledge, perception and breast self-examination practices among Yemeni women: an application of the health belief model. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2016;17(3):1463-7.

74. O'Malley AS, Forrest CB, Mandelblatt J. Adherence of low-income women to cancer screening recommendations: The roles of primary care, health insurance, and HMOs. Journal of General Internal Medicine 2002;17(2):144-54.

75. Ozen B, Zincir H, Erten ZK, Ozkan F, Elmali F. Knowledge and attitudes of women about breast cancer, self breast examination and healthy life style behaviours. The Journal of Breast Health 2013;9(4):200-4.

76. Waters EA, Hay JL, Orom H, Kiviniemi MT, Drake BF. "Don't know" responses to risk perception measures: implications for underserved populations. Med Decis Making 2013;33(2):271-81.

77. Waters EA, Klein WM, Moser RP, Yu M, Waldron WR, McNeel TS et al. Correlates of unrealistic risk beliefs in a nationally representative sample. J Behav Med 2011;34(3):225-35.

78. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması. J Turk Soc Obstet Gynecol 2011;8(1):57-61.

79. Christou A, Thompson SC. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians. BMC public health 2012;12(1):528.

80. Kalkım A, Dağhan Ş, Taşkın C. Yaşlı bireylerin kolorektal kanserin riskleri ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin ve bu kanserle ilişkili risklerinin incelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;5(3):88-93.

81. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. DEUHYO ED 2009;2(4):145-54.

82. Türkol E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakultesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Ruhsal Sağlık Durumu [Uzmanlık tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.

83. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. Kor Hek 2007;6(6):421-6.

84. Santos EM, Lourenco MT, Rossi BM. Risk perception among Brazilian individuals with high risk for colorectal cancer and colonoscopy. Hered Cancer Clin Pract 2011;9:4.

85. Hoffman-Goetz L, Meissner HI, Thomson MD. Literacy and cancer anxiety as predictors of health status: an exploratory study. J Cancer Educ 2009;24(3):218-24.

EKLER

Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/210	
	PROTOKOL ADI	Edirne Merkez İlçede Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Mahallede Yaşayan Erişkin Kadınlarda Kanser Risk Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Galip EKUKLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 15/15**	**Tarih:07.09.2016**	
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Serap BAYSAL'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate almarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	H	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	H	
Prof. Dr. Hasan UMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	—
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. Vedat UĞUREL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E	H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E	H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E	H	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E	H	

Ek-2

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZLEME VE DEĞERLENDİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
02/11/2016 09:46 - 18836265 - 806.01.03 - E.623
0003251109

T.C. Sağlık Bakanlığı EDİRNE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 18836265-806.01.03
Konu : Prof.Dr. Galip EKUKLU'nun Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA
EDİRNE

İlgi : 27/10/2016 tarihli ve 59873402-E.42864 sayılı yazı.

Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığının ilgi sayılı yazısında; Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Galip EKUKLU'nun yürütücülüğünü yaptığı ve Arş. Gör. Dr.Serap BAYSAL' ın "Edirne Merkez İlçede Sosyo-ekonomik Düzeyi Farklı İki Mahallede Yaşayan Erişkin Kadınlarda Kanser Risk Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı" başlıklı tez çalışması hakkında izin talebi yer almaktadır. İlgi sayılı yazı ekinde alınan tez çalışmasına ilişkin bilgi ve belgeler ekte sunulmuştur.

Söz konusu tez çalışması için gerekli iznin verilmesi hususunu tensiplerinize arz ederim.

Dr.A.Muhsin KİŞİOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Ek: Tez Çalışması Belgeleri (40 Sayfa)

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2016
Şenol Levent ELMACIOĞLU
Vali Yardımcısı

Belgenin Aslı Elektronik İmzalıdır.

O L U R
.../.../2016

Günay ÖZDEMİR
Vali

Muhammet Yasin ELKAS
Evrak Kayıt Memuru

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü / Barutluk Mah. Arnavut Köy Cad. Toki 1. Kısım EDİRNE
Suzan S. / suzan.soz@saglik.gov.tr / Tel : 0 284 226 84 43

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 71268d09-1648-430d-b8de-2751cf620514 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3

EDİRNE MERKEZ İLÇEDE SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ FARKLI İKİ MAHALLEDE YAŞAYAN ERİŞKİN KADINLARDA KANSER RİSK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI

Değerli katılımcı; bu araştırma, Edirne merkez ilçede sosyoekonomik düzeyi farklı iki mahallede yaşayan erişkin kadınlarda kanser risk algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışını belirlemek için yapılmaktadır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olması için tüm soruların ve ölçekteki tüm maddelerin boşluk bırakılmadan cevaplanmasını rica ederim. Araştırmada kişisel bilgiler kullanılmayacak olup elde edilen bilgiler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ederek verdiğiniz katkı için teşekkür ederim.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KANSER RİSK ALGISI SORU FORMU

1. Yaşınız:

2. Kaç yıl öğrenim gördünüz:……..yıl
En son mezun olduğunuz okulu belirtiniz:
a)Okur yazar değil b)Okur yazar
c)İlkokul mezunu d)Ortaokul mezunu
e)Lise mezunu f)Üniversite mezunu

3. Medeni durumunuz:
a)Evli b)Bekar
c)Ayrı yaşıyor d)Boşanmış
e)Eşi ölmüş
3. sorunun cevabı evli ise, kaç yaşında evlendiniz?.....

4. Çocuğunuz var mı?
a)Evet b)Hayır
Cevabınız EVETSE ilk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız? .....
Cevabınız EVETSE kaç çocuğunuz var, yazınız: ……

Çocuğunuzu hiç emzirdiniz mi?
a)Evet b)Hayır
Çocuğunuzu emzirdiyseniz kaç ay emzirdiniz? Her çocuk için ayrı ayrı yazınız.
1.Çocuk:…….ay 2.Çocuk:…….ay
3.Çocuk:…….ay Diğer…….

5. Mesleğinizi yazınız:…….

6. Son 6 ay içinde yaptığınız gelir getirici işteki konumunuz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır, işaretleyiniz. (lütfen yan tarafına ayrıntılı olarak da yazınız)
a) Ücretli/aylıklı çalışan-işçi…….
b)Ücretli/aylıklı çalışan-memur ……..
c)Kendi hesabına çalışıyor/işçi çalıştırmıyor……..
d)Kendi hesabına çalışıyor, yanında…….. işçi çalıştırıyor…….
e)İş buldukça/mevsimlik çalışıyor……
f)Emekli, Emeklilik öncesi yaptığı iş…….
g)Ev hanımı
h)İşsiz
ı)Diğer……..

Bekarsanız 7, 8 ve 9. soruyu atlayıp 10. sorudan devam ediniz.

7. Evliyseniz eşiniz kaç yıl öğrenim gördü?.....yıl

Evliyseniz eşinizin en son mezun olduğu okulu işaretleyiniz:

a)Okur yazar değil b)Okur yazar

c)İlkokul mezunu d)Ortaokul mezunu

e)Lise mezunu f)Üniversite mezunu

8. Evliyseniz eşinizin mesleğini lütfen ayrıntılı olarak yazınız:…….

9. Evliyseniz eşinizin son 6 ay içinde yaptığı gelir getirici işteki konumu aşağıdakilerden hangisine uymaktadır, işaretleyiniz. (lütfen yan tarafına da yaptığı işi ayrıntılı olarak da yazınız)

a)Ücretli/aylıklı çalışan-işçi…….

b)Ücretli/aylıklı çalışan-memur ……..

c)Kendi hesabına çalışıyor/işçi çalıştırmıyor……..

d)Kendi hesabına çalışıyor, yanında…….. işçi çalıştırıyor…….

e)İş buldukça/mevsimlik çalışıyor……

f)Emekli, Emeklilik öncesi yaptığı iş…….

g)İşsiz

h)Diğer (lütfen ayrıntılı olarak yazınız)……..

10. Aile tipinizi seçiniz: ……..

a) Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk)

b) Geniş aile (anne, baba ve çocuğun yanı sıra dede, anneanne babaanne gibi büyüklerle yaşanan)

c) Parçalanmış aile (anne ve baba ayrılmış)

11. Yaşadığınız evdeki toplam kişi sayısı kaçtır?……..

12. Ailenizin toplam aylık geliri ortalama ne kadardır?.....

13. Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a)Gelir giderden az b)Gelir gidere denk c)Gelir giderden fazla

14. Sağlık güvenceniz var mı?

a)Var (Varsa nedir? Açıkça yazınız……..)

b)Yok

15. Boyunuz:……

Kilonuz:……

16. Günlük işleriniz dışında fiziksel aktivite yapma alışkanlığınızı nasıl tanımlarsınız?

a)Haftada 0-2 gün en az 30 dakika fiziksel aktivite yaparım

b)Haftada 3-4 gün en az 30 dakika fiziksel aktivite yaparım

c)Haftada 5 günden fazla en az 30 dakika fiziksel aktivite yaparım

d)Fiziksel aktivite yapmıyorum

17. Sigara içiyor musunuz?	**Halen sigara kullanıyorsanız kaç yıldır, günde kaç tane sigara içiyorsunuz?**	**Sigara kullanıp bıraktıysanız kaç yıl, günde kaç tane içtiniz?**
a) Hiç içmedim b) İçiyordum, bıraktım. c) Halen sigara içiyorum.	…….yıldır, günde ……adet sigara içiyorum	……yıl kullandım, günde ……adet sigara içiyordum, bıraktım.

18. Alkol kullanma alışkanlığınızı açıklayınız.	**Alkol kullanıyorsanız kaç yıldır ne sıklıkla alkol tüketiyorsunuz?**	**Alkol kullanıp bıraktıysanız kaç yıl ne sıklıkla alkol tükettiniz?**
a) Hiç kullanmadım b) İçiyordum, bıraktım c) Halen kullanıyorum	a) …….yıldır, günde ……. kadeh içiyorum b) …….yıldır, haftada ……..kadeh içiyorum c) …….y …… n d) …….y …… n	a) …….yıl, günde ……. kadeh içiyordum, bıraktım. b) …… yıl, haftada ……..kadeh içiyordum, bıraktım. c) …….yıl, ayda ……. kadeh içiyordum, bıraktım. d) …….yıl, yılda ……. kadeh içiyordum, bıraktım.

19.Bir hekim tarafından tanısı konmuş düzenli hekim kontrolünü gerektiren diyabet, hipertansiyon, KOAH gibi kronik bir hastalığınız var mı?

a)Var b)Yok

Varsa bu hastalıkları lütfen yazınız: ……

Düzenli hekim kontrolüyle birlikte sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

a)Var b)Yok

Varsa ne ilacı olduğunu lütfen yazınız: ……

20.Son iki hafta içindeki bedensel sağlığınızı genel olarak nasıl algılıyorsunuz?

a)Mükemmel
b)Çok iyi
c)İyi
d)Fena değil
e)Kötü

21.Son iki hafta içinde ruhsal sağlığınızı genel olarak nasıl algılıyorsunuz?

a)Mükemmel
b)Çok iyi
c)İyi
d)Fena değil
e)Kötü

22. Sağlık hizmetlerinden yararlanmanız gerektiğinde bu ihtiyacınızı nereden karşılıyorsunuz?

a)Aile sağlığı merkezi b)Devlet hastanesi
c)Özel hastane d)Özel muayenehane
e) Tıp fakültesi f)Diğer (lütfen yazınız) ……

23.Herhangi bir kanser türünün erken tanısına yönelik daha önce hiç tarama/tetkik yaptırdınız mı?

a)Evet b)Hayır

Yukarıdaki soruya cevabınız HAYIRSA tetkik yaptırmama nedeniniz nedir?

a)Pahalı oluşu
b)Ücretli oluşu
c)Ulaşım güçlüğü
d)Kötü sonuç çıkmasından korkuyorum
e)Taramanın nerede yapılacağını biliyorum
f)Sağlıklıyım, gerek duymuyorum
g)Tarama yaptırmam gerektiğini bilmiyorum
h)Diğer …….

Yukarıdaki soruya cevabınız EVETSE kanser erken tanı ve tarama yöntemlerinden hangilerini yaptırdınız?

a)Meme ultrason b)Kendi kendine meme muayenesi
c)Mamaografi d)Klinik muayene
e)Pap smear (rahim ağzından örnek aldırmak) f)Dışkıda gizli kan
g)Kolonoskopi
h)Diğer(yazınız)…….....

24. Herhangi bir kanser türünün erken tanısına yönelik tetkik yaptırdıysanız bu tarama yöntemine başvurma nedeniniz nedir?

a)Doktor önerisi (Aile hekiminiz mi önerdi?/Uzman hekim mi önerdi?)
b)Tv/medyadan edindiğim bilgiler
c)Arkadaş/komşularımdan edindiğim bilgiler
d)Kanser riskimin olduğu düşüncesi
e) Diğer (Açıklayınız)…….

25.Ailenizde ya da yakınlarınızda (anne, baba, kardeş, hala, teyze, amca, kuzen gibi) kanser tanısı konan birey/bireyler var mı?

a)Evet b)Hayır

Cevabınız EVET ise kanser tanısı konan akrabanızın yakınlık derecesini (anne, baba, teyze, amca gibi) ve tanısı konulan kanser türünü lütfen yazınız:

Yakınlık derecesi:
Kanser türü:

26.Hiç kanser hastası konan aile bireylerinden birine, akrabanıza ya da arkadaşınıza baktınız mı?

a)Evet b)Hayır

27. Önünüzdeki 5 yıl içindeki kanser olma riskinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

a)Çoğu insanla aynı b)Çoğu insandan yüksek
c)Çoğu insandan düşük d)Fikrim yok
Nedenini lütfen ayrıntılı şekilde açıklayınız:……..

28. Tüm yaşamınız boyunca kanser olma riskinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

a)Çoğu insanla aynı b)Çoğu insandan yüksek
c)Çoğu insandan düşük d)Fikrim yok
Nedenini lütfen ayrıntılı şekilde açıklayınız:……..

29.Aile hekiminiz var mı? Kim olduğunu biliyor musunuz?

a)Aile hekimine kayıtlıyım ve kim olduğunu biliyorum.
b)Aile hekimim yok, kayıtlı değilim.

30.Kanser taraması için hiç KETEM'e (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) yönlendirildiniz mi?

a)Evet b)Hayır

Cevabınız EVETSE sizi KETEM'e kim yönlendirdi?

a)Aile hekimim b)Uzman doktor
c)Televizyondan duydum d)Arkadaş/komşu/akraba gibi yakınlarım
e)İnternet f)Gazete dergilerde okudum
g)Diğer……

31. Kanser erken tanı ve tedavi hizmetleriyle ilgili hiç bilgilendirildiniz mi?

a)Evet b)Hayır

Cevabınız EVETSE bu bilgiyi kimden aldınız?

a)Sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe) b)Televizyon/radyo
c)Arkadaş/komşu d)İnternet
e)Gazete/kitap/dergi f) Diğer……..

32.Kanser erken tanı ve tedavi hizmetleriyle ilgili bilgilendirilmek ister miydiniz?

a)Evet b)Hayır

Cevabınız EVETSE bu bilgiyi kimden almak isterdiniz?

a)Sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe) b)Televizyon/radyo

c)Arkadaş/komşu d)İnternet

e)Gazete/kitap/dergi f) Diğer……..

Cevabınız HAYIRSA nedenini lütfen açıklayınız……..

33. Aşağıda sıralanan faktörlerin kanser olma riskini artırdığını düşünüyor musunuz?

	EVET	**HAYIR**	**BİLMİYORUM**
İleri yaş			
Sigara içme			
Alkol kullanma			
Yetersiz fiziksel aktivite/hareketsizlik			
Aşırı kilolu olmak/obezite			
Cildin güneşin zararlı etkilerine maruz kalması			
Ailede kanser varlığı			
Stres			
Hava kirliliği			
Virüs ve bakterilerle oluşan enfeksiyonlar			
İçme suyunun kirliliği			
Radyasyon			
Meyve sebze ve tahıllı gıdaları yetersiz tüketmek			
Kırmızı ve işlenmiş etten zengin beslenme			
Yağlı yiyecekleri fazla tüketmek			

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyet tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımda uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				