

## Ailede Kansere Öyküsü ve Algılanan Kansere Riski, Kansere Korunma Davranışları ile İlişkili mi?

Özge KARADAĞ ÇAMAN<sup>a</sup>, Nazmi BİLİR, Hilal ÖZCEBE

Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü, Ankara, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Dünya Sağlık Örgütü raporlarında kanserlerin en az üçte birinin önlenilebileceği bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, ailede kansere öyküsünün ve bireysel kansere riski algısının, birincil ve ikincil koruma kapsamında kansere korunma davranışları ile ilişkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma grubunu, Ankara'da bulunan Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerine (KETEM) 2010 yılının Ekim-Kasım ayları içinde ilk defa başvuran 332 kadın oluşturmaktadır. Karma veri toplama yönteminin (anket formları, tıbbi kayıtlar, odak grup görüşmeleri) kullanıldığı çalışmada, niceliksel verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, Fisher'in kesin ki-kare testi, McNemar'ın ki-kare testi, Bowker'in simetri testi ve bağımlı gruplarda t-testi, niteliksel verilerin analizinde görünür/açık içerik analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %55,4'ünün ailesinde kansere öyküsü bulunmakta, %26,8'i kansere yakalanma ihtimalinin çoğu insandan daha yüksek olduğunu düşünmektedir. KETEM'e başvurmadan önce kansere erken tanısına yönelik tetkik yaptırma durumu, KETEM başvurusu sonrasında sağlık davranışlarında olumlu değişim durumu ve KETEM'de gelecekteki taramalara düzenli katılma konusundaki yaklaşım, ailede kansere öyküsü ve algılanan kansere riski ile ilişkili bulunmamıştır (p>0,05).

**Sonuç:** Çalışmanın bulguları, KETEM hizmetlerinde bireysel risk değerlendirmesi ile kansere açısından daha riskli grupların belirlenmesi ve bu grupların taramalara düzenli katılmaları ve sağlıklı davranışlara yönlendirilmeleri konusunda kanıt dayalı eğitim hizmetleri ve bireysel danışmanlığı da içeren daha geniş kapsamlı müdahalelerin gerekliliğine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kansere, Risk, Aile, Tarama, Davranış Değiştirme.

### ABSTRACT

#### Are Family History of Cancer and Perceived Cancer Risk Associated with Cancer Preventive Behaviors?

**Objective:** According to the World Health Organization, at least one third of cancers can be prevented. This study aimed to assess the associations between family history of cancer and individual cancer risk perception with cancer preventive behaviors, within the scope of primary and secondary prevention.

**Material and Method:** The study group included 332 women, who had attended Cancer Early Diagnosis, Screening and Education Centers (CEDSEC) in Ankara for the first time in October-November, 2010. A mixed methods design (surveys, medical records, focus groups) was used for data collection. Descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, McNemar's chi-square test, Bowker's test for symmetry, and the paired samples t-test were used for quantitative data analysis, whereas, manifest content analysis was used for qualitative data.

**Results:** Of the participants, 55.4% had a family history of cancer, and 26.8% perceived their risk of developing cancer as high. Family history of cancer and perceived cancer risk were neither associated with cancer early detection test uptake, nor with positive health behavior change after service use or with the desire to attend screenings on a regular basis (p>0.05).

**Conclusion:** The study findings indicate the need for wide-ranging interventions within the scope of CEDSEC services, including assessment of individual risks and risk groups regarding cancer, as well as evidence-based training and individual counseling services to motivate these groups with respect to attending cancer screenings and adopting healthy behaviors.

**Key Words:** Cancer, Risk, Family, Screening, Behavior modification.

**K**ansere, dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biri olması nedeniyle önemi artan bir küresel sağlık sorunudur. Dünya Kansere Raporu'na (2014) göre, 2012 yılında dünyada 14 milyon yeni kansere vakası ve 8,2 milyon ölüm bildirilmiştir (1). Projeksiyonlar 10 yıl içinde dünyada 22 milyon yeni kansere vakası ile kansere bağlı ölümlerin 13 milyon kişiye ulaşacağını göstermektedir (1-3). Sağlık Bakanlığı'nın verilerine (2009) göre ülkemizde yaklaşık 161.000 yeni kansere vakası ile 100.000 ölüm görülmüştür (4).

Dünya Sağlık Örgütü, kanserlerin en az üçte birinin önlenilebileceğini bildirmektedir (5). Kansere kontrolünde birincil koruma, halen en maliyet etkili strateji olmayı sürdürmektedir (5). Kansere kontrolünde ikincil koruma da maliyet etkili olup, kansere gelişiminde yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin yanı sıra genetik yatkınlığın rolünün de olması, ikincil korumanın önemini artırmaktadır (3).

Türkiye'de Ulusal Kansere Kontrol Programı

<sup>a</sup> Yazışma Adresi: Dr. Özge KARADAĞ ÇAMAN, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü, Ankara, Türkiye  
Tel: 312 3053142  
Geliş Tarihi/Received: 15.04.2014

e-mail: ozgecaman@hacettepe.edu.tr  
Kabul Tarihi/Accepted: 23.05.2014

(2009-2015) kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından açılan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM), kanser taramalarının yanı sıra kanser ile ilgili farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışlara yönlendirmek amacıyla halk eğitimleri yürütülmektedir (6). KETEM hizmetleri çerçevesinde meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserlerin taranması nedeniyle kadımlar, ağırlıklı hizmet grubunu oluşturmaktadır.

Bu makale, KETEM hizmetlerinin ve bu merkezlerden hizmet alan kadınların kanserden korunma davranışlarının değerlendirildiği daha geniş çaplı bir çalışmanın ürünüdür (7). Bu çalışmada, katılımcıların ailesindeki kanser öyküsünün ve bireysel kanser riski algısının, birincil ve ikincil koruma kapsamında kanserden korunma davranışları ile ilişkileri incelenmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma grubunu, Ankara'da bulunan üç KETEM'e 2010 yılının Ekim-Kasım ayları içinde ilk defa başvuran, kanser tarama hizmeti açısından uygun yaş (30-70 yaş) aralığında bulunan ve çalışma konusunda yazılı onayları alınan kadınlar (n=332) oluşturmaktadır. Karma veri toplama yönteminin kullanıldığı çalışmanın niceliksel veri kaynağını hizmet öncesi ve sonrasında uygulanan üç anket formu ile merkezlerin sağlık kayıtları, niteliksel veri kaynağını ise hizmet sonrasında yürütülen üç odak grup görüşmesi oluşturmaktadır. Hizmet öncesi görüşülen 332 katılımcıdan, hizmetten sonraki 15 gün içinde uygulanan anketlerde katılımcıların %96,1'ine (n=319), hizmetten üç ay sonra uygulanan anketlerde ise %88,0'ına (n=292) ulaşılmıştır.

Niceliksel verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ki-kare testi, Fisher'in kesin ki-kare testi, McNemar'ın ki-kare testi, Bowker'in simetri testi ve bağımlı gruplarda t-testi kullanılmış, niteliksel verilerin analizinde ise görünür/açık içerik analizi yapılmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli kurumsal izin, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'ndan, etik onay ise Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Komisyonu'ndan alınmıştır. Çalışma (Proje no: 010DO9101001), Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından desteklenmiştir.

Çalışmada ailede kanser öyküsü, katılımcıların aile ve akrabalarında kanser varlığı ve kanser hastası varsa kişiye yakınlığı sorularak öğrenilmiştir. Katılımcıların gelecekte herhangi bir kansere yakalanma ihtimallerini diğer insanlara göre kıyaslayarak, "daha düşük", "aynı düzeyde", "daha yüksek" ve "fikrim yok" şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir.

## BULGULAR

Çalışma katılan kadınların yaş ortalaması 51,6±8,6 yıl (En küçük değer=30; En büyük değer=68), %75,3'ü lise veya daha düşük öğrenim düzeyine sahip, %32,8 gelir getiren bir işte çalışmakta ve %82,5'i evlidir. Katılımcıların ailelerinde kanser öyküsü ve kanser türüne ilişkin bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Ankara'da Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'ne başvuran 30-70 yaş arası kadınların ailelerinde kanser öyküsü olan bireylerin ve kanser türlerinin dağılımı (Ekim-Kasım, 2010)

Kanser öyküsü olan aile bireyi (n=332)	Sayı	Yüzde
Yok	148	44,6
Var	184	55,4
<b>Yakınlık (n=184)*</b>		
Kardeş	53	28,8
Baba	40	21,7
Anne	37	20,1
Eş	8	4,3
Çocuk	6	3,3
İkinci derece veya daha uzak akraba **	192	***
<b>Kanser türü (n=184)*</b>		
Akciğer kanseri	69	37,5
Meme kanseri	69	37,5
Kolorektal kanser	31	16,8
Mide kanseri	26	14,1
Hematolojik kanserler	25	13,6
Serviks kanseri	20	10,9
Karaciğer kanseri	15	8,2
Larenks kanseri	14	7,6
Prostat kanseri	13	7,1
Beyin kanseri	11	6,0
Pankreas kanseri	11	6,0
Diğer kanserler****	33	17,9

\*Satır yüzdeleri ailesinde kanser öyküsü olan katılımcılar (n=184) üzerinden hesaplanmıştır ve yüzde sütunu toplamı %100 değildir.

\*\*Büyükanne, büyükbaba, hala, teyze, amca, dayı, birinci derece kuzenler

\*\*\*Bazı katılımcıların birden fazla akrabasında kanser öyküsü olduğu için yüzde hesaplanmamıştır.

\*\*\*\*Deri kanseri, mesane kanseri, tiroid kanseri, böbrek kanseri, endometriyum kanseri, kemik kanseri, nazofarenks kanseri, ağız boşluğu kanseri, over kanseri ve türü belirtilmeyen kanserler

Katılımcıların %55,4'ünün ailesinde kanser öyküsü olan en az bir kişi bulunmaktadır. Aile bireyleri arasında görülen kanserler arasında ilk üç sırayı akciğer kanseri (%37,5), meme kanseri (%37,5) ve kolorektal kanser (%16,8) almaktadır.

Ailede ve tanıdıklarda kanser öyküsünün KETEM'lere başvuru sürecindeki rolüne ilişkin niteliksel bulguları yansıtan bazı katılımcı görüşleri aşağıda sunulmuştur.

K4 (K, 60): "Benim başvurum.. annem mesane kanseriydi, kardeşimin de böbreğini aldılar... ben de ne yapayım, nereye gideyim dedim, ilerde bir şey olur korkusu... aile doktoruna gitmiştim.. dedim annem bundan öldü, kardeşimin böbreğini aldılar.. nereye gidebilirim? Sen dediler KETEM'e gideceksin. "

K9 (K, 49): "...Bir gün kağıt geldi. Duyarlı olup alt komşumuzun da memesi alınınca ben dedim geleyim."

K10 (K, 55): “Ben senede bir kere meme kontrolünü yaptırıyordum, annemde kanser olduğu için. Bana tavsiye ettiler, 50 yaş üstü her bayan gidebilir diye.”

K4 (K, 60): “Şimdi biz KETEM’e geldik, göğsü, aşıyağı, barsakları garanti altına aldık ama başka yerlerimizde kanser çıkarsa ne yapacağız? ... benim ailemde de var.. şimdi ailede olduğu için ben devamlı dinliyorum kendimi...”

Araştırmaya katılan kadınların bireysel kanser riskleri ile ilgili düşünceleri Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2.** Ankara’da Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri’ne başvuran 30-70 yaş arası kadınların bireysel kanser riskleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı (Ekim-Kasım, 2010)

Bireysel kanser riski ile ilgili düşünce	Sayı	Yüzde
Kansere yakalanma ihtimalim çoğu insanla aynı	119	35,8
Kansere yakalanma ihtimalim çoğu insandan yüksek	89	26,8
Fikrim yok	63	19,0
Kansere yakalanma ihtimalim çoğu insandan düşük	61	18,4
Toplam	332	100,0

Katılımcıların %35,8’i gelecekte kansere yakalanma ihtimalinin çoğu insanla aynı olduğunu düşünürken, %26,8’i çoğu insandan daha yüksek, %18,4’ü daha düşük olduğunu düşünmektedir. Ailesinde kanser öyküsü olan katılımcılarda bireysel kanser riskini yüksek görenlerin sıklığı (%42,9), ailesinde kanser öyküsü olmayanlara (%20,0) göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,001$ ). Genel sağlık durumunu kötü olarak niteleyenler ( $p=0,003$ ), sigara içenler ( $p=0,005$ ) ve yaşadığı evde kapalı alanda sigara içilenler ( $p=0,004$ ) de gelecekte kanser riskini anlamlı olarak daha yüksek görmektedir.

Katılımcıların %60,5’i ( $n=201$ ) KETEM’e başvurmadan önce herhangi bir kanserin erken tanısına yönelik tetkik yaptırmıştır. Yapılan tetkikler arasında ilk sırayı %78,0 ( $n=156$ ) ile meme kanserine yönelik tetkikler, ikinci sırayı %66,5 ( $n=133$ ) ile serviks kanserine yönelik tetkikler almaktadır. Katılımcıların başlıca tetkik yaptırma nedenleri arasında; doktor önerisi (%41,8), kendi isteği (%41,3) ve kanser riskinin yüksek olduğu düşüncesi (%10,9) yer almaktadır.

Tetkik yaptırma sıklığı, ailesinde kanser öyküsü olanlarda %60,3 ( $n=111$ ), aile öyküsü olmayanlarda %60,1’dir ( $n=89$ ) ( $p=0,999$ ). Bu sıklık, kansere yakalanma ihtimalinin yüksek olduğunu düşünenlerde %57,3 ( $n=51$ ), yüksek olmadığını düşünenlerde %66,1’dir ( $n=119$ ) ( $p=0,310$ ). Daha önce sağlık çalışanları tarafından kanser taraması yaptırması önerilen katılımcıların tetkik yaptırma sıklığı (%89,1), sağlık çalışanlarından öneri almayan katılımcılara (%37,3) göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0,001$ ). Katılımcıların KETEM’e başvurularında, bir hekim

tarafından yönlendirilmenin rolüne ilişkin bazı niteliksel bulgular aşağıda sunulmuştur.

K1 (K, 56): “Aile doktorumuz KETEM’den bahsetti, buraya yönlendirdi, falanca tetkikleri yaptır dedi, geldim...”

K2 (K, 60): “Gidin, kanser araştırmanızı yaptırın diye dinliyordum ama umursamıyordum. Boğazım ağrıyordu, aile doktoruna gittim, ilaç verdi...kasığım da ağrıyor dedim. Bana KETEM’e gittin mi? Kanser araştırma dedi...geldim”

K5 (K, 42): “Bende senelerdir kan düşüklüğü vardı... Sağlık ocağına gittim ... senden acil kanserle ilgili araştırma gerek dedi, o gönderdi buraya.”

K11 (K, 50): “Ben eklem romatizması hastasıyım. Romatolojidekilerin tavsiyesi, sıkıştırması üzerine geldim.”

Katılımcılar arasında kanserden korunmak için alınabilecek bireysel önlemler olduğunu bilenler, KETEM’de aldıkları hizmet sonrasında anlamlı düzeyde artmıştır ( $p<0,001$ ). Merkezlerde kanserden korunmaya yönelik eğitim alanların, hizmetten sonraki üç ay içinde sağlık davranışlarındaki değişiklik incelendiğinde kendi kendine meme muayenesi sıklığının artması ( $p<0,001$ ) dışında, diğer sağlık davranışlarında istatistiksel açıdan anlamlı değişiklik bulunmamıştır ( $p<0,05$ ), ancak katılımcıların sağlık davranışlarında belirlenen olumlu değişim sıklığı, ailede kanser öyküsü ve birey tarafından algılanan kanser riskine göre değerlendirilmiş ve bulgular Tablo 3 ve 4’te özetlenmiştir.

KETEM’de hizmet aldıktan sonraki üç ay içinde sigara içme, beslenme, fiziksel aktivite, kilo verme girişimi, uyku düzeni ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) gibi davranışlarda olumlu değişiklik sıklığı açısından ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu davranışlardaki olumlu değişim sıklığı, kansere yakalanma ihtimalinin yüksek olduğunu düşünenler ve yüksek olmadığını düşünenler arasında da anlamlı fark göstermemiştir ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların %83,7’si ( $n=267$ ) KETEM’de gelecekteki taramalara katılmayı düşündüğünü belirtmiştir. Taramalara devam etmek isteyenlerin sıklığının, ailede kanser öyküsü ( $p>0,05$ ) ve algılanan bireysel kanser riski ( $p>0,05$ ) ile ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Kanser riskinin yüksek olduğunu düşünen katılımcıların KETEM’de bundan sonraki taramalara katılmama nedenleri arasında başlıca vakit darlığı, hizmetlerden memnun kalmama, il dışında oturma gibi nedenler belirtilmiştir.

**Tablo 3.** Ankara'da Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'ne başvuran 30-70 yaş arası kadınların sağlık davranışlarında hizmet sonrası olumlu değişim durumunun ailede kanser öyküsüne göre dağılımı (Şubat-Mart, 2011)

Sağlık davranışlarında olumlu değişiklik durumu*	Ailede kanser öyküsü var		Ailede kanser öyküsü yok		X <sup>2</sup> ; p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Sigara kullanımı</b>					
Sigara içmeyi azaltan/ bırakan	24	40,7	18	33,3	0,651; 0,420
Değiştirmeyen	35	59,3	36	66,7	
<b>Beslenme alışkanlıkları</b>					
Olumlu değişiklik yapan	20	13,9	24	23,1	3,493; 0,062
Değiştirmeyen	124	86,1	80	76,9	
<b>Fiziksel aktivite</b>					
Aktivitesini arttıran	21	17,9	15	15,8	0,173; 0,677
Değiştirmeyen	96	82,1	80	84,2	
<b>Kilo verme girişimi**</b>					
Girişimi olan	35	31,8	28	35,4	0,272; 0,602
Girişimi olmayan	75	68,2	51	64,6	
<b>Uyku düzeni***</b>					
Daha düzenli uyuyan	4	7,0	4	9,3	- ; 0,722
Değiştirmeyen	53	93,0	39	90,7	
<b>Kendi kendine meme muayenesi****</b>					
Muayene yapmaya başlayan	65	65,7	51	65,4	0,001; 0,970
Başlamayan	34	34,3	27	34,6	

\*Hizmet sonrası alkol kullanımında herhangi bir değişiklik olmadığı için analize dahil edilmemiştir.

\*\*Beden kitle indeksi  $\geq 25$  olan katılımcılarda hesaplanmıştır.

\*\*\*Hizmet öncesinde uyku saatlerinin her gün düzenli olduğunu belirtenler analize dahil edilmemiştir.

\*\*\*\*Hizmet öncesinde muayene yaptığını belirtenler analize dahil edilmemiştir.

- Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.** Ankara'da Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'ne başvuran 30-70 yaş arası kadınların sağlık davranışlarında hizmet sonrası olumlu değişimin algılanan kanser riskine göre dağılımı (Şubat-Mart, 2011)

Sağlık davranışlarında olumlu değişiklik durumu*	Algılanan risk yüksek		Algılanan risk yüksek değil**		X <sup>2</sup> ; p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Sigara kullanımı</b>					
Sigara içmeyi azaltan/ bırakan	16	40,0	18	33,3	0,442; 0,506
Değiştirmeyen	24	60,0	36	66,7	
<b>Beslenme alışkanlıkları</b>					
Olumlu değişiklik yapan	7	11,7	27	19,0	1,627; 0,202
Değiştirmeyen	53	88,3	115	81,0	
<b>Fiziksel aktivite</b>					
Aktivitesini arttıran	5	9,6	23	18,9	2,304; 0,129
Değiştirmeyen	47	90,4	99	81,1	
<b>Kilo verme girişimi***</b>					
Girişimi olan	15	30,0	36	35,3	0,422; 0,516
Girişimi olmayan	35	70,0	66	64,7	
<b>Uyku düzeni****</b>					
Daha düzenli uyuyan	1	3,2	3	6,1	- ; 1,000
Değiştirmeyen	30	96,8	46	93,9	
<b>Kendi kendine meme muayenesi*****</b>					
Muayene yapmaya başlayan	24	54,5	63	64,9	1,386; 0,239
Başlamayan	20	45,5	34	35,1	

\*Hizmet sonrası alkol kullanımında herhangi bir değişiklik olmadığı için analize dahil edilmemiştir.

\*\*Kanser olma ihtimalinin toplumdaki diğer insanlarla aynı ya da çoğu insandan daha düşük olduğunu düşünenler

\*\*\* Beden kitle indeksi  $\geq 25$  olan katılımcılarda hesaplanmıştır.

\*\*\*\*Hizmet öncesinde uyku saatlerinin her gün düzenli olduğunu belirtenler dahil edilmemiştir.

\*\*\*\*\*Hizmet öncesinde muayene yaptığını belirtenler analize dahil edilmemiştir.

- Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

## TARTIŞMA

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde yürütülen çalışmada, ailede kanser öyküsü ile bireysel kanser riski algısının, birincil ve ikincil koruma kapsamında kanserden korunma davranışları ile ilişkileri incelenmiştir. Çalışmada KETEM'e başvuran kadınların yarısından fazlasının (%55,4) ailesinde

kanser öyküsü vardır. Bu yüksek sıklık, katılımcıların KETEM'e başvurularında etkili bir unsur olabilir. Çalışmanın niteliksel bulguları da katılımcıların KETEM'lere başvuru süreçlerinde ailede kanser öyküsünün etkili olabileceğini göstermektedir.

Çalışmaya katılan her dört kadından biri (%26,8), gelecekte kansere yakalanma ihtimalinin yüksek olduğunu düşünmektedir. Ailesinde kanser öyküsü olanlar, genel sağlık durumunu kötü olarak niteleyenler, sigara içenler ve yaşadığı evde kapalı alanda sigara içilenler bireysel kanser riskini daha yüksek görmektedir ( $p<0,05$ ). Literatürde pek çok çalışma da aile öyküsünün bireylerin risk algısını etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir (8). Risk algısı, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını ne düzeyde gösterdiklerini etkileyebilmektedir. Örneğin Yavan ve arkadaşları (2010), meme kanseri riskinin yüksek olduğunu düşünen kadınların klinik meme muayenesi yaptırma sıklığının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (9). Ancak bu çalışmaların aksine, mevcut çalışmanın çoğu bulgusu, KETEM'e başvuran kadınların hem birincil hem de ikincil düzeyde kanserden korunma davranışlarının, ailede kanser öyküsü ve algılanan bireysel kanser riski ile ilişkili olmadığını işaret etmektedir.

Literatürde bireylerin yüksek risk algısının her zaman koruyucu sağlık davranışları ile paralel gitmeyebileceğini gösteren başka çalışmalar da mevcuttur. Santos ve ark. (8) (2011), ailede kolorektal kanser öyküsünün, bireylerin risk algısını değiştirdiğini, ancak kolonoskopi yaptırma sıklığını etkilemediğini bulmuştur. Sözü geçen çalışmada kolonoskopi sıklığı ile ilişkili tek faktör, bireylerin sağlık çalışanları tarafından kanser riskleri ile ilgili bilgilendirilmiş ve taramaya yönlendirilmiş olmalarıdır. Kasparian ve ark. (10) 2010 yılında ailesinde malign melanom öyküsü olan yüksek riskli bireylerin deri kanseri taramalarına daha az katıldıklarını bulmuştur. Kasparian ve arkadaşlarının çalışmasında da taramaya katılma sıklığının, hekim tarafından bilgilendirilen ve taramaya katılması önerilen bireylerde daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

KETEM'lerde yürütülen bu çalışmada da katılımcıların tetkik yaptırma durumu ile ilişkili bulunan tek faktör, KETEM'e başvurmadan önce hekim tarafından taramaya katılmalarının önerilmesidir ( $p<0,05$ ). Literatür ile uyumlu olan bu bulgu, sağlık çalışanlarının, toplumun ve özellikle ailesinde kanser öyküsü olan nüfus gruplarının taramalar konusundaki farkındalığını artırma açısından önemli rolünü vurgulamaktadır.

Literatürde kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımı ile ilişkili bulunan faktörler arasında öğrenim durumu, çalışma durumu, hizmetler ile ilgili farkındalık, sağlık okur-yazarlığı ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyi gibi pek çok faktör bulunmaktadır (11-15). Kanser riskini yüksek olarak değerlendiren katılımcıların, koruyucu hizmetleri yeterince kullanmıyor olması, bu faktörler ile de ilişkili olabilir ve bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada değerlendirmeye alınan bireysel korunma davranışlarının ailede kanser öyküsü ve birey tarafından algılanan kanser riskine göre anlamlı düzeyde

değişmediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bireylerin kendilerini riskli grupta görmelerine rağmen sağlıklı davranışlara yönelmemesi, üzerinde daha fazla çalışma gerektiren bir konudur; zira günümüzde sıklıkla kullanılan bazı davranış değişikliği teorileri, bireysel risk algısının sağlıklı davranışlara yönelme konusunda itici bir güç olduğu temeline dayanmaktadır. Örneğin sağlığı geliştirme alanında çok kullanılan modellerden biri olan 'Sağlık İnanç Modeli'ne göre algılanan bireysel risk, davranış değişikliğinin önemli belirleyicilerinden biridir (16), ancak mevcut çalışmanın gösterdiği gibi algılanan risk, davranışların güçlü bir belirleyicisi olmayabilir. Sağlığın karmaşık yapısını yansıtan 'Sosyal Ekoloji Modeli'ne göre sağlık davranışları; bireysel düzeyden, bireyler arası etkileşimlere, geleneklerden, toplumsal ve sosyal yapı gibi daha üst düzey faktörlere kadar pek çok faktörden etkilenmekte ve davranış değişikliğini açıklamaya yönelik çok sayıda teori bulunmaktadır (16, 17).

Bu çalışmada ikincil koruma düzeyinde değerlendirilebilecek olan gelecekteki taramalara katılma konusundaki yaklaşım da ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski ile ilişkili bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Kanser riskinin yüksek olduğunu düşünen katılımcıların KETEM'de bundan sonraki taramalara katılmama nedenleri arasında vakit darlığı, hizmetlerden memnun kalmama, il dışında oturma gibi bazı nedenler belirtilmekle birlikte, taramalara katılma konusundaki tutum ve davranışları etkileyen faktörlerin daha detaylı irdelenmesi gerekmektedir.

### Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu çalışmanın kanserden korunma davranışlarına odaklanarak, hizmet öncesi ve sonrasını üç aylık bir izleme dönemi ile değerlendirmesi, izlemde kayıpların düşük düzeyde olması ve hem niceliksel hem de niteliksel veri toplama yöntemlerini barındırması güçlü yönleri arasındadır. Öte yandan çalışma, KETEM'lere başvuran tüm kadınları temsil etmediği için tanımlayıcı niteliktedir ve erkek başvuranların deneyimlerini içermemektedir.

Katılımcıların davranışlarının beyana dayalı öğrenilmesi, çalışmanın iç geçerliliği açısından bir hata kaynağı olabilir. Çalışmada kanser riski algısının -daha önceki bazı çalışmalarda kullanılmış olmakla birlikte (18, 19) bir soru ile değerlendirilmiş olması, katılımcıların kanser risklerini nasıl algıladıklarını tam olarak yansıtmamış olabilir. Gelecekteki çalışmalarda risk algısı ve kanser kaygısına yönelik ölçeklerin kullanılması, özellikle aile öyküsü vb. nedenlerle kanser açısından riskli grupların hizmet kullanımının artırılmasına yönelik önemli ipuçları sağlayabilir.

Bu çalışmanın bulguları, sözü edilen güçlü yönler ve sınırlılıklar dahilinde değerlendirilmelidir. Bu konuda hizmet alanların yanı sıra hizmete ulaşamayan ya da hizmeti kullanmayanların değerlendirilmesi de önem taşımaktadır.

Sonuç olarak bu çalışmanın bulguları, ailede kanser öyküsünün ve algılanan bireysel kanser riskinin hizmet kullanımı ve koruyucu sağlık davranışları ile ilişkili olmadığına işaret etmektedir. KETEM hizmetlerinde bireysel risk değerlendirmesi ile kanser açısından daha riskli (örneğin aile öyküsü, olumsuz sağlık davranışları vb.) grupların belirlenmesi, bu grupların taramalara düzenli katılmaları ve sağlıklı davranışlara yönlendirilmeleri için kanıta dayalı eğitim hizmetleri ve bireysel danışmanlığı da içeren geniş kapsamlı müdahalelere gereksinim bulunmaktadır. Bulgular doğrultusunda sağlık çalışanlarının, özellikle de birinci basamak çalışanlarının, kanser taramalarına

katılma konusunda güçlü mesajlar vermesini sağlayacak müdahaleler de önemli gözükmektedir.

### *Teşekkür*

Araştırmanın gerçekleşmesine olanak sağlayan T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı yetkililerine, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi'ne, Ankara'da araştırmanın yürütüldüğü Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinin çalışanlarına ve araştırmaya destek veren tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

### **KAYNAKLAR**

1. Da Silva JAP, Woolf AD. Still's disease. In: Rheumatology in practice. 1<sup>st</sup> ed, London: Springer, 2010; 12-3.
2. World Cancer Report 2014. Stewart BW, Wild CP (Editors). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2014.
3. World Cancer Report 2008. Boyle P, Levin B (Editors). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2008.
4. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.
5. Türkiye Kansere İstatistikleri 2009. Gültekin M, Boztaş G (Editors). Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kansere Daire Başkanlığı, Ocak 2014.
6. Cancer Facts. Fact Sheet no.297. Geneva: World Health Organization, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. 02.03.2014.
7. Ulusal Kansere Kontrol Programı 2009-2015 (Yayın.no.760). Tuncer M (Editor). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, 2009.
8. Karadağ Çaman O, Bilir N. Health promotion in cancer early diagnosis, screening and education centers: mixed methods research among women in Ankara. Turk J Public Health 2013; 11: 174-85.
9. Santos EM, Lourenço MT, Rossi BM. Risk perception among Brazilian individuals with high risk for colorectal cancer and colonoscopy. Hered Cancer Clin Pract 2011; 28: 4.
10. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, Iyigün E. Women's breast cancer risk perception and attitudes toward screening tests. J Psychosoc Oncol 2010; 28: 189-201.
11. Kasparian NA, McLoone JK, Meiser B, Butow PN, Simpson JM, Mann GJ. Skin cancer screening behaviours among individuals with a strong family history of malignant melanoma. Brit J Cancer 2010; 103: 1502-9.
12. Dubikaytis T, Larivaara M, Kuznetsova O, Hemminki E. Inequalities in health and health service utilisation among reproductive age women in St. Petersburg, Russia: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2010; 10: 307.
13. Leal Mdo C, Gama SG, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. Cad Saúde Pública 2005; 21: 78-88.
14. Cheung NW, Li Sch, Tang KC. Participation in cardiovascular risk factor and cancer screening among Australian Chinese. Health Promot J Austr 2011; 22: 147-52.
15. Cullati S, Charvet-Bérard AI, Perneger TV. Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. BMC Public Health 2009; 29: 118.
16. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turk J Public Health 2014; 12.
17. Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. Am J Prev Med 1999; 17: 275-84.
18. Bahar Özvarış Ş. Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011.
19. Gonzales AA, Ton TG, Garrouette EM, Goldberg J, Buchwald D. Perceived cancer risk among American Indians: implications for intervention research. Ethn Dis 2010; 20: 458-62.
20. Davids SL, Schapira MM, McAuliffe TL, Nattinger AB. Predictors of pessimistic breast cancer risk perceptions in a primary care population. J Gen Intern Med 2004; 19: 310-5.