



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

**DİYARBAKIR İLİ KAYAPINAR İLÇESİ 9 NOLU AİLE SAĞLIK
MERKEZİ BÖLGESİNDE 30-69 YAŞ ARASI KADINLARIN
MEME VE SERVİKS KANSERİ KONUSUNDA
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. ESRA İNAN (NAZLIOĞLU)
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

DİYARBAKIR-2018



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DİYARBAKIR İLİ KAYAPINAR İLÇESİ 9 NOLU AİLE SAĞLIK
MERKEZİ BÖLGESİNDE 30-69 YAŞ ARASI KADINLARIN
MEME VE SERVİKS KANSERİ KONUSUNDA
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. ESRA İNAN (NAZLIOĞLU)
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**Prof. Dr. ALİ CEYLAN
(TEZ DANIŞMANI)**

DİYARBAKIR-2018

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca desteği ve değerli katkı ve önerileri için tez danışmanım sayın Prof. Dr. Ali CEYLAN' a

Eğitimim süresince bilgi, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen sayın Prof. Dr. Günay SAKA, Prof. Dr. Perran TOKSÖZ, Prof. Dr. Nuran ELMACI, Prof. Dr. Fatma ÇELİK, Yrd. Doç. Dr. Veysi ÖZKAYNAK' a,

Dört yıllık asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan büyük zevk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Tezim için veri toplama aşamasında her türlü konuda yardımlarını esirgemeyen Kayapınar 9 no' lu Aile Sağlığı Merkezi hekimleri ve personeline,

Bu tez çalışmasına katkı sağladıkları, özel hayatlarına ait bilgileri benimle paylaştıkları ve bilime katkılarından ötürü araştırmaya katılan değerli kadınlara,

Hayatım boyunca destek ve güvenlerini her zaman hissettiğim, bugünlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan sevgili aileme,

Tez süresince yaşadığım zorluklarda bana her zaman destek olan, varlığıyla bana güç veren eşim Muhammet Akif İNAN' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Esra İNAN (NAZLIOĞLU)

Diyarbakır/ 2018

ÖZET

Erken tanı meme ve serviks kanseri prognozunda çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı meme ve serviks kanseri bulguları risk faktörleri ve erken tanı yöntemleri konusunda kadınların bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmektir. Kesitsel tipteki bu araştırmanın örneklemini Diyarbakır ili Kayapınar ilçesi 9 no' lu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde oturan 30-69 yaş grubundaki 350 kadın oluşturmaktadır. Literatür doğrultusunda geliştirilen bir anket formu ile veriler toplanmıştır. Araştırmada kadınların %87,7' si erken teşhisle kanserden kurtulma şansının artacağını düşünmektedir. Kanserde erken teşhisin önemli olduğunu düşünen kadınlar daha yüksek oranda kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmakta ve mamografi ile pap-smear testi yaptırmaktadır. Araştırmada kadınların %17,4' ünün her ay KKMM yaptığı ve %19,4' ünün en az bir kere mamografi çektiği saptanmıştır. Araştırmada KKMM'nin erken tanıda önemli olduğunu düşünen ve KKMM eğitimi alan kadınların daha yüksek oranda düzenli KKMM yaptığı saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı ile düzenli KKMM yapma arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların yaşı ile mamografi yaptırmaları arasında ilişki anlamlı iken medeni hal, eğitim durumu, çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı ile mamografi yaptırmaları arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$). Çalışmada kadınların %38,3' ü en az bir kere smear yaptırdığını belirtmiştir. Daha önceden serviks kanseri konusunda bilgi alan ve erken tespit için düzenli pap-smear testi yaptırmaları gerektiğini bilen kadınların daha yüksek oranda pap-smear testi yaptırdıkları saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim durumu yüksek okul ve üzeri olan kadınlar, evli olan kadınlar ve sosyal güvencesi olan kadınlar anlamlı olarak daha çok smear testi yaptırmıştır. Ayrıca kadınlar KETEM, ulusal meme ve serviks kanseri tarama standardı hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Meme ve serviks kanseri erken tanı yöntemlerini daha önceden duyma ve bu konuda eğitim alma, kadınların erken tanı davranışlarını daha çok yapmalarını sağladığı için, kadınlar meme ve serviks kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri hakkında eğitilmeli ve tarama hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, Serviks kanseri, Kendi kendine meme muayenesi, Mamografi, Pap smear testi

ABSTRACT

Early diagnosis is very important in breast and cervical cancer prognosis. The aim of this study is to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of women about breast and cervical cancer findings, risk factors and early diagnosis methods. The sample of this cross-sectional study is composed of 350 women aged 30-69 years living in the Family Health Center area no. 9 of Kayapınar district of Diyarbakır province. A questionnaire developed in line with the literature was collected. In the study, 87,7% of the women think that the chance of getting rid of cancer by early diagnosis will increase. Women who think that early detection of cancer is important should make breast self-examination (BSE) and have a mammography and pap smear test at a higher level. In the study, it was determined that 17,4% of the women had done BSE every month and 19,4% had at least one mammogram. In the study, it was found that the women who were thinking about the early diagnosis of BSE and who were educated BSE had higher regular BSE ($p < 0.05$). The relationship between the age of the women, educational status, working status, social security presence and regular BSE was found to be significant ($p < 0.05$). While the relationship between the age of women and mammograms is significant, the relationship between marital status, educational status, working status, social security presence and mammography is not significant ($p > 0.05$). 38,3% of the women in the study reported that at least once a smear done. It was found that women who had knowledge of cervical cancer and who knew they should have regular pap smear test for early detection had higher pap smear test ($p < 0.05$). The educational status of women in academy and above, married women and women with social security have significantly more smear tests. In addition, women do not have enough information about KETEM, the national breast and cervical cancer screening standard. Hearing the methods of early diagnosis of breast and cervical cancer, and training in this subject, because it allows women to do more early diagnosis, women should be educated about breast and cervical cancer early diagnosis and screening methods and screening services should be widespread.

Keywords: Breast cancer, Cervical cancer, Breast Self-Examination, mammography, Pap smear test.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfalar</u>
ÖNSÖZ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser.....	3
2.1.1. Kanserin tanımı.....	3
2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de kanser yükü.....	3
2.1.3. Kanserde erken tanı ve tarama.....	6
2.1.4. KETEM ve ulusal kanser tarama programları	8
2.2. Meme Kanseri	9
2.2.1. Memenin anatomik yapısı.....	9
2.2.2. Meme kanseri tanımı	11
2.2.3. Meme kanseri epidemiyolojisi.....	11
2.2.4. Meme kanseri etyolojisi.....	11
2.2.5. Meme kanseri belirti ve bulguları	14
2.2.6. Meme kanserinde erken tanı ve tarama yöntemleri	15
2.3. Serviks Kanseri.....	21
2.3.1. Serviks anatomisi ve serviks kanseri tanımı	21
2.3.2. Serviks kanseri epidemiyolojisi	22
2.3.3. Serviks kanseri etiyolojisi	23
2.3.4. Serviks kanseri belirti ve bulguları	26
2.3.5. Serviks kanserinde erken tanı ve tarama yöntemleri	26
2.3.6. Serviks kanserinden korunma ve human papilloma virüs aşısı	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
4. BULGULAR	35
4.1. Sosyodemografik Bulgular	35
4.2. Kadınların Meme ve Serviks Kanseriyle İlişkili Üreme Sağlığına Ait Bulgular	36
4.3. Kadınların Meme Kanseriyle İlişkili Bazı Risk Faktörlerine Ait Bulgular.....	38
4.4. Kadınların Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları.....	39
4.5. Kadınların Rahim ağzı (Serviks) Kanseri Konusundaki Bilgi Durumları ve Davranışları	51
4.6. Kadınların KETEM’i Bilme ve Tarama Yaptırma Durumları	57
5. TARTIŞMA	59
5.1. Meme Kanseri	59
5.2. Serviks Kanseri.....	68
5.3. KETEM	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER.....	90
9. ÖZGEÇMİŞ	99

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
CIN:	Servikal intraepitelyal neoplazm
CYBH:	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
FDA:	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (US. Food and Drug Administration)
HIV:	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HPV:	Human Papilloma Virüs
HSV:	Herpes Simplex Virüs
IARC:	International Agency for Research on Cancer
KETEM:	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM:	Kendi kendine meme muayenesi
KMM:	Klinik meme muayenesi
NUTS:	İstatistiki bölge birimleri sınıflandırması
TNSA:	Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfalar

Tablo 1. Kadınların bazı sosyodemografik özellikleri	35
Tablo 2. Kadınların üreme sağlığı ile ilgili özellikler	37
Tablo 3. Kadınların meme problemi yaşama, hormon maruziyet durumları ve ailesel meme kanseri öyküleri	38
Tablo 4. Kadınların "Erken teşhisle kanserden kurtulma şansı artar mı?" sorusuna yanıtları	39
Tablo 5. Kadınların Meme Kanseri Bulguları Hakkında Bilgi Durumu.....	40
Tablo 6. Kadınların KKMM ile İlgili Bilgi Durumu	41
Tablo 7. Kadınların K.K.M.M ile İlgili Bilgi Düzeyi	42
Tablo 8. Kadınların KKMM konusundaki davranışları	43
Tablo 9. Kadınların demografik özelliklerine göre düzenli KKMM yapma durumları .	44
Tablo 10. Kadınların ailede meme kanseri varlığına göre düzenli KKMM yapma durumları	45
Tablo 11. Kadınların düzenli KKMM yapma durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.....	46
Tablo 12. Kadınların meme klinik muayenesinde bilgi durumları ve davranışları....	47
Tablo 13. Kadınların mamografi taraması hakkındaki bilgi durum ve davranışları..	48
Tablo 14. Kadınların demografik özelliklerine göre düzenli mamografi çekirme durumları	49
Tablo 15. Kadınların ailede meme kanseri varlığına göre mamografi çekirme durumları	50
Tablo 16. Kadınların erken teşhisle ilgili düşüncelerine göre mamografi çekirme durumları	50
Tablo 17. Kadınların rahim ağzı (serviks) kanseri hakkındaki bilgi alma durumları	51
Tablo 18. Kadınların rahim ağzı (serviks) kanseri bulguları ve risk faktörlerine ilişkin bilgi durumu	52
Tablo 19. Kadınların sigara kullanma durumu	52
Tablo 20. Kadınların rahim ağzı (serviks) kanseri erken tespiti hakkındaki bilgi durumları	53
Tablo 21. Kadınların serviks kanseri (HPV) aşısıyla ilgili özellikleri	54
Tablo 22. Kadınların smear testi yaptırma durumları ve yaptırmama nedenleri	54
Tablo 23. Kadınların demografik özelliklerine göre smear testi yaptırma durumları	55
Tablo 24. Kadınların ailede serviks kanseri varlığına göre smear testi yaptırma durumları	56
Tablo 25. Kadınların smear testi yaptırmalarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.....	57
Tablo 26. Kadınların KETEM hakkındaki bilgi durumları.....	58
Tablo 27. Kadınların KETEM i bilme özelliklerine göre mamografi çekirme durumları	58
Tablo 28. Kadınların KETEM i bilme özelliklerine göre pap smear testi yaptırma durumları	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfalar

Şekil 1. Erkeklerde en sık görülen ilk beş kanserin görülme sıklığı açısından değerlendirilmesi. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018	4
Şekil 2. Kadınlarda en sık görülen ilk beş kanserin görülme sıklığı açısından değerlendirilmesi. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018.....	5
Şekil 3. Erkeklerde en sık görülen 10 kanserin toplam kanserler içinde dağılımı (%) 2014,Türkiye	5
Şekil 4. Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin toplam kanserler içinde dağılımı (%) 2014,Türkiye	6
Şekil 5. Memenin lenfatik akımı ve anatomisi.....	10
Şekil 6. KKMM muayenesi, memelerin gözle değerlendirmesi	18
Şekil 7. KKMM muayenesi, memelerin elle değerlendirmesi	19
Şekil 8. Elle muayene tarama teknikleri	19
Şekil 9: Serviks anatomisi	21
Şekil 10. Serviks kanseri gelişim evreleri	22

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir.

2002 yılında ülkemizde kanserden ölümler tüm ölümlerin %12' sini oluşturmaktayken bu oran 2009'da %21' e çıkmıştır (1). Her yıl ülkemizde 150 bin dolayında yeni kanser vakası görülmekte ve 90 bin dolayında kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir (2).

Bu şekilde kanser artış hızının devam etmesi durumunda, Dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2030 yılında toplam 21,4 milyon yeni kanser vakası olacağı öngörülmüşken, kanserin 20 yıl sonra sebebi bilinen ölümler sıralamasında birinci sıraya yerleşeceği tahmin edilmektedir (3,4).

Meme kanseri Dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Serviks kanseri ise dünyada kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türü iken ölüme neden olma açısından meme ve akciğer kanserinden sonra üçüncü sıradadır. Ülkemizde en sık görülen jinekolojik kanser olan serviks kanseri hem görülme sıklığı hem ölüme neden olma açısından kadınlarda görülen kanserler içinde 9. sıradadır (5).

Kanser konusunda en önemli kontrol stratejisinin korunma ve erken teşhis olduğu bilinen bir gerçektir. Özellikle ortaya çıkışının önlenemediği, taramalarla ölümün yok edilemediği ve erken teşhis edildiğinde tedavinin yaşam kalitesine çok şey katabildiği kanser türlerini göz önüne alırsak korunmanın önemi artmaktadır (1). Meme ve serviks kanseri erken tanının çok başarılı olduğu iki kanser türüdür (6).

Kanser kontrolünün bir parçası olarak, topluma yönelik tarama programların uygulanması çok önemlidir. Tarama ile amaç henüz klinik bulgular ortaya çıkmadan erken evrede iken tespit etmek ve kansere bağlı mortalite hızını düşürmektir (7).

Ulusal meme kanseri tarama programımızda 40-69 yaş kadınlara 2 yılda bir mamografi çektirmesi ve 20 yaşından sonra her kadına düzenli kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi önerilmektedir. Serviks kanseri tarama programında 30-65 yaş kadınlara 5 yılda bir pap smear testi veya hpv-dna testi önerilmektedir (7).

Çoğu toplumda olduğu gibi ÷lkemizde de meme ve serviks kanserinin erken tanısı amacıyla tarama davranışlarını yerine getirme oranları oldukça düşük seviyededir.

Kadınların tarama programlarına katılımlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden en önemlisi bilgi düzeyindeki yetersizliktir. Kadınların meme ve serviks kanseri hakkında yeterli bilgi sahibi olmaları, hastalığın erken tanı ve tedavisinde oldukça önemlidir (8).

Bu çalışmada temel amaç; Diyarbakır ili Kayapınar 9 no' lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesi kadınlarının, meme ve serviks kanserleri konusunda bilgi düzeylerinin ve erken tanı yöntemlerini kullanma durumlarının değerlendirilmesi, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) taramaları açısından bilgilendirilmesidir.

Çalışma sonuçlarına göre meme kanseri ve serviks kanseri farkındalığı konusunda sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için gerekli planlamalar yapılabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin tanımı

Kanser, hücrelerin düzensiz ve kontrolsüz bölünmesi ve çoğalmasıyla oluşan malign tümörlerin tanımlanmasında kullanılan bir terimdir (9). Vücudun sağlıklı ve düzgün olabilmesi için hücrelerin büyümesi, bölünmesi ve dengeli bir biçimde çoğalması gerekmektedir. Oysa kanser vakalarında normal kontrol ve denetim mekanizmalarının bozulmasıyla yeni hücrelere gerek olmasa bile anormal biçimde bölünme ve çoğalma devam eder (9,10). Bu bozulmanın nedenleri hem hücresel hem de çevresel kaynaklıdır. Her kanser türü farklı özelliklere sahiptir ancak değişmeyen tek özellik hücre çoğalması ve ölümünün kontrol edilememesidir (11).

2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de kanser yükü

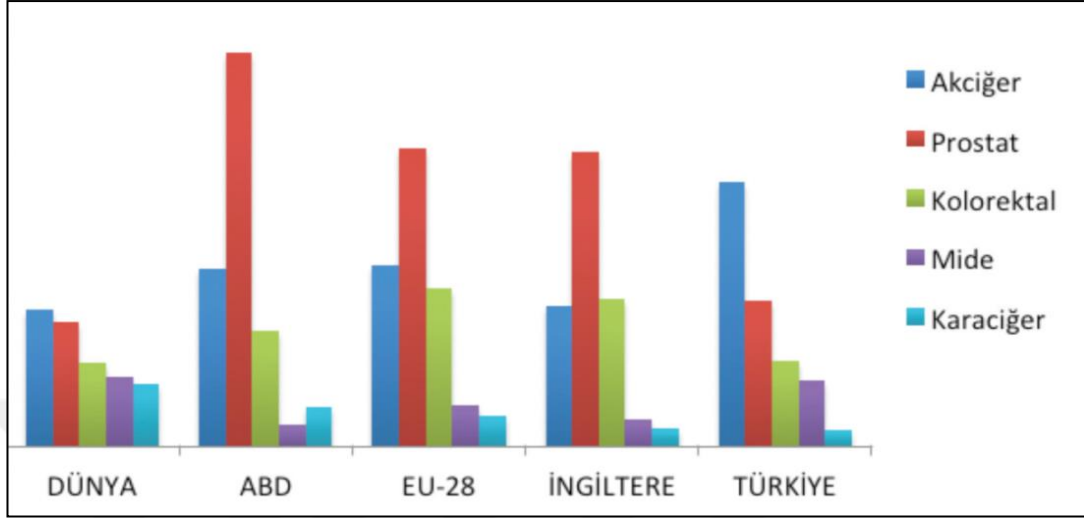
Uluslararası Kanser Ajansı’ nın (GLOBOCAN) 2012 verilerine göre 2012 yılında Dünya’da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. 2002 yılında ülkemizde kanserden ölümler tüm ölümlerin %12’ sini oluşturmaktayken bu oran 2009’da %21’ e çıkmıştır. Bu şekilde kanser artış hızının devam etmesi durumunda, Dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2030 yılında toplam 21,4 milyon yeni kanser vakası olacağı tahmin edilmektedir (4). Yapılan projeksiyonlarda kanserin 20 yıl sonra sebebi bilinen ölümler sıralamasında birinci sıraya yerleşeceği şeklindedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ ne göre 2020 yılında her yıl yeni kanser tanısı konan hasta sayısının 17 milyona ulaşacağı, 2030 yılında 17 milyon insanın kanser nedeniyle yaşamını yitireceği, aynı yıl 75 milyon insanın kanserle yaşıyor olacağı tahmin edilmektedir (12).

Dünyada en sık görülen kanserler; akciğer kanseri (% 13,0), meme kanseri (% 11,9) ve kolorektal kanser (% 9,7) iken kanserden ölümlerin en çok akciğer kanseri (%19,4), karaciğer kanseri (% 9,1) ve mide kanserinden (% 8,8) gerçekleştiği belirtilmiştir (13).

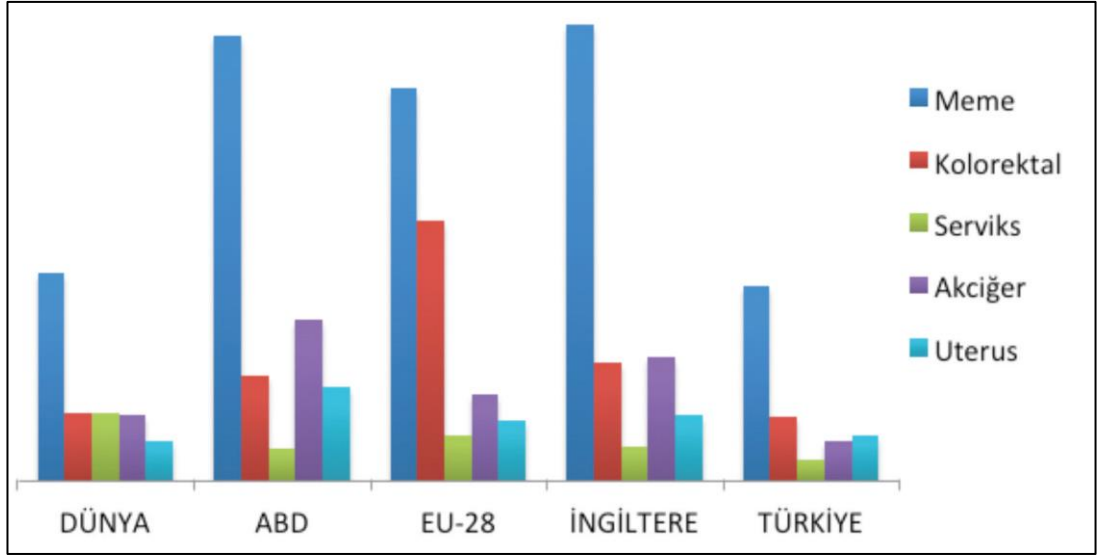
Kanserin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; gelişmiş ülkelerde, erkeklerde en sık; prostat kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser görülürken tüm

dünyada akciğer kanseri, prostat kanseri ve kolorektal kanser en sık olarak görülmektedir (Şekil 1).



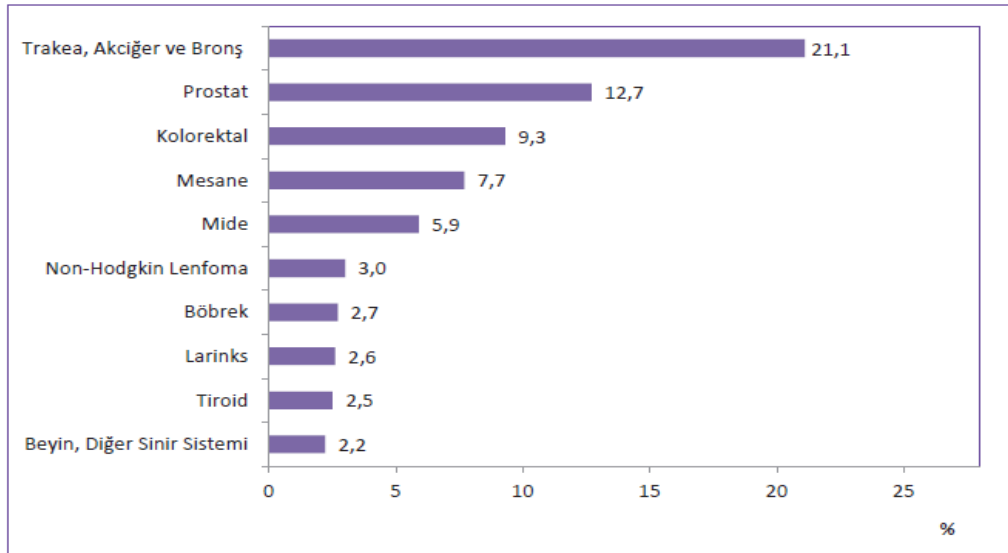
Şekil 1. Erkeklerde en sık görülen ilk beş kanserin görülme sıklığı açısından değerlendirilmesi. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018 (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014) (14).

Tüm dünyada kadınlarda en sık meme kanseri, kolorektal kanser ve serviks kanseri görülmektedir (Şekil 2).



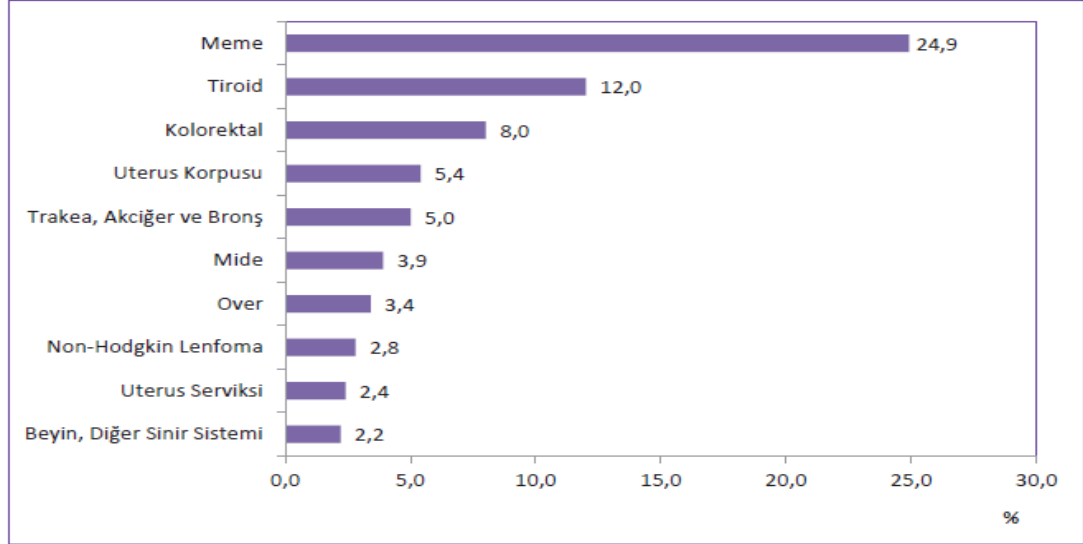
Şekil 2. Kadınlarda en sık görülen ilk beş kanserin görülme sıklığı açısından değerlendirilmesi. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018 (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014) (14).

Ülkemizde ise kadın ve erkek cinsiyetinde en çok görülen ilk on kanser türüne bakarsak, erkeklerde sırayla en çok akciğer kanseri, prostat kanseri ve kolorektal kanser görülmektedir bu sıralama tüm dünyada erkelerde görülen en sık kanser türleri sıralamasıyla paraleldir.



Şekil 3. Erkeklerde en sık görülen 10 kanserin toplam kanserler içinde dağılımı (%) 2014, Türkiye (Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu)

Ülkemiz kadınların da ise en sık meme kanseri, tiroid kanseri ve kolorektal kanser görülmektedir.



Şekil 4. Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin toplam kanserler içinde dağılımı (%) 2014, Türkiye (Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu)

Demografik değişimle birlikte tüm Dünyada ve ülkemizde kanser gittikçe artan bir halk sağlığı sorunudur. En önemli hastalıklar sıralamasında ikinci sırada olsa da kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %30' unun önlenebileceği düşünülmektedir (3).

2.1.3. Kanserde erken tanı ve tarama

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda hastalıkları ve sağlık sorunlarını erken yakalamanın önemi oldukça büyüktür. Erken yakalama "Belli bir hastalığı, hastalığın başlangıcında, belirti ve bulgular daha ortaya çıkmadan önce saptamak için toplumun bütününe ya da risk altında kabul edilen kesimini hedefleyerek yürütülen her türlü sağlık hizmeti" dir (15). Bu tanım erken tanı ve tarama kavramlarını içermektedir.

Erken tanı: Hem toplumu, hem de tüm çalışanlarını bilgilendirerek henüz hastalık belirti ve bulguları oluşmadan kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarını sağlamaktır. Hastalıkların erken tanısında iki ayrı yol vardır. İlki hastalığın erken belirtilerini yakalamak, ikincisi ise hastalığın daha belirti dahi vermediği kişileri

yakalamaktır. Hastalık mevcut olup belirti vermeyen kişileri yakalamak için tarama programları uygulanmaktadır.

Tarama: Uygun bir inceleme yöntemi ile sağlıklı görünen, fakat risk altındaki kişilere bu yöntemin uygulanmasıyla hastalığın erken dönemde saptanmasıdır (16).

Toplumda hastalıkların taranması için DSÖ tarafından belirlenmiş bir takım ölçütlerin karşılanması gerekmektedir. Bunlar;

- Taranan hastalık toplum için önemli bir sağlık sorunu teşkil etmelidir.
- Taranacak hastalığın tanınması için latent veya erken semptomatik bir dönemi olmalıdır.
- Hastalıkla ilgili tüm klinik seyri bilinmelidir.
- Hastalığın iyileştirilmesi için uygun tedavi yöntemi olmalıdır.
- Hastalıkların teşhisi ve tedavisi için gerekli tüm alt yapı (personel, ekipman vb) olanakları yeterli olmalıdır.
- Tarama için kullanılacak olan testlerin toplum tarafından kabul görmesi gereklidir. Ayrıca testler toplum taraması için kolaylıkla uygulanabilir bir olmalıdır.
- Testlerin seçiciliği ve duyarlılığı olabildiğince yüksek olmalıdır (17).

Kanser kontrol programları;

a) Birincil korunma: Kanser gelişmesini önleyecek, risk etmenlerine yönelik her türlü önlemin alınmasıdır. Aynı zamanda toplumun sağlık düzeyinin korunmasını ve sağlığın geliştirilmesini de kapsamaktadır.

b) İkincil korunma: Henüz hastalık bulgularının olmadığı dönemde, çeşitli erken tanı yöntemleri kullanılarak hastalığın saptanmasıdır. Erken tanı için, sağlıklı görünen kişiler arasında yapılacak muayene yöntemleri ve laboratuvar tetkikleri ile “tarama” yapılması gerekmektedir.

c) Üçüncül korunma: Amaç kanser belirti ve bulguları ile başvuran kişilerin uygun tedavisini yapmak ve tedavi yan etkilerine karşı hastayı korumaktır. Tedavide yaşam süresini uzatmak ve komplikasyonları engelleyerek yaşam kalitesi artışı hedeflenmektedir (18).

Kanserlerin 1/3’ ü önlenebilir, 1/3’ ü erken evrede saptanarak tedavi edilebilir, diğer 1/3’ ü ise palyatif bakım gerektirmektedir. Kanserden birincil ve ikincil korunmaya yönelik yürütülen faaliyetler, üçüncül korunmaya göre, maliyet

olarak daha uygun ve aynı zamanda hayat kurtarıcıdır. Bu nedenle kanseri önleme de, erken tanı ve tarama programları ön plana çıkmaktadır (19).

Kanserin erken dönemde tespit edilmesi; hem birey hem de toplumun bu hastalıkla en az zarar ve ekonomik kayıpla mücadele edebilmesini sağlayacaktır. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser sıklığı giderek artmaktadır (3). Bu artış kanser tarama programlarına başlanması gerektiğini göstermektedir. DSÖ meme, serviks ve kolorektal kanserlerde kanser vakalarının erken evrelerde yakalanmasına yönelik toplum tabanlı tarama programları önermektedir.

Tarama programların maddi olumsuzluklar ve hasta bilincinin yeterli düzeyde olmamasından ötürü istenilen düzeye ulaşamadığı belirtilmektedir. Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe, erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması mümkün değildir. Bu nedenle, halkın eğitimi ve kanser farkındalığının oluşturulması ilk ve en önemli amaç olmalıdır (20).

2.1.4. KETEM ve ulusal kanser tarama programları

Ülkemizde kanser taramaları KETEM tarafından yapılmaktadır. Bu merkezlerde doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görevlendirilmiştir. KETEM' ler meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütmektedir (21, 22). Halen ülkemizde toplam 134 KETEM mevcut olup, her ilimizde en az bir tane bulunmaktadır. KETEM'lerin birçoğunda, halk eğitimlerinin yanı sıra, mamografi, klinik meme muayenesi ve pap smear testi yapılmaktadır (23).

KETEM'lerin görevleri;

1. Sağlık personeline ve halka, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (Farkındalığın artırılması).
2. Tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla (meme, serviks, kolorektal kanserler vb.) erken dönemde tanı konulması.
3. Kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanmasıdır.

Ulusal kanser kontrol programında, meme, serviks ve kolorektal kanserlerin ulusal tarama programları geliştirilerek uygulanmasının amacı erken tanı ve tarama

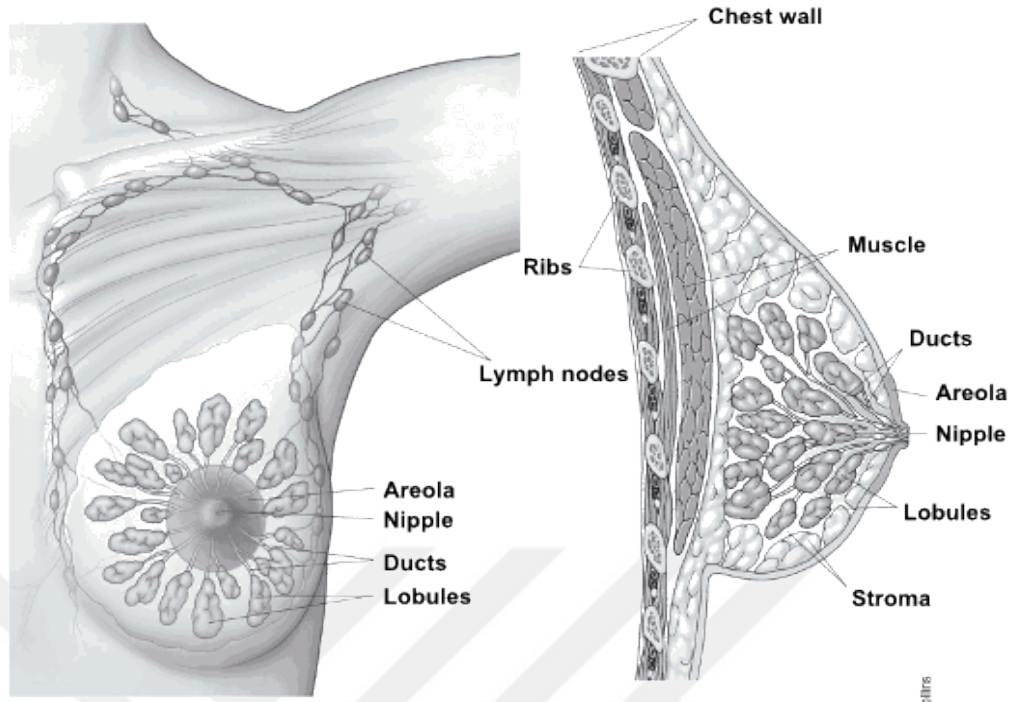
ile bu kanserlerin erken evrelerde yakalanması ve bu kanserlerdeki mortalite oranlarının azaltılmasıdır (24).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Ulusal kanser tarama protokolüne göre; 20-40 yaş kadınlara her ay kendi kendine meme muayenesi, 2 yılda bir klinik meme muayenesi, 40-69 yaş kadınlara ise ayda bir kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik meme muayenesi, 2 yılda bir mamografi çekimi önermektedir (25). Serviks kanseri için 30-65 yaş grubundaki kadınlarda her 5 yılda bir HPV testi ya da pap smear testi, kolorektal kanser taramasında ise 50-70 yaş grubundaki kişilere iki yılda bir gaitada Gizli Kan Testi ve 10 yılda bir kolonoskopi önerilmektedir.

2.2. Meme Kanseri

2.2.1. Memenin anatomik yapısı

Meme süt salgılama yeteneği olan derinin aksesuar bezi olarak özelleşmiş dokulardır her iki cinste de bulunur. Erkeklerde ve ergenliğe girmemiş kızlarda benzerdir. Ergenlikte hormonların etkisiyle şeklini alır. Memelerin şekil ve büyüklükleri içerdikleri yağ dokusu miktarına göre kadından kadına farklılık gösterse de anatomik olarak toraksın üzerinde ve sternumun iki yanında 2. ve 6. kosta arasında bulunur. İç sınırı orta veya ön koltuk altı çizgisindedir. Meme başı 4. interkostal aralık hizasındadır. Her bir meme tabanı pektoralis major ve pektoralis minör kasları üzerindedir. Meme derisinden uzanan ligamentlere “cooper ligamentleri” denir. Bu ligamentler memeyi yerine sabitler. Bu ligamentler kanserin yayılmasını ve ilk belirtilerini ortaya koymada önem taşırlar. Normal bir meme dokusu ve memenin lenfatik akımı şekil 5 de gösterilmiştir (26).



Normal breast tissue

Şekil 5. Memenin lenfatik akımı ve anatomisi

Meme dokusu en fazla üst dış kadranda bulunur. Aksiller bölgeyi de kapsayan üst dış kadranda fazla meme dokusu ve lenf nodları bulunması nedeniyle tümörler ve iyi huylu patolojiler daha çok bu bölgede görülmektedir (27). Meme ile koltuk altı ilişkisi önemlidir. Çünkü koltuk altında lenf düğümü adı verilen yapılar vardır. Memedeki kanser hücreleri önce lenf kanalları ile lenf düğümlerine, buradan da kan yoluyla çeşitli bölgelere gidebilir. Dolayısıyla koltuk altı lenf düğümlerine kanserin yayılıp yayılmadığının bakılması meme kanserinin evrelemesinde önemli bir noktadır. Bu nedenle meme muayenesi sırasında koltuk altının da muayene edilmesi çok önemli ve gereklidir (3).

2.2.2. Meme kanseri tanımı

Meme dokusu hücrelerinin kontrolsüz çoğalmaları ve yayılarak çoğalmaya devam etmeleriyle oluşan kötü huylu tümörlerin tümü meme kanseri olarak tanımlanır (28).

2.2.3. Meme kanseri epidemiyolojisi

Tüm kanserler gibi meme kanseri de artan görülme sıklığı ile hem dünya hem de Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Tüm dünyada kadınlarda, meme kanseri en sık görülen kanser türü olup, kansere bağlı ölümlerin de en sık nedenidir. Meme kanseri kadınlardaki kanserlerin tümünün %25' inden ve kanserle ilişkili ölümlerin %20' sinden sorumludur. 2012 yılında 1,7 milyon yeni vaka bildirilmektedir (3). 2008 yılından beri meme kanseri insidansında %20' den fazla bir artış olurken mortalitede ise %14 oranında artış olmuştur (29).

Amerikan Kanser Birliği 2014 Raporu'nda yeni kanser vakaları içinde meme kanseri %29 (232.670) oranıyla ilk sırada yer almıştır. Ayrıca yaşam boyunca her 8 kadından birinin meme kanserine yakalandığı bilinmektedir (28).

Ülkemizde de kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri, her 4 kadın kanserinden birisi olmaya devam etmektedir. Sağlık Bakanlığının Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 verilerinde, meme kanseri insidansı 2002' de yüz binde 31,9 iken, 2014' de yüz binde 43' e yükseldiği bildirilmiştir. En fazla 45-49 yaş grubunda görülmektedir.

Meme kanseri insidansı Japonya dışında gelişmiş ülkelerde yüksek olup, Batı Avrupa'da 100.000' de 90 iken Doğu Afrika'da 30'dur. Ancak bu iki bölgedeki meme kanseri mortalitesi nerdeyse eşittir (Yüz binde 15).

Bu farklılıklar gösteriyor ki gelişmemiş ülkelerde ileri evrede teşhis ve mortalite oranları daha yüksektir (29). Ülkeler arasındaki farklılıklar, gelişmiş ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir (20).

2.2.4. Meme kanseri etyolojisi

Meme kanseri genetik ve çevresel faktörler arasında güçlü etkileşimin olduğu karmaşık ve multifaktöriyel bir hastalıktır (18). Tüm dünyada yapılan araştırmalar

bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Meme kanserinde risk faktörü hastalığın oluşma olasılığını etkileyen her şeydir. Ortalama riske sahip bir kadın için yaşam boyunca meme kanserine yakalanma riski %7,8 ve mortalitesi de %2,3' tür (23).

Günümüzde meme kanseri gelişiminde etkili olduğu belirlenmiş risk faktörleri değiştirilemeyen risk faktörleri, yaşam tarzı ile ilgili risk faktörleri ve diğer risk faktörleri olmak üzere üç grupta toplanabilir.

Meme Kanseri Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: Meme kanseri riski yaşla birlikte artmaktadır. Meme kanseri tanısı alan kadınlara yapılan çalışmalarda, %70' inin 50 yaş ve üzerinde olduğu ifade edilmekte ve 50 yaş ve üzeri olan kadınların meme kanseri görülme sıklığının, yaşı 50 altında olan kadınlara nazaran 4 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (30).

Cinsiyet: Kadınların erkeklerden daha çok meme dokusuna sahip olması ve meme hücreleri üzerindeki östrojen/progesteron hormonlarının etkisi meme kanserine yakalanma riskini artırmaktadır (31).

Genetik: BRCA1 ve BRCA2 geninde mutasyon olması, ATM, p53, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11 gen mutasyonları meme kanserine yakalanma riskini artırır. Kalıtsal meme kanseri olgularının yarısından fazlası (%50-60) BRCA-1 genindeki mutasyondan, %10-30' u ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır (31).

Ailede Meme Kanseri Hikâyesi: Farklı kanserler türlerinde yapılan aile çalışmaları; etkilenmiş olan hasta bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal popülasyona göre artmış olduğunu göstermektedir. Özellikle anne tarafında genç yaşta meme kanseri görülmesi ailesel bir geçişe işaret olabilir (32). Birinci derece yakın akrabalarında meme kanseri olan kişilerin bulunması (anne, kız kardeş, kızı) kadının meme kanserine yakalanma riskini iki kat artırır (33).

Kişisel Malign ya da Benign Meme Hastalığı Öyküsü: Bir memede kanser varlığı diğer memede kanser riskini 2-6 kat artırır. Memede atipik hiperplazi meme kanseri riskini 4-5 kez artırdığı belirtilmiştir ve bening meme hastalığının (Fibrokistik meme hastalığı) kanser riski ise henüz açıklanamamıştır (34).

İrk: Meme kanseriyle ilgili önemli paradokslardan bir tanesi de beyaz kadınlarda görülme sıklığı zencilerden daha fazladır. Afrikalı-Amerikalı kadınlara

kıyasla beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha fazlayken, Afrikalı-Amerikalı kadınlarda mortalite oranları daha fazladır. Etnik farklılıkların büyük oranda yaşam tarzı ve sosyo-ekonomik düzey ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir (33).

Menstrüal Öykü: Östrojene maruziyet süresinin uzaması yani kadınların adet görmeye erken yaşta (12 yaş) başlamaları, bununla birlikte ilerleyen yaşlarda (55 yaş sonrası) menopoza girilmesi fertil çağı uzatmakta ve meme kanseri riskini arttırmaktadır (35). Yapılan çalışmalarda; menarş yaşında her bir yıl için olan gecikmeye bağlı meme kanseri gelişme riskinin %4 azaldığı, menopoz yaşındaki gecikmeye bağlı olarak her yıl riskin %3 arttığı ifade edilmektedir (36).

Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri

Çocuk Sahibi Olmama ya da İleri Yaşta Çocuk Sahibi Olma: Çocuk sahibi olmayan kadınlar veya ilk çocuklarını 30 yaşından sonra doğuran kadınlar, meme kanseri açısından daha yüksek risk altındadır. Gebe kalmak, bir kadının yaşam boyu gördüğü adet döngü sayısını azalttığından bu etkiye neden olmaktadır (33).

Doğum Kontrol Hapları ve Menopoz Sonrası Hormon Kullanımı: Yapılan çalışmalara göre doğum kontrol hapi kullananlarda meme kanseri gelişme riski kullanmayanlardan daha fazladır. Menopoz sonrası kombine hormon kullanımının da riski artırdığı bilinmektedir (37).

Emzirme Durumu: Bazı çalışmalar emzirmenin, özellikle 1,5-2 yıl süreyle devam edilmesinin meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir (37).

Obezite ve Egzersiz Eksikliği: Menopoz sonrası şişman veya obez olmanın meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Menopoz öncesi östrojenin çoğu yumurtalıklar tarafından üretilirken çok az kısmı yağ dokusu tarafından üretilmektedir. Ancak menopoz sonrası östrojenin çoğu yağ dokusu tarafından üretilmektedir. Menopoz sonrası çok fazla yağ dokusuna sahip olmak östrojen seviyesini arttıracığı için meme kanseri riskini artırır. Araştırmalar, egzersizin meme kanseri riskini direk olarak azalttığını göstermektedir. Ayrıca fiziksel olarak inaktif bir yaşam obeziteyi arttıracığından dolayı olarak da riski arttırmış olacaktır (33).

Alkol Tüketimi: Alkol tüketimi meme kanseri dahil birçok kanser türü (farenks, larenks, özafagus, karaciğer, pankreas) için risk faktörüdür.

Diğer Risk faktörleri

Bazı kimyasallar, viral enfeksiyonlar, elektromanyetik alanlar, radyasyon ve sigara meme kanseri riskini artıran çevresel faktörlerdendir. Ancak yapılan araştırmalar, bu faktörler ile meme kanseri ilişkisini netleştirememiştir. Bu faktörler dışında sosyo-ekonomik düzey, memenin yağunluğu, proliferatif meme lezyonları da risk faktörleri olarak belirtilmektedir.

Riski azaltan etmenler:

1.Emzirme

2.İlk çocuğun 30 yaş öncesinde doğması

3.Haftada 3 kez egzersiz yapma; haftada 3 kez yapılan düzenli egzersiz, adipos dokuyu azaltmakta dolayısıyla endojen östrojen salınımı azaldığından risk %35-%40 oranında azaltmaktadır (38)

Meme kanseri riskinin bilinmesi kadar, riskin kontrol altına alınması da önemlidir. Meme kanserine karşı kesin koruyucu bir yöntem olmadığından korunmada hastalığın erken dönemde saptanması önemlidir. Bunun için meme kanseri belirtileri ve tanı yöntemleri hakkındaki farkındalık çok önemlidir.

2.2.5. Meme kanseri belirti ve bulguları

Memede meydana gelen değişikliklerin birçok nedeni bulunmaktadır. Bu değişikliklerin çoğu zararsız olmakla beraber meme kanserinin ilk işaretleri olabileceği de düşünülmelidir. Bu nedenle kadınların kendileri için neyin normal olduğunu bilmeleri, memelerinin doğal yapısını incelemeleri, değişiklikleri tespit etmeleri ve gecikmeden sağlık kuruluşuna başvurmaları önerilmekte ve yaşlarına uygun meme tarama programlarına katılmalarına tavsiye edilmektedir. Meme kanseri belirtileri kişiden kişiye ve hastalığın vücuttaki yayılımına göre değişmektedir.

Memede kitle ve ağrı: Memedeki tüm hastalıkların ortak belirtisi memede kitledir. Menapoz öncesi ve sonrası en sık karşılaşılan fizik muayene bulgusudur. Çoğu zaman ağrısız ya da hafif ağrılıdır. Kanser kitlesinin kenarları düzensiz, hareketi sınırlı ve serttir. Kitlelerin %65' i hasta tarafından fark edilir. Düzenli yapılan KKMM ile bu oran %85' e yükselir. Yapılan değişik çalışmalar, normal büyüklükteki bir memede kitlelerin elle hissedilebilmesi için en az 1 cm büyüklükte olması gerektiğini göstermektedir. Tümör, vakalarının %47-50' si üst dış, %12- 15' i

üst iç, %2-5' i alt dış, %2-5' i alt iç kadranda, %15-22' si de meme başı ve areolada yer alır. Memede ağrı ise meme kanserinde sık görülen bir belirti değildir ancak daha çok ileri evrelerde görülebilir (39-43).

Meme derisinde buruşukluk (portakal kabuğu görünümü): Memede büyüyen kitle, ligamentleri gererek portakal kabuğu görünümünün ortaya çıkmasına sebep olur. Portakal kabuğu görünümü, vakaların epey gecikmiş olduğunu gösterir.

Meme başındaki şekil bozukluğu, içe çökmesi: Zamanla tümör büyümeye ve etrafındaki dokulara yayılmaya başladığında retraksiyon (meme başında çekilme) belirtileri görülür. Subareolar bölgedeki kanserlerde meme başı içeri çekilir (meme başı retraksiyonu).

Meme başından kanlı veya kansız akıntı gelmesi: Kadınların %20' sinde meme ucundan akıntı gelmesi durumu yaşanır. Genelde sütlü, sarımtırak veya yeşile çalan akıntılar meme kanseri ile ilişkili değildir. Meme başından anormal akıntı gelmesi durumlarının genellikle %10 kadarı kanserle ilişkilidir. Bu durumda çoğu zaman kitle ile beraberdir ve kitle üzerine bastırmakla meme başından akıntı başlatılabilir (41).

Meme derisinde kızarıklık, ödem ve ülser görülmesi: Memedeki tümör hücrelerinin büyümesi memenin lenf dolaşımını bozar ve lenf ödem meydana getirir, daha sonra deride yayılmasıyla birlikte eritem (kızarıklık) ve ülserler meydana gelir.

Memenin şeklindeki veya büyüklüğündeki değişiklikler, meme derisinde kalınlaşma, memede şişlik, koltuk altında ele kitle gelmesi ve memede kaşıntı nadirde olsa görülebilecek diğer belirtiler arasında yer almaktadır (41-43).

2.2.6. Meme kanserinde erken tanı ve tarama yöntemleri

Meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerinin önem kazanmasının en büyük nedeni; mortalite ve morbidite oranlarını azaltma olasılığı olan birkaç kanser türünden biri olmasıdır. Ayrıca, meme kanserinin aralıklı taramalar ile erken safhada teşhis edilmesi daha başarılı tedavi şansını da beraberinde getirmektedir. Gelişmiş ülkelerde yüksek meme kanseri insidansına rağmen düşük mortalitenin en önemli nedeni erken tanı ve tarama yöntemlerine gösterilen önemdir. Erken dönemde teşhis edilen meme kanseri hastalarının hayatta kalım oranları %95 civarındadır. Erken tanı için başlıca önerilen bir birini tamamlayıcı üç yöntem vardır (44):

- Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)
- Klinik Meme Muayenesi (KMM)
- Mamografi

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM, meme kanserinin erken teşhis edilebilmesini sağlamak için kadınların belli aralıklarla sistematik olarak memelerini muayene etmesidir.

Kadınların kendi meme dokusunu tanınması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanabilir. Kadınların 20 yaşından sonra her ay memelerini kendi kendilerine muayene etmeleri meme kanserinin erken tanısı için önerilen uygulamalar içerisinde (45-49).

Normalde adet öncesi dönemde memeler ödemden dolayı şişer ve değişiklikler olabilir. Bu nedenle her kadın KKMM'yi ne zaman yapacağını tam olarak bilmeli ve her defasında aynı dönemde muayene etmelidir. Bu dönem adet gören kadınlarda âdetin bitiminden sonraki hafta, menopoza giren kadınlarda her ayın aynı günü, emziren kadınlarda emzirmeyi takiben ve doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda ise yeni kutuya başlamadan önceki gündür (50).

Meme muayenesi gözle ve elle yapılmalıdır. Bu işlemler ayakta ve yatarak yapılabilir. Her iki durumda da memenin kendisi, meme başları, meme cildi, meme altı bölgeleri ve koltuk altları dikkatlice muayene edilmelidir (50).

Meme kanserinin erken dönemde tanınması için KKMM'nin doğru ve etkin yapılması gerektiği unutulmamalıdır; kadınlarda doğru KKMM yapma oranını arttırmak için sosyo-kültürel yapı ve özellikler dikkate alınarak, meme sağlığı eğitim programlarının hazırlanması, uygulanması ve yaygınlaştırılması çok önemlidir. Bu aşamada halkın sağlığını koruma ve geliştirme konusunda halk sağlığı personeline önemli görevler düşmektedir. Kadınlar düzenli ve doğru KKMM konusunda bilgilendirmeli, bu bilgilerini hayata geçirmeleri açısından teşvik edilmelidirler (51).

Literatürde klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi'nin meme kanseri tanısında en etkili yöntemler olduğu belirtilse de meme kanserinin %90' ının ilk kez kişinin kendisi tarafından fark edildiği bilinmektedir (52). Meme kanserinde ilk belirtilerin genellikle ele gelen bir kitle olarak ortaya çıktığı göz önüne alındığında, KKMM uygulamasının önemi artmaktadır (53).

Ayrıca KKMM her kadın tarafından tek başına kolaylıkla uygulanabilecek, kısa sürede erken tanıya yönlendirebilecek, maliyet gerektirmeyen, mahremiyetin korunduğu bir muayene yöntemidir (54-56). Günümüzde KKMM'nin meme kanserinin erken tespit edilmesinde yararlı olup olmadığı tartışılmakla birlikte özellikle kırsal kesimde yaşayan kadınların KMM ve Mamografi'ye ulaşım olanaklarının az olabileceği bu nedenle düzenli ve doğru olarak KKMM uygulamanın yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca literatürde KKMM düzenli olarak uygulandığında meme kanseri mortalite oranının azalacağı ve yaşam oranının da %75 artacağı bildirilmiştir (57-60).

Kendi kendine meme muayenesi 2 aşamada yapılır;

- 1. Gözle değerlendirme
- 2. Dokunarak elle değerlendirme.

1.Memelerin gözle değerlendirilmesi: Kendi kendine meme muayenesinin ilk basamağı memelerin gözle değerlendirilmesidir.

Kollar yanda olacak şekilde bir aynanın önünde belden yukarısı çıplak şekilde ayakta durulur sonra kollar kaldırılarak eller başın arkasına konur ve belirtilerden herhangi birinin olup olmadığı kontrol edilir. Daha sonra eller bele konur ve iki meme birbirine yaklaştırılmak isteniyormuş gibi göğüs kasları sıkıştırılır. Öne doğru iyice eğik pozisyonda her iki memenin aynı şekilde aşağıya sarkıp sarkmadığına bakılır (Şekil 6).



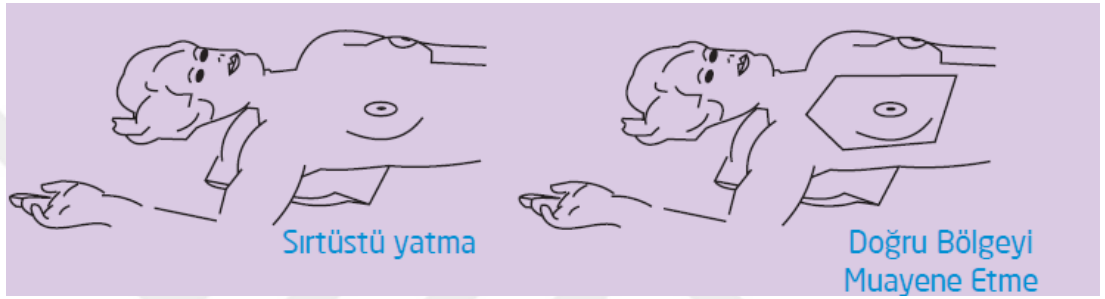
Şekil 6. KKMM muayenesi, memelerin gözle değerlendirmesi

Gözle değerlendirmede;

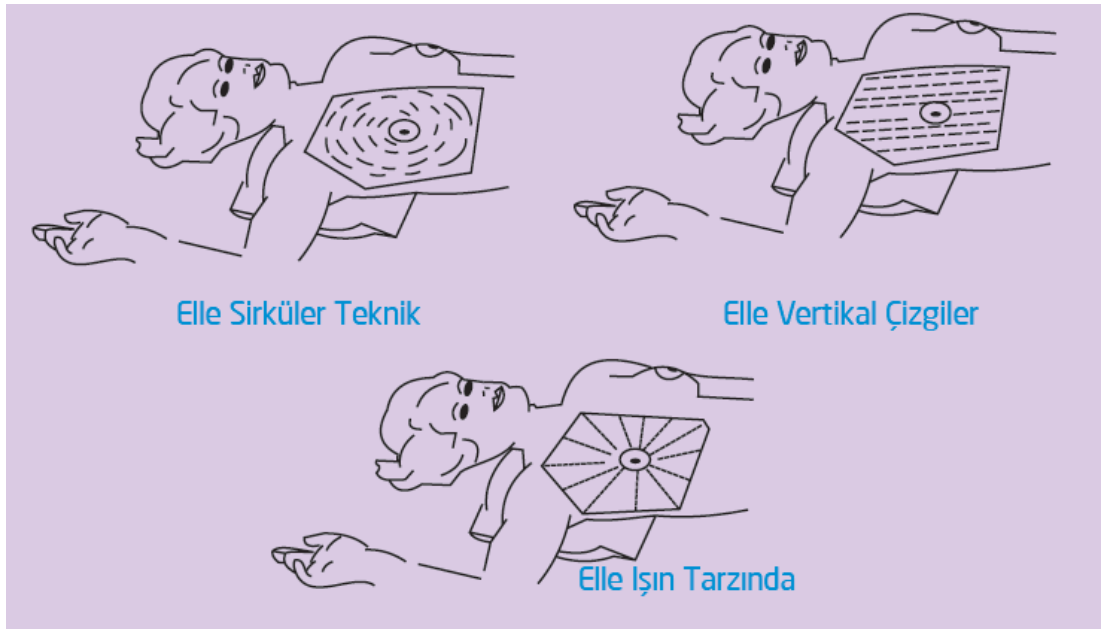
Memelerde belirgin şişlik, meme ucu ve meme cildinde içe doğru çekilme, meme başlarının farklı yöne bakması, meme cildinde renk değişiklikleri ve yara, yüzeysel damarlarda önceden olmayan bir belirginleşme hali, ciltte "portakal kabuğu" manzarası, üst kolda anormal şişlik ve meme başından kanlı akıntı uyarıcı belirtilerdir. Özellikle bir pozisyondan diğerine geçişte bazı değişiklikler belirginleşebilir.

2-Memelerin dokunarak elle değerlendirilmesi: Sırtüstü yatarak(en ideali), duşta, ayakta yapılabilir. Muayene edilecek memenin olduğu tarafta omzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirdikten sonra el başın altına konur. Bu aşamada meme dokusu bir yana doğru kaymamalı ortada durmalıdır.

Baş ve serçe parmakları dışında kalan elin 3 parmağı ile hafif bastırarak tüm meme dokusu taranır. Parmakların hassas olan iç yüzeyleriyle ile tarama yapılır. Meme dokusunun tümüyle taranması, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar tüm alanların dikkatlice hissedilerek taranması demektir (Şekil 7). Bu amaca yönelik parmak uçları meme üzerinden kaldırılmadan, hafif bastırarak memenin tamamını ya daireler çizerek, ya yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı tarayarak ya da merkezden dışa tarayarak değerlendirilmelidir (Şekil 8).



Şekil 7. KKMM muayenesi, memelerin elle değerlendirilmesi



Şekil 8. Elle muayene tarama teknikleri

Klinik Meme Muayenesi(KMM)

KMM, erken tanı yöntemleri içinde yer alan bir diğer yöntemdir. KMM sağlık personeli tarafından yapılan muayenedir. Amerikan Kanseri Birliği 20-40 yaş grubu kadınlarda 3 yılda bir, 40 yaş sonrasında her yıl KMM yaptırılmasını önermektedir (61). Türkiye ulusal kanser tarama standartlarına göre; 20-40 yaş arası 2 yılda bir, 40-69 yaş arasındaki kadınlara yılda bir KMM yaptırmaları önerilmektedir (62).

KMM, mamografi ile beraber uygulandığında, tanı oranı %5-20 artmaktadır. KMM, meme dokusu yoğun kadınlarda mamografiyle belirlenemeyen veya periferde yerleşmiş kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır (63).

Mamografi

Mamografi, X ışınlarıyla memeyi iki boyutlu olarak inceleyen bir görüntüleme yöntemidir. Meme kanseri tanısında en iyi görüntüleme yöntemlerindendir. Mamografi taramada, tanıda ve tedavi sonrası takipte büyük öneme sahiptir. Tanıda, kitle dışı belirtisi olanlarda, palpe edilemeyen lezyonların saptanmasında faydalıdır. Palpe edilebilir kitlesi olanlarda ultrasonografi ile beraber kitle değerlendirilmesinde ve malign olduğu biyopsiyle netleştirilen olgularda tedavi planlanmasında kullanılmaktadır (64).

Mamografi ile yapılan toplum tabanlı tarama programı ile meme kanseri mortalitesinde, taranmayan gruplara göre %20 oranında bir azalma olduğunu gösteren çalışmalar vardır (65). Tarama mamografisi klinik bulgulardan önce meme kanserini saptayarak mortaliteyi azaltabilen tek kanıtlanmış görüntüleme yöntemidir. Meme kanseri tanısında pek çok görüntüleme yöntemi kullanılabilmekte ancak tarama amaçlı en etkin yöntem halen mamografi kabul edilmektedir (66).

Amerikan Kanseri Birliğinin bazı erken tarama rehberine göre 40 yaşından sonra yıllık mamografi çekilmesi tavsiye edilmektedir. Türkiye ulusal kanser tarama standartlarına göre; 40-69 yaş arasındaki kadınların iki yılda bir, her iki meme için birisi medyolateral oblik diğeri kranyokaudal olmak üzere ikişer poz film çekilmesi önerilmektedir (67).

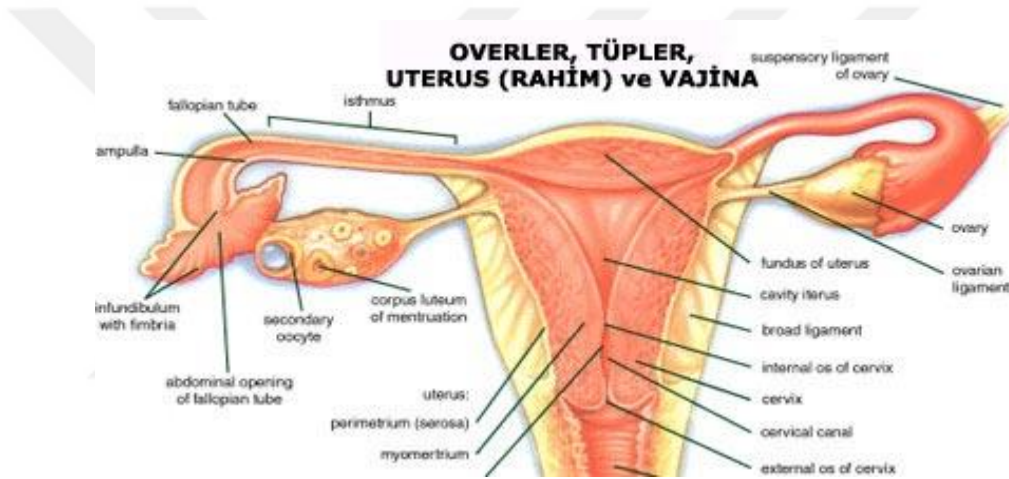
Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Kanseri Araştırma Merkezi (IARC) tarafından yapılan, toplam 11 ülkeden 24 uzmanın katıldığı toplantıda, tarama amaçlı mamografinin meme kanseri kaynaklı ölümlerin azaltılmasında oldukça etkili bir

yöntem olduğu belirtilmiştir. Meme kanseri tarama programları değerlendirilmiş ve özellikle 50-69 yaş arası kadınlarda meme kanserinden olan ölümlerinin %35 oranında azaltıldığına dikkat çekilmiştir (68).

2.3. Serviks Kanseri

2.3.1. Serviks anatomisi ve serviks kanseri tanımı

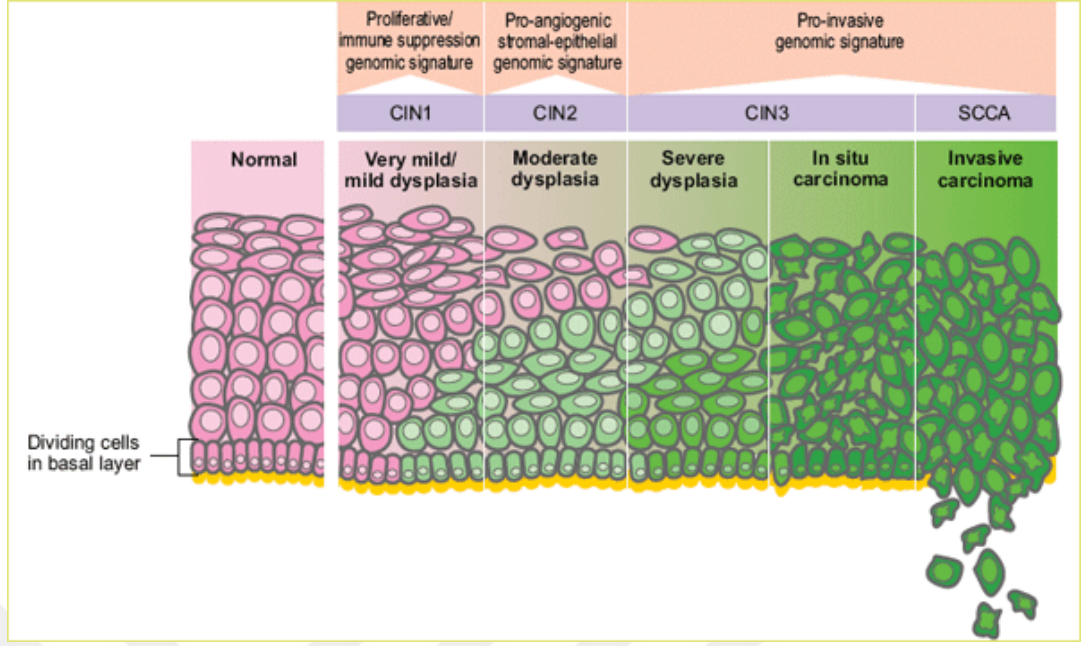
Serviks rahim ile vagenin birleştiği bölge olup rahmin alt bölümünü içerir. Genellikle 2-4 cm uzunluğundadır. Serviks (rahim ağzından) gelişen kanserlere "serviks kanserleri" veya "servikal kanserler" adı verilmektedir.



Şekil 9. Serviks anatomisi (69)

Serviks yüzeyi skuamoz epitel ve kolumnar epitel olmak üzere 2 tür epitelden oluşmaktadır. Bu iki epitelin birleşme noktasına skuamokolumnar junction denir. Skuamokolumnar junction denilen yerde kanser için önemli bir anatomik bölge olan transformasyon zonu bulunmaktadır. Prekanseroz lezyonların %90' ı bu bölgede meydana gelir (70). Serviks kanseri gelişmesinde, serviks epitelinde birbiri ardı sıra gelen değişiklikler olur, bunlar serviks kanserinin erken tanısında önem taşır.

Bu değişiklikler: Normal endoservikal kolumnar epitelyum --> Squamoz metaplazi --> Hafif-orta-ağır displazi--> Karsinoma in situ --> Mikroinvaziv karsinom --> Belirgin invaziv karsinom şeklindedir (71) (şekil 10).



Şekil 10. Serviks kanseri gelişim evreleri (72)

Serviks kanserlerin çoğunu karsinomlar oluşturmaktadır. Bunların %85- 90' ı skuamoz karsinom, %10-15' i adenokarsinomdur (73).

Serviks kanserinde öncü lezyonların invaziv kansere ilerleme süresi yaklaşık 10-20 yılı bulmaktadır. Prekanseroz lezyonlar servikal intraepitelyal karsinoma (CIN) olarak adlandırılmaktadır. Anormal lezyonların gelişmesi; epitelin alt 1/3' ünde sınırlı ise CIN I, alt 2/3' ünde ise CIN II, epitelin tamamına yakını tutulmuş ise CIN III ve tamamını içeriyorsa karsinoma insitu olarak adlandırılır. Bütün lezyonlarda bazal membran sağlamdır. Fakat CIN' lerde invazyon potansiyeli her aşamada vardır (74, 75).

Serviks kanseri kadın ve erkeklerde görülen diğer kanserlerden ayıran özellik, preinvaziv evreye sahip olmasıdır. Servikal kanserler bu dönemde tanı alırsa günümüz tedavi teknikleri ile %95-100 oranında tedavi edilebilmektedir (76).

2.3.2. Serviks kanseri epidemiyolojisi

Serviks kanseri dünyada kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türüdür. En fazla ölüme neden olan üçüncü kanser türüdür. Kadınlarda teşhis edilen tüm kanserlerin %12' si serviks kanseridir ve bu kadınların yarısı kanser

nedeni ile ölmektedir (77). Ülkemizde en sık görülen jinekolojik kanser olan serviks kanseri kadınlarda en sık görülen dokuzuncu kanser türüdür.

Serviks kanserinin mortalitesi yüksek olup, hastaların yarısından fazlası hayatını kaybetmektedir. Türkiye’de her gün yaklaşık 4 kadına serviks kanseri tanısı konurken ve 2 kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir (78). Serviks kanseri görülme sıklığında ülkeler arası farklılıklar vardır. Bu farklılıkların nedeni ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve kadınların ırk ile etnik kökenleridir.

Serviksin eksternal bir genital organ olması özellikle karsinogenezi hakkında önemli bilgiler edinilmesini sağlamıştır. Servikal kanserin preinvaziv bir evresinin olması, bu hastalığa özgü önemli bir özellik olup erken tanı tedavi sağlayarak bu dönemde hastaların tanımlanabilmesini ve etkin tedavi edilebilmesine imkan sağlamıştır.

Ancak gelişmekte olan ülkelere serviks kanseri, düzenli taramaların olmaması nedeniyle hala büyük bir sorun olmaya devam etmektedir. Bundan dolayı serviks kanserlerin görülme sıklığını tespit etmek, ilişkili risk faktörlerini belirlemek, nedenlerini araştırmak, kanserden korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmek giderek daha çok önemli olmaktadır (79).

2.3.3. Serviks kanseri etiyolojisi

Serviks kanserine cinsel yolla bulaşan bir virüs olan human papilloma virüsünün (HPV) neden olduğu bilinmektedir (48). HPV’nin 100’ den fazla suşu insanlarda enfeksiyona neden olmaktadır. Serviks kanserlerinin yaklaşık %70’ ine HPV 16 ve 18’ in neden olduğu tespit edilmiştir. Serviks kanserinin gelişmesi için HPV enfeksiyonu gerekmektedir. Pek çok kadında HPV enfeksiyonu bulunur, ancak bunlardan bazıları serviks kanserine yakalanmaktadır. Bu nedenle kadınlarda bazı risk faktörlerinin kanser gelişiminde etkisi olduğu düşünülmektedir. Serviks kanseri riskini artıran faktörler şunlardır (80);

Demografik faktörler:

- İleri yaş
- Irk(siyah, hispanik)
- Asya, Afrika ve Latin Amerika yerleşimi
- Düşük sosyoekonomik durum

- Düşük eğitim düzeyi

Davranış ve seksüel faktörler:

- Fazla sayıda seksüel eş (kendisinin veya eşinin)
- Erken ilk koitus yaşı
- Sigara
- Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı
- Folat, karoten ve vitamin C' den fakir diyet

Medikal/Jinekolojik faktörler:

- Multiparite
- Erken ilk gebelik yaşı
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü (özellikle Herpes ve HPV)
- Spesifik tip HPV enfeksiyonu
- HIV enfeksiyonu
- İntrauterin dönemde diethylbesterol ile karşılaşma
- Rutin sitolojik tarama olmaması
- İmmün yetmezlik

Viral Enfeksiyonlar: Serviks kanseri ile ilgili olarak Herpes Simplex Virüsü (HSV), ile günümüzde human papilloma virüsünün (HPV) en önemli etiyolojik ajan olduğu düşünülmektedir. HSV Tip 2 Virüsü 1970-1980' lerde serviks kanserleri açısından önemli etken olarak görülmüştür. Ancak sonraki yıllarda bu enfeksiyonun hastalığın oluşumunda sadece yardımcı bir faktör olduğu düşünülmüştür. Serviks kanserlerinin oluşumu açısından bugün üzerinde en çok durulan etken HPV'dir. Sitoloji ve biyopsi materyallerinde yapılan çalışmalar ve son olarak da viral DNA'nın dokularda saptanabilmesiyle bu ilişki netleşmeye başlamıştır (81).

Doğum Sayısı: Üç ve üzeri doğum, doğum travmaları, gebelikteki hormonal değişim ve immünosupresyon ile HPV enfeksiyonu ve kanser hücresi gelişmesini kolaylaştırarak serviks kanserine yol açabilmektedir (82-84).

Cinsel Öykü: Cinsel hayata 16 yaşından önce başlayan, ilk doğumun erken yaşta olması ve birden fazla kişiyle cinsel ilişkiye girme durumu serviks kanseri riskini arttırmaktadır. Menstrüasyon yaşının erken olması ve menstrüasyon yaşı ile ilk cinsel ilişki yaşı arasındaki sürenin yakın olması da serviks kanseri için risk faktörü olarak belirtilmektedir (85,86). Erken yaşta serviks hücreleri tam olarak

olgunlaşmadığından gençlerde HPV enfeksiyonu gelişme ihtimali daha yüksektir. Cinsel ilişki sırasında kondom kullanmak HPV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalık etkenlerinin bulaşmasını önleyerek serviks kanseri riskini azaltır (82-84).

Oral kontraseptif kullanmak: HPV enfeksiyonu olanlarda uzun süre oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri riskini artırır (87). Bırakılmasıyla beraber risk azalmaya başlar. Beş yıldan fazla oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri gelişme riskini iki kat artırmaktadır (88). Monero ve arkadaşları yaptıkları çalışmada HPV DNA pozitif kadınlarda uzun süre oral kontraseptif kullanımının, serviks kanseri riskini 4 kat arttırdığını belirlemişlerdir (89). Bir başka çalışmada hormon kullanarak gebelikten korunan kadınların serviks kanserleri risk puanlarının hiçbir yöntem kullanmayanlara göre yüksek olduğu belirtilmiştir (89).

Sigara kullanımı: Sigara kullanan kadınlarda sigara kullanmayan kadınlara oranla serviks kanseri riski iki kat artmaktadır. Sigara kullanımının HPV ile etkileşerek premalign değişikliğe yol açtığı düşünülmekte ancak tam mekanizması bilinmemektedir. Sigara içenlerde preinvaziv ve invaziv hastalık riski artmıştır, seksüel faktörler sabit tutulsa bile sigara içimi bağımsız bir risk faktörüdür (90).

Sosyo-Ekonomik Durum: Serviks kanserinin görülme sıklığı sosyo-ekonomik seviyesi kötü olan toplumlarda daha fazladır. Sosyo-ekonomik seviye kişileri hijyen davranışlarını ve sağlık kurumlarına başvurmalarını etkilemektedir (88,91,92).

Kötü Genital Hijyen Alışkanlığı: Menstürasyon ve perine hijyeninin yeterli ve doğru şekilde uygulanmaması serviks kanserine yol açabilmektedir (84-85). Yapılan çalışmalarda kadınların genital ve menstürasyon hijyenine ilişkin uygulamalarının yeterli olmadığı, hijyenik olmayan ped kullanma ve vajinal duş yapma gibi bazı uygulamalarının ise yanlış olduğu görülmektedir (93). Vajinal duş sıvı bir solüsyonla veya çoğu zaman su ile vajinanın temizlenmesidir. Vajinal duş kadınlarda pelvik inflamatuvar hastalık, dış gebelik, fertilitede azalma, bakterial vaginozis, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma olasılığını ve serviks kanserleri riskini artırmaktadır. Ayrıca vajinal duş sıklığı ve uygulama süresi ile serviks kanserleri riski arasında pozitif bir ilişki olduğu da belirtilmektedir (85).

Diğer Faktörler: Siyah ırk kadınlarda, beyaz ırk kadınlarına kıyasla, servikal invaziv karsinoma görülme oranı iki kat daha fazladır. Karoten, C vitamini alımının kötü olması ve folat yetmezliği serviks kanseri için risk faktörleri arasındadır (94). A

vitamini eksikliğinin de serviks kanseri için risk faktörü olduğu düşünülmektedir (95).

2.3.4. Serviks kanseri belirti ve bulguları

Serviks kanseri lezyon öncesi genellikle bulgu vermemektedir. Hücreler kansere dönünce ve serviksin derinlerine ya da komşu organlara yayılım olduğunda bulgular başlamaktadır (96). Bu nedenle bulgu olmasa dahi yapılan düzenli smear testi çok önemlidir.

Erken Evrede Görülen Belirtiler;

- Vajinal yoldan alışılmadık akıntının olması, artmış ya da kanlı vajinal akıntı,
- Anormal vajinal kanama,
- Cinsel ilişki sonrası kanama,
- Menopoz sonrası kanama,
- Periyodlar arasında lekelenme ve kanama,
- Adet kanamalarının uzun sürmesi ve normalden daha ağır geçmesi,
- Pelvik muayene sonrası kanama,
- Cinsel ilişki sırasında ağrı veya kanama olması,

İleri Evrede Görülen Belirtiler;

İleri evrelerde kötü kokulu vajinal akıntı, bel ve kasık ağrısı, anemi, kilo kaybı, idrar yapmada zorluk ya da bacak ödemi görülebilir.

2.3.5. Serviks kanserinde erken tanı ve tarama yöntemleri

Serviks kanseri önlenabilir birçok risk faktörünün bilinmesi ve tarama imkanı olan birincil ve ikincil korunma yöntemlerinin kullanılabileceği nadir kanserlerdendir (94). Prekanseroz lezyonlar belirli bir sürede invaziv lezyona dönüşmektedir. Bu nedenle serviks kanserlerinin bu aşamada yakalanması ve tedavi edilmesi insidans ve mortaliteyi düşürmede çok etkilidir. Serviks kanseri erken tanı ile %90' ının önlenbildiği ancak geç kalındığında mortalitelerin %50'lere vardığı bir hastalıktır.

Serviks kanserinden korunmada, en önemli risk faktörü olan HPV enfeksiyonuna bağlı gelişen lezyonların pap smear ve HPV gibi tarama testleri ile erken evrede tespiti ve tedavisi çok etkilidir (97).

Pap smear testi

Pap smear testi serviks kanseri için iyi bilinen ve kabul görmüş etkin tarama yöntemidir. Servikal hücrelerin toplanarak incelenmesiyle gerçekleşen bir sitolojik tarama testidir. Serviks spekulum yardımıyla görünür hale getirildikten sonra endoserviks ve ektoserviksten örnek alınır. Alınan örnek lam üzerine yayılarak uygun solüsyonda bekletilir. Yaymalar Papanicolaou yöntemi uygulanarak boyanır. Test ilk defa George Papanicolaou tarafından tanımlandığı için Pap smear testi olarak adlandırılır (85,98). Erken tanı açısından çok basit ve duyarlılığı ve seçiciliği yüksektir. Ayrıca ucuz, kolay yapılabilen ve hastalarca kolaylıkla kabul gören bir testtir.

Amerika, Finlandiya, İsveç, Danimarka, Norveç'te Pap smear testi ile taramanın başlamasıyla serviks kanseri belirgin olarak azalmıştır. Avrupa'da ülkeler arasında Pap smear testiyle serviks kanseri tarama programlarının uygulanışında farklılıklar vardır. Lüksemburg'da tarama 15 yaşında, bazı ülkelerde (Avusturya, Almanya, İngiltere, İzlanda, Portekiz, Slovenya) 20 yaşında, çoğu ülkede 25-30 yaşlarında başlamaktadır. Bazı ülkelerde yılda bir kez test yapılması önerilirken, bazılarında tarama sıklığı beş yıla kadar çıkmaktadır (87,99).

Amerikan Kanseri Derneğine göre; Serviks kanseri taraması 21 yaşında ya da ilk cinsel ilişkiden sonraki üç yıl içinde başlamalıdır. 21-29 yaş aralığındaki kadınlar üç yılda bir Pap smear testi yaptırmalıdır. Bu yaş grubunda anormal pap smear testi sonucu varsa HPV testi önerilmektedir. 30- 65 yaş grubundaki kadınlar her 5 yılda bir pap smear ve HPV testi yaptırmalıdır. 65 yaş ve üzerindeki kadınlarda düzenli taramaya rağmen anormal bir sonuç çıkmamışsa tarama yapmaya gerek yoktur (100).

HPV DNA Testi

Serviks kanseri gelişiminde en önemli risk faktörü olan HPV varlığı ya da yokluğu hastaların servikal hücrelerindeki DNA parçacıklarının analizi ile mümkündür. Bu yöntemle kansere en olasılıkla neden olan HPV tipleri araştırılmaktadır. Bu test 30 yaşın üstünde PAP testi ile birlikte tarama testi olarak ve anormal değişiklik hafif düzeyde olduğunda ileri bir tanı yöntemi olarak tedavi gerekip gerekmeyeceğine karar vermede kullanılmaktadır (101).

Tek başına % 75-80 olan Pap smear testi duyarlılığı HPV tiplmesi ile yapıldığında %96 olarak bildirilmiştir. Bu yöntem ile sitolojik taramada yalancı

negatiflik oranı azaltılır. Yüksek riskli ve düşük riskli grup ayrımı yapılır. Ancak HPV DNA'nın hangi sıklıkta, hangi yaş grubuna uygulanacağı ve ne zaman sonlandırılacağı konuları araştırılmaktadır (102).

2.3.6. Serviks kanserinden korunma ve human papilloma virüs aşısı

HPV enfeksiyon riski cinsel ilişki ile beraber arttığından bu dönemden önce enfeksiyona karşı etkili, güvenilir ve uygulanabilir bir aşı korunmada etkili bir önlem olabilir (103-104).

HPV aşısı rekombinan teknoloji kullanılarak virüs benzeri partiküllerden üretilmektedir. Aşı biyolojik ürünler veya DNA içermediğinden dolayı enfeksiyöz ve onkogenik değildir. HPV enfeksiyonu geçirmiş kadınların %50-60' ında antikor gelişmekte ancak enfeksiyon sonrası gelişen bu immünizasyonun koruyuculuğu ve süresi bilinmemektedir. HPV aşısı olanların tümünde, antikor cevabı oluşmakta ve bu oluşan antikor cevabı tüm yaş gruplarında doğal enfeksiyona göre daha yüksek düzeydedir. Bu antikor cevabının adölesan yaş grubunda (özellikle 15 yaş altı) ileri yaş gruplarına göre daha yüksek düzeylerde olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Bu nedenle HPV aşısı uygulaması önerilen zaman 9-15 yaş aralığıdır.

Günümüze dek FDA' den onay alan iki HPV aşısı bulunmaktadır. Bu aşılarından kuadriyalan HPV aşısı tip 6, 11, 16 ve 18' i, bivalan HPV aşısı ise tip 16 ve 18' i içermektedir. Her iki aşı da 6 ay içinde intramuskuler olarak 0,5 ml 3 doz şeklinde uygulanmaktadır. Kuadriyalan aşı ilk dozdan sonra 2. ve 6. aylarda uygulanırken bivalan aşı ilk dozdan sonra 1. ve 6. aylarda uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda aşının önemli yan etkilerinin bulunmadığı, enjeksiyon yerinde kızarıklık, şişlik ve ağrı gibi lokal yan etkiler olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca daha önce HPV enfeksiyonu geçirmiş kişilerde aşının koruyuculuğu düşüktür (104-105).

HPV aşısı serviks kanseri insidans ve mortalitesinde önemli azalmalar sağlayabilir. Aşı ile serviks kanseri insidansının azalmasına bağlı olarak, izlenen anormal smear sayısında, kolposkopi ve biyopsi gibi ileri tanı hizmetlerine yönlendirilen hasta sayısında ve tedavi hizmetlerinin maliyetinde azalmalar olabilir. Tarama yaptırmayan kişilerdeki serviks kanseri sayısı azalabilir. Ancak aşının fiyatı diğer koruyucu aşılarla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Aşının üç doz uygulandığı düşünüldüğünde maliyeti yüksek olup halen Türkiye'de rutin aşı takvimine girmesi beklenmemektedir. Ayrıca toplumda HPV aşısı ile tüm cinsel

yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) korunulduğu şeklinde bir düşünce oluşabilir. Bu düşünce, güvensiz cinsel ilişkilerin artmasına ve sonuç olarak da diğer CYBH'lar ile istenmeyen gebeliklerin artmasına neden olabilir. Üstelik aşı ile ilgili ileride rapel doz gerekliliği konusundaki bilgiler halen net değildir. Eğer rapel doz gerekli olursa aşının maliyeti daha da artacaktır.

Yapılan çalışmalar aşının koruyuculuğunun %90' lar civarında olduğunu göstermektedir. Ancak aşı, servikal kanserin yaklaşık %70' inde etken olan HPV tiplerine karşı etkilidir. Bu nedenle aşının serviks kanserine karşı koruyuculuğu çok yüksek değildir.

HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaştığından aşının cinsel yaşamın başlamasından önceki dönemde uygulanması gerekmektedir. Bu nedenle HPV aşısının yapılmasında özel bir yaklaşıma gerek duyulmaktadır. Aşı uygulaması okul aşıları içinde yapılıyor olsa, uygulanması daha kolay olabilir. Aşının hedef grubu çocuklar, adölesanlar, gençler olduğundan dolayı anne-babalar tarafından aşının benimsenmesi ve bu gruba yaptırmaları gerekmektedir. HPV enfeksiyonlarının birden fazla cinsel partnerle riskinin artıyor olması, anne babaların çocuklarını aşılatmakta tereddüt yaşamasına neden olabilir. Bu konuda toplumun değer ve yargıları, medyanın tutumu ve karar vericilerin olaya yaklaşım biçimi önem kazanmaktadır. Toplumda kanserden koruyan bir aşı düşüncesinin oluşması, risk altında olan kadınların taramalara katılımını olumsuz olarak etkileyebilir. Aşının HPV enfeksiyonu geçirenlerde etkili olmadığı göz önüne alınırsa risk altındaki kadınların korunabilmesi için tarama faaliyetlerinin aksatılmadan sürdürülmesi çok önemlidir. Toplumun aşının hangi durumlarda etkili olduğu ve aşı olursa bile tarama faaliyetlerine katılması gerektiği konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir (104).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma Diyarbakır ili Kayapınar ilçesi 9 no'lu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yapılmıştır. ASM bölgesi nüfusunu daha çok kırsal alandan göç ile gelenlerin oluşturduğu gecekondu yerleşkesi olan (eski Peyas köyü) Peyas mahallesi olarak geçen bölge halkı oluşturmaktadır. Bölge halkının genel olarak sosyoekonomik seviyesi ve eğitim durumu düşük seviyededir.

Kesitsel tipte olan tanımlayıcı bu araştırmanın evrenini ASM bölgesine kayıtlı 30-69 yaş grubundaki 2684 kadın oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü bölgede hizmet veren aile sağlığı merkezi hekimlerinde kayıtlı ev halkı tespit fişlerine göre yapıldı. Daha önceki çalışmalardan yararlanılarak mamografi çekirme prevalansı %10 alınmıştır. Epi-info statcalc programı kullanılarak hata payı %3, %95 güven aralığı ile en az alınması gereken örneklem büyüklüğü 337 kadın olarak hesaplanmıştır. Araştırmayı kabul etmeme, göç, ölüm gibi nedenlerle ulaşılmama durumu için %10 yedek alınmıştır. 370 kadından oluşan örnek liste yapılmıştır. Kayıtlar excel programında liste halinde elde edilmiştir. Örnek seçiminde sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 30-69 yaş arası kadınlar listeden 8 kişi atlanarak seçilmiştir. Hedef nüfusun %94,6' sına ulaşılmış çalışmaya 350 kadın katılmıştır.

Kadınların meme ve serviks kanseri konusundaki bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla; sosyodemografik özellikleri içeren, meme ve serviks kanseri konusundaki bilgiyi gösteren, kkm yapma, mamografi ve pap smear testi yaptırma durumunu belirleyen, meme ve serviks kanseri erken tanı testlerini içeren 50 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır. Anketin ön denemesini yapmak amacıyla aynı Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 30-69 yaş grubundan 15 kadın ile görüşülmüştür. Bu gruptaki kadınlar anketteki soruları anlamakta zorluk çekmemiştir bu şekilde soruların denetimi yapılmıştır. Araştırmacı tarafından literatür taramasıyla hazırlanan anket ile veriler toplanmıştır. Araştırmadaki tüm kadınlar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından anketler doldurulmuştur.

Araştırma grubunu oluşturan kadınların telefon numaraları ASM kayıtlarından elde edilmiştir. ASM' ye telefon ile aranarak çağrılıp gelen katılımcılarla, gelmeyen katılımcıların yerine ise listede bir alt ya da bir üst sırada yer alan yaş grupları uygun katılımcılarla görüşülmüştür.

Anketler doldurulurken kadınlarla ayrı bir odada yalnız görüşme yapılmıştır. Sorular anlaşılmadığında açıklama yapıp bilgi alınmıştır. Görüşme sırasında menopoza, doğurganlık ve cinsel yolla bulaşan hastalık vb. bilgilerini doğru alabilmek için açıklayıcı ve hatırlatıcı sorularla katılımcının hatırlamasına yardım edilmiştir. Anket görüşmesi sonunda meme ve serviks kanseri riski, belirtileri, erken tanı ve tarama yöntemleri ve bu yöntemleri nasıl ve nerede yaptırabilecekleri ile ilgili bilgiler verilmiştir. KETEM'in açık adı, adresi, telefonu, mamografi ve Pap smear testi yapıldığına dair bilgileri içeren Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan broşürler dağıtılmıştır (Ek.2).

Araştırmanın amaç ve içeriğini belirten bilgi formu Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na sunularak araştırma için etik kurul onayı alınmıştır (Ek.3). Ayrıca Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğünden de gerekli izinler alınmıştır (Ek.4). Çalışmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllü olanlar çalışmaya kabul edilmiştir. Ayrıca kadınlara bilgilerin gizliliği konusunda açıklama yapılmış ve "aydınlatılmış onam" şartı etik ilke olarak gerçekleştirilmiştir.

Verilerin çözümlemesinde SPSS 18.0 paket programı ve örneklem büyüklüğü hesaplamada Epi-info statcalc programı kullanılmıştır.

Kadınların demografik özellikleri, evlenme ve üreme sağlığı özellikleri, sigara kullanımı, kanserde erken teşhisin önemi konusundaki düşünceleri, meme rahatsızlığı yaşama ve akrabalarında meme ve serviks kanseri varlığına ilişkin özellikleri, meme kanseri ile ilgili bilgi durumu, K.K.M.M, mamografi ve klinik meme muayenesine ilişkin özellikleri, serviks kanseri ile ilgili bilgi durumu, smear testi ile ilgili özellikleri, HPV aşısı konusundaki bilgi durumunu, KETEM ile ilgili bilgi durumu değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Verilerin karşılaştırılmasında istatistiksel çözümleme yöntemi olarak Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. Elde edilen p değeri 0.05' ten küçükse fark anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bütün giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

Çalışmanın mevcut kısıtlılıkları şunlardır;

1. Kadınların meme ve serviks kanseri bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemede anket yöntemi kullanıldığından bazı verilerde hatırlama etmeni rol

oynamış olabilir. Ancak bu kısıtlılık rastgele hata olup, taraf tutma olarak değerlendirilemez.

2. Genellemede kısıtlılık mevcuttur. Bu çalışmanın sonuçları Kayapınar ilçesi 9 no'lu ASM Bölgesine genellenebilir, ancak farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyde bireylerin yaşadığı tüm Kayapınar ilçesine ya da Diyarbakır iline genellenemez. Ancak düşük-orta sosyoekonomik düzeyde, kentsel bölgeyi yansıtabilir.

3. Mamografi çekirme kadınlar memelerinin cihazla kontrollerini fark edebilir. Ancak pap smear testi vajinal muayene sırasında yapıldığından kadınlar normal muayene ile pap smear örneği alınma arasındaki farkı anlamamış olabilir. Hekim tarafından pap smear alınmış ve sonuçlarına dair bilgilendirme yapılmamış olabileceğinden pap smear yaptırma oranı gerçek durumdan daha düşük saptanmış olabilir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; meme ve serviks kanseri konusundaki bilgi düzeyi, meme ve serviks kanseri erken tanı yöntemleri olan KKMM ile mamografi ve pap smear testi bilgileri ve bu konudaki davranışlarıdır.

Bağımsız değişkenler ise; yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, ailede meme kanseri olma, ailede serviks kanseri olma, geçirilmiş meme rahatsızlığı olma durumları, sigara içme durumları, evlenme yaşı, ilk doğumdaki yaşı, doğum sayısı, toplam emzirme süresi, ilk adet yaşı, adet düzeni, doğum kontrol hapi kullanma, menopoza girme, menopoz sonrası hormon kullanma, kanserde erken teşhisle kurtulma şansının arttığı düşüncesi, KKMM ile ilgili eğitim alma durumu ve serviks kanseri konusunda bilgi alma durumudur.

Bağımsız değişkenlere ilişkin tanımlamalar

Kadının yaşı: Bulgularda 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 yaş grubu olarak gruplandırılmıştır.

Kadının eğitim durumu: Mezun olunan okula göre belirlenmiştir. Okur-yazar değil, okuryazar ve ilkokul, ortaokul ve lise, yüksekokul ve üstü ayrı bir grup olarak değerlendirilmiştir.

Kadının medeni durumu: Kadının belirttiğine göre evli, bekâr, boşanmış, eşi ölmüş olarak gruplandırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde evli olanlar 'evli', bekâr, boşanmış, eşi ölmüş olanlar 'evli olmayan' olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Kadının çalışma durumu: Kadının belirtmesine göre kazanç getirici bir işte çalışıp çalışmamaya göre iki grup olarak değerlendirilmiştir.

Kadının sosyal güvence durumu: Kadının belirtmesine göre sosyal güvencesi olanlar ‘sosyal güvencesi var’, sosyal güvencesinin olmayanlar ise ‘sosyal güvencesi yok’ olarak iki grup olarak değerlendirilmiştir.

Ailede meme kanseri öyküsü: ‘Akrabalarınızdan meme kanseri olan biri var mı?’ şeklinde sorulmuş, evet ve hayır olarak veri toplanmıştır. Eğer yanıt evet ise yakınlık derecesini belirlemek amacıyla ‘Kim?’ şeklinde sorulmuştur. Değerlendirmede ailede meme kanseri öyküsü olanlar ‘var’, ailede meme kanseri öyküsü olmayanlar ‘yok’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir. Ailede meme kanseri olanların yakınlık derecesi 1.derece (anne, baba, kız kardeş) 2. Derece (teyze, hala, anneanne, babaanne) ve 3. Derece (amca kızı, hala kızı) olarak belirtilmiştir.

Ailede serviks kanseri öyküsü: Akrabalarınızdan meme kanseri olan biri var mı? Şeklinde sorulmuş, evet, hayır olarak veri toplanmıştır. Eğer yanıt evet ise yakınlık derecesini belirlemek amacıyla ‘Kim ?’ şeklinde sorulmuştur. Değerlendirmede ailede meme kanseri öyküsü olanlar ‘var’, ailede meme kanseri öyküsü olmayanlar ‘yok’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir. Ailede meme kanseri olanların yakınlık derecesi 1.derece (anne, baba, kız kardeş) 2. Derece (teyze, hala, anneanne, babaanne) ve 3. Derece (amca kızı, hala kızı) olarak belirtilmiştir.

Geçirilmiş meme rahatsızlığı olma durumları: Memelerinde herhangi bir yakınma ile doktora başvurduğunda veya normal muayene sırasında bir meme hastalığı tanısı alıp almadığı sorulmuştur. Hastalık geçirenler ‘evet’, hastalık geçirmeyenler ‘hayır’ olarak gruplanmış, hastalık geçirdiğini ve ne olduğunu söyleyenler kaydedilmiştir.

Sigara içme durumu: Sigara içenler ‘içiyorum’, içmeyenler ‘hiç içmedim’, bırakanlar ‘içtim- bıraktım’ şeklinde 3 grup olarak belirtilmiştir.

İlk adet yaşı: Kadının belirttiği ilk adet yaşı kaydedilmiştir. ‘< 12 yaş olanlar’ ve ‘≥ 12 yaş olanlar’ ayrı gruplandırılmıştır.

Doğum sayısı: Doğum yapma durumu doğum yapan ve yapmayan olarak iki grupta belirtilmiştir. Ayrıca canlı doğum ve ölü doğum sayıları toplanarak toplam yaptığı doğum sayısı kaydedilmiştir.

İlk doğumdaki yaşı: Kadının ilk çocuğunu doğurduğunda kaç yaşında olduğu, ilk çocuğunun şu anda yaşında kaç olduğu gibi hatırlatma sorular ile yaşı kaydedilmiştir.

Doğum kontrol hapı kullanma: Doğum kontrol hapı kullanmayanlar ‘hayır’ , beş yıldan az kullananlar ‘5 yıldan az’, beş yıldan uzun süre kullananlar ‘5 yıldan fazla’, hâlâ kullanmaya devam edenler kullanma süresine göre ‘5 yıldan az’ ya da ‘5 yıldan fazla’ grubuna dahil edilmiştir.

Menopoz sonrası hormon kullanma: Menopoz döneminde hormon ilaçları kullanıp kullanmadıkları sorgulanmış, ‘evet’ diyenlerin kaç yıl süreyle kullandığı kaydedilmiştir.

Menopoza girme: Cerrahi olarak ya da normal menopoza girenler ‘menopoza girmiş’, adet görenler ‘menopoza girmemiş’ olarak ayrılmıştır. Menopoza girmiş olanların girdikleri yaş belirtilmiştir. Menopoza girenler ‘55 yaş altında’, ‘55 yaş ve üstünde’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

Adet düzeni: Menopoza girmemiş kadınlardan düzensiz âdet görenler ‘düzensiz âdet gören’, düzenli olarak âdet görenler ‘düzenli âdet gören’ olarak gruplandırılmıştır.

Toplam emzirme süresi: her çocuk için ayrı ayrı emzirme süreleri sorulmuştur. Doğum yapmamış olanlar ve bebeğini hiç emzirmeyenler ‘Hiç emzirmemiş’, tüm çocuklarını toplam 18 aydan az emzirenler ‘18 aydan az’ 18 ay ve daha fazla emzirenler ‘18 aydan fazla’ olarak sınıflandırılmıştır.

Evlenme yaşı (İlk cinsel ilişkiye başlama yaşı): Belirtilen cinsel ilişkiye başlama yaşı açık olarak kaydedilmiştir. Çözümlemede ilk cinsel ilişkiye başlama yaşı ‘16 yaş altında’ ve ‘16 yaş ve üstünde’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma bölgesinde 30-69 yaş arasında 2684 kadın alınmıştır. Kadınların yaş ortalaması $41,79 \pm 10,28$ dir.

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırma grubundaki kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo1' dir.

Tablo 1. Kadınların sosyodemografik özellikleri

Yaş grupları	Sayı	Yüzde
30-39	180	51,4
40-49	85	24,3
50-59	55	15,7
60-69	30	8,6
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	137	39,1
Okuryazar	39	11,1
İlkokul	80	22,9
Ortaokul	23	6,6
Lise	40	11,4
Yüksekokul ve üstü	31	8,9
Medeni durum		
Evli	317	90,6
Bekâr	14	4,0
Eşi ölmüş	15	4,3
Boşanmış	4	1,1
Çalışma durumu		
Evet	36	10,3
Hayır	314	89,7
Sosyal güvence durumu		
Var	296	84,6
Yok	54	15,4

Kadınların yaklaşık olarak yarısı (%51,4' ü) 30-39 yaş grubundadır. 40-49 yaş grubundakilerin oranı %24,3, 50-59 yaş grubundakilerin ise %15,7 dir. Kadınların %8,6' sı ise 60-69 yaş grubundadır. Araştırma grubundaki kadınların % 39' unun okuryazarlığı yoktur. Kadınların % 90,6' sı evli olduğunu, % 89,7' si kazanç getirici bir işte çalışmadığını belirtmiştir. %84,6' sının herhangi bir sosyal güvencesi bulunmaktadır.

4.2. Kadınların Meme ve Serviks Kanseriyle İlişkili Üreme Sağlığına Ait Bulgular

Araştırma grubundaki kadınların ilk adet yaşı ortalamaları 13.54 ± 1.24 olarak hesaplanmıştır. Kadınların %95,7' si ilk âdetini 12 ya da daha ileri yaşta gördüğünü belirtmiştir. Kadınların 326 (%93,1) sı canlı ya da ölü doğum yapmıştır. Yapılan doğum sayısı ortalaması $4,68 \pm 2,58$ dir.

Doğum yapan kadınların yarısı 21-30 yaşları arasında ilk doğumunu yaparken %47,2' si 20 yaş ve daha öncesinde ilk doğumunu yapmıştır. Çalışmamızdaki kadınların ilk doğumdaki yaşlarının ortancası 21 idi. Doğum yapan kadınların %85,7' sinin 18 ay ve daha fazla emzirme öyküsü vardır.

Kadınların %23,4' ünün menopoza girdiği, adet gören kadınların %82,1' inin düzenli adet gördükleri belirlenmiştir. Menopoza giren kadınların % 94,0' ı 55 yaşından önce menopoza girmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların üreme sağlığı ile ilgili özellikler

İlk adet yaşı ortalama (n:350)	13,5±1,24 (min 10,max 18)	
İlk evlenme yaşı ortanca (n:336)	19 (min 12, max 33)	
İlk doğumdaki yaş ortanca (n:326)	21 (min 14, max 35)	
Doğum sayısı ortalama (n:326)	4,68±2,58 (min 1 max15)	
Adet yaşı(n:350)	Sayı	Yüzde
<12 yaş	15	4,3
≥12 yaş	335	95,7
Evlenme yaşı(n:336)		
<16	45	13,4
≥16	291	86,6
İlk doğumdaki yaş (n:326)		
≤20	154	47,2
21-30	163	50,0
≥31	9	2,8
Doğum yapma durumu(n:350)		
Doğum yapan	326	93,1
Doğum yapmayan	24	6,9
Emzirme durumu(n:350)		
Hiç emzirmeyen	27	7,7
18 aydan az emziren	23	6,6
18 aydan fazla emziren	300	85,7
Adet durumu(n:268)		
Düzenli	220	82,1
Düzensiz	48	17,9
Menopoz durumu		
Girmiş	82	23,4
Girmemiş	268	76,6
Menopoz yaşı(n:82)		
<55 yaş	77	93,9
≥55 yaş	5	6,1

4.3. Kadınların Meme Kanseriyle İlişkili Bazı Risk Faktörlerine Ait Bulgular

Tablo 3' de araştırma grubundaki kadınların meme kanseriyle ilişkili bazı risk faktörleri yer almaktadır. Kadınların 226' sı (%64,6) hiç doğum kontrol hapı kullanmadığını belirtirken, 90' ı (%25,7) 5 yıldan daha az, 34' ü (%9,7) 5 yıl ve daha fazla süre kullanmış olduğunu belirtmiştir. Menopoza giren 82 kadından 70' i (%85,4) hormon tedavisi almadığını, sadece 12' si (%14,6) bir süre hormon tedavisi aldığını ifade etmiştir. Kadınların 275' i (%78,6) hayatının herhangi bir döneminde meme rahatsızlığı geçirmemiştir. Herhangi bir meme rahatsızlığı geçiren 75 (%21,4) kadın olmuştur. Bu 15' i (%20) fibroadenom, 15' i (%20) kist, 18' i (%24) hastalıklarını abse olarak belirtmiştir. Kadınların 316' sının (%90,3) yakınlarında meme kanseri olan biri yok iken 34' ünün (%9,7) herhangi bir yakınına meme kanseri tanısı konmuştur.

Tablo 3. Kadınların meme problemi yaşama, hormon maruziyet durumları ve ailesel meme kanseri öyküleri

Doğum kontrol hapı kullanma durumu	Sayı	Yüzde
Kullanmadım	226	64,6
5 yıldan az	90	25,7
5 ve 5 yıldan fazla	34	9,7
Menopoz döneminde hormon kullanma durumu		
Kullanmadım	70	85,4
Kullandım	12	14,6
Meme problemi yaşamış olma durumu		
Hayır	276	78,9
Evet	74	21,1
Akrabalarda meme kanseri olma durumu		
Yok	316	90,3
1.derece akrabada	8	2,3
2.ve 3.derece akrabada	26	7,4

4.4. Kadınların Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları

Araştırma grubundaki kadınlara " Erken teşhisle kanserden kurtulma şansı artar mı? " sorusu sorulmuştur. Kadınların 307' si (%87,7) " Evet ", 39' u (% 11,1) " Bilmiyorum ", sadece 4 kadın (%1,2) " Hayır " demiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Kadınların "Erken teşhisle kanserden kurtulma şansı artar mı?" sorusuna yanıtları

Erken teşhisle kurtulma şansının artacağını düşünme	Sayı	Yüzde
Evet	307	71,1
Hayır	4	1,2
Bilmiyorum	39	11,1

Araştırma grubundaki kadınların meme kanseri bulguları hakkındaki bilgi durumuna bakıldığında; kadınların 264'ü (%75,4) en az bir tane meme kanseri spesifik belirtilerinden birini bilmektedir. Kadınların 271'i (%77,4) meme kanseri bulgusu olarak nonspesifik bir belirti olan memede ağrıyı, 249'u'ü (%71,1) kitleye bağlı memede şişliği ve 227'si (%64,9) koltuk altında bezeyi belirlemiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Kadınların Meme Kanseri Bulguları Hakkında Bilgi Durumu

Meme kanseri spesifik bulgularını bilme	Sayı	Yüzde
Biliyor	264	75,4
Bilmiyor	86	24,6
Meme kanseri bulgusu*		
Memede ele gelen şişlik	249	71,1
Memede yara	161	46,0
Memede ağrı	271	77,4
Memede buruşukluk	117	33,4
Meme başında çökme	135	38,6
Memeden kanlı akıntı gelmesi	174	49,7
Koltuk altında beze	227	64,9

(*)Birden fazla seçenek belirtildiği için toplam sayı katılımcı sayısından fazladır.

Araştırma grubundaki kadınların erken tanı yöntemlerinden KKMM ile ilgili bilgi durumu incelendiğinde kadınların 206' sı (%58,9) daha önce duyduğunu belirtmiştir. Büyük çoğunluğun bir sağlık personelinen (%41,7) veya televizyon, radyo gibi iletişim aracından (%40,3) duyduğu, sadece 4 (%1,9) kadının konferans ya da seminer aracılığıyla duyduğu saptanmıştır. Kadınların 198' i (%56,6) KKMM' nin erken tanı da önemli olduğunu düşünürken, 144' ü (%41,1) KKMM' yi hiç duymamış ve erken tanıda önemi hakkında herhangi bir bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Kadınların 8' i (%2,3) KKMM' nin erken tanıda önemli olmadığını düşünmektedir. Kadınların sadece 85' i (% 24,2) KKMM eğitimi almıştır. Kadınların 265' i (%75,7) KKMM eğitimi almamıştır. Eğitim alan kadınların 60' ı (%70,6) doktordan,19' u (%22,4) ebe, hemşire olmak üzere bir sağlık personelinen eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Kadınların KKMM ile İlgili Bilgi Durumu

KKMM duyma	Sayı	Yüzde
Evet	206	58,9
Hayır	144	41,1
KKMM duyma kaynağı(n:206)		
Tv-radyo	83	40,3
Dergi-broşür-internet	9	4,4
Ebe-doktor	86	41,7
Arkadaş-komşu	24	11,7
Konferans-seminer	4	1,9
KKMM nin erken tanı için önemli olduğunu düşünme		
Evet	198	56,6
Hayır	8	2,3
Bilmiyorum	144	41,1
KKMM eğitimi alma durumu		
Evet	85	24,2
Hayır	265	75,7
KKMM eğitim kaynağı (n:85)		
Doktor	60	70,6
Ebe-hemşire	19	22,4
Tv-internet-broşür	4	4,7
Konferans-seminer	2	2,4

Tablo 7’ de araştırma grubundaki kadınların KKMM hakkındaki bilgileri gösterilmiştir. KKMM uygulamasının 20 yaştan itibaren yapılması gerektiğini araştırma grubundaki kadınların 228’ i (%65,1) bilmiyor. KKMM yapmaya başlama yaşını kadınların 89’ u (%25,4) 20 yaştan itibaren, 21’ i (%6) 30 yaştan itibaren ve 12’ si (3,4) 40 yaştan itibaren şeklinde belirtmiştir. Araştırma grubundaki kadınların 208’ inin (%59,4) KKMM uygulaması için önerilen sıklık hakkında hiçbir bilgisi yok iken, kadınların 124’ ünün (%35,4) ayda bir yapılmasını gerektiğini bildiği, 8’ inin (%2,3) KKMM yapma sıklığını haftada bir, 10’ unun (%2,9) yılda bir olarak belirttiği görülmüştür. Araştırma grubundaki kadınların 205’ inin (%58,6) KKMM için ideal bir zaman olduğu hakkında hiçbir bilgisi yok iken, kadınların 45’ i (%12,9) zamanın fark etmeyeceğini, kadınların 6’ sı (%1,7) adet öncesinde ya da adet

sırasında olduğunu belirtmiştir. KKMM uygulaması için ideal günün adet bittikten sonra olduğunu ise kadınların 94' ü (%26,9) ifade etmiştir.

Tablo 7. Kadınların K.K.M.M ile İlgili Bilgi Düzeyi

KKMM' ye başlama yaşı	Sayı	Yüzde
Yirmi yaştan itibaren	89	25,4
Otuz yaştan itibaren	21	6,0
Kırk yaştan itibaren	12	3,4
Bilmiyorum	228	65,1
KKMM için ideal sıklık		
Haftada bir	8	2,3
Ayda bir	124	35,4
Yılda bir	10	2,9
Bilmiyorum	208	59,4
KKMM için ideal gün		
Adet öncesi ve sırasında	6	1,7
Adet bittikten sonra	94	26,9
Farketmez	45	12,9
Bilmiyorum	205	58,6

Araştırma grubundaki kadınların 202' si (%57,7) daha önce hiç KKMM yapmadığını belirtirken, düzenli ayda bir KKMM uygulaması yaptığını kadınların sadece 61' i (%17,4) söylemiştir. Kadınların 37' si (%10,6) yılda üç kereden fazla, 31' i (%8,9) yılda üç kereden az, 19' u (%5,5) yılda bir kereden az KKMM yaptığını belirtmiştir. En fazla ifade edilen KKMM yapmama nedeni nasıl yapıldığını bilmemedir. Kadınların 152' si (%75,2) nasıl yapıldığını bilmediği için KKMM yapmadığını belirtirken, kadınların 43' ü (%21,3) şikâyeti olmadığı için önem vermediğini bu nedenle yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Kadınların KKMM konusundaki davranışları

KKMM yapma durumu (n:350)	Sayı	Yüzde
Hiç yapmayan	202	57,7
Yılda 1 den az	19	5,5
Yılda 3 den az	31	8,9
Yılda 3 den fazla	37	10,6
Ayda bir	61	17,4

KKMM yapmama nedenleri (n:202)		
Nasıl yapıldığını bilmiyor	152	75,2
Şikâyet yok- önemsemiyor	43	21,3
Ailesinde yok- gereksiz görüyor	2	1,0
Kötü çıkar diye korkuyor	2	1,0
Unutuyor	3	1,5

Tablo 9’ da araştırma grubundaki kadınların demografik özelliklerine göre düzenli KKMM yapma durumlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. 40-49 yaş grubundaki kadınlarda düzenli KKMM yapma oranı daha düşük görülürken, eğitim durumu arttıkça düzenli KKMM yapma oranı artmaktadır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). Evli kadınların düzenli KKMM yapma oranları daha yüksektir ancak medeni durum ile KKMM arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışan ve sosyal güvencesi olan kadınlarda düzenli KKMM yapma oranı daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 9. Kadınların demografik özelliklerine göre düzenli KKMM yapma durumları

	Düzenli KKMM yapma durumu		
Yaş grupları	Evet n(%)	Hayır n(%)	Ki-kare p değeri
30-39	30 (16,7)	150 (83,3)	0,012
40-49	8 (9,4)	77 (90,6)	
50-59	17 (30,9)	38 (69,1)	
60-69	6 (20,0)	24 (80,0)	
Medeni durum			
Evli	56 (17,7)	261 (82,3)	0,469
Evli değil	5 (15,2)	28 (84,8)	
Eğitim durumu			
OYD	11 (8,0)	126 (92,0)	0,00
OY-İlkokul	19 (16,0)	100 (84,0)	
Ortaokul-Lise	18 (28,6)	45 (71,4)	
Yüksekokul ve üstü	13 (41,9)	18 (58,1)	
Sosyal güvence durumu			
Var	61 (20,6)	235 (79,4)	0,00
Yok	0 (0,00)	54(100,0)	
Çalışma durumu			
Evet	15 (41,7)	21 (58,3)	0,00
Hayır	46 (14,6)	268 (85,4)	
Toplam	61 (17,4)	289 (82,6)	

Tablo 10’ da araştırma grubundaki kadınların meme hastalığı geçirme durumları ve ailede meme kanseri varlığıyla düzenli KKMM yapma arasındaki ilişki gösterilmektedir. Daha önce meme hastalığı geçiren kadınlar (%27,0), geçirmeyenlere göre (%14,9) daha yüksek oranda KKMM yapmaktadır. Ve bu fark anlamlıdır ($p<0.05$). Ailesinde meme kanseri olan kadınların (%23,5), olmayanlara göre (%16,8) düzenli KKMM yapma oranı daha yüksek görülürken istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 10. Kadınların ailede meme kanseri varlığına göre düzenli KKMM yapma durumları

	Düzenli KKMM yapma durumu		Ki-kare p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Geçirilmiş meme hastalığı			
Var	20 (27,0)	54 (73,0)	
Yok	41 (14,9)	235 (85,1)	
Ailede meme kanseri varlığı			
Var	8 (23,5)	26 (76,5)	
Yok	53 (16,8)	263 (83,2)	
Toplam	61 (17,4)	289 (82,6)	

Erken teşhisle kanserden kurtulma şansının artacağını düşünen kadınların (%19,9), düşünmeyen kadınlara göre (%0,00), KKMM' nin erken tanıda önemli olduğunu düşünen kadınların (%30,8), düşünmeyen kadınlara göre (%0,00) düzenli KKMM yapma oranı daha yüksektir. KKMM eğitimi alan kadınların (%42,4), eğitim almayan kadınlara göre (%9,4) ve meme kanseri spesifik bulgularını bilen kadınların (%22,7), bilmeyen kadınlara göre (%1,2) düzenli KKMM yapma oranı daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo11).

Tablo 11. Kadınların düzenli KKMM yapma durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi

Düzenli KKMM yapma durumu			Ki-kare p değeri
Evet n(%)	Hayır n(%)		
Erken teşhisle kurtulma şansının artacağını düşünme			
Evet	61 (19,9)	246 (80,1)	0,00
Hayır/Bilmiyorum	0 (0,00)	43 (100)	
KKMM’ nin erken tanıda önemli olduğunu düşünme			
Evet	61 (30,8)	137 (69,2)	0,00
Hayır/Bilmiyorum	0 (0,00)	152 (0,00)	
KKMM eğitimi alma durumu			
Evet	36 (42,4)	49 (57,6)	0,00
Hayır	25 (9,4)	240 (90,6)	
Meme kanseri spesifik bulgularını bilme			
Biliyor	60 (22,7)	204 (77,3)	0,00
Bilmiyor	1 (1,2)	85 (98,8)	
Toplam	61 (17,4)	289 (82,6)	

Araştırma grubundaki kadınların erken tanı yöntemlerinden klinik muayene ile ilgili bilgi durumu incelendiğinde kadınların 230’ u (%65,7) ideal klinik meme muayenesi sıklığını yılda bir kez, 62’ si (%17,7) şüphe durumunda, 31’ i (% 8,9) iki yılda bir olarak ve 27’ si (%7,7) bilmediğini ifade etmiştir. Kadınların 225’ i (%64,3) daha önce hiç meme klinik muayenesi yaptırmadığını, yaklaşık %21’ i sadece 1 kere muayene yaptırdığını belirtmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Kadınların meme klinik muayenesinde bilgi durumları ve davranışları

Klinik muayene ideal sıklığı	Sayı	Yüzde
Şüphe durumunda	62	17,7
İki yılda bir	31	8,9
Yılda bir kez	230	65,7
Bilmiyorum	27	7,7
Klinik yaptıрма muayene sıklık		
Hiç yaptırmayan	225	64,3
1 kere	72	20,6
2-5 kere	44	12,8
5 den fazla	9	2,6

Tablo 13’ de araştırma grubundaki kadınların mamografi taraması hakkındaki bilgi durumları ve davranışları gösterilmiştir. Araştırma grubundaki kadınların 273’ ü (%78) daha önce mamografi taramasını duyduğunu, 77’ si (%22) duymadığını belirtmiştir. Kadınların 216’ sı (%61,7) meme kanseri tarama programında belirtildiği gibi 40 yaştan itibaren mamografi çektilmesi gerektiğini bildiğini belirtirken, 129’ u (%36,9) kaç yaştan itibaren mamografi taraması yapılması gerektiğini bilmediğini ifade etmiştir. Ulusal meme kanseri tarama programımız gereği 40 yaş üzeri kadınların en az bir kere mamografi taraması yaptırması gerekirken araştırma grubundaki kadınların sadece 68’ i (%19,4) daha önce mamografi çekmiştir. Mamografi çekmeyen 282 kadının 187’ si (%66,3) yaptırmak gerektiğini bilmediğinden, 54’ ü (19,1) ihmal ettiğinden, 24’ ü (%8,5) nerede yapıldığının bilmediğinden ve 17’ sinin (%6,1) ise korkma utanma gibi hisler nedeniyle mamografi çekmediği görülmüştür.

Tablo 13. Kadınların mamografi taraması hakkındaki bilgi durum ve davranışları

Mamografi taramasını duyma durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	77	22
Evet	273	78
Mamografi kaç yaştan itibaren çekilmeli		
Elli yaştan sonra	1	0,3
Kırk yaştan sonra	216	61,7
Otuz yaştan sonra	4	1,1
Bilmiyorum	129	36,9
Mamografi çekirme durumu		
Hayır	282	80,6
Evet	68	19,4
Mamografi çekirmeme nedeni (n:282)		
Utaniyorum	5	1,8
Mamografiden ve meme kanserinden korkuyorum	12	4,3
Nerede yapıldığını bilmiyorum	24	8,5
Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum	187	66,3
İhmal ediyorum	54	19,1

Tablo 14’de araştırma grubundaki kadınların demografik özelliklerine göre düzenli mamografi çekirme durumlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Yaş grubu ilerledikçe ve eğitim durumu arttıkça mamografi çekirme oranı artmaktadır. Yaş grubu ile mamografi çekirme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), eğitim durumu ile ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Evli kadınların (%19,6) evli olmayanlara göre (%18,2), sosyal güvencesi olan kadınların (%20,6) olmayan kadınlara göre (%13,0) ve çalışmayan kadınların (%20,4) çalışan kadınlara (%11,1) göre mamografi çekirme oranları daha yüksektir ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14. Kadınların demografik özelliklerine göre düzenli mamografi çekirme durumları

	Mamografi çekirme durumu		
Yaş grupları	Evet n(%)	Hayır n(%)	Ki-kare p değeri
30-39	3 (1,7)	177 (98,3)	0,00
40-49	18 (21,2)	67 (78,8)	
50-59	28 (50,9)	27 (49,1)	
60-69	19 (63,3)	11 (36,7)	
Medeni durum			
Evli	62 (19,6)	255 (80,4)	0,532
Evli değil	6 (18,2)	27 (81,8)	
Eğitim durumu			
OYD	27 (19,7)	110 (80,3)	0,344
OY-İlkokul	28 (23,5)	91 (76,5)	
Ortaokul-Lise	8 (12,7)	55 (87,3)	
Yüksekokul ve üstü	5 (16,1)	26 (83,9)	
Sosyal güvence durumu			
Var	61 (20,6)	235 (79,4)	0,130
Yok	7 (13,0)	47 (87,0)	
Çalışma durumu			
Evet	4 (11,1)	32 (88,9)	0,131
Hayır	64 (20,4)	250 (79,6)	
Toplam	68 (19,4)	282 (80,6)	

Araştırma grubundaki kadınların meme hastalığı geçirme durumları ve ailede meme kanseri varlığıyla mamografi çekirme arasındaki ilişki Tablo 15’ de gösterilmektedir. Daha önce meme hastalığı geçiren kadınlar (%39,2), geçirmeyenlere (%14,1) kıyasla daha yüksek oranda mamografi çekirmişlerdir ve bu anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ailesinde meme kanseri olan kadınlarda mamografi çekirme oranı (%29,4) olmayan kadınlara göre (%18,4) daha yüksek görülürken istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Kadınların ailede meme kanseri varlığına göre mamografi çekirme durumları

	Mamografi çekirme durumu		Ki-kare p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Geçirilmiş meme hastalığı			
Var	29 (39,2)	45 (60,8)	0,000
Yok	39 (14,1)	237 (85,9)	
Ailede meme kanseri varlığı			
Var	10 (29,4)	24 (70,6)	0,097
Yok	58 (18,4)	258 (81,6)	
Toplam	68 (19,4)	282 (80,6)	

Erken teşhisle kanserden kurtulma şansının artacağını düşünen kadınların mamografi çekirme oranı (%21,2), diğer kadınların mamografi çekirme oranından (%7) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Meme kanseri spesifik bulgularını bilen kadınların bilmeyenlere göre mamografi çekirme durumunda anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo16).

Tablo 16. Kadınların erken teşhisle ilgili düşüncelerine göre mamografi çekirme durumları

	Mamografi çekirme durumu		Ki-kare p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Erken teşhisle kurtulma şansı olduğunu düşünme			
Evet	65 (21,2)	242 (78,8)	0,016
Hayır-Bilmiyorum	3 (7,00)	40 (93,0)	
Meme kanseri spesifik bulgularını bilme			
Biliyor	54 (20,5)	210 (79,5)	0,247
Bilmiyor	14 (16,3)	72 (83,7)	
Toplam	68 (19,4)	282 (80,6)	

4.5. Kadınların Rahim ağzı (Serviks) Kanseri Konusundaki Bilgi Durumları ve Davranışları

Araştırma grubundaki kadınların 228' i (%65,1) daha önce rahim ağzı kanseri hakkında bilgi alırken 122' si (%34,9)'u herhangi bir yerden bilgi almamıştır. Bilgi alan 122 kadının 115' i (%94,3) bir sağlık personelinden bilgi aldığını ifade etmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Kadınların rahim ağzı (serviks) kanseri hakkındaki bilgi alma durumları

Serviks kanseriyle ilgili bilgi alma durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	228	65,1
Evet	122	34,9
Bilgi alma kaynağı(n:122)		
Tv-radyo	3	2,5
Dergi-broşür-internet	2	1,6
Ebe-doktor	115	94,3
Arkadaş-komşu	2	1,6

Araştırma grubundaki kadınlardan 232' si (%66,3) en az bir tane serviks kanseri erken bulgusunu bilmektedir. Kadınların 214' ü (%61,1) sebebi açıklanamayan kanamayı, 167' si (%47,7) cinsel ilişki anında ya da sonrasında kanamayı, 156' sı (%44,6) cinsel ilişki anındaki ağrıyı serviks kanseri bulgusu olabileceğini belirtilmiştir. Kadınlar en fazla cinsel yolla bulaşan hastalık varlığını (%74,3) risk faktörü olarak kabul etmiştir. Bunu aile öyküsü olması (%73,1), çok eşlilik (%70,6) ve sigara içmek (%65,4) takip etmektedir. Ayrıca yanlış olan "hazne yıkanması riski azaltır" ifadesini kadınların 126' sı (%36,0) doğru olarak belirtmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Kadınların rahim ağzı (serviks) kanseri bulguları ve risk faktörlerine ilişkin bilgi durumu

Serviks kanseri bulgularını bilme	Sayı	Yüzde
Biliyor	232	66,3
Bilmiyor	118	33,7
Serviks kanseri bulgularına ilişkin ifadeler *		
Sebebi açıklanamayan kanama	214	61,1
Cinsel ilişki anında ya da sonrasında kanama	167	47,7
Cinsel ilişkide ağrı	156	44,6
Sürekli sarı kirli akıntı	86	24,6
Bel kasık ağrısı	70	20,0
Serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin ifadeler *		
Hazne yıkanması riski azaltır.	126	36,0
Çok eşlilik riski artırır.	276	70,6
CYBH lar riski artırır.	260	74,3
Erken yaşta evlilik riski artırır.	159	45,4
Sigara içmek riski artırır.	229	65,4
Aile öyküsü olması riski artırır.	256	73,1
Çok fazla doğum yapmak riski artırır.	175	50,0
Uzun süre OKS kullanmak riski artırır.	160	45,7

(*)Birden fazla seçenek belirtildiği için toplam sayı katılımcı sayısından fazladır.

Sigara serviks kanseri riskini artıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır. Tablo 19’ da araştırma grubundaki kadınların sigara kullanma durumlarına yer verilmiştir. Kadınların 227’ si (%64,9) hiç sigara kullanmadığını belirtirken, 90’ ı (%25,7) halen sigara içmekte ve 33’ü (9,4) daha önce bir süre içip bıraktığını belirtmiştir.

Tablo 19. Kadınların sigara kullanma durumu

Sigara kullanma durumu	Sayı	Yüzde
İçiyorum	90	25,7
Hiç içmedim	227	64,9
İçtim-bıraktım	33	9,4

Tablo 20’ de araştırma grubundaki kadınların rahim ağzı kanseri erken tespiti hakkındaki bilgi durumları belirtilmiştir. Kadınların 146’ sı (%41,7) rahim ağzı kanseri erken tespiti için düzenli pap smear testi yapılması gerektiğini ifade ederken, 189’ u (%54,0) şikâyet varsa doktora başvurulmalı şeklinde, 15’ i(%4,3) bu konuda bir fikrinin olmadığını belirtmiştir. Kadınların 219’ u (%62,6) daha önce pap smear testini duyduğunu, 131’ i (%37,4) duymadığını söylemiştir. Kadınların 224’ ü (%64) pap smear taramasına başlama yaşını bilmediğini, 110’ u (%31,4) 30 yaş olarak bildiğini belirtmiştir. Kadınların 213’ ü (%60,9) pap smear taramasının yapılma sıklığını bilmediğini belirtirken, 59’ u (%16,9) yılda bir kez, 47’ si (%13,4) üç yılda bir kez, 18’ i (%5,1) beş yılda bir kez ve 13’ ü (%3,7) 6 ayda bir kez olarak bildiğini belirtmiştir.

Tablo 20. Kadınların rahim ağzı (serviks) kanseri erken tespiti hakkındaki bilgi durumları

Serviks kanserinde erken tespit için yapılması gerekeni bilme durumu	Sayı	Yüzde
Şikayet varsa doktora başvurulmalı	189	54,0
Düzenli smear yapılmalı	146	41,7
Fikrim yok	15	4,3
Smear testini duyma durumu		
Hayır	131	37,4
Evet	219	62,6
Smear ideal başlama yaşı		
Bilmiyorum	224	64,0
30,00	110	31,4
35,00	4	1,1
40,00	12	3,4
Smear rutin sıklığı		
Bilmiyorum	213	60,9
6 ayda bir	13	3,7
Yılda bir	59	16,9
3 yılda bir	47	13,4
5 yılda bir	18	5,1

Serviks kanserinden korunma da etkili olan HPV aşısıyla ilgili özelliklerine bakıldığında araştırma grubundaki kadınların 302' si (%86,3) daha önce HPV aşısını duymamış, 48' i (%13,7) duymuştur. 350 kadından sadece 1 kadın (%0,3) HPV aşısı yaptırdığını belirtmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Kadınların serviks kanseri(HPV) aşısıyla ilgili özellikleri

Aşığı duyma durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	302	86,3
Evet	48	13,7
Aşığı yaptıurma durumu		
Hayır	349	99,7
Evet	1	0,3

Araştırma grubundaki kadınların 216' sı (%61,7) daha önce hiç pap smear testi yaptırmamış,134' ü (%38,3) en az bir kere yaptırmıştır (Tablo 22). Daha önce pap smear yaptıran 134 kadının 78' i (%22,3) sadece bir kere yaptırmıştır. Kadınların 89'u (%41,2) yaptırması gerektiğini bilmediğinden, 37'si (%17,1) muayeneden korktuğu için ve 34'ü (%15,7) ihmal ettiğinden yaptırmadığını belirtmiştir.

Tablo 22. Kadınların smear testi yaptıurma durumları ve yaptırmama nedenleri

Smear yaptıurma durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	216	61,7
Evet	134	38,3
Smear yaptıurma sıklığı		
Hiç yaptırmayan	216	61,7
1 kere	78	22,3
2-5 kere	52	14,8
5 den fazla	4	1,2
Smear yaptırmama nedeni (n:216)		
Utaniyorum	30	13,9
Muayeneden korkuyorum	37	17,1
Nerede yapıldığını bilmiyorum	26	12,0
Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum	89	41,2
İhmal ediyorum	34	15,7

Araştırma grubundaki kadınların demografik özelliklerine göre smear testi yaptırma durumları tablo 23’ de gösterilmiştir. Taramaya başlama yaş grubu olmasına rağmen 30-39 yaş grubundaki kadınlar diğer yaş grubundaki kadınlara göre daha düşük oranda pap smear testi yaptırmıştır. Yaşla beraber smear yaptırma oranı artmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Eğitim durumu, yüksekokul ve üzeri olanlarda(%58,1) okuryazar olmayanlara göre (%23,4) pap smear testi yaptırma oranı daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p< 0,05$). Evli olan kadınlar (%40,7) olmayanlara göre (%15,2) ve sosyal güvencesi olanlar (%42,2) olmayanlara göre (%16,7) daha yüksek oranda smear testi yaptırmıştır. İstatistiksel olarak bu fark anlamlı idi ($p<0,05$). Çalışan kadınlarda(%44,4) çalışmayanlara göre (%37,6) smear testi yaptırma daha yüksek görülürken bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 23. Kadınların demografik özelliklerine göre smear testi yaptırma durumları

	Smear testi yaptırma durumu		
Yaş grupları	Evet n(%)	Hayır n(%)	Ki-kare p değeri
30-39	55 (30,6)	125 (69,4)	0,023
40-49	40 (47,1)	45 (52,9)	
50-59	26 (47,3)	29 (52,7)	
60-69	13 (43,3)	17 (56,7)	
Medeni durum			
Evli	129 (40,7)	188 (59,3)	0,002
Evli değil	5 (15,2)	28 (84,8)	
Eğitim durumu			
OYD	32 (23,4)	105 (76,6)	0,000
OY-İlkokul	57 (47,9)	62 (52,1)	
Ortaokul-Lise	27 (42,9)	36 (57,1)	
Yüksekokul ve üstü	18 (58,1)	13 (41,9)	
Sosyal güvence durumu			
Var	125 (42,2)	171 (57,8)	0,000
Yok	9 (16,7)	45 (83,3)	

Çalışma durumu			
Evet	16 (44,4)	20 (55,6)	0,265
Hayır	118 (37,6)	196 (62,4)	
Toplam	134 (38,3)	216 (61,7)	

Araştırma grubundaki kadınların ailesinde serviks kanseri olanlar ile olmayan kadınlar arasında smear testi yaptırma arasındaki ilişki Tablo 24’de gösterilmiştir. Ailesinde serviks kanseri olan kadınlarda smear testi yaptırma oranı (%50,0) olmayan kadınlardan (%37,9) daha yüksek görülürken istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24. Kadınların ailede serviks kanseri varlığına göre smear testi yaptırma durumları

	Smear testi yaptırma durumu		Ki-kare p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Akrabada serviks kanseri varlığı			
Var	5 (50,0)	5 (50,0)	0,323
Yok	129 (37,9)	211 (62,1)	
Toplam	134 (38,3)	216 (61,7)	

Erken teşhisle kanserden kurtulma şansının artacağını düşünen kadınların, erken teşhis için düzenli smear testi yaptırılması gerektiğini bilen kadınların, serviks kanseri konusunda bilgi alan ve serviks kanseri bulgularını bilen kadınların smear testi yaptırma oranı daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 25).

Tablo 25. Kadınların smear testi yaptırmalarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi

	Smear testi yaptırma durumu		
	Evet n(%)	Hayır n(%)	Ki-kare p değeri
Erken teşhisle kurtulma şansının artacağını düşünme			
Evet	126 (41,0)	181 (59,0)	0,003
Hayır-Bilmiyorum	8 (18,6)	35 (81,4)	
Serviks kanseri konusunda bilgi alma durumu			
Evet	83 (68,0)	39 (32,0)	0,000
Hayır	51 (22,4)	177 (77,6)	
Serviks kanseri bulgularını bilme			
Biliyorum	105 (45,3)	127 (54,7)	0,000
Bilmiyor	29 (24,6)	89 (75,4)	
Serviks kanseri erken tespiti için yapılması gerekeni bilme durumu			
Şikayet varsa doktora başvurulmalı	38 (20,1)	151 (79,9)	0,000
Düzenli smear testi yaptırılmalı	96 (65,8)	50 (34,2)	
Fikrim yok	0 (0,00)	15 (100,0)	
Toplam	134 (38,3)	216 (61,7)	

4.6. Kadınların KETEM’i Bilme ve Tarama Yaptırma Durumları

Ulusal toplum tabanlı meme kanseri ve serviks kanseri taramaları ASM ve TSM bünyesindeki KETEM tarafından yürütülür. Diyarbakır da 1 tane KETEM bulunmaktadır. Araştırma grubundaki kadınların burayı bilme durumları ve biliyorlarsa nereden öğrendikleri Tablo 26’da belirtilmiştir. Araştırma grubundaki kadınların 202’ si (%57,7) daha önce KETEM’ i hiç duymamış, 118’ i (%33,7) ASM’ den öğrenmiş, 18’ i komşu ya da arkadaş aracılığıyla öğrenirken, 12’ si (%3,4) TV ya da gazeteden öğrendiğini belirtmiştir.

Tablo 26. Kadınların KETEM hakkındaki bilgi durumları

KETEM i bilme durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	202	57,7
Evet, TV-gazeteden öğrendim	12	3,4
Evet, arkadaştan-komşudan öğrendim	18	5,1
Evet, ASM' den öğrendim	118	33,7

Araştırma grubundaki kadınların meme kanseri ve serviks kanseri taramalarının yapıldığı KETEM' i bilme durumlarına göre tarama testlerini yaptırma durumları tablo 27 ve 28' de gösterilmiştir. KETEM' i bilen kadınlar ile bilmeyen kadınlar arasında mamografi çekirme ve smear testi yaptırma açısından anlamlı bir fark vardır. KETEM'i bilen kadınlar (%26,4) bilmeyen kadınlardan (14,4) daha yüksek oranda mamografi çekirmiştir. Ayrıca KETEM' i bilen kadınların (%55,4), bilmeyen kadınlardan (%25,7) daha yüksek oranda smear testi yaptırdığı görülmektedir.

Tablo 27. Kadınların KETEM' i bilme durumuna göre mamografi çekirme durumları

KETEM' i bilme durumu	Mamografi çekirme durumu		Ki-kare p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Evet	39 (26,4)	109 (73,6)	0,004
Hayır	29 (14,4)	173 (85,6)	
Toplam	68 (19,4)	282 (80,6)	

Tablo 28. Kadınların KETEM' i bilme durumuna göre pap smear yaptırma durumları

KETEM i bilme durumu	Smear testi yaptırma durumu		Ki-kare p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Evet	82 (55,4)	66 (44,6)	0,000
Hayır	52 (25,7)	150 (74,3)	
Toplam	134 (19,4)	216 (80,6)	

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Diyarbakır ili Kayapınar 9 no' lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesi kadınlarının, meme ve serviks kanserlerinin risk faktörleri ve bulguları hakkında bilgi düzeylerinin, erken tanı yöntemlerini kullanma durumlarının değerlendirilmesi ve erken tanı yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, kadınların Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) taramaları açısından bilgilendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

5.1. Meme Kanseri

Kadınların meme kanseri risk faktörleri, bulguları ve erken tanı yöntemleri bilgi ve davranış durumu

Araştırma grubundaki kadınların yaşları 30 ile 65 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları $41,79 \pm 10,28$ bulunmuştur. Meme kanserinde yaş önemli bir risk faktörüdür. Meme kanserinin %78' i 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda görülmektedir (106).

Kadınların öğrenim düzeyine bakıldığında % 39,1' i okur-yazar değil, %11,1' i okuryazar, %22,9' u ilkokul mezunu, %6,6' sı ortaokul mezunu, %11,4' ü lise mezunu ve %8,9' u yüksekokul ve üstü mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Özer ve ark.(107) KKMM yapma ve mamografi çekirme durumları ile bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, kadınların % 19,4' ünün hiçbir okulu bitirmediği , %45,9' unun ilkokul mezunu olduğu, %8,7' sinin ortaokul, %13' ünün lise mezunu ve %13' ünün üniversite mezunu olduğu belirtilmiştir. Açıkgöz ve ark. (85) kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışlarının değerlendirildiği çalışmalarında kadınların % 5,3' ünün okur-yazar değil, %2,6' sının sadece okuryazar, %37,5' unun ilkokul mezunu, %15,8' inin ortaokul mezunu, %27' sinin lise mezunu ve %11,8' inin yüksekokul ve üstü mezunu olduğu saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre kadınların %12' sinin okur yazarlığı yok veya ilkokul bitirmemiş, %34,6' sı ilköğretimin birinci kademesini bitirmiş, %22,3' ü ilköğretimin ikinci kademesini bitirmiş, %31,1' i en az lise mezunudur. NUTS 1 bölgelerine bakıldığında, Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınların eğitim

seviyeleri en düşüktür (eğitim almama veya ilkokulu bitirmeme oranı %35) (TNSA 2013). Bu çalışmadaki kadınların eğitim seviyesi benzer çalışmalara göre çok düşük bulunmuştur. Bu durumun kırsal bölgeden göç ve kız çocuklarının okutulmaması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. İl merkezinde yaşama imkânına rağmen eğitim seviyesindeki bu düşüklük araştırılması ve düzeltilmesi gereken bir durumdur.

Araştırmaya katılan kadınların %10,3' ü gelir getiren bir işte çalışmakta, %89,7' si çalışmamaktadır (Tablo 1). Bal'ın (108) çalışmasında kadınların %30,9' u çalışmakta ya da emeklidir. Çalışma durumu da eğitim gibi kadınların güçlenmeleri açısından önemli bir kaynaktır. 2013 TNSA verilerine göre kadınların %31,1' i çalışmaktadır. Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınlarda ise bu oran %20,9 dur. Türkiye'de düşük olan kadının iş yaşamına katılımı Güneydoğu Anadolu bölgesinde daha düşüktür ve bir problem olarak karşımızda durmaktadır.

Çalışmada kadınların %84,6' sı sağlık güvencesine sahip iken % 15,4' ünün hiçbir sağlık güvencesine sahip olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Kolutek ve ark.'nın (8) çalışmasında kadınların %94,7' sinin sağlık güvencesi olduğu saptanmıştır. Açıkgöz ve ark. (85) çalışmasında; kadınların %7,2' sinin sağlık güvencesine sahip olmadığı ,% 92,8' sinin kendisine ait ya da yakınından dolayı sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir. 2013 TNSA verilerine göre kadınların %10,5' i sosyal güvenlik kapsamı içinde değildir. Bu çalışmada sosyal güvenlik kapsamına dâhil olmama oranının yüksek çıkması kadınların eşlerinin geçici işlerde çalışmalarından dolayı ara dönemlerdeki kapsam dışı kalmaya bağlı olabileceği düşünülmüştür. Kadınların sağlık güvencesinden mahrum kalmaması, sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için önemlidir.

Araştırmaya katılanların %4,3' ünün ilk adet yaşı 12' den küçüktür. %23,4' ü menopoza girmiş ve menopoza giren kadınların %6,1' inin menopoza girme yaşı 55' den büyüktür (Tablo 2). Swanson ve ark.(109) meme kanseri risk faktörleri ile çalışmalarında kadınların ilk adet yaşı 12' den küçük olanlar %24,1 olarak belirlenmiştir. Beji ve ark. (110) ülkemizde yaptıkları çalışmada ilk adet yaşı 12'den küçük olanlar %38,3 olarak tespit edilmiştir. Vicdan ve ark.'nın (111) belirlediği menarş yaşı ortalama $13,3 \pm 1,3$ bulunmuştur. Bu çalışma ($13,5 \pm 1,24$) ile paralellik göstermektedir. İlk adet yaşı 12' den küçük olan kadınlar benzer çalışmalara göre

daha az orandadır. 55 yaşında menopoza giren kadınlar, 45 yaşında menopoza giren kadınlara oranla hayat boyunca meme kanseri olma riskleri 2 kat daha fazladır (112). Menarş yaşında her bir yıl için olan gecikmeye bağlı meme kanseri gelişme riskinin %4 azaldığı, menopoz yaşındaki gecikmeye bağlı olarak her yıl riskin %3 arttığı ifade edilmektedir (36). Bu çalışmada 12 yaşından önce menarş olan ve 55 yaşından sonra menopoza giren kadınların az oranda olması meme kanseri açısından düşük risk grubunda olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %93,1' i doğurganlık yaşamı boyunca en az bir kere canlı ya da ölü doğum yaptığını belirtmiştir. Yapılan doğum sayısı ortalaması $4,68 \pm 2,58$ tir. TNSA 2013 de Türkiye için toplam doğurganlık hızı (TDH) kadın başına 2,26 doğumdur. Kadınların ilk doğumdaki yaş ortancası 21 (min.14, max.35) dir. TNSA 2013 de 25-49 yaş arası kadınlarda ortanca ilk doğum yaşı 22,9 olarak belirtilmiş olup bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Doğum yapan kadınların yarısı 21-30 yaşları arasında ilk doğumunu yaparken %47,2' si 20 yaş ve daha öncesinde ilk doğumunu yapmıştır. İlk doğumunu 30 yaşın üzerinde iken yapan kadınların oranı %2,8' dir. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlar, ilk çocuğunu 20 yaşından önce doğuran kadınlara göre iki kat daha fazla meme kanseri riskine sahiptir. Hiç doğum yapmamak postmenopozal meme kanseri riskini artırır (36). Çalışmamızdaki kadınların bu risk faktörleri açısından daha düşük riske sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmadaki kadınların %85,7' si 18 ay ve daha üzeri emzirme öyküsü olduğunu belirtmiştir. Bazı çalışmalar emzirmenin, özellikle 1,5-2 yıl süreyle devam edilmesinin meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir (37).

Çalışmadaki meme kanseri için bazı risk faktörleri; geçirilmiş meme hastalığı olanlar %21,1, yakın akrabalarında meme kanseri bulunanlar %9,7, hormon replasman tedavisi almış olanlar % 14,6 (n=12) ve 5 yıl ve daha fazla oral kontraseptif kullanmış olanlar %9,7 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Geçirilmiş meme problemi olduğunu söyleyen kadınların %64'ü (48 kişi) problemi fibroadenom, basit kist ve abse olarak tariflemiştir. Kolutek ve ark. (8) çalışmalarında kadınların akrabasının %10,5'inin meme kanseri öyküsü olduğu, %19' unun daha önce meme problemi yaşadığı belirlenmiştir. Bu kadınların %86,2' sinin yaşadığı meme problemi, iyi huylu nodüler lezyon, fibrokist ve yağ bezidir. Sonuçları bu çalışmaya

paralellik göstermektedir. Bu çalışmadaki kadınlar meme kanseri risk faktörleri açısından düşük risk grubunda yer almaktadır.

Bu araştırmaya katılan kadınların %87,7' si erken teşhisle kanserden kurtulma şansının artacağını düşünmektedir (Tablo 4). Kanserde erken teşhisin önemli olduğunu düşünen kadınlar ile düşünmeyen kadınlar arasında K.K.M.M yapma ve mamografi çekirme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 11 ve 16). Sadler ve ark. (106) tarafından yapılan çalışmada Amerika'da yaşayan Hintli kadınların %92,3' ünün meme kanserinde erken teşhisin önemli olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Kanserde erken teşhisin önemli olduğunu düşünen kadınların erken tanı testlerine katılımının daha yüksek olması eğitim ve bilgilendirme ile taramalara katılımın artacağını göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %56,6' sı KKMM' nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünmektedir. Kadınların %75,4' ü meme kanseri spesifik bulgularını bilmekte ve memeden ağrıdan sonra spesifik belirtilerden en çok memede kitle (%71,1) belirtilmiştir (Tablo 5 ve 6). KKMM' nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünen kadınlar bu şekilde düşünmeyen kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha çok KKMM yapmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 11). Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada kadınların %89,4' ü KKMM' nin gerekli olduğunu ve her kadın tarafından uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir (113). Bu çalışmada oran daha düşüktür. Çünkü kadınların sadece %58,9' u KKMM'ni daha önce duymuştur. Bu nedenle KKMM'nin önemli olduğunu düşünenlerin oranı daha düşük çıkmıştır. Kadınların bu konuda bilgilendirilmesine önem verilmelidir.

KKMM'ni daha önce duyan kadınların %41,7' si bir sağlık personelinen %40,3' ü televizyon, radyo gibi iletişim aracından duyduğunu belirtirken, sadece 4 (%1,9) kadının konferans ya da seminer aracılığıyla duyduğu saptanmıştır (Tablo 6). Kolutek ve ark.(8) çalışmalarında meme kanseri hakkında daha önce bilgi alan kadınların %40,9'u bu bilgiyi televizyon-radyodan aldığını belirtmişlerdir. Özaydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların bilgi kaynağının birinci sırada televizyon (%60,3) olduğu bulunmuştur (114). Bu çalışmadaki gibi birçok farklı çalışmada da kadınların meme kanseri ve erken tanı konusunda bilgilerini artırmak için televizyon, gazete, dergi gibi çeşitli kitle iletişim araçlarını yaygın olarak

kullandığı belirlenmiştir. Günümüzde gazete ve televizyonlarda kanserle ilgili çeşitli yayınların kadınların bilgi gereksinimlerini ne derece karşıladığı tartışma konusudur. Çalışmalarda bilgi kaynağı olarak televizyonun birinci sırada çıkması, özellikle her evde en az bir televizyonun bulunması ve kadınların da günlük zamanlarının ortalama 4,5 saatini televizyon izlemeye ayırmaları ile açıklanabilir (115). Konferans ya da seminer aracılığıyla bilgilendirmenin artırılması daha doğru ve etkin bilgi aktarımı için önemli olacaktır.

Çalışmada kadınların %24,2' si KKMM hakkında eğitim aldığını ve bunların % 70,6' sı doktordan,%22,4' ü ebe hemşireden olmak üzere bir sağlık personelinen, %4,7' si TV-internet-broşürden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 6). Koç ve Sağlam (116) tarafından Sinop' ta yapılan çalışmada kadınların %44' ü KKMM hakkında bilgi aldığını ve %47,7 oran ile en fazla sağlık ekibinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Koçyiğit (117) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada kadınların %23,39' u sağlık personelinen, %22,1' i TV-Radyodan bilgi aldığını ifade etmiştir. Bu çalışmada bilgi kaynağı konusunda sağlık personelinin yüksek bulunmasının, TV-internet gibi kitle iletişim araçlarının az olmasının nedeni çalışmaya katılan kadınların Türkçe konuşma ve anlama oranının az olması, sağlık personelinen bilgi alırken tercüman yardımıyla daha etkin bilgi almaları olabilir.

Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde meme kanserinin saptanması için ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkin bir yöntemdir. Çalışmada kadınların KKMM ile ilgili bilgi durumları incelendiğinde, KKMM uygulamasının 20 yaştan itibaren yapılması gerektiğini araştırma grubundaki kadınların %65,1' i bilmemektedir. Kadınların %59,4' ünün KKMM uygulaması için önerilen sıklık hakkında hiçbir bilgisi yok iken, kadınların sadece %35,4'ü ayda bir yapılmasını gerektiğini ve kadınların %58,6' sının KKMM için ideal bir zaman olduğu hakkında hiçbir bilgisi yok iken, KKMM uygulaması için ideal günün adet bittikten sonra olduğunu %26,9' u ifade etmiştir (Tablo 7). Ülkemizde ve dünyada kadınlar arasında sık görülen kanserlerden olan meme kanserinin erken tespiti için kullanılan yöntemin yeterince bilinmemesi önemli bir halk sağlığı sorunu gibi görünmektedir. Bilgilendirme amacıyla yapılan eğitimlerin artırılması gerekmektedir.

Çalışmada kadınların 57,7' si daha önce KKMM yapmamış ve her ay düzenli KKMM yapanlar sadece %17,4 olarak belirlenmiştir (Tablo 8). Bu çalışmaya paralel olarak Sönmez ve ark.'nın (118) yaptığı çalışmada kadınların %23,4' ü her ay düzenli KKMM yaptığını ifade etmiştir. Özer ve ark.(107) çalışmalarında kadınların %47' sinin KKMM yapmadığını ve KKMM yaptığını ifade eden kadınların %38,6' sının ayda bir yaptığını belirtmiştir.

Çalışma grubundaki kadınlar tarafından en fazla ifade edilen KKMM yapmama nedeni nasıl yapıldığını bilmemedir. Kadınların %75,2' si nasıl yapıldığını bilmediği için KKMM yapmadığını belirtmiştir (Tablo 8). Özer ve ark.(107) çalışmalarında KKMM yapmama nedeni olarak kadınların %36' sının gerek görmeme, %53' ünün bilmeme olarak ifade ettiğini belirtmiştir. Phillips'in çalışmasında (119) KKMM bilgisi olan kadınların, olmayan kadınlardan daha fazla KKMM yaptıkları bildirilmektedir. Dişçigil ve ark.'nın (120) çalışmasında bu çalışmayla uyumlu olarak, KKMM yapmayan kadınlara yapmama sebepleri sorulduğunda en sık nasıl yapıldığını bilmediklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Bu durum KKMM eğitimlerinin önemini göstermektedir. Nasıl yapıldığını bilmeme ve diğer yapmama nedenleri eğitim yoluyla giderilebilir.

Düzenli KKMM yapma oranı yaş ilerledikçe ve eğitim durumu arttıkça artmaktadır (Tablo 9). Literatürde öğrenim düzeyi yüksek kadınların daha fazla KKMM uyguladığını gösteren çok sayıda çalışmaya rastlanmıştır (121-122). Güner ve ark. (123) benzer bir çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranlarının arttığını belirtmiştir. Çalışmamıza paralellik gösteren başka çalışmalarda daha ileri yaşta olan kadınların KKMM yapma sıklığı daha yüksek bulunmuştur (122,124). Bu çalışmada çalışan ve sosyal güvencesi olan kadınların düzenli KKMM yapma oranı daha yüksektir (Tablo 9). Öztürk ve ark.'nın (125) yaptığı çalışmada da kadınların çalışıyor olmasının KKMM doğru ve düzenli yapma oranını arttırdığı belirtilmiştir. Ancak bu çalışmada medeni durum ile KKMM yapma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Medeni durum değişkeni açısından literatürde farklı sonuçlar bulunduğu görülmüştür. Medeni duruma göre fark saptanmayan çalışmalar yanında (126), KKMM yapma sıklığının bekârlarda ya da evlilerde daha yüksek saptandığı çalışmalar da bulunmaktadır (121,124).

Çalışmada daha önce meme hastalığı geçiren kadınların, geçirmeyenlere göre daha yüksek oranda düzenli KKMM yaptığı bulunmuştur ve bu fark anlamlıdır (Tablo10). Benzer sonuçlu başka çalışmada da herhangi bir meme hastalığı geçirenlerin, geçirmeyenlerden anlamlı olarak daha fazla KKMM yaptığı bulunmuştur (107). Bu durumu hastalık nedeniyle sağlık personeline yapılan başvuruyla artan bilgilendirmenin etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada ailesinde meme kanseri olan ve olmayan kadınların düzenli KKMM yapma durumu arasındaki fark anlamlı değildir (Tablo10). Petro- Nustas ve Mikhail'in çalışmasında da kadınların ailesinde meme kanseri öyküsü olmasının, KKMM yapmayı etkilemediği belirtilmektedir (127). Ancak Dişçigil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli KKMM yaptıran ailede meme kanseri olma durumu ile artmıştır (119). Ailede meme kanseri öyküsü, meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Araştırmada, ailesinde meme kanseri olan kadınların taşıdıkları riskin farkında olmadıklarını ve meme kanseri hakkında bilgi eksikliğinin olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan KKMM ile ilgili eğitim alan ve meme kanseri spesifik bulgularını bilen kadınların daha çok KKMM yaptığı saptanmıştır (Tablo 11). Dağhan ve Çevik (128), çalışan kadınlara KKMM ile ilgili verilen eğitim sonunda, kadınların KKMM yapmasında artış görüldüğünü bildirmektedir. Gölbaşı ve ark.(129) yaptıkları çalışmada eğitim öncesinde kadınların yalnızca %4,3' ünün düzenli KKMM yaptığını, eğitim sonrasında bu oranın %51,6' ya yükseldiğini belirtmiştir. Parlar ve ark.'nın (130) çalışmasında da meme kanseri ve KKMM'ine yönelik eğitim programlarından sonra kadınların bilgi düzeylerinde ve KKMM yapma davranışlarında önemli bir artış olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Araştırma grubundaki kadınların erken tanı yöntemlerinden klinik muayene ile ilgili bilgi durumu incelendiğinde kadınların 230' u (%65,7) ideal klinik meme muayenesi sıklığını yılda bir kez olması gerektiğini bildiğini ifade etmektedir. Ancak kadınların %64,3' ü daha önce hiç KMM yaptırmadığını ve yaptıran (%35,7) kadınların bile %20,6' sı şu ana kadar sadece 1 kez KMM yaptırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 12). Dişçigil ve ark. (120) kadınların %42,7' sinin KMM yaptırdığını belirtmiştir. Budakoğlu Ankara ili Gölbaşı ilçesi'nde 40 yaş ve üstü

kadınların %30,5' inin KMM yaptırdığını bildirmektedir (131). Kadınların meme kanseri tarama yöntemleri açısından bilgi eksikliği ile beraber farklı nedenlerle klinik muayeneden çekindikleri görülmektedir. Kanser tarama yöntemleri açısından eğitimlerin artırılması gerektiği ve kadının mahremiyetini koruma açısından daha avantajlı olan KKMM hakkında daha çok bilgilendirme gerektiği düşünülmektedir.

Meme kanseri tarama programlarından mamografiyi çalışma grubundaki kadınların %78' i daha önce duyduğunu belirtmiştir. Ulusal kanser tarama programımıza göre 40 yaştan itibaren uygulanan mamografi tarama yaşını kadınların % 61,7' si bildiğini belirtirken % 36,9' u bilmemektedir. Bu çalışmaya benzer olarak, Koçyiğit ve ark.'nın (117) çalışmalarında kadınların %37,9' unun mamografi hakkında hiç bilgisinin olmadığı görülmüştür. Ücretsiz yapılan mamografi taraması hakkında bilgisi olmayan kadınların oranının yüksek olması bilgilendirme programlarının gerekliliğini daha net göstermektedir.

Kadınların mamografi çekirme oranı %19,4 olarak saptanmış ve çok yüksek olan çekirtmeme durumunun nedeni olarak yaptırmak gerektiğini bilmeme (%66,3) belirtilmiştir (Tablo 13). Farklı çalışmalar incelendiğinde mamografi çekirme oranı, Ankara'da %21,9, Manisa'da %10,6, Kayseri'de %11, İstanbul'da %25 olarak bulunmuştur (121,122,125,131). Maral ve ark. (133) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada kırsal bölgedeki kadınların %20,3' ünün mamografi çekirttikleri belirtilmiştir. Erzurum'da 40 yaş üstü sağlık çalışanlarında ise aynı oran %31,3 tür (134). Çin ve Kore kökenli 60 yaş ve üstü Amerikalı kadınlarda yapılan iki farklı çalışmada da mamografi çekirme oranı %63 olarak bulunmuştur (135). Çalışmada 40 yaş üzeri kadınlarında da mamografi çekirme oranı düşük olmakla beraber, kadınların mamografi çekirme oranının az olma sebebi çalışma grubunda 30-39 yaş grubu kadınların fazla olması ve bu yaş grubunun mamografi için önerilen yaş grubundan küçük olması olabilir. Orhan ve Çetinkaya'nın çalışmasında da benzer olarak mamografi çekirtmeme nedenleri konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmama, şikâyeti olmama ve ihmal etmedir (132). Bir başka çalışmada da mamografi çekirtmeme nedenleri sorulduğunda çekirtmem gerektiğini bilmiyordum ve gerek görmedim yanıtları ilk iki sırada yer almıştır (116).

Çalışma grubundaki kadınlarda yaş grubu ilerledikçe mamografi çekirme oranı anlamlı olarak artmaktadır ($p<0.05$). Bu çalışmaya benzer olarak Özer ve ark.

(107) çalışmalarında yaş ilerledikçe mamografi çekirme oranlarının anlamlı olarak arttığını belirtmiştir. Mamografi çekirme ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Sosyal güvencesi olan kadınların mamografi çekirme oranları daha yüksektir ancak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürdeki bazı çalışmalarda sağlık güvencesi olanlar ile 12 yıl ve daha fazla eğitim anlamlı olarak daha fazla mamografi çekirdikleri bulunmuştur (121,134). Cruz (136) yaptığı çalışmada sağlık güvencesinin varlığıyla mamografi çekirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir. Benzer bir çalışmada kadınların öğrenim düzeyinin artması mamografi çekirme oranlarını artırmaktadır (119). Sağlık güvencesiyle mamografi çekirme arasında anlamlı ilişki bulunmama sebebi KETEMlerde ücretsiz verilen mamografi hizmeti olabilir. Eğitim durumuyla mamografi çekirme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmama sebebi ise mamografi tarama yaşından daha genç nüfusta eğitim durumunun daha yüksek olması olabilir.

Daha önce meme hastalığı geçiren kadınlar daha yüksek oranda mamografi çekirmişlerdir ve bu anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo15). Benzer bir çalışma olan, Özer ve ark.'nın (107) çalışmasında herhangi bir meme hastalığı geçirenler geçirmeyenlerden anlamlı olarak daha fazla mamografi çekirmişlerdir. Geçirilmiş meme hastalığı hekime başvuruyu arttırarak bilgi düzeyini yükseltmiş olabilir.

Kadınların %9,7' sinin herhangi bir yakınına meme kanseri tanısı konmuştur. Ailesinde meme kanseri olan kadınlarda mamografi çekirme oranı olmayan kadınlara göre daha yüksek görülürken istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15). Bu çalışmaya benzer Özyaydın ve arkadaşlarının çalışmasında ailede meme kanseri öyküsü %12 olarak bulunurken, bu kişilerde mamografi yaptırma oranı ailede meme kanseri olmayanlara göre farklı bulunmamıştır (114). Bir başka çalışmada ailede meme kanseri öyküsü %8 olarak bulunurken, bu kişilerde en az bir kez mamografi yaptırma oranı ailede meme kanseri olmayanlara göre anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. Ailede meme kanseri tanısı olmasının mamografi çekirmede etkili bir faktör olmadığı bildirilmektedir (137). Ancak Dişçigil ve ark. (120) çalışmalarında ailede meme kanseri öyküsü %10 olarak bulunurken, bu kişilerde mamografi yaptırma oranı ailede meme kanseri olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ailede meme kanseri öyküsü bulunması ve geçirilmiş bazı meme hastalıkları meme kanseri riskini

artırmaktadır. Ailede meme kanseri öyküsü olan kadın sayısının az olması farklılık belirlemeyi engellemiş olabilir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlar ve kanser riskini artıran meme hastalığı geçiren kadınlar düzenli mamografi yaptırmaları konusunda bilgilendirilmelidir.

5.2. Serviks Kanseri

Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Bulguları ve Erken Tanı

Yöntemleri Bilgi ve Davranış Durumu

Bu araştırmaya katılan kadınların %87,7' si erken teşhisle kanserden kurtulma şansının artacağını düşünmektedir (Tablo 4). Kanserde erken teşhisin önemli olduğunu düşünen kadınlar ile düşünmeyen kadınlar arasında pap-smear yaptırma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 25). Çalışmada kadınların %34,9' u serviks kanseriyle ilgili bilgi aldığını, % 94,3' ü bu bilgiyi bir sağlık personelinden aldığını ifade etmiştir (Tablo 17). Çalışmamızda serviks kanseri erken tespiti için düzenli pap-smear yaptırması gerektiğini bilen, serviks kanseriyle ilgili bilgi alan ve serviks kanseri bulgularını bilen kadınların istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksek oranda pap-smear yaptırdığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 25). Kolutek ve ark. (8) çalışmalarında kadınların %14,4' ünün serviks kanseri hakkında bilgisinin olduğunu ifade etmiştir. Pınar ve ark. (138) kadınların %53,5' inin serviks kanseri ile ilgili bilgi aldığını, %42,9' unun bu bilgiyi basın yayın yoluyla edindiğini tespit etmiştir. Bu çalışmada kadınların serviks kanseri ile ilgili bilgi alma oranı ve basın yayın yoluyla bilgi edinme oranı düşük olduğundan, medyadan da yararlanılarak serviks kanseri konusunda sürekli hatırlatıcı eğitim seminerlerinin düzenlenmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Akyüz ve ark. (139) serviks kanseri ve pap smear hakkında bilgi sahibi olanların erken tanı için test yaptırma oranının arttığını belirtmiştir. Kaya'nın çalışmasına göre serviks kanseri ile ilgili bilgi alan kadınların %36,3' ünün pap smear testi yaptırdığı, serviks kanseri hakkında bilgi almayan kadınların ise %81' inin pap smear testi yaptırmadığı belirlenmiştir. Kadınlara verilen serviks kanseri hakkındaki eğitimin pap smear testi yaptırmalarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir (140).

Araştırma grubundaki kadınlardan %66,3' ü en az bir tane serviks kanseri erken bulgusunu bilmektedir. %61,1' i sebebi açıklanamayan kanamayı, %47,7' si cinsel ilişki anında ya da sonrasında kanamayı, %44,6' sı cinsel ilişki anındaki ağrıyı serviks kanseri bulgusu olarak belirtmiştir (Tablo 18). Serviks kanserinin başlıca bulgularının tümünü bilinme oranı düşük bulunmuştur. Kadınlar en fazla cinsel yolla bulaşan hastalık varlığını (%74,3) risk faktörü olarak kabul etmiştir. Bunu aile öyküsü olması, çok eşlilik ve sigara içmek takip etmektedir. Ayrıca yanlış bilgi seçeneği olan 'hazne yıkanması riski azaltır' ifadesini kadınların %36' sı doğru olarak belirtmiştir. Erken yaşta evlilik yaşı serviks kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Kadınların sadece %45,4' ü erken evliliğin serviks kanseri riskini arttırdığını düşünmektedir. Erken yaşta evlilik kadınlar tarafından en az ifade edilen risk faktörüdür. Çalışmada en düşük evlenme yaşı 12 (Tablo 2). TNSA 2013 verisine göre Türkiye'de kadın ve erkeklerde ebeveynlerin onayıyla 17 dir. Bu araştırmada ilk evlenme yaşı ortancası 19' dur. TNSA 2013 de 25-49 yaş arası kadınlarda ortanca ilk evlenme yaşı 21 dir. Eğitim düzeyi ve hanehalkı refahı düzeyi ile evlenme yaşı arasında pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir (TNSA, 2013). Çalışmada, kadınların %25,7' sinin sigara kullanarak, serviks kanseri açısından riskli davranış sergilediği bulunmuştur (Tablo 19). Katılımcıların %65,4'ü sigara içmenin serviks kanserine yakalanma riskini arttıracaklarını ifade etmiştir. Benzer olarak Duran (141) çalışmasında kadınların %22,2' sinin sigara kullandığını belirtmiştir. Literatürde, sigara içen kadınlarda preinvaziv ve invaziv hastalık riskinin arttığı belirtilmiştir (142). Kadınların serviks kanseri risk faktörleri ve serviks kanseri bulguları hakkında farkındalığın artırılması için planlı eğitimlerin yapılması gerektiği söylenebilir.

Çalışmadaki kadınların %86,3' ü daha önce HPV aşısını duymamış, sadece %13,7' si duymuştur. 350 kadından sadece 1 kadın (%0,3) HPV aşısı yaptırdığını belirtmiştir (Tablo21). Giles ve Garland (143), kadınların % 36' sının HPV aşısını duyduğu tespit etmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %59,5' i HPV aşısını duymuş ve %1' i yaptırmıştır (136). Ancak bu çalışma Kadın ve Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınlarda yapıldığı için oran yüksektir. Pahalı bir aşı olması nedeni ile HPV aşısı ülkemizde yaygın olarak kullanılmayan, serviks kanserine yönelik koruyucu bir sağlık uygulamasıdır.

Çalışmadaki kadınların % 62,6' sı daha önce pap smear testini duyduğunu, %41,7' si serviks kanserinin erken tespiti için düzenli pap-smear testinin yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Kadınların %64' ü pap smear taramasına başlama yaşını bilmediğini belirtirken sadece %31,4' ü 30 yaş olarak bildiğini belirtmiştir. Kadınların %60,9' u pap smear taramasının yapılma sıklığını bilmediğini belirtirken, sadece %5,1' i beş yılda bir kez olarak bildiğini söylemiştir (Tablo 20). Araştırma grubundaki kadınlarda Ulusal kanser tarama programımızdaki 30 yaştan itibaren 5 yılda bir yapılan serviks kanseri taraması konusundaki bilgi düzeyi düşüktür.

Araştırma grubundaki kadınların %61,7' si daha önce hiç pap smear testi yaptırmamış, %38,3' ü en az bir kere yaptırmıştır (Tablo 22). Kadınların 22,3' ü ise sadece bir kere yaptırmıştır. Düzenli pap-smear yaptırma oranı oldukça düşüktür. Akyüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da smear yaptıran kadınların %58,1' i yalnızca bir kez smear yaptırmıştır (139). Kars'ta üniversite hastanesinin herhangi bir bölümüne başvuran kadınlarda yapılan çalışmada kadınların %16,2' si düzenli smear yaptırdığını belirtmiştir (144). Juneja ve ark. (145) ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85' inin yaşamları boyunca en az bir kez smear yaptırdıklarını buna karşın az gelişmiş ülkelerde bu oranın %5 olduğunu belirtmiştir. Literatürde bulunan daha yüksek smear yaptırma oranlarının, bu çalışmaların hastaneye başvuran kadınlarda yapılmış olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada bulunan düşük oranın ise çalışmanın bir ilçede, görece eğitim düzeyi düşük bir grupta toplum tabanlı olarak alanda yapılmış olması ile ilişkili olabileceği öngörülmüştür. Kadınların %41,2' si yaptırmaması gerektiğini bilmediğinden yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 22). Ak ve ark. (146) bu çalışmaya benzer olarak bilgi eksikliğini (%48) en sık smear yaptırmama nedeni olarak saptamıştır. Kadınların serviks kanseri taraması hakkında daha çok bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmada 30-39 yaş grubundaki kadınlar diğer yaş grubundaki kadınlara göre daha düşük oranda pap smear testi yaptırmıştır (Tablo 23). Yaşla beraber smear yaptırma oranı anlamlı olarak artmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle geçirilen gebelik sayısının ve hastaneye başvurunun da doğrudan artması nedeniyle yaşla beraber smear yaptırma artmaktadır. Juon ve ark. (135) 60-69 yaş kadınların 70 yaş üstüne göre 6,49 kat pap-smear testi yaptırdıklarını saptamıştır. Eğitim durumu yüksekokul ve üzeri olan kadınlar, evli olan kadınlar ve sosyal güvencesi olan kadınlar anlamlı

olarak daha yüksek oranda smear testi yaptırmıştır (Tablo 23). Eğitim düzeyinin yüksekliği bireylerin sağlık algısı ve davranışlarında önemli bir etmendir. Kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve desteklenmesi girişimleri serviks kanseri tarama programına uyumu da artıracaktır. Literatürde konuya ilişkin yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin smear testi yaptırmada önemli etkisi olduğu saptanmış (147). Sağlık güvencesi varlığı hastalık olmadan tarama için yapılan başvuruya pozitif etki etmiştir. Sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre 4,14 kat fazla pap-smear testi yaptırdıklarını saptamıştır (134). Karaca ve ark. (144), sağlık güvencesi olanların sağlık güvencesi olmayanlara ve yeşil kartı olanlara göre daha fazla smear yaptırdığını bulmuştur. Evli olan kadınlar düzenli cinsel ilişkileri olduğundan jinekolojik yakınmaları daha fazla olabilir ve kadın doğum kliniklerine daha fazla başvurmuş olabilir. Açıköz'ün çalışmasında evli olan kadınlar evli olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuşlardır (148). Medeni durum ile Pap smear testi yaptırma ilişkisi Meksika'da yapılan çalışmalara benzerdir (149). Oran ve ark. (150) da benzer sonuçlar bulmuştur. Çalışan kadınlar ile çalışmayanlar arasında smear testi yaptırma açısından anlamlı farklılık yoktur (Tablo 23). Açıköz'ün (148) çalışmasında da sonuçlar benzerdir. Bu çalışmada smear testi yaptıran kadınların sayısının düşük olmasının, olası farklılıkları belirlemeyi engellemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki kadınların ailesinde servik kanseri olanların olmayanlara göre smear yaptırma durumlarında bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 24). Ailesinde serviks kanseri olan kadın sayısının az olması farklılık belirlemeyi engellemiş olabilir.

5.3. KETEM

Kadınların KETEM'i Bilme ve Tarama Yaptırma Durumu

Araştırma grubundaki kadınların %42,3' ü daha önce KETEM hakkında herhangi bir şekilde duyum aldığını belirtmiştir. Kadınlar en çok ASM (%33,7) aracılığıyla öğrenmiştir. Radyo ve televizyon aracılığıyla (%3,4) öğrenme çok azdır. KETEM'i bilen kadınların az olması bu bölgede yaşayan kadınlara sundukları hizmetlerin yeterince tanıtılmamış olmasından ya da KETEM'in donanım ve personel açısından yapılandırma eksikliğinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırma grubundaki KETEM' i bilen kadınlar ile bilmeyen kadınlar arasında mamografi çekirme ve smear testi yaptırma açısından anlamlı bir fark vardır. KETEM' i bilen kadınlar (%26,4) bilmeyen kadınlardan (14,4) daha yüksek oranda mamografi çekirmiştir (Tablo27). KETEM' i bilen kadınların (%55,4), bilmeyen kadınlardan (%25,7) daha yüksek oranda smear testi yaptırdığı görülmektedir (Tablo 28).

Kadınların, meme ve serviks kanserlerinde erken tanının önemi, erken tanının nasıl konacağı konusunda bilgilendirilmesi ve bu bilginin davranışa dönüştürülmesinin sağlanması önemlidir. Kadınların gün boyu çok fazla vakit ayırdığı basın yayın organları aracılığıyla olan bilgilendirmenin artması faydalı olacaktır. Kanser taramalarının uygulanması için kurulan ve çalışan KETEM biriminin daha aktif kullanılmasının sağlanması için aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapıp KETEM birimine yönlendirme ile sorumlu olduğu kadın nüfusu takip etmelilerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Bu araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu (%87,7) erken teşhisle kanserden kurtulma şansının artacağını düşünmektedir. Ancak erken tanı için uygulanan tarama yöntemleri hakkındaki bilgi durumları istenen düzeyde değildir. Bilgi kaynağı olarak daha çok sağlık personeli belirtilmiştir.
2. Kanserde erken teşhisin önemli olduğunu düşünen kadınlar daha yüksek oranda KKMM yapmakta, mamografi yaptırmakta ve smear yaptırmaktadır.
3. Kadınların sadece %24,2' si KKMM hakkında eğitim almıştır. Daha önce duyma ve eğitim alma oranının az olması nedeniyle kadınların sadece %56,6' sı KKMM' nin erken tanıda önemli olacağı düşünmektedir. KKMM ile ilgili eğitim alan ve KKMM'nin erken tanıda önemli olduğunu düşünen kadınların daha yüksek oranda düzenli KKMM yaptığı saptanmıştır.
4. Kadınların sadece %17,4' ü her ay düzenli KKMM yapmaktadır.
5. Düzenli KKMM yapma oranı yaş ilerledikçe ve eğitim durumu arttıkça artmaktadır. Çalışan ve sosyal güvencesi olan kadınlar da yüksek oranda düzenli KKMM yapmaktadır. Medeni durum ile KKMM yapma arasında bir ilişki saptanmamıştır.
6. Kadınların mamografiyi duyma oranı diğer tarama testlerine göre daha yüksek ancak mamografi yaptırma davranışı daha azdır. Kadınların mamografi çekirme oranı %19,4' tür. Tüm yaş gruplarında olduğu gibi 40 yaş ve üstü kadınlarda da mamografi çekirme oranı düşüktür. Çektirmeme nedeni olarak en çok yaptırmak gerektiğini bilmeme (%66,3) belirtilmiştir. Ancak mamografi yaptırmanın gerekli olduğunu bilenler çoğunlukla ihmal etmektedir.
7. Yaş ilerledikçe mamografi çekirme oranı da anlamlı olarak artmaktadır. Medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve çalışma durumu ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
8. Daha önce meme hastalığı geçiren kadınlar daha yüksek oranda düzenli KKMM yapmakta ve mamografi çekirmektedir. Ancak ailesinde meme kanseri olan kadınlarda mamografi çekirme ve KKMM yapma açısından olmayan kadınlara göre anlamlı bir farklılık yoktur.

9. Çalışmada kadınların %34,9' u serviks kanseriyle ilgili bilgi aldığını ifade etmiştir. Bilgi alan ve erken tespit için düzenli pap-smear yaptırmayı gerektiğini bilen kadınların, anlamlı olarak daha yüksek oranda pap-smear yaptırdığı saptanmıştır.
10. Meme ve serviks kanserinin başlıca bulgularının bilinme oranı düşük bulunmuştur.
11. Kadınlar bireysel meme ve serviks kanseri risklerinin farkında değildir. Serviks kanseri risk faktörlerinin bilinme oranı düşüktür.
12. Araştırma grubundaki kadınların %38,3' ü en az bir kere pap smear testi yaptırmıştır. Yaşla beraber smear yaptırma oranı anlamlı olarak artmaktadır. Eğitim durumu yüksek okul ve üzeri olan kadınlar, evli olan kadınlar ve sosyal güvencesi olan kadınlar anlamlı olarak daha yüksek oranda smear testi yaptırmıştır. Çalışan kadınlar ile çalışmayanlar arasında ve ailesinde serviks kanseri olanlar ile olmayanlar arasında smear testi yaptırmaya açısından anlamlı farklılık yoktur.
13. Kadınlar KETEM, ulusal meme ve serviks kanseri tarama standardı hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. KETEM'i bilen kadınlar daha yüksek oranda mamografi yaptırmış ve smear testi yaptırmıştır.

Araştırma sonucuna göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Çalışmada meme ve serviks kanseri konusunda kadınların bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilmiştir ve kadınların bilgi düzeyi arttıkça erken tanı yöntemlerini uygulama davranışların da artış olduğu görülmüştür. Bu sonuçtan yola çıkarak;
- Kadınların meme ve serviks kanseri konusunda risk faktörlerine yönelik bilgilendirilmeleri ve bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Serviks kanserine yakalanma açısından risk oluşturacak olan erken yaşta evlilik ve çok sık doğumları önlemek amacıyla kadınların bilinçlendirilmesine yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.
- Ailesinde meme kanseri olanlar meme kanseri açısından riskli grupta yer almaktadır. Bu kişilere bireysel riskleri konusunda danışmanlık verilmeli, düzenli olarak mamografi yaptırmaları önerilmelidir.
- Meme ve serviks kanseri taramaları konusunda eğitimler yaygınlaştırılmalı, 20 yaşına gelen her kadına düzenli aralıklarla KKMM ve diğer erken tanı

yöntemleri konularını içeren eğitim programları düzenlenmelidir. Medyada tarama programlarına daha sık yer verilmelidir.

- Tarama yöntemlerine başvuru yalnızca bireylerin sorumluluğunda olmayıp, bu konuda sağlık hizmeti sunanların sorumluluğu oldukça fazladır. Herkese bu hizmetlerin etkin bir şekilde sunulması yaş ve eğitim farklılığından kaynaklanan sorunları ortadan kaldıracaktır.
- ASM sağlık çalışanlarının, kadınların bilinçlendirilmesinde oldukça önemli rolü vardır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, ulaşılabilir olması, sağlık personelinin bilgi ve donanımının yeterli olması meme ve serviks kanserinin azalmasında önemli rol oynayacaktır. Özellikle serviks ve meme kanserine yönelik programlar yapılması, kadınların duyarlılıklarını arttıracak olumlu inanç, tutum ve davranış geliştirmelerine yardımcı olacaktır.
- Kadınlara meme ve serviks kanseri riskleri, erken tanı ve tarama standartları, başvurabileceği kaynaklar (örneğin; KETEM) konusunda farkındalık oluşturmak amacıyla eğitimler yapılmalı, düzenli olarak mamografi ve pap smear testi yaptırma durumları takip edilmelidir.
- KETEM’ler hedef toplumun tümüne erken tanı hizmetlerini sunacak kadar sayısal yeterlilikte olmadığından yukarıda sayılan hizmetler aile hekimleri tarafından yürütülmelidir.
- Bilgi, inanç ve tutumlar kadınların erken tanı davranışlarını ve kanser tarama programlarına katılımını etkilemektedir. Bu nedenle erken tanı yöntemlerinin kullanımı kadınların bilgi, tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi için farklı özelliklere sahip gruplarla çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. 2014 Birim Faaliyet Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı, kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/birim.pdf (erişim tarihi:15.11.2017)
2. Bilir N, Erbaydar NP. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. Ed: Güler Ç, Akın L, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. pp. 1542-56, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012.
3. David F, Jacques F. Chapter 1: Cancer Worldwide. pp.16-24, içinde:World Cancer Report 2014,ed.Stewart BW,Wild CP. World Health Organization, Lyon, France, 2014.
4. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Lyon, International Agency for Research on Cancer,2011.
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, T.C sağlık Bakanlığı, 2016 http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf (Erişim tarihi.20.11.2017)
6. Kocaöz S, Özçelik H, Talas MS, Akkaya F, Özkul F, Kurtuluş A, Ünlü F. The Effect of Education on the Early Diagnosis of Breast and Cervix Cancer on the Women's Attitudes and Behaviors Regarding Participating in Screening Programs. J Canc Educ 2017. DOI 10. 1007/s13187-017 1193-8
7. Meme Kanseri ve Serviks kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf> <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf> (Erişim tarihi: 20.10.2017)
8. Kolutek R, Aydın Avcı İ. Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi. *Breast Health*. 2015; 11:155-62
9. Kanseri Nedir. 2016, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı.
10. Kumar, V, Et Al, Robbins And Cotran Pathologic Basis Of Disease. 2014: Elsevier Health Sciences.
11. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
12. Akkas Gürsoy A, Hindistan S, Nural N, Kahriman Yılmaz F, Yiğitbaş Ç, Erdöl H, Kobya Bulut H, Yesilçiçek Çalık K, Karadeniz Mumcu H. A

Comparison of Three Educational Interventions on Breast Self-Examination Knowledge and Health Beliefs. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention, 2009;10(5):765–772.

13. İnternational Agency for Research Cancer(2017)
http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=0&cancer=29&type=0&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default
Erişim tarihi:10.10.2017
14. Ed. K. Özkan SB, Gültekin M. ve Ark. Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2014: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu.
15. Sönmez Y. Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2011.
16. Fidaner C. Kanserde Erken Yakalama: Erken Tanı ve Taramalar içinde Türkiye’de Kanser Kontrolü, Ed: Tuncer AM, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007;26: 319-32.
17. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser Kontrol Programı,1.Baskı, Ankara,2015.
18. Akça T. Meme Kanseri pdf.
<http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/304/files/memekanseri.pdf> erişim tarihi 10.08.2017
19. Durak S. Kanser Kontrolünde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Rolü M. Tuncer (Ed.). Türkiye’de Kanser Kontrolü, 2007;113-130.
<http://www.ukdk.org/pdf/kitap/8.pdf>. Erişim tarihi: 11 Şubat 2017.
20. TC. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. (2009) Ulusal Kanser Programı 2009-2015 Ed. Murat Tuncer, Bakanlık Yayın Numarası: 760, Ankara
21. NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): breast cancer version 3.2013. 2013.

22. Arasu VA, Joe BN, Lvoff NM, Leung JW, Brenner RJ, Flowers CI. et al. Benefit of semiannual ipsilateral mammographic surveillance following breast conservation therapy. Radiology. 2012;264:371–7.
23. <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/mamografi.pdf> erişim tarihi 01.11.2016
24. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Kanser Önleme ve Taramaları 2014 Kısa Raporu kanser.gov.tr/Dosya/tarama/TaramalarKisa_Rapor.doc erişim tarihi:02.01.2018
25. T.C. Sağlık Bakanlığı http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf Erişim tarihi: 08.09.2017
26. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2013.<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html> Erişim tarihi: 20.11.2017
27. Berkarda B. *Meme Kanseri*. İstanbul 2000: İ.Ü.Basımevi, 5- 87.
28. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2013.<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html> Erişim tarihi: 20.11.2017
29. İnternational Agency for Research Cancer, 2013. Latest World Cancer Statistics Global Cancer Burden Rises to 14,1 Million New Cases in 2012: Marked İncrease in Breast Cancers Must be Addressed. Erişim: 20 kasım 2017
30. Mermer G. Kemalpaşa’da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir 2010.
31. Perihan P. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına ve Algılarına Etkisi, Yüksek lisans tezi, Harran üniversitesi, Şanlıurfa 2015.

32. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı Risk Faktörleri. Erişim: 3 Aralık 2017 <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/15-risk-faktorleri.html>
33. American Cancer Society. What Are The Risk Factors for Breast Cancer? Erişim: 15 Ekim 2016 <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>
34. Dagan M, Sanderman R, Schokker M. Spousal Support and Changes in Distress Over Time in Couples Coping With Cancer: The Role of Personal Control, *J Family Psychology*, 2011; 25 (2), 310-18.
35. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay SS, Tükün A, Yalçın B. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2011; 7 (2), 47-67.
36. Cuzick J. Epidemiology of Breast Cancer- Selected Highlights. *Breast*, 2003;12,(6),405-11.
37. Şen S, Aygün D. Meme Kanseri Etiyolojisinde Çevresel Karsinogenlerin Rolü. *Sakaryamj* 2014;4,(3),109-14
38. Üskent N. Meme kanserinin doğal seyri, gelişimi, risk faktörleri, dünyadaki dağılımı ve epidemiyolojisi. içinde: *Olgular ışığında meme kanseri*. Ed. Karabece A. Turgut Yayıncılık ve Ticaret, İstanbul 2003, s:8.
39. Somunoğlu S. Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009;4(10).
40. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kansere Türleri-Meme Kanseri. Erişim: 23 Haziran 2016 <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/783-kanser-turleri-meme-kanseri.html>
41. Centers for Disease Control and Prevention, Breast Cancer: What You Need to Know. Erişim: 18 Ekim 2016 <http://www.cdc.gov/cancer/breast/pdf/breastcancerfactsheet.pdf>
42. Cancer Research United Kingdom, Breast Cancer Symptoms. Erişim: 15 Aralık 2016 <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breast-cancer-symptoms>

43. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2005, 8 (1).
44. Avcı İ, Gözüm S. Comparison Two Different Educational Methods on Teachers' Knowledge, Beliefs and Behaviors Regarding Breast Cancer Screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 2009;13, 94–101
45. Tang TS, Solomon IJ, McCracken LM. Cultural Barriers to Mammography, Clinical Breast Exam, and Breast Self-Exam Among Chinese-American Women 60 and Older. *Preventive Medicine*, 2000; 31: 575-583.
46. Chiechi LM, Epifani S, Lombardi T. The Structuring of a Course of Breast Self Examination Considering Onkological, Psychological and Sociocultural Aspects, www.sciencedirect.com/2003 Erişim Tarihi: 12.10.2016.
47. Erbllich J, Bovbjerg DH, Valdimarsdottir HB. Psychological Distress, Health Beliefs, and Frequency of Breast Self-Examination. *Journal of Behaviour Medicine* Jun, 2000; 23(3): 277-292.
48. Öztürk M, Engin VS, Kişioğlu AN, Yılmaz G. Effects of Education on Knowledge and Attitudes Breast Self Examination Among 25+ Years Old Women. *Easterne Journal of Medicine*, 2000; 5(1): 13-17.
49. Özdemir O, Çalışkan D. Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılan Yöntemler. *Sağlık ve Toplum*, 2002; 12(4): 10-14
50. Akça T. Meme Tarama Programı Nedir ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır? *Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği*, Ed. Suha Aydın ve Tamer Akça. Mersin Üniversitesi Yayınları No:16, Can Matbaacılık Yayıncılık, Mersin 2007. s.13–19.
51. Ersin F. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme Ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, Doktora Tezi. İzmir, 2012.
52. Şimşek Ş, Tuğ T. Memenin iyi Huylu Tümörleri: Fibroadenomlar. *STED* 2002;11:102-5.
53. Koca B. Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilmenin Kadın sağlığı açısından Önemi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2010;27: 10-14.

54. Dorcas RH. Hemşireler için Kanseri El Kitabı. Çeviri Editörü: Prof. Dr. Nurgün Platin, N.İnanç, Ankara: IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası 1996.
55. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları Hemşireliği. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova. 2001;82.
56. Aktan K, Topuzoğlu A, Harmancı H. Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2001; 57-9.
57. Wei G, Borum ML. Breast self- examination in women in two primary care settings:An evaluation of the impact of insurance status. Journal of Women's Health&Gender- Based, (Abstract). 2000;9: 311-4.
58. Budden L. Young women's breast self-examination knowledge and practice. Journal of Community Health Nursing, 1995;12: 23-32.
59. Bailey B.The nurse's role in promoting breast awareness. Nursing Standard, 2000;14: 346.
60. Foster R, Costanza MC. Breast self-examination practices and breast cancer survival Cancer, 1984;15: 999-1005.
61. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2013. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acsp-042725.pdf> Erişim Tarihi: 16.05.2014
62. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html> erişim 22.11.2017
63. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. A Cancer Journal for Clinicians, 2004; 54: 345-361.
64. Aydın A, Dinçer M, Topuz E. Meme Kanseri. *Klinik Onkoloji*. Ed. Erkan Topuz, Adnan Aydın, Ahmet Nafiz Karadeniz. Tunç Matbaası, İstanbul 2000, s.70-75.
65. World Health Organization. Breast Cancer: Prevention and Control. Erişim 27 Kasım 2016. <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>

66. Meme Kanseri Tarama Rehberi
www.turkrad.org.tr/pdf/meme_tarama_rehberi.pdf Erişim Tarihi: 14.07.2015
67. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/209-ulusal-kanser-taramalari.html> Erişim tarihi: 11.09.2014
68. Beaton DE, Schemitsch E. Measures of Health-Related Quality of Life and Physical Function. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2003;413: 80-89.
69. <http://www.jinekolognet.com/kadin-genital-anatomi.asp>
70. Disaia PJ. *Uterus Serviksi Hastalıkları*. Scott JR, Disasia PJ, Hammond CB and Spellacy WN. (Ed.), Erez S. (Çeviri Ed.). *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji* 1997;7:893-918.
71. Demir C, Altıntaş A. *Servikal ve Vajinal Kanserler*. JS. Berek (Ed.) *Novak Jinekoloji* (s.1111-1155). İstanbul, 1998, Nobel Tıp Kitabevleri.
72. http://home.ccr.cancer.gov/inthejournals/archives/Gius_03.asp)
73. Erenus M, Yoldemir T. *Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı*. Ankara 2008, Güneş Tıp Kitabevleri, Öncü Basımevi.
74. Uyanıkoğlu H. Servikal Kanser Taramasında Asetik Asit Sonrası İnspeksiyonla (VIA), Servikal Smearın Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006.
75. World Health Organization. Chapter 2: Anatomy of the Female Pelvis and Natural History of Cervical Cancer, *Comprehensive Cervical Cancer Control a Guide to Essential Practice*, p:25-42, Geneva, 2006.
76. Yazıcı, S. Serviks Kanserlerinde Risk Faktörleri ve Erken Tanı. *Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,1996(3).
77. Zur Hausen H. Papillomaviruses and Cancer: From Basic Studies To Clinical Application. *Nat Rev Cancer*,2002;5,342-350.
78. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği HPV Aşıları Konsensus Metni. Erişim:10 Ekim 2013, <http://www.trsgo.org/haber.php?id=40>.
79. Kanbur A, Çapık C. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, syf.61-72.

80. Quinn MA. Screening and Prevention of Gynaecological Cancer. *Rev Gynaecol Prac*,2003;3,148–155.
81. Yoshikawa H, Nagata C, Noda K, et al. Human Papillomavirus İnfection and Other Risk Factors for Cervical İntraepithelial Neoplasia in Japan, *British Journal of Cancer*, 1999; 80:3-4:621-4.
82. Cancer Fact and Figures, 2016 www.cancer.org. Erişim Tarihi: 10.04.2016
83. Güner H, Taşkırın Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virüs. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*,2007; 4(1), 11-19.
84. Haberal A. Genital kanserlerin epidemiyolojisi. Ed. Çiçek MN, Mungan MT. *Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de*. Ankara, 2007, Güneş Tıp Kitabevi, s.685-90
85. 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): 145-154.
86. Fischer M. Cancer Of The Cervix [Serviks Kanseri] *Seminorsin Oncology Nursing* 2002 cilt 18, sayı 3 syf: 193-199 [Erişim Tarihi: 20.04.2016].
87. Garcia F, Newton J, Baldwin S. Cervical and Endometrial Cancer Prevention. içinde: *Fundamentals of Cancer Prevention*, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer, 2005; 315-42.
88. American Cancer Society: Cervical Cancer What Are the Risk Factors for Cervical Cancer?http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_cervical_cancer_8.asp?rnav=cvi Erişim:19.10.2017
89. Monero V, Bosch F.X, Munoz N, et al. Effect of Oral Contraceptives on Risk of Cervical Cancer in Women with Human Papillomavirus İnfection: The IARC Multicentric Case-Control Study, *Lancet*, 2002;359:1085-92.
90. Türkdemir A.H. Meme ve Serviks Kanserlerinde Risk Gruplarının Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 2003, s:63-89.
91. Benedet JL. Progress in gynecologic cancer detection and treatment. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;70: 135-47.

92. Brant J. Cervical Cancer. içinde: Oncology Nursing Assessment and Clinical Care, Ed:Miaskowski C, Buchsel P, Mosby, 1999;29: 657-85.
93. Blythe MJ, Fortenberry JD. Douching Behaviors Reported by Adolescent and Young Adult Women at High Risk for Sexually Transmitted Infections, J. Pediatr. Adolesc . Gynecol, 2003;16: 95-100
94. Yüce K. (ed), Salman N. (ed). Serviks Kanseri ve Önlenmesi, Matbaa Çözümleri, 1. Baskı, s:1-39, 84-110, İstanbul,2007.
95. Gökaslan H, Uyar E. Pap Smear ile Servikal Kanser Taraması, Türk Aile Hekim Dergisi, 2004;8(3):105-110.
96. Tornata J, Carpenter J, Schilder J, Cardens H. Representations of Vaginal Symptoms in Cervical Cancer Survivors.[Serviks Kanseri Vajinal Belirtileri ve Hayatta Kalım]. *Cancer Nursing*. 2009;32(5): 378-384Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği, 2013.
97. Scheurer ME, Tortolero-Luna G,Adler-Storthz K. Human Papillomavirus Infection: Biology, Epidemiology and Prevention. *Int J Gynecol Cancer*,2005;15,727-746.
98. Vandana M, Vasant V, Balachadran C. Cervical Cancer. [Serviks Kanseri]. *Indian Journal Of Dermatology, Venereology and Leprology*.2009;72 (2):214- 216.
99. American Cancer Society Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6X_Cervical_Cancer_Prevention_and_Early_Detection_8.asp?sitearea Erişim tarihi: 30 Ekim 2017.
100. American Cancer Society, 2015; Türk Jinekoloji Onkoloji Derneği 2013 <http://www.trsgo.org/1/haber/63/acog-practice-bulletin-no-157> serviks kanserinde tarama ve önleme çeviri özet
101. Ulukuş Ç. Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri. DEÜ Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı. İzmir 2009. Erişim: 13 Ağustos 2017 <http://www.turkpath.org.tr/files/serviks.pdf>
102. Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Cost effectiveness of Human Papilloma virus DNA testing in the United kingdom. *The Netherland, Frence and Italy Journal of the National Cancer Institute*, 2007;97(12),888-895.

103. Chapter 3: Health Promotion: Prevention, Health Education and Counselling, Comprehensive Cervical Cancer Control a Guide to Essential Practice, p:43-78, World Health Organization, Geneva,2006.
104. Bilir N, Serviks Kanseri Kontrolü Çalışmaları ve HPV Aşısı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Teknik Raporları No: 03 / 2007.
105. Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals, World Health Organization, 2007.
106. Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB, Ko MC, Anghel M, Harshburger R. Asian Indian Women: Knowledge, Attitudes and Behaviors Toward Breast Cancer Early Detection. *Public Health Nursing* 2001;18 (5):357–363.
107. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HE, Hüdayioğlu MR, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler, Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt 28, Sayı 1, Ocak-Nisan 2009
108. Bal DM. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi, MÜSBED 2014;4(3):133-138
109. Swanson C, Coates R. Body size and breast cancer risk among women under age 45 years. *American Journal of Epidemiology*, 1996;143:698-706.
110. Beji N. Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case-control study. *European Journal of Cancer Care* 2007;7: 178-184
111. Vicdan K, Kukner S, Dabakoğlu T, Ergin T, Keleş G. Gökmen O. Demographic and epidemiologic features of female adolescent in Turkey. *J Adolesc Health*, 1996;18(1): 54- 58.
112. Thompson PA, Lopez AM, Stopeck A. Breast Cancer Prevention. içinde: *Fundamentals of Cancer Prevention*, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer, 2005; 255-76.
113. Durgun OY. Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15–65 Yaş Arası Kadınların, Meme ve Serviks Kanserinden Korunma ile İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Diyarbakır, 2007.

114. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir’de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. J Breast Health 2009; 4:214-223.
115. Ulusal Rapor Türkiye. Standart Eurobarometer 76. Avrupa Birliği’nde Kamuoyu Sonbahar 2011. URL: Available from: http://www.ab.gov.tr/files/ardb/evt/1_avrupa_birligi/1_6_raporlar/1_4_eurobarometers/Eurobarometer_2011_Avrupa_Birliginde_Kamuoyu_Trkiye_Ulusal_Raporu.pdf Erişim tarihi: 22.02.2018
116. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve etkinliğinin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2009; 5: 25-33.
117. Koçyiğit O. Polikliniğe başvuran kadınların meme muayenesi mamografi ve meme kanseri hakkında bilgileri. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2007.
118. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu AN, Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları, S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2012;19(4)/124-130
119. Philips JM. Adherence to breast cancer screening guidelines among African-American women of different employment status. American Association Occupational Health Nursing 1993; 39(4): 84- 88
120. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007;20(1):29–36.
121. Göçgeldi E, Açıkel CH, Hasde M ve ark. Ankara- Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2008;13: 261-265.
122. Seçginli S, Nahcivan N.O. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. 2006;43:161- 171.

123. Güner İC, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2007; 13(2):55-60.
124. Jarvandi S, Montazeri A, Harirchi I, Kazemnejad A. Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. *Public Health* 2002;116:246-249.
125. Öztürk M, Engin VS, Kişioğlu AN, Yılmaz G. Effects of education on knowledge and attitude of breast self examination among 25+ years old woman eastern. *Journal of Medicine*, 2000;5:13-17
126. Dünder P.E, Özmen D, Öztürk B, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*. 2006;6:43-51.
127. Petro-Nustas W, Mikhail B. Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public Health Nursing* 2008;19(4): 263–271.
128. Dağhan Ç, Çevik Ü, Tokat sigara fabrikası kadın işçilerine kendi kendine meme muayenesi hakkında yapılan bilgilendirmenin doğru bilgi ve davranış geliştirme durumuna etkisi. İçinde: *Türkiye’de Kanser Kontrolü*. Ed. Tuncer AM. s. 525-531, Bakanlık Yayın Numarası: 707, Onur Matbaacılık Ltd, Ankara, 2008.
129. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. Öğrenci Hemşireler Tarafından Bir Halk Eğitim Merkezinde Verilen Eğitimin Kadınların Meme Kanseri/ Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi. *J Breast Health* 2007; 3:53-56.
130. Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N. Bir Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili Eğitimin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 8: 9-15.
131. Budakoğlu İİ. Gölbaşı İlçesi Bahçelievler Mahallesiindeki 40 yas ve üzeri kadınların meme kanseri ve meme kanseri erken tanı yöntemleri bilgi düzeyi ve bu konuda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi Ankara 2003.

132. Orhan S, Çetinkaya F. Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Konusundaki düşünce ve davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2003;12:11-16.
133. Maral İ, Budakoğlu İ, Özdemir A, Bumin MA. Behaviors Toward Methods of Breast Cancer Early Detection in Women Over 40 Years in a Rural Region of Ankara, Turkey. *Journal of Cancer Education* 2009; 24:127–128.
134. Canbulat N, Uzun Ö. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. 2008;12:148-156.
135. Juon HS, Seo YJ, Kim MT. Breast and cervical cancer screening among Korean American elderly women. 2002;6:228-235.
136. Cruz AL, Chung W, Hug J, Blas LA, Hubelle FA, Wenzel L. Breast cancer screening among Chamorro women in California. *Cancer Detect Prev.* 2007; 32 (1):16-22
137. Avcı A, Kurt H. The health beliefs and mammography rates of Turkish women living in rural areas. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40: 170-5.
138. Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algıç L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV Aşısı ve Serviks Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010; 1:11-18.
139. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap smear yaptırmaları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Med J* 2006; 48:25-29.
140. Kaya G. Pap Smear Testi Yapılan Kadınların Serviks Kanseri Konusundaki Bilgileri Ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Sivas 2011
141. Duran Ö. Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançları ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008 Sivas.
142. Aydın F, Tuncer ZS, Kuzey GM, Başaran M. Servikovaginal sitoloji ile önemi belirlenmeyen atipik skuamöz hücreler (ASCUS) ve önemi belirlenmeyen atipik glandüler hücreler (A-GUS) tanısı alan olguların

değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik 2002;12(2):148-154

143. Giles M, Garland S. A Study of Women's Knowledge Regarding Human Papillomavirus Infection, Cervical Cancer and Human Papillomavirus Vaccines, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2006;46(4): 311-315.
144. Karaca M, Palanci Y, Aksu SR. Pap Smear ne kadar biliniyor, ne kadar uygulanıyor? Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2008;18:22-28.
145. Juneja A, Sehgal A, Mitra ZB, Pandey A. A survey on risk factors with cervical cancer. Indian J Cancer 2003;40:15-22.
146. Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda papsmear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2010;2:1-4.
147. Nguyen TT, McPhee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of cervical Pap Smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. Am J Prev Med. 2002;23(3):207-214.
148. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2010.
149. Couture MC, Nguyen CT, Alvarado BE ve ark. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. Prev Med. 2008;47: 471-6.
150. Oran NT, Can HO, Senuzun F ve ark. Health promotion lifestyle and cancer screening behaviors: A survey among academician women. Asian Pacific J Cancer Prev. 2008;9: 515-8.

8. EKLER

EK 1. Anket formu

Sayın Katılımcı,

Görölme oranı her geçen gün artan kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarınızı belirlemek amacıyla bir çalışma yapmaktayız. Değerli katılımınızla bilimsel bir çalışmaya sağlayacağınız destek için teşekkür ederiz.

Dr. Esra iNAN

MEME VE SERVİKS KANSERİNİN RİSK FAKTÖRLERİ, BELİRTİLERİ VE ERKEN TANI YÖNTEMLERİ HAKKINDA 30 YAŞ ÜZERİ KADINLARIN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ad - Soyad:

Anket no:

1.)Yaşınız?.....

2.)Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekâr c) Eşi ölmüş d) Boşanmış

3.)Eğitim durumunuz? a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Yüksekokul

4.)Sosyal güvenceniz? a) Var b) Yok

5.)Kazanç getirici bir işte çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

6.)İlk adet yaşıınız nedir?.....

7.)Kaç yaşıınızda evlendiniz (ilk cinsel ilişki yaşıınız)?.....

8.)İlk doğumdaki yaşıınız?.....

9.)Doğum sayınız?

10.) Çocuklarınızı ne kadar süre emzirdiniz? (Her çocuk ayrı ayrı)

1. Çocuk 2. Çocuk 3. Çocuk 4. Çocuk 5. Çocuk
.....ay ay ay ay ay

11.)Menopoza girdiniz mi? a) Evet b) Hayır (Hayırsa 14.soruya geçin)

12.)Menopoza girdiyseniz, kaç yaşıınızda girdiniz?

13.)Menopoza girdiyseniz, menopoz sonrası hormon tedavisi gördünüz mü? a) Evet(..... yıl) b) Hayır

14.)Menopoza girmediyseniz, düzenli adet görüyor musunuz? a) Evet b) Hayır

15.)Hiç doğum kontrol hapi kullandınız mı?

a) Hayır b) 5 yıldan az c) 5 yıldan fazla

16.) Sigara kullanma durumunuz? a) İçiyorum b) İçtim - Bıraktım c) Hiç içmedim

17.)Herhangi bir meme rahatsızlığınız/sorununuz oldu mu? a) Evet b) Hayır

17.1.) Evet ise; Geçirdiğiniz hastalık? :

18.)Akrabalarınızdan meme kanseri olan biri var mı? a) Evet b) Hayır

18-1.)Evet ise; kim?

19.) Akrabalarınızdan rahim ağzı kanseri olan var mı? a) Evet b) Hayır

19-1) Evet ise Kim?:.....

20.)Sizce erken teşhis ile kanserden kurtulma şansı artar mı? a) Evet b) Hayır c)

Bilmiyorum

21.)"Kendi kendine meme muayenesi"ni duydunuz mu? a) Evet b) Hayır (Hayır ise 31. Soruya geçin)

22.) Evet ise nerden duydunuz?

a) Televizyon-radyo b) Dergi-broşür c) Ebe-hemşire-doktor d) Arkadaş-komşu e) Konferans- seminer

23.) "Kendi kendine meme muayenesi"nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünüyor musunuz? a) Evet b) Hayır

24.) "Kendi kendine meme muayenesi"yle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? a) Evet(.....) b) Hayır

25.) Hiçbir şikâyeti olmayan bir kadın “ kendi kendine meme muayenesi “ ne ne zaman başlamalıdır?

- a) 20 yaşından itibaren
- b) 30 yaşından itibaren
- c) 40 yaşından itibaren
- d) Bilmiyorum

26.) Hiçbir şikâyeti olmayan bir kadın “kendi kendine meme muayenesi”ni ne kadar sıklıkla yapmalıdır?

- a) Haftada bir
- b) Ayda bir
- c) Yılda bir
- d) Bilmiyorum

27.) Adet gören bir kadında “kendi kendine meme muayenesi” yapmak için en uygun gün sizce hangisidir?

- a) Adet olmadan önceki birkaç gün
- b) Adet sırasında
- c) Adet bittikten sonraki birkaç gün
- d) Ne zaman olduğu hiç fark etmez
- e) Bilmiyorum

28.) Hiç "Kendi kendinize meme muayenesi" yaptınız mı? a) Evet b) Hayır

29.) Evet ise, ne sıklıkla "kendi kendinize meme muayenesi" yapıyorsunuz?

- a) 1 defa yaptım
- b) Senede 1 defadan az
- c) Senede 3 den a
- d) Senede 3 den fazla
- e) Ayda 1 defa

30.) Hayır, ise neden yapmadınız?

- a) Nasıl yapıldığını bilmiyorum d) Kötü bir şey çıkar diye yapmaya korkuyorum
b) Şikâyetim yok, önemsemiyorum e) Unutuyorum
c) Ailemde meme kanseri yok, gereksiz görüyorum

31.) Hiçbir şikâyeti olmayan bir kadın doktora“ klinik meme muayenesi” ne nekadarsıklıkla gitmelidir?

- a) Şüphedurumunda
b) 20 yaşından itibaren her kadın 2 yıldadır
c) 20 yaşından itibaren her kadın 3 yıldadır
d) Yılda 1 kez
e) Bilmiyorum

32.) Hiçbir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdınız mı? a) Evet(..... kez)b) Hayır

33.) Kitlelerin erken bulunmasına yardım eden mamografi taramasını duydunuz mu ? a) Evet b) Hayır

34.) Hiçbir şikâyeti olmayan bir kadın "kaç yaşından itibaren" mamografi(meme filmi)çektirmelidir?

- a) 50 yaşından sonra
b) 40 yaşından sonra
c) 30 yaşından sonra
d) Bilmiyorum

35.) Hiç mamografi çektirdiniz mi? a) Evet (.....kez) b) Hayır

36.) Hayır ise, mamografi çektirmeme nedeniniz nedir?

- a) Eşim/ailem izin vermiyor e) Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum
b) Utanıyorum f) Sosyal güvencem olmadığından ücreti karşılayamıyorum
c) Mamografiden korkuyorum g) Meme kanserinden korkuyorum
d) Nerede yapıldığını bilmiyorum h) İhmal ediyorum

37.) Aşağıda bazı belirtiler verilmiştir. Bunlardan hangileri meme kanseri belirtisi olabilir?

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
Memede ele gelen şişlik			
Meme üzerinde yara			
Memede ağrı			
Memede buruşukluk			
Meme başında çökme			
Meme başından kanlı akıntı gelmesi			
Koltuk altında beze			

38.) Daha önce rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi aldınız mı? a) Evet b) Hayır

39.) Evet ise kimden/nerden aldınız?

a) Televizyon-radyo b) Dergi-broşür c) Ebe-hemşire-doktor d) Arkadaş-komşu e) Konferans- seminer

40.) Sizce rahim ağzı kanserinde erken tespit için ne yapılmalıdır?

a) Şikayet varsa, doktora başvurulmalıdır b) Düzenli Papsmear(sürüntü testi) yaptırılmalıdır c) Fikrim yok

41.) Daha önce smear testini (sürüntü testi) duymuş muydunuz? a) Evet b) Hayır

42.) Smear testi (sürüntü testi) yaptırmaya ne zaman başlanması gerektiğini biliyor musunuz?

a) Biliyorum(.....) b) Bilmiyorum

43.) Sizce Smear testi (sürüntü testi) rutin olarak hangi sıklıkta yapılmalıdır?

a) 6 ayda bir b) Yılda bir c) 3 yılda bir d) 5 yılda bir e) Bilmiyorum

44.) Aşağıda bazı belirtiler verilmiştir. Bunlardan hangileri rahim ağzı kanseri belirtisi olabilir?

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
Sebebi açıklanmayan, düzensiz kanama			
Cinsel ilişki anında kanama ve ağrı			
Cinsel ilişki sonrasında kanama			
Sürekli sarı veya kirli akıntı			
Bel ve kasık ağrıları			

45.) Aşağıdaki faktörlerin rahim ağzı kanseri riskini artırıp artırmadığı ile ilgili düşünceniz nedir?

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
Haznenin yıkanması rahim ağzı kanseri kanserine yakalanma riskini azaltmaktadır			
Birden fazla cinsel eş rahim ağzı kanseri riskini artırır (çok evlilik)			
HPV ile enfekte olma rahim ağzı kanseri riskini artırmaktadır. (cinsel yolla bulaşan hastalık)			
20 yaşından önce cinsel ilişki rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır (erken evlilik)			
Sigara içmek rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır			
Ailede rahim ağzı kanseri olması rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır			

Çok fazla doğum yapmak rahim ağzı kanserine yakalanma riskini arttırır			
Uzun süre doğum kontrol hapı kullanmak rahim ağzı kanserine yakalanma riskini arttırır			

46.) Daha önce smear testi (sürüntü testi) yaptırdınız mı? a) Evet(..... kez) b) Hayır

47.) Hayır ise, smear testi (sürüntü testi) yaptırmama nedeniniz nedir?

- a. Eşim/ ailem izin vermiyor
- e. Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum
- b. Utanıyorum
- f. Kötü bir şey çıkar diye korkuyorum
- c. Jinekolojik(alttan) muayeneden korkuyorumg. İhmal ediyorum
- d. Nerede yapıldığını bilmiyorum

48.) Rahim ağzı kanserinden korunmak için aşı olduğunu duydunuz mu? a) Evet b) Hayır

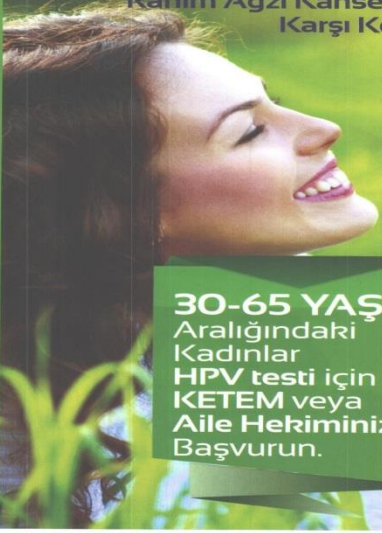
49.)Evet ise yaptırdınız mı? a) Evet b) Hayır

50.) Diyarbakır' da KANSER TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ (KETEM) olduğunun biliyor musunuz?

- a)Hayır
- c)Evet, arkadaşşımdan-komşumdan
- b) Evet, TV-gazeteden öğrendim
- d) Evet, sağlık ocağına gittiğimde sağlık personeli yönlendirdi

EK 2. Bilgilendirme broşürleri

**Kendine 10 Dakika Ayır
Rahim Ağzı Kanseri'ne
Karşı Korun**



**30-65 YAŞ
Aralığındaki
Kadınlar
HPV testi için
KETEM veya
Aile Hekiminize
Başvurun.**

HAYATINIZ BİZİM İÇİN DEĞERLİDİR

DIYARBAKIR KETEM
Adliye Karşısı 1 Nolu Verem
Savaş Dispanseri Yanı
(Yenişehir Mah. Lise Cad. 4. Sok.
No: 22) Yenişehir/DIYARBAKIR
TEL : (0412) 223 71 23

BAĞLAR KETEM
M.Halit Mah. Dicle Sok. No.4
(Oryol Petrol Kavşağı Bağlar AÇS-AP
Merkezi) Bağlar/DIYARBAKIR
TEL : (0412) 226 42 25



Kanser Daire Başkanlığı
Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğü

Kendinize Bir Fırsat Verin

**Rahim Ağzı Kanseri
Taramasına Gelin**



Dünyada her yıl yarım milyon kadın
RAHİM AĞZI KANSERİ'ne yakalanıyor

**Rahim Ağzı Kanseri
Hakkında Yeterli
Bilginiz Var mı?**

- Rahim ağzı, rahmin doğum sırasında genişleyerek bebeğin çıkmasını sağlayan kısımdır
- Rahim ağzı kanseri ise, bu bölgede bulunan hücrelerin kanserleşmesidir.
- Rahim ağzı kanseri ancak **HPV** veya **PAP SMEAR TESTİ** yapılarak erken tanısı **KONULABİLİR, ÖNLENEBİLİR** ve erken tedavi **EDİLEBİLİR**.

**HPV Testi
Hakkında Yeterli
Bilginiz Var mı?**



HPV testi, jinekolojik muayene esasında rahim ağzından numune alınarak yapılan **AĞRISIZ** ve **BASİT** bir işlemdir.

UNUTMAYIN!

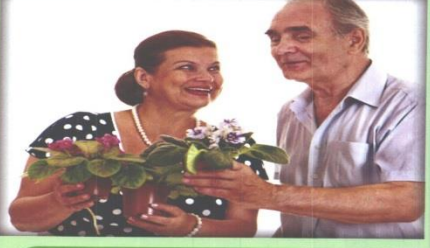
HPV TESTİ YAPTIRMAYA GELİRKEN,

- Adet olmamalısınız
- Testten en az 2 gün önce hazne yıkanmamış ya da hazneye ilaç, krem, jel gibi herhangi bir madde uygulanmamış olmalı.
- Testten önceki 2 gün boyunca cinsel ilişkide bulunmamış olmalısınız.

**HPV TESTİ
YAPTIRMALISINIZ !**

Hiç HPV testi yaptırmadıysanız,

- Sigara kullanıyorsanız, adet arası ve cinsel ilişkiden sonra lekelenme şeklinde kanamalar oluyorsa,
- Sürekli olarak sarı renkte veya kirli akıntınız varsa,
- Menopoz sonrası dönemde ortaya çıkan herhangi bir kanamanız varsa,
- Ya da sadece **KADIN** olduğunuz için,



UNUTMAYIN!

- HPV testi ile rahim ağzı kanseri 10-15 yıl öncesinden yakalanabilmektedir.
- 5 yılda bir yaptırılan HPV TESTİ rahim ağzı kanserinden korunmak için en iyi yöntemdir.

Erken tanı için 3 temel yöntemi uygula daha uzun yaşa...

1 Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

20 yaşından sonra her kadın, her ay kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.

Kendi Kendine Meme Muayenesi İçin En Uygun Zaman

- Adet kanaması gören kadınlar için, adet başladığı günü 1. gün sayıp sonraki 7-10 gün arası
- Adet görmeyen kadınlar için, akılda kalması için her ayın belli bir günü
- Emziren kadınlarda, emzirmeyi takiben memelerdeki süt boşaldıktan sonra
- Doğum kontrol hapi kullanan kadınlarda, her yeni ilaç kutusuna başlamadan önceki gün yapılmalıdır.

2 Klinik Meme Muayenesi

20 yaşından sonra 2 yılda bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırınız.

3 Mamografi (Meme Röntgen Filmi)

40-69 yaş arasındaki her kadının 2 yılda bir mamografi çekirmesi gerekmektedir.

**40-69 yaş aralığındaki kadınlar
Mamografi çekirmek için lütfen
KETEM'e ve Aile Hekiminize başvurun.**



0412 223 71 23
Elazığ Caddesi Lise 4. Sokak
(Büyükşehir Belediyesi Karşısı)
Yenişehir/DIYARBAKIR



DIYARBAKIR
KADIN SAĞLIĞI
EĞİTİM PROJESİ

SAĞLIĞINIZ PARMAKLARINIZIN UCUNDA

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPINIZ

**MEME KANSERİ
KADERİNİZ OLMASIN!**



**Meme kanserine erken evrede
tanı konması, tedavinin başarıya ulaşma ve
hayatta kalma şansınızı % 98 artırır.**

Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır?

Sırtüstü yatarak (ideal olan) veya
duşta, ayakta kendi kendinizi
muayene edebilirsiniz



Gözlemleyerek Muayene

Aynanın önünde aşağıdaki farklı
pozisyonlarda gözlem yapın;



Kollar iyi yanda
sarkık ve gevşek



Kollar belde



Kollar her iki yanda
başın üzerine kaldırılmış



Kollar her iyi yanda gövde
öne doğru eğilmiş

Gözlem sonucunda
aşağıdakilerden biri
veya birkaçı görülürse
zaman kaybetmeden
hekime başvurunuz.



Memelerden birinde
anormal büyüme



Memede
kitle görünümü



Meme cildinde buruşukluk,
damarlanmada artma



Memelerin birinin
diğerinden sarkık olması



Meme ucundan
kanlı akıntı



Meme ucunda
çukurlaşma



Memeye komşu lenf
bezlerinde büyüme



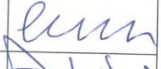
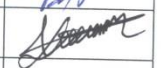
Meme ucu renginde
değişiklik



Üst kolda anormal
şişlik

Düzenli KKMM yaparsanız meme dokunuzu tanıyıp ve
oluşan farklılıkları anlayabilirsiniz.

EK 3. Etik kurul raporu

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
76					
KARAR					
Prof. Dr. Ali CEYLAN, Arş. Gör. Dr. Esra İNAN isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Diyarbakır ili Kayapınar ilçesi 9 nolu aile sağlık merkezi bölgesinde 30-69 yaş arası kadınların meme ve serviks kanseri konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Ancak çalışmaya başlanabilmesi için çalışmanın yapılacağı Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Resmi Çalışma İzninin alınması ve alınan iznin bir örneğinin Etik Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Evaluation of knowledge, attitude and behaviors of women between 30-69 years old in kayapınar, number of 9 family health center area, about breast and cervix cancer" planned by Ali CEYLAN, Esra İNAN has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number) :		Tarih (Date): 13.03.2017		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Zeki AKKUŞ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
4	Doç. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
5	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
6	Doç. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
7	Doç. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
8	Doç. Dr.	Cemil GÖYA	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
9	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	
10	Yrd. Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
11	Yrd. Doç. Dr.	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

EK 4. Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ -
DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
EVRAK KAYIT BİRİMİ
19/04/2017 11:10 - 27371765-020-200
00013705604

Sayı : 73148353/
Konu : Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA
DİYARBAKIR

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığında Araştırma Görevlisi Dr.Esra İNAN'ın tez çalışması yapması ve sonuçlarını Müdürlüğümüzce paylaşılması koşulu ile "Diyarbakır İli Kayapınar İlçesi Peyas (9 Nolu) Aile Sağlığı Merkezinde yapılmak üzere "30-69 yaş arası kadınların Meme ve Servix Kanseri konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma konulu anket çalışmasını yürütebilmesi tarafımızca uygun mütalaa edilmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

Dr. Serkan BUTUN
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Uygun görüşle arz ederim.
17.04/2017

Dr. Fatih Mehmet ASLAN
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR
18.04/2017

Tuğba KOSAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:24 sayfa

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı		Soyadı	
Doğum yeri		Doğum tarihi	
Cep tel		E-mail	

Eğitim düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi	2013
Lise	Süleyman Demirel Anadolu Lisesi	2007

Ulusal Yayınlar: 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2015 Konya, İnan E, Saka G, Bulut Z.K. Diyarbakır İl Merkezinde Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Adölesanların Başvuru Nedenleri, poster sunumu.