

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MALATYA İL MERKEZİNDE BULUNAN
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
ULUSAL KANSER TARAMA
PROGRAMLARINDAKİ TARAMALAR
KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehtap KOKKUN

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Ali ÖZER

MALATYA- 2014

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MALATYA İL MERKEZİNDE BULUNAN
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
ULUSAL KANSER TARAMA
PROGRAMLARINDAKİ TARAMALAR
KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Mehtap KOKKUN

Danışman Öğretim Üyesi : Doç. Dr. Ali ÖZER

MALATYA-2014

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı, Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ

Danışman: Doç. Dr. Ali ÖZER

Üye: Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ

Üye: Doç. Dr. Cemil ÇOLAK

Üye: Yrd. Doç. Dr. Recep BENTLİ

ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukandaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu/...../2014 tarih ve 2014/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yaşar BAYINDIR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Akademik yaşamımda önemli bir başlangıç olmasını yürekten dilediğim bu çalışmanın ortaya çıkmasında pek çok kişinin değerli katkıları bulunmaktadır.

Lisansüstü çalışmamda danışmanlığımı üstlenip, tezimin konusunun belirlenmesinden, yazımına kadar her aşamada bilgi ve deneyimleri ile desteğini ve yardımını esirgemeyen, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren ve özveride bulunan, bana titiz çalışma tarzını aşıl原因 ve tecrübesi ile ışık tutan, profesyonel kişiliğini örnek aldığım değerli hocam ve danışmanım Doç.Dr. Ali Özer'e, ve Halk Sağlığı Anabilim Dalında çalışan bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Benden sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve bugünlere gelmemi sağlayan sevgili aileme, okul ve tez döneminde bana yüreklerini ve evlerini açan, her konuda yardımcı olan, her zaman bana kol kanat geren ablam Serap Tosun ve eniştem Emir Tosun'a, ailemden uzaktayken bana aile sıcaklığını veren Tosun ailesine, verilerimin toplanması aşamasında, kısıtlı zamanımda çalışma yapacağım aile sağlığı merkezlerini bulmamda yardımlarını esirgemeyen kişilere, ümitsizliğe düştüğüm anlarda bana moral vererek tezime yoğunlaşmamı sağlayan arkadaşlıklarını ve desteklerini hissettiğim bütün arkadaşlarıma, ayrıca çalışmanın veri tabanını sağlayan değerli katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bu araştırma Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan doktor, ebe ve hemşirelerin ulusal kanser tarama standartları konusuna ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma Malatya'da il merkezinde bulunan 38 Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir ve araştırmanın evreni, 130 doktor, 100 ebe ve 46 hemşire olmak üzere toplam 276 kişiyi içermektedir. Araştırmanın tipi kesitseldir.

Verilerin toplanmasında 38 sorudan oluşan anket formu kullanılmış ve verilerin istatistiksel analizi SPSS 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde 'Pearson Ki-Kare ve Fisher Exact testi ' kullanılmıştır.

Araştırma grubundaki doktorların yaş ortalamaları 41.95 ± 5.1 , ebelerin yaş ortalamaları 37.97 ± 6.2 , hemşirelerin yaş ortalamaları 35.74 ± 5.5 'tir. Çalışma grubunun %62.3'ü kadın, %37.7'si erkek olup, %95.7'si evlidir.

Araştırma grubunda kadınların %89'u kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmaktadırlar. Araştırma grubunda kadınların %23.8'i Klinik Meme Muayenesi (KMM) yaptırmıştır. Araştırmaya katılan kadınların sadece %14'ü mamografi yaptırmıştır. Araştırma grubunda kadınların pap smear testini yaptırma oranı %37.2 olup, %36.6'sı yaptırmaması gerekirken yaptırmış, %0.6'sı tarama programı kapsamında olmayıp yaptırmış, %57'si yaptırmaması gerektiği halde yaptırmamıştır.

Araştırma grubunun %5.1'i GGK testi yaptırmıştır ancak bu testi yaptıranlar tarama programı kapsamında olmayıp yaptıran kişilerdir. Araştırma grubunun %6.2'si yaptırmaması gerekirken yaptırmamıştır. Araştırma grubunun sadece %2.2'si kolonoskopi yaptırmıştır ancak kolonoskopi yaptıranlar, tarama programı kapsamında olmayıp yaptıran kişilerdir. Araştırma grubunun %6.2'si yaptırmaması gerektiği halde yaptırmamıştır.

Sağlık personeli toplumda tıbbi bilgilerin asıl kaynağı ve rol-model olması gereken bir grup'tur. Bu kişilerin sağlık personeli olduğu düşünülürse çalışmamızda sadece KKMM yapma oranı yüksek çıkmıştır. KMM, mamografi, pap smear, GGK testi ve kolonoskopi yaptırma oranı düşük çıkmıştır. Sağlık çalışanları, zaman bulamama, ihmal gibi sebeplerden dolayı tarama yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının meme, serviks ve kolorektal kanserinden korunma ile ilgili eğitim ve tarama yapma duyarlılığı artırılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), Klinik meme muayenesi (KMM), mamografi, Gaitada gizli kan (GGK) testi, pap smear, kolonoskopi

ABSTRACT

THE EXAMINATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF THE HEALTH PERSONNEL WORKING AT THE FAMILY HEALTH CENTERS IN MALATYA CITY CENTER TOWARDS TO THE SCREENINGS AT NATIONAL CANCER SCREENING PROGRAM

This research has been performed with the aim of determining the knowledge, attitude and behaviours, related to national cancer screening standards, of doctors, midwives and nurses working in Family Health Centers. The survey has been practised in 38 Family Health Centers in the center of Malatya and the survey population is made up of 130 doctors, 100 midwives and 46 nurses; 276 in total. The type of the survey is cross-sectional.

In the acquisition of data, the questionnaire form consisting 38 questions was used and the statistical analysis of data was done by using SPSS 16.0 packet programme. In charts, the numbers were demonstrated with percentage, averages with standard deviation. In the statistical evaluation of the data, pearson Ki-kare and Fisher Exact tests were used.

In the survey group, the average age of doctors is 41.95 ± 5.1 , the average age of the midwives is 37.97 ± 6.2 and the average age of the nurses is 35.74 ± 5.5 . %62.3 of the study group is made up of women, %37.7 of the group is men. %95.7 of the group is married.

In the study group %89 of the women have performed breast self exams (BSE). %23.8 have had Clinical Breast Examination (CBE). %14 of women in the survey have taken mammography, %2.3 of them have taken the test when necessary, %11.6 of them have taken mammography when unnecessary.

The percentage of the women who take pap smear test in the survey is %37.2, %36.6 of these women have taken the test when necessary, %0.6 have had it when unneeded. % 57 of them hasn't taken the test though necessary.

%5.1 of the survey group have Fecal Occult Blood (FOB) test; however these are persons who have taken the test when unnecessary. %6.2 of the group haven't taken the test when necessary. %2.2 of the survey group have had colonoscopy, but these are the persons who have taken the test when unneeded. %6.2 of the group hasn't had colonoscopy though needed.

Health personnel is the main source of medical knowledge in society and role model who has to be. If thought that they are health personnel, in our survey only the percentage of BSE is high. The percentage of taking CBE, Mammography, Pap Smear, FOB test and Colonoscopy is low. Most health personnel have said that they haven't taken tests either because they can't find enough time or because of negligence. In order to be protected from the breast, cervix and colorectal cancer, the sensibility regarding the education and cancer screening should be promoted.

Key Words: Breast Self-Examination (BSE), Clinical Breast Examination (CBE), Mammography, Fecal Occult Blood (FOB), Pap Smear, Colonoscopy

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
TABLOLAR DİZİNİ.....	xv
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	7
2.1.Kanser.....	7
2.1.1. Türkiye’de ve Dünyada En Sık Görülen Kanserler.....	7
2.1.2.Ulusal Kanser Tarama Programı.....	11
2.1.2.1. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	14
2.1.2.2. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	14
2.1.2.3. Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	15
2.2.Meme Kanseri.....	15
2.2.1. Memenin Anatomik Yapısı.....	15
2.2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	18
2.2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	20
2.2.4. Meme Kanseri Belirtileri.....	21
2.2.5. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama.....	22
2.2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	23
2.2.5.2. Mamografi.....	24
2.2.5.3. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	26

2.3. Serviks Kanseri.....	31
2.3.1. Serviksin Anatomik Yapısı.....	31
2.3.2. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi.....	33
2.3.3. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	36
2.3.3.1.HPV (Human Papillomavirüs) ve Aşısı.....	37
2.3.4. Serviks Kanseri Belirtileri.....	39
2.3.5. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama.....	40
2.3.5.1.Pap Smear	41
2.3.5.2.HPV DNA Testi.....	43
2.4. Kolorektal Kanseri.....	46
2.4.1. Kolon ve Rektumun Anatomik Yapısı.....	47
2.4.2. Kolorektal Kanserinin Epidemiyolojisi.....	48
2.4.3. Kolorektal Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	50
2.4.4. Kolorektal Kanseri Belirtileri.....	51
2.4.5. Kolorektal Kanserinde Erken Tanı ve Tarama.....	53
2.4.5.1.Tarama Yöntemleri.....	54
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	58
3.1. Araştırmanın Türü.....	58
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	58
3.3.Araştırmanın Evreni.....	58
3.4.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	58
3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	59
3.6. Etik İlkeler.....	60
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	60

3.8. Araştırmaya Katılım Oranı.....	60
4.BULGULAR.....	61
4.1. Sosyodemografik Değişkenler.....	61
4.2. Kolorektal Kanseri Taramalarına Ait Bulgular.....	62
4.2.1. Gaitada Gizli Kan Testine Ait Bulguları.....	62
4.2.2. Kolonoskopi'ye Ait Bulguları.....	73
4.3.Meme Kanseri Taramalarına Ait Bulguları.....	82
4.3.1.Kendi Kendine Meme Muayenesine Ait Bulguları.....	82
4.3.2.Klinik Meme Muayenesine Ait Bulguları.....	85
4.3.3.Mamografiye Ait Bulguları.....	87
4.4.Serviks Kanser Taramasına Ait Bulguları.....	95
4.4.1. Pap Smear Testine Ait Bulguları.....	95
5.TARTIŞMA.....	100
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	125
KAYNAKLAR.....	129
EKLER.....	155
EK. 1: Anket Formu.....	155
EK. 2: Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	158
EK. 3: Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	162
EK. 4: Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	167
EK 5: Etik Kurul Onay Formu.....	172
EK 6: Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri.....	173
ÖZGEÇMİŞ.....	175

KISALTMALAR

IARCH	International Agency For Research onCancer
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
HPV	Human Papilloma Virüs
GGK	Gaitada Gizli Kan
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
AİDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
NBCCEDP	National Breast And Cervical Cancer Early Detection Program
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MEDA	Mediterranean Development And Aid Programme
FDA	Food and Drug Administration
CIN 1	Hafif Derece Servikal İntraepitelyal Neoplazi
CIN 2	Orta Derece Servikal İntraepitelyal Neoplazi
CIN 3	Ağır Servikal İntraepitelyal Neoplazi
HIP	The Health Insurance Plan
CNBSS	Canadian National Breast Screening Projects Study
HPV	Human Immunodeficiency Virus
FAP	Ailesel Adenomatosis Poliposis Koli
HNPCC	Herediter Nonpoliposis Kolorektal Kanser
ASC-US	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
LGSIL	Düşük Dereceli Squamöz İntraepitelyal Lezyon

HGSIL	Yüksek Dereceli Squamöz İntraepitelyal Lezyon
NSAİİ	Non-Steroid Anti İnflamatuar ilaç
NIH	National İnstitutes Of Health
BRCA1	Breast Cancer 1
BRCA2	Breast Cancer 2
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ACS-H:	Atypical Squamous Cells-Cannot Exclude High-Grade Squamous İntraepithelial Lesion

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:	Sayfa
Şekil 2.1. Türkiye’de en sık görülen kanserler.....	7
Şekil 2.2. Dünya’da en sık görülen kanserler.....	8
Şekil 2.3.Memenin lenfatik akımı.....	16
Şekil.2.4. Memenin anatomik yapısı.....	16
Şekil 2.5.Meme Şeması.....	16
Şekil 2.6. Duktal Hiperplazi, atipik duktal hiperplazi, in situ karsinom ve invaziv meme kanserinin şekil ile gösterilmesi.....	18
Şekil 2.7.Dünyada Meme Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı.....	19
Şekil 2.8. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, 2006-2008.....	19
Şekil 2.9.Serviks.....	31
Şekil 2.10. Serviks kanseri gelişim evreleri.....	32
Şekil 2.11. Dünyada Serviks Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı,2008.....	34
Şekil 2.12: Kuadriyalan HPV aşısının 3 dozundan sonra oluşan HPV 6 antikor titrelerinin yaşa göre dağılımı.....	38
Şekil 2.13.Kolon ve rektum anatomisi.....	47
Şekil 2.14.Kolon ve rektum anatomisi.....	47
Şekil 2.15.Kalın bağırsağın (kolon) şematik görünümü ve kalın bağırsak kanserinin bağırsakta yerleşim yerine göre dağılımı.....	48
Şekil 2.16. Dünyada Kolorektal Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı.....	49

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No:	Sayfa
Tablo 2.1: Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi.....	23
Tablo 2.2: Meme Kanseri Ulusal Tarama Standartları.....	31
Tablo 2.3: Dünyada Kadınlar Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü.....	35
Tablo 2.4: Farklı Tarama Sıklığına Göre 35-64 Yaş Kadınlarda İnvaziv Servikal Kanser Kümülatif Oranında Azalma.....	42
Tablo 4.1: Araştırma grubunun (N=276) sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	61
Tablo 4.2: Araştırma grubunun gaitada gizli kan testine ilişkin bulgularının dağılımı.....	63
Tablo 4.3: Araştırma grubunun yaş gruplarına göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu.....	64
Tablo 4.4: Cinsiyete göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu.....	65
Tablo 4.5: Medeni duruma göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu.....	65
Tablo 4.6: Mesleğe göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu.....	66
Tablo 4.7: Ailede kolorektal kanseri öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu.....	67
Tablo 4.8: Araştırma grubunda yaş gruplarına göre GGK testi yaptırma durumu.....	68
Tablo 4.9: Cinsiyete göre GGK testi yaptırma durumu.....	69
Tablo 4.10: Medeni durumuna göre GGK testi yaptırma durumu.....	70
Tablo 4.11: Mesleğe göre GGK testi yaptırma durumu.....	71
Tablo 4.12: Ailede kolorektal kanseri öyküsü olma durumuna göre GGK testi yaptırma durumu.....	72

Tablo 4.13: Araştırma grubunun (n=276) Kolonoskopi yaptıırma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının dağılımı.....	73
Tablo 4.14: Yaş gruplarına göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu.....	74
Tablo 4.15: Cinsiyete göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu.....	75
Tablo 4.16: Medeni duruma göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu.....	76
Tablo 4.17: Mesleğe göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu.....	76
Tablo 4.18: Ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu.....	77
Tablo 4.19: Araştırma grubunda yaş gruplarına göre kolonoskopi yaptıırma durumu.....	78
Tablo 4.20: Cinsiyete göre kolonoskopi yaptıırma durumu.....	79
Tablo 4.21: Medeni durumuna göre kolonoskopi yaptıırma durumu.....	80
Tablo 4.22: Mesleğe göre kolonoskopi yaptıırma durumu.....	80
Tablo 4.23: Ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumuna göre kolonoskopi yaptıırma durumu.....	81
Tablo 4.24: Araştırma grubunun KKMM ilişkin bulgularının dağılımı.....	82
Tablo 4.25: Mesleğe göre buldukları yaşın KKMM yapma gerekliliğini bilme durumu.....	83
Tablo 4.26: Mesleğe göre KKMM yapma durumu.....	84
Tablo 4.27: Araştırma grubunun Klinik Meme Muayenesine ilişkin bulgularının dağılımı.....	85
Tablo 4.28: Mesleğe göre buldukları yaşın KMM yaptıırma gerekliliğini bilme durumu.....	86

Tablo 4.29: Mesleğe göre KMM yaptırma durumu.....	87
Tablo 4.30: Araştırma grubunun Mamografi yaptırmalarına ilişkin bulguların dağılımı.....	88
Tablo 4.31: Yaş gruplarına göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumu.....	89
Tablo 4.32: Medeni duruma göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumu.....	90
Tablo 4.33: Mesleğe göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumu.....	90
Tablo 4.34: Ailede herhangi bir kanser öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumu.....	91
Tablo 4.35: Araştırma grubunun yaş gruplarına göre mamografi yaptırma durumu.....	92
Tablo 4.36: Medeni duruma göre mamografi yaptırma durumu.....	92
Tablo 4.37: Mesleğe göre mamografi yaptırma durumu.....	93
Tablo 4.38: Ailede meme kanseri öyküsü olma durumuna göre mamografi yaptırma durumu.....	94
Tablo 4.39: Araştırma grubunun Pap Smear testine ilişkin bulgularının dağılımı.....	95
Tablo 4.40: Araştırma grubunun yaş gruplarına göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumu.....	96
Tablo 4.41: Medeni duruma göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumu.....	97
Tablo 4.42: Mesleğe göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumu.....	97
Tablo 4.43: Araştırma grubunda yaş gruplarına göre smear yaptırma durumu.....	98

Tablo 4.44: Medeni duruma göre smear yaptırma durumu.....	99
Tablo 4.45: Mesleğe göre smear yaptırma durumu.....	99

1.GİRİŞ

Kanserin toplumlar üzerindeki etkisi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Kanser; toplumda birçok grubu etkisi altına alan ve toplumlar üzerine oldukça büyük yük getiren bir hastalık olup hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. Halen tüberküloz, AIDS, ve sıtmadan yaşamını kaybedenlerin toplamından çok daha fazla bir kitlenin ölümüne neden olan kanserin toplum üzerindeki yıpratıcı etkisi giderek artmakta olup hem global düzeyde hem de ulusal düzeyde kanser kontrol politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır (1).

2000'li yılların başında dünyada yılda 6 milyon insan kansere yakalanırken bu sayı önümüzdeki yirmi yıl içinde 12 milyona yaklaşacaktır. 2005 yılında 12 milyon kişi kansere yakalanmış, 2030 'da bu oran 24 milyona ulaşacaktır. 2005 yılında 7 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiş, 2030'da ise bu oran 17 milyona ulaşacaktır. 2005 yılında 25 milyon kişi kanserle yaşarken, bu oran 2030'da 75 milyona ulaşacaktır (1).

Bu artışın en önemli nedeni kanser risklerindeki artıştır. Kanserin hızla artışında, yanlış beslenme ve bazı enfeksiyonların, yaşlı nüfusun toplumdaki yüzdesinin ve sigara tüketiminin artışının rolü vardır. Ortalama bir bakışla 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığındaki tüm dünyadaki iki misline yakın bir artış beklenmektedir. Bu artışın %75'inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacak olması ve bu ağırlığını kaldırmakla karşı karşıya kalacak ülkelerin kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5'ine sahip bulunuyor olması kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir (1).

Dünyada en çok görülen kanser türleri incelendiğinde, cinsiyetler arasında farklılıklar görülmektedir. Erkeklerde en çok akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleri görülürken, kadınlarda en çok meme, kolorektal, serviks, akciğer ve mide kanseri görülmektedir (2).

Dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türü meme kanseridir (2). Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser olup yeni tanı alan kanserlerin yaklaşık %32'sini oluşturmaktadır. Avrupa'da yılda yaklaşık 180000, Amerika'da ise yılda 212000 yeni olgu tespit edilmektedir (3). Meme kanseri etyolojisinde çevresel faktörler, hormonal faktörler ve genetik yatkınlık gibi çok sayıda faktör rol oynar (4).

Toplumun eğitiminde vazgeçilmez rolü olan sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, ebe), meme kanseri gelişimindeki önemli olan riskleri, yüksek risk grubundaki kişileri ve meme kanseri tanısına götüren belirti ve bulguları tanımlamaları meme kanserinin erken tanısında önemlidir. Hekim, hemşire ve ebelerin meme kanserinin erken tanılanmasındaki temel sorumlulukları arasında; bireyleri risk durumlarından haberdar etmeleri, meme kanserinin erken dönemde tanılanmasına yönelik aktivitelerde rol almaları, meme kanserine yönelik tarama davranışlarının (mamografi, klinik muayene, KKMM) sergilenmesinde etkili olan durumları belirlemeleri ve sağlık eğitim programlarını bu faktörleri dikkate alarak hazırlamaları yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının topluma yararlı olabilmeleri için öncelikle kendilerinin düzenli olarak meme kanseri taramalarının yaptırmaları gerekmektedir. Kadınların kendi meme dokusunu tanıması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanabilir. Meme kanserlerinin yaklaşık %90'ı hastaların kendisi tarafından belirlenmektedir. Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde meme kanserinin saptanması için en ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkili bir yöntemdir (5). Ülkemizde sağlık çalışanları ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yürütülen bazı çalışma sonuçlarına göre, KKMM uygulamalarının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Aydın'ın yaptığı çalışmada ebe ve hemşirelerin %96.3 'ünün KKMM yaptığını bunlarında sadece %28.6'sının bu muayeneyi düzenli olarak yaptığını, Karahan ve ark. hemşirelerin %87'sinin KKMM uyguladıklarını ve %49,1'inin bu uygulamayı düzenli olarak yaptığını, Uzun ve ark. hemşirelik öğrencilerinin sadece %31'inin düzenli olarak her ay meme muayenesi yaptığını belirtmişlerdir (6,7,8).

Serviks kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen üçüncü, en fazla ölüme neden olan dördüncü kanser türüdür. Ülkemizde ise serviks kanseri kadınlarda görülme sıklığı açısından dokuzuncu sırada yer almaktadır(2). Kadınlarda teşhis

edilen tüm kanserlerin %12'si servikal kanserdir ve bu hastaların yarısı kanser nedeni ile ölmektedir (9).

Ortalama görülme yaşı 52 olup, 35-39 ve 60-64 yaşlarında iki ayrı dönemde pik yapmaktadır(10) . Türkiye'de 2008 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda en çok görülen kanser sıralamasında serviks kanseri 10.sırada yer almaktadır (11).

Kolorektal kanser dünyada kadınlarda en sık görülen ikinci, en fazla ölüme neden olan üçüncü kanser türüdür. Erkeklerde ise en sık görülen üçüncü, en fazla ölüme neden olan dördüncü kanserdir. Ülkemizde ise kolorektal kanser kadınlarda en sık görülen ikinci kanser, en fazla ölüme neden olan üçüncü kanser türüdür. Erkeklerde ise en sık görülen beşinci, en fazla ölüme neden olan dördüncü kanser türüdür (2). Her yıl dünyada yaklaşık 1 milyon yeni kolorektal kanser vakası bildirilmekte ve beş yüz bin civarında kişi kolorektal kanser nedeniyle ölmektedir(12). Yaşa bağlı insidans ve mortalite oranı sırasıyla kadınlarda 100.000'de 37.5 ve 14.1 iken, erkeklerde daha yüksek olup sırasıyla 100.000'de 52.2 ve 20.5 olarak saptanmıştır(13). Yaşla beraber her iki cinsiyette de görülme sıklığı artmaktadır ve özellikle 75 yaş üzerinde her iki cinsiyette en sık görülen kanserdir(14).Kolorektal kanserlerden ölüm bütün kanserlerdeki ölümlerin %10'unu oluşturmaktadır (15).

Kolorektal kanser en sık 60–69 yaşlarında görülür ve ilerleyen yaşla birlikte insidansı artar. Sindirim sistemi kanserleri içinde, kolon tümörleri, mide kanserlerinden sonra ikinci sırayı almaktadır. Kadınlarda, erkeklere nazaran biraz daha fazla olduğu iddia edilmesine rağmen son yıllarda arada pek fark olmadığı kabul edilmektedir (erkek / kadın oranı: 1/1.2) (16).

Kolorektal kanserlerde yaşam, hastalığın teşhis esnasındaki klinik patolojik evresiyle yakın alakalıdır. Kolorektal kanserlerin 5 yıllık sağ kalım oranı erken tanı konan lokalize hastalıkta %90; regional yayılım gösteren hastalıkta %40-60; yaygın metastaz durumlarında ise %6 oranlarında değişmektedir (17). Bu da göstermektedir ki kolorektal kanserler erken yakalanır ve tedavi edilirse birçok hastanın bu hastalıktan kaybedilmesi önlenilecektir.

Epidemiyolojik veriler kolorektal kanserlerin önlenmesi veya sıklığının azaltılmasına yönelik çalışmaların artırılması gerektiğini göstermektedir (18).

Yapılan araştırmalar sonucunda meme, kolorektal ve serviks kanserinin insan hayatında çok büyük bir tehlike olduğu bildirilmiş olup bu tehlikenin giderek arttığı ve bu artışın her geçen yıl daha da fazla olacağının tahmin edildiği bildirilmiştir(19).

Dünya Sağlık rgtnn verilerine göre kanserlerin %40'ı nlenebilir. Bu amaçla meme, kolorektal ve serviks kanserinden korunmada eğitim ve erken tarama olanakları yaygınlaştırılarak bu kanserlerden korunma sağlanabilir. ACS (Amerikan Kanser Derneği) 20-39 yaş arasındaki bayanların meme kanseri erken tanısı için kendi kendine meme muayenesi (istedikleri sıklıkta) yapmalarını önerirken en az üç yılda bir doktor tarafından meme muayenesi yaptırılmalarını önermektedir. 40 yaş üstündeki bayanların en az yılda bir kez doktor tarafından meme muayenesi yaptırılmalarını önermektedir. Yine 40 yaş üstü bayanların yılda bir kez mamografi ektirmeleri ACS tarafından önerilmektedir (20). 1991'den beri Amerika'da NBCCEDP (National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program) ile düşük gelirli, sosyal güvencesi olmayan, meme kanseri için 40–64 yaş arası, serviks kanseri için 18–64 yaş arası kadınlara KMM (Klinik Meme Muayenesi), mamografi ve pap smear testi uygulanmaktadır. 1991'den beri NBCCEDP ile 2.9 milyon kadına ulaşılmış, 29000 meme kanserli kadın, 1800 serviks kanserli kadın tespit edilmiştir. 2005 yılında 392.788 kadına mamografi uygulanmış ve 4920 meme kanseri tespit edilmiş olup 340.542 kadına pap smear testi uygulanmış ve 4915 serviks kanseri saptanmıştır. Mamografi tetkiki 50–69 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri mortalitesini % 20–35, 40–49 yaş arasında ise % 20 azaltmaktadır. Finlandiya'da KKMM yöntemi öğretilen 28785 kadın ile ğretilmeyenler karşılaştırıldığında kanserin evresinde fark bulunmamasına rağmen mortalite hızında azalma tespit edilmiştir. ACS pap smear testi ile serviks kanseri mortalitesinin son birkaç dekatta % 70 oranında düştüğü ve mamografi kullanımı ile meme kanseri mortalitesinin %20 oranında azaldığı belirtilmiştir. Japonya'da serviks kanseri taramaları sonucunda yapılan birçok çalışmada Pap smear testinin mortaliteyi %65 gibi önemli bir oranda azalttığı da bildirilmektedir (21).Gelişmiş ülkelerde son 50 yıldır rutin Pap smear tarama testinin kullanılmasıyla invaziv servikal kanser oranları düşmüştür. Bu nedenle serviks kanseri oranının azaltılması için bu hastalığın ortaya çıkmadan etkili bir tarama programı ile invaziv kanser ve nc olabilecek lezyonların saptanması önemlidir (22-25).

Pap smear taramasının yaygın olarak kullanılması invaziv serviks kanserinin görülme oranını önemli ölçüde azaltmıştır. Pap smear ucuz bir yöntemdir ancak pozitif smear sonuçları bulunduğu zaman kolposkopi, biyopsi, endoservikal küretaj, konizasyon gibi daha ileri değerlendirme yöntemlerine başvurulması gerekir (26).

Hastalıkları gelişmeden önlemek, erken evrede yakalayabilmek ve başarı ile tedavi edebilmek için sağlıklı bireylerin sağlık kontrolünden geçirilmesine tarama işlemi denir. Tarama testlerinin yaygın kullanımı ile kolorektal kanserlerin mortalitesinde azalma olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde batı toplumlarında sınır olan 50 yaş üzerindeki bireylere tarama yapılmadığı için, hastalar genellikle hastalığın ileri evrelerinde hekime başvurmakta ve kolorektal kanserlerde tedavi şansı azalmakta; kolorektal kanser nedeni ile ölüm oranı artmaktadır. Ailesinde kolorektal kanser hikayesi olan bireylerde bu kanserin gelişme riski normal topluma göre dört kat arttığı halde, bu gruptaki bireylere bile yeterli tarama programları uygulanmamaktadır.

Kolorektal kanserlerin büyük bir kısmı önceden var olan bir adenom zemininde gelişir. Bu nedenle tarama ve erken tanı ile kanser gelişimi olmadan hastalığı tedavi etmek mümkün olabilmektedir. Kolon ve rektum kanserlerinin erken tanı amaçlı taramalarında birçok yöntemden yararlanılabilir. Tarama testlerinin amacı; bireylerde bulunan, kanserleşme riski olan poliplerin fazla büyümeden ve kanserleşmeden yakalanması ve bunların erken evrede tedavi edilmesidir. Her ne kadar son yıllarda kadınlarda meme ve serviks, erkeklerde prostat kanseri ile ilgili toplumumuzu bilgilendirmeye yönelik tarama ve erken tanı amaçlı programlar geliştirilmişse de erken tanı ve tedavi ile tamamen küratif olan kolon ve rektum kanserleri ile ülkemizde halen birçok hastanın kaybediliyor olması çok üzücüdür (18). Kolorektal kanserlerde sıklıkla tarama testi olarak gaitada gizli kan testi ve sigmoidoskopi kullanılmaktadır. Gaitada gizli kan testi kolorektal kanserlerde tarama metodu olarak kullanılmaktadır. Asemptomatik erken kolorektal kanserlerin saptanmasında oldukça yararlı bir test olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Yüksek risk grubundaki bireylere yılda bir gaitada gizli kan testi (GGK) yapılması ile kolorektal kanser mortalitesinde %31 ile 57 oranında azalma olduğu gösterilmiştir. GGK testinin sensitivitesinin %30–92, spesifitesinin %90–99 oranında olduğu literatürde bildirilmiştir (27). GGK testinin güvenilirliğini artırmak için

ardışık 3 kez gaita incelemesi yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Kolonoskopi tarama testi olarak kullanılmamaktadır. Ancak kolonik tümör saptanan hastalarda, tüm kolonu çekuma kadar senkron tümör varlığı açısından incelenmesi rutin olarak yapılmaktadır (28).

Kanserden korunmanın ve kanserin erken dönemde teşhisinin sağlanmasında önemli noktalardan birisi de kanserlerin belirtilerinin ve risk faktörlerinin bilinmesinin gerekliliğidir. Bu nedenle en çok görülen meme, kolorektal ve serviks kanserinin belirtileri ve risk faktörleri konusunda insanlar bilinçlendirilmelidir. Meme kanserinde erken tanıda önemli bir yere sahip olan KKMM, KMM ve mamografi uygulamaları ile serviks kanserinde ise erken tanıda çok önemli bir yere sahip olan Pap smear testinin önemini kadınlar tarafından, kolorektal kanserinde ise GGK testi ve kolonoskopinin her iki cinsiyet tarafından fark edilmesini sağlamak önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (21).

Ülkemizde sağlık çalışanlarının meme, serviks, kolorektal kanserinin erken tanısında tarama davranışlarına yönelik bilgilerini belirleyen, tutum ve davranışlarını etkileyen ve sağlık çalışanlarında bu kanserler ile ilgili risk belirleme çalışmalarının sınırlı olması, bu konuda yeni çalışmaların yapılmasına gereksinim olduğunu göstermektedir.

Bu çalışma sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, ebe) meme kanserinde KKMM, KMM ve mamografiye, serviks kanserinde pap smear testi, kolorektal kanserinde GGK testi ve kolonoskopiye ilişkin tutum ve davranışlarının incelenmesi ve ayrıca aynı grupta meme, serviks, kolorektal kanseri riskini belirlemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

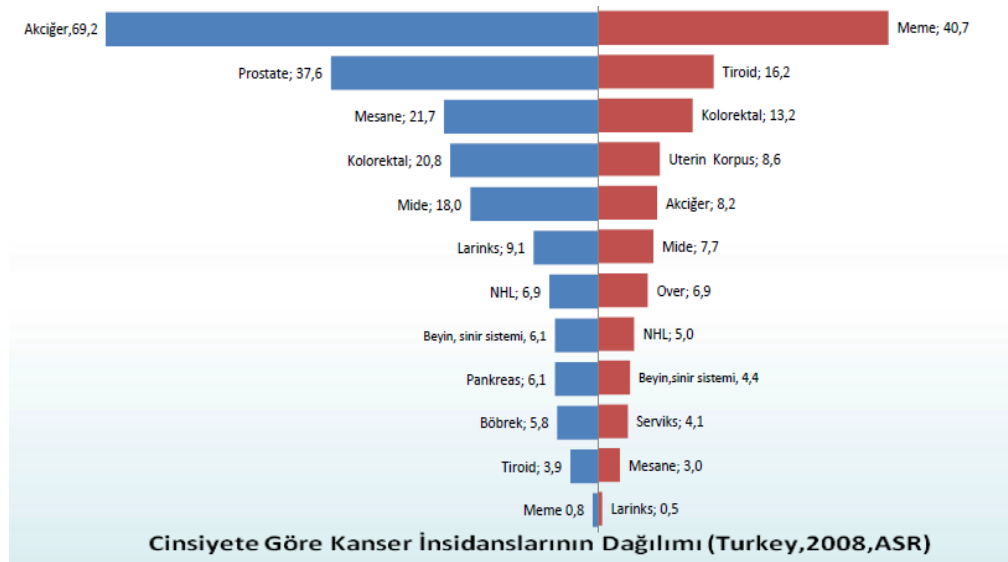
2.GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

Kanser, tüm dünyada giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Latinceye yengeç anlamına gelen kanser, çağımızın en korkulan hastalıklarından birisidir. Toplumda her beş kişiden biri, yaşantısının bir döneminde kanser ile karşılaşmaktadır. Tüm yeni tedavi yaklaşımlarına karşın, halen kanserden ölümler gelişmiş toplumlarda ikinci sırada yer almaktadır (1).

2.1.1. Türkiye’de ve Dünya’da En Sık Görülen Kanserler

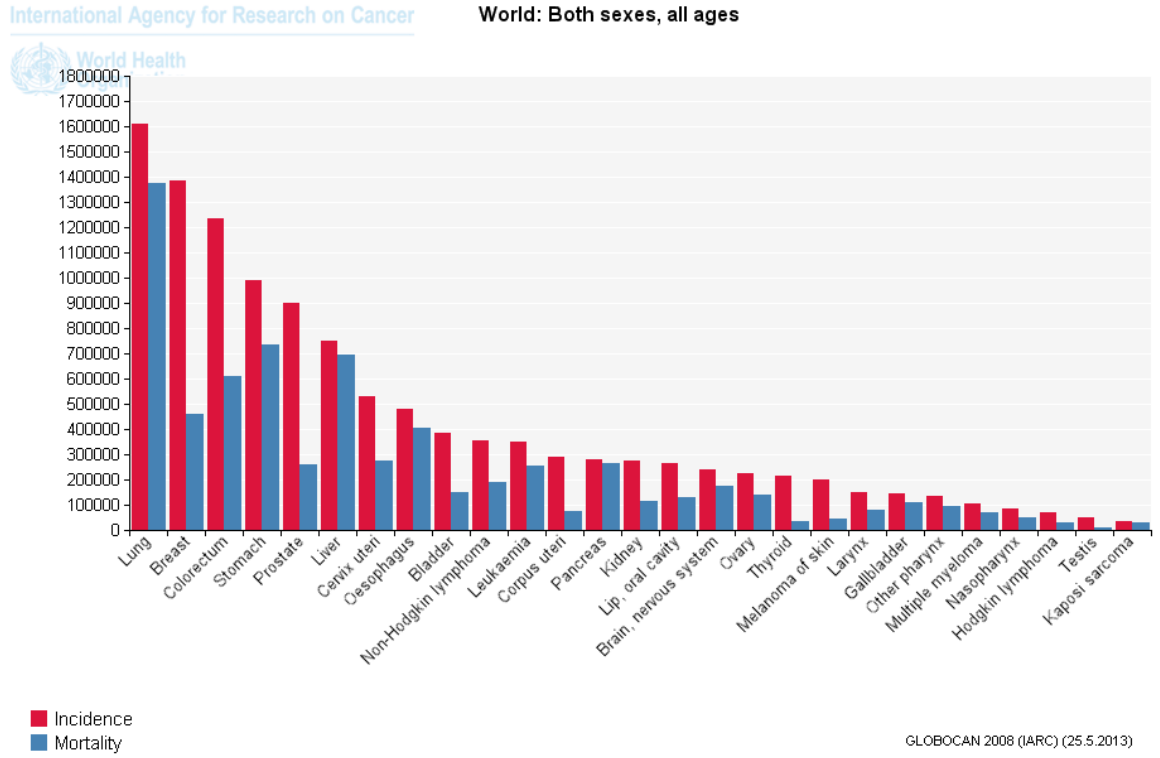
Şekil 2.1. Türkiye’de En Sık Görülen Kanserler



*Kaynak: <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>

Türkiye’de erkeklerde en sık görülen 4. kanser kolorektal kanser, kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseridir. Kadınlarda serviks kanseri 10.sıra da, kolorektal kanser ise 3.sırada yer almaktadır (11) (Şekil 2.1.).

Şekil 2.2. Dünya’da en sık görülen kanserler



* GLOBOCAN,2008

Dünya’da her iki cinste en sık görülen kanserler, akciğer, meme, kolorektal, mide, prostat, karaciğer ve serviks kanseridir (2)(Şekil 2.2).

Kronik hastalıklar grubuna, farklı etyolojilere sahip çok sayıda hastalık girmekle birlikte, kanser en ciddi ve en kötü kronik hastalıklardan birisidir (30,31). Türkiye’de toplam ölümlerin içinde kanserden kaynaklanan ölümlerin oranı 2000 yılı için hastalık yükü çalışmasında % 13,1 oranında hesaplanmıştır. 2002 yılı TÜİK verilerine göre de kansere bağlı ölüm % 12-16 arasındadır. TÜİK 2009 yılı verileri incelendiğinde kansere bağlı ölümlerin %20’lere çıktığı görülmektedir(93). Kanser birey, aile ve toplum için meydana getirdiği maddi ve manevi yük tartışılmaz. Bilimsel gelişmelerin hızla ilerlediği çağımızda, bazı kanser türlerinin, uygun koruyucu önlemlerin alınması ile önlenileceği gerçeği ve tedavi edici

yaklaşımların artan maliyeti, sağlık hizmetlerinde ilginin, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konularına odaklanmasını sağlamıştır (32). Genel olarak kanser kontrol programları; birincil korunma (önleme), ikincil korunma (erken yakalama, tarama, erken tanı), üçüncül korunma (iyileştirme ve rehabilitasyon) ve yatıştırıcı bakım (palyatif bakım) şeklinde dört aşamayı içermektedir. Kanserlerin 1/3'ü önlenebilir, 1/3'ü erken evrede yakalanarak tedavi edilebilir özellikte olup, diğer 1/3'ü ise palyatif bakım gerektirmektedir. Kanserden birincil ve ikincil korunmaya yönelik yürütülen faaliyetler, üçüncül korunmaya göre, maliyet açısından daha etkindir ve aynı zamanda hayat kurtarıcıdır. Bu nedenle kanseri önleme, erken tanı ve tarama programları ön plana çıkmaktadır (33).

Birincil Korunma (Önleme): Hastalıkların nedenlerine yönelik korunma önlemleri, birincil düzeyde korunma olarak ifade edilir. Her hastalıkta olduğu gibi kanserde de birincil korunma, teorik olarak en etkili ve başarılı korunmadır. Birincil korunma bir hastalığa yönelik risk faktörlerinden korunmayı içerdiği gibi, bireylerin optimal sağlık düzeyinin korunmasını ve sağlığın geliştirilmesini de kapsamaktadır (34).

İkincil Korunma (Erken tanı ve tedavi) : Kanserden korunmada, risk faktörlerinin önlenmesi ve doğru sağlık davranışlarının kazandırılması en etkili yaklaşım olmakla birlikte, erken tanı ile de korunma sağlanabilir. İkincil korunma henüz hasta bulguların ortaya çıkmadığı 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 (34,35). DSÖ tarafından, bir hastalık için tarama programının oluşturulabilmesi ile ilgili on ilke belirlenmiştir (34). Bu ilkeler:

- Hastalık toplum için önemli bir sağlık sorunu olmalıdır. Sık görülen, çok öldüren, kalıcı özürlülük ve sakatlığa neden olan hastalıklar tarama için uygundur.
- Hastalığın belirli bir tedavisi bulunmalıdır. Tanısı konulduktan sonra tedavisi olmayan bir hastalığın erken dönemde saptanmasının bir yararı yoktur.
- Hastalık için kesin tanı yöntemi bulunmalıdır. Tarama sonucunda hastalık açısından şüphesi bulunanların kesin tanısı için kabul edilebilir, ekonomik olarak karşılanabilir tanı metodları bulunmalıdır.

- Hastalığın bilinen bir prelinik evresi olmalıdır. Etkenle karşılaştıktan sonra hastalığın ortaya çıkışına kadar geçen zaman, bazı testlerin yapılmasına olanak verecek kadar uzun olmalıdır.
- Hastalığın tanısı için uygun bir test olmalıdır.
- Taramada kullanılacak test, toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Hastalığın doğal seyri iyi bilinmelidir.
- Hastalığı kriterleri belirlenmiş olmalıdır. Prelinik evreden klinik evreye geçiş kriterleri ve hangi belirti ve bulguların varlığında kişinin hasta olarak kabul edileceği konusu belirlenmiş olmalıdır.
- Tarama harcamaları kabul edilebilir olmalıdır.
- Hasta bulma çalışmaları sürekli olarak yapılabilmelidir.

Tarama yöntemlerinin başarıya ulaşması için, hastalığa tanı koyma bakımından doğru ve güvenilir olmasının yanında basit ve kolayca uygulanabilir olması da gerekir. Uygun bir tarama testinde aranan başlıca özellikler, basitlik, kabul edilirlilik, doğruluk, tutarlılık, duyarlılık ve seçiciliktir.

Basitlik: Uygun bir tarama testinin hem uygulayıcı hem de uygulanan kişi açısından basit, kolaylıkla anlaşılabilir ve uygulanabilir olması önemlidir.

Kabul Edilirlilik: Tarama testinin kişiler tarafından kabul edilebilir olması çok önemlidir. Kolay kabul edilen testler kişilerde fizyolojik ve psikolojik travmaya neden olmayan ilgi çekici testlerdir.

Doğruluk: Uygulanan test, aranan hastalık bakımından doğru sonuç vermelidir.

Tutarlılık: Kullanılan tarama testinin tekrarlanan ölçümlerde aynı veya benzer sonucu vermesi gerekir.

Duyarlılık ve Seçicilik: Duyarlılık kullanılan testin aranan hastalığı bulma gücüne işaret eder. Bir test gerçekte hasta olanları ne kadar yüksek düzeyde saptayabiliyorsa, hastalığı bulma konusunda o ölçüde duyarlıdır. Seçicilik ise testin gerçekte sağlam olanları saptama gücüne işaret eder. Bir testin duyarlılığı yükseldikçe seçiciliği azalma eğilimindedir. Bu nedenle testin duyarlılık ve seçiciliği durumu bir dengede olmalıdır. İyi bir tarama testi hem hastaları bulma, hem de sağlam kişileri ayırma konusunda güçlü olmalıdır. Tarama testleri için ayrıca testin

kestirim gücü anlamına gelen prediktif değer kavramı vardır. Bu değer testin hasta olarak ayırdıklarının gerçekte ne kadarının hasta olduğunu (pozitif prediktif değer) ya da testin sağlam olarak ayırdıklarının gerçekte ne kadarının sağlam olduğu (negatif prediktif değer) anlamına gelmektedir (34).

Üçüncül Koruma (Zamanında ve Uygun Tedavi Yapılması): Üçüncül korumada temel yaklaşım, hastaların, tıbbın sağladığı olanaklar ile en iyi şekilde tedavi edilmesidir. Kanserin tedavisinde bir diğer önemli konu da tedavinin sürekliliğidir. Kanserde erken tanı konulmadığı takdirde, kesin bir tedavisinin olmaması sebebi ile, tedavide yaşam süresini uzatmak ve ayrıca komplikasyonları önleyerek hastanın yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenmektedir (34).

Kanserinin erken dönemde tespit edilebilmesi; hem birey hem de toplumun bu hastalıkla en az zarar ve ekonomik kayıpla mücadele edebilmesini sağlayacaktır. Bunun için etkin bir tarama programının geliştirilmesi ve uygulanmasının gereklidir. Tarama programları her ne kadar gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde insidansı azaltmış olmakla beraber maddi olumsuzluklar ve hasta bilincinin yeterli düzeyde olmaması nedeniyle istenilen düzeye ulaşamamıştır.

2.1.2. Ulusal Kanser Tarama Programı

Türkiye'de kanser erken tanı ve tarama faaliyetleri, Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı'nın koordinatörlüğünde yürütülmektedir. Başkanlık, 2000'li yıllarda, bu amaçla görev yapacak yeni bir kurum tipi geliştirmiştir. İdari olarak hastanelere entegre biçimde kurulan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) meme ve serviks kanserleri için taramalar yürütülmesi, ancak çalışmaların bununla kalmaması ve bu merkezlerin kapsamlı biçimde kanserle mücadele eden kurumlar haline gelmeleri düşünülmüştür. Her ilde en az bir tane kurulmuş olan KETEM'ler nitelik ve nicelik yönünden hızla gelişmektedir. Türkiye'de ilk sistematik meme kanseri taramaları Narlıdere (İzmir) ile Balıkesir'de yürütülmüştür. KETEM'lerin birçoğunda, halk eğitimlerinin ve klinik muayenelerin yanı sıra, ağırlıklı olarak fırsatçı taramalar yürütülmektedir. 2009-2015 yılları için hazırlanmış olan Ulusal Kanser Kontrol Programı içinde kanser tarama programları ile meme, serviks ve kolon-rektum kanserleri için hazırlanmış olan ulusal standartlar da yer almıştır (36,37).

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. Bu amaca ulaşmak için aşağıdaki hedefler göz önünde bulundurulmalıdır:

1. Kanser farkındalığını oluşturmak.
2. Tarama yapılan kanserlerde (meme-serviks-kolorektal) kanser evresini ve mortaliteyi azaltmak.
3. Yeni kanserler için tarama standartlarını oluşturmak (37).

DSÖ tarafından tarama yapılması önerilen kanserlerde, toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Ülkemizde toplum tabanlı tarama çalışmaları Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği MEDA (Mediterranean Development and Aid Programme) programı çerçevesinde yürütülen KETEM projesi ile başlamıştır. Proje kapsamında 11 merkez kurulmuştur. 2008 Yılı Sonunda Bakanlık kendi imkanlarıyla ülkemizde 84 merkez kurmuştur.

KETEM'lerin görevleri; Sağlık personeline ve halka, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (Farkındalığın artırılması), tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla (Meme, Serviks (Rahim ağzı), kolorektal kanserler, vb.) erken dönemde tanı konulması ve 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.

- 20 Temmuz 2004 tarihinde “Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları” yayınlamıştır. 2 Aralık 2012 tarihinde değişiklik yapılarak, meme kanseri taramalarındaki 50-69 yaş aralığı 40-49 yaş olarak belirlendi.
- 29 Mayıs 2007 tarihinde “Serviks Kanseri Ulusal Tarama Standartları” yayınlanmıştır.

- 25 Mart 2009 tarihinde “Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Standartları” yayınlanmıştır.
- Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetleri ücretsiz verilmektedir.
- Ülkemizde 2008 yılında 955.214 serviks smear testi yapılmıştır. Bunun 108.039'u KETEM'ler tarafından yani tüm smear testinin %11.3'ü KETEM'lerde yapılmıştır.
- Ülkemizde 2008 yılında 938.779 mamografi çekimi yapılmıştır. Bunun 109.665'i KETEM'ler tarafından yani tüm mamografilerin %11.6' sı KETEM'lerde yapılmıştır.
- 2015 yılında 280 KETEM'e ulaşılması planlanmaktadır (37).

Ülkemizdeki meme kanseri taramaları şu anda toplumun %20'sini, serviks kanserinde %15'ini, kolorektal kanserinde %30'unu tarayabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın hedefleri içinde 2015 sonuna kadar kanser taramalarını hedef grubun tümüne ulaştırmaktır (38).

Avrupa' da meme kanseri taramalarında toplumun %70'ini taramayı hedef alan 12 ülke (Belçika, Kıbrıs, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Macaristan, Lüksemburg, Hollanda, İspanya, İsviçre, İngiltere) vardır. Serviks kanseri taramalarında toplumun %70'ini taramayı hedef alan 8 Avrupa ülkesi (Finlandiya, İsviçre, Danimarka, Hollanda, İngiltere, Macaristan, Slovenya, Almanya) vardır. Kolorektal kanseri taramalarında, Avrupa'da toplumun %70'ini taramayı hedef alan ülke yoktur ancak 4 ülke (İngiltere, Fransa, İtalya, Finlandiya) kolorektal kanseri taramalarına başlamıştır(38).

2.1.2.1.Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları

40-69 yaş aralığındaki kadınlarda meme kanserinde ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak mamografi ile taramadır. Tarama sırasında her iki meme için de birisi medyolateral oblik, öteki kranyokaudal olmak üzere ikişer poz film çekilmelidir. Tarama filmleri iki ayrı radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden habersiz olarak okunmalı, kişinin izlenmesinde her iki radyoloji uzmanının önerilerine de uyulmalıdır. Asıl tarama yöntemi mamografi olmakla birlikte, mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla taramaya katılan her kadına klinik meme muayenesi de yapılmalıdır. Ayrıca toplumda farkındalık yaratmak amacıyla 20 yaşından sonra her kadına kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmelidir. Taramanın etkili olması, yani “meme kanseri mortalitesinin düşürülmesi” şeklindeki amaca ulaşılabilmesi için, hedef nüfusun yüzde yetmişten fazlasının taramaya katılmış olması gerekmektedir. Taramanın başarılı olabilmesi için, her aşamada kalite güvencesi ilkelerine titizlikle uyulmalıdır. Mamografi çekimi her iki yılda bir tekrarlanır. Toplum tabanlı kanser taraması yapılan bireyler vatandaşlık kimlik numaraları ile kayıt edilerek mükerrer testlerden kaçınılır. (Tam metni Ek-2’de verilmiştir) (39).

2.1.2.2.Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları

Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem 30-65 yaş aralığındaki kadınlara beş yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap-smear testi ile taramadır.

HPV Testi: HPV DNA’nın serviks kanseri ile ilişkisi artık kanıtlanmış olup, serviks kanserli hastaların %99.9’unda HPV DNA varlığı gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması durumunda; takip eden beş yıl içerisinde servikal kanser olma ihtimali çok düşüktür.

Pap-smear Testi: Pap-smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanır. Pap-smear testleri konvansiyonel ya da sıvı bazlı olarak yapılabilir.

HPV veya Pap-smear testi her beş yılda bir tekrarlanır. Toplum tabanlı kanser taraması yapılan bireyler vatandaşlık kimlik numaraları ile kayıt edilerek mükerrer testlerden kaçınılır (Tam metni Ek-4’de verilmiştir)(40).

2.1.2.3.Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem 50-70 yaş aralığındaki kişilere iki yılda bir uygulanacak Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi ile taramadır. Gaitada Gizli Kan Testi; Poliklonal veya monoklonal antikorlar kullanarak gaitada hemoglobin varlığını gösterebilmeli ve testlerde kullanılan antijenler sadece insan hemoglobinine hassas olmalı, gıdalarla alınabilecek hayvan kaynaklı hemoglobinlerle reaksiyona girmemeli ve bu şekilde yalancı pozitif sonuçlara yol açmamalıdır.

Kolonoskopi; Gaitada Gizli Kan Testleri tamamen negatif olsa da tarama yaş grubundaki bireylerden tam bağırsak kolonoskopisi istenir. Yeterli bir kolonoskopide tüm kolon segmentleri değerlendirilmiş olmalı ve şüpheli alanlardan biyopsi alınmış olmalıdır. Kolonoskopi yeterli ve alınan biyopsilerde kansere rastlanmamışsa kolonoskopi normal olarak değerlendirilir. Yetersiz kolonoskopilerde takip protokolüne ilgili uzman hekim karar verir.

Gaitada gizli kan testi her iki yılda bir, kolonoskopi ise her 10 yılda bir tekrarlanır. Toplum tabanlı kanser taramalarında test sonuçları yeterli olmak kaydı ile bu süreler içerisinde her bireye bir kez tarama yapılır ve tarama yapılan bireyler vatandaşlık kimlik numaraları ile kayıt edilerek mükerrer testlerden kaçınılır (Tam metni Ek-4’de verilmiştir)(41).

2.2.MEME KANSERİ

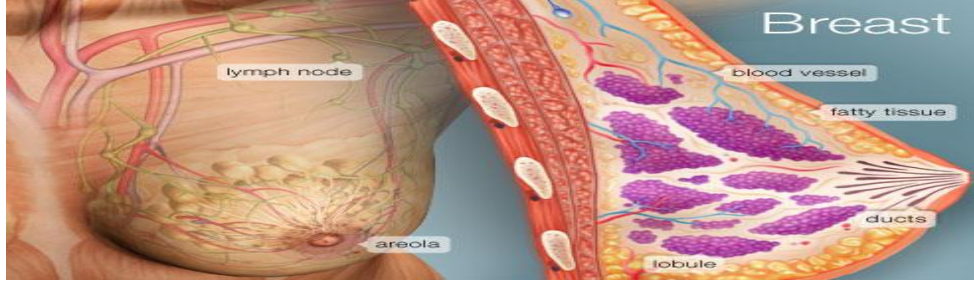
2.2.1. Memenin Anatomik Yapısı

Memeler toraksın üzerinde ve sternumun iki yanında 2. ve 6. kostalar arasında bulunur. Her bir meme tabanı pektoralis major ve pektoralis minör kasları üzerindedir. Meme bezinin önünde yüzeysel fasya, arkasında derin fasya bulunur. Meme derisinden derin fasyaya doğru uzanan ligamentlere “cooper ligamentleri

“denir. Bu ligamentler memeyi yerine tespit ederler ve kanserin gerek yayılma gerekse ilk belirtilerini ortaya koymada önem taşırlar.

Şekil 2.3.Memenin lenfatik akımı

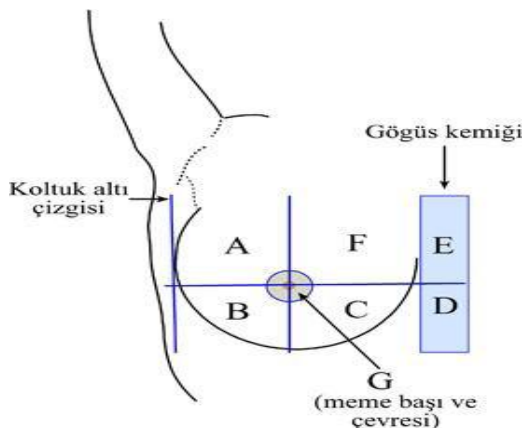
Şekil 2.4.Memenin anatomik yapısı



*Kaynak: <http://women.webmd.com/picture-of-the-breasts>

Şekil 2.3. ve 2.4.'de memenin anatomik yapısı ve lenfatik akımı gösterilmiştir. Meme dokusu en fazla üst dış kadranda bulunur. Aksiller bölgeyi de kapsayan üst dış kadranda geniş ölçüde meme dokusu bulunması nedeniyle tümörlerin bu bölgede daha fazla oluşmasına neden olur (42,44).

Şekil 2.5.Meme Şeması



Meme hastalıklarının yerini belirtmek için meme şemaları kullanılır (Şekil 2.5). Bu şemalarda memenin temel olarak 5 kadrana ayrıldığı görülür. Buna göre;

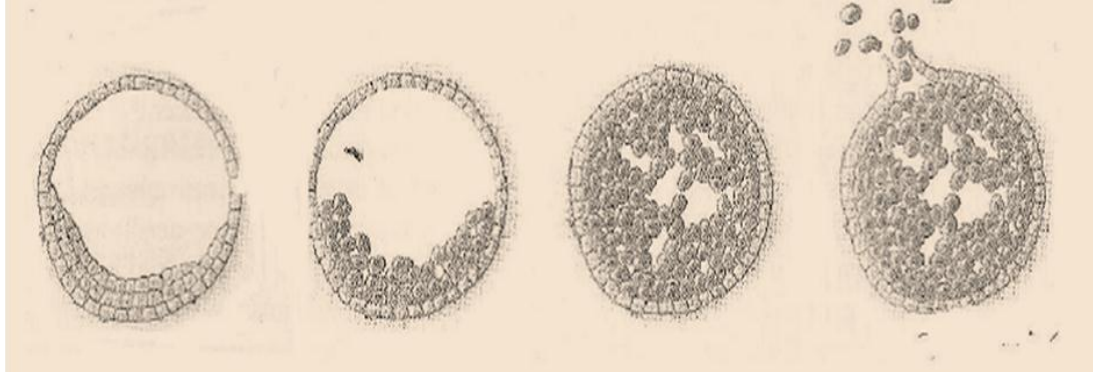
A(üst dış kadran), B(alt dış kadran), C(alt iç kadran), F(üst iç kadran), G(santral kadran) ise meme başı ve çevresindeki koyu renkli bölgeyi(areola) gösterir (Şekil 2.5.). Meme kanserinin görülme olasılığı; üst dış kadranda %45,santral kadranda %25, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %10 ve alt iç kadranda % 5'tir(44) .

Meme ile Koltuk Altı İlişkisi: Koltuk altında lenf düğümü adı verilen yapılar vardır. Memede oluşan kanser hücreleri önce lenf kanalları aracılığı ile lenf düğümlerine, buradan da kana karışarak çeşitli bölgelere gidebilir. Dolayısıyla meme kanserinin hangi evrede olduğunun belirlenmesinde en önemli nokta koltuk altı lenf düğümlerine kanserin yayılıp yayılmadığının bakılmasıdır. Bu nedenle meme muayenesi sırasında koltuk altının da muayene edilmesi gerekir(45). Meme kanseri, sol memede sağ memeye oranla daha fazla görülmektedir. Ayrıca vakaların, yaklaşık %50'sinde memenin üst dış kadranda yerleşmektedir. Nedeni bu bölgede lenf nodlarının daha fazla bulunmasıdır (58).

En sık metastaz yaptığı organlar; kemik (%71), akciğer (%69), karaciğer (%65), plevra (%51), adrenal bezler (%49), deri (%30), beyin (%20)'dir (53).

Meme Kanseri: Meme, lobüller (süt bezleri) ve duktuslardan (kanallar) oluşur. Bu lobülleri ve duktusları döşeyen hücrelerin kontrol dışı çoğalmaları ve vücudun çeşitli yerlerine yayılarak çoğalmaya devam etmelerine meme kanseri denir (46).

Şekil 2.6. Duktal Hiperplazi, atipik duktal hiperplazi, in situ karsinom ve invaziv meme kanserinin şekil ile gösterilmesi



Duktal Hiperplazi

Atipik Duktal
Hiperplazi

in Stu
Karsinoma

invaziv Kanser

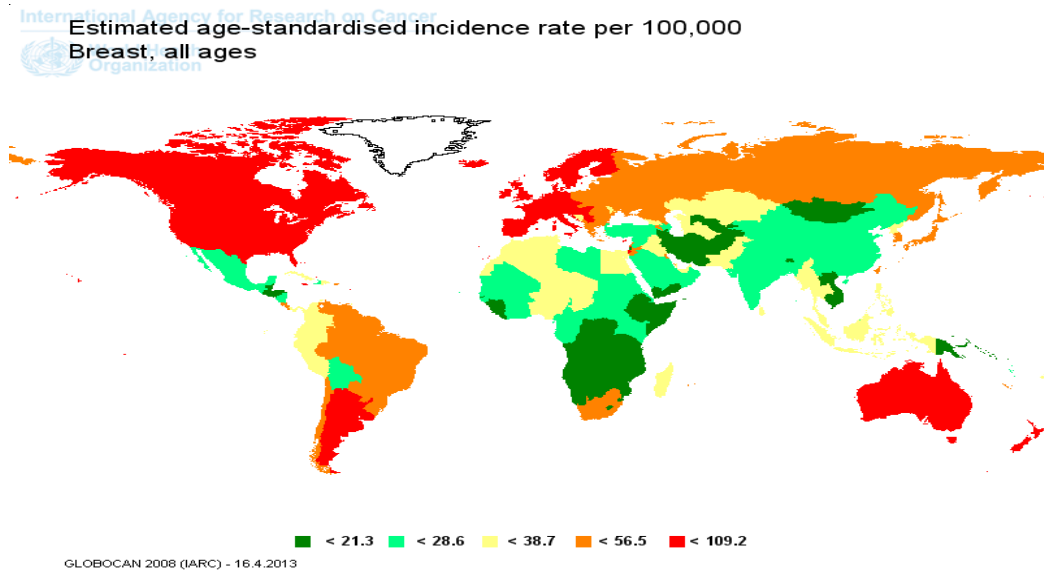
Kaynak: Ürkmez E. (2009). Eskişehir’de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Model’i ile Meme Kanseri Risk Taraması. Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşirelik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Dr.) Özlem Örsal, (Doç. Dr.) Nedime Kaşgaroğlu.

Lobülleri ya da süt kanallarını oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalmalarına “ duktal hiperplazi” denir. Daha sonra hücrelerde ve hücre çekirdeklerinde değişiklikler başlar. Bu aşama “atipik duktal hiperplazi ” olarak bilinir. Zamanla bu hücreler kanser hücrelerinde değişim gösterir, ancak bu yalnızca kanallarla sınırlı kalır. Bu duruma “in situ karsinom” denir. Daha sonraki aşamada hücreler, o kanalı döşeyen bazal membran denilen tabakanın da dışına çıkarak “invaziv kanser” özelliğini kazanır. (Şekil 2.6.) Meme kanserinde kastedilen durum, invaziv kanserdir (47).İnvaziv meme kanserlerinin yaklaşık %80’i duktal ve %5-10’u lobüler karsinomlardır (48).

2.2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri kadın kanserleri içerisinde ilk sıradadır.

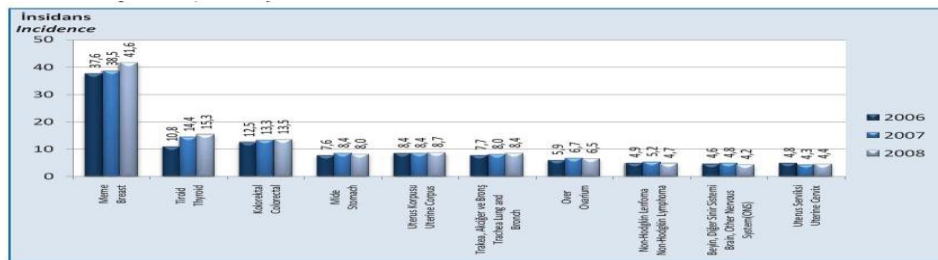
Şekil 2.7. Dünyada Meme Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı



*Kaynak: GLOBOCAN, 2008

Dünyada meme kanseri sıklığı ülkeden ülkeye, ülkelerin bölgelerine ve etnik gruplara göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri görülme sıklığı en yüksek olan ülkeler arasında; Fransa (yüz binde 99.7), İsrail (yüz binde 96.8), İtalya (yüz binde 86.3), Avusturalya (yüz binde 84.8), Kanada (yüz binde 83.2), Almanya (yüz binde 81.8), İsveç (yüz binde 79.4) ve Amerika (yüz binde 76) yer almaktadır (2). Meme kanseri sıklığı Rusya, Polonya, Brezilya, İspanya, Güney Afrika gibi ülkelerde yüz binde 40-60 arasındadır. Avrupa ülkelerinde meme kanserinin görülme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır (2)(Şekil 2.7).

Şekil 2.8. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, 2006-2008



Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup 2006 yılında insidansı yüz binde 37.6 iken 2008 yılında bu oran 41.6’ya yükselmiştir (Şekil 2. 8) (49). 2009-2010-2011 kanser istatistikleri verilerinin analizler henüz tamamlanmamıştır (11).

Meme kanseri mortalite oranı, gelişmiş olan ülkelerde %30 (190.000 ölüm / 636.000 olgu) iken az gelişmiş ülkelerde geç tanı ve yetersiz tedavi nedeniyle %43’tür (221.000 ölüm / 514.000 olgu). Diğer taraftan, meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir (50).

Tarama amacıyla mamografi kullanımına ve agresif adjuvan tedavilere bağlı olarak 1975’ten bu güne meme kanseri mortalitesi azalmıştır (51).

2.2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin oluşumunda genetik, çevresel, hormonal ve sosyo-biyolojik etkenleri risk faktörü olarak bilinmesine rağmen etiyojisi net bilinmemektedir. Meme kanseri tanısı almış kadınların %70-80’inin bu risk faktörlerini taşımadıkları bildirilmektedir (52). Yani, bu risk faktörlerini taşıyor olsa bile bu kişilerde meme kanserine yakalanabilmektedir. Risk faktörlerini taşıyor olmak sadece meme kanserine yakalanma olasılığını artırmaktadır (52,53). Ortalama riske sahip bir kadın için yaşam boyunca meme kanserine yakalanma riski %7.8 ve mortalitesi de %2.3’ dür (54).

Meme kanserinin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, bazı etkenlerin meme kanseri oluşumunda rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu etkenler aşağıda şu şekilde sıralanmaktadır.

Majör Risk Faktörleri

- Kadın olmak,
- İleri yaşta olmak,
- Birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü olması,
- BRCA1 ve BRCA2 genlerinde mutasyon olması,
- Memede önceki kanser yada atipik hiperplazi öyküsü.

Minör Risk Faktörleri

- Menarşın 12 yaşın altında olması,
- Menapoz döneminin 55 yaşın üzerinde başlaması,
- İlk doğumun 30 yaşın üzerinde yapılması,
- Alkol kullanılması,
- Beslenmede yağ oranının fazla olması.

Koruyucu Faktörler

- Emzirme,
- İlk doğumun 30 yaş öncesinde yapılması,
- Haftada 3 kez düzenli olarak egzersiz yapılması: haftada 3 kez yapılan düzenli egzersiz, adipoz dokuyu azaltmakta, dolayısıyla endojen östrojen salınımı azaldığından meme kanseri gelişme riski %35-40 oranında azaltmaktadır (55).

Riski azaltan etmenler: Asya kökenli olmak, 18 yaşından önce doğum yapmak, erken menopoz, emzirme (12 ay emzirme riski %4.3 azaltır), 37 yaşından önce yumurtalıkların ameliyatla alınması (cerrahi kastrasyon) meme kanseri riskini azaltır (56,57).

2.2.4 Meme Kanseri Belirtileri

Meme kanserli kadınların %70'e yakınında ilk bulgu memede çoğu kez ağrısız ve kadın tarafından rastlantı sonucu bulunan bir kitlenin varlığıdır. Hastaların %8-10'unda ise kitle ağrılıdır ve ağrı nedeni ile meme muayene edildiğinde ortaya çıkar (58). Meme kanserinin bir takım belirtileri mevcuttur.

Erken Dönemdeki Belirtiler

1. Sert ve inflamasyon nedeniyle kenarları belirsiz kitle.
2. Çok nadirde olsa ağrı, menapoz sonrası ani başlayan ağrı ilk belirti olabilir.
3. Hafifte olsa deride ve meme başında kaşıntı, çekilme.
4. Memelerde çok azda olsa asimetri
5. Meme başında 1-2 mm kadar küçük bir yara.
6. Sulu seröz ve kanlı sekresyon (58).

İlerlemiş Meme Kanseri Belirtileri

1. Deride şişlik.
2. Deride kızarıklık.
3. Yaralar (ülserasyon)
4. Meme şeklinde büyüme, büzülme, çöküntü, çukurlaşma ve düzleşme.
5. Portakal kabuğu gibi düzensiz görünüm
6. Derinin kitle üzerinde hareketliliğini yitirmesi
7. Koltuk altında belirgin adenopati (lenf bezlerinin büyümesi)
8. Subraclavikular adenopati
9. Uzak metastazlar (beyin, tiroid, akciğer vb.) (58).

2.2.5. Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama

Bir kadının yaşamı boyunca meme kanseri olma riski %11'dir. Kanser oluşan kadınların sadece %25' inde tanımlanmış risk faktörleri saptanabilmekte, bu risk faktörlerinin önemli bir kısmı da kontrol edilemeyen (yaş, cinsiyet, ailesel yatkınlık, menstrual özellikler vb...) faktörler oluşturmaktadır (59).

Kanserle mücadelede ülkemizde kanser tanı ve tarama olanaklarının (erken teşhis, eğitim ve koruma) artırılması ile DSÖ'nün Herkese Sağlık Programı çerçevesinde, özellikle kanser konusunda bilinen risk faktörlerini azaltmanın (birincil korunma), erken teşhis önlemlerini ve tarama programlarını yaygınlaştırmanın (ikincil korunma) önemli bir yeri vardır. İyi düzenlenmiş, hata ihtimalleri ortadan kaldırılmış çalışmalarda meme kanserine yönelik taramanın meme kanserine bağlı ölümleri % 25 oranında azalttığı görülmüştür (60).

Kitle taramaları ile meme kanserinin erken dönemde saptanması mortaliteyi önemli oranda düşürmeyi mümkün kılmaktadır. Yapılan tüm çalışmalar 50-65 yaş arasındaki kadınlarda taramanın meme kanseri mortalitesini düşürmektedir (61).

Bugün erken tanı için temelde önerilen birbirini tamamlayıcı üç yöntem vardır:

- Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

- Klinik Meme Muayenesi (KMM)
- Mamografi

Bu tanılama yöntemlerinin yanı sıra ileri tetkik için ultrasonografi, MR tekniği ile memeler görüntülenebilir ya da memelerden çeşitli yöntemlerle biyopsi alınabilir (47).

ACS asemptomatik kadınların olası bir meme kanserinin erken tanısı amacıyla Tablo 2.2'de gösterilen yöntemleri uygulamalarını önermektedir. ACS tarafından önerilen ve ABD'de yaygın olarak kullanılan ve ülkemizde de Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından kullanımı önerilen meme kanseri tarama rehberi Tablo 2.1'de gösterilmiştir (62, 63, 64,65).

Tablo 2.1. Meme kanserinde Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen meme kanseri tarama rehberi (62, 63, 64, 65)

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	K.K.M.M. Klinik Muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49	K.K.M.M. Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	K.K.M.M. Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

*Kaynak : <http://www.cancer.org>

Bizdeki ulusal tarama standartlarına göre tablodan farklı olarak 40- 69 yaş aralığındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çektirmeleri önerilmektedir (39).

2.2.5.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Amerikan Kanser Birliği (ACS) kendi kendine meme muayenesini 20 yaşında başlaması gerektiğini, aynı zamanda da hemşirelerin kadınları KKMM konusunda eğitmekten sorumlu olduğunu belirtmektedir (65, 66).

Kadınların kendi meme dokusunu tanınması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanabilir. Meme kanserinin yaklaşık % 90'ı hastaların kendileri tarafından belirlenmektedir (65,67,68). Menopoz döneminde olan ve adet görmeyen kadınlar ise her ayın kendi belirledikleri bir gününde bu muayeneyi yapabilirler (42,43,65). Düzenli ve doğru uygulanan kendi kendine meme muayenesi erken dönemde meme kanserinin saptanması için en ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkili bir yöntemdir (67).

Ayrıca KKMM muayenesinin sağ kalım oranını arttırmadığına ilişkin çalışmalar vardır (69,70). Rusya (71) ve Çin'de de (72) yapılan çalışmalarda KKMM'nin meme kanseri evresini düşürmede ve mortaliteyi azaltmada etkili olmadığı saptanmıştır.

Ancak KKMM uygulaması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve sağlık hizmetinden uzak kırsal bölgelerde meme sağlığı konusunda farkındalığı arttıracığı için ve ardından KMM ve mamografi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyinin de gelişebileceği ön görülürse üzerinde durulması ve önerilmesi gereken bir uygulamadır. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı da KKMM'yi meme kanserinde farkındalığını artırdığı için önerilmektedir. Ülkemizde meme kanseri tarama programlarının uygulama düzeyi dikkate alındığında KKMM'nin önemli bir yer teşkil ettiği ortaya çıkmaktadır.

2.2.5.2. Mamografi

Mamografi üç boyutlu meme yapılarının X ışını kullanarak iki boyutlu olarak görüntülenmesidir. Mamografi memede ele gelen lezyonlara göre çok daha erken bir evrede olan, klinik olarak gizli durumdaki, palpe edilemeyen meme kanserlerini belirlemeye yarar. Meme kanseri palpe edilebilir durumuna gelmeden 2 yıl önce mamografi ile belirlenebilir (73).

Mamografi mikrokalsifikasyonları saptayabilen tek güvenilir yöntem olduğu için şu ana kadar kabul edilen bir tarama yöntemidir (74). Bunun yanı sıra mamografi aksiller bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri ortaya konulamayan primer lezyonu bulmaya yarar. Ayrıca biyopsi alanını belirleme ve

kanser taramalarında asemptomatik devredeki kanserli hastaları belirlemede kullanılır (73).

Mamografi asemptomatik kadınlarda tarama amaçlı kullanılırken, semptomatik hastalarda tanısal amaçlı kullanılmaktadır (75). Mamografinin kanser tanısında duyarlılığı ortalama olarak %83'tür. Mamografi meme kanseri belirtisi ve bulgusu olan olgularda, klinik olarak yüksek risk taşıyan kadınlarda ve meme ile ilgili yakınması olsun ya da olmasın 50 yaşın üstündeki tüm kadınlarda klinik muayeneye ek olarak yılda bir kere çekilmelidir (58). Mamografi ile taranan grupta hiç mamografi çekilmeyen gruba göre mortalite de 1/3 oranında azalma belirlenmiştir. Mamografik tarama ile sağlanan erken tanı mortaliteyi %20-70 oranında azaltmaktadır. Bu nedenle mamografi meme kanserinin tanısında "**altın standart**" olarak kabul edilir (75).

Mamografi 50-69 yaş arasındaki kadınların meme kanserinden ölüm riskini % 20-35, 40-49 yaş arasındaki kadınların % 20 oranında azaltmaktadır. Bu açıdan meme kanserinin erken tanısında tavsiye edilmektedir (76). Düzenli mamografi taramaları ile meme kanseri mortalite ve morbidite oranlarının ölçüde azaldığı birçok araştırmada kanıtlanmış olmasına karşın, sosyal güvencenin olmaması, gelir düzeyinin ve eğitim seviyesinin düşük olması, bilgi eksikliği ve acı/ağrı vereceği düşüncesi bireylerin mamografi çektirmesine engel oluşturmaktadır (79, 80).

1964 yılında New York'da randomize çalışma ile yaşları 40-64 yaş arasında değişen 62.00 kadından çalışma grubuna alınanların yarısı yılda bir kez mamografiye davet edilmiş ve 10 yıl sonra kontrol grubu ile karşılaştırıldığında meme kanserinden ölümlerin %30 oranında azaldığı görülmüştür (77).

Mamografinin hangi yaşlarda ne kadar sıklıkla uygulanacağı konusunda farklı görüşler vardır. Avrupa'da birçok ülkede meme kanserinin 50 yaşın altındaki popülasyonda daha düşük oranlarda görüldüğü ayrıca mamografinin bu yaş grubunda yalancı pozitif oranlarının yüksek olduğu neden gösterilerek tarama yaşı 50 olarak belirlenmiştir. Bunun yanında Amerika'da 50 yaş altında mortalite kazanımlarının olduğu ve bu yaş grubunda tümörün prelinik sürecinin daha kısa olması neden gösterilerek taramaya 40 yaşında başlanarak 40-49 yaş grubunda yıllık meme kanseri taraması önerilmektedir. 40- 49 yaşları arasındaki kadınların mamografi ile tarama

programlarına alınmasında da tartışma devam etmektedir (54).Mamografi 50 yaşın üstündekilerde, 40 yaşın üstündekilere göre daha duyarlı ve spesifiktir. İsveç'te iki bölge çalışmasında, mamografi ile 40- 49 yaşlarında kanserlerin % 38'inde, 50 yaşın üzerindekiilerde ise % 24'ünde tanı konulamamıştır (yanlış negatiflik).

Birleşik Krallık, Hollanda ve İsrail'de 50 yaşından sonra mamografi çekilmesi tarama standardı olarak belirlenmesine karşın; ABD, Avustralya ve İsveç'te mamografi çekilme başlangıcı olarak 40 yaş belirlenmiştir (78).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların mamografi çektirme oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (82,47). Yapılan araştırmalardan Dünder ve ark. 20–64 yaş kadınlarla yaptıkları çalışmada son 2 yıl içinde mamografi çektirme oranı %5.1 iken, Özmen ve ark. 40 -69 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada son iki yıl içinde mamografi çektirme oranı%48.32'dür (79,81).

Küçük oranda da olsa meme yoğunluğu, tümörün hızla büyümesi ve görüntüyü iyi değerlendirememesi gibi nedenlerden dolayı bazı meme kanserleri mamografi ile belirlenemez. Yanlış negatifliğin en önemli nedeni yoğun meme dokusudur. Mamografinin 30 yaş altındaki kadınlarda kullanılması, meme parankim dansitesinin yüksek, yağ oranının düşük olması nedeniyle sınırlıdır (75).Mamografi meme kanseri tanısında en iyi yöntem olmakla birlikte meme yapısına bağlı olarak var olan bir lezyonu göstermekte yetersiz kaldığı durumlarda olabileceğinden bireyin KKMM ve önerilen zamanlarda KMM çok önemlidir (83).

Sonuç olarak, tarama mamografisi meme kanserini erken evrede tespit etmesi, mortaliteyi azaltması, memede koruyucu cerrahi yapma oranını artırması ve sistemik tedavi oranını azaltması gibi avantajlarının yanında, gereksiz biyopsi oranını, radyasyon oranını ve gereksiz tanısal işlemlerin sayısını artırması gibi dezavantajlara da sahiptir (83).

2.2.5.3. Klinik Meme Muayenesi

Eğitilmiş bir doktor, hemşire ya da ebe tarafından yapılan meme muayenesidir. Meme kanserini palpe edilebilen en erken evrede saptamak amacıyla geliştirilmiş bir tarama yöntemidir (54).Bu kontrollerde her iki koldaki köprücük kemiğinin altındaki/üstündeki ve kol altındaki lenf bezleri de kontrol edilir. KMM, memenin değerlendirilmesinin en önemli kısmıdır. Genellikle 1 cm den küçük derin

lezyonların elle belirlenmesi güçtür, ancak yüzeysel olan 0,5 cm ya da daha küçük lezyonlar KMM ile belirlenebilir. KMM mümkünse menopoz öncesi kadınlarda menstruasyonun ilk gününden 7. ile 10. günleri arasında yapılmalıdır. Muayene gözlem ve elle muayeneyi kapsamalıdır. Elle muayene hem ayakta hem yatarak yapılmalıdır (84).

Sağ kalım oranları tek başına mamografi ile saptanan kanserlere göre biraz daha azdır (KMM: %59-%84, mamografi: %77-%93)(54). Klinik meme muayenesi mamografi ile birlikte uygulandığında, meme kanserinin belirlenme oranı % 5- 20 artmaktadır. Klinik meme muayenesi, meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır (85). KMM 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanserinin erken tanısına katkıda bulunabilir, 40 yaş üzeri taramaya katılan kadınlarda mamografiye ek olarak KMM kullanımını meme kanseri erken tanısına katkıda bulunabilir(54). Asemptomatik kadınlarda ideal tarama programında, memenin klinik muayenesi, kendi kendini muayene ve mamografi ile birlikte olmalıdır (85).

Dünyada Meme Kanserinde Toplum Tarama Örnekleri

Global meme sağlığı ve Dünya Sağlık Örgütü mamografiye giriş aşamasındaki ülkeler için KKMM ve KMM rutin meme bakımının önemli bir komponentidir, ayrıca tüm ülkelerde genel meme sağlığı eğitimi için önemli olduğunu belirtmiştir. Yaygın bir tarama programı uygulanamıyorsa bölgesel, yapısal ya da risk grubuna göre hedef popülasyon belirlenebilir. Tarama stratejilerinin belirlenmesi açısından etkili diğer bir yol da pilot programlar uygulanmasıdır. Ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde büyük farklılıklar vardır bu yüzden erken teşhis programları her ülkenin kendi durumuna göre düzenlenmesi gerekir (54).

Meme kanseri, kadınlar arasında mortalite ve morbiditeyi artıran en büyük sorunlardan biri olmaya devam etmektedir. Bu sorunun çözümünde ise meme kanserine yönelik erken tanı amaçlı toplum taramaları olduğu belirtilmiş ve bunun için birçok tarama çalışması yapılmıştır. (85).

Tarihsel gelişim sürecinde meme kanseri tarama programı ilk kez 1963- 1967 yılları arasında, sonrasında da 1973- 1978 yılları arasında yapılmıştır. Her iki

programda, mamografinin meme kanseri mortalitesini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. İzleyen dönemde, erken tanıya olan katkıları nedeniyle, kadınların mamografi çektirmelerinin önemi vurgulanmıştır (43, 90, 85,91).

New York'ta meme kanserine ilişkin yapılan "The Health Insurance Plan (HIP)" in ilk prospektif kohort tipte çalışma olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada 62.000 kadının 31.000'i klinik meme muayenesi ve mamografi ile takip edildiği, diğer 31.000'i ise sadece çalışmanın başında genel bir muayeneden geçirilmiştir. Takibinde klinik meme muayenesi ve mamografi uygulanan grup ile diğer grup karşılaştırıldığından 3 yıl sonra mortalite oranlarındaki fark anlamlı hale gelmeye başladığı ve 18 yıl sonra klinik meme muayenesi ve mamografi uygulanan grupta mortalitenin %23 oranında azalmıştır. HIP çalışmasında klinik meme muayenesi ve mamografi uygulanan grupta saptanan meme kanserlerinin %76' sının I. evrede ve diğer grubun ise meme kanserlerinin %49' unun I. evrede olduğu görülmüştür. Çalışma süresince erken tanı yöntemleri uygulanmayan grupta III. evre ve IV. evre meme kanseri görülme oranı %14 olup, klinik meme muayenesi ve mamografi uygulanan gruba göre oldukça yüksek düzeye sahip olduğu belirtilmektedir. HIP çalışmasında, kanserlerin erken tanılanmasında mamografi ve klinik muayenenin önemi ve birlikte kullanılmasının değeri ortaya konulmuştur (85,86,87,88).

Diğer prospektif kohort tipte bir çalışma olan "Canadian National Breast Screening Study (CNBSS)"nin amacı, 40–49 yaş grubundaki kadınlarda mamografi ve klinik muayene ile meme kanseri mortalitesini, 50–59 yaş grubundaki kadınlarda ise mamografi ve klinik muayenenin ayrı ayrı taramadaki yerini, taramada mamografinin etkinliğini belirlemek olarak belirtilmiştir. Çalışma değerlendirildiğinde mamografinin özellikle metastaz yapmayan ve lenf nodu tutulumu olmayan kanserlerin sayısını artırdığı ancak meme kanseri sağ kalım ve mortalitesine önemli bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (85,87,88).

Amerikan Kanser Birliği ve Ulusal Kanser Enstitüsü desteğiyle ABD'de 35-74 yaş grubu arasında 280.000 kadın üzerinde yapılan ve 5 yıl süren kohort tipte "Breast Cancer Detection Demonstration Projects Study (BCDDP)" çalışması da önemli tarama çalışması olarak belirtilmiştir. Bu çalışma süresince kadınların klinik meme muayenesi ve mamografi ile takip edildiği ve sonunda mamografi ile

kanserlerin %42'si saptanabildiği, mamografi ve klinik meme muayenesinin birlikte kullanımı ile kanserlerin %92'sinin saptanabildiği belirtilmiştir (89).

Bir diğer tarama çalışması olan İsveç çalışmalarının sadece mamografi ile meme kanseri mortalitesi arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla İki Bölge Çalışması (Kopparberg-Ostergotland), Malmö Çalışması, Stockholm Çalışması ve Göteborg Çalışması olmak üzere 4 ayrı çalışmayı içerdiği belirtilmektedir. Bu çalışmaların sonucunda 50–69 yaşları arasında mamografi ile meme kanseri mortalite oranında %29, 40–49 yaş grubu meme kanseri mortalite oranında ise %13 azalma tespit edildiği belirtilmiştir (85).

1980 yılında yapılan Kanada Ulusal Meme Tarama Çalışması (CNBSS) sonuçları, mamografinin, özellikle in situ ve lenf nod negatif kanserlerinin sayısını arttırdığı, ancak sağ kalım ve mortaliteye önemli bir etkisinin olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, meme kanserinin erken tanısı için yapılan tarama çalışmaları, 50- 69 yaş arasındaki kadınlarda tarama ile meme kanseri mortalitesinin yaklaşık % 30 oranında azaldığı belirtilmektedir (85).

Kırk yaşından itibaren taramaların başlatılması ile daha fazla tümör, erken evrede ve metastaz yapmadan önce saptanabilmektedir. Meme kanserinin başlaması ile klinik bulgu vermesi arasındaki süre, genç kadınlarda tümör büyüme hızı fazla olduğu için kısadır. Bu nedenle 40- 49 yaş grubunda tarama aralığının bir yıldan daha uzun olmaması gerekmektedir. İki tarama arasında süre arttıkça interval kanser oranı da artmaktadır. Bu nedenle meme kanseri tarama programlarında önerilen aralıklarla tarama yöntemlerinin yaptırılması çok önemlidir. Meme kanserinin % 60-65'inin 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda görülmesi nedeniyle bu grupta tarama yapılması önemlidir. Ancak yaklaşık % 25 kanser görülme insidansı nedeniyle 40-49 yaş grubunda yapılan taramalar da önemlidir. Diğer taraftan, genç yaş gruptaki kadınların memelerinin yüksek yoğunlukta olması nedeniyle, mamografi ile yanlış pozitiflik oranının ve biyopsi sayısının artacağı bilinmelidir. Tarama programları, dikkatli planlanması gereken güç uygulamalardır. Tarama etkili olmalı ve tarama yapılan hastalıkta mortalitede azalmaya yol açmalıdır. Aynı zamanda tarama programları pahalı ve yürütülmesi için eğitilmiş sağlık personeli gerektiren programlardır. Bu nedenle programlarda maliyet-yarar dengesinin korunması ve meme sağlığı konusunda uzman personelin yetiştirilmesi önem kazanmaktadır (91).

Ülkemizdeki meme kanseri taramaları şu anda toplumun %20'sini tarayabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın hedefleri içinde 2015 sonuna kadar kanser taramalarını hedef grubun tümüne ulaştırmaktır. Avrupa' da meme kanseri taramalarında toplumun %70'ini taramayı hedef alan 12 ülke (Belçika, Kıbrıs, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Macaristan, Lüksemburg, Hollanda, İspanya, İsviçre, İngiltere) vardır (38).

Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartlarımız

Birçok Avrupa ülkesinde; 40-49 yaş grubunda meme kanseri görülme oranının düşük olması ve mamografinin bu yaş grubunda yanlış pozitif ve yanlış negatif oranlarının yüksek olması neden gösterilerek taramaya başlama yaşı 50 yaş ve üzeri olarak belirlenmiştir. Türkiye'de ise meme kanseri görülme yaşı birçok batı ülkesine göre daha gençtir (%40'ı 50 yaş altında) ve kanserler ileri evrede tespit edilmektedir. 2011'de Global Meme Sağlığı Girişimi tarafından meme kanseri görülme sıklığı ve yaş dağılımının ülkeler arasında ve hatta ülkelerin kendi içinde büyük farklılıklar gösterdiği, bu nedenle erken teşhis programlarının her ülkenin kendi durumuna göre düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir (54).

20 Temmuz 2004 tarihinde “Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları” yayınlamış olup buna göre ülkemizde topluma yönelik meme kanseri taraması için hedef nüfusu, coğrafi sınırları belirlenmiş ve 50-69 yaş grubu kadınların 2 yılda bir mamografi çektirmesini önermiştir (37). Bizim çalışmamızda bu taramadaki yaş grubu kullanılmıştır.

2 Aralık 2012 tarihinde, Kanser Tarama Programı Ulusal standartları, ülkemizdeki ilgili meslek dernekleri ve uluslararası paydaşlarımızın (IARC-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı, ABD Kanser Enstitüsü, İspanya Katalan Onkoloji Enstitüsü ve Avrupa Birliği Kanser Taramaları Uzmanları) görüşleri alınarak değiştirilmiştir. Güncel sağlık verilerimiz ve tarama sistemi alt yapılarımızın değerlendirilerek yenilenen tarama standartları onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Meme kanseri taramalarındaki 50-69 yaş aralığı 40-69 yaş olarak belirlenmiştir (37,39).Meme kanseri ulusal tarama standartlarımız Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2: Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları

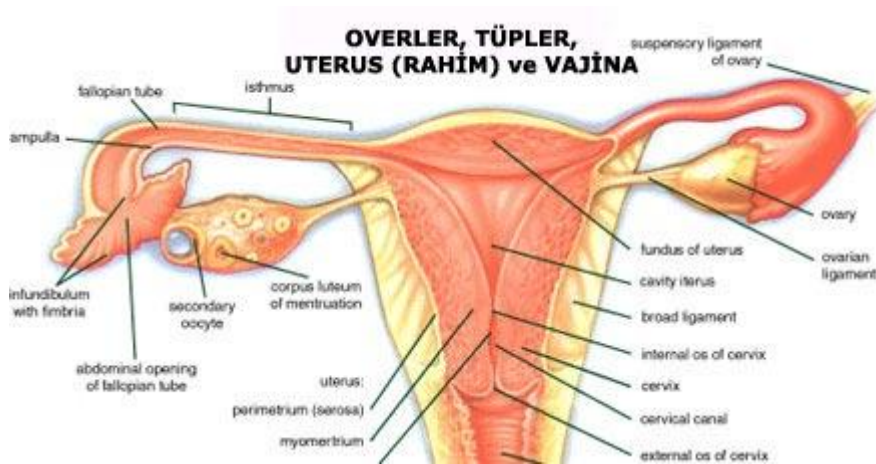
Tarama Yöntemi	Yaş	Sıklık
KKMM	20 yaşından itibaren	Her ay
KMM	20 yaşından itibaren	2 yılda bir
	40 yaşından itibaren	Yılda bir
Mamografi	50-69 yaş arasında	2 yılda bir

*Kaynak: <http://www.kanser.gov.tr/Dosya/Sunular/Stratejiler.pdf>

2.3. SERVİKS KANSERİ

2.3.1 Serviksin Anatomisi

Şekil 2.9.Serviks

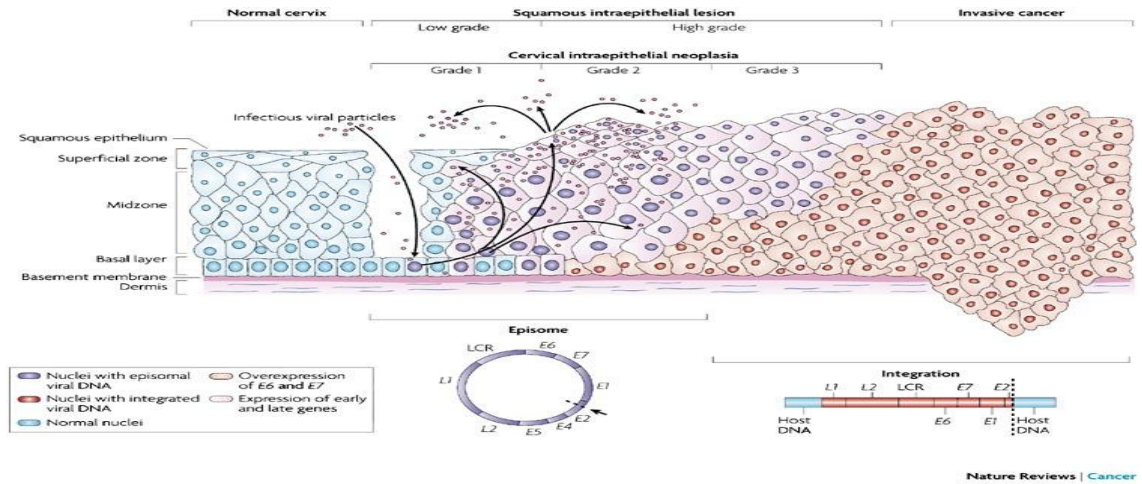


*Kaynak: <http://www.jinekolognet.com/kadin-genital-anatomi.asp>

Serviks latince de boyun anlamına gelen uterusun dar ve silindirik olan alt segmentidir (Şekil 2.9). Vajinanın üst bölümünde yer alır, genellikle 2-4 cm uzunluktadır ve “corpus uteri”nin alt bölümünün devamıdır. Serviks yüzeyi skuamoz epitel ve kolumnar epitel olmak üzere 2 tür epitle döşenmiştir. Bu iki epitelin birleşme noktasına skuamo kolumnar junction denilmektedir. Skuamo kolumnar junction denilen yerde kanser için önemli bir anatomik bölge olan transformasyon zonu bulunmaktadır ve prekanseröz lezyonların %90’ı bu bölgede oluşmaktadır (94,95)

Serviks kanser insidansı 25 yaş altındaki kadınlarda düşüktür. İnsidans 35-40 yaşları arasında artar ve 40-50 yaşlarında maksimum seviyeye ulaşır. 35-39 yaşlar ve 60-64 yaşlar arasında iki pik dönemi vardır. Tanı için ortalama yaş 45’tir ama 20’li yaşlarda veya bazen hamilelik döneminde de oluşabilir. Ölüm oranı ise, en yüksek 45-54 yaş grubunda görülmektedir (96). Sağlık bakım merkezlerinin son raporlarına göre servikal kanserlerin yaklaşık %23’ü 65 yaş üstü kadınlarda ve bu hastalıktan ölüm oranı % 40.3’ü yine bu yaş grubunda görülmektedir (97-99).

Şekil 2.10. Serviks kanseri gelişim evreleri



*Kaynak: http://home.ccr.cancer.gov/inthejournals/archives/Gius_03.asp

Serviks kanseri gelişim evreleri Şekil 2.10’da gösterilmiştir. Buna göre; Serviks kanseri gelişmesinde, serviks epitelinde birbiri ardı sıra gelen değişiklikler olur, bu da 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 biçimindedir (100)(Şekil 2.10).

Squamöz karsinom, serviksin yüzeyini örten squamöz epitelyum ile servikal kanalın iç yüzeyini örten kolumnar epitelin birleştđi sınır olan external os çevresinde lokalize olur. Skuamöz hücreli serviks kanserlerinin en iyi prognoza sahip olan büyük hücreli keratinize olmayan tipi iken, en kötü prognoza sahip olan küçük hücreli kanser tipleridir. Serviksin adenokarsinomu ise servikal glandları içine alır ve daha çok genç kadınlarda görülür. Bu tümörler klinik olarak belirti vermeden önce sessizce büyürler, bu özellikleri geç tanılanmasına ve tedavisinin güç olmasına neden olur.

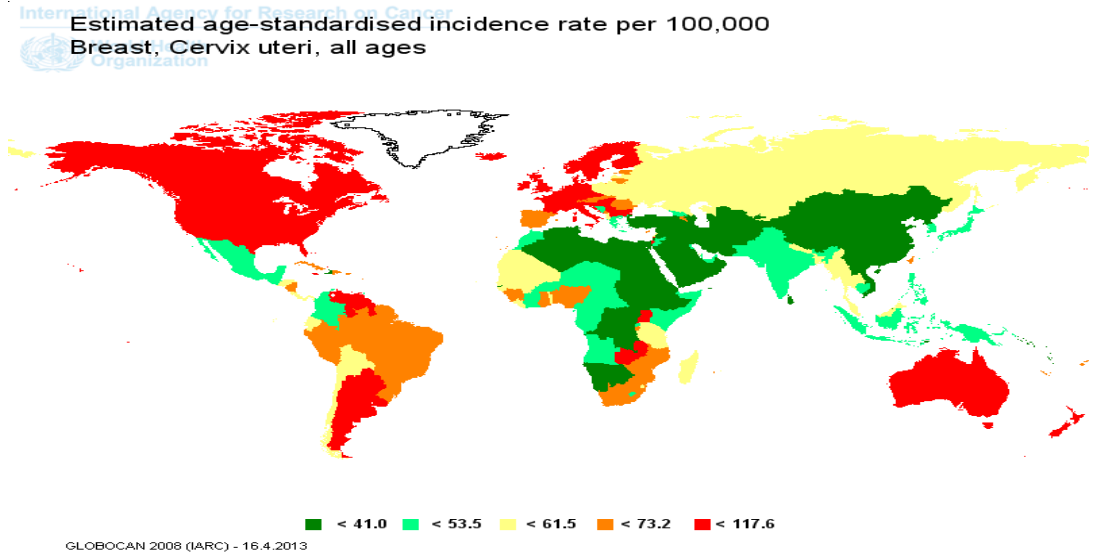
Serviks kanseri kadın ve erkeklerde görülen diğer kanserlerden ayıran özellik, yayılcı bir nitelik kazanmadan önce 5-10 yıl gibi uzun bir süre preinvaziv evreye sahip olmasıdır. Kanser bu evrede invazyon yapmaz fakat büyümeye devam eder. Servikal kanserler preinvaziv dönemde tanıldığında günümüzde varolan tedavi teknikleri ile %95-100 oranında tedavi edilebilmektedir (101).

Gelişmiş ülkelerde invaziv serviks kanseri insidansında %50 azalma olmasına karşın, pap smear testinin geçmişe göre daha yaygın kullanılması ile preinvaziv kanser insidansında artma olduğu ve 30-39 yaş grubunda daha çok preinvaziv kanser, 40 yaş üzerinde ise invaziv kanser insidansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (102). Serviks kanserlerin hemen hemen tümünü karsinomlar oluşturmakta, %85- 90'ını skuamoz karsinom, %10-15'ini adenokarsinom oluşturmaktadır (103).

2.3.2. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Serviks kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen üçüncü, en fazla ölüme neden olan dördüncü kanser türüdür. Ülkemizde ise serviks kanseri kadınlarda görülme sıklığı açısından dokuzuncu sırada yer almaktadır(2). Kadınlarda teşhis edilen tüm kanserlerin %12'si servikal kanserdir ve bu hastaların yarısı kanser nedeni ile ölmektedir (9).

Şekil 2.11. Dünyada Serviks Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008



Serviks kanseri açısından en riskli bölgeler sırasıyla Doğu Afrika, Batı ve Güney Afrika'dır (2)(Şekil 2.11).

Serviks kanseri görülme sıklığı açısından yüksek riskli bölgeler, Doğu ve Batı Afrika yüz binde 30, Güney Afrika yüz binde 26.8, Güney-Orta Asya yüz binde 24.6, Güney Amerika yüz binde 23.9 ve Orta Afrika yüz binde 23.0'dır. En düşük risk taşıyan bölgeler ise Batı Asya, Kuzey Amerika, Avusturalya yüz binde 6'dan daha azdır. Serviks kanseri 275.000 ölümden sorumludur ve bu ölümlerin %88'i gelişmekte olan ülkelerdedir. Serviks kanseri görülme sıklığı ülkeler arası farklılıklar göstermekte, bu farklılık ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, kadınların ırk ve etnik kökenlerine göre değişmektedir (2). Dünyada her 2 dakikada bir, 1 kadın serviks kanserinden hayatını kaybetmektedir. Ayrıca serviks kanseri kadınlarda kanserden ölümlerin, önde gelen üçüncü nedeni olarak görülmektedir (105). A.B.D'de her gün 10 kadın serviks kanseri nedeniyle ölmektedir. Yine her yıl 1.7milyon yeni servikal displazi tanısı alınmakta ve bunların % 12'den fazlası invaziv serviks kanserine ilerlemektedir (106). Avustralya'da ise servikal tarama programlarının başarılı yürütülmesine rağmen hala her yıl yaklaşık 800-1.000 yeni servikal karsinoma teşhisi

konmaktadır(107). IARC'ın tahmini verilerine göre tüm dünyada serviks kanserinden ölüm sayısı ise 275.008 olarak hesaplanmıştır. Tüm dünyada tahmini yaşa standardize insidans hızı yüz binde 15.2, yaşa standardize mortalite hızı ise yüz binde 7.8'dir. Serviks kanseri, 2008 yılında 529.000 yeni vaka ile tüm kanserler içerisinde yedinci, kadınlarda görülen kanserler arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 2.3.).

Tablo 2. 3.Dünyada Kadınlar Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008.

Kanser Türü	Sayı	Yüzde	Yaşa Standartize İnsidans
Meme	1383000	22.9	39.0
Kolon	570.000	9.4	14.6
Serviks	529.000	8.8	15.2
Akciğer	513.000	8.5	13.5
Mide	349.000	5.8	9.1
Uterus	287.000	4.8	8.2
Over	225.000	3.7	6.3
Karaciğer	225.000	3.7	6.0
Tiroid	163.000	2.7	4.7
Non-Hodgkin Lenfoma	156.000	2.6	4.2

IARC'ın tahminine göre Türkiye'de serviks kanseri en sık görülen sekizinci, en fazla ölüme neden olan sekizinci kanser türüdür. Türkiye'de serviks kanseri tahmini yaşa standardize insidans hızı GLOBOCAN 2008 verilerine göre 4.2/1000.000, yaşa standardize mortalite hızı ise 1.6/100.000'dir (2). Bu verilere göre 2008 yılında Türkiye'de 1.443 kadına serviks kanseri tanısı konulmuş ve 556 kadın aynı sene içerisinde bu kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Sağlık bakanlığının son verilerine göre Türkiye'de serviks kanseri insidansının daha yüksek olduğu (4.3/100.000) ve yıllık yeni tanı alan serviks kanseri sayısının 1.500'ün üzerinde olduğu bilinmektedir. Türkiye'de kadınlarda görülen en sık kanser insidanslarına göre 9.sırada yer alan serviks kanserinin mortalitesi yüksek olup, tanı alan hastaların yarısından fazlası hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de her gün yaklaşık 4 kadına serviks tanısı konulmakta ve her gün 2 kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir(104).

2.3.3.Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Etmenleri

Serviks kanseri gelişimi yavaş bir süreçtir. Muhtemelen bütün serviks kanserleri prekanseröz in-sitü bir lezyon olarak başlar ve invaziv kansere progresyon uzun bir dönem (20-30 yıl, fakat 1 yılda olabilir) gerektirmektedir. Bu lezyonlarda ilerleme her zaman gözlenmemektedir (108). Serviks kanserinin oluşmasında pek çok faktörün rol oynadığı sanılmaktadır. Ancak kesin bir etiyolojik faktör henüz gösterilmemiştir. Buna rağmen bazı gruplarda sık görülmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar, erken yaşta koitusa başlama, sigara, çok sayıda cinsel partner ve ırk sık görüldüğü gruplardır (98).

Serviks kanseri riskini artıran faktörler şunlardır;

1) Demografik faktörler:

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

2) Davranış ve seksüel faktörler:

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

3) Medikal/Jinekolojik faktörler:

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

- İmmun yetmezlik(109).

2.3.3.1. HPV (Human Papillomavirüs) ve Aşısı

HPV enfeksiyonu, uzun yıllardır cinsel yolla geçen bir hastalık olarak kabul edilmekteydi, ne var ki bu durumun CIN ve invaziv servikal kanserle ilişkili olabileceği ancak son zamanlarda gündeme gelmiştir. HPV "Papovaviridae" ailesinin bir üyesidir, ikosahedral şekilde çift-sarmallı bir DNA virüsüdür (94). HPV'nin 100'den fazla genotipi vardır. Bu genotiplerden HPV 16 ve 18 servikal kanserle en fazla ilişkili olmakla birlikte HPV 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 66 genotipleride kansere neden olma açısından yüksek risklidir.

En sıklıkla genital siğil veya "Condyloma Accumulata (kondilom)" olarak karşımıza çıkan HPV, kanser oluşturmasına göre üç gruba ayrılır:

1. Düşük onkojenik (kanser oluşturma) riskli grup HPV tip 6, 11, 42, 43, 44'ü içerir. Kondilomlarda ve düşük dereceli CIN lezyonlarında bulunurlar. Kanseri oluşturma riskleri son derece azdır.

2. Orta riskli onkojenik gruptaki en sık görülen HPV tipleri 33, 35, 51 ve 52'dir. Düşük ve yüksek dereceli CIN lezyonlarında, nadiren de invaziv karsinomlarda bulunurlar.

3. Yüksek riskli onkojenik grubu ise en yüksek oranda kanser yapma riski taşır ve HPV tip 16, 18, 31, 33, 45, 51 ve 52'den oluşur (110).

HPV serviks kanseri vakalarının neredeyse tamamına neden olmaktadır. Bununla birlikte penis, vulva ve vajina kanserinin %40'ına, anüs kanserinin %90'ına, ağız kanserinin ise %3'üne HPV neden olmaktadır. Bu değerler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise benzerdir (111).

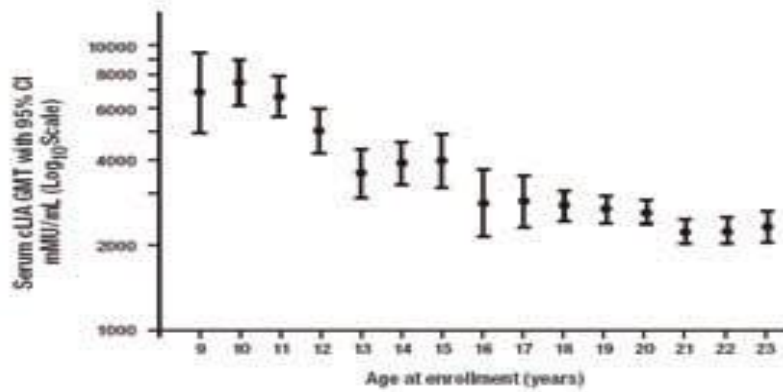
HPV enfeksiyonları genellikle asemptomatiktir ve tedavi gerektirmeden birkaç ay içinde düzelir. Enfeksiyonların %90'ı iki yıl içinde düzelmekte ve düzelmeyen persistan enfeksiyonlar CIN 1'e ilerlemektedir (111, 112). Serviks kanseri vakalarında HPV varlığının %99.7 olduğu gösterilmiştir. Serviks kanseri ile HPV arasındaki bu ilişkiyi gösteren Alman bilim adamı Prof.Dr.Herald zur Hausen 2008 yılında Nobel tıp ödülünü kazanmıştır (104).

HPV enfeksiyonları yakın temasla bulaşabilmekle beraber özellikle cinsel temasla bulaşmaktadır. HPV genellikle direk cilt temasıyla, çoğunlukla da penetratif

genital ilişki sırasında (vajinal veya anal seks) geçer. Genital HPV tipleri deride ve tırnak aralarında da saptanmaktadır. Bu nedenle HPV penetre olmadan gerçekleşen genital temas (oral-genital, el-genital ve genital-genital) ile de geçer fakat bu geçiş daha az görülür. Cinsel yönden aktif olmayan kişilerde görülme oranı % 2'den daha azdır. Cinsel yönden aktif olan kadın veya erkeklerin yarısından fazlası hayatlarının bir döneminde HPV ile enfekte olmuştur. Bazı araştırmalar ise 50 yaşındaki kadınların % 80'inin HPV ile enfekte olmuş olacağını tahmin etmektedir (113,114).

HPV aşısı: HPV aşısı rekombinan teknoloji kullanılarak virüs benzeri partiküllerden üretilmektedir. Aşı biyolojik ürünler veya DNA içermediğinden dolayı enfeksiyöz ve onkojenik değildir. HPV enfeksiyonu geçirmiş kadınların %50-60'ında antikor gelişmekte ancak HPV enfeksiyonu sonrası gelişen bu immünizasyonun koruyuculuğu ve süresi halen bilinmemektedir. HPV aşısı olanların tümünde, antikor cevabı oluşmakta ve bu oluşan antikor cevabı tüm yaş gruplarında doğal enfeksiyona göre çok daha yüksek düzeydedir.

Şekil 2.12. Kuadrivalan HPV aşısının 3 dozundan sonra oluşan HPV 6 antikor titrelerinin yaşa göre dağılımı



Aşı sonrası oluşan bu antikor cevabının adolesan yaş grubunda (özellikle 15 yaş altı) daha ileri gruplarına göre daha yüksek düzeylerde olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (Şekil 2.12). Bu nedenle HPV aşısı için uygulanması önerilen zaman 9-15 yaş arasıdır. HPV aşısı halen 9-26 yaş arası genç kız ve kadınlara yapılmaktadır. Erkekler ve 26 yaş üzeri kadınlara yönelik çalışmalar tamamlanmadığından henüz FDA onayı da olmayıp uygulanamamaktadır (111).

Günümüze dek FDA'den onay alan iki HPV aşısı bulunmaktadır. Bu aşılarından kuadriyalan HPV aşısı FDA'den onay alan ilk HPV aşısıdır ve Nisan 2007'de Türkiye'de satılmaya başlanmıştır ve tip 6, 11, 16 ve 18'i içermektedir. Bivalan HPV aşısı tip 16 ve 18'e karşı geliştirilmiştir. Her iki aşı da 6 ay içinde intramüsküler 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 (111,115).

HPV aşısının tek başına hayat boyu kanser riskini %43 azalttığı saptanmıştır. Aşının Pap testi ile kombine edilmesi hayat boyu kanser olma riskini %60 azalttığı rapor edilmiştir. 12 yaşın altında aşı yaptırmak ve 35–45 yaş arası 3 kez Pap testi yaptırmamanın maliyet etkin olduğu sonucuna varılmıştır (116).

Yapılan çalışmalarda aşının önemli yan etkilerinin bulunmadığı, enjeksiyon yerinde kızarıklık, şişlik ve ağrının daha çok lokal yan etkiler olduğu belirlenmiş olup, daha önce HPV enfeksiyonu geçirmiş kişilerde aşının koruyuculuğu düşüktür ve enfeksiyonu almış kişilerin tedavisi yönünden aşının yararlı etkisi yoktur (111, 115).

2.3.4. Serviks Kanseri Belirtileri

Erken Dönemde Görülen Belirtiler;

- Düzensiz, sızıntı şeklinde kirli vajinal kanama,
- Siklus dışı ara kanaması,
- Sarı, kirli, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı,
- Menapozdan sonra kanama,
- Menstruasyonun uzaması, kanamanın artması,
- Cinsel ilişkide kanama,
- Defekasyonda kanama,
- Ağrı yoktur (117).

Geç Dönemdeki Belirtiler;

- Kanser serviks sınırları dışına taşınca pelvis içine künt ağrılar,

- İnfiltrasyon kitlesinin sınırlara yaptığı baskı sonucu alt ekstremitelerde ve sırtta şiddetli ağrılar,
- Lenf dolaşımı engellenmesine bağlı alt ekstremitelerde ödem,
- Tümör kitlesindeki beslenme bozukluğuna bağlı olarak gelişen nekroz sonucu çok pis kokulu ve kanla karışık akıntı,
- Üreterlere infiltrasyon sonucu hidronefroz, pyelitis, pyelonefrit ve üremi,
- Tümör kitlesindeki enfeksiyon sonucu sepsis ve peritonitis, son dönemde kaşeksi, anemi,metastaz yaptığı diğer organlarda sarılık, hematemez, ağrı gibi çeşitli semptomlar görülür (118).

2.3.5.Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama

Serviks kanseri kadınlarda yaygın olarak görülen, erken tanı konulduğunda %95 kür sağlanabilen ancak geç kalındığında %50'lere varan mortalite oranına sahip hastalıktır. Tarama yöntemlerinin kullanımı sayesinde erken yaşlarda displazi henüz kansere dönüşmeden yakalanabilir ve kolayca tedavi edilebilir. Serviks kanseri önlenabilir birçok risk faktörünün bilinmesi ve tarama imkanı olması ile birincil ve ikincil korunma yöntemlerinin kullanılabilceği nadir kanserlerden biridir (119).

Serviks kanseri etyopatogenezi açısından bazı prekanseröz aşamalardan geçtikten sonra, belirli bir sürede invaziv kanser haline gelmektedir. Kanser öncesi en erken evreden kanserin yerleşmiş evresine kadar ortalama on yıl geçmektedir. Servikal kanser taraması maliyet açısından etkin nadir metodlardan birisi, servikal kanser de; önlenmesi, erken tanısı ve tedavisi en kolay nadir hastalıklardan birisidir (120). DSÖ'nün yayımladığı "Ulusal Kanser Kontrol Programları" rehberinde meme ve serviks kanseri, erken yakalama (hem tarama, hem erken tanı) programlarının uygulanmasını önerdiği kanserler arasında yer almaktadır (36). Dolayısıyla, dünya çapında ön sıralarda yer alan servikal kanserin etkili bir tarama programı ile premalign aşamada yakalanması ve tedavi edilmesi, insidans ve mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir (121). Servikal kanserden ikincil korunmanın amacı, en önemli risk faktörü olan HPV enfeksiyonuna bağlı gelişen lezyonların Pap smear ve HPV gibi tarama testleri ile kanser öncesi evrede tespiti ve tedavisidir (122).

Serviks kanserinde erken tanı Pap smear testi ile konulmaktadır. Kesin tanı ise biyopsinin patolojik olarak incelenmesi ile konulmaktadır (123). Pap smear, birçok ülkede toplum tabanlı servikal kanser tarama programlarında ideal bir tarama testi olarak kullanılmaktadır.

2.3.5.1.Pap Smear

Serviks kanseri için en çok bilinen ve yaygın kabul görmüş etkin tarama yöntemi pap smear testidir. Aynı zamanda serviksin diğer hastalıklarının tanımlanmasında, özellikle enfeksiyon hastalıklarının tanımlanmasında da etkin bir testtir (124).

Pap-smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu test ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanır. Pap-smear testleri konvansiyonel ya da sıvı bazlı olarak yapılabilir (40).Test ilk kez 1928 yılında George Papanicolaou tarafından tanımlandığı için onun adına ithafen Pap smear şeklinde adlandırılır (114). Erken tanı bakımından çok basit ve duyarlılık-seçicilik yönünden de oldukça başarılı bir testtir. Ayrıca nispeten ucuz, kolay yapılabilen ve hastalarca kolaylıkla kabul gören bir testtir. Bu yöntem yardımı ile serviks kanseri “in situ” evrede yakalanabilmektedir ki bu evrede yapılacak sağaltım ile hastaların iyileşmesini sağlamak olanaklıdır (125).

Pap smear testi ile servikal neoplazilerin % 90'nı erken dönemde teşhis edilebilmektedir. Erken tanı servikal kanserlerde tedavi şansını % 100'e çıkarırken, servikal kanser ile ilgili ölümleri de % 50 azaltmaktadır (102). Tek bir negatif Pap smear serviks kanseri gelişim riskini % 45 oranında azaltmaktadır. Yaşam boyu alınmış 9 adet smear bu riski % 99 oranında azaltır (126,114). Smear taramasında;

- Yanlış negatif oranı % 20-45
- Sensivitesi % 55-80
- Spesifitesi % 90'dır.

Bu kadar farklı güven aralığının alınmasındaki neden referans standartlarının farklı olmasına bağlanmaktadır. Yanlış negatiflik genç ve adeno kanserli olgularda daha yüksektir. Yanlış negatiflik oranını tekrarlayan Pap smear testleri aşağıya çekebilir. Üç kez Pap smear ile % 20'den % 4'e hatta %0.8'e kadar düşmektedir.

Sitolojide son yıllarda pap smearin yanlış negatif sonuçlarını azaltmak için ve standartlarını yükseltmek için çalışmalar yapılmaktadır(126).

DSÖ tarafından yapılan birçok çalışma ile 35-64 yaş kadınlarda farklı tarama sıklığına bağlı olarak invaziv serviks kanserlerinde azalma olduğu gösterilmektedir (Tablo 2.4).

Tablo 2.4.Farklı Tarama Sıklığına Göre 35-64 Yaş Kadınlarda İnvaziv Servikal Kanser Kümülatif Oranında Azalma

Pap Smear Tarama Sıklığı	Kümülatif Oranda Azalma Yüzdesi
Yıllık	93
2 Yılda bir	93
3 Yılda bir	91
5 Yılda bir	84
10 Yılda bir	64

Kaynak: Miller A.B. (1992) Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines. Geneva, World Health Organization.

IARC'ın önerisine göre tarama programı 25 yaş ve üstündeki kadınları kapsamalıdır. 65 yaşın üstündekilerde son 10 yılda yapılan iki test sonucu negatifse tarama bırakılmalıdır. 50 yaşın üstündeki kadınlarda tarama sıklığı beş yılda bir olmalıdır. 25-49 yaş arasındaki kadınlarda tarama sıklığı ülke kaynakları yeterliyse üç yılda bir olmalıdır. Yıllık tarama hiçbir yaş grubunda önerilmemektedir (127).

Smear almak için kontraendiksiyon yaratan durumlar şunlardır:

- Total histerektomi
- Servikal amputasyon
- Servikte makroskopik olarak görülen şüpheli bir lezyonun varlığı

Smear kalitesini etkileyen faktörler ise şunlardır:

- Vajinal enfeksiyon-inflamasyon
- Şiddetli genital atrofi
- Gebelik, doğum sonrası dönem ve emzirme dönemi

- Radyoterapi öyküsü (40).

Servikal kanser taraması ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya 21 yaşından itibaren başlanmalıdır. 3 smear sonucunun negatif olduğu durumda en az 2-3 yılda bir tekrarlanmalıdır (119,128).

- Ancak HIV pozitif olanlar
- Bağışıklık yetersizliği olanlar
- Organ transplantasyonu yapılmış olanlar
- Kemoterapi veya kronik kortikosteroid tedavisi alanlarda tarama sıklığı artırılmalıdır (119).

Ne zaman tekrarlamaya gerek yoktur?

- Selim nedenlerle total hysterotomi geçiren ve cervical intraepithelial neoplasia (CIN) hikâyesi olmayan kadınlar,
- CIN 2,3 hikâyesi olan ancak total hysterotomi öncesinde 3 tane ardışık negatif PAP smeari olanlar,
- 70 yaşından büyük, son 10 yıla ait en az 3 tane negatif PAP smeari olan kadınlarda tekrarlamaya gerek yoktur.

Ancak inutero DES (Diethylstilbestrol)'e maruz kalmış ve total hysterotomi geçirmiş kadınlar ile HPV (Human Papilloma Virüs) DNA pozitif, 70 yaşını aşmış olanlara sağlık durumları elverdikçe yıllık PAP smear tekrarı yapılmalıdır. Bu test için en uygun zaman son adet tarihinden 10, 20 gün sonrasdır. Adet döneminde yapılmamalıdır (119).

2.3.5.2.HPV DNA testi

Servikal kanser 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 iki durumda kullanılmaktadır. 30 yaşın üstünde PAP testi ile birlikte tarama testi olarak, anormal değişiklik hafif düzeydeyse, daha ileri bir tanı yöntemi ya da tedavi gerekip gerekmeyeceğine karar vermede kullanılmaktadır (129).

Pap smear testi tarama programlarında oldukça etkili bir yöntemdir. Pap testin duyarlılığı % 75-80'dir. HPV tiplmesi ile yapılan pap test taramalarında duyarlılığın %96 olduğu bildirilmiştir. HPV tiplmesi yapılarak duyarlılık artırılmış ve ileri tedaviden kaçınılmış olunur. Sitolojik taramada yalancı negatiflik oranı azaltılır. Yüksek riskli ve düşük riskli grup ayrımı yapılır. HPV- DNA taramaları da sitolojik taramalara ilave edilerek uygulanmaktadır. Yüksek riskli virüslerin saptanması ile bu vakaların erken tanısı ve triyajı sağlanmaktadır. Ancak HPV –DNA'nın hangi sıklıkta, hangi yaş grubuna uygulanacağı ve ne zaman sonlandırılacağı konularında araştırmalar sürmektedir. Kost-efektif olduğuna dair bulgular bulunmaktadır (130).

Dünyada Servikal Kanser Tarama Örnekler

Amerika, Finlandiya, İsveç, Danimarka, Norveç'te Pap smear testi ile taramanın başlamasıyla serviks kanseri belirgin olarak azalmıştır (131,132). Avrupa'da ülkeler arasında Pap smear testiyle serviks kanseri tarama programlarının uygulanışı arasında farklılıklar bulunmaktadır.

Lüksemburg'da tarama 15 yaşında, bazı ülkelerde (Avusturya, Almanya, İngiltere, İzlanda, Portekiz, Slovenya) 20 yaşında, çoğu ülkede 25-30 yaşlarında, İspanya'nın bazı bölgelerinde ise 35 yaşında başlamaktadır. Testin uygulama sıklığı da değişmektedir. Bazı ülkelerde yılda bir kez test yapılması önerilirken, diğer ülkelerde tarama sıklığı beş yıla kadar çıkmaktadır (127).

Kanada'da bulunan "British Columbia" tarama programlarının ne kadar etkili olabileceğini gösteren örneklerden biridir. 1949 yılında başlayan toplum bazlı Pap servikal sitoloji taramasından sonra invaziv servikal kanser insidansı 100.000 kadında 30'dan 5'e ve mortalite oranı 100.000 kadında 12'den 3'e düşmüştür. Bu mükemmel sonuçların elde edildiği popülasyon bazlı tarama programında her üç yılda bir kadınlara tarama zamanının geldiğini hatırlatan bir merkezi kayıt sistemi ve kadınların haberdar olduğundan emin olunan bir karşılıklı arama sistemi, merkez sitoloji laboratuvarı, smearleri alan eğitimli klinisyenler ve anormal smear bulgularının değerlendirildiği kolposkopi takip klinikleri bulunmaktadır. Bu çok iyi organize edilmiş programda her düzeyde kalite kontrolü sağlanmakta ve o bölgede yaşayan herkesin bu tarama programına ve takiplere katılımını sağlayan parasal

destek sağlanmaktadır. Tarama programında başarı sağlamak için tüm bu bileşenlerin sağlanması gerekmektedir(131).

Servikal kanser konusunda erken tanı çalışmalarına 1960'lı yılların ortalarında itibaren başlamış olan Finlandiya, Danimarka, İsveç gibi ülkelerde servikal kanserin görülme sıklığında dikkati çeken azalmalar sağlanmıştır. Buna karşılık erken tanı çalışması yapılmayan Norveç'te ise servikal kanser insidansı artış eğilimini sürdürmektedir (133).

Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standartlarımız

Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında serviks kanseri taraması için ideal yöntem Pap smear testidir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Türkiye'de yürütülecek toplum tabanlı serviks kanseri taraması çalışmaları başlatılmıştır (40).

Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları

Pap smear tarama testi;

- 30 yaşında başlamalı
- 35-40 yaş arasındaki kadınlara en az bir kez pap smear yapılmalı
- 5 yıllık aralıklarla tekrarlanmalı
- Son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.

Histerektomi (CIN II VE CIN III nedeniyle) olanlarda üç dökümante edilebilen, teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmelidir (40).

Bugüne kadar Türkiye'de yapılmış olan en önemli toplum bazlı çalışma programı Şanlıurfa ilinde gerçekleştirilmiş olan “Şanlıurfa İlinde Üreme Sağlığı Eğitimi ve Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması “ isimli programdır. Proje Ocak 2005 ile Ocak 2007 yılları arasında yapılmıştır. Proje sırasında toplam 9079 smear alınmış olup bunlardan 144 tanesinde ASC-US, 6 tanesinde ASC-H, 5 tanesinde AGC, 7 tanesinde LGSIL, 2 tanesinde HGSIL saptanmıştır. Squamoz hücreli kanser ise sadece 1 hastada bulunmuş olup insidans %0.01 olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların histopatolojik incelenmesi sonucunda 49 tanesinde HPV enfeksiyonu, 27 tanesinde CIN I , 5 tanesinde CIN II, 5 tanesinde CIN III, 1 tanesinde mikroinvaziv

serviks kanseri tespit edilmiştir. Proje sırasında kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından sevk edilmiş olan 2 hastada daha squamoz hücreli serviks kanseri saptanmıştır (134).

Bu konuda yapılan ikinci büyük proje ise “ Van İlinde Serviks Kanserlerinin Erken Teşhis Edilmesi ve Önlenmesi “ isimli programdır. Bu projenin verilerinin istatistiki çalışmaları devam etmekte olduğundan daha ayrıntılı bilgi sunmak şu anda mümkün değildir (134).

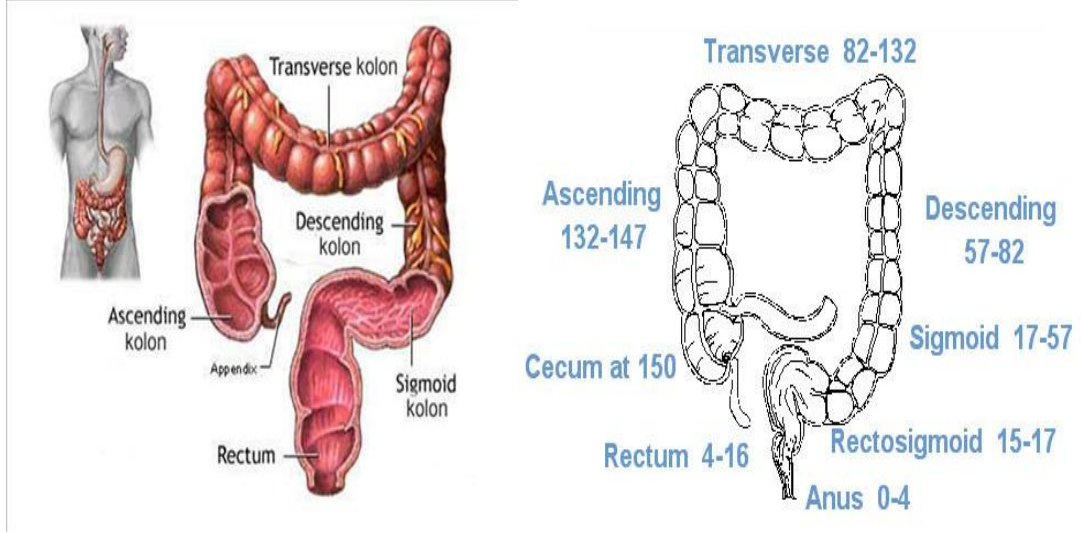
Ülkemizdeki serviks kanserinde şu anda toplumun %15’ini tarayabilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın hedefleri içinde 2015 sonuna kadar kanser taramalarını hedef grubun tümüne ulaştırmaktır. Serviks kanseri taramalarında toplumun %70’ini taramayı hedef alan 8 Avrupa ülkesi (Finlandiya, İsviçre, Danimarka, Hollanda, İngiltere, Macaristan, Slovenya, Almanya) vardır (38).

2.4. KOLOREKTAL KANSER

Kolon kanserleri bir polip zemininde gelişirler. Normalde her gün milyonlarca kalın barsak hücresi görevini tamamlayıp ölür ve dışkı ile dışarı atılır. Bu hücrelerin yerine yeni hücreler yerleşir. Genetik veya çevresel faktörlerden dolayı bu hücrelerin genetik yapılarında değişiklik olması sonucu hücrelerin normal yaşam sirkülasyonunda bozulma olur. Böylece yeni oluşan, büyüyüp gelişen ve çoğalan hücreler zamanı gelince ölmeleri gerekirken ölmezler ve anormal şekilli hücreler şeklinde çoğalmaya devam ederler. Buldukları kalın barsak bölümünde küçük bir polip (hiperplastik ve adenomatöz polipler) olarak belirip büyürler. Daha sonra genetik değişiklikten dolayı oluşan kanser yapıcı genler sayesinde adenomatöz polipler buldukları organı istila ederek kanser oluştururlar ve diğer başka organları da çeşitli yollarla istila ederler. Kalın bağırsakta (kolon) ve kalın bağırsağın son kısmında (rektum) görülen kanserlerin genel adıdır (138,139). Türkiye’de kolorektal kanserlerden ölümler bütün kanserden ölümlerin yaklaşık olarak %8’inden sorumludur (2). Vakaların 1/3’ü rektumda, 2/3’ü kolonda (özellikle sol kolon) lokalizedir (143,148).

2.4.1. Kolon ve Rektum'un anatomisi

Şekil 2.13.Kolon ve rektum anatomisi Şekil 2.14.Kolon ve rektum anatomisi

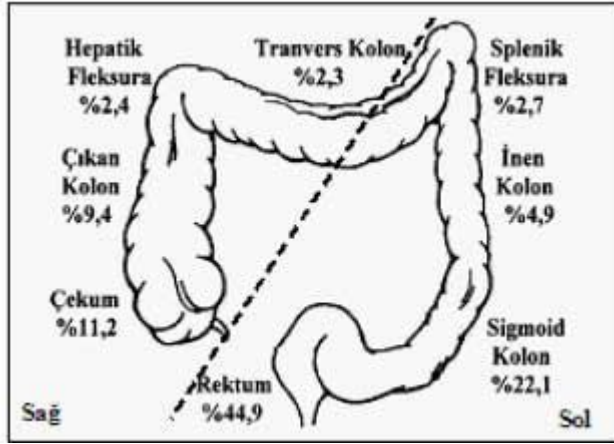


*Kaynak: <http://www.hastarehberi.com/ince-ve-kalin-bagirsak-hastaliklari/>,
<http://training.seer.cancer.gov/colorectal/anatomy/figure/figure1.html>

Kolon ve rektum yaklaşık 150 cm uzunluğunda olup ileoçekal valv ile anüs arasında kalan bölümüne rektum adı verilir (136,137). Kolon çekum, çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve rektum olarak bölümlere ayrılır (Şekil 2.13 ve Şekil 2.14).

Kolorektal kanserin erkek/kadın oranı 1,34'tür. Ömür boyu kolorektal kanser görülme oranı kadınlarda % 5,92, erkeklerde ise % 6,14'tür. Kişide var olan belli risk faktörleriyle bu oran yükselmektedir (142). Kolon kanseri kadınlarda, rektum kanseri erkeklerde biraz daha fazladır(143,149). Yaşın ilerlemesi ile kolorektal kanser gelişme riski arasında doğru orantı vardır. Erkek ve kadınlarda gelişme riski 40 yaşından itibaren artar ve her dekatta katlanarak artar. Kolorektal kanserin %90'dan fazlası 50 yaşından sonra geliştiğinden dolayı tarama programları bu yaştan itibaren başlar. En sık görülme yaşı 60-65, ortalama tanı yaşı ise 62'dir (142,143).

Şekil 2.15.Kalın bağırsağın (kolon) şematik görünümü ve kalın bağırsak kanserinin bağırsakta yerleşim yerine göre dağılımı



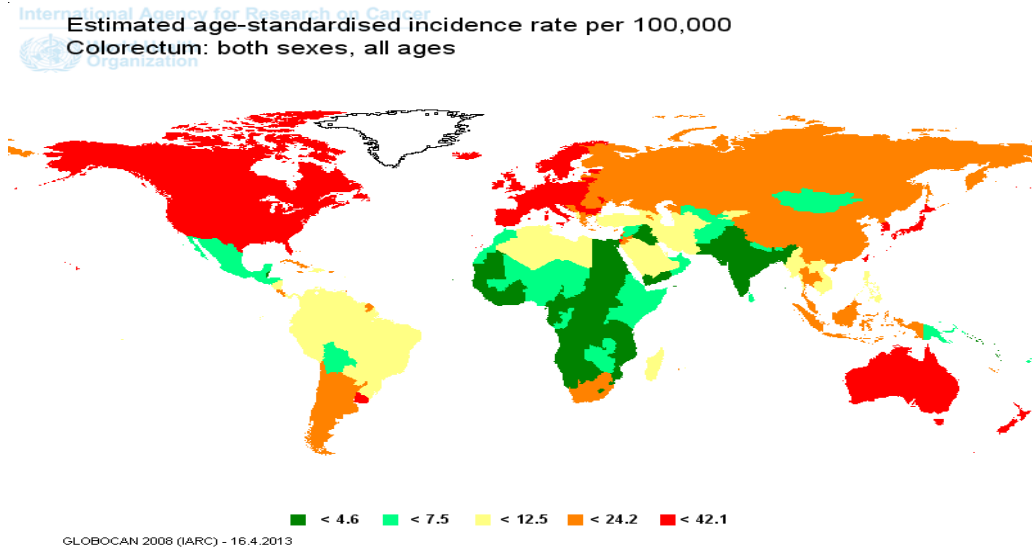
***Kaynak:** <http://www.drahmetdobrucali.com/hastaliklar/kalin-barsak-kanserinden-korunma/>

Tümör yerleşim yeri bakımından sigmoid kolon %22.1 , %11.2 çekum ve %9.4 çıkan kolonda , %44.9 rektumda, %2.3 transvers kolonda,% 4.9 inen kolonda görülür(Şekil 2.15.).

2.4.2.Kolorektal Kanserin Epidemiyolojisi

Kolon ve rektum adenokarsinomu, gastrointestinal sistemin en çok rastlanan kanseridir. Erkek ve kadınlarda görülen kanserlerin yaklaşık % 10'unu kolorektal kanser oluşturmaktadır. Kolorektal kanser dünyada tüm kanserler arasında erkeklerde üçüncü ve kadınlarda ikinci sıklıkta görülen kanserdir. Erkeklerde ölüm nedenlerinde akciğer, karaciğer ve mide kanserinden sonra %7.6 oranıyla dördüncü sıklıkla, kadınlarda ise meme, akciğer ve kolorektal kanserinden sonra kanserden ölüm nedenleri arasında %8.6 oranıyla üçüncü sırada yer almaktadır (2)

Şekil 2.16. Dünyada Kolorektal Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008



Kolon ve rektum kanseri Kuzey Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda, Batı Avrupa ve Japonya gibi gelişmiş ülkelerde daha yüksek insidansa sahiptir. Asya ve Afrika'da ise daha düşük insidansa sahiptir (Şekil.2.16)(2).

Kolorektal kanser aynı ülkede yörelere ve topluluklara göre farklı sıklıkta görülen onkolojik bir sorundur. En yüksek ve en düşük insidans bölgeleri arasında 30-40 kat fark görülmektedir. Bu farklılık diyet ve çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır (142-144). Genel olarak değerlendirildiğinde kolon kanseri insidansı ve mortalite oranları gelişmiş batı ülkelerinde en yüksektir. Bu durum yağ ve kırmızı etten zengin diyet, obezite ile sonuçlanan düşük fiziksel aktivite ve yaşam süresinin uzunluğu ile ilişkili olabilir. Gelişmiş ülkelerde fazla miktarda yağ tüketimi kolon kanseri için artmış riske yol açarken, gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla vejetaryan diyet koruyucu rol oynamaktadır (145). Kolorektal kanserler gelişmiş ülkelerde daha sık görülmesine karşın son zamanlarda yapılan çalışmalarda gelişmekte olan ülkelere insidans artarken gelişmiş ülkelere daha sabit oranlarda seyrettiği belirtilmiştir. ABD'de ise kanser insidansının azalma eğiliminde olduğu bildirilmiştir. Bu durum diyet ve yaşam şekli değişikliği, NSAİ ilaç kullanımının rolü ve kanser taramaları ile adenomatöz poliplerin çıkarılmalarına bağlanmıştır. (143,146). ABD en yüksek kolon kanseri insidans oranlarına sahip olduğu halde, en

düşük mortalite hızına sahip ülkelerden biridir ve tedavi edilen bütün kolorektal kanserlerin %61'i 5 yıllık yaşam oranları göstermiştir. En düşük 5 yıllık yaşam oranları %32 ile Çin ve %30 ile Avrupa'dan bildirilmiştir. 1970'lerden itibaren tedavideki ilerlemelerin kolorektal kanser mortalitesindeki düşüşün nedeni olabileceği ileri sürülmüştür (105). 2008 yılında 1.2 milyon yeni vaka ve 608.700 tahmini ölüm oranı olduğu bildirilmiştir. 2010' da 142.600 yeni tanı kolorektal kanser vakası olduğu ve bununun 102.900'ü kolon kanseri geri kalanı rektal kanser olduğu tahmin bildirilmiştir (147).

IARC'in açıkladığı verilere göre 2008 yılında dünyada kolorektal kanser 18.2/100.000 insidansla tüm kanserler arasında dördüncü sırada olup kolorektal kansere bağlı ölüm 9/100.000 olarak bildirilmiştir. Ayrıca bu verilere göre ülkemizde 2008 yılında 7218 kolorektal kanser vakası, 4949 da kolorektal kansere bağlı ölüm bildirilmiştir (2). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2007-2008 yıllarında oniki ildeki kanser kayıt merkezi verilerine göre, kolorektal kanser görülme sıklığı açısından tüm kanserler içinde % 7.8 ile kadınlarda üçüncü ve % 7.5 ile erkeklerde dördüncü sırada yer almaktadır(164).

2.4.3.Kolorektal Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kolon kanserinin etiyolojisinde genetik ve çevresel risk faktörleri rol oynamaktadır. Bu faktörler uzun yıllar içerisinde normal mukozadan premalign adenomatöz polipler ve kolon kanseri gelişmesine zemin hazırlayabilirler(150). En yüksek risk artışı genetik temelli olsa da, kolorektal kanserlerin %75-80'i ailesel kanserden çok sporadik vakalar oluşturur (151). Ailesel Adenomatosis Poliposis Koli (FAP) ve Herediter Nonpoliposis Kolorektal Kanser (HNPCC) ailesel kolon kanserleri içinde en yaygın görülenler olmalarına karşılık, bunlar kolorektal kanserler vakalarının % 5'ten azını oluşturur (152-154).

Kolorektal kanseri için risk faktörleri aşağıda gösterilmiştir;

1. Orta derecede risk grubu
 - 50 yaş üzerindeki asemptomatik popülasyon

2. Yüksek risk grubu

- İrritabl Bağırsak Hastalığı
- Adenomatöz polipozis ve HNPCC (Lynch 1, Lynch 2)
- Turkot sendromu, Oldfield' s sendromu
- Jüvenil polipozis
- Özgeçmişinde: Sporadik adenoma, kolorektal kanser, İBH, meme, over veya endometrial Ca olması
- Soygeçmişinde: FAP, herediter şat adenoma, Gardner sendromu, sporadik kolorektal Ca / adenom olması.

3.Önlenebilir risk faktörleri

- Fazla yağlı diyet
- Sebze ve meyveden fakir diyet
- Fiziksel inaktivite
- Obezite
- Sigara kullanımı
- Alkol (148,150).

2.4.4.Kolorektal Kanser Belirtileri

Çoğu hastada tarama sırasında veya rastlantısal olarak kolon kanseri saptandığından hastalar genellikle asemptomatiktir (155). Kolorektal kanserlerde semptom ve bulgular tümörün lokalizasyonu, makroskopik yapısı, tümörün yayılım derecesi ve kanama, perforasyon ve tıkanma gibi komplikasyonların oluşumuna göre değişir(156).

Sağ kolon kanserlerinde: Karın ağrısı, dispeptik yakınmalar, halsizlik ve karın sağ alt kısmında palpabl kitle en sık görülen yakınmalardır. Nedeni açıklanamayan anemi ve hızlı kilo kaybı varlığında sağ kolon tümörü mutlaka akla gelmelidir. Gözle görülür kanama nadiren görülür. Dispeptik yakınmalar ve sağ alt kadran ağrısı sıklıkla duodenum ve safra kesesi hastalıklarıyla karıştırılabilir. Sağ kolonun çapının sol kolonun yaklaşık iki katından fazla olması, bu bölümdeki dışkıının daha sıvı olması ve bu bölgenin tümörlerinin daha çok ülseröz ve vejetan tipte olması

nedeniyle sağ kolon kanserlerinde tıkanma nadiren görülür. Bu nedenle tümör belli bir çapa ulaşmadan tanı genellikle konulamaz. Kolorektal kanserlerde hastanın yakınmalarının başlangıcı ile definitif tedavi arasındaki süre ortalama 7-9 ay olup, bu gecikmeden doktorlar en az hastalar kadar sorumludur(157,158).

Sol kolon kanserlerinde: Bu bölgede kolon çapının daha dar olması, dışkıının daha kıvamlı olması ve bu bölümde yerleşen tümörlerin daha çok daraltıcı tipte olması nedeniyle temel yakınmalar dışkılama ile ilgili değişikliklerdir. Dışkılama güçlüğü, dışkı çapında incelme, kabızlık veya kabızlık sürecini takip eden ishal (Koenig sendromu), distansiyon, kolik tarzda ağrılar ve dışkıya bulaşmış rektal kanama en sık görülen yakınmalardır. Kanama sık olmakla birlikte nadiren masiftir. Sadece kanamanın rengine bakarak yer tahmininde bulunmak doğru değildir. Kısmi ya da tam obstrüksiyon gelişebilir.

Rektum kanserlerinde: Ana semptom rektal kanamadır. Kanama dışkıyla karışık dışkıının üzerine sürülmüş veya dışkı öncesinde olabilir. Sık görülen diğer bulgular kabızlık, karın ağrısı ve boşalamama hissidir. Rektum kanserli hastalarda en sık yapılan hata bu hastalarda rastlantısal olarak bulunan hemoroidlerin hastadaki yakınmaları oluşturduğunu düşünerek rektum kanserinin araştırılmamasıdır. Birçok hasta için anorektal bölgeyle ilgili yakınmaların nedeni hemoroidleridir. En fazla tanı hatalarının rektal kanaması olup muayenede hemoroid veya diğer selim anal bölge hastalıkları saptanan kolorektal kanser hastalarında yapıldığı unutulmamalıdır.

Bazen de komplikasyonlar hastalığın ilk bulgularını oluşturur:

1. Perforasyon: Bazen gelişen nekroz nedeniyle tümörün olduğu yerden ve bazen de tıkanıklığa bağlı olarak çekum veya sağ kolondan perforasyon oluşabilir.
2. İleus: En sık görülen komplikasyon olup tümörün lümeni tıkamasına bağlı olarak oluşur.
3. Fistül oluşumu: Mesane, mide ve vajenle tümörlü barsak kısmı arasında fistül oluşursa buna ait yakınmalar oluşabilir (159).

2.4.5. Kolorektal Kanserde Erken Tanı ve Tarama

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; kolorektal kanserlerin %90'ından fazlası adenomatoz poliplerin doğal seyri sonucu gelişmektedir. Klinik çalışmalar ilk kez Vagelstein tarafından tanımlanan adenoma-karsinoma modelinden yola çıkarak adenomdan invaziv kansere ilerleyişin 8-10 yıllık bir zaman periyodunu kapsadığını göstermiştir (160). Bu uzun süreçte, toplumda kolorektal kanserlere yönelik tarama testlerinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi kanserleşme riski olan poliplerin daha kanserleşmeden tespit edilmesi ve tedavisi neticesinde kolorektal kanser gelişimi önlenebilecektir. Yapılan çalışmalarda kolorektumda adenomların dağılımı ile karsinom dağılımının paralel olduğunun gösterilmesi ve düzenli kolonoskopik takip ve polipektomi yapılan bireylerde kolorektal kanser insidansında azalma olduğunun gösterilmesi (161,162), kolorektal kanserin önlenebilir bir hastalık olduğuna dair önemli göstergelerdir.

Kolorektal kanserler ülkemiz için önemli bir sağlık sorunu olmayı sürdürmektedir. Ülkemizde kolon ve rektum kanserleri genellikle ileri evrede tanındıklarından ve 8-10 yıllık premalign dönemlerinden dolayı asemptomatik bireylerin taranması büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar çeşitli tarama programlarının kolorektal kanser mortalitesini azalttığını göstermiştir. Ailesinde kolorektal kanser hikayesi olan bireylerde bu kanserin gelişme riski normal topluma göre dört kat arttığı halde, bu gruptaki bireylere bile yeterli tarama testi programları uygulanamamaktadır. Tarama yöntemlerinin öncelikli amacı kanser gelişmeden önce poliplerin saptanması ve çıkarılmasıdır. Böylece kanser gelişimi önlenmiş olacaktır.

Tarama yöntemlerinin diğer önemli bir amacı ise kanserin hiç değilse erken evrede yakalanmasını ve tedavisini sağlamaktır. Bu sayede erken evre kanserlerin tedavisi ile tam bir şifa mümkün olacaktır. Kolorektal kanser taraması diğer kanserlere oranla daha komplikedir. Örneğin meme kanserinde tarama için uygun kadınlara, bir standart tarama yöntemi (mammografi) vardır. Oysa kolorektal kanserler için daha fazla sayıda önerilen tarama yöntemi bulunmaktadır. Tarama programlarına; hastaların kişisel, ailesel risk faktörleri ve medikal öyküleri değerlendirilip hastaların risk grupları sınıflandırılarak başlanmalıdır.

Böylece kişiye uygun tarama yöntemleri de tanımlanabilir. Ortalama risk gurubunda erkek ve kadın için kolorektal kanser ve adenomatoz polip taramasının 50

yaşında başlatılması önerilmektedir. Tüm tarama yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları belirlenmeli ve tarama yöntemi seçimi buna göre şekillenmelidir. Eğer tarama yöntemiyle anormal bir sonuç alınır, hekim kolonoskopi (yapılamıyorsa fleksible sigmoidoskopi ve çift kontrast baryum grafi) ile kolon ve rektumu kapsayacak tam bir yapısal değerlendirme önermelidir (163).

Klinisyenler potansiyel tarama öncesi hastaların kişisel risk durumunu tanımlamalıdır. Hastanın risk durumu belirlendikten sonra tarama için hangi testin hangi sıklıkta uygulanacağı belirlenmelidir.

2.4.5.1. Tarama Yöntemleri:

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

- Dijital rektal muayene (Rektal tuşe)
- Gaitada gizli kan testi
- Çift kontrastlı kolon grafisi
- Rijit veya fleksible sigmoidoskopi
- Kolonoskopi
- Sanal kolonoskopi(165).

Dijital Rektal Muayene (Rektal Tuşe): Dijital rektal muayenenin kolorektal kanser taramasında yeri sınırlıdır. Çünkü muayene sonucu elde edilecek olan bilgi muayene eden kişinin parmak uzunluğu ile sınırlanmıştır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki kolorektal kanserlerin sadece %10'u rektal tuşe ile ulaşılabilir seviyededir (141,166-168).

Gaitada Gizli Kan Testi: Dışkıda gözle görülemeyecek kadar az miktardaki kanın olup olmadığını tespit etmek için kullanılan bir testtir. Hemoglobinin psodoperoksidaz aktivitesini ölçmeye yarayan guiac tabanlı testler kullanılır. Gaitada

2 ml kan bulunması testi pozitifleştirir. Bu testten en iyi sonucu alabilmek için en az üç gün evvelden peroksidaz aktivitesini içeren kırmızı et ile karnabahar, turp, şalgam gibi çiğ ve yeşil sebzeler, demir preparatları, vitamin-c, aspirin ve NSAII alımı durdurulmalıdır. Ardışık 3 dışkı örneğinin her birinden 2 örnek incelenmelidir. Testin kolorektal kanserlerde yalancı negatiflik oranı %50'dir. 3 ardışık dışkıdan alınan 2 örnek ile yapılan testle, 3 randomize kontrollü çalışmada kolorektal kanserden ölüm riskinin azaldığı gösterilmiştir. Gaitada gizli kan testi kolorektal adenomlar ve karsinomlar için tek başına uygulandığında düşük sensitiviteye sahiptir. Ancak tekrarlayan testlerle gaitada gizli kan testinin başarısı artırılabilir (169). Tek bir GGK testinin duyarlılığı %30-50 arasında iken yıllık tekrarlandığında %92'lere kadar kanserleri tanımaktadır. Yıllık tarama 2 yıllık taramaya karşı daha etkili olduğundan 1 yıllık tarama önerilmektedir (170-172). Testin avantajları kolay yapılabilir, ucuz ve non-invaziv olmasıdır. Dezavantajları ise yalancı-pozitiflik ve yalancı-negatiflik oranının yüksek olması, sensitivitesinin düşük olması, diyetle alınan gıdalardan ve alınan ilaçlardan etkilenmesi, tüm adenom ve kanserlerde kanama olmaması, bazı malign lezyonların ancak son aşamada kanama yapması nedeniyle son dönemde testin pozitif olmasıdır. Tüm pozitif GGK testi saptanan olgularda kolonoskopi önerilmektedir. 18 yıldan daha uzun bir izlem süresi olan Minnesota çalışmasında yıllık GGK testi taraması ile kolorektal kansere bağlı ölümlerde %21 düşüş olduğu saptanmıştır (170). Bu oran 2 yıllık taramalar yapılan 2 Avrupa çalışması ile de uyumludur (171,172).

Çift Kontrastlı Kolon Grafisi: Çift kontrastlı kolon grafisi ile 1 cm'den daha küçük poliplerin %50 ile %80'i, 1 cm'den büyük poliplerin %70 ile %90'ı; erken evre kanserlerin %50 ile %80'i saptanabilmektedir. Çift kontrastlı kolon grafisinin tarama yöntemi olarak kullanılmasını sınırlandıran bir sebep; bir lezyon tespit edildiğinde kolonoskopi yapılmasının gerekmesidir (163,166).

Sigmoidoskopi: Kolorektal kanserlerin yaklaşık %30'u rijit sigmoidoskop ile; %50'si ise 60 cm'lik fleksible sigmoidoskop ile erişilebilecek bölgede lokalize olurlar. Sigmoidoskopi ile kanser gelişiminde öncü lezyonlar olduğu kabul edilen adenomatöz poliplerin eksizyonu da yapılabileceğinden; kolorektal kanserlerin mortalitesi de önemli derecede azalacaktır (166).

Kolonoskopi: Makattan ince ışıklı bir tüple girilip tüm kalın barsak incelenir. Eğer şüphelenilen bir bölge, polip, ülser, v.b. görülürse aynı zamanda biyopsi yapılmasına da olanak sağlar (179). Kolonoskopi, bazı yazarlar tarafından kolorektal tarama programlarında altın standart olarak kabul edilmektedir. Kolonoskopi en sensitif ve spesifik tarama testidir. Gaitada gizli kan ve sigmoidoskopinin sensitivitesi ve spesifitesi daha düşüktür (173).

Kolonoskopinin tam bir bağırsak temizliği gerektirmesi, sedasyon gerektirmesi, yapan kişinin eğitimli ve tecrübeli olması gerekliliği ve pahalı olması dezavantajlarıdır. Buna rağmen yeterli tecrübe ve bilgiye sahip kişiler tarafından yapılır ise tüm kolon mukozasının değerlendirilebilmesi, saptanan lezyonun çıkarılabilmesi ve histopatolojik örnek alınabilmesi, spesifite ve sensitivitesinin yüksek olması nedeni ile kolorektal kanser mortalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (163,166,168,174). Kolonoskopi kolon taramasında işlem sırasında tam bir değerlendirme yapmak için çekuma kadar ilerlemek gereklidir. Ancak çekuma kadar ilerlemek her zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumda yetersiz kolonoskopiden bahsedilir. Deneyimli ellerde tam bir kolonoskopi %90-95 oranında yapılabilmektedir. Ancak literatürde kolonoskop ile çekuma kadar ulaşılabilmesinin oranının %16-43 arasında değiştiğini bildiren yayınlar vardır (175).

50 yaş ve üzerindeki kişilerde mutlaka yapılması gerektiği bildirilmekle birlikte hangi sıklıkta yapılacağı tartışılmaktadır. Daha önceleri sonuçların tamamen normal olduğu kişilerde 5 yılda bir yapılması önerilirken Amerikan Kanser Cemiyetinin son önerisi 10 yılda bir tekrarlanmasıdır. 50 yaşından itibaren kadın ve erkeklerde bu tarama testlerinden birinin yapılması önerilmektedir. Bu testlerden herhangi birisi şüpheli çıkarsa mutlaka kolonoskopi yapılmalıdır (179).

Yeni Yöntemler:

- **Sanal Kolonoskopi:** Kolonun yüksek rezolüsyonlu 3 boyutlu tomografik görüntüsü sağlanarak elde edilen bir yöntemdir (176).

- **Dışkınnın Genetik Analizi:** Kolorektal karsinogenezisde, normal mukozadan ileri evre kansere dönüşene kadar çok sayıda kazanılmış genetik abnormaliteler görülür (176).

Kolorektal Kanseri Ulusal Tarama Standartları

Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında kolorektal kanseri taraması için ideal yöntem GGK testi ve kolonoskopi'dir. 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Türkiye'de yürütülecek toplum tabanlı kolorektal kanseri taraması çalışmaları başlatılmıştır (36).

Kolorektal Kanseri Ulusal Tarama Standartları

- 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınlarda her yıl Gaitada Gizli Kan Testi (GGK)
- 50 yaş sonrası her 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır.

Özel Durumlar: Yüksek riskli olgular: Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenöz polip, ülseratif kolit, Crohn hastalığı ya da kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan bireyler 40 yaşından sonra taramalara başlamalıdır (41).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1-Araştırmanın Türü: Bu araştırma Malatya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan doktor, ebe ve hemşirelerin ulusal kanser tarama standartlarındaki tarama uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır.

3.2-Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma Aralık 2011- Temmuz 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3-Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan tüm doktor, ebe ve hemşireler oluşturmaktadır, örnekleme yapılmamıştır. Araştırmaya Aile Sağlığı Merkezleri olarak Malatya il merkezinde bulunan 38 adet Aile Sağlığı Merkezi alınmıştır.

3.4-Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları: Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu ve ulusal kanser taramaları temel alınarak oluşturulan 38 soruyu içeren anket formu kullanılmıştır. Anket formunda yer alan sorulardan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. sorular doktor, ebe ve hemşirelerin sosyo demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durumu, çalışma yılı, sigara içme durumu, ailede kanser öyküsü ve kanser hastalığı olma durumu); 9, 10, 11, 12, 13. kolorektal kanser taramalarından GGK testi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış soruları; 14, 15, 16, 17, 18. sorular kolonoskopi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış soruları; 19, 20, 21, 22, 23. sorular meme kanseri taramalarından KKMM ile ilgili bilgi, tutum ve davranış soruları, 24, 25, 26, 27, 28. sorular KMM ile ilgili bilgi tutum ve davranış soruları; 29, 30, 31, 32, 33. sorular mamografi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış soruları; 34, 35, 36, 37, 38.

sorular serviks kanseri taraması olan pap smear ile ilgili bilgi, tutum ve davranış sorularından oluşmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri;

- Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi
- Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin davranışları
- Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin tutumu
- Kolorektal kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi
- Kolorektal kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin davranışları
- Kolorektal kanseri erken tanı yöntemlerine tutumu
- Serviks kanseri erken tanı yöntemine ilişkin bilgi düzeyi
- Serviks kanseri erken tanı yöntemine ilişkin davranışları
- Serviks kanseri erken tanı yöntemine ilişkin tutumu

Araştırmanın açıklayıcı değişkenleri

- Yaş
- Medeni durum
- Cinsiyet
- Meslek
- Çalışma süresi
- Sigara içme durumu
- Var olan meme, kolorektal, serviks kanser hastalığı
- Ailede meme, kolorektal ve serviks kanseri öyküsünün olması

3.5-Verilerin istatistiksel Analizi: Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS for Windows Version 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verileri bu programa girerken kısa kodlar verilmiş, bu kodlar karşılaştırılarak istatistiksel analiz yapılmıştır. Nicel değişkenlerimiz (yaş, çalışma süresi, sigara içme miktarı) çalışmaya alınmıştır. Bu değişkenlerden ise; yaş ile diğer değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde de ‘Pearson Ki-Kare’ ve ‘Fisher Exact testi’ kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (71).

3.6-Etik İlkeler: Araştırmanın yürütülebilmesi için Malatya Valiliği ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izinler alınmıştır. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır.

3.7- Araştırmanın Sınırlılıkları: Malatya il merkezindeki ASM' lerde görev yapan doktor, ebe ve hemşireler üzerinde yapılması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8- Araştırmaya Katılım Oranı: Malatya il merkezindeki ASM ' lerde görevli 301 doktor, ebe ve hemşire araştırmanın evreni olarak araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma kapsamına bu kişilerin tamamının alınması planlanmış, örnekleme yapılmamıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formları, sağlık personeli görev yerlerinde ziyaret edilerek dağıtılmış ve çalışmaya katılmayı kabul ediyor ise doldurmaları istenmiştir. Araştırma evreninde yer alan 301 doktor, ebe ve hemşirenin 13'üne doğum ve hastalık izni gibi uzun süreli izinler nedeni ile ulaşamamış; 5'i ise meme, kolorektal ve serviks kanseri ile ilgili herhangi bir risk taşımadıklarını bu nedenle böyle bir araştırmaya katkıda bulunmayacaklarını düşündüklerini belirterek; 7'si de hiçbir gerekçe göstermeden araştırmayı reddetmişlerdir. Sonuç olarak 301 kişilik evrenin 276'sından veri sağlanabilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın cevaplama oranı %91,6 olarak gerçekleşmiştir.

4. BULGULAR

4.1.Sosyo-Demografik Değişkenler

Araştırma grubunun yaş ortalaması 39.5 ± 6.1 'dir. Bunların %47.1'i(n=130) doktor, %36.2'si (n=100) ebe, %16.7'si (n=46) ise hemşire'dir. Araştırma grubundakilerin sosyo-demografik değişkenlerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1: Araştırma grubunun (N=276) sosyo-demografik özellikleri

Sosyo Demografik Değişkenler	Sayı(N=276)	%
Yaş		
29 yaş altı	12	4.3
30- 49 yaş arası	247	89.5
50 yaş ve üstü	17	6.2
Cinsiyet		
Erkek	104	37.7
Kadın	172	62.3
Meslek		
Doktor	130	47.1
Ebe	100	36.2
Hemşire	46	16.7
Medeni durumu		
Evli	264	95.7
Bekar	10	3.6
Boşanmış/dul	2	0.7
Meslekte Kaçınıcı Yıl		
15 yıl altı	80	29.0
15 -19 yıl	110	39.9
20 yıl ve üstü	86	31.1
Sigara içme durumu		
İçiyor	72	26.1
İçmiyor	204	73.9
Kanser olma durumu		
Evet	2	0.7
Hayır	274	99.3
Ailede kanser öyküsü		
Var	34	12.3
Yok	242	87.7
Toplam	276	100

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, araştırma grubundakilerin %89.5’i (n=247) 30-49 yaş arası, %6.2’si 50 yaş ve üzeri, %4.3’ü (n=12) 29 yaş ve altındadır. Çalışma grubunun %62.3’ü (n=172) kadın, %37.7’si (n=104) erkek’tir. Araştırma grubundakilerin medeni durumlarına bakıldığında; %95.7’si (n=264) evli ,%3.6’sı (n=10) bekar, %0.7’si (n=2) boşanmış/dul’dur. Araştırma grubundakilerin çalışma yılına bakıldığında; %29’u (n=80) 15 yıl altı, %39.9’u (n=110)15-19 yıl, %31.2’si (n=86) 20 yıl ve üstüdür. Araştırma grubunun % 26.1’i (n=72) sigara içmektedir ve %99.3’ü (n=274) herhangi bir kanser hastalığı olmadığını ifade etmiştir. Araştırma grubunun %87.7’i (n=242) ise ailesinde herhangi bir kanser olmadığını belirtmiştir.

4.2.Kolorektal Kanser taramalarına ait bulgular

4.2.1.Gaitada gizli kan testine ait bulgular

Araştırma grubundakilerin Gaitada Gizli Kan (GGK) testine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4.2- Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.2: Araştırma grubunun gaitada gizli kan testine ilişkin bulgularının dağılımı

Sizin yaşınızda GGK testi yapılmalı mıdır?	(N=276)	%
Evet	138	50
Hayır	138	50
GGK testi yaptırdınız mı?		
Evet	14	5.1
Hayır	262	94.9
GGK testini ne kadar sıklıkta yaptırıyorsunuz?		
Doktor isteği olduğunda	3	21.4
Yılda 1 kez	5	35.7
Şimdiye kadar sadece 1 kez	5	35.7
Yılda 2 kez	1	7.2
GGK testini niçin yaptırdınız ?		
Düzenli sağlık kontrolü	8	57.1
Doktor isteği	2	14.3
Diğer	4	28.6
GGK testini yaptırmama nedeniniz?		
Şikayeti olmadığından ihtiyaç duymama	231	88.2
İşlemden korkma	1	0.4
Kendimi risk altında görmediğim için	15	5.7
Zamanımın olmaması	10	3.8
Diğer	5	1.9

Araştırma grubunun %50'si (n=138) kendi yaşlarında GGK testi yapılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırma grubunun %5.1'i (n=14) GGK testini yaptırmıştır. GGK testi yaptıranların %35.7'si (n=5) şimdiye kadar sadece bir kez, % 35.7'si (n=5) yılda bir kez,%21.4'ü (n=3) doktor isteği olduğunda, %7.1'i (n=1) ise yılda iki kez bu testi yaptırmıştır. Araştırma grubunda GGK testi yaptıranların yaptırma nedenlerine bakıldığında; %57.1'i (n=8) düzenli sağlık kontrolü,%28.6'sı (n=4) diğer nedenlerden (kolon kanseri riski, mide ağrısı, amipli dizanteri nedeniyle),% 14.3'ü (n=2) doktor isteği ile bu testi yaptırmıştır. Araştırma grubundakilerin GGK testi yaptırmama nedenlerine bakıldığında; %88.2'si (n=231) şikayeti olmadığından

ihtiyaç duymamış, %5.7'si (n=15) kendini risk altında görmediği için , %3.8'i (n=10) zamanının olmamasından, %1.9'u (n=5) diğer nedenlerden (kötü bir şey duymak istemediği, ihmal, sebepsiz, tarama yaş aralığında olmadığı için),%0.4'ü (n=1) işlemden korktuğu için bu testi yaptırmamıştır.

Tablo 4.3: Araştırma grubunun yaş gruplarına göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu

GGK testi gerekliliğini bilme durumu						
Yaş	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
50 yaş altı	134	51.7	125	48.3	259	100.0
50 yaş ve üstü	13	76.5	4	23.5	17	100.0
Toplam	147	53.3	129	46.7	276	100.0

(p=0.076)

Tablo 4.3, Araştırma grubundaki yaş gruplarına göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubunun %53.3'ü (n=147) buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. 50 yaş ve üstü olanların % 76.5'i (n=13), 50 yaş altı olanların %51.7'si (n=134) buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Yaş grupları ile buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.4: Cinsiyete göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu

GGK testi gerekliliğini bilme durumu						
Cinsiyet	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Erkek	47	45.2	57	54.8	104	100.0
Kadın	100	58.1	72	41.9	172	100.0
Toplam	147	53.3	129	46.7	276	100.0

(p=0.037)

Tablo 4.4, Araştırma grubunun cinsiyete göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumunu göstermektedir. Kadınların %58.1'i (n=100), erkeklerin %45.2'si (n=47) buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilme oranı kadınlarda anlamlı ölçüde yüksektir (p<0,05).

Tablo 4.5: Medeni duruma göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu

GGK testi gerekliliğini bilme durumu						
Medeni durum	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evliveya boşanmış/dul	140	52.6	126	47.4	266	100.0
Bekar	7	70.0	3	30.0	10	100.0
Toplam	147	53.3	129	46.7	276	100.0

(p=0.345)

Tablo 4.5, Araştırma grubunun medeni durumlarına göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Bekarların %70'i (n=7), evli veya boşanmış/dulların ise %52.6'sı (n=140) buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Medeni duruma göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6: Mesleğe göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu

GGK testi gerekliliğini bilme durumu						
Meslek	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	64	49.2	66	50.8	130	100.0
Ebe	57	57.0	43	43.0	100	100.0
Hemşire	26	56.5	20	43.5	46	100.0
Toplam	147	53.3	129	46.7	276	100.0

($p=0.448$)

Tablo 4.6, Araştırma grubunun mesleğe göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumunu göstermektedir. Doktorların %49.2'si (n=64), ebelerin %57.0'ı (n=57), hemşirelerin ise %56.5'i (n=26) buldukları yaşın GGK testi yapılması gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Meslekler ile buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.7: Ailede kolorektal kanseri öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu

GGK testi gerekliliğini bilme durumu						
Öykü	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Yok	146	53.9	125	46.1	271	100.0
Toplam	147	53.3	129	46.7	276	100.0

(p=0.189)

Tablo 4.7, Araştırma grubundaki kişilerin ailelerinde kolorektal kanseri olma durumuna göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Ailelerinde kanser öyküsü olmayanların %53.9'u (n=146), olanların ise %20'si (n=1) buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Buldukları yaşta GGK testi yapılması gerekliliğini doğru bilme ile ailesinde kolorektal kanser öyküsü arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.8: Araştırma grubunda yaş gruplarına göre GGK testi yaptırma durumu

GGK testi yaptırma durumu								
Yaş	Yaptırması gerekip yaptırmayan		* T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50 yaş altı	0	0	14	5.4	245	94.6	259	100.0
50 yaş ve üstü	17	100.0	0	0	0	0	17	100.0
Toplam	17	6.2	14	5.1	245	88.8	276	100.0

*T.K.: Tarama kapsamında

Tablo 4.8, Araştırma grubundaki yaş gruplarına göre GGK testi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundaki 50 yaş altı olanların %94.6'sı (n=245) GGK testi yaptırmamıştır.

Tablo 4.9: Cinsiyete göre GGK testi yaptırma durumu

GGK testi yaptırma durumu								
Cinsiyet	Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	9	8.7	8	7.7	87	83.7	104	100.0
Kız	8	4.7	6	3.5	158	91.9	172	100.0
Toplam	17	6.2	14	5.1	245	88.8	276	100.0

(p=0.109) *T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.9, Araştırma grubundakilerin cinsiyetlerine göre GGK testi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundaki kişilerin %6.2'si (n=17) yaptırması gerekip yaptırmamıştır. Erkeklerin %8.7'si (n=9) yaptırması gerekip yaptırmamış, kadınların ise %4.7'si (n=8) yaptırması gerekip yaptırmamıştır. Cinsiyetler ile GGK testi yaptırma durumunda arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.10: Medeni durumuna göre GGK testi yaptırma durumu

GGK testi yaptırma durumu								
Medeni durum	Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T. K. olmayıp yaptıran		*T. K. yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evli veya boşanmış/ dul	16	6.0	13	4.9	237	89.1	266	100.0
Bekar	1	10.0	1	10.0	8	80.0	10	100.0
Toplam	17	6.2	14	5.1	245	88.8	276	100.0

(p=0312) *T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.10, Araştırma grubundakilerin medeni durumlarına göre GGK testi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Evli veya boşanmış/dulların %6'sı (n=16), bekarların ise %10'u (n=1) GGK testini yaptırması gerektiği halde yaptırmamışlardır. Medeni durum ile GGK testi yaptırma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11: Mesleğe göre GGK testi yaptırma durumu

Meslek	GGK testi yaptırma durumu							
	Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doktor	9	6.9	8	6.2	113	86.9	130	100.0
Ebe	7	7.0	2	2.0	91	91.0	100	100.0
Hemşire	1	2.2	4	8.7	41	89.1	46	100.0
Toplam	17	6.2	14	5.1	245	88.8	276	100.0

(p=0.279) *T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.11, Araştırma grubundaki mesleklere göre GGK testi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Doktorların %6.9'u (n=9), ebelerin % 7'si (n=7), hemşirelerin ise %2.2'si (n=1) yaptırması gerektiği halde yaptırmamıştır. Meslekler ile GGK testi yaptırma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.12: Ailede kolorektal kanseri öyküsü olma durumuna göre GGK testi yaptırma durumu

GGK testi yaptırma durumu								
Öykü	Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	0	0	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Yok	17	6.3	13	4.8	241	88.9	271	100.0
Toplam	17	6.2	14	5.1	245	88.8	276	100.0

*T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.12, Araştırma grubundaki kişilerin ailelerinde kolorektal kanseri öyküsü olma durumu ile GGK testi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Ailelerinde kolorektal kanser öyküsü olmayanların %6.3'ü (n=17) GGK testi yaptırması gerektiği halde yaptırmamıştır. Ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanların %20'si (n=1) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %80'i (n=4) tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamıştır.

4.2.2. Kolonoskopi'ye ait bulguları

Tablo 4.13: Araştırma grubunun (n=276) Kolonoskopi yaptırmaya ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının dağılımı

Sizin yaşınızda kolonoskopi yapılmalı mıdır?	N	%
Evet	88	31.9
Hayır	188	68.1
Kolonoskopi yaptırdınız mı?		
Evet	6	2.2
Hayır	270	97.8
Kolonoskopi ne kadar sıklıkta yaptırıyorsunuz?		
Doktor isteği olduğunda	1	20.0
Şimdiye kadar sadece 1 kez	3	60.0
2 yılda bir	1	20.0
Kolonoskopi niçin yaptırdınız?		
Düzenli sağlık kontrolü	2	40.0
Ailede Kolorektal Ca hikayesi	1	20.0
Şikayeti olması	1	20.0
Diğer	1	20.0
Kolonoskopi yaptırmama nedeniniz?		
Şikayeti olmadığından ihtiyaç duymama	240	88.6
İşlemden korkma	14	5.2
Kendimi risk altında görmediğim için	12	4.4
Konuyla ilgili bilgi sahibi olmama	3	1.1
Diğer	2	0.7

Tablo 4.13, Araştırma grubundakilerin kolonoskopi'ye ilişkin bulgularının dağılımını göstermektedir. Araştırmaya grubunun %31.9'u (n=88) buldukları yaşta kolonoskopi yapılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmaya grubunun %2.2'si (n=6) kolonoskopi yaptırmıştır. Kolonoskopi yaptıranların %60'ı (n=3) şimdiye kadar sadece bir kez, %20'si (n=1) doktor isteği olduğunda, %20'si (n=1) 2 yılda bir yaptırmıştır. Araştırmaya grubundakilerin kolonoskopi yaptırmaya nedenlerine bakıldığında; %40'ı (n=2) düzenli sağlık kontrolü, %20'si (n=1) ailede kolorektal kanseri hikayesi, %20'si (n=1) şikayeti olması, %20'si (n=1) diğer nedenlerden (konstipasyon) dolayı bu testi yaptırmıştır. Araştırmaya grubundakilerin yaptırmama nedenlerine bakıldığında; %88.6'sı (n=240) şikayeti olmadığından ihtiyaç duymamış, %5.2'si (n=14) işlemde korktuğu için, %4.4'ü (n=12) kendini risk

altında görmediği için, %1.1'i(n=3) konuyla ilgili bilgi sahibi olmadığından, %0.7'si (n=2) ise diğer nedenlerden (ailesinde kanser öyküsü olmamasından ve kontrol yaşının gelmesinden, daha kolay tetkik araçlarının geliştirilmemiş olmasından) dolayı bu testi yaptırmamıştır.

Tablo 4.14: Yaş gruplarına göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu

Kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu						
Yaş	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
50 yaş altı	181	69.9	78	30.1	259	100.0
50yaş ve üstü	10	58.8	7	41.2	17	100.0
Toplam	191	69.2	85	30.8	276	100.0

(p=0.339)

Tablo 4.14, Araştırma grubundaki yaş gruplarına göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundakilerin %69.2'si (n=191) buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. 50 yaş altı olanların %69.9'u (n=181) , 50 yaş ve üstü olanların ise %58.8'i (n=10) buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Yaş grupları ile buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.15: Cinsiyete göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliği bilme durumu

Kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu						
Cinsiyet	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Erkek	72	69.2	32	30.8	104	100.0
Kadın	119	69.2	53	30.8	172	100.0
Toplam	191	69.2	85	30.8	276	100.0

(p=0.994)

Tablo 4.15, Araştırma grubunun cinsiyete göre bulduklarının yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Erkeklerin % 69.2'si (n=72), kadınların ise %69.2'si (n=119) bulduklarının yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Cinsiyet ile bulduklarının yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.16: Medeni duruma göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu

Kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu						
Medeni durum	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evli veya boşanmış/dul	184	69.2	82	30.8	266	100.0
Bekar	7	70.0	3	30.0	10	100.0
Toplam	191	69.2	85	30.8	276	100.0

(p=1.000)

Tablo 4.16, Araştırma grubundakilerin medeni durumlarına göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumlarının dağılımını göstermektedir. Evli veya boşanmış/dulların %69.2'si (n=184), bekarların ise %70'i (n=7)buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Medeni durum ile buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.17: Mesleğe göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu

Kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu						
Meslek	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	93	71.5	37	28.5	130	100.0
Ebe	66	66.0	34	34.0	100	100.0
Hemşire	32	69.6	14	30.4	46	100.0
Toplam	191	69.2	85	30.8	276	100.0

(p=0.665)

Tablo 4.17, Araştırma grubundakilerin mesleklerine göre bulduklarının yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Doktorların %71.5'i (n=93), ebelerin %66'sı (n=66) , hemşirelerin ise %69.6'sı (n=32)buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Meslekler ile buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.18: Ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu

Kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu						
Öykü	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Yok	190	70.1	81	29.9	271	100.0
Toplam	191	69.2	85	30.8	276	100.0

($p=0.033$)

Tablo 4.18, Araştırma grubundaki kişilerin ailelerinde kolorektal kanser olma durumuna göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Ailelerinde kolorektal kanser öyküsü olmayanların %70.1'i (n=190), olanların ise %20'si (n=1) buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumu ile buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı

bulunmuştur. Buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilme oranı ailesinde kanser olmayanlarda anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.19: Araştırma grubunda yaş gruplarına göre kolonoskopi yaptırma durumu

Yaş	Kolonoskopi yaptırma durumu							
	Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		* T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
50 yaş altı	0	0	6	2.3	253	97.7	259	100.0
50 yaş ve üstü	17	100.0	0	0	0	0	17	100.0
Toplam	17	6.2	6	2.2	253	91.7	276	100.0

*T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.19, Araştırma grubundaki yaş gruplarına göre buldukları yaşta kolonoskopi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundakilerin %6.2'si (n=17) kolonoskopi yaptırması gerektiği halde yaptırmamışlardır. 50 yaş ve üstü olanların hepsi (n=17) yaptırması gerektiği halde yaptırmamışlardır. 50 yaş altı olanların ise %97.7'si (n=253) tarama kapsamında olmadığı için kolonoskopi yaptırmamışlardır.

Tablo 4.20: Cinsiyete göre kolonoskopi yaptırma durumu

Kolonoskopi yaptırma durumu								
Cinsiyet	Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	9	8.7	2	1.9	93	89.4	104	100.0
Kadın	8	4.7	4	2.3	160	93.0	172	100.0
Toplam	17	6.2	6	2.2	253	91.7	276	100.0

(p=0.412) *T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.20, Araştırma grubunda cinsiyete göre kolonoskopi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Erkeklerin %8.7'si (n=9), kadınların ise %4.7'si(n=8) kolonoskopi yaptırması gerektiği halde yaptırmamıştır. Cinsiyet ile kolonoskopi yaptırma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 4.21: Medeni durumuna göre kolonoskopi yaptırma durumu

Kolonoskopi yaptırma durumu								
Medeni durum	Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evli veya boşanmış/dul	16	6.0	6	2.3	244	91.7	266	100.0
Bekar	1	10.0	0	0	9	90.0	10	100.0
Toplam	17	6.2	6	2.2	253	91.7	276	100.0

*T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.21, Araştırma grubundakilerin medeni durumlarına göre kolonoskopi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Evli veya boşanmış/dulların %6'sı (n=16), bekarların ise %10'u (n=1) yaptırması gerektiği halde yaptırmamışlardır.

Tablo 4.22: Mesleğe göre kolonoskopi yaptırma durumu

Kolonoskopi yaptırma durumu								
Meslek	Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doktor	9	6.9	2	1.5	119	91.5	130	100.0
Ebe	7	7.0	3	3.0	90	90.0	100	100.0
Hemşire	1	2.2	1	2.2	44	95.7	46	100.0
Toplam	17	6.2	6	2.2	253	91.7	276	100.0

(p=0.720)

*T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.22, Araştırma grubundakilerin mesleklerine göre kolonoskopi yaptırma durumun dağılımını göstermektedir. Doktorların %6.9'u (n=9) , ebelerin %7'si (n=7), hemşirelerin ise %2.2'si (n=1) kolonoskopi yaptırması gerektiği halde yaptırmamıştır. Meslekler ile kolonoskopi yaptırma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 4.23: Ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumuna göre kolonoskopi yaptırma durumu

Kolonoskopi yaptırma durumu								
Öykü	Yaptırması gerekip yaptırmayan		* T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	0	0	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Yok	17	6.3	5	1.8	249	91.9	271	100.0
Toplam	17	6.2	6	2.2	253	91.7	276	100.0

*T.K. : Tarama kapsamında

Tablo 4.23, Araştırma grubundaki kişilerin ailelerinde kolorektal kanser öyküsü olma durumuna göre kolonoskopi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubunda ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanların %20'si (n=1) tarama programında olmadığı halde yaptırmıştır. Ailesinde kolorektal kanseri olmayanların ise %6.3'ü (n=17) kolonoskopi yaptırması gerektiği halde yaptırmamıştır.

4.3 Meme kanseri taramalarına ait bulgular

4.3.1 Kendi kendine meme muayenesine(KKMM) ait bulgular

Araştırma grubunun kendi kendine meme muayenesine ait bulguları Tablo 4.24- Tablo 4.26'da sunulmuştur.

Tablo 4.24: Araştırma grubunun (n=172) KKMM ilişkin bulgularının dağılımı

Sizin yaşınızda KKMM yapılmalı mıdır?	N	%
Evet	168	97.7
Hayır	4	2.3
KKMM yapıyor musunuz?		
Evet	153	89.0
Hayır	19	11.0
KKMM'yi ne kadar sıklıkta yapıyorsunuz?		
Aklıma geldikçe	53	34.4
Haftada bir	3	1.9
Ayda 1 kez	88	57.3
Yılda 1 kez	2	1.3
Yılda 2 kez	7	4.5
Yılda 4 kez	1	0.6
KKMM'yi niçin yapıyorsunuz?		
Düzenli sağlık kontrolü	128	83.7
Doktor isteğiyle	1	0.7
Ailede Meme Ca hikayesi	7	4.6
Şikayeti olması	4	2.6
Diğer	13	8.5
KKMM yapmama nedeniniz?		
Şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama	14	77.6
Kendimi risk altında görmediğim için	1	5.6
Konuyla ilgili bilgi sahibi olmama	1	5.6
Diğer	2	11.1

Tablo 4.24, Araştırma grubundakilerin KKMM'sine ilişkin bulgularının dağılımını göstermektedir. Araştırma grubunun %97.7'si (n=168) kendi yaşlarında KKMM yapılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırma grubunun %89'u (153) KMMM yapmaktadır. KKMM yaptıranların %57.1'i (n=88) ayda bir, %34.4'ü (n=53) aklına geldikçe, %4.5'i (n=7) yılda iki kez, %1.9'u (n=3) haftada bir, %1.3'ü (n=2) yılda bir kez, %0.6'sı (n=1) ise yılda dört kez KKMM yapmaktadır. Araştırma grubundakilerin KKMM yapma nedenlerine bakıldığında; %83.7'si (n=128) düzenli sağlık kontrolü, %4.6'sı (n=7) ailede meme kanseri hikayesi, %2.6'sı (n=4) şikayeti olması, %0.7'si (n=1) doktor isteği ile, %8.5'i (n=13) diğer nedenlerden (korktuğu için kendisinin yapması, kontrol amaçlı, merak etme, erken teşhisin önemi, olası bir kitleyi fark etmek) KKMM yapmaktadır. Araştırma grubundakilerin KKMM yapmama nedenlerine bakıldığında; %77.8'i (n=14) şikayeti olmadığından ihtiyaç duymamış, %11.1'i (n=2) diğer nedenlerden (düzenli ultrasonografi çektiği, var olan kitleyi büyütebileceği için), %5.6'sı (n=1) kendini risk altında görmediği için, %5.6'sı (n=1) konuyla ilgili bilgi sahibi olmadığından dolayı KKMM yapmamıştır.

Tablo 4.25: Mesleğe göre buldukları yaşın KKMM yapma gerekliliğini bilme durumu

KKMM yapma gerekliliğini bilme durumu						
Meslek	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	26	96.3	1	3.7	27	100.0
Ebe	98	98.0	2	2.0	100	100.0
Hemşire	44	97.8	1	2.2	45	100.0
Toplam	168	97.7	4	2.3	172	100.0

(p=0.793)

Tablo 4.25, Araştırma grubunun mesleğe göre buldukları yaşın KKMM yapma gerekliliğini bilme durumunu göstermektedir. Doktorların %96.3'ü (n=26), ebelerin %98.0'i (n=98), hemşirelerin ise %97.8'i (n=44) buldukları yaşın KKMM yapma gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Meslekler ile buldukları yaşın KKMM yapma gerekliliğini doğru bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 4.26: Mesleğe göre KKMM yapma durumu

Meslek	KKMM yapma durumu					
	Yapması gerekip yapanlar		Yapması gerekip yapmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	25	92.6	2	7.4	27	100.0
Ebe	89	89.0	11	11.0	100	100.0
Hemşire	39	86.7	6	13.3	45	100.0
Toplam	153	89.0	19	11.0	172	100.0

(p=0.791)

Tablo 4.26, Araştırma grubundakilerin mesleklerine göre KKMM yapma durumunun dağılımını göstermektedir. Doktorların %92.6'sı (n=25), ebelerin %89.0'ı (n=89), hemşirelerin ise %86.7'si (n=39) KKMM yapması gerekip yapmışlardır. Meslekler ile KKMM yapma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

4.3.2 Klinik Meme Muayenesine(KMM) ait bulgular

Araştırma grubunun klinik meme muayenesine ilişkin bulgularının dağılımı Tablo 4.27-Tablo 4.29’da sunulmuştur.

Tablo 4.27: Araştırma grubunun (n=172) Klinik Meme Muayenesine ilişkin bulgularının dağılımı

Sizin yaşınızda KMM yapılmalı mıdır?	N	%
Evet	159	92.4
Hayır	13	7.6
KMM yaptırdınız mı?		
Evet	41	23.8
Hayır	131	76.2
KMM’yi ne kadar sıklıkta yaptırıyorsunuz?		
Doktor isteği olduğunda	7	17.1
Yılda 1 kez	16	39.0
Şimdiye kadar sadece bir kez	15	36.6
Yılda 2 kez	3	7.3
KMM’yi niçin yaptırdınız?		
	20	48.8
Düzenli sağlık kontrolü		
Doktor isteğiyle	6	14.6
Ailede meme kanseri hikayesi	2	4.9
Şikayeti olması	11	26.8
Diğer	2	4.9
KMM yaptırmama sebebiniz?		
Şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama	121	92.4
İşlemden korkma	1	0.8
Kendimi risk altında görmediği için	4	3.0
Diğer	5	3.8

Tablo 4.27, Araştırma grubundakilerin KMM’sine ilişkin bulgularının dağılımını göstermektedir. Araştırma grubunun %92.4’ü (n=159) kendi yaşlarında

KMM yaptırılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırma grubunun %23.8'i (n=41) KMM yaptırmıştır. KMM yaptıranların %39'u (n=16) yılda bir kez, %36.6'sı (n=15) şimdiye kadar sadece bir kez, %17.1'i (n=7) doktor isteği olduğunda, %7.3'ü (n=3) ise yılda iki kez KMM yaptırmıştır. KMM yaptırma nedenlerine bakıldığında; %48.8'i (n=20) düzenli sağlık kontrolü , %26.8'i (n=11) şikayeti olması , % 14.6'sı (n=6) doktor isteği , %4.9'u (n=2) ailede meme kanseri hikayesi ,%4.9'u (n=2) diğer nedenlerden dolayı (fibrokist) KMM yaptırmıştır. Araştırma grubundakilerin KMM yaptırmama nedenlerine bakıldığında; %92.4'ü (n=121) şikayeti olmadığından ihtiyaç duymamış, %3.8'i (n=5) diğer nedenlerden (zaman ayıramama, çalıştığı işin ihmal etme) %3.1'i (n=4) kendini risk altında görmediği , %0.8'i (n=1) işlemden korktuğu için KMM yaptırmamıştır.

Tablo 4.28: Mesleğe göre buldukları yaşın KMM yaptırma gerekliliğini bilme durumu

KMM yaptırma gerekliliğini bilme durumu						
Meslek	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	27	100.0	0	0	27	100.0
Ebe	90	90.0	10	10.0	100	100.0
Hemşire	42	93.3	3	6.7	45	100.0
Toplam	159	92.4	13	7.6	172	100.0

(p=0.223)

Tablo 4.28, Araştırma grubunun mesleğe göre buldukları yaşın KMM yaptırma gerekliliğini bilme durumunu göstermektedir. Doktorların hepsi (n=27), ebelerin %90.0'ı (n=90), hemşirelerin ise %93.3'ü (n=42) buldukları yaşın KMM yaptırması gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Meslekler ile buldukları yaşın KMM yaptırma gerekliliğini doğru bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 4.29: Mesleğe göre KMM yaptırma durumu

Meslek	KMM yaptırma durumu					
	Yaptırması gerekip yaptıranlar		Yaptırması gerekip yaptırmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	6	22.2	21	77.8	27	100.0
Ebe	27	27.0	73	73.0	100	100.0
Hemşire	8	17.8	37	82.2	45	100.0
Toplam	41	23.8	131	76.2	172	100.0

(p=0.472)

Tablo 4.29, Araştırma grubundakilerin mesleklerine göre KMM yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Doktorların %22.2'si (n=6), ebelerin %27'si (n=27), hemşirelerin ise %17.8'i (n=8) KMM yaptırması gerekip yaptırmışlardır. Meslekler ile KMM yaptırma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır yani yaptırması gerekip yaptırmayanlar çoğunluktadır (p>0.05).

4.3.3. Mamografi'ye ait bulguları

Araştırma grubunun mamografiye ait bulguları Tablo 4.30-Tablo4.38'de sunulmuştur.

Tablo 4.30:Araştırma grubunun (n=172) Mamografi yaptırmalarına ilişkin bulguların dağılımı

Sizin yaşınızda mamografi yapılmalı mıdır?	N	%
Evet	70	40.7
Hayır	102	59.3
Mamografi yaptırdınız mı?		
Evet	24	14.0
Hayır	148	86.0
Mamografiyi ne kadar sıklıkta yaptırıyorsunuz?		
Doktor isteği olduğunda	5	20.8
1 yılda bir	9	37.5
Şimdiye kadar sadece bir kez	10	41.7
Mamografiyi niçin yaptırdınız?		
Düzenli sağlık kontrolü	13	54.2
Doktor isteğiyle	5	20.8
Ailede Meme Ca hikayesi	1	4.2
Şikayeti olması	2	8.3
Diğer	3	12.5
Mamografi yaptırmama nedeniniz?		
Şikayeti olmadığından ihtiyaç duymama	122	82.4
İşlemden korkma	4	2.7
Kendimi risk altında görmediği için	9	6.1
Diğer	13	8.8

Tablo 4.30, Araştırma grubundakilerin mamografiye ilişkin bulguların dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundakilerin %59.3'ü (n=102) kendi yaşlarında mamografi yaptırılmaması, %40.7'si (n=70) ise kendi yaşlarında mamografi yaptırılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırma grubunun % 14'ü (n=24) mamografi yaptırmıştır. Mamografi yaptıranların %41.7'si (n=10) şimdiye kadar sadece bir kez,%37.5'i (n=9) yılda bir, %20.8'i (n=5) doktor isteği olduğunda mamografi yaptırmıştır. Mamografi yaptırma nedenlerine bakıldığında; %54.2'si

(n=13) düzenli sağlık kontrolü , % 20.8'i (n=5) doktor isteği , %12.5'i (n=3) diğer nedenlerden (yaşından dolayı, göğüste fibrokist ve adenom olması), %8.3'ü (n=2) şikayeti olması, %4.2'si (n=1) ailede meme kanseri hikayesi nedeniyle mamografi yaptırmıştır. Araştırma grubundakilerin mamografi yaptırmama nedenlerine bakıldığında; %82.4'ü (n=122) şikayeti olmadığından ihtiyaç duymamış, %8.8'i (n=13) diğer nedenlerden (ileri yaş tetkiki olması, doktorunun gerek duymaması, zaman ayıramama, tarama programı kapsamında olmaması, ilk etapta ultrason riskli durumlarda mamografi önerildiği için) %6.1'i (n=9) kendini risk altında görmediği , %2.7'si (n=4) işlemden korktuğu için mamografi yaptırmamıştır.

Tablo 4.31: Yaş gruplarına göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumu

Mamografi gerekliliğini bilme durumu						
Yaş	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
49 yaş altı	101	61.6	63	38.4	164	100.0
50 yaş ve üstü	7	87.5	1	12.5	8	100.0
Toplam	108	62.8	64	37.2	172	100.0

(p=0.261)

Tablo 4.21, Araştırma grubundaki yaş gruplarına göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundakilerin %62.8'i (n=108) buldukların yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. 49 yaş altı olanların %61.6'sı (n=101), 50 yaş ve üstü olanların %87.5'i (n=7) buldukların yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Yaş grupları ile buldukları yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.32: Medeni duruma göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumu

Mamografi gerekliliğini bilme durumu						
Medeni durum	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evliveya boşanmış/dul	106	63.1	62	36.9	168	100.0
Bekar	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Toplam	108	62.8	64	37.2	172	100.0

(p=0.629)

Tablo 4.32, Araştırma grubundakilerin medeni durumlarına göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Evli veya boşanmış/dulların %63.1'i (n=106), bekarların %50'si (n=2)buldukları yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Medeni duruma göre buldukları yaşın mamografi gerekliliği doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.33: Mesleğe göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumu

Mamografi gerekliliğini bilme durumu						
Meslek	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	21	77.8	6	22.2	27	100.0
Ebe	63	63.0	37	37.0	100	100.0
Hemşire	24	53.3	21	46.7	45	100.0
Toplam	108	62.8	64	37.2	172	100.0

(p=0.115)

Tablo 4.33, Araştırma grubundakilerin mesleklerine göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Doktorların %77.8'i (n=21), ebelerin %63'ü (n=63) hemşirelerin ise %53.3'ü (n=24) buldukları yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Mesleklere göre buldukları yaşın mamografi gerekliliği doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.34: Ailede herhangi bir kanser öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumu

Mamografi gerekliliğini bilme durumu						
Öykü	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	2	25.0	6	75.0	8	100.0
Yok	106	64.6	58	35.4	164	100.0
Toplam	108	62.8	64	37.2	172	100.0

($p=0.053$)

Tablo 4.34, Araştırma grubundaki kişilerin ailelerinde meme kanseri öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayanların %64.6'sı (n=106), olanların ise %25'i (n=2) buldukların yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumu ile buldukları yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.35: Araştırma grubunun yaş gruplarına göre mamografi yaptırma durumu

Mamografi yaptırma durumu										
Yaş	Yaptırması gerekip yaptiran		Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptiran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
49 yaş altı	0	0	0	0	20	12.2	144	87.8	164	100.0
50 yaş ve üstü	4	50.0	4	50.0	0	0	0	0	8	100.0
Toplam	4	2.3	4	2.3	20	11.6	144	83.8	172	100.0

*T.K.: Tarama kapsamında

Tablo 4.35, Araştırma grubundaki yaş gruplarına göre mamografi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundakilerin %2.3'ü (n= 4) buldukları yaşta mamografiyi yaptırması gerektiği için yaptırmıştır. 50 yaş ve üstü olanların %50'si (n =4) mamografi yaptırması gerekip yaptırmış, 49 yaş altı olanların %87.8'i (n=144) ise tarama programı kapsamında olmadığı için mamografi yaptırmamıştır.

Tablo 4.36: Medeni duruma göre mamografi yaptırma durumu

Mamografi yaptırma durumu										
Medeni durum	Yaptırması gerekip yaptiran		Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptiran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evli veya boşanmış/dul	4	2.4	4	2.4	20	11.9	140	83.3	168	100.0
Bekar	0	0	0	0	0	0	4	100.0	4	100.0
Toplam	4	2.3	4	2.3	20	11.6	144	83.7	172	100.0

* T.K.: Tarama kapsamında

Tablo 4.36, Araştırma grubundakilerin medeni durumlarına göre mamografi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Evli veya boşanmış/dulların %2.4'ü (n= 4) mamografi yaptırması gerekip yaptırmıştır.

Tablo 4.37: Mesleğe göre mamografi yaptırma durumu

Mamografi yaptırma durumu										
Meslek	Yaptırması gerekip yaptıran		Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doktor	0	0	0	0	1	3.7	26	96.3	27	100.0
Ebe	4	4.0	3	3.0	15	15.0	78	78.0	100	100.0
Hemşire	0	0	1	2.2	4	8.9	40	88.9	45	100.0
Toplam	4	2.3	4	2.3	20	11.6	144	83.7	172	100.0

* T.K.: Tarama kapsamında

Tablo 4.37, Araştırma grubunun mesleklere göre mamografi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Sadece ebelerin %4'ü (n=4) mamografi yaptırması gerekip yaptırmıştır.

Tablo 4.38:Ailede meme kanseri öyküsü olma durumuna göre mamografi yaptırma durumu

Mamografi yaptırma durumu										
Öykü	Yaptırması gerekip yaptıran		Yaptırması gerekip yaptırmayan		* T.K olmayıp yaptıran		*T.K olmayıp yaptırmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Var	0	0	0	0	2	25.0	6	75.0	8
Yok	4	2.4	4	2.4	18	11.0	138	84.1	164	100.0
Toplam	4	2.3	4	2.3	20	11.6	144	83.7	172	100.0

* T.K.: Tarama kapsamında

Tablo 4.38, Araştırma grubundaki kişilerin ailelerinde meme kanseri öyküsü olma durumuna göre mamografi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olanların %25'i (n=2) tarama programı kapsamında olmadığı halde mamografi yaptırmış, olmayanların ise %2.4'ü (n=4) mamografi yaptırması gerekip yaptırmıştır. Ailesinde meme kanseri olanların %75'i (n=6) tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamıştır.

4.4 Serviks kanseri taramasına ait bulgular

Araştırma grubunun pap smear testine ait bulguları Tablo 4.49-Tablo 4.45’de verilmiştir.

4.4.1 Pap Smear testine ait bulgular

Tablo 4.39: Araştırma grubunun (n=172) Pap Smear testine ilişkin bulgularının dağılımı

Sizin yaşınızda Smear yapılmalı mıdır?	N	%
Evet	157	91.3
Hayır	15	8.7
Smear testini yaptırdınız mı?		
Evet	64	37.2
Hayır	108	62.8
Smear testini ne kadar sıklıkta yaptırıyorsunuz?		
Doktor isteği olduğunda	15	23.8
1 yılda bir	16	25.4
Şimdiye kadar sadece bir kez	27	42.8
2 yılda bir	3	4.8
5 yılda bir	1	1.6
Yılda 4 defa	1	1.6
Smear testini niçin yaptırdınız?		
Düzenli sağlık kontrolü	33	52.4
Doktor isteği	23	36.5
Şikayeti olması	6	9.5
Diğer	1	1.6
Smear testini yaptırmama nedeniniz?		
Şikayeti olmadığından ihtiyaç duymama	87	79.8
İşlemden çekinme	9	8.3
Kendimi risk altında görmediğim	10	9.2
Konuyla ilgili bilgi sahibi olmama	2	1.8
Diğer	1	0.9

Tablo 4.39, Araştırma grubundakilerin pap smear testine ilişkin bulgularının dağılımını göstermektedir. Araştırma grubunun %91.3’ü (n=157) kendi yaşlarında pap smear yaptırılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırma grubunun %37.2’si (n=64) pap smear yaptırmıştır. Pap smear yaptıranların, %42.9’u (n=27) şimdiye kadar sadece bir kez, %25.4’ü (n=16) 1 yılda bir, %23.8’i (n=15) doktor isteği olduğunda,

%4.8'i (n=3) 2 yılda bir , %1.6'sı (n=1) 5 yılda bir, %1.6'sı (n=1) ise yılda dört defa pap smear yaptırmıştır. Pap smear yaptırma nedenlerine bakıldığında; %52.4'ü (n=33) düzenli sağlık kontrolü , % 36.5'i (n=23) doktor isteği , %9.5'i (n=6) şikayeti olması , %1.6'sı (n=1) diğer nedenlerden (over kanseri kontrolü) dolayı bu testi yaptırmıştır. Araştırma grubundakilerin pap smear testini yaptırmama nedenlerine bakıldığında; %79.8'i (n=87) şikayeti olmadığından ihtiyaç duymamış, %9.2'si (n=10) kendini risk altında görmediği , %8.3'ü (n=9) işlemden korktuğu , %1.8'i (n=2) konuyla ilgili bilgi sahibi olmadığından , %0.9'u (n=1) diğer nedenlerden (zamanının olmamasından) dolayı pap smear yaptırmamıştır.

Tablo 4.40: Araştırma grubunun yaş gruplarına göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumu

Smear gerekliliğini bilme durumu						
Yaş	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
29 yaş altı	0	0	11	100.0	11	100.0
30 yaş ve üstü	146	90.7	15	9.3	161	100.0
Toplam	146	84.9	26	15.1	172	100.0

Tablo 4.40, Araştırma grubundaki yaş gruplarına göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundakilerin % 84.9'u (n=146) buldukları yaşın smear gerekliliğini doğru bilmişlerdir. Araştırma grubundaki 30 yaş ve üstü olanların %90.7'si (n=146) buldukların yaşın pap smear yaptırılması gerekliliğini doğru bilmiştir.

Tablo 4.41: Medeni duruma göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumu

Smear gerekliliğini bilme durumu						
Medeni durum	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evli veya boşanmış/dul	144	85.7	24	14.3	168	100.0
Bekar	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Toplam	146	84.9	26	15.1	172	100.0

(p=0.109)

Tablo 4.41, Araştırma grubundakilerin medeni durumlarına göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Evli veya boşanmış/dulların %85.7'si (n=144), bekarların ise %50'si (n=2) buldukları yaşın smear gerekliliğini doğru bilmiş olup medeni duruma göre buldukları yaşın smear gerekliliğini doğru bilme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.42: Mesleğe göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumu

Smear gerekliliğini bilme durumu						
Meslek	Doğru bilenler		Yanlış bilenler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	26	96.3	1	3.7	27	100.0
Ebe	84	84.0	16	16.0	100	100.0
Hemşire	36	80.0	9	20.0	45	100.0
Toplam	146	84.9	26	15.1	172	100.0

(p=0.149)

Tablo 4.42, Araştırma grubundakilerin mesleklerine göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumunun dağılımını göstermektedir. Doktorların %96.3'ü (n=26), ebelerin %84'ü (n=84), hemşirelerin ise %80'i (n=36) buldukları yaşın smear gerekliliğini doğru bilmiş olup, mesleğe göre buldukları yaşın smear gerekliliğini doğru bilme durumu arasında ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.43: Araştırma grubunda yaş gruplarına göre smear yaptırma durumu

Yaş	Smear yaptırma durumu								Toplam	
	Yaptırması gerekip yaptıran		Yaptırması gerekip yaptırmayan		*T.K. olmayıp yaptıran		*T.K. olmayıp yaptırmayan			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
29 yaş altı	0	0	0	0	1	9.1	10	90.9	11	100.0
30 yaş ve üstü	63	39.1	98	60.9	0	0	0	0	161	100.0
Toplam	63	36.6	98	57.0	1	0.6	10	5.8	172	100.0

* T.K.: Tarama kapsamında

Tablo 4.43, Araştırma grubundaki yaş gruplarına göre smear yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Araştırma grubundakilerin %36.6'sı (n=63) smear yaptırması gerekip yaptırmışlardır. 30 yaş ve üstü olanların %39.1'i (n=63) smear yaptırması gerekip yaptırmışlar, %60.9'u (n=98) yaptırması gerektiği halde yaptırmamışlardır. 29 yaş altı olanların ise %90.9'u (n=10) tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamışlardır.

Tablo 4.44: Medeni duruma göre smear yaptırma durumu

Smear yaptırma durumu										
Medeni durum	Yaptırması		Yaptırması gerekip		*T.K.		*T.K.		Toplam	
	gerekip yaptıran		yaptırmayan		olmayıp yaptıran		olmayıp yaptırmayan		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Evli veya boşanmış/dul	63	37.5	96	57.1	1	0.6	8	4.8	168	100.0
Bekar	0	0	2	50.0	0	0	2	50.0	4	100.0
Toplam	63	36.6	98	57.0	1	0.6	10	5.8	172	100.0

* T.K.: Tarama kapsamında

Tablo 4.44, Araştırma grubundakilerin medeni durumlarına göre smear testi yaptırma durumunun dağılımını göstermektedir. Evli veya boşanmış/dul olanların %37.5'i (n=63) smear yaptırması gerekip yaptırmışlardır. Evli veya boşanmış dul olanların %57.1'i (n=96) , bekarların ise % 50'si (n=2) smear yaptırması gerektiği halde yaptırmamıştır.

Tablo 4.45: Mesleğe göre smear yaptırma durumu

Smear yaptırma durumu										
Meslek	Yaptırması		Yaptırması gerekip		*T.K		*T.K.		Toplam	
	gerekip yaptıran		yaptırmayan		olmayıp yaptıran		olmayıp yaptırmayan		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Doktor	12	44.4	15	55.6	0	0	0	0	27	100.0
Ebe	40	40.0	53	53.0	0	0	7	7.0	100	100.0
Hemşire	11	24.4	30	66.7	1	2.2	3	6.7	45	100.0
Toplam	63	36.6	98	57.0	1	0.6	10	5.8	172	100.0

* T.K.: Tarama kapsamında

Tablo 4.45, Araştırma grubundakilerin mesleklerine göre smear yaptırma durumunu dağılımını göstermektedir. Doktorların % 44.4'ü (n=12), ebelerin %40'ı (n=40), hemşirelerin ise %24.4'ü (n=11) smear yaptırması gerekip yaptırmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Malatya il merkezinde yer alan 38 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) görev yapmakta olan doktor, ebe ve hemşirelerin ulusal kanser taramaları ile bilgi tutum ve davranışları incelenmiştir. Çalışmamız sağlık çalışanlarının meme kanserinde KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografi, serviks kanserinde kullanılan tarama yöntemi olan pap smear, kolorektal kanserde GGK testi ve kolonoskopiye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla planlanıp yapılmıştır. Bunun için ulusal meme, serviks ve kolorektal kanseri tarama standartları temel alınarak oluşturulan bir anket formu uygulanarak ve elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan doktor, ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmektedir. Bu tablo ışığında araştırma grubunda yer alan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 39.5 ± 6.1 ’dir. Araştırma grubundakilerin %4.3’ü (n=12) 29 yaş ve altı, %89.5’i (n=247) 30-49 yaş arası, %6.2’si (n=17) 50 yaş ve üzeridir. Araştırma grubundakilerin %37.7’si (n=104) erkek, %62.3’ü (n=172) kadın’dır. Araştırmamızın çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Serviks kanseri ise sadece kadınlarda görülür. Meme kanserinin %99’u kadınlarda görülürken, %1’i erkeklerde görülmektedir (278). Kolon kanseri kadınlarda, rektum kanseri erkeklerde biraz daha fazladır (148,149). Araştırma grubundakilerin %47.1’i (n=130) doktor, %36.2’si (n=100) ebe, %16.7’si (n=46) hemşire, bunlarında %95.7’si (n=264) evli, % 0.7’si (n=2) boşanmış/dul olup, %3.6’sı (n=10) bekar’dır. Araştırma grubunun meslekteki yıllarına bakıldığında; %29’u (n=80) 15 yıl ve altı, %39.9’u (n=110) 15-19 yıl, %31.2’si (n=86) 20 yıl ve üzeridir.

Araştırma grubundakilerin %26.1’i (n=72) sigara içmekte, %73.9’u (n=204) içmemektedir. Araştırma grubunda sigara içenlerin günlük sigara içme miktarlarına bakıldığında; %47.2’si (n=34) bir paket, % 15.3’ü (n=11) 10 tane, %2.8’i (n=2) 15

tane, %1.4'ü (n=1) 18 tane içmektedir. Deneysel çalışmalarda meme kanseri ile sigara kullanımı arasında kesin bir ilişki gösterilmese de, sigara kullanımının meme kanserinde neden olduğu düşünülmektedir (55). Ancak serviks kanserine yakalanma riski sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre iki kat'tır (114). Sigara içimi hem kolorektal kanser için artmış riskle hem de kolorektal kanserden ölümlerle ilişkilendirilmiştir(164).

Araştırma grubundaki kişilerin %0.7'si (n=2) kanserdir. Bu kişilerin birinde over kanseri, diğerinde de duodenum kanseri vardır. Araştırma grubunun %12.3'ünün (n=34) ailesinde kanser öyküsü vardır. Bu kanserler, meme, kolorektal, serviks, uterus, mesane, akciğer, karaciğer, cilt malign melanom, mide, non hodgkin lenfoma, tiroid medüller, lösemi'dir. Ailede meme kanseri öyküsü, BRCA1 VE BRCA2 genlerinde ve P53 geninde mutasyon olması meme kanseri riskini artırır (279). Bir tane birinci derece yakınında kolorektal kanseri öyküsünün bulunması halinde kişide genel popülasyona göre kolorektal kanseri gelişme yüzdesi 1.7 kat artış göstermektedir (280). Serviks kanserinde de anne ve kız kardeşte öykü olması önemli bir risk faktörüdür (281). Yani ailede kanser öyküsünün olması kansere yakalanma riskini artırdığından bu kişilerin tarama yaptırmaya duyarlılığının yüksek olması beklenmektedir.

Meme, serviks ve kolorektal kanserinde prognozu belirleyen en önemli etken erken dönemde tanı konulmasıdır. Meme kanserinde mortaliteyi azaltan en önemli tarama yöntemi mamografidir. (73). Mamografi ile yapılan taramalarda erken tanı konulması sonucu mortalitede % 20-70 oranında azalmalar bildirilmiştir (75). Pap smear testiyle taramanın başlamasına bağlı olarak karsinoma in situ dönemdeki tanı konup tedavi edilmesi sonucu serviks kanseri sıklığı belirgin olarak azalmıştır (125). Kolorektal kanserler için önerilen tarama yöntemleri çok fazladır. Ülkemizde kolorektal kanser erken tanıda kullanılan iki yöntem GGK testi ile kolonoskopidir. GGK testi ile yapılan taramalarda kolorektal kansere bağlı ölümlerde %21 oranında düşüş gözlenmiştir (170). Kolonoskopi spesifite ve sensivitesinin yüksek olması nedeniyle kolorektal kanser mortalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (173). Araştırmamız da ulusal kanser taramalarımızın (meme, serviks ve kolorektal kanser) bulguları 3 başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

1. Meme kanseri taramalarına (KMMM, KMM ve mamografi) yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının tartışılması
2. Serviks kanseri taramasına (pap smear) yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının tartışılması
3. Kolorektal kanseri taramalarına (GGK testi ve kolonoskopi) yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının tartışılması

1. Meme kanseri taramalarına (KMMM, KMM ve mamografi) yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının tartışılması

Kadınların yaş ortalamaları 37.49±5.6'dır. Bunların 27 tanesi doktor, 100 tanesi ebe, 45 tanesi hemşire olup toplam 172 kişi araştırmamıza dahil olmuştur.

Kadınların kendi meme dokusunu tanınması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanabilir. Meme kanserinin yaklaşık %90'ı hastaların kendileri tarafından fark edilmektedir (65-68). Araştırma grubuna "Sizin yaşınızda KKMM yapılmalı mıdır ?" diye sorduğumuzda grubun %97.7'si (n=168) evet yanıtını vermiştir (Tablo 4.24). Mesleklere göre buldukları yaşın KKMM yapma gerekliliğine bakıldığında; doktorların %96.3'ü (n=26) , ebelerin %98'i (n=98), hemşirelerin ise %97.8'i (n=44) kendi yaşlarında KKMM yapılması gerekli olduğunu doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05). Araştırma grubunda mesleklere göre KKMM yapma durumuna bakıldığında; doktorların %92.6'sı (n=25), ebelerin %89'u (n=89), hemşirelerin ise %86.7'si (n=39) KKMM yapmaktadırlar ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05). Araştırma grubunun toplam %89'u (n=153) KKMM yapması gerekip yapmıştır. Ülkemizde sağlık personelinde yapılan çalışmalarda KKMM yapma oranı %19.5-96.3 arasında bulunmuştur (5-7,21,182,186-190,213-215). Karahan ve ark. (6) yaptığı çalışmadaki KKMM yapma oranı (%87) bizim çalışmamızdaki orana yakın bulunmuştur. Çalışmamızdaki KKMM yapma oranı (%89) bazı çalışmalardan yüksek (5,21,182,186-190,213-215), Aydın ve Işıklı'nın (7) yaptığı çalışmadan (%96.3) düşük bulunmuştur. Yurt dışında yapılan çalışmalarda KKMM yapma oranı %40-%95.8 arasında değişmektedir (191,196,216-218).

Çalışmamız, Odusanya ve Tayo'nun (196) Nijerya'da sağlık personelinde yaptığı çalışmayla (%89) benzer bulunmuştur. Çalışmamızdaki KKMM yapma oranı İbrahim'in (217) Nijerya'da sağlık personelinde yaptığı çalışma (%62.2) ile Lee'nin (218) Kore'de hemşireler üzerinde yaptığı çalışmadan (%40) yüksek, Chong'un (191) Singapur'daki halk sağlığı hemşireleri ve ebelerinde yaptığı çalışma (%93) ile Akhigbe'nin (216) Nijerya'da sağlık personelinde yaptığı çalışmadan (%95.8) düşük bulunmuştur.

KKMM yapma oranları açısından sağlık personeli ve genel popülasyonun kıyaslanabilmesi için ülkemizde ve yurtdışında genel popülasyonda yapılan bazı araştırmaların bulguları karşılaştırılmasına ihtiyaç vardır. Ülkemizdeki genel popülasyonda yapılan çalışmalarda KKMM yapma oranı %23.7- %86.2 arasında bulunmuştur (19,82,186,205,209,219-222). Gülten'in (209) kadınlar üzerinde yaptığı çalışmadaki KKKM yapma oranı (%86.2) çalışmamızdaki orana yakın bulunmuş olup, yapılan diğer çalışmalardaki (19,82,186,205,219-222) KKKM yapma oranı çalışmamızdan düşük bulunmuştur. Yurt dışındaki genel popülasyonda yapılan çalışmalardaki KKMM yapma oranı %26-%48 arasında bulunmuştur (181,211,223). Bu çalışmada olduğu gibi sağlık çalışanlarının KKMM yapma oranının normal popülasyondan yüksek olması, bu grubun meslek eğitimleri esnasında müfredat programlarında konu ile ilgili bilgi almaları nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Sağlık çalışanlarının meme kanseri taramaları konusunda eğitim almaları bu uygulamalara karşı duyarlı olmalarını etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda KKMM yapma sıklığına bakıldığında; araştırma grubunun %57.1'i (n=88) KKMM'yi (ayda bir) düzenli olarak, %34.4'ü aklına geldikçe yapmaktadırlar (Tablo 4.24). Ülkemizde sağlık personelinde yapılan çalışmalarda KKMM'yi düzenli olarak ayda bir yapanların oranı %14.7-%49 arasında değişmekte olup bu oranlar bizim çalışmamızdan düşük bulunmuştur (5-8,180,182-189). Yurt dışında yapılan çalışmalarda düzenli yapılma oranı %6-%67 arasında değişmektedir (191-197). Mahmodi ve ark. (194) yaptığı çalışmada sağlık personelinin %37'si arada sırada, %6'sı düzenli olarak ayda bir yapmaktadır. Foxell ve ark. (197) hemşirelerde yaptığı çalışmada Afrikalı Amerikan hemşirelerin %43'ü, Kafkas hemşirelerin %20'si KKMM'yi ayda bir düzenli olarak yapmaktadırlar. Jarverdi'nin

(193)İranlı öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmada %37'si arada sırada, %6'sı ayda bir düzenli olarak KKMM yaptıkları görülmüştür.

KKMM'yi düzenli olarak ayda bir yapan sağlık personeli ile genel popülasyonun kıyaslanabilmesi ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmaları karşılaştırmak gereklidir. Ülkemizde genel popülasyonda yapılan çalışmalarda düzenli olarak KKMM yapma oranı %5.5-%34.3 arasında değişmektedir (79,82,198-209). Orhan'ın (198) yaptığı çalışmada kadınların %29.8'i ara sıra, %28.2'si ayda bir düzenli olarak, Altunkan ve ark. (201) yaptığı çalışmada kadınların %13.8'i arada bir, Aygün ve ark. (203) yaptığı çalışmada kadınların %12.7'si her ay düzenli olarak, %28.9'u arada bir, Fındık ve ark. (204) yaptığı çalışmada kadınların %52.9'u arada bir, %10.2'si ayda bir düzenli olarak, Koç'un (205) yaptığı çalışmada kadınların %54.3'ü aklına geldikçe, Çadır ve ark. (208) yaptığı çalışmada kadınların %50.2'si aklına geldikçe,%34.3'ü menstürasyon bitiminden 2-3 gün sonra KKMM yapmaktadır. Yurt dışında genel popülasyonda yapılan çalışmalarda KKMM'yi düzenli yapma oranı %7-%36 arasında değişmekte bu oranlar çalışmamızdan düşük bulunmuştur (210-212). Görüldüğü gibi gerek ülkemizde gerekse yurt dışında kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda KKMM'yi düzenli olarak ayda bir uygulayanların oranı düşüktür, çoğu kadın arada sırada ya da aklına geldikçe KKMM yapmaktadır. Çalışmamız sağlık personelinde yapılmasına rağmen düzenli olarak ayda bir yapanların oranı %57.1 olması düşündürücüdür.

KKMM'yi yapma nedenlerine bakıldığında; %83.7'si (n=128) düzenli sağlık kontrolü nedeniyle, %8.5'i (n=13) diğer sebeplerden dolayı (belirgin bişey varsa farkında olmak, meme kanserinden korktuğu, kontrol amaçlı, merak ettiği vb.), %4.6'sı (n=7) ailede meme kanseri öyküsü olduğu için , %2.6'sı (n=4) şikayeti olması nedeniyle, %0.7'si (n=1) doktor isteğiyle yapmaktadırlar (Tablo 4.24). Ülkemizde Uzun ve ark. (8) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada KKMM yapma nedenlerine bakıldığında, öğrencilerin %57.9'u önceden önlem almak, %29.8'i önemli olduğu, %8.8'i risk grubunda olduğu, %3.5'i korunmak için yapmışlardır. Aydın'ın (183) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %29.9'u her ay yapılması gereken bir işlem olduğu, % 45.2'si kendilerini bakmak adına bir şey yaptıkları için KKMM yaptıklarını söylemişlerdir.

Ülkemizde Koç'un (205) kadınlarda yaptığı çalışmada ise kadınların %51.4'ü meme kanseri olma korkusu nedeniyle yaptıklarını söylemişlerdir.

KMMM yapmama nedenlerine bakıldığında %77.8'i (n=128) şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamakta, %11.1'i (n=2) diğer sebeplerden (var olan kitleyi büyütebileceğinden, düzenli ultrason çektirdiği için), %5.6'sı (n=1) kendini risk altında görmediği, %5.6'sı (n=1) ise konuyla ilgili bilgi sahibi olmadığı için yapmamaktadır (Tablo 4.24). Ülkemizde sağlık personelinde yapılan çalışmalarda KKMM yapmama nedenlerine bakıldığında; Bedük ve Şen'in (224) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin kendilerini risk altında görmedikleri, akıllarına gelmediği, yeterli bilgi beceriye sahip olmadıkları, alışkanlık edinmedikleri için yapmadıkları görülmüştür. Özdemir'in (214) yaptığı çalışmada hemşirelerin ihmal, gereksiz bulmak, kanser teşhisi almaktan korkma gibi nedenlerle yapmadıkları görülmüştür. Akpınar'ın (188) yaptığı çalışmada sağlık personelinin %45.8'i ihmal ve önemsememe, %15.7'si kanser olma düşüncesiyle, %13.3'ü korktukları için, Yurdakoş'un (190) yaptığı çalışmada sağlık personelinin %14.9 şikayeti olmadığı için önemsememe, %13.5'i unuttuğu için, Uncu'nun (187) Malatya'da yaptığı çalışmada, sağlık personelinin %40.3'ünün ihmal ,%32.7'sinin unuttuğu,%27'sinin meme kanseri ile ilgili risk taşıdığına inanmaması nedeniyle KKMM yapmadıkları görülmüştür. Yurt dışında sağlık personelinde yapılan çalışmalarda KKMM yapmama nedenlerine bakıldığında; Mahmodi'nin (194) İranlı sağlık personelinde yaptığı çalışmada, büyük bölümü KKMM'yi zor olmadığına inandıkları ancak unuttukları ve zaman yetersizliği gibi nedenlerle yapamadıklarını belirtmişler, Chong'un (191) Singapour'da hemşireler ve ebeler üzerinde yaptığı çalışmada, unutmama, gerekli görmeme, çok meşgul olma gibi nedenlerle, Budden'in (192) hemşirelerde yaptığı çalışmada %46'sı unuttukları için KKMM yapmadıkları görülmüştür. Sağlık personeli ile genel popülasyonun KKMM yapmama nedenlerini karşılaştırmak için genel popülasyonda yapılan çalışmalara bakıldığında; Orhan'ın (198) Kayseri'de yaptığı çalışmada kadınların %53.3'ü ihmal ettikleri için, %10'u da kanser korkusu yaşadıkları, %35.5'i yeterli bilgiye sahip olmadıkları, Dişçigil'in (82) Ege Bölgesinde yaptığı çalışmada kadınların büyük çoğunluğu bilmedikleri, Koç'un (205) yaptığı çalışmada ise kadınların %73.8'i bilgi eksikliği nedeniyle, Zincir'in (226) yaptığı çalışmada kadınların %59.5'inin yeterli bilgiye sahip olmadığı,

%11.6'sı kanser olmaktan korktuğu için yapmadıkları görülmüştür. Sağlık personelinin KKMM yapmama nedenlerini; ihmal, önemseme, şikayeti olmadığından ihtiyaç duymama, unuttuğu için vb. oluşturmaktadır. Bu da gösteriyor ki; sağlık personelinin KKMM ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu ancak KKMM yapma bilincinin ve davranışının yerleşmediğini göstermektedir. Genel popülasyonda yapılan çalışmalarda KKMM yapmama nedeni; büyük çoğunluğunu bilgi eksikliği oluşturmaktadır. Bu gruplara yapılan eğitimlerle bu eksikliğin giderilebileceği ve KKMM konusunda bilgi, tutum ve davranış değişikliği sağlanabilecektir. Gerek sağlık personelinde gerekse kadınlarda yapılan çalışmalarda benzer görülen KKMM yapmama nedeni kanser olma korkusu olduğu görülmüştür. Kanser olurum diyerek korktukça yaşam kalitesinin düşmektedir. Çoğu kadında bu düşüncenin varlığını düşünürsek eğer bu konuya çözüm önerisi getirmek gereklidir.

Klinik meme muayenesi, meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır. Asemptomatik kadınlarda ideal tarama programında, memenin klinik muayenesi, kendi kendini muayene ve mamografi ile birlikte olmalıdır (85). Araştırma grubuna "Sizin yaşınızda KMM yaptırılmalı mıdır?" diye sorduğumuzda grubun %92.4'ü (n=168) evet yanıtını vermiştir (Tablo 4.27). Mesleklere göre buldukları yaşın KMM yaptırma gerekliliğine bakıldığında; doktorların hepsi (n=27) , ebelerin %90'ı (n=90), hemşirelerin ise %93.3'ü (n=42) kendi yaşlarında KMM yaptırılması gerekli olduğunu doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05). Araştırma grubunda mesleklere göre KMM yaptırma durumuna bakıldığında; doktorların %22.2'si (n=6), ebelerin %27'si (n=27), hemşirelerin ise %17.8'i (n=8) KMM yaptırmaktadırlar ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05). Araştırma grubunun toplam %23.8'i (n=41) KMM yaptırması gerekip yaptırmıştır. Ülkemizde sağlık personelinde yapılan çalışmalarda KMM yaptırma oranı %4.7-51.2 arasında bulunmuştur (182,187,188,190,214,215). Akpınar'ın (188) yaptığı çalışmadaki KMM yaptırma oranı (%24.8) bizim çalışmamızdaki orana yakın bulunmuştur. Çalışmamızdaki KMM yaptırma oranı (%23.8) bazı çalışmalardan yüksek (182,214,215), Uncu'nun (187) yaptığı çalışma (%40.3) ve Yurdakoş'un (190) yaptığı çalışmadan (%51.2) düşük bulunmuştur. Yurt dışında yapılan çalışmalarda

KMM yaptırma oranı %31.1-%53.6 arasında bulunmuştur (191,216,217). Çalışmamız, Nijerya'da sağlık personelinde Akhigbe'nin (216) yaptığı çalışma (%31.1) ile İbrahim'in (217) yaptığı çalışmadan (%24.8) ve Chong'un (191) Singapur'daki halk sağlığı hemşireleri ve ebelerinde yaptığı çalışmadan (%53.6) düşük bulunmuştur.

KMM yaptırma oranları açısından sağlık personeli ve genel popülasyonun kıyaslanabilmesi için ülkemizde genel popülasyonda yapılan bazı araştırmaların bulguları karşılaştırılmasına ihtiyaç vardır. Ülkemizdeki genel popülasyonda yapılan çalışmalarda KMM yaptırma oranı %19- %56.5 arasında bulunmuştur (82,198,200,205,206,209,219). Koç'un (205) kadınlar üzerinde yaptığı çalışmadaki KMM yaptırma oranı (%24) çalışmamızdaki orana yakın bulunmuş olup, Orhan'ın (198) yaptığı çalışmadaki (%19) KMM yaptırma oranı çalışmamızdan düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmamız kadınlar üzerinde yapılan diğer çalışmalardan (82,200,206,219) düşük bulunmuştur. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının KMM yaptırma oranı gerek yurt içinde sağlıkçılarda yapılan gerekse kadınlarda yapılan çalışmalarda düşük bulunmuştur. Bu grubun meslek eğitimleri esnasında müfredat programlarında konu ile ilgili bilgi almalarına rağmen KMM yaptırma durumları beklenen durumdan düşük çıkmıştır. Bu durum genel olarak klinik meme muayenelerinin Amerikan Kanser Birliği ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu önerisi doğrultusunda yeterli oranda uygulanmadığını ve bu alanda gerek sağlık çalışanlarına yönelik gerekse halka yönelik özel ve etkin bir programın gerekliliğini düşündürmektedir (231,232).

Araştırmamızda KMM yaptırma sıklığına bakıldığında; araştırma grubunun %39'u (n=16) yılda bir kez, % 36.6'sı (n=15) şimdiye kadar sadece bir kez, %17.1'i (n=7) doktor isteği olduğunda, %7.3'ü (n=3) yılda 2 kez yaptırmaktadır. (Tablo 4.27). Gençtürk'ün (184) yaptığı çalışmada sağlık personelinin %2.6'sı yılda bir kez yaptırmıştır, Budakoğlu'nun (233) yaptığı çalışmada kadınların %30.1'i en az bir kere yaptırmıştır ve iki çalışmadaki oranlar çalışmamızdan düşük bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık çalışanlarından oluşması, özellikle mesleki eğitimlerinin meme kanseri ile ilgili korunma bilgilerini ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgileri içermesi, Sağlık Bakanlığı'nın aralıklarla meme kanserine ilişkin hizmet içi eğitim

programları düzenlediği düşünülürse araştırma grubunda KMM düzenli (2 veya yılda bir) yaptırılanlar sadece %39'dur.

KMM'yi yaptıran nedenlerine bakıldığında; %48.8'i (n=20) düzenli sağlık kontrolü, %26.8'i (n=11) şikayeti olması, %14.6'sı (n=6) doktor isteğiyle, %4.9'u (n=2) ailede meme kanseri öyküsü olduğu, %4.9'u (n=2) diğer sebeplerden dolayı (fibrokist nedeniyle) KMM yaptırmışlardır. (Tablo 4.27).

KMM yaptırmama nedenlerine bakıldığında %92.4'ü (n=121) şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamakta, %3.8'i (n=5) diğer sebeplerden (vakit bulamama, çalıştığı için ihmal etme), %3.1'i (n=4) kendini risk altında görmediği, %0.8'i (n=1) işlemden korktuğu için yaptırmamaktadır (Tablo 4.27). Ülkemizde sağlık personelinde yapılan çalışmalara bakıldığında; Aslan ve ark. (182) yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %53.7'si ihmal, %18.9'u bilgi eksikliği, %8.4'ü gerek duyulmaması, Özdemir'in (214) yaptığı çalışmada hemşirelerin ihmal, gereksiz bulma, kanser tanısı almaktan korktukları için yaptırmadıkları görülmüştür. Koç'un (205) yaptığı çalışmada kadınların %73.8'i bilgi eksikliği nedeniyle KMM yaptırmadıkları görülmüştür.

Sağlık personelinin KMM yaptırmama nedenlerini; ihmal, zaman bulamama, şikayeti olmadığından ihtiyaç duymama, kendini risk altında görmediği gibi nedenler oluşturmaktadır. Sağlık personelinin KMM ile ilgili yeterli bilgiye sahiptir ancak KMM yaptıran bilincinin ve davranışının yerleşmediği görülmektedir. Genel popülasyonda yapılan çalışmada KMM yaptırmama nedeni; bilgi eksikliği oluşturmaktadır. Bu gruplara yapılan eğitimlerle bu eksikliğin giderilebileceği ve konu ile ilgili istenen tutum ve davranış değişikliği sağlanabilir.

Mamografik tarama ile sağlanan erken tanı mortaliteyi %20-70 oranında azaltmaktadır. Bu nedenle mamografi meme kanserinin tanısında "altın standart" olarak kabul edilir (75). Araştırma grubuna "Sizin yaşınızda mamografi yapılmalı mıdır?" diye sordüğümüzde grubun %40.7'si (n=70) evet yanıtını vermiştir (Tablo 4.30). Yaş gruplarına göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğine bakıldığında; 49 yaş altı olanların %61.6'sı (n=101) gerekli değildir, 50 yaş üstü olanların %87.5'i (n=7) gereklidir diyerek mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 4.31). Medeni duruma göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğine bakıldığında; Evli veya

boşanmış/dulların %63.1'i (n=106), bekarların %50'si (n=2) buldukları yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.32). Mesleklere göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğine bakıldığında; doktorların %77.8'i (n=21), ebelerin %63'ü (n=63), hemşirelerin %53.3'ü (n=24) buldukları yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.33). Ailede meme kanseri öyküsüne göre buldukları yaşın mamografi gerekliliğine bakıldığında; Ailesinde meme kanseri öyküsü olanların %25'i (n=2), olmayanların ise %64.6'sı (n=106) buldukları yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.34).

Araştırma grubunun %14'ü (n=24) mamografi yaptırmıştır, ancak bunların %2.3'ü (n=4) mamografi yaptırmaması gerekip yaptırmıştır (Tablo 4.30,Tablo 4.35). Yaş gruplarına göre mamografi yaptırma durumuna bakıldığında; 50 yaş ve üstü olanların %50'si (n=4) mamografi yaptırmaması gerekip yaptırmıştır,%50'si (n=4) mamografi yaptırmaması gerektiği halde yaptırmamıştır.49 yaş altı olanların %12.2'si (n=20) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış,%87.8'i (n=144) ise tarama programı kapsamında olmadığı için mamografi yaptırmamıştır (Tablo 4.35). Medeni duruma göre mamografi yaptırma durumuna bakıldığında; evli veya boşanmış/dulların %2.4'ü (n=4) mamografi yaptırmaması gerekip yaptırmış, %11.9'u (n=20) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmıştır. Bekarların ise hepsi (n=4) tarama programı kapsamında olmadıkları için yaptırmamıştır (Tablo 4.36). Ailede meme kanseri öyküsü olma durumu ile mamografi yaptırma durumuna bakıldığında; ailesinde meme kanseri öyküsü olanların %25'i (n=2) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmıştır. Ailesinde kanser öyküsü olmayanların ise %2.4'ü (n=4) mamografi yaptırmaması gerekip yaptırmıştır (Tablo 4.38). Mesleklere göre mamografi yaptırma durumuna bakıldığında sadece ebelerin %4'ü (n=4) mamografi yaptırmaması gerekip yaptırmışlardır (Tablo 4.37). Ülkemizde sağlık personelinde yapılan çalışmalarda mamografi yaptırma oranı %6.1-%49.6 arasında bulunmuştur (6,187,190,214,215,227). Çalışmamızdaki mamografi yaptırma oranı (%14) bazı çalışmalardan yüksek (6,214,215), bazı çalışmalardan (187,190,227) düşük bulunmuştur. Yurt dışında sağlık personelinde yapılan çalışmalarda mamografi yaptırma oranı %6.7-%64.8 arasında değişmektedir (191,216,217).

Çalışmamız İbrahim'in (217) Nijerya'da sağlık personelinde yaptığı çalışmadan (%6.7) yüksek, Akhigbe'nin (216) Nijerya'da sağlık personelinde yaptığı çalışma (%44) ile Chong'un (191) halk sağlığı hemşireleri ve ebelerinde yaptığı çalışmada 50 yaş üzerindeki (%64.8), 50 yaş altındakiler de (%31.1) yaptığı çalışmadan düşük bulunmuştur. Araştırma grubumuzun mamografi yaptırma davranışlarının yurt dışında yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında oldukça düşük olduğu söylenebilir. Bu durumun; örneklem grubunun sayısal olarak küçük olması ve sağlık davranışları ile ilgili kültürel farklılıklar ile ilişkili olabileceği söylenebilir.

Mamografi yaptırma oranları açısından sağlık personeli ve genel popülasyonun kıyaslanabilmesi için ülkemizde ve yurtdışında genel popülasyonda yapılan bazı araştırmaların bulgularının karşılaştırılmasına ihtiyaç vardır. Ülkemizdeki genel popülasyonda yapılan çalışmalarda mamografi yaptırma oranı %11.1- %55.9 arasında bulunmuştur (19,82,198,205,206,219,221,228-230). Koç'un (205) kadınlar üzerinde yaptığı çalışmadaki mamografi yaptırma oranı (%14) çalışmamızdaki oranla benzer bulunmuştur. Çalışmamız yapılan diğer çalışmalardaki (82,206,209,219,221,228-230) mamografi yaptırma oranından düşük, Orhan'ın (198) yaptığı çalışma (%11.1) ile Bayçelesi'nin (19) yaptığı çalışmadan yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda mamografi yaptırma sıklığına bakıldığında; araştırma grubunun %41.7'si (n=10) mamografiyi şimdiye kadar sadece bir kez, %37.5'i (n=9) 1 yılda bir, %20.8'i (n=5) doktor isteği olduğunda yaptırmıştır (Tablo 4.30). Ülkemizde Gençtürk'ün (184) sağlık personelinde yaptığı çalışmada %1.3'ü mamografiyi yılda bir kez yaptırmıştır. Sağlık personeli ile genel popülasyonun kıyaslanabilmesi ülkemizde yapılan çalışmaları karşılaştırmak gereklidir. Ülkemizde genel popülasyonda yapılan çalışmalarda mamografi yaptırma oranı Dinçel'in (206) yaptığı çalışmada kadınların %32.3'ü 2 yılda bir, Açıkgöz'ün (221) yaptığı çalışmada kadınların %35.6'sı, Dişçigil'in (82) Ege bölgesinde yaptığı çalışmada kadınların %48.9'u 2 yılda bir mamografi yaptırmaktadır. Araştırma grubumuzda mamografi çekirme oranlarının KKMM ve klinik meme muayenesinden düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada sağlık personelinin büyük oranda mamografi çekirtmemiş olmaları yaş ortalamasının düşük olmasıyla açıklanabilir.

Mamografi yaptırma nedenlerine bakıldığında; %54.2'si (n=13) düzenli sağlık kontrolü nedeniyle, %20.8'i (n=5) doktor isteği ile, %12.5'i (n=3) diğer sebeplerden dolayı (göğüste adenom, yaşından dolayı, fibrokist ve adenomu olduğu için), %8.3'ü (n=2) şikayeti olması nedeniyle, %4.2'si (n=1) ailede meme kanseri öyküsü olduğu için yaptırmışlardır (Tablo 4.30). Ülkemizde genel popülasyonda Dinçel'in (206) yaptığı çalışmada kadınların %40'ı doktor önerisi, %35.7'si meme hastalığı ile ilgili ağrı, ele gelen kitle, meme başı akıntısı gibi semptomlarının olması, %10.7'si ise rutin menapoz taraması için mamografi yaptırmışlardır.

Mamografi yaptırmama nedenlerine bakıldığında %82.4'ü (n=122) şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamakta, %8.8'i (n=13) diğer sebeplerden (Pubmed'deki makalelerde sadece ilk etapta ultrason riskli durumlarda mamografi önerildiği, tarama amaçlı 40 yaşından sonra yaptırmayı düşündüğü, 50 yaşın üzerinde önerildiği, vakit bulamadığı, doktor gerek görmediği, ileri yaş tetkiki olduğu için, 45 yaşından öncesinde riskli altındaki kişilerde yapılmasının tercih edildiği için), %6.1'i (n=9) kendini risk altında görmediği, %2.7'si (n=4) işlemden korktuğu için mamografi yaptırmamaktadır (Tablo 4.30). Ülkemizde Özdemir'in (214) hemşirelerde yaptığı çalışmada ihmal, gereksiz bulmak, kanser tanısı almaktan korktuğu için mamografi yaptırmadığı görülmüştür. Sağlık personeli ile genel popülasyonun mamografi yaptırmama nedenlerini karşılaştırmak için genel popülasyonda yapılan çalışmalara bakıldığında; Dinçel'in (206) yaptığı çalışmada kadınların %25.8'inin meme hastalığı belirtilerinin olmaması, %25.8'inin mamografi çektirmesi gerektiğini bilmemesi, %14.6'sının önemsememe, %8.6'sının kanser çıkacağı korkusu, %7.9'unun yaşının genç olduğunun düşünmesi, %6.7'sinin ekonomik nedenlerden dolayı mamografi yaptırmadığı görülmüştür. Açıkgöz'ün (230) yaptığı çalışmada kadınların %55.1'i ihmal etme, daha sonra sırasıyla mamografi yaptırmanın gerekli olduğunu bilmeme, nerede yapıldığını bilmeme, sonuçta meme kanseri çıkacağı korkusu, sosyal güvence olmadığından ve mamografi yaptırmaktan utanma gibi nedenlerden dolayı mamografi yaptırmadığı görülmüştür. Koç'un (205) yaptığı çalışmada ise kadınların %73.8'i bilgi eksikliği, sonra sırasıyla utanma, kötü bir sonuç alma endişesi, zamanının olmaması, radyasyon alma korkusu, maliyetinin yüksek olması ve ağrı duyma korkusunda dolayı mamografi yaptırmadığı görülmüştür.

Sağlık personelinin mamografi yaptırmama nedenlerini; ihmal, gereksiz bulmak, kanser tanısı almaktan korkmak, şikayeti olmadığından ihtiyaç duymama vb. oluşturmaktadır. Bu da gösteriyor ki; sağlık personelinin mamografi ile ilgili yeterli bilgiye sahiptir ancak istendik davranış sergilememektedirler. Genel popülasyonda yapılan çalışmalarda mamografi yaptırmama nedeni; büyük çoğunluğunu bilgi eksikliği, ihmal, kanser tanısı almaktan korkma oluşturmaktadır. Meme kanseri erken tanısı açısından kadınların erken yaşlarda bilgi ve bilinç seviyelerinin artırılması, uygun tekniklerin öğretilmesi, gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Gerek sağlık personelinde gerekse kadınlarda yapılan çalışmalarda benzer görülen KKMM ve KMM’de olduğu gibi mamografide de yaptırmama nedeni kanser olma korkusu olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının bile yeterince bilinçli olmaması, bilgisi olsa bile davranışa dönüştürülmemesi bu konuda ciddi bir sağlık probleminin oluşma riskini doğurduğu aşikardır.

2.Serviks kanseri taramasına (pap smear) yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının tartışılması

Araştırmamızda kadınların yaş ortalamaları 37.49 ± 5.6 'dır. Bunların 27'si doktor, 100'ü ebe, 45 'ide hemşire olup toplam 172 kişi araştırmamıza dahil olmuştur.

Pap smear testi ile servikal neoplazilerin % 90'nı erken dönemde teşhis edilebilmektedir. Erken tanı servikal kanserlerde tedavi şansını % 100'e çıkarırken, servikal kanser ile ilgili ölümleri de % 50 azaltmaktadır (102).

Araştırma grubuna "Sizin yaşınızda Pap smear yaptırılmalı mıdır ?" diye sorduğumuzda grubun %91.3'ü (n=157) evet yanıtını vermiştir (Tablo 4.39). Yaş gruplarına göre buldukları yaşın pap smear gerekliliğine bakıldığında; 29 yaş altı olanların hiçbiri, 30 yaş ve üstü olanların %90.7'si (n=146) gereklidir diyerek pap smear gerekliliğini doğru bilmişlerdir(Tablo 4.40). Medeni duruma göre buldukları yaşın pap smear gerekliliğine bakıldığında; Evli veya boşanmış/dulların %85.7'si (n=144), bekarların %50'si (n=2) buldukları yaşın pap smear

gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.41). Mesleklere göre buldukları yaşın pap smear gerekliliğine bakıldığında; doktorların %96.3'ü ($n=26$), ebelerin %84'ü ($n=84$), hemşirelerin ise %80'i ($n=36$) kendi yaşlarında pap smear yaptırılması gerekli olduğunu doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.42).

Araştırma grubunun %37.2'si ($n=64$) pap smear yaptırmıştır, ancak bunların %36.6'sı ($n=63$) pap smear yaptırmaması gerekip yaptırmıştır (Tablo 4.39, Tablo 4.43). Yaş gruplarına göre pap smear yaptırma durumuna bakıldığında; 30 yaş ve üstü olanların %39.1'i ($n=63$) pap smear yaptırmaması gerekip yaptırmıştır, %60.9'u ($n=98$) pap smear yaptırmaması gerektiği halde yaptırmamıştır. 29 yaş altı olanların %9.1'i ($n=1$) tarama programı kapsamında olmadığı halde pap smear yaptırmış, %90.9'u ($n=10$) ise tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamıştır (Tablo 4.43). Medeni duruma göre pap smear yaptırma durumuna bakıldığında; evli veya boşanmış/dulların %37.5'i ($n=63$) pap smear yaptırmaması gerekip yaptırmış, %57.1'i ($n=96$) yaptırmaması gerekip yaptırmamıştır. Bekarların ise %2'si ($n=2$) halde yaptırmamış, %50'si ($n=2$) ise tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamıştır (Tablo 4.44). Bizim toplumumuzda çoğunlukla evlilikten sonra cinsel ilişki başladığı ön plana alınırsa yarıya yakın bir oran şu ana kadar pap smear test taramasından geçmemiştir. Bu durumda sağlık çalışanların kendi ve toplum sağlığında olumlu tutum geliştirme açısından oldukça riskli bir davranış olarak görülmektedir. Nijerya ve Afrika ülkelerinde yapılan araştırmalarda (2006) ortaya çıkan yetersiz bilinçlenme, yanlış algılamalar, organize bir tarama inceleme programının olmaması, kadınların kültürel anlamda çok eşlilik durumlarını açığa vuramamaları ve uygunsuz batıl inançları kadınların pap smear testini yaptırmama için en genel bahaneleri olduğu saptanmıştır (117). Mesleklere göre pap smear yaptırma durumuna bakıldığında doktorların %44.4'ü ($n=12$), ebelerin %40'ı ($n=40$), hemşirelerin ise %24.4'ü ($n=11$) pap smear yaptırmaması gerekip yaptırmışlardır (Tablo 4.45). Ülkemizde sağlık personelinde yapılan çalışmalarda pap smear yaptırma oranı %19.5-%52.1 arasında bulunmuştur (117,124,214,234). Çalışmamızdaki pap smear yaptırma oranı (%37.2) bazı çalışmalardan yüksek (117,214), bazı çalışmalardan (124,234) düşük bulunmuştur. Yurt dışında sağlık personelinde yapılan çalışmalarda pap smear yaptırma oranı %5.7-%18.3 arasında

değişmektedir (235-239). Çalışmamız Udigo'nun (235) Nijeryalı hemşirelerde (%5.7), Ayna'nın (236) Nijerya'lı sağlık çalışanlarında (%9), Ayinde'nin (237) üniversite öğrencilerinde (%8.3), Mutyaba'nın (238) Uganda'da sağlık çalışanlarında (%13) ve Tairwireyi'nin (239) sağlık çalışanlarında (%18.3) yapılan çalışmalardan yüksek bulunmuştur.

Pap smear yaptırma oranları açısından sağlık personeli ve genel popülasyonun kıyaslanabilmesi için ülkemizde ve yurtdışında genel popülasyonda yapılan bazı araştırmaların bulguları karşılaştırılmasına ihtiyaç vardır. Ülkemizdeki genel popülasyonda yapılan çalışmalarda pap smear yaptırma oranı %10- %72.92 arasında bulunmuştur (21,219,221,230,239-250). Araştırmamızdaki pap smear yaptırma oranı bazı çalışmalardan (21,242-250) yüksek, yapılan diğer çalışmalardaki (219,221,230,239-241) orandan düşük bulunmuştur. Yurt dışındaki genel popülasyonda yapılan çalışmalardaki pap smear yaptırma oranı %20-%93 arasında bulunmuştur (251-267). Araştırmamızdaki pap smear yaptırma oranı bazı çalışmalardan yüksek (251-256), yapılan diğer çalışmalardan (257-267) düşük bulunmuştur. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının bu kadar büyük kısmının (%62.8) pap smear testini yaptırmamış olmaları, serviks kanseri taraması açısından oldukça önemli bir bulgudur. Bu nedenlerle sağlık çalışanı tarafından, jinekolojik muayeneye gelen kadınlara pap smear testin öneminin ve ne sıklıkta yaptırılması gerektiğinin anlatılması, bu konuda sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması için öncelikle kendilerinin rol modeli olmalarının önemi hakkında bilinçlendirilmeleri gereklidir.

Araştırmamızda pap smear yaptırma sıklığına bakıldığında; araştırma grubunun %42.9'u (n=27) şimdiye kadar bir kez, %25.4'ü (n=16) yılda bir, %23.8'i (n=15) doktor isteği olduğunda, %4.8'i (n=3) 2 yılda bir, %1.6'sı (n=1) 5 yılda bir, %1.6'sı (n=1) yılda 4 defa yaptırmaktadırlar (Tablo 4.39). Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu hiçbir yaş grubunda pap smear tarama testinin yılda bir yapılmasını önermemektedir. Ancak ülke kaynakları yeterliyse 25-49 yaş arasındaki kadınlarda tarama sıklığı üç yılda bir, 50 yaş sonrası beş yılda bir olmalı önerisinde bulunmaktadır (127). Türkiye'de toplum tabanlı serviks kanseri taraması 30-65 yaş arası 5 yılda bir Pap smear testi uygulanarak yapılmaktadır (40). Son beş yıl içinde Pap smear testi yaptıran kadınlar ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuş olarak kabul edilmiştir. Araştırmamızda 5 yılda bir yaptıran sadece 1 kişi

görülmüştür. Buradan da anlaşıldığı gibi araştırma grubumuz serviks kanseri tarama standartlarına uygun hareket etmemektedir. Araştırmamızda sağlık çalışanların %42.9'u (n=27) sadece bir kez yaptırdıklarını belirtmiş olmakla birlikte elde edilen sonucun amaca yönelik hizmet etmediği çünkü sadece bir kez yaptırılan smearin serviks kanseri erken tanısı için yeterli olmadığı belirlenmiştir. Doğan'ın (117) sağlık personelinde yaptığı çalışmada %36.8'i doktor isteği olduğunda, %30.8'i şikayeti olduğunda, %17.8'i yılda bir, %13.5'i 3-5 yılda bir, %1.1'i 6 ayda bir pap smear yaptırmaktadırlar ve bu oranlar çalışmamızdaki oranlara yakın bulunmuştur.

Sağlık personelinin pap smear yaptırma sıklığı ile genel popülasyonun kıyaslanabilmesi ülkemizde yapılan çalışmaları karşılaştırmak gereklidir. Ülkemizde genel popülasyonda yapılan çalışmalarda pap smear yaptırma sıklığına bakacak olursak; Akyüz ve ark. (240) çalışmasında kadınların %58.9'u sadece bir kez, Gümüş'ün (245) çalışmasında İzmir'li kadınların %15.4'ü sadece bir kez, Ünalın ve ark. (239) %73'ü doktor isteği ile , %10'u kontrol amaçlı pap smear yaptırmaktadırlar. Görüldüğü gibi gerek ülkemizde kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda pap smeari düzenli olarak uygulayanların sayısı çok azdır, çoğu kadın sadece bir kez ya da doktor isteği olduğunda pap smear yaptırmaktadır. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının yarıya yakınının sadece bir kez, dörtte birinin de doktor isteği ile pap smear test yaptırmış olması sağlık çalışanı olmaları açısından bu uygulamanın yetersiz olduğu düşündürülebilir. Düzenli sağlık kontrolü (tarama) amacıyla test yaptıranların oranı beklenenden düşük ve bu kişilerinde sağlık profesyonelleri olduğunu düşünürsek, bu durum sağlık çalışanlarının tarama ve erken tanının önemi konusunda yeterince duyarlı olmadıklarını gösterir.

Pap smear yaptırma nedenlerine bakıldığında; %52.4'ü (n=33) düzenli sağlık kontrolü nedeniyle, %36.5'i (n=23) doktor isteği ile, %9.5'i (n=6) şikayeti olması nedeniyle, %1.6'sı (n=1) diğer sebeplerden dolayı (Over Ca kontrolü nedeniyle) yaptırmışlardır (Tablo 4.39). Ülkemizde sağlık personelinde yapılan araştırmalarda pap smear yaptırma nedenlerine bakıldığında; Doğan'ın (117) sağlık personelinde yaptığı çalışmada %44.3 gibi büyük çoğunluğu doktor isteği, %28.1'i akıntı, kaşıntı, kanama nedeniyle, %25.9'u düzenli sağlık kontrolü için yaptırmışlardır. Gülen'in (124) hemşirelerde yaptığı çalışmada %52 sağlık kontrolü ,%33 akıntı ve kaşıntı şikayetiyle pap smear yaptırmıştır. Genel popülasyonda Kaya'nın (268) kadınlarda

yaptığı çalışmada %60'ı düzenli sağlık kontrolü, %14.4'ü doktor isteği ile, %10.4'ü akıntı, kaşıntı, kanama şikayeti ile pap smear yaptırmıştır. Gerek sağlık personelinde gerek genel popülasyonda yapılan çalışmaların sonuçlarına baktığımızda pap smear yaptırma nedenleri benzerlik göstermektedir.

Pap smear yaptırmama nedenlerine bakıldığında %79.8'i (n=87) şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymamakta, %9.2'si (n=10) kendini risk altında görmediği, %8.3'ü (n=9) işlemden çekindiği, %0.9'u (n=1) diğer sebeplerden (zamanının olmamasından dolayı) pap smear yaptırmamıştır (Tablo 4.39). Ülkemizde sağlık personelinde yapılan çalışmalarda pap smear yaptırmama nedenlerine bakıldığında; Yaren ve ark. (269) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin yaptırmama nedenlerine bakıldığında; öncelikle unutkanlık sonra sırasıyla bekar olmak ve test yaptırmanın sıkıntı verici bir işlem olması görülmüştür. Doğan'ın (117) sağlıkçılarda yaptığı çalışmada %58.8'inin şikayeti olmadığından ihtiyaç duymadığı, %7.5'inin kendini risk altında görmediği bu yüzden de ileride yaptırmayı düşündükleri için yaptırmadıkları görülmüştür. Özdemir'in (214) yaptığı çalışmada hemşirelerin ihmal, gereksiz bulmak, kanser teşhisi almaktan korkma gibi nedenlerle yapmadıkları görülmüştür. Gülen'in (124) ebe ve hemşirelerde yaptığı çalışmada ise; %89'unun ihtiyaç duymadığı için (bekar olma ve herhangi bir şikayetinin olmaması) yaptırmadığı görülmüştür. Yurt dışında sağlık personelinde yapılan çalışmalarda pap smear yaptırmama nedenlerine bakıldığında; Mutyaba ve ark. (238) Uganda'da tıp öğrencilerinde yaptığı çalışmada; kendilerini risk altında hissetmeme, hastalık belirtileriyle ilgili bilgi eksikliği, dikkatsizlik, utanma, yetersiz ilgi, testin bireyde hoşnutsuzluk oluşturması ve riskli yaş grubunda olmamaları, vajinal muayeneden korktukları için yaptırmadıkları görülmüştür. Sağlık personeli ile genel popülasyonun pap smear yaptırmama nedenlerini karşılaştırmak için genel popülasyonda yapılan çalışmalara bakıldığında; Açıköz'ün (221) kadınlarda yaptığı çalışmada ilk sırada pap smear testini yaptırmanın gerekli olduğunu bilmeme, daha sonra sırasıyla; nerede yapıldığını bilmeme, ihmal etme, pap smear testi yaptırmaktan korkma, vajinal muayeneden utanma, sonuçta serviks kanseri çıkmasından korkma, bekar ya da dul olduğundan gereksiz olduğu ve sosyal güvence olmaması olarak belirtilmiştir. Gümüş'ün (245) İzmir'li kadınlarda yaptığı çalışmada yaptırmama nedenlerine bakıldığında ; %47.2'si herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmama, %20.4'ü

ihmal, %19.4'ü pap smear testi hakkında bilgi yokluğu, %9.1'i utanma/ erkek hekime muayene olmak istememe, %6.5'inin zaman bulamama/ çok meşgul olma, %3.9'u sağlık güvence yokluğu, %3.9'u korku (sonucu pozitif olmasın ilişkin) olduğu görülmüştür. Kaya'nın (268) yaptığı çalışmada ise %72.8'nin ihtiyaç duymadığından, %5.2'si herhangi bir şikayet olmadığı, %4.8'inin jinekolojik muayeneden çekindiği ve işlemden korktuğu, %8'i ise niçin yaptırmadığını bilmemektedir. Sağlık personelinin pap smear yaptırmama nedenlerini; şikayeti olmadığından ihtiyaç duymama, kendini risk altında görmeme, unuttuğu, ihmal vb. oluşturmaktadır. Bu da gösteriyor ki; sağlık personelinin ihtiyaç duymadıkları için yaptırmıyor olmaları kendi öz bakım sorumluluklarının yeterince gelişmediğini, sadece şikayeti olduğunda yaptırıyor olmaları ise pap smear testini tanı testi olarak algılamalarından kaynaklandığı da düşünülebilir. Kendini risk altında görmeme de sağlık çalışanı açısından oldukça riskli bir bulgudur. Genel popülasyonda yapılan çalışmalarda pap smear yaptırmama nedeni; gerekli olduğunu bilmeme, ihtiyaç duymama, ihmal, nerede yapıldığını bilmeme gibi büyük çoğunluğunu bilgi eksikliği oluşturmaktadır. Bu gruplara yapılan eğitimlerle, düzenlenebilecek kamu spotlarıyla bu eksikliğin giderilebileceği ve pap smear konusunda bilgi, tutum ve davranış değişikliği sağlanabilecektir. National Institutes of Health (NIH-Milli Sağlık Enstitüsü) kadınların, rutin jinekolojik bakım yaptırmamalarına farklı sebepler ileri sürmüşlerdir. Bunlar, utanma, ulaşım yetersizliği, sağlık taramasına ulaşmadaki yetersizlik, sağlık bakım ücretini ödeyememe, sağlık hizmeti verenlerin duyarsızlığı, sağlık hizmeti verenlerin onları pap smear yaptırmaya teşvik etmemeleri, teste duyulan ihtiyaç konusundaki bilgi yetersizliği olarak açıklamaktadır (270).

Sonuç itibarıyla çalışmamızdaki pap smear yaptırma oranları Türkiye'de ve benzer bazı ülkelerde Pap smear testi uygulamalarının diğer ülkelere oranla oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Pap smear testi yaptırma oranının düşük olması organize tarama programlarının halka ulaşım yeterince uygulanmadığından kaynaklanmaktadır. Pap smear tarama programları tek başına yeterli olmayıp, pap smear testi yaptırma oranını arttırmak için, kadınların farkındalıklarını geliştirmek üzere yapılacak bilgilendirme çalışmaları çok önemlidir. Bu yüzden halka daha kolay ulaşabilecek olan sağlık çalışanlarının serviks kanseri risk faktörleri, pap smear test ve HPV'nin erken teşhis ve korunmadaki önemi konusunda tüm yaşlardaki kadınları

eğitmeye devam etmeleri gerekmektedir. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının kendi öz bakım sorumluluklarını da almaları için hizmet içi eğitimlerle desteklenmeleri gerekmektedir.

3) Kolorektal kanseri taramalarına (GGK testi ve kolonoskopi) yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının tartışılması

Araştırma grubunun yaş ortalamaları 39.47 ± 6.1 'dir. Bunların 130'u doktor, 100'ü ebe, 46'sı hemşire olup toplam 276 kişi araştırmamıza dahil olmuştur.

Gaitada gizli kan testi kolorektal adenomlar ve karsinomlar için tek başına uygulandığında düşük sensitiviteye sahiptir. Ancak tekrarlayan testlerle gaitada gizli kan testinin başarısı artırılabilir (169). Tek bir GGK testinin duyarlılığı %30-50 arasında iken yıllık tekrarlandığında %92'lere kadar kanserleri tanımaktadır (170-172).

Araştırma grubuna "Sizin yaşınızda GGK testi yaptırılmalı mıdır ?" diye sorduğumuzda grubun %50'si (n=138) evet yanıtını vermiştir (Tablo 4.2). Yaş gruplarına göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğine bakıldığında; 50 yaş altı olanların %51.7'si (n=134) , 50 yaş ve üstü olanların %76.5'i (n=13) gereklidir diyerek GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir, gruplar arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). (Tablo 4.3). Cinsiyete göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğine bakıldığında; erkeklerin %45.2'si (n=47), kadınların %58.1'i (n=100) gereklidir diyerek GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir, gruplar arasında ilişki anlamlıdır ($p < 0.05$). Yani kadınlar buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini daha yüksek oranda bilmişlerdir (Tablo4.4). Medeni duruma göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğine bakıldığında; Evli veya boşanmış/dulların %52.6'sı (n=140), bekarların %70'i (n=7) buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 4.5). Mesleklere göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğine bakıldığında; doktorların %49.2'si (n=64) , ebelerin %57'si (n=57), hemşirelerin ise %56.5'i (n=26) kendi yaşlarında GGK testi yaptırılması gerekli olduğunu doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 4.6). Ailede kolorektal kanseri öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğine bakıldığında; ailesinde

kolorektal kanser öyküsü olanların %20'si (n=1), olmayanların ise %53.9'u (n=146) kendi yaşlarında GGK testi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Frederiksen ve ark. (277) tarafından yapılan anket çalışmasında 50-74 yaş arasında 117.114 kişiye gaitada gizli kan taraması yapılması için davet gönderilmiş. 85.374 kişi gaitada gizli kan taraması yapılması için olumlu yanıt vermiş. Erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek katılımında bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça katılımın oranının da arttığı tespit edilmiştir.

Araştırma grubunun %5.1'i (n=14) GGK testi yaptırmıştır, ancak bunların içinde yaptırmaması gerekirken yaptıran yoktur (Tablo 4.8). Yaş gruplarına göre GGK testi yaptırmama durumuna bakıldığında; 50 yaş ve üstü olanların hepsi yaptırmaması gerektiği halde yaptırmamıştır. 50 yaş altı olanların %5.4'ü (n=14) tarama programı kapsamında olmadığı halde GGK testini yaptırmış, %94.6'sı (n=245) ise tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamıştır (Tablo 4.8). Cinsiyete göre GGK testi yaptırmama durumuna bakıldığında; erkeklerin %7.7'si (n=8) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %8.7'si (n=9) ise yaptırmaması gerekirken yaptırmamıştır. Kadınların ise %3.5'i (n=6) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %4.7'si (n=8) ise yaptırmaması gerekirken yaptırmamıştır. Cinsiyet ile GGK testi yaptırmama durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Medeni duruma göre GGK testi yaptırmama durumuna bakıldığında; evli veya boşanmış/dulların %4.9'u (n=13) tarama programı kapsamında olmadığı halde GGK testini yaptırmış, %6'sı (n=16) ise yaptırmaması gerekirken yaptırmamıştır. Bekarların ise %10'u (n=1) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %10'u (n=1) ise yaptırmaması gerekirken yaptırmamıştır. Medeni durum ile GGK testi yaptırmama durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumuna göre GGK testi yaptırmama durumuna bakıldığında; ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanların %20'si (n=1) tarama programı kapsamında olmadığı halde GGK testini yaptırmış, %80'i (n=4) ise tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamıştır. Ailesinde kanser öyküsü olmayanların ise %4.8'i (n=13) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %6.3'ü (n=17) ise yaptırmaması gerekirken yaptırmamıştır. Bayçelebi'nin (19) yaptığı çalışmada ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 41,2'si, ailesinde kolon kanseri öyküsü

olmayan 888 erkeğin % 29,7'si gaitada gizli kan testini yaptırmıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54 kadının % 44,4'ü, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 27,1'i gaitada gizli kan testini yaptırmıştı(19). Mesleklere göre GGK testi yaptırma durumuna bakıldığında doktorların %6.2'si (n=8), ebelerin %2'si (n=2) , hemşirelerin ise %8.7'si (n=4) tarama programı kapsamında olmadığı halde GGK testini yaptırmış, doktorların %6.9'u (n=9), ebelerin %7'si (n=7), hemşirelerin %2.2'si (n=1) ise yaptırmaması gerekip yaptırmamıştır. Mesleğe göre GGK testi yaptırma durumu arasında ilişki anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 4.11). Sağlık personeline kolorektal kanser taramaları ile ilgili yapılmış çalışma yok denecek kadar azdır. Altuğ'un (272) doktorlarda yaptığı çalışmanın sonucunda kolorektal kanserler açısından risk taşıyan hasta grubu ile en sık karşılaşılan branşlardaki uzman doktorların bile, kendilerine veya risk taşıyan ebeveynlerine tarama testi yaptırmada ihmalkar davrandıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde genel popülasyonda yapılan çalışmalara bakıldığında; Acar-Vaizoğlu'nun (271) yaptığı çalışmada 50 yaş üzerindeki kişilerin %10 son 1 yıl içinde GGK testi, Baran'ın (274) yaptığı çalışmada kişilerin %3.6'sının GGK testi, Yapucu ve ark. (248) yaptığı çalışmada %5.4'ünün herhangi bir kolorektal kanser tarama testi yaptırdığı görülmüştür. Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında Walsh ve ark. (275) yaptığı çalışmada %38'inin, Yip ve ark. yaptığı çalışmada (276) ise %19'unun son 1 yılda GGK testi yaptırdığı görülmüştür. Burdan da anlaşıldığı gibi çalışmamızdaki GGK testi yaptırma oranı (%5.1) Baran'ın (274) çalışmasından yüksek, bazı çalışmalardan (271,275,276) düşük, Yapucu ve ark. yaptığı çalışmayla (248) benzer bulunmuştur.

Araştırmamızda GGK testi yaptırma sıklığına bakıldığında; %35.7'si (n=5) şimdiye kadar bir kez, %35.7'si (n=5) yılda bir kez, % 21.4'ü (n=3) doktor isteği olduğunda, %7.1'i (n=1) yılda 2 kez GGK testi yaptırmıştır. Ulusal kolorektal kanser tarama standardına göre 50-70 yaş aralığındaki her kadın ve erkek her yıl GGK testi yaptırmaması gereklidir (41).

Araştırmamızda GGK testi yaptırma nedenlerine bakıldığında; %57.1'i (n=8) düzenli sağlık kontrolüyle, %28.6'sı (n=4) diğer nedenlerden dolayı (kolon kanseri riski, mide ağrısı olunca, amipli dizanteri) %14.3'ü (n=2) doktor isteği ile yaptırmıştır. Yakut ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada (273) kolonoskopi işlemi

için başvuran 104 hastanın sadece 8 tanesi kanser taraması amacıyla başvurduğunu belirtmiştir.

Araştırmamızda GGK testi yaptırmama nedenlerine bakıldığında; %88.2'si (n=231) şikayeti olmadığı, %5.7'si (n=15) kendini risk altında görmediği, %3.8'i (n=10) zamanının olması, %1.9'u (n=5) diğer nedenlerden (kötü bir şey duymak istemediği, ihmal, sebepsiz, ileri yaş tetkiki olduğu için) ,%0.4'ü (n=1) işlemden korktuğu için yaptırmamıştır. Altuğ'un (272) doktorlar üzerinde yaptığı çalışmasında %74'ü (n=56) kendilerini risk altında görmedikleri için, %20'si (n=15) ihmal nedeniyle kolorektal kanseri tarama testi yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırma grubuna “Sizin yaşınızda kolonoskopi yaptırılmalı mıdır ?” diye sordüğümüzde grubun %68.1'i (n=188) hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4.13). Yaş gruplarına göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğine bakıldığında; 50 yaş altı olanların %69.9'u (n=181) , 50 yaş ve üstü olanların %58.8'i (n=10) gereklidir diyerek kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). (Tablo 4.14). Cinsiyete göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğine bakıldığında; erkeklerin %69.2'si (n=72), kadınların %69.2'si (n=119) gereklidir diyerek kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasında ilişki anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 4.15). Medeni duruma göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğine bakıldığında; Evli veya boşanmış/dulların %69.2'si (n=184), bekarların %70'i (n=7) buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 4.16). Mesleklere göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğine bakıldığında; doktorların % 71.5'i (n=93) , ebelerin %66'sı (n=66), hemşirelerin ise %69.6'sı (n=32) kendi yaşlarında kolonoskopi yaptırılması gerekli olduğunu doğru bilmişlerdir ancak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 4.17). Ailede kolorektal kanseri öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğine bakıldığında; ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanların %20'si (n=1), olmayanların ise %70.1'i (n=190) kendi yaşlarında kolonoskopi gerekliliğini doğru bilmişlerdir, gruplar arasındaki ilişki anlamlıdır (p<0.05) . Yani buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini doğru bilme oranı ailesinde kanser olmayanlarda anlamlı ölçüde yüksektir (Tablo 4.18).

Araştırma grubunun %2.2'si (n=6) kolonoskopi yaptırmıştır, ancak bunların içinde yaptırması gerekir yaptıran yoktur (Tablo 4.19). Yaş gruplarına göre kolonoskopi yaptırma durumuna bakıldığında; 50 yaş ve üstü olanların hepsi yaptırması gerektiği halde yaptırmamıştır. 50 yaş altı olanların %2.3'ü (n=6) tarama programında kapsamında olmadığı halde kolonoskopi yaptırmış, %97.7'si (n=259) ise tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamıştır (Tablo 4.19). Cinsiyete göre kolonoskopi yaptırma durumuna bakıldığında; erkeklerin %1.9'u (n=2) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %8.7'si (n=9) ise yaptırması gerekir yaptırmamıştır. Kadınların ise %2.3'ü (n=4) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %4.7'si (n=8) ise yaptırması gerekir yaptırmamıştır. Cinsiyet ile kolonoskopi yaptırma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.20). Medeni duruma göre kolonoskopi yaptırma durumuna bakıldığında; evli veya boşanmış/dulların %2.3'ü (n=6) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %6'sı (n=16) ise yaptırması gerekir yaptırmamıştır. Bekarların ise %10'u (n=1) kolonoskopi yaptırması gerekir yaptırmamıştır, %90'u (n=9) ise tarama programı kapsamında olmadığı için yaptırmamıştır (Tablo 4.21). Ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumuna göre kolonoskopi yaptırma durumuna bakıldığında; ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanların %20'si (n=1) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %80'i (n=4) yaptırmaması gerekir yaptırmamıştır. Ailesinde kanser öyküsü olmayanların ise %1.8'i (n=5) tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış, %6.3'ü (n=17) ise yaptırması gerekir yaptırmamıştır (Tablo 4.23). Mesleklere göre kolonoskopi yaptırma durumuna bakıldığında doktorların %1.5'i (n=2), ebelerin %3'ü (n=3), hemşirelerin ise %2.2'si (n=1) tarama programı kapsamında olmadığı halde kolonoskopi yaptırmış, doktorların %6.9'u (n=9), ebelerin %7'si (n=7), hemşirelerin %2.2'si (n=1) ise yaptırması gerekir yaptırmamıştır. Mesleğe göre kolonoskopi yaptırma durumu arasında ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.22). Sağlık personelinde kolorektal kanser taramaları ile ilgili yapılmış çalışma azdır. Altuğ'un (272) doktorlarda yaptığı çalışmanın sonucunda kolorektal kanserler açısından risk taşıyan hasta grubu ile en sık karşılaşılan branşlardaki uzman doktorların sadece %7 'sinin (n=6) tarama testi uyguladığı görülmüştür. Bu çalışmada uzman doktorların kolorektal kanser tarama testi olarak en sık GGK testini tercih ettikleri bunu sırasıyla

diital rektal muayene, kolonoskopi, baryumlu kolon grafisi ve diğer tetkikler izlemekte olduğu görülmektedir. Ülkemizde genel popülasyonda yapılan çalışmalara bakıldığında; Baran'ın (274) yaptığı çalışmada kişilerin %6.8'inin kolonoskopi, %2.7'sinin tarama amaçlı kolonoskopi, Açıköz'ün (230) çalışmasında %9.9'unun kolonoskopi, Yapucu ve ark. (248) yaptığı çalışmada %5.4'ünün herhangi bir kolorektal kanser tarama testi yaptırdığı görülmüştür. Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında Walsh ve ark. (275) yaptığı çalışmada %66'sının herhangi bir kolorektal kanser taraması yaptırdığı, Yip ve ark. yaptığı çalışmada (276) ise %21'inin sigmoidoskopi veya kolonoskopi yaptırdığı görülmüştür. Burdan da anlaşıldığı gibi çalışmamızdaki kolonoskopi yaptırma oranı açısından bizim çalışmamız bu çalışmalardan daha düşük çıkmıştır.

Araştırmamızda kolonoskopi yaptırma sıklığına bakıldığında; %60'ı (n=3) şimdiye kadar bir kez, %20 (n=1) 2 yılda bir kez, % 20'si (n=1) doktor isteği olduğunda kolonoskopi yaptırmıştır. Ulusal kolorektal kanser tarama standardına göre 50-70 yaş aralığındaki her kadın ve erkek 10 yılda bir kolonoskopi yaptırmaları gereklidir (41). Çalışmamızda 50 yaş üstündeki 17 kişinin sadece 6 tanesi ya 2 yılda bir ya da doktor isteği olduğunda yaptırmaktadır. Bu durum hala kişilerde düzenli tarama yaptırma bilincinin gelişmediğini ve kendi öz bakımlarını önemsemediklerini gösteriyor. Baran'ın (274) yaptığı çalışmada araştırma grubunun %6.2'sinin sadece bir kez, %0.3'ünün yılda bir, %0.3'ünün 2 yılda bir kolonoskopi yaptırdığı görülmektedir.

Araştırmamızda kolonoskopi yaptırma nedenlerine bakıldığında; %40'ı (n=2) düzenli sağlık kontrolüyle, %20'si (n=1) şikayeti olması nedeniyle, %20'si (n=1) ailede kolorektal kanser hikayesi nedeniyle, %20'si (n=1) diğer sebeplerden dolayı (konstipasyon) %14.3'ü (n=2) yaptırmıştır. Araştırmamızda tarama amaçlı kolonoskopi yaptıranlara baktığımızda bu oran %60 (n=3) olduğu görülmektedir. Baran'ın (274) çalışmasında %2.7'si tarama amaçlı, %2.1'i kanama, %0.8'i kabızlık, %1.2'si diğer sebeplerden dolayı kolonoskopi yaptırmıştır.

Araştırmamızda kolonoskopi yaptırmama nedenlerine bakıldığında; %88.6'sı (n=240) şikayeti olmadığı , %5.2'si (n=14) işlemden korktuğu , % 4.4'ü (n=12) kendini risk altında görmediği , %1.1'i (n=3) konuyla ilgili bilgi sahibi olmadığı ve %0.7'si (n=2) diğer sebeplerden (kontrol yaşının gelmediği ve ailesinde öykü

olmadığı için, daha kolay tetkik araçlarının geliştirilmiş olması) dolayı yaptırmamıştır. Altuğ'un (272) doktorlar üzerinde yaptığı çalışmasında %74'ü (n=56) kendilerini risk altında görmedikleri için, %20'si (n=15) ihmal nedeniyle kolorektal kanseri tarama testi yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde kolorektal kanserlerin tanısındaki gecikme nedenleri; bilgisizlik, görsel ve yazılı basının konuya olan duyarsızlığı, doktora gitmeye çekinme, hastaların kendi sağlıklarına karşı ilgisizlikleri, sağlık politikaları düzenlenirken koruyucu hekimliğe gerekli önemin gösterilmemesi ve alt yapı eksiklikleri gibi faktörlerdir. Ülkemizde batı toplumunda sınır olan 50 yaş üzerindeki bireylere tarama yapılmadığı için hastalar hastalığın ileri evrelerinde hekime başvurmakta ve kolorektal kanserlerdeki ölüm oranı artmaktadır. Geç evrede yakalanan kolorektal kanserli hastaların ameliyat, kemoterapi, radyoterapi, hastanede kalış süreleri ve işlerinden geri kaldıkları dönemler dikkate alındığında sağlık giderlerinin erken evrede yakalanan hastalara göre oldukça fazla olması kaçınılmazdır (165).

Bu araştırma sonucunda araştırma grubunun meme, serviks ve kolorektal kanser tarama uygulamalarını istedik düzeyin altında yaptırdıkları görülmüştür. Tüm bu veriler göz önüne alındığında geniş katılımlı tarama programlarının hayata geçirilebilmesi için ilk basamakta yer alan, topluma rol model teşkil eden sağlık personelinin bu konuda bilgili ve duyarlı olmaları ve istenen davranış değişikliğini göstermeleri gerekmektedir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Malatya il merkezinde bulunan 38 Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan doktor, ebe ve hemşirelerin Ulusal Kanser Tarama Standartlarındaki taramalar konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ❖ Araştırma grubunun % 47.1'ini doktorlar, %36.2'sini ebeler, %16.7'sini hemşire oluşturmaktadır. Araştırma grubundaki doktorların yaş ortalamaları 41.95 ± 5.1 , ebelerin yaş ortalamaları 37.97 ± 6.2 , hemşirelerin yaş ortalamaları 35.74 ± 5.5 'tir. Çalışma grubunun %62.3'ü kadın, %37.7'si erkek olup %95.7'si evlidir.
- ❖ Araştırma grubunun meme kanseri taramaları ile ilgili bilgi düzeyleri (buldukları yaşın tarama gerekliliğini doğru bilme oranı), KKMM'de %97.7, KMM'de %92.4, mamografide %62.8 bulunmuştur. Sağlık personeli bu konularda topluma eğitim vermesi gereken grup olduğundan bu oranlar düşüktür. Araştırma grubunun serviks kanseri taraması olan pap smear ile ilgili bilgi düzeyleri (buldukları yaşın tarama gerekliliğini doğru bilme oranı) %84.9 bulunmuş olup bu değer bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını göstermektedir.
- ❖ Araştırma grubunun kolorektal kanser taramaları ile ilgili bilgi düzeyleri (buldukları yaşın tarama gerekliliğini doğru bilme oranı) GGK testinde %53.3, kolonoskopi'de %69.2 bulunmuş olup bu değer bilgi düzeylerinin istenilen seviyede olmadığını göstermektedir.
- ❖ Meme kanseri erken tanı ve uygulama davranışlarına bakacak olursak; araştırmamızda kadınların %89'u KKMM yapmasına karşın, düzenli KKMM yapanların oranı %57.1 olarak bulunmuştur. KMM yaptıran kadınlar %23.8 olmasına rağmen bunların içinde yılda bir kez yaptıranların oranı %39 bulunmuştur. Mamografi yaptıran kadınların %2.3'ü yaptırmayı gerekip

yaptırmış, %11.6'sı ise tarama programı kapsamında olmadığı halde yaptırmış olup bunların %37.5'i yılda bir yaptırmıştır. İdeal aralığı 2 yılda bir olmasına rağmen bu sıklıkta yaptıran bulunmamıştır.

- ❖ Serviks kanseri erken tanı ve uygulama davranışlarına bakacak olursak; araştırmamızda pap smear testini, doktorların %55.6'sı, ebelerin %53'ü, hemşirelerin ise %66.7'si yaptırmaması gerektiği halde yaptırmamıştır. Kolorektal kanseri erken tanı ve uygulama davranışlarına bakacak olursak; araştırma grubumuzun %6.2'si ise yaş itibariyle yaptırmaları gerektiği halde yaptırmamışlardır.
- ❖ Mesleğe göre buldukları yaşın KKMM gerekliliğini bilme durumu ile KKMM yaptırmama durumu arasındaki ilişki anlamlı değildir.
- ❖ Mesleğe göre buldukları yaşın KMM gerekliliğini bilme durumu ile KMM yaptırmama durumu arasındaki ilişki anlamlı değildir.
- ❖ Yaş grupları, medeni durum, meslek ve ailede kanser öyküsü olma durumuna göre buldukların yaşın mamografi gerekliliğini doğru bilme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.
- ❖ Medeni durum ve mesleğe göre buldukları yaşın smear gerekliliğini bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.
- ❖ Cinsiyete göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş grupları medeni durum, meslek ve ailede kanser öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın GGK testi gerekliliğini bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.
- ❖ Cinsiyet, medeni durumu, mesleğe göre GGK testi yaptırmama durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.
- ❖ Ailede kanser öyküsü olma durumuna göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18). Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum ve mesleğe göre buldukları yaşın kolonoskopi gerekliliğini bilme durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

- ❖ Cinsiyet, mesleğe göre kolonoskopi yaptıрма durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Bu sonuçlar ışığında sağlık çalışanlarının ulusal kanser tarama standartlarındaki taramalar konusunda istenilen düzeyde olumlu sağlık davranışları sergilemesine ve hizmet verdikleri gruba bu davranışları aktarmaları için aşağıdaki öneriler yapılabilir:

1) Araştırmamız sonucunda sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun KMM, mamografi, pap smear, GGK testi ve kolonoskopi yaptırmaya duyarlı davranmamaları nedeniyle konuya ilişkin tutum ve davranışlarında değişim göstermeleri için hizmet içi eğitim programlarının planlanması ve yaygınlaştırılması önerilir.

2) Araştırmamızda 50 yaş üzeri kişilerin kolorektal kanser taramalarını yaptıрма durumları düşük bulunmuştur. Ancak çalışmanın temsiliyet gücü sınırlıdır bu nedenle saptanan ilişkilerin dikkatli yorumlanması gerekmektedir. Daha geniş örneklemlili gruplar üzerinde yapılacak çalışmalarda toplumun tarama uygulamalarına karşı davranışları saptanmalıdır. Çalışmamızın amaçlarından biri bu konuda diğer araştırmacıların farkındalığını artırmak ve ileride yapılacak çalışmalara kaynak olmaktır.

3)Ulusal kanser tarama standartlarındaki tarama programlarının yürütülebilmesi için eğitimli sağlık çalışanlarına gereksinim duyulduğundan, kurumlarda hizmet içi ve sürekli eğitim programlarına ağırlık verilmeli, yüksek risk grubundaki sağlık çalışanları belirlenerek, meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarının düzenli ve periyodik aralıklarla yapılmasının önemi kavratılmalıdır.

4) Ulusal kanser tarama programlarındaki taramalarla ilgili özellikle beklenen koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmeyi engelleyen algıların (pozitif mesajlarla korku, ihmalkarlık, unutmama, kendini risk altında görmeme vb.)

belirlenerek azaltılması bunların yerine duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, taramaların yararları konusunda yönünde girişimler yapılmalıdır.

5)Ulusal kanser tarama programının halka hizmet sunulan tüm birimlerde çalışan sağlık personeline duyurulmalı ve benimsetilmelidir. Ayrıca toplum sağlığının korunması amacıyla sağlık personelinin rol modeli olup hizmet sunduğu birimdeki topluma da bu bilgileri aktarıp istendik koruyucu sağlık davranış sergilemelerine yardımcı olunması önerilir.

6) Kanserden korunma konusunda sağlık personeli ve halkın eğitimi için gerekli çalışmaların, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde yürütülmesini sağlamak, koordine etmek ve denetlemek.

7) Kanserden koruyucu diğer ulusal programların (tütün kullanımı, obezite vb.) yürütülmesinde ilgili birimlere destek vermek.

8) Her ne kadar bahsetmesek de; son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalarda kronik ve kompleks hastalıklara (kanser gibi) yatkınlıklarının genetik özellikleri ile belirlenebileceğini ortaya koyulmuştur. Bu bağlamda özellikle bazı kanser türlerinde (serviks kanserinde HPV açısından vb.) kültür ve genotip tayini yoluyla tanı ve tarama yapılması yaygınlaştırılabilir.

9) Ulusal kanser tarama standartlarındaki taramalar konusunda daha yeterli sonuçlar alınabilmesi için gerek toplumun farklı kesimlerine gerekse daha geniş örneklemlerle sağlık çalışanlarını kapsayan daha büyük gruplar üzerinde bilgi, tutum ve davranışları üzerine incelenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tuncer, M. (2009). Türkiye’de Kanser Kontrolü [Elektronik Sürüm]. Ankara: **T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı**, 5-6,11.
2. GLOBOCAN (2008). Erişim: 16 Nisan 2013, <http://Globocan.Iarc.Fr/>.
3. Jemal, A., Murray,T., Ward,E. (2005). *Cancer Statistics. CA Cancer J Clin*, 55(1), 10-30.
4. Bove,B.A.,Dunbrack,R.L.,Godwin,A.K. (2002).BRCA-1, BRCA-2 And Hereditary Breast Cancer.*Breast Cancer Prognosis, Treatment And Prevention*, 555-603.
5. Canbulat,N. (2006). **Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
6. Karahan,A.,Topuzoğlu,A.,Harmancı,H. (2002).*Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Ve Mamografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler*. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 23-28 Eylül 2002 – Diyarbakır: Bildiriler (s.666).
7. Aydın,İ., Işıklı, Z. (2004). *Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi İnançları*. 3. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Bildiri Özet Kitabı (s.32). Edirne: Üniversite Yayınları.
8. Uzun,Ö., Karabulut,N.,Karaman,Z. (2004). Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,7(1),33- 41.
9. Zur Hausen,H. (2002).Papillomaviruses and Cancer: From Basic Studies To Clinical Application. *Nat Rev Cancer*,5,342-350.

10. Jemal, A., Thomas, A., Murray, T., et al. (2002). Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*, 52, 23-47.
11. Türkiye'de Kanser İnsidansları. Erişim: 16 Nisan 2013, <http://www.kanser.gov.tr/Daire-Faaliyetleri/Kanser-İstatistikleri.Html>
12. Boyle, P., Leon, M.E. (2002). Epidemiology of Colorectal Cancer. *Br Med Bull*, 64, 1-25.
13. Hawk, E.T., Limburg, P.J., Viner, J.L. (2002). Epidemiology and Prevention of Colorectal Cancer. *Surg Clin N Am*, 82, 905-941.
14. Edwards, B.K., Howe, H.L., Ries, L.A.G., et al. (2002). Annual Report To The Nation on The Status of Cancer, 1973–1999, Featuring Implications of Age and Aging on U.S. Cancer Burden. *Cancer*, 94, 2766-2792.
15. Grenle, R.T., Hill, Harmon, B., Murray, T., et al. (2001). Cancer Statistics 2001. *CA Cancer J Clin*, 51, 15.
16. Akan, M. (1997). **Dimetilhidrazinle İndüklenmiş Deneysel Kolon Kanseri, Disulfiram'ın Kemoprevantif Etkisi**. Uzmanlık Tezi. Taksim Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul.
17. Borum, M.L. (2001). Colorectal Cancer Screening. *Primary Care Clinics in Office Practice*, 28 (3), 661-674.
18. Şen, O. (2008). **Kolorektal Kanselerde Tarama (Pilot Çalışma)**. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
19. Bayçelebi, G. (2011). **Trabzon Bölgesinde Risk Gruplarının Kanser Erken Tanısına Yönelik Tarama Testlerini Yaptırma Oranları**. Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Trabzon.
20. Smith, R.A., Cokkinides, V., Eyre, J.H. (2004). American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. *CA J Clin Cancer*, 54, 41-52.
21. Ozan, Y.D. (2007). **Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15–65 Yaş Arası Kadınların, Meme ve Serviks Kanseri ile Korunma ile ilgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
22. Parkin, D.M., Pisani, N., Ferlay, J. (1993). Estimates of the Worldwide Incidence of Eighteen Major Cancer in 1985. *Int J Cancer*, 54, 594-606.

23. Jonathan,S.B. (2006).*Novak's Gynecology*. Lippincott,14, 477-478.
24. Lee,C.O.(2000). *Gynecologic cancers: Part 1- Risk factors*. *Clin J Oncol Nurs*,4, 67-71.
25. Ideström,M., Milsom,I., Ellström,A.A. (2002).Knowledge and Attitudes About the Pap Smear Screening Program: A Population Based Study of Women Aged 20-59 Years. *Acta Obstetr Gynecol Scand*, 81,962-967.
26. Eroğlu,C., Ünlü,Y., Eryılmaz,M.A. ,Gönceç,O.(2008).Cervicovaginal Smear Screening Experience Early Cancer Diagnosis-Screening And Education Center Konya Education And Research Hospital Jinekoloji. *Obstetrik ve Neonataloji Tıp Dergisi*,12-13.
27. Trowbridge,B., Burt,R.W. (2002).Colorectal Cancer Screening. *Surg Clin N Am*,82, 943-957.
28. Alemdaroğlu,K.,Akçal,T.,Buğra,D. ve ark .(2003). Kolon, Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. *İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği Yayını*.
29. Harris,J.R., Morrow,M., Banadonna, G. *Cancer of the Breast*.(1993). V.T. De Vita, S. Hellman and S.A. Rosenberg (Ed). *Cancer, Principles and Practice of Oncology* (s. 1264-1332). 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co.
30. Saegrov,S.,Halding,A.G.(2004). What is Like Living with the Diagnosis of Cancer?*Europen Journal of Cancer Care*,13,145-153.
31. Weaver,A.J.,Flannelly,K.J. (2004).The Role of Religion /Spirituality for Cancer Patients and Their Caregivers.*Southern Medical Journal*,97(12),1210-1214.
32. Özvarış,Ş.B. (2006).*Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara :Hacettepe Üniversitesi Yayınları,1133-1137.
33. Durak,S. (2007). Kanser Kontrolünde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Rolü M. Tuncer (Ed.). *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, 113-130. <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/8.pdf>. Erişim tarihi: 11 Şubat 2013.
34. Bilir,N., Paksoysubaşı,N. (2006). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1039-1042.
35. Potter,P.A., Perry,A.G. (2005). *Fundamentals of nursing*, USA: 6 th Edition, Mosby.
36. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Erişim: 11 Temmuz 2012, http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf

37. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. Erişim: 11 Kasım 2012,
<http://www.tapdk.gov.tr/tununalkolkontrol/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Program%C4%B1,%202009-2015.pdf>
- 38.Kanser Dairesi Faaliyetleri. Erişim: 16 Nisan2013,
<http://www.kanser.gov.tr/Dosya/Sunular/Faaliyetler.pdf>
- 39.Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim: 30 Mart 2013,
<http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf>
- 40.Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim: 30 Mart 2013,
<http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf>
- 41.Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim: 30 Mart 2013,
<http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf>
42. Berkarda B.(2000). *Meme Kanseri*.İstanbul: İ.Ü.Basımevi,5- 87.
43. Dorcas, R.H. (1996). *Meme Kanseri*. N. Platin (çeviri Ed.) N. İnanç (çeviren). *Hemşireler için Kanser El Kitabı*(s.259-274). Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası.
- 44..Alican, F.(1996). *Meme Kanseri*. İstanbul: Avrupa Tıp kitapçılık Ltd.Sti, 57-150.
45. World Health Organization. *Cancer Control*. (2007). Knowledge İnto Action: WHO Guide for Effective Programmes.
46. İnce,Ü. (1997).*Memenin Anatomisi*. E. Topuz (Ed). *Meme kanseri, Biyoloji, Tanı, Evreleme, Tedavisi* (s.1-15). İstanbul: İÜ. Onkoloji Enstitüsü yayınları.
47. Ürkmez,E. (2009). **Eskişehir’de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Model’i ile Meme Kanseri Risk Taraması**. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir.
48. Barton,M.B.. (2005).Breast Cancer Screening. *Postgraduate Medicine*, 118(2), 27-28 .
- 49.Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Erişim: 20.02.2013,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf>

50. Özmen,D., Özsoy,S.A. (2009). Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 25(1),51-69.
51. Berry,D.A., Cronin,K.A., Plevritis,S.K. (2005). Effect of Screening and Adjuvan Therapy on Mortality from Breast Cancer. *N Engl J Med*, 353, 1784.
52. Darendeliler,E., Açoğlu,F.Y. (2003). *Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi*. E. Topuz, A. Aydın ve M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s.13-33). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
53. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi. Erişim: 15 Kasım 2012, <http://www.bsm.gov.tr>
54. Mamografi, Erişim: 12 Nisan 2013, <http://www.kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/mamografi.pdf>
55. Aktan,K., Topuzoğlu,A., Harmancı,H. (2002). *Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler*. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi:23-28 Eylül 2002,Diyarbakır: Bildiriler (s.57-59).
56. American Cancer Society. Breast Cancer. What Causes Breast Cancer? Erişim : 28 Ekim 2013, http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2X_What_causes_breast_cancer_5.asp?sitearea
57. Aydın, A., Topuz,E., Dinçer,M., Özmen,V. (2006). *Meme Kanseri*. A. Aydın ve E.Topuz (Ed.). *Onkoloji El Kitabı* (s.149-196). İstanbul: Turgut Yayıncılık.
58. Topuz,E., Aydın,A., Dinçer,M. (2003). *Meme kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
59. Onat,H., Başaran,M. (2003). *Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Korunma*. E. Topuz, A. Aydın ve M. Dinçer (Ed). *Meme Kanseri* (s.100-107). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
60. Topuz, E. (1997). *Meme Kanseri Biyolojisi, Tanı, Evreleme, Tedavisi*. İstanbul: İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayınları, 218-224.

- 61.** Tabar,L., Fagerberg,G., Duffy,S.W. et al. (1992). Update of the Sweedish Two-County Program of Mammografic Screening on Breast Cancer. *Radio Clin North Am* , 30, 187-210.
- 62.** Sayek,İ. (1996). *Temel Cerrahi*. Ankara: Güneş Kitapevi, 837.
- 63.** Haagensen,C.D. (1986). Diseases of the breast. *WB Saunders Company, London 1986*,501- 515.
- 64.** Smeltzer,S.C., Bare,B.G. (1996). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Lippincott company.
- 65.** American Cancer Society. (2006). American Cancer Society Guidelines for breast Cancer Screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin* ,53, 141-169.
- 66.** Varan, A. (1995). ‘*Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri ve Erken Tanı*’ *Türk Kanser Haberleri*, 125,Ankara.
- 67.** Baughman,D.C., Havkley,J.C. (1996). *Handbook for Brunner and Suddarth’s textbook of Medical-Surgical Nursing*. Lippincott, Newyork.
- 68.** Mikhail,B.I., Petro-Nustas,W.I. (2001). Transcultural Adaptation of Champion’s Health Belief Model Scales. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2),159-165.
- 69.** McCready,T., Littlewood,D., Jenkinson,J. (2005). Breast Selfexamination and Breast Awareness: a Literature Review. *J Clin Nurs*,14,570-578.
- 70.**Jebbin,N.J., Adotey,J.M. (2004). Attitudes to, Knowledge and Practice of Breast Self-Examination (BSE) in Port Harcourt. *Niger J Med* ,13,166-170.
- 71.**Semiglazov,V.F., Moiseenko,V.M., Manikhas,A.G., et al. (1999). Role of Breast Self Examination in Early Detection of Breast Cancer: Russia/WHO Prospective Randomize Trial In St.Petersburg. *Cancer Strategy*,145–151.
- 72.**Thomas,D.B., Gao,D.L., Ray,R.M., et al. (2002). Randomized Trial of Breast Self-Examination in Shanghai: Final Results. *Journal of the National Cancer Institute*,94,1445–1457.

73. Bray,F., Mc Carron,P., Parkin,M.D. (2004). The Changing Global Patterns of Females Breast Cancer Incidence. *Breast Cancer Research*,6,229-239.
74. Kayihan, E. (Ed.) (2005). *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri,(s.652).
75. Turgut, A.T.,Hasırcıoğlu, F., Koşar,U. (2000). Meme Hastalıklarının Tanısında Mamografi, *STED*,9,12.
- 76.Meme Kanseri ve Mamografi. Erişim: 15 Nisan 2013,
<http://www.turkkanser.org.tr/news.php?id=109>
77. Shapiro,S., (1977). Evidence on Screening Breast Cancer from a Randomized Trial. *Cancer*, 39, 2772- 2782.
78. Stewart,B.W., Kleihues,P.(2003). **Word Cancer Report**. IACR, Lyon.
79. Dündar,P. ,Özmen,D., Öztürk,B., Haspolat,G., Akyıldız,F., Çoban,S., Çakıroğlu,N. (2006). The Knowledge and Attitudes of Breast Self Examination and Mamography in a Group of Women in a Rural Area in Western Turkey. *BMC Cancer*, 6,1-9.
80. Günal,Y.S., Günal,A. (2000).25-35 Yaş Çalışan Kadınların Meme Kanseri Yönelik Davranışları,*Sağlık Ve Toplum Dergisi*,10(1),21-24.
81. Özaydın,N.A., Güllüoğlu,B.M., Ünalın,P.C., Gorpe,S., Cabioğlu,N., Öner,B.R., Özmen,V. (2009). Bahçeşehirde Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı ile İlgili Uygulamaları, *Meme Sağlığı Dergisi*,5,4.
- 82.Dişçigil,G., Şensoy,N., Tekin,N., Söylemez,A. (2007). Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 20(1),29-36.
- 83.Seçginli, S.(2007).**Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Sağlığı Geliştirme Programının Tarama Davranışlarına Etkisi**. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 84.Gençay, T. (2007). **Hasta ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması**. Uzmanlık Tezi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

- 85.**İğci, A.,Asoğlu, O. (2003). *Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri*. E.Topuz, A.Aydiner ve M.Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s.113-123). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Sti.
- 86.**Shen,Y., Yang,Y., Inonue,L.Y.T., Munsell,M.F., Miller, A.B., Berry,D.A.(2005).Role of Detection Method In Predicting Breast Cancer Survival:Analysis of Randomized Screening Trials. *Journal of The National Cancer Institue*, 97(16), 1195-1203.
- 87.**Chu,K.C., Smart,C.R., Tarone,R.E.(1988). Analysis of Breast Cancer Mortality and Stage Distribution by Age for The Health Insurance Plan Clinical Trial. *Journal of The National Cancer Institue*, (80), 1125-1132.
- 88.**Miller, A.B. (1998). Screening and Detection. K.I. Bland and E.M. Copeland (Ed). *The Breast Comprehensive Management of Bening and Malignant Diseases* (s.625-633). Volume I. W.B. Saunders Company.
- 89.**Çetintaş,S.K.(2005). *Meme Kanserinde Kendi Kendine Muayene ve Fizik Muayene*. E. Kayıhan ve S.K. Çetintaş (Ed.). *Meme Kanserleri* (s.163–168). Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 90.** Miller, A.B., To, T., Baines, C.J., Wall, C. (2000). Canadian National Breast Screening Study-2: 13- Year Results of a Randomized Trial in Women Aged 50-59 Years. *Journal of the National Cancer Institute*, **92**, 1490-1497.
- 91.** V. Özmen (Ed.) (2006). *Meme Sağlığı Dergisi*, 2, 55-58.
- 92.** Feig,S.A. (1992). Breast Masses: Mamographic Evaluation. *Radiol Clin Nort Am*,30,67-92.
- 93.** Türkiye'de Kanser Kayıtlılığı. Erişim: 13 Ocak 2013, <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-kayitciligi/108-t%C3%BCrkiyede-kanser-kayitcigi.html>.
- 94.** Disaia,P.J. (1997). *Uterus Serviksi Hastalıkları*. J.R.Scott, P.J.Disasia, C.B. Hammond and W.N.Spellacy (Ed.), S.Erez (Çeviri Ed.). *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji* (s.893-918), 7.

- 95.** Uyanıkoğlu,H. (2006). **Servikal Kanser Taramasında Asetik Asit Sonrası inspeksiyonla (VIA), Servikal Smearın Karşılaştırılması.** Uzmanlık Tezi, Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 96.** World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes Policies And Managerial Guidelines*, Geneva,2,7-15,58-62.
- 97.** Tuncer,S., Salman,M.Ç. (2004). *Servikal İntraepitelyal Neoplazi*. S.Güenalp (Ed.). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi* (s.653-668).Ankara: Pelikan Yayıncılık.
- 98.** Tuncer,Z.S.(2004). *Serviks Kanseri*. S.Güenalp ve S.Tuncer (Ed.)*Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi* (S.669-682). Ankara: Pelikan Yayıncılık.
- 99.** N.Platin (Çeviri Ed.). (1998).*Hemşireler için El Kitabı*. Amerikan Kanser Birliği, T.C.Sağlık Bakanlığı, Kanser Savaş Daire Başkanlığı ve Onkoloji Hemşireliği Derneği Yayını, Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası.
- 100.**Demir,C., Altıntaş,A. (1998). *Servikal ve Vajinal Kanserler*. J.S. Berek (Ed.). *Novak Jinekoloji* (s.1111-1155). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 101.** Yazıcı, S. (1996). Serviks Kanserlerinde Risk Faktörleri ve Erken Tanı. *Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,3.
- 102.** Taşkın, L. (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (3.bs.). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- 103.**Erenus, M., Yoldemir, T., (2008). *Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı* .Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, Öncü Basımevi.
- 104.**Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği HPV Aşıları Konsensus Metni. Erişim:10 Ekim 2013, <http://www.trsgo.org/haber.php?id=40>.
- 105.** Parkin,D.M., Bray,F., Ferlay,J., Pisani,P. (2005).Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* ,55(2),74-108.
- 106.** Demir,N., Canda,T. (2007). HPV'nin Kadın Sağlığı Yönünden Önemi. *Medikent*, Eylül,28-31.

107. Marshall, H., Ryan, P., Robertson, D., Baghurst, P. (2007). A Cross Sectional Survey to Assess Community Attitudes to Introduction of Human Papillomavirus Vaccine. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(3), 235-242.
108. Ayhan, A., Başaran, A. (2007). *Servikal Neoplaziler*. E. Attar ve B. Ata (Ed.). *Gomel'in Jinekolojisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.
109. Quinn, M.A. (2003). Screening and Prevention of Gynaecological Cancer. *Rev Gynaecol Prac*, 3, 148-155.
110. Rosai, J., Ackerman, L.V. (2004). Human Papilloma Virus and Lower Female Genital Tract, Uterus- Cervix, Female Reproductive System. *Surgical Pathology*, 2, 1523-1568.
111. Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals, *World Health Organization*, 2007.
112. Pagliusi, S.R., Teresa, M. (2004). Aguado Efficacy and Other Milestones for Human Papillomavirus Vaccine Introduction, *Vaccine*, 23(5), 569-578.
113. Markowitz, L.E., Dunne, E.F., Saraiya, M., et. al. (2007). Kuadrivalan Human Papillomavirüs Aşısı Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi'nin (ACIP) Önerileri, *Morbidite ve Mortalite Haftalık Raporu*, 56.
114. K. Yüce ve N. Salman (Ed.). (2007) *Serviks Kanseri ve Önlenmesi* (s.1-39, 84-110). İstanbul: Matbaa Çözümleri.
115. Bilir, N. (2007). Serviks Kanseri Kontrolü Çalışmaları ve HPV Aşısı (Rapor No: 03). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Teknik Raporları.
116. Goldie, S.J., Kim, J.J., Kobus, K., Goldhaber-Fiebert, J.D., Salomon, J. (2005). Cost effectiveness of HPV 16, 18 vaccination in Brazil, *Epub a head of print*.
117. Doğan, M. (2008) . **Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
118. Norman, J., Hart, D.M., Callander, R., Ramsden, I. (2003) *Jinekoloji-Serviksin Hastalıkları*. Glasgow : Nobel Tıp Kitabevleri.
119. Gökaslan, H., Uyar, E.E. (2004). Pap Smear İle Servikal Kansere Taraması. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3), 105-110.
120. Ozan, H. (2005). Pap Smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden?. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 2(1), 36-40.

- 121.** Güner, H., Taşkiran, Ç. (2007). Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papillomavirüs. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 4(1), 11-19.
- 122.** Scheurer, M.E., Tortolero-Luna, G., Adler-Storthz, K. (2005). Human Papillomavirus Infection: Biology, Epidemiology and Prevention. *Int J Gynecol Cancer*, 15, 727-746.
- 123.** Mandel, N.M. (2008). *Jinekolojik Kanserler*. S. Serdengeçti, E. Büyükcinal, N.M. Mandel, Ç. Papilla, F. Demirelli, G. Demir, M. Özgüroğlu ve H. Turna (Ed.) *Medikal Onkoloji Ders Kitabı* (s.93-110). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- 124.** Gülen, H. (2004). **Ebe/Hemşirelerin Pap Smear Teste İlişkin Bilgilerinin ve Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Saptanması**. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 125.** Ardahan, M. (2005). **Servikal Kanserin Erken Tanısında Asetik Asitle Görsel Gözlem**. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 126.** Çiçek, N., Mungan, T. (2007). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Güneş Tıp Kitabevleri, 679-740.
- 127.** Cervix Cancer Screening. (2005). *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, IARC Press.
- 128.** Cancer Facts and Figures. (2007). American Cancer Society, Atlanta, USA. Erişim: 13 Kasım 2012, <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/caff2007pwsecuredpdf.pdf>
- 129.** Ulukuş, Ç. (2009). Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri. DEÜ Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı. Erişim: 13 Şubat 2013, <http://www.turkpath.org.tr/files/serviks.pdf>
- 130.** Kım, J.J. , Wright, T.C. , Goldie, S.J. (2007). Cost effectiveness of Human Papilloma virus DNA testing in the United Kingdom. *The Netherlands, France and Italy Journal of the National Cancer Institute*, 97(12), 888-895.
- 131.** Garcia, F., Newton, J., Baldwin, S. (2005). Cervical and Endometrial Cancer Prevention. D.S. Alberts and L.M. Hess (Ed.) *Fundamentals of Cancer Prevention* (s.315-342). Springer.
- 132.** American Cancer Society Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. Erişim: 24 Ocak 2013, <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003167-pdf.pdf>

- 133.** Sherman, C.D. (1992). *Klinik Onkoloji* (5.bs.). Ankara: Uluslararası Kanserle Savaş Birliği.
- 134.** Özgül, N. (2007). *Türkiye’de Serviks Kanserinin Durumu ve Servikal Kanser Tarama Çalışmaları*. A.M.Tuncer (Ed.). *Türkiye’de Kanser Kontrolü* (s.349-358). T.C. Sağlık Bakanlığı.
- 135.** Taşkın, L. (2003). *Jinekolojik Kanserler. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (5.bs.). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 537-547.
- 136.** Buğra, D. (2004). Kolon, Rektum, Anal Bölge Anatomisi. *Türkiye Klinikleri J Surgery*, 9, 1-10.
- 137.** Uzunköy, A. (2009). Kolorektal Anatomisi. *Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi Özel Dergisi*, 2(3). Erişim: 1 Nisan 2013, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-kolorektal-anatomisi-56926.html>
- 138.** Townsend, C.M., Beauchamp, R.D., Evers, B.M., Mattox, K.L. (2010). *Modern Cerrahi Pratiğin Biyolojik Temeli*. (Y.S. İlhan, N. Bülbüller N, Çev.). (s.1401-1481). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 139.** Welton, M.L., Varma, M.G., Amerhauser, A. (2001). *Colon, rectum and anus*. J.A.Norton, P.S.Barie, R.R.Bollinger, A.E.Chang, S.Lowry and S.J.Mulvihill (Ed.). *Surgery: Basic science and clinical evidence* (1.bs.)(s.667-762). New York: Springer.
- 140.** Ferlay, J., Bray, F., Pisoni, P., et al. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Erişim: 11 Ocak 2013, <http://www.dep.iorc.fr/globocan/globocan.htm>
- 141.** Donald, J.J., Burhenne, H.J. (1993). Colorectal Cancer: Can We Lower The Death Rate In The 1990s?; *Canadian Family Physician*, 39, 107-114.
- 142.** Kuşakçioğlu, Ö. (2003). *Kolorektal Kanser Hastalıkları* (1-27). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 143.** Gönen, Ö. (2004). Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgery*, 9, 11-14.
- 144.** DeVita, V.T., Hellman, S., Rosenberg, S.A. (2005). *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Lippincott Williams and Wilkins Publishers, 7, 1061-1079.

- 145.El-Bolkainy,T.N., Sakr,M.A., Nouh,A.A., El-Din,N.H. (2006). A Comparative Study of Rectal and Colonic Carcinoma: Demographic, Pathologic and TNM Staging Analysis. *J Egypt Natl Canc Inst*,18,258-263.
- 146.Center,M.M., Jemal,A., Ward,E. (2009). International Trends in Colorectal Cancer İncidence Rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*,18, 1688-1694.
- 147.Bayraktar,D.I. (2012).**Kolon Kanseri Hastalarında Gastroskopik Mide Kanserli Hastalarda Kolonoskopik Bulguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi.** Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- 148.Göral,V. (2002). Kolorektal Kanser Taramasında Algoritma. *Güncel Gastroenteroloji*,6(2),103-109.
- 149.Erol,Ç. (2008). *Kanserden Korunma ve Kanser Taraması.İç Hastalıkları* (s.241-247). Ankara: Medikal ve Nobel Tıp Kitabevleri.
150. Benson,A.B. (2007).3rd. Epidemiology, Disease Progression, and Economic Burden of Colorectal Cancer. *J Manag Care Pharm*,13,5-18.
151. Wei,E.K, Giovannucci,E., Wu,K. (2004). Comparison of Risk Factors for Colon and Rectal Cancer. *Int J Cancer*,108,433-442.
152. Burt,R.W., DiSario,J.A., Cannon-Albright,L.(1995). Genetics of Colon Cancer: Impact of İnheritance on Colon Cancer Risk. *Annu Rev Med*,46,371.
- 153.Leon,M., Sassatelli,R., Benatti,P., Roncucci,L. (1993). Identification of Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer in The General Population. The 6-year experience of a population-based registry. *Cancer*,71,3493.
154. Lynch,H.T., Smyrk,T.C., Watson,P. ve ark. (1993). Genetics, Natural History, Tumor Spectrum, and Pathology of Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer: an Updated Review. *Gastroenterology*,104,1535.
- 155.Pignone,M.,Rich,M.,Teutsch,S.H. et all. (2002). Screening for Colorectal Cancer in Adults at Average Risk: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*,137,132-141
156. Steele,G.D., Mayer,R.J. (1991). *Adenocarcinoma of the colon and rectum.*, G.D.Zuidema (Ed). *In Surgery of the Alimentary Tract* (s.118-132).WB Saunders Company.
157. Schrock,T.R. (1994). *Large intestine.* L.L.Way (Ed). *In Surgical Diagnosis and Treatment. Connecticut* (s.644-692). Appleton&Lange.

- 158.** Williams,N.S. (1993). *Colorectal cancer: Epidemiology, Aetiology, Pathology, Clinical Features and Diagnosis*. N.S.Williams and M.R.Keighley (Ed.). *In Surgery of the Anus, Rectum and Colon* (s.830-886).WB Saunders Company.
- 159.**Karahasanoğlu,T. (2001).Kolorektal Kanserler:Tanı ve Cerrahi Tedavi. Erişim: 12 Ocak 2013, <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/pdfs/23/2325TK.pdf>
- 160.**Vogelstein,B., Fearon,E.R., Hamilton,S.R. et al. (1988). Genetic alterations during colorectal tumor development. *N Eng J Med*, 319, 525-32.
- 161.**S.R.Hamilton, B.Vogelstein, S.Kudo, et al. (Ed.) (2000). *World Health Organization Classification of Tumours, Pathology & Genetics, Tumours of the Digestive System* (s.103-147).LARC Pres Lyon.
- 162.**Markowitz,A.J., Winower,S.J. (1997). Management of Colorectal Polyps. *CA Canser J Clin*,47,93-111.
- 163.**Winawer,S., Fletcher,R., Rex,D., Bond,J., Burt,R., Ferrucci,J., Ganiats,T., et al.(2003). Gastrointestinal Consortium Panel. Colorektal cancer screening and surveillance: Clinical guidlelines and roationale - Update based on new exidence. *Gastroenterology*,124(2),544-60.
- 164.** Kolorektal Kanser. Erişim: 13 Nisan 2013, <http://www.kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/kolorektal.pdf>
- 165.** Şen, O. (2008). **Kolorektal Kanserlerde Tarama (Pilot Çalışma)**.Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- 166.** İnger,D.B. (1999). Colorectal Cancer Screening; *Primary Care*,26 (1),179-187.
- 167.**Erkek,B., Özkan,N., Aribal,D., et al. (2007).Subsite Distribution of Colorectal Carcinoma and İmplications for Screening; A Retrospective Audit of 1771 Cases. *Hepatogastroenterology*,54 (73),77-80.
- 168.**James,D.(2000). Screening For Rectal Cancer, *Hepato-Gastroenterology*,47,305-309.
- 169.** Lieberman,D.A., Weiss,D.G. (2001). One-Time Screening for Colorectal Cancer with Combined Fecal Occult-Blood Testing and Examination of the Distal Colon. *N Engl J Med*,345,555-560.

- 170.** Mandel,J.S., Bond,J.H., Church,T.R., Snover,D.C., Brodley,G.M., Schuman,L.M.,Ederer,F. (1993). Reducing Mortality from Colorectal Cancer by Screening for Fecal Occult Blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med*,328(19),1365-1371.
- 171.** Kronbarg,O., Fenger,C., Olsen,J., Jargensen,O.D., Sondergoord,O. (1996). Randomized Study of Screening for Colorectal Cancer with Fecal Occult-Blood Test. *Lancet*,348(9040),1467-1471.
- 172.** Mandel,J.S., Church,T.R., Ederer,F.,Bond,J.H. (1999). Colorectal Cancer Mortality: Effectiveness of Biennial Screening for Fecal Accult Blood. *J Notl Cancer Inst*,91(5), 434-437.
- 173.**Judith,M.E.,Walsh,M.D.,Jonathan,P.,Terdiman,M.D.(2003). Colorectal Cancer Screening: *ClinicalApplications.Jama*,289,1297-1302.
- 174.** Hawley,S.T., Levin,B., Vernon,S.W. (2001). Colorectal Cancer Screening By Primary Care. Physicians in Two Medical Care Organizations. *Cancer Detection And Prevention*, 25(3),309-318.
- 175.** Lieberman,D.A., Weiss,D.G., Bond,J.H., Ahren,D.J., Gorewal,H., Chejfec,G. (2000). Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Verons Affairs cosperative study Group 380. *N Engl J Med*,343(3),162-168.
- 176.** Fenlon,H.M., Nures,D.P., Schroy,P.C. 3rd, Barish,M.A., Clorke,P.D., Ferrucci,J.T. (1999). A Comparison of Virtual and Canventional Colonoscopy for The Detection Of Colorectal Polyps. *N Engl J Med*, 341(20),1496-1503.
- 177.**Değerli,Ü., Erbil,Y. (2005). *Kolon kanseri. Cerrahi gastroenteroloji* (s.191-198). Nobel Tıp Kitabevleri.
- 178.**Yazıcı,H., Hamuryudan,V., Sonsuz,A. (2005).*Kolon kanseri. Cerrahpaşa iç hastalıkları* (s.101-103). İstanbul: Medikal Yayıncılık.
- 179.** Kanser Tarama Testleri. Erişim:15 Mayıs 2013, http://kanser.org/saglik/toplum/pdf/Kanser_Tarama.pdf
- 180.** Kabalcıoğlu, M.A., Kurçer,Z.,Şimşek,Ö. Karakoç,K. (2005). Şanlıurfa'da Ebe ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Davranışları. *Hemşirelik Forumu* ,1(1),31-36.
- 181.**Petro-Nustus,W.,Mikhail,BI. (2002).Factors Associated with Breast Self Examination Among Jordanian Women. *Public Health Nursing*,19(4),263-271.

- 182.** Aslan,A., Temiz,M., Yiğit, Y., Can,R., Canbolat,E., Yiğit,F.(2007). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerin Meme Kanseri Hakkında Bilgi,Tutum ve Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6(3),193-198.
- 183.** Aydın,İ. (2003). *Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgileri ve Uygulamaları*. XV. Ulusal Kanser Kongresi Bildirileri:24-27 Nisan 2003, Antalya.
- 184.** Gençtürk,N. (2013).Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9(1),5-9.
- 185.** Karayurt,Ö.,Çoşkun,A.,Cerit,K. (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1),15-20.
- 186.** Göçgeldi,E.,Uçar,M.,Yaren,H. ve ark. (2007). Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusundaki Bilgi ve Tutumları ile Meme Kanseri Risk Faktörleri Taşıma Sıklıklarının İncelenmesi. Erişim: 2 Şubat 2013 <http://www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=3435>
- 187.** Uncu,F.,Bilgin,N. (2011). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(3),167-175.
- 188.** Akpınar, Y.Y. (2008). **Çorum il Merkezinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi,Tutum ve Davranışları**.Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- 189.** Çavdar,İ., Akyolcu,N., Özbaş,A., Akyüz,N., Öztekin,D., Çelikel,İ.. (2003). *Hekim ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Duyarlılıklarının Saptanması*. 2. Uluslararası, 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi: 7-11 Eylül 2003, Antalya.
- 190.** Yurdakoş,K.,Gülhan,Y.B.,Ünalın,D.,Öztürk,A. (2012). Samsun İli Kamu Hastaneleri Kadın Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu. Erişim: 03 Ocak 2013, <http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/267>

- 191.** Chong,P.N., Krishman,M., Hong,C.Y., Swah,T.S. (2002).Knowledge and Practice of Breast Cancer Screening Amongst Public Health Nurses in Singapore.*Singapore Med J* , 43,509-516.
- 192.** Budden,L. (1998).Registered Nurses' Breast Self- Examination Practice and Teaching to Female Clients. *J Comm Healt Nurse*,15(2),101-102.
- 193.** Jarvandi ,S., Montazeri,A., Harirchi,I., Kazemnejad,A. (2002). Beliefs and Behaviours of Iranian Teachers Toward Early Detection of Breast Cancer and Breast Self-Examination, *Public Health*, 116, 245-249.
- 194.** Mahmoodi,M., Montazeri,A., Jarvandi,S., Ebrahimi,M., Haghghat,S.,Harirchi,I. (2002). Breast Self-Examination : Knowledge, Attitudes, and Practices Among Female Health Care Workers in Tahran, Iran.*The Breast Journal*,8,222-225.
- 195.** Clarke,D.E., Sandler,S.E. (1989). Factors Involved in Nurses' Teaching Breast Self Examination, *Cancer Nurs.*,12,41-46.
- 196.** Odusanya,O.O.,Tayo,O.O. (2001).Breast Cancer Knowledge,Attitudes and Practice Among Nurses in Lagos,Nigeria.*Acta Oncologica* , 40(7),844-848.
- 197.** Foxall,M.J.,Baron,C.R.,Houfek,J.(1998).Ethnic Differences in Breast Self Examination Practice and Health Beliefs..*J Adv Nurs*,27,419-428.
- 198.** Orhan S. (2002).**Kayseri ili Seçilmiş Kentsel Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Konusundaki Düşünce ve Davranışları.** Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- 199.** Doğar,N. (1998).**Üniversitede Eğitim Gören Kız Öğrencilerinin Meme Kanseri ve Erken TanısınaYönelik Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması**, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 200.** Göçgeldi, E.,Açikel,C.H.,Hasde,M. ve diğerleri. (2008). Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusunda Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*,13(4),261-265.

- 201.** Altunkan,H.,Akın,B.,Ege,E. (2008). 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2),84-91.
- 202.** Merey,S. (2002).**Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları.**Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi,İstanbul.
- 203.** Aygın,D.,Uludağ,C.,Şahin,S. (2004). Gençlerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*,7(4),1-6.
- 204.**Fındık,Y.Ü.,Turan,N. (2004). Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*,54.
- 205.** Koç,Z., Sağlam,Z. (2009). Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi ve Eğitimin Etkinliği, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(1), 25-33.
- 206.** Dinçel,E.,Kısmet,K.,Erel,S. ve ark. (2010).İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*,6 (3),113-117.
- 207.** Çevik,C.C. (2003).**Memede Kitle Şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Kitlenin Fark Edilmesinde Kendi Kendine Meme Muayenesinin Etkisi.** Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- 208.** Çadır,G., Eksen,M., Bütüner,E.,Tüzen,H.,Yetim,H.,Othan,K.,Arslan,K. Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgelerinde Yaşayan Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusundaki Bilgi ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISN:1303-5134.Erişim: 29.09.2012,
<http://www.jhumansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/viewFile/124/123>
- 209.** Gülten,N. (2008). **İzmir Balçova Bölgesinde Yaşayan Kadınların Meme Kanserine İlişkin Risk Faktörleri, Bilgi ve Uygulamaları.** Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

210. Sadler,G.R.,Dhanjal,S.K.,Shah,N.B. et al. (2001). Asian Indian Women: Knowledge, Attitudes and Behaviors Toward Breast Cancer Early Detection. *Public Health Nursing, 18(5)*,357-375.
211. Fung,S. (1998).Factors Associated with Breast Self-Examination Behaviour Among Chinese Women in Hong Kong,*Patient Education And Counseling 33*,233-243.
- 212.Wardle,J.,Steptone,A.,Smith,H.,GrollKnopp,E.,Koller,M.,Smith,D.,Bradziak,A. (1995).Breast Self-Examination : Attitudes and Practices Among Young Women in Europe. *European Journal of Cancer Prevention,4(1)*,61-68.
213. Kılıç,D., Sağlam,R.,Kara, Ö. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi,5(4)*, 195-199.
214. Özdemir,Ö.,Naile,B. (2010). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi Ve Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin,9(6)*,605-612.
215. Durmuş,T. (2010). **Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi**.Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- 216.Akhigbe,A.O.,Omuemu,V.O. (2009). Knowledge, Attitudes and Practice of Breast Cancer Screening Among Female Health Workers in a Nigerian Urban City. *BMC Cancer*,203. (PMID:19555506)
- 217.İbrahim,N.A.,Oduşanya,O.O. (2009). Knowledge of Risk Factors, Beliefs and Practices of Female Healthcare Professionals Towards Breast Cancer in a Tertiary Institution in Lagos, Nigeria. *BMC Cancer*, 9-76. (PMID 19261179)
218. Lee,E.H. (2003). Breast Self-Examination Performance Among Korean Nurses. *Journal For Nurses in Staff Development,19*,81-87.
- 219.Sönmez,Y. (2011).**Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi,Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- 220.** Kum,S., Göksu,A.U., Kelkitli,E., Yücel,İ. (2004).Orta Karadeniz Bölgesinde Kendi Kendine Meme Muayenesi Sıklığı ve Etki Eden Faktörler.*Türk Onkoloji Dergisi,19(1),24-27.*
- 221.** Açıkgöz, A. (2010).**Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi.** Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- 222.** Arslan,M. (2008). **Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkinliği.** Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- 223.** Sadler,R.G., M Ko,C., Cohn,A.J., White,M., Weldon,R., Wu,P. (2007). Breast Cancer Knowledge, Attitudes, and Screening Behaviors Among African American Women: The Black Cosmetologists Promoting Health Program, *BioMed Central Public Health,7,57.*
- 224.** Bedük,T., Şen,S. (1992).*Hemşirelerin Kanserin Erken Tanısında Kendi Kendine Yapılan Meme Muayenelerine İlişkin Uygulamaları ve Bu Muayeneleri Yapmama Nedenleri.* III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı (s.448-455): 24-22 Haziran 1992, Sivas.
- 225.** Budden,L. (1995). Young Women’s Breast Self-Examination Knowledge and Practice. *Journal Of Community Health Nursing, 12(1),23-32.*
- 226.** Zincir,H. (1999).**Malatya il Merkezinde 40 Yaş Üzerindeki Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları.** Yüksek Lisans tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- 227.** Avcı,İ.A. (2007). The Health Beliefs Relating to Mammography of Midwives and Nurses. *Meme Sağlığı Dergisi,3, 4-8.*
- 228.** Boneli,L., Bronca,M., Ferreri,M., Rossi,E., Cedris,S. et al. (1996).Attitude of Women Towards Early Cancer Detection and Estimation of the Compliance to a Screening Program for Cervix and Breast Cancer. *Cancer Detect Prev,20,342-52.*
- 229.**Mah,Z., Braynt,H. (2001). Age as a Factor in Breast Cancer Knowledge, Attitudes and Screening Behaviour. *Can Med Assoc J, 3,5–171.*

- 230.** Açıkgöz, A., Çehreli, R., Ellidokuz, H. (2011). Kadınların Kanser Konusunda Bilgi Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 145-154.
- 231.** Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu (Turkish Association for Cancer Research and Control). Türkiye’de ve Dünya’da Kanser İstatistikleri. Erişim: 8 Mart 2013, http://www.turkkanser.org.tr/newsfiles/60turkiye_kanser_istatistikleri-2.pdf.
- 232.** American Cancer Society. Breast Facts And Figures. 2005–2006, Atlanta, Georgia.
- 233.** Budakoğlu, İ., Meral, I. (2004). *Ankara ili Gölbaşı İlçesi Bahçelievler Mahallesinde Yaşayan 40 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgileri, Davranışları ve Bu Konuda Bilgi ve Beceri Eğitiminin Etkinliği*. IX. Halk Sağlığı Kongresi: 3-6 Kasım 2004, Ankara.
- 234.** Güngör, M. Y., Güngör, L., Açıık, Y., Oğuzöncül, F. (2001). Elazığ Devlet Hastanesi'nde Görev Yapan Evli, Hamile Olmayan Hemşire, Ebe ve Bayan Sağlık Teknisyenlerinde Pap Smear Taraması. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 15 (3), 471-476.
- 235.** Udige, G.O. (2006). Knowledge, Attitude and Practice of Cervical Cancer Screening (Pap Smear) Among Female Nurses in Nnewi, South Eastern Nigeria. *Niger J Clin Pract*, 9, 40-43.
- 236.** Ayna, S.E., Oshi, D.C., Nwosu, S.O., Ayna, A.E. (2005). Knowledge, Attitude and Practice of Female Health Professional Regarding Cervical Cancer and Pap Smear. *Niger J Med. Jul-Sep*, 14 (3), 238–236.
- 237.** Ayinde, O.A., Omigbodun, A.O., Ilesanmi, A.O. (2004). Awareness of Cervical Cancer, Papanicolau’s Smear and Its Utilisation Among Female Undergraduates in Ibadan. *Afr J Report Health. Dec*, 8 (3), 80–168.
- 238.** Mutyaba, T., Mmiro, F., Weiderpass, E. (2006). Knowledge, Attitudes and Practices on Cervical Cancer Screening Among the Medical Workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Med Educ.* 6, 13.
- 239.** Ünalın, P., Baş, G., Atalay, A., Kasapbaş, T., Uzuner, A. (2005). Marmara Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgileri ve Test Sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 36, 147-151.

240. Akyüz,A., Güvenç,G., Yavan,T., Çetintürk,A., Kök,G. (2006).Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları ile Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48,25-29.
- 241.Kalyoncu,C., Işıklı,B., Özalp,S., Küçük,N. (2003).Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Sağlık ve Toplum*,13,60-66.
242. Sayıner,M.,Kocabıyık,Ö.,Karakoç,E.,Koçak,M. (2007).*Üreme Çağındaki Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması VIA ve VILI Sonuçlarının Pap Smear Sonuçlarıyla Karşılaştırılması*.Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci Kongresi: 16-17 Mayıs 2007,İstanbul.
- 243.Dinç, A. (2009).**Gebe Kadınların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 244.Oran Tuna,N.,Can Öztürk,H.,Şenuzun, F.,Aylaz Durmaz,R.(2008). Health Promotion Lifestyle and Cancer Screening Behaviors:A Survey among Academician Women. *Asian Pacific J. Cancer Prev*, 9,515-518.
- 245.Gümüş,B.A.,Çam,O.(2010).Kadınların Serviks Kanseri için Erken Tanı Tutumları ile Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. Nobel Medicus. Erişim Tarihi: 03 Mart 2013, <http://www.nobelmedicus.com/contents/201173/46-52.htm>
- 246.Yücel, U.(2006). **Kadınlara Serviks Kanseri İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 247.Uğur,H.C. (2009). **Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi**. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- 248.Yapucu,G.Ü.,Zaybak,A.,Eşer,İ.,Khorsid,L. (2007).Sağlıklı Bireylerde Kanser Risk Faktörleri.*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,2,13-22.
- 249.Karaca,M.(2008).Pap Smear Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor?. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*,18,22-28.

- 250.** Temel, H. (2008). **Sivas İl Merkezinde Yaşayan 35 Yaş Ve Üzeri Kadınların Serviks Kanseri ve Erken Teşhis Yöntemi Olan Pap Testi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları.** Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- 251.** Gichangi, P., Estambale, B., Bwayo, J., et al. (2003). Knowledge and Practice About Cervical Cancer and Pap Smear Testing Among Patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *Int J Gynecol Cancer*, 13, 827-833.
- 252.** Joun, H.S., Seung-Lee, C., Klassen, A.C. (2003). Predictors of Regular Pap Smears Among Korean-American Women. *Preventive Medicine*, 37, 585-592.
- 253.** Wellensiek, N., Moodley, M., Moodley, J., Nkwanya, N. (2002). Knowledge of Cervical Cancer Screening and Use of Cervical Screening Facilities Among Women from Various Socioeconomic Backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. *Int J Gynecol Cancer*, 12, 376-382
- 254.** Maaita, M., Barakat M. (2002). Jordanian Women's Attitudes Towards Cervical Screening and Cervical Cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 4, 421-422.
- 255.** Gamarra, C.J., Paz, E.P.A., Griep, R.H. (2005). Knowledge, Attitudes and Practice Related to Papanicolaou Smear Test Among Argentina's Women. *Rev. Saude Publica*, 39 (2), 1-6.
- 256.** Claeys, P., Gonzalez, C., Gonzalez, M., Et Al. (2003). Determinants of Cervical Cancer Screening in Poor Area: Results of A Population-Based Survey in Rivas Nicaragua. *Tropical Medicine and International Health*, 7, 935-941.
- 257.** Nguyen T., McPhee, S.J., Nguyen, T., Tram, L., Mock, J. (2002). Predictor of cervical pap smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. *Am J Prev Med*, 23, 207-214.
- 258.** Amarin, Z.O., Badria, L.F., Obeidat, B.R. (2008). Attitudes and Beliefs About Cervical Smear Testing in Ever-Married Jordanian Women. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14 (2), 389-397.
- 259.** Twinn, S., Cheng, F. (2000). Increasing Uptake Rates of Cervical Cancer Screening Amongst Hong Kong Chinese Women: The Role Of The Practitioner. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 335-342.

260. Moskowitz, J.M., Kazinets, G., Wong, J.M., Tager, I.B. (2007). "Health Is Strength": A Community Health Education Program to Improve Breast And Cervical Cancer Screening Among Korean American Women in Alameda County, California. *Cancer Detection and Prevention*, 31, 173–183.
261. Wang, P.D., Lin, R.S. (1996). Sociodemographic Factors of Pap Smear Screening in Taiwan. *Public Health*, 110(2), 123–127.
262. Islam, N., Kwon, S.C., Senier, R., Kathuri, N. (2006). Breast and Cervical Cancer Screening Among South Asian Women in New York City. *J Immigr Minor Health Jul*, 8 (3), 211–221.
263. Ho, V., Yamal, J.M., Atkinson, E.N., Basen, E.K., Tortolero, L.G., Follen, M. (2005). Predictors of Breast and Cervical Screening in Vietnamese Women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nurs. Mar- Apr*, 28 (2), 119 –129.
264. Sirovich, B.E., Welch, G. (2004). The Frequency of Pap Smear Screening in the United States. *J Gen Intern Med*, 19, 243-250.
265. Byrd, T.L., Peterson, S.K., Chavez, R., Heckert, A. (2004). Cervical Cancer Screening Beliefs Among Young Hispanic Women. *Prevent Med*, 38, 192-197.
266. Behbakht, K., Lynch, A., Teal, S., Koen, D., Massad, S. (2004). Social and Cultural Barriers to Papanicolaou Test Screening in Urban Population. *Obstet Gynecol*, 104, 1355-1361.
267. Farland, D.M. (2003). Cervical Cancer and Pap Smear Screening in Botswana: Knowledge and Perceptions. *Int Nurs Rev*, 50, 167-175.
268. Kaya, G. (2011). **Pap Smear Testi Yapılan Kadınların Serviks Kanseri Konusundaki Bilgileri Ve Etkileyen Faktörler.** Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
269. Yaren, A., Özkılınç, G., Güler, A. ve ark. (2008). Awareness of Breast and Cervical Cancer Risk Factors and Screening Behaviours Among Nurses in Rural Region of Turkey. *Eur J Cancer Care*, 17, 278-284.
270. Reid, J., WHNP, CNM, MSN, EdD. (2001). Women's Knowledge of Pap Smears, Risk Factors for Cervical Cancer and Cervical Cancer, *JOGNN*, 30, 299-305.

271. Vaizoğlu, S., Turhan, T., Temel, F., Bolat, Ö., Baydar, O., Bacanlı, A., Asarcıklı, F., Güler, Ç. (2010). Birinci Basamakta 50 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kolorektal Kansere İlişkili Olabilecek Bazı Faktörlerin ve Gaitada Gizli Kan Tetkikine Uyumu Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 13, 79-86.
272. Altuğ, E., Burhanoğlu, S., Erkek, A.B., Kuzu, M.A. (2002). Kolorektal Kanserin Erken Teşhisinde Kullanılan Tarama Testlerine Doktorların Yaklaşımı. *Güncel Gastroenteroloji*, 3, 25-28.
273. Yakut, M., Uysal, E., Beşik, G., Özkan, Y., Kırbaş, G., Özden, A. (2010). Türk İnsanı Kolonoskopi İşlemine Nasıl Bakıyor? Kolonoskopi Hazırlık Rejimine Uyumu Etkileyen Faktörlerin İrdelenmesi. *Endoskopi Dergisi*, 3, 1302.
274. Baran, O.E. (2010). **Kolorektal Kansere Tanılı Hastaların Yakınlarında Kanserden Korunmaya Yönelik Tutum ve Davranış Değişikliklerinin Değerlendirilmesi.** Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
275. Walsh, J.M., Salazar, R., Kaplan, C., Nguyen, L., Hwang, J., Pasick, R.J. (2010). Healthy Colon, Healthy Life (Colon Sano, Vida Sana): Colorectal Cancer Screening Among Latinos in Santa Clara. *California J Cancer Educ.*, 25, 36-42.
276. Yip, M.P., Tu, S.P., Chun, A., Yasui, Y., Taylor, V.M. (2006). Participation in Colorectal Cancer Screening Among Chinese Americans. *Asian Pac J Cancer Prev*, 4, 645-650.
277. Frederiksen, B.L., Jorgensen, T., Brasso, K., Holten, B., Osler, M. (2010). Socioeconomic Position and Participation in Colorectal Cancer Screening. *Br J Cancer*, 10, 1496-1501.
278. Aksayan, S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz Etkililik Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2(1), 35-41.
279. Alican, F. (1996). *Meme Kanseri Değişen Kavramlar ve Güncel Tedaviler* (s.9-39)(1.bs.). İstanbul: Afa Matbaacılık.
280. Molecular Genetics of Colorectal Cancer. Erişim: 12 Ocak 2013, <http://www.uptodate.com/contents/molecular-genetics-of-colorectal-cancer>

281.Karabulutlu,Ö. (2013).Servikal Kanserde Risk Faktörleri, Erken Tanı Yöntemleri, Korunma ve Hemşirenin Rolü,*STED*,23(2),74-79.

EK 1: ANKET FORMU

Saygıdeğer katılımcı: bu anket Sağlık Bakanlığının önerdiği Ulusal Kanser Taramaları ile ilgilidir. Bu anket ortalama 3 dakikanızı almaktadır. Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi Mehtap KOKKUN

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

3) Meslek: 1) Doktor 2) Ebe 3) Hemşire 4) Diğer.....

4) Medeni Durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış/Dul

5) Meslekte Kaçınıcı Yılıdır?.....

6) Sigara içiyor musunuz? 1) Evet (miktar.....) 2) Hayır

7) Herhangi bir kanser hastalığınız var mı? 1) Evet (belirtiniz.....) 2) Hayır

8) Ailenizde aşağıdaki kanserlerden biri var mı?

1) Yok 2) Meme 3) Kolorektal 4) Serviks 5) Diğer (belirtiniz.....)

9) Sizin yaşınızda gaitada gizli kan testi yapılmalı mıdır? 1) Evet 2) Hayır

10) Gaitada gizli kan testini yaptırdınız mı? 1) Evet (Kaç kez.....) 2) Hayır

(Cevabınız Evetse 11. ve 12. soruları, Hayırsa 13. soruyu cevaplayınız)

11) Gaitada gizli kan testi ne kadar sıklıkla yaptırıyorsunuz?

1) Doktor isteği olduğunda 2) Yılda Kez
3) Şimdiye kadar sadece bir kez

12) Gaitada gizli kan testini niçin yaptırdınız?

1) Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
2) Doktor isteği ile
3) Ailede kolorektal kanseri hikayesi nedeniyle
4) Şikayeti olması nedeniyle
5) Diğer.....

13) Gaitada gizli kan testinin yaptırmama sebebiniz nedir?

1) Şikayetim olmadığından ihtiyaç duymama
2) İşlemden korkma
3) Kendimi risk altında görmediğim için
4) Zamanımın olmaması
5) Diğer.....

14) Sizin yaşınızda kolonoskopi yaptırılmalı mı? 1) Evet 2) Hayır

15) Kolonoskopi yaptırdınız mı? 1) Evet (Kaç kez.....) 2) Hayır

(Cevabınız Evetse 16. ve 17. soruları, Hayırsa 18. Soruyu cevaplayınız)

16) Kolonoskopi ne kadar sıklıkta yaptırıyorsunuz?

1) Doktor isteği olduğunda 2) yılda bir
3) Şimdiye kadar sadece bir kez

17) Kolonoskopi niçin yaptırdınız?

1) Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
2) Doktor isteği ile

- 3)Ailede kolorektal kanseri hikayesi nedeniyle
 4)Şikayeti olması nedeniyle
 5)Diğer.....

18) Kolonoskopiyi yaptırmama sebebiniz nedir?

- 1)Şikayetim olmadığından ihtiyaç duymama
 2)İşlemden korkma
 3)Kendimi risk altında görmediğim için
 4)Zamanımın olmaması
 5)Diğer.....

SADECE BAYANLAR DOLDURACAK

19) Sizin yaşınızda kendi kendine meme muayenesi yapılmalı mı? 1) Evet 2)Hayır

20) Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
 (Cevabınız Evetse 21.ve 22.soruları, Hayırsa 23. Soruyu cevaplayınız)

21)Kendi kendine meme muayenesi ne kadar sıklıkta yapıyorsunuz?

- 1)Aklıma geldikçe 2)Haftada... kez
 3) Ayda Kez 4) Yılda Kez

22)Kendi kendine meme muayenesini niçin yapıyorsunuz?

- 1)Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
 2)Doktor isteği ile
 3)Ailede meme kanseri hikayesi nedeniyle
 4) Şikayeti olması nedeniyle
 5)Diğer.....

23)Kendi kendine meme muayenesi yapmama sebebiniz nedir?

- 1)Şikayetim olmadığı için ihtiyaç duymama
 2) İşlemden korkma
 3) Kendimi risk altında görmediğim için
 4)Konuyla ilgili bilgiye sahip olmama
 5)Diğer.....

24) Sizin yaşınızda Klinik meme muayenesi yapılmalı mıdır? 1) Evet 2)Hayır

25)Şimdiye kadar hiç klinik meme muayenesi yaptırdınız mı? 1)Evet 2)Hayır
 (Cevabınız Evetse 26.ve 27.soruları., Hayırsa 28. Soruyu cevaplayınız)

26)Klinik meme muayenesi ne kadar sıklıkta yaptırıyorsunuz?

- 1) Doktor isteği olduğunda 2) Yılda Kez
 3) Şimdiye kadar sadece bir kez

27)Klinik meme muayenesini niçin yaptırdınız?

- 1)Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
 2)Doktor isteği ile
 3)Ailede meme kanseri hikayesi nedeniyle
 4) Şikayeti olması nedeniyle
 5)Diğer.....

28)Klinik meme muayenesi yapmama sebebiniz nedir?

- 1)Şikayetim olmadığı için ihtiyaç duymama

- 2) İşlemden korkma
- 3) Kendimi risk altında görmediğim için
- 4)Konuyla ilgili bilgiye sahip olmama
- 5)Diğer.....

29) Sizin yaşınızda mamografi yaptırılmalı mı? 1)Evet 2)Hayır

30) Şimdiye kadar hiç mamografi yaptırdınız mı? 1)Evet 2)Hayır
(Cevabınız **Evetse** 31.ve 32.soruları, **Hayırsa** 33. Soruyu cevaplayınız)

31)Mamografiyi ne kadar sıklıkla yaptırıyorsunuz?

- 1) Doktor isteği olduğunda 2)Yılda bir
- 3) Şimdiye kadar sadece bir kez

32)Mamografiyi niçin yaptırdınız?

- 1)Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
- 2)Doktor isteği ile
- 3)Ailede meme kanseri hikayesi nedeniyle
- 4) Şikayeti olması nedeniyle
- 5)Diğer.....

33) Mamografi yaptırmama sebebiniz nedir?

- 1) Şikayetim olmadığından ihtiyaç duymama
- 2) İşlemden korkma
- 3) Kendimi risk altında görmediğim için
- 4) Konuyla ilgili bilgiye sahip olmama
- 5)Diğer.....

34) Sizin yaşınızda Pap smear testi yapılmalı mı? 1)Evet 2)Hayır
(Cevabınız **Evetse** 35.ve,36.soruları,**Hayırsa** 37. Soruyu cevaplayınız)

35) Pap Smear testi yaptırdınız mı? 1)Evet (Kaç kez.....) 2) Hayır
(Cevabınız **Evetse** 36.ve,37.soruları,**Hayırsa** 38. Soruyu cevaplayınız)

36) Pap Smear testini ne kadar sıklıkta yaptırıyorsunuz?

- 1) Doktor isteği olduğunda 2)Yılda bir
- 3) Şimdiye kadar sadece bir kez

37)Pap smear testini niçin yaptırdınız?

- 1)Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
- 2)Doktor isteği ile
- 3)Ailede serviks kanseri hikayesi nedeniyle
- 4) Şikayeti olması nedeniyle
- 5)Diğer.....

38) Pap smear testini yaptırmama sebebiniz nedir?

- 1)Şikayetim olmadığından ihtiyaç duymama
- 2) İşlemden çekinme
- 3)Kendimi risk altında görmediğim için
- 4) Diğer

EK 2: Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları

TANIM: Bu program, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen toplum tabanlı meme kanseri tarama programı çalışmalarını sırasında uyulması gereken ulusal standartları kapsamaktadır.

GEREKÇE: Meme kanseri, Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olup, kadınlarda en sık rastlanan kanserdir. Meme kanserini erken evrede yakalayabilmek için, kanser mortalitesini azalttığı düşünülen ve etkinliği kanıtlanmış tarama yöntemleri kullanılmaktadır. Bu nedenle kanser kontrolünün bir parçası olarak, meme kanserinde topluma yönelik tarama programlarının uygulanması gerekmektedir. Bu taramaların yapılması için ülke gerçekleri (meme kanseri yaş dağılımları, alt yapı sorunları ve maliyet gibi) ile uyumlu bilimsel tarama standartlarının belirlenmesi ve risk altındaki grupların taramasının yapılması önemlidir. Tarama yapılan ve anormal sonuç saptanan hastaların, ileri inceleme sonuçlarına göre, gerekli tedavileri yapılmalıdır. Çünkü meme kanserinin mortalitesindeki azalma sadece taramayla değil, taramanın uygun tedaviyle birleştirilmesiyle sağlanabilir.

AMAÇ: Meme kanserinin taranmasındaki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal tarama programını, hedef popülasyona uygulayarak, kanser gelişim sürecini, henüz klinik bulgular ortaya çıkmadan erken evrede iken tespit etmek ve kadınlarda meme kanserine bağlı mortalite hızını düşürmektir.

YÖNTEM: Meme kanserinde ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak mamografi ile taramadır. Tarama sırasında her iki meme için de birisi medyolateral oblik (MLO), öteki kranyokaudal (CC) olmak üzere ikişer poz film çekilmelidir. Tarama filmleri iki ayrı radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden habersiz olarak okunmalı, kişinin izlenmesinde her iki radyoloji uzmanının önerilerine de uyulmalıdır. Asıl tarama yöntemi mamografi olmakla birlikte, mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla taramaya katılan her kadına klinik meme muayenesi de yapılmalıdır. Ayrıca toplumda farkındalık yaratmak amacıyla 20 yaşından sonra her kadına kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Taramanın etkili olması, yani “meme kanseri mortalitesinin düşürülmesi” şeklindeki amaca ulaşılabilmesi için, hedef nüfusun yüzde yetmişten fazlasının taramaya katılmış olması gerekmektedir. Taramanın başarılı olabilmesi için, her aşamada kalite güvencesi ilkelerine titizlikle uyulmalıdır.

Mamografi çekimi her iki yılda bir tekrarlanır. Toplum tabanlı kanser taraması yapılan bireyler vatandaşlık kimlik numaraları ile kayıt edilerek mükerrer testlerden kaçınılır.

HEDEF POPÜLASYON VE TARAMA SIKLIĞI: Kadınlarda 40 yaşında başlayacak ve 69 yaşında bitecek olan toplum tabanlı taramadır (40 ve 69 yaşlar dahil edilecektir). Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalı ve geliştirilecek davet yöntemleriyle 2 yılda bir tekrarlanmalıdır.

TARAMANIN YÜRÜTÜLDÜĞÜ YER: Ulusal toplum tabanlı meme kanseri taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri [KETEM] tarafından yürütülür. Halk Sağlığı Müdürlüğünde, toplum tabanlı meme kanseri tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve Bakanlığa bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi sorumludur.

MAMOGRAFİ ÇEKİMİNİN YAPILMASI: ASM’de veya TSM’de (KETEM) tarama yaş aralığındaki kadınlar davet edilerek meme kanseri ve mamografi çekimi konusunda gerekli bilgilendirme yapılır, Kanser Dairesi’nce hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formları imzalatılır. Kabul eden kişiler Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya Halk Sağlığı Müdürlüklerince belirlenen şekilde, belirlenen merkezlere gönderilir. Kişi bilgileri AHBS’ye ya da TSM birimlerindeki (KETEM) kişisel dosyasına işlenir. Bu işlemleri ASM’lerde ilgili aile hekimleri, TSM’lerde ise sorumlu hekimler takip eder.

Mamografi çekim merkezleri (kamu ya da özel merkezlere ait sabit ya da gezici cihazlar), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı’na belirlenir ve kalite standartları açısından denetlenir.

TESTLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: Toplum tabanlı meme kanseri tarama test sonuçları ASM’lerde AHBS’ye, TSM Birimlerinde ise kişinin kişisel dosyasına işlenir ve haftada bir Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi’ne bildirilir. Birim de AHBS’ye kaydedilmek üzere ASM’lere de bildirir. Kişiler, en geç 20 gün içinde sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir, gerekli yönlendirmeler yapılır.

Mamografi filmlerinin raporlama merkezleri (kamu ya da özel sektöre ait yerel ya da merkezi okuma merkezleri), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı’na belirlenir ve kalite standartları açısından denetlenir.

NORMAL SONUCU OLAN HASTALARDA UYGULANACAK YÖNETİM: Mamografi raporunun normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilir. Çekilen mamografide meme kanserini düşündürecek bir görüntü olmadığı söylenir. Bu sonuç meme kanseri olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez. Kişiye, 2 yıl sonra tekrar meme kanseri taraması yaptırması söylenir.

ANORMAL SONUCU OLAN HASTALARDA UYGULANACAK YÖNETİM: Mamografi raporunda bir patoloji olduğunun raporlanmasıdır. Bu sonuç, kesin kanser tanısı değildir, ancak kişinin tekrar değerlendirilmesi gerektiğini gösterir. Kesin teşhisin konulabilmesi için memenin daha ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi ve gerekirse biyopsi yapılması gerekir. Bunun için birey ileri merkezlerdeki Genel Cerrahi uzmanlarına yönlendirilir. Hastaların sevk edilecekleri yerler ve merkezlerin kalite standartları açısından denetimleri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi'nce belirlenir.

TARAMA TESTLERİNİN KABUL EDİLMEMESİ DURUMUNDA YÖNETİM: Bireylere meme kanseri ve taraması hakkında gerekli eğitim verildikten sonra, kişi taramayı ret edebilir. Bu durumda bireyin kendi isteği ile mamografi yaptırmak istemediği ASM'lerde AHBS'ye, TSM birimlerinde ise bireylerin kişisel dosyasına işlenir ve imzalı beyanları alınır. Bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilir.

TSM Birimlerinde yapılan toplum tabanlı meme kanseri taramasını ret edenler; her hafta Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimince AHBS'ye kaydedilmek üzere ASM'lere de bildirilir.

VERİLERİN TOPLANILMASI: Aile hekimleri, taramaya katılan kişilerin mamografi sonuçlarını AHBS'ye girerler. Kişi, yakın tarih içerisinde, herhangi bir merkezde, yukarıdaki standartlara uygun mamografi yaptırmış ise, aile hekimleri yapılan son taramanın sonucunu da AHBS'ye girer. Bu kişilerin yeni film yaptırmesine gerek yoktur. Mamografi sonucu, ileri tetkik için hastaneye sevk edilenlerin nihai teşhisleri de Aile Hekimlerince AHBS'ye girilir.

TSM Birimlerinde yapılan toplum tabanlı meme kanseri tarama test sonuçları bireylerin kişisel dosyasına işlenir ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimince, AHBS'ye kaydedilmek üzere ASM'ne de bildirilir.

Bu konu ile ilgili standartlar hastanelere bildirilir, eğitim ve halkın bilgilendirilmesi faaliyetlerinde kendileri ile işbirliği yapılır, ileri tedavi gereken hastaların sevk sonrası tedavilerinin planlanması ve sonrasında geribildirimlerin zamanında ve eksiksiz verilmesi sağlanır.

TARAMA PROGRAMI KALİTE KONTROLÜ: Mamografi çekimleri ile ileri merkezlerde uygulanan tarama programlarının, Uluslararası ve Avrupa Birliği kriterlerine uygunluğunu Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Dairesi, Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ilgili birimleri ile işbirliği içerisinde denetler ve gerekli önlemleri alır.

TARAMA PROGRAMI KOORDİNATÖRÜ: Meme kanseri taramalarını, Sağlık Bakanlığı adına; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Dairesi Başkanlığı koordine eder. İl düzeyinde koordinasyon ise Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri Birim sorumluları tarafından gerçekleştirilir.

KİŞİSEL VERİLERİN GİZLİLİĞİ: Taramanın her aşamasında kişisel verilerin gizliliği ile ilgili mevzuat çerçevesince güvence altına alınmalıdır.

EĞİTİMLER ve DÖKÜMANLAR: Bu hizmetlerin verileceği merkezlerdeki personelin eğitimi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Dairesi'nce veya hazırlanılan programlar çerçevesinde, Halk Sağlığı Müdürlüklerince verilir.

TANITIM: Taramanın tanıtımı medya kampanyaları düzenlenerek yapılır, azami katılımın gerçekleşmesi sağlanır. Medya kampanyaları içeriği Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Dairesi ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nce belirlenir.

EK 3: Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları

TANIM: Bu program, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen toplum tabanlı serviks kanseri tarama programı çalışmalarını sırasında uyulması gereken ulusal standartları kapsamaktadır.

GEREKÇE: Serviks kanseri kadınlarda önemli bir sağlık sorunudur. Preinvazif lezyonların varlığı ve kolay erişilebilir bir organ olması nedeniyle de erken teşhise uygun bir hastalıktır. Serviks kanseri tarama yöntemleri invazif kanser insidansını ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve bu açıdan etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama yönteminden biridir. Risk altındaki hastaları saptayabilmek amacıyla önerilen aralıklarla düzenli olarak tarama yapılmalıdır. Tarama yapılan ve anormal sonuç saptanan hastalarda ileri inceleme sonuçlarına göre, gerekli tedavileri yapılmalıdır. Çünkü serviks kanserinin insidans ve mortalitesindeki azalma sadece taramayla değil, taramanın uygun tedaviyle birleştirilmesiyle sağlanabilir.

AMAÇ: Serviks kanserinin taranmasındaki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, servikal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken tespit etmek, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle de invazif kanser sıklığını, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürerek olası karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir.

YÖNTEM: Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem beş yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap-smear testi ile taramadır.

HPV Testi: HPV DNA'nın serviks kanseri ile ilişkisi artık kanıtlanmış olup, serviks kanserli hastaların %99.9'un da HPV DNA varlığı gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması durumunda; takip eden beş yıl içerisinde servikal kanser olma ihtimali çok düşüktür. Servikal kanser taramalarında kullanılacak HPV testleri; uluslararası geçerliliği olan ve toplum tabanlı sağlık taramalarında kullanılabilirliğini gösteren FDA onayı bulunmalı, IVD'si olmalı (In Vitro Diagnostics) veya testin özgüllüğü CIN2/3 için düşük riskli HPV genotipleri ile minimal çapraz reaksiyon ile ilgili tarama popülasyonları için Meijer et al (IJC 2009) tarafından yayınlanan Avrupa Yönergelerindeki gereklilikleri karşılamalıdır ve bu durum en az 2.500 örnekleme yapılmış bir genel toplum primer kanser tarama çalışmasında gösterilmiş olmalıdır.

Pap-smear Testi: Pap-smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanır. Pap-smear testleri konvansiyonel ya da sıvı bazlı olarak yapılabilir.

HPV veya Pap-smear testi her beş yılda bir tekrarlanır. Toplum tabanlı kanser taraması yapılan bireyler vatandaşlık kimlik numaraları ile kayıt edilerek mükerrer testlerden kaçınılır.

HEDEF POPÜLASYON VE TARAMA SIKLIĞI: Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir hedef, kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten toplum tabanlı taramadır (30 ve 65 yaşlar dahil edilecektir). Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalıdır. HPV veya Pap-smear testi geliştirilecek davet yöntemleriyle her beş yılda bir tekrarlanır. Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.

Özel Durumlar

Histerektomi Sonrası Tarama; Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olguların takibi (CIN II ve III varlığı, benign kabul edilmemektedir), gerekli değildir. CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda; üç dökümante edilebilen (raporu olan), teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmelidir.

TARAMANIN YÜRÜTÜLDÜĞÜ YER: Ulusal toplum tabanlı serviks kanseri taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri [KETEM] tarafından yürütülür. Halk Sağlığı Müdürlüğünde, toplum tabanlı serviks kanseri tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve Bakanlığa bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi sorumludur.

Malzemenin Temini: Tarama için gerekli olan HPV test kitleri veya Pap-smear için gerekli malzemeler, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Halk Sağlığı Müdürlüklerince temin edilir ve ilgili merkezlere dağıtılır.

HPV VEYA PAP-SMEAR TESTİNİN YAPILMASI: ASM'nde veya TSM'nde (KETEM) görevli, bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından uygulama yapılır. Uygulama öncesi Kanser Dairesi'nce hazırlanılmış olan bilgilendirilmiş onam formları imzalatılır.

Alınan materyaller Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya Halk Sağlığı Müdürlüklerince belirlenen merkezlere inceleme için uygun tespit koşullarında gönderilir. Kişi bilgileri AHBS'ye ya da TSM birimlerindeki (KETEM) kişisel dosyasına işlenir. Bu işlemleri ASM'lerde ilgili Aile Hekimleri, TSM'lerde ise sorumlu hekimler takip eder.

TESTLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: Toplum tabanlı serviks kanseri tarama test sonuçları ASM'lerde AHBS'ye, TSM Birimlerinde ise haftada bir Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi'nce AHBS'ye kaydedilmek üzere ASM'lere bildirir. PAP-smear yöntemiyle yapılan taramalarda Bethesda raporlama sistemi (2001) kullanılır. İncelenen negatif lamlar 5 yıl, pozitif lamlar 20 yıl olmak üzere arşivlenir. Kişiler, en geç 20 gün içinde sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir, gerekli yönlendirmeler yapılır.

NORMAL SONUCU OLAN HASTALARDA UYGULANACAK YÖNETİM: HPV testinin negatif olması veya Pap-smearin patoloji raporunun normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilir. HPV testine göre, serviks kanseri yapan virusu taşımadıkları, Pap-smear testine göre, alınan sürüntü de kanser öncülü hücrelerin olmadığı söylenir. Bu sonuçlar serviks kanseri olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez. Kişiye, 5 yıl sonra tekrar serviks kanseri taraması yaptırması söylenir. Yetersiz örnek alımı durumunda bireylerin tarama testleri tekrar edilir.

ANORMAL SONUCU OLAN HASTALARDA UYGULANACAK YÖNETİM: Anormal sonuç HPV testinin pozitif olması veya Pap-smear'de anormal hücrelerin görülmesidir (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, Atipik glandüler hücreler vb). Bu sonuçlar, kanser tanısı değildir, ancak kişinin tekrar değerlendirilmesi gerektiğini gösterir. HPV testi pozitif çıkarsa Pap-smear testi yaptırmak için, Pap-smear sonucu anormal çıkarsa, tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için serviksin daha ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi gerekir. Bunun için birey ileri merkezlerdeki kadın doğum uzmanlarına yönlendirilir. Sevk edilecek ileri merkezler ve kolposkopi çekim merkezleri (kamu ya da özel merkezlere ait merkezler), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı'nca belirlenir ve kalite standartları açısından denetlenir.

HPV Testi pozitif olanlara; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nca da refleks sitoloji bakılabilir ve sonuçlar HPV testini çalışan birime bildirilir.

TARAMA TESTLERİNİN KABUL EDİLMEMESİ DURUMUNDA YÖNETİM: Bireylere serviks kanseri ve taraması hakkında gerekli eğitim verildikten

sonra, kişi taramayı ret edebilir. Bu durumda bireyin kendi isteği ile HPV veya Pap-smear testini istemediği ASM'lerde AHBS'ye, TSM birimlerinde ise bireylerin kişisel dosyasına işlenir ve imzalı beyanları alınır. Bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilir.

TSM Birimlerinde yapılan toplum tabanlı serviks kanseri taramasını ret edenler; her hafta Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimince AHBS'ye kaydedilmek üzere ASM'lere de bildirilir.

VERİLERİN TOPLANILMASI: Aile Hekimleri, taramaya katılan vatandaşların HPV veya Pap-smear testi sonuçlarını AHBS'ye girerler. Yukarıdaki standartlara uygun, yakın tarih içerisinde herhangi bir merkezde test yaptırılmış ise, aile hekimleri yapılan son taramanın sonucunu AHBS'ye girer. HPV veya Pap-smear testi pozitif olan hastaların, hastaneye sevk işlemleri sonrası nihai teşhisleri de Aile Hekimlerince AHBS'ye girilir.

TSM Birimlerinde yapılan toplum tabanlı serviks kanseri tarama test sonuçları bireylerin kişisel dosyasına işlenir ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimince, AHBS'ye kaydedilmek üzere ASM'ne de bildirilir.

Bu konu ile ilgili standartlar hastanelere bildirilir, eğitim ve halkın bilgilendirilmesi faaliyetlerinde kendileri ile işbirliği yapılır, ileri tedavi gereken hastaların sevk sonrası tedavilerinin planlanması ve sonrasında geribildirimlerin zamanında ve eksiksiz verilmesi sağlanır.

TARAMA PROGRAMI KALİTE KONTROLÜ: HPV veya Pap-smear testleri ile ileri merkezlerde uygulanan tarama programlarının, uluslararası ve Avrupa Birliği kriterlerine uygunluğunu Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi, Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ilgili birimleri ile işbirliği içerisinde denetler ve gerekli önlemleri alır.

TARAMA PROGRAMI KOORDİNATÖRÜ: Serviks kanseri taramalarını, Sağlık Bakanlığı adına; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı koordine eder. İl düzeyinde koordinasyon ise Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birim sorumluları tarafından gerçekleştirilir.

KİŞİSEL VERİLERİN GİZLİLİğİ: Taramanın her aşamasında kişisel verilerin gizliliği ile ilgili mevzuat çerçevesince güvence altına alınmalıdır.

EĞİTİMLER ve DÖKÜMANLAR: Bu hizmetlerin verileceği merkezlerdeki personelin eğitimi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Dairesi'nce veya hazırlanılan programlar çerçevesinde, Halk Sağlığı Müdürlüklerince verilir.

TANITIM: Taramanın tanıtımı medya kampanyaları düzenlenerek, sivil toplum kuruluşları işbirliği ile yapılarak, azami katılımın gerçekleşmesi sağlanır. Medya kampanyaları içeriği Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Dairesi ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nce belirlenir.

EK 4: Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

TANIM: Bu program, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen toplum tabanlı bağırsak kanseri tarama programının ulusal standartlarını kapsamaktadır.

GEREKÇE: Gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan kolorektal kanser, ülkemizde en sık görülen ilk 10 kanser arasında olup önemli bir sağlık sorunudur. Kolon ve rektum çoğunlukla premalign lezyonları barındırır ve nispeten kolay erişilebilen organlardır. Bu nedenle, kolorektal kanser erken teşhise uygun bir hastalıktır. Kolorektal kanseri gelişmeden önlemek ve erken evrede yakalayabilmek için tarama testleri kullanılmaktadır. Kolorektal kanser tarama yöntemleri, invazif kanser morbiditesi ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve bu açıdan etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki yöntemlerdendir. Kalın bağırsağın (kolon ve rektumun) polip ve kanserleri çoğu kez iyice büyüyene kadar belirti vermezler. Tarama programları ile henüz kansere dönüşmemiş (prealign) adenomatöz polipleri ve erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür.

Ülkemizde, bireylerin, bilinen tarama yöntemleri ile kanser taramalarının gerçekleştirilmesi ve erken teşhis ve etkin tedavilerinin yapılması ile kanser vakalarına bağlı ölümlerde önemli bir oranda azalma sağlanması beklenmektedir. Bu taramaların yapılması için ülke gerçekleri (kültür, alt yapı sorunları ve maliyet) ile uyumlu bilimsel tarama standartlarının belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle en azından risk altındaki grupların taramasının yapılması çok önemlidir.

AMAÇ: Kolorektal kanserlerin taranmasındaki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, kolorektal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken tespit etmek, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle de invazif kanser sıklığını, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürerek olası karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir.

YÖNTEM: Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi ile taramadır.

Gaitada Gizli Kan Testi; Poliklonal veya monoklonal antikorlar kullanarak gaitada hemoglobin varlığını gösterebilmeli ve testlerde kullanılan antijenler sadece insan hemoglobinine hassas olmalı, gıdalarla alınabilecek hayvan kaynaklı

hemoglobinlerle reaksiyona girmemeli ve bu şekilde yalancı pozitif sonuçlara yol açmamalıdır.

Kolonoskopi; Gaitada Gizli Kan Testleri tamamen negatif olsa da tarama yaş grubundaki bireylerden tam bağırsak kolonoskopisi istenir. Yeterli bir kolonoskopide tüm kolon segmentleri değerlendirilmiş olmalı ve şüpheli alanlardan biyopsi alınmış olmalıdır. Kolonoskopi yeterli ve alınan biyopsilerde kansere rastlanmamışsa kolonoskopi normal olarak değerlendirilir. Yetersiz kolonoskopilerde takip protokolüne ilgili uzman hekim karar verir.

Gaitada gizli kan testi her iki yılda bir, kolonoskopi ise her 10 yılda bir tekrarlanır. Toplum tabanlı kanser taramalarında test sonuçları yeterli olmak kaydı ile bu süreler içerisinde her bireye bir kez tarama yapılır ve tarama yapılan bireyler vatandaşlık kimlik numaraları ile kayıt edilerek mükerrer testlerden kaçınılır.

HEDEF POPÜLASYON VE TARAMA SIKLIĞI: Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir hedef, tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşında başlayan ve 70 yaşında biten toplum tabanlı taramadır (50 ve 70 yaş dahil edilecek). Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalıdır. Gaitada gizli kan testi geliştirilecek davet yöntemleriyle her iki yılda bir, kolonoskopi ise her 10 yılda bir tekrarlanır. Son iki Gaitada Gizli Kan testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir.

Özel Durumlar

Yüksek Riskli Olgular: Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip, ülseratif kolit, Crohn Hastalığı ya da kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan bireyler.

Bu gruplarda 40 yaşından itibaren tarama prosedürüne başlanmalıdır.

TARAMANIN YÜRÜTÜLDÜĞÜ YER: Ulusal toplum tabanlı kolorektal kanser taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri [KETEM] tarafından yürütülür. Halk Sağlığı Müdürlüğünde, toplum tabanlı kolorektal kanser tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve Bakanlığa bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi sorumludur.

Malzemenin Temini: Tarama için gerekli olan gaitada gizli kan test kitleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Halk Sağlığı Müdürlüklerince temin edilir ve ilgili merkezlere dağıtılır.

GGK TESTİNİN DAĞITILMASI: TSM (KETEM) veya ASM’nde bireylere, sağlık personeli tarafından kolorektal kanserler ve GGK kitinin kullanımı ile ilgili bire bir eğitim verilir ve Kanser Dairesi’nce hazırlanılmış olan bilgilendirilmiş onam formları imzalatılır.

Daha sonra kit, bilgilendirme (uygulama) broşürü ile kişiye teslim edilir ve kişi bilgileri AHBS’ye ya da TSM birimlerindeki (KETEM) kişisel dosyasına işlenir.

GGK TESTİNİN YAPILMASI: Ücretsiz dağıtılan GGK kiti kişi tarafından evinde ya da ASM’ de vb. uygulandıktan sonra sadece kit içindeki test kaseti, kasetin verildiği merkeze 3 gün içerisinde geri getirilir. Kasetlerin geri getirilme işlemini ASM’lerde ilgili Aile Hekimleri, TSM’lerde ise sorumlu hekimler takip eder.

GGK TESTİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: Değerlendirme, kitleri dağıtan merkezlerdeki Halk Sağlığı Müdürlükleri’nce eğitilmiş sağlık personelleri tarafından yapılır. Toplum tabanlı kolorektal kanser tarama test sonuçları ASM’lerde AHBS’ye ,TSM Birimlerinde ise haftada bir Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri Birimi’nce AHBS’ye kaydedilmek üzere ASM’lere de bildirir. Kit içerisindeki değerlendirme kasetini getiren kişi, sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir, gerekli yönlendirmeler yapılır.

GGK TESTİ NEGATİF (-) OLAN KİŞİLERDE UYGULANACAK YÖNETİM: GGK Testinin negatif olması, normal sonuçtur ve test örneğinde kan bulunmadığı anlamına gelir. Normal sonuç, kolorektal kanser olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez. Kişiyi, 2 yıl sonra tekrar kolorektal kanser taraması yaptırması söylenir.

GGK TESTİ POZİTİF (+) OLAN KİŞİLERDE UYGULANACAK YÖNETİM: GGK Testinin pozitif olması anormal sonuçtur ve dışkıda kan bulunmuş olduğunu gösterir. Bu sonuç, kanser tanısı değildir, ancak kişinin kolonoskopi için uzman hekimlerce değerlendirilmesi gerektiğini gösterir. Anormal sonucun nedeni kolorektal kanserden çok, poliplerdeki kanama veya hemoroid (basur) gibi başka hastalıklardan kaynaklanmış olabilir. Sonuç anormal çıkarsa, tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için kalın bağırsağın (kolonun) daha ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi (kolonoskopi) gerekir. Bunun için birey ileri merkezlerdeki gastroenteroloji, genel cerrahi veya gastrointestinal cerrahi servislerine yönlendirilir. Kolonoskopi çekim merkezleri (kamu ya da özel merkezlere ait merkezler), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanseri Daire Başkanlığı’na belirlenir ve kalite standartları açısından denetlenir.

GGK TESTİ BELİRSİZ OLAN KİŞİLERDE UYGULANACAK YÖNETİM: Belirsiz sonuç, GGK testi için alınan örnekte, kan olup olmadığının net olarak görülememesidir. Belirsiz sonuç kanser olmadığı anlamına gelmez, sadece tekrar test yaptırılması gerektiğini gösterir. Sonuç belirsiz çıkarsa, iki-üç gün ara ile en fazla iki kere daha GGK testi yapılır. Bu gereklidir, çünkü polipler ve kanserler sürekli kanama yapmazlar ve dışkıda kan olup olmadığının saptanması önemlidir.

KOLONOSKOPİ ZAMANI: Tarama programına katılan bireylerin tüm testleri negatif olsa dahi; 10 yılda bir kolonoskopi yapılmak üzere kişilere davet gönderilir. Tüm bireyler 51 ve 61 yaşında olmak üzere toplam iki kez kolonoskopiye davet edilir. Eğer birey ilgili sağlık merkezine ilk kez örneğin 55 yaşında gelmişse ve o güne kadar hiç kolonoskopi yaptırmamışsa, tarama amaçlı kolonoskopi hemen istenir.

TARAMA TESTLERİNİN KABUL EDİLMEMESİ DURUMUNDA YÖNETİM: Bireylere kolorektal kanser ve taramalar hakkında gerekli eğitim verildikten sonra, tarama testlerini ret edebilir. Bu durumlarda bireylerin kendi istekleri ile gaitada gizli kan ya da kolonoskopi tetkikini istemediği ASM'lerde AHBS'ye, TSM birimlerinde ise bireylerin kişisel dosyasına işlenir ve imzalı beyanları alınır. Bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilir.

TSM Birimlerinde yapılan toplum tabanlı kolorektal kanser taramalarını ret edenler; her hafta Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimince AHBS'ye kaydedilmek üzere ASM'lere de bildirilir.

HASTANEYE SEVK: Aile Hekimleri ve TSM Hekimleri, toplum tabanlı kolorektal kanser taramasında gaitada gizli kan tarama testi müspet olan herkesi ve her 51 ve 61 yaşlarındaki tüm bireyleri kolonoskopi yapılmak üzere hastaneye sevk eder.

VERİLERİN TOPLANILMASI: Aile Hekimleri, taramaya katılan vatandaşların gaitada gizli kan sonuçlarını AHBS'ye girerler. Yukarıdaki standartlara uygun, yakın tarih içerisinde herhangi bir merkezde test yaptırılmış ise, aile hekimleri yapılan son taramanın sonucunu AHBS'ye girer. Gaitada gizli kan testi pozitif olan hastaların, hastaneye sevk işlemleri sonrası nihai teşhisleri de (normal, hemoroid, polip, kanser vb) Aile Hekimlerince AHBS'ye girilir.

TSM Birimlerinde yapılan toplum tabanlı kolorektal kanser tarama test sonuçları bireylerin kişisel dosyasına işlenir ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimince, AHBS'ye kaydedilmek üzere ASM'ne de bildirilir.

Bu konu ile ilgili standartlar hastanelere bildirilir, eğitim ve halkın bilgilendirilmesi faaliyetlerinde kendileri ile işbirliği yapılır, ileri tedavi gereken hastaların sevki sonrası tedavilerinin planlanması ve sonrasında geribildirimlerin zamanında ve eksiksiz verilmesi sağlanır.

TARAMA PROGRAMI KALİTE KONTROLÜ: Gaitada gizli kan testleri ve kolonoskopi merkezlerinde uygulanan tarama programlarının, uluslararası ve Avrupa Birliği kriterlerine uygunluğunu Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi, Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ilgili birimleri ile işbirliği içerisinde denetler ve gerekli önlemleri alır.

TARAMA PROGRAMI KOORDİNATÖRÜ: Kolorektal kanser taramalarını, Sağlık Bakanlığı adına; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı koordine eder. İl düzeyinde koordinasyon ise Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birim sorumluları tarafından gerçekleştirilir.

KİŞİSEL VERİLERİN GİZLİLİĞİ: Taramanın her aşamasında kişisel verilerin gizliliği ile ilgili mevzuat çerçevesince güvence altına alınmalıdır.

EĞİTİMLER ve DÖKÜMANLAR: Bu hizmetlerin verileceği merkezlerdeki personelin eğitimi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi'nce veya hazırlanılan program çerçevesinde, Halk Sağlığı Müdürlüklerince verilir.

TANITIM: Taramanın tanıtımı medya kampanyaları düzenlenerek yapılır, azami katılımın gerçekleşmesi sağlanır. Medya kampanyaları içeriği Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nce belirlenir.


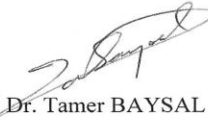
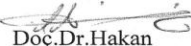
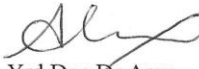

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İNSAN ETİK KURUL KARARI



Toplantı Tarihi : 01/11/2011
Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA
Araştırmanın Protokol No.su : 2011/155
Sorumlu Araştırmacı Ünvanı/Adı/Soyadı : Yrd.Doç.Dr.Ali ÖZER

“Malatya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin ulusal kanser tarama programlarındaki taramalar konusunda bilgi tutum ve davranışlarının incelenmesi” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın; araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına oy birliği ile karar verildi.

 Prof.Dr. Metin GENÇ Başkan	 Prof. Dr. Tamer BAYSAL Üye	 Doç. Dr. Hakan PARLAKPINAR Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. M. Tayyar KALCIOĞLU Üye katılmadı	Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ Üye katılmadı	 Yrd. Doç. Dr. Arzu KARAKURT Üye
 Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÇİĞLİ Üye	Yrd. Doç. Dr. İzzetiye Ebru ÇAKIR Üye katılmadı	Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ Üye katılmadı



T.C
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

26.12.2011

SAYI : B.10.4.İSM.0.44.00.09- 33346

KONU : Yaşlı Sağlığı Eğitici Eğitimi

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)
MALATYA

İLGİ : 15/12/2011 tarih ve 5260-5627 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Mehtap KOKKUN' un ilişik listede belirtilen Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan "Sağlık Personelinin Ulusal Kanser Tarama Standartlarındaki Taramalar Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışların İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Dr. Osman İÇEL
Sağlık Müdür v.

Ek-1 Aile Sağlığı Merkezi Listesi (2sayfa)

04.01.2012 530/3

109 2011 121

Malatya İl Sağlık Müdürlüğü
Eğitim Şube Müdürlüğü
Zapçoğlu Cad. Şifa Mah. Sıtmapınarı/ MALATYA
Bilgi için:

e-posta: egitim-14@windowstive.com
Tlf: 0 (422) 323 27 86/ 229
Fax: 0 (422) 323 27 16

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



SAYI :B.30.2.İNÜ.070.72.00/500-30
KONU:Uygulama İzni

06./01/2012

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün, Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Mehtap KOKKUN' un, Aile Sağlığı Merkezlerinde tez çalışmasının yapmasının uygun görüldüğüne ilişkin 26.12.2011 tarih B.10.4.İSM.0.44.00.09-33346 sayılı yazısı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. İsmail ÖZDEMİR
Rektör a.
Rektör Yrd.

EKI: Yazı ve ekleri (3sayfa)

ÖZGEÇMİŞ

Mehtap Kokkun, 1986 yılında Muğla'da doğdu. İlkokul ve ortaokul öğrenimini Yenice İlköğretim Okulunda, lise öğrenimini Muğla Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 2006-2010 yılları arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Ebelik bölümü okudu. 2011 yılında 5 ay Universal Malatya Hastanesi'de Kadın Doğum ve Pediatri Servisinde çalıştı. 2012 yılında Samsun Vezirköprü İlçe Devlet Hastanesine atandı ve halen aynı yerde çalışmaktadır. 2011-2012 öğretim yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Programı'na başladı. Halen adı geçen yerde eğitimine devam etmektedir. Aynı zamanda 2012 yılında Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesinde Tarih bölümü okumaya başlamıştır.