

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA MERKEZ İLÇEDE
18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN
KANSERLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUMLARI
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PINAR BALAMAN
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
PROF.DR. ERKAN PEHLİVAN**

MALATYA 2008

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA MERKEZ İLÇEDE
18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN
KANSERLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUMLARI
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

PINAR BALAMAN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Erkan Pehlivan

MALATYA 2008

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

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

İmza

Başkan-Danışman

Prof.Dr. Erkan PEHLIVAN



Üye

Prof.Dr.M.Fikret GENÇ



Üye

Prof.Dr. Gülşen GÜNEŞ



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2009 tarih ve 2009/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ali OTLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca benden yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen ve bana her konuda destek olan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a teşekkür ederim.

Tez yazımım sırasında bana yardımcı olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e, Sayın Prof. Dr. Metin GENÇ'e, Sayın Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU'na ve tezimin istatistiki analizlerinin yapılmasında bana yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Saim YOLOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın başından beri, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan ve maddi manevi desteğini esirgemeyen sevgili aileme ve kardeşim Zehra 'ya teşekkür ederim.

Pınar BALAMAN
MALATYA, 2008

ÖZET

MALATYA MERKEZ İLÇEDE 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN KANSERLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bu araştırma, Malatya merkez ilçede yaşayan 18 yaş ve üzeri kadınların kanserle ilgili bilgi ve tutumlarını saptamak, bunları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Örneklem seçiminde DSÖ 30 küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Küme birimi olarak Malatya il merkezindeki sağlık evleri belirlenmiştir. Kümülatif toplamları alındıktan sonra örneğe çıkacak mahalle sağlık evleri basit rastgele yöntemle seçildi. Her kümeden 18 yaş üzeri toplam 575 kadın araştırma örneklemini oluşturmuştur. Veriler Temmuz-Ekim aylarında toplanmıştır. Analizlerde ki-kare, Kruskal wallis varyans analizi ve Mann-whitney U testleri kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların ortalama yaşı 35.7 ± 0.5 'tir. Araştırma kapsamına giren kadınların %16.3'ü okur-yazar değil, %11.5'i okur-yazar, %33.9'u ilkokul, %9.9'u ortaokul, %19.5'i lise, %8.9'u ise yüksekokul ya da üniversite mezunudur. Araştırma kapsamına giren kadınların %69.7'si evli, %25.6'sı bekâr, %4.7'si dul ve boşanmışlardan oluşmaktadır. Kadınların %71.5'i ev hanımı, %5.6'sı memur, %8'i serbest meslek, %15'i hala öğrenci olanlar, emekliler ve mezun durumda olup çalışmayanların oluşturduğu diğer grubudur. Araştırma kapsamına giren kadınların %49.7'si SSK, %18.3'ü Emekli sandığı, %12.9'u Bağkur, %7.3'ü yeşil kart, %11.7'sinin ise güvencesi yoktur.

Kadınların ortalama 69 ± 0.6 puan aldıkları belirlenmiştir. Bilgi puanlarının eğitim düzeyi, çalışma durumları, sosyal güvenceleri, ailelerinde sağlık personeli, sigara içilmesi ve kansere yakalanan olması gibi değişkenlerle ilişkisinde aldıkları puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamına giren kadınların %68.2'si kanser önlenabilir, %73.6'sı kanser tedavi edilebilir, %91'ide kanserden erken teşhisle kurtulma şansının arttığını

düşünmektedir. Kadınların %66.6'sı yetişkin tüm kadınların KKMM yapması gerektiğini belirtmiş olmalarına karşın %56.7'si KKMM yapmadıklarını ifade etmiştir.

Kadınların kanserin önlenmesi ve tedavisi ile ilgili tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir. Kadınların kanserle ilgili tutumlarını uygulamaya dönüştürmede ise orta seviyede oldukları tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, kadınların çoğunluğunun kanserle ilgili bilgi-tutum düzeyleri zayıf olamamakla birlikte yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda, kadınlar için farklı kanallarla kanser konusunda halk eğitimi programları uygulanmalı ve bu sayede bilinç düzeylerinin artırılması sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Kadınlar, kanser, bilgi-tutum, etkileyen faktörler

ABSTRACT

THE KNOWLEDGE-ATTITUDE RELATING TO CANCER OF WOMEN AGED 18 AND OVER LIVING IN THE CENTRAL MALATYA AND THE INFLUENCING FACTORS

This study was planned to determine the knowledge and the attitude relating to cancer of women age 18 and over living at the central district in Malatya and to examine the influencing factors.

This study is a cross-sectional research. We used for sampling in 30 unit of WHO. It was chosen Malatya village clinic center, as asylums unit. After taking cumulative calculating, village clinic center to proper for sampling was chosen with simple random sampling. For each groups, totally 575 women, over 18 years old were included. The data were collected between July and October 2008. To analyze the data, chi-square test, Kruskal Wallis test and Mann Whitney U test were used.

The average age of women within the study scope was 35.7 ± 0.5 . Of the women who were included in the research, 16.3 % were illiterates, 83.7 % were literate. Of the women who were included in the research, 69.7 % were married, 25.6 % were single, 4.7 % were divorced and widowed.

Of the women within the study scope, 71.5 % were housewife 5.6 % are civil servant, 8 % self employed, 15 % are the other group which consisted of still student, retired, or university-trained unemployed. Of the women within the study scope, 88.2 % had a health insurance, 11.7 % did not have any health insurance.

In the study, it was found that the women gained 69 ± 0.6 points averagely. When the knowledge points were evaluated in terms of associated factors such as, education level, health insurance, smoking, having person working in health sector in the family and having cancer history in the family, it were seen that the gained point were over the average.

Of the women within the study scope, cancer could be prevented in 68.2%, but not be prevented 73.6 %. In 91%, it was found that early diagnosis increase chance of survival in cancer. 66.6 % of women stated that all adult female must perform “breast self examination” (BSE). But, 56.7 % did not perform “breast self examination” (BSE).

It can be said that the attitude of women relating to cancer is positive. The behavior of women relating to cancer detection was at medium level.

As a result, it could be said that most of women knowledge and attitude level relating to cancer without together weakness is not enough level. According to these results, training course about cancer must be planned for women using different sources. In this way, the level of information of women can be increased.

Key words: Women, cancer, knowledge, attitude, influencing factors.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kanserın Doğal Seyri.....	4
2.2. Konunun Önemi.....	5
2.3. Epidemiyoloji.....	6
2.3.1. Dünya’da Kanser.....	7
2.3.2. Türkiye’de Kanser	8
2.3.3. İnsidans ve Mortalite Trendleri.....	10
2.3.4. Kanserde Hayatta Kalım.....	12
2.4. Etiyoloji.....	12
2.5. Tarama-Erken Tanı ve Korunma.....	21
2.6. Kadınlarda Sık Görülen Kanserler.....	25
2.6.1. Meme Kanseri	25
2.6.2. Serviks Kanseri.....	28
2.6.3. Kolon-rektum Kanseri.....	30
2.6.4. Akciğer Kanseri.....	31
2.6.5 Mide Kanseri.....	33
2.7. Tedavi.....	34
2.8. Kanser Kontrolü.....	35
3. MATERYAL ve METOD.....	38
3.1. Bölge hakkında Genel Bilgiler.....	38
3.2. Araştırmanın Modeli.....	38
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	39
3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri.....	40
3.2.3. Verilerin Toplanması ve Analizi.....	40
3.2.4. Araştırmanın Süresi ve Maliyeti.....	40
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. Araştırma kapsamına giren kadınların sosyo-demografik ve	

yaşadıkları konutun özelliklerine ilişkin bulgular	41
4.2.Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgi düzeylerine ilişkin bulgular	49
4.3. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili tutumlarına ilişkin bulgular	64
5. TARTIŞMA.....	70
5.1.Araştırma kapsamına giren kadınların sosyodemografik özellikleri ve yaşadıkları konutun özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.....	70
5.2. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgi düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması.....	74
5.3. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili tutumlarına ilişkin bulguların tartışılması.....	79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
KAYNAKLAR.....	86
EKLER.....	92
ÖZGEÇMİŞ.....	98

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- WHO: Dünya Sağlık Örgütü
AIDS: Acquired Immuno Deficiency Syndrome
HPV: Human Papilloma Virus
PAP TESTİ: Papanicolaou Testi
BMI: Body Mass İndex
AF: Aflatoksin
EBV: Epstein Barr Virüs
HIV: Human Immunodeficiency Virus
HDL: High-density Lipoproteins
PSA: Prostate Specific Antigen
BRCA₁: Breast Cancer 1
BRCA₂: Breast Cancer 2
KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL :	SAYFA
1: Kanser gelişiminin evreleri	3
2: Dünya Çapında, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ölüm sebepleri	5
3: Türkiye’de ölümlerin 2005 ve 2030 yılındaki sebepleri	8
4: Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kansere sebep olan majör risk faktörleri	12
5: Yaygın kanserlerin tedavisindeki çeşitli yaklaşımlar	21

TABLolar DİZİNİ

TABLO :	SAYFA
1- Araştırma kapsamına giren kadınların öğrenim düzeylerine göre dağılımı	41
2- Araştırma kapsamına giren kadınların medeni durumlarına göre dağılımı	43
3- Araştırma kapsamına giren kadınların mesleki durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı	43
4- Araştırma kapsamına giren kadınların sosyal güvencelerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı	44
5- Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konut tiplerine göre dağılımı	45
6- Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutun oda sayılarına göre dağılımı	45
7- Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutun tuvalet, banyo ve su durumlarına göre dağılımı	46
8- Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutlarda içme suyunu temin etme durumlarına göre dağılımı	46
9- Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutlarda ısınmak için kullandıkları yakıt türlerine göre dağılımı	47
10- Araştırma kapsamına giren kadınların ailede sağlık personeli bulunma ve evde sigara içme durumuna göre dağılımı	47
11- Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları evde sigara içilip içilmeme durumu ve eğitim düzeylerine göre dağılımı	48
12- Araştırma kapsamına giren kadınların ailede kanser hastalığına yakalananlara göre dağılımı	49
13- Araştırma kapsamına giren kadınların kanser hastalığının erken teşhisi için yapılacak tarama yöntemlerini bilme durumuna göre dağılımı	49
14- Araştırma kapsamına giren kadınların kanser hastalığına sebep olan faktörlere göre dağılımı	50
15- Araştırma kapsamına giren kadınların kanser hastalığının belirtileri olabilecek faktörlere göre dağılımı	51
16- Araştırma kapsamına giren kadınların mamografinin hangi aralıklarla yapılması gerektiğinin eğitim düzeylerine göre dağılımı	53
17- Araştırma kapsamına giren kadınların rahim kanseri taramalarının kaç yaşından sonra yapılması gerektiğinin eğitim düzeylerine göre dağılımı	54

18- Araştırma kapsamına giren kadınların kanser tedavi yöntemlerini bilme durumuna göre dağılımı	55
19- Araştırma kapsamına giren kadınların kanserden korunmak için alınabilecek önlemleri bilme durumuna göre dağılımı	56
20- Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanların eğitim düzeyine göre dağılımı	57
21- Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanların medeni durumlarına göre dağılımı	58
22- Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanların mesleki durumlarına göre dağılımı	59
23- Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanların sosyal güvencelerine göre dağılımı	60
24- Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanlar ve yaşadıkları konutta sigara içilip içilmeme durumlarına göre dağılımı	61
25- Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanlar ve ailede sağlık personeli bulunma durumuna göre dağılımı	62
26- Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanlar ve ailede kanser hastası bulunma durumuna göre dağılımı	63
27- Araştırma kapsamına giren kadınların kanseri önlenabilir bir hastalık olarak değerlendirme durumları ve eğitim düzeylerine göre dağılımı	64
28- Araştırma kapsamına giren kadınların kanseri tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirme durumları ve eğitim düzeylerine göre dağılımı	65
29- Araştırma kapsamına giren kadınların erken teşhis ile kanserden kurtulma şansının artıp artmayacağına göre eğitim düzeylerine göre dağılımı	66
30- Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgilerini yeterli bulup bulmadıklarına göre dağılımı	67
31- Araştırma kapsamına giren kadınların kendi kendine meme muayenesi yapıp yapmadıklarının eğitim düzeylerine göre dağılımı	67
32- Araştırma kapsamına giren kadınların KKMM yapma sıklıklarının eğitim düzeylerine göre dağılımı	68
33- Araştırma kapsamına giren kadınların KKMM yapmama nedenlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı	69

BÖLÜM I

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, günümüzün en önemli sağlık problemlerinden biridir. Öldürücü olması, bıraktığı sakatlıklar ve tedavideki yüksek maliyetler nedeniyle kanser, ülke ekonomileri ve iş gücünde ağır kayıplara neden olmaktadır. Bu yönüyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ilk sıralardaki yerini korumaktadır.⁽¹⁾

Dünyada sekiz ölümden biri kanser yüzündendir.⁽²⁾ 2005 yılında 7.6 milyon kişi kanser yüzünden ölmüştür. Son verilere göre kanserle yaşayan hasta sayısının 24,6 milyon olduğu ve 2020 yılına kadar da bu sayının 30 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.⁽³⁾

Tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması ile her yıl daha çok kanser vakası teşhis edilmektedir. Ayrıca enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, diğer hastalıklara karşın etkin tedavi yöntemlerinin kullanıma girmesi ve yaşam standardının yükselmesi ile ortalama yaşam süresinin uzaması, dolayısıyla yaşlı nüfusun artması; toplumun bilgi seviyesinin yükselmesi ve kanser tedavisindeki gelişmeler sebebi ile daha çok hastanın hekime başvurması ve gelişen teknoloji ile çevresel karsinojenlere maruziyetin artışı kanser sıklığını artıran etmenlerdir.^(1,4)

Kanser riskini belirleyen en önemli faktör yaştır. Epitelial kökenli kanserlerin çoğunda görülüş sıklığı yaşam boyunca sürekli artar. Ailesel yatkınlığın yanı sıra sosyal öykü de çok önemlidir. Çünkü bazı sosyo-ekonomik gruplarda kanser sıklığı yüksektir. Örnek olarak düşük sosyo-ekonomik gruplardaki yüksek serviks kanseri insidansı verilebilir. Evlilik ve seksüel yaşam öykülerine de dikkat edilmelidir. Gebelik sayısı ve süt verme öyküsü ile meme kanseri sıklığı arasında ilişki vardır. Erken yaşta seksüel ilişki ise serviks kanseri sıklığını artırmaktadır. Kişisel alışkanlıklar bazı yüksek risk gruplarını belirlemekte yardımcı olabilir. Sigara kullanımı üst solunum yolları, akciğer ve mesane kanserlerinin görülme sıklığını artırır. Kişinin mesleği de bazı kanserlerin sıklığını etkileyebilir.⁽⁴⁾

Kanserden ölümlerin %70'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir.⁽³⁾ Gelişmekte olan ülkelerde batılı yaşam tarzının (yüksek oranda doymuş yağ tüketimi, kalorili yiyecekler ve azalan fiziksel aktivite) benimsenmesi bu ülkelerde kanser insidansını artırmaktadır.⁽²⁾

Tüm kanserlerin üçte ikisi potansiyel olarak önlenebilir niteliktedir. Sigarayı bırakarak, sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanarak ve karsinojenlere maruziyetten kaçınarak kanser önemli oranda önlenebilir.⁽⁵⁾ Sigara, diyet ve enfeksiyonlar kanserden ölümlerin %43' ünden sorumludur. Bu faktörler 2002 de 4,4 milyon yeni kanser vakasının gelişmesine sebep olmuştur.⁽⁶⁾

Kanserin maliyeti de oldukça değişkendir. İlk olarak hastalıkla direkt ilgili olan tedavi, bakım ve rehabilitasyon için kullanılan kaynaklar ve ödemeler maliyeti direkt etkilemektedir. İndirekt olarakta kişinin hastalık sebebiyle çalışamamasının getirdiği ekonomik sonuçlar ve erken ölümlerdir.⁽⁷⁾ Dünyada 2006 yılındaki kanser maliyeti 206,3 milyar dolardır. Bunun 78,2 milyar dolarını direkt tıbbi giderler; 17,9 milyar dolarını indirekt hastalık giderleri (hastalıktan dolayı kaybolan işgücü); 110,2 milyar dolarını ise indirekt mortalite giderleri (erken ölüm yüzünden kaybolan işgücü) oluşturmaktadır.⁽²⁾

Kanserde erken teşhis tedavi şansını artırır ve tedaviyi kolaylaştırır, doku ve organ kaybını önler, tedavi giderlerini ve ölüm oranlarını düşürür. Erken teşhisin iki önemli bileşeni eğitim ve taramalardır. Şişlikler, sürekli öksürük, anormal kanamalar, sürekli sindirim problemleri gibi kanserin erken belirtilerinin anlaşılması ve mevcut ise bir sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda toplumun bilgi düzeyinin artırılması eğitimle sağlanabilir. Kanserinin erken belirtilerinin fark edilmesi özellikle meme, prostat, serviks, mesane, kolon-rektum, larenks ve ağız boşluğu kanserlerinde mortalitenin azalmasında önemli bir yere sahiptir.⁽⁷⁾

Erken tanının diğer bileşeni de taramalardır. Örneğin; mamografi ve serviks sitolojisi (Pap testi). ABD'nin düşük ve orta gelirli bölgelerinde kanserden ölümler gelişmiş bölgelerine göre daha yüksektir. Örneğin güvensiz seks yüzünden yayılan ve serviks kanserine sebep olan human papilloma (HPV) virüsü düşük ve orta gelirli bölgelerde serviks kanseri insidansını artırmaktadır. Bu bölgelerde kadınlar serviks kanseri taramasında kullanılan Pap testini gelişmiş bölgelerdeki kadınlara göre daha az yaptırmaktadır. Böylelikle mortalite bu bölgelerde artmaktadır.^(7,8)

Bu araştırma, bir kent merkezinde yaşayan yetişkin çağdaki (18 yaş ve üzeri) kadınların kanser konusundaki bilgi,tutum ve davranış düzeylerinin belirlenerek, kanser konusundaki bilgi düzeylerinin kişilerin hangi özellikleri ile ilişkili olduğunu ortaya çıkarmak için planlanmış ve yürütülmüştür. Yapılan araştırmanın amaçları şunlardır:

1. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgi düzeyini tespit etmek,
2. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserin önlenmesi, erken teşhisle tedavi şansının artması ve tedavi edilebilirliği konusundaki tutumlarını tespit etmek,
3. Bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin hangi değişkenlerle ilişkili olduğunu ortaya çıkarmaktır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

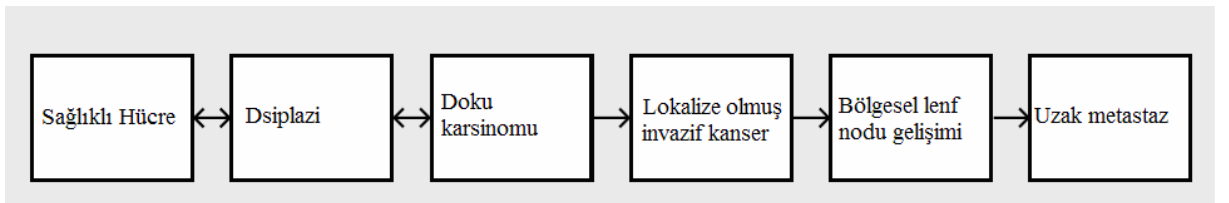
2.1. Kanserin Doğal Seyri

Kanser, bazı etkilerle değişime uğramış hücrelerin, gerek yerel ve gerek uzak noktalarda kontrolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan habis hastalıklar grubudur. ^(2,9,10) Normal hücrenin kanser hücresine dönüşmesi için pek çok aşama gerekir. Bunların büyük bölümünü mutasyonlar oluşturur. ⁽⁹⁾

Karsinogenezis iki aşamada gerçekleşmektedir. Kimyasal karzinogenezde ilk basamak hedef organda değişime uğramış bir hücrenin ortaya çıkmasıdır. Viral karzinogenezde ise; virüsün enfekte etmesi sonucu çok sayıda hedef hücre transformasyona uğrayabilir. Bu başlatma veya transformasyon dönemindeki ana olay hücre içindeki genetik bilginin değişmesidir. Bu genetik değişiklik, hücredeki bir gende kendiliğinden veya kimyasal maddelerle oluşan mutasyon ya da viral enfeksiyon sonucu yeni bir genetik bilgi kazanılması şeklinde olabilir. Transformasyona uğramış hücre, doku içindeki normal hücrelerin büyümesini kontrol eden sistemlerden kurtularak çoğalabilir. Kimyasal karzinogenezis ile viral karzinogenezis arasındaki fark; kimyasal karzinogenezisde hücredeki mevcut bilgilerde bir değişiklik söz konusu iken, viral karzinogeneziste hücreye yeni bilgilerin girmesinin söz konusu olmasıdır. ⁽¹¹⁾

Metastaz; bir ya da daha fazla neoplastik hücrenin tümörün primer yerinden daha uzak bir bölgede çoğalması olarak tanımlanır. Kanserli hastayı ölüme götüren çoğu zaman bu metastazlardır. Metastatik kanser hücreleri hematojen, lenfatik, lokal invazyon ve implantasyon yolu ile yayılırlar. Metastaz yerleri kanser tiplerine göre, hatta primer organın tutulan bölgesine göre değişiklik gösterir.

Şekil 1.1. Kanser Gelişiminin Evreleri



*National Cancer Control Programmes, WHO (2002).⁽³⁾

Kanserli dokunun lokal olarak büyümesi sonucu çevredeki normal dokuları harabiyete uğratarak fonksiyonlarını bozar, sakatlığa ve ağrıya neden olur. Çoğu ilerlemiş kanserde ölüm metastazların sonucunda meydana gelir. Karaciğer, akciğerler, kemik iliği ve beyin gibi yaşamsal organlara çok sayıda metastaz bu organların fonksiyonlarını bozar. Yaygın kanserlerin karakteristik etkilerinden biri de; hastayı daha zayıf ve yaşamı tehdit eden enfeksiyonlarla karşı karşıya beslenmenin bozulması, immun fonksiyonlarda bozukluk gibi sistemik etkilerdir. ⁽⁴⁾

2.2. Konunun Önemi

Kanser ülkemizde ve dünyada en önemli toplumsal sağlık sorunları arasında ön sırada yer almaktadır, önemi giderek artmakta ve anlaşılmaktadır. Genç, yaşlı, zengin, fakir, erkek, kadın ve çocuk ayrımı yapmaksızın herkesi etkileyen kanser; hastalara, ailelere, topluma çok büyük yükü olan bir hastalıktır. ⁽³⁾ Bugün, dünyanın birçok ülkesinde kanser; sağlık sorunu, erken ölüm ve ekonomik kayıplara yol açma yönünden kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. ⁽²⁾

En çok ölüme sebep olan kanser türleri;

- Akciğer kanseri (1 yılda 1,3 milyon ölüm)
- Mide kanseri (1 yılda yaklaşık 1 milyon ölüm)
- Karaciğer kanseri (1 yılda 662.000 ölüm)
- Kolon kanseri (1 yılda 655.000 ölüm)
- Meme kanseri (1 yılda 502.000 ölüm) ⁽³⁾

Birçok toplumda kadınlar arasında en sık görülen ve ölüme neden olan kanser, meme kanseridir. Bu nedenle erken tanı ve kitle taraması bu hastalıkta büyük önem taşır. ⁽⁴⁾ Örneğin kendi kendine meme muayenesi pek çok kanser cemiyeti ve organizasyon tarafından önerilen ve tüm dünyada kullanılan basit ve noninvazif bir erken tanı metodudur.

Kanserden korunma, erken tanı ve kanser taramaları, etkin tedavi ve rehabilitasyon gibi yöntemlerin tümünü kullanarak kanseri nadir ve ölümcül olmayan bir hastalık durumuna getirmek mümkündür. Kanser kontrol programında önemli bir yere sahip olan halk eğitimi, toplumun kansere ilgisini artırır. Koruma, tarama ve rehabilitasyon programlarında bireyin uyumu, bireye ilgili program hakkında iyi bilgi verilmesine bağlıdır. ⁽¹⁾

2.3. Epidemiyoloji

Kanser epidemiyolojisi, tüm kanser insidansının insandan insana, toplumdaki topluma ve zaman içinde değiştiğini ve bu değişikliğin çevresel, bireysel genetik faktörler ve sosyal alışkanlıklar ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.⁽¹⁾

Gelişmiş olan ülkelerde kanser hastalarının %78'i genellikle 55 yaş ve üzerinde; gelişmekte olan ülkelerde ise %58'i bu yaş grubunda teşhis edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde erkeklerde en yaygın üç kanser prostat, akciğer ve bronş, kolorektal kanserleri; kadınlarda ise meme, kolorektal, akciğer ve bronş kanserleridir. Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde en yaygın üç kanser akciğer ve bronş, mide, karaciğer kanserleri; kadınlarda ise meme, serviks ve mide kanserleridir.⁽²⁾

Şekil 1.2. Dünyada Ölümüne Yol Açan Neden Sıralaması

	Dünya			Gelişmekte olan ülkeler			Gelişmiş ülkeler		
	Sıra	Ölümler	%	Sıra	Ölümler	%	Sıra	Ölümler	%
Kalp hastalıkları	1	11,004	19.6	1	8,746	18.1	1	2,258	28.6
Kanser	2	7,021	12.5	3	4,955	10.2	2	2,066	26.2
Serebrovasküler hastalıklar	3	5,390	9.6	4	4,608	9.5	3	781	9.9
Alt solunum yolu enfeksiyonları	4	3,753	6.7	5	3,408	7.0	4	345	4.4
Kronik akciğer hastalıkları	5	2,676	4.8	8	2,378	4.9	5	297	3.8
Hiv/Aids	6	2,574	4.6	6	2,552	5.3		22	0.3
Perinatal durumlar	7	2,522	4.5	7	2,489	5.1		32	0.4
İshal	8	1,783	3.2	2	7,777	16.1		6	0.1
Tüberküloz	9	1,606	2.9	9	1,590	3.3		16	0.2
Trafik kazaları	10	1,108	2.0		1,069	2.2	9	121	1.5
Sıtma	11	1,208	2.1	10	1,207	2.5		0	0.0
Diabet	12	960	1.7		757	1.6	7	202	2.6
İntihar	13	875	1.6		749	1.5	8	126	1.6
Siroz	14	771	1.4		654	1.4	10	118	1.5
Kızamık	15	763	1.4		762	1.6		1	0.0
Tüm Vakalar		56,242	100.0		48,351	100.0		7,891	100.0

*Kaynak: Lopez AD, Mathers CO, Ezzati M, Global and regional burden of disease and risk factors, 2001. Lancet, 2006; 367(9524):1747-57. (21)

Kanser AIDS, tüberküloz ve sıtma gibi hastalıklardan daha fazla ölüme sebep olmaktadır. Gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkeler ve dünya genelinde ölüm sebepleri arasında ilk sırada kalp hastalıkları gelmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile hastalıkların sebep olduğu ölüm oranları birbirleriyle ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde ikinci sırada yer alan kanser gelişmekte olan ülkelerde ishal gibi enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınmamasından ötürü üçüncü sıradadır.

Kanserin en çarpıcı ve değişmeyen özelliklerinden biri de, hemen hemen tüm anatomik bölgelerde erkeklerde yaşlara göre kanser insidanslarının kadınlara göre yüksek

oluşudur.⁽⁴⁾ Avrupa'da erkeklerde ölümlerin %24'ünden, kadınlarda ise %20'sinden fazlası kanser yüzündendir. Fransa, Almanya, İtalya ve İngiltere de 45-54 yaş arası kadınlarda ölümlerin yarısından fazlası kanser yüzündendir.⁽¹²⁾

2.3.1. Dünyada Kanser

Dünyada kanser hastaları ile ilgili sayım yapma ve veri toplama isteği 1728 yılında Londra'da genel nüfus sayım idaresince yapılan bir çalışma ile başlamış ve bu tarihten itibaren çeşitli ülkelerde çeşitli çalışmalar ile devam etmiştir. Danimarka'da 1943, Macaristan'da 1952, Finlandiya ve Almanya'da 1953 yıllarında toplum tabanlı kanser kayıt sistemleri veri toplamaya başlamışlardır.⁽¹³⁾

Parkin ve arkadaşları, 1990 yılında dünyada 8.1 milyon yeni kanser hastası (non-melanoma deri kanserleri hariç) olduğunu tahmin etmiştir. En sık görülen kanser olan akciğer kanseri bütün dünyada erkeklerde görülen kanserlerin %18'ini, gelişmiş ülkelerdeki erkeklerde görülen kanserlerin ise %21'ini oluştururken, ikinci sırada tüm yeni vakaların yaklaşık %10'u olan mide kanseri, üçüncü sırada kadınlarda %21 ile en sık görülen kanser olan meme kanseri gelmiştir. Bunları gelişmiş ülkelerde kolorektal kanser ve prostat kanseri, gelişmekte olan ülkelere ise serviks ve özafagus kanseri takip eder.⁽¹⁴⁾

Pisani ve arkadaşları, 1990 yılında tüm dünyada 5.2 milyon kanserden ölümün %55'inin (2.8 milyon) gelişmekte olan ülkelere meydana geldiğini hesaplamıştır. Mortalitede 1.33 olan erkek/kadın oranı, erkek/kadın oranı 1.13 olan insidanstan daha yüksektir ve kadınların lehine prognoz ortaya koymaktadır. Akciğer kanseri yıllık 900.000 ölüm vakası ile en çok öldüren sebep olurken onu ikinci sırada yıllık 600.000 ölüm ile mide kanseri ve her biri en az 400.000 ölümden sorumlu olan kolorektal ve karaciğer kanseri izlemektedir. Erkeklerde karaciğer kanseri 3.sıradaki ölüm nedeni olarak yer alırken; kadınlarda 300.000'in üzerinde ölüm meme kanserine atfedilmekte ve onu 230.000 yıllık ölüm ile mide ve akciğer kanserleri takip etmektedir. Erkeklerde kanserden ölme riski yüz binde 205 yaşa göre standardize edilmiş hız ile Doğu Avrupa'da en yüksektir. Diğer gelişmiş bölgelerdeki mortalite hızı yaklaşık yüz binde 180'dir. Kadınlar için en riskli bölge yüz binde 125.4 yaşa göre standardize ölüm hızı ile Kuzey Avrupa'dır.⁽¹⁵⁾

Bray ve arkadaşları, Dünya Sağlık Örgütü mortalite verilerini ve ulusal kanser kayıtlarından elde edilen insidans hesaplarını kullanarak 38 Avrupa ülkesi için 1995 yılı tahminlerini yayınlamıştır. 2.6 milyon olarak tahmin edilen yeni kanser vaka sayısı,

dünya kanser yükünün dörtte birinin üzerindedir. Kanserden ölüm sayısı ise yaklaşık 1.6 milyondur. Erkeklerde en yüksek insidans hızı, yüz binde 420.9 ile Avusturya dışında Batı Avrupa ülkelerinde, en düşük hız ise Kuzey Avrupa ülkelerinde (315.9), özellikle Danimarka'da (396.2) görülmektedir. Mortalite hızları ise Doğu Avrupa ülkeleri, özellikle Macaristan'da en yüksektir. Akciğer kanseri Avrupa'da 1995 yılında en sık görülen kanser türüdür (377.000 vaka). Erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer (%22), kolorektal (%14) ve midedir (%7). Erkeklerde akciğer kanseri (%29); kadınlarda meme kanseri (%17) ölüm sebepleri arasında 1. sıradadır.⁽¹⁶⁾

Parkin, 2000 yılı için 10 milyon yeni kanser vakası, 6 milyon kanserden ölüm ve 22 milyon kanserli hasta hesaplamıştır. En sık görülen kanserler akciğer (1.2 milyon), meme (1.05 milyon), kolorektal (945.000), mide (876.000) ve karaciğer (564.000) kanseridir. Meme ve prostat kanserinin tüm dünyadaki insidans hızı artarken, mide kanserinininki düşmüştür. Akciğer, kolorektal ve serviks kanserlerinde ise değişik bölgelerde değişik trend seyri söz konusudur.⁽¹⁷⁾

2005 yılında dünya çapındaki 58 milyon ölümün %13'ü (7,6 milyon) kanser yüzündendir. Her yıl dünyada 11 milyon civarında kanser vakası tespit edilmektedir.

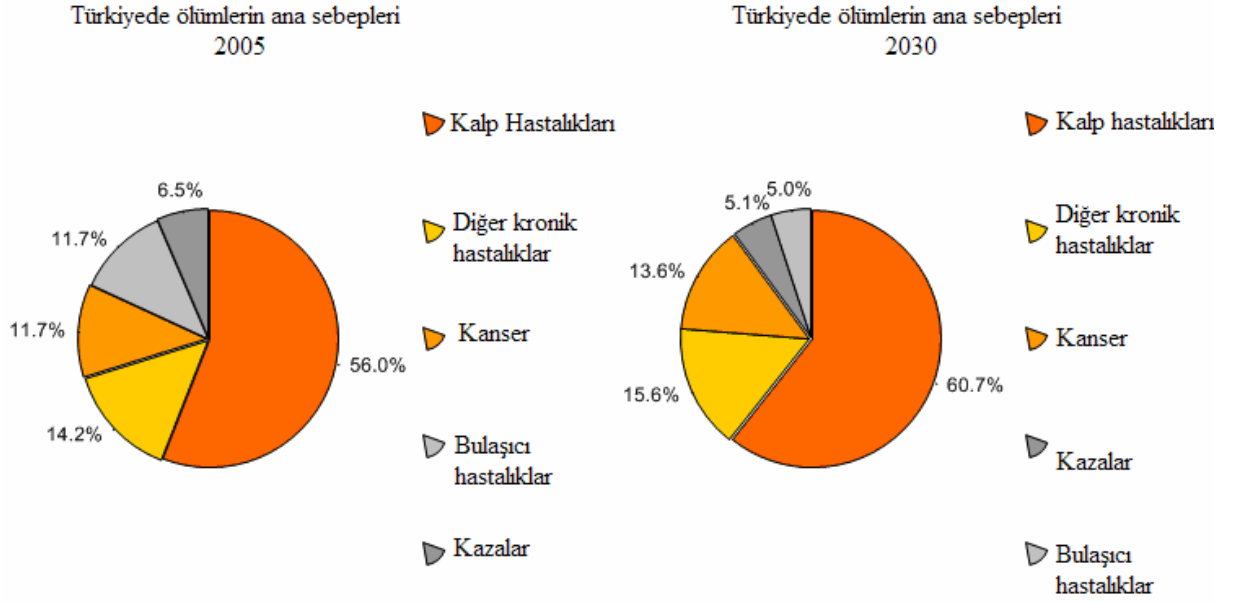
Dünyada en sık görülen kanser türleri erkeklerde; akciğer kanseri, mide kanseri, karaciğer kanseri, kolon-rektum kanseri, özafagus ve prostat kanseridir. Kadınlarda ise meme kanseri, akciğer kanseri, mide kanseri, kolon-rektum kanseri ve serviks kanseridir.⁽³⁾

2.3.2. Türkiye'de Kanser

Türkiye'de en sık görülen 5 ölüm sebebinin 1965'ten başlayarak yıllar içindeki seyri incelendiğinde kanserin 1990'a kadar kalp ve damar sistemi hastalıkları ve enfeksiyon hastalıklarından sonra en sık görülen 3. ölüm sebebi iken 1990 yılından itibaren kontrol altına alınan enfeksiyon hastalıklarının önüne geçerek en sık görülen 2. ölüm sebebi haline geldiği görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılı için Türkiye'de ölüme sebep olan hastalıkları sıralarken kardiyovasküler hastalıkları ilk sırada göstermiş; ardından diğer kronik hastalıkları ve üçüncü sırada kanseri göstermiştir. 2030 yılı için tahminlerinde sıralamanın değişmeyeceği, sadece oranların artacağı görülmektedir.

Şekil 1.3: Türkiye’de Ölümlerin 2005 ve 2030 Yılındaki Tahmini Sebepleri



*Global Action Against Cancer. WHO 2005. (6)

1982 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 57.maddesi gereğince 'bildirimi zorunlu hastalıklar listesi'ne alınmış olmasına rağmen ülkemizde gerçek kanser insidansı hiç bilinmemektedir. 1993 yılında sağlık kuruluşlarından Kanserele Savaş Dairesi'ne bildirim yapılan kanser vakalarının değerlendirilmesi sonucunda 23100 kanser vakasının 22079'u değerlendirilmiş, ülkemizde kanser insidansı yüz binde 36,7 olarak tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalara göre yüz binde 100–150 olması gerektiği hesaplanan Türkiye genelinde beklenen kanser insidansına ulaşamamıştır.

Türkiye’de ilk nüfus tabanlı kanser kayıt sistemi 1992’de İzmir’de kurulmuş ve 1993–1994 yıllarına ait insidans verileri 2001’de yayınlanmıştır. Erkeklerde yüz binde 157,5, kadınlarda ise yüz binde 94 yaşa göre standardize kanser insidansı bildirilmiş; erkeklerde akciğer yüz binde 61,6, mesane yüz binde 11,0 ve larenks kanseri yüz binde 10,6; kadınlarda meme yüz binde 24,4, korpus uteri yüz binde 6,4 ve over kanseri yüz binde 5,9 ile en sık görülen kanserler olmuştur.

1996, 1997, 1998 yılları ortalama kanser ölümlerinin tüm ölümlere yüzdesinin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, kanser ölümlerinin 35–74 yaşları arasında en yüksek seviyeye ulaştığı görülmektedir.

2003 yılı kanser insidansının yaş ve cinsiyete göre dağılımına baktığımızda 70-74 yaşları arasında erkeklerde en yüksek insidans yüz binde 774.03, kadınlarda en yüksek insidans yüz binde 334.63 bulunmuştur. Aynı yıl kanser olgularının dağılımına baktığımızda erkeklerde bronş ve akciğer kanseri insidansı yüz binde 19.20; kadınlarda meme kanseri insidansı yüz binde 16.25 bulunmuştur. ^(18,19)

2005 yılında Türkiye de kanserden yaklaşık 52.000 kişi ölmüş ve bunun 37.000'i 70 yaşın altındadır. Aynı yıl en çok ölüme sebep olan kanserler erkeklerde sırasıyla trakea-bronş-akciğer kanseri, mide kanseri, mesane kanseri, kolon-rektum kanseri, lenfoma-multip l myeloma, lösemi, prostat kanseri, ağız ve orofarenks kanserleri, karaciğer ve pankreas kanseridir. Kadınlarda meme kanseri, mide kanseri, lenfoma-multip l myeloma, yumurtalık kanseri, kolon-rektum kanseri, trakea-bronş-akciğer kanseri, lösemi, servix kanseri, ağız ve orofarenks kanseri, pankreas kanseri şeklinde sıralanmıştır. ⁽³⁾

2.3.3. İnsidans ve Mortalite Trendleri

1930'lu yıllarda ABD'de yüz binde 143 olan kanserden ölüm oranı 1992 yılında yüz binde 172 olmuştur. Bugün ABD'de dört ölümden biri kanser yüzündendir. ⁽²⁰⁾ Kanser bu ülkede de ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. 2007 yılında ABD'de 1.444.920 yeni kanser vakasının teşhis edileceği ve bunun 559,650'sinin hayatını kaybedeceği tahmin ediliyor. Bu rakamlar deri kanserleri ve mesane kanseri dışındaki non invazif kanserleri içermemektedir. ⁽⁹⁾

Kanser insidans ve mortalite oranları ırk ve etnik gruba göre oldukça değişmektedir. Bütün kanser türleri dikkate alınarak bakıldığı zaman Afrika kökenli Amerikalı erkeklerde beyaz ırka göre insidans %15; mortalite ise %38 daha yüksek bulunmuştur. Afrikalı Amerikalı kadınlarda insidans %9 daha düşük bulunurken; mortalite beyaz kadınlara göre %18 daha yüksek bulunmuştur. Prostat, mide, serviks kanseri mortaliteleri Afrikalı Amerikalılarda beyazlara göre iki kat daha yüksektir. Mortalitedeki bu farklılığa katkısı olan faktörler; risk faktörleri (mide kanserinde Helicobakter pylori), yüksek kaliteli düzenli taramalar (meme, serviks, kolorektal kanserler), zamanında teşhis ve tedavideki oranlardır. Beyaz ırkta yüksek meme kanseri insidansı mamografinin sık kullanımını gibi erken teşhis ve hormon replasman tedavisi ile ileri yaşlarda ilk gebelik gibi risk faktörlerinin beyaz ırkta daha yüksek olmasının sonucudur. ⁽²¹⁾

2007 yılında ABD’de 678.000 kadının kanser teşhisi alacağı ve bunun 270.000’inin öleceği tahmin ediliyor. Kadınlarda insidans oranları tüm kanserler için 1975–1979 yılları arasında stabil kalmış ve sonrasında 1979–2003 yılları arasında artmıştır. Aksine meme kanseri insidansında 2001–2003 yılları arasında küçük bir azalma sağlanmıştır. 2002–2003 yılları arasında meme kanserinde %6’lık bir azalma, 50–69 yaşları arasındaki kadınlarda ise %14’lük bir azalma olmuştur. 1994–2003 yılları arasında tüm kanser türlerinde, her iki cinsiyette, tüm ırk ve etnik gruplarda kanserden ölümler azalmıştır. Erkeklerdeki yıllık azalma kadınlardaki yıllık azalmanın iki katı kadardır. ⁽²²⁾

Batı Avrupa da yaşa göre standardize edilmiş erkek mortalite hızı azalmaya devam ederken; Avrupa’nın merkezi ve doğusunda 1960’dan beri %2 ile %13 arasında bir artış mevcuttur. Doğu Almanya’da 1965–1989 yılları arasında 45–49 yaşlarındaki mortalite hızı %7 artmıştır. ⁽¹²⁾

ABD’de kanserden ölüm oranları tüm kanser türleri dikkate alınarak hesaplandığında 1993’ten beri yıllık %1,1’lik bir azalma olduğu tespit edilmiştir. ^(20, 21, 22) Bu minimal azalma önleme, erken teşhis ve etkili tedavideki gelişmeleri yansıtmaktadır. Kanserden ölüm oranı 1990 yılında erkeklerde, 1991 yılında da kadınlarda en yüksek seviyeye ulaşmıştır. 1990/1991 – 2003 yılları arasında erkeklerde mortalite %16,3; kadınlarda ise %8,5 azalmıştır. Ancak kadınlarda 1995–2003 yılları arasında akciğer kanserinden ölüm oranı yıllık %0.32’lük bir artış göstermiştir. Erkeklerde akciğer, prostat, kolon-rektum kanserlerinden ölüm oranında yaklaşık %80’lik bir azalma olurken kadınlarda ise meme ve kolon-rektum kanserlerinde %60’lık bir azalma gözlenmiştir. Erkeklerde akciğer kanserinden ölüm oranının azalması son 40 yıldaki sigara kullanımının azalmasına bağlanabilir. ⁽²¹⁾

2007’de dünya çapında 12 milyondan fazla kanser hastasının olacağı ve bunun 5,4 milyonu gelişmiş ülkelerde 6,7 milyonu da gelişmekte olan ülkelerde olacağı bekleniyor. Aynı yıl kanserden ölen kişi sayısının 7,6 milyon olacağı ve bunun 2,9 milyonu gelişmiş ülkelerde; 4,7 milyonunda gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşeceği tahmin ediliyor. ⁽²⁾ 2020’de de yıl içindeki yeni kanser hastalarının sayısının 16 milyon olacağı ve 2020 yılında 10 milyondan fazla, 2030 yılında da 11,4 milyon insanın kanserden öleceği tahmin ediliyor. ⁽³⁾

Önümüzdeki yıllarda kanser insidansındaki tahminler hemen hemen dünyanın her yerinde kanser vakalarının sayısının artacağı yönündedir. Kanser vakalarının sayısının Avrupa’da %27, Afrika’da %116, Kuzey Amerika’da %44, Güney Amerika’da %101,

Asya'da %92, Japonya'da %68 oranında artacağı bekleniyor. Bu artışın bir kısmının gelişmekte olan ülkelerdeki demografik değişikliklerden (nüfustaki yaş dağılımının) olduğu; geri kalanın ise gerçek artışı yansıttığı göze çarpmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin sanayileşmiş ülkelere göre sanitasyon koşulları daha kötü, mortaliteleri yüksek, kanser hastalarının hayatta kalım oranı düşük ve beklenen yaşam süresi daha kısadır.⁽²³⁾

2.3.4. Kanserde Hayatta Kalım

Beş yıllık hayatta kalım erken teşhis ve kanser tedavisindeki gelişimi izleme açısından yararlıdır.⁽⁹⁾ Hayatta kalım oranları kanserin türünden, hangi evrede teşhis edildiğinden ve mevcut imkânlar doğrultusunda tedavi şansının olup olmadığından etkilenmektedir. Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler arasındaki farklılık belli kanser türlerinde yaşam şansını değiştirmektedir. Örneğin; Amerika'da meme kanserinde yaşam şansı yaklaşık %81 iken Sahra altı Afrika'da %32'dir. Erken teşhis ve etkili tedavinin olmadığı özafagus, karaciğer, akciğer ve pankreatik kanserler gibi bazı kanserlerde yaşam şansı oranlarındaki değişiklik hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde çok az farklılık göstermektedir.⁽²⁾

Beş yıllık hayatta kalım oranı Afrikalı Amerikalılarda diğer gruba göre daha düşüktür. Bu farklılıklar her iki grup arasındaki eşitsizlikler ile tümörün karakteristik özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Çoğu kanser türünde beş yıllık hayatta kalımda önemli düzelmeler gerçekleşmiştir. Bu tespit hem Afrikalı Amerikalılarda hem de beyaz ırkta da geçerlidir.⁽²¹⁾

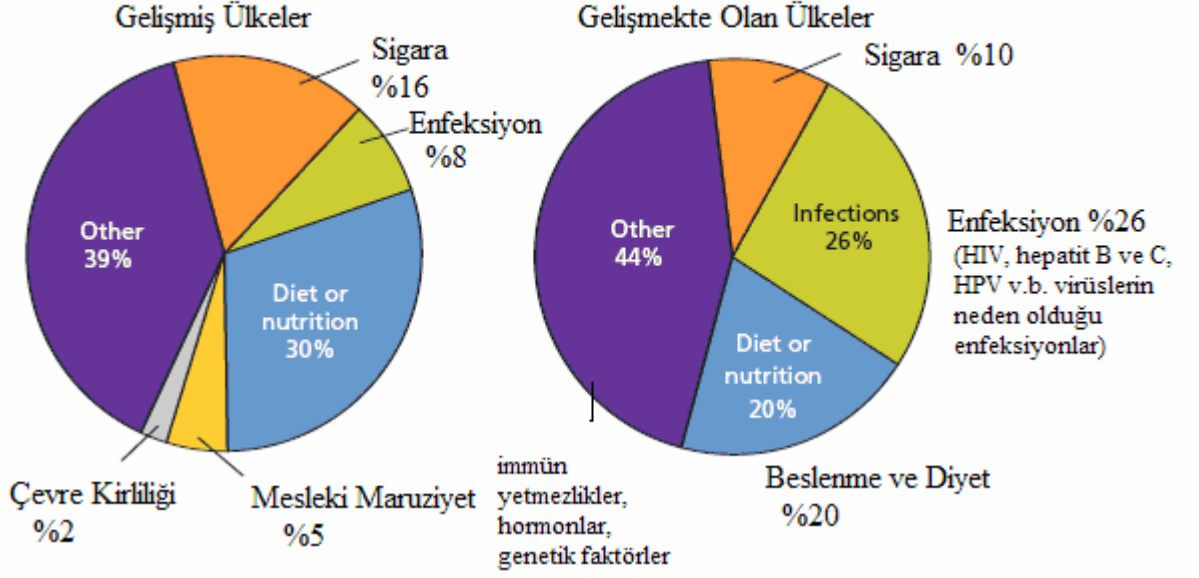
2002 yılında dünya çapında önceki beş yıl içinde kanser teşhisi alan hastaların yaklaşık 24,6 milyonu hayatta kalmıştır. Önümüzdeki yıllarda dünya nüfusunun ortalama yaşının artmasıyla birlikte bu sayının artacağı tahmin ediliyor.^(2, 6, 7) Ulusal Kanser Enstitüsü 2003 yılında 10,5 milyon Amerikalı kanser hastasının hayatta olduğunu belirtmiştir. Bütün kanserlerde beş yıllık hayatta kalım 1975–1977 yılları arasında %51 iken 1996–2002 yılları arasında %66'ya yükselmiştir.⁽⁹⁾

2.4. Etiyoloji

Kanserin oluşumuna hem dış faktörler (sigara, kimyasal ajanlar, radyasyon, enfeksiyonlar) hem de iç faktörler (kalıtsal, mutasyonlar, hormonlar, bağışıklık durumu ve metabolizmada oluşan mutasyonlar) sebep olmaktadır. Bu faktörler kanserin gelişiminde birlikte rol oynadıkları gibi karsinogenezisin başlaması ve gelişiminde sırayla da etkili olabilirler.⁽²⁾ Her ne kadar bireysel genetik yapının kanserin gelişiminde

temel rolü oynadığı biliniyorsa da, tüm kanserlerin %80'inden çevresel faktörler sorumludur.⁽²⁴⁾

Şekil 1.4. Ekonomik Gelişim Düzeyi ve Kansere Sebep Olan Majör Risk Faktörlerinin Oranı



* *The Global Cancer Atlas Online*, 2006.⁽⁷⁾

WHO'ya göre kanserin sebepleri:

Fiziksel karsinojenler: Ultraviyole ve iyonize radyasyon gibi

Kimyasal karsinojenler: Asbest ve sigara dumanı gibi

Biyolojik karsinojenler:

- Virüslerin neden olduğu enfeksiyonlar (hepatit B virüsü ve karaciğer kanseri, human papilloma virüsü (HPV) ve serviks kanseri);
- Bakterilerin neden olduğu enfeksiyonlar (helicobacter pilori ve mide kanseri);
- Parazitlerin neden olduğu enfeksiyonlar (şiştomyazis ve mesane kanseri)
- Yiyeceklerin mikotoksinlerle kontaminasyonu; örneğin aflatoksinin sebep olduğu karaciğer kanseri⁽³⁾

2.4.1. Sigara

Dünya Sağlık Örgütü insanların ölümünde en büyük önlenilebilir sebep olarak sigara kullanımını göstermiştir. Sigara kanserde en önemli risk faktörüdür. Başta akciğer kanseri olmak üzere larenks, farenks, nazofarenks, paranazal sinus, dudak, ağız boşluğu,

özafagus, mide, mesane, serviks, böbrek ve pankreas gibi diğer kanserlerin gelişimine sebep olmaktadır. (1, 2, 25)

2000 yılında dünya çapında yaklaşık 4,8 milyon erken ölümün sebebi sigaradır. Sigara kullanımını eğer bu şekilde devam ederse 2030 yılında bu sayının 8.3 milyona ulaşacağı tahmin ediliyor. Şu an dünyada yaklaşık 1.3 milyar kişinin sigara kullandığı öngörülmektedir. (26)

Kanserden ölümlerin %30'u ve akciğer kanserinden ölümlerin %87'si sigara yüzündendir. (32) Sigara kardiyovasküler ve obstrüktif akciğer hastalıkları gibi çeşitli neoplastik olmayan hastalıklarında sebebidir. Sigara içenlerde beklenen yaşam süresi içmeyenlerden 6–8 yıl daha azdır. Sigara içenlerde yaşam boyu akciğer kanseri gelişme riski içmeyenlerle kıyaslandığında erkeklerde 23 kat, kadınlarda 13 kat daha yüksektir. (8)

Akciğer kanseri riskini günlük sigara tüketimi belirlemektedir. Uzun yıllar sigara kullandıktan sonra sigarayı bırakmak akciğer kanseri ve sigaranın sebep olduğu diğer kanserlerin riskini önemli oranda azaltmaktadır. Ancak 10 ve daha fazla yıl kullanımdan sonra sigarayı bırakanlarda risk, hiç başlamamış olanlardan fazladır. (27)

Sigara çok sayıda kimyasal karsinogen içermektedir. İçindeki 4000'den fazla maddenin %50'sinin insan ve hayvanlarda kansere sebep olduğu tespit edilmiştir. (9) Dünyanın yıllık tütün üretimi 7 milyon tondur ve bunun üçte biri Çin'e aittir.

Tütün dumanına maruziyetin yoğunluğunu tütün kullanımında kullanılan sigara, nargile, pipo, puro gibi araçlar belirlemektedir. Puro ve pipo kullanımı ağız boşluğu kanserlerinin gelişmesinde sigaradan daha büyük risk oluşturmaktadır. ABD, Japonya ve Avrupa'da erkeklerde akciğer kanserinin %83-92'si, kadınlarda akciğer kanserinin %57-80'i sigarayla ilgilidir. Mesane ve böbrek kanserlerinde risk sigara kullanım süresi ve kullanımın yoğunluğuyla değişmektedir. Çevresel sigara dumanı da karsinogen maddeler içermektedir, ancak risk çok daha azdır (rölatif risk 1.15–1,2). Pasif sigara içenlerde akciğer ve larenks kanseri riski aktif içenlere oranla daha azdır. Meme kanseri riski ile çevresel sigara dumanına maruziyet arasındaki ilişki ise tartışmalı bir konudur. (27)

Amerika'da sigara yıllık yaklaşık 438.000 erken ölüme sebep olmaktadır. Bunun 38.000'ini çevresel sigara dumanına maruz kalanlar oluşturmaktadır. Amerika'da yüksek okul öğrencileri arasında 1991–1997 yılları arasında sigara kullanımını %28'den %36'ya çıkmıştır. Sonraki yıllarda ise bu oran azalmaya başlamış ve 2005 yılında %23 olarak tespit edilmiştir. Sigara kullanımı kadınlara oranla erkeklerde daha yaygındır. 2005 yılında erkekler ile kadınlar arasındaki prevalans %4 oranında değişirken; Afrika kökenli Amerikalı erkek ve kadınlar arasında ise %9 oranında değişmektedir. (28, 29)

Türkiye’de sigara içme oranı hala %65’in üzerindedir. ⁽¹⁾ 2003 yılında ilköğretim 7., 8., lise 1 ve hazırlık sınıfı öğrencileri üzerinde yapılan çalışmadan elde edilen verilere baktığımızda; öğrencilerin %29.3’ü en az bir kez sigara içmeyi denediğini belirtmiş, %9.1’i halen sigara içmektedir. Her 10 öğrenciden 9’u evde kendileriyle aynı ortamda sigara içen kişilerin bulunduğunu belirtmiş. 9/10’u halka açık alanlarda sigara dumanına maruz kalırken, yaklaşık 6/10’unun ailesinin sigara içtiği tespit edilmiştir. ⁽³⁰⁾

Sigara prevalansında gelişmiş ülkelerde yıllık %1,5’lik azalma olduğunu buna karşılık çoğu gelişmekte olan ülkede yıllık %2’lik artış olduğu öngörülmektedir. ⁽²⁹⁾

2.4.2. Diyet ve Beslenme

Kanserlerin %30’u diyet ve beslenmeyle alakalıdır. Batı ülkelerinde daha fazla benimsenen diyet (yüksek kalorili yiyecekler, zengin hayvansal yağlar ve protein) ve daha az fiziksel aktivite kolon, meme, prostat, endometrium ve diğer kanserlerin riskini artırmaktadır. Fiziksel aktivite, obeziteden sakınmak, günlük sebze- meyve tüketimi ağız boşluğu, akciğer, serviks ve diğer kanserlerin riskini azaltmaktadır. ⁽²⁷⁾

2.4.2.1. Sebze-Meyve

Sindirim sistemi kanserleri (mide ve karaciğer) Amerikanın merkezi ve güneyi, Afrika, Asya gibi gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmektedir. Konuyla ilgili yapılan en önemli tespit sebze-meyve tüketiminin bazı kanserlerin risklerini azaltmasıdır. Sebze- meyve tüketimi farenks, larenks, akciğer, özafagus, mide ve serviks kanserlerinin riskini azaltmaktadır. ⁽²⁷⁾ Sadece sebzelerin kolon ve rektum kanserlerine karşı koruyucu özelliği vardır. Yapılan 250 çalışmanın %80’i sebze-meyve tüketiminin önemli koruyucu etkisi olduğunu bulmuştur. Avrupa Kanser ve Beslenmede Muhtemel Araştırmalar (EPIC) günlük 500 gr sebze-meyve tüketiminin sindirim sistemi kanserlerini %25 azalttığını söylemiştir. ⁽³¹⁾ Sebze ve meyveler yağ, protein ve karbonhidrat için önemli kaynaklar olarak gösterilemez fakat bazı vitamin ve mineral ile lif açısından en önemli kaynaklardır. Sebze ve meyveler karsinogen metabolizmasında mikro öğelerin etkileşimine yardım ederek, DNA bütünlüğünün koruyarak ve hücre içi iletişimi sağlayarak kansere karşı koruyucu mekanizmada görev yapmaktadır. ^(27, 32)

2.4.2.2. Tuz ve Tuzlanarak Saklanan Besinler

Yemeklere eklenen tuz ve tuzla saklanan besinlerin mide, kolorektal ve nazofarenks kanserleriyle ilişkisi araştırılmaktadır. Yapılan çalışmalar Avrupa, Güney

Amerika ve Doğu Asya'da tuz ve tuzla saklanan besinlerin mide kanseri rölatif riskini artırdığını tespit etmiştir. Sigara, tuz, turşu ve yüksek oranda tuz ile saklanan besinler mide kanseri riskini artırmaktadır. Örneğin; yüksek oranda tuz alımı ve beraberinde helicobakter pilori enfeksiyonu gastrit gelişimine neden olabilir. Daha iyi koşullarda yiyeceklerin saklanması ve tuz tüketiminin azaltılması ile gelişmiş ülkelerde mide kanseri insidansının azaldığı gözlenmiştir. Güney Doğu Asya ülkelerinde Çin tipi tuzlu balık tüketimi nazofarengial kanserlerin insidansının artmasıyla ilişkilidir.⁽³³⁾ Aksine Avrupa tarzı tuzlu balığında (ançüez ve som balığı) herhangi bir kanser riski bulunmamaktadır. Çin tarzı balık tüketimi ile nazofarengial kanserler arasındaki ilişkiyi açıklayan biyolojik mekanizma kısmen fermentasyon ve nitrosamin oluşumu ile ilgilidir.⁽²⁷⁾

2.4.2.3. Et

Et tüketimi ve kanser riski arasındaki ilişkiyi inceleyen epidemiyolojik çalışmalar kolorektal kanserler ile spesifik bir ilişki olduğunu destekleyen tespitler gözlemiştir. Kırmızı et (sığır, kuzu, domuz eti) ve etten yapılan (salam, jambon, sosis) besinlerin günlük 80 gr tüketilmesi kolorektal kanser riskini %25-67 oranında artırabilir. Kolorektal karsinogenezde et tüketiminin bağırsak florasında safra asidi ve safra tuzlarının metabolizmasında ve üretiminde etkisi olmaktadır. Diğer bir hipotezde etin pişirilmesi esnasında bazı bileşenlerin (örn; heterosiklik amin ve polisiklik aromatik hidrokarbon) açığa çıkmasıyla ilgilidir.⁽³⁴⁾

2.4.3. Obezite ve Fiziksel Aktivite

Obezite ülkelerin en hızlı büyüyen sağlık problemidir. Amerika'nın 2002 yılında obezite tedavisindeki toplam sağlık harcamaları 92,6 milyar dolardır. Amerika'da yaşayanların yaklaşık üçte ikisi (%65,7) obez ya da kiloludur. 44.3'ü ise milyon yetişkinde (%30) obezdir. Obezite gelişmekte olan ülkelerde multipl hastalıklardan (kalp hastalığı, diyabet ve kanserlerin çoğu) ölümlere sebep olduğu için artan bir risktir.⁽³⁵⁾

Vücut ağırlığının kanser metabolizmasındaki rolünün; şeker ve yağ metabolizması, immun sistem fonksiyonları, hücre büyümesi ve hormon seviyelerine (insülin ve östradiol) olan etkilerinden kaynaklandığına inanılmaktadır.⁽²⁵⁾

Vücut ağırlığı ile kanser arasındaki en güçlü ve tutarlı ilişki endometrial kanserde görülmüştür. Zayıf ve obez kadınlar menapoz öncesi ve sonrası dönemlerde dikkate alınarak kıyaslandığında 2 ile 6 kat riski artırdığı tespit edilmiştir. Beden kitle indexi ile

meme kanseri arasındaki ilişki daha komplektir. Vaka-kontrol ve prospektif çalışmaların çoğu yüksek beden kitle indexinin postmenapozal dönemde meme kanseri riskini artırdığını bulmuştur. ⁽²⁷⁾

2003 yılında Amerikan Kanser Cemiyeti kanser mortalitesi ve fazla kilo arasındaki ilişkiyi kapsayan bir çalışma yayınlamıştır. Yüksek seviyede beden kitle indeksinin erkeklerde 11 tip kanserle (özafagus, mide, kolorektal, mesane, pankreas, karaciğer, prostat, böbrek, non-hodgkin lenfoma, multipl myeloma ve lösemi) ilişkili olduğunu ve yüksek ölüm oranlarına sebep olduğunu ortaya çıkarmıştır. Kadınlarda da 12 tip kanserin (kolorektal, karaciğer, mesane, pankreas, meme, uterus, serviks, yumurtalık, böbrek, özafagus, non-hodgkin lenfoma ve multipl myeloma) gelişmesine neden olmaktadır. Hatta meme ve kolon kanserlerinde kilo mortalite riskini orta derecede artırmaktadır. ⁽³⁶⁾

Amerika'da 20-74 yaş arası obez kişilerin (BMI 30kg/m² ye eşit yada daha büyük) oranı 1971-1974yılları arasında %14.6 iken 1999-2002'de %31.1'e ulaşmıştır. En büyük artış 1990'lı yıllarda meydana gelmiştir.

Obezite problemi artan kalori tüketimi ve azalan enerji harcamaları gibi sosyal değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Kalori oranı fazla olan yiyeceklerin daha ucuz olması, sağlıklı yiyeceklerden fazla bu ürünlerin pazarlanması, her yerde mevcut olup daha kolay ulaşılması obeziteyi artıran faktörlerdir. ⁽³⁷⁾

2.4.4. Gıdalardaki Katkı Maddeleri ve Kontaminasyonlar

Yiyeceklerin tadını, kıvamını, rengini artırmak veya uzun süre muhafaza etmek için eklenen maddeler kimyasaldır. Çok sayıda gıda maddesinde örneğin sebze ve hazırlanmış et ürünlerinde nitritler ve nitratlar doğal olarak bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar nitrit ve nitratların fazla alımı ile özafagus ve mide kanseri arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir.

Aflatoksin (AF), Aspergillus flavus adı verilen bir mantar türü tarafından yapılan çok güçlü, doğal olarak oluşan ve hayvanlarda ve bazı vakalarda da insanlarda karsinojen olan bir maddedir. Doğal olarak oluşan diğer bir karsinojen olan mikotoksinler ve kısmen aflatoksinler Afrika ve Asya'da karaciğer kanseri için risk oluşturmaktadır. ^(4,27)

2.4.5. Alkol

Alkol tüketimi özafagus, farenks, larenks, ağız boşluğu, karaciğer, meme ve kolorektal kanserlerin gelişimine sebep olmaktadır. Risk genellikle günlük alkol tüketimi

ile ilgilidir. Alkollü içecekler bir karbonhidrat fermantasyonudur. Alkol tüketim seviyesinin az olduğu bölgeler Batı ve Güney Asya ile Kuzey Afrikadır; maksimum olduğu bölgeler ise Avrupa'nın güneyi ve merkezidir. ⁽²⁷⁾

Epidemiyolojik çalışmalar gastrointestinal sistemi, solunum sistemi ve karaciğer kanserleri ile alkol kullanımı arasında ki güçlü ilişkiyi saptamıştır. Fransa'da konuyla ilgili bir vaka kontrol çalışması yapılmış ve fazla miktarda alkol ve sigara kullananların özafagus kanserine yakalanma riski hem alkol hem de sigarayı daha az kullananlarla kıyaslandığında 44,4'tür. Ancak tek başına alkol kullanımının oluşturduğu risk 18,0 iken tek başına sigaranın oluşturduğu risk 5,1'dir. ^(23, 38)

2.4.6. Mesleki Maruziyet

Mesleki karsinojenlerin oluşumunda en önemli karsinojenler iyonize radyasyon ve kimyasal karsinojenlerdir. Çoğu meslek ve yapılan iş sırasında bazı kimyasallarla temas kanser riskini artırmaktadır. Mesleki kanserler arasında en sık rastlanan akciğer kanseri ve arkasından mesane kanseridir. Mesleki karsinojenlerin çoğu işyerlerinde elimine edilmiştir. Ancak yeni sanayileşmiş ülkelerde bu maddelere maruziyet hala önemli bir sorundur. Tehlikeli karsinojenler fiziksel, kimyasal ve biyolojik ajanlar olduğu gibi bunların karışımı da olabilir. ⁽³⁹⁾

Bazı kanser türleriyle ilişkisi belirlenmiş kimyasal ajanlar ve karışımlar şunlardır:

Akciğer kanseri: Arsenik, Asbest, Bis krometil eter, Krom, Hematit, Nikel, Sigara dumanı, Egzoz gazları, Kok kömürü dumanı ve Radon

Özafagus kanseri: Sigara ve Alkol

Ağız boşluğu kanseri: Tütün çiğneme ve Alkol

Cilt kanseri: Kullanılmış madeni yağlar, Kurum ve Katran

Burun boşluğu ve sinüs kanserleri: Sigara dumanı, Nikel, İsopropil alkol, Cam tozları

Karaciğer kanseri: Aflatoksin B₁, Vinil Klorid ve Alkol

Mesane kanseri: Aromatik Aminler

Lösemi: Benzen

Kimyasal ajanlar hücre DNA'sında mutasyonlara neden olarak hücrenin genetik yapısını bozarlar ve kanser gelişimine neden olurlar.

Mesleki karsinojenlere ilk olarak istemsiz ve farkında olmadan geniş oranda maruz kalınmaktadır. İşçilerin kansere neden olan tehlikeli maddeleri bilmemesi de maruziyeti artırır. Kişisel davranış değişikliği mesleki kanserleri önleyebilir. ⁽²³⁾

2.4.7. Çevre Kirliliği

Hava, su ve toprak kirliliği tüm kanserlerin %1-4'üne sebep olmaktadır. Karsinojen kirletici maddeler içme sularının kontaminasyonu, kentlerde havada bulunan toksik ajanlar, kapalı alanlardaki hava kirliliği ve mesleki maruziyet olmaksızın asbesti kapsamaktadır.⁽⁴⁰⁾

Kanserlerde çevrenin rolü dört büyük grupta incelenebilir; hava kirleticileri, su kirleticileri, iyonize radyasyon ve radyasyondur. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar çevre kirliliği ile kanserler arasındaki ilişkiyi açık bir şekilde ortaya koymuştur. Su ve hava kirliliği kanser gelişimini %0,5–2 oranında etkilemektedir.⁽²³⁾

2.4.8. Radyasyon

Sanayi, tıbbi ve diğer kaynaklardan iyonize radyasyona maruziyet lösemi, meme kanseri ve tiroid kanseri gibi çeşitli kanserlere sebep olmaktadır. Ultraviyole radyasyonun en önemli kaynağı güneştir. Melanomaların %80'i güneş ışınına maruziyetin yüzündendir.

Deri kanserlerinin büyük çoğunluğu ultraviyole radyasyona (ilk olarak güneş ışınına) maruz kalmanın sonucudur. Amerikan Kanser Cemiyeti 2007'de 1 milyondan fazla deri kanseri vakasının olacağı ve bunun 59.940'ını malign melanomaların oluşturacağını belirtmiştir. Herkes güneş ışınına maruz kalmaktadır ancak bireysel maruziyetin büyüklüğünü kişisel davranışlar belirler. Mevsimler, günün belirli saatleri, coğrafik konum, rakım ve diğer hava şartları gibi çevresel faktörler güneş ışınına maruziyeti etkilemektedir.⁽⁴¹⁾

İyonize radyasyon lösemi, myeloma ve bazı solid tümörler, meme, akciğer, tiroid, kemik kanserlerinin gelişimine sebep olmaktadır. Bireylerin radyasyona maruz kaldığı alanlar; atom bombası sonrasında bölgede yaşayanlar, mesleki maruziyete uğrayan işçiler, radyoterapi ile tedavi olan hastalar, evlerinde yüksek miktarda radon gazına maruz kalanlar şeklinde sıralanmıştır.⁽²³⁾

2.4.9. Kronik Enfeksiyonlar

Enfeksiyon ajanları kanserin esas sebeplerinden biridir. Dünya çapında kanserlerin %18'ine sebep olmaktadır ve çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerdedir. En sık etkilenen organlar karaciğer, serviks, mide, lenfoid doku ve üriner sistemdir. Bu

kanserlerin önlenmesi aşı (Hepatit B virüsü), erken teşhis (serviks kanseri) ve enfeksiyon ajanlarının (helikobakter pilori) eradikasyonu ile olabilir.

Hepatit B virüsünün neden olduğu enfeksiyonlar anneden çocuğa (vertikal yayılma), çocuktan çocuğa (horizontal yayılma), sexüel yolla yayılma ve enfekte kanla temas şeklinde yayılmaktadır. Horizontal yayılma dünyadaki enfeksiyonların çoğundan sorumludur. Hepatit B virüsü taşıyanlarda karaciğer kanseri riski taşıyıcı olmayanlardan 20 kat daha yüksektir. Dünya çapında karaciğer kanserlerinin %60'ı gelişmekte olan ülkelerde ve %67'si kronik Hepatit B enfeksiyonu yüzündendir.

Hepatit C virüsünde paranteral yolla yayılan hepatitin en büyük sebebidir. Dünya çapında tüm karaciğer kanserlerinin %25'ine Hepatit C sebep olmaktadır.

100'ün üzerinde human papilloma virüs tipi tanımlanmış ve yaklaşık 30 tanesinin genital bölgeyi enfekte ettiği bilinmektedir. Anal kanserlerin %80'i, vulva, penis ve vajina, orofarenks kanserlerinin %30'u HPV yüzündendir.

Epstein-Barr (EBV) virüsünün neden olduğu enfeksiyon her yerde yaygın bir şekilde bulunabilir. Bu virüs Burkitt lenfoması ve Hodgkin hastalığı için risk oluşturmaktadır. EBV virüsüyle ilişkili olarak gelişen Non-Hodgkin lenfoma konjenital veya bağışıklık sistemindeki yetersizlik sonucudur.⁽⁴²⁾

Human immunodeficiency virus (HIV) enfeksiyonunun en yüksek olduğu bölge Sahra altı Afrika'dır (%15–20). HIV enfeksiyonu sonucu kaposi sarkoma gelişme riski 1000 kat, non-hodgkin lenfoma riski 100 kat, hodgkin lenfoma riski ise 10 kat artmaktadır. Anüs, serviks ve konjunktiva kanserlerinin riskide artmaktadır.

Helicobakter pilori dünya çapında en yaygın bakteriyel enfeksiyonlardan biridir. Gelişmekte olan ülkelerde prevalans %80-90 arasında iken gelişmiş ülkelerde %50'dir. H.pilori gastrik ve peptik ülserlerin esas sebebidir ve gastrik kanserlerin gelişiminde önemli rol oynar.⁽⁴³⁾

Klonoşazis (clonorchis sinenesis) ve opistorşiazis (opisthorchis viverrini) gibi parazitler karaciğer kanserine; şistozomiazis (schistosoma haematobium) mesane kanserine neden olmaktadır. Şistomiazisin neden olduğu mesane kanseri prevalansı Afrika ve Orta Asya da en yüksektir. Parazitlerin neden olduğu karaciğer kanserleride en fazla Tayland ve Çin'dir. Schistosoma japonicum ise en fazla Japonya ve Çin de görülmektedir. Bu parazitin mide, kolorektal ve karaciğer kanserleriyle ilişkili olduğu ileri sürülse de kesin deliller bulunmamaktadır.⁽⁴⁾

2.4.10. İmmün Yetmezlikler

İmmün sistemin sürekli baskılanması kanser riskini artırmaktadır. İlaça bağlı immüsupresyon organ nakli yapılan hastalarda en çok görülmektedir. İmmüsupresyon ve karsinojenik olduğu bilinen bazı virüsler (HIV, Epstein –Barr) viral enfeksiyonlara yakalanma riskini artırmaktadır.^(4,27)

2.4.11. Genetik Faktörler

Tüm kanserlerin %4'ü genetik sebeplerden kaynaklanmaktadır. Bütün kanserler için olmasa bile kanserlerin büyük bir bölümünde hem çevresel hem de genetik faktörler birlikte rol oynamaktadır. Çevresel faktörlere bağlı olduğu kuvvetle kabul edilen akciğer kanserinde bile genetik faktörlerin rolü önemlidir.^(4,27)

2.4.12. Hormonlar

Kadınlarda hormonların metabolizması, üreme faktörleri ve menapozal durum endometrium, yumurtalık ve meme kanseri gelişimini etkilemektedir. Kombine oral kontraseptiflerin meme kanseri riskini düşüğe olsa artırdığı bilinmektedir. Menapoz semptomlarını azaltmak, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterolü yükselterek koroner arter hastalığı riskini azaltmak, osteoporoz ve kemik kırıklarını önlemek, kemik mineral kapsamını korumak amacıyla kullanılan östrojen tedavisi ile doğum kontrol haplarının oral kullanımı endometrial kanser riskini artırmaktadır.⁽⁴⁴⁾

2.4.13. İlaçlar

Malign tümörlerin tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar nadirde olsa ikinci bir tümörün gelişimine neden olabilir. Yüksek dozda ve uzun süre verilen bazı ilaçların karsinojenik etki yaratması olasıdır. Bazı neoplastik ilaçlar ve bu ilaçların kombinasyonu, hormon ve hormon antagonisti, bazı immün supresif ilaçlar karsinojenik olduğu düşünülen ilaçlardır.⁽⁴⁵⁾

2.5. Tarama-Erken Tanı ve Korunma

Kanserin belirti ve bulguları köken aldığı doku ve organlara göre değişir. Hatta bazen hiç belirti ve bulgu vermeden kontrol muayenelerinde kanser tanısı konulabilir. Kanserın 7 habercisi olarak nitelendirilen aşağıdaki belirtilere dikkat edilmelidir.

- İdrar ve dışkı alışkanlığında değişiklik,
- İyileşmeyen yaraların bulunması,

- Olağan dışı kanama veya akıntılar,
- Bedenin herhangi bir yerinde büyümüş beze ya da şişlik,
- Yutkunmada zorluk ya da sindirim güçlüğü,
- Et beni gibi lezyonlarda kısa sürede belirgin değişim,
- Sürekli öksürük ya da ses kısıklığı. ⁽⁴⁶⁾

Kanserlerin yaklaşık üçte ikisi önlenebilir niteliktedir. Primer önlemede amaç; kansere sebep olan faktörlerden sakınarak kanser gelişimini azaltmaktır. Sekonder önlemede amaç kanserin tedavi edilebilir evrede erken teşhisidir. ⁽²⁷⁾

Kanserden korunma potansiyelide giderek önemli oranlara ulaşmıştır. Akciğer kanseri için %80, kadınlarda meme kanseri için %82, endometrium kanseri için %90, yumurtalık kanseri için %70, prostat kanseri için %89, erkekte mesane kanseri için %82 ve larenks kanseri için %90 oranında bir azalma teorik olarak mümkün gözükmektedir. ⁽⁴⁾

Şekil 1.5. Yaygın Kanserlerin Tedavisindeki Çeşitli Yaklaşımlar

KANSER	Erken Teşhis	Cerrahi	Radyasyon	Kemoterapi	Palyatif Tedavi
Ağız/Farenks	+	++	+++	+	+++
Özafagus	-	+	++	-	+++
Mide	+	+	-	-	+++
Kolon/rektum	++	+++	++	+++	+++
Karaciğer	-	+	-	-	+++
Akciğer	-	+	++	-	+++
Meme	+++	+++	++	+++	+++
Serviks	+++	++	+++	-	+++

- = Rolü yok; + = Küçük bir rolü var; ++ = Bir miktar rolü var; +++ = Büyük rolü var

* Ulusal Kanser Kontrol programı, WHO (2002).⁽¹²⁾

2.5.1. Kanser Taramalarının Genel İlkeleri

Kanser taramasında, dikkate alınması gereken üç nokta vardır. Bunlar kanserin özelliği, mevcut testler ve tarama programlarının değerlendirilmesidir. ⁽⁴⁾

2.5.2. Taramaların Önemi

Taramaların amacı hastanın asemptomatik olduğu erken dönemde hastalığın tanımlanması ve tedavi edilmesidir. Tedavi için harcanması gereken paranın yaklaşık

1/10 ya da 1/5'ini kanser taramalarına harcanması durumunda hastalıkların erken tedavi edilebilir dönemlerde yakalanması ile çok sayıda insanın yaşamı kurtulabilecektir ⁽⁴⁶⁾

Taramaların kolon, rektum, meme ve serviks kanserlerinde mortaliteyi azalttığı görülmüştür. ABD'de taramalar önerildiği şekilde ve iyi sayılabilecek oranlarda yerine getirilmektedir. Örneğin; serviks kanserinde 18–44 yaş arası kadınların %89'u, 45 yaş ve üzerindeki bayanların ise %84'ü Pap testi yaptırmaktadır. Prostat kanseri için parmakla rektal muayene ya da PSA testi yaptırılması %55'leri geçmiştir. 40 yaş ve üzeri bayanlarda ise mamografi yaptırılması %60'lardan fazladır. 50 yaş üzerinde kalın barsak kanseri açısından gizli kan testi %23 oranında yaptırılır iken, sigmoidoskopi ya da kolonoskopi oranı ise %37'lerdedir. ⁽⁸⁵⁾

2.5.2.1. Meme Kanseri Taramaları

Meme kanseri taramalarının meme kanseri mortalitesini azalttığı görülmektedir. Amerika'da meme kanseri mortalitesinin 1990'dan beri azalmaya başladığı görülmüştür. Bu azalma büyük oranda tedavideki düzelmeler ve taramaların etkisi ile olmuştur. ⁽⁹⁾ Şu anda meme kanserlerinin %61'i en erken evrede teşhis edilip, 5 yıllık hayatta kalım oranı %98,1'dir. ⁽⁴⁸⁾

Amerika'da meme kanseri taramaları prevalansı 1987'de %29 iken 2000 yılında %70'lere ulaşmıştır ve bu oran 2003 yılında değişmemiştir. ⁽⁴⁹⁾ 2003 yılında 40 yaş ve üzeri kadınların mamografi kullanım oranı %69,7 'dir. Afrika kökenli Amerikalılar ve beyaz ırkta 40 yaş ve üzeri kadınların mamografi prevalansı son iki yılda %70,4 iken; diğer ırk ve etnik gruplarda bu oranın daha az olduğu gözlenmiştir. Mamografi prevalansının en düşük olduğu kadınlar sağlık güvencesi olmayan ve Amerika'ya göç edip 10 yıldan daha az süre orada yaşayanlardır. ⁽²⁵⁾

Meme kanseri taramalarına katılım gelir düzeyine, eğitime, sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerinin şekline bağlıdır. Düşük sosyal sınıftaki kadınların yüksek sosyal sınıftaki kadınlara göre taramalara katılımı çok düşüktür. Kültürel ve ekonomik engeller kaldırıldığı, taramalara katılım desteklendiği ve sosyal destek sunulduğu zaman taramalardaki sosyo-ekonomik farklılıklar azalacaktır. ABD'de mamografi kullanımında önemli engeller bulunmaktadır. Sağlık güvencesi olmayan kadınlar, sigara içenler ve düzenli olarak bir doktor kontrolüne gitmeyen kadınlar mamografiyi daha az kullanmaktadırlar. Kosta Rica'da yapılan bir vaka kontrol çalışmasında eğitimli kadınların %59'u, zengin kadınların %25'i fiziksel meme kontrolü yaparken; bu oranlar okuma yazması olmayan kadınlarda %21 iken fakir kadınlarda %35'tir. Kentsel alan ve

kırsal alanı kıyasladığımızda eğitim ve gelir seviyesi önemli ölçüde mamografi taramalarıyla ilişkilidir. ABD’de 1987 ve 1992 yılları arasında meme kanseri taramaları %23’ten %49’lara yükselmiştir. 50 yaş ve üzerinde meme kanserinden her 1000 ölümden 300’ü önlenabilir. Böylece her %1’lik uyum üç ölümü önleyecektir.⁽²³⁾

Meme kanseri için önerilen taramalar ve sıklıkları;

- 20 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi
- 40 yaşından sonra yıllık mamografi
- 20-40 yaş arası 3 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir klinik meme muayenesi
- Ailesel öyküsü olanlar, daha önce meme kanseri geçirenler gibi risk grubundaki kişiler doktorlarıyla konuşup daha erken yaşlarda mamografiye başlayabilirler ve ultrason, MR gibi ek testleri yaptırmaları da önerilmektedir.^(1, 25, 47, 48)

2.5.2.2. Serviks Kanseri Taramaları

Serviks kanseri insidans ve mortalitesi son 30 yıl içerisinde %67 azalmıştır. Bu azalma Pap testinin prekanseröz lezyonları ve serviks kanserini teşhis etmesindeki yararı sayesinde. Serviks kanserinin ileri evrelerinde teşhis edilen kadınların %60-80’inin son 5 yıl içinde Pap testi yaptırmadığı tespit edilmiştir. Prekanseröz lezyonların Pap testi ile teşhisinden sonra bu kadınların uygun bir tedavi ve takibin ardından hayatta kalım şansları %100 olasıdır. Serviks kanseri en başarılı şekilde tedavi edilen kanserlerden biridir.⁽⁵⁰⁾ HPV ‘ye karşı geliştirilen aşı ile Amerika’da serviks kanserinin giderek azalacağı tahmin edilmektedir.⁽²⁵⁾

Serviks kanseri için önerilen taramalar ve sıklıkları;

- Serviks kanseri taraması ilk cinsel temastan 3 yıl sonra başlamalıdır. 21 yaşında taramalar her durumda başlatılmalıdır. Tarama her yıl klasik Pap testi yada 2 yılda bir likit Pap testi ile yapılmalıdır.
- 30 yaş ve üzerinde 3 normal testi takiben taramalar 2-3 yılda bire geçilir.
- 70 yaş ve üzerinde 3 ve daha fazla normal testi olanlarda (son 10 yılda hiç anormal Pap testi yoksa) ve total histerektomi olanlarda serviks kanseri taramaları kesilebilir.^(1, 25, 47, 50)

2.5.2.3. Kolon ve Rektum Kanseri Taramaları

Kolorektal kanserler erken evrede teşhis edildiği zaman hayatta kalım oranı %90’ları bulmaktadır. Ancak hastaların sadece %39’u erken evrede teşhis edilmektedir.⁽⁸⁾

Kolorektal kanserler taramalarla önlenemeyen birkaç kanserden biridir. Çünkü kolon kanserlerinde sık sık gelişen prekanseröz polipler belirlenip çıkartılabilir. ⁽⁵¹⁾

Kolorektal kanser tarama testleri mamografi ve Pap testinden geri kalmaktadır. 2000 ve 2003 yılları arasında Amerika'da 50 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin taramalara katılımı %39.4'ten %42.2'ye yükselmiştir. Aynı yıl yapılan diğer bir çalışmaya göre 50 yaş ve üzerinde olup 16 yıl ya da daha fazla eğitim alanların düşük eğitim seviyesindekilere göre taramalara katılımı daha fazladır. Herhangi bir sağlık güvencesi olmayanların taramalara katılımı %17, güvencesi olanların ise %44'tür. ⁽⁵²⁾

50 yaşından sonra herkesin kolon-rektum kanserleri için aşağıdaki 5 testten birini yapması önerilmektedir;

- Her yıl gaitada gizli kan (FOBT) veya gaitanın immunokimyasal testi (FIT)
- Her 5 yılda bir fleksibl sigmoidoskopi (FSIG)
- Her 10 yılda bir kolonoskopi
- Her 5 yılda bir çift kontrastlı baryum grafisi
- Yıllık gaitada gizli kan ve her 5 yılda bir fleksibl sigmoidoskopi ise orta ve yüksek derecede risk grubunda olanların bir uzmanla görüşerek farklı testlerle birlikte yapması gerekenlerdir. ^(1, 25, 47)

20 yaş ve üzeri erkek ve kadınların periyodik sağlık muayenelerinde kanser açısından özellikle tiroid, testis, over, lenf nodları, ağız boşluğu, deri muayeneleri yapılmalıdır. Ayrıca tütün ve sigara, güneş ışınları, beslenme, risk faktörleri, cinsel konular ve çevresel maruziyetler açısından danışma verilmelidir. ^(1, 25)

2.6. Kadınlarda Sık Görülen Kanserler

2.6.1. Meme Kanseri

Her yıl dünyada bir milyondan fazla kadın meme kanserine yakalanmaktadır. 2007 yılında 1.3 milyon yeni meme kanseri vakası beklenmektedir. Tüm dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. ⁽²⁾ Kuzey Amerika, Avustralya, Kuzey ve Batı Avrupa en yüksek meme kanseri insidansının olduğu bölgelerdir. Afrika ve Asya'da en düşük oranların olduğu bölgelerdir. ^(2, 23) Türkiye'de yıllık meme kanseri insidansı yüz binde 22.0; yıllık meme kanseri mortalitesi yüz binde 9.7'dir. ⁽⁵³⁾

2007 yılında meme kanserinden ölen sayısının 465.000 olacağı tahmin ediliyor. Son 25 yılda meme kanseri insidansı yaklaşık %30 oranında artmıştır. Ancak Amerika'da 2001-2004 yılları arasında hormon replasman tedavisinin uygulanmaması ve mamografi

kullanımıyla insidans azalmıştır. Asya ve Afrika ülkeleri gibi çoğu gelişmekte olan ülkelerde insidans artmaya başlamıştır. Bu trendin sebebi tam olarak anlaşılmasa da üreme sağlığı, beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve bazı tarama yöntemleri ile ilgili faktörlerdeki değişikliklerin yansımaları olduğu düşünülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri mortalitesi mamografi ile erken teşhis ve tedavideki düzeltilmelerin katkısıyla azalmaktadır.⁽⁵⁴⁾

Amerika’da yaşayan kadınların yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski %12.3 ‘tür (8 kadından biri). 2004 yılında 2.4 milyon kadında meme kanseri hikayesi olduğunu saptanmıştır. Bu kadınların çoğu tedavi sonrası meme kanserinden kurtulanlar, diğerleri de belirtileri taşıyan ya da hala kanser tedavisi görenlerdir.

Afrika kökenli Amerikalılara göre beyaz ırktaki kadınlarda 40 yaşından sonra meme kanseri insidansı daha yüksektir. Ancak Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda da 40 yaşından önce insidans çok yüksektir.⁽⁵⁵⁾

2.6.1.1. Belirti ve Bulgular

Meme kanseri kitlenin küçük ve en tedavi edilebilir olduğu dönemde tipik belirtilerden herhangi birini göstermez. Kanser ilerledikçe en yaygın fiziksel belirtisi ağrısız kitledir. Diğer belirtiler ise;

- Meme şekil ve büyüklüğünde değişiklik (kabarıklık, düzleşme, deride kalınlaşma, renk değişikliği, kızarıklık, önceden olmayan asimetri v.b.)
- Meme başında her zamankinden farklı olan asimetri, çekinti oluşması,
- Deride çekinti,
- Meme veya meme başında iyileşmeyen yara,
- Meme başında akıntı.^(1,55)

2.6.1.2. Risk faktörleri

Yaş: Yaş ilerledikçe risk artmaktadır. 40-49 yaş arasında her 66 kadından birinde; 50-59 yaş arasında her 40 kadından birinde meme kanseri riski mevcuttur. ^(1, 2) Amerika’da 2000–2004 yılları arasında yeni vakaların %95’i, meme kanserinden ölümlerin %97’si 40 yaş ve üzerinde meydana gelmiştir. Aynı yıllar arasında meme kanseri insidansı 20-24 yaş arası yüz binde 1.4, en yüksek insidans hızı 75-79 yaşlarında yüz binde 464.8’tür. Yine aynı yıllarda meme kanseri teşhisi alanların ortalama yaşının 61 olduğu tespit edilmiştir.⁽⁵⁵⁾

Aile öyküsü: İki veya daha fazla akrabasında meme kanseri veya yumurtalık kanseri olanların meme kanseri gelişme riski daha yüksektir. Anne, kız kardeş, anneanne,

hala ve teyzesinde 50 yaş öncesinde meme kanseri olması, meme kanseri riskini artırmaktadır. ^(1, 2, 55)

Kişisel öykü: Bir memede kanser varsa diğerinde kanser gelişme riski artmaktadır.

Genetik yatkınlık: Meme kanseri ile ilgili genlerde (BRCA1 ve BRCA2) kalıtsal değişiklikler olması meme kanseri riskini artırmaktadır. ^(1, 2, 55) BRCA1 ve BRCA2 genlerinde kalıtım sonucu mutasyonların meydana gelmesi %5-10 arasındadır. Hastalık eğer kalıtsal bir özellik taşıyorsa bu oran %1'den azdır. Yapılan çalışmalar sonucu 70 yaşındaki bir kadının BRCA1 genindeki mutasyonlar sonucu meme kanseri gelişme riski %65, BRCA2 genindeki mutasyonlar sonucunda risk %45'tir. ⁽⁵⁶⁾

Çocuk sayısı: Çocuğu olmamak ya da ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurmak meme kanseri riskini artırmaktadır. ^(1, 2, 55) Yapılan çalışmalar emzirmenin meme kanseri riskini azalttığını göstermiştir. ^(56,57)

Hormon tedavisi: Menopoz sonrası hormon tedavisi görmek meme kanseri riskini artırmaktadır. Oral kontraseptiflerin meme kanserini düşüğe olsa artırdığı bulunmuştur. ^(56, 57)

Diğer risk faktörleri: Kilo fazlalığı, aşırı alkol tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, adet dönemlerinin erken yaşta başlaması (<12 yaş), menopoz döneminin geç başlaması (>55 yaş) meme kanseri riskini artırmaktadır. ^(1, 2, 55)

2.6.1.3. Erken Teşhis ve Korunma

Meme kanseri insidansını azaltmak için en iyi strateji risk faktörlerinin azaltılmasıdır. Şişmanlıktan kaçınmak, sağlıklı beslenmek, fiziksel aktivite, alkol alımını azaltmak ile meme kanserinden korunabiliriz. Mamografi, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi yöntemleri ile meme kanserinin erken tanısı mümkündür. ^(1, 2, 47)

2.6.1.4. Tedavi

Kanser tedavisindeki büyük gelişmeler sayesinde tüm meme kanserlerinin %90'ında tedavi mümkündür. Erken teşhis edilenlerde tedavi başarısı, geç teşhis olan ve hastalığın metastaz yaptığı vakalara göre daha yüksektir. Cerrahi, kemoterapi, hormon tedavisi, radyoterapi başlıca tedavi yöntemleridir. Hastalığa (tümörün büyüklüğü, teşhis evresi) ve hastaya göre değişen durumlarda bu tedavi yöntemleri tek başına veya birlikte kullanılabilir. ^(1, 2)

2.6.1.5. Hayatta Kalım

Meme kanserinde beş yıllık yaşam şansı Amerika'da %89 iken, Avrupa'da %76'dır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşam şansı Kuzey Amerika ve Avrupa'ya göre daha düşüktür. Teşhis evresi prognozda çok önemlidir. Amerika'da meme kanserinin erken evresinde teşhis konulan bayanların beş yıllık hayatta kalım oranı %98 iken, bölgesel lenf nodlarına metastazı olanlarda %84, uzak organlara metastazı olanlarda %24'tür.^(2, 58)

2.6.2. Serviks Kanseri

Serviks kanseri kadınlarda sık görülen ikinci kanserdir. 2007 yılında dünyada 555.100 yeni vaka beklenmektedir. Vakaların %80'i gelişmekte olan ülkelerdedir. Dünya çapında en yüksek insidans oranları Amerika'nın merkezi ve güneyi, Karayipler, Sahra Altı Afrika, Güneydoğu Asya'dadır. Orta Asya, Çin'in büyük bölümü ve Avustralya insidansın düşük olduğu bölgelerdir. Serviks kanserinden 309.800 kişinin de öleceği tahmin ediliyor.⁽²⁾ Türkiye'de yıllık serviks kanseri insidansı yüz binde 4.5; yıllık serviks kanseri mortalitesi yüz binde 2.4'tür.⁽⁵³⁾

Serviks kanseri insidans ve mortalite hızları 1960'dan beri çoğu gelişmiş ülkede yaygın taramalar ve müdahalelerle azalmaktadır. Amerikanın merkezi ve güneyinde, Afrika ve Asya'nın çoğu bölgesinde insidans ve mortalite hızları yüksekliğini korumaktadır. HPV virüsüne karşı geliştirilen aşı bu bölgelerdeki oranları önümüzdeki yıllarda önemli ölçüde etkileyecektir.⁽²⁾

2.6.2.1. Belirti ve Bulgular

Semptomlar anormal serviks hücreleri kanseröz olmadan ve yakındaki dokulara yayılmadan genellikle görülmez. Bu aşamalar gerçekleştikten sonra görülen en yaygın belirti anormal vajinal kanamalarıdır. Kanamalar düzenli menstrual periyodların arasında başlayıp bitebilir, cinsel birleşmeden sonra olabilir veya pelvik incelemeler sırasında görülebilir. Menstrual kanamalar uzun sürebilir, normalden ağır geçebilir. Menapoz sonrası kanamalar da belirti olabilir.⁽²⁾

2.6.2.2. Risk Faktörleri

Serviks kanseri olan kadınların %100'ü HPV ile serviks enfeksiyonu geçirmiştir. HPV' nin 15 tipi serviks kanseri riskinin 200 kat artırmaktadır. HPV 16 ve 18 ise serviks kanseri olan kadınlardaki en yaygın türleridir. Çoğu HPV enfeksiyonu iki ya da dört yıl

içinde spontan bir şekilde kaybolur, küçük bir bölümü kansere dönüşür. Enfeksiyonun devam etmesi ve kanser gelişimini immün sistemin baskılanması, sigara ve beslenme faktörleri etkilemektedir.^(2, 47)

2.6.2.3. Erken Teşhis ve Korunma

Serviks kanserinin %80'inden fazlası kapsamlı bir Pap testi tarama programı ile önlenabilir. Pap testi ile hem prekanseröz lezyonlar hem de erken evrede teşhis sağlanabilir. Ancak çoğu düşük gelirli ülkelerde Pap testi hem teknik açıdan hem de halk sağlığı altyapısı bakımından yeterince desteklenmemektedir. HPV'ye karşı geliştirilen aşı 2006'da onaylanmış, 9–26 yaş arası bayanların yaptırması tavsiye edilmiştir.⁽⁵⁹⁾

2.6.2.4. Tedavi

Pre-invazif lezyonlar elektrokoagülasyon, dondurarak, laserle veya lokal cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilir. İnvazif kanserler genellikle cerrahi, radyasyon ya da her ikisi ile, bunların yanı sıra kemoterapi ile tedavi edilebilir.⁽⁵⁹⁾

2.6.2.5. Hayatta Kalım

Pre-invazif lezyonlarda hayatta kalım yaklaşık %100'dür. İnvazif serviks kanseri erken evrede teşhis edildiği zaman en başarılı tedavi edilebilen kanserlerden biridir. Amerika'da beş yıllık hayatta kalım oranı kanser lokalize iken teşhis edildiğinde %92'dir. Tüm evreler dikkate alındığında Afrika'da %30'dan az, Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'da ise %70'dir.⁽²⁾

2.6.3. Kolon-Rektum Kanseri

Kolorektal kanserler erkeklerde en yaygın dördüncü kadınlarda en yaygın üçüncü kanserdir. Dünya çapında 2007 yılında yaklaşık 1.2 milyon yeni vaka beklenmektedir. En yüksek insidans hızları Japonya, Kuzey Amerika, Yeni Zelanda, Avustralya ve Avrupa'nın bir kısmına aittir. Afrika ve Güneydoğu Asya insidansın en düşük olduğu bölgelerdir. Genellikle insidans erkeklerde kadınlara oranla daha yüksektir. Yine 2007 yılında kolorektal kanserlerden 630.000 ölümün gerçekleşeceği tahmin ediliyor. Asya (Japonya, Hong Kong, Singapur), Doğu Avrupa (Macaristan, Polonya), İsrail ve Porto Riko kolorektal kanser insidansında en büyük artışın olduğu bölgelerdir. Bazı batı ve kuzey Avrupa ülkelerinde azalma söz konusu iken İspanya'da büyük bir artış gözlenmiştir.⁽⁶⁰⁾

2.6.3.1. Belirti ve Bulgular

İleri evrelerde rektal kanama, gaitada kan, barsak alışkanlığında değişiklikler, alt abdomende kramp tarzında ağrı ortaya çıkabilir. Erken evrelerde kolorektal kanserler asemptomatiktir.⁽²⁾

2.6.3.2. Risk Faktörleri

Kolorektal kanser riski yaşla birlikte artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde vakaların %90'ından fazlası 50 yaş ve üzerinde teşhis edilmektedir. Kişisel veya ailesel öyküsünde kolorektal kanser ya da polipi olanlar ve kronik inflamatuvar barsak hastalığı olanlarda risk artmaktadır. Ancak bireylerin yaşam biçimi de önemlidir. Şişmanlık, fiziksel aktivite yetersizliği, sigara ve alkol tüketimi, kırmızı et, yetersiz sebze ve meyve alımı gibi faktörler kolorektal kanser riskini artırmaktadır. Yapılan çalışmalar kilolu erkek ve kadınlarda kolorektal kanser gelişimi ve kolorektal kanserlerden ölüm daha olasıdır. Bazı çalışmalarda non-steroidal anti inflamatuvar ilaçların sürekli kullanımı (örneğin aspirin) ve hormonların (östrojen ve progesteron) kolorektal kanser riskini azalttığını göstermiştir. Fakat bu ilaçların kanseri önlemede kullanılması önerilmemektedir.⁽²⁾

2.6.3.3. Erken Teşhis ve Korunma

Kolorektal kanserlerden korunma sağlıklı bir vücut ağırlığı, fiziksel aktivite, kırmızı et ve alkol tüketimini azaltmayı kapsamaktadır. Taramalarla polipler kansere dönüşmeden çıkarılabilir ve bunun yanı sıra erken evrede teşhiste sağlanabilir. Böylece mortalite ve insidans oranları azalabilir.⁽⁶¹⁾

2.6.3.4. Tedavi

Kolorektal kanserlerin tedavisinde en sık kullanılan yöntem ameliyattır. Kalıcı kolostomi bu kanserlerde çok nadir kullanılır, seyrekte olsa rektal kanserlerde kullanılır. Kemoterapi tek kullanıldığı gibi radyoterapi ile birlikte de uygulanır. Lenf nodu yayılımı ve barsak duvarını iyice saran durumlarda kemoterapi ve ya radyoterapi kombinasyonu ameliyattan önce ve sonra uygulanabilir.⁽²⁾

2.6.3.5. Hayatta Kalım

Beş yıllık hayatta kalım oranı Amerika'da %64'lindedir. Erken evrede teşhis edildiği zaman yaşam şansı %90'lara çıkmaktadır. Ancak erken evrede teşhis sadece %39

civarındadır. Bu düşük oranların sebebi tarama yöntemlerinin yeterince kullanılmamasıdır. Kolorektal kanserli erkeklerde beş yıllık hayatta kalım 1982-1992 yılları arasında beş gelişmekte olan ülkede (Çin, Küba, Hindistan, Filipinler ve Tayland) %28'den %42'ye çıkmıştır.⁽⁵⁸⁾

2.6.4. Akciğer Kanseri

2007 yılında 1.5 milyon akciğer ve bronş kanseri vakası görüleceği tahmin ediliyor. Bu vaka sayısı tüm kanserlerin %12'sini oluşturmaktadır. Kadınlarda en yüksek insidans Kuzey Amerika, İskandinav ülkeleri ve Çin'e aittir. Çin'deki kadınlarda akciğer kanseri görülme oranı Almanya, Fransa dahil olmak üzere çoğu Avrupa ülkesinden daha yüksektir. Çin'de sigara prevalansı daha düşük olmasına rağmen her 100.000 kadında 19 iken, Avrupa'nın çoğu ülkesinde 100.000'de 13'tür. Bu sonuç kapalı alanlardaki hava kirliliği, yakıt olarak kullanılan kömür ve kötü gazlar gibi çevresel faktörlerin bir yansımasıdır.⁽⁶²⁾ 2007 yılında erkeklerde 975.000, kadınlarda 376.000 ölüm olacağı tahmin ediliyor.

Akciğer kanseri insidans ve mortalite trendi 20-30 yıllık bir sigara geçmişinin yansımasıdır. Kadınlardaki akciğer kanseri trendi dünyanın çoğu bölgesinde artmaktadır.

2.6.4.1. Belirti ve Bulgular

Sürekli öksürük, öksürükle gelen kan, göğüs ağrısı, ses değişikliği, tekrar eden pnömoni ve bronşit semptomları arasında yer alır.⁽²⁾

2.6.4.2. Risk Faktörleri

Sigara en önemli risk faktörüdür. Erkeklerde akciğer kanserinin %80'inin, kadınlarda %50'sinin sebebi sigaradır. Diğer risk faktörleri de pasif sigara içimi, radon ve asbest gazına maruziyet, bazı metaller (kadmiyum, arsenik), bazı organik kimyasallar, radyasyon, hava kirliliği, kömür dumanıdır. Özellikle erken yaşlarda kanser gelişiminde genetik yatkınlık bir risk faktörüdür.⁽⁶³⁾

2.6.4.3. Erken Teşhis ve Korunma

Akciğer kanseri en çok önlenilecek kanserler arasındadır. Gençlerde sigaraya başlamayı azaltarak, yetişkinlerde sigarayı bırakmayı artırarak akciğer kanserinin çoğu önlenilebilir. Sigara fiyatının ve tüketim vergisinin artırılması, halka açık alanlarda sigaranın yasaklanması, sigara reklamlarının sınırlandırılması, sigara bağımlılığının

tedavisinin desteklenip reklamının yapılması gibi kapsamlı tütün kontrol programı ile korunma sağlanabilir. Amerika'da yürütülen kapsamlı bir kontrol programı ile çoğu bölgede dikkat çekici bir şekilde sigara kullanımının ve akciğer kanserinin azaldığı görülmüştür. Akciğer kanserinin erken teşhisinin mortaliteyi azalttığı henüz kanıtlanmamıştır.

2.6.4.4. Tedavi

Tedavi fırsatları akciğer kanserinin tipine (küçük hücreli ve küçük hücreli olmayan) ve evresine göre belirlenmektedir. Cerrahi, radyoterapi, kemoterapi tedavi seçenekleri arasındadır. Son zamanlarda yapılan çalışmalara göre küçük hücreli olmayan kanserlerin erken evresinde cerrahi ve kemoterapi tedavisiyle hayatta kalım giderek düzelmektedir.⁽²⁾

2.6.4.5. Hayatta Kalım

Son 20-30 yıldır cerrahi ve diğer tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen akciğer kanseri hala en öldürücü kanserdir. Beş yıllık hayatta kalım oranı akciğer kanserinin tüm evreleri için ABD ve Avrupa'da %15'tir.⁽²⁾

2.6.5. Mide Kanseri

2007 yılında 1 milyon yeni mide kanseri vakası beklenmektedir. Bunun %70'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Mide kanseri erkeklerde kadınlara göre iki kat fazla görülmektedir. Asya ve Güney Amerika (Kosta Rika, Kolombiya) hem erkeklerde hem de kadınlarda en yüksek insidansın olduğu bölgelerdir. Kadınlarda ise en yüksek insidans Afrika'nın bazı ülkeleridir (Mali, Kongo). En düşük insidans oranları ise Kuzey Amerika ve Afrika'nın bazı bölgeleridir.⁽⁵⁸⁾

2007 yılında hem erkek hem de kadınlarda 800.000 ölüm olacağı tahmin ediliyor. Son 50 yıl içerisinde çoğu gelişmiş ülkede mide kanserinde %80 oranında bir düşüş gözlenmiştir. Çin gibi bazı gelişmekte olan ülkelerde ise küçüğe olsa bir azalma görülmüştür. Taze sebze ve meyve tüketimi, tuz ve tuzlanarak saklanan yiyeceklerden uzak durmak, kronik H.pilori enfeksiyonunu sanitasyon ve antibiyotiklerle azaltmak mide kanseri prevalansını azaltan faktörlerdir.⁽⁶⁴⁾

2.6.5.1. Belirti ve Bulgular

Mide kanserinin erken evrelerde hazımsızlık ve yanma tarzında birkaç belirtisi vardır. Kanser ilerledikçe bulantı, abdominal ağrı, diyare veya konstipasyon, gaitada kan, iştahta azalma, kilo kaybı, halsizlik, anemi ve midede baskı hissi gibi belirtiler ortaya çıkar.

2.6.5.2. Risk Faktörleri

Gelişmekte olan ülkelerde vakaların %59'una gelişmiş ülkelerde %63'üne H.pilori sebep olmaktadır. H.pilori midede kolonize olan bir bakteri türüdür. Oral-oral veya fekal-oral yolla insandan insana bulaştığı düşünülmektedir. İnsan atıkları ile kontamine olan sularda bulaşmayı sağlar. Başlangıçta görülen gastrik hassasiyet ve bulantı enfekte olan herkeste görülmeyebilir. Tütsülenmiş besinler, tuzlanmış et ve balık, turşu ve taze sebzelerin az tüketilmesi mide kanseri riskini artırmaktadır.⁽²⁾

2.6.5.3. Erken Teşhis ve Korunma

Mide kanserinin primer önlenmesinde tuzlanmış, tütsülenmiş ve turşu tüketiminin azaltılıp, taze sebze meyve alımını artırmak yer alır. Ayrıca antibiyotik kullanımını artırıp hijyen koşullarını düzelterek H. Piloni prevalansını azaltmada önlemler arasında bulunmaktadır. Mide kanserinin gelişimi yavaş ve yıllar süren bir süreçtir. Mide kanseri gelişmeden önce prekanseröz oluşumlar midede meydana gelir. Bu erken değişiklikler nadir olarak semptom verirler ve sık sıkta teşhis edilmezler. Japonya'da mide kanseri taramaları geniş ölçüde uygulanmakta ve mide kanserinden ölümlerin azaldığı görülmüştür.⁽⁶⁴⁾

2.6.5.4. Tedavi

Erken evrelerde tedaviye başlanmadıkça mide kanserinin tedavisi zordur. Mide kanserinin ana tedavisi cerrahi, kemoterapi ve radyoterapidir. Genellikle bu tedavi yaklaşımları kombine edilerek uygulanır. Eğer tedavi mümkün değilse amaç semptomların hafifletilmesidir.

2.6.5.5. Hayatta Kalım

Amerika'da mide kanserinde beş yıllık hayatta kalım oranı %24'tür. Erken teşhis edildiği takdirde yaşam şansı %61'e kadar çıkmaktadır. Ancak mide kanserlerinin %25'inden azı erken evrede teşhis edilmektedir. Japonya'da erken teşhis hizmetleri ile

sıklıkla erken evrede teşhis mümkündür. Avrupa’da beş yıllık yaşam şansı erkeklerde %20 iken kadınlarda %25’tir.⁽²⁾

2.7. Tedavi

Kanser kemoterapi, radyoterapi, cerrahi, hormon ve bunların bazı kombinasyonlarıyla tedavi edilmektedir.^(2, 7) En ileri tedavi yöntemleri ile beş yıllık yaşam şansı özellikle meme, testis, uterus korpusu ve melanoma gibi kanserlerde %75 oranında sağlanabilir. Pankreas, karaciğer, mide ve akciğer kanserlerinde yaşam şansı %15’den azdır.⁽⁷⁾

Kanser tedavisinde amaç kanseri tedavi etmek, yaşam kalitesini artırmak, uzun ve kişi için etkili bir hayat sağlamaktır. Tedavi bu durumda normal beklenen yaşam süresinin elde edilmesi olarak ta tanımlanabilir ve üç önemli komponenti vardır. Birincisi hastalığın tüm belirtilerinin iyileşmesi, ikincisi hastalığın tekrarlanma riskinin yok edilmesi, sonuncusu ise bireyin sağlığının fiziksel, gelişimsel ve psikososyal yönden düzeltilmesidir.⁽⁶⁵⁾

Kanserde belki tedaviden daha önemli olan husus kanserin önlenmesidir. Farklı tipteki kanserler, farklı hızlarda büyürler, farklı yayılma biçimleri gösterirler ve farklı tedavilere cevap verirler. Bu nedenle kanser hastalarının tedavisinde, var olan kanser türüne göre farklı tedaviler uygulanır. Günümüzde milyonlarca insan kanserli ya da kanseri tedavi edilmiş olarak yaşamaktadır. Kanser tanısı ne kadar erken konursa, tedavisi o kadar erken başlar ve kanser tedavisi ne kadar erken başlarsa tedavinin başarıya ulaşma şansı da o kadar yüksek olur.⁽⁴⁶⁾

2.7.1. Palyatif Tedavi

Palyatif tedavi yaşamı tehdit eden hastalıklarla yüz yüze olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Hastalığın teşhisinden yaşamlarını yitirene kadar semptomların hafifletilmesi, ağrıların giderilmesi, psikososyal yönden desteklenmesi gibi yaşam kalitesini düzeltecek bir tedavidir. Dünyanın çoğu bölgesinde kanser hastalarının çoğu tıbbi tedavi için başvurduklarında kanserin ileri evrelerindedir. Onlar için yapılabilecek en gerçekçi tedavi ağrıların giderilmesi ve palyatif tedavidir.⁽⁶⁵⁾

2.7.2. Rehabilitasyon

Kanser rehabilitasyonu, hastalıktan veya tedavisinden doğabilecek fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki işlev kayıplarının en aza indirilmesi çabalarını kapsar. Bu

çabalar, korunma ve restorasyon amaçlarını içerir. Hastaya düzeltilme olasılığı olmayan sakatlıklara uyum göstermesinde yardımcı olmak kanser rehabilitasyonunun bir parçasıdır. Kanser rehabilitasyonunda en fazla önem verilen konular fiziksel, psikososyal, cinsel ve mesleki rehabilitasyon başlıkları altında gruplandırılabilir.⁽⁴⁾

2.8. Kanser Kontrolü

Ulusal kanser kontrol programı bir halk sağlığı programıdır. Kanser vakalarının ve ölümlerin sayısını azaltmak, kanser hastalarının yaşam kalitesini artırmak, kanseri önleme stratejilerini kanıta dayalı ve her bölgede eşit bir şekilde yürürlüğe koyma, erken teşhis ve tedavi, palyasyon, mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanımını sağlayacak bir program şeklinde hazırlanmıştır. Kapsamlı bir ulusal kanser kontrol programı hastalıkların kontrolünde etkili çeşitli yolları değerlendirir ve bu yolların uygulamaya konulmasını sağlar.⁽³⁾

Kanser kontrolünde önemli dört yaklaşım vardır;

Önleme; Kansere sebep olan faktörleri en aza indirmek ya da yok etmek anlamına gelmektedir. Bu yaklaşım en büyük halk sağlığı potansiyeli olan ve maliyeti daha az ve daha yararlı olup uzun dönem kanser kontrolünde etkilidir. Sigara dünya çapında kansere neden olan en büyük faktördür ve her ülkede kanserle savaşta tütün kontrolü programları en yüksek önceliğin verilmesi gereken bir konudur.

Erken Teşhis; Kanserın belirti ve bulguları konusunda farkındalığın artması hastalığın erken teşhisini sağlamaktadır. Spesifik kanser testleri, taramalar kanserin erken teşhisini sağlayıp etkili tedavi şansını artırmaktadır.

Teşhis ve Tedavi; Kanser teşhisi dikkatli bir klinik değerlendirme ve teşhis müdahalelerinin kapsamaktadır. Psikososyal destek, rehabilitasyon ve palyatif tedavi diğer tedavi yaklaşımlarıdır.

Palyatif tedavi; Dünyanın çoğu bölgesinde kanser hastaları ileri evrededir. Onlar için gerçek tedavi ağrıların azaltılması ve palyatif tedavidir.

Ulusal kanser kontrol programında kanserin önlenmesi anahtar bir rol oynamaktadır. Kanseri önlenmesi sadece risklere değil koruyucu faktörlere de odaklanmaktadır. Bu aktiviteler; sigara kontrolü, sağlıklı diyet, fiziksel aktivite ve şişmanlıktan sakınmak, alkol kullanımının azaltılması, çevresel ve mesleki karsinojenlere maruziyetin azaltılması, Hepatit B virüsüne karşı aşılama, uzun süre güneş ışınına maruziyetin azaltılması, seksüel ve üreme faktörleri ile ilgili sağlık eğitimidir.⁽⁶⁶⁾

Kanser kontrol programlarının temel ilkeleri şunlardır;

- Kanser kontrol programı ekip çalışması ile başarılabilecek multidisipliner yaklaşımlardır.
- Kanser kontrolü mevcut sağlık ve eğitim sistemleri ile birleştirilmelidir.
- Kanser kontrolü yeni çabaları içermelidir.
- Kanser kontrolü itibar sağlayacak hedef ve aktiviteleri seçmelidir.
- Kanser kontrolü yüksek risk gruplarına yönelik olmalıdır.
- Kanser kontrolü çalışmalarında kritik değerlendirmeler yapılmalıdır.
- Kanser kontrolü belirli standartlar gerçekleştirmeye ve bunları gözlemeye yönelmelidir.
- Kanser kontrolü eğitim çalışmalarını içermelidir.
- Kanser kontrolünde bireye düşen sorumluluklar vurgulanmalıdır.
- Kanser kontrolü sağlık bakım sisteminde sağlığın korunmasına yönelik bir programdır.

Kanser kontrol programlarının ana basamakları araştırma, planlama, müdahale, izlem, değerlendirme ve eğitimidir. Kanser kontrol araştırmalarının hedefi, potansiyel kanser kontrol metot ve tekniklerinin bulunmasıdır. Potansiyel risk gruplarının tanımlanması önemli bir araştırma konusudur.⁽⁴⁾

BÖLÜM III

MATERYAL VE METOD

3.1. Bölge Hakkında Genel Bilgiler:

Araştırma Malatya il merkezinde yapılmıştır. Malatya, Doğu Anadolu Bölgesi Yukarı Fırat bölümünde yer almaktadır. Doğuda Elazığ, kuzeydoğuda Erzincan, kuzeybatıda Sivas, batıda Kahramanmaraş, güneyde Adıyaman, güneydoğuda Diyarbakır ile komşudur.

Yüzölçümü 12.313 km² dir. Kuzeyden güneye hafif bir eğimle uzanan Malatya ovası üzerine kurulmuştur. Arazinin denizden uzak ve yüksek olması nedeni ile iklimi serttir. Yazları sıcak ve kurak, kışları ise kar yağışlı ve soğuktur.⁽⁶⁷⁾

2007 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre Malatya'nın il geneli nüfusunun 722 bin 65'tir. 357 bin 998'inin erkek, 364 bin 67'sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Nüfusun 462 bin 569'unun il merkezi ve ilçelerde, 259 bin 496'sının da köylerde yaşadığı tespit edilmiştir. İl merkezi ve ilçelerde ki nüfusun 228 bin 738'i erkek, 233 bin 831'i kadındır. Nüfusun yaş ortalaması ise yüzde 27.6 dır. Malatya nüfus büyüklüğüne göre Türkiye'nin 29. ilidir. Türkiye nüfusunun yüzde 70,5'inin şehirlerde yaşadığı, Malatya'da ise bu oranın yüzde 64 olduğu belirlenmiştir.⁽⁶⁸⁾

2004 Malatya Sağlık İl Müdürlüğü'nün verilerine göre, Malatya'da halen faal durumda olan 12 yataklı tedavi kurumu, il merkezinde 27 sağlık ocağı, ilçede 13 sağlık ocağı, köylerde 2'si faal olmayan 87 sağlık ocağı ve 470 sağlık evi bulunmaktadır. 1 sağlık ocağına düşen ortalama nüfus 8280, 1 sağlık evine düşen ortalama nüfus 1533 dür.

3.2. Araştırma Modeli:

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada Malatya il merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri kadınların kanserle ilgili bilgi, tutum ve davranışları ile bunu etkileyen faktörler incelenmiştir.

3.2.1. Araştırma Evreni ve Örneklem:

Araştırmanın evreni Malatya merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün gelişmekte olan ülkeler için önerdiği 30 küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Çalışılacak kümeleri seçmek için öncelikle Sağlık Müdürlüğü'nden il merkezindeki tüm sağlık ocaklarının, sağlık evi bölge nüfusları ve bölgenin coğrafi sınırları (mahalle, sokak, köy olarak) temin edilmiş ve küme birimi olarak sağlık evi bölgesi belirlenmiştir. Sağlık evi nüfuslarının kümülatif toplamları alındıktan sonra örneğe çıkacak mahalle sağlık evleri basit rastgele yöntemle seçilerek her kümeden 19 olmak üzere toplam 575 kadınla görüşülerek araştırma tamamlanmıştır.

Tablo i: Araştırma kapsamına giren 30 kümenin dağılımı

1. küme: Hidayet 3 MSE	16. küme: Beylerbaşı 1 MSE
2. küme: Sarıciöğlü 2 MSE	17. küme: Tecde 1 MSE
3. küme: Zafer 1 MSE	18. küme: H.Varol 1 MSE
4. küme: Fırat 1 MSE	19. küme: Sıtmapınarı Ocak Ebeliği
5. küme: Çöşnük 5MSE	20. küme: A.H.Abdi 1 MSE
6. küme: Mücelli Ocak Ebeliği	21. küme: Koyunoğlu 2 MSE
7. küme: Aslanbey 2 MSE	22. küme: Beydağı 3 MSE
8. küme: K.Mustafapaşa 2 MSE	23. küme: Dilek Ocak Ebeliği
9. küme: Başharık 4 MSE	24. küme: Cemal Gürsel MSE
10. küme: Nuriye 1 MSE	25. küme: Tandoğan 1 MSE
11.küme: Şeyhbayram 3 MSE	26. küme: İzollutepe 1 MSE
12. küme: Zaviye 3 MSE	27. küme: Çavuşoğlu MSE
13. küme: Karakavak 2 MSE	28. küme: Yaygın MSE
14. küme: Yeşiltepe Ocak Ebeliği	29. küme: Erenli MSE
15. küme: Koşu MSE	30. küme: Niyazi 1 MSE

3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri:

1. Kanserle ilgili bilgi düzeyi,
2. Kanserden korunma için alınabilecek önlemler ve taramalar konusunda tutum ve davranışlar,

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise şunlardır.

1. Yaş
2. Eğitim düzeyi
3. Meslek
4. Ailede sağlık personeli olması
5. Ailede kansere yakalanan olması

3.2.3. Verilerin Toplanması ve Analizi:

Veri toplama aşaması üç basamakta gerçekleştirilmiştir. Bunlar sırasıyla; anket formunun düzenlenmesi, anket formunun uygulanması ve verilerin değerlendirilmesidir.

Soruların işlerliğini kontrol etmek üzere araştırma öncesinde rasgele evlere gidilerek 20 bireye ön deneme anketi uygulanmıştır. Ön deneme uygulamasından sonra ankete verilen yanıtlar gözden geçirilerek işlemeyen sorular değiştirilmiştir. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından evlere gidilerek Ek 1’de sunulan anketteki sorular kadınlara yüz yüze sorularak uygulanmıştır. Ankette yer alan bilgi düzeyini ölçen soruların her birine 2.5 puan verilerek, doğru cevaplar 100 üzerinden değerlendirilmiştir. Puanlandırılan bilgi sorularının bazı temel değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Kadınlara ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek için de 6 adet soru sorulmuştur.

Anket formu uygulandıktan sonra bilgi içerikli sorulara verilen doğru cevaplar puanlandırılmıştır. Verilerin analizi SPSS 10.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

3.2.4. Araştırmanın Süresi ve Maliyeti:

Araştırma Ocak 2007 tarihinde planlanmış, evren ve örneklemin saptanması ve uygulamanın yapılabilmesi için aynı dönemde Malatya valiliğinden onay alınmıştır.(Ek-2). Mayıs 2007'de anketin ön denemesi yapılmış, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra Temmuz – Eylül tarihleri arasında araştırma evrenine anket uygulanmıştır. Ekim-Kasım aylarında veriler girilmiş, Aralık-Nisan tarihleri arasında araştırma raporu yazılmaya başlanmıştır.

Araştırmanın ulaşım ve kırtasiye giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Bu araştırma Malatya il merkezinde 30 küme örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. Bu durumda bulgular yalnız Malatya il merkezine genellenebilir. Ayrıca bu araştırma katılan deneklerin anket sorularına doğru cevap vermeleri varsayımına dayanmaktadır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Araştırmanın bulguları şu başlıklar altında sunulmuştur;

1. Araştırma kapsamına giren kadınların sosyo-demografik ve yaşadıkları konutun özelliklerine ilişkin bulgular
2. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgi düzeylerine ilişkin bulgular
3. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular

4.1. Araştırma kapsamına giren kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular:

Tablo 1: Araştırma kapsamına giren kadınların öğrenim düzeylerine göre dağılımı

Öğrenim Düzeyi	Sayı	Yüzde (%)
Okur-Yazar Değil	94	16.3
Okur-Yazar	66	11.5
İlkokul	195	33.9
Ortaokul	57	9.9
Lise	112	19.5
Yüksekokul	51	8.9
Toplam	575	100.0

Araştırma kapsamına giren 30 kümede toplam 575 kadının %16.3'ü (94) okur-yazar değil, %11.5'i (66) okur-yazar, %33.9'u (195) ilkokul, %9.9'u (57) ortaokul, %19.5'i (112) lise, %8.9'u (51) ise yüksekokul ya da fakülte mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2: Araştırma kapsamına giren kadınların medeni durumlarına göre dağılımı

Medeni Durum	Sayı	Yüzde (%)
Evli	401	69.7
Bekar	147	25.6
Dul+Boşanmış	27	4.7
Toplam	575	100.0

Araştırma kapsamına giren kadınların %69.7'si (401) evli, %25.6'sı (147) bekar, %4.7'si (27) dul ve boşanmışlardan oluştuğu bulunmuştur.

Tablo 3: Araştırma kapsamına giren kadınların mesleki durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Evhanımı		Memur		Serbest Meslek		Diğer		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	90	95.7	-	-	2	2.1	2	2.1	94	16.3
OY+ İlkokul	242	92.7	3	1.1	11	4.2	5	1.9	261	45.4
Orta + Lise	73	43.2	4	2.4	24	14.2	68	40.2	169	29.4
Yüksekokul	6	11.8	25	49	9	17.6	11	21.6	51	8.9
<i>Toplam</i>	<i>411</i>	<i>71.5</i>	<i>32</i>	<i>5.6</i>	<i>46</i>	<i>8</i>	<i>86</i>	<i>15</i>	<i>575</i>	<i>100.0</i>

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

p= 0.000 $\chi^2 = 395.60$ SD=9

p < 0.05 $\chi^2 = 175.83$ SD=6 (4.satır atıldı)

p > 0.05 $\chi^2 = 1.043$ SD=1 (3. satır atılıp; 2.,3. ve 4. sütunlar

birleştirildi).

Tablo 3'te görüldüğü üzere, araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %95.7'si (90) ev hanımı, %2.1'i (2) serbest meslekle uğraşmakta, %2.1'i (2) ise diğer grubunun oluşturduğu hala öğrenci olanlar, emekliler ve mezun durumda

olup çalışmayanlardır. Okur-yazar ya da ilkokul mezunu kadınların %92.7'si (242) ev hanımı, %1.1'i (3) memur, %4.2'si (11) serbest meslek, %1.9'u (5) ise diğer grubunda yer almıştır. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %43.2'si (73) ev hanımı, %2.4'ü (4) memur, %14.2'si (24) serbest meslek, %40.2'si (68) diğer grubunda yer almıştır. Yüksekokul ya da fakülte mezunlarının %11.8'inin (6) evhanımı, %49'unun (25) memur, %17.6'sının (9) serbest meslek, %21.6'sının (11) ise diğer grubunda yer almaktadır.

Kadınların mesleki durumu ile eğitim düzeyleri arasında ki istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p = 0.000$). Bu fark yüksekokul mezunları ile orta okul ve lise mezunlarından kaynaklanmaktadır. Fark yaratan gruplar sırasıyla analizden çıkarıldığında fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$)

Tablo 4: Araştırma kapsamına giren kadınların sosyal güvencelerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Sosyal Güvence*						Toplam**	
	1		2		3			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	85	90.4	3	3.2	6	6.4	94	16.4
OY+ İlkokul	199	76.2	29	11.1	33	12.6	261	45.5
Orta + Lise	132	78.1	10	5.9	27	16	169	29.4
Yüksekokul	49	96.1	-	-	2	3.9	51	8.9
<i>Toplam</i>	<i>465</i>	<i>81</i>	<i>42</i>	<i>7.3</i>	<i>67</i>	<i>11.7</i>	<i>575</i>	<i>100.0</i>

* Sosyal Güvence;

1: SSK, Bağkur, emekli sandığı

2: Yeşil Kart

3: Sosyal Güvence Yok

**Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

$p < 0.05$ $\chi^2=21.965$ SD=6

$p < 0.05$ $\chi^2=12.99$ SD=4 (4.satır atıldı)

$p > 0.05$ $\chi^2=3.91$ SD=2 (1. satır atıldı)

Tablo 4'te görüldüğü üzere; araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %90.4'ü (85) emekli sandığı, SSK ya da bağkur güvencesine sahiptir.

Kadınların %3.2'si (3) yeşil kartlı, %6.4'ünün (6) ise sosyal güvencesi yoktur. Okur-yazar ya da ilkokul mezunu kadınların %76.2'si (199) emekli sandığı, SSK ya da bağkur güvencesine sahiptir. %11.1'i (29) yeşil kartlı, %12.6'sının (33) ise sosyal güvencesi yoktur. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %78.1'i (132) emekli sandığı, SSK ya da bağkur güvencesine sahiptir. %5.9'u (10) yeşil kartlı, %16'sının (27) ise sosyal güvencesi yoktur. Yüksekokul ya da fakülte mezunu kadınların %96.1'i (49) emekli sandığı, SSK ya da bağkur güvencesine sahiptir. Bu grupta yeşil kartı olan yok iken; %3.9'unun (2) ise sosyal güvencesi yoktur.

Kadınların sosyal güvenceleri ile eğitim düzeyleri arasında ki fark anlamlı bulunmuştur ($p= 0.001$). Fark yüksekokul mezunları ile okur yazar olmayanlardan kaynaklanmıştır.

4.2. Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutun özelliklerine ilişkin bulgular:

Tablo 5: Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konut tiplerine göre dağılımı

Konut Tipi	Sayı	Yüzde (%)
Ahşap Müstakil Ev	60	10.4
Betonarme Müstakil Ev	116	20.2
Apartman	399	69.4
Toplam	575	100.0

Araştırma kapsamına giren kadınların %10.4'ü (60) ahşap müstakil evlerde, %20.2'si (116) betonarme müstakil evlerde yaşarken, %69.4 'ünün (399) ise apartmanda yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 6: Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutun oda sayılarına göre dağılımı

Oda Sayısı	Sayı	Yüzde (%)
Bir Oda	12	2.1
İki Oda	139	24.2
Üç Oda	274	47.7
Dört Oda	150	26.1
Toplam	575	100.0

Mean=2.9 ± 0.7 (standart hata)

Araştırma kapsamına giren kadınların %0.3'ü (2) bir odalı, %6.3'ü (36) iki odalı, %44.3'ü (255) üç odalı, %49'u (282) dört ve daha fazla odası olan konutlarda yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 7: Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutun tuvalet, banyo ve su durumlarına göre dağılımı

	İçerde		Dışarıda		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)		
Tuvalet	551	95.8	24	4.2	575	100.0
Banyo	560	97.4	15	2.6	575	100.0
Su	570	99.1	5	0.9	575	100.0
Mutfak	568	98.8	7	1.2	575	100.0

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutlarda %95.8'inin (551) tuvaleti içerde, %97.4'ünün (560) banyosu içerde %99.1'inin (570) içme suyu içerdedir. %4.2'sinde (24) tuvalet dışarıda, %2.6'sında (15) banyo dışarıda, %0.9'unda (5) içme suyu dışarıda olduğu bulunmuştur.

Tablo 8: Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutlarda içme suyunu temin etme durumlarına göre dağılımı

Su Temini	Sayı	Yüzde (%)
Şehir Şebekesinden	542	94.3
Damacana, pet şişe	24	4.2
Kuyudan	4	0.7
Diğer	5	0.9
Toplam	575	100.0

Araştırma kapsamına giren kadınlar yaşadıkları konutlarda içme suyunu %94.3'ü (542) şehir şebekesinden, %0.7'si (4) kuyudan, %4.2'si (24) satın alarak, %0.9'u (5) ise kaynak sulardan ve ya şebeke suyunu arıtma yolu ile suyu tükettiği görülmektedir.

Tablo 9: Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutlarda ısınmak için kullandıkları yakıt türlerine göre dağılımı

Yakıt Türü	Sayı	Yüzde (%)
Odun+Kömür	466	81.0
Doğal gaz	87	15.1
Fuel-oil	13	2.3
Diğer	9	1.6
Toplam	575	100.0

Araştırma kapsamına giren kadınların %81'i (466) odun ve kömür, %15.1'i (87) doğal gaz, %2.3'ü (13) fuel-oil, %1.6'ı (9) elektrik ya da tüp gazlı ısıtıcıyı ısınmak için kullandığı bulunmuştur.

Tablo 10: Araştırma kapsamına giren kadınların ailede sağlık personeli bulunma ve evde sigara içme durumu

AiledeSağlık Personeli Bulunma	Sigara İçen					
	Var		Yok		Toplam*	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Var	50	14.4	298	85.6	348	100
Yok	40	17.6	187	82.4	227	100
Toplam	90	15.7	485	84.3	575	100

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

$p > 0.05$ $X^2 = 1.101$ $SD = 1$

Tablo 10’da görüldüğü üzere araştırma kapsamına giren kadınlardan ailesinde sağlık personeli olanların %14.4’ünün ailesinde sigara içen birey varken; %85.6’sının ailesinde sigara içen birey bulunmamaktadır. Ailesinde sağlık personeli olmayanların %17.6’sının ailesinde sigara içen birey varken; %82.4’ünün ailesinde sigara içen birey olmadığı görülmektedir.

Kadınların ailelerinde sağlık personeli bulunması ile ailelerinde sigara içen birey bulunma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0.294$).

Tablo 11: Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları evde sigara içilip içilmeme durumu ve eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Evde Sigara İçen					
	Evet		Hayır		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	55	58.5	39	41.5	94	16.3
OY+ İlkokul	160	61.3	101	38.7	261	45.4
Orta + Lise	103	60.9	66	39.1	169	29.4
Yüksekokul	30	58.8	21	41.2	51	8.9
Toplam	348	60.5	227	39.5	575	100.0

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

$p > 0.05$ $X^2 = 0.30$ $SD = 3$

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %58.5'inin (55) yaşadıkları evde sigara içilirken, %41.5'inin (39) yaşadıkları evde sigara içilmediği bulunmuştur. Okur-yazar ya da ilkokul mezunu kadınların %61.3'ünün (160) yaşadıkları evde sigara içilirken, %38.7'sinin (101) evinde sigara içilmemektedir. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %60.9'unun (103) yaşadığı evde sigara içilirken, %39.1'inin (66) evinde sigara içilmemektedir. Yüksekokul ya da fakülte mezunu kadınların %58.8'inin (30) yaşadığı evde sigara içilirken, %41.2'sinin (21) evinde sigara içenin bulunmadığı tesbit edilmiştir.

Kadınların yaşadıkları evde sigara içilip içilmeme durumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur. ($p= 0.960$)

Tablo 12: Araştırma kapsamına giren kadınların ailelerinde kanser hastalığına yakalanan bulunup bulunmama durumu

Ailede Kansere Yakalanan	Sayı	Yüzde (%)
Var	104	18.1
Yok	471	81.9
Toplam	575	100.0

Araştırma kapsamına giren kadınların %18.1'inde (104) ailede kanser hastalığına yakalanan kişi bulunurken, %81.9'unda (471) ailede kanser hastalığına yakalanan kişi olmadığı saptanmıştır.

4.2.Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgi düzeylerine ilişkin bulgular:

Tablo 13: Araştırma kapsamına giren kadınların kanser hastalığının erken teşhisi için yapılacak tarama yöntemlerini bilme durumu

Tarama Yöntemleri	Biliyor		Yanlış Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Akciğer filmi	488	84.9	31	5.4	44	7.7	563*	97.9
Mamografi	516	89.7	4	0.7	46	8.0	566*	98.4
Rahim ağzından örnek aldırarak	479	83.3	15	2.6	68	11.8	562*	97.7
Kendi kendine meme muayenesi	434	75.5	70	12.2	60	10.4	564 *	98.1
Dışkıda kan aranması	347	60.3	66	11.5	146	25.4	559*	97.2
Beyin tomografisi çekirmek	428	74.4	38	6.6	95	16.5	561 *	97.6

*Araştırma kapsamına giren kadınlardan bu soruya cevap vermeyenler toplam 575 kadın sayısından çıkarılmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların %84.9'u (488) erken teşhis için çekebilecekleri akciğer filmi bir tarama yöntemi olarak biliyorken, %5.4'ü (31) akciğer filmi bir tarama yöntemi olarak belirtmediği için yanlış biliyor şeklinde değerlendirilmiş, %7.7'si ise konuyla ilgili bilgisi olmadığını ifade etmiştir. %89.7'si (516) mamografiyi bir tarama yöntemi olarak biliyorken, %0.7'si (4) mamografi bir tarama yöntemi değil, %8'i (46) ise bilmiyorum şeklinde yanıtlamıştır. %83.3'ü (479) rahim ağzından örnek aldırma yöntemini biliyorken, %2.6'sı (15) 'hayır' değil şeklinde yanlış biliyor, %11.8'i (68) ise bilmiyorum şeklinde yanıtlamıştır. %75.5'i (434) kendi kendine meme muayenesi yöntemini biliyor, %12.2'si (70) yanlış biliyor, %10.4'ü (60) ise bilmiyorum şeklinde yanıtlamıştır. %60.3'ü (347) dışkıda kan aranması yöntemini biliyor, %11.5'i (66) yanlış biliyor, %25.4'ü (146) ise bilmiyorum şeklinde yanıtlamıştır. %74.4'ü (428) beyin tomografisi çekirmeyi biliyor, %6.6'sı (38) yanlış biliyor, %16.5'ü (95) ise bilmiyorum şeklinde yanıtlamıştır.

Tablo 14: Araştırma kapsamına giren kadınların kanser hastalığına sebep olan faktörleri bilip bilmeme durumları

Kanser Sebepleri	Biliyor		Yanlış Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Stres	458	79.7	52	9	55	9.6	565*	98.3
Sigara	547	95.1	11	1.9	14	2.4	572*	99.4
Yanlış Beslenme	381	66.3	91	15.8	94	16.3	566*	98.4
Hormonlu Gıdalar	487	84.7	29	5.0	50	8.7	566*	98.4
Çevre Kirliliği	437	76	57	9.9	72	12.5	566*	98.4
Alkol	517	89.9	25	4.3	27	4.7	569*	99
Şişmanlık	233	40.5	207	36.0	124	21.6	564*	98.1
Radyasyon	477	83.0	17	3.0	74	12.9	568*	98.8
Güneş Işınları	383	66.6	91	15.8	91	15.8	565*	98.3
Kalıtım	391	68.0	61	10.6	114	19.8	566*	98.4
Yaşlılık	161	28.0	314	54.6	88	15.3	563*	97.9

**Araştırma kapsamına giren kadınlardan bu soruya cevap vermeyenler toplam 575 kadın sayısından çıkarılmıştır.*

Araştırma kapsamına giren kadınların % 79.7'si (458) stresin kanser hastalığına sebep olan faktörlerden olduğunu bilirken, %9'u (52) sebep olmayacağını, %9.6'sı (55) ise bu konuda herhangi bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına giren kadınların %95.1'i (547) sigaranın kansere sebep olabileceğini biliyorken, %1.9'u (11) sebep olamayacağını, %2.4'ü (14) ise bu konuda herhangi bir bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına giren kadınların %66.3'ü (381) yanlış beslenme kansere sebep olur derken, %15.8'i (91) 'sebep olmaz' şeklinde değerlendirip yanlış biliyorken, %16.3'ü (94) ise bu konuda herhangi bir bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına giren kadınların %84.7'si (487) hormonlu gıdalar kansere sebep olur derken, %5'i (29) sebep olmaz, %8.7'si (50) ise bu konuda herhangi bir bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmiştir. %76'sı (437) çevre kirliliği kansere sebep olur derken, %9.9'u (57) sebep olamayacağını, %12.5'u (72) ise bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir. %89.9'u (517) alkol kansere sebep olur derken, %4.3'ü (25) sebep olmaz, %4.7'si (27) ise bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir. %40.5'i (233) şişmanlık kansere sebep olur derken, %36'sı (207) 'sebep olmaz' şeklinde değerlendirirken, %21.6'sı (124) ise bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir. % 83'ü (477) radyasyon kansere sebep olur derken, %3'ü (17) sebep olmaz, %12.9'u (74) ise bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir. %66.6'sı (383) güneş ışınları kansere sebep olur derken, %15.8'i (91) sebep olamayacağını, %15.8'i (91) ise bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir. %68'i (391) kalıtım kansere sebep olur derken, %10.6'sı (61) sebep olmaz, %19.8'i (114) ise bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir. %28'i (161) yaşlılık kansere sebep olur derken, %54.6'sı (314) sebep olamayacağını, %15.3'ü (88) ise bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir.

Tablo 15: Araştırma kapsamına giren kadınların kanser hastalığının belirtileri olabilecek faktörleri bilip bilmeme durumu

Kanserin Belirtileri	Biliyor		Yanlış Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Vücudun herhangi bir yerinde şişlik	387	67.3	84	14.6	92	16	563*	97.9
İyileşmeyen ya da geç iyileşen yaralar	410	71.3	72	12.5	83	14.4	565*	98.3
Ben ve siğillerde görünüm değişikliği	419	72.9	45	7.8	102	17.7	566*	98.4
Olağandışı kanamalar	430	74.8	40	7	96	16.7	566*	98.4
Yutma güçlüğü	351	61	101	17.6	109	19	561*	97.6
Sürekli öksürük ve ses kısıklığı	417	72.5	82	14.3	67	11.7	566*	98.4
İshal ve kabızlığın birbirini takibi	333	57.9	108	18.8	123	21.4	564*	98.1
Halsizlik, aşırı kilo kaybı, iştahsızlık	462	80.3	44	7.7	63	11	569*	99

*Araştırma kapsamına giren kadınlardan bu soruya cevap vermeyenler toplam 575 kadın sayısından çıkarılmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların %67.3'ü (387) vücudun herhangi bir yerinde şişlik olmasını kanser belirtisi olarak değerlendirirken, %14.6'sı (84) kanser belirtisi değil, %16'sı (92) ise bilmiyorum şeklinde değerlendirmiştir. %71.3'ü (410) iyileşmeyen ya da geç iyileşen yaraları kanser belirtisi olarak değerlendirirken, %12.5'u (72) kanser belirtisi değil, %14.4'ü(83) ise bilmiyorum şeklinde değerlendirmiştir. %72.9'u (419) ben ve siğillerde görünüm değişikliğini kanser belirtisi olarak değerlendirirken,%7.8'i (45) kanser belirtisi değil, %17.7'si (102) ise bilmiyorum şeklinde değerlendirmiştir. %74.8'i (430) olağan dışı kanamaları kanser belirtisi olarak değerlendirirken, %7'si (40) kanser belirtisi değil, %16.7'si (96) ise bilmiyorum şeklinde değerlendirmiştir. %61'i (351) yutma güçlüğünü kanser belirtisi olarak değerlendirirken, %17.6'sı (101) kanser belirtisi değil,%19'u (109) ise bilmiyorum şeklinde

değerlendirmiştir. %72.5'u (417) sürekli öksürük ve ses kısıklığını kanser belirtisi olarak değerlendirirken, %14.3'ü (82) kanser belirtisi değil, %11.7'si (67) ise bilmiyorum şeklinde değerlendirmiştir. %57.9'u(333) ishal ve kabızlığın nedensiz birbirini takibini kanser belirtisi olarak değerlendirirken, %18.8'i (108) kanser belirtisi değil, %21.4'ü (123) ise bilmiyorum şeklinde değerlendirmiştir. %80.3'ü (462) halsizlik, aşırı kilo kaybı, iştahsızlığı kanser belirtisi olarak değerlendirirken, %7.7'si (44) kanser belirtisi değil, %11'i (63) ise bilmiyorum şeklinde değerlendirmiştir.

Tablo 16: Araştırma kapsamına giren kadınların mamografinin hangi aralıklarla yapılması gerektiğini bilip bilmeme durumu

Eğitim Düzeyleri	Mamografi Hangi Aralıklarla Yapılabilir						Toplam*	
	6 ayda bir Sayı	%	Yılda bir Sayı	%	İki yıl ve daha fazla Sayı	%	Sayı	%
OYD	53	56.9	32	34.4	8	8.5	93	16.2
OY+ İlkokul	141	54.4	107	41.3	11	4.1	259	45.3
Orta + Lise	102	60.7	59	35.1	7	4.0	168	29.4
Yüksekokul	25	49.0	18	35.3	8	15.7	51	8.9
Toplam	321	56.2	216	37.8	34	5.9	571**	99.9

* Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

**Araştırma kapsamına giren kadınlardan soruya cevap vermeyenler toplam 575 kadın sayısından çıkarılmıştır.

p<0.05 $X^2=14.14$ SD=6

p>0.05 $X^2=5.07$ SD=4 (4. satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %56.9'u (53) mamografinin 6 ayda bir yapılması gerektiğini belirtirken, %34.4'ü (32) yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiş, %8.5'i (8) iki yıl ve daha fazla sürede bir yapılmalı demiştir. Okur-yazar ya da ilkokul mezunu kadınların %54.4'ü (141) mamografinin 6 ayda bir yapılması gerektiğini belirtirken, %41.3'ü (107) yılda bir yapılabilir, %4.1'i (11) iki yıl ve daha fazla sürede bir yapılması gerektiğini belirtmiştir. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %60.7'si (102) 6 ayda bir yapılması gerektiğini düşünürken, %35.1'i

(59) yılda bir, %4'ü (7) iki yıl ve daha fazla sürede bir yapılmalı demiştir. Yüksekokul ya da fakülte mezunu kadınların %49'u (25) mamografi 6 ayda bir yapılmalı, %35.3'ü (18) yılda bir, %15.7'si (8) iki yıl ve daha fazla sürede bir yapılmalı şeklinde belirtmiştir.

Kadınların mamografinin hangi aralıklarla yapılması gerektiğini bilme durumu ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yüksekokul mezunlarının mamografiyi hangi aralıklarla yaptığını yüzdelerle gösteren satır atıldığında gruplar arasında benzerlik sağlanmıştır.

Tablo 17: Araştırma kapsamına giren kadınların rahim kanseri taramalarının kaç yaşından sonra yapılması gerektiğini bilme durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Rahim Kanseri Taramalarının Başlama Yaşı					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	41	43.6	53	56.3	94	16.4
OY+ İlkokul	115	44.2	145	55.7	260	45.4
Orta + Lise	46	27.5	121	72.4	167	29.1
Yüksekokul	19	37.2	32	62.7	51	8.9
Toplam	221	38.6	351	61.3	572**	99.9

* Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

**Araştırma kapsamına giren kadınlardan soruya cevap vermeyenler toplam 575 kadın sayısından çıkarılmıştır.

$P < 0.05$ $X^2=13.122$ $SD=3$

$p > 0.05$ $X^2=0.85$ $SD=2$ (3.satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %43.6'sı (41) rahim kanseri taramalarının kaç yaşından sonra yapılması gerektiğini biliyorken, %56.3'ü (53) ise bilmediğini söylemiştir. Okur-yazar ya da ilkököl mezunu kadınların %44.2'si (115) rahim kanseri taramalarının kaç yaşından sonra yapılması gerektiğini biliyorken, %55.7'si (145) bilmemektedir. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %27.5'u (46) bildiğini ifade ederken, %72.4'ü (121) bilmemektedir. Yüksekokul ya da

üniversite mezunu kadınların %37.2'si (19) bildiğini ifade ederken, %62.7'si (32) bilmemektedir.

Kadınların rahim kanseri taramalarının kaç yaşından sonra yapılması gerektiği ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p= 0.018$). Ortaokul ve lise mezunu kadınların rahim kanseri taramalarının başlama yaşının yüzdelerini gösteren satır atıldığında gruplar arasında benzerlik sağlanmıştır.

Tablo 18: Araştırma kapsamına giren kadınların kanser tedavi yöntemlerini bilme durumları

Kanser Tedavi Yöntemleri	Sayı	Yüzde(%)
Radyoterapi	142	24.7
Cerrahi	38	6.6
İlaç (kemoterapi)	145	25.2
Radyoterapi+ cerrahi	8	1.4
Radyoterapi+ilaç	62	10.8
Cerrahi+ilaç	29	5
Radyoterapi +Cerrahi+ İlaç	147	25.6
Toplam	571	99.3

**Araştırma kapsamına giren kadınlardan soruya cevap vermeyenler toplam 575 kadın sayısından çıkarılmıştır.*

Araştırma kapsamına giren kadınların %24.7'si (142) kanser tedavi yöntemi olarak sadece radyoterapiyi düşünürken, %6.6'sı (38) sadece cerrahi ile tedavi edildiğini, %25.2'si (145) sadece kemoterapi ile, %1.4'ü (8) radyoterapi ile birlikte cerrahinin de tedavide kullanıldığını, %10.8'i (62) radyoterapi ile kemoterapinin, %5'i (29) cerrahi ile ilaç tedavisinin, %25.6'sı (147) ise radyoterapi, cerrahi ve ilaç yöntemlerinin hepsi ile tedavi edildiğini belirtmiştir.

Tablo 19: Araştırma kapsamına giren kadınların kanserden korunmak için alınabilecek önlemleri bilme durumu

Alınabilecek Önlemler	Biliyor		Yanlış Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Sebze-meyvenin fazla tüketimi	450	78.3	57	9.9	54	9.4	561*	97.6
Fazla* kiloların önlenmesi	397	69	82	14.3	80	13.9	559*	97.2
A ve C vit içeren yiyecekler tüketimi	455	79.1	34	5.9	76	13.2	565*	98.3
Sigara içilmemesi	558	97	5	0.9	8	1.4	571*	99.3
Alkol alınmaması	538	93.6	8	1.4	20	3.5	566*	98.4
Güneş ışını altında fazla kalmamak	464	80.7	39	6.8	61	10.6	564*	98.1

*Araştırma kapsamına giren kadınlardan soruya cevap vermeyenler toplam 575 kadın sayısından çıkarılmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların %78.3'ü (450) kanserden korunmak için alınabilecek önlemler arasında sebze-meyve tüketiminin fazla olması gerektiğini biliyorken, %9.9'u (57) sebze-meyvenin fazla tüketilmesinin kanserden korumadığını belirterek yanlış değerlendirmiş, %9.4'ü (54) ise bu konuda bilgisi olmadığını söylemiştir. %69'u (397) fazla kiloların önlenmesi ile kanserden korunabileceklerini söylerken, %14.3'ü (82) fazla kiloların önlenmesinin kanserden korumadığını, %13.9'u (80) ise bu konuda bilgisi olmadığını söylemiştir. %79.1'i (455) A ve C vitamini içeren yiyeceklerin tüketilmesinin kanserden korunmada alınabilecek bir önlem olduğunu biliyorken, %5.9'u (34) 'kanserden korunmada alınabilecek bir önlem değil' şeklinde yanlış biliyor, %13.2 'si (76) ise bu konuda bilgisi olmadığını söylemiştir. %97 'si (558) sigara içilmemesinin kanserden korunmada alınabilecek bir önlem olduğunu düşünürken, %0.9'u (5) bir önlem olmadığını, %1.4'ünün (8) ise bu konuda bilgisi yoktur. %93.6'sı (538) alkol alınmamasının alınabilecek bir önlem olduğunu düşünürken, %1.4'ü (8) bir

önlem olmadığını, %3.5'inin (20) ise bilgisi bulunmamaktadır. %80.7'si (464) güneş ışını altında fazla kalınmamasının kanserden koruduğunu biliyorken, %6.8'i (39) korumadığını, %10.6'sının (61) ise bilgisi bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamına giren kadınların %16.9'u (97) kanser hastalığı ile ilgili bilgilerini en çok televizyondan öğrenirken, %11'i (63) televizyon ve komşusundan, %10.1'i (58) televizyon ve gazeteden, %5.6'sı (32) televizyon ve doktordan, %5'i (29) televizyon, kanser hastası ve komşudan, %4.5'u (26) televizyon ve kanser hastasından, %4.3'ü (25) doktordan öğrenmiştir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %73.2'si (421) kanser hastalığı ile ilgili bilgilerini en çok doktordan öğrenmek isterken, %48.9'u (281) televizyondan, %30.6'sı (176) hemşire, ebe, sağlık memuru gibi diğer sağlık personelinin, %20.9'u (120) gazeteden, %16.3'ü (94) afiş ya da broşürlerden, %14.4'ü (83) ise okulda öğrenmek istemiştir.

Tablo 20: Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanların eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	(n)	Puan
		AO ± Standart Hata
OYD	94	67.9 ±1.8
OY+ İlkokul	261	70.0 ±0.9
Orta + Lise	169	69.6 ±1.1
Yüksekokul	51	74.2 ±2.1
Toplam	575	69 ± 0.6
Kruskal Wallis Testi	p>0.05	

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayan 94 kadının anketteki bilgi sorularına verdikleri yanıtlar doğrultusunda aldığı bilgi puan ortalaması 67.9 ±1.8 iken; okur-yazar ve ilkokul mezunu 261 kadının puan ortalaması 70.0 ±0.9; ortaokul ve

lise mezunu 169 kadının puan ortalaması 69.6 ± 1.1 ; yüksekokul mezunu 51 kadının ise puan ortalaması 74.2 ± 2.1 'dir.

Kadınların aldıkları puanlar ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.135$).

Tablo 21: Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanların medeni durumlarına göre dağılımı

Medeni Durum	(n)	Puan
		AO \pm Standart Hata
Evli	401	70.1 ± 0.7
Bekar	147	68.7 ± 1.3
Dul	23	71.4 ± 3.6
Boşanmış	4	83.1 ± 4.7
Toplam	575	69.9 ± 0.6
Kruskal Wallis Testi	$p > 0.05$	

Araştırma kapsamına giren kadınlardan evli olan 401 kadının bilgi puan ortalaması 70.1 ± 0.7 ; bekar olan 147 kadının bilgi puan ortalaması 68.7 ± 1.3 ; dul olan 23 kadının puan ortalaması 71.4 ± 3.6 ; boşanmış olan 4 kadının puan ortalaması ise 83.1 ± 4.7 olarak bulunmuştur.

Kadınların medeni durumları ile bilgi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.253$).

Tablo 22: Araştırma kapsamına giren kadınların mesleki durumları ve bilgi puan ortalamaları durumu

Mesleki Durum	(n)	Puan
		AO \pm Standart Hata
Ev hanımı	410	69.8 \pm 0.7
Memur*	33	79.9 \pm 2.0
Serbest	27	64.6 \pm 3.6
Diğer	105	68.6 \pm 1.5
Toplam	575	69.9 \pm 0.6
Kruskal Wallis Testi	p<0.05	

Araştırma kapsamına giren kadınlardan ev hanımı olan 410 kadının bilgi puan ortalaması 69.8 \pm 0.7; memur olan 33 kadının bilgi puan ortalaması 79.9 \pm 2.0; serbest çalışan 27 kadının bilgi puan ortalaması 64.6 \pm 3.6; diğer grup olarak adlandırılan 105 kadın bilgi puan ortalaması ise 68.6 \pm 1.5 olarak bulunmuştur.

Kadınların aldıkları puanlar ile mesleki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p=0.001)

Tablo 23: Araştırma kapsamına giren kadınların sosyal güvencelerine göre puan ortalamaları

Sosyal Güvence	(n)	Puan
		AO \pm Standart Hata
Emekli sandığı	105	72.6 \pm 1.4
SSK	286	69.7 \pm 0.9
Bağkur	74	69.6 \pm 1.5
Yeşil kart	42	67.1 \pm 2.9
Güvence yok	68	68.7 \pm 1.9
Toplam	575	69.9 \pm 0.6
Kruskal Wallis Testi	p>0.05	

Araştırma kapsamına giren kadınlardan sosyal güvencesi emekli sandığı olan 105 kadının bilgi puan ortalaması 72.6 \pm 1.4; güvencesi SSK olan 286 kadının bilgi puan ortalaması 69.7 \pm 0.9; bağkur olan 74 kadının bilgi puan ortalaması 69.6 \pm 1.5 ; yeşil kart olan 42 kadının bilgi puan ortalaması 67.1 \pm 2.9 ve güvencesi olmayan 68 kadının bilgi puan ortalaması ise 68.7 \pm 1.9 olarak bulunmuştur.

Kadınların aldıkları puanlar ile sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p=0.291)

Tablo 24: Araştırma kapsamına giren kadınların konutlarında sigara içme durumları ve puan ortalamaları

Sigara İçen	(n)	Puan
		AO \pm Standart Hata
Evet	348	68.7 \pm 0.8
Hayır	227	71.7 \pm 1.0
Toplam	575	69.9 \pm 0.6
Mann-Whitney U Testi	p>0.05	

Araştırma kapsamına giren kadınlardan yaşadıkları konutta sigara içilen 348 kadının bilgi puan ortalaması 68.7 \pm 0.8; yaşadıkları konutta sigara içilmeyen 227 kadının bilgi puan ortalaması 71.7 \pm 1.0 olarak bulunmuştur.

Kadınların aldıkları puanlar ile yaşadıkları konutta sigara içilip içilmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p= 0.355) .

Tablo 25: Araştırma kapsamına giren kadınların ailede sağlık personeli varlığı ve puan ortalamaları

Sağlık personeli bulunma	(n)	Puan AO ± Standart Hata
Evet	90	73.4 ± 1.4
Hayır	485	69.3 ± 0.7
Toplam	575	69.9 ± 0.6
Mann-Whitney U Testi		P<0.05

Araştırma kapsamına giren kadınlardan ailelerinde sağlık personeli olan 90 kadının bilgi puan ortalaması 73.4 ± 1.4 ; ailelerinde sağlık personeli bulunmayan 484 kadının bilgi puan ortalaması 69.2 ± 0.7 olarak bulunmuştur.

Kadınların aldıkları puanlar ile ailede sağlık personeli bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p= 0.020$) .

Tablo 26: Araştırma kapsamına giren kadınların aldıkları puanlar ve ailede kanser hastası bulunma durumuna göre dağılımı

Kanser Hastası Bulunma	(n)	Puan AO ± Standart Hata
Evet	104	72.4 ± 1.2
Hayır	470	69.4 ± 0.7
Toplam	575	69.9 ± 0.6
Mann-Whitney U Testi	p>0.05	

Araştırma kapsamına giren kadınlardan ailelerinde kanser hastası bulunan 104 kadının bilgi puan ortalaması 72.4 ± 1.2 iken ailelerinde kanser hastası bulunmayan 470 kadının bilgi puan ortalaması ise 69.4 ± 0.7 'dir.

Kadınların aldıkları puanlar ile ailede kanser hastası bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p= 0.187$).

4.3. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili tutumlarına ilişkin bulgular:

Tablo 27: Araştırma kapsamına giren kadınların kanseri önlenabilir bir hastalık olarak değerlendirme durumları ve eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Kanser Önlenabilir Hastalık Olma Durumu							
	Önlenabilir		Önlenemez		Bilmiyorum		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	48	51.1	31	33	15	16	94	16.3
OY+ İlkokul	165	63.2	60	23	36	13.8	261	45.4
Orta + Lise	139	82.2	15	8.9	15	8.9	169	29.4
Yüksekokul	40	78.4	8	15.7	3	5.9	51	8.9
Toplam	392	68.2	114	19.8	69	12	575	100.0

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

P<0.05 $X^2=35.74$ SD=6

P<0.05 $X^2=11.36$ SD=4 (3.satır atıldı)

p>0.05 $X^2=4.36$ SD=2 (4.satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %51.1'i (48) kanseri önlenabilir bir hastalık olarak değerlendirirken, %33'ü (31) kanseri önlenemez bir hastalık olarak değerlendirmiş, %16'sı (15) ise bilmediğini ifade etmiştir. Okur-yazar ya da ilköğretim mezunu kadınların %63.2'si (165) kanser önlenabilir bir hastalık derken, %23'ü (60) önlenemez bir hastalık değil, %13.8'i (36) ise bilmiyorum demiştir. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %82.2'si (139) kanser önlenabilir bir hastalık derken, %8.9'u (15) önlenemez bir hastalık değil, %8.9'u (15) ise bilmiyorum demiştir. Yüksekokul ya da üniversite mezunu kadınların %78.4'ü (40) kanser önlenabilir bir hastalık derken, %15.7'si (8) kanser önlenemez, %5.9'u (8) ise bilmediğini ifade etmiştir.

Kadınların kanseri önlenabilir bir hastalık olarak değerlendirme durumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır. (p= 0.000) Fark ortaokul ve lise

mezunları ile yükseköğretim mezunlarından kaynaklanmaktadır. Bu satırlar atılıp tekrar hesaplandığında gruplar arasında benzer dağılım saptanmıştır.

Tablo 28: Araştırma kapsamına giren kadınların kanseri tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirme durumları ve eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Kanserin Tedavi Edilebilir Hastalık Olma Durumu							
	Tedavi Edilebilir		Tedavi Edilemez		Bilmiyorum		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	58	61.7	32	34	4	4.3	94	16.3
OY+ İlkokul	179	68.6	56	21.5	26	10	261	45.4
Orta + Lise	141	83.4	18	10.7	10	5.9	169	29.4
Yükseköğretim	45	88.2	5	9.8	1	2	51	8.9
Toplam	423	73.6	111	19.3	41	7.1	575	100.0

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

P< 0.000 $X^2=32.83$ SD=6

P<0.05 $X^2=17.56$ SD=4 (1. satır atıldı)

p>0.05 $X^2=1.36$ SD=2 (2. satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %61.7'si (58) kanserin tedavisinin olduğunu, %34'ü (32) tedavisinin olmadığını, %4.3'ü (4) ise tedavisinin olup olmadığını bilmediğini söylemiştir. Okur-yazar ya da ilköğretim mezunu kadınların %68.6'sı (179) kanserin tedavisinin olduğunu, %21.5'i (56) tedavisinin olmadığını, %10 'u (26) ise tedavi konusunda bilgisi olmadığını belirtmiştir. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %83.4'ü (141) kanserin tedavisinin olduğunu, %10.7'si (18) tedavisinin olmadığını, %5.9'u (10) ise tedavi konusunda bilgisi olmadığını belirtmiştir. Yükseköğretim ya da üniversite mezunu kadınların %88.2'si (45) kanserin tedavisinin olduğunu, %19.3'ü (111) tedavisinin olmadığını, %2'si (1) ise bilgisi olmadığını düşünmektedir.

Kadınların kanseri tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirme durumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır. (p= 0.000) Fark okur yazar

olmayanlar ile okur yazar ve ilkokul mezunlarından kaynaklanmaktadır. Okur yazar olmayanlar ile okur yazar ve ilkokul mezunları atıldığı zaman gruplar arasında benzer dağılım saptanmıştır.

Tablo 29: Araştırma kapsamına giren kadınların erken teşhis ile kanserden kurtulma şansının artıp artmayacağına göre eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Erken Tanı ile Kanserden Kurtulma Şansının Artma Durumu							
	Artar		Artmaz		Bilmiyorum		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	77	81.9	11	11.7	6	6.4	94	16.3
OY+ İlkokul	233	89.7	16	6.1	11	4.2	261	45.4
Orta + Lise	165	97.6	3	1.8	1	0.6	169	29.4
Yüksekokul	48	94.1	1	2	2	3.9	51	8.9
Toplam	524	91.1	31	5.4	20	3.5	575	100.0

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

P< 0.05 $X^2=20.96$ SD=6

P< 0.05 $X^2=10.13$ SD=2 (1. satır atıldı, 2. ve 3. satır birleştirildi.)

P> 0.05 $X^2=0.99$ SD=1 (3. satır atıldı, 2. ve 3. satır birleştirildi.)

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların % 81.9'u (77) erken teşhis ile kanserden kurtulma şansı artabilir, %11.7'si (11) erken teşhis ile kanserden kurtulma şansının artmayacağını, %6.4'ü (6) ise bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir. Okur-yazar ya da ilkokul mezunu kadınların % 89.7'si (233) erken teşhis ile kanserden kurtulma şansının artabilir, %6.1'i (16) erken teşhis ile kanserden kurtulma şansının artmayacağını, %4.2'ünün (11) ise bu konuda bilgisi yoktur. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %97.6'sı (165) kurtulma şansı artabilir, %1.8'i (3) erken teşhis ile kanserden kurtulma şansının artmayacağını, %0.6'sının (1) ise bu konuda bilgisi yoktur. 94.1'i (48) Yüksekokul ya da üniversite mezunu kadınların %94.1'i (48) erken teşhis ile

kanserden kurtulma şansının artabilir, %2'si (1) kurtulma şansının artmayacağını, %3.9'unun (2) ise bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Kadınların erken teşhis ile kanserden kurtulma şansının artıp artmayacağı ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır. ($p= 0.002$) Fark okur yazar olmayanlar ile ortaokul ve lise mezunlarının yer aldığı satırlardan kaynaklanmaktadır. Bu satırlar atıldığında gruplar arasında benzer dağılım gözlenmiştir.

Tablo 30: Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgilerini yeterli bulup bulmadıklarına göre dağılımı

Bilgilerinizi Buluyor musunuz?	Yeterli	Sayı	Yüzde(%)
Yeterli		85	14.8
Yetersiz		486	84.5
Toplam		571*	99.3*

**Araştırma kapsamına giren kadınlardan soruya cevap vermeyenler toplam 575 kadın sayısından çıkarılmıştır.*

Araştırma kapsamına giren kadınların %14.8'i (85) kanser hastalığı ile ilgili bildiklerini yeterli bulurken, %84.5'i (486) yetersiz bulmuştur.

Tablo 31: Araştırma kapsamına giren kadınların kendi kendine meme muayenesi yapıp yapmadıklarının eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	KKMM Muayenesi Yapma Durumu					
	Yapıyor		Yapmıyor		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	35	37.2	59	62.8	94	16.3
OY+ İlkokul	123	47.1	138	52.9	261	45.4
Orta + Lise	65	38.5	104	61.5	169	29.4
Yüksekokul	26	51.0	25	49.0	51	8.9
Toplam	249	43.3	326	56.7	575	100.0

**Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.*

$p= 0.122$ $X^2=5.80$ $SD=3$

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %37.2'si (35) KKMM yaparken, %62.8'i (59) yapmıyor. Okur-yazar ya da ilkokul mezunu kadınların %47.1'i (123) KKMM yaparken, %52.9'u (138) yapmıyor. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %38.5'i (65) KKMM yaparken, %61.5'u (104) yapmıyor. Yüksekokul ya da üniversite mezunu kadınların %51'i (26) yaparken, %49'u (25) yapmamaktadır.

Kadınların KKMM yapıp yapmadıkları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. ($p= 0.122$)

Tablo 32: Araştırma kapsamına giren kadınların KKMM'ni yapma sıklıklarının eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	KKMM Yapma Sıklıkları							
	Bir kez yapmış		Bazen yapıyor		Her Ay Yapıyor		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	5	5.3	22	23.4	8	8.5	35	14.1
OY+ İlkokul	17	6.5	69	26.4	36	13.8	122	49.3
Orta + Lise	6	3.6	47	27.8	11	6.5	64	25.9
Yüksekokul	1	2	16	31.4	9	17.6	26	10.5
Toplam	29	5.04	154	26.7	64	11.1	247**	99.8

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

**Araştırma kapsamına giren kadınlardan KKMM yapanların toplamıdır.

$p= 0.134$ $X^2=13.68$ $SD=6$

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %5.3'ü (5) KKMM 'ni şimdiye kadar bir kez yapmış, %23.4'ü (22) bazen yaparken, %8.5'u (8) ise düzenli olarak her ay yapmaktadır. Okur-yazar ya da ilkokul mezunu kadınların %6.5'u (17) KKMM 'ni şimdiye kadar bir kez yapmış, %26.4'ü (69) bazen yaparken, %13.8'i (36) ise düzenli olarak her ay yapmaktadır. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %3.6'sı (6) KKMM 'ni şimdiye kadar bir kez yapmış, %27.8'i (47) bazen yaparken, %6.5'u (11) ise düzenli olarak her ay yapmaktadır. Yüksekokul ya da üniversite mezunu kadınların %2'si (1) bir kez yapmış, %31.4'ü (16) bazen yaparken, %17.6'sı (9) ise düzenli olarak her ay yaptıklarını belirtmişlerdir.

Kadınların KKMM yapma sıklıkları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. ($p= 0.134$)

Tablo 33: Araştırma kapsamına giren kadınların KKMM yapmama nedenlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim Düzeyleri	KKMM Yapmama Nedenleri									
	Bilmiyor		Gereksiz buluyor		Ailesinde kanser yok		Diğer		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD	17	18.1	35	37.2	5	5.3	4	4.3	61	18.6
OY+ İlkokul	30	11.5	91	34.9	7	2.7	9	3.4	137	41.8
Orta + Lise	24	14.2	61	36.1	12	7.1	7	4.1	104	31.8
Yüksekokul	8	15.7	13	25.5	1	2	3	5.9	25	7.6
Toplam	79	24.1	200	61.1	25	7.6	23	7	327**	99.8

* Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

**Araştırma kapsamına giren kadınlardan KKMM yapmayanların toplamıdır.

$P > 0.05$ $X^2=16.88$ $SD=9$

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %18.1'i (17) nasıl yapıldığını bilmediği için KKMM yapmazken, %37.2'si (35) şikayeti olmadığı için gereksiz bulmuş, %5.3'ü (5) ailesinde meme kanseri olmadığı için, %4.3'ü (4) ise diğer (henüz genç yaşta olduğunu söyleyerek, hiç aklına gelmediği için v.b.) nedenlerden ötürü yapmamaktadır. Okur-yazar ya da ilkokul mezunu kadınların %11.5'i (30) nasıl yapıldığını bilmediği için KKMM yapmazken, %34.9'u (91) şikayeti olmadığı için gereksiz bulmuş, %2.7'si (7) ailesinde meme kanseri olmadığı için, %3.4'ü (9) ise diğer nedenlerden ötürü yapmamaktadır. Ortaokul ya da lise mezunu kadınların %14.2'si (24) KKMM'ni nasıl yapıldığını bilmediği için yapmazken, %36.1'i (61) şikayeti olmadığı için gereksiz bulmuş, %7.1'i (12) ailesinde meme kanseri olmadığı için, %4.1'i (7) ise diğer nedenlerden ötürü yapmamaktadır. Yüksekokul ya da üniversite mezunu kadınların %15.7'si (8) KKMM'ni nasıl yapıldığını bilmediği için yapmazken, %25.5'u

(13) Şikayeti olmadığı için gereksiz bulmuş, %2'si (1) ailesinde meme kanseri olmadığı için, %5.9'u (3) ise diğer nedenlerden ötürü yapmamaktadır.

Kadınların KKMM yapma nedenleri ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. ($p= 0.326$)

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümü şu başlıklar altında sunulmuştur:

1. Araştırma kapsamına giren kadınların sosyodemografik özellikleri ve yaşadıkları konutun özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
2. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgi düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması,
3. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili tutum ve davranışlarına ilişkin bulguların tartışılması.

1. Araştırma kapsamına giren kadınların sosyodemografik özellikleri ve yaşadıkları konutun özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması:

2007-2008 yılında Malatya il merkezinde yapılan bu araştırmanın kapsamına 18 yaş ve üzerindeki 575 kadın girmiş olup bu kadınların ortalama yaşı 35.7 ± 0.5 'dir. Araştırma kapsamına giren kadınların %16.3'ü okur-yazar değil, %11.5'i okur-yazar, %33.9'u ilkokul, %9.9'u ortaokul, %19.5'i lise, %8.9'u ise yüksekokul ya da üniversite mezunudur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre kadınların %21.8'inin eğitimi yok veya ilkokul bitirmemiş, %53.7'si ilköğretimin birinci kademesini bitirmiş, %7.4'ü ilköğretimin ikinci kademesini yani ortaokulu bitirmiş, %17'si en az lise mezunudur. Türkiye örnekleminde kentlerde yaşayan kadınların %22'si en az lise mezunudur. Bu araştırma verilerine göre araştırmaya katılanların eğitim yüzdeleri 2003 TNSA verilerine göre daha düşüktür. Bunun nedeni ülkemizin Doğu Bölgesinde yaşayan kadınların öğrenim düzeylerinin daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. ⁽⁶⁹⁾

Araştırma kapsamına giren kadınların %69.7'si evli, %25.6'sı bekâr, %4.7'si dul ve boşanmışlardan oluşmaktadır. 2003 TNSA verilerine göre araştırmaya katılanların %95'i evli, geriye kalan kadınların boşanmış veya ayrı yaşamakta olduğu (%3) veya

eşlerinin öldüğü (%2) görülmektedir. Bu araştırma ile TNSA'nın elde ettiği veriler arasındaki farklılık TNSA'nın evlenmiş kadın örneklemini seçmesinden kaynaklanabilir.⁽⁶⁹⁾

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur yazar olmayanların %95.7'si evhanımıdır. Okur yazar ve ilkökul mezunu kadınların %92.7'si evhanımı iken, %4.2'si özel sektörde çalışmaktadır. Orta okul ve lise mezunu kadınların %43.2'si evhanımı iken %40.2'si emekli olanların ve mezun durumda olupta çalışmayanların oluşturduğu 'diğer' grubudur. Yüksekokul ve fakülte mezunu kadınların %11.8'i evhanımı, %49'u memur, %17.6'sı özel sektör çalışanı, %21.6'sı ise mezun durumunda olup çalışmayan ve hala öğrenci olanlardır (Tablo 3). Araştırma kapsamındaki kadınların %10.4'ü çalışmaktadır. 2003 TNSA verilerine göre kadınların %27'si çalışmaktadır.⁽⁶⁹⁾ En düşük çalışma oranının, Orta ve Doğu Bölgelerinde yaşayan kadınlara ait olması bu araştırmadaki çalışan kadın yüzdesinin düşük olmasını açıklayabilir. Kadınların %71.5'inin çalışmamasında evli ve çocuklu olmalarının da etkisi olduğu düşünülebilir. Kadınların öğrenim düzeyi yükseldikçe meslek değişimi gerçekleşmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %88.2'sinin herhangi bir sosyal güvencesi olduğu, %49.7'sinin sosyal güvencesi SSK, %18.3'ünün Emekli Sandığı, %12.9'unun Bağkur, %7.3'ünün Yeşil Kart aracılığıyla sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür.

Ankara'da 1998 yılında bir sağlık ocağı bölgesinde 15 yaş üstü kişilerle yapılan çalışmada, çalışmaya katılanların %84.9'unun herhangi bir sosyal güvencesi olduğu, %40.1'nin Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), %32.8'inin Emekli Sandığı, %9.2'sinin Bağ-kur, %2.1'inin Yeşil Kart aracılığıyla sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür. Berberoğlu ve arkadaşlarının 2000 yılında Edirne İli'nde yapmış oldukları çalışmada benzer şekilde %84.6 olarak bulunmuştur. Çalışma kapsamına alınan kişilerin %40.1'nin SSK, %32.8'inin Emekli Sandığı, %9.2'sinin Bağkur, %2.8'inin Yeşil Kart aracılığıyla sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür.⁽⁷⁰⁾ Sosyal güvenlik kavramı, temelde, bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence arayışının ürünüdür. Kadınların taramalara katılımı, hastalık sürecinde tedavi ve korunma önlemlerinde sosyal güvencenin önemli bir yeri vardır. Bizim araştırmamızdan elde edilen oranlar yapılan diğer çalışmalardan elde edilen oranlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaların yapıldığı tarihler, oranlar arasındaki farkı açıklayan bir neden olabilir.

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar olmayanların %90.4'ünün sosyal güvencesi Bağkur, SSK ve Emekli Sandığından birisidir. %6.4'ünün sosyal güvencesi yoktur. Okur-yazar ve ilokul mezunu kadınların %76.2'si Bağkur, SSK ve Emekli Sandığından bir sosyal güvenceye sahipken, %11.1'inin güvencesi yeşil kart, %12.6'sının ise güvencesinin olmadığı tesbit edilmiştir. Ortaokul velise mezunu kadınların %16'sının güvencesi yok iken, yüksekokul mezunlarının %3.9'unun güvencesi yoktur (Tablo 4). Sosyal güvence yokluğu en az yüksek okul mezunlarında olup (%3.9), ikinci sırada okur yazar olmayanlarda bulunmaktadır (%6.4). Farkı bu iki grup yaratmaktadır.

Araştırma kapsamına giren kadınların %10.4'ü ahşap müstakil evlerde, %20.2'si betonarme müstakil evlerde, %69.4 'ü ise apartmanda yaşamaktadır (Tablo 5). Kadınların %0.3'ü bir odalı, %6.3'ü iki odalı, %44.3'ü üç odalı, %49'u dört ve daha fazla odası olan konutlarda yaşamaktadır (Tablo 6).

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları konutlarda %95.8'inin (551) tuvaleti içerde, %97.4'ünün banyosu içerde %99.1'inin içme suyu içerdedir. %4.2'sinde tuvalet dışarıda, %2,6'sında banyo dışarıda, %0,9'unda içme suyu dışarıda bulunmaktadır (Tablo 7).

Araştırma kapsamına giren kadınlar yaşadıkları konutlarda içme suyunu %94.3'ü şehir şebekesinden, %0.7'si kuyudan, %4.2'si satın alarak, %0.9'u ise kaynak sulardan ve ya şebeke suyunu arıtma yolu ile suyu tüketmektedir (Tablo 8).

İçme suyu kaynağı, konuttaki oda sayısı, modern tuvalet olanaklarına sahip olma oranı konutta yaşayanların içinde buldukları sağlık koşulları ile ilişkili olduğu gibi, hanenin sosyoekonomik konumunun da göstergesidir. 2003 TNSA verilerine göre kentsel hanelerin %64'ü içme suyunu konutlarının içindeki şebekeden sağlarken, ikinci olarak en çok kullandıkları içme suyu kaynağı damacana suyudur.⁽⁶⁹⁾ Araştırmamızda elde edilen içme suyunu evdeki şebekeden kullanma yüzdesi TNSA'ya göre yüksektir. Araştırmanın yapıldığı Malatya bölgesinde şehir şebekesinin bir kaynak suyundan beslenmesi sebebiyle satın alma yolu ile su tüketim oranları daha düşüktür.

Türkiye deki hanelerin üçte ikisi modern tuvalet olanağına sahiptir. Modern tuvalet olanağına sahip olmayan konutlarda yaşayanlar ciddi sağlık sorunları yaşayabilir. Kentsel alanlardaki hanelerin modern tuvalet olanağına sahip olma oranı %93'tür.

Araştırmamızda konutların %95.8'inin tuvaletinin ev içerisinde olduğu tesbit edilmiştir.⁽⁶⁹⁾ TNSA verileri ile araştırmadan elde edilen veriler benzerlik göstermektedir.

TNSA-2003 kapsamında, hanedeki kalabalıklığın bir göstergesi olarak hanede gece uyumak için kullanılan odaların sayısına ilişkin bilgi de toplanmıştır. Hanelerin yüzde 74'ünde yatak odası başına bir ya da iki kişi; yüzde 21'inde ise üç ya da dört kişi düşmektedir. Türkiye'de yatak odası başına düşen ortalama kişi sayısı 2.3 olarak bulunmuştur. Kırsal kesimde yer alan hanelerde yatak odası başına düşen kişi sayısı kentsel kesimde yer alan hanelere göre daha yüksektir (sırası ile 2.6 ve 2.3 kişi). Araştırmamızda kadınların yaşadıkları konutlarda ortalama oda sayısının 2.9 ± 0.7 olduğu saptanmıştır. TNSA'nın konut özelliklerini araştırırken sorduğu sorular ile bu araştırmada yöneltilen konuyla ilgili sorular benzerlik göstermediği için karşılaştırma yapılamamıştır.⁽⁶⁹⁾

Araştırma kapsamına giren kadınların %15.1'i yaşadıkları konutta doğal gaz ile ısınırken, %81'i odun-kömür kullanmaktadır (Tablo 9). Enerji Piyasası Düzenleme Kurumu'nun tahminlerine göre, Türkiye'de 2007 yılında doğalgaz kullanımı, bir önceki yıla göre yüzde 20 oranında artmıştır. Doğalgazın şehirlerde yaygınlaştırılması sayesinde son 5 yılda konutlarda ve sanayide kullanılan doğalgaz miktarı yaklaşık üç kat artmıştır.⁽⁷¹⁾ Doğalgaz kullanımının yaygınlaşması ile hava kirliliğinin azalması mümkündür. Karadeniz Bölgesinde yapılan Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırması'nda ısınma ihtiyacına yönelik elde edilen bulgularda hem kontrol hem de risk bölgesinde %85'in üzerinde soba ve %8-9 arasında da kalorifer birinci derecede öncelikli ısınma aracı olarak belirtilmiştir. bu araştırmadan elde edilen verilerle araştırmamızdan elde ettiğimiz veriler benzerlik göstermektedir.⁽⁷²⁾

Araştırma kapsamına giren kadınların %60.5'inin yaşadığı konutta sigara içilmektedir. Sigara kanserde en önemli risk faktörüdür. Son yıllarda yapılan çalışmalar ile kadınlarda sigara içme oranının giderek arttığı bilinmektedir. Kadınların ayrıca sigara içilen ortamda yaşadıkları da (eşlerin %51.1'i sigara içiyor) göz önüne alındığında kendileri ve aile üyelerinin sağlığı açısından daha duyarlı davranışlar gerektiği ortaya çıkmaktadır.⁽³⁰⁾ ⁽⁷³⁾ Karadeniz Bölgesinde yapılan Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırmasında sigara içme durumu ile ilgili elde edilen bulgulara göre anket yapılan hanelerin ortalama %55'inde sigara içildiği tesbit edilmiştir.⁽⁷²⁾ Araştırmamızdan elde edilen oranlar bu çalışma sonuçları ile yakınlık göstermektedir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %15.7'sinin ailesinde sağlık personeli bulunmaktadır (Tablo 10). Ailede sağlık personelinin olması kanserin sebepleri, tarama ve korunma yöntemleri hakkında aile bireylerinin daha bilgili olmasını sağlayabilir. Kadınların yaşadıkları konut içerisinde sigara içen kişi sayısı ile ailede sağlık personeli bulunması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum sağlık personelleri arasında sigara tüketiminin yaygın olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %18.1'inin ailesinde kanser hastalığına yakalanan olmuştur. Kadınların ailesinde kanser hastası olma durumu ve aileye yakınlık derecesi öncelikle risk faktörü olma yönüyle önemlidir. Ayrıca kadının kanser konusunda daha duyarlı ve bilgili olmasını sağlayabilir. Türkdemir 'in 2003 yılında yaptığı araştırmada kadınların %27.5'inin birinci derece akrabasında; %25.7'sinin ikinci derece akrabasında kanser hastası olduğu saptanmıştır. ⁽⁷⁴⁾ İki sonucun farklılığı araştırma evren ve örnekleminden kaynaklanabilir.

2. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgi düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması:

Araştırma kapsamına giren kadınların %89.7'si mamografiyi; %75.5'i KKMM'ni; %83.3'ü ise rahim ağzından örnek aldirmayı (Pap testi), %84.9'u akciğer filmi çekirtmeyi, %60.3'ü dışkıda kan aranması, %74.4'ü beyin tomografisi çekirtmeyi kanserin erken teşhisi için yapılacak bir tarama yöntemi olarak belirtmiştir.

Tedavi için harcanması gereken paranın yaklaşık 1/10 ya da 1/5'ini kanser taramalarına harcanması durumunda hastalıkların erken tedavi edilebilir dönemlerde yakalanması ile çok sayıda insanın yaşamı kurtulabileceği ileri sürülmektedir. Amerika'da meme kanseri taramaları prevalansı 1987'de %29 iken 2000 yılında %70'lere ulaşmıştır ve bu oran 2003 yılında değişmemiştir. 2003 yılında 40 yaş ve üzeri kadınların mamografi kullanım oranı %69,7 'dir. Smear tarama programlarının düzenli bir şekilde uygulanması ile toplumda serviks kanserlerinin morbidite ve mortalitesi önemli derecede azaltılabileceği bildirilmektedir. ⁽⁴⁹⁾⁽⁷⁵⁾

Karadeniz Bölgesinde yapılan Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırmasında kanserde erken tanı yöntemleri bilgi düzeyine bakıldığında erken tanı yöntemine 'Evet' yanıtı yüzdesi Edirne ve Rize illerinde akciğer filmi çekilmesi %92.1, KKMM %84,

mamografi çekilmesi %90.5, rahim ağzından örnek alınması %84.3, dışkıda kan aranması %78.2, beyin tomografisi çekilmesi %89.3 oranında tesbit edilmiştir. ⁽⁷²⁾ Taramalara katılım gelir düzeyine, eğitime, sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerinin şekline bağlıdır. Düşük sosyal sınıftaki kadınların yüksek sosyal sınıftaki kadınlara göre taramalara katılımı çok düşüktür. ⁽²³⁾ Çalışmamızda elde ettiğimiz oranların bu çalışmadan elde edilenlere göre düşük olduğu gözlenmiştir. Bu farklılık bölgesel olarak duyarlılıklardan kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %95.1'i sigaranın, %76'sı çevre kirliliğinin, %89.9'u alkolün, %66.6'sı güneş ışının, %68'i kalıtımın kansere yol açacağını söylemiştir. Kanserden ölümlerin %30'u ve akciğer kanserinden ölümlerin %87'si sigara yüzündendir. ⁽²⁴⁾ Karadeniz Bölgesinde yapılan Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırmasında kanser nedenleri konusundaki bilgi düzeyine bakıldığında sigara kullanımı %92, güneş ışını %70, hava kirliliği %75.2, fazla alkol kullanımı %87.7, ailede kanser öyküsü olması %65 olarak tesbit edilmiştir. Bu araştırmadan elde ettiğimiz verilerle benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalar çevre kirliliği ile kanserler arasında ki ilişkiyi açıkça ortaya koymuştur. Hava, su ve toprak kirliliği tüm kanserlerin %1-4'üne sebep olmaktadır. ^(23,40) Kadınların %66.3'ü yanlış beslenmenin, %84.7'si hormonlu gıdaların, % 40.5'i ise şişmanlığın kansere sebep olacağını ifade etmiştir. Kanserlerin %30'u diyet ve beslenmeyle alakalıdır. Fiziksel aktivite, obeziteden sakınmak, günlük sebze- meyve tüketimi ağız boşluğu, akciğer, serviks ve diğer kanserlerin riskini azaltmaktadır. ⁽²⁷⁾ Tuz, turşu ve yüksek oranda tuz ile saklanan besinler mide kanseri riskini artırmaktadır. Kırmızı et (sığır, kuzu, domuz eti) ve etten yapılan (salam, jambon, sosis) besinlerin günlük 80 gr tüketilmesi kolorektal kanser riskini %25-67 oranında artırabilir. ⁽³⁴⁾ 2003 yılında Amerikan Kanser Cemiyeti kanser mortalitesi ve fazla kilo arasındaki ilişkiyi kapsayan bir çalışma yayınlamıştır. Yüksek seviyede beden kitle indeksinin erkeklerde 11 tip kanserle (özafagus, mide, kolorektal, mesane, pankreas, karaciğer, prostat, böbrek, non-hodgkin lenfoma, multipl myeloma ve lösemi) ilişkili olduğunu ve yüksek ölüm oranlarına sebep olduğunu ortaya çıkarmıştır. Kadınlarda da 12 tip kanserin (kolorektal, karaciğer, mesane, pankreas, meme, uterus, serviks, yumurtalık, böbrek, özafagus, non-hodgkin lenfoma ve multipl myeloma) gelişmesine neden olmaktadır. Hatta meme ve kolon kanserlerinde kilo mortalite riskini orta derecede artırmaktadır. ⁽³⁶⁾ Yiyeceklerin tadını, kıvamını, rengini artırmak veya uzun süre muhafaza etmek için eklenen maddeler kimyasaldır. Yapılan çalışmalar gıdalara eklenen katkı maddelerinin (nitrit ve nitratların) fazla alımı ile özafagus ve mide kanseri

arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. ⁽⁴⁾ ⁽²⁷⁾ Kansere sebep olan faktörlerin bilinmesi korunmada önemli rol oynamaktadır. Dünyada ve ülkemizde kadınlar arasında yapılan araştırmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmiş genelde bu konuda kadınların ciddi bilgi eksikliklerinin olduğu göze çarpmıştır. ⁽⁷⁴⁾

Araştırma kapsamına giren kadınların %67.3'ü vücudun herhangi bir yerinde şişlik olmasını, %74.8'i olağan dışı kanamaları, %71.3'ü iyileşmeyen yada geç iyileşen yaraları, %72.9'u ben ve siğillerde değişiklik, %61'i yutma güçlüğü, %72.5'i sürekli öksürük ve ses kısıklığı, %57.9'u ishal ve kabızlığın biribirini takibi, %80.3'ü halsizlik, aşırı kilo kaybı, iştahsızlığı kanser belirtisi olarak değerlendirmiştir. Kanserlerin çoğu erken dönemde teşhis edildiğinde önlenbilir niteliktedir. Bu nedenle kadınların kanserin erken belirtilerinin farkına varıp doktora başvurması çok önemlidir. Kadınlar tarafından en çok bilinen kanser belirtisi % 65,1 ile memede kitle nedeniyle oluşan şişliktir. Araştırma olgularında en çok bilinen ise serviks kanseri belirtisi olan adet dışı kanamadır. ⁽⁷⁴⁾ Karadeniz Bölgesinde yapılan Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırmasında kanser belirtileri konusundaki doğru bilgi düzeyi yüzdesine bakıldığında vücudun herhangi bir yerinde şişlik %52.1, iyileşmeyen yara %56.7, ben ve siğillerde ani büyüme %52.4, olağan dışı kanama %51.9, yutma güçlüğü %52.8, sürekli öksürük ve ses kısıklığı %59.8, dönemler halinde ishal ve kabızlık %33.7, iştahsızlık ve kilo kaybı %47.9 olarak tespit edilmiştir. ⁽⁷²⁾ Araştırmamızdan elde edilen verilerin bu çalışmadan elde edilen verilerden yüksek olduğu gözlenmiştir.

Kadınların %43.3'ü KKMM yaptığını belirtmiş; %37.8'i ise mamografinin yılda bir kez yapılması gerektiğini belirtmiştir. Farklı meslek gruplarına sahip olan kadınlarla yapılan bir çalışmada meslekler arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır. Çalışmada KKMM'sinin en az ev kadınları en fazla öğretmenler tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Meme kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine baktığımızda, meme kanseri belirtileri en fazla öğretmenler en az ise polislerin bildiği belirlenmiştir. Bunun nedeni polislerin yaklaşık yarısının lise mezunu olmasına karşın öğretmenlerin tümünün yüksek öğrenim görmeleri ile açıklanabilir. Kadınların %89,4'ü KKMM'sinin gerekli olduğunu ve her kadın tarafından uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir. ⁽⁷⁵⁾ Araştırmanın sonuçlarına paralel olarak bizim çalışmamızda beklenen KKMM uygulama düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına giren kadınların büyük çoğunluğunun ilkökul mezunu olması bu durumu açıklayabilir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %38.6'sı rahim kanseri için taramaların kaç yaşından sonra yapılması gerektiğini bildiğini söylemiş ve bu kadınların %10.1'i 20

yaş sonrası, %16.3'ü 30 yaş sonrası, %10.8'i ise 40 yaş sonrası yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Evlilikle birlikte yani ilk cinsel ilişkiden sonra rahim kanseri taramalarına başlanması gerekmektedir. TÜİK'in 2006 yılı istatistiki bölge birimleri sınıflamasına göre Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli bölgesinde ortalama ilk evlenme yaşı kadınlarda 23.5 olarak tesbit edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda araştırmaya katılan kadınların rahim kanseri taramalarına başlama yaşını 20'li yaşlar olarak düşünmedikleri bilgi eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. ⁽⁶⁸⁾

Serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyi ülkeler ve meslekler arasında farklılıklar göstermektedir. Ancak genel olarak kadınların bu konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları belirtilmektedir. Nijerya'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin yalnızca %5,7'sinin Pap smear yaptırdığı, Uganda'da sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada kadınların %87'sinin hiç Pap test yaptırmadığı, yine Nijerya'da sağlık çalışanları ile ilgili yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının %9,0'ının Pap test yaptırdığı belirtilmektedir. ⁽⁷⁵⁾

Araştırma kapsamına giren kadınların %25.6'sı radyoterapi, cerrahi ve kemoterapi gibi yöntemlerin hepsi ile kanserin tedavi edildiğini söylemiştir. Sadece ilaçla kanserin tedavi edildiğini söyleyen kadınların oranı %25.2 iken; sadece radyoterapi ile tedavi edildiğini söyleyenlerin oranı %24.7'dir. Yalnızca cerrahi yöntemle tedavi edildiğini düşünenlerin oranı ise %6.6'dır. Kanserli dokunun ameliyat edildiğinde daha kötü olacağı inancı araştırma kapsamına giren kadınların çoğunda mevcuttur. Kadınların büyük çoğunluğunun kanseri tedavi edilebilir bir hastalık olarak düşünmesine rağmen kanserin tedavisinde bilgi eksiklikleri olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %78.3'ü sebze-meyvenin fazla tüketiminin kanserden korunmak için alınabilecek önlemler arasında olduğunu bilmiştir. %69'u fazla kiloların önlenmesini, %79.1'i A ve C vitamini içeren yiyeceklerin tüketilmesini, %97'si sigara içilmemesini, %93.6'sı alkol alınmamasını, %80.7'si güneş ışını altında fazla kalınmamasını alınabilecek önlemler arasında değerlendirmiştir. Sadece sebzelerin kolon ve rektum kanserlerine karşı koruyucu özelliği vardır. Yapılan 250 çalışmanın %80'i sebze-meyve tüketiminin önemli koruyucu etkisi olduğunu bulmuştur. Deri kanserlerinin büyük çoğunluğu ultraviyole radyasyona (ilk olarak güneş ışınına) maruz kalmanın sonucudur. Herkes güneş ışınına maruz kalmaktadır ancak bireysel maruziyetin büyüklüğünü kişisel davranışlar belirler. ⁽⁴¹⁾ Alınacak

önlemler ne kadar çok bilinirse maruziyet azalır; sağlıklı bir yaşam tarzı benimsenebilir ve kanserden büyük oranda korunabiliriz.

Dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre kanserden korunma ile ilgili bilgi düzeyleri farklılıklar göstermektedir. Kadınların eğitim düzeyi ne olursa olsun kanserden korunma ile ilgili olarak bilgilendirilmeye gereksinim duydukları görülmektedir.⁽⁷⁴⁾

Araştırma kapsamına giren kadınların %16.9'u kanser hastalığı ile ilgili bildiklerini televizyondan(tv) öğrenmiş, %2.4'ü kanser hastası olan birinden, %3.7'si akraba ve komşularından öğrenmiş, %2.3'ü gazeteden, %4.3'ü doktordan, %2.1'i ebe-hemşireden öğrendiğini belirtmiştir. %10.1'i tv+gazeteden, %11.1'i tv+komşudan, %4.5'i tv+kanser hastası olan birinden, %5.6'sı tv+doktordan öğrendiğini belirtmiştir. Çevik ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada KKMM yapan kadınların %37.1'i bunu televizyon ve radyodan, %8.1'i sağlık personelinin, %16.1'i aile, akraba ve arkadaşlarından, %3.2'si basılı medyadan duyduğu belirlenmiştir. Parlar ve arkadaşlarının çalışmalarında da, haberdarlıkları incelendiğinde, %32'sinin doktordan, %40'ının televizyondan, %24'ünün akraba ve arkadaşlarından, %4'ünün hemşireden, %36'sının basılı medyadan öğrenmiştir.⁽⁷⁶⁾ Çalışmamızda en yüksek oranının televizyona ait olduğunu dikkate alırsak yapılan diğer araştırmalarla benzerlik gösterdiğini ancak araştırmamızda oranların daha düşük olduğunu görmekteyiz. Kadınlara ulaşmada televizyonun ne kadar etkili olduğu görülmektedir. Sağlık personelinin kadınlara, kadınlarında sağlık personeline ulaşımını daha kolay hale getirip, konuyla ilgili eğitimler planlanabilir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %14.8'i kanser hastalığı ile ilgili bilgilerini yeterli bulurken; %84.5'i ise yeterli bulmamıştır. Ayrıca kanser hastalığı ile bilgilerini en çok %73.2'ile doktordan; %48.9 ile televizyondan; %30.6 ile hemşireden öğrenmek istediklerini söylemiştir. Bu sonuçlar kadınlarımızın bilgi düzeylerindeki eksikliğin farkında olduklarını ve bu açığı en çok doktordan yani medya araçları yerine direkt uzman kişilerden öğrenmek istediklerini göstermektedir. Ancak görsel medyanın insanları bilgilendirmedeki yadsınamaz yerini de muhafaza ettiğini görmekteyiz.

Araştırma kapsamına giren kadınlara kanserle ilgili sorulan bilgi soruları, verdikleri cevaplar doğrultusunda puanlandırılmıştır. Her doğru soru için 2.5 puan verilmiştir. Kadınların ortalama 69.9 ± 0.6 bilgi puanı aldığı belirlenmiştir (Tablo 20). Okur-yazar olmayan kadınların ortalama bilgi puanının 67.9 ± 1.8 iken, orta okul ve lise mezunu olan kadınların bilgi puanı 69.6 ± 1.1 ; yüksekokul mezunu kadınların bilgi puanı

ise 74.2 ± 2.1 olarak tesbit edilmiştir. Kadınların aldıkları ortalama bilgi puanları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Kadınların aldıkları puanların medeni durumlarına göre dağılımına baktığımızda; evli olan kadınlar 70.1 ± 0.7 bilgi puanı alırken, bekar olan kadınlar 68.7 ± 1.3 bilgi puanı, boşanmış olan kadınlar ise 83.1 ± 4.7 bilgi puanı almıştır (Tablo 21). Boşanmış olan kadınların yalnızlık duygusu, hastalıklarla tek başına mücadele etme ve kaygı gibi nedenlerden ötürü daha çok sağlıklarına dikkat etmeye çalıştıkları düşünülebilir.

Ev hanımı olan kadınların ortalama bilgi puanı 69.8 ± 0.7 iken; memur olan kadınların bilgi puanı 79.9 ± 2.0 olarak bulunmuştur. Özel sektörde çalışanların ortalama bilgi puanı 64.6 ± 3.6 ; diğer grubunun oluşturduğu emekli ve öğrencilerin bilgi puanı ise 68.6 ± 1.5 'tir. Kadınların mesleki durumları ile aldıkları bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sosyal güvencesi emekli sandığı olanlar kadınların ortalama bilgi puanı 72.6 ± 1.4 iken, sosyal güvencesi yeşil kart olanların puanı 67.1 ± 2.9 , güvencesi SSK olanların bilgi puanı 69.7 ± 0.9 , güvencesi Bağkur olan kadınların bilgi puanı 69.6 ± 1.5 , güvencesi olmayan kadınların bilgi puanı ise 68.7 ± 1.9 olarak bulunmuştur (Tablo 23). Sosyal güvencesi emekli sandığı olan kadınların kendilerinin veya eşlerinin eğitim seviyesinin diğer kadınlara göre yüksek olması ile daha fazla puan aldıkları söylenebilir.

Yaşadıkları konutta sigara içilen kadınların ortalama bilgi puanı 68.7 ± 0.8 iken; yaşadıkları konutta sigara içilmeyen kadınların bilgi puanı ise 71.7 ± 1.0 olarak bulunmuştur. Yaşadıkları konutta sigara içilmeyen kadınların biraz daha bilgili oldukları söylenebilir.

Ailelerinde sağlık personeli olan kadınların bilgi puanı 73.4 ± 1.4 iken; sağlık personeli bulunmayan kadınların puanı 69.2 ± 0.7 bulunmuştur (Tablo 25). Kadınların aldıkları puanlar ile ailelerinde sağlık personeli bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Ailelerinde sağlık personeli bulunan kadınlar daha kolay ulaşabilecekleri bir bilgi kaynakları olduğu için aldıkları puanlarda daha yüksektir.

Ailelerinde kanser hastası olan kadınlar 72.4 ± 1.2 puan; kanser hastası bulunmayan kadınlar 69.4 ± 0.7 puan almıştır. Kadınların ailesinde kanser hastası bulunma durumu ile aldıkları bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

3. Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili tutumlarına ilişkin bulguların tartışılması:

Araştırma kapsamına giren kadınların %68.2'si kanser önlenemez, %19.8'i hayır önlenemez derken, %12'si ise bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir. Okur-yazar olmayan kadınların %51.1'i kanseri önlenemez olarak değerlendirirken, yüksekokul mezunu kadınların %78.4'ü kanser önlenemez bir hastalık olarak bulmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların kansere ilgili tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir.

Kadınların %73.6'sı kanserin tedavi edildiğini söylerken, %19.3'ü hayır tedavi edilemez demiştir. Okur-yazar olmayan kadınların %61.7'si kanseri tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirirken, yüksekokul mezunu kadınların %88.2'si kanseri tedavi edilebilir olarak değerlendirmiştir. Kadınların kanseri tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirme oranları eğitim düzeyleri yükseldikçe arttığı görülmektedir (Tablo 28).

Araştırma kapsamına girenlerin %9.1'i de kanserden erken teşhisle kurtulma şansının arttığını belirtmiştir (Tablo 29). Okur-yazar olmayan kadınların %81.9'u erken teşhis ile kanserden kurtulma şansının artacağını söylerken, ortaokul ve lise mezunu kadınların %97.6'sı erken teşhis ile kurtulma şansının artacağını belirtmiştir. Karadeniz Bölgesinde yapılan bir araştırmada kansere ait erken teşhisin yapılabilirliğine ait sorulan soruda genel olarak 'evet' oranı %72.6 olmuştur. ⁽⁷²⁾ Kadınların çoğunluğunun kanserin erken teşhis edildiğinde tedavi olasılığının daha fazla olduğunu belirtmesi kadınların erken tanının önemi ve kanser tedavisi için yararının farkında olduklarını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %43.3'ü KKMM'ni yaparken; %56.7'si ise KKMM yapmamaktadır (Tablo 31). Ayrıca kadınların %26.7'si KKMM'ni bazen yaparken; her ay düzenli olarak yapanların oranı ise %11.1'dir (Tablo 32). Okur-yazar olmayan kadınların %37.2'si KKMM yaparken, yüksekokul mezunu kadınların %51'i KKMM'ni yaptığını belirtmiştir. Meme kanseri erken tanısında çok önemli bir yeri olan KKMM'nin dünyada ve ülkemizde kadınlar tarafından pek bilinmediği ve yeterince kullanılmadığı birçok çalışmada gösterilmiştir. ⁽⁷⁷⁾ Kadınların eğitim düzeyinin artması ile birlikte meme kanseri taramalarında önemli bir yere sahip olan KKMM yapma oranları da artmakta olduğu gözlenmiştir. Ancak kadınların çoğu tarama yöntemlerinden KKMM hakkında fikir sahibi olmalarına rağmen yaptırmamaları ihmalkârlık ya da konunun öneminin yeterince kavranmaması ile açıklanabilir.

Gaziantep'te yapılan bir çalışmada kadınların KKMM'i bilgileri incelendiğinde %49,8'inin bildiği, %50,2'sinin de bilmediği saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların KKMM'yi uygulamaları incelendiğinde ise, %47,9'unun doğru yaptığı, %52,1'inin hiç yapmadığı belirlenmiştir. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça KKMM'ni yapanların oranının da arttığı saptanmıştır.⁽⁷⁸⁾ Yapılan araştırmanın sonuçları araştırmamızdaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına giren kadınlardan okur-yazar ve ilkokul mezunu kadınların %11.5'i KKMM yapmama nedenini 'bilmiyorum' diye belirtirken, yüksekokul mezunlarından %15.7'si benzer nedenle yapmamaktadır. Okur-yazar olmayan kadınların %37.2'si KKMM yapmama nedenini 'gereksiz buluyorum' diye belirtirken, yüksekokul mezunlarından %25.5'i gereksiz bulduğu için yapmadığını belirtmiştir. Okur-yazar olmayan kadınların %5.3'ü KKMM yapmama nedenini 'ailemde kanser öyküsü yok' diye belirtirken, yüksekokul mezunlarından %2'si ailemde kanser hastalığı öyküsü olmadığı için yapmadığını belirtmiştir (Tablo 33).

KKMM yapma sıklığı değişik çalışmalarda incelenmiştir. 30 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların % 53,7'si KKMM yöntemini bilmekte ancak aynı çalışmanın sonuçlarında ise bu kadınların sadece %39,0'unun KKMM uyguladığı belirtilmektedir. KKMM ülkelere göre incelendiğinde Arabistan da %12,7 ; Brezilya Goianiya da %51,0 ; Çin de % 53,2 ; New York ta % 34,0 ; Vietnam da %55,0'i KKMM yapmaktadır.⁽⁷⁷⁾

Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde meme kanserinin saptanması için ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkin bir yöntemdir. Meme kanseri olgularında memedeki kitlenin ilk önce kadının kendisi tarafından fark edildiği dikkate alındığında, KKMM'sinin meme kanserinin erken tanısı için etkin bir yöntem olduğu söylenebilir.^{(77) (78)}

Bu çalışmada KKMM oranının çok düşük olarak elde edilmesi, kanser konusunda hastalık bilinçlendirmesine ne kadar ihtiyaç olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Malatya il merkezinde yapılan bu araştırmanın kapsamına 18 yaş ve üzerindeki 575 kadın girmiş olup, kadınların ortalama yaşı 35.7 ± 0.5 yıldır.

Araştırma kapsamına girenlerin %27.8'i ilkokulu bitirmemiş, %33.9'u ilkokul mezunu, %38.3'ü orta ve üzeri okul mezunudur. Araştırma kapsamına giren kadınların büyük çoğunluğu ev hanımıdır. Diğer kadınların %5.6'sı memur, %8'i serbest meslek, %15'i diğer grubunun oluşturduğu hala öğrenci olanlar, emekliler ve mezun durumda olup çalışmayanlardır. Araştırma kapsamına giren kadınların %69.7'si evlidir. Araştırma kapsamına giren kadınların %49.7'si SSK, %18.3'ü emekli sandığı, %12.9'u bağkur, %7.3'ü yeşil kart, %11.7'sinin ise güvencesi yoktur.

Araştırma kapsamına giren kadınların %20.2'si betonarme müstakil evlerde, %69.4 'ü ise apartmanda yaşamaktadır. Kadınların yarısına yakın bir kısmı üç odalı, yarısına yakın bir kısmı da dört ve daha fazla oda sayısı olan evlerde yaşamaktadır. Kadınların hemen hemen hepsinin tuvalet, içme suyu ve banyosu yaşadıkları konutun içerisinde. Araştırma kapsamına giren kadınlar yaşadıkları konutlarda içme suyunu %94.3'ü şehir şebekesinden temin etmektedir. Araştırma kapsamına giren kadınların %15.1'i yaşadıkları konutta doğal gaz ile ısınırken, %81'i odun-kömür kullanmaktadır.

Araştırma kapsamına giren kadınların %60.5'inin yaşadığı konutta sigara içilmektedir. Kadınların %15.7'sinin ailesinde sağlık personeli; %18.1'inin ailesinde ise kanser hastalığına yakalanan olmuştur.

Araştırma kapsamına giren kadınların %95.1'i sigara kansere sebep olur demiştir. %89.9'u alkol, %84.7'si hormonlu gıdalar, %83'ü radyasyon, %79.7'si stres, %76'sı çevre, %68'i kalıtım ve %28'i yaşlılığın kansere sebep olduğunu belirtmiştir. Kadınlar kansere sebep olabilecek faktörlerin çoğu hakkında bilgiye sahipler.

Araştırma kapsamına giren kadınların %67.3'ü vücudun herhangi bir yerinde şişlik olmasını, %71.3'ü iyileşmeyen ya da geç iyileşen yaraları, %72.9'u ben ve siğillerde görünüm değişikliğini, %74.8'i olağan dışı kanamaları, %61'i yutma güçlüğü, %57.9'u ishal ve kabızlığın birbirini takibini, %72.5'i sürekli öksürük ve ses kısıklığını kanser belirtisi olarak nitelendirmiştir.

Araştırma kapsamına giren kadınların tamamına yakını mamografiyi, yarısından fazlası gaitada gizli kan bakılmasını, $\frac{3}{4}$ 'ü KKMM'ni, büyük çoğunluğu ise Pap testini ve akciğer filmi çektirmeyi erken teşhis için yapılacak tarama yöntemleri arasında belirtmiştir. Kadınların %27.8'i 40 yaşından sonra mamografinin düzenli olarak yapılmasını, %37.6'sı mamografinin yılda bir kez yapılması gerektiğini belirtmiştir. Kadınların %38.4'ü rahim kanseri için taramaların kaç yaşından sonra yapılması gerektiğini bildiğini söylemiştir. Kadınlarda en sık görülen kanser türü olarak bilinen meme kanseri hakkında kadınlar yeterli bilgiye sahip olmamakla beraber; meme kanserini erken teşhis edecek tarama yöntemlerinin ne sıklıkla ve kaç yaşından sonra yapmaları gerektiği konusunda da bilgi eksiklikleri bulunmaktadır.

Araştırma kapsamına girenlerin sadece $\frac{1}{4}$ 'i radyoterapi, cerrahi ve kemoterapi gibi yöntemlerinin hepsinin kanser tedavisinde kullanıldığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına giren kadınların tamamına yakını kanserden korunmak için sigara ve alkol alınmamasını, büyük çoğunluğu da sebze-meyveyi fazla tüketmek, A ve C vitamini içeren yiyecekleri daha çok tüketmek, güneş ışını altında fazla kalmamayı alabilecek önlemler arasında saymıştır.

Kanser hastalığı ile ilgili bilgi kaynaklarına bakıldığında; en fazla televizyondan, ikinci olarak doktordan, sonrada akraba ve komşularından öğrenmişlerdir. Büyük çoğunluğu bilgilerini yeterli bulmazken; bilgi almak istedikleri kaynakları ilk sırada doktor, ikinci sırada televizyon, sonrasında da hemşireler şeklinde sıralanmıştır.

Kanserin sebepleri, belirtileri ve tarama yöntemleri hakkında bir fikir sahibi oldukları halde özellikle tarama yöntemlerine başvurmada (KKMM yapan kadın oranı%43.3) yetersiz oldukları saptanmıştır. Kanser tedavi yöntemleri konusunda bilgi eksiklikleri olduğu saptanmıştır. Kanserden korunma da alınabilecek önlemleri bildikleri halde tutum ve uygulama konusuna yeterince dikkat etmedikleri tespit edilmiştir. Büyük çoğunluğu sigara kansere sebep olur derken her 10 ailenin 6'sında sigara içilmektedir.

Araştırma kapsamına giren kadınların çoğunluğunu oluşturan ev hanımları için televizyon çok takip edilen bir iletişim aracıdır. En çok televizyon aracılığıyla kanserle ilgili bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Ancak en çok doktorlardan bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Kadınların ortalama 69 ± 0.6 puan aldığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça kadınların aldıkları puanlarda artmıştır. Çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre aldıkları puanlar daha yüksektir. Ailesinde sağlık personeli ve ailesinde kansere yakalanan kadınların aldıkları puanlarda diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına giren kadınların %68.2'si kanser önlenabilir; %73.6'sı kanser tedavi edilebilir; %91'i de kanserden erken teşhisle kurtulma şansının arttığını ifade etmiştir. Kadınların kanserle ilgili tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %43.3'ü KKMM'ni yaparken; %56.7'si ise KKMM yapmamaktadır. KKMM yapanların ise sadece %11.1'i her ay düzenli olarak yapmaktadır. Yapmayanlar ise en çok şikâyetleri olmadığı için gereksiz bulduklarını ifade etmiştir. Kadınların kanserle ilgili tutumlarını uygulamaya dönüştürme konusunda eksiklikler olduğu gözle çarpılmaktadır.

Kanser bilincine göre yapılan değerlendirmede, anket yapılan kişilerin bu konudaki bilgilerinin genel olarak yeterli seviyede olmadığı söylenebilir. Bilinçli bir toplumda, böyle bir hastalığa ait doğru bilgi ve bilinç düzeylerinin çok daha yüksek olması, kanserden korunma yöntemlerinin daha iyi bilinmesi sonucunu getirecektir.

Saptamış olduğumuz bulgular doğrultusunda aşağıda belirtilen öneriler geliştirilmiştir.

1. Evde sigara içilmesinin önlenmesine ilişkin eğitim programları düzenlenmelidir.
2. Kadınlara yönelik eğitim programları, kendi kendine meme muayenesinin önemi ve pratiğini içerecek şekilde verilmelidir.
3. Kadınlara verilen eğitimlerde kanserlerin erken belirtileri konusunda bilgiye ilaveten becerileride kapsayacak programlar düzenlenmesi uygun olacaktır.
4. Tüm topluma yönelik kanser konusunda eğitim planlamalı ve uygulanmalıdır. Verilecek eğitim programlarında bölge halkının eğitim düzeyleri dikkate alınmalıdır.

5. İlköğretim müfredatından başlanarak her dönemde öğrencilere kanserin önlenabilirliği, tedavi edilebilirliği ve erken teşhisin önemi hakkında sağlık eğitimleri verilmelidir.
6. Kadınların kanserle ilgili bilgi sahibi oldukları kaynakların başında medyanın gelmesi ve çok geniş kitlelere hitap etmesi nedeniyle, sağlık profesyonelleri medyayı daha doğru ve etkin bir şekilde kullanmalıdır.
7. Kadınların konuyla ilgili yapabileceklerinin farkındalığı artırılmalı, düzenli aralıklarla taramaları yapma sorumluluğu kazandırılmalıdır.
8. Koruyucu eğitim çalışmalarına daha çok önem verilmeli, yazılı ve görsel kitle iletişim araçları ile bu çalışmalar desteklenmelidir.
9. Kanser erken teşhis merkezlerinin sayısı artırılmalı, tüm toplumun bu birimlere ulaşabilirliği sağlanmalıdır.
10. Sağlık personelinin kanserden korunmada önemi büyük olup, her fırsatta kadınlara kanserle ilgili eğitim vermeleri konusunda duyarlı hale getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. 18 Mart 2007. <http://www.turkcancer.org/>.
2. Garcia, M. Jemal, A. Ward, EM. Center, MM. Hao, Y. Siegel, RL. Thun, MJ. (2007) *Global Cancer Fact & Figures 2007*.Atlanta: American Cancer Society.
3. What Is Cancer? 20 Şubat 2007. World Health Organization. <http://www.who.int/en/>.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı ile Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını. (1992). *Klinik Onkoloji*. Ankara.
5. Kushi, LH. Byers, T. Doyle, C. Bandera, EV. (2006). *President's Cancer Panel 2006-2007 Annual Report*. A Cancer Journal for Clinicians. 56, 254-281.
6. Global Action Against Cancer. (2003). 25 Şubat 2007. World Health Organization and International Against Cancer. <http://www.who.int/en/>.
7. Mackay, J. Jemal, A. Lee, N. Parkin, M. (2006). *The Global Cancer Atlas Online*. Centers for Disease and Control Prevention.
8. *Modifiable Risk Factors Still Major Cause of Cancer Deaths Worldwide*. (2006). A Cancer Journal for Clinicians. <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/56/2/64>
9. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures*.(2007). Atlanta: American Cancer Society.
10. Tıbbi Onkoloji Derneği. 12 Temmuz 2007. <http://www.kanser.org/>
11. Vainio, H. Magee, PN. McGregor, DB. McMichael, AJ. (1992). *Mechanisms of Carcinogenesis in Risk Identification*. Lyon: IARC Press.
12. Report of a WHO Consultation. (2003). *Strategies to Improve and Strengthen Cancer Control Programmes in Europe*. WHO. Geneva.
13. Fırat, D. Çelik, İ. (1998). *Cancer Statistics in Turkey and in The World (1993-1995)*.Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. Ankara.

14. Parkin, DM. Pisani, P. Ferlay, J. (1999). Estimates of The Worldwide Incidence of Major Cancers in 1990. *International Journal of Cancer*, 80, 827-841.
15. Pisani, P. Parkin, DM. Ferlay, J. (1999). Estimates of The Worldwide Incidence of Major Cancers in 1990. *International Journal of Cancer*, 83, 18-29.
16. Bray, F. Sankila, R. Ferlay, J. Parkin, DM. (2002). Estimates of Cancer Incidence and Mortality in Europe in 1995. *Europe Journal of Cancer*, 38, 99-166.
17. Parkin, DM. (2001). Global Cancer Statistics in The Year 2000. *Lancet Oncology*, 2, 533-543.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.(2002). *Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999)*.Ankara.
19. Şengelen, M.(2002). *Türkiye’de Kanser İstatistikleri*. Kanser Epidemiyolojisi Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
20. Jimbo, M. Nease, D. Ruffin, M. Rana, G. (2006). Information Technology and Cancer Prevention. *A Cancer Journal for Clinicians*. 56, 26-36.
21. Jemal, A. Siegel, R. Ward, E. Murray, T. Xu, J. Thun, M. (2007). Cancer Statistics, 2007. *A Cancer Journal For Clinicians*. 57, 43-66.
22. *Women’s Health Report, Fiscal Years 2005–2006*. 10 Aralık 2007.
<http://women.cancer.gov/planning/whr0506/>. National Cancer Institute.
23. Kogevinas, M. Pearce, N. Susser, M. Boffetta, P. (1997). *Social Inequalities and Cancer*. Lyon:International Agency For Research on Cancer.
24. Doll, R. Peto, R. (1981).*The Causes of Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
25. American Cancer Society. *Cancer Prevention&Early Detection Facts & Figures*. (2007). Atlanta: American Cancer Society.
26. Ezzati, M. Lopez, AD. (2003). Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000. *Lancet*. 362, 847-852.
27. International Agency for Research on Cancer World Cancer Report. (2003). Lyon: IARC Press.
28. Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Annual Smoking Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses – United States, 1997-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 54(25), 625-628.
29. US Department of Health and Human Services. *Women and Smoking: A Report of The Surgeon General*. (2001). Atlanta
30. Ergüder, T. Soydal, T. Uğurlu, M. Çakır, B. Warren, W. (2003). *Küresel Gençlik Tütün Araştırması, Türkiye*.

31. Bueno Mesquita, HB. Ferrari, P. Riboli, E. On Behalf of EPIC. (2002). *Plant Foods and The Risk Of Colorectal Cancer in Europe: Preliminary Findings*. Riboli, E. Lambert, R. *Nutrition and Lifestyle: Opportunities for Cancer Prevention*. Lyon: IARC Press.
32. International Agency for Research on Cancer. (2003). *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Fruits and Vegetables*. Lyon, France: IARC Press.
33. Palli, D. (2000). Epidemiology of Gastric Cancer: An Evaluation of Available Evidence. *Journal Gastroenterol.* 12,84-89.
34. Norat, T. Lukanova, A. Ferrari, P. Riboli, E. (2002). Meat Consumption and Colorectal Cancer Risk. *International Journal of Cancer.* 98,241-256.
35. Mokdad, A. Ford, E. Bowman, B. (2003). Prevalence of Obesity, Diabetes and Obesity-related Health Risk Factors, 2001. *JAMA.* 289, 76-79.
36. Calle, E. Rodriguez, D. Walker-Thurmond, K. Thun, M. (2003). Overweight, Obesity and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of US Adults. *New England Journal of Medicine.* 348,1625-1638.
37. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2004 with Chartbook on Trends in the Health of Americans*. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
38. IARC. (1988). Alcohol Drinking (*IARC Monographs on The Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*). Lyon: IARC Press.
39. Harvard Center for Cancer Prevention.(1996).Harvard Report on Cancer Prevention. Causes of Human Cancer.Occupation. *Cancer Causes Control.* 1,19-22.
40. Harvard Center for Cancer Prevention.(1996).Harvard Report on Cancer Prevention. *Causes of Human Cancer*. Environmental Pollution. *Cancer Causes Control*, 1,37-38.
41. Vainio, H. Miller, AB. Bianchini, F. (2000). An International Evaluation of The Cancer-Preventive Potential of Sunscreens. *International Journal of Cancer.* 88, 838-842.
42. Pisani, P. Parkin, DM. Muhoj, N. Ferlay, J.(1997) Cancer and Infection: Estimates of The Attributable Fraction in1990. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention.* 6, 387-400.
43. Chey, WD. (1999). Helicobacter Pylori. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2, 171-182.

44. IARC. (1998). *Hormonal Contraception and Postmenopausal Hormonal Therapy* (IARC Monographs on The Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans). Lyon: IARC Press.
45. IARC. (1996). *Some Pharmaceutical Drugs* (IARC Monographs on The Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans). Lyon: IARC Press.
46. *Kanser Nedir?* 16 Aralık 2007. <http://www.bilkent.edu.tr>.
47. Smith, RA. Cokkinides, V. Eyre, HJ. (2003). American Cancer Society Guidelines for The Early Detection of Cancer. *Cancer Journal For Clinicians*. 53, 27-43.
48. Smith, RA. Saslow, D. Sawyer, KA. et al. (2003). American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening. *Cancer Journal for Clinicians*. 53,141-169
49. Ries , Lag. Harkins, D. Krapcho, M. (2006). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2003. National Cancer Institute.
50. American Cancer Society. Cervical Cancer: Can Cancer of The Cervix be Prevented? 22 Temmuz 2007. <http://www.cancer.org>.
51. Pignone, M. Rich, M. Teustsch, S. Berg, AO. Lohr, KN. (2002). Screening for Colorectal Cancer in Adults at Average Risk: a Summary of The Evidence for The US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*.137, 132-141.
52. Meissner, HI. Breen, N. Klabunde, CN. Vernon, SW. (2006). Patterns of Colorectal Cancer Screening Uptake Among Men and Women in The US. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*.15, 389-394.
53. National Cancer Institute. International Cancer Screening Network. *Age-Adjusted Annual Breast Cancer Mortality Rates for 2002 for 28 Countries* .<http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/breast/mortality.html>.
54. Althuis, MD. Dozier, JD. WF A, et al. Global Trends in Breast Cancer Incidence and Mortality 1973-1997. *Int J Epidemiol*.2005;34:405-412.
55. American Cancer Society. (2007).Breast Cancer Facts and Figures 2007-2008. Atlanta: American Cancer Society.
56. National Cancer Institute. *Genetics of Breast and Ovarian Cancer*. 25 Kasım 2007. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/genetics/breast-and-ovarian>.
57. Antoniou, A. Pharoah, PD. Narod, S. et al. (2003). Average Risks of Breast and Ovarian Cancer Associated With BRCA1 or BRCA2 Mutations Detected in Case

- series Unselected for Family History: a Combined Analysis of 22 Studies. *Am J Hum Genet.* 72,1117-1130.
58. Jemal, A. Siegel, R. Ward, E. et al. (2006). Cancer Statistics, 2006. *Cancer Journal For Clinicians.* 56,106-130.
59. WHO. Comprehensive Cervical Cancer Control A Guide to Essential Practice. 5 Kasım 2007. <http://www.who.int.reproductive-health/publications/>
60. Parkin, DM. Bray, F. (2006). *International Patterns of Cancer Incidence and Mortality.* In: Schottenfeld, D. Fraumeni Jr Jf, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention.* New York: Oxford University Pres.
61. Rozen, P. Pignone, M. Crespi, M. et al.(2005). Workgroup V: Professional Education and Advocay. *UICC Internation Workshop on Facilitating Screening for Colorectal Cancer.* Oslo, Norway.
62. Mackay, J. Eriksen, M. Shafey, O. (2006). *The Tobacco Atlas.* 2nd Edition. Atlanta: American Cancer Society.
63. Matakidou, A. Eisen, T. Houlston, RS. (2005). Systematic Review of The Relationship Between Family History and Lung Cancer Risk. *British Journal of Cancer.* 93,825-833.
64. Lee, JK. Inoue, M. Otani, T. Iwasaki, M. Sasazuki, S. Tsugane, S. (2006). Gastric Cancer Screening and Subsequent Risk of Gastric Cancer. *Int J Cancer.* 118, 2315-2321.
65. WHO. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Management Guidelines .* Geneva: WHO.
66. WHO: (2007). *Cancer Control Knowledge in to Action WHO Guide for Effective Programmes Palliative Care.* Geneva: WHO.
67. Çiledağ, F. (2007). *Malatya Merkez İlçede Yaşayan Bireylerde Boyun, Sırt ve Bel Ağrısı Prevelansları ve Etkileyen Faktörler.* Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.
68. *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2007 Sonuçları.* 5 Mart 2007. <http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/adnks>. Türkiye İstatistik Kurumu.
69. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2003. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003. 3 Nisan 2008.
70. Çalışkan D, Erçevik E., İdil A. (2003). Ankarada Park sağlık Ocağında Kayıtlı Olan 15 Yaş Üstü Kişilerin Son Bir Ayda Sağlık Sorunu İle Karşılaşma ve Sağlık

Kurumuna Başvurma Durumları. *Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Mecmuası*.56, 59-66.

71. Doğalgaz Kullanımı. 5 Mayıs 2008. wowturkey.com/forum/viewtopic .

72. Yücel U. (2006). Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

73. Ergüder T., Soydal T., Uğurlu M., Çakır B., Warren W. (2003). Küresel Gençlik Tütün Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı.

74. Türkdemir A.H. (2003). Meme ve Serviks Kanserlerinde Risk Gruplarının Saptanması. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

75. Ozan Y.D. (2007). Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15–65 Yas Arası Kadınların, Meme Ve Serviks Kanserinden Korunma İle İlgili Bilgi Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Diyarbakır.

76. Parlar S., Bozkurt A., Ovayolu N. (2004). AÇSAP Merkezine Başvuran Kadınlarda KKMM İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışların Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*.14, 53-58.

77. Çevik C., Akbulut G., Erkal S. (2005). Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Kitlenin Fark Edilmesine Etkisi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 44-49.

78. Güner İ.Ç., Tetik A., Gönener D. (2007). Kadınların KKMM İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 55-60.

EK 1: ANKET FORMU

Sevgili Hanımlar;
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışmada, aşağıdaki sorular kanserle ilgili bilgi düzeyinizi değerlendirmek için yöneltilmiştir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyup size en uygun cevabı işaretleyiniz. Verdiğiniz doğru cevaplar araştırmanın güvenilirliğini artıracaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Adınız-Soyadınız:
Yaşınız:
Sağlık Ocağı Bölgesi:
Mahalle/Sağlık Evi:

1-Eğitim Durumunuz:

Okur-yazar değil ()
Okur-yazar ()
İlkokul Mezunu ()
Ortaokul Mezunu ()
Lise Mezunu ()
Yüksekokul Mezunu ()

2- Medeni haliniz:

Evli ()
Bekar ()
Dul ()
Boşanmış ()

3-Mesleğiniz:

Ev hanımı ()
Devlet memuru ()
Serbest meslek ()
Diğer (.....)Belirtiniz

4-Sosyal Güvenceniz nedir?

- a) Emekli Sandığı
- b) SSK
- c) Bağkur
- d) Yeşil Kart
- e) Güvence Yok

5-Oturmakta olduğunuz konut tipi aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- Müstakil Ev (ahşap) : ()
Müstakil Ev (betonarme) : ()
Apartman dairesi : ()

6-Evin kaç odası vardır? (Salon dahil)

- a) 1 oda
b) 2 oda
c) 3 oda
d) 4 oda

7-Aşağıda yazılanların evin içinde mi yoksa dışında mı bulunduğunu söyler misiniz?

	<u>Evin İçinde</u>	<u>Evin Dışında</u>
Tuvalet	()	()
Banyo	()	()
Su	()	()

8- Evdeki mutfağın durumu için aşağıdakilerden hangisi uygun seçenektir?

- a) Evin dışında
b) Evin içinde ayrı oda şeklinde, bağımsız
c) Evin içinde ayrı oda şeklinde değil

9-Suyunuzu çoğunlukla nereden temin ediyorsunuz?

- a) şehir şebekesinden
b) Kuyudan
c) Damacana, pet şişe
d) Diğer (belirtiniz)

10-Evde ne ile ısıtıyorsunuz? Birden çok ısıtıcı kullanılıyorsa fazla seçenek işaretlebilir.

- a) Soba
b) Tüp gazlı ısıtıcı
c) Elektrikli ısıtıcı
d) Kalorifer(merkezi ısıtma)
e) Kat kaloriferi

11-Isınmak için ne tür yakıt kullanıyorsunuz?

- a) Fuel-oil
b) Odun- Kömür
c) Doğal gaz
d) Diğer (belirtiniz).....

12-Evde yaşayanların içinde sigara içen var mı? Varsa kaç kişi olduğunu belirtiniz.

Evet () kişi
Hayır ()

13- Aşağıda sayacaklarımdan hangisi ya da hangileri evinizin çevresinde bulunmaktadır?

	<u>Var</u>	<u>Yok</u>	<u>Bilmiyorum</u>
Çevrede fabrika varlığı	()	()	()
Çevrede baz istasyonu	()	()	()
Çevrede yüksek gerilim hattı	()	()	()

14-Ailede sağlık personeli var mı?

Evet ()
Hayır ()

15-Ailede kanser hastalığına yakalanan oldu mu?

Evet ()
Hayır ()

16-Sizce kanser önlenbilir bir hastalık mı?

Evet ()
Hayır ()
Bilmiyorum ()

17-Sizce kanserin tedavisi var mı?

Evet ()
Hayır ()
Bilmiyorum ()

18-Erken teşhis ile kanserden kurtulabilme şansı artırılabilir mi?

Evet ()
Hayır ()
Bilmiyorum ()

19-Kadınlarda en sık görülen kanser hangisidir?

Meme kanseri ()
Akciğer kanseri ()
Mide kanseri ()
Rahim kanseri ()

20-Erkeklerde en sık görülen kanser hangisidir?

- Akciğer kanseri ()
Mide-bağırsak kanseri ()
Gırtlak kanseri ()
Prostat kanseri ()

21-Aşağıdakilerden hangisi kanser hastalığına sebep olabilir?

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>	<u>Bilmiyorum</u>
Stres	()	()	()
Sigara	()	()	()
Yanlış Beslenme	()	()	()
Hormonlu Gıdalar	()	()	()
Çevre Kirliliği	()	()	()
Alkol	()	()	()
Şişmanlık	()	()	()
Radyasyon	()	()	()
Güneş ışınları	()	()	()
Kalıtım	()	()	()
Yaşlılık	()	()	()

22-Aşağıda verilenlerden hangileri sizce kanser hastalığının belirtisi olabilir?

	<u>Olabilir</u>	<u>Olamaz</u>	<u>Bilmiyorum</u>
Vücudun herhangi bir yerinde şişlik	()	()	()
İyileşmeyen veya geç iyileşen yaralar	()	()	()
Ben ve siğillerde görünüm değişikliği	()	()	()
Olağan dışı kanamalar	()	()	()
Yutma güçlüğü	()	()	()
Sürekli öksürük ve ses kısıklığı	()	()	()
İshal ve kabızlığın nedensiz birbirini takibi	()	()	()
Halsizlik, iştahsızlık, aşırı kilo kaybı	()	()	()

23-Aşağıdakilerden hangisi erken teşhis için yapacağımız tarama yöntemlerinden uygun olanıdır?

	<u>Evet</u>		<u>Hayır</u>
<u>Bilmiyor</u>			
Akciğer filmi	()	()	()
Mamografi	()	()	()
Rahim ağzından örnek aldirmek	()	()	()
Kendi kendine meme muayenesi yaptırmak	()	()	()
Dışkıda kan aranması	()	()	()
Beyin tomografisi çektirmek	()	()	()

24-Meme kanseri hangi yaş grubunda daha sık görülür?

- a) Her yaştaki kadınlarda
- b) 20-30 yaş arası kadınlarda
- c) 30-40 yaş arası kadınlarda
- d) 40 yaşından sonra

25-Kimler kendi kendine meme muayenesi yapmalı?

- a) Yetişkin tüm kadınlar
- b) 40 yaşından sonra her kadın
- c) Ailesinde meme kanseri olanlar
- d) Şikayeti olanlar

26-Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

- Evet ()
- Hayır ()

27-Cevabınız 'evet' ise ne sıklıkta yapıyorsunuz?

- Bir kez yaptım ()
- Bazen yapıyorum ()
- Düzenli olarak her ay yapıyorum ()

28-Cevabınız 'hayır' ise neden yapmadığınızı yazınız?

- a) Nasıl yapıldığını bilmiyorum
- b) Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum
- c) Ailemde meme kanseri olmadığı için
- d) Diğer....

29-Mamografi kaç yaşından sonra düzenli olarak yapılmalıdır?

- a) 20-25 yaşından sonra
- b) 30 yaşından sonra
- c) 30-40 yaşından sonra
- d) 40 yaşından sonra

30-Mamografi hangi aralıklarla yapılmalıdır?

- a) 6 ayda bir
- b) Yılda bir
- c) İki yılda bir
- d) Beş yılda bir

31-Rahim kanseri için taramaların kaç yaşından sonra yapılması gerektiğini biliyor musunuz?

Evet, biliyorum.....yaşından sonra yapılmalıdır.
Hayır, bilmiyorum ()

32-Aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri kanser tedavi yöntemlerindendir?

- a) Radyoterapi(ışın)
- b) Cerrahi(ameliyat)
- c) İlaç tedavisi
- d) Diğer(belirtiniz)

33-Aşağıda verilenlerden hangisi ya da hangileri kanserden korunmak için alınabilecek önlemler arasındadır?

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>	<u>Bilmiyorum</u>
Sebze- meyve tüketiminin fazla olması	()	()	()
Fazla kiloların önlenmesi	()	()	()
A ve C vitamini içeren yiyeceklerin tüketilmesi	()	()	()
Sigara içilmemesi	()	()	()
Fazla alkol alınmaması	()	()	()
Güneş ışını altında fazla kalınmaması	()	()	()

34-Kanser hastalığı ile ilgili bilgilerinizi nereden öğrendiniz? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- a) Televizyon
- b) Kanser hastası olan birinden
- c) Gazete, dergi
- d) Komşu/akraba/arkadaş
- e) Doktor
- f) Ebe, hemşire, sağlık memuru

35-Kanser hastalığı ile ilgili bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?

Evet ()
Hayır ()

36-Kanser hastalığı ile ilgili bilgilerinizi en çok nereden öğrenmek istersiniz? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- a) Gazete, dergi
- b) Televizyon
- c) Okul
- d) Afiş/broşür
- e) Doktor
- f) Hemşire, ebe, sağlık memuru

ÖZGEÇMİŞ

15 Aralık 1981'de Malatya'da doğdum. İlköğretim, ortaöğretim ve liseyi Malatya'da tamamladım.1999 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu bölümünü kazandım. 2004 yılında lisans eğitimimi tamamlayarak mezun oldum. 2006 yılında İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında yüksek lisansa başladım. Malatya Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalışmaktayım.