



T.C.

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KANSER TARAMA  
DAVRANIŞLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**REZZAN ÇAKMAK**

**EYLÜL, 2016**

**MUĞLA**



T.C.

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KANSER TARAMA  
DAVRANIŞLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

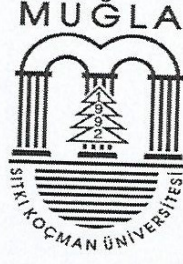
**REZZAN ÇAKMAK**

**YRD. DOÇ. DR. GÜNGÖR GÜLER**

**Bu araştırma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri  
Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.**

**EYLÜL, 2016**

**MUĞLA**



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KANSER TARAMA DAVRANIŞLARI

REZZAN ÇAKMAK

Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 28.09.2016

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 19.09.2016

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Güngör GÜLER

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nuran GÜLER

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Adile TÜMER

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

EYLÜL, 2016

MUĞLA

## TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 19.09.2016 tarih ve 59/09 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, **Hemşirelik** Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Rezzan ÇAKMAK'ın "**Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları**" adlı tezini incelemiş ve aday 19.09.2016 tarihinde saat 13:30 da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine **Oy Birliği** ile karar verildi.

Yrd. Doç. Dr. Güngör GÜLER  
Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nuran GÜLER  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Adile TÜMER  
Üye

## YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık alışanlarında Kanser Tarama Davranışları” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı dūřecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gōsterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

28/09/2016

REZZAN ÇAKMAK



**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**  
**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

**YAZARIN** **MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.**

**Soyadı :**ÇAKMAK

**Adı :** REZZAN

**Kayıt No: 10125970**

**TEZİN ADI**

**Türkçe :** Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları

**Y. Dil :** Cancer Screening Behaviors in Health Care Workers

**TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans**

**Doktora**

**Sanatta Yeterlilik**

**(X)**

**O**

**O**

**TEZİN KABUL EDİLDİĞİ**

**Üniversite :** Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

**Fakülte :** Hemşirelik Fakültesi

**Enstitü :** Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Diğer Kuruluşlar:**

**Tarih :** 19.09.2016

**TEZ YAYINLANMIŞSA**

**Yayınlayan :**

**Basım Yeri :**

**Basım Tarihi :**

**ISBN :**

**TEZ YÖNETİCİSİNİN**

**Soyadı, Adı :** GÜLER, GÜNGÖR

**Ünvanı :** Yard. Doç. Dr.



TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI:136

**TEZİN KONUSU (KONULARI) :**

- 1.Meme, serviks ve kolorektal kanser
- 2.Kanser tarama standartları
- 3.Kadın sağlık çalışanlarında kanser tarama davranışları

**TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :**

1. Kanser tarama davranışları
- 2.Meme kanseri
- 3.Serviks kanseri
4. Kolon kanseri
5. Kadın sağlık çalışanları

**Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.**

**İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'u kullanınız.**

- 1.Cancer screening behaviors
- 2.Breast cancer
- 3.Servical cancer
4. Colorectal cancer
5. Female health care workers

**Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.**

- 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum
- 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir (X)
- 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası :



Tarih : 28/09/2016

## ÖZET

Araştırma Muğla ilinin Marmaris ilçesinde Marmaris Devlet Hastanesi, Özel Ahu Hastanesi ve Özel Marmaris Yücelen Hastanesi'nde çalışan kadın sağlık çalışanlarının kanser tarama davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya 230 kadın sağlık çalışanından 200 kişi gönüllü olarak katılmıştır. Kanser tarama davranışlarını belirlemek amacıyla literatür taramasından yararlanılarak oluşturulmuş anket formu kullanılmıştır. Anket formu 17'si sosyodemografik verileri, 33'ü kanser tarama davranışlarını belirlemeye yönelik 50 sorudan oluşmaktadır. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin yüzdeler, ortalama değerleri hesaplanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla Ki-kare testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının yaş ortalamaları 35.9' dur. Çalışanların % 49.5' i hemşire, % 16'sı ebe, % 7.5'i doktor ve % 27'si diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışmada 20 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının % 75.6'sının kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yaptığı, % 31'inin klinik meme muayenesi (KMM) yaptırdığı, 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının % 55.1'inin mamografi çektiği belirlenmiştir. Otuz yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının % 58.8' inin pap-smear testi yaptırdığı, % 9.2'sinin human papilloma virüs (HPV) testi yaptırdığı tespit edilmiştir. Çalışanlardan 50 yaş ve üzeri grupta olanların % 16.7' sinin gaitada gizli kan (GGK) testi yaptırdığı, yine 50 yaş ve üzeri olanlarda kolonoskopi yaptıran sağlık çalışanının olmadığı ortaya çıkmıştır.

Yirmi yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarından en fazla ebelerin (% 90.6) KKMM yaptığı ( $p<0.05$ ), çalışma yılına göre 21 yıl ve üzeri çalışanların ve medeni duruma göre dul/boşanmış olanların daha fazla KKMM yaptığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yirmi yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarından en fazla ebelerin (% 43.8) KMM yaptırdığı ( $p>0.05$ ), çalışma yılına göre, 21 yıl ve üzeri çalışanların (% 59.6), medeni duruma göre dul/boşanmış olanların, çocuk sahibi olma durumuna göre de çocuğu olanların daha fazla KMM yaptırdığı ortaya çıkmıştır.



( $p<0.05$ ). Kırk yaş ve üzeri çalışanlardan en fazla ebelerin (% 73.7) mamografi yaptırdığı ( $p>0.05$ ), çalışma yılına göre, 21 yıl ve üzeri çalışanların (% 64.7) ( $p<0.05$ ) ve medeni duruma göre bekarların çoğunlukla mamografi yaptırdığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Otuz yaş ve üzeri çalışanlardan hemşirelerin ve medeni duruma göre de evlilerin çoğunlukla pap-smear testi yaptırdığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Çalışma yılına göre 1-5 yıl çalışma süresi olanların daha fazla pap-smear test yaptırdığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Otuz yaş ve üzeri çalışanlardan en fazla doktorların HPV testi yaptırdığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Çalışanlardan 1-5 yıl çalışma süresi olanların ve bekar olanların çoğunlukla HPV testi yaptırdığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Araştırma sonucunda kadın sağlık çalışanlarının KKMM yapma dışındaki kanser tarama davranışlarının oranı düşük bulunmuştur. Çalışanların meme, serviks ve kolorektal kanser erken tanı uygulama yöntemleri konusunda eksikliklerinin eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle desteklenmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser tarama davranışları, meme kanseri, serviks kanseri, kolon kanseri, kadın sağlık çalışanları.

## ABSTRACT

The research carried out to investigate the cancer screening behaviors of female health care workers in the The Marmaris State Hospital, The Private Ahu Hospital and The Private Yücelen Hospitalin Marmaris district of Muğla.

For research 200 of 230 female health care workers participated voluntarily. Questionnaire that was derived as a result of reviewing the literature was used to determine the cancer screening behaviors. Questionnaire has 50 questions that consists 17 questions for sociodemographic data and 33 questions to determine cancer screening behaviors. Data were collected by face to face interview by researcher. For the statistical calculations SPSS 20.0 was used. The obtained data percentages, average values are calculated. Chi-square test was used to determine the relationship between variables.

The average age of female health care workers who attended to the survey was 35.9. 49.5 % of them were nurses, 16 % of them were midwives, 7.5 % of them were doctors and 27 % of them occurred other health professionals. When 20 years and over female health care workers surveyed cancer screening behavior were investigated, performance rate of breast self examination was 75.6 % (n=197), performance rate of clinical breast examination was 31 % (n=197). 55.1 % (n=69) of 40 years and over female health care workers had mammography. 58.8 % (n=153) of 30 years and over female health care workers had pap-smear test and 9.2 % (n=153) of them had HPV test. 16.7 % (n=12) of 50 years and over female health care workers had fecal occult blood test and none of them (n=12) had colonoscopy.

It was determined that according to the professions of 20 years and over female health care workers, the midwives (90.6 %) had the breast self examination mostly ( $p<0.05$ ), according to work experience of 20 years and over workers, 21 years and older employees and according to marital status, divorced 20 years and over female health care workers had the breast self examination mostly ( $p<0.05$ ). It was determined that according to the professions of 20 years and over female health care workers, the midwives (43.8 %) had the clinical breast examination mostly ( $p>0.05$ ),

according to work experience of workers, 21 years and older employees (59.6 %), according to marital status, divorced 20 years and over female health care workers and the female health care workers that have children had the clinical breast examination mostly ( $p < 0.05$ ). It was determined that according to professions of 40 years and over workers, the midwives (73.7 %) had mammography mostly ( $p > 0.05$ ), according to work experience of workers, 21 years and older employees (64.7 %) ( $p < 0.05$ ) and according to marital status, single workers had mammography mostly ( $p > 0.05$ ).

It was determined that according to the professions of 30 years and over workers the nurses and according to marital status of 30 years and over workers, the married workers had pap-smear test mostly ( $p > 0.05$ ). According to work experience of workers, the workers that have 1-5 years work experience had pap-smear test mostly ( $p < 0.05$ ). According to the professions of 30 years and over workers, the doctors had HPV test mostly ( $p < 0.05$ ). According to work experience, the workers have 1-5 years work experience and according to marital status, the single workers had HPV test mostly ( $p > 0.05$ ).

As a result of research cancer screening behaviors except the breast self examination of female health care workers are found low rate. The female health care workers should be support by education and consultancy service their deficiencies about breast, servical and colorectal cancer early diagnosis practices.

**Key words:** Cancer screening behaviors, breast cancer, servical cancer, colorectal cancer, female health care workers.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	
ABSTRACT.....	
İÇİNDEKİLER .....	i
TABLolar LİSTESİ.....	iv
KISALTMALAR .....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Meme Kanseri .....	6
2.1.1. Meme Kanserinin Tanımı .....	6
2.1.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi .....	6
2.1.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	7
2.1.4.Meme Kanseri Belirtileri.....	10
2.1.5.Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri .....	11
2.1.5.1.Cerrahi tedavi .....	11
2.1.5.1.1.Mastektomi.....	11
2.1.5.1.2.Meme koruyucu cerrahi (MKC).....	12
2.1.5.2.Radyoterapi .....	12
2.1.5.3.Medikal tedavi.....	12
2.1.5.3.1.Kemoterapi.....	12
2.1.5.3.2.Hormonal Tedavi .....	13
2.1.6.Meme Kanserinden Korunma .....	13
2.1.6.1.Birincil korunma .....	13
2.1.6.2.İkincil korunma .....	14
2.1.6.3.Üçüncül korunma .....	18
2.2.Serviks Kanseri .....	18
2.2.1.Serviks Kanserinin Tanımı.....	18
2.2.2. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi.....	18

2.2.3. Serviks Kanseri Risk Faktörleri .....	19
2.2.4.Serviks Kanseri Belirtileri.....	21
2.2.5.Serviks Kanserinde Tedavi Yöntemleri .....	22
2.2.5.1.Cerrahi tedavi .....	22
2.2.5.2.Radyoterapi .....	23
2.2.5.3.Kemoterapi .....	23
2.2.6.Serviks Kanserinden Korunma .....	23
2.2.6.1.Birincil korunma .....	23
2.2.6.2.İkincil korunma .....	24
2.2.6.3.Üçüncül korunma .....	26
2.3.Kolorektal Kanser .....	27
2.3.1.Kolorektal Kanserin Tanımı.....	27
2.3.2. Kolorektal Kanseri Epidemiyolojisi.....	27
2.3.3. Kolorektal Kanseri Risk Faktörleri .....	29
2.3.4.Kolorektal Kanseri Belirtileri.....	32
2.3.5.Kolorektal Kanserde Tedavi Yöntemleri .....	33
2.3.5.1.Cerrahi tedavi .....	33
2.3.5.2.Radyoterapi .....	33
2.3.5.3.Kemoterapi .....	34
2.3.6.Kolorektal Kanserden Korunma .....	34
2.3.6.1.Birincil korunma .....	34
2.3.6.2.İkincil korunma .....	35
2.3.6.3.Üçüncül korunma .....	37
2.4. Meme, Serviks ve Kolorektal Kanserlerden Korunmada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	38
<b>3. YÖNTEM</b> .....	43
3.1. Araştırmanın Modeli .....	43
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	43
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	43

3.4. Veri Toplama Aracı .....	43
3.5. Verilerin Toplanması .....	44
3.6. Verilerin Analizi .....	44
<b>4. BULGULAR</b> .....	46
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	67
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	79
<b>KAYNAKLAR</b> .....	83
<b>EKLER</b> .....	103
Ek 1.Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışlarına İlişkin Anket Formu .....	103
Ek 2. Kurum izni .....	111
Ek 3.Etik kurul izni .....	115
<b>Ek Tablolar</b>	
Ek Tablo 1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme, Serviks ve Kolorektal Kanser Tarama Davranışları.....	116
Ek Tablo 2: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme, Serviks ve Kolorektal Kanser Tarama Sıklıkları.....	117
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	



## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri .....	46
Tablo 2: Kadın Sağlık Çalışanlarının Kanser Tarama Davranışları.....	49
Tablo 3:Kadın Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramalarını Doğru Sıklıkta Yapma Durumu .....	50
Tablo 4: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Tarama Testlerini Uygulamama Nedenleri .....	52
Tablo 5: Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tarama Testlerini Yaptırmama Nedenleri .....	53
Tablo 6: Kadın Sağlık Çalışanlarının Kolorektal Kanser Tarama Testlerini Yaptırmama Nedenleri.....	54
Tablo 7: Kadın Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Meme Kanseri Tarama Davranışları.....	55
Tablo 8: Kadın Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumu, Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu Ve Çocuk Sayısına Göre Meme Kanseri Tarama Davranışları .....	57
Tablo 9: Kadın Sağlık Çalışanlarının Aile Tipi, Gelir/Gider Durumu, Kronik Hastalık Ve Ailede Kanserli Birey Olma Durumuna Göre Meme Kanseri Tarama Davranışları .....	59
Tablo 10: Kadın Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Serviks Kanseri Tarama Davranışları.....	61
Tablo 11: Kadın Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumu, Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu Ve Çocuk Sayısına Göre Serviks Kanseri Tarama Davranışları.....	63
Tablo 12: Kadın Sağlık Çalışanlarının Aile Tipi, Gelir/Gider Durumu, Kronik Hastalık Ve Ailede Kanserli Birey Olma Durumuna Göre Serviks Kanseri Tarama Davranışları .....	65

## KISALTMALAR

ACS: American Cancer Society

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

Ca: Kanser

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

COX\_1 ve COX\_2: Siklooksijenaz

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

GGK: Gaitada Gizli Kan

HPV: Human Papilloma Virüs

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

IARC: International Agency for Research on Cancer

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

KMM: Klinik meme muayenesi

KRK: Kolorektal Kanser

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NCI: National Cancer Institute

NIH: National Institute of Health

NSAİİ: Non-steroid Anti-inflamatuar İlaçlar

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye Ulusal İstatistik Kurumu

UMKK: Ulusal Meme Kanseri Konsensusu

USG: Ultrasonografi

WHO: World Health Organization



## TEŞEKKÜR

Çalıőmamı gerçekleőtirmemde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, vaktini ve yardımını esirgemeyen değerli danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Gũngör GÜLER'e, istatistik programı ile ilgili bilgisine baővurduđum ve yardımını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Atilla GÖKTAŐ'a, çalıőmam boyunca desteklerini esirgemeyen eőim Tolga ÇAKMAK, oğlum Bora ÇAKMAK, kardeőim Taner ŐAVİR'e, tüm aileme ve arkadaőım Zeynep ACAR'a sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, vücutta değişime uğramış hücrelerden gelişen, çevre faktörlerden bağımsız ve kontrolsüz çoğalan ve farklı zamanlarda metastaz yapabilen bir hastalıktır. Günümüzde, buldukları organa ve köken aldıkları hücre türüne göre farklı isimler alan 100'den fazla sayıda kanser çeşidi tanımlanmış ve tahmini kanser çeşidinin 200'den fazla olabileceği ileri sürülmüştür (Sawyers ve ark., 2013).

Son yıllarda tüm dünyada yaşlı nüfusun artması, çevresel, sosyal faktörler, yaşam biçimi değişiklikleri gibi birçok nedene bağlı olarak kronik ve dejeneratif hastalıklarda artışlar gözlenmektedir. Kronik hastalıklar içerisinde de kanser vakalarının ve kanserden ölümlerin arttığı görülmektedir. Kanser hastalığının bilinen nedenleri arasında çevresel, genetik ve bireysel etmenler sayılmaktadır (World Health Organization, 2015). Hastalığın oluşumuna neden olabilecek risk faktörleri içerisinde sigara, alkol, obezite, enfeksiyon ajanları, fiziksel inaktivite, diyet, mesleki maruziyet, doğumsal etmenler, ultraviyole ışınlar ve radyasyona maruz kalma, çevre kirliliği, ilaçlar ve bilinmeyen nedenler sayılmaktadır (Sawyers ve ark., 2013; World Health Organization, 2015; Yıldırım, 2011). Günümüzde tanı imkanlarının artmasıyla da, toplumlara daha yaygın sağlık hizmeti sunulması nedeni ile her gün daha çok sayıdaki kanserli hastaya tanı koymak mümkün olmakta ve böylece kanserli vaka sayıları tespit edilebilmektedir. Ayrıca, günümüzde enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere bir çok hastalığın kontrol altına alınıyor olması, yaşam standardının yükselmesi nedeni ile ortalama yaşam süresinin uzamış olması, kanserde tedavi olanaklarının artması ile daha çok hastanın hekime başvurması da kanserle daha çok karşılaşmamıza neden olmaktadır (Kutluk ve Kars, 2001).

Günümüzde kanser en sık ölüm nedenleri arasında, birçok gelişmiş ülkede, kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırayı almaktadır (Boyle ve Levin, 2008; Goldman ve Ausiello, 2011; Tuncer, 2007). Kanser türlerinin kadın ve erkek cinsine göre görülme sıklıkları değişmektedir. Türkiye'de ve dünyada (gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde) 2012 yılı verilerine göre kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Meme kanseri kadın sağlığını etkileyen önemli bir sağlık problemidir ([http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx)). Düşük ve orta gelirli ülkelerde beklenen yaşam sürelerinin uzaması, kentleşmede

artış ve batılı yaşam tarzının benimsenmesi nedeniyle son yıllarda meme kanseri görülme sıklığı artmaya başlamıştır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 2014 yılında yayımladığı raporunda özellikle meme kanserindeki keskin yükselişe dikkat çekmektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansına kayıtlı ülkelerde 2012 yılında 1.7 milyon kadına meme kanseri tanısı konmuş, meme kanseri tüm kanserlerin % 11.9'unu oluşturmuştur. Aynı veriler 2012'de 2008 yılına göre meme kanseri sıklığının % 20 arttığını göstermektedir. 2012'de meme kanserinden ölümler 2008 yılına göre % 14 artmıştır; bu ölümler tüm ölümlerin sekizde birini oluşturmaktadır (<http://www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/wcr-order.php>).

Meme kanseri mortalite oranları gelişmiş ülkelerde daha düşük olmakla birlikte, pek çok ülkede (gelişmiş ve gelişmekte olan) kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (Seçginli, 2011). Dünya ülkelerine benzer şekilde Türkiye'de de kadınlarda 35,47/100.000 oranı ile en sık görülen ve kanser kaynaklı ölüm nedeni meme kanseridir (Tuncer, 2009-2015). Sağlık Bakanlığı verilerine göre meme kanseri kadınlardaki kanserler arasında birinci sırada yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014).

Meme kanserinin erken dönemde belirlenerek yaşamın korunması ve kalitesinin yükseltilmesinde erken tanının önemi kuşkusuz yadsınamaz. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalar (Holm, Deborah, Curtin 1999; McDonald, Thorne, Pearson ve ark.1999; Mikhail ve Petro-Nustas 2001; Miller 1991; Vietri, Poskitt, Slaninka 1997) meme kanserinin erken tanısı ile tedavi başarısı ve prognoz arasındaki önemli ilişkilere dikkati çekmektedir (Nahcivan ve Seçginli, 2003). Erken tanı konması meme kanserinde tedavinin başarısını ve hayatta kalma şansını artırır (Öğütçü ve Şengelen, 2014). Meme kanserinin erken tanısı için Ulusal Tarama Standartlarında, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi önerilmektedir (Karaca, 2015).

Kadınlarda sıklıkla görülen bir diğer kanser türü jinekolojik kanserlerdir. Jinekolojik kanserlerden serviks kanseri genital kanserler içinde erken tanısı mümkün olan bir kanser türüdür. Jinekolojik kanserler arasında tüm dünyada ikinci, gelişmekte olan ülkelerde ise ilk sırada yer alan serviks kanseri erken dönemde teşhis edilmediği takdirde mortalitesi çok yüksek olan bir kanserdir (Bereket, 2011).



Kadınlarda serviks kanserinin görülme sıklığı Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise onuncu sırada yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014).

İsviçre, Finlandiya ve Danimarka’da milli organize servikal tarama programları, pap-smear testiyle servikal kanser taramasını ve servikal intraepitelyal neoplazi ile erken invazif hastalık tanısını artırarak, servikal kanser insidansını ve mortalitesini azaltmıştır. Dünyanın hiçbir yerinde aktif bir tarayıcı program olmadan servikal kanser insidansı ve mortalitesi azalmamıştır. Eğer bütün kadınlar servikal tarama programlarına katılırsa ve bütün bulunan lezyonlar yeterince takip edilirse, her üç yılda bir yapılan pap-smearin popülasyonda servikal kanseri %90 önleyeceği kabul edilmektedir. Bu yüzden tarama programlarının yüksek oranda kabulü ve organizasyonu bu sonuçlara ulaşmak için gereklidir (Bereket, 2011). Serviks kanserinin erken tanısı için Ulusal Tarama Standartlarında, Pap-smear testi ve Human Papilloma Virüs (HPV) testi önerilmektedir (Karaca, 2015).

Kadınlarda sıklıkla görülen ve erken tanı amaçlı tarama yapılabilen bir diğer kanser türü kolorektal kanserdir. Dünya çapında her yıl yaklaşık bir milyon kolorektal kanser (KRK) tanısı konulurken, 500.000 hasta KRK nedeniyle kaybedilmektedir (THSK Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları, [http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf).Erişim: 17.12.2015). Kolorektal kanserin kadınlarda görülme sıklığı Sağlık Bakanlığı verilerine göre üçüncü sırada yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014).

Tarama testleri, diğer yöntemlerden daha erken kanser tanısını sağlar ve böylece gerçeğinden daha uzun sağkalım oranlarının oluşmasına yol açar (Goldman ve Ausiello, 2011). Başarılı bir tarama programı için hekimlerin bu konudaki farkındalığı, riski belirlemesi, kılavuzlara uygun öneriler yapması, erken tanı koyması, en kısa sürede tedaviye yönlendirmesi ve hastanın takibini yapması çok önemlidir (THSK Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları, [http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf). Erişim:17.12.2015). Kolorektal kanserin erken tanısı amaçlı Ulusal Tarama Standartlarında, gaitada gizli kan (GGK) testi ve kolonoskopi önerilmektedir (Karaca, 2015).

Toplum sağlığını geliştirme konusunda çalışanlar tarafından kanserde hem birincil koruma amaçlı kanserlerin önlenmesine yönelik, hem de ikincil koruma olan erken

tanı ve taramalara yönelik çalışmalar planlanması gerekmektedir (Fidaner, 2007). Erken tanı ve tedavi ile kanserli hastalarda önemli oranda iyileşme mümkün olabilmektedir. Kanserde erken tanı ve tedavi; tarama testlerinin yoğunlaştırılması ile yapılacaktır. Ülkemizde de kanser savaşında başta Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, gönüllü kuruluşlar, basın yayın kuruluşları olmak üzere herkesin kanser savaşına katılması erken tanı ve tedavi imkanlarının genişletilmesi, daha da önemlisi koruma yöntemlerinin topluma anlatılması gerekmektedir (Kutluk ve Kars, 2001).

Sağlık çalışanları, sağlıklı ve hasta bireylerle sıklıkla toplumda daha çok iletişim halinde olan önemli meslek gruplarıdır. Sağlık çalışanlarının önce kendi sağlıklarını koruma, geliştirme, hastalıkları önleme ve aynı zamanda topluma da rol modeli olmaları açısından kendi sağlık davranışları çok önemlidir. Kanserde erken tanıya yönelik tarama davranışlarının önemini farkında olan ve kendileri bu davranışları gerçekleştiren sağlık çalışanları bu konuda topluma verecekleri hizmetlerde de daha etkili olacaklardır.

Bu araştırma ile kadın sağlık çalışanlarının kadınlarda en fazla görülen kanserlerden olan meme, serviks ve kolorektal kanserlere yönelik tarama davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın, kanser hastalığında erken tanı amaçlı tarama davranışları konusunda sağlık çalışanlarında farkındalık yaratması, kendilerinde davranış değişikliğine neden olması ve bu sayede toplumda örnek davranış sergilemeleri ve etkin danışmanlık hizmeti vermeleri açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Kanser, vücutta kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize bir hastalıktır. Günümüzde tüm dünyada kanserin görülme sıklığının ve kansere bağlı ölüm oranlarının artması nedeniyle kanserin önemi gittikçe daha da artmaktadır (Sawyers ve ark., 2013). Kanser sıklıkla görülen tipleri kadınlarda ve erkeklerde farklılık göstermektedir. Kadınlarda en sık görülen on kanser türü meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, trakea-akciğer-bronş, mide, over, non-hodgkin lenfoma, beyin-diğer sinir sistemi ve serviks kanseridir. Erkeklerde en sık görülen on kanser türü trakea-akciğer-bronş, prostat, mesane, kolorektal, mide, larinks, non-hodgkin lenfoma, pankreas, beyin-diğer sinir sistemi ve böbrek kanseridir. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olması açısından önem arz etmektedir, serviks kanseri görülme sıklığı açısından onuncu sırada, kolorektal kanser ise üçüncü sırada yer almaktadır. Her üç kanser türünün de yıllar itibariyle görülme sıklıkları giderek artmaktadır ve bu nedenle kadın sağlığı açısından önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014).

Kanserde erken tanı amaçlı tarama davranışları kanserden ölümleri azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde bu amaçla Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Kanser taramaları için ülke çapında toplamda 7 mobil olmak üzere 126 KETEM ile hizmet verilmektedir. KETEM aracılığıyla ulusal düzeyde belirlenen ‘Ulusal Kanser Tarama Programı’ kapsamında meme, serviks ve kolorektal kanserler için tarama standartları belirlenmiştir. Toplum ve bireyleri kanserin erken tanısına yönelik tarama davranışları konusunda bilgilendirmek ve tarama davranışına teşvik etmek amacıyla hizmetlerine devam etmektedirler (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/ketem-ve-kanser-taramalari.html>).

## 2.1. Meme Kanseri

### 2.1.1. Meme kanserinin tanımı

Meme, lobüller (süt bezleri) ve duktuslardan (kanallar) oluşmaktadır. Bu lobülleri ve duktusları döşeyen hücrelerin kontrol dışı çoğalmaları ve vücudun çeşitli yerlerine yayılarak çoğalmaya devam etmelerine meme kanseri denir (Karakuş, 2008).

### 2.1.2. Meme kanseri epidemiyolojisi

Meme kanseri, dünyada kadınlarda en sık görülen, ölüme yol açan ve görülme oranı yıllara göre artış gösteren bir kanser türüdür (ACS.,2009-2010). Memekanserinin, kadınlarda yaşam boyu görülme riski % 12.3'tür ve her 8 kadından 1'inde memekanseri gelişme riski vardır (ACS.Detailed Guide: Breast Cancer:<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-key-statistics>.Erişim tarihi:10.11.2015). Amerikan Kanser Derneği'nin (American Cancer Society (ACS)) 2012 verilerine göre kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık % 30'unu oluşturmaktadır (Işık, 2012).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research on Cancer) tarafından yapılan GLOBOCAN araştırması verilerine göre; meme kanseri, akciğer kanserinden sonra % 11.9 oranıyla en çok tanı konulan kanser türüdür. Dünyada kanser olan her dört kadından biri meme kanseridir ve 2012 yılında 1.67 milyon (tüm kanserlerin % 25'i) kadın meme kanseri tanısı almıştır. Meme kanseri tüm dünyada ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır ve meme kanseri nedenli ölüm sayısı tüm dünyada 2012 yılında 521.907'dir (GLOBOCAN, 2012).

Dünyada meme kanseri insidansı 100.000'de 43.3'tür ve ülkeden ülkeye, ülkelerin bölgelerine ve etnik gruplara göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri insidansı en yüksek olan bölge Kuzey Amerika ve Okyanusya iken en düşük Asya ve Afrika bölgeleridir. Orta Afrika ve Doğu Asya'da meme kanseri insidansı 100.000'de 27 iken Batı Avrupa'da 96'dır. Çok gelişmiş ülkelerde meme kanseri insidansı 100.000'de 74.1 iken az gelişmiş ülkelerde 31.3 olarak daha düşüktür (GLOBOCAN, 2012).

Meme kanseri mortalite oranı, gelişmiş olan ülkelerde % 30 (190.000 ölüm / 636.000 olgu) iken az gelişmiş ülkelerde geç tanı ve yetersiz tedavi nedeniyle % 43'tür (221.000 ölüm / 514.000 olgu). Diğer taraftan, meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde % 73 iken, gelişmekte olan ülkelerde % 53 olarak bildirilmektedir (Ersin, 2012).

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser 100.000 de 38.6 ile meme kanseridir. Meme kanserinin tüm kadın kanserleri arasındaki oranı % 22.9 dur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014). Ülkemizde 2013 yılı verilerine göre meme kanseri olgu sayısı 9733'dür. Bu olgular içersinden bildirilen meme kanseri ölümleri, olgu sayısının % 0.1'i oranındadır (Türkiye Kanser İstatistikleri).

### 2.1.3. Meme kanseri risk faktörleri

**Kişisel meme kanseri öyküsü:** Kişinin meme kanseri öyküsü olması diğer memesinde de kanser gelişme riskini artırır (Koçak ve ark., 2011).

**Yoğun meme yapısı:** Bağımsız bir faktör olarak artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Mamografik olarak yoğun meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4–5 kat artmış olduğu tahmin edilmektedir (Koçak ve ark., 2011).

**Ailesel/genetik risk faktörleri:** Farklı kanserlerde yapılan aile çalışmaları; etkilenmiş olan hasta bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal popülasyona göre artmış olduğunu göstermektedir (Henderson, 1993; Koçak ve ark., 2011; McPherson ve ark., 1994; Pharoah ve ark., 1997). Kanser kalıtsal formu; erken yaşlarda tanı konulması, yüksek penetranslı olması, çift olan organlarda bilateral görülmesi, her iki ebeveyninden de kalıtsal olması ve diğer tip tümörlerle birlikte görülmesi ile karakterizedir (Colditz ve ark., 1993; Koçak ve ark., 2011; Slattery ve Kerber, 1993). Bir tane birinci derece akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1.80 kat artırırken iki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2.9 kat artmaktadır. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise bu durum riski 2.9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise riski 1.5 kat artırır (Koçak ve ark., 2011).

**Demografik özellikler:** Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder. Kadın cinsiyeti kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk

faktörlerinden bir tanesidir. Günümüzde bir kadının hayat boyu riski non invaziv meme kanseri açısından 6'da 1 ve invaziv meme kanseri bakımından 8'de 1'dir. Bu riskin büyük bölümü yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar. (Koçak ve ark., 2011; McPherson ve ark., 1994) Meme kanseri tanısı konan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda, % 70'inin yaşının 50 ve üzerinde olduğu ifade edilmekte ve yaşı 50 yaş ve üzerinde olan kadınların meme kanseri görülme sıklığının, yaşı 50 yaşın altında olan kadınlara nazaran 4 kat daha fazla olduğunun altı çizilmektedir (Somunoğlu,2007).

**Doğurganlık öyküsü:** İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı, 20 yaşından önce çocuk sahibi olanlara göre 2 kat fazladır. Hiç çocuk doğurmayan kadınlarda da meme kanseri riski artmaktadır (<http://www.memekanseri.org/risk-faktorleri/4576612038>). Yılmaz ve arkadaşlarının akademisyenler ve ev hanımlarının meme kanseri risk durumlarını ve meme kanseri tarama davranışlarını inceledikleri çalışmalarında ilk canlı doğumun yapıldığı yaşın ortalamasının 27.6 olduğu akademisyenlerde meme kanseri olma riskinin, ilk canlı doğumun yapıldığı yaşın ortalamasının 19,9 olduğu ev hanımlarından daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Yılmaz ve ark., 2011).

Son dönemde yapılan bir çalışmada düşük yapmış olmanın meme kanseri riskini arttırdığı bulunmuştur (Brind ve ark., 1996; Özmen ve ark., 2009a). Düşükle meme kanseri ilişkisinin sebebi ise, düşüğün meme büyümesi ve değişimini yarıda kesen yüksek düzey östrojen etkisinde olması ve bu nedenle de yüksek karsinojen etkinin ortaya çıkışı ile bağlantılandırılmıştır (Silva ve ark., 2010).

Laktasyon meme kanseri riskini azaltmaktadır (Yıldırım,2011). Bir meta analiz çalışma göstermektedir ki bir yıl emzirme meme kanseri riskini % 4.3 oranında azaltmaktadır. Erken yaşta emziren kadınların ise meme kanseri gelişme riski daha düşüktür (Silva ve ark., 2010).

**Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ve oral kontraseptif kullanımı:** Gerek Women's Health Initiative gerekse de Bir Milyon Kadın Çalışması'nda, HRT alan kadınlarda, verilen tedavinin tipinden ve yönteminden bağımsız olarak meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur (Koçak ve ark., 2011).

**Alkol kullanımı:** Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir (Yıldırım, 2011). Birçok



çalışmada orta düzeyde alkol tüketiminin (her gün 1–2 kadeh) meme kanseri insidansında % 30–50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir (Koçak ve ark., 2011). Yakın geçmişte yapılan bir kohort çalışmasında günlük alkol tüketimiyle meme kanseri riskinin arttığı bulunmuştur. Bu ilişki günde 1–2 kadeh içmekten, günde 3 kadehten daha fazla içmeye göre risk artışı göstermektedir (Li ve ark.,2009).

**Egzersiz:** Fizik aktivitede artış özellikle premenopozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir (Koçak ve ark.,2011; Mahoney ve ark.,2008; Tehard ve ark.,2006). Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte, düzenli egzersiz yapılmasının anovulatar siklusların (iki menstrual dönem arasındaki aralık) sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (Yıldırım, 2011).

**Beslenme alışkanlığı:** Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Haftada 5 kez kırmızı et yenilmesi ile meme kanseri riskinde artış olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Cho ve ark., 2006; Koçak ve ark., 2011; Taylor ve ark., 2007).

Son yıllardaki bazı epidemiyolojik çalışmalar, vitamin D'nin meme kanserine karşı koruyucu bir rolü olabileceğini ortaya koymuştur (Yıldırım, 2011). Sigara ile meme kanseri arasındaki ilişki çelişkilidir. Çalışmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmekle birlikte, eşlik eden bazı diğer faktörlerle birlikte riski artırdığı düşünülmektedir (Koçak ve ark., 2011).

**Beden Kitle İndeksi (BKİ):** Aşırı kilolu veya obez kadınlarda postmenopozal meme kanseri daha sık görülmektedir (Eliassen ve ark., 2006; Koçak ve ark., 2011; McPherson ve ark., 1994).

**Sosyoekonomik düzey:** Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişimi açısından 2 kat artmış riski ifade eder. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez; doğurganlık alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (Koçak ve ark.,2011).

**Radyasyona maruz kalma:** Özellikle 10–14 yaşlar arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalınması meme kanseri riskini artırmaktadır (Yıldırım,2011). Hayatın ilk üç dekatında toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır. Kırk

beş yaşından sonra radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir (Koçak ve ark., 2011).

Tanısal amaçla yapılan işlemlere bağlı olarak oluşan radyasyona maruziyetin ise meme kanseri riski ile ilişkisi tartışmalıdır. Genetik geçiş riski olanlar dışında bu risk yok veya dikkate alınmayacak kadar düşük olarak kabul edilir (Koçak ve ark., 2011; Ronckers ve ark., 2005).

**Osteoporoz:** Kemik kütlesinin meme kanseri ile ilişkisi olabileceğini gösteren birçok araştırma vardır. Yapılan bir çalışmada; meme kanserlilerin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek kemik kütlesine ve bu nedenle daha düşük osteoporoz ve kemik kırıkları riskine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bu araştırmaya göre yüksek kemik kütlesi bulunan kadınların meme kanseri riskinde istatistiksel olarak bir artış vardır ve bu yüksek kemik kütlesinin meme kanseri risk faktörlerinden biri olabileceğini göstermektedir (Hadji ve ark., 2007).

#### **2.1.4. Meme kanseri belirtileri**

Meme kanseri tipik olarak erken evrede semptomsuz ilerlemektedir. Meme kanserinin belirtilerini bilmek ve erken dönemde bu belirtilerin farkında olmak önemlidir (Gülten, 2008).

Genellikle belirti göstermeyen meme kanserinin en sık rastlanan belirtisi memedeki şişlik, kitledir. Bu kitlenin sınırları tam belli değildir, hareketsiz ve ağrısızdır (Müezzınler, 2010).

#### **Meme kanseri belirtileri;**

- Memede ağrısız kitle
- Meme ucundan kanlı akıntı gelmesi
- Meme dokusunda buruşukluk
- Meme ucunda çukurlaşma
- Memenin renginde değişiklik
- Memelerden birinde anormal büyüme
- Memeye komşu lenf nodlarında büyüme
- Üst kolda anormal şişlik (Gülten, 2008).

### **2.1.5. Meme kanserinde tedavi yöntemleri**

Meme kanserinde tedavi yöntemi hastalığın sürecini ve kişide ortaya çıkaracağı yan etkiler nedeniyle kişinin hastalığa uyumunu etkileyeceği için önemlidir. Meme kanserinde cerrahi, radyoterapi ve medikal tedavi (kemoterapi ve hormonoterapi) olmak üzere üç tedavi yöntemi vardır. Çoğu zaman hastalara birkaç tedavi yöntemi birlikte uygulanabilmektedir. Hangi yöntem ya da yöntemlerin seçileceğini hastanın yaşı ve menopozda olup olmadığı, kanserin özelliği, evresi ve tümörün hormon reseptörleri içerip içermediği gibi pek çok faktör belirlemektedir (American Cancer Society, 2011).

#### **2.1.5.1. Cerrahi tedavi**

Meme kanserinde meme koruyucu cerrahi ve mastektomi olmak üzere iki çeşit cerrahi tedavi yapılmaktadır. Birinci grup, memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı meme koruyucu ameliyatlardır. İkinci grup ise memenin tümünün alınmasını içeren mastektomi ameliyatlardır (American Cancer Society,2011).

##### **2.1.5.1.1.Mastektomi**

Mastektomi, memenin tümüyle çıkarılması ameliyatıdır. Eğer kanser meme dokusunun diğer bölümlerine veya koltuk altı lenf bezlerine yayılmışsa ya da meme dokusu çok küçük olup, meme koruyucu cerrahi sonrası deforme olacaksa mastektomi uygulanmaktadır (American Cancer Society, 2011).

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu, kaybedilen memenin yerine yenisinin oluşturulması işlemidir. Meme rekonstrüksiyonu mastektomi ile aynı ameliyatta (eş zamanlı rekonstrüksiyon) olabileceği gibi, tedaviler bittikten sonra ayrı bir ameliyatla da (geç zamanlı rekonstrüksiyon) yapılabilir. Günümüzde daha çok tercih edilen teknik, psikolojik sonuçlarının daha iyi olması nedeniyle eş zamanlı meme rekonstrüksiyonudur (UMKK Onkoplastik Cerrahi Grubu, 2007).

### *2.1.5.1.2. Meme koruyucu cerrahi ( MKC)*

Günümüzde meme kanseri nedeniyle yapılan ameliyatların yaklaşık 1/3'ünü meme koruyucu ameliyatlar oluşturmaktadır. Meme kanserinde, cerrahi girişim sırasında memenin bütünlüğünün dolayısıyla da, kadının ruh sağlığı ve beden imajının korunması amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Meme koruyucu cerrahide tümör, çevresindeki bir miktar normal doku ile birlikte çıkarılmaktadır (Işık, 2012).

Mastektomi ile meme koruyucu cerrahi arasındaki farkların, hastaya tarafsız olarak çok iyi anlatılması ve hastanın da ilgili tüm konuları iyi anladığına kanaat getirilmesi gerekir. Mastektomi ile meme koruyucu cerrahi olan hastalar arasında yaşamsal olarak bir fark olmadığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Ancak meme koruyucu cerrahi olan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bilinmektedir (Güllüoğlu,Aydın ve Soryano, 2009).

### *2.1.5.2. Radyoterapi*

Radyoterapi, erken evre meme kanserinin tedavisinde meme koruyucu cerrahiye tamamlayan bir tedavidir. Meme kanserinde yayılmış bir tümörü küçültmek için mastektomi ameliyatından önce de uygulanabilmektedir (American Cancer Society,2011). Yorgunluk, deri reaksiyonları, deride duyu, renk ve koku değişiklikleri ve memede şişme, memeye yapılan radyoterapi sırasında ya da hemen sonrasında sık görülen sorunlardır (Yavuz Karamanoğlu ve Gök Özer, 2008). Yakın geçmişteki teknolojik ilerlemeler ve tedaviler radyoterapinin yan etkilerinde büyük oranda azalma sağlamışlardır (American Cancer Society, 2011).

### *2.1.5.3. Medikal tedavi*

Meme kanserinde medikal tedavi kemoterapi ve hormonal tedavi olarak iki şekilde yapılmaktadır (Işık,2012).

#### *2.1.5.3.1. Kemoterapi*

Kemoterapi cerrahi müdahale öncesi veya sonrası uygulanmaktadır. Genellikle birkaç ay sürmektedir (ACS. Detailed Guide:Breast Cancer, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-chemotherapy>. Erişim

tarihi:23.11.2015.). Meme kanserinde tanı koyma aşamasında hastaların ortalama % 50'den fazlasında bulunan mikro metastazları yok etmek amacıyla hastalara kemoterapi yapılmaktadır (Işık,2012). Kemoterapi tedavisi kişilerde yorgunluk ve iştahsızlık, enerjide azalma ve cinsel ilgide azalma, ağrı, bulantı, baş ağrısı, alopesi ve ağız kuruluşunun yer aldığı fiziksel semptomlar ve kızgınlık, sinirlilik, gelecek hakkında ümitsiz olma, konsantrasyonda güçlük gibi psikolojik semptomlar yaratabilmektedir (Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005).

#### 2.1.5.3.2. Hormonal tedavi

Meme kanseri tedavisi tamamlandıktan sonra tekrarlamayı engellemek amacıyla ve/veya tedavi sürecinde kanserin yayılmasını engellemek amacıyla kullanılmaktadır (Müezziner,2010). Östrojen hormonu meme kanserinin büyümesini ve gelişmesini olumlu yönde etkilemektedir. Hormonoterapide amaç overlerde üretilen östrojen hormonunun etkinliğini azaltmaktır (ACS., 2009-2010).

### 2.1.6. Meme kanserinden korunma

#### 2.1.6.1. Birincil korunma

**Diyet:** Düşük yağ ve yüksek lifli gıda ile beslenme premenopozal kadınlarda ovulasyonu etkilemeden östradiol ve östron seviyesini azalttığı için, böyle bir diyetle meme kanseri (Meme Ca) riskinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Meme Ca'dan korunmak için risk grubundaki kadınlarda, günlük alınan kaloride yağın % 20'nin altına indirilmesi önerilmektedir (Öktem, 2012). Diyetle besin takviyeleri de kanserin önlenmesinde rol oynamaktadır. Folat, beta karoten, A vitaminini ve fitoöstrojenden zengin gıdalar meme Ca riskini azaltmaktadır (Muss, 2007).

**Alkol Alımı:** Alkol alımının azaltılmasının meme Ca riski üzerinde yararı bildirilmiştir. Bu nedenle alkol kullanımının sınırlandırılması önem taşımaktadır (Öktem, 2012).

**Sigara Kullanımı:** Sigara ve meme Ca'ya yönelik çok az veri bulunmasına karşın, kanser riskini artırması nedeniyle sigaranın bırakılması önem taşımaktadır (Öktem, 2012).

**Fiziksel Aktivite:** Egzersizin meme Ca'da koruyucu olduğu bilinmektedir. Bu koruyucu etkinin sürekli olabilmesi için haftada 3 kez düzenli egzersiz yapılması önerilmektedir. Egzersiz yağ dokusunu azaltarak endojen östrojen salınımını azaltmaktadır (Öktem, 2012).

#### 2.1.6.2. İkincil korunma

Meme kanseri progresif bir hastalıktır, erken dönem tanıda tedavi edilme olasılığı daha yüksek olduğu için yaşam beklentisi fazladır. Tümörün palpabl olmadan önce tanısının konulması hayati önem taşımaktadır (Yıldırım, 2011).

Meme kanseri tarama yöntemleri ile meme kanseri vakalarının % 63.7'sine erken lokalize dönemde tanı konulabilmektedir. Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık yaşam beklentileri % 97.9'dur (Yazıhan ve Yılmaz, 2007). Avrupa Birliği ülkelerinde son 30 yıldır uygulanan meme kanseri taraması, 50 yaş üzerindeki kadınlarda iki yılda bir mamografi ve yılda bir KMM dir (Özmen ve ark., 2009b). Meme kanserinde belirtilerin erken evrede teşhis olanağının artırılabilmesi için; KMM yapılması ve mamografi çektirilmesi ve ancak gerekli durumlarda ultrasonografi ile manyetik rezonans gibi ilave tarama yöntemleri kullanılması önerilmektedir (Somunoğlu, 2009). İkincil korunma düzeyinde meme kanserine yönelik erken tanı yöntemlerinin uygulanması ve taramaların yaptırılması önemlidir. Meme kanserinde erken tanı yöntemleri şunlardır:

#### **Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)**

KKMM ideal olarak adet döngüsünün 5.-7. günleri arasında, ayda bir kez yapılmalıdır. Yirmi yaşındaki her kadın KKMM yapmaya başlamalıdır. Kadınların % 81'inin KKMM sayesinde memedeki değişiklikleri ilk olarak kendilerinin fark ettikleri belirtilmektedir (Gülten, 2008).

Ülkemizde KKMM yapma durumlarının incelendiği çalışmalara baktığımızda, Yurdakoş ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının KKMM yapma sıklığını % 78.2 olarak belirlemişlerdir. Hemşirelerin KKMM uygulama durumlarının incelendiği Karayurt ve arkadaşlarının çalışmasında, 20-49 yaş arasında olan hemşirelerin % 32'sinin KKMM'ni her ay düzenli olarak uyguladığı, % 68'inin uygulamadığı saptanmıştır (Karayurt, Coşkun ve Cerit, 2008).



Çavdar ve arkadaşlarının çalışmasında araştırma grubunu oluşturan kadın hekimlerin % 65.5'inin, hemşirelerin % 72.1'inin KKMM'ni uyguladığı ancak, düzenli olarak uygulayanların oranının % 25 olduğu belirtilmiştir (Çavdar ve ark., 2003).

KKMM inspeksiyon ve palpasyondan oluşur:

**İnspeksiyon:** Vücudun belden yukarısı çıplak olarak, yeterince aydınlatılmış bir ortamda ayna karşısına geçilerek ayakta durulur. Kollar iki yana rahatça bırakılır. Memeler dikkatlice incelenir. Daha sonraki aylık muayenelerde oluşabilecek değişikliklerin fark edilebilmesi için ilk muayenede memenin şekli, normal büyüklüğü, meme uçlarının durumu dikkatle gözlenmelidir. Ayna karşısındaki her muayenede memelerin şekil ve büyüklüğündeki değişimler, meme derisinde şişkinlik, çukurlaşma (içe çekilme), renk değişikliği, meme başında içe çekilme gibi bulgular olup olmadığı kontrol edilir (Öktem, 2012).

Eller baş hizasından yukarıya doğru kaldırılır ve memelerin görünüşü tekrar incelenir. Özellikle meme başında bir değişim olup olmadığına, meme başlarından birinin diğerine göre fazla aşağıda ya da yukarıda olup olmadığına ve iki meme arasında büyüklük ve şekil yönünden bir farklılık olup olmadığına bakılır. (Bazı kadınlarda normalde iki memenin büyüklüğü aynı olmayabilir) (Öktem, 2012).

Eller kalçalara konulup bastırılarak pektoral kaslar gerilir. Bu pozisyonda da meme derisinde herhangi bir içe çekilme, büzülme ya da meme uçlarından birinin içe çekilip çekilmediği incelenir. Ayrıca bu pozisyonda meme kenarlarında bir düzensizlik olup olmadığına bakılır. Muayene sonunda her iki meme başına beyaz bir kağıt mendil ya da peçete ile bastırılarak meme başından akıntı olup olmadığı kontrol edilir (Öktem, 2012).

**Palpasyon:** KKMM'de ikinci basamak her iki memenin koltuk altlarının ve klavikula üstünden omuza kadar olan alanın palpasyonudur. Palpasyona ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin üç orta parmağı (parmakların en uçtaki iç bölümleri yani pulparları) ile memenin dış kenarından başlanarak, parmaklar saat yönünde yavaşça bütün meme üzerinde gezdirilerek muayene edilir. Parmaklar yavaş yavaş kaydırılırken küçük dairesel hareketlerle meme başına doğru gelinir. Önce yüzeysel, daha sonra derin palpasyon yapılır. Memenin alttaki ve üstteki dış ve iç kadrantları, areola ve meme

başı, daha sonra koltuk altı ve klavikula üstü alan da iyice palpe edilir. Aynı işlem sağ meme için de tekrarlanır. Daha sonra sırtüstü yatar pozisyonda memeler tekrar palpe edilir. Bunun için düz bir zemin üzerine sırtüstü uzanarak muayene edilecek tarafın sırt ve skapula altına ince bir yastık ya da katlanmış bir havlu konur. Yine o taraftaki el başın altına konularak kol kaldırılır. Böylece meme dokusu kostalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir. Palpasyona memenin dış kenarından başlanarak saat yönünde meme başına kadar devam edilmelidir. Palpasyon dairesel, ışınsal veya dikey-paralel çizgiler şeklinde yapılabilir. Eğer daha önce mastektomi ya da kitle eksizyonu yapılmışsa insizyon yeri yeni kitle oluşumu ya da deri değişiklikleri yönünden kontrol edilir (Öktem,2012).

### **Klinik Meme Muayenesi (KMM)**

Klinik meme muayenesi (KMM) bir doktor veya hemşire, ebe tarafından memelerin muayenesidir. Meme kanserinden ölüm riskini azaltmak, erken evrede meme kanserine tanı koyabilmek amacıyla bir tarama yöntemi olarak geliştirilmiştir. Meme kanserini tanımada KMM'nin duyarlılığı % 40–69 arasındadır. Mamografi duyarlılık şüphesi olan genç ve yüksek riskli kadınların KMM ile taranması önemlidir. Meme kanserinin teşhis edilmesinde hem sağlık profesyonelleri tarafından (hekim, ebe ve hemşire) yapılan klinik meme muayenesi hem de mamografi çektilmesi meme kanserinden meydana gelen ölüm oranlarının azaltılmasında etkili olmaktadır (Yıldırım, 2011).

Ülkemizde KMM yapma durumlarının incelendiği çalışmalara baktığımızda genelde KMM yaptırma oranlarının düşük olduğunu görmekteyiz. Gençtürk (2013), çalışmasında araştırmaya katılan kadın sağlık profesyonellerinin, % 10,5'inin KMM yaptırdığını, % 2,6'sının düzenli olarak yılda bir kez KMM yaptırdığını belirlemiştir.

Karakuş'un 20 yaş ve üzeri ebe ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında, araştırma grubunun % 40,3'ünün (n=146) KMM yaptırmış olduklarını bildirmişlerdir (Karakuş, 2008). Karahan ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin % 32'sinin en az bir defa KMM yaptırdıkları belirtilmiştir (Karahan, Topuzoğlu ve Harmancı, 2002).

## **Mamografi**

Meme kanseri tanısında mamografi sıklıkla kullanılan ve erken tanı ile mortaliteyi % 20–70 oranında azaltan, en etkin radyolojik yöntemdir (Gülten, 2008). Mamografi klinik olarak gizli kalmış meme kanserinin tam ya da yüksek bir iyileşme olasılığının olduğu bir dönemde tedavi edilebilme şansının araştırılmasında tarama amaçlı, tanı konmuş hastalarda tedavi planlaması için ve tedavi sonrası takipte de kullanılır (Yıldırım, 2011).

Düzenli mamografi taramaları ile meme kanseri mortalite ve morbidite oranlarının önemli ölçüde azaldığı birçok araştırmada kanıtlanmış olmasına karşın, sosyal güvencenin olmaması, gelir düzeyinin ve eğitim seviyesinin düşük olması, bilgi eksikliği ve acı/ağrı vereceği düşüncesi bireylerin mamografi çektirmesine engel oluşturmaktadır (Gülten, 2008). Mamografi çekimine bağlı ağrı ve kaygı düzeylerini azaltmak için işlem öncesi hasta eğitimi önemlidir (Yıldırım, 2011).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların mamografi çektirme oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (Dişçigil ve ark., 2007; Ürkmez, 2009). Yapılan araştırmalardan Dündar ve ark. 20–64 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada son iki yıl içinde mamografi çektirme oranı % 5.1 iken Özaydın ve ark. 40–69 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada son iki yıl içinde mamografi çektirme oranı % 65.5'tir (Dündar ve ark., 2006; Özaydın ve ark., 2009).

## **Meme Ultrasonografisi (Meme USG)**

Meme ultrasonografisi, meme kanseri taramasında öncelikle pozitif olguların ayırıcı tanısında kullanılmaktadır. Yüksek riskli olgularda mamografiye meme USG eklenmesi ile ilgili yapılan çalışmalardan kanıt değeri en yüksek olan çalışma ACRIN 6666 çalışmasıdır. Bu çalışmada 2809 yüksek riskli yoğun meme dokusu olan kadına mamografi ile beraber meme USG incelemesi yapılmıştır. Toplam 40 meme Ca (40 kadın) tanısı konmuş olup bunların 8'i meme USG ve mamografi ile 12'si yalnızca mamografi ile 12'si meme USG ile tanı almış, 8 olguda iki yöntemde başarılı olamamıştır. Mamografi 7.6/1000, mamografi+meme USG 11.8/1000 kadında tanı koymuştur. Doğruluk mamografi için % 78, mamografi ve USG için % 91 dir. Meme USG eklenerek 1,1 – 7,2 /1000 kanser daha çok yakalanabilir ancak

yanlış pozitif oranı artmaktadır (ACRIN 6666 Çalışması). Meme USG nin mortaliteye katkısı bilinmemektedir (Özaydın ve ark., 2009).

### 2.1.6.3. Üçüncül korunma

Meme ameliyatı sonrası yeniden meme oluşturma ameliyatları, meme ameliyatı sonrası kol egzersizleri yapılması, meme ameliyatı sonrası lenf ödemi önlemek için uygun egzersiz ve pozisyonu içerir (Öktem, 2012).

## 2.2. Serviks Kanseri

### 2.2.1. Serviks kanserinin tanımı

Serviks, uterusun alt bölümünü oluşturan 3-4 cm uzunluğunda, 2-3 cm çapında silindirik şekilli bir organdır. Kadının yaşına, doğum sayısına ve hormonal durumuna bağlı olarak büyüklüğü ve şekli değişir (Akyüz ve ark, 2006). Serviks kanseri, vajina yüzeyini döşeyen dokuyla serviksin iç yüzeyini döşeyen dokunun geçiş bölgesinde başlayan bir kanser türüdür (Baran, 2013).

Servikal kanserde ortalama tanı yaşı 47'dir. Serviks kanser insidansı 25 yaş altındaki kadınlarda düşüktür. İnsidans 35-40 yaşları arasında artmakta ve 40-50 yaşlarında maksimum seviyeye ulaşmaktadır. Ölüm oranı ise 45-54 yaş grubunda en yüksektir (Karabulutlu, 2012).

### 2.2.2. Serviks kanseri epidemiyolojisi

Dünyada servikal kanser kadınlarda en sık görülen kanserler arasında dördüncü sırada yer almakta ve tüm kanserler içinde sıklık açısından yedinci sırada yer almaktadır. Servikal kanser, küresel yükün büyük bir çoğunluğunun (% 85 civarında) olduğu az gelişmiş bölgelerde, tüm kadın kanserlerinin yaklaşık % 12 sini oluşturmaktadır (IARC, 2012).

Dünya çapında 2012 yılında tahmini 266.000 ölüm gerçekleşmiştir ve tüm kadın kanserlerinden ölümlerin % 7.5 ini kapsamaktadır. Neredeyse servikal kanserden ölümlerin 10 da 9 u (% 87) az gelişmiş bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Ölüm hızları farklı bölgeler arasında 18 kat değişim göstermektedir ki Batı Asya, Batı Avrupa ve

Avustralya/Yeni Zelanda'da değişen oranlarla en az 100.000 de 2 görülmekte, 100.000 de 20'den fazla olan bölgeler ise Melanezya (20.6), Orta (22.2) ve Doğu (27.6) Afrika'dır (IARC, 2012).

Ülkemizde Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerine göre serviks kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türleri içerisinde onuncu sırada yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014).

Tarama programları, serviks kanserinin azalmasında önemli bir etkiye sahip olmasına rağmen hala kadınlar serviks kanseri nedeniyle ölmektedir. Serviks kanseri önlenebilir bir hastalıktır. Pap-smear testiyle tarama sayesinde erken tanı ve etkin bir tedavi mümkündür (THSK, <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/56-serviks-kanseri.html>.Erişim:07.12.2015). Ancak kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan çalışmalar erken tanı davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir (Açıkgöz, ehreli, Elidokuz, 2015; Ak ve ark., 2010; Deveci, Açık ve Rahman, 2010; Jirojwong, MacLennan ve Manderson, 2001).

Servikal kanser insidansı, tarama programlarının kullanılması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde son yıllarda az da olsa bir azalma eğilimi göstermiştir. Ancak bu azalmanın tek nedeni tarama programları değil; doğurganlığın azalması, yaşam koşullarının değişmesi, kadınlara yönelik eğitimler ve özellikle son yıllarda aşı çalışmaları gibi koruyucu yöntemlerin geliştirilmesidir. Ancak bu konudaki eğitimlerin arttırılması gerekmektedir (Vatansever, 2010).

### **2.2.3. Serviks kanseri risk faktörleri**

Günümüzde, kanserlerin birçoğunda olduğu gibi serviks kanserinde de etyolojik nedenler kesin olarak bilinmemekle birlikte, önemli olabilecek risk faktörlerinden söz edilmektedir. Bu risk faktörlerinin pek çoğu olumsuz sağlık davranışlarıyla yakından ilişkilidir (Karabulutlu, 2012).

#### **Serviks Kanseri İle İlgili Riskli Davranışlar**

- Erken yaşta cinsel aktivite (< 16 yaş)
- Çok sayıda cinsel partner
- Çok partnerli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişki

- İlk gebelik yaşınının 20 ve altında olması
- 3 ve üzeri doğum sayısı
- Cinsel yolla geçen hastalığa sahip olma
- Sigara kullanımı
- 30-55 yaş grubundan olma
- Etnik/ırk faktörü (Siyah ve Hispanik kadınlar)
- Anormal Pap test hikayesi (American Cancer Society Cancer Prevention and Early Detection Facts and Figures, 2009; Taşkın, 2009).

#### **Araştırmaları Devam Eden Riskli Davranışlar**

- 15 yaştan önce menarş
- Anne ya da kız kardeşte serviks kanseri öyküsü
- Düzenli olarak Pap testi yaptırmama
- Sebze ve meyveden fakir beslenme (Vitamin C, beta-karoten ve folat eksikliği)
- Kötü hijyen
- Stres
- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Aşırı kilo
- Beş yıldan fazla süreyle doğum kontrol hapı kullanma
- Düzenli sağlık kontrolüne gitmeme (American Cancer Society Cancer Prevention and Early Detection Facts and Figures, 2009; Taşkın, 2009).

#### **Amerikan Kanser Birliği'ne Göre Serviks Kanseri İçin Risk Faktörleri:**

**HPV (human papilloma virus):** Yüksek riskli tipleri HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33 ve HPV 45'tir. Tüm serviks kanserlerinin yaklaşık % 70'ine HPV 16, HPV 18'in neden olduğu bilinmektedir.

**Sigara:** Sigara içmeyen kadınlara oranla riski iki kat artırır. Sigaranın servikal hücrelerde hasara neden olarak kanser gelişimine neden olduğu düşünülmektedir.

**İmmünoşüpresif İlaç Kullanımı:** İmmün sistemi baskılayarak etki etmektedir.

**Chlamydia Enfeksiyonu:** Üreme sisteminde enfeksiyona neden olan bir bakteridir. Çalışmalar, geçmişte veya şimdiki öyküsünde Chlamydia enfeksiyonu olan kadınların servikal kanser riskinin yüksek olduğunu göstermiştir.

**Diyet:** Sebze ve meyve tüketiminin düşük olması riski arttırmaktadır. Ayrıca kilolu kadınlarda görülme oranı 3 ila 10 kat daha fazladır.

**Oral Kontraseptif Kullanımı:** Beş yıldan fazla oral kontraseptif kullanan kadınlarda risk iki katına çıkmaktadır. Tablet kullanımı bırakıldığında 10 yıl içerisinde risk azalmaktadır.

**Gebelik Sayısı:** Üç ve daha fazla gebelik riski arttırmaktadır. Gebelik süresince korunmasız cinsel ilişkide bulunmak ve gebelik hormonlarının etkisi ile riskin arttığı belirtilmektedir. Diğer bir açıklama gebelikte immün sistemin zayıflamasıdır.

**Erken Yaşta Gebelik:** Gebelik yaşı 17 ve öncesi olan kadınların, ilk gebelik yaşı 25 ve üzeri olan kadınlara oranla serviks kanseri riskinin 2 kat arttığı belirtilmektedir.

**Yoksulluk:** Sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu, erken yaşta cinsel ilişki ve gebelik, yetersiz hijyen koşullarının yoksul kadınlar arasında riski arttırdığı bilinmektedir.

**Aile Öyküsü:** Ailesinde serviks kanseri olan kadınlarda risk 2-3 kat artmaktadır (American Cancer Society.Cervical Cancer, 2011).

Yapılan çalışmalarda, ilk cinsel ilişkinin 17 yaş ve öncesi, ilk gebelik yaşının erken olmasının, birden fazla cinsel partnerin olması, menstrüel hijyenin kötü olmasının, düşük sosyo-ekonomik düzeyin riski arttırdığı belirtilmiştir (Ersin, 2012). Reis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, cinsel ilişkiye başlama yaşının 16'dan küçük olması ve genital enfeksiyon öyküsünün olmasının kadınlarda serviks kanseri riskini arttırdığı, bununla birlikte eğitim düzeyinin yüksek olması, bekar olma ve alkol kullanımının olmamasının riski azalttığı saptanmıştır (Reis, Beji ve Kılıç, 2011).

#### 2.2.4. Serviks kanseri belirtileri

Jinekolojik kanserlerin tedavisinde başarı hastalığın evrelerine göre değişmektedir. Bu evrelerin sınıflanmasında hastada var olan belirtiler oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bu belirtiler konusunda kadınları

bilgilendirmeleri, bu yolla farkındalıklarını arttırmaları gerekmektedir. Serviks kanserinde görülen belirtiler aşağıda sıralanmıştır:

- Anormal vajinal kanama
- Cinsel ilişki sonrası kanama
- Menapoz sonrası kanama
- Periyodlar arasında lekelenme ve kanama
- Adet kanamalarının uzun sürmesi ve normalden daha ağır geçmesi
- Pelvik muayene sonrası kanama
- Vajinal yoldan alışılmadık akıntının olması
- Bu akıntının bazen kan içermesi
- Cinsel ilişki sırasında ağrı olması
- İleri evrelerde bel ve kasık ağrısı, idrar yapmada güçlük ya da bacak ödemi görülebilir (American Cancer Society,<http://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detailedguide/cervical-cancer-signs-symptoms>.Erişim:08.12.2015; Ertem, 2010).

### **2.2.5. Serviks kanserinde tedavi yöntemleri**

Tedavi seçimi, servikal displazinin derecesine ve hastanın yaşına göre değişmektedir. Genç yaşta görülen serviks kanserlerinin tedavisinde, serviksin korunması önemlidir. Bugün bir çok kanser tedavisinde kullanılan cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve lazer tedavisi serviks kanserlerinde de kullanılmaktadır. Tedaviyi genellikle jinekolojik onkolog, patolog, radyolog, medikal onkolog ve radyasyon onkoloğundan oluşan bir ekip yönlendirir (Karabulutlu, 2012).

#### **2.2.5.1.Cerrahi tedavi**

Daha çok hastalığın in-situ evresinde ve fertil çağıdaki kadınlar için uygulanır (Karabulutlu, 2012).

**Konizasyon:** Serviks mukoz membranının koni şeklinde çıkarılmasıdır (Baran,2013).



**Kriyoterapi:** Kriyo sondası ile nitrous oxide veya karbon dioksit gibi buharlaşan bir gaz ile servikal lezyonun dondurulma işlemidir (Karabulutlu, 2012).

**Elektrokoter:** Elektrokoter ile lezyonun yakılma işlemidir (Karabulutlu, 2012).

**Lazer ablasyonu:** Lazer ışınları ile lezyonun buharlaştırılma işlemi yapılır (Karabulutlu, 2012).

### **2.2.5.2. Radyoterapi**

Radyoterapi, serviksten girilerek internal yoldan veya eksternal olarak pelvik duvara uygulanır (Bekar,2008). Tedavi planı genellikle bölgesel lenf nodlarını tedavi etmek ve primer tümörü küçültmek için eksternal radyoterapi ve primer tümörü tedavi etmek için internal radyoterapi kombinasyonu şeklindedir (Karabulutlu,2012).

### **2.2.5.3. Kemoterapi**

Kemoterapi sistemik tedavi seçeneklerinden olup, kanser hücrelerini öldürmek için kullanılır (Karabulutlu, 2012).

**Neoadjuvan Kemoterapi:** Radikal histerektomi ya da radyoterapiden önce büyümüş olan tümörü küçültmek için kullanılan kemoterapidir (Karabulutlu, 2012).

## **2.2.6. Serviks kanserinden korunma**

Serviks kanserinde korunma kadınların hastalık oluşmadan risk faktörlerinden kaçınması, düzenli olarak erken tanı ve tarama yaptırması ve hastalık oluşuktan sonra tıbbi destek, tedavi, sosyal rehabilitasyon aşamalarını kapsamaktadır (Sönmez,2009).

Serviks kanserinde birincil, ikincil ve üçüncül korunma yöntemleri şunlardır:

### **2.2.6.1. Birincil korunma**

Serviks kanserine neden olan risk faktörlerinden kaçınmak, birincil koruma olarak adlandırılır. Her hastalıkta olduğu gibi kanserde de birincil korunma, teorik olarak etkili ve başarılı korunmadır (Güvenç, 2008).

Serviks kanserinde birincil korunmada yapılması gerekenler şunlardır:

- Riskli cinsel davranışlara yönelik toplumda ve sağlık personelinde farkındalık artışı ve eğitim
- Toplumda bu davranışları değiştirmeye yönelik uygun yerel stratejilerin uygulanması (güvenli cinsel yaşam, tek eşlilik, kondom)
- Etkili ve maliyeti uygun HPV aşısının geliştirilmesi ve tanıtılması
- Sigarayla mücadele (Kaya, 2009).

### **2.2.6.2. İkincil korunma**

Serviks kanserinde erken tanı, tarama, uygun tedavi, hastalığın yarattığı sakatlıkların engellenmesi ve eğitim ikincil korunma olarak adlandırılır. Bu düzeyde alınacak koruma önlemleri erken tanı, uygun tedavi ve sakatlıkların sınırlandırılmasından oluşur. İkincil korunma; taramaları ve risk altındaki grupların eğitimini kapsamaktadır (Durgun Ozan, 2007). Erken tanı için, sağlıklı görünen kişilere jinekolojik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile tarama yapılması gerekmektedir (Güvenç, 2008).

Serviks kanserinin oluşum evresinin uzun olması, çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin olmadığı dönemde, epitel içinde başlayan patolojik değişikliklerin pap-smear testi ile % 90-95 oranında tespit edilmesi, serviks kanseri erken tanısının önemini arttırmaktadır. Serviks kanserinin tanısında kullanılan pap-smear testi maliyet açısından etkin olan yöntemlerden bir tanesidir. Serviks kanseri riskini azaltan birçok sağlık davranışı vardır, ancak hiçbir davranış rutin pap smear yaptırmaya kadar etkili değildir (Akyüz ve ark., 2006). Düzenli jinekolojik muayene ve alınan servikal smear'in sitolojik ve HPV enfeksiyonu yönünden incelenmesi serviks kanseri riskini % 80'in üzerinde azaltmaktadır (Bahar Özvarış ve Aslan, 2011).

Serviks kanseri erken tanısında HPV virüsünden korunmak ve düzenli sağlık kontrolleri yaptırmak hastalığın oluşma riskini azaltabilmektedir (Baran, 2013). Dolayısıyla, dünya çapında ön sıralarda yer alan servikal kanserin etkili bir tarama programı ile premalign aşamada yakalanması ve tedavi edilmesi, insidans ve mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir (Kaya, 2011). Serviks kanserinde düzenli aralıklarla erken tanı ve tarama yaptırmak, taramanın uygun tedaviyi belirlemesi açısından da önemlidir (Boyle ve Levin, 2008).

## **Serviks kanserinde erken tanı yöntemleri şunlardır:**

### **Jinekolojik Muayene**

Kadınların serviks kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerinden biri jinekolojik muayene yöntemidir. Hastanın jinekolojik değerlendirilmesi; hikayenin alınması ve fiziksel muayeneyi de kapsayan jinekolojik muayene ve laboratuvar testleri ile yapılır. Pelvik muayene dış genital organların inspeksiyon ve palpasyonu, vajen ve serviksin spekulum aracılığıyla ve pelvik organların bimanuel muayene ile değerlendirilmesini kapsar (Özbek, 2006).

### **Pap Smear Testi**

Kadınların serviks kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerinden bir diğeri de pap smear testidir. Rahim ağzı kanseri, tüm kanserler içinde taramayla önlenilebilir olan tek kanserdir (Yaşar ve ark., 2008). Pap smear testi servikte bulunan hücrelerin kansere dönüşmeden tespit edilmesi için kullanılan bir yöntemdir. Pap smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir (Tuncer ve ark., 2009). Pap smear testi geliştirildiğinden beri yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır ve Amerika Birleşik Devletleri'nde servikal kanserden ölümlerin % 75 azalmasına neden olmuştur (Esin, Bulduk ve Ardic, 2011).

### **HPV Testi**

Serviks kanserinin erken tanı ve taramasında diğeri önemli bir yöntem de HPV testidir. Mevcut tüm servikal tarama testleri içerisinde HPV testi en doğru, en objektif ve tekrarlanabilir olanıdır (Boyle ve Levin, 2008). Serviks kanseri tespit edilen kadınların çoğunluğunda HPV virüsünün türleri bulunmuştur. Servikal neoplazili hastaların % 80 veya daha fazlası yüksek riskli HPV (özellikle 16, 18, 31, 33) ile enfektidir (Temel, 2008).

Ülkelerde HPV testi, maliyeti yüzünden yeni kullanılmaya başlanmıştır. Ancak Dünya'da yeni kullanılmaya başlayan HPV-DNA testlerinin maliyetlerinin çok düşmesi ve testlerin duyarlılık ve seçiciliklerinin artması ile ulusal programda değişiklik çalışmaları gündeme gelmelidir (Özgül, 2009). HPV testinin pap smear

testi ile birlikte yapılması duyarlılığı arttırır. Bazı gelişmiş ülkelerde sitolojik testlerle beraber kullanılmaktadır. Sensitivitesi de (% 60-70), spesifitesi de (% 80-95) yüksektir. Ancak spesifitesi 35 yaşın üzerindeki kadınlarda yüksek olmasına rağmen genç kadınlarda düşüktür (Kaya, 2009). HPV testinin negatif olması durumunda; takip eden beş yıl içerisinde servikal kanser olma ihtimali çok düşüktür (Baran,2013).

Ülkemizde servikal kanserin erken tanısına yönelik tarama davranışlarının incelendiği bazı çalışmalara baktığımızda oranların çok yüksek olmadığını görmekteyiz. Doğan (2008) kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında çalışanların % 51.7'sinin pelvik muayene yaptırmadıklarını, % 19.5'inin pap smear testini yaptırdıklarını, % 80.5'inin şu ana kadar pap smear testini hiç yaptırmadıklarını belirlemiştir. Gülen (2004), yapmış olduğu araştırmasında ebe-hemşirelerin üçte birinin (% 33.2) jinekolojik muayene yaptırmadığını saptamıştır. Şahin (2009), kadın sağlık çalışanları ve hastaneye başvuran kadınlar ile yaptığı çalışmasında, poliklinik hastalarının % 57.1'inin jinekolojik kanserler hakkında bilgisi olduğu, % 18'inin belli aralıklarla jinekolojik muayeneye gittiklerini belirlemiştir. Sağlık personelinde bu oranları sırasıyla % 92.7 ve % 12.5 bulmuştur. Poliklinik hastalarının % 40.1'inin, sağlık personelinin % 52.1'inin pap smear testi yaptırdığını belirlemiştir. Özçam ve arkadaşları (2014), kadın sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada katılımcıların % 56.5'inin hiç smear testi yaptırmamış olduğunu belirlemişlerdir.

Sağlık Bakanlığına bağlı Kanser Savaş Daire Başkanlığı tarafından 2007 yılında Türkiye'de yürütülecek serviks kanseri toplum tabanlı tarama çalışmaları sırasında uyulması gereken kural ve standartlar belirlenmiş, Serviks Kanseri Taramaları Ulusal Standartları olarak isimlendirilmiştir (Açıkgöz, 2010).

### **2.2.6.3. Üçüncül korunma**

Üçüncül korumada temel yaklaşım, hastaların, tıbbın sağladığı olanaklar ile en iyi şekilde tedavi edilmesidir. Kanserde hastanın tedavisinde yaşam süresini uzatmak ve ayrıca komplikasyonları önleyerek yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenmektedir. Serviks kanserinde bu düzeydeki bir koruma hastalığın kapsamlı tedavisini, tıbbi ve sosyal rehabilitasyonunu kapsamaktadır (Güvenç, 2008).

## 2.3. Kolorektal Kanser

### 2.3.1. Kolorektal kanserin tanımı

Kolon ve rektum, sindirim sisteminin kalın bağırsak denen kısmını oluşturur. Son 20 cm'lik kısmı rektum, buradan ince bağırsaklara kadar olan kısmı ise kolon olarak adlandırılır. Kolondan başlayan kansere kolon kanseri, rektumdan başlayan kansere rektal kanser denir (THSK, <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html>. Erişim:17.12.2015).

### 2.3.2. Kolorektal kanser epidemiyolojisi

KRK (kolorektal kanser) insidans ve mortalitesi dünya çapında belirgin değişiklik göstermektedir. Dünyada her yıl yaklaşık bir milyon KRK tanısı konulurken, 500.000 hasta KRK nedeniyle kaybedilmektedir (THSK Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları, [http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf). Erişim: 17.12.2015.)

Kolorektal kanserlerin % 60'ı dünyanın gelişmiş bölgelerinde gözlenmektedir (Okyay,2013). En yüksek insidanslar Kuzey Amerika, Avustralya, Kuzey ve Batı Avrupa'da iken, gelişmekte olan ülkelerde özellikle Asya ve Afrika'da KRK insidansı düşüktür. Bu coğrafi farklılık diyete, çevresel maruziyete ve genetik yatkınlığa bağlı gibi görünmektedir (THSK Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları,[http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf). Erişim: 17.12.2015).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, hem erkeklerde (prostat ve akciğer kanserinden sonra) hem de kadınlarda (meme ve akciğer kanserinden sonra) yeni gelişen ve ölüme yol açan kanserler arasında üçüncü sırada yer almaktadır ( Ertürk, 2010). Ortalama bir Amerikalı erkek ya da kadın için kolorektal kansere yaşam boyu yakalanma riski yaklaşık % 5'tir. KRK insidansını ve mortalitesini azaltmak için diyet değişiklikleri veya fiziksel aktiviteyi artırma gibi birincil önleme stratejileri ve tarama gibi ikincil önleme stratejileri uygulanmaktadır (Johnson ve ark., 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağ kolon tümörlerinin insidansının 1999'dan itibaren erkeklerde yıllık % 2.6 azaldığı, 2000'lerden beri kadınlarda % 2.3 azaldığı

görülmüştür. Sol kolon tümörlerinin 1992 den 2008'e kadar her iki cinstede insidansı azalmıştır. KRK insidansı son 15 yıl boyunca yılda yaklaşık % 2-3 azalmıştır (Siegel, Ward ve Jemal, 2012). Diğer pek çok batı ülkelerinde insidans sabit ya da bu dönemde biraz artmıştır (Jemal ve ark., 2011). Amerika Birleşik Devletleri'nde, KRK insidansı erkeklerde kadınlara göre % 25, Afrika kökenlilerde beyazlara göre % 20 daha yüksektir (Barut,2013). Çekum ve prokimal kolon kanser insidansı dünya çapında artmaktadır (Barut, 2013; Jemal ve ark., 2010).

KRK kaynaklı ölüm oranları 1980'lerin ortalarından bu yana kademeli olarak birçok batı ülkesinde gerilemiştir (Siegel, Ward ve Jemal,2012). Bu gelişme, erken polip tanısı ve eksizyonu, KRK'lerin erken bir aşamada tanı alması ve daha etkin tedaviler; özellikle adjuvan tedavideki gelişmelere bağlanabilir (Barut, 2013).

Küresel olarak Amerika Birleşik Devletleri en yüksek sağkalım oranlarına sahipken, bu verilerin aksine, daha sınırlı kaynakları ve sağlık altyapısı olan özellikle Orta ve Güney Amerika ve Doğu Avrupa'daki birçok ülkede mortalite oranları artmaya devam etmektedir (Barut, 2013).

Türkiye'de ölüme neden olan malign tümörler içinde kolorektal kanserler (KRK) dördüncü sırada gelmektedir (TUİK, 2013). Türkiye'de kolorektal kanserler Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerine göre kadınlarda görülme sıklığı açısından 100.000 de 13.1 oranıyla üçüncü sırada yer almaktadır. Kolorektal kanserler toplam kadınlarda görülen kanserlerin % 7.8 lik bir dilimini oluşturmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014). Türkiye'nin farklı bölgelerinde veya üniversitelerin onkoloji bölümlerinde yapılan çalışmalarda oranlar birbirinden farklılık göstermektedir. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi'nde yapılan çalışmada 760 kanser hastasının (383'ü erkek, 377'si kadın hasta) 166'sının (% 21.84) KRK olduğu belirtilmiştir. KRK oranı 99 hasta (% 25.84) ile erkeklerde ilk sırada yer almaktayken kadınlarda 67 hasta ile (%17.77) meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almıştır (Gürsu ve ark., 2012). Ege Üniversitesi Kanser Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 1992-2004 yılları arasında kanser tedavisi alan olgulardan (34.134 olgu) kadın hastaların % 12.2 'sinin KRK olduğu ve kadınlarda görülen kanserler açısından üçüncü sırada yer aldığı saptanmıştır (Haydaroğlu, Bölükbaşı ve Öz saran, 2007). Hatay ilinde 2008 yılında kanser vakalarının sıklığı ve

dağılımının araştırıldığı çalışmada kadınlarda KRK görülme oranının % 9.3 ile üçüncü sırada yer aldığı belirtilmiştir (Arıca ve ark., 2011).

### 2.3.3. Kolorektal kanser risk faktörleri

Kolorektal kanser oluşumunda önemli rol oynayan birçok risk faktörü tanımlanmış olup risk faktörlerine ilişkin çalışmalar yapılması, KRK erken tanı ve tarama programlarının etkin bir şekilde uygulanması ve olumlu kazançlar elde edilebilmesi için gereklidir. Bir bireyin yaşamında ilerleyen yaş, ailesel ve genetik faktörler, çevresel faktörler ve yaşam biçimi faktörleri (davranışsal risk faktörleri) KRK gelişimini etkilemektedir (Kılıçkap, Aksoy ve Çelik, 2006; THSK Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları, [http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf). Erişim: 17.12.2015).

Bu risk faktörlerinin bazıları müdahale edilebilir ve değiştirilebilirken bazıları değiştirilemez. Yaş, kişisel ya da ailesel KRK öyküsü, inflamatuvar barsak hastalığı ya da Crohn hastalığı gibi kronik barsak hastalığı varlığı ve adenomatöz polip öyküsü değiştirilemeyen risk faktörlerindedir. Değiştirilebilen risk faktörleri davranışsal risk faktörleridir. Epidemiyolojik çalışmalarda birçok değiştirilebilir risk faktörü tanımlanmıştır. Bunlar; fiziksel aktivite yetersizliği, obezite, işlenmiş et ürünlerinin ya da kırmızı etin fazla tüketilmesi, sigara içme ve orta-ağır düzey alkol tüketimini içerir (ACS, 2014; Johnson ve ark. 2013; NCI).

### Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

**Yaş:** Kolorektal kanser için en önemli risk faktörleri yaş ve genetikdir. KRK insidansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. İnsidans 50 yaşından sonra artmaktadır. KRK 40 yaş altında % 5 oranında görülürken, vakaların % 90'ı 50 yaşından sonra görülmektedir. KRK insidansının zirve yaptığı yaşlar ise 60-70 yaş arasındadır. Bu nedenle, birçok ülkede ortalama risk grubundaki asemptomatik bireylerde tarama programları 50 yaşından itibaren başlamaktadır (Ertürk 2010; [http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic\\_info/risk\\_factors.htm](http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm). Erişim tarihi: 18.12.2015.; THSK, <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html>. Erişim:17.12.2015).

**Cins:** KRK olgularında, genel olarak insidans ile cinsiyet arasında belirgin bir farklılık gösterilememiştir. Ancak, yaş ilerlediğinde KRK insidansı erkeklerde biraz daha artmaktadır (Ertürk, 2010).

**Genetik:** CDC (Center for Disease Control and Prevention)' ye göre aile öyküsünde KRK bulunanlarda hastalığa yakalanma riski daha yüksektir ([http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic\\_info/risk\\_factors.htm](http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm). Erişim tarihi: 18.12.2015.). Birinci derece akrabalarında KRK öyküsü olması riski iki katına çıkarır. Bu artmış risk 60 yaşından önce etkisini gösterir (Barut, 2013).

KRK gelişiminde bilinen genetik geçişlere ek olarak ebeveynlerden çocuğa geçen genetik mutasyonlar, tüm kolorektal kanser vakalarının % 10'unu oluşturmaktadır. Bu genetik mutasyonlardan biri ailesel adenomatöz polipozistir ve çok küçük yaşta kolonda yüzlerce-binlerce polipin gelişmesiyle karakterizedir. Eğer bu polipler tedavi edilmezse bireyde kanser gelişme riski oldukça yüksektir. Diğer genetik mutasyon ise ailesel non-polipozis kolorektal kanserdir ve kolorektal kanserlerin % 5-8' ini oluşturur (Byrne, 2008).

KRK insidansı ile risk faktörlerinin metaanaliz edildiği bir çalışmaya göre, birinci derece akrabasında KRK öyküsünün olması KRK riskini 1.8 kat artırmaktadır (Johnson ve ark., 2013). Yapılan bir diğer çalışmada ise ailede KRK öyküsü bireyin KRK'ya yakalanma riskini 1.5 kat artırmaktadır (Turati, Negri ve La Vecchia, 2013). Morris ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, KRK tanısı almış akraba sayısı arttıkça KRK'lı hastanın beş yıllık yaşam süresinin azaldığı saptanmıştır (Morris ve ark., 2013).

**İnflamatuvar Barsak Hastalığı:** Yapılan çalışmalarda ülseratif koliti olan bireylerde daha belirgin olmak üzere inflamatuvar barsak hastalığı olan bireylerde KRK riskinin arttığı gösterilmiştir. Toplam risk, hastalık süresi 8-10 yıl olanlarda % 2, 20 yılı geçenlerde % 8 ve 30 yıl olanlarda % 18-20 olarak bulunmuştur (Tomruk, 2013).

#### **Değiştirilebilen risk faktörleri**

Fiziksel aktivite eksikliği/olmaması, fazla kilo ve obezite, dengesiz beslenme, tütün kullanımı ve alkol kullanımı gibi yaşam biçimi davranışları tüm kanserler için riskli davranışlardır. Tüm kanserlerin yarısından fazlasının bu riskli sağlık davranışlarına bağlı olduğu belirtilmektedir (Koç, 2014).



**Fiziksel aktivite eksikliği/olmaması:** Kolorektal kanserle en çok ilişkili davranışsal risk faktörlerinden biri fiziksel aktivite yetersizliğidir. Fiziksel olarak çok aktif kişilerin fiziksel olarak en az aktif kişilere göre KRK riski % 25 daha düşüktür. Sedanter kişiler sonraki yaşamlarında aktif hale geldiğinde risklerini azaltabilirler. Fiziksel aktiviteye ilişkin ACS ve CDC, her hafta ve tercihen tüm haftaya yayılmış bir şekilde en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite ya da 75 dakika şiddetli fiziksel aktivite (ya da bunların kombinasyonu) yapmayı önermektedir. 2012 yılında Amerikalı yetişkinlerin yaklaşık olarak sadece yarısının bu önerilere uyduğu belirtilmiştir (ACS, 2014; [http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic\\_info/risk\\_factors.htm](http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm). Erişim tarihi: 18.12.2015.). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yetişkin her birey için haftalık en az 150 dakika orta şiddette egzersiz önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011’de yapılan ‘Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması’ na göre Türkiye genelinde kadınların % 87’si, erkeklerin ise % 77’sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014).

**Fazla Kilo ve Obezite:** Fazla kilo ve obezite fiziksel aktiviteden bağımsız olarak KRK riskini artırmaktadır. Bel kalınlığı ile ölçülen abdominal obezite hem kadınlarda hem de erkeklerde genel obeziteden daha önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Amerikalı yetişkinlerde obezite prevalansı 1997 yılında % 19’dan 2012 yılında % 29’ a artış göstermiştir. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’na göre Türkiye’de obezite sıklığı % 30.3 olarak belirtilmiştir (ACS, 2014; TBSA, 2014; THSK, 2010).

**Tütün Kullanımı:** Sigara kullanımı, kolorektal adenom riskini arttırmaktadır (ACS, 2014). Kolon/rektumda saptanan büyük polipler uzun süreli sigara kullanımı ile ilişkilidir. Sigaranın zararlı etkisi, bırakıldıktan sonraki 10-15 yıl boyunca devam ettiği için sigarayı bırakmış olan kişilerde (10 yıl önce bırakılmış olsa bile), adenomatöz poliplerin sayısı artmaktadır. (Kılıçkap ve ark., 2006; Koç, 2014). Sigara kullanmayanlara göre halen sigara kullananlarda KRK gelişme rölatif riski 1.64 olarak belirtilmiştir. KRK ölümlerinin % 12’si sigara kullanımına bağlıdır. Sigaraya başlama yaşı, sigara kullanma süresi ve günlük tüketilen sigara miktarı KRK riskini artırmaktadır (Koç, 2014).

Botteri ve arkadaşları yaptıkları meta-analizde 42 çalışmayı değerlendirmiş ve sigara içenlerde adenomatöz polip gelişme riskini, hiç sigara içmeyenlere oranla çok daha yüksek bulmuştur (Botteri ve ark., 2008).

**Alkol Kullanımı:** Orta ve aşırı derecede alkol kullanımı KRK ile ilişkilidir. Yaşamı boyunca günde iki-dört adet alkollü içecek tüketen bireylerin günde bir adet alkollü içecekten daha az tüketen bireylere göre KRK'ye yakalanma riski % 23 daha fazladır (ACS, 2014). Alkol tüketimi KRK'nin daha erken yaşta görülmesinde rol oynayan bir faktördür. Ayrıca KRK'nin distal kolonda görülme riskini de artırmaktadır. Sigara kullanımı ile birlikte alkol tüketimi KRK görülme riskini iki kat artırmaktadır (Koç, 2014).

**Diyet:** Kolorektal kanser, yağ tüketimi az olan toplumlarda daha az sıklıkta görülmektedir. KRK görülme sıklığı yüksek olan batılı ülkelerde ortalama yağ oranı, toplam kalorinin % 40-50'sini oluşturmaktadır; bu oran düşük sıklıkta görülen toplumlarda yalnızca % 10-15'tir (Tomruk, 2013).

Bunun yanında yüksek miktarda kırmızı et tüketimi ile az miktarda meyve, sebze ve lifli besin tüketiminin kolorektal kanser riskini arttırdığı bildirilmektedir ([http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic\\_info/risk\\_factors.htm](http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm). Erişim tarihi: 18.12.2015.).

KRK üzerine yapılan bazı çalışmalarda kırmızı eti çok pişmiş şekilde tüketmenin, adenomatöz polip gelişme riskini arttırdığı bulunmuştur (Wei Zheng ve Lee, 2009).

#### 2.3.4.Kolorektal kanser belirtileri

Kolorektal kanserle ilişkili semptomlar gastrointestinal kanama, barsak alışkanlığında değişiklik, karın ağrısı, kilo kaybı ve tıkanma bulgularıdır. Bunlar alarm semptomlarıdır. Fizik muayenede ele gelen kitle olabileceği gibi dijital rektal muayenede kitle veya kanama bulguları saptanabilir. Adenopati, hepatomegali, sarılık ve akciğer bulguları metastatik hastalığın bulguları olarak saptanabilir. Laboratuvar testlerinde demir eksikliği anemisi, elektrolit dengesizliği ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk tespit edilebilir. Sol kolon ve rektum tümörlerinde abdominal distansiyon ve kabızlık gibi bulgularla kendini gösteren tıkanma bulguları ön planda iken sağ kolon tümörleri daha sessiz seyredir (Barut, 2013).

### **2.3.5.Kolorektal kanserde tedavi yöntemleri**

Kolorektal kanserlerde cerrahi girişim metastazın olmadığı durumlarda hastalığın tedavisi için esastır. Cerrahi girişimi, nüks olasılığını azaltmak için adjuvan kemoterapi izlemektedir. Kemoterapi hastalığın ilerlemiş aşamalarında semptomları azaltmak ve yaşamı uzatmak için de kullanılabilir. Radyoterapi, öncelikle hastalığı lokal olarak kontrol etmek için rektal kanser için kullanılır (Midgley ve ark., 2012).

#### **2.3.5.1.Cerrahi tedavi**

Cerrahi tedavi, kanserin tedavisinde ana basamağı oluşturur. Ama bunun için kanser uzak organlara (karaciğer, akciğer, beyin, kemik vb.) yayılmamış olmalıdır. Cerrahi yöntemde tümörlü kısım etraftaki sağlam dokuyla beraber çıkartılır (THSK, <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html>. Erişim:17.12.2015).

#### **2.3.5.2.Radyoterapi**

Radyoterapi kolon kanserli ve Evre I-II rektum kanserli hastalarda endike değildir. 1990 yılında NIH (National Institute of Health) konferansında T3 veya lenf nodu tutulumu olan rektal kanserli hastalara standart adjuvan kemoterapi ve radyoterapi önerilmiştir. Adjuvan radyoterapinin preoperatif veya postoperatif verilmesi iki farklı yaklaşımdır. İlk yaklaşımda radikal cerrahiye takiben T3 ve T4 tümörlerle lenf nodu tutulumu olan hastalarda postoperatif radyoterapi uygulanırken; diğer yaklaşımda ultrason ve diğer görüntüleme yöntemleriyle T3 ve T4 olan tümörlerde tedavinin preoperatif verilmesi ve daha sonra cerrahi ve adjuvan kemoterapi yaklaşımıdır. Kuzey Amerika çalışmalarında postoperatif tedavinin Avrupa çalışmalarında ise preoperatif tedavinin daha etkin olduğunu gösterir bulgular vardır (Barut, 2013).

### **2.3.5.3. Kemoterapi**

#### **Neoadjuvan Kemoterapi**

Özellikle rektum tümörlerinde ve genellikle radyoterapi ile kombine edilerek uygulanan, cerrahi tedavi öncesinde tümör hacmini azaltmaya ve oluşabilecek cerrahi morbiditeyi azaltmaya yönelik tedavidir (Tomruk, 2013).

#### **Adjuvan Kemoterapi**

Küratif amaçla cerrahi tedavi uygulanan ve özellikle lenf nodu tutulumu bulunan hastalarda vücuttaki mikro metastazların ortadan kaldırılması ve nüks gelişmesini önlemek amacıyla yapılan sistemik kemoterapiye adjuvan kemoterapi denmektedir (Büyükcinal, [http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/023\\_buyukunal.pdf](http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/023_buyukunal.pdf).

Erişim tarihi: 14.01.2016.; Tomruk, 2013). Evre IIB ve III hastalarına uygulanmaktadır (Büyükcinal, [http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/023\\_buyukunal.pdf](http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/023_buyukunal.pdf). Erişim tarihi: 14.01.2016.).

#### **İleri Evre Kolorektal Kanserde Kemoterapi**

Uzak metastazları bulunan ileri evre kolorektal kanserlerde yaşam kalitesini arttırmak ve sağ kalım süresini uzatabilmek amacıyla değişik kemoterapötik ajanlar kullanılır (Tomruk, 2013).

### **2.3.6. Kolorektal kanserden korunma**

#### **2.3.6.1. Birincil korunma**

Birincil koruma önlemleri iki alana odaklanır; Risk faktörlerinin değiştirilmesine yönelik yaşam biçimi değişikliklerinin yapılması ve kemoprevansiyon (kimyasal koruma) stratejileridir (Mahon, 2009).

#### **Yaşam Biçimi Değişiklikleri**

Kanser gelişiminde rol oynayan alışkanlıkları olumlu yönde değiştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmayı kapsar. Beslenme ve diyetin düzeltilmesi, beden kitle indeksinin normal sınırlarda olması, fiziksel aktivitenin artırılması ve

sigara ve alkol kullanmama sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturur (Koç,2014).

### **Kemoprevantif Önlemler**

KRK gelişimini önlemede ilaç ya da doğal bileşik kullanılması kemoprevantif önlemler/kemoprevansiyon olarak adlandırılmaktadır. Kolorektal kanserde kimyasal önlem, daha çok bir cm'den büyük çaptaki ve villöz histoloji ile karakterize olan ileri adenomlarda ve boyutundan ve histolojisinden bağımsız olarak ikiden fazla adenom varlığında düşünülebilir. Bunun yanı sıra, KRK aile öyküsü ya da birinci dereceden bir akrabada KRK bulunması durumunda kimyasal önlemlerden yarar sağlanabilir. Kimyasal önlemlerden fayda sağlayabilecek grup tüm KRK olgularının % 10'unu kapsamaktadır (Lance,2008). KRK kemoprevansiyonu çalışmaları oldukça aktif bir alan olup kimyasal önlemler daha çok yüksek risk grubundaki kişilere önerilmektedir (Ertürk, 2010; Kahı ve ark., 2008; Lance, 2008; Mahon, 2009).

Non Steroid Anti İnflamatuar İlaçların (NSAİİ) ve Aspirinin KRK gelişiminde rol oynayan siklooksijenaz (COX-1 ve COX-2) enzimlerini inhibe ettiği belirlenmiştir. Düzenli olarak Aspirin ve diğer NSAİİ kullanımının insanlarda KRK gelişimini % 30-50 oranında azalttığı belirtilmektedir. Yakın zamana kadar bu ajanların hiçbirinin genel popülasyonda (ortalama risk) kullanımı önerilmezken günümüzde Aspirin ve diğer NSAİİ'nin ortalama riski olan kişilerde düzenli kullanılması önerilmektedir. Ancak Aspirin ve diğer NSAİİ'nin KRK'ya karşı kemoprevansiyon sağlamalarına rağmen gastrointestinal kanama ve inme gibi yan etkileri olduğundan yarar/risk dengesi göz önüne alındığında kullanımı kısıtlanmaktadır (Ertürk, 2010; Kahı ve ark., 2008; Lance, 2008; Mahon, 2009).

Ayrıca Kalsiyum, D vitamini, Folik asit, Hormon Replasman Tedavi ve Statinlerin KRK kemoprevansiyonunda sağladığı korunma etkisine dair sonuçlar karmaşıktır (Ertürk, 2010; Kahı ve ark., 2008; Lance, 2008; Mahon, 2009; Ordu ve Saip, 2011).

#### **2.3.6.2. İkincil korunma**

İkincil korunma, yavaş büyüyen lezyonların erken evrede tanılanmasını sağlayan erken tanı ve tarama yöntemlerini kapsar. GGK Testi, kolonoskopi gibi erken tanı ve

tarama yöntemleri, anormal değişimleri kanserleşmeden tanımlayabilir ve böylece kanseri tam gelişmeden önleyebilir. İkincil koruma, genellikle intraepitelyal neoplazi ya da prekanseröz lezyonların (örn; adenom ya da hiperplazi) çıkarılması ile ilişkilidir (Alberts ve Hess, 2010; Patel ve Ahnen, 2013).

KRK taramasının amacı, kolorektal polipleri ve KRK'yı erken evrede saptayarak hastalık insidansını ve mortalitesini azaltmaktır. KRK taraması, önerilen tarama aralıklarına uygun yapıldığında ve var olan polipler çıkarıldığında KRK taramasının hastalık mortalite ve morbiditesini azalttığına dair kanıtlar açıktır. Poliplerin, özellikle adenomatöz tipte olanların KRK'nın habercisi olduğu bilinmektedir. Tümör lokalize (barsak duvarına sınırlı) iken teşhis edilirse tahmini 5 yıllık sağ kalım oranı % 90, bölgesel (lenf nodu tutulumu varken) iken teşhis edilirse % 68 ve uzak metastaz mevcut ise % 10'dur (Ertürk, 2010; Mahon, 2009; Patel ve Ahnen, 2013).

### **Kolorektal kanserde erken tanı yöntemleri şunlardır:**

#### **Gaitada Gizli Kan (GGK) Testi**

GGK testi kolonda büyük poliplerin varlığının habercisi olabilir. İşlemin 3 ayrı gün yapılması testin gücünü artırır çünkü kanamalar aralıklı olabilir. Eğer gaitada kan bulunursa kolonoskopi önerilir. 50 yaşının üstünde olan ve ailede kolon kanseri öyküsü olan bireyler için testin yıllık yapılması önerilmektedir. GGK testinin düzenli yapılması kolorektal kanserden ölüm oranını % 15 – 33 azaltabilir. Bunun yanında GGK testi ile kolondaki büyük poliplerin erken tespit edilmesi, KRK insidansını % 20 kadar azaltabilir (ACS, 2005).

#### **Fleksibl Sigmoidoskopi**

Bu testte rektumu ve kolonun alt kısımlarını incelemek amaçlı esnek ve ışıklı bir tüp kullanılır. Sigmoidoskop da denen bu tüp yaklaşık 60 cm uzunluğundadır ve kolonun 1/3 alt kısmını görüntüleyebilir. Kolonun alt kısmındaki kanserlerde fleksibl sigmoidoskopi kolorektal kanserden ölüm riskini % 60 kadar azaltabilir (ACS,2005). CDC (Centers for Disease Control and Prevention) sigmoidoskopinin her 5 yılda bir yapılmasını önermektedir (CDC, [http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/pdf/Basic\\_FS\\_Eng\\_Color.pdf](http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/pdf/Basic_FS_Eng_Color.pdf)).

### **Kolonoskopi**

Kolonoskopi kolorektal kanseri görüntülemeye oldukça etkili bir yöntemdir ve tüm kolonun görüntülenmesinde altın standart kabul edilmektedir (Canca, 2009). Test sigmoidoskopiye benzer ancak kullanılan enstrüman daha uzundur ve tüm kolonun görüntülenmesine olanak tanır. Sigmoidoskopide de olduğu gibi, hastalar testten bir gün önce rektum ve kolonun temizlenmesi için müshil alır. Kolonoskopi esnasında polip tespit edilirse hekim bunları uzun kablo enstrümanı yardımıyla çıkarabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen Ulusal Polip Çalışması'na göre düzenli yapılan kolonoskopiler sayesinde, bölge gözetmeksizin tüm kolorektal kanserler % 76 – 90 oranında önlenir. 50 yaşın üstündeki bireylerin her 10 yılda bir düzenli olarak kolonoskopi yaptırması önerilmektedir (Ilgaz ve Gözüm, 2014).

### **Bilgisayarlı Tomografi (BT)**

Genelde kolonoskopinin uygun olmadığı durumlarda kullanılır ve hastanın uzak metastazlarının tespiti, kitlenin komşu organlarla ilişkisi ve lenf nodlarının durumu hakkında bilgi vermektedir (Tomruk, 2013).

### **Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)**

Daha çok karaciğer metastazlarının değerlendirilmesinde, nükslerin tespitinde, BT sonuçları yeterli olmazsa başvurulabilir (Tomruk, 2013).

### **Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)**

BT'de alınan anatomik detaylarla, PET ile elde edilen fonksiyonel görüntülerin üst üste bindirilmesi işlemidir. Karaciğer veya akciğer metastazı olan ve rezeksiyon düşünülen hastalarda, metastaz bölgesinin tam tespiti için kemoterapi ya da cerrahi öncesi PET uygulanabilir (Tomruk, 2013).

#### **2.3.6.3. Üçüncül korunma**

Üçüncül korunma, belirlenen hastalığın tedavisini, hastalıkla ilişkili komplikasyonların önlenmesini ve sıklıkla bir kanser türünden tedavi edilen ve

metastaz ya da ikincil bir primer kanser gelişme riski olan hastaların tedavi edilmesini içerir (Koç, 2014).

Üçüncül korunmada hedef kanser hastalarında doğru tedavi ile mortalite ve morbiditeyi azaltmak olup birincil ve ikincil korumaya göre, daha çok çaba gerektiren ve ekonomik yükü fazla olan bir yaklaşımdır (Alberts ve Hess, 2010).

#### **2.4. Meme, Serviks Ve Kolorektal Kanserlerden Korunmada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Dünyada kadınlarda sıklığı giderek artan ve ölümlere yol açan meme, serviks ve kolorektal kanserlerden korunma; kadınların sağlığını korumak, hastalığı erken dönemde tespit etmek ve hastalığa bağlı gelişebilecek sekonder komplikasyonları önlemek açısından önemli bir yer tutmaktadır.

Kanserde hemşirelik girişimleri; kansere neden olabilecek risk faktörlerini önlemek veya ortadan kaldırmak ve yaşam tarzı değişikliği yaratmak konusunda bireyleri bilgilendirmekten başlayarak, erken tanı amaçlı taramaların önemini vurgulamak ve terminal hasta bakımına kadar uzanan çok geniş bir yelpaze içinde ele alınmaktadır (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011). Sağlık çalışanlarına özellikle de toplumla daha fazla iletişim halinde olan halk sağlığı hemşirelerine bu konuda büyük görevler düşmektedir. Bu amaçla kanserden korunmada halk sağlığı hemşiresinin rolü, birincil, ikincil ve üçüncül korunma düzeyinde olmak üzere üç başlık altında toplanabilir. **Korunma düzeylerine göre halk sağlığı hemşiresinin rolleri aşağıda belirtilmiştir:**

##### **Birincil Korunmada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Halk sağlığı hemşiresi birincil koruma düzeyinde, topluma ve bireylere risk faktörlerinden ve karsinojenlerden uzak durma, sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik yaşam biçimi değişiklikleri yapma, aşılama konusunda sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti vermeli ve bireylerin farkındalıklarını arttırmalıdır (Kanbur ve Çapık, 2011). Kanserın erken tanısında birincil korumaya yönelik olarak planlanan girişimler, kanserin görülme sıklığı ve mortalitesinin azaltılmasında önemlidir. Sağlık eğitimi birincil koruma düzeyinde halk sağlığı hemşirelerinin en önemli fonksiyonlarından (Norouznia, 2014).



Meme kanserine yönelik birincil koruma düzeyinde halk sağlığı hemşiresi topluma ve bireylere meme kanserine neden olabilecek risk faktörleri (ilk canlı doğumun çok ileri yaşta yapılması, hiç doğum yapmamış olmak, hormon replasman tedavisi ve oral kontraseptif kullanımı, alkol ve sigara kullanımı, fiziksel aktivite yetersizliği, yağ içeriği yüksek besinlerin uzun süreli tüketimi, aşırı kilolu veya obez olmak, radyasyona maruz kalmak, osteoporoz), bu risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelik yaşam biçimi değişiklikleri konusunda sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti vermelidir.

Serviks kanserinden korunmaya yönelik birincil düzeyde halk sağlığı hemşiresi topluma ve bireylere risk faktörlerinin (erken yaşta cinsel aktivite, çok sayıda cinsel partner, çok partnerli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişki, ilk gebelik yaşının 20 ve altında olması, üç ve üzeri doğum sayısı, cinsel yolla geçen hastalığa sahip olma, sigara kullanımı, anormal pap-test hikayesi, sebze ve meyve tüketiminin yetersizliği, oral kontraseptif kullanımı, HPV) neler olduğu, bu risk faktörlerinin oluşmasını engellemeye yönelik yaşam biçimi değişiklikleri ve servikal kanserden korunmaya yönelik HPV aşısı konusunda gerekli sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetini vermelidir.

Kolorektal kanserden korunmaya yönelik birincil düzeyde halk sağlığı hemşiresi kolorektal kansere neden olabilecek risk faktörleri (fiziksel aktivite yetersizliği, fazla kilo ve obezite, sigara ve alkol kullanımı, beslenmede yağ ve kırmızı et tüketiminin fazla olması, meyve, sebze ve lifli besin tüketiminin az olması) ve bu risk faktörlerinin oluşmasını önlemeye yönelik yaşam biçimi değişiklikleri konusunda topluma ve bireylere gerekli sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerini vermelidir.

### **İkincil Korumada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Kanserde erken dönemde tanı konması, hastalığın tedavi şansının yüksek olması ve sağ kalım oranlarının artması yönünden önemlidir. Bu konuda tüm sağlık çalışanlarına özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerinde olan halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Hasta ya da sağlam bireyle karşılaşma olasılığı yüksek olan halk sağlığı hemşireleri kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgiye ve beceriye sahip olarak ve etkin iletişim tekniklerini de kullanarak kadınlara kanseri, belirti-bulgularını, erken tanı ve tarama

yöntemlerini ve bunun önemini anlatmalıdır ve kadınları erken tanı ve tarama davranışında bulunma konusunda cesaretlendirerek teşvik etmelidirler. Bu konuda halk sağlığı hemşirelerinin öncelikle bir kadın olarak, sonra hizmet verdikleri kişilerden sorumlu bireyler olarak kanserde erken tanıya yönelik KKMM'ni yöntemsel olarak doğru ve düzenli sıklıkta yapmaları, diğer meme, serviks ve KRK tarama test ve muayenelerini yaptırmayı rutin bir davranış şekline dönüştürmeleri gerekmektedir (Karakuş, 2008).

İkincil koruma düzeyinde halk sağlığı hemşiresi bireylerin ve toplumun kanserin erken tanısına yönelik uygulamalar konusunda bilinçlenmelerini ve uygun kanser tarama davranışlarında bulunmalarını sağlamak amacıyla gerekli sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerini vermelidir (Kanbur ve Çapık, 2011). Yürütülen erken tanı çalışmalarının geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve programlara katılımın sağlanmasında aktif olarak yer almalıdır. Halk sağlığı hemşirelerinin bireylerin erken tanı davranışlarında bulunmalarını sağlamada onları motive etmeleri ve desteklemeleri önemlidir (Norouznia, 2014).

İkincil koruma düzeyinde toplumu ve bireyleri meme kanserinin erken tanısına yönelik erken tanı yöntemleri (KKMM, KMM ve mamografi) ve meme kanseri tarama programı ulusal standartları (20 yaş ve üzerinde her ay KKMM, 20 yaş ve üzerinde iki yılda bir KMM, 40 yaş ve üzerinde yılda bir KMM ve 40-69 yaşta iki yılda bir mamografi yaptırılması), serviks kanseri erken tanısına yönelik erken tanı yöntemleri (jinekolojik muayene, pap-smear ve HPV testi) ve serviks kanseri tarama programı ulusal standartları (30-65 yaş grubunda her 5 yılda bir pap-smear testi ve HPV testi yaptırılması), KRK erken tanısına yönelik erken tanı yöntemleri (GGK, kolonoskopi) ve KRK tarama programı ulusal standartları (50-70 yaş grubunda iki yılda bir GGK testi ve on yılda bir kolonoskopi yaptırılması) konusunda sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti vermek, bireyleri erken tanı uygulamaları ve tarama yaptırma davranışına teşvik etmek, yönlendirmek hizmet verdiği bireylerin bu amaçla takiplerini yapmak halk sağlığı hemşiresinin görevlerinden biridir.

Halk sağlığı hemşireleri olarak hem kendi sağlığımızı hem de diğer bireylerin ve toplumun sağlığını korumak konusunda önemli görevler üstlenmekteyiz. Kanserde erken tanı ve tarama uygulamalarının sağkalım oranlarını artırdığının, hayat kurtarıcı olduğunun daha kaliteli bir yaşama sahip olmak açısından önem arzettiğinin

bilincinde erken tanı ve tarama uygulamalarını uygun sıklıkta yaptırmaya özen göstererek topluma örnek olmak ve bireyleri kanserde erken tanı ve tarama uygulamaları konusunda bilgilendirmek, davranışı yapmaya teşvik etmek, KETEM gibi bu konuda topluma hizmet sunan kuruluşlar, aile hekimlikleri ve Toplum Sağlığı Merkezleriyle işbirliği içerisinde bu görevleri yürütmek halk sağlığı hemşirelerinin görevleri ve sorumlulukları içerisinde önemli yer tutmaktadır.

### **Üçüncül Korumada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Kanser hastalarında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası, kemoterapi ve radyoterapi döneminde birçok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir. Beklenen fiziksel komplikasyonlar arasında ameliyat sonrası veya kemoterapi esnasında kan değerlerindeki değişimlere bağlı olarak gelişebilecek enfeksiyonlar, aşırı yorgunluk, bulantı, kusma ve beslenme yetersizliğine bağlı kilo kaybı, deri yanıkları, saç ve kaş dökülmesi, deri dokusunda pullanma ve ödem, şiddetli kemik ve eklem ağrıları, nöromüsküler komplikasyonlar, üriner sistem komplikasyonları, seksüel komplikasyonlar yer almaktadır. Bütün bu komplikasyonlarının yanı sıra hastaya tanı konulmasından itibaren kanser, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser, kronik bir hastalık olup hem hasta, hem de hastanın ailesi bu süreçten etkilenmektedir. Kanser tanısı konan bir kişide en sık görülen tepki öfkedir. Temelde hastalığa karşı duyulan öfke doktorlara, sağlık personeline ve yakınlarına yansıtılmaktadır. Bir diğer sık görülen tepki ise suçluluk duygusudur; kişi, bu hastalığı hak etmek için ne gibi bir hata yapmış olduğunu sorgulamaya başlamakta hastalığı, bir cezalandırma gibi görebilmektedir. Öte taraftan, beden imgesi bozulan hasta bundan sonra hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilmekte, fiziksel bütünlüğü kaybetme endişesi, hastanın ruhsal açıdan incinebilirlik riskini artırmaktadır. Ölümün çok yakınında olabileceğini bilmek ve uygulanacak tedavi yöntemleri de başlıca stres kaynaklarıdır. Bu nedenle tıbbi tedaviye ek olarak hastanın psikososyal desteğe de gereksinmesinin olduğu unutulmamalıdır (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011).

Kanserde üçüncül koruma temel fizyolojik işlevlerin sürdürülmesi, ameliyat bölgesinin korunması, hastanın durumundaki değişikliklerin izlenmesi, yorumlanması ve kaydedilmesi, aseptik uygulamalarla ameliyat bölgesinde

enfeksiyon gelişiminin önlenmesi, solunum işlevlerinin sürdürülmesi, pasif egzersizlerin yapılması, ağrının analjeziklerle kontrol edilmesi, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyonun sağlanması, hastanın radyoterapi ve kemoterapi için hazırlamasını kapsar. Üçüncül korunma düzeyinde kanser hastasının fiziksel rehabilitasyona, emosyonel ve psikososyal desteğe gereksinimi vardır. Rehabilitasyonun amacı, kayba odaklanmak yerine, var olan güç ve yeteneklerle fiziksel fonksiyonların düzeltilmesi, gelecekte oluşacak komplikasyonların önlenmesi ve destek sistemlerinin yeniden düzenlenmesini içerir. Kanser hastalarının rehabilitasyon gereksinimi, multidisipliner bir yaklaşımla karşılanması gereken bir durumdur (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011).

Halk sağlığı hemşiresi, üçüncül koruma düzeyinde kanser tanısı alan bireylerin kanserin sekonder komplikasyonlarından korunmalarını sağlamak amacıyla bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirmeli, gerekli bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermeli ve gerekli durumda ilgili uzmanlık alanlarına yönlendirmelidir (Kanbur ve Çapık, 2011).

Halk sağlığı hemşiresi aynı zamanda araştırma yapma rolünü de kullanarak kanser hastalığı konusunda bölgesinde gerekli araştırmaları yapma, kansere yakalanma oranlarını saptama, kansere neden olabilecek karsinojenleri tespit etme ve ilgili birimlere bildirimde bulunma, halk sağlığı alanında diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği içerisinde kanseri önleme uygulamalarında sağlık politikaları içerisinde yer alma, kanser vakalarını yönetme gibi önemli roller ve görevler de üstlenmektedir (Eroğlu ve Koç, 2014)

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, kadın sağlık çalışanlarının meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Marmaris Devlet Hastanesi, Özel Ahu Hastanesi ve Özel Marmaris Yücelen Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırma Eylül 2015 - Eylül 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler Kasım 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Marmaris Devlet Hastanesi, Özel Ahu Hastanesi ve Özel Marmaris Yücelen Hastanesi'nde çalışan toplam 230 kadın sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örneklem yapılmamıştır. 230 kadın sağlık çalışanının tamamı çalışma kapsamına alınmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini test etmek için soru formu kadın sağlık çalışanlarından 23 kişiye uygulanarak ön deneme yapılmıştır. Ön uygulama yapılan 23 kadın sağlık çalışanı asıl çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya katılan 200 gönüllü kadın sağlık çalışanından 149'u devlet hastanesinde, 51 kişi özel hastanelerde görev yapmaktadır. Araştırmaya katılanlardan 15'i doktor, 99'u hemşire, 32 kişi ebe ve 54'ü diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Yedi kadın sağlık çalışanı çalışmaya katılmak istemediği için araştırmaya alınmamıştır.

#### 3.4. Veri Toplama Aracı

Veriler araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan soru formu aracılığı ile toplanmıştır (Açıkgöz, 2010; Doğan, 2008; Karakuş, 2008; Özçam ve ark., 2014; Uncu ve Bilgin, 2011). Bu form kadın sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerini ve meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama davranışlarını değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Soru formunda araştırmaya alınacak kadın sağlık çalışanlarının yaş, eğitim durumu, mesleği, medeni

durum, çocuk sayısı, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, aile tipi, ekonomik durumu gibi tanımlayıcı özelliklerine yönelik 17 soru ve meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama davranışlarını değerlendirmeye yönelik meme muayenesi yapma durumu, sıklığı, serviks muayenesi yaptırma durumu, sıklığı, gaitada gizli kan baktırma durumu gibi 33 sorudan olmak üzere toplam 50 sorudan oluşmaktadır.

### 3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinden Etik Kurul İzni ve Marmaris Devlet Hastanesi için Muğla Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden, Özel Ahu Hastanesi ve Özel Marmaris Yücelen Hastanesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır. Araştırma grubunda bulunan kadın sağlık çalışanlarına araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve yararı ile ilgili bilgi verilmiştir ve araştırmada kullanılan soru formu, sözel onamları alınan çalışanlara uygulanmıştır. Veriler, hafta içi mesai saatleri içerisinde sağlık çalışanlarından çalıştıkları bölümlerde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini test etmek için soru formu kadın sağlık çalışanlarından 23 kişiye uygulanarak ön deneme yapılmıştır. Ön deneme sonucunda soru formunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra asıl veri toplama aşamasına geçilmiştir. Ön uygulama yapılan 23 kadın sağlık çalışanı asıl çalışmaya alınmamıştır. Formun uygulanması yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

### 3.6. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS 20.0 programında veri tabanı oluşturularak ortalama, yüzdelik ve Ki-Kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Yanılma düzeyi için  $\alpha=0,05$  olarak alınmıştır. Kanser tarama davranışları bağımlı değişken ve sosyo-demografik özellikler de bağımsız değişken olarak değerlendirilmiştir. Kanser tarama davranışları değerlendirilirken aşağıda belirtilen 'Ulusal Kanser Tarama Standartları'ndan yararlanılmıştır.

<b>ULUSAL KANSER TARAMA STANDARTLARI</b>	
<b>MEME KANSERİ</b>	<p>Kendi Kendine Meme Muayenesi: 20 yaş ve üzeri ayda bir</p> <p>Klinik Meme Muayenesi: 20 yaş ve üzeri 2 yılda bir 40 yaş ve üzeri yılda bir</p> <p>Mamografi: 40-69 yaş arası (40 ve 69 yaşlar dahil) 2 yılda bir (Gültekin,2014; kanser.gov.tr/Dosya/genelge/MEME.doc.; Karaca, 2015).</p>
<b>SERVİKS KANSERİ</b>	<p>Pap-smear Testi: 30-65 yaş arası (30 ve 65 yaşlar dahil) 5 yılda bir</p> <p>HPV Testi: 30-65 yaş arası (30 ve 65 yaşlar dahil) 5 yılda bir (Baran,2013; <a href="http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf">http:// kanser. gov.tr/Dosya/tarama/ serviks. pdf.</a>, Erişim: 10.12.2015).</p>
<b>KOLOREKTAL KANSER</b>	<p>Gaitada Gizli Kan Testi (GGK): 50- 70 yaş arası (50 ve 70 yaş dahil) 2 yılda bir</p> <p>Kolonoskopi: 50- 70 yaş arası (50 ve 70 yaş dahil) 10 yılda bir (<a href="http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf">http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf.</a>).</p>

#### 4. BULGULAR

**Tablo 1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri**

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Çalışılan hastane türü</b>		
Kamu	149	74.5
Özel	51	25.5
<b>Yaş</b>		
20 yaş altı	3	1.5
20-29 yaş	44	22.0
30-39 yaş	84	42.0
40-49 yaş	57	28.5
50 yaş ve üzeri	12	6.0
<b>Meslek</b>		
Doktor	15	7.5
Hemşire	99	49.5
Ebe	32	16.0
Diğer*	54	27.0
<b>Çalışma yılı</b>		
1-5 yıl	36	18.0
6-10 yıl	40	20.0
11-15 yıl	32	16.0
16-20 yıl	40	20.0
21 yıl ve üzeri	52	26.0
<b>Çalışılan servis</b>		
Dahili bilimler	107	53.5
Cerrahi bilimler	71	35.5
Temel tıp bilimleri	22	11.0
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	33	16.5
Ön lisans	65	32.5
Lisans	63	31.5
Fakülte	21	10.5
Yüksek lisans	18	9.0
<b>Medeni durum</b>		
Evli	158	79.0
Bekar	31	15.5
Dul/boşanmış	11	5.5
<b>Çocuğu olma durumu</b>		
Var	143	71.5
Yok	57	28.5



**Tablo 1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri (Devam)**

<b>Çocuk sayısı</b>		
Bir	66	46.2
İki	70	49.0
Üç ve üzeri	7	4.8
<b>Eş eğitimi</b>		
İlkokul	2	1.3
Ortaokul	3	1.9
Lise	42	26.6
Ön lisans	23	14.5
Lisans	80	50.6
Yüksek lisans ve üzeri	8	5.1
<b>Eş mesleği</b>		
Sağlık personeli	16	10.1
İşçi	5	3.2
Memur	112	70.9
Serbest	25	15.8
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	184	92.0
Geniş aile	7	3.5
Parçalanmış aile	9	4.5
<b>Gelir/gider durumu</b>		
Gelir gidere denk	111	55.5
Gelir giderden az	74	37.0
Gelir giderden fazla	15	7.5
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Var	49	24.5
Yok	151	75.5
<b>Kronik hastalık türü</b>		
Dolaşım hastalıkları	16	32.7
Metabolik hastalıklar	10	20.4
Solunum sistemi hastalıkları	7	14.3
Eklem hastalıkları	5	10.2
Diğer**	11	22.4
<b>Ailede kanser tanısı alan</b>		
Var	66	33.0
Yok	134	67.0
<b>Ailede kanser türü</b>		
Meme	13	19.7
Kolorektal	6	9.1
Serviks	1	1.5
Diğer	46	69.7

**Tablo 1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri (Devam)**

<b>Ailede kanser tanı süresi</b>		
1 yıldan az	4	6.1
1-5 yıl	16	24.2
6-10 yıl	24	36.4
11 yıl ve üzeri	22	33.3
<b>Kanserli bireyle akrabalık düzeyi</b>		
Birinci derece	28	42.4
İkinci derece	19	28.8
Üçüncü derece	15	22.7
Diğer	4	6.1
<b>Kanser tanısı alma</b>		
Evet	3	1.5
Hayır	197	98.5

\* Diş hekimi, eczacı, acil tıp teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, anestezi teknisyeni, psikolog, odyometrist, fizyoterapist, diyetisyen, biyolog, diş teknisyeni, fizyoterapi teknikeri, diyaliz teknikeri, sosyal hizmet uzmanı.

\*\*Nörolojik, sindirim sistemi, jinekolojik, dermatolojik hastalıklar, kanser,guatr+migren+ülser, migren+varis.

Tablo 1’de kadın sağlık çalışanlarının bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre kadınların % 74.5 ‘inin kamu hastanesinde, % 42’sinin 30-39 yaş grubunda, % 28.5’inin 40-49 yaş grubunda olduğu, çoğunluğunu hemşirelerin (% 49.5) oluşturduğu görülmektedir. Çalışma yıllarına bakıldığında % 26 ile 21 yıl ve üzerinde çalışanların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Çalışanların % 53.5’inin dahili birimlerde çalıştığı, % 32.5’inin ön lisans mezunu, % 31.5’inin lisans mezunu, % 79’unun evli, % 5.5’inin dul-boşanmış olduğu, % 71.5’inin çocuğu olup, % 49’unun iki çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışanların eşlerinin % 50.6 oranında lisans mezunu olduğu, % 70.9’unun memur, yalnızca % 10.1’inin sağlık personeli olduğu görülmektedir. Çoğunluğunun çekirdek aile (% 92), % 4.5’inin parçalanmış aile yapısında olduğu, % 55.5’inin gelirinin giderine denk olduğu, % 37’sinin ise gelirinin giderinden az olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların yaklaşık olarak dörtte birinin kronik bir hastalığı olduğu, bu hastalıkların çoğunlukla dolaşım sistemi hastalıkları olduğu, ailedeki kanser durumuna bakıldığında, üçte birinin ailesinde kanser tanısı alan bireyin olduğu, bu bireylerle % 42.4 oranında birinci derece yakınlığın olduğu, çalışanlardan üç kişinin

kanser tanısı aldığı belirlenmiştir. Bireylere bu kanser türleri sorulduğunda göz, serviks ve beyin kanseri olduğunu ifade etmişlerdir.

**Tablo 2: Kadın Sağlık Çalışanlarının Kanser Tarama Davranışları**

Kanser Tarama Davranışları	Uygulama Durumu					
	Uygulayan		Uygulamayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>KKMM*</b>	149	75.6	48	24.4	197	100.0
<b>KMM*</b>	61	31.0	136	69.0	197	100.0
<b>Mamografi**</b>	38	55.1	31	44.9	69	100.0
<b>Pap-smear testi***</b>	90	58.8	63	41.2	153	100.0
<b>HPV testi***</b>	14	9.2	139	90.8	153	100.0
<b>Gaitada gizli kan testi****</b>	2	16.7	10	83.3	12	100.0
<b>Kolonoskopi****</b>	0	0.0	12	100.0	12	100.0

\*Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\*\*Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\*\*\*Ulusal kolorektal kanser tarama standartlarına göre 50 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Tablo 2’de kadın sağlık çalışanlarının kanser tarama davranışlarına bakıldığında, % 75.6’sının KKMM yaptığı, % 31’inin KMM yaptırdığı, % 55.1’inin mamografi yaptırdığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının % 58.8’inin pap-smear testi yaptırdığı, % 9.2’sinin HPV testi yaptırdığı görülmektedir. Çalışanların % 16.7’sinin GGK testi yaptırdığı, kolonoskopi yaptıran sağlık çalışanının olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 3: Kadın Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramalarını Doğru Sıklıkta Yapma Durumu**

Tarama Davranışları	Tarama Davranışlarının Sıklığı					
	Doğru Yapan		Yanlış Yapan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>KKMM*</b>	79	53.0	70	47.0	149	100.0
<b>KMM**</b>						
<b>20-40 yaş arası</b>	15	62.5	9	37.5	24	100.0
<b>40 yaş ve üzeri</b>	18	48.6	19	51.4	37	100.0
<b>Mamografi***</b>	27	71.1	11	28.9	38	100.0
<b>Pap-smear testi****</b>	80	88.9	10	11.1	90	100.0
<b>HPV testi*****</b>	10	71.4	4	28.6	14	100.0
<b>Gaitada gizli kan testi*****</b>	1	50.0	1	50.0	2	100.0

\*Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri ayda bir KKMM yapılmalıdır.

\*\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20-40 yaş arası 2 yılda bir, 40 yaş ve üzeri yılda bir KMM yaptırılmalıdır.

\*\*\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40 yaş ve üzeri 2 yılda bir mamografi çektilmelidir.

\*\*\*\* Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30 yaş ve üzeri 5 yılda bir pap-smear testi yaptırılmalıdır.

\*\*\*\*\* Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30 yaş ve üzeri 5 yılda bir HPV testi yaptırılmalıdır.

\*\*\*\*\* Ulusal kolorektal kanser tarama standartlarına göre 50 yaş ve üzeri 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırılmalıdır.

Tablo 3'te kadın sağlık çalışanlarının kanser taramalarını doğru sıklıkta yapma durumlarına bakıldığında, çalışanların % 53'ünün KKMM ni doğru yani ayda bir kez yaptığı, 20-40 yaş arası çalışanların % 62.5'inin ve 40 yaş ve üzeri çalışanların % 48.6'sının KMM ni doğru sıklıkta yaptırdığı, çalışanların % 71.1'inin ise mamografiyi doğru sıklıkta (iki yılda bir) çektiği belirlenmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının % 88.9'u pap-smear testini doğru sıklıkta, % 71.4'ü HPV testini doğru sıklıkta yaptırmaktadır. Çalışanlardan GGK testi yaptıran toplam iki kadından

birisinin bu işlemi doğru sıklıkta yaptırdığı, kolonoskopiyi sağlık çalışanlarından hiçbirinin yaptırmadığı tespit edilmiştir.



**Tablo 4: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Tarama Testlerini Uygulamama Nedenleri**

<b>Meme Kanseri Tarama Testlerini Uygulamama Nedenleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>KKMM Uygulamama Nedenleri*</b>		
Meme muayenesi yapmanın aklına gelmemesi	27	56.2
Şikayeti olmadığı için gereksiz bulması	11	22.9
Düzenli olarak mamografi ve meme USG yaptırdığı için ihtiyaç duymaması	4	8.3
Nasıl yapıldığını bilmemesi	3	6.3
Memesinde kötü bir şey çıkmasından korkması	2	4.2
Ailede meme kanseri olmadığı için gereksiz bulması	1	2.1
<b>KMM Yaptırmama Nedenleri*</b>		
Herhangi bir sorunu olmadığı için gereksiz bulması	75	55.2
Zaman bulamaması	29	21.3
Doktor tarafından meme muayenesi olması gerektiğini bilmemesi	11	8.1
Utanma	8	5.9
Herhangi bir problem çıkmasından korkması	8	5.9
İhmalkarlık	4	2.9
Utanma ve zaman bulamaması	1	0.7
<b>Mamografi Çektirmeme Nedenleri**</b>		
Gerekli görmemesi	8	25.8
Çektirmesi gerektiğini bilmemesi	6	19.3
İşlem esnasında ağrı yaşamaktan korkması	4	12.9
Radyasyon almaktan korkması	4	12.9
Herhangi bir problem çıkmasından korkması	3	9.7
Zaman bulamaması	3	9.7
Utanma	2	6.5
İhmalkarlık	1	3.2

\*Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Tablo 4'te sağlık çalışanlarının KKMM yapmama nedenleri arasında ilk iki sırayı aklına gelmediği için muayene yapmama (% 56.2) ve herhangi bir sorunu olmadığı için gereksiz bulma (% 22.9) oluşturmaktadır (Tablo 4). Çalışanların en fazla (% 55.2) herhangi bir sorunu olmadığı için gereksiz buldukları ve ikinci sıklıkta (% 21.3) zaman bulamadıkları için KMM yaptırmadıkları belirlenmiştir. Mamografi

çektirmeme nedenleri arasında ilk iki sırayı gerekli görmedikleri ve çektirmeleri gerektiğini bilmedikleri (sırasıyla % 25.8 ve % 19.3) için mamografi çektirmeme oluşturmaktadır.

**Tablo 5: Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tarama Testlerini Yaptırmama Nedenleri**

Serviks Kanseri Tarama Testlerini Yaptırmama Nedenleri	n	%
<b>Pap-smear Testi Yaptırmama Nedenleri*</b>		
Gerekli görmemesi	15	23.8
Zaman bulamaması	12	19.0
Pap-smear testi yaptırmanın aklına gelmemesi	9	14.2
Utanma	7	11.1
Herhangi bir rahatsızlık çıkmasından korkması	5	8.0
İşlem esnasında ağrı yaşamaktan korkması	5	8.0
İhmalkarlık	4	6.3
Yaptırılması gerektiğini bilmemesi	3	4.8
Diğer**	3	4.8
<b>HPV Testi Yaptırmama Nedenleri*</b>		
Herhangi bir şikayeti olmadığı için gerekli görmemesi	49	35.3
Yaptırılması gerektiğini bilmemesi	45	32.4
Gerekli olduğunu düşünmemesi	19	13.7
HPV testinin ne olduğunu bilmemesi	8	5.8
İhmalkarlık	5	3.6
Zaman bulamaması	3	2.1
Utanma	3	2.1
Testin sonucunda herhangi bir problem çıkmasından korkması	2	1.4
İşlem esnasında ağrı yaşamaktan korkması	1	0.7
Diğer**	4	2.9

\*Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\*Histerektomi operasyonu geçirdiği için yaptırmıyor. / Bekar olduğu için yaptırmıyor.

Çalışmada 30 yaş ve üzerinde olup pap-smear testi yaptırmayan kadın sağlık çalışanlarının bu testi yaptırmama nedenleri arasında ilk sırayı (% 23.8) gerekli

görmediği için yaptırmama almaktadır. HPV testi yaptırmayan sağlık çalışanlarının üçte birinden fazlasının ise herhangi bir şikayeti olmadığı için gerekli görmeme nedeniyle HPV testi yaptırmadığı ortaya çıkmıştır (Tablo 5).

**Tablo 6: Kadın Sağlık Çalışanlarının Kolorektal Kansere Tarama Testlerini Yaptırmama Nedenleri**

<b>Kolorektal Kansere Tarama Testlerini Yaptırmama Nedenleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırmama Nedenleri*</b>		
Herhangi bir şikayeti olmadığı için gerekli görmemesi	8	80.0
Gerekli olduğunu düşünmemesi	2	20.0
<b>Kolonoskopi Yaptırmama Nedenleri*</b>		
Herhangi bir şikayeti olmadığı için gerekli görmemesi	8	66.7
Gerekli olduğunu düşünmemesi	2	16.7
Utanma	1	8.3
Zaman bulamaması	1	8.3

\* Ulusal kolorektal kanser tarama standartlarına göre 50 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Araştırmaya katılan GGK testi yaptırmayan 10 kadın sağlık çalışanından 8'i bu testi yaptırmama nedeni olarak herhangi bir şikayeti olmadığından dolayı gerekli görmediği için test yaptırmadığını ifade etmiştir. Aynı yaş grubunda kolonoskopi yaptırmayan 12 kadın çalışanın 8'i ise test yaptırmama nedeni olarak ilk sırada herhangi bir şikayeti olmadığı için kolonoskopi yaptırmayı gerekli görmediğini ileri sürmüştür (Tablo 6).



**Tablo 7: Kadın Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Meme Kanseri Tarama Davranışları**

Mesleki Özellikler	Meme Kanseri Tarama Davranışları											
	KKMM*				KMM*				Mamografi**			
	Yapan		Yapmayan		Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Çalışılan hastane türü</b>												
Kamu	115	77.2	34	22.8	46	30.9	103	69.1	32	55.2	26	44.8
Özel	34	70.8	14	29.2	15	31.2	33	68.8	6	54.5	5	45.5
<b>Test</b>	$\chi^2=0.487$ p=0.485				$\chi^2=0.000$ p=1.000				p=1.000			
<b>Meslek</b>												
Doktor	11	73.3	4	26.7	5	33.3	10	66.7	4	44.4	5	55.6
Hemşire	80	82.5	17	17.5	27	27.8	70	72.2	12	42.9	16	57.1
Ebe	29	90.6	3	9.4	14	43.8	18	56.2	14	73.7	5	26.3
Diğer***	29	54.7	24	45.3	15	28.3	38	71.7	8	61.5	5	38.5
<b>Test</b>	$\chi^2=18.991$ p=0.0001				$\chi^2=3.107$ p=0.375				p=0.180			
<b>Çalışma yılı</b>												
1-5 yıl	19	57.6	14	42.4	4	12.1	29	87.9	0	0.0	0	0.0
6-10 yıl	33	82.5	7	17.5	5	12.5	35	87.5	0	0.0	1	100.0
11-15 yıl	22	68.8	10	31.2	8	25.0	24	75.0	1	50.0	1	50.0
16-20 yıl	31	77.5	9	22.5	13	32.5	27	67.5	4	26.7	11	73.3
21yıl ve üzeri	44	84.6	8	15.4	31	59.6	21	40.4	33	64.7	18	35.3
<b>Test</b>	$\chi^2=10.037$ p=0.040				$\chi^2=32.406$ p=0.0001				p=0.012			
<b>Çalışılan servis</b>												
Dahili	82	78.1	23	21.9	30	28.6	75	71.4	18	51.4	17	48.6
Cerrahi	53	75.7	17	24.3	24	34.3	46	65.7	14	53.8	12	46.2
Temel tıp	14	63.6	8	36.4	7	31.8	15	68.2	6	75.0	2	25.0
<b>Test</b>	$\chi^2=2.064$ p=0.356				$\chi^2=0.650$ p=0.723				p=0.520			

\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\*\* Diş hekimi, eczacı, acil tıp teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, anestezi teknisyeni, psikolog, odyometrist, fizyoterapist, diyetisyen, biyolog, diş teknisyeni, fizyoterapi teknikeri, diyaliz teknikeri, sosyal hizmet uzmanı.

Tablo 7’de 20 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre meme kanseri tarama davranışlarına bakıldığında; kamu hastanesinde çalışanların % 77.2’sinin, özel hastanede çalışanların % 70.8’inin KKMM yaptığı, kamu hastanesinde çalışanların % 30.9’unun, özel hastanede çalışanların % 31.2’sinin KMM yaptırdığı, kamu hastanesinde çalışanların % 55.2’sinin, özel hastanede çalışanların % 54.5’inin mamografi çektirdiği görülmektedir ( $p>0.05$ ).

Meslek gruplarına göre bakıldığında; en fazla oranda ebelerin % 90.6 ile KKMM yaptığı, yine ebelerin % 43.8 ile KMM yaptırdığı, % 73.7 ile daha fazla mamografi çektirdiği görülmektedir. Çalışanların meslek gruplarına göre KKMM yapma davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışanların meslek gruplarına göre KMM yaptırma ve mamografi çektirme davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Çalışma yılına göre; en fazla oranlarla 21 yıl ve üzeri sürede çalışanların % 84.6 ile KKMM yaptığı, % 59.6 ile daha fazla KMM yaptırdığı, % 64.7 ile daha fazla mamografi çektirdiği görülmektedir. Çalışanların çalışma yılına göre KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışılan servislere göre; en fazla oranda % 78.1 ile dahili birimlerde çalışanlar KKMM yapmakta, % 34.3 ile cerrahi birimlerde çalışanlar KMM yaptırmakta, temel tıp birimlerinde çalışanların % 75’i mamografi çektirmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8: Kadın Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumu, Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu Ve Çocuk Sayısına Göre Meme Kanseri Tarama Davranışları**

Tanıtıcı Özellikler	Meme Kanseri Tarama Davranışları											
	KKMM*				KMM*				Mamografi**			
	Yapan		Yapmayan		Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Eğitim durumu</b>												
Lise	20	66.7	10	33.3	11	36.7	19	63.3	6	75.0	2	25.0
Ön lisans	46	70.8	19	29.2	21	32.3	44	67.7	15	60.0	10	40.0
Lisans	55	87.3	8	12.7	20	31.7	43	68.3	12	54.5	10	45.5
Fakülte	14	66.7	7	33.3	7	33.3	14	66.7	4	40.0	6	60.0
Yüksek lisans	14	77.8	4	22.2	2	11.1	16	88.9	1	25.0	3	75.0
<b>Test</b>	$x^2=7.759$ $p=0.101$				$x^2=3.903$ $p=0.419$				$p=0.456$			
<b>Medeni durum</b>												
Evli	124	78.5	34	21.5	53	33.5	105	66.5	31	55.4	25	44.6
Bekar	15	53.6	13	46.4	1	3.6	27	96.4	2	66.7	1	33.3
Dul/boşanmış	10	90.9	1	9.1	7	63.6	4	36.4	5	50.0	5	50.0
<b>Test</b>	$x^2=9.483$ $p=0.009$				$x^2=15.814$ $p=0.0001$				$p=1.000$			
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>												
Var	113	79.0	30	21.0	51	35.7	92	64.3	33	53.2	29	46.8
Yok	36	66.7	18	33.3	10	18.5	44	81.5	5	71.4	2	28.6
<b>Test</b>	$x^2=2.611$ $p=0.106$				$x^2=4.618$ $p=0.032$				$p=0.446$			
<b>Çocuk sayısı</b>												
Bir	50	75.8	16	24.2	19	28.8	47	71.2	15	68.2	7	31.8
İki	57	81.4	13	18.6	29	41.4	41	58.6	17	44.7	21	55.3
Üç ve üzeri	6	85.7	1	14.3	3	42.9	4	57.1	1	50.0	1	50.0
<b>Test</b>	$x^2=0.858$ $p=0.651$				$p=0.252$				$p=0.146$			

\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre; lisans mezunu çalışanlar % 87.3 ile diğer gruplardan daha fazla KKMM yapmakta, lise mezunları % 36.7 oranı ile diğer eğitim gruplarına göre daha fazla KMM yaptırmakta, yine % 75 oranı ile lise mezunları diğer eğitim gruplarına göre daha fazla mamografi çektirmektedir ( $p>0.05$ ). Çalışanların medeni durumlarına göre en fazla (% 90.9) dul/boşanmış alışanların KKMM yaptığı, % 63.6'sının KMM yaptırdığı, % 66.7'sinin mamografi çektirdiği görülmektedir. Çalışanların medeni durumlarına göre KKMM yapma ve KMM yaptırma davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadın sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre mamografi ektirme davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

ocuğu olanların daha fazla KKMM yaptığı ve KMM yaptırdığı, çocuğu olmayanların ise daha fazla mamografi çektirdiği belirlenmiştir. ocuk sahibi olma durumu ile KMM yaptırma davranışı karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışanların ocuk sahibi olma durumu ile KKMM yapma ve mamografi ektirme davranışı karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Üç ve üzeri sayıda çocuğu olanların daha fazla KKMM yaptığı ve KMM yaptırdığı, bir çocuğu olan çalışanların diğerlerine göre daha fazla mamografi çektirdiği görülmektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9: Kadın Sağlık Çalışanlarının Aile Tipi, Gelir/Gider Durumu, Kronik Hastalık ve Ailede Kanseri Birey Olma Durumuna Göre Meme Kanseri Tarama Davranışları**

Tanıtıcı Özellikler	Meme Kanseri Tarama Davranışları											
	KKMM*				KMM*				Mamografi**			
	Yapan		Yapmayan		Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Aile tipi</b>												
Çekirdek	137	75.7	44	24.3	54	29.8	127	70.2	33	56.9	25	43.1
Geniş	4	57.1	3	42.9	2	28.6	5	71.4	2	66.7	1	33.3
Parçalanmış	8	88.9	1	11.1	5	55.6	4	44.4	3	37.5	5	62.5
<b>Test</b>	p=0.414				p=0.260				p=0.587			
<b>Gelir/gider</b>												
Denk	81	73.6	29	26.4	37	33.6	73	66.4	21	56.8	16	43.2
Az	57	79.2	15	20.8	21	29.2	51	70.8	15	57.7	11	42.3
Fazla	11	73.3	4	26.7	3	20.0	12	80.0	2	33.3	4	66.7
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =0.769 p=0.681				x <sup>2</sup> =1.320 p=0.517				p=0.620			
<b>Kronik hastalık</b>												
Var	41	83.7	8	16.3	18	36.7	31	63.3	18	66.7	9	33.3
Yok	108	73.0	40	27.0	43	29.1	105	70.9	20	47.6	22	52.4
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =1.743 p=0.187				x <sup>2</sup> =0.688 p=0.407				x <sup>2</sup> =1.702 p=0.192			
<b>Ailede kanser</b>												
Var	53	80.3	13	19.7	24	36.4	42	63.6	16	53.3	14	46.7
Yok	96	73.3	35	26.7	37	28.2	94	71.8	22	56.4	17	43.6
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =0.824 p=0.364				x <sup>2</sup> =1.000 p=0.317				x <sup>2</sup> =0.000 p=0.992			

\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\* Ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 40 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının aile tipine göre; en fazla parçalanmış aile yapısında olanların KKMM yaptığı ve KMM yaptırdığı, geniş aile yapısında olanların daha fazla mamografi çektirdiği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Geliri giderden az olanların % 79.2'sinin KKMM yaptığı, geliri gidere denk olanların % 33.6'sının KMM yaptırdığı, geliri giderden az olanların % 57.7'sinin mamografi çektirdiği görülmektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).

Kronik hastalık varlığında çalışanların meme kanseri tarama testlerini daha fazla oranda yaptırdığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Ailesinde kanserli birey olan çalışanların daha fazla oranlarla KKMM ve KMM yaptırdığı, ailesinde kanserli birey olmayanların daha fazla mamografi çektirdiği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).



**Tablo 10: Kadın Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Serviks Kanseri Tarama Davranışları (n=153)**

Mesleki Özellikler	Serviks Kanseri Tarama Davranışları											
	Serviks Muayenesi*				Pap-smear Testi*				HPV Testi*			
	Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Çalışılan hastane türü</b>												
Kamu	59	47.6	65	52.4	71	57.3	53	42.7	12	9.7	112	90.3
Özel	19	65.5	10	34.5	19	65.5	10	34.5	2	6.9	27	93.1
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =2.351 p=0.125				x <sup>2</sup> =0.365 p=0.546				p=1.000			
<b>Meslek</b>												
Doktor	7	50.0	7	50.0	7	50.0	7	50.0	4	28.6	10	71.4
Hemşire	41	50.0	41	50.0	51	62.2	31	37.8	8	9.8	74	90.2
Ebe	16	57.1	12	42.9	17	60.7	11	39.3	2	7.1	26	92.9
Diğer**	14	48.3	15	51.7	15	51.7	14	48.3	0	0.0	29	100.0
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =0.547 p=0.908				x <sup>2</sup> =1.480 p=0.687				p=0.025			
<b>Çalışma yılı</b>												
1-5 yıl	3	75.0	1	25.0	4	100.0	0	0.0	1	25.0	3	75.0
6-10 yıl	9	36.0	16	64.0	11	44.0	14	56.0	1	4.0	24	96.0
11-15 yıl	11	34.4	21	65.6	14	43.8	18	56.2	0	0.0	32	100.0
16-20 yıl	21	52.5	19	47.5	25	62.5	15	37.5	4	10.0	36	90.0
21yıl ve üzeri	34	65.4	18	34.6	36	69.2	16	30.8	8	15.4	44	84.6
<b>Test</b>	p=0.022				p=0.031				p=0.061			
<b>Çalışılan servis</b>												
Dahili	43	49.4	44	50.6	51	58.6	36	41.4	10	11.5	77	88.5
Cerrahi	25	48.1	27	51.9	28	53.8	24	46.2	3	5.8	49	94.2
Temel tıp	10	71.4	4	28.6	11	78.6	3	21.4	1	7.1	13	92.9
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =2.602 p=0.272				x <sup>2</sup> =2.787 p=0.248				p=0.587			

\* Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

\*\* Diş hekimi, eczacı, acil tıp teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, anestezi teknisyeni, psikolog, odyometrist, fizyoterapist, diyetisyen, biyolog, diş teknisyeni, fizyoterapi teknikeri, diyaliz teknikeri, sosyal hizmet uzmanı.

Tablo 10’da 30 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre serviks kanseri tarama davranışlarına bakıldığında, kamu hastanesinde çalışanların % 47.6’sının, özel hastanede çalışanların % 65.5’inin serviks muayenesi yaptırdığı, kamu hastanesinde çalışanların % 57.3’ünün, özel hastanede çalışanların % 65.5’inin pap-smear testi yaptırdığı, kamu hastanesinde çalışanların % 9.7’sinin, özel hastanede çalışanların % 6.9’unun HPV testi yaptırdığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

Meslek gruplarına göre bakıldığında, en fazla oranda ebelerin (% 57.1) serviks muayenesi yaptırdığı, diğer meslek gruplarına göre hemşirelerin (% 62.2) daha fazla pap-smear testi yaptırdığı, doktorların en fazla oranda (% 28.6) HPV testi yaptırdığı belirlenmiştir. Çalışanların meslek gruplarına göre HPV testi yaptırma davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Çalışanların meslek gruplarına göre serviks muayenesi ve pap-smear testi yaptırma davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Çalışma yılı 1-5 yıl olanların daha fazla serviks muayenesi, pap-smear testi ve HPV testi yaptırdığı görülmektedir. Kadın sağlık çalışanlarının çalışma yılı ile serviks muayenesi ve pap-smear testi yaptırma davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışanların çalışma yılı ile HPV testi yaptırma davranışları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). En fazla temel tıp birimlerinde çalışanların serviks muayenesi ve pap-smear testi (sırasıyla % 71.4 ve % 78.6) yaptırdığı, dahili birimlerde çalışanların ise HPV testini daha fazla (% 11.5) yaptırdığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 11: Kadın Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumu, Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu Ve Çocuk Sayısına Göre Serviks Kanseri Tarama Davranışları**

Tanıtıcı Özellikler	Serviks Kanseri Tarama Davranışları											
	Serviks Muayenesi*				Pap-smear Testi*				HPV Testi*			
	Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Eğitim durumu</b>												
Lise	7	41.2	10	58.8	8	47.1	9	52.9	0	0.0	17	100.0
Ön lisans	29	54.7	24	45.3	33	62.3	20	37.7	5	9.4	48	90.6
Lisans	27	52.9	24	47.1	31	60.8	20	39.2	3	5.9	48	94.1
Fakülte	10	55.6	8	44.4	10	55.6	8	44.4	5	27.8	13	72.2
Yüksek lisans	5	35.7	9	64.3	8	57.1	6	42.9	1	7.1	13	92.9
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =2.485 p=0.647				x <sup>2</sup> =1.407 p=0.843				p=0.068			
<b>Medeni durum</b>												
Evli	69	51.9	64	48.1	80	60.2	53	39.8	11	8.3	122	91.7
Bekar	4	44.4	5	55.6	4	44.4	5	55.6	2	22.2	7	77.8
Dul/ boşanmış	5	45.5	6	54.5	6	54.5	5	45.5	1	9.1	10	90.9
<b>Test</b>	p=0.820				p=0.670				p=0.249			
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>												
Var	65	50.0	65	50.0	78	60.0	52	40.0	10	7.7	120	92.3
Yok	13	56.5	10	43.5	12	52.2	11	47.8	4	17.4	19	82.6
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =0.123 p=0.726				x <sup>2</sup> =0.224 p=0.636				p=0.229			
<b>Çocuk sayısı</b>												
Bir	27	50.9	26	49.1	32	60.4	21	39.6	4	7.5	49	92.5
İki	34	48.6	36	51.4	42	60.0	28	40.0	6	8.6	64	91.4
Üç ve üzeri	4	57.1	3	42.9	4	57.1	3	42.9	0	0.0	7	100.0
<b>Test</b>	p=0.920				p=1.000				p=1.000			

\* Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre; fakülte mezunu olanların % 55.6 oranıyla daha fazla serviks muayenesi yaptırdığı, ön lisans mezunlarının % 62.3 oranında daha fazla pap-smear testi yaptırdığı ve yine fakülte mezunlarının % 27.8 ile daha fazla HPV testi yaptırdığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Evli olanların daha fazla serviks muayenesi ve pap-smear testi yaptırdığı, bekar olan çalışanların da daha fazla HPV testi yaptırdığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). ocuğu olmayan çalışanların daha fazla serviks muayenesi ve HPV testi yaptırdığı, çocuğu olanların da daha fazla pap-smear testi yaptırdığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Daha fazla oranlarla  ve üzeri sayıda çocuğu olanların serviks muayenesi, bir çocuğu olanların pap-smear testi, iki çocuğu olanların HPV testi yaptırdığı görülmektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12: Kadın Sağlık Çalışanlarının Aile Tipi, Gelir/Gider Durumu, Kronik Hastalık ve Ailede Kanserli Birey Olma Durumuna Göre Serviks Kanseri Tarama Davranışları (n=153)**

Tanıtıcı Özellikler	Serviks Kanseri Tarama Davranışları											
	Serviks Muayenesi*				Pap-smear Testi*				HPV Testi*			
	Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan		Yaptıran		Yaptırmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Aile tipi</b>												
Çekirdek	71	51.8	66	48.2	81	59.1	56	40.9	13	9.5	124	90.5
Geniş	2	28.6	5	71.4	3	42.9	4	57.1	0	0.0	7	100.0
Parçalanmış	5	55.6	4	44.4	6	66.7	3	33.3	1	11.1	8	88.9
<b>Test</b>	p=0.448				p=0.610				p=1.000			
<b>Gelir/gider</b>												
Denk	44	50.6	43	49.4	52	59.8	35	40.2	5	5.7	82	94.3
Az	29	53.7	25	46.3	32	59.3	22	40.7	6	11.1	48	88.9
Fazla	5	41.7	7	58.3	6	50.0	6	50.0	3	25.0	9	75.0
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =0.583 p=0.747				p=0.820				p=0.076			
<b>Kronik hastalık</b>												
Var	26	63.4	15	36.6	27	65.9	14	34.1	6	14.6	35	85.4
Yok	52	46.4	60	53.6	63	56.3	49	43.8	8	7.1	104	92.9
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =2.819 p=0.093				x <sup>2</sup> =0.781 p=0.377				p=0.203			
<b>Ailede kanser</b>												
Var	27	49.1	28	50.9	30	54.5	25	45.5	6	10.9	49	89.1
Yok	51	52.0	47	48.0	60	61.2	38	38.8	8	8.2	90	91.8
<b>Test</b>	x <sup>2</sup> =0.123 p=0.726				x <sup>2</sup> =0.402 p=0.526				x <sup>2</sup> =0.075 p=0.785			

\* Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30 yaş ve üzeri grup alınmıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının aile tipine göre; parçalanmış aile yapısında olanların en fazla oranlarla ( sırasıyla % 55.6, % 66.7, % 11.1) serviks muayenesi, pap-smear testi ve HPV testi yaptırdığı görülmektedir (p>0.05). Geliri giderden az olanların

daha fazla oranda (% 53.7) serviks muayenesi yaptırdığı, geliri gidere denk olanların daha fazla (% 59.8) pap-smear testi yaptırdığı ve geliri giderden fazla olanların daha fazla (% 25) HPV testi yaptırdığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

Kronik hastalık varlığında çalışanların serviks kanseri tarama testlerini daha fazla oranda yaptırdığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Ailesinde kanserli birey olmayan çalışanların daha fazla oranlarla serviks muayenesi ve pap-smear testi (sırasıyla % 52 ve % 61.2) yaptırdığı, ailesinde kanserli birey olanların daha fazla HPV testi (% 10.9) yaptırdığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).



## 5. TARTIŞMA

Bir toplumda kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken evrede yakalanabilmesi gereklidir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser sıklığı giderek artmakta, bu artış kanser tarama programlarının önemini bir kat daha arttırmaktadır (Açıkgöz, Çehreli, Ellidokuz, 2011).

Toplumun kanserin erken tanısına yönelik tarama davranışlarının artmasında sağlık çalışanlarının önemi yadsınamaz. Kansere yönelik tarama davranışları konusunda bilinçli olan ve bu davranışı gerçekleştiren sağlık çalışanı topluma doğru örnek olması açısından önem taşımaktadır ve topluma verecekleri hizmetlerde de daha etkili olacaklardır. Bu bölümde kadın sağlık çalışanlarının meme, serviks ve KKK tarama davranışlarını gösteren bulgulara yönelik tartışma yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (% 75.6) KKMM yaptığı görülmektedir (Tablo 2). Çalışmada en fazla ebelerin daha sonra sırasıyla hemşirelerin, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının KKMM yaptığı belirlenmiştir (Tablo 7). Sağlık çalışanlarından KKMM yapanların oranı yüksek olmakla birlikte KKMM'ni doğru sıklıkta yapanların oranı daha düşüktür (Tablo 3).

Konu ile ilgili Yurdakoş ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının KKMM yapma oranı % 78.2, her ay düzenli yapma sıklığı ise % 23.7 bulunmuştur. Bu çalışmada KKMM yapma oranı Yurdakoş'un çalışma sonucuna benzer, fakat KKMM yi her ay düzenli yapma sıklığı bu çalışmada daha yüksektir. Yurdakoş, çalışmasında meslek gruplarına göre, hekimlerin % 71.7'sinin, hemşirelerin % 84'ünün, ebelerin % 84.3'ünün, diğer sağlık çalışanlarının % 59.5'inin KKMM yaptıklarını belirlemiştir (Yurdakoş ve ark., 2012). Her iki çalışmada da ebelerin daha fazla KKMM yapmalarının nedeninin çalışma alanlarının kadın sağlığı ile ilgili olması, kadınlara sürekli bu konuda öğretim yapmaları ve bu öğretimlerin kendi davranışlarına yansımada etkili olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu çalışmayla benzerlik gösteren diğer çalışmalara baktığımızda ise Karahan ve arkadaşları (2002) İstanbul'da hastanelerde ve sağlık ocaklarında çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin düzensiz de olsa % 87'sinin KKMM uyguladıklarını, her ay düzenli olarak KKMM uygulayanların oranının % 49.1 olduğunu bulmuşlardır. Güler ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise,

sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin % 75.4'ünün kendi kendine meme muayenesi yaptığını, bunların % 32.6'sının düzenli olarak KKMM yapmadığını belirlemişlerdir. Çavdar ve arkadaşları (2003) çalışmalarında araştırma grubunu oluşturan kadın hekimlerin % 65.5'inin, hemşirelerin % 72.1'inin KKMM'ni uyguladığını ancak, düzenli olarak uygulayanların oranının % 25 olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada KKMM yapma oranları Güler ve arkadaşları ve Çavdar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile benzerdir fakat KKMM'yi düzenli uygulama oranı bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer bir diğer çalışmada ise Aydın ve Işıklı koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin % 96.3'ünün KKMM'ni uyguladığını, ancak düzenli uygulayanların oranının % 28.6 olduğunu belirtmişlerdir (Aydın ve Işıklı, 2004). Bu çalışma ve Aydın ve Işıklı'nın çalışmasındaki KKMM uygulama oranları yüksektir fakat Aydın ve Işıklı'nın çalışmasına göre KKMM'yi düzenli uygulayanların oranı bu çalışmada çok daha yüksek bulunmuştur. Yurt dışı çalışmalardan Odusanya ve Tayo (2001) tarafından Nijerya'da hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin % 89'unun KKMM uyguladığı, ancak aylık uygulayanların oranının % 39 olduğu belirtilmiştir. Nilaweera ve arkadaşları tarafından Sri-Lanka'da 219 kadın sağlık çalışanı arasında yapılan meme-serviks kanseri tarama testleri uygulama durumlarını inceleyen çalışmalarında, çalışanların % 84.1'inin KKMM yaptığını fakat sadece % 47.9'unun ayda bir düzenli olarak yaptığını belirlemişlerdir (Nilaweera ve ark., 2012). Bu çalışma Odusanya ve Tayo, Nilaweera ve arkadaşlarının çalışmasıyla karşılaştırıldığında çalışanların KKMM uygulama oranları benzer fakat ayda bir uygulama oranları bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur. Kadın sağlık çalışanlarının KKMM'yi düzenli uygulama oranlarının yüksek olması beklenirken diğer çalışmalara nispeten bizim çalışmamızda sonuçların daha yüksek bulunmuş olması son yıllarda kanser görülme sıklıklarının artması nedeniyle çalışanların kanserde erken tanı uygulamaları konusunda daha duyarlı olmaları, kanser tarama davranışlarının öneminin daha çok vurgulanması ve bu konuda sağlık çalışanlarına daha çok eğitim veriliyor olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra KKMM yapma ve düzenli KKMM uygulama oranlarının her ikisinin de bu çalışmaya göre daha yüksek bulunduğu Chong ve arkadaşlarının (2002) Singapur'da halk sağlığı hemşireleri üzerinde yaptığı

çalışmada hemşirelerin % 93'ünün KKMM uyguladığı, uygulamayı aylık yapanların oranının % 67.2 olduğu belirtilmiştir. Halk sağlığı hemşirelerinin görevi toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalıkları önlemeye yönelik topluma gerekli eğitimleri ve danışmanlık hizmetini vermektir. Bu çalışma ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlarla yapılmıştır. Bu nedenle Chong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla aralarında farklılık olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının KKMM yapma davranışlarının incelendiği çalışmalardan hemşirelerin KKMM uygulama durumlarının incelendiği Karayurt ve arkadaşlarının çalışmasında, 20-49 yaş arasında olan hemşirelerin % 32'sinin KKMM'ni her ay düzenli olarak uyguladığı saptanmıştır (Karayurt, Coşkun ve Cerit, 2008). Benzer şekilde kadın sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalardan Gençtürk (2013) çalışmasında araştırmaya katılanların % 26.3'ünün KKMM yaptığını, % 19.7'sinin her ay düzenli KKMM yaptığını, bir diğer çalışmada Özçam ve arkadaşları (2014) 20-62 yaş arasındaki kadın sağlık çalışanlarının % 22'sinin düzenli olarak KKMM yaptıklarını belirlemişlerdir. Karakuş, ebe ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında araştırma grubunun % 56.1'inin KKMM uyguladığını ve KKMM uygulayan ebe ve hemşirelerin % 15.5'inin KKMM'yi düzenli (her ay) uyguladıklarını belirlemişlerdir (Karakuş,2008). Yurt dışı çalışmalar incelendiğinde, Abu Salem ve arkadaşları Ürdün'de hastanede çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin % 52'sinin KKMM uyguladığını ancak bunların % 30'unun düzenli uyguladığını belirtmişlerdir (Abu Salem ve Hassan, 2007). Mahmoodi ve arkadaşları (2002) İran'da 7 farklı sağlık merkezindeki kadın sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada araştırma grubunun sadece % 6'sının aylık düzenli olarak KKMM uyguladıklarını saptamışlardır. Bu çalışmada bulunan KKMM yapma ve KKMM'yi her ay düzenli uygulama oranları yurt içi çalışmalardan Karayurt ve arkadaşları, Gençtürk, Özçam ve arkadaşlarının ve Karakuş'un, yurt dışı çalışmalardan Abu Salem ve arkadaşları ve Mahmoodi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalara göre yüksek bulunmuştur. Ülkemizde son yıllarda erken tanı uygulamalarına yönelik çalışmaların ve eğitimlerin artması, toplumun kanser taramalarını yaptırmaya teşvik edilmesi ve sağlık kurumlarında Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkez (KETEM) lerinin kurulması ve bu konuda sağlık personeline eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi nedeniyle bu çalışmada uygulama

oranlarının söz konusu çalışmalara göre son zamanlarda yapılan bu kanser tarama davranışını arttırmaya yönelik girişimler nedeniyle daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan 20 yaş ve üzeri çalışanların kendi kendine meme muayenesi yapmama nedenlerine bakıldığında, çalışanların en fazla oranda meme muayenesi yapmak aklına gelmediği, ikinci sıklıkta şikayeti olmadığı için KKMM yapmayı gereksiz bulduklarından dolayı kendi kendine meme muayenesi yapmadıkları görülmektedir (Tablo 4). Konu ile ilgili Karakuş'un yaptığı çalışmasında, araştırma grubunda yer alan ve KKMM'ni yapmadığını belirten 159 ebe ve hemşirenin % 40.3'ü (n=64) ihmal nedeniyle, % 32.7'si (n=52) unuttuğu için, % 27'si (n=43) meme kanseri ile ilgili herhangi bir risk taşıdığına inanmaması nedeniyle bu uygulamayı yapmadıklarını belirtmişlerdir (Karakuş,2008). Yurdakoş ve arkadaşları ise çalışmalarında çalışanların; % 14.9'unun şikayeti olmadığı için önemsemediklerini, % 13.5'inin unuttuğu için KKMM yapmadıklarını belirtmişlerdir (Yurdakoş ve ark., 2012).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının KKMM yapma ve doğru sıklıkta uygulama oranlarına ve diğer yurt içi ve yurt dışı çalışmaların sonuçlarına bakıldığında KKMM uygulama oranları Karayurt ve arkadaşları, Gençtürk, Abu Salem ve arkadaşları ve Karakuş'un çalışmaları hariç genel olarak yüksek olmasına rağmen araştırmaya katılanların sağlık çalışanları olması nedeniyle sonuçların daha yüksek olması beklenmektedir. KKMM'ni her ay düzenli olarak uygulayanların oranları ise Chong ve arkadaşlarının yaptığı çalışma hariç tüm çalışmalarda çok düşüktür. Toplumdaki bireylere meme kanserini erken tanımada önemli bir uygulama olan KKMM'ni öğretmekle sorumlu kadın sağlık çalışanlarının hem kendi sağlıkları açısından hem de toplumdaki diğer bireylere model olma bakımından bu uygulamayı yeterince yerine getirmemeleri bu çalışmada düşündürücü ve beklenmeyen bir sonuçtur. Sağlık inanç modeline göre kişisel risk veya hassasiyet bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını sergilemesinde önemli bir algıdır. Kişi kendini ne kadar risk altında hissederse risk oluşturacak davranışını o kadar azaltacaktır (Gözüm ve Çapık, 2014). Karayurt ve arkadaşları, hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumlarını inceledikleri çalışmalarında sağlık inançlarının KKMM uygulamada etkili olduğunu



belirlemişlerdir (Karayurt, Coşkun ve Cerit, 2008). Bu çalışmada kadın sağlık çalışanlarının çoğunlukla aklına gelmediği ya da şikayetleri olmadığı için gereksiz bulmaları nedeniyle KKMM'ni yapmamalarının risk algılarının düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının yaşa göre tarama davranışları incelendiğinde, 20 yaş ve üzeri çalışanların % 31'inin KMM yaptırdığı görülmektedir (Tablo 2). Bu çalışmada 20 yaş ve üzeri çalışanların meslek gruplarına göre KMM yaptırma davranışına bakıldığında, çoğunlukla ebelerin ve daha sonra sırasıyla hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarının ve en az oranda da hemşirelerin KMM yaptırdığı görülmektedir (Tablo 7). Yaşa göre tarama davranışı sıklığı incelendiğinde, 20 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarından % 54.1'inin KMM ni doğru sıklıkta yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Bu konuda Karakuş'un 20 yaş ve üzeri ebe ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında, araştırma grubunun % 40.3'ünün KMM yaptırmış olduklarını, çalışmada yaşın artmasına bağlı olarak KMM yaptırma oranlarının önemli düzeyde artış gösterdiğini ve 40 yaş ve üstü grupta KMM yaptırma oranının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Karakuş, 2008). Bu çalışmada da Karakuş'un çalışmasına benzer şekilde 40 yaş ve üzeri grupta KMM yaptırma oranları yükselmiştir. Yine bu çalışmaya benzer şekilde Karahan ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin % 32'sinin en az bir defa KMM yaptırdıkları belirtilmiştir (Karahan, Topuzoğlu ve Harmancı, 2002) ve Odusanya ve Tayo (2001) da yine hemşireler ile yaptığı çalışmasında katılımcıların % 28.9'unun KMM yaptırdığını belirlemişlerdir.

Konu ile ilgili başka bir çalışmada da Canbulat (2006) sağlık çalışanlarının büyük kısmının (% 85) düzenli olarak hekime muayene yaptırmadıklarını belirtmiştir. Yine Canbulat'ın çalışmasına benzer şekilde Gençtürk (2013), çalışmasında araştırmaya katılan kadın sağlık profesyonellerinin, % 10.5'inin KMM yaptırdığını, % 2.6'sının düzenli olarak yılda bir kez KMM yaptırdığını belirlemiştir. Bu çalışmanın sonuçları da çok yüksek olmamasına rağmen Canbulat ve Gençtürk'ün çalışmasına göre yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre yüksek oranlara sahip araştırmalardan Yurdakoş ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada, hekimlerin % 12.6' sının, ebelerin

% 16.7' sinin ve diğer sağlık çalışanlarının % 16.4' ünün KMM yaptırmamış olduğunu belirlemişlerdir. Chong ve arkadaşları (2002) ise halk sağlığı hemşireleri üzerinde yaptıkları çalışmada % 53.6'sının geçen bir yıl içerisinde KMM yaptırdığını belirlemişlerdir.

Bu çalışma, diğer yurt içi ve yurt dışı çalışmalara bakıldığında, Yurdakoş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonuçlarının yüksek olması dışında genel olarak araştırma sonuçları çok düşük bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının meme kanserinde erken tanı amaçlı tarama davranışının önemini gerek erken ya da geç tanı alan hastaların hastalıklarının seyirleri arasındaki farkı görebilmeleri gerekse illerde hatta çalışılan sağlık kuruluşları içerisinde kurulan KETEM 'ler aracılığıyla ve kanserde erken tanının önemini vurgulandığı hizmetiçi aldıkları eğitimlerle bildikleri düşünülmesine rağmen uygulamadaki eksiklikleri şaşırtıcı ve üzücü bir durumdur. Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre çalışanların çoğunlukla herhangi bir sorunu olmadığı için gereksiz bulması nedeniyle KMM yaptırmaması toplumumuzda ancak herhangi bir rahatsızlık olduğunda hekime başvurulması gerektiği düşüncesinin hakim olduğunu, erken tanı amaçlı taramalara gereken önemin verilmediğini göstermektedir. Buna ek olarak KMM ni yaptırmak hatta aynı kurumda çalışan aynı cinsten olmayan hekime muayene olmak zorunda kalmak utanma, çekinme duygularına neden olabileceği nedeniyle de KMM yaptırma oranlarının düşük olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda niteliksel çalışmalarla sağlık çalışanlarının KMM yaptırmama davranışının altında yatan nedenlerin araştırılması önerilmekte ve sağlıkçıların bu davranışa teşvik edilmeleri için özendirici eğitimler ve muayenelerini düzenli yaptıranlara küçük ödüller planlanmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların yaşa göre tarama davranışları incelendiğinde, 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının % 55.1'inin mamografi çektiği görülmektedir (Tablo 2). Araştırmaya katılan çalışanların yaşa göre tarama davranışında bulunanların davranışı yapma sıklıkları incelendiğinde, 40 yaş ve üzeri çalışanların % 71.1'inin mamografiyi doğru sıklıkta çektiği belirlenmiştir (Tablo 3). Bu çalışmada 40 yaş ve üzeri çalışanların meslek gruplarına göre mamografi çekme davranışlarına bakıldığında, en fazla ebelerin daha sonra sırasıyla diğer sağlık çalışanları, hekimler ve hemşirelerin mamografi çektiği görülmektedir (Tablo 7).

Mamografi ektirme davranışının araştırıldığı diğ er yurt içi ve yurt dışı çalışmalara baktığımızda, Karahan ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada hemşirelerin % 13'ünün, Canbulat'ın yaptığı çalışmada (2006) kadın sağlık çalışanlarının % 12.5'inin, Avcı'nın (2007) hemşire ve ebelerin mamografiye ilişkin inançlarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının % 41.7'sinin mamografi çektirdiği belirtilmiştir. Bu konuda Gençtürk (2013), yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan kadın sağlık profesyonellerinin % 13.2'sinin mamografi ektirdiğini belirlemiştir. Odusanya ve Tayo'nun (2001) alışmasında hemşirelerin sadece % 7.8'inin geçen üç yıl içinde mamografi çektirdikleri görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları bahsedilen yurt içi ve yurt dışı çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre yüksek bulunmuştur.

Konu ile ilgili Karakuş, ebe ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında, yaşla birlikte en az bir kez mamografi ektirme oranlarının arttığını özellikle de 40 yaş ve üstü ebe ve hemşirelerde oranın diğ er yaş gruplarına göre daha fazla olduğunu belirlemiştir (Karakuş, 2008). Bu alışmada Karakuş'un çalışması ile benzer şekilde 40 yaş ve üstü sağlık alışanlarında mamografi ektirme oranı diğ er yaş gruplarına göre yükselmiştir.

Toplumdaki diğ er bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda da sağlık alışanlarında olduğu gibi mamografi ektirme oranları düşük bulunmuştur (Orhan, 2002; Zincir, 2000; Budakoğlu, 2003; Sadler ve arkadaşları, 2001). Buna rağmen kadın sağlık çalışanları ile yaptığımız çalışmanın sonuçları sağlık çalışanı olmamalarına rağmen Sadler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre düşük bulunmuştur.

Çalışma sonuçları sağlık çalışanlarının ve toplumdaki diğ er bireylerin meme kanserinin erken tanısına yönelik mamografi ektirme davranışlarının düşük olduğunu göstermektedir. Bütün bu sonuçlar genel olarak ülkemizde birincil ve ikincil düzeydeki koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmediğini bu durumun sağlık personelinin davranışlarına yansımış olabileceğini göstermektedir. Kırk yaş ve üzeri kadınlarda meme kanserinin erken tanısı için mamografinin önemi yadsınamaz fakat buna rağmen mamografi ektirme oranlarının düşük olması araştırmamızın sonuçlarında görüldüğü gibi çalışanların çoğunlukla gerekli görmeme veya ktirilmesi gerektiğini bilmeme gibi nedenlerle mamografi ektirmemeleri sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi eksikliğini konunun öneminin yeterince

anlaşamadığını ve bu nedenle davranışlara yansıtılamadığını göstermektedir. Aynı zamanda toplumda mamografi çekiminin ağırlı bir işlem olmasına yönelik korkunun da bireylerin işlemi yaptırmasını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu konuda toplumda gerek aile hekimlikleri tarafından bireysel eğitimler ve takipler gerekse sağlık kurumlarında personele hizmetiçi eğitimler ve halk eğitimleri aracılığıyla toplumun kanser tarama testlerini ve muayenelerini yaptırmaya teşvik edilmesi önemlidir.

Katılımcıların yaşa göre serviks kanseri tarama davranışları incelendiğinde, 30 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının % 58.8'inin pap-smear testi, % 9.2'sinin HPV testi yaptırdığı görülmektedir (Tablo 2). Araştırmaya katılan çalışanların yaşa göre tarama davranışında bulunanların davranış yapma sıklıkları incelendiğinde, 30 yaş ve üzeri çalışanların % 88.9'unun pap-smear testini, % 71.4'ünün HPV testini doğru sıklıkta yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 3). Bu çalışmada 30 yaş ve üzeri çalışanların meslek gruplarına göre serviks kanseri tarama davranışlarına bakıldığında, hekimlerin ve hemşirelerin yarısının, ebelerin % 57.1'inin ve diğer sağlık çalışanlarının % 48.3'ünün serviks muayenesi yaptırdığı, hekimlerin yarısının, hemşirelerin % 62.2'sinin, ebelerin % 60.7'sinin ve diğer sağlık çalışanlarının % 51.7'sinin pap-smear testi ve en fazla hekimlerin daha sonra sırasıyla hemşirelerin ve ebelerin HPV testi yaptırdığı ve diğer sağlık çalışanlarının hiçbirinin HPV testi yaptırmadığı görülmektedir (Tablo 10). Evli olan sağlık çalışanlarının daha fazla oranda serviks muayenesi ve pap-smear testi yaptırdığı ve çocuk sahibi olanların da daha fazla pap-smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. Evli olmanın ya da çocuk sahibi olmanın düzenli hayat tarzını gerektirmesinden, başkalarına karşı sorumluluk duygularının daha fazla olmasından dolayı bireylerde daha olumlu sağlık davranışının gelişmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Genel olarak araştırma sonuçlarına baktığımızda serviks muayenesi, pap-smear ve HPV testi yaptırma oranlarının özellikle topluma örnek davranış serileyecek sağlık çalışanlarından beklenmeyecek oranda düşük olması üzücü ve tedirgin edici bir durumdur. Fakat HPV testi yaptırma oranının düşük olmasının nedeninin testin son iki yıldır yapılmaya başlanması, toplumda ve sağlık çalışanlarında testi yaptırma davranışının yaygınlaşmamış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Konu ile ilgili Şahin (2009), kadın sağlık çalışanları ve hastaneye başvuran kadınlar ile yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının % 12.5'inin jinekolojik muayeneye gittiklerini, % 52.1'inin pap smear testi yaptırdığını belirlemiştir. Bu çalışmada 30 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının jinekolojik muayene yaptırma oranları Şahin'in çalışmasına göre yüksek bulunmuştur fakat pap-smear test yaptırma oranları Şahin'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre daha yüksek sonuçlar elde etmiş olan Gülen (2004), çalışmada ebe-hemşirelerin üçte birinin (% 33.2) jinekolojik muayene yaptırmadığını belirlemiştir.

Serviks kanseri tarama davranışları ile ilgili Doğan (2008), kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada çalışanların % 19.5'inin pap smear testini yaptırdıklarını belirlemiştir. Bir diğer kadın sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada Özçam ve arkadaşları (2014), katılımcıların % 56.5'inin hiç smear testi yaptırmamış olduğunu belirlemiştir. Çalışmalarında hemşirelerin % 61.5'inin hiç smear taraması yaptırmadıklarını gözlemlemiştir. Aynı meslek grubu ile yapılan bir diğer çalışmada ise Zahedi ve arkadaşları çalışanların sadece % 16.7'sinin pap-smear testi yaptırdığını belirlemiştir (Zahedi ve ark., 2014). Yine kadın sağlık çalışanları ile Sri-Lanka'da yapılan bir çalışmada, çalışanların % 73.4'ünün hiç smear yaptırmadığı, yalnızca % 17.2'sinin son 5 yıl içerisinde pap-smear yaptırdığı belirlenmiştir (Nilaweera ve ark., 2012). Mutyaba ve arkadaşları (2006) aynı meslek grubunda yaptıkları çalışmada, çalışanların % 87'sinin pap-smear testi yaptırmadığını tespit etmişlerdir. Bu çalışmadaki pap-smear testi yaptırma oranları çok yüksek olmamakla birlikte Doğan, Özçam, Zahedi ve arkadaşları, Nilaweera ve arkadaşları ve Mutyaba ve arkadaşlarının çalışmalarına göre yüksek bulunmuştur. Son yıllarda artan kanser vakaları, konunun öneminin daha sıklıkla vurgulanması, toplum sağlığı merkezlerinin de kanser tarama davranışlarına yönelik toplumu teşvik etme çalışmaları nedeniyle sağlıklı uğraşan kadın çalışanların bu konudan yeterince haberdar olmalarının nispeten pap-smear yaptırma oranlarının yükselmesine neden olabileceği düşünülmüştür. Çalışmanın yapıldığı hastanelerin bulunduğu Muğla ilinin, ülkenin batı bölgesinde olmasının, Türkiye nüfus ve sağlık araştırması raporuna göre batı bölgesinin Türkiye'de eğitim düzeyinin en yüksek olduğu ikinci bölge olmasının, eğitim düzeyinin yükselmesinin sağlığı korumaya yönelik davranışlarda bulunma ihtimalini artırması ve bu bölgede yaşamının ve çalışmanın

sağlık çalışanlarının davranışlarında değişiklik yaratabileceği gibi nedenlerle bu çalışmanın sonuçlarının diğer çalışma sonuçlarına göre yüksek bulunmuş olabileceği düşünülmektedir (TNSA,2013). Fakat genel olarak bu çalışmadaki ve diğer yurt içi-yurt dışı çalışmalardaki kadın sağlık çalışanlarının pelvik muayene ve smear testi yaptırma oranlarına baktığımızda sonuçlar sağlık çalışanlarından beklenmeyecek oranda çok düşük çıkmıştır. Serviks kanserinde erken tanının önemi konusunda eğitim almış olduğu ya da sağlık hizmetlerinde çalışmaları nedeniyle öneminin daha fazla farkında olduğu düşünülen bir meslek grubunun bilgiyi davranışlarına yansıtamaması tedirgin edicidir. Tarama davranışında bulunmayan sağlık çalışanlarının topluma ne kadar örnek davranış sergileyebileceği de düşündürücüdür. Bir yandan da çalışmalardaki pap-smear testi yaptırma oranlarının düşük olmasının nedeninin sağlık çalışanı da olsalar kadınlar için jinekolojik muayene ve smear testi yaptırmanın zor ve bazen utanılacak bir işlem olabileceği düşünülmektedir. Toplumumuzun kültürel yapısı dikkate alındığında, özellikle de Marmaris gibi birkaç sağlık kuruluşuna sahip bir ilçede çalışan sağlık personellerinin birbirlerini tanımaları kadın sağlık çalışanlarında jinekolojik muayeneye gitme veya pap-smear testi yaptırma davranışında bulunmada caydırıcı bir etken olabileceği de düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan 30 yaş ve üzeri çalışanların pap smear testi yaptırmama nedenlerine bakıldığında, çalışanların en fazla oranla gerekli görmediği için, ikinci sıklıkta zaman bulamadığı için pap-smear testi yaptırmadığı görülmektedir (Tablo 5). 30 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının HPV testi yaptırmama nedenlerine bakıldığında, çalışanların en fazla oranla herhangi bir şikayeti olmadığı için HPV testi yaptırmayı gerekli görmediği ve ikinci sıklıkta yaptırılması gerektiğini bilmediği için HPV testi yaptırmadığı görülmektedir (Tablo 5).

Serviks kanseri tarama testlerini yaptırmama nedenlerinin incelendiği diğer çalışmalara baktığımızda bu konuda Doğan yaptığı çalışmasında kadın sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının (% 58.8) şikayeti olmadığından dolayı pap-smear testi yaptırmaya ihtiyaç duymadığını belirtmiştir (Doğan, 2008). Gülen (2004) ise ebe-hemşirelerle yaptığı araştırmasında şikayeti olmadığı için pap smear test yaptırmayanları % 70.8 oranında bulmuştur. Mutyaba ve arkadaşlarının (2006) Uganda'da tıp öğrencilerine yaptıkları çalışmada servikal taramadan geçmeme nedenlerine yönelik kendini risk altında hissetmeme, hastalık belirtileriyle ilgili bilgi

eksikliği, dikkatsizlik, vajinal muayeneden korkma, utanma, yetersiz ilgi, testin bireyde hoşnutsuzluk oluşturmaları ve riskli yaş grubunda olmadıklarını ifade ettiklerini belirlemişlerdir. Yine kadın sağlık çalışanları ile yapılan diğer bir çalışmada Nilaweera ve arkadaşları (2012) çalışanların çoğunlukla gerekli olduğuna inanmadığı, sonra sırasıyla şikayeti olmadığı, korktuğu, bilgisi olmadığı ve hizmete nasıl ulaşacağını bilmediği için pap-smear testi yaptırmadıklarını belirlemişlerdir.

Bu çalışmanın ve diğer çalışmaların sonuçları genellikle sağlık çalışanlarının gerekli görmedikleri için serviks kanseri tarama testlerini yaptırmadıkları konusunda benzerlik göstermektedir. Bu çalışmanın sonucunda çoğunlukla gerekli görmeme veya şikayeti olmadığı için gerekli görmeme nedenlerinin altında kadın sağlık çalışanlarının erken tanı uygulamaları ve tarama davranışlarının önemi ve kanserin erken tanısına yönelik ulusal tarama standartları konusunda bilgi eksikliğinin olabileceği, çalışma koşullarının zorluğu ve yoğunluğu nedeniyle de testleri yaptırmaya zaman bulamadıkları düşünülmektedir. Bilindiği gibi koruyucu sağlık davranışları içinde ikincil hizmetler kapsamında yer alan tarama davranışları bireylerin herhangi bir şikayeti olmadan belli aralıklarla yerine getirmesi gereken davranışlardır. Bu çalışmadaki sonuçlar toplumda koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmediğini düşündürmektedir. Çalışanların kanserde tarama davranışlarının erken tanı açısından önemi ve tarama standartları konusunda hizmetiçi eğitimlerle daha fazla bilgilendirilmesi ve mesai saatleri içerisinde gerekli düzenlemelerin yapılarak tarama testlerini yaptırabilmelerinin sağlanması gerekir.

Yaşa göre tarama davranışları incelendiğinde 50 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının % 16.7'sinin GGK testi yaptırdığı, hiçbirinin kolonoskopi yaptırmadığı görülmektedir (Tablo 2). Çalışanların tarama davranışı sıklığı incelendiğinde, 50 yaş ve üzeri çalışanların yarısının GGK testini doğru sıklıkta yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Konu ile ilgili Şahin ve arkadaşlarının (2015) sağlık çalışanlarının da içinde bulunduğu farklı meslek gruplarından 50-80 yaş arası bireylerle yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılanların % 11.9'unun herhangi bir KRK tarama testini yaptırdığı bulunmuştur. Araştırmacılar, önerilen süreler içinde KRK taramaları yaptıran oranlarının da oldukça düşük olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının % 19 ile en fazla oranda GGK testi yaptıranlar olmalarına

rağmen kolonoskopiye hiç yaptırmadıklarını ortaya koymuşlardır. Hawley ve arkadaşları (2008) tarafından farklı etnik gruplardan birinci basamak hastalarıyla yapılan bir çalışmada, KRK tarama tercihleri % 37 ile kolonoskopi, % 31 ile GGK olmuştur. Koo ve arkadaşları (2012) tarafından 14 Asya-Pasifik ülkesinde 50 yaş üstündeki bireylerde yapılan bir çalışmada KRK tarama testi yaptırma oranı % 27 bulunmuştur. KRK tarama davranışlarının araştırıldığı bu çalışmada ve Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların sağlık çalışanı olmalarına rağmen uygulama oranlarının düşük olması toplumun diğer bireyleriyle yapılan çalışmalarda da farklılık göstermemiştir. Hatta kanser tarama davranışlarının oranı sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda daha düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada 50 yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının gaitada gizli kan testi yaptırmama nedenlerine bakıldığında, çalışanların en fazla oranla (% 80) herhangi bir şikayeti olmadığından gerekli görmediği için GGK testi yaptırmadığı, % 66.7 ile de yine herhangi bir şikayeti olmadığı için kolonoskopi yaptırmayı gerekli görmediği belirlenmiştir (Tablo 6). Sach ve Whynes (2009) çalışmalarında, en sık kolorektal kansere yönelik tarama yaptırmama nedenlerinin uygulamadan korkma (% 10.1), bilgisizlik (% 7.9) ve sonuçtan korkma (% 5.4) olduğunu bulmuşlardır.

Kolorektal kanserler açısından 50 yaş ve üstü bireyler riskli grup olmalarına rağmen erken tanı amaçlı tarama davranış oranlarının sağlık çalışanlarında bile çok düşük olması üzücü bir durumdur. Son yıllarda erken tanı ve kanser tarama uygulamalarının daha fazla önemsenmesi ve bu konuda eğitimler yapılmasına rağmen hem sağlık çalışanlarında hem de toplumun diğer bireylerinde tarama davranışının düşük olmasının nedeninin kolorektal kanser erken tanı uygulamaları konusunda bireylerin yeterince bilgi sahibi olmamalarından, konunun yeterince önemsenmediğinden ve kolonoskopi uygulamasının mahremiyeti etkileyen zor, sıkıntılı, ağrılı bir işlem olarak algılanmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonucunda çalışanların herhangi bir şikayeti olmadığı için KRK tarama davranışında bulunmayı gereksiz görmelerinden sağlık çalışanlarının hastalıkla ilgili bir belirti olmadan takipleri yaptırmanın, erken tanının önemini farkında olmadıklarını ve bireysel ya da toplumsal düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemi yeterince vermediğini göstermektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın sağlık çalışanlarının meme, serviks ve KRK tarama davranışlarının araştırıldığı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur:

- Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının % 74.5 'inin kamu hastanesinde, % 25.5'inin özel hastanede çalıştığı, çoğunluğunun (% 42) 30-39 yaş grubunda olduğu, çalışanlar içerisinde en fazla oranda hemşirelerin (% 49.5) bulunduğu, % 26 ile 21 yıl ve üzerinde çalışanların çoğunlukta olduğu, çalışanların % 32.5'inin ön lisans mezunu,% 31.5'inin lisans mezunu, % 79'unun evli, % 5.5'inin dul-boşanmış olduğu, % 71.5'inin çocuğu olduğu, çoğunluğunun çekirdek aile (% 92) yapısında olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların yaklaşık olarak dörtte birinin kronik bir hastalığı olduğu, üçte birinin ailesinde kanser tanısı alan bireyin olduğu, bu bireylerle % 42.4 oranında birinci derece yakınlığın olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan 20 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının KKMM uygulama oranı % 75.6'dır. KKMM yapanların % 53'ü KKMM'yi düzenli (her ay) uygulamaktadır.
- Yirmi yaş ve üzeri çalışanlardan kamu çalışanları, ebeler, 21 yıl ve üzeri çalışanlar, dahili birimlerde çalışanlar, lisans mezunu olanlar, dul/boşanmış olan sağlık çalışanları, çocuk sahibi olan, üç ve daha fazla sayıda çocuk sahibi olan, parçalanmış aile yapısına sahip olan, geliri giderden az olan, kronik hastalığı olan ve ailesinde kanser tanısı alan birey olan çalışanlar daha fazla KKMM yapmaktadır.
- Yirmi yaş ve üzeri sağlık çalışanlarından KKMM yapmayanların çoğunlukla meme muayenesi yapmak aklına gelmediği için ikinci sıklıkta şikayeti olmadığı için gereksiz bulduğundan KKMM yapmadığı belirlenmiştir.
- Yirmi yaş ve üzeri çalışanların KMM yaptırma oranı % 31'dir. 20-40 yaş arası KMM yaptıran çalışanların % 62.5'i, 40 yaş ve üzeri çalışanların da % 48.6'sı KMM'yi doğru sıklıkta yaptırmaktadır.
- Yirmi yaş ve üzeri çalışanlardan özel hastanede çalışanlar, ebeler, 21 yıl ve üzeri çalışanlar, cerrahi birimde çalışanlar, lise mezunu, dul/boşanmış, çocuk sahibi olan, üç ve daha fazla sayıda çocuğu olan, parçalanmış aile yapısına

sahip olan, geliri gidere denk olan, kronik hastalığı olan ve ailesinde kanser tanısı alan birey olanlar daha fazla KMM yaptırmaktadır.

- Yirmi yaş ve üzeri çalışanlardan KMM yaptırmayanların çoğunlukla herhangi bir sorunu olmadığı için gereksiz bulduğundan ikinci sıklıkta zaman bulamadığı için KMM yaptırmadığı belirlenmiştir.
- Kırk yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarının % 55.1'i mamografi çektirmektedir. Mamografi çektiren çalışanların % 71.1'i mamografiyi doğru sıklıkta yaptırmaktadır.
- Kırk yaş ve üzeri çalışanlardan kamu hastanesinde çalışanlar, ebeler, 21 yıl ve üzeri çalışanlar, temel tıp birimlerinde çalışanlar, lise mezunu, bekar, çocuk sahibi olmayanlar, çocuk sahibi olanlardan da en fazla oranda bir çocuğu olanlar, geniş aile yapısında, geliri giderden az olan, kronik hastalığı olanlar ve ailesinde kanser tanısı alan birey olmayanlar daha fazla mamografi çektirmektedir.
- Kırk yaş ve üzeri çalışanlardan mamografi çektirmeyenlerin çoğunlukla gerekli görmediği ikinci sıklıkta çektirmesi gerektiğini bilmediği için mamografi çektirmediği belirlenmiştir.
- Otuz yaş ve üzeri çalışanların % 58.8'i pap-smear testi yaptırmakta, testi yaptıranların da % 88.9'u doğru sıklıkta yaptırmaktadır.
- Otuz yaş ve üzeri çalışanlardan özel hastanede çalışanlar, hemşireler, 1-5 yıl süre ile çalışanlar, temel tıp birimlerinde çalışanlar, ön lisans mezunu, evli, çocuğu olanlar, çocuğu olan çalışanlardan da bir çocuğa sahip olanlar, parçalanmış aile yapısına sahip olanlar, geliri gidere denk olanlar, kronik hastalığı olanlar, ailesinde kanser tanısı alan birey olmayanlar daha fazla oranda pap-smear testi yaptırmaktadır.
- Otuz yaş ve üzeri çalışanlardan pap-smear testi yaptırmayanlar çoğunlukla gerekli görmediği için ikinci sıklıkta zaman bulamadığı için pap-smear testi yaptırmamaktadırlar.
- Kadın sağlık çalışanlarından 30 yaş ve üzeri çalışanların % 9.2'si HPV testi yaptırmakta ve yaptıranların % 71.4'ü testi doğru sıklıkta yaptırmaktadır.

- Otuz yaş ve üzeri kadın sağlık çalışanlarından kamu hastanesinde çalışanlar, doktorlar, 1-5 yıl süre ile çalışanlar, dahili birimlerde çalışanlar, fakülte mezunu, bekar, çocuk sahibi olmayanlar, çocuk sahibi olup HPV testi yaptıranlardan iki çocuğa sahip olanlar, parçalanmış aile yapısına sahip olanlar, geliri giderden fazla olanlar, kronik hastalığı olanlar, ailesinde kanser tanısı alan birey olanlar daha fazla HPV testi yaptırmaktadır.
- Otuz yaş ve üzeri çalışanlardan HPV testi yaptırmayanların çoğunlukla herhangi bir şikayeti olmadığı için gerekli görmediğinden ikinci sıklıkta yaptırılması gerektiğini bilmediği için HPV testi yaptırmadıkları belirlenmiştir.
- Elli yaş ve üzeri çalışanların % 16.7' si GGK testi yaptırmaktadır. GGK testi yaptıran iki kişiden biri testi doğru sıklıkta yaptırmaktadır.
- Elli yaş ve üzeri çalışanlardan GGK testi yaptırmayanların çoğunlukla herhangi bir şikayeti olmadığından gerekli görmediği için GGK testi yaptırmadıkları belirlenmiştir.
- Çalışanlardan 50 yaş ve üzeri olanların hiçbiri kolonoskopi yaptırmamaktadır.
- Elli yaş ve üzeri çalışanların çoğunlukla herhangi bir şikayeti olmadığından gerekli görmediği için kolonoskopi yaptırmadıkları belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Meme kanseri tarama testleri ve muayenelerini yaptırmak aklına gelmediği veya herhangi bir sorunu olmadığı için gerekli görmemeleri nedeniyle yaptırmayan doktor ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına KKMM'yi her ay düzenli sıklıkta yapmanın, KMM ve mamografi çektirmenin ve bu uygulamaların önerilen sıklıkta yaptırılmasının meme kanserinin erken tanısında önemli ve hayat kurtarıcı uygulamalar olduğunun ve gerekliliğinin hizmetiçi eğitimlerle anlatılması veya yapılan eğitimlerin artırılması,
- Yalnızca herhangi bir şikayetin olması durumunda değil sağlığın korunmasında ikincil korunma düzeyinde 'Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standartları'nda önerilen tarama testleri ve muayeneyi yaptırmamanın serviks

kanserinin erken tanısı için gerekliliğinin ve öneminin sağlık çalışanlarına yapılan hizmet içi eğitimler sırasında vurgulanması,

- Sağlık çalışanlarının KMM ve serviks kanseri tarama testleri ve muayenelerini yaptırmada zaman sıkıntısı yaşamamaları için kurum yöneticileri tarafından çalışma saatleri içerisinde gerekli düzenlemelerin yapılması, çalışanların dönüşümlü olarak tarama testleri ve muayenelerini yaptırmalarının sağlanması,
- Elli yaş ve üzeri bireylerde kolorektal kanser görülme olasılığının artması nedeniyle GGK testi ve kolonoskopi yaptırmamanın gerekliliği ve önemi konusunda sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi amaçlı hizmetiçi eğitimlerin yapılması veya yapılan eğitimlerin artırılması,
- Kurum yöneticileri tarafından görevlendirilecek kanserde erken tanı alanında çalışacak sorumlular tarafından sağlık çalışanlarının tarama testlerini yaptırmaları yönünden izlenmesi, yaptırmayanlara hatırlatmalarda bulunulması, yaptırmaları yönünde desteklenmeleri ve teşvik edilmeleri,
- Kurum yöneticileri tarafından düzenli olarak tarama testlerini yaptıran sağlık çalışanlarına motivasyonlarını artırmak amacı ile örnek personel seçilme, teşekkür yazıları gibi küçük ödüllendirmeler yapılması,
- Kanser tarama testlerini ve muayenelerini yaptırmada taramayı yaptıran çalışanların rahatsız olmasını engellemek amacıyla, taramayı yapan sağlık çalışanları tarafından mahremiyete özen gösterilmesi ve işlem hakkında gerekli açıklamaları yapılması,
- Toplumda yapılacak eğitimlerin bireylerin ergenlik döneminden başlayarak verilmesi ve bireylerde daha erken yaşta davranış değişikliği oluşturulması,
- Sağlık çalışanlarında kanserde erken tanı ve tarama test ve muayenelerini yaptırmaları konusunda mevcut durumun ve sağlık çalışanlarının tarama davranışında bulunmama nedenlerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacılar tarafından konu ile ilgili daha fazla sayıda daha büyük gruplarla niteliksel çalışmalar yapılması önerilmiştir.

## KAYNAKLAR

Abu Salem, O., Hassan, M.A. (2007). Breast Self-Examination Among Female Nurses. *Rawal Medical Journal*, 32(1), 30-32.

ACRIN 6666 Çalışması Ultrasound Combined with Mammography for Breast Cancer Screening: *Results of a Single Annual Screening Exam*. Erişim tarihi: 07 Ocak 2016, <https://www.acrin.org>.

Açıkgöz, A. (2010). Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi. (*Yüksek lisans tezi*). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Açıkgöz, A., Çehreli, R., Ellidokuz H. (2011). Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 145 – 154.

Açıkgöz,A.,Çehreli,R.,Ellidokuz,H.(2015). Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *The Journal of Breast Health*, 11,31-38.

Ak, M.,Canbal,M., Turan, S., Gürbüz, N. (2010). Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda papsmear testinin farkındalığının değerlendirilmesi.*KonuralpTıp Dergisi*, 2(2), 1-4.

Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A. ve ark. (2006). Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 25-29.

Alberts, D.S., Hess, L.M. (Eds.) (2010). *Fundamentals of Cancer Prevention*. Berlin: Springer.

American Cancer Society. *Breast cancer facts and figuresb2009-2010*. Erişim tarihi: 23 Kasım 2015, <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/f861009final90809pdf.pdf>.

American Cancer Society. (2011). *Breast Cancer Facts & Figures*. Erişim tarihi: 23 Kasım 2015. <http://www.cancer.org/>

American Cancer Society. *Cancer Prevention and Early Detection Facts and Figures 2009*. Erişim tarihi: 03 Aralık 2015, <http://www.cancer.org/acs>.

American Cancer Society. *Cervical Cancer*. Erişim tarihi: 08 Aralık 2015, <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-signs-symptoms>.

American Cancer Society. *Cervical Cancer*. (2011). Erişim tarihi: 07 Aralık 2015, <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-risk-factors>.

American Cancer Society.(2005). *Colorectal cancer facts and figures special edition 2005*. Erişim tarihi: 20 Aralık 2015, <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/caff2005cr4pwsecuredpdf.pdf>.

American Cancer Society (ACS).(2014). *Colorectal Cancer Facts and Figures 2014-2016*. Erişim tarihi: 17 Aralık 2015, <http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-042280.pdf>.

American Cancer Society. *Detailed Guide: Breast Cancer*. Erişim tarihi: 10 Kasım 2015, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-key-statistics>.

American Cancer Society. *Detailed Guide: Breast Cancer*. Erişim tarihi: 23 Kasım 2015, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-chemotherapy>.

Arıca,S., Nazlıcan,E., Özer,C., Benk Şilfeler,D., Arıca,V., Özgür,T., Özaydın,Ü. (2011). Hatay İlinde 2008 Yılı Kanser Vakaları Sıklığı ve Dağılımı. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 2 (2), 192-195.

Avcı, İ.A. (2007). The Health Beliefs Relating to Mammography of Midwives and Nurses. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3, 4-8.

Aydın, I., Işıklı, Z. (2004). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi İnançları. *3.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, 32. Edirne: Üniversite Yayınları.

Bahar Özvarış,Ş.,Aslan,D.(Ed.). (2011).Yaşlı Sağlığı Modülleri. Erişim tarihi: 22 Ocak 2016, [www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/yaslisagligi.pdf](http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/yaslisagligi.pdf).

Baran,M. (2013). Meme ve Serviks Kanseri Konusunda Kadınların Bilgi ve Bilinç Düzeyleri (Diyarbakır İl Merkezi Örneği). (Yüksek lisans tezi). *Beykent Üniversitesi/Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı*, İstanbul.

Barut,M. (2013). Kolorektal Kanseri Hastaların Demografik, Klinik ve Patolojik Özellikleri, Prognoza Etki Eden Faktörler. (Tıpta uzmanlık tezi). *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi/İç Hastalıkları Anabilim Dalı*, Tokat.

Bekar,M. (2008). Kadın Genital Sisteminin İyi ve Kötü Huylu Tümörleri. Şirin,A. (Ed.), *Kadın Sağlığı içinde* (s.409-438). İstanbul: Bedray.

Bereket, M. (2011). *Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Human Papilloma Virüsü ve Serviks Kanseri İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması*. Erişim tarihi: 12 Ekim 2015, <http://angora.baskent.edu.tr>.

Boyle,P., Levin,B. (2008). *Dünya Kanser Raporu 2008*. Erişim tarihi:15 Aralık 2015,<http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/dunyaraporu2008.pdf>.

Botteri,E., Iodice, S., Raimondi, S., Maisonneuve, P. ve ark. (2008). Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*, 2, 388-395.

Brind J, Chinchilli VM, Severs WB, Summy-Long J. (1996). Induced Abortion as an Independent Risk Factor for Breast Cancer: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 481-496.

Budakoglu, I.İ. (2003). Gölbaşı İlçesi Bahçelievler Mahallesindeki 40 Yaş ve üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Bilgi Düzeyi ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. (Tıpta uzmanlık tezi). *Gazi Üniversitesi/Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Ankara.

Büyükunal, E. Kolon Kanserinde Adjuvan/Neoadjuvan ve Metastazda Medikal Tedavi. Erişim tarihi: 14 Ocak 2016, [http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/023\\_buyukunal.pdf](http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/023_buyukunal.pdf).

Byrne, L. (2008). *Colorectal Cancer*. Erişim tarihi: 18 Aralık 2015, [http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/Colorectal\\_Cancer.pdf](http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/Colorectal_Cancer.pdf).

Canbulat, N. (2006). Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. (Yüksek lisans tezi) *Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzurum.

Canca, O.Y. (2009). *Kolorektal Poliplerin Kitlelerin Saptanmasında Çok Kesitli Bilgisayarlı Tomografi Kolonografisinin Tanısal Etkinliği*. Erişim tarihi: 21 Aralık 2015, [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/radyoloji/dr\\_osman\\_yucel\\_canca.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/radyoloji/dr_osman_yucel_canca.pdf).

Cho E, Chen WY, Hunter DJ, Stampfer MJ, Colditz GA, Hankinson SE, Willett WC. (2006). Red Meat Intake and Risk of Breast Cancer Among Premenopausal Women. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2253-2259.

Chong, P.N., Krishnon, M., Hong, C.Y., Swash, T.S. (2002). Knowledge and Practice of Breast Cancer Screening Amongst Public Health Nurses In Singapore. *Singapore Medical Journal*, 43(10), 509-516.

Colditz GA, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Manson JE, Hennekens CH, Rosner BA. (1993). Family History, Age, and Risk of Breast Cancer. *The Journal of the American Medical Association*, 270, 338-343.



Colorectal (Colon) Cancer.What Are the Risk Factors for Colorectal Cancer? Centers for Disease Control and Prevention. Erişim tarihi: 18 Aralık 2015, [http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic\\_info/risk\\_factors.htm](http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm).

Colorectal Cancer Screening. Erişim tarihi: 21 Aralık 2015, [http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/pdf/Basic\\_FS\\_Eng\\_Color.pdf](http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/pdf/Basic_FS_Eng_Color.pdf).

Çavdar, I., Akyolcu, N., Özbaş, A., Öztekin, D., Çelikel, I. (2003). Hekim ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Duyarlılıklarının Saptanması. 2. Uluslararası, 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı içinde (s.403). Antalya.

Deveci, E.S., Açık, Y., Rahman, S. (2010). Elazığ'ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 45-50.

Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., Söylemez, A. (2007). Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 20(1), 29-36.

Doğan, M. (2008). Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. (Yüksek lisans tezi). *Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Sivas.

Durgun Ozan, Y. (2007). Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15-65 yaş arası Kadınların, Meme ve Serviks Kanseri ile Korunma ile İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. (Yüksek lisans tezi). *Dicle Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Diyarbakır.

Dündar P., Özmen D., Öztürk B., Haspolat G., Akyıldız F., Çoban S., Çakıroğlu N. (2006). The Knowledge and Attitudes of Breast Self Examination and Mamography in A Group of Women in A Rural Area in Western Turkey. *BioMedCentral Cancer*, 6, 1-9.

Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE.(2006). Adult Weight Change And Risk of Postmenopausal Breast Cancer. *The Journal of the American Medical Association*, 296, 193-201.

Eroğlu, K., Koç,G. (2014). Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 77-90.

Ersin,F. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. (Doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,İzmir.

Ertem G. (2010). Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 25(3), 124-132.

Ertürk, S. (2010). Kolorektal kanserler: Epidemiyoloji, etiyolojide rol oynayan etkenler, tarama ve kemoprevensiyon. Erişim tarihi: 20 Ocak 2016, [http://www.tkrcd.org.tr/Kolon RektumKanserleri/001\\_erturk.pdf](http://www.tkrcd.org.tr/Kolon_RektumKanserleri/001_erturk.pdf).

Esin,M.N., Bulduk,S., Ardic,A. (2011). Beliefs About Cervical Cancer Screening Among Turkish Married Women. *Journal of Cancer Education*, 26, 510-515.

Fidaner C. (2007). Kanserde erken yakalama: Erken tanı ve taramalar. Tuncer, A.M. (Ed.), *Türkiye'de Kanser Kontrolü içinde* (s.319-332). Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Gençtürk, N. (2013). Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9(1), 5-9.

GLOBOCAN (2012). International Agency for Research on Cancer, Cancer istatistic worldwide. Erişim tarihi: 10 Kasım 2015, <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.

Goldman L.(Ed.), Ausiello D.(Ed.) (2011). *Cecil Medicine* (23. Baskı). Philadelphia: Saunders.

Gözüm,S.,Çapık,C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*,7(3), 230-237.

Gülen, H. (2004). Ebe/Hemşirelerin Pap Smear Teste İlişkin Bilgilerinin ve Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Saptanması. (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Güler,G.,Ulusoy,H.,Avcı,S.,Aksoy,E. (2009). Sivas İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri İlişkin Bilgileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*,18 (5), 85-89.

Güllüoğlu, B.M., Aydın, E., Soryano,V. (2009). Meme Kanseriyle Baş Etme Rehberi Tedavide Mediko-psikolojik Açılımlar. Erişim tarihi: 12 Ocak 2016, <http://www.sena-turk.org/publications/publication-docs/meme-kanseri-ile-basetme-rehberi.pdf>.

Gültekin,M. (2014). *Dünya'da ve Türkiye'de Meme Kanseri Tarama Programları*. Erişim tarihi. 01 Şubat 2016, <http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/DunyadaveTurkiyedeMamografiProgramlari.pdf>.

Gülten N. (2008). İzmir Balçova Bölgesinde Yaşayan Kadınların Meme Kanseri İlişkin Risk Faktörleri, Bilgi Ve Uygulamaları. (Yüksek lisans tezi). *Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*, İzmir.

Gürsu, R.U., Kesmezacar, Ö., Karaçetin,D., Mermut,Ö., Ökten, B., Güner,Ş.İ. (2012). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: Yeni Kurulan Bir Ünitenin 18 Aylık Sonuçları. *İstanbul Tıp Dergisi*, 13 (1), 13-18.

Güvenç,G. (2008). Serviks Kanseri Hakkında Farkındalık Artırmaya Yönelik Geliştirilen Yöntemin Kadınların Pap Smear Yaptırmalarına Etkisi. (Doktora tezi). *Gülhane Askeri Tıp Akademisi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.

Hadji,P., Gottschalk, M., Ziller, V., Kalder, M., Jackisch, C., Wagner, U. (2007). Bone Mass and The Risk Of Breast Cancer: The Influence of Cumulative Exposure to Estrogen and Reproductive Correlates. Results of the Marburg Breast Cancer and Osteoporosis Trial(MABOT). *Maturitas The European Menopause Journal*, 56, 312-321.

Hawley, S.T., Volk, R.J., Krishnamurthy, P., Jibaja-Weiss, M., Vernon, S.W., Kneuper, S. (2008). Preferences for colorectal cancer screening among racially/ethnically diverse primary care patients. *Medical Care*, 46(9Suppl 1),10-6.

Haydaroglu, A., Bölükbaşı, Y., Özsaran, Z. (2007). Ege Üniversitesi'nde Kanser Kayıt Analizleri: 34134 Olgunun Değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22 (1), 22-28.

Henderson I.C. (1993). Risk Factors for Breast Cancer Development. *Cancer*, 71, 2127-2140.

İlgaz,A., Gözüm,S. (2014). Kanser Taramalarında Öncelikli Hedef Birinci Derece Akrabalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*,7 (4), 345-353.

International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN (2012). Cervical Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Erişim tarihi: 20 Aralık 2015, <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>.

Işık,I. (2012). Erken Evre Meme Kanseri Hastalarında Telefonla Danışmanlık Müdahalesinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Jemal,A.,Siegel,R.,Xu,J.,Ward,E.(2010). Cancerstatistics, 2010. *A Cancer Journal for Clinicians*, 60, 277.

Jemal, A., Bray, F., Center, M.M., et al. (2011). Global cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 61, 69.

Jirojwong, S., Maclennan, R., Manderson, L. (2001). Health beliefs and pap smears among Thai Women in Brisbane, Australia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 13(1), 20-3.

Johnson, C.M., Wei, C., Ensor, J.E., Smolenski, D.J., Amos, C.I., Levin, B., Berry, D.A. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control*, 24, 1207-1222.

Kahı, C.J., Rex, D.K., Imperiale, T.F. (2008). Kolorektal Kanselerde Tarama, Toplumsal İzlem ve Primer Korunma: Güncel Literatüre Bir Bakış. *Gastroenterology Türkçe Baskı*, 3(4), 193-217.

Kanbur, A., Çapık, C. (2011). Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 61-72.

Karabulutlu, Ö. (2012). Eğitim ve Danışmanlığın Serviks Kanseri Taramalarına İlişkin Bilgi Düzeyi, Sağlık İnanç ve Taramalara Katılmaya Etkisi. (Doktora tezi). Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

Karaca, M.Z. (2015). Smear'dan HPV'ye Serviks Kanseri Taramaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişim tarihi: 10 Aralık 2015, [http://kanser.gov.tr/Dosya/Sunular/smearHPVmujdegul\\_042015.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/Sunular/smearHPVmujdegul_042015.pdf).

Karahan, A., Topuzoglu, A., Harmancı, H. (2002). Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*, 666. Diyarbakır.

Karakuş, F. (2008). Malatya İl Merkezinde Bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. (Yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Karayurt, Ö., Coşkun, A., Cerit, K. (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 15-20.

Kaya, M. (2009). Halk Sağlığı Yaklaşımı ile ‘‘Servikal Kanser’’. Erişim tarihi: 08 Aralık 2015, <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/ServiksKitabi.pdf>.

Kaya, G. (2011). Pap Smear Testi Yapılan Kadınların Serviks Kanseri Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörler. (Yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Kılıçkap, S., Aksoy, S., Çelik, İ. (2006). Kanserde Birincil Korunma. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 13(2), 57-71.

Koç,Ş. (2014). Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığının Riskli Bireylerin Birincil ve İkincil Koruma Davranışlarını Geliştirmeye Etkisi. (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Dizbay Sak, S., Tükün, A., Yalçın, B. (2011). Meme Kanseri Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi Ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(2), 47-67.

Koo, J.H., Leong, R.W.L., Ching J, et al. (2012). Knowledge of, attitudes towards, and barriers to participation of colorectal screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 76, 126 -35.

Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.

Kutluk, T., Kars, A. (2001). Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Erişim tarihi: 09 Aralık 2015, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kanser.pdf>.

Lance, P. (2008). Kolorektal Kanser İçin Kimyasal Önlem: Biraz İlerleme Olmakla Birlikte Gidilecek Daha Çok Yol Var. *Gastroenterology Türkçe Baskı*, 3(2), 98-106.

Li, Y., Baer, D., Friedman, G., Udaltsova, N., Shim, V., Klatsky, A.(2009). Wine, Liquor, Beer and Risk of Breast Cancer in a Large Population. *European Journal Of Cancer*, 45, 843-850.

Mahmoodi, M.H., Montazeri, A., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., Haghghat, S., Harirchi, I. (2002). Breast Self-Examination: Knowledge, Attitudes, and Practices Among Female Health Care Workers In Tehran, Iran. *The Breast Journal*, 8(4), 222–225.

Mahoney, M.C., Bevers, T., Linos, E., Willett, W.C. (2008). Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *A Cancer Journal for Clinicians*. 58, 347-371.

Mahon, S.M. (2009). Prevention and screening of gastrointestinal cancers. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(1), 15-31.

McPherson, K., Steel, C.M., Dixon, J.M. (1994). ABC of Breast Diseases, Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors and Genetics. *British Medical Journal*, 15, 309(6960), 1003–1006.

Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim tarihi: 10 Aralık 2015. [kanser.gov.tr/Dosya/genelge/MEME.doc](http://kanser.gov.tr/Dosya/genelge/MEME.doc).

Midgley, R.S., Al-Salama, H.M., Merie, A., Kerr, D.J., Mortensen, N. (2012). Colorectal Cancer: A Multidisciplinary Approach, in Textbook of Clinical Gastroenterology and Hepatology. *Wiley-Blackwell*, Oxford, UK.

Morris, E.J.A., Penegar, S., Whitehouse, L.E., Quirke, P., Finan, P., Bishop, D.T., Wilkinson, J., Houlston, R.S. (2013). A retrospective observational study of the relationship between family history and survival from colorectal cancer. *British Journal of Cancer*, 108, 1502–1507.

Muss,H.B. (2007). Breast Cancer and differential diagnosis of benign lesions, chapter: 208. Lee Goldman & Dennis Ausiello(Eds.). *Cecil Medicine* içinde (s. 1501-1509). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Mutyaba, T., Mmiro, F., Weiderpass, E. (2006). Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BioMed Central Medical Education*, 6, 13.

Müezzinler Evsine, N. (2010). Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenf Ödem Gelişen Kadınların Deneyimlerinin ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Nahcivan N.Ö., Seçginli S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 33-38.

NCI (National Cancer Institute). Colorectal Cancer Screening. Erişim tarihi:18 Aralık 2015,  
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional>.

Nilaweera, R., Perera, S., Paranagama, N., Anushyanthan, A.S. (2012). Knowledge and Practices on Breast and Cervical Cancer Screening Methods among Female Health Care Workers: A Sri Lankan Experience. *AsianPacific Journal of Cancer Prevention*,13(4), 1193-6.

Norouznia, S. (2014). Meme Kanseri Korkusunun Kadınların Erken Tanı Davranışları Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.

Odusanya, O.O., Tayo, O.O. (2001). Breast Cancer Knowledge, Attitudes and Practice Among Nurses In Lagos, Nigeria. *Acta Oncologica*, 40(7), 844-848.

Okyay,P. (2013). Kolorektal Kanseri Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji Özel Dergisi*, 6(3), 1-5.



Orhan, S. (2002). Kayseri İli Seçilmiş Kentsel Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Konusundaki Düşünce ve Davranışları. (Yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Ordu, Ç. ve Saip, P. (2011). Kanserde Kemoprevansiyon. *Klinik Gelişim*, 24(3), 33-40.

Öğütçü N., Şengelen M. (2014). Meme Kanseri Konusunda Bilinçlen(dir)me Ayı. Erişim:12 Ekim 2015,<http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>.

Öktem, A. (2012). Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde Sağlıkla İlgili Bölümler Dışındaki 3. Ve 4. Sınıf Kız Öğrencilerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Düzeylerinin ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. (Yüksek lisans tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Özaydın, N.A., Güllüoğlu, B.M., Ünalın, P.C., Gorpe, S., Cabioğlu, N., Öner, B.R., Özmen, V. (2009). Bahçeşehirde Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(4), 214-224.

Özbek, H. (2006). Pelvik Muayeneye Gelen Kadınların Yaşadıkları Anksiyete Düzeyine Destekleyici Ebelik Yaklaşımının Etkisi. (Yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Özçam, H., Çimen, G., Uzunçakmak, C., Aydın, S., Özcan, T., Boran, B. (2014). Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Medical Journal*, 15, 154-60.

Özgül, N. (2009). Türkiye'de Serviks Kanserin Durumu ve Yapılan Servikal Kanseri Tarama Çalışmaları. A. Murat Tuncer (Ed.), Türkiye'de Kanseri Kontrolü içinde (s. 379-384). Ankara.

Özmen, V., Fidaner, C., Aksaz, E., Bayol, Ü., Dede, İ., Göker, E., Güllüoğlu, B.M., Işıkdogan, A., Topal, U., Ühri, M., Utkan, Z., Zengin, N., Tuncer, M. (2009b). Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması “Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu”. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(3), 125-134.

Özmen, V., Özçınar, B., Karanlık, H., Cabioglu, N., Tükenmez, M., Dişçi, R., Özmen, T., Iğci, A., Müslümanoğlu, M., Kecer, M., Soran, A. (2009a). Breast Cancer Risk Factors İn Turkish Women A University Hospital Based Nested Case Control Study. *World Journal of Surgical Oncology*, 7, 37.

Patel, S.G. ve Ahnen, D.J. (2013). Screening for colon polyps and cancer. Anthony B. Miller (Ed.), *Epidemiologic studies in cancer prevention and screening* içinde (s. 169-182). New York: Springer.

Pharoah, P.D., Day, N.E., Duffy, S., Easton, D.F., Ponder, B.A. (1997). Family History and The Risk of Breast Cancer: a Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Cancer*, 71, 800-809.

Reis, N., Beji, N.K., Kılıç, D. (2011). Servikal kanser için risk faktörleri: hastane temelli vaka kontrol çalışmasının sonuçları. *International Journal of Hematology and Oncology* 21(3), 153-159.

Ronckers, C.M., Erdmann, C.A., Land, C.E. (2005). Radiation and Breast Cancer: a Review of Current Evidence. *Breast Cancer Research*, 7(1), 21-32.

Sach, T.H., Whynes, D.K. (2009). Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BioMed Central Public Health*, 9, 431.

Sadler, G.R., Dhanjal, S.K., Shah, N.B., Ko, C., Anghel, M., Hatshburger, R. (2001). Asian Indian Women: Knowledge, Attitudes and Behaviors Toward Breast Cancer Early Detection. *Public Health Nursing*, 18(5), 357-363.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Erişim tarihi: 14 Mayıs 2016, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr.pdf>.

Sawyers, C.L., Abate-Shen, C., Anderson, K.C., Barker, A.D., Baselga, J., Berger, N.A., et al. (2013). AACR Cancer Progress Report 2013. *Clin Cancer Res*, 19(1), 1-88.

Seçginli, S. (2011). Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler? *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 193-200.

Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim tarihi: 10 Aralık 2015, <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf>.

Siegel, R.L., Ward, E.M., Jemal, A. (2012). Trends in colorectal cancer incidence rates in the United States by tumor location and stage, 1992-2008. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21, 411-6.

Silva, M., Senarath, U., Gunatilake, M., Lokuhetty, D. (2010). Prolonged Breastfeeding Reduces Risk Of Breast Cancer in Sri Lanka Study. *Cancer Epidemiology*, 34, 267-273.

Slattery, M.L., Kerber, R.A. (1993). A Comprehensive Evaluation of Family History and Breast Cancer Risk: The Utah Population Data-Base. *The Journal of the American Medical Association*, 270, 1563-1568.

Somunoğlu, S. (2007). Meme Kanseri Risk faktörleri. Fırat Üniversitesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 2-12.

Somunoğlu, S. (2009). Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(10), 103-122.

Sönmez, E. (2009). Ege Üniversitesinde Çalışan Sağlık Personelinin Serviks Kanseri Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi. (Yüksek lisans tezi). *Afyonkarahisar Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Afyon.

Şahin, D. (2009). Kırklareli Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin ve hastaneye başvuran kadınların jinekolojik kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranışları. (Yüksek lisans tezi). *Trakya Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.*

Şahin, N.Ş., Üner, B.A., Aydın, M., Akçan, A., Gemalmaz, A., Dişçigil, G., Demirağ, S., Başak, O. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19 (1), 37-48.

Taşkın, L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (9. Baskı). Ankara:Sistem Ofset.

Taylor, E.F., Burley, V.J., Greenwood, D.C., Cade, J.E. (2007). Meat Consumption and Risk of Breast Cancer in The UK Women's Cohort Study. *British Journal of Cancer*, 96, 1139-1146.

Tehard, B., Friedenreich, C.M., Oppert, J.M., ClavelChapelon, F.(2006). Effect of Physical Activity on Women at Increased Risk of Breast Cancer: Results From The E 3N Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers&Prevention*, 15, 57-64.

Temel, H. (2008). Sivas İl Merkezinde Yaşayan 35 Yaş ve Üzeri Kadınların Serviks Kanseri ve Erken Teşhis Yöntemi Olan Pap Testi Hakkındaki Bilgi, Tutum Davranışları. (Tıpta Uzmanlık Tezi). *Cumhuriyet Üniversitesi/Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, Sivas.

TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması). (2013). Erişim tarihi: 20 Mayıs 2016, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf).

Tomruk, M. (2013). Kolorektal Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Kapasiteyi Belirleyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). *Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir.

TUİK. (2013). Erişim Tarihi: 17 Aralık 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>.

Tuncer, A. M., Özgül, N., Olcayto, E., Gültekin, M., Dede, İ. (2009). KETEM El Kitabı, Erişim tarihi: 07 Aralık 2015, <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/ketem-el-kitabi.pdf>.

Tuncer, A. M. (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Erişim tarihi: 10 Kasım 2015, [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusal\\_kan\\_kont\\_prg\\_2009\\_2015.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusal_kan_kont_prg_2009_2015.pdf).

Tuncer, A. M. (2007). Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. Erişim tarihi: 10 Aralık 2015, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ksdb1.pdf>

Turati,F., Negri,E.,La Vecchia,C.(2013). Family history andthe riskof cancer: genetic factors influencing multiple cancer sites. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 14(1), 1-4.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) .(2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Erişim tarihi:12 Ocak 2016, [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf) .

Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. (2014). Erişim tarihi: 20 Mayıs 2016, [http://beslenme.gov.tr/content/files/basin\\_materyal/Fiziksel\\_aktivite\\_rehberi/farehberi\\_tr.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/Fiziksel_aktivite_rehberi/farehberi_tr.pdf).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). (2010). Türkiye’de obezitenin görülme sıklığı. Erişim tarihi: 12 Ocak 2016, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Erişim tarihi: 07 Aralık 2015, <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/56-serviks-kanseri.html>.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Kalın Bağırsak Kanseri. Erişim tarihi: 17 Aralık 2015, <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html>.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. Kolorektal Kanser Taramaları. Erişim tarihi: 17 Aralık 2015, [http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf).

Türkiye Kanser İstatistikleri. Erişim tarihi: 06 Haziran 2016, [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013v01\\_2.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf).

Ulusal Kolorektal Kanser Tarama Standartları. Erişim tarihi: 10 Aralık 2015, <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf>.

UMKK Onkoplastik Cerrahi Grubu. (2007). I. Ulusal Meme Kanseri Konsensus Toplantısı Onkoplastik Cerrahi Grubu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2), 112.

Uncu,F., Bilgin,N. (2011). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(3), 167-175.

Usta Yeşilbalkan, Ö., Durmaz Akyol, A., Çetinkaya, Y., Altın, T., Ünlü, D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(1), 13-31.

Ürkmez, E. (2009). Eskişehir’de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Model’i ile Meme Kanseri Risk Taraması. (Yüksek lisans tezi). *Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşirelik Bilim Dalı*, Eskişehir.

Vatansever, G. (2010). Sağlık Çalışanlarının Human Papilomavirüs (HPV) Aşısı ve HPV İle Serviks Kanseri İlişkisi Hakkında Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. (Yüksek lisans tezi). *Celal Bayar Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı*, Manisa.

Wei Zheng, M.D., Lee, S.A. (2009). Welldone Meat Intake, Heterocyclic Amine Exposure, and Cancer Risk. *Nutrition and Cancer*, 61(4), 437-446.

World Health Organization (WHO). Cancer. Erişim tarihi:14.06.2015.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.

Yaşar, İ., ve ark. (2008). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, “Üreme Sağlığı Modülleri”, Eğitimciler için Eğitim Rehberi, Ankara. Erişim tarihi: 12 Ocak 2016, [www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t7.pdf](http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t7.pdf).

Yavuz Karamanoğlu, A., Gök Özer, F. (2008). Mastektomili hastalarda evde bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 3-8.

Yazıhan, N., Yılmaz, H.H. (2007). Türkiye’de Meme Kanseri: Ekonomik Etkinlik ve Maliyet Etkinlik. A. Murat Tuncer (Ed.), *Türkiye’de Kanseri Kontrolü içinde* (s. 363-380). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ksdb1.pdf>.

Yıldırım, D.A. (2011). İstanbul Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. (Yüksek lisans tezi). *Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.

Yılmaz, M., Güler, G., Bekar, M., Güler, N. (2011). Risk of Breast Cancer, Health Beliefs and Screening Behaviour among Turkish Academic Women and Housewives. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 817-822.

Yurdakoş, K., Gülhan, Y.B., Ünal, D., Öztürk, A. (2012). Samsun İli Kamu Hastaneleri Kadın Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu. Halk Sağlığı Etkinlikleri - *HASUDER*, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Erişim tarihi: 22 Şubat 2016, <http://uhsk.org/uhsk15/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/267>.

Zahedi, L., Sizemore, E., Malcolm, S., Grossniklaus, E., Nwosu, O. (2014). Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Cervical Cancer and Screening among Haitian Health Care Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(11), 11541-11552.

Zincir, H. (2000). Malatya İl Merkezinde 40 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. (Yüksek lisans tezi). *İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Malatya.

[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx). Erişim tarihi:14 Ekim 2015.

<http://www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/wcr-order.php>. Erişim tarihi:14 Kasım2015.

<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/ketem-ve-kanser-taramalari.html>. Erişim tarihi: 16 Mayıs 2016.

<http://www.memekanseri.org/risk-faktorleri/4576612038>.Meme kanseri risk faktörleri. Erişim tarihi: 20 Mayıs 2016.



## EKLER

### **EK 1. Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışlarına İlişkin Anket Formu**

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma bir kamu ve iki özel hastanede çalışan kadın sağlık çalışanlarında meme, serviks ve kolon kanseri tarama davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma sizin için herhangi bir rahatsızlık ve risk taşımamaktadır. Anketi doldurmanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Anketi doldurmak yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgilerin gizliliği korunacak ve tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışma kadın sağlık çalışanlarının kanser tarama davranışlarının belirlenmesi ve kanser tarama davranışları açısından farkındalık yaratmak için olumlu yönde katkı sağlayacaktır.

Anketi doldurup geri vermeniz çalışmaya gönüllü olarak katıldığınız anlamını taşımaktadır. Katılımınız için teşekkürler.

Rezzan ÇAKMAK  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

#### **1. Çalıştığınız hastane türü nedir?**

1. ( ) Kamu
2. ( ) Özel

#### **2. Yaşınız:.....**

#### **3. Mesleğiniz?**

- |                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1. ( ) Doktor                    | 2. ( ) Diş hekimi          |
| 3. ( ) Eczacı                    | 4. ( ) Hemşire             |
| 5. ( ) Ebe                       | 6. ( ) Acil Tıp Teknisyeni |
| 7. ( ) Laboratuvar Teknisyeni    | 8. ( ) Röntgen Teknisyeni  |
| 9. ( ) Anestezi Teknisyeni       | 10. ( ) Psikolog           |
| 11. ( ) Odyometrist              | 12. ( ) Fizyoterapist      |
| 13. ( ) Diyetisyen               | 14. ( ) Biyolog            |
| 15. ( ) Diş teknisyeni           |                            |
| 16. ( ) Diğer (açıklayınız.....) |                            |

4. Çalışma Yılıınız:.....

5. Çalıştığınız Servis/Bölüm:.....

**6. Eğitim Durumunuz?**

1. ( ) Lise - Sağlık Meslek Lisesi
2. ( ) Ön lisans
3. ( ) Yüksekokul/Lisans
4. ( ) Fakülte
5. ( ) Yüksek Lisans
6. ( ) Doktora

**7. Medeni durumunuz?**

1. ( ) Evli
2. ( ) Bekar
3. ( ) Dul/Boşanmış

**8. Çocuğunuz var mı?**

1. ( ) Evet (ise çocuk sayınız .....)
2. ( ) Hayır

**9. Eşinizin eğitim durumu?**

1. ( ) İlkokul
2. ( ) Ortaokul
3. ( ) Lise
4. ( ) Ön lisans
5. ( ) Yüksekokul/Lisans
6. ( ) Yüksek Lisans ve üzeri
7. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**10. Eşinizin mesleği nedir? (açıklayınız.....)**

**11. Aile tipiniz hangisidir?**

1. ( ) Çekirdek aile
2. ( ) Geniş aile
3. ( ) Parçalanmış aile
4. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**12. Size göre gelir-gider durumunuz nasıldır?**

1. ( ) Gelir gideri karşılıyor/denk
2. ( ) Gelir giderden az
3. ( ) Gelir giderden fazla

**13. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**

1. ( ) Evet (ise hastalığın adını yazınız.....)
2. ( ) Hayır

**14. Ailenizde kanser tanısı almış birey var mı?**

1. ( ) Evet (ise kanserin adını yazınız.....)
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 17. soruya geçiniz.**

**15. Ailenizdeki bireye kanser tanısı ne kadar süre önce koyuldu?**

(Yazınız.....)

**16. Ailenizde kanser tanısı almış bireyle yakınlığınız nedir?**

(Yazınız.....)

**17. Herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?**

1. ( ) Evet (ise kanserin adını yazınız.....)
2. ( ) Hayır

**18. Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayırsa 20. soruya geçiniz.**

**19. Cevabınız evetse, ne sıklıkta yapıyorsunuz?**

1. ( ) Düzenli olarak her ay yapıyorum
2. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**20. Kendi kendinize meme muayenesi yapmama nedeniniz nedir?**

1. ( ) Nasıl yapıldığını bilmiyorum
2. ( ) Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum
3. ( ) Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum
4. ( ) Düzenli olarak mamografi ve meme USG yaptırdığım için kendi kendine meme muayenesi yaptırmaya ihtiyacı duymuyorum
5. ( ) Meme muayenesi yapmak aklıma gelmiyor
6. ( ) Mememde kötü bir şey çıkmasından korkuyorum
7. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**21. Doktor tarafından meme muayenesi oluyor musunuz?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 23. soruya geçiniz.**

**22. Hangi sıklıkta doktor tarafından meme muayenesi oluyorsunuz?**

1. ( ) 2 yılda bir
2. ( ) Yılda bir
3. ( ) Mememde bir problem olduğunda
4. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**23. Doktor tarafından meme muayenesi olmama nedeniniz nedir?**

1. ( ) Gerekli görmüyorum
2. ( ) Utanıyorum
3. ( ) Zaman bulamıyorum
4. ( ) Doktor tarafından meme muayenesi olmam gerektiğini bilmiyorum
5. ( ) Herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum
6. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**24. Meme ultrasonu yaptırıyor musunuz?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 26. soruya geçiniz.**

**25. Hangi sıklıkta meme ultrasonu yaptırıyorsunuz?**

1. ( ) 2 yılda bir
2. ( ) Yılda bir
3. ( ) Mememde bir problem olduğunda
4. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**26. Meme ultrasonu yaptırmama nedeniniz nedir?**

1. ( ) Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum
2. ( ) Gerekli görmüyorum
3. ( ) Utanıyorum
4. ( ) Zaman bulamıyorum
5. ( ) Herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum
6. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**27. Mamografi çektiriyor musunuz?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 29. soruya geçiniz.**

**28. Hangi sıklıkta mamografi çektiriyorsunuz?**

1. ( ) 2 yılda bir
2. ( ) Yılda bir
3. ( ) 6 ayda bir
4. ( ) 3 yılda bir
5. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**29. Mamografi çektirmeme nedeniniz nedir?**

1. ( ) Çektirmem gerektiğini bilmiyorum
2. ( ) Yaşım küçük olduğu için çektirmiyorum
3. ( ) Gerekli görmüyorum
4. ( ) Mamografi çektirmekten utanıyorum
5. ( ) Herhangi bir problem çıkmasından korktuğum için çektirmiyorum
6. ( ) Mamografi çektirmeye zaman bulamıyorum
7. ( ) İşlemin canımı acıtmasından korkuyorum
8. ( ) Radyasyon almaktan korkuyorum
2. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**30. Şimdiye kadar memenizle ilgili herhangi bir problem yaşadınız mı?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 32. soruya geçiniz.**

**31. Memenizle ilgili yaşadığınız problem neydi?**

1. ( ) Fibroadenom
2. ( ) Kist
3. ( ) Meme kanseri
4. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**32. Serviks (rahim ağzı) muayenesi yaptırıyor musunuz?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 34. soruya geçiniz.**

**33. Serviks (rahim ağzı) muayenesini hangi sıklıkta yaptırıyorsunuz?**

1. ( ) 6 ayda bir
2. ( ) Yılda bir
3. ( ) 2 yılda bir
4. ( ) 3 yılda bir
5. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**34. Serviks (rahim ağız) muayenesini yaptırmama nedeniniz nedir?**

1. ( ) Yapıtırılması gerektiğini bilmiyorum
2. ( ) Gerekli görmüyorum
3. ( ) Korkuyorum
4. ( ) Utanıyorum
5. ( ) Zaman bulamıyorum
6. ( ) Diğer  
(açıklayınız.....)

**35. Pap smear testi yaptırıyor musunuz?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 37. soruya geçiniz.**

**36. Pap smear testini hangi sıklıkta yaptırıyorsunuz?**

1. ( ) Yılda bir
2. ( ) 2 yılda bir
3. ( ) 3 yılda bir
4. ( ) 5 yılda bir
5. ( ) 5 yılın üstü
6. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**37. Pap smear testini yaptırmama nedeniniz nedir?**

1. ( ) Yapıtırılması gerektiğini bilmiyorum
2. ( ) Pap smear testinin ne olduğunu bilmiyorum
3. ( ) Gerekli görmüyorum
4. ( ) Utanıyorum
5. ( ) Herhangi bir rahatsızlık çıkmasından korkuyorum
6. ( ) Zaman bulamıyorum
7. ( ) Pap smear testi yaptırmak aklıma gelmiyor
8. ( ) İşlemin canımı acıtmasından korkuyorum
9. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**38. HPV (Human Papilloma Virüs) testi yaptırıyor musunuz?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 40. soruya geçiniz.**

**39. HPV testini hangi sıklıkta yaptırıyorsunuz?**

1. ( ) Yılda bir
2. ( ) 2 yılda bir
3. ( ) 3 yılda bir
4. ( ) 5 yılda bir
5. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**40. HPV testini yaptırmama nedeniniz nedir?**

1. ( ) Yaptırılması gerektiğini bilmiyorum
2. ( ) HPV testinin ne olduğunu bilmiyorum
3. ( ) Gerekli olduğunu düşünmüyorum
4. ( ) HPV testi için yaşımın küçük olduğunu düşünüyorum
5. ( ) Utanıyorum
6. ( ) İşlemin canımı acıtmasından korkuyorum
7. ( ) Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum
8. ( ) Testin sonucunda herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum
9. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**41. Serviksle ilgili herhangi bir problem yaşadınız mı?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 43. soruya geçiniz.**

**42. Serviksle ilgili aşağıdaki problemlerden hangisini yaşadınız?**

1. ( ) Serviks kanseri
2. ( ) Erozyon
3. ( ) Enfeksiyon
4. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**43. Gaitada (dışkıda) gizli kan testi yaptırıyor musunuz?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 45. soruya geçiniz.**

**44. Gaitada (dışkıda) gizli kan testini hangi sıklıkta yaptırıyorsunuz?**

1. ( ) Yılda bir
2. ( ) 2 yılda bir
3. ( ) 3 yılda bir
4. ( ) 5 yılda bir
5. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**45. Gaitada (dışkıda) gizli kan testini yaptırmama nedeniniz nedir?**

1. ( ) Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum
2. ( ) Gaitada (dışkıda) gizli kan testinin ne olduğunu bilmiyorum
3. ( ) Gerekli olduğunu düşünmüyorum
4. ( ) Gaitada gizli kan testi için yaşımın küçük olduğunu düşünüyorum
5. ( ) Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum
6. ( ) Testin sonucunda herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum
7. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**46. Kolonoskopi yaptırıyor musunuz?**

1. ( ) Evet                      2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 48. soruya geçiniz.**

**47. Kolonoskopiye ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?**

1. ( ) Yılda bir  
 2. ( ) 2 yılda bir  
 3. ( ) 3 yılda bir  
 4. ( ) 5 yılda bir  
 5. ( ) 10 yılda bir  
 6. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**48. Kolonoskopi yaptırmama nedeniniz nedir?**

1. ( ) Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum  
 2. ( ) Kolonoskopinin ne olduğunu bilmiyorum  
 3. ( ) Gerekli olduğunu düşünmüyorum  
 4. ( ) Kolonoskopi için yaşımın küçük olduğunu düşünüyorum  
 2. ( ) Utanıyorum  
 3. ( ) İşlem yapılırken ağrı duymaktan korkuyorum  
 4. ( ) Herhangi bir şikayetim olmadığı için gerekli görmüyorum  
 5. ( ) Testin sonucunda herhangi bir problem çıkmasından korkuyorum  
 6. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

**49. Kalın barsaklarınızla ilgili herhangi bir problem yaşadınız mı?**

1. ( ) Evet                      2. ( ) Hayır

**Cevabınız hayır ise 50. soruyu cevaplamayınız.**

**50. Kalın barsaklarınızla ilgili aşağıdaki problemlerden hangisini yaşadınız?**

1. ( ) Kolon kanseri  
 2. ( ) Polip  
 3. ( ) Kolitis ülseroza  
 4. ( ) Chron hastalığı  
 5. ( ) Divertikülozis  
 6. ( ) Diğer (açıklayınız.....)

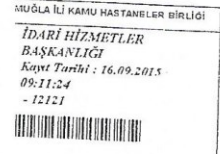


## EK 2. Kurum İzni

EĞİTİM ARA. HİZMETLERİ

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı:31261031-774.99  
Konu: Tez Çalışması



MARMARIS DEVLET HASTANESİNE

İlgi: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 21.07.2015 tarih ve 28677689-302.08.00.00-2309/11694 sayılı yazısı.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında öğrenim gören ekte adı geçen öğrencilerin, listede belirtilen çalışma tarihleri arasında Hastanenizde tez çalışmalarını yapabilmeleri için alınan Onay yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Dr. Oğuz ÖKSÜZLER  
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: 9.. Sayfa

Dağıtım: M.S.K.Ü.E.A.H  
Marmaris Devlet Hastanesi

personel. / Eğitim Hemşiresi (Bkuz)  
06/10/2015

Kayıt No 5616  
Tarih 06.10.2015

Karamehmet Mahallesi Abdi İpekçi Caddesi No:70 /MUĞLA  
Tel:0 252 214 40 41-214 40 42 Fax:0 252 214 40 46  
http://www.muqlakhb.com/ e posta: muqlagenelsekreterlik@gmail.com

Leman İNAN UYSAL  
Hemşire  
(124)



HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
2015-2016 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI GÜZ YARIYILI  
HEM 5000 TEZ ÇALIŞMASI-I KONU-İZİN BELİRLEME FORMU

ÖĞRENCİ ADI SOYADI	TEZ ÇALIŞMASI KONUSU	DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ	TEZ ÇALIŞMASI YAPILACAK KURUM	ÇALIŞMA SÜRESİ
ARUĞCU KARATAŞ	Genel Cerrahi Servisinde Yatan ve Batın Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Özlü Bakım Güçlerinin Değerlendirilmesi (Muğla İli Örneği)	Doç.Dr. Hüseyin SÜZEK	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	EKİM 2015-OCAK 2016
TEZ DANIŞMANI	Hemşirelerde Bel Ağrısı ve Etkileyen Faktörlerinin Belirlenmesi	Doç.Dr. Zöhre İRMAK	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	EKİM-KASIM 2015
TEZ DANIŞMANI	İntravital Hastalarda Primer Bakım Yordamlarının Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerinin Belirlenmesi	Doç.Dr. Zöhre İRMAK	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	EKİM 2015-ARALIK 2015
TEZ DANIŞMANI	Sağlık Çalışmalarında Kansere Tarama İhtiyaçları	Yrd. Doç. Dr. Güngör GÜLER	MARMARİS DEVLET HASTANESİ	EKİM 2015-ŞUBAT 2016



T.C  
MUĞLA VALİLİĞİ  
Sağlık Müdürlüğü

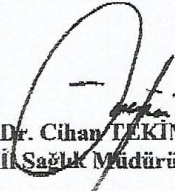
Sayı :15657705 346 - 8725  
Konu: İzin ve Onay İşleri

19/10/2015

VALİLİK MAKAMINA/MUĞLA

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Rezzan ÇAKMAK'IN 2015 - 2016 Eğitim yılı güz yarıyılı eğitim- öğretim programında yer alan HEM5000 Tez Çalışması I dersi kapsamındaki tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Özel Ahu Hetman Hastanesi ile Özel Marmaris Yücelen Hastanesinde yürütülebilmesi hususunu;

Olurlarımıza arz ederim.

  
Dr. Cihan TEKİN  
İl Sağlık Müdürü

OLUR  
19/10/2015

Mevlüt KURBAN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EK: 1 sayfa yazı  
24 sayfa Araştırma Çalışmaları Formları  
1 sayfa Etik Kurul Formu.




## EK 3. Etik Kurul İzni

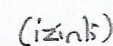
**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR  
VE YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU**

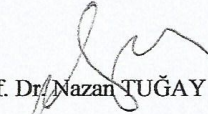
<b>Protokol No:122</b>	<b>SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU</b>	<b>Karar No: 119</b>
<b>Araştırmanın Yürütücüsü</b>	MSKÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Yrd.Doç.Dr.Güngör GÜLER	
<b>Araştırmanın Başlığı:</b>	Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları	
<b>Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih:</b>	06.07.2015	
<b>Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih:</b>	21.08.2015	
<b>Karar Tarihi:</b>	21.08.2015	

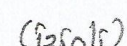
## SONUÇ

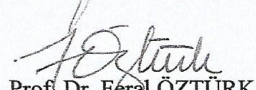
1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir.
3.	<input type="checkbox"/> Red.

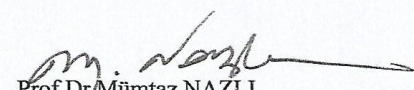
  
Prof. Dr. Yasemin BALCI  
(Başkan)

  
(İznilir)  
Prof. Dr. Nilgün TURHAN

  
Prof. Dr. Nazan TUĞAY

  
(İznilir)  
Prof. Dr. Erşan KARABABA

  
Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

  
Prof. Dr. Mümtaz NAZLI  
(Yedek Üye)

## EK TABLOLAR

**Ek Tablo1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme, Serviks ve Kolorektal Kansere Tarama Davranışları (n=200)**

<b>Tarama Davranışı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)</b>		
Yapan	151	75.5
Yapmayan	49	24.5
<b>Klinik meme muayenesi (KMM)</b>		
Yaptıran	61	30.5
Yaptırmayan	139	69.5
<b>Mamografi</b>		
Yaptıran	42	21.0
Yaptırmayan	158	79.0
<b>Meme ultrasonografisi</b>		
Yaptıran	68	34.0
Yaptırmayan	132	66.0
<b>Serviks (rahim ağzı) muayenesi</b>		
Yaptıran	86	43.0
Yaptırmayan	114	57.0
<b>Pap-smear testi</b>		
Yaptıran	97	48.5
Yaptırmayan	103	51.5
<b>HPV testi</b>		
Yaptıran	16	8.0
Yaptırmayan	184	92.0
<b>Gaitada gizli kan (GGK) testi</b>		
Yaptıran	10	5.0
Yaptırmayan	190	95.0
<b>Kolonoskopi</b>		
Yaptıran	7	3.5
Yaptırmayan	193	96.5

**Ek Tablo2: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme, Serviks ve Kolorektal Kanser Tarama Sıklıkları**

<b>Meme, Serviks ve Kolorektal Kanser Tarama Sıklığı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Meme kanseri tarama sıklığı</b>		
<b>KKMM</b>		
Ayda bir	80	53.0
2-3 ayda bir	15	9.9
Diğer	56	37.1
<b>KMM</b>		
2 yılda bir	12	19.7
Yılda bir	29	47.5
Memede problem olduğunda	18	29.5
3-4 yıl ve üzeri	2	3.3
<b>Mamografi</b>		
2 yılda bir	31	73.8
Bir kez	7	16.7
Diğer	4	9.5
<b>Meme ultrasonografisi</b>		
2 yılda bir	14	20.6
Yılda bir	39	57.4
Memede problem olduğunda	15	22.0
<b>Serviks kanseri tarama sıklığı</b>		
<b>Pap-smear testi</b>		
1-4 yıl	80	82.5
5 yılda bir	5	5.2
Diğer	12	12.3
<b>HPV testi</b>		
1-4 yıl	10	62.5
5 yılda bir	2	12.5
Diğer	4	25
<b>Kolorektal kanser tarama sıklığı</b>		
<b>Gaitada gizli kan (GGK) testi</b>		
Yılda bir	3	30.0
2 yılda bir	1	10.0
3 yıl ve üzeri	1	10.0
Problem olduğunda	5	50.0
<b>Kolonoskopi</b>		
1-10 yıl	3	42.9
10 yılda bir	0	0.0
Problem olduğunda	4	57.1

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı: Rezzan ÇAKMAK**

**Doğum Yeri: Diyarbakır**

**Doğum Yılı: 1981**

**Medeni Hali: Evli**

### EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

**Lise 1993-1999: Cebeci Atatürk Anadolu Sağlık Meslek Lisesi (Ankara)**

**Lisans 1999-2004: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (İzmir)**

**Yabancı Dil: İngilizce**

### MESLEKİ BİLGİLER

**2001-2006: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Hemşire**

**2006-2008: Kastamonu Rehabilitasyon Hastanesi- Hemşire**

**2008-2016: Marmaris Devlet Hastanesi- Hemşire**