

**T.C.**  
**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA KADINLARIN KANSER TARAMA**  
**YÖNTEMLERİNİ BİLME VE KULLANMA**  
**DURUMU**

**Bermal Büşra DEMİR**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Fatma KORUK**

**ŞANLIURFA**  
**2019**

**T.C.**  
**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA KADINLARIN KANSER TARAMA**  
**YÖNTEMLERİNİ BİLME VE KULLANMA**  
**DURUMU**

**Bermal Büşra DEMİR**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Fatma KORUK**

(Herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir)

**ŞANLIURFA**  
**2019**

T. C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bermal Büşra DEMİR'in hazırladığı "Şanlıurfa'da Kadınların Kanser Tarama Yöntemlerini Bilme Ve Kullanma Durumları" başlıklı çalışması 06/09/2019 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU  
Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

Doç. Dr. Fatma KORUK  
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi  
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

Doç. Dr. Duygu VEFİKULUYUÇAY  
YILMAZ  
Mersin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu  
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 06/09/2019 tarih ve 2019/17/01..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fuat DİLMEÇ  
Enstitü Müdürü



## TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, çalışmamın her aőamasında bana yol gösteren, yardımını ve desteğini esirgemeyen, sabırlı ve anlayıőlı yaklaşımı ile beni her zaman cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Doç.Dr. Fatma KORUK'a, araştırmanın istatistiksel analiz aőamasında hoőgörösüyle bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Harran Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. İbrahim KORUK'a, her sevinci ve zorluğu birlikte paylaőtığımız, çok sevdiğim arkadaşlarım Filiz SOLMAZ ve Medine KILIÇ'a, sonsuz sevgi, emek ve fedakarlıklarıyla her daim yanımda olan sevgili annem, babam ve kardeőlerime, koőulsuz desteği, sevgisi ve ilgisiyle her zaman yanımda olan en büyük őansım eőim Mahir DEMİR'e ve çalışmaya gönüllü katılan tüm kadın katılımcılara en içten duygularıyla teőekkür ederim.

**Bermal Büşra DEMİR**

**2019**

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>iv</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Kanserın Tanımı ve Önemi .....	3
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Kanser Yüğü.....	3
2.3. Kanserde Erken Yakalama; Erken Tanı ve Tarama .....	6
2.3.1.Ulusal Kanser Tarama Standartları .....	7
2.4. Meme Kanseri.....	8
2.4.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi .....	8
2.4.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	9
2.4.3. Meme Kanserinde Klinik Belirtiler .....	11
2.4.4. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri .....	11
2.5. Serviks Kanseri.....	13
2.5.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi.....	13
2.5.2. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	14
2.5.3. Serviks Kanserinde Klinik Belirtiler.....	15
2.5.4. Serviks Kanserinde Tarama ve Erken Tanı Yöntemi .....	15
2.6. Kolorektal Kanseri.....	16
2.6.1. Kolorektal Kanseri Epidemiyolojisi .....	16
2.6.2. Kolorektal Kanserin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	17
2.6.3. Kolorektal Kanserde Klinik Belirtiler.....	17
2.6.4. Kolorektal Kanserde Tarama ve Erken Tanı Yöntemi .....	18
2.7. Kanser Erken Tanı ve Taramada Hemşirenin Rol ve Yaklaşımları .....	19
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>21</b>

3.1. Araştırmanın Tipi .....	21
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih .....	21
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	21
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	21
3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar .....	22
3.6.1. Veri Toplama Aracı .....	22
3.6.2. Ön Uygulama .....	22
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	23
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	23
3.9. Araştırmada Yaşanan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlılıkları .....	24
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	25
4.2. Kadınların Kanser Tarama Yöntemlerini Yaptırmalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	33
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
<b>6. SONUÇ.....</b>	<b>48</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>50</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>52</b>
<b>9. EKLER .....</b>	<b>59</b>
Ek1. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı.....	59
Ek2. Veri Toplama Formu.....	60
Ek3. İntihal Raporu.....	64
Ek4. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi.....	65
Ek5. Tez Veri Giriş Formu.....	66

**TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo 2.1.</b> Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde En Sık Görülen Kanser Türleri .....	4
<b>Tablo 2.2.</b> Meme Kanserine İlişkin Risk Faktörleri .....	9
<b>Tablo 4.1.</b> Kadınları Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı.....	25
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların Aile Fertlerindeki Kanser Öyküsünün Dağılımı .....	27
<b>Tablo 4.3.</b> Kadınların KKMM ile İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı..	28
<b>Tablo 4.4.</b> Kadınların Mamografi İle İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.5.</b> Kadınların Pap-Smear İle İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.6.</b> Kadınların GGK Testi ile İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.7.</b> Kadınların Kolonoskopi İle İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin.....	32
<b>Tablo 4.8.</b> Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin KKMM Yapma ve Mamografi Çektirme Durumlarına Göre Dağılımı-1.....	34
<b>Tablo 4.9.</b> Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin KKMM Yapma ve Mamografi Çektirme Durumlarına Göre Dağılımı-2.....	37
<b>Tablo 4.10.</b> Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Pap-Smear Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı-1.....	38
<b>Tablo 4.11.</b> Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Pap-Smear Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı-2.....	40
<b>Tablo 4.12.</b> Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kolonoskopi Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı.....	41
<b>Tablo 4.13.</b> Kadınlarda Kanser Tarama Yöntemlerini Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli.....	43

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Şekil 2.1.</b> Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları.....	5
<b>Şekil 2.2.</b> Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları.....	5





## KISALTMALAR

- ACS** : American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)
- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- CIN** : Cervikal Intraepithelial Neoplasia (Servikal İntraepitelyal Neoplazi)
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- GGK** : Gaitada Gizli Kan
- HIV** : Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
- HPV** : Human Papilloma Virüsü
- IARC** : International Agency For Research On Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
- KKMM** : Kendi Kendine Meme Muayenesi
- KRK** : Kolorektal Kanser
- NAACCR** : North American Association of Central Cancer Registries (Kuzey Amerika Merkezi Kanser Kayıtları Birliği)
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu

## ÖZET

### ŞANLIURFA'DA KADINLARIN KANSER TARAMA YÖNTEMLERİNİ BİLME VE KULLANMA DURUMLARI

**Bermal Büşra DEMİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**

Çalışma, Şanlıurfa'da yaşayan kadınların kanser tarama yöntemlerini bilme ve kullanma durumlarını belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, Şanlıurfa il merkezinde yaşayan kadınlar oluşturmuştur. Örnek seçiminde DSÖ'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmıştır. Her kümede 10 kişi olmak üzere, toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır. Veriler, Tanımlayıcı Veri Toplama Formu aracılığı ile Şubat-Temmuz 2016 tarihleri arasında Şanlıurfa il merkezinde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan yazılı, katılımcılardan ise sözlü izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma, tek değişkenli analizlerden Ki-kare ve T-testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin kanser tarama yöntemi kullanma durumları üzerine birlikte etkisi çok değişkenli analizlerden Lojistik Regresyon Modeli Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $35.33 \pm 10.3$ 'tür. Kadınların %83.3'ü evli, %20.3'ü herhangi bir eğitim kademesine ve %27.0'si herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir. Kadınların %41.0'i kendi kendine meme muayenesi, %22.0'si mamografi, %20.0'si pap-smear, %3.7'si gaitada gizli kan ve %27.0'si kolonoskopi hakkında bilgi sahibidir. Yine kadınların %36.0'si kendi kendine meme muayenesi yapmakta, %11.3'ü mamografi yaptırmış, %22.8'i pap-smear testi ve %6.1'i kolonoskopi yaptırmıştır. Çalışmada kanser tarama testlerini yaptıрма durumunu etkileyen pek çok faktör belirlenmiştir. Ancak yapılan lojistik regresyon analizinde, kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmasını, ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahip olma 2.7 kat, gelir getiren bir işte çalışmama 7.9 kat, kanser hastası veya kanserden yakınını kaybetmemiş olma 3.1 kat ve aile sağlığı elemanından kendi kendine meme muayenesi hakkında danışmanlık almama 62.0 kat; mamografi yaptırmamasını, kanser hastası veya kanserden yakınını kaybetmemiş olma 4.5 kat; pap-smear testi

yaptırmasını ise eşin ilkokul ve altında öğrenim düzeyine sahip olması 3.4 kat ve evde en çok konuşulan dilin Türkçe olmaması 2.3 kat olumsuz etkileyen faktör olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre kadınların kanser tarama yöntemlerini kullanma düzeylerinin düşük olduğu, bunun en büyük nedenin ise tarama yöntemlerine ait bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda kadınlara kanserde erken tanı, tarama ve önleme konularında eğitimlerin düzenlenmesi, bireyden topluma kanser ve tarama yöntemleri hakkında farkındalık yaratılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kanser tarama yöntemi, kendi kendine meme muayenesi, mamografi, pap-smear, kolonoskopi, gaitada gizli kan, erken tanı davranışları, hemşirelik.



## **ABSTRACT**

### **UNDERSTANDING AND USING CANCER SCREENING METHODS**

#### **FOR WOMEN IN SANLIURFA**

**Bermal Büşra DEMİR**

**Department of Nursing, Master Thesis**

This study is a cross-sectional study about understanding and using cancer screening methods for women in Sanliurfa. The study's population consists of women that live in central districts of Sanliurfa. For sampling, 30-cluster sampling method proposed by WHO is used. Each cluster includes 10 people which accounts for a total of 300 people. Data were collected by carrying out interviews through Descriptive Data Collection Form in Sanliurfa's central districts in February-July 2016. For the study, a written approval was received from Ethics Committee in Harran University. Moreover, a verbal consent was also given by participants. In data analysis; for descriptive statistics, percentage, mean, and standard deviation were used. On the other hand, for univariate analysis, chi-square and t-test were employed. The joint impact of independent variables on using cancer screening methods was examined via one of the multivariable analysis methods, which is logistic regression model Backward Stepwise (Conditional) technique. The findings of the study demonstrate that women's average age is  $35.33 \pm 10.3$ , 83.3% are married, 20.3% do not have any education level and 27.0% do not have any social security. In the study, it is also revealed that 36% of women had breast self-examination, 11.3% had a mammography, 22.8% had a pap-smear test, and 6.1% had a colonoscopy. In the study, many factors affecting the status of cancer screening tests were determined. However, in the logistic regression analysis, women have to do Self Breast Examination, have education level of primary school and below 2.7 times, not working in a job that brings income 7.9 times, not having lost cancer patient or cancer 3.1 times and not getting counseling from family health personnel about breast self-examination 62.0 fold; not having lost mammography, cancer patients or their relatives 4.5 times; Pap-smear test was found to be negatively affected by the fact that the spouse had an education level of primary school and below 3.4 times and that the most spoken language at home was not Turkish. According to the findings of

the present study, it can be said that women's frequency of using cancer screening methods is quite low. It is determined that the biggest reason for this is the lack of information about screening methods. Therefore, it is recommended that trainings about early diagnosis, screening and prevention of cancer be provided for women; and that an awareness regarding cancer and its screening methods be created for individuals and societies.

**Key words:** Cancer screening method, breast self-examination, mammography, pap-smear, fecal occult blood test, colonoscopy, early diagnosis behaviors, nursing



## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, canlıyı oluşturan hücrelerden herhangi bir türünün yapı ve fonksiyon bakımından normalden farklılık göstererek, kontrolsüz bir biçimde çoğalmasdır. Kanser günümüzde, sıklığı özellikle gelişmekte olan ülkelerde artan, tüm tıbbi gelişmelere karşın hastalık yükü, ölümcül olması ve insidans artışı eğilimi ile hem dünya hem ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Dünyada ölüm sebepleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (2). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) verilerine göre 2018 yılında dünyada 0.5 milyon yeni kanser vakası ve 9.6 milyon kanser nedenli ölüm bildirilmiştir (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında kanser kaynaklı ölüm 79 bin iken 2018'de 81 bine çıkmıştır (4,5).

Toplumun risk altında olan bölümü hedef alınarak, belirti ve şikayetler ortaya çıkmadan klinik test ve muayenelerle yürütülen her türlü sağlık hizmeti, kanser taraması olarak değerlendirilir (2). Kanserın önlenebilir hastalıklar arasında olması kanser taramalarını önemli ve gerekli kılmaktadır. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser insidansı giderek artmakta ve tarama programlarının önemini arttırmaktadır. Tedavinin etkili ve çok daha kolay yapılabildiği erken evrelerde tanı konulması amaçlanmalıdır. Erken evrede tanılandığı toplumlarda, kanser mortalitesi düşüktür (2).

Kanserde erken tanı olanakları, bazı kanser türlerinde mümkündür (1). Bunlar; meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserlerdir. Bu kanserlerde prognozu belirleyen en önemli etken erken dönemde tanı konulmasıdır (6). Meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser hastalarının erken evrelerde yakalanmasına yönelik toplum tabanlı tarama programları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilmektedir (6). Bu öneriler ışığında ülkemizde de meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser taramalarına ilişkin ulusal standartlar oluşturulmuştur (7). Mamografi ve diğer tarama yöntemleri ile meme kanserlerinin %63,7'sine erken evrede tanı konabilmektedir (8).

Bu nedenle kanser politikalarının daha çok önleyici olması, erken tanı ve tarama programlarına ağırlık verilmesi gerekmektedir. Bu konuda profesyonel sağlık ekibi üyesi olan hekimler ve hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Özellikle, koruyucu hizmet veren birinci basamak sağlık profesyonellerinin tutumu çok önemlidir. Hemşirelerin, hizmet verdiği toplumu tanınması, eğitici rolleri ile bireye, aileye ve topluma doğru sağlık davranışı kazandırmak için güncel bilgiler ışığında eğitimler vermesi, pek çok konuda olduğu gibi kanser açısından da riskli grupları belirleyerek bunlara yönelik uygun müdahaleler planlaması toplum sağlığını koruyucu müdahaleler açısından son derece önemli olacaktır (9). Kadın sağlığı, toplumun en küçük birimi olan aileyi ve bununla birlikte tüm toplumu etkilemektedir. Refah düzeyi yüksek olan ülkelere incelendiğinde, o ülkede yaşayan kadınlarında fiziksel ve psikolojik sağlık düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (10).

Kadın sağlığına olumsuz etkileri nedeni ile meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser çok yönlü olarak ele alınmalıdır. Çünkü bu kanser türlerinde tedavi işlemleri sırasında diğer organ kanserlerinde yaşanan sağlık sorunlarının yanı sıra, cinsel kimlik, beden imajı ve üreme yeteneği ile ilgili kadın ve ailesinin yaşam kalitesine olumsuz etkileri olan önemli fiziksel-psikolojik sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Eğitim ve sosyo-ekonomik durumu düşük olan kadınlarda bu sağlık sorunları daha fazla görülmektedir (11) Kanserde erken tanı ile söz konusu sağlık sorunlarının en az düzeye çekilmesi amaçlanmaktadır ve kadınların, kanser tarama yöntemi bilme ve kullanma durumlarının ölçülmesi son derece önemlidir. Bu nedenle çalışma Şanlıurfa merkez ilçelerde yaşayan kadınların kanser tarama yöntemlerini bilme ve kullanma durumlarını belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi**

Kanser hücrelerin genetik bilgisindeki değişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkan kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize bir hastalık grubudur. Sağlıklı bireyde hücre bölünmesi, farklılaşması ve ölümü oldukça iyi düzenlenmektedir. Bütün kanser türleri büyüme ve kopyalama süreçleri bozulan tek bir hücreden başlar. Kanserin %5-10'luk kısmı genlerin kalıtımına bağlı olarak ortaya çıkar. Geriye kalan %90-95'lik kısmı ise zamanla hücrelerin genetik materyalindeki değişiklikler ve hasarların birikimiyle ilişkilidir. Meydana gelen bu hasarlar hem hücresel hem de çevresel nedenler barındırmaktadır. Tüm kanser türleri farklı özelliklere sahiptir, değişmeyen tek özellik ise hücre çoğalması ve ölümün kontrol edilememesidir (12).

Kanser, önemi gün geçtikçe artan bir sağlık ve yaşam sorunu durumundadır. Ölüm nedeni olarak, kalp ve damar hastalıklarının hemen ardından gelmektedir. Bununla birlikte hastalığın seyri ve tedavinin zorlu aşamaları, kanserli bireyin ve ailesinin yaşam şeklini ve kalitesini etkilemektedir. Tıbbi-fiziksel bir hastalık olmakla beraber ruhsal-psikososyal bir vakadır (13). Ülkemizde kadınlarda en çok görülen kanser türleri meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanseridir. Yine meme ve kolorektum kanseri en çok ölüme neden olan kanser türleridir (3). Tüm kanser vakalarının %30-50 arasında önlenabilir olması, insidans ve mortalite verileri, kanserde erken tanı ve tarama testlerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (14).

### **2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Kanser Yükü**

Kanser, hastalık yükü, öldürücülüğü ve insidans artış eğilimiyle çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Toplumlarda önemli bir sosyoekonomik yüke, bireylerde de maddi ve manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. Dünyada 2018 yılında 18.1 milyon kanser hastası bulunmaktadır. Yine 2018 yılı içerisinde 0.5 milyon yeni vaka ve 9.5 milyon kansere bağlı ölüm görülmüştür (3).

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. Son yıllardaki veriler incelendiğinde kanseri toplum sağlığı problemi olarak görmek hiçte yanlış olmayacaktır (15). Dünya genelinde, farklı kanser türleri farklı grupları etkilemektedir. Görülme sıklığı açısından en yaygın olan kanser türleri akciğer, meme ve kolorektal kanseridir. Dünyada erkeklerde en sık görülen

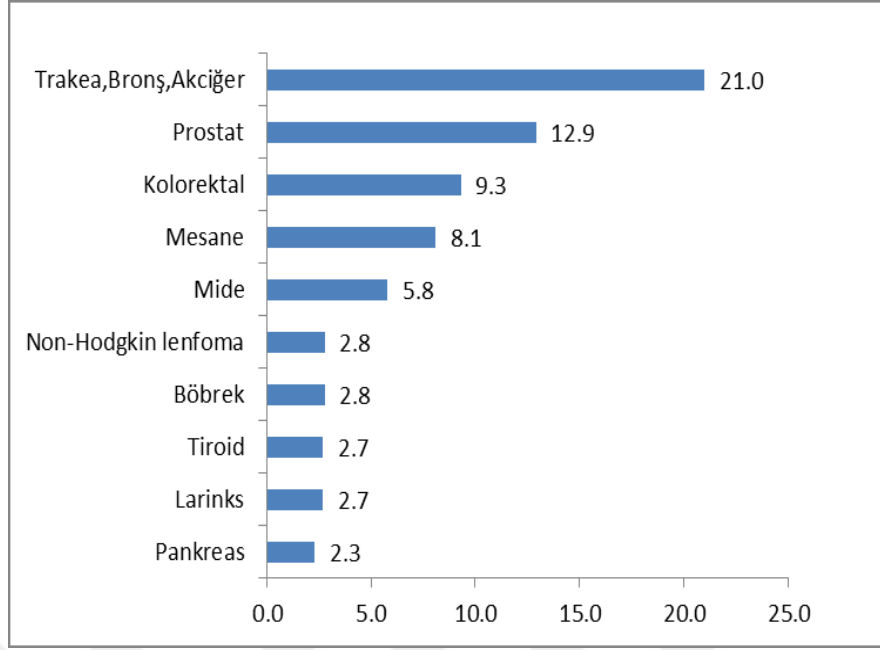


kanser türleri sırasıyla akciğer, prostat ve kolorektal kanseridir. Kadınlarda en sık görülen kanser türleri ise meme, kolorektal ve akciğer kanseridir (3) (Tablo1). Kanserde farkındalığı artmış, kanser risk faktörlerini bilen, bilinçli sağlık kontrollerini yaptıran, sağlıklı yaşam tarzını ve sağlığı geliştirici davranışları benimsemiş gelişmiş ülke toplumları ile gelişmekte olan ülke toplumları karşılaştırıldığında farklı tablolar elde edildiği görülmektedir (9).

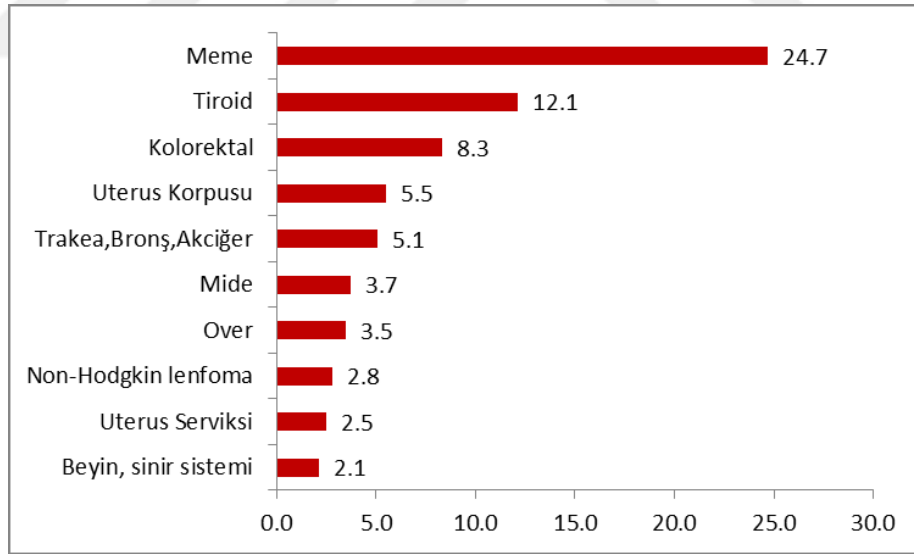
**Tablo 2.1.** Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde En Sık Görülen Kanser Türleri (3)

	KADIN		ERKEK	
	Kanser	Yeni Olgular (binde)	Kanser	Yeni Olgular (binde)
<b>Dünya'da</b>	Akciğer	1367	Meme	2088
	Prostat	1276	Kolorektum	823
	Kolorektum	1026	Akciğer	725
	Mide	683	Serviks	569
<b>Gelişmiş Ülkeler</b>	Prostat	684	Meme	784
	Akciğer	445	Kolorektum	313
	Kolorektum	365	Akciğer	276
	Mesane	224	Korpus uteri	186
<b>Gelişmekte Olan Ülkeler</b>	Akciğer	922	Meme	1304
	Kolorektum	660	Kolorektum	509
	Prostat	592	Serviks	493
	Mide	583	Akciğer	448

Türkiye'de ise, erkeklerde en sık görülen ilk dört kanser türleri sırasıyla trakea-bronş-akciğer (%21), prostat (%12.9), kolorektal (%9.3), mesane (%8.1) kanseridir. (Şekil 1) Kadınlarda en sık görülen ilk dört kanser türü ise, sırasıyla meme (%24.7), traid (%12.1), kolorektal (%8.3) ve uterus korpusu (%5.5) kanseridir (15) (Şekil 2).



**Şekil 2.1.** Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (15)



**Şekil 2.2.** Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (15)

2000’li yılların başında dünyada yılda 6 milyon insan kansere yakalanırken bu sayı günümüzde 18 milyona çıkmıştır. Bu sayının 2040 yılında 29.5 milyona çıkması beklenmektedir. Bu artışın ülkemizin de içine bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacak olması, kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale gelmektedir (3).

### **2.3. Kanserde Erken Yakalama; Erken Tanı ve Tarama**

Erken yakalama; koruyucu sağlık hizmeti profesyonellerinin hassasiyetle yaklaşması gereken bir çalışma alanıdır. Çünkü kanser gibi sağlık sorunlarının erken dönemde yakalanması, çok daha kolay biçimde, daha az harcamayla ve hasta daha az rahatsız edilerek ortadan kaldırılabileceği için önemlidir. Erken yakalama “belirli bir hastalığı, hastalık sürecinin başlangıcından, hastalığın belirti ve bulguları henüz ortaya çıkmadan önce saptamak amacıyla sağlıklı toplumun bütününe ya da risk altında olduğu kabul edilen bölümünü hedef alarak yürütülen her türlü sağlık hizmeti faaliyeti” olarak tanımlanmaktadır (9). Erken yakalama tanımı, erken tanı ve tarama olmak üzere iki kavramı içermektedir (9).

1. **Erken tanı:** Toplum ve tüm sağlık çalışanlarını bilgilendirerek henüz hastalık belirti ve bulguları ortaya çıkmadan kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarını sağlamaktır.

2. **Tarama:** Görünüşte sağlıklı fakat risk altında olan bireyler hedef alınarak, belirti ve şikayetler ortaya çıkmadan uygun klinik test ve muayeneler ile hastalık veya bozuklukların erken dönemde saptanmasıdır. Taramalar uygulama şekillerine göre “toplum tabanlı tarama”, “fırsatçı tarama” ve “tarama hizmeti” olarak uygulanmaktadır.

Tüm dünyada özellikle gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde kanser sıklığı giderek artmaktadır. Bu artış önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Kanserın erken dönemde yakalandığı toplumlarda mortalite oranları düşüktür. Buda erken tanı ve tarama programlarının önemini ortaya koymaktadır (16).

Kanserde erken tanı ve tarama stratejileri kanserin tipine göre değişiklik göstermektedir. Bunun nedeni her kanser türünün etyolojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavisinin farklı olmasıdır. Meme, kolorektal ve serviks kanseri için DSÖ toplum tabanlı tarama programı önermektedir. Vakaların erken evrede yakalanmasına yönelik, bütüncül bir kontrol programının olması gerektiğini belirtmektedir (17).

Erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması, bireylerin erken tanının önemini bilmesinden geçmektedir. Bu nedenle, toplumun eğitilmesi ve kanser farkındalığının oluşturulması ilk basamaktır (9).

### **2.3.1.Ulusal Kanser Tarama Standartları**

#### **Meme Kanseri (18)**

- 40-69 yaş arası tüm kadınlar, her iki yılda bir, her iki meme için, birisi medyolateral oblik, öteki kranyokaudal olmak üzere ikişer poz mamografi filmi ile taranmalıdır.
- Mamografi filmi iki radyoloji uzmanı tarafından, birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmelidir.
- Asıl tarama yöntemi mamografidir. Mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla tarama katılan kadınlara ‘klinik meme muayenesi’ yapılmalıdır.
- Toplumda farkındalık yaratmak amacıyla, 20 yaşından sonra, her kadına ‘kendi kendine meme muayenesi’ yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmelidir

#### **Serviks Kanseri (19)**

- 30-65 yaş arası tüm kadınlar, beş yılda bir, Human papilloma virüs (HPV) testi veya Pap-smear testi ile taranmalıdır.
- HPV DNA’nın serviks kanseri ile ilişkisi kanıtlanmıştır. Serviks kanseri olan kadınların %99.9’un da HPV DNA varlığı gösterilmiştir.
- Son iki HPV ve Pap-smear testi negatif gelen 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.
- Bening jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olguların takibi gereksizdir.

- CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılmış olgularda; üç dökümanente edilebilen, teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmektedir.

### **Kolorektal Kanseri (20)**

- 50-70 yaş arası tüm erkekler ve kadınlar, iki yılda bir Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ve on yılda bir kolonoskopi ile taranmalıdır.
- Birinci derecede yakınlarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip, ülseratif kolit, crohn hastalığı ya da kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan kişilerde taramaya 40 yaşında başlanmaktadır.
- Son iki GGK testi negatif olan 70 yaşındaki bireylerde tarama kesilmektedir.

### **2.4. Meme Kanseri**

#### **2.4.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi**

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Meme kanseri 30 yaş altı kadınlarda daha seyrek, fakat yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır (3). Diğer kanser türlerinin aksine, gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere göre daha fazla görülmektedir. Mortalite oranları ise stabil yada azalma eğilimindedir (6). Meme kanserinde diğer kanserlere göre prognoz daha iyidir, fakat çok sık görüldüğü için kadınların kanserden kaynaklı en sık ölüm nedenidir (9).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'na göre tüm dünyada meme kanseri tahmini vaka sayısı 6 milyon 875 bindir. 2018 yılı içerisinde 2 milyon kadın daha meme kanseri teşhisi almıştır. Meme kanseri insidans hızı yüz binde 46.3, mortalite hızı yüz binde 13'dür (3). Kuzey Amerika Merkezi Kanser Kayıtları Birliği (NAACCR)'ne göre Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2011-2015 yılları arasında insidans oranı yüz binde 124.7'dir. 2012-2016 yılları arasında mortalite oranı yüz binde 20.6'dır (21). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı verilerine göre ülkemizde meme kanseri yaşa standartize insidans hızı yüz binde 45.6, mortalite hızı yüz binde 10.5'dir (3).

Türkiye Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2015 verilerine göre meme kanseri %24.7 ile en sık görülen on kanser türünün ilk sırasında yer almaktadır (15). TÜİK 2018 verilerine göre meme kanseri kaynaklı mortalite sayısı 4 bindir (5).

#### 2.4.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanseri etiolojisinde genetik etmenler önemli rol oynamaktadır. Çeşitli risk faktörlerinin ise etkisi kanıtlanmıştır. Genlerdeki çeşitli mutasyonlar meme kanseri için çok ciddi risk ile sonuçlanmaktadır. Bunlar: BRCA1, BRCA2, p53 ve erkeklerde görülen meme kanserinde rolü olan androjen reseptör genidir. Bununla birlikte, bu mutasyonlara çok az rastlanır ve toplam meme kanseri yükünün küçük bir parçasını oluşturmaktadır. Demografik özellikler, reproduktif öykü ve çevresel faktörler meme kanseri etiolojisinde rol oynayan diğer etmenlerdir (22).

Erken tanının önemli ölçütlerinden biri meme kanseri riski yüksek olan bireylerin belirlenmesidir. Bu risk faktörleri ve dereceleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2.2.** Meme Kanseri İlişkin Risk Faktörleri

Risk faktörleri	Derecesi	Açıklama
• Cinsiyet (kadın olmak)	Artırır	Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür. Tüm meme kanserlerini %99’u kadınlarda görülmektedir (23).
• İleri yaş (50 yaş ve üzeri)	Artırır	Yaşın ilerlemesi riski artırır. 30 yaşta insidans yüz binde 2.1 iken, 50 yaşta bu oran 19.7’ye çıkmaktadır (23).
• Menstrüal öykü Erken menarş < 12 yaş Geç menapoz > 55 yaş	Artırır	Östrojen hormonuna maruz kalınan süredeki artış, kansere yakalanma riski ile ilişkilidir (24,25).

**Tablo 2.2.** Meme Kanserine İlişkin Risk Faktörleri (Devamı)

Risk faktörleri	Derecesi	Açıklama
<ul style="list-style-type: none"><li>Menstüral Öykü</li></ul> Üreme sistemine ilişkin öykü İlk doğumun 30 yaşından sonra yapılması veya hiç doğum yapılmaması	Artırır	Tam dönem gebelik ile ilişkili olan meme epitelinin terminal diferansiasyonu koruyucudur (25,26).
<ul style="list-style-type: none"><li>Laktasyon, Emzirme</li></ul>	Azaltır	Yapılan çalışmalarda emzirmenin koruyucu etkisi olduğu görülmüştür. Kanser riskini azaltmaktadır (22).
<ul style="list-style-type: none"><li>Ailesel /genetik risk faktörleri</li><li>Birinci derece akrabalarından birinde kanser öyküsünün olması (anne veya kız kardeş)</li><li>Birinci derece akrabalarından ikisinde kanser öyküsünün olması (anne ve kızkardeş)</li></ul>	Artırır	Ailede aynı tip kanserin görülmesi kalıtsal kanser, farklı tip kanser görülmesi ise kanser ailesi olarak tanımlanır. Bir tane birinci dereceden kanser hastası akraba riski 1.80 kat, iki tane olması riski 2.9 kat arttırmaktadır (24).
<ul style="list-style-type: none"><li>Radyasyona maruz kalma</li></ul>	Artırır	Memenin aktif geliştiği dönem olan 10-14 yaş arasında radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini arttırmaktadır. Hayatın ilk üç 10 yılında toraks bölgesine uygulanan terapötik radyoterapi işlemide kanser riskini arttırmaktadır (27).
<ul style="list-style-type: none"><li>Alkol kullanımı</li></ul>	Artırır	Günde iki bardaktan fazla alkol alınması kanser riskinde artışa neden olduğu düşünülmektedir. Toplum-bazlı çalışmalarda artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (22,27,28).

**Tablo 2.2.** Meme Kanserine İlişkin Risk Faktörleri (Devamı)

<b>Risk faktörleri</b>	<b>Derecesi</b>	<b>Açıklama</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Egzersiz</li></ul>	Tartışmalı	Tartışmalı olmakla birlikte egzersizin anovulatuvar siklusların sayısını artırarak riski azalttığı düşünülmektedir (23).

### **2.4.3. Meme Kanserinde Klinik Belirtiler**

Memedeki her değişiklik çoğu zaman kişinin kendisi tarafından fark edilmektedir. Kadının memesindeki değişikliklerin neyin belirtisi olabileceğini bilmesi bu durumu daha anlamlı kılmaktadır. Meme kanserinin klinik belirtileri şunlardır (29);

- Memede kitle
- Ağrı
- Meme başında çekilme
- Meme başında akıntı
- Portakal kabuğu görünümü
- Meme derisinde ülser, ödem, eritem

### **2.4.4. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri**

Erken tanıda amaç hastalık sürecinin başlangıcından, hastalığın belirti ve bulguları henüz ortaya çıkmadan saptamaktır. Meme kanserinin erken dönemde saptanması tedavi seçeneklerinin sayısını, tedavinin başarıya ulaşmasını ve sağ kalım oranını artırmaktadır.

Taramaların başarılı olabilmesi için toplum tabanlı olarak yapılması, katılımın %70'i geçmesi ve uygun aralıklarla sürdürülmesi gerekmektedir. Bu da kadınların konuyla ilgili eğitilmesiyle, danışmanlık hizmeti verilmesiyle ve tarama programlarına katılımın sağlanmasıyla mümkündür (9).

Erken tanı için önerilen ve birbirini tamamlayıcı üç yöntem vardır. Bunlar; KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografidir.



## **Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Meme kanserinin erken tanısında KKMM'nin önemi oldukça büyüktür. Meme kanseri vakalarının büyük çoğunluğunda anormal durum varlığının kadın tarafından fark edildiği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda KKMM'nin mortalite oranlarının düşürdüğüne dair kesin kanıtlar oluşmamıştır (30). Bununla birlikte özellikle kırsal kesimde yaşayan kadınlarda, memedeki bir kitlenin de ilk defa kendisi tarafından fark edilip, sağlık kuruluşuna başvurduğu göz önünde bulundurulduğunda, KKMM'nin düzenli ve doğru uygulanmasının yararlı olduğu düşünülmektedir (31).

KKMM'nin ekonomik olması, kolaylıkla herkes tarafından yapılabilir olması, non-invaziv olması ve güvenilir olması faydalarındandır. Başka ve en önemli faydası ise normal ve anormal meme yapısını ayırt etmede kolaylık sağlaması ve meme kanseri için bireyde farkındalık yaratmasıdır (30).

Herhangi bir risk faktörü olmayan kadınların 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak KKMM yapması gerekmektedir. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'nda '20 yaşından itibaren her kadına toplumda farkındalık yaratmak amacıyla KKMM yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmelidir' şeklinde yer verilmektedir (30).

Kendi kendine meme muayenesinin etkili olabilmesi sürekliliğin sağlanmasından geçmektedir. Muayene için en uygun aralık menstürasyonun bitiminden sonraki ilk 5-7 gündür. Menstürasyondan önceki günlerde hormonal etkilere bağlı olarak memeler gergin, dolgun ve konjesyone olacağı için yanıltıcı olabilir. Menstürasyon siklusu düzenli olmayan ve menopoz dönemindeki kadınlar ise KKMM'sini her ay aynı gün yapmaları uygundur. Emziren anneler ise muayenelerini memeleri boşken yapmaları uygundur (32).

## **Mamografi**

Mamografi, memenin yağ ve glandüler yapılarını inceleyen, düşük doz x ışınları ile görüntüleyen, meme kanserini değerlendirmede en etkili tanı yöntemidir. Mamografi tarama ve tanısal amaçlı kullanılmaktadır (33).

Tarama amaçlı mamografide henüz klinik bulgular ortaya çıkmadan, meme kanserini erken evrede yakalayıp, tedavi edilmesini sağlayarak bu hastalığa bağlı mortalite oranlarını düşürmektedir. DSÖ tarama amaçlı çekilen mamografinin mortaliteyi %20 oranında düşürdüğünü söylemektedir (22).

Ülkemizde ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre; 40-69 yaş arası tüm kadınların, 2 yıl ara ile çekilmesi gerektiği belirtilmektedir (18).

## **2.5. Serviks Kanseri**

Serviks, latince boyun anlamına gelen uterusun dar ve silindirik olan alt segmentidir. Vajinanın üst kısmında yer alarak uterus ve vajinayı birleştirmektedir. 2 kısımdan oluşur; dış kısım (ektoserviks) vajinaya yakındır, iç kısım (endoserviks) ise uterusu yakındır. İç ve dış kısmında, yüzeyde iki farklı epitel doku bulunur. İki epitelin birleşme noktasında kanser için önemli bir alan olan transformasyon zonu bulunmaktadır. Prekanseroz lezyonlar burada oluşmaktadır (34,35).

### **2.5.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi**

Serviks kanseri, tüm dünya genelinde kadınlarda görülme sıklığı açısından dördüncü sırada yer almaktadır. Serviks kanseri orta yaşta görülme sıklığı artmakta ve genellikle 35-44 yaş arası kadınlarda teşhis edilmektedir, 20 yaşın altında görülme sıklığı düşüktür. Hastaların %15'den fazlası 65 yaş ve üzerindedir (36).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 2018 verilerine göre, dünya üzerinde serviks kanseri kadın sayısı 1 milyon 474 bindir. 2018 yılında 569 bin kadın daha serviks kanseri tanısı almıştır. Standardize edilmiş insidans oranı yüz binde 13.1, mortalite oranı ise 6.9'dur (3). NAACCR 2011-2015 verilerine göre ABD'de servik kanseri insidans oranı yüz binde 26.2, mortalite oranı ise 4.7'dir (21). 2018 yaş standardize insidans oranlarının en yüksek olduğu bölgeler Afrika (yüz binde 27.6), Latin Amerika/Karayipler (14.6) ve Asya'dır (11.9). Kuzey Amerika da ise sıralamada ilk onda değildir. Serviks kanseri gelişmiş ülkelerde jinekolojik kanserlerin %3.6'sını, gelişmemiş ülkelerde ise %15'ini oluşturmaktadır (3).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı verilerine göre ülkemizde 17 bin kadının serviks kanseri olduğu tahmin edilmektedir. Standardize edilmiş insidans oranı ise yüz binde 11.2 ile dördüncü sırada yer almaktadır (3)Türkiye Kanser İstatistikleri 2015

verileri incelendiğinde, yukarıda verilen değer ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Tüm yaş gruplarında en sık görülen kanser türleri arasında %2.5 ile dokuzuncu sıradadır (15). TÜİK 2018 verilerine göre 525 bin kadının ölümü serviks kanseri nedenlidir (5).

Erken dönemde saptanmış serviks kanserli kadınların, tanı konulduktan sonraki 5 yıllık sağ kalım süresi ortalama %92'dir (37).

### **2.5.2. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Serviks kanseri birdenbire değil bazı kanser öncesi değişiklikleri takiben ortaya çıkmaktadır. Serviks kanserinde öncü lezyonların invaziv kansere ilerlemesi ortalama 10-20 yılı bulmaktadır. Bu prekanseröz lezyonlar servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) olarak adlandırılmaktadır. Lezyonlar serviks epitelini tutma derinliğine göre sınıflandırılmaktadır. Epitel yüzeyin %25'i tutulmuş ise CIN1( hafif displazi), %50'si tutulmuş ise CIN2 (orta derecede displazi) ve %75'i ve daha fazlası tutulmuş ise CIN3 (ağır displazi) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Lezyon epitelin tamamını tutuyorsa karsinoma insitu olarak adlandırılmakta ve serviks ilerlemiş kanseri oluşmaktadır. Ancak CIN'lerde invazyon potansiyeli her zaman vardır (38).

Cinsel yönden aktif olan tüm kadınlar serviks kanseri yönünden risk altındadır. Bazı bireysel faktörler ise bu riskin artmasına neden olmaktadır. Bireysel faktörlerden kaçınabilecek (sigara, birden fazla cinsel partner vb.) ve değiştirilemeyecek (yaş, ailede kanser öyküsü) olanların bilinmesi önemlidir. Kadınlarda farkındalığın artmasını sağlayarak kanserden korunma ve erken tanı/televi ile hayatta kalma şansını arttırmaktadır (39).

Servikal kanser riskini artıran faktörler şunlardır (37);

- Human papillomavirüs (HPV)
- İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV)/Edinsel bağışıklık yetmezlik sendromu öyküsü
- Erken yaşta cinsel ilişki ve birden fazla cinsel partnerin varlığı
- Doğum öyküsü
- Oral kontraseptiflerin uzun süreli kullanımı
- Sigara

- Düşük sosyo-ekonomik durum
- Ailede serviks kanseri öyküsü

### **2.5.3. Serviks Kanserinde Klinik Belirtiler**

Serviks kanseri oldukça yavaş gelişen bir kanser türüdür. Bu nedenle kanser öncesi lezyonlarda belirti görülmez. Semptomlar genellikle kanser ilerleyip invaziv hale gelince ya da metastaz gelişince ortaya çıkmaktadır (40).

Serviks kanserinde en tipik bulgu anormal ağrısız vajinal kanama ve seropürülan akıntıdır. Orta ilerlemiş veya ilerlemiş invaziv servikal kanserde semptomlar, postkoidal kanama ve postmenapozal kanama, menstürasyonun uzun ve kanama miktarının fazla olması, disparoni, iştah azlığı, kilo kaybı, sırt ağrısı, bacak ağrısı, pelvik ağrı, tek taraflı şiş bacak ve halsizliktir. Ayrıca tekrarlayan sistit, alt ekstremitede ödem, bel ağrısı, alt abdominal ağrı, vajinadan idrar veya gaita gelmesi ve metastaz durumunda kemik kırıkları görülmektedir (40).

### **2.5.4. Serviks Kanserinde Tarama ve Erken Tanı Yöntemi**

Geçtiğimiz son on yılda kanserin tedavisi ile ilgili önemli gelişmeler kaydedilmiş olmasına karşın, erken tanı hala önemini korumaktadır. Bir toplumda kanser kaynaklı ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken evrede yakalanması gerekmektedir. Serviks kanseri de erken evrede yakalanmadığı durumlarda mortalite riski yüksektir (38,41).

Pap-smear, serviks kanserinde erken tanı ve tarama amaçlı kullanılan testtir. Kesin tanı biyopsinin patolojik incelemesi sonucunda konmaktadır. Pap-smear testi ile preinvaziv ve kanseröz dönemdeki hücreler endoservikal kanalda saptanmakta ve bu aşamadaki kanser tedavisi ile, hücreler kansere dönüşmeden kanser gelişimi önlenmektedir. Pap smear testinin kolay uygulanabilir olması, maliyetinin düşük olması, duyarlılığının yüksek olması, herhangi bir yan etki veya zararının olmaması diğer avantajlarındandır (38,41).

Pap-smear testi için en uygun zaman menstürasyon bitiminden sonraki 3-10 gün arasındır. Test için sağlık kuruluşuna başvurmadan üç gün öncesinde cinsel ilişkiye girilmemiş olması, vajinal duş veya herhangi bir vajinal uygulama (ilaç, vajinal krem

vb.) yapılmamış olması gerekmektedir. Aşırı derecede pürülan akıntısı veya azda olsa vajinal kanaması olan kişilere testin uygulanmaması gerekmektedir (41).

Ülkemizde serviks kanseri ulusal tarama standartları 2012 yılında güncellenmiş ve pap-smear testi ile birlikte HPV-DNA testininde taramaya katılmasına karar verilmiştir (6). Tarama, 30-65 yaş arası kadınların, 5 yıl ara ile, pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptırmaları gerektiğini belirtmektedir. Son iki pap-smear ve HPV-DNA testi negatif olan, 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmektedir (19).

## **2.6. Kolorektal Kanseri**

Kolorektal kanseri (KRK), gastrointestinal sistemin en çok karşılaşılan tümörleridir. KRK, kolon ve rektumun iç yüzeyini kapsayan epitel hücrelerinin kontrolsüz ve anormal büyümesiyle (polipler) apoptozis kaybı sonucu oluşmaktadır (42,43). Bazı polipler kansere dönüşmezken bazıları yıllar içerisinde kansere dönüşebilmektedir. Adenomatöz polipler (adenomlar) kansere dönüşen türlerdir. Bu neden adenomlara 'kansere öncesi durum' da denilmektedir (44).

### **2.6.1. Kolorektal Kanseri Epidemiyolojisi**

Kolorektal kanser dünyada yaygın olarak görülen kanser türüdür ve yine ölüme neden olmuş kanser türleri sıralamasında üst sıradadır. Tüm dünyada erkeklerde en sık görülen üçüncü, kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türüdür (3).

IARC 2018 verilerine göre dünya üzerinde kolorektal kanseri kadın sayısı 2 milyon 194 bindir. 2018 yılında 823 bin yeni olgu görülürken, 396 bin ölümün gerçekleştiği tahmin edilmektedir (3). Kadınlarda yaş standardize edilmiş insidans oranı yüz binde 16.3, mortalite oranı ise 7.2'dir (3). Kolorektal kanser, dünyanın farklı bölgelerinde farklı görülme sıklığı göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülke bölgelerinde insidans oranları daha fazladır. 2018'de kadınlarda yaş standardize edilmiş insidans oranları Avrupa'da yüz binde 24.2, Kuzey Amerika'da yüz binde 23.2, Afrika'da yüz binde 7.7'dir (3). NAACCR 2011-2015 verilerine göre ABD, her iki cinsiyet için, KRK insidans oranı yüz binde 39.3, mortalite oranı ise yüz binde 14.2'dir (21).

Türkiye Kanser İstatistikleri 2015 verilerinde kadınlarda en sık görülen üçüncü kanser türüdür. Kadınlarda KRK'in yaş standardize insidans hızı 2011'de yüz binde 13.3

iken 2015’de yüz binde 14.4’e çıkmıştır (15). TÜİK verilerine göre 2018’de 3.147 bin kadının ölümü KRK nedenlidir (5).

### **2.6.2. Kolorektal Kanserin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Kolorektal kanser gelişiminde çevresel ve genetik faktörler rol oynamaktadır. Risk artışının en yüksek olduğu faktörler genetik temelli olmasına karşın, KRK’lerin çoğu ailesel değil sporadik kökenlidir. Bu nedenle KRK için risk faktörlerini, değiştirebilir risk faktörleri ve değiştirilmesi mümkün olmayan risk faktörleri şeklinde ele almak daha doğru olacaktır (42,45).

Değiştirilmesi mümkün olmayan risk faktörleri şunlardır (46);

- Ailesinde veya kişide KRK / adenomatoz polip öyküsü
- Kalıtsal sendrom varlığı
- Yaş
- İnflamatuvar barsak hastalığı varlığı

Değiştirilmesi mümkün olan risk faktörleri şöyledir;

- Sigara ve alkol kullanımı
- Beslenme alışkanlığı:
- Fiziksel hareketsizlik ve obezite

### **2.6.3. Kolorektal Kanserde Klinik Belirtiler**

Kolorektal kanserler yavaş büyüyen neoplazmalardır. Özellikle sağ kolon ve çekumdaki tümörlerin semptomatik hale gelmesi uzun sürmektedir. Bu bölgedeki kanserin ilk belirtisi gizli kanamaya bağlı demir eksikliği anemisidir. Beraberinde anemiye bağlı olarak halsizlik, baş dönmesi, sürekli yorgunluk hissi, çarpıntı görülmektedir. Dışkıda gizli kan pozitifdir. Çekum tümörlerinde lokalizasyon kaynaklı karında gaz, şişkinlik ve ileus bulguları ortaya çıkabilmektedir. KRK’in ileri evresinde ise kilo kaybı, halsizlik, iştahsızlık, sarılık ve üst kadranda ağrısı (karaciğer metastazı), öksürük ve dispne (akciğer metastazı) görülmektedir (43,46).

#### 2.6.4. Kolorektal Kanserde Tarama ve Erken Tanı Yöntemi

Diğer kanser türlerinde olduğu gibi kolorektal kanserde erken teşhis edildiğinde büyük ölçüde tedavi edilebilir kanser türüdür. Erken tanı, mortalite ve morbidite oranlarını düşürmekte, tedavi seçeneklerini ve şansını arttırmakta ve böylece sağ kalım süresinin uzamasında etkili olmaktadır. KRK erken evrede teşhis edilmesini yolu ise hastalığın asemptomatik evrede tarama programları ile yakalamaktır. Bunun için bireylerin kanser tarama programından haberdar olmaları, kanserde farkındalığın oluşturulması gerekmektedir (43).

Ülkemizde gaitada gizli kan ve kolonoskopi kolorektal kanserinde kullanılan tarama testleridir (20).

**Gaitada Gizli Kan Testi (GGK):** Gastrointestinal sistemin herhangi bir noktasında kanama olup olmadığını belirlemek amacıyla dışkıının incelenmesidir. Kolorektal kanser için kullanılan maliyeti düşük ve basit bir tarama yöntemidir. Test yüksek dereceli poliplerden çok tümöre karşı duyarlılığı fazladır. GGK test sonucunun negatif olması polip veya tümörün olmadığı anlamına gelmemektedir (44,45).

Fransa, Finlandiya, İngiltere gibi ülkeler GGK testinin kolay uygulanabilir ve maliyet etkin olması nedeniyle tarama programlarında yer vermektedir (47). Ülkemizde GGK testi kolorektal kanser tarama programı içinde yer almaktadır. Bireylerin 50-70 yaş arasında iki yılda bir GGK testini yaptırmaları önerilmektedir. 70 yaşından sonra son iki GGK testi negatif olan bireylerde taramaya son verilir (20).

**Kolonoskopi:** Kolonoskopi, kalın barsağın iç yüzünü örten tabakanın güvenli ve etkin bir şekilde görülerek incelenmesi işlemidir. KRK taramasında ve erken teşhisinde kullanılan en etkin yöntemdir. Kolonoskopi, sigmoidoskopi ile kaçırılabilir proksimal lezyonları yakalayabilmektedir. Kolonoskopi ile KRK görülme sıklığı %75 ile %90'a varan bir oranda azaltılabileceği gösterilmiştir. Maliyetin yüksek oluşu, bireye sedasyon uygulanması, barsak temizliği gerektirmesi dezavantajlarındandır (43,46,48).

Kolonoskopi ABD, Almanya, Polonya ve İtalya gibi ülkelerde birinci basamak tarama programları arasındadır (47). Ülkemizde kolonoskopi, kolorektal kanser tarama programı içinde yer almaktadır. Kolorektal ulusal kanser tarama programı standartları,

her bireyin 50-70 yaş arasında, 10 yılda bir defa kolonoskopi tarama programına katılmalarını önermektedir. Birinci derece akrabalarında adenomatöz polip veya kolorektal kanser öyküsü olanlar, ülseratif kolit, crohn hastalığı ya da kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olanlar taramaya 40 yaşında başlamaları önerilmektedir (20).

## **2.7. Kanser Erken Tanı ve Taramada Hemşirenin Rol ve Yaklaşımları**

Kanser, her geçen gün artan mortalite ve morbidite oranları ile çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Hastalığın kendisi ve tedavi yaklaşımı bireylerin yaşam kalitelerini bozmaktadır. Üstelik kanser tedavilerinin hem hastalar hem de sağlık sistemi için maliyeti yüksektir. Kanserde tarama ve erken tanı ile prekanseröz evre tanımlanarak uygun önlemler alınmakta, hastalığın tedavisi kolaylaşmakta ve hayatta kalım süresi artmaktadır. Bu nedenle bireyler kanser tarama programlarından haberdar olmalı, erken tanının önemini bilmelidir. İnsanlarda bu farkındalığı ve bilinci oluşturmak, hemşirenin kuramsal-bilimsel bilgi temeli ve modern hemşirelik rolleri ile yerine getireceği sorumluluklarından biridir (1,41).

Kanserin kontrolü, korunma (primer koruma) ve tarama- erken tanı (sekonder koruma) ile başlayan, kanser tanısı sonrasında ve terminal dönemde hasta bakımı (tersiyer koruma) ile sonlanan geniş bir alanı içerir. Toplum sağlığını geliştirmek ve kanser insidansını düşürmek amacıyla primer koruma olan kanserin önlenmesine yönelik davranışların ve sekonder koruma olan tarama-erken tanı davranışlarının bireylere kazandırılması önemlidir. Meme, serviks ve kolorektal kanserin nedenleri, belirti ve bulguları, risk faktörleri, tarama ve erken tanının önemi ile ilgili konularda hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rolleri ile vereceği eğitimlerin, bireylerde istenilen yönde davranış değişikliği ve kanser farkındalığı oluşturacaktır (1,41,48).

Primer korunmada klinik belirti ve bulgular yoktur. Hücre değişikliği gerçekleşmemiştir. Kanser oluşumunu engellemek adına bazı önlemlerin alındığı dönemdir. Bu önlem hastalığın altında yatan ve bilinen risk faktörlerini tanımlayarak, bireyin korunması çabasıdır. Hemşireler kadınları mevcut ve geçmiş sağlık öyküsüne göre değerlendirilmeli ve bu doğrultuda eğitimlerini planlamalıdır. Eğitimlerin içeriği özbakım kapsamında olan; sağlık kontrollerine duyarlı olma, dengeli ve düzenli



beslenme, besin hazırlığında karsinojen oluşumunu engelleme (ızgara, kömür vs.) fiziksel aktivitenin önemini kavrama, uygun beden ağırlığını sürdürme, tütün ve alkolün tüketiminin zararları ve sınırlarının bilinmesidir (1,41).

Sekonder korumada yine klinik belirti ve bulgular yoktur. Asemptomatik bireylere uygun tarama testlerinin, belirli sıklıkta uygulanması sonucu erken kanser olgularının belirlenmesi ve uygun tedavi yöntemleri ile mortalitenin düşürülmesi amaçlanmaktadır. Hemşire, kadınlarla görüşmesinde kişisel ve ailevi sağlık öyküleri, alışkanlıkları, iş ve yaşam koşulları, şikayetleri gibi verileri toplamalıdır. Bu veriler ışığında kadınlara tarama ve erken tanı için yol gösterici olmalıdır. Tarama ve erken tanının önemini vurgulamalı, bireysel risk faktörlerine ilişkin kadını bilgilendirmeli ve duyarlılık kazandırmalı, yüksek riski olanları gerekli merkezlere yönlendirmeli, kadınların uygun yardım kaynağına ulaşımını sağlamalıdır (1,41).

Hemşirelerin, yaşadığı toplumdaki kadınların davranış değişikliğini etkileyen faktörleri bilmesi, motivasyo ve sağlıkla ilgili pozitif davranış kazandırılması amacıyla planlanan ve uygulanan eğitime katkı sağlayacaktır. Hemşireler mesleki sorumlulukları ve rolleri gereği hizmet verdikleri toplumu sağlıklı yaşam davranışları yönünden etkilemekte ve eğitmektedir. Bu durum hemşirelerin bireyler ile sürekli iletişim halinde olması ve iletişim becerilerini etkin kullanması ile olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamalarda sağlık ekibi üyeleri içinde hemşireleri önermektedir (1,48).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tiptedir.

#### **3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih**

Araştırmanın verileri Şubat-Temmuz 2016 tarihleri arasında toplanmış olup, araştırma Ocak 2016 – Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Şanlıurfa il merkezinde yapılmıştır. Çalışma Haliliye, Eyyübiye ve Karaköprü ilçelerinde, toplamda 30 mahallede yürütülmüştür. Haliliye ilçesinde 189.892, Eyyübiye ilçesinde 186.591 ve Karaköprü ilçesinde 84.731 kadın yaşamaktadır (49). Şanlıurfa’da kadınların eğitim ve çalışma düzeyleri oldukça düşüktür (50). Haliliye ve Eyyübiye ilçelerinde konuşulan dil yoğunlukla Arapça ve Kürtçedir. İl merkezinde kanser tarama testlerinin yapıldığı iki ketem merkezi vardır. Ulusal kanser tarama programına göre hizmet vermektedirler. Bu merkezlerde 2018 yılı içerisinde 6183 kadın kanser tarama testlerini yaptırmıştır (51).

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa il merkezinde yaşayan ve 18 yaşından büyük olan 415.627 kadın oluşturmuştur. Örnek seçiminde DSÖ’nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmış ve her kümede 10 kadına, toplamda ise 300 kadına ulaşılmıştır (52). İl merkezindeki sokaklar listelenmiş, başlangıç noktası olarak bu listelerden basit rastgele yöntemle 30 sokak belirlenmiş, her sokakta, sokak başından sonraki üçüncü hane başlangıç noktası olarak belirlenerek 10 kişi tamamlanıncaya kadar sokağın sağ tarafından devam edilmiştir.

#### **3.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmayı yapabilmek için Harran Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (Ek1) yazılı izin ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü onam alınmıştır.

### **3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar**

#### **3.6.1. Veri Toplama Aracı**

Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Tanımlayıcı Veri Toplama Formu (Ek 2) aracılığı ile toplanmıştır.

Veri toplama formu;

- ✓ Sosyo-demografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, çalışıyor ise ne iş yapıyor, medeni durum, eşinin yaşı, eşinin öğrenim durumu, eşinin çalışma durumu, sosyal güvenceleri, evde konuşulan dil, kanser hastası ya da kanserden hayatını kaybeden yakının varlığı, yakınlık derecesi, kanseri türü) içeren 13 soru
- ✓ Kanser tarama yöntemlerini bilme ve kullanma durumlarını (KKMM’ni hakkında fikri, KKMM’ni yapmayı bilme durumu, kontrol amaçlı KKMM yapma durumu, KKMM yapıyor ise sıklığı, KKMM yapmıyor ise nedeni, son 6 ay içinde KKMM hakkında aile hekimi veya ebe/hemşiresinin bilgi vermesi, mamografi hakkında fikri, kontrol amaçlı mamografi çektilme durumu, mamografi çektilmiş ise sıklığı, mamografi çektilmemiş ise nedeni, son 6 ay içinde mamografi hakkında aile hekimi veya ebe/hemşiresinin bilgi vermesi, jinekolojik muayene yaptırma sıklığı, pap-smear hakkında fikri, kontrol amaçlı pap-smear yaptırma durumu, pap-smear yaptırılmış ise sıklığı, pap-smear yaptırılmamış ise nedeni, son 6 ay içinde pap-smear hakkında aile hekimi veya ebe/hemşiresinin bilgi vermesi, GGK testi hakkında fikri, kontrol amaçlı GGK testi yaptırma durumu, GGK testi yaptırılmış ise sıklığı, GGK testi yaptırılmamış ise nedeni, son 6 ay içinde GGK testi hakkında aile hekimi veya ebe/hemşiresinin bilgi vermesi, kolonoskopi hakkında fikri, kontrol amaçlı kolonoskopi yaptırma durumu, kolonoskopi yaptırılmış ise sıklığı, kolonoskopi yaptırılmamış ise nedeni, son 6 ay içine kolonoskopi hakkında aile hekimi veya ebe/hemşiresinin bilgi vermesi) içeren 27 soru olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.6.2. Ön Uygulama**

Veri toplama formunun eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi amacıyla, 12.02.2016–03.03.2016 tarihleri arasında Şanlıurfa’nın merkez ilçelerinden Eyyübiye’de 10 ve Haliliye’de 20

olmak üzere, toplamda 30 kadın ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda veri toplama formunun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği test edilmiştir. Veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmadığından ön uygulamada yer alan kadınlar araştırmanın örnekleme dahil edilmiştir.

### **3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

Araştırmanın uygulanma aşaması Şubat-Temmuz 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı Şanlıurfa ili Karaköprü, Haliliye ve Eyyübiye merkez ilçelerine, haftanın iki günü, mahalle ve sokak krokileri yardımıyla 12:00-17:00 saatleri arasında giderek 18 yaş üstü kadınlarla görüşülmüştür. Veriler, veri toplama formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışmanın amacı kadınlara anlatılarak sözlü onamları alınmıştır. Görüşmeler ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Günlük yaklaşık yedi kadın ile görüşülmüştür. Çalışmaya katılmayı reddeden kadınlar (28 kadın) ile görüşme sonlandırılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı değişken:** Araştırmanın bağımlı değişkeni kanser tarama yöntemlerini (mamografi, pap-smear, gaitada gizli kan testi ve kolonoskopi) yaptırma durumudur.

**Bağımsız değişken:** Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise sosyo-demografik özellikler ve kanser tarama yöntemlerini bilme ve kullanma durumlarına ilişkin özelliklerdir.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0 istatistik paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma; tek değişkenli analizlerden ki-kare ve t testi; çok değişkenli analizlerden lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bulgular %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

### **3.9. Araştırmada Yaşanan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlılıkları**

Veriler araştırmaya katılan kadınların beyanlarına göre toplanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü merkez ilçelerde Türkçe konuşamayan Arap, Kürt kökenli ve Suriye asıllı kadınlarda yaşamaktadır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Kadınları tanıtıcı bazı özelliklerin dağılımı Tablo 3.'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kadınların %20.3'ünün herhangi bir eğitim kademesini tamamlamadığı, %89.0'unun çalışmadığı ve %27.0'sinin sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Kadınların %83.3'ünün evli olduğu, eşlerinin %13.2'sinin herhangi bir eğitim kademesini tamamlamadığı ve %9.2'sinin işsiz olduğu belirlenmiştir. Kadınların %40.0'ı evlerinde çoğunlukla Kürtçe ve Arapça konuşmaktadır. Tabloda yer almamakla birlikte, araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $35.3 \pm 10.3$ 'dir.

**Tablo 4.1.** Kadınların Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Öğrenim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	12	4.0
Okur-yazar	49	16.3
İlköğretim	82	27.3
Ortaöğretim	66	22.0
Lise	66	22.0
Üniversite	25	8.3
<b>Mesleği</b>		
Ev hanımı	267	89.0
Memur	18	6.0
İşçi	8	2.7
Esnaf	7	2.3
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	250	83.3
Bekar	50	16.7
<b>Eşinin Öğrenim Düzeyi (n=250)</b>		
Okur-yazar değil	8	3.2
Okur-yazar	25	10.0
İlköğretim	27	10.8

**Tablo 4.1.** Kadınları Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Sayı	%
<b>Eşinin Öğrenim Düzeyi (n=250)</b>		
Ortaöğretim	44	17.6
Lise	104	41.6
Lisans ve üstü	42	16.8
<b>Eşinin Mesleği (n=250)</b>		
Memur	38	15.2
İşçi	100	40.0
Esnaf	76	30.4
Serbest meslek	13	5.2
İşsiz	23	9.2
<b>Evde En Çok Konuşulan Dil</b>		
Türkçe	180	60.0
Kürtçe	90	30.0
Arapça	30	10.0
<b>Sağlık Güvencesi</b>		
Var	219	73.0
Yok	81	27.0
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Kadınların aile fertlerindeki kanser öyküsü özelliklerinin dağılımı Tablo 4.'de verilmiştir. Tabloya göre; kadınların %27.3'ünün kanser olan veya kanserden hayatını kaybeden yakını vardır ve bunların %18.3'ü 1. dereceden yakınıdır. Tabloda yer almamakla birlikte yakınlarında en fazla görülen kanser türü akciğer (%25.6) ve kolon (%17.0) kanseridir.

**Tablo 3.2.** Kadınların Aile Fertlerindeki Kansere Öyküsünün Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Kanser Olan veya Kanserden Hayatını Kaybeden Yakının Varlığı</b>		
Var	82	27.3
Yok	218	72.7
<b>Yakınlık Derecesi</b>		
1. dereceden yakını	15	18.3
2. dereceden yakını	10	12.2
3. dereceden yakını	38	46.3
Evlilik sonucu edinilen yakını	19	23.2
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Kadınların KKMM ile ilgili erken tanı davranış özelliklerinin dağılımı Tablo 5.'de verilmiştir. Tabloya göre; kadınların %41.0'i KKMM yapmayı bilmekte, %57.3'ü KKMM'nin meme kanseri belirtilerini görmek ve erken tanıyı sağlamak için yapıldığını düşünmektedir. Kadınların %36.0'sı KKMM yapmaktadır, ancak bu kadınların sadece %38.9'u ayda bir kez düzenli olarak KKMM yapmaktadır. KKMM yapmayan kadınların ise yapmama nedeni çoğunlukla (%81.8) "nasıl ve niçin yapıldığını bilmeme"dir. Kadınların %17.7'si son 6 ay içerisinde aile sağlığı elemanından KKMM hakkında danışmanlık almıştır.



**Tablo 4.3.** Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>KKMM Yapmayı Bilme Durumu</b>		
Biliyor	123	41.0
Bilmiyor	177	59.0
<b>KKMM'nin Yapılma Amacına Yönelik Düşünceleri</b>		
Meme kanseri belirtilerini görmek ve erken tanı için	172	57.3
Bilmiyor	128	42.7
<b>KKMM Yapma Durumu</b>		
Yapıyor	108	36.0
Yapmıyor	192	64.0
<b>KKMM Yapma Sıklığı ve Düzeni (n=108)</b>		
Ayda bir düzenli	42	38.9
2-4 ayda bir düzenli	30	27.8
4-8 ayda bir düzenli	11	10.2
Sıklığı belli değil, düzensiz	25	23.1
<b>KKMM Yapmama Nedenleri (n=192)</b>		
Nasıl ve niçin yapıldığını bilmeme	157	81.8
Düzenli yapmadığı için yapmayı unutma	9	4.7
Önemsememe	26	13.3
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından KKMM'si Danışmanlığı Alma Durumu</b>		
Aldı	53	17.7
Almadı	247	82.3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Kadınların mamografi ile ilgili erken tanı davranış özelliklerinin dağılımı Tablo 6.'da verilmiştir. Tabloya göre; kadınların %22.0'si mamografinin çekilme amacını bilmekte ve %11.3'ü mamografi çektirmektedir. Kadınların %18.2'si 2 sene ara ile mamografi çektirmektedir. Mamografi çektirmeyen kadınların (n=86) ise çektirmeme nedeni çoğunlukla (%60.5) "testin ne amaçla, nerede ve ne zaman çekileceğini

bilmeme”dir. Kadınların tamamı (%100.0) son 6 ay içerisinde aile sağlığı elemanından mamografi ile ilgili herhangi bir danışmanlık almamıştır.

**Tablo 4.4.** Kadınların Mamografi İle İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Mamografinin Çekilme Amacını Bilme Durumu</b>		
Biliyor	66	22.0
Bilmiyor	234	78.0
<b>Mamografi Çektirme Durumu (n=97)</b>		
Çektirdi	11	11.3
Çektirmedi	86	88.7
<b>Mamografi Çektirme Sıklığı (n=11)</b>		
1 sene ara ile	5	45.5
2 sene ara ile	2	18.2
2 sene ve üstü	4	36.4
<b>Mamografi Çektirmeme Nedeni (n=86)</b>		
Testin ne amaçla, nerede ve ne zaman çekildiğini bilmeme	52	60.5
Şikayetin olmaması	34	39.5
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından Mamografi İle İlgili Danışmanlık Alma Durumu(n=97)</b>		
Aldı	0	0
Almadı	97	100
<b>Toplam</b>	<b>97</b>	<b>100.0</b>

Kadınların pap-smear testi ile ilgili erken tanı davranış özelliklerinin dağılımı Tablo 7.’de verilmiştir. Tabloya göre; kadınların %96.0’sı sadece sağlık problemi olduğunda jinekolojik muayene yaptırmaktadır. Kadınların %20.0’si pap-smear testinin yapılma amacını bilmekte ve %22.8’i testi yaptırmaktadır. Pap-smear testi yaptırma sıklığı sorgulandığında ise, kadınların %71.4’ünün beş yılda bir defa yaptırdığı görülmektedir. Kadınların pap-smear testini yaptırmama nedeni çoğunlukla (%79.6) teste dair bilgi eksikliği ve sağlık profesyonelinin yönlendirmemesidir. Kadınların

%97.3'i son 6 ay içinde aile sağlığı elemanı tarafından pap-smear testi ile ilgili danışmanlık almamıştır.

**Tablo 4.5.** Kadınların Pap-Smear İle İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Jinekolojik Muayene Yaptırma Sıklığı</b>		
Sadece jinekolojik problemim olduğunda	288	96.0
Yılda bir defa	4	1.3
2 yıl ve üstü	8	2.7
<b>Pap-Smear Testinin Yapılma Amacını Bilme Durumu</b>		
Biliyor	60	20.0
Bilmiyor	240	80.0
<b>Pap-Smear Testi Yaptırma Durumu (n=184)</b>		
Yaptırdı	42	22.8
Yaptırmadı	142	77.2
<b>Pap-Smear Testi Yaptırma Sıklığı (n=42)</b>		
5 yılda bir defa	30	71.4
5 yılda iki defa	11	26.2
5 yıl ve üstünde bir defa	1	2.4
<b>Pap-smear Testi Yaptırmama Nedeni (n=142)</b>		
Testin ne amaçla, nerede ve ne zaman yapıldığını bilmeme, sağlık profesyonelinin yönlendirmemesi	113	79.6
Gerek duymama, önemsememe	29	20.4
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından Pap-Smear Testi İle İlgili Danışmanlık Alma Durumu</b>		
Aldı	5	2.7
Almadı	179	97.3
<b>Toplam</b>	<b>184</b>	<b>100.0</b>

Kadınların GGK Testi ile ilgili erken tanı davranış özelliklerinin dağılımı Tablo 8.'de verilmiştir. Tabloya göre; kadınların %96.3'ü GGK testinin ne amaçla yapıldığını bilmemektedir. Kadınların hiçbiri (%100) GGK testini hayatının herhangi bir döneminde yaptırmamıştır. Testi yaptırmayan kadınların yaptırmama nedeni çoğunlukla (%66.7) “testin ne amaçla yapılması gerektiğini bilmeme”dir. Kadınların tamamı (%100.0) son 6 ay içinde aile sağlığı elemanından GGK testi ile ilgili danışmanlık almamıştır.

**Tablo 4.6.** Kadınların Gaitada Gizli Kan Testi ile İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>GGK Testinin Yapılma Amacını Bilme Durumu</b>		
Biliyor	11	3.7
Bilmiyor	289	96.3
<b>GGK Testi Yaptırma Durumu (n=33)</b>		
Yaptırdı	0	0.0
Yaptırmadı	33	100.0
<b>GGK Testi Yaptırmama Nedeni (n=33)</b>		
Testin ne amaçla yapıldığını bilmeme	22	66.7
Gerek duymama, şikayetin olmaması	11	33.3
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından GGK Testi İle İlgili Danışmanlık Alma Durumu (n=33)</b>		
Aldı	0	0
Almadı	33	100.0
<b>Toplam</b>		

Kadınların kolonoskopi ile ilgili erken tanı davranış özelliklerinin dağılımı Tablo 9.'da verilmiştir. Tabloya göre; kadınların %73.0'ü kolonoskopinin ne amaçla yapıldığını bilmemektedir ve %93.9'u kolonoskopi yaptırmamıştır. Kadınların kolonoskopi yaptırmama nedenleri çoğunlukla (%58.1) “testin ne amaçla yapıldığını bilmeme”dir. Kolonoskopi yaptıran kadınların tamamının (%100.0) testi 10 yılda bir defa yaptırdığı görülmüştür. Kadınların hiçbiri (%100.0) son altı ay içinde aile sağlığı elemanından kolonoskopi ile ilgili danışmanlık almamıştır.

**Tablo 4.7.** Kadınların Kolonoskopi İle İlgili Erken Tanı Davranış Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Kolonoskopinin Yapılma Amacını Bilme Durumu</b>		
Biliyor	81	27.0
Bilmiyor	219	73.0
<b>Kolonoskopi Yaptırma Durumu (n=33)</b>		
Yaptırdı	2	6.1
Yaptırmadı	31	93.9
<b>Kolonoskopi Yaptırma Sıklığı (n=2)</b>		
10 yılda bir defa	2	100.0
<b>Kolonoskopi Yaptırmama Nedeni (n=31)</b>		
Testin ne amaçla yapıldığını bilmeme	18	58.1
Gerek duymama, şikayetin olmaması	13	41.9
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından Kolonoskopi İle İlgili Danışmanlık Alma Durumu (n=33)</b>		
Aldı	0	0.0
Almadı	33	100.0
<b>Toplam</b>		

#### 4.2 Kadınların Kanser Tarama Yöntemlerini Yaptırmalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin KKMM yapma ve mamografi çekirme durumlarına göre dağılımı Tablo 10 ve Tablo 11’de verilmiştir. Tablolara göre; öğrenim düzeyi lisans ve üstü olan (%72.0), çalışan (%72.7), evli olan (%37.6), eşi lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olan (%66.7), eşi memur olan (%60.5), evde en çok Türkçe konuşan (%45.0), sağlık güvencesi olan (%40.2), kanser hastası veya kanserden hayatını kaybeden yakını olan (%46.3), son 6 ay içinde aile sağlığı elemanından KKMM hakkında danışmanlık alan (%92.5), yaş ortalaması (32.42±7.09) ve eşinin yaş ortalaması (37.00±7.53) daha küçük olan kadınların KKMM yapma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; KKMM yapma durumu ile yaş, eğitim durumu, gelir getiren işte çalışma, eş yaş, meslek ve öğrenim

durumu, evde konuşulan dil, sağlık güvencenin olması, kanser hastası olan veya kanserden hayatını kaybeden yakının varlığı ve aile sağlığı elemanından KKMM ile ilgili danışmanlık almış olma durumu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.05$ ) bulunurken, medeni durum ve kanser hastası olan bireyin yakınlık derecesi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p > 0.05$ ) bulunmuştur.

Yine tablolara göre; eğitim düzeyi ilköğretim ve üzeri olan (%17.6), gelir getiren bir işte çalışan (%25.0), bekar olan (%16.7), eşi herhangi bir eğitim düzeyine sahip olmayan (%12.5), evde en çok Türkçe konuşan (%11.5), sağlık güvencesi olan (%14.5), kanser hastası veya kanserden hayatını kaybeden yakını olan (%22.6), kendi yaş ortalaması daha küçük ( $47.72 \pm 5.86$ ) ve eşinin yaş ortalaması daha büyük olan kadınlarda mamografi çekirme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, mamografi çekirme durumu ile kanser hastası veya kanserden hayatını kaybeden yakının olması durumu açısından gruplar arasındaki fark anlamlı ( $p < 0.05$ ) bulunurken, diğer değişkenler açısından gruplar arasındaki fark anlamsız ( $p > 0.05$ ) bulunmuştur.

**Tablo 4.8.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çekirtme Durumlarına Göre Dağılımı-1

Tanıtıcı Özellikler	KKMM Yapma						Mamografi Çekirtme					
	Evet		Hayır		İstatistiksel Analiz		Evet		Hayır		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Öğrenim Düzeyi</b>												
Okur-yazar değil	0	0	12	100.0	44.6	>0.001	2	4.3	44	95.7	3.0	0.082
Okur-yazar	5	10.2	44	89.8								
İlköğretim	23	28.0	59	72.0								
Ortaöğretim	33	50.0	33	50.0			9	17.6	42	82.4		
Lise	29	43.9	37	56.1								
Lisans ve Üstü	18	72.0	7	28.0								
<b>Çalışma Durumu</b>												
Çalışıyor	24	72.7	9	27.3	19.9	>0.001	1	25.0	3	75.0	*	0.387
Çalışmıyor	84	31.5	183	68.5			10	10.8	83	89.2		
<b>Medeni Durumu</b>												
Evli	94	37.6	156	62.4	1.2	0.259	9	10.6	76	89.4	*	0.622
Bekar	14	28.0	36	72.0			2	16.7	10	83.3		
<b>Eşin Öğrenim Düzeyi</b>												
Okur-yazar değil	0	0.0	8	100.0	40.6	>0.001	3	12.5	21	87.5	*	100.0
Okur-yazar	3	12.0	22	88.0								
İlköğretim	2	7.4	25	92.6								
Ortaöğretim	14	31.8	30	68.2			8	11.0	65	89.0		
Lise	47	45.2	57	54.8								
Lisans ve Üstü	28	66.7	14	33.3								
<b>Eşin Mesleği</b>												
Memur	23	60.5	15	39.5	13.8	0.03						
İşçi	35	35.0	65	65.0								
Esnaf	29	38.2	47	61.8								
İşsiz	7	19.4	29	80.6								

**Tablo 4.8.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumlarına Göre Dağılımı-1 (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	KKMM Yapma						Mamografi Çektirme					
	Evet		Hayır		İstatistiksel Analiz		Evet		Hayır		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Evde En Çok Konuşulan Dil</b>												
Türkçe	81	45.0	99	55.0	16.4	<0.001	6	11.5	46	88.5	0.0	1.000
Kürtçe	22	24.4	68	75.6			5	11.1	40	88.9		
Arapça	5	16.7	25	83.3								
<b>Sağlık Güvencesi</b>												
Var	88	40.2	131	59.8	5.5	0.019	9	14.5	53	85.5	*	0.318
Yok	20	24.7	61	75.3			2	5.7	33	94.3		
<b>Kanser Olan veya Kanserden Hayatını Kaybeden Yakınının Varlığı</b>												
Var	38	46.3	44	53.7	4.6	0.031	7	22.6	24	77.4	*	0.034
Yok	70	32.1	148	67.9			4	6.1	62	93.9		
<b>Yakınlık Derecesi</b>												
1. Derece yakını	6	40.0	9	60.0	5.2	0.153	1	16.7	5	83.3	0.18	0.671
2. Derece yakını	6	60.0	4	40.0			10	11.0	81	89.0		
3. Derece yakını	21	55.3	17	44.7								
Evlilik ile edinilen yakını	5	26.3	14	73.7								



**Tablo 4.8.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumlarına Göre Dağılımı-1 (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	KKMM Yapma						Mamografi Çektirme					
	Evet		Hayır		İstatistiksel Analiz		Evet		Hayır		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından KKMM'si Danışmanlığı Alma Durumu</b>												
Verildi	49	92.5	4	7.5	86.0	<0.001						
Verilmedi	59	23.9	188	76.1								
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından Mamografi Danışmanlığı Alma Durumu</b>												
Verildi							0	0	0	0	**	**
Verilmedi							11	11.3	86	88.7		

\* Fisher's Exact test yapılmıştır.

\*\*Katılımcılar son 6 ay içinde aile sağlığı elemanından mamografi danışmanlığı almadığından mamografi yapma durumuna etki analizi yapılamadı.

**Tablo 4.9.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumlarına Göre Dağılımı-2

Özellikler	Kendi Kendine Meme Muayenesi				Mamografi			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Ortalama (Min-Mak)	Ortalama (Min-Mak)	T- Testi	P	Ortalama (Min-Mak)	Ortalama (Min-Mak)	T-Testi	P
<b>Kadının Yaşı</b>	32.42±7.09 (20-80)	36.97±11.54(20-80)	33.07	<b>&lt;0.001</b>	47.72±5.86 (20-80)	47.98±6.88 (20-80)	0.075	0.905
<b>Eşin Yaşı</b>	37.00±7.53 (25-75)	42.55±11.01(25-75)	15.99	<b>&lt;0.001</b>	53.11±6.41 (25-75)	51.56±7.18 (25-75)	0.234	0.540

Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin pap-smear testi yaptırma durumlarına göre dağılımı Tablo 12 ve Tablo 13’de verilmiştir. Tablolara göre; eğitim düzeyi ilköğretim ve üstü olan (%26.6), çalışmayan (%23.4), evli olan (%25.0), eşi ilköğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip olan (%26.5), evde en çok Türkçe konuşan (%30.6), sağlık güvencesi olan (%25.4), kanser hastası veya kanserden hayatını kaybeden yakını olan (%25.0), son 6 ay içinde aile sağlığı elemanından pap-smear testi hakkında danışmanlık alan (%100.0), yaş ortalaması (38.73±5.99) ve eşinin yaş ortalaması (44.16±6.54) daha küçük olan kadınların pap-smear testi yaptırma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede pap-smear testi yaptırma durumu ile yaş, medeni durum, eşin eğitim düzeyi, evde konuşulan dil ve son 6 ay içinde aile sağlığı elemanından pap-smear testi ile ilgili danışmanlık almış olma durumu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ) bulunurken, öğrenim durumu, gelir getiren işte çalışma, sağlık güvencesinin olması, eş yaş, kanser hastası veya kanserden hayatını kaybeden yakının varlığı ve yakınlık derecesi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

**Tablo 4.10.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Pap-Smear Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı-1

Tanıtıcı Özellikler	Pap-Smear Testi Yaptırma				İstatistiksel Analiz	
	Evet		Hayır		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Öğrenim Düzeyi</b>						
Okula gitmemiş	8	14.3	48	85.7	2.6	0.102
İlköğretim ve üzeri	34	26.6	94	73.4		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	1	11.1	8	88.9	*	0.687
Çalışmıyor	41	23.4	134	76.6		

**Tablo 4.10.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Pap-Smear Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı-1 (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Pap-Smear Testi Yaptırma				İstatistiksel Analiz	
	Evet		Hayır		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Medeni Durumu</b>						
Evli	42	25.0	126	75.0	*	<b>0.025</b>
Bekar	0	0.0	16	100.0		
<b>Eşin Öğrenim Düzeyi</b>						
Okula gitmemiş	1	3.4	28	96.6	6.0	<b>0.014</b>
İlköğretim ve üzeri	41	26.5	114	73.5		
<b>Evde En Çok Konuşulan Dil</b>						
Türkçe	33	30.6	75	69.4	8.9	<b>0.012</b>
Kürtçe	7	12.5	49	87.5		
Arapça	2	10.0	18	90.0		
<b>Sağlık Güvencesi</b>						
Var	32	25.4	94	74.6	1.7	0.300
Yok	10	17.2	48	82.8		
<b>Kanser Olan veya Kanserden Hayatını Kaybeden Yakının Varlığı</b>						
Var	13	25.0	39	75.0	0.06	0.806
Yok	29	22.0	103	78.0		
<b>Yakınlık Derecesi</b>						
Birinci dereceden	2	18.2	9	81.8	*	1.000
Diğer	40	23.1	133	76.9		

**Tablo 4.10.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Pap-Smear Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı-1 (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Pap-Smear Testi Yaptırma				İstatistiksel Analiz	
	Evet		Hayır		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanı Tarafından Pap-Smear Testi Danışmanlığı Alma Durumu</b>						
Verildi	5	100.0	0	0.0	*	<b>0.001</b>
Verilmedi	37	20.7	142	79.3		

\*Fisher's Exact test yapılmıştır

**Tablo 4.11.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Pap-Smear Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı-2

Özellikler	Pap-Smear Testi			T-Testi	P
	Evet		Hayır		
	Ortalama(Min-Mak)	Ortalama(Min-Mak)	Ortalama(Min-Mak)		
<b>Kadının Yaşı</b>	38.73±5.99 (20-80)	42.24±9.19 (20-80)	42.24±9.19 (20-80)	6.829	<b>0.004</b>
<b>Eşin Yaşı</b>	44.16±6.54 (25-75)	45.49±9.53 (25-75)	45.49±9.53 (25-75)	4.449	0.318

Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin kolonoskopi testi yaptırma durumlarına göre dağılımı Tablo 14.'de verilmiştir. Tabloya göre; herhangi bir eğitim kademesini tamamlamayan (%6.7), bekar olan (%12.5), eşi ilköğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip olan (%7.7), evde en çok Türkçe konuşan (%9.1), sağlık güvencesi olmayan (%14.3), kanser hastası veya kanserden hayatını kaybeden yakını olmayan (%9.5) ve bu

kişilerin birinci dereceden yakını olmayan (%6.5) kadınların kolonoskopi testi yaptıрма düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kolonoskopi testi yaptıрма durumu ile tüm bağımsız değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunmuştur.

**Tablo 4.12.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kolonoskopi Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Kolonoskopi Testi Yaptırma				İstatistiksel Analiz	
	Evet		Hayır		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Öğrenim Düzeyi</b>						
Okula gitmemiş	2	6.7	28	93.3	*	1.000
İlköğretim ve üzeri	0	0.0	3	100.0		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Evet	0	0.0	0	0.0	**	**
Hayır	2	6.1	31	93.9		
<b>Medeni Durumu</b>						
Evli	1	4.0	24	96.0	*	0.432
Bekar	1	12.5	7	87.5		
<b>Eşin Öğrenim Düzeyi</b>						
Okula gitmemiş	1	5.0	19	95.0	*	1.000
İlköğretim ve üzeri	1	7.7	12	92.3		
<b>Evde En Çok Konuşulan Dil</b>						
Türkçe	1	9.1	10	90.9	*	1.000
Diğer	1	4.5	21	95.5		

**Tablo 4.12.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kolonoskopi Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Kolonoskopi Testi Yaptırma				İstatistiksel Analiz	
	Evet		Hayır		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Sağlık Güvencesi</b>						
Var	0	0	19	100.0	*	0.172
Yok	2	14.3	12	85.7		
<b>Kanser Olan veya Kanserden Hayatını Kaybeden Yakınının Varlığı</b>						
Var	0	0.0	12	100.0	*	0.523
Yok	2	9.5	19	90.5		
<b>Kanser Olan Bireyin Yakınlık Derecesi</b>						
Birinci dereceden	0	0.0	2	100.0	*	1.000
Diğer	2	6.5	29	93.5		
<b>Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından Kolonoskopi Danışmanlığı Alma Durumu</b>						
Evet	0	0.0	0	0.0	**	**
Hayır	2	6.1	31	93.9		

\* Fisher's Exact test yapılmıştır.

\*\* Katılımcılar son 6 ay içinde aile sağlığı elemanından kolonoskopi danışmanlığı almadığı ve gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı için kolonoskopi yapma durumuna etki analizi yapılamadı.

Çalışmaya katılan kadınların hiçbiri (%100.0) GGK testini yaptırmadığı için bu değişkene ait herhangi bir istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Bağımsız değişkenlerin kanser tarama yöntemlerini kullanma durumu üzerine birlikte etkisi çok değişkenli analizlerden Lojistik Regresyon Modeli Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamı fark yaratan değişkenler ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Ancak, Pap-Smear testi için lojistik regresyon modeli oluşturulurken yaş ve danışmanlık alma değişkenleri model oluşturulmasına izin vermediği için çıkarılmıştır. Kadınlarda kanser tarama yöntemlerini kullanma durumunu etkileyen faktörlerinin lojistik regresyon modeli Tablo 15.'de verilmiştir.

Tabloya göre; kadınların KKMM'si yapmasını, ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahip olma 2.7 kat, gelir getiren bir işte çalışmama 7.9 kat, kanser hastası veya kanserden yakınına kaybetmemiş olma 3.1 kat ve aile sağlığı elemanından KKMM hakkında danışmanlık almama 62.0 kat; mamografi çektirmesini, kanser hastası veya kanserden yakınına kaybetmemiş olma 4.5 kat; pap-smear testi yaptırmasını ise eşin ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahip olması 3.4 kat ve evde en çok konuşulan dilin Türkçe olmaması 2.3 kat olumsuz etkileyen faktör olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.13.** Kadınlarda Kanser Tarama Yöntemlerini Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli

Lojistik Regresyon Modeli					
Etkileyen Faktörler*	B	P	OR	%95 CI	
				Lower	Upper
<b>KKMM Yapma</b>					
Yaş	-0.003	0.954	0.997	0.891	1.116
Çalışma Durumu (çalışmıyor)	2.077	<b>0.001</b>	7.982	2.250	28.315
Sağlık Güvencesi (yok)	0.470	0.328	1.600	0.624	4.102
Evde En Çok Konuşulan Dil (Türkçe olmaması)	0.472	0.252	1.604	0.714	3.600
Öğrenim Düzeyi (ilkokul altı eğitim düzeyine sahip olma)	0.995	<b>0.033</b>	2.704	1.085	6.740
Son 6 Ay İçinde Aile Sağlığı Elemanından KKMM'si Danışmanlığı Alma Durumu (danışmanlık almama)	4.128	<b>&gt;0.001</b>	62.041	16.560	232.422
Kanser Hastası veya Kanserden Hayatını Kaybeden Yakınının Varlığı (kaybetmemiş olma)	1.133	<b>0.004</b>	3.106	1.428	6.755



**Tablo 4.13.** Kadınlarda Kanser Tarama Yöntemlerini Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli (Devamı)

<b>Lojistik Regresyon Modeli</b>					
<b>Etkileyen Faktörler*</b>	<b>B</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>%95 CI</b>	
				Lower	Upper
<b>KKMM Yapma</b>					
Eş Yaş	0.014	0.789	1.015	0.913	1.128
Eşin Öğrenim Düzeyi (ilkokul altı eğitim düzeyine sahip olma)	-0.013	0.986	0.987	0.222	4.399
<b>Sabit</b>	<b>-6.801</b>	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>		
<b>Mamografi Çektirme</b>					
Kanser Hastası veya Kanserden Hayatını Kaybeden Yakınının Varlığı (kaybetmemiş olma)	1.509	<b>0.025</b>	4.521	1.213	16.851
<b>Sabit</b>	<b>1.232</b>	<b>0.004</b>	<b>3.429</b>		
<b>Pap-Smear Yaptırma</b>					
Evde En Çok Konuşulan Dil (Türkçe olmaması)	0.875	<b>0.050</b>	2.399	1.002	5.743
Eşin Öğrenim Durumu (ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olma)	1.233	<b>0.037</b>	3.430	1.075	10.947
<b>Sabit</b>	<b>0.522</b>	<b>0.012</b>	<b>1.737</b>		

\*Pap-Smear testi için lojistik regresyon modeli oluşturulurken yaş ve danışmanlık alma değişkenleri model oluşturulmasına izin vermediği için çıkarılmıştır

## 5. TARTIŞMA

Kanserde erken tanı, prognozu belirleyen en önemli ve etkili yoldur. Kanser tarama yöntemleri erken tanı fırsatı sağlayarak morbidite ve mortalite oranlarını ciddi düzeyde azaltmaktadır. Bu yüzden dünyada erken tanının önemi gün geçtikçe artmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de ulusal düzeyde toplum tabanlı kanser tarama programı standartları oluşturmuş ve yürürlüğe konulmuştur.

Çalışmamızdaki kadınların yaş aralığı 20-80 olup, kanser tarama yöntemleri için belirtilen yaş sınırlarına uymaktadır. Kadınların çoğunun zorunlu eğitimi tamamlamadığı ve gelir getiren bir işte çalışmadığı görülmektedir. Bu temel göstergeler açısından çalışma TNSA 2013 Güneydoğu Anadolu Bölgesi verileri ile paralellik göstermektedir (53). Kanserde erken tanı ve tarama yöntemi ile ilgili farkındalığın artması eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyin artması ile doğru orantılıdır. Çalışmaya katılan kadınların durumu incelendiğinde; eğitim düzeyi düşük, çalışma yaşamına katılım ise erkeklere oranla çok azdır. Eşlerin eğitim düzeyi kadınlara oranla daha yüksek olduğu, çoğunun bir işte çalıştığı görülmektedir. Ataerkil toplumlarda ekonomik geçimin erkeğin sorumluluğunda olması anlayışı, hem eğitim düzeyi hem de çalışma oranının daha yüksek olmasına neden olmaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun kanser olan veya kanserden hayatını kaybeden yakını yoktur. Yapılan diğer çalışmalarda bu oran %3.1 ile 96.9 arasında değişmektedir (40,54-56).

Çalışmada kadınların kanser tarama yöntemlerini düzenli aralıklar yapma düzeyleri düşüktür. Bu sonuçlar benzer konuda yapılan diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (40,57-59). Kadınların kanser tarama yöntemlerini bilmeleri, uygulamaları ancak bunu olması gereken düzende yaptırmamaları konuya ilişkin bilgi eksikliklerinden ya da yeterli yönlendirilmemelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların %41.0’inin KKMM yapmayı bildiği ve bu kişilerin %36.0’sının KKMM yaptıkları görülmüştür. Güner ve ark.’nın (60) yaptığı benzer çalışmada, kadınların %49.8’i KKMM’nin nasıl, ne zaman ve nerede yapıldığı sorularına doğru yanıt verdiği, %47.9’unun KKMM yaptığı belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmaların sonuçları da benzer niteliktedir (57,61-65). Yine kadınların büyük

çoğunluğu mamografi yaptırmamıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde kadınların mamografi yaptırmama oranları sırasıyla %39.0, %14.0, %12.7 olup bizim çalışmamız ile benzerdir (61,63,66). Literatürde kadının çalışıyor olması ve öğrenim düzeyinin artması ile KKMM'ni doğru ve düzenli yapma oranının da arttığı belirtilmektedir (59,60,65,67-69). Öğrenim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey arttıkça kadınların kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almaları, duyarlılıklarının artması ve sağlık hizmetlerine ulaşmaları kolaylaşmaktadır. Nitekim çalışmada, KKMM yapmayı, ilköğretim ve altındaki öğrenim düzeyine sahip olmanın 2.7 kat, gelir getiren bir işte çalışmamanın 7.9 kat olumsuz etkilediği bulunmuştur. Yine yapılan çalışmalar da kanser tarama yöntemi kullanımının önündeki en büyük diğer engelin bilgi eksikliği olduğu, KKMM hakkında bilgisi olan, eğitim alan kadınların daha çok KKMM yaptığı belirtilmektedir (56,57,62,70-72). Çalışmada aile sağlığı elemanından KKMM hakkında danışmanlık almama, KKMM yapmayı 62.0 kat olumsuz etkileyen faktör olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, özellikle birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin eğitim ve danışmanlık sorumluluklarının önemini bir kez daha göstermesi bakımından önemlidir. Yine çalışmada, kanser hastası veya kanserden hayatını kaybeden yakının varlığının olmaması KKMM yapmayı 3.1 kat ve mamografi yaptırmayı 4.5 kat olumsuz etkileyen faktör olarak belirlenmiştir. Yapılan başka çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olanların olmayanlara göre 2.07 kat daha fazla mamografi yaptırdıkları saptanmıştır (57). Ailede kanser öyküsünün olması, genetik olarak riskin olması şeklinde algılanabilmekte veya çevrelerinde kanser hastası bireyin olması kadınları kanser tarama yöntemleri kullanma konusunda daha duyarlı hale getirebilmektedir. Bu nedenle çalışmada, kanser hastası ya da kanserden hayatını kaybetmiş yakını olan kadınların KKMM yapma ve mamografi yaptırmama düzeylerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde sonucumuz ile paralellik gösterdiği görülmektedir (56,59,67,71,73,74)

Çalışmada kadınların pap-smear testi yaptırmama düzeyleri oldukça düşüktür. Ancak testi yaptıranlar büyük oranda doğru sıklıkta yaptırmıştır. Çalışmada, kadınların %96.0'sının sadece jinekolojik problemi olduğunda jinekolojik muayeneye gittiği gözününe alındığında, pap-smear testi yaptırmama düzeylerinin bu kadar düşük olması şaşırtıcı bir sonuç değildir. Literatürde pap-smear testi yaptırmama durumlarını etkileyen pek çok faktör belirtilmektedir. Kadınların öğrenim düzeyleri pap-smear testi

yaptırmayı etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Yapılan bir çok araştırmada kadınların eğitim seviyesinin yükselmesi ile pap-smear testi yaptırmaya düzeylerinin de arttığı belirtilmektedir (75,76,77). Ancak çalışmada kadının öğrenim düzeyinden çok eşinin öğrenim düzeyi pap-smear testi yaptırmayı etkileyen faktör olarak belirginleşmiştir. Eşin ilköğretim ve altında öğrenim düzeyine sahip olması pap-smear testini yaptırmayı 3.4 kat olumsuz etkileyen bir faktör olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, Şanlıurfa'nın ataerkil yapısına bağlı olarak pek çok kararda olduğu gibi sağlıkla ilişkili kararlarda da erkeklerin karar verici konumda olmaları ile ilişkili olabilir. Eşlerin öğrenim düzeyi yükseldikçe, kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımını ve kullanmalarını desteklemekte ve kolaylaştırmaktadırlar. Yine çalışma da evde en çok konuşulan dilin Türkçe olmaması pap-smear testini yaptırmayı 2.3 kat olumsuz etkileyen faktör olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmeti kullanımında ve sunumunda dil farklılıkları sorunlara neden olabilmektedir. Bu sonuç, kanser tarama ile ilgili hizmetlerin erişim ve kullanımında dilin etkili bir faktör olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışma kadınların GGK testi ve kolonoskopiye ilişkin bilgi düzeyleri oldukça düşüktür. Kadınların hiçbiri GGK testi yaptırmamış, sadece %6.1'i kolonoskopi yaptırmıştır. Çalışmadaki kadınların tamamının, bu her iki teste ilişkin aile sağlığı elemanından hiç danışmanlık almadığı dikkate alındığında, bu sonuçların muhtemelen bilgi eksikliğine bağlı olduğu düşünülebilir. Sağlık profesyonellerinin bilgilendirme ve danışmanlık yapmaları bu testlerin kullanımını artıracak önemli bir faktör olduğundan, sağlık profesyonellerinin konu ile ilgili bilgi ve deneyimleri ön plana çıkmaktadır. Koruk ve ark. (78) Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada, Ulusal Kanser Tarama Standartları'nda yer alan KRK tarama programını birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının sadece %11.2'sinin doğru bildiği belirtilmektedir. Bu sonuçlar kanser tarama programlarının etkin sunumu için hizmet içi eğitimlerin, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemini bir kez daha göstermesi bakımından çarpıcıdır.

## 6. SONUÇ

Şanlıurfa il merkezinde yaşayan kadınların kanser tarama yöntemlerini bilme ve kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiş ve öneriler sunulmuştur:

- Kadınların büyük çoğunluğu zorunlu eğitimi tamamlamamıştır, gelir getiren bir işte çalışmamaktadır, sosyal sağlık güvencesi vardır ve evlidir.
- Eş eğitim düzeyi düşüktür.
- Kadınların çoğunun kanser olan veya kanserden hayatını kaybeden yakını yoktur.
- Kadınlar kanser tarama yöntemleri içinde en fazla KKMM'ni ve en az GGK testini bilmektedir.
- Kadınlar kanser tarama yöntemleri içinde en fazla KKMM'ni yapmakta ve en GGK testini yaptırmaktadır.
- Kadınlar, aile sağlığı elemanlarından kanser tarama yöntemleri içinde en fazla KKMM hakkında danışmanlık almıştır. Kadınların hiçbiri mamografi, GGK testi ve kolonoskopi testi hakkında danışmanlık almamıştır.
- Düzenli KKMM yapma durumu ile yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eş yaş, eş eğitim durumu, eş meslek, evde en çok konuşulan dil, sağlık güvencesi, kanser olan veya kanserden hayatını kaybetmiş yakının varlığı, aile sağlığı elemanından danışmanlık alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.
- Mamografi çekirme durumu ile kanser olan veya kanserden hayatını kaybeden yakının varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, diğer değişkenler açısından gruplar arasındaki fark anlamsızdır.
- Pap-smear testi yaptırma durumu ile yaş, medeni durum, eşin eğitim düzeyi, evde konuşulan dil ve son 6 ay içinde aile sağlığı elemanından pap-smear testi ile ilgili danışmanlık almış olma durumu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Kolonoskopi testi yaptırma durumu ile tüm bağımsız değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

- Çalışmaya katılan kadınların hiçbiri (%100.0) GGK testini yaptırmadığı için bu değişkene ait herhangi bir istatistiksel analiz yapılamamıştır.
- Lojistik regresyon modeline göre KKMM yapma durumunu, ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahip olma 2.7 kat, gelir getiren bir işte çalışmama 7.9 kat, kanser hastası veya kanserden yakınına kaybetmemiş olma 3.1 kat ve aile sağlığı elemanından KKMM hakkında danışmanlık almama 62.0 kat olumsuz etkileyen faktör olarak belirlenmiştir.
- Lojistik regresyon modeline göre mamografi yaptırma durumunu, kanser hastası veya kanserden yakınına kaybetmemiş olma 4.5 kat olumsuz etkileyen faktör olarak belirlenmiştir.
- Lojistik regresyon modeline göre pap-smear yaptırma durumunu, eşin ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahip olması 3.4 kat ve evde en çok konuşulan dilin Türkçe olmaması 2.3 kat olumsuz etkileyen faktör olarak belirlenmiştir.

## 7. ÖNERİLER

Şanlıurfa il merkezinde yaşayan kadınların kanser tarama yöntemlerini bilme ve kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Sağlık eğitimi toplumda hastalıklara karşı farkındalık kazandırmak adına önemlidir. Çalışmada kadınların kanser tarama yöntemlerine katılımın çok düşük olmasının en önemli nedeni teste dair bilgi eksikliğidir. Özellikle öğrenim düzeyi düşük ve gelir getiren bir işte çalışmayan kadınlara kanserde erken tanının önemi ve kanser tarama yöntemleri ile ilgili uygun eğitimler yapılmalı ve belirli sıklıklarda tekrar edilmelidir
- Kadınlarda kanser tarama yöntemlerine yönelik olarak eğitim programlarının uygulanması ve bu eğitim programlarının periyodik aralıklarla devam ettirilmesi ve yapılan eğitim uygulamalarında sağlık profesyonelleri arasında bireylerle en yakın ilişkide olması nedeniyle hemşirelerin aktif görev alması kilit noktadır.
- Yapılan çalışmalarda kadınların kanser tarama yöntemi ile ilgili bilgiye sağlık profesyonelleri dışında nereden ulaştıklarına bakıldığında, büyük ölçüde işitsel ve görsel medya olduğu görülmektedir (60,61,79). Bu nedenle işitsel ve görsel medyada kanser tarama yöntemlerine daha çok yer verilmeli, kamu spotları oluşturularak toplumda kanser tarama yöntemlerine dair farkındalık oluşturulmalıdır.
- Ailesinde kanser öyküsü olan kadınlar risk grubu şeklinde algılanmalıdır. Bu kişilere bireysel riskleri konusunda danışmanlık verilmelidir.
- Çalışmamızda KKMM en fazla yapılan tarama yöntemi olmasına rağmen istenilen düzeyde ve düzenli bir şekilde yapılmamaktadır. KKMM'nin öğretimi için özel eğitim programlarının düzenlenmeli, eğitim sonrasında eğitimin kalıcılığını artırmak üzere KKMM'sini uygulamalı olarak gösteren anlaşılır bir dille hazırlanmış broşürler verilmelidir.
- Çalışmada kolorektal kanser tarama yöntemlerini kullanma oranlarının çok düşük olması, 50 yaş ve üstü katılımcı sayısının az olmasından (n=33)

kaynaklandığı düşünölmektedir. Bölgede 50 yaş ve üstü katılımcının daha fazla olduğu başka bir çalışmanın yapılması, daha doğru sonuçlar vermesi açısından önerilmektedir.

- Hemşirelerin kendi farkındalıklarındaki artış toplumun farkındalığını da artıracaktır. Meslek hayatı boyunca hizmet içi eğitimlerle de bu konuların güncel durumları hatırlatılmalı ve bilgilerini güncellemeleri sağlanmalıdır. Böylece hem kendileri hem de verecekleri danışmanlık hizmetleri için doğru ve tam gerçek bilgi sağlanacaktır.





## 8. KAYNAKLAR

1. Ankara Üniversitesi Açık Erişim Sistemi. Kanseri Önleme ve Erken Tanı. URL:<http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/32400/Kanserde%20prevansiyon.pdf>, 2019.
2. Forman D, Ferlay J. The Global and Regional Burden of Cancer. In: Stewart BW, Wild CP (eds). IACR World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Cancer Reports (IACR) Publications 2014:16-53.
3. International Agency for Research on Cancer. URL:<http://gco.iarc.fr/>, 2019.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. 2017. URL:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>, 2019.
5. Türkiye İstatistik Kurumu. 2018. URL:[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1083](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083), 2019.
6. Saatçi E. Dünyada ve Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi - Cancer Epidemiology: Worldwide and Turkey. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014; 5(2):1-8.
7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2013. s. 43-45.
8. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin A. Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal* 2017;17(1):73-83.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı; 2009. s. 211-390.
10. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımın Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(1):67-99.
11. Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4(4):638-659.

12. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.  
URL: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/english.pdf>, 2019.
13. Yıldız E, Dedeli Ö, Çınar Pakyüz S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016; 13(3):216-225.
14. World Health Organization. 2019. URL: <https://www.who.int/cancer/prevention/en/>, 2019.
15. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2018. s.20-28.
16. World Health Organization. Cancer Control: Planning: WHO Guide for Effective Programmes, 2006. Switzerland: World Health Organization; 2006. p. 2-4.
17. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2016. s. 39.
18. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı. 2017. URL: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>, 2019.
19. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı. 2017. URL: <https://tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.htm>, 2019.
20. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı. 2017. URL: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>, 2019.
21. North American Association of Central Cancer Registries. 2018. URL: [www.naaccr.org/cancer-in-north-america-cina-volumes/#Vol1](http://www.naaccr.org/cancer-in-north-america-cina-volumes/#Vol1).
22. World Health Organization. 2019.  
URL: [www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html](http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html), 2019.

23. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A, Yalçın B. Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sağlığı Dergisi 2011; 7(2):48-53.
24. Hsieh CC, Trichopoulos D, Katsouyanni K, Yuasa S. Age at Menarche, Age at Menopause, Height and Obesity as Risk Factors for Breast Cancer: Associations and Interactions in an International Case-control Study. International Journal of Cancer 1990 November; 46(5): 796-800.
25. Öztürk M. Meme Kanserinin Genetiği ve Risk Faktörleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri. Aralık 2006; sempozyum dizisi no:54 s. 15-26.
26. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial Breast Cancer: Collaborative Reanalysis of Individual Data From 52 Epidemiological Studies Including 58,209 Women With Breast Cancer and 101, 986 Women Without the Disease. The Lancet 2001 October; 358(9291): 1389-99.
27. Wolff MS, Weston A. Breast Cancer Risk and Environmental Exposures. Environmental Health Perspectives 1997 June; 105(4): 891-896.
28. Linos E, Willett WC. Diet and Breast Cancer Risk reduction. Official Journal Of The National Comprehensive Cancer Network 2007 September; 5(8):711-718.
29. Bengisu N. Meme Kanserinde Bilmemiz Gerekenler. Actual Medicine 2000; 8(12):67-72.
30. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı. 2017. URL: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/Meme\\_Kanseri\\_ve\\_Mamografi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/Meme_Kanseri_ve_Mamografi.pdf), 2019.
31. Bailey K. The Nurse's Role in Promoting Breast Awareness. Nursing Standard 2000 Nisan; 14(30):34-36.
32. Sevil Ü, Ünsal Ş. Meme Kanserinde Risk Faktörleri ve Erken Tanı. Hemşirelik Forumu 2002; 5(6):32-39.
33. Yılmaz MH. Meme Kanserinde Radyolojik Tanı ve Değerlendirme. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2006 Aralık; Sempozyum Dizisi No:54, s. 27-30.
34. Pataloji Derneği Federasyonu. 2018. URL: <http://www.turkpath.org.tr/files/serviks.pdf>, 2019.

35. American Cancer Society. 2018. URL:<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer.html>, 2019.
36. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. 2019. URL: <http://www.trsgo.org> , 2019
37. Barut A. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tedavi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000 Mart; 9(3):97-104
38. American Cancer Society. 2019. URL: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>, 2019.
39. National Cancer Institute. 2019.  
URL: <https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-prevention-pdq>.
40. Acikgoz A, Cehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 25 (3):145-154.
41. Kanbur A, Capik C. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemsirenin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011:61-72.
42. Soytürk M. Kolorektal Kanseri Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi; Bursa 10-13 Mart 2011.
43. American Cancer Society. 2019. URL: [www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html](http://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html), 2019.
44. Vasen HF, Watson P, Mecklin JP, Lynch HT. New Clinical Criteria For Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC, Lynch syndrome) Proposed by the International Collaborative group on HNPCC. Gastroenterology 1999; 116(6):1453-6.
45. Dobrucalı A. Kolon Kanseri. URL: <http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/ahmet-dobrucali/Kolon-kanseri.pdf>, 2019.
46. Karahasanoğlu T. Kolorektal Kanseri: Tanı ve Cerrahi Tedavi. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. İstanbul, 2001 Ocak:271-279.
47. Issa IA, Nouredine M. Colorectal Cancer Screening: An Updated Review of the Available Options. World Journal of Gastroenterology 2017 July; 23(28):5086-5096.
48. Aksoy G. Kolorektal Kanseri Korunmasında Hemşirenin Rolü. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi; 2014.s.63-73.

49. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2013. Türkiye İstatistik Kurumu: 2013. s. 15.
50. Karacadağ Kalkınma Ajansı. İstatistiklerle Şanlıurfa 2018. URL: <https://www.karacadağ.gov.tr/dokuman-merkezi/>.
51. Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü Ketem Birimi İstatistik Verileri, 2018.
52. Training for Mid-level Managers: The EPI Coverage Survey. Geneva: World Health Organization, 1991 (Unpublished Document WHO/EPI/91.10; Available from Vaccines and Biologicals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
53. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. URL: [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).
54. Hacıhasanoğlu Aşlar R, Köse S, Yıldırım A. Kadınların Servikal Kansere ve "Pap Smear Testine İlişkin Bilgi, İnanç ve Davranışları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2015; 7(2):102-11.
55. Asarkaya Ö. Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ve Davranış Geliştirmede Planlı Eğitim Programının Etkililiği. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2011. s. 49-50.
56. Büyükkayacı Duman N, Yüksel Koçak D, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi 2015; 1(1):30-38.
57. Aker S, Öz H, Kaynar Tuncel E. Samsun'da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ile İlgili Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. European Journal of Breast Health 2015; 11: 115-122.
58. Kılıç MS. Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Olan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi. Fırat Üniversitesi Hemşirelik Programı Doktora Tezi. 1994, Ankara.
59. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni Ocak-Nisan 2009; 28(1):14-19.

60. Çoskun Güner İ, Tetik A, Gönener HD. Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi 2007:55-60.
61. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi Ve Eğitimin Etkinliği. Meme Sağlığı Dergisi 2009; 5(1):25-33.
62. Sönmez Y. Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2011:61.
63. Erkal Aksoy Y, Çeber Turfan E, Sert E, Mermer G. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemine İlişkin Engeller. European Journal of Breast Health 2015; 11:26-30.
64. Özen B, Zincir H, Kaya Erten Z, Özkan F, Elmalı F. Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. European Journal of Breast Health 2013; 9:200-204.
65. Altunkan H, Akın B, Ege E. 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(2):84-91.
66. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat T, Varım C. Trabzon'da Kansere Tarama Testleri Farkındalığı. Journal of Human Rhythm 2015; 1(3):90-94.
67. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007; 20(1):29-36.
68. Kılıç M, Uçar S. Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde Görevli Hemşire, Hemşirelik Öğrencileri ve Hastaneye Müracaat Eden kadın Hastalarda Araştırılması. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48:200-204
69. Öztürk M, Engin VS, Kişioğlu AN, Yılmaz G. Effects of Education on Knowledge and Attitude of Breast Self Examination Among 25+ Years Old Woman Eastern. Journal of Medicine 2000; 5:13-17.

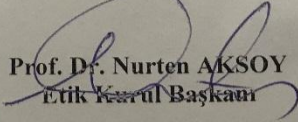
70. Özcan S, Keklikçi İ, Saatçi E, Bozdemir N. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı. Ankara: 2005. s. 231.
71. Tekpınar H, Aşık Z, Özen M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kanser Taramalarına İlişkin Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(1):29-36.
72. Maral I, Budakoğlu İ, Özdemir A. Meme Kanseri Taraması: 40 Yaş Üzeri Kadınlar. 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı; Gölbaşı-Ankara: 2005. s. 310.
73. Karadağ Çaman Ö, Bilir N, Özcebe H. Ailede Kanser Öyküsü ve Algılanan Kanser Riski, Kanserden Korunma Davranışı İle İlişkili mi?. Fırat Tıp Dergisi 2014; 19(2):95-100.
74. Madlensky L, Vierkant RA, Vachon CM, Pankratz VS, Cerhan JR, Vadaparampil ST, et al. Preventive health behaviors and familial breast cancer. Cancer Epidemiol Biomark. 2005; 14:2340–2345.
75. Ünalın P, Baş G, Atalay A, Kasapbaş T, Kurt S, Uzunler A. Marmara Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Pap Smear Konusundaki Bilgileri Ve Test Sonuçları. Zeynep Kamil Bülteni. 2005; 36(4):147-151.
76. Kalyoncu C, Işık B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003; 13:60-66.
77. Demirgöz Bal M. Kadınların Pap-Smear Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4(3):133-138.
78. Koruk İ, Gözükara F, Yiğitbay E, Keklik AZ. Şanlıurfa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları ile İlgili Bilgi Düzeyi. Turkish Journal of Public Health 2015; 13(2):127-136.
79. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü Basamak Sağlık Merkezine Başvuranlarda Kolorektal Kanser Tarama Programı Farkındalık Çalışması. TAF Preventive Medicine Bulletin 2015; 4(3):210-214.

## 9. EKLER

### Ek1. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 25.01.2016
OTURUM	: 01
SAAT	: 15:00

16/01/20	<p><b>Karar:</b> Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın sorumlu araştırmacı olduğu "Şanlıurfa'da Kadınların Kansere Tarama Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;"><b>ASLI GİBİDİR</b></p> <p style="text-align: center;"> Prof. Dr. Nurten AKSOY Etik Kurul Başkanı</p>
----------	---



## Ek2. Veri Toplama Formu

### ŞANLIURFA'DA KADINLARIN KANSER TARAMA YÖNTEMLERİNİ BİLME VE KULLANMA DURUMLARI

#### VERİ TOPLAMA FORMU

Adı-Soyadı:

Anket No:

1. Yaşınız .....

2. Öğrenim durumunuz

1. Türkçe bilmiyor 2. İlkokul altı 3. İlkokul

4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul

3. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet (işiniz ..... ) 2. Hayır

4. Medeni durumunuz

1. Evli 2. Bekar 3. Dul

5.Eşinizin yaşı?.....

6.Eşinizin öğrenim durumu?

1.Türkçe bilmiyor 2.Okur-yazar değil 3.Okur yazar 4.İlkokul

5.Ortaokul 6.Lise 7.Üniversite ve üzeri

7.Eşinizin işi/ mesleği?.....

8. Evinizde en çok konuşulan dil hangisidir ?

1. Türkçe 2. Kürtçe 3. Arapça 4. Diğer.....

9. Sosyal güvenceniz

1. Var (Açıklayınız.....) 2. Yok

10. Kanser hastalığı olan ya da kanserden hayatını kaybeden bir yakınınız var mı? (Cevabınız “Hayır”sa 12. soruya geçiniz.)

1. Evet (Hangi kanser türü?) ..... 2. Hayır

11. Kanser olan bireyin yakınlık derecesi nedir? (Komşu, akraba vs.)

.....

12. KKMM (kendi kendine meme muayenesi)’nin ne amaçla yapıldığı hakkında bir fikriniz var mı?

.....

13. KKMM yapmasını biliyor musunuz? (Anlatmasını isteyiniz)

1. Evet 2. Hayır

14. (Kişi 20 yaşın üzerinde ise) Kontrol amaçlı KKMM yapar mısınız?

1. Evet ise sıklığı ..... 2. Hayır ise 15.soruya geçiniz

15. (Kişi 20 yaşın üzerinde ise) KKMM yapmama nedeniniz nedir?

.....

16. (Kişi 20 yaşın üzerinde ise) Son 6 ay içinde aile hekiminiz ya da ebe/hemşireniz(aile sağlığı elemanı) size KKMM yapmanız hakkında bilgi verdi mi?

1. Evet 2. Hayır

17. Mamografinin (meme filmi) ne amaçla çekildiği hakkında bir fikriniz var mı?

.....

18. (Kişi 40 yaşın üzerinde ise) Kontrol amaçlı mamografi çektirir misiniz?

1. Evet (Ne sıklıkta?)..... 2. Hayır ise 19.soruya geçiniz

19. (Kişi 40 yaşın üzerinde ise) Mamografi çektirmeme nedeniniz nedir?

.....

20. (Kişi 40 yaşın üzerinde ise) Son 6 ay içinde aile hekiminiz ya da ebe/hemşireniz(aile sağlığı elemanı) size mamografi çektirmeniz hakkında bilgi verdi mi?

1. Evet 2. Hayır

21. Hangi sıklıkla jinekolojik muayene yaptırırınız?

.....

22. Pap smear (rahim ağzından sürüntü alma) testinin ne amaçla yapıldığı hakkında bir fikriniz var mı?

.....

23. (Kişi 30 yaşın üzerinde ise) Kontrol amaçlı pap smear testi yaptırır mısınız?

1. Evet (Ne sıklıkta?)..... 2. Hayır

24. (Kişi 30 yaşın üzerinde ise) Pap smear testi yaptırmama nedeniniz nedir?

.....

25. (Kişi 30 yaşın üzerinde ise) Son 6 ay içinde aile hekiminiz ya da ebe/hemşireniz(aile sağlığı elemanı) size pap smear testi yaptırmanız hakkında bilgi verdi mi?

1. Evet 2. Hayır

26. GGK(gaitada gizli kan) testinin ne amaçla yapıldığı hakkında bir fikriniz var mı?

.....

27. (Kişi 50 yaşın üzerinde ise) Kontrol amaçlı GGK testi yaptır mısınız?

1. Evet (Ne sıklıkta?)..... 2. Hayır

28. (Kişi 50 yaşın üzerinde ise) GGK testi yaptırmama nedeniniz nedir?

.....

29. (Kişi 50 yaşın üzerinde ise) Son 6 ay içinde aile hekiminiz ya da ebe/hemşireniz(aile sağlığı elemanı) size GGK testi yaptırmanız hakkında bilgi verdi mi?

1. Evet 2. Hayır

30. Kolonoskopinin ne amaçla yapıldığı hakkında bir fikriniz var mı?

.....

31. (Kişi 50 yaşın üzerinde ise) Kontrol amaçlı kolonoskopi testi yaptırır mısınız?

1. Evet (Ne sıklıkta?)..... 2. Hayır

32. (Kişi 50 yaşın üzerinde ise) Kolonoskopi yaptırmama nedeniniz nedir?

.....

33. (Kişi 50 yaşın üzerinde ise) Son 6 ay içinde aile hekiminiz ya da ebe/hemşireniz(aile sağlığı elemanı) size kolonoskopi yaptırmanız hakkında bilgi verdi mi?

1. Evet 2. Hayır



### Ek3. İntihal Raporu

## ŞANLIURFA'DA KADINLARIN KANSER TARAMA YÖNTEMLERİNİ BİLME VE KULLANMA DURUMLARI

ORIJINALLIK RAPORU

% <b>17</b>	% <b>12</b>	% <b>7</b>	% <b>11</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.ankaramedicaljournal.com">www.ankaramedicaljournal.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>2</b>	<a href="http://www.daahk.org">www.daahk.org</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	Submitted to TechKnowledge Turkey	% <b>1</b>

## Ek4. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi



T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

### TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

#### Öğrencinin

Numarası : 145322013  
Adı, Soyadı : Bermal Büşra DEMİR  
Anabilim Dalı (Bölümü) : Hemşirelik  
Programı :  Yüksek Lisans  Doktora  
Tezin Adı: Şanlıurfa'da Kadınların Kansere Tarama Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumu

#### SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek lisans tez çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 59 sayfalık kısmına ilişkin, 22 /08 /2019 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, benzerlik oranı %17'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orjinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığımı ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağı gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden herhangi birisinin yer almadığımı, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 22/08/2019

#### Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı-Soyadı: Bermal Büşra DEMİR

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 22/08/2019

#### Danışmanın

Unvanı-Adı-Soyadı: Doç.Dr. Fatma KORUK

İmzası:

## Ek5. Tez Veri Giriş Formu

28.08.2019

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C.  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

### TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10287411
Yazar Adı / Soyadı	BERMAL BÜŞRA DEMİR
T.C.Kimlik No	22334672548
Telefon	5530866222
E-Posta	bermalogur@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	ŞANLIURFA'DA KADINLARIN KANSER TARAMA YÖNTEMLERİNİ BİLME VE KULLANMA DURUMLARI
Tezin Tercümesi	UNDERSTANDING AND USING CANCER SCREENING METHODS FOR WOMEN IN SANLIURFA
Konu	Hemşirelik = Nursing ; Kadın Hastalıkları ve Doğum = Obstetrics and Gynecology
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Hemşirelik Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	66
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. FATMA KORUK
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

28.08.2019

İmza:.....