

Tıp Fakültesi

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİR EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI KADINLARIN MEME VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARINA UYUMLARI VE KATILIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

DR. ATİKE İSMİNUR TAŞÇİ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİR EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI KADINLARIN MEME VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARINA UYUMLARI VE KATILIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

DR. ATİKE İSMİNUR TAŞÇİ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. PEMRA CÖBEK ÜNALAN

İSTANBUL 2025

ÖNSÖZ

Hem öğrencilik hem uzmanlık dönemimde bilgi ve tecrübeleriyle eğitimime katkı sağlayan Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın değerli bölüm hocalarına,

Tez sürecimde sabırla bana destek olan saygıdeğer tez danışman hocam Prof. Dr. Pemra Ünalan'a,

Süreç boyunca sürekli desteğini aldığım değerli asistan arkadaşlarıma ve bölüm çalışanlarına,

Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim ASM'nin değerli sağlık çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan kıymetli eşim Recep Taşçı'ya, sevgisini her daim hissettiren annem Cemile Kebude'ye, bu süreçte bana anlayış gösteren sevgili kızlarım Eylül Ada ve Nisan Ela'ya saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Atike İsminur Taşçi

2025

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR ..... *iv*
TABLO LİSTESİ ..... *v*
ŞEKİL LİSTESİ ..... *vi*
ÖZET ..... *vii*
ABSTRACT ..... *ix*
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Tarama nedir? 3
2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Meme Kanseri Epidemiyolojisi 4
2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri 6
2.4. Meme Kanseri Taramalarında Kullanılan Yöntemler 8
2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi 9
2.4.2. Klinik Meme Muayenesi 10
2.4.3. Mamografi 10
2.5. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi 11
2.5.1. Serviks Kanseri Risk Faktörleri 12
2.5.2. Serviks Kanserinde Taramanın Yeri 14
2.5.3. Türkiye'de Serviks Kanseri Tarama Programı 15
2.6. Sağlık İnanç Modeli 16
3. GEREÇ VE YÖNTEM **18**
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı 18
3.2. Araştırmanın Evreni 18
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri 18
3.4. Veri Toplama Araçları 19
3.4.1. Veri Toplama Formu 19
3.4.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 20
3.4.3. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği 21
3.4.4. Gail Risk Modeli 21
3.5. Verilerin Toplanması 22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 25
3.7. Etik Onay 25
4. BULGULAR **26**
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler 26
4.2. Karşılaştırmalı Analizler 30
4.2.1. Sosyodemografik Özellikler ile Kanser Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması 30
4.2.2. Kanser Taramalarına Katılım Durumları ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 33
4.2.3. Kadınların Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Karşılaştırmalı Analizler 37
4.3. Tarama Sonuçlarının Klinik Olarak Değerlendirilmesi 39
5. TARTIŞMA **41**
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **49**
7. KAYNAKLAR **51**
8. EKLER **60**
Ek-1. Gönüllü Onay Formu 6021

Ek-2. Veri Toplama Formu 62
Ek-3. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 64
Ek-4. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği 65
Ek-5. Etik Kurul Onayı ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

KISALTMALAR

KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
IARC	International Agency On Cancer For Search
GBCI	Global Breast Cancer Initiative
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
MMG	Mamografi
HPV	Human Papilloma Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
OKS	Oral Kontraseptif
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
CSİMÖ	Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
SKETTÖ	Servikal Kanseri Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği
VKI	Vücut Kitle İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 26
Tablo 2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumları ve Alışkanlıkları 27
Tablo 3. Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular 28
Tablo 4. Katılımcıların Mamografi ve PAP Smear Yaptırma Durumları 28
Tablo 5. Katılımcıların Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları 29
Tablo 6. Katılımcıların Serviks Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği 29
Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları 29
Tablo 7. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Birinci Basamakta Meme Kanseri Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması 31
Tablo 8. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Birinci Basamakta Serviks Kanser Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması 32
Tablo 9. Jinekolojik ve Obstetrik Özellikler ile Birinci Basamakta Meme ve Serviks Kanser Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması 33
Tablo 10. Kadınların Smear ve Mamografi Yaptırma Durumları ile Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması* 34
Tablo 11. Kadınların Smear ve Mamografi Yaptırma Durumları ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması* 35
Tablo 12. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile CSİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 36
Tablo 13. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile SKETTÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 37
Tablo 14. Kadınların Meme Kanseri Riski ve Birinci Basamakta Mamografi Yaptırma Durumuna göre Meme Kanseri Risk Düzeyi 38
Tablo 15. Kadınların 5 Yıllık Risk Analizi ile CSİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 38
Tablo 16. Korelasyon 39

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. HPV Tarama Algoritması……..17

Şekil 2. Veri Toplama Şeması……24

ÖZET

Amaç: Dünyada ve ülkemizde kadınlarda önemli sağlık problemi olan, önlenebilir hastalıkların başında yer alan meme ve serviks kanserinden korunmak tarama testleriyle mümkündür. Ülkemizde Aile Sağlığı Merkezleri ile Kanser Erken Tarama, Teşhis ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) eşgüdümlü olarak yürütülen kanser tarama programları uygulanmaktadır. Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Pendik EAH Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan meme ve serviks kanser taramalarına katılım durumları, telefon ve SMS yoluyla taramalara davet edilen kadınların taramalara uyumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç/Yöntem: Kesitsel analitik tipte olan araştırmaya, Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 30-69 yaş arası tüm kadınlar (N=2672) dahil edilmiştir. Kadınlara bir ay arayla hatırlatıcı iki SMS gönderilmiştir. İletişim bilgilerine ulaşılan bu kadınlardan 839'una araştırmacı tarafından en az 2 defa aranma sonrasında ulaşılmış araştırmaya katılmayı kabul edenlerin meme ve serviks kanser taramaları ile durumları, tarama yaptırma/yaptırmama nedenleri öğrenilmiştir. Kanser tarama testleri eksik olan kadınlar ASM'ye davet edilerek yüz yüze görüşme yoluyla Veri Toplama Formu, Champion Sağlık İnanç Modeli'nin 5 alt boyutu (duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, mamografi yararları, mamogafi engelleri) ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada veri toplama süreci eksiksiz tamamlanmış olan 248 kadın bulunmaktadır. Meme ve serviks kanser taraması yaptırmayı kabul eden kadınların smear testi araştırmacı tarafından alınmış olup, mamografi için kadınlar KETEM'e yönlendirilerek randevuları alınmıştır. Gail Modeli kullanılarak kadınların 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri risk düzeyleri hesaplanmıştır.

Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde değerleri, ortalama±standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile verilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiklerde kategorik veriler için Ki-kare testi, sürekli veriler için ikili gruplarda T testi kullanılmıştır. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 44,08±8,65'tir. Çalışmaya katılan kadınların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve menopoz durumu ile birinci basamakta mamografi çektirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, birinci basamakta smear yaptırma durumu ile sadece emzirme durumu arasında anlamlı ilişki bulundu. Birinci basamakta smear yaptıran kadınların SKETTÖ toplam puan ve algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalaması yaptırmayanlara göre daha yüksek saptandı. Birinci basamakta mamografi taramalarını yaptıran kadınların Gail modeline göre hesaplanan yaşam boyu ve 5 yıllık meme kanseri riski ortalaması daha yüksek bulundu.

Sonuç: Çalışmamıza katılan kadınların birinci basamakta meme ve serviks kanser taramalarına katılım oranları yeterli düzeyde değildir ancak davet sonrası yüz yüze görüşmeye gelen kadınlarda bu düzey yükselmiş, katılımcıların %66,5'ı smear testini yaptırırken; 40 yaş üstü kadınların ise %41,5'i mamografi taramalarını yaptırmıştır. Çalışmamızda kadınların kanser taramalarına yönelik olumlu tutum geliştirmalerinde ve taramaya katılım davranışlarının iyileştirilmesinde aile hekimlerinin daveti ve izleminin Birinci Basamakta yapılan kanser taramalarına katılım oranlarını ulusal düzeyin üzerine çıkardığı görülmüştür. Kısacası tarama oranlarının arttırılmasında aile hekimlerine önemli sorumluluklar düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mamografi, Kanserin Erken Tespiti, Temel Sağlık Hizmeti, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Objective: Protection from breast and cervical cancer, which are among the leading preventable diseases and are important health problems for women in the world and in our country, is possible with screening tests. In our country, cancer screening programs are implemented in coordination with Family Health Centers and KETEM. This study was conducted to determine the participation status of women registered at Marmara University Pendik EAH Tuzla Education Family Health Center in breast and cervical cancer screenings conducted in primary health care services, the compliance of women invited to screenings via phone and SMS and the affecting factors.

Material/Method: All women between the ages of 30-69 registered at Tuzla Education Family Health Center were included in the cross-sectional analytical study. The women whose contact information was reached were called by the researcher and their status of having/not having breast and cervical cancer screenings was questioned. Two reminder SMSs were sent to the women at one-month intervals. 248 women participated in the study. Women with missing cancer screening tests were invited to Family Health Center and a Data Collection Form, Champion Health Belief Model (sensitivity, importance/seriousness, health motivation, mammography benefits, mammography barriers) and the Attitude Scale Regarding Early Diagnosis of Cervical Cancer were applied through face-to-face interviews. The smear test of women who accepted to have breast and cervical cancer screening was taken by the researcher and women were directed to KETEM for mammography. Using the Gail Model, women's 5-year and lifetime breast cancer risk levels were calculated.

In the analysis of the data; descriptive statistics are given with numbers, percentage values, mean±standard deviation, minimum and maximum values. In comparative

statistics, Chi-square test was used for categorical data and T-test in paired groups for continuous data. The value of $p<0.05$ was considered statistically significant.

Findings: The mean age of the women who participated in the study was 44,08±8,65. There was a statistically significant difference between the age, educational level, income level and menopausal status of the women who participated in the study and the status of having mammography in primary care, whereas a significant relationship was found only between the status of having smear in primary care and breastfeeding status. The mean total score and perceived sensitivity sub-dimension score of SKETTÖ were found to be higher in women who had smears in primary care compared to those who did not have smears in primary care. The mean lifetime and 5-year breast cancer risk calculated according to the Gail model was higher in women who had mammography screening in primary care.

Conclusions: Participation rates of the women who participated in our study in breast and cervical cancer screening in primary care are not at an adequate level; however, 66,5% of the women who came to the face-to-face interview after the invitation had a smear test, and 41.5% of women over the age of 40 had mammography screening. Therefore, the invitation and follow-up of family physicians in developing positive attitudes towards cancer screening and improving women's behaviour towards participation in screening increases this rate above the expected level. In short, family physicians have important responsibilities in increasing screening rates

Keywords: Mammography, Early Detection of Cancer, Primary Health Care, Family Practice

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre kanser, hücrelerin kontrolsüz ve aşırı çoğalmasıyla oluşan, vücudun faklı bölgelerine metastaz yapabilen bir hastalık türüdür. Günümüzde önemli sağlık problemlerinden biri olan kanser, insan hayatını tehdit eden bir hastalıktır. Her yıl kanser vakalarının artmasıyla birlikte kanserin küresel yükü de artış göstermektedir.

IARC (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı) 'ın 2022 raporuna göre dünya genelinde 9,7 milyondan fazla insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. (1) Akciğer kanseri her iki cinsiyette de en sık görülen kanser olurken, meme kanseri 2. sırada yer almaktadır. Dünyada kadınlar arasında en çok görülen kanser meme kanseridir. 2022 yılında dünya genelinde yaklaşık 2,3 milyon yeni meme kanseri vakası tespit edilmiş, 670 bine yakın kadın hayatını kaybetmiştir. Her 8 kadından birinin yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin olduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde meme kanseri görülme sıklığındaki artışla birlikte mortalite oranları düşmektedir. Fakat az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem meme kanseri sıklığı hem de mortalitede artış görülmektedir.(2)

Serviks kanseri tüm dünyada kadınlar arasında görülen en sık 4. kanser türüdür. 2022 yılında 662 binden fazla serviks kanseri vakası tespit edilmiştir. (1)Serviks kanseri hastalık seyri boyunca uzun süre asemptomatik kalır. İleri evrede tanı konulduğunda tedavisi zor ve mortalitesi yüksektir. Yaklaşık 350 bin kadının ölümünden sorumludur.

Türkiye 2022 verilerine göre meme kanseri kanserler arasında %23,5 oranla kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Meme kanseri kanser kaynaklı ölümlerde birinci sıradadır. (1)

Ülkemizde serviks kanseri kadınlarda görülen tüm kanserler arasında 10. sırada, jinekolojik kanserler arasında ise 4. sırada yer almaktadır. Serviks kanseri erken tanı ile sağkalım oranının yüksek olması nedeniyle kontrol altına alınması gereken bir kanser türüdür. (3)

Tarama testleri, meme ve serviks kanserinde önemli ve kritik rol oynamaktadır. Tarama testleri sayesinde kanser henüz belirti vermeden tespit

edilebilir ve hastaların tedavi şansı artar. Bu nedenle tarama programlarına düzenli katılım sağlanması kanserden ölüm oranlarını önemli ölçüde azaltmaktadır.

Ülkemizde yürütülen Ulusal Kanser Kontrol Programı'na göre 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mamografi, 30-65 yaş arası kadınlarda beş yılda bir smear ve HPV-DNA testi yapılması, 50-70 yaş arası kadın ve erkeklerde iki yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir. (4)

Ülkemizde kanser taramaları KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde ücretsiz olarak yapılmaktadır.

Meme kanseri erken teşhis ile yüksek tedavi şansı olan bir hastalık olmasına karşın, Türkiye' de meme kanseri görülme sıklığı artmakta aynı zamanda hastaların çoğunda ileri evrede tanı konmaktadır. (5) Bunun nedeni tarama programlarına katılım düzeyinin hala hedeflenen oranda olmadığıdır. Serviks kanserinin toplumda görülme sıklığının azalması ve mortalitenin önüne geçilebilmesi için taramaların etkili şekilde yapılması gerekmektedir.

Kanser taramalarının etkin olabilmesi için hedeflenen kitlenin %70'inden fazlasına ulaşılması gerektiği bilinmektedir(6) Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri kanser taramalarında oldukça önemlidir. Aile hekimleri tarafından yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri topumun büyük bir kesimine ulaşarak koruyucu sağlık hizmeti verilmesinde oldukça etkin role sahiptir. Aile hekimlerinin taramalarda aktif rol alması toplum sağlığı açısından önemlidir.

Bu çalışmada amacımız aile sağlığı merkezine kayıtlı kadınların meme ve serviks kanser taramalarına katılım oranlarını belirlemek ve hastaları taramalar için davet ederek kanser taramalarına ilişkin farkındalıkları artırmaktır. Aynı zamanda telefon veya SMS ile davet yoluyla tarama oranlarındaki değişimi incelemektir. Bu çalışmada gerçek iş akışı içinde yürütülmesi gereken bir hizmet olan kanser taramaları ile ilgili ulaşılabilirliği artıran düzenlemeler yaparak birinci basamak sağlık kuruluşlarında erken tanı ve tarama programlarına önem verilmesi ve tarama oranlarının artırılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarama nedir?

Tarama; hastalık riski taşıyan ancak herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen bireylerin, erken dönemde tespit edilmesi amacıyla yapılan muayene ve testlerdir. Taramanın amacı kesin tanı koymak değil, asemptomatik bireyleri erken evrede belirlemektir.(6) Tarama programları sayesinde hastalıkların daha kolay yönetilmesi ve tedavi edilmesi sağlanırken, tedavi maliyetleri de azalmaktadır. Tarama testleri sonucu pozitif saptanan ya da şüpheli bulunan olgular ileri tetkik için gerekli tıbbi birimlere yönlendirilir.(7).

Aile hekimi, kendisine kayıtlı her bireye koruyucu, tedavi edici ve kapsamlı sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. (8). Aile hekimi, koruyucu sağlık hizmetleri ile toplumun genel sağlık düzeyinin artmasında kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle 2013 yılında "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'' ile aile hekimleri kanser tarama programlarına dahil edilmiştir. Aile hekimleri, kanser tarama programlarının topluma anlatılmasında, tarama yapılacak hedef nüfusun davet edilerek taramalara katılımın artırılmasında ve tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde önemli rol oynamaktadır.(9)

Kanser tarama programları; kanser riski olan bireylerin erkenden tespit edilmesini ve erken tedavi edilerek kanser nedenli ölümlerin azalmasını sağlamaktadır. (10)

Ülkemizde Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı tarafından yürütülen ulusal kanser tarama programı kapsamında meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları yapılmaktadır.(11)

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimleri, bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Aile hekimleri, toplumun genel sağlık düzeyinin yükselmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, yüksek sağlık harcamalarının önüne geçilmesinde kilit rol oynamaktadır. Günümüzde artan kanser insidansları ve kansere bağlı ölümler göz önünde bulundurulduğunda kanser tarama programlarına katılım oranlarının artırılması zorunlu hale gelmektedir. Kadınlar arasında önemli sağlık problemleri haline gelen meme ve serviks kanser taramalarına katılım oranları ülkemizde henüz istenilen seviyeye ulaşmamıştır. Kadınların meme ve serviks kanser tarama programları ile

ilgili bilgilendirilmesi, farkındalıklarıyla birlikte tarama programlarına olan ilginin artırılması kadın sağlığı açısından önemlidir.

2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Küresel kanser istatistikleri incelendiğinde dünya genelinde kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türü meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser, serviks kanseri ve tiroid kanseridir. Kadınlar arasında en çok ölümle sonuçlanan kanser sıralamasında ise meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser, serviks kanseri ve karaciğer kanseri yer almaktadır.(12)

Tüm dünyada kadınlar arasında insidans ve mortalite oranları en yüksek kanser türü meme kanseridir. GLOBOCAN 2022 verileri, dünyada meme kanserinin yaşa standardize edilmiş insidans oranını yüz binde 46,8; yaşa standardize edilmiş ölüm oranını ise yüz binde 12,7 olarak rapor edilmiştir. (1)

IARC tarafından yaklaşık 50 ülkede yapılan bir analizde, meme kanserinin mevcut ve gelecekteki yükü değerlendirilmiş ve 2050 yılına kadar yılda 3,2 milyon yeni meme kanseri vakası ve 1,1 milyon meme kanser nedenli kayıp olacağı bildirilmiştir. Bu sonuçların sosyal ve ekonomik açıdan geri kalmış ülkeleri orantısız bir şekilde etkileyeceği tespit edilmiştir.(13)

Meme kanserinde sağ kalım açısından coğrafi ve ekonomik eşitsizlikler nedeniyle ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Aynı zamanda meme kanserinde erken teşhis ve tedaviye erişimde de küresel eşitsizlikler mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu gelişmiş ülkelerde, meme kanseri insidansı gelişmekte olan ülkelere kıyasla yüksek olmasına rağmen daha düşük mortalite oranına sahiptir.(14) Örneğin Kuzey Amerika ve Batı Avrupa gibi yüksek gelirli bölgelerde meme kanseri için beş yıllık sağ kalım oranları %90'ın üzerindedir. Bu oran düşük gelirli bölgelerde çok daha düşüktür. Örneğin Güney Afrika'da meme kanseri beş yıllık sağ kalım oranı %40, Hindistan'da %66'dır.(15) gelişmiş ülkelerde meme kanseri ilişkili ölüm oranlarının düşük olmasının önemli nedenlerinden biri

meme kanseri vakalarının çoğunlukla erken evrede teşhis edilebilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle erken teşhis programlarının düzenli ve etkili uygulanması ölüm oranlarındaki düşüşte önemli rol oynamaktadır. 2021 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından başlatılan Küresel Meme Kanseri Girişimi (Global Breast Cancer Initiative-GBCI) ile dünya genelinde meme kanserine bağlı ölüm oranlarının azaltılması hedeflenmiştir. DSÖ, üç temel strateji belirlemiştir. Bunlar erken tanı için sağlığın teşviki, zamanında meme kanseri tanısı ve kapsamlı meme kanseri yönetimidir. (16) Bu girişim ile 2040 yılına kadar 2,5 milyon ölümün önlenmesi amaçlanmıştır. DSÖ, ülkelerle iş birliği yaparak meme kanseri tarama programlarının oluşturulmasını teşvik etmektedir.

Ülkemizde meme kanseri, kadınlarda en yaygın görülen kanser olup, tanı alan her dört kadın kanserinden birinin meme kanseri olduğu bilinmektedir.(17) Türkiye'de meme kanseri sıklığında yıllar içerisinde artış görülmektedir. Bunun nedeni olarak, nüfusun artması, nüfusun yaşlanması, yaşam tarzı değişiklikleri ve düzensiz çekilen mamografi sayısının artması gösterilebilir. Ülkemizde meme kanseri sıklığı batı ve doğu bölgelerinde farklılık göstermektedir. Sağlık Bakanlığı 2018 verilerine bakıldığında Batı ve Doğu Anadolu bölgelerinde meme kanseri sıklığı 50/100.000 ve 20/100.000 'dir. Bölgeler arasındaki bu fark yaşam tarzı değişikliği ile açıklanmaktadır. Meme kanseri sıklığı özellikle 45-54 yaş aralığında daha fazladır.(2)

Meme kanseri tanısı alan kadınların çoğunda tanı ileri evrede konmaktadır. Ülkemizde 2019 yılında 20 bin kadınla yapılan geniş kapsamlı bir araştırmada kadınların tanı anında patolojik evre dağılımına bakıldığında; Evre 0 %4,7, Evre I %28,5, Evre II %48,3, Evre III%14,5, Evre I %4 oranında saptanmıştır.(5) Gelişmiş ülkelerde ise bu oran Evre 0 için %20-25, Evre I için %50-60 civarındadır. Bu oranlara bakıldığında ülkemizde meme kanseri tanısının geç konulduğu görülmektedir. Meme kanserinde tanı anındaki evre, hastalığın seyrini, sağkalım oranlarını ve uygun tedavi seçeneklerini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. İleri evrede teşhis edilen vakaların prognozu kötü ve sağkalım oranları düşüktür.

Ülkemizde kanser tedavisinin maliyeti yüksek olmakla birlikte, kanser olgularının çoğu ölümle sonuçlanmaktadır.(18) Meme kanserinden korunmak için yüksek riskli kadınların belirlenmesinde ve kanser taramalarının düzenli yaptırılmasında birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan aile hekimlerinin görevi büyüktür.

2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinin değiştirebilir ve değiştirilemez birçok risk faktörü vardır. Risk faktörlerinin varlığı meme kanseri olma ihtimalini artırsa da kesin yakalanma anlamına gelmemektedir. (19) Risk faktörlerine sahip kadınlar meme kanseri açısından yüksek risk grubunda tanımlanmaktadır. Obeziteden kaçınma, düzenli egzersiz, dengeli beslenme, alkol alışkanlıklarının olmaması, hormon replasman tedavisinin uzun süre kullanılmaması gibi sağlıklı yaşam davranışları ile risk faktörlerinin azaltılması ve tamoksifen gibi meme kanseri önleyici ilaçların kullanılması meme kanseri riskini %50 oranında azaltmaktadır.(2) Risk faktörlerini anlamak ve risk düzeyini tanımlamak, meme kanserinden korunma ve kanseri önleme açısından önem göstermektedir.

Kadın cinsiyet

Kadın olmak meme kanseri oluşumda en önemli risk faktörüdür.

Yaş

Meme kanseri riski yaşa bağlı olarak artmaktadır. Meme kanseri en çok 55 yaş ve üzeri kadınlarda görülmektedir.

Genetik faktörler

Meme kanseri vakalarının %5 ila %10'undan genetik faktörler sorumludur. BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları kalıtsal meme kanseri ile ilişkili en yaygın gen mutasyonlarıdır.

Aile Öyküsü

Birinci derece akrabalarda (anne, kız kardeş, kızı) meme kanseri tanısı olan kadınlarda kanser riski artmaktadır. Birinci derece akrabalarda iki kişide meme kanseri olması kişinin meme kanserine yakalanma olasılığını yaklaşık 3 kat artırmaktadır.

Irk/Etnik köken

Meme kanserine yakalanma olasılığı beyaz ırkta siyahi kadınlara göre daha yüksektir

Menarş ve Menopoz yaşı

Menstrüasyonun 12 yaşından önce başlaması ve menopoz yaşının 55 yaşından sonra olması meme kanseri riskini artırmaktadır. Östrojen ve progesteron hormonlarına maruziyetin artmasından kaynaklı meme kanseri riskinde artış olduğu belirtilmektedir.

Dens meme dokusu

Meme yoğunluğu bir mamografi bulgusudur. Mamografide yoğun meme dokusuna sahip kadınların normal meme dokusuna sahip kadınlara göre meme kanseri olma ihtimali daha yüksektir. Aynı zamanda yoğun meme dokusu, mamografi değerlendirmeyi zorlaştırabilmektedir.

Göğüs bölgesine radyasyon verilmesi

Radyoterapiye bağlı meme kanseri riski yaşa bağlı olarak değişmektedir. Genç yetişkinlikte radyoterapi alan kadınlarda meme kanseri riski daha yüksektir.

Aşırı kilolu veya Obez olma

Aşırı kilo ve obezite özellikle postmenopozal kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır.

Fiziksel hareketsizlik

Düzenli fiziksel aktivitenin kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir. Amerikan Kanser Derneği, bireylerin haftada 150 ile 300 dakika orta yoğunlukta veya 75 ile 150 dakika yüksek yoğunlukta aktivite yapmasını önermektedir.

Hiç doğum yapmamak

Hiç doğum yapmamış veya ilk doğumunu 30 yaşından önce yapmış olan kadınların meme kanseri riski daha yüksektir.

Emzirmeme

Özellikle 12 ay ve daha uzun süre emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir

Hormon Replasman Tedavisi

Beş veya yedi yıldan uzun süreli hormon replasman tedavisi kullanımı kadınlarda meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir.

Alkol kullanımı

Alkol tüketimi, özellikle alkol miktarına bağlı olarak meme kanseri riskini artırmaktadır.

2.4. Meme Kanseri Taramalarında Kullanılan Yöntemler

Türkiye'de kanser taramaları, toplum tabanlı taramalar ve fırsatçı taramalar ile gerçekleştirilmektedir. Toplum tabanlı taramalar, belirli yaşta ve risk grubunda olan bireylerin tarandığı organize tarama programlarına göre uygulanır. Fırsatçı taramalar ise farklı sebeplerle hastanelere başvuran bireylerin hekim önerisiyle taramalara dahil edilmesidir.

Ülkemizde toplum tabanlı kanser taramaları, Sağlık Bakanlığı'nın ulusal kanser tarama programı kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri içinde ücretsiz olarak yürütülmektedir. Meme kanseri taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve

Eğitim Merkezleri (KETEM) ile toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri arasında koordineli şekilde yürütülmektedir. (20) Aynı zamanda sağlık hizmetine kısıtlı erişimin olduğu bölgelerde meme kanseri taramaları için mobil mamografi araçları kullanılmaktadır.

Türkiye' de tarama programlarıyla kadınların yaklaşık %20-30'u taranabilmektedir. Bu oran en az %70 olan meme kanseri tarama hedefinin oldukça atında kalmaktadır. (21)

Meme kanseri taramasında; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi yöntemleri kullanılmaktadır.

2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesi kadınların meme kanseri ile ilgili farkındalıklarının artmasını sağlayan, kolay uygulanabilen, güvenilir ve etkili bir yöntemdir. Kadınların meme dokusunda oluşabilecek değişiklikleri erken tanıyabilmesini sağlar. Her kadının 20 yaşından itibaren ayda bir kez düzenli kendi kendine meme ve koltuk altı muayenesi yapması önerilmektedir. Memede ödem, asimetri, meme başında çekilme/akıntı, ele gelen kitle, ciltteki değişiklikler, koltuk altındaki değişiklikler vb. açısından kendi memelerini muayene etmeleri önemlidir. Adet gören kadınlarda adet başlangıcından sonraki 7-10. günler arası, menopoz olan kadınlarda her ayın aynı günü düzenli KKMM yapması önerilir.(22)

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların KKMM yapma sıklığı önemli derecede farklı bulunmuştur. Yurt dışı çalışmalarında kadınların her ay düzenli KKMM yapma sıklığı %41,2 ile %82,5 arasında iken ülkemizde bu oran %10,2 ile %24,4 arasında değişmektedir. Bu veriler ülkemizde kadınların KKMM'ye yönelik davranışlarının yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır. (23),(24) Kadınların meme kanserine yönelik farkındalığını artırmak amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından verilen KKMM eğitimlerin artırılması

vurgulanmaktadır.(21) Birinci basamak sağlık hizmetleri, kadınların meme kanseri erken tanısına ilişkin davranışlarını iyileştirmede kritik rol oynamaktadır.

2.4.2. Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi, 20 yaş üzeri kadınlarda üç yılda bir, 40 yaş üzeri kadınlarda yılda bir yapılması önerilen, hekim tarafından memenin fiziksel muayenesinin yapıldığı periyodik sağlık kontrollerindendir. Özellikle 40 yaşın altında mamografi yapılamayan kadınlarda deneyimli hekim tarafından meme dokusunun değerlendirilmesi önemlidir. KMM, mamografi ile bulunamayan kanserleri tespit edebilir.(25)

Ancak KMM'nin tek başına meme kanserinin erken tanısında etkinliği halen tartışmalıdır.(26)

2.4.3. Mamografi

Meme kanseri taramalarında erken tanı ile tedavi başarısını yükselten en etkili yöntem mamografidir.

Kadınlarda yaş ilerledikçe meme kanseri olma ihtimali artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yeni tanı meme kanseri vakaları %80 oranında 50 yaş üzeri kadınlarda görülmektedir.(27). Ülkemizde meme kanseri tanısı konulan kadınların %40,4'ünün 25-49 yaş arasında, %44,5'inin 50-69 yaş arasında olduğu görülmektedir. (28)

Türkiye' de 2004 yılında ulusal meme kanseri tarama programı kapsamında Avrupa ülkelerine benzer şekilde 50 yaş ve üzeri kadınların 2 yılda bir mamografi ile taranması kararı verilmiştir. Ancak 2012 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından mamografi taramaları yeniden düzenlenerek yüksek riskli olmayan kadınlarda taramalara 40 yaşında başlanması ve 40- 69 yaş arası kadınların 2 yılda 1 mamografi ile taranması önerilmektedir.(29) Bunun nedeni ülkemizde meme kanseri vakalarının büyük çoğunluğun 50 yaş öncesi ve premenopozal dönemde olmasıdır.

2.5. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık örgütü verilerine göre 2022 yılında 666.000 yeni tanı serviks kanseri tespit edilmiş, 350.000 kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Serviks kanserinin insidans ve ölüm oranları en yüksek olan bölgeler Sahra altı Afrika, Orta Amerika ve Güneydoğu Asya'dır.(30) Aşılama, tarama ve tedaviye erişimdeki yetersizlikler, HIV yaygınlığı, sosyoekonomik yetersizlikler nedeniyle günümüzde servikal kanser nedenli ölümlerin %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Serviks kanseri gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda kanser kaynaklı ölümlerin önde gelen nedenlerindendir.(31).

Dünyada kanserler arasında insidans ve mortalite oranlarına bakıldığında serviks kanseri 4. sırada yer almaktadır. Ülkemizdeki görülme sıklığına bakıldığında 12.sırada, mortalitede ise 11. sırada yer almaktadır. (1)

Serviks kanseri, dünyada görülen en sık jinekolojik kanserdir. Serviks kanseri, endometrium kanseri, over kanseri, vulva ve vajina kanserleri jinekolojik kanserler olarak sıralanabilir. Jinekolojik kanserler arasında sadece serviks kanserinde, erken evrede tanı koyabilen tarama testleri mevcuttur. Bu sayede kadınlar arasında önemli sağlık problemi oluşturan serviks kanseri vakalarında henüz kanser başlamadan hastayı tespit etmek ve kansere bağlı ölümlerin önüne geçmek mümkündür.

Servikal kanser kaynaklı insidans ve mortalite oranlarında gelişmiş ülkelerde, tarama programlarının etkin uygulanması sayesinde azalma görülmektedir. (32). Yüksel gelirli ülkelerde HPV aşısı ve tarama programları sayesinde servikal kanser sıklığı ve ölüm oranları son 30 yılda yarıdan fazla azalmıştır.(33)

Kadınlarda hayat boyu en az bir kez Pap smear yaptırma oranı gelişmiş ülkelerde %85, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde %5 oranındadır(6). Bu eşitsizlik az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde taramalara katılım oranlarının düşük olduğunu bize açıkça göstermektedir. 35 yaş üzeri kadınların hayatları

boyunca yalnızca bir kez yapılan tarama sayesinde kanserden ölme riski %70 oranında azalır.(31)

Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılında dünya genelinde rahim ağzı kanser insidansını 4/100.000 'in altına düşürmeye yönelik Servikal Kanser Eliminasyon Programını başlatmıştır. Bu projenin 2030 yılı hedefi, 15 yaş kız çocuklarının %90'ı HPV aşısıyla aşılanması, 35-45 yaş arasındaki kadın nüfusunun %70'inin taramasının yapılması ve tanı almış kadınların %90'ı tedavi edilmiş olmasıdır. (34)

2.5.1. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Serviks kanseri uzun yıllar semptom göstermeden ilerleyen, yavaş seyirli ve kötü huylu bir tümördür. Serviks kanserine yatkınlığı arttıran başlıca risk faktörleri; Human papilloma virüs enfeksiyonu, erken yaşta cinsel ilişkiye başlama, çok sayıda cinsel partner, ilk doğumu erken yaşta yapmak, çok sayıda doğum yapmak, sigara kullanımı, uzun süreli OKS kullanımı, ailede serviks kanseri öyküsü, düşük sosyoekonomik düzey şeklinde sıralanabilir. (35)

Human papilloma virüs:

İnsan papilloma virüsü, cinsel temas yoluyla veya direkt temas yoluyla bulaşan, 200' den fazla farklı türe sahip çift sarmallı DNA virüsüdür. Düşük, orta ve yüksek riskli HPV tipleri mevcuttur. HPV 6 ve HPV 11 düşük riskli HPV türlerindendir ve genital siğillerden sorumludur, kansere neden olmazlar. Yüksek riskli HPV türlerinden olan HPV 16 ve HPV 18 servikal kanser etiyolojisinde en önemli risk faktörleridir. (36)

Cinsel yaşam faktörleri:

Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak, çok sayıda cinsel partner olması ve çok eşli partnerin varlığı kadınların HPV bulaş riskini artıran ve HPV enfeksiyonu ile ilişkilendirilen risk faktörleridir.(37)

15 yaşından önce ilk cinsel ilişkiye başlamak kadınlarda serviks kanser riskini 10 kat artırmaktadır. Literatürde dörtten fazla cinsel partneri olan kadınlarla tek eşli kadınlar kıyaslandığında serviks kanseri olma ihtimalinin dörtten fazla cinsel partneri olan kadınlarda 3,6 kat arttığı bildirilmiştir.(38). Bununla birlikte çok eşli erkeklerle birlikteliği olan kadınlarda serviks kanser riskinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. (39)

Erken yaşta doğum ve doğum sayısı:

HPV pozitif kadınlarla yapılan çalışmalarda artan doğum sayısı ile serviks kanseri riskinin arttığı gösterilmiştir. IARC (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)' nin analizine göre serviks kanser riski, yedi ve daha fazla term gebeliği olan HPV pozitif kadınlarda hiç doğum yapmamış kadınlara göre 4 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir.(40)

Oral kontraseptif kullanımı:

Oral kontraseptif kullanımı ile kadınlarda serviks kanseri riskini artırması kullanım süresiyle ilişkilendirilmiştir. Uzun süre OK kullanımının serviks kanser riskini artırdığı, ancak OK kullanımı bırakıldıktan sonra riskin azaldığı bilinmektedir. (35)

Sigara kullanımı:

Sigara içen kadınların servikal mukusunda bulunan kanserojen maddelerin servikal hücrelerde DNA hasarına yol açarak servikal kanser oluşumuna zemin hazırladığı düşünülmektedir. Sigara kullanan kadınların kullanmayan kadınlara oranla serviks kanseri olma ihtimali 2 kat daha yüksektir. (41) (35)

Ailede serviks kanser öyküsü:

Ailesel serviks kanser öyküsü değiştirilemeyen risk faktörlerinden biridir. Genetik yatkınlığa bağlı olarak birinci derece akrabalarda (anne, kız kardeş, kızı) serviks kanseri olan kadınların serviks kanser riski daha yüksektir.(35)

2.5.2. Serviks Kanserinde Taramanın Yeri

Serviks kanserinin en önemli nedeni HPV'nin kalıcı enfeksiyonudur. Neredeyse servikal kanserlerin tümü HPV enfeksiyonu ile ilişkilidir. HPV en sık cinsel yolla bulaşmaktadır. Kadınlarda serviks kanserinin en sık neden olan HPV türlerinin HPV 16 ve 18 olduğu bilinmektedir. HPV 16 ve 18 genotipleri tüm dünyadaki serviks kanser vakalarının %70' inden sorumlu tutulmaktadır.(42) . Ayrıca serviks kanser hastalarının %99,9' unda HPV DNA pozitifliği gösterilmiştir. (WHO,2022)

Serviks kanserinin en önemli risk faktörü olan HPV enfeksiyonundan birincil korunma yöntemi olarak risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve HPV aşısı önerilmektedir. İkincil korunma ise HPV DNA testi ve Pap smear testi ile tarama ve erken tanı yöntemlerini içermektedir. (35)

HPV enfeksiyonundan korunmanın en etkili yolu HPV aşısıdır. 2023 yılı itibariyle dünyada 6 farklı HPV aşısı bulunmaktadır. Gardasil, Gardasil 9 ve Cervarix koruyuculuğu olan aşılardandır. Gardasil aşısı HPV 6,11,16 ve 18; Cervarix ise HPV 16,18 alt tiplerine karşı koruma sağlamaktadır. Gardasil 9 aşısı HPV 6,11,16,18,31,33,45,52 ve 58 alt tiplerine etki etmektedir. Son yıllarda geliştirilen diğer aşılar; Cecolin, Walrinvax, Cervavac'tır.(43) Cinsel aktif dönemden önce yapılan HPV aşısı yeni bir enfeksiyon gelişimini önlemektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 9-14 yaş aralığındaki kız çocuklarına 1 veya 2 doz HPV aşısının yapılmasını önermektedir.(30)

Çoğu kadında HPV enfeksiyonunda tedavi ihtiyacı olmadan kendiliğinden geçmektedir. Ancak bazı risk faktörlerinin varlığıyla birlikte yüksek riskli HPV tipleriyle enfekte olan durumlarda, HIV ile baskılanmış immün sistem varlığında enfeksiyon kalıcı hale gelerek prekanseröz lezyonların oluşumuna neden olabilir. (44)

Serviks kanserinde prekanseröz lezyonların kanser hücrelerine dönüşmesi yaklaşık 10-20 yıllık bir süreci kapsamaktadır. Serviks kanseri erken evrede genellikle asemptomatiktir. Düzensiz vajinal kanama, vajinal akıntı, pelvik ağrı, cinsel ilişki sırasında ağrı gibi belirtiler ileri evrelerde ortaya çıkmakta ve hastalık

ileri evrede teşhis edilmektedir. Bu nedenle tarama testleri prekanseröz lezyonların saptanmasında önemlidir.(44)

Serviks kanserinin en sık 35-44 yaş aralığında görülmekte olup ortalama tanı yaşı 50'dir. 20 yaşın altında serviks kanser görülme sıklığı nadirdir.(45)

Serviks kanserinin belirti ve semptomları ileri evrelere kadar ortaya çıkmadığından dolayı geç tanı konan serviks kanserinin tedavi şansı daha azdır.(46)

HPV-DNA ve PAP smear testi, serviks kanseri taramasında kullanılan iki farklı testtir. HPV DNA testi, rahim ağzında HPV enfeksiyonunu tespit etmek amacıyla yapılır. Pap smear testinde, rahim ağzı ve serviks kanalından fırça yardımıyla alınan hücre örnekleri mikroskop altında incelenerek var olan hücresel anormallikler araştırılır.(Keten, 2024) Bu testler sayesinde risk altındaki kadınlar henüz malignite gelişmeden tespit edilmekte ve erken teşhis konulmaktadır.

HPV DNA testinin duyarlılığı %66-100, özgüllüğünün %61-96 olduğu bilinmektedir.(48)

2.5.3. Türkiye'de Serviks Kanseri Tarama Programı

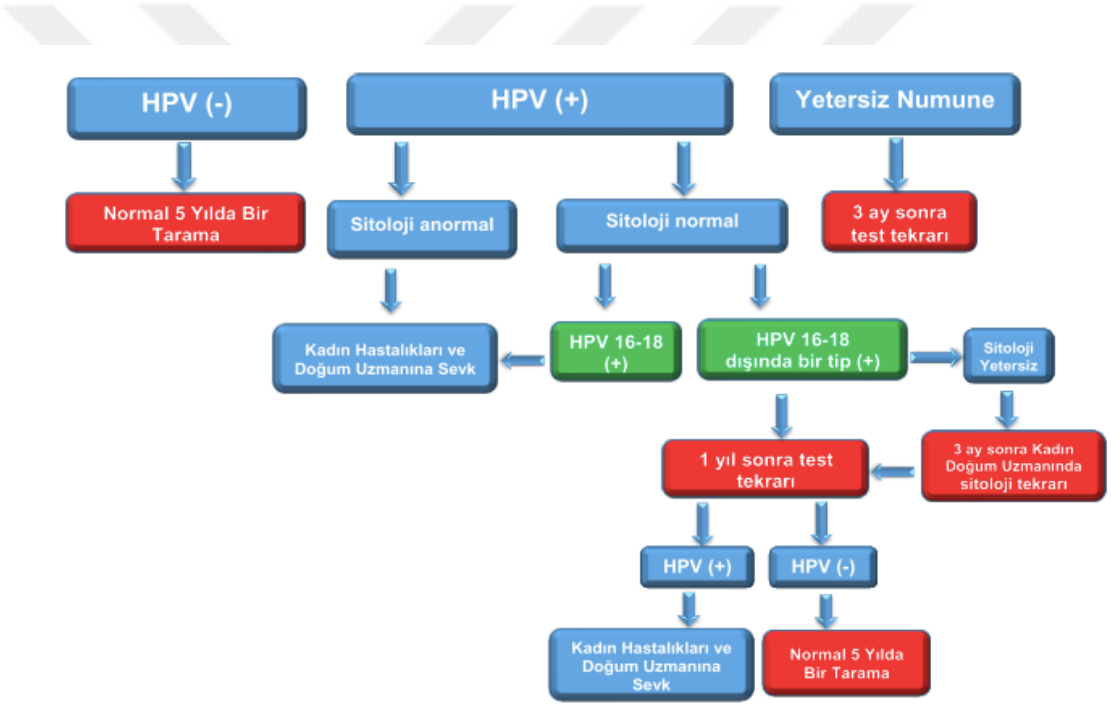
Serviks kanseri ülkemizde de kadınlar açısından ciddi sağlık problemleri oluşturmaktadır. Türkiye'de servikal kanser taramaları uzun yıllardan beri servikal smear ile fırsatçı tarama şeklinde yapılmaktadır. Fakat planlanan fırsatçı tarama programında hedeflenen kadın nüfusunun sadece %20'si taranmış olurken, hedeflenen %70 kapsama oranına ulaşılamamıştır. 2014 yılında değişikliğe gidilerek toplum tabanlı serviks kanseri tarama modeline geçilmiştir.(49) Bu kapsamda HPV-DNA testi temel tarama yöntemi olarak belirlenmiştir.

Güncel tarama protokolüne göre:

- 30-65 yaş arası (30 ve 65 yaş dahil) kadınlara 5 yılda 1 HPV DNA testi yapılması,
- HPV testi negatif olan bireylerin 5 yıl sonra tekrar taranması,

- HPV testi pozitif çıkan bireylerde Pap smear testi yapılması, anormal smear sonucu olanların kolposkopi için yönlendirilmesi
- HPV 16 ve 18 pozitif bulunan bireylerin doğrudan kolposkopiye yönlendirilmesi gerekmektedir.

65 yaşındaki bireylerde son iki test sonucu negatif gelmesi durumunda tarama sonlandırılır. Yetersiz numune gelen testler 3 ay sonrasında tekrar planlanmalıdır. Türkiye Kanser Kontrol Programına ait güncel tarama algoritması Şekil 1' de gösterilmektedir.



Şekil 1. HPV Tarama Algoritması, 2020(6)

2.6. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, ilk olarak Hochbaum ve Rosenstock tarafından 1950'li yıllarda insanların hastalıklardan korunma ve erken teşhis programlarına yetersiz katılım nedenlerini açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Sonraki yıllarda insanların teşhis

edilen hastalıklara yönelik tepki ve davranışlarını, tedaviye uyumlarını incelemek amacıyla genişletilmiştir.(50)

Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlıkla ilişkili davranışlarını, sağlık ihtiyaçları ile ilgili algılarını anlamaya yönelik oluşturulan bir modeldir.(51)

Sağlık İnanç Modeli, bireyin inançları ile davranışları arasında ilişki olduğunu belirtir. Bireylerin sağlığa ilişkin eylemleri yapmasında veya yapmamasında neyin motive ettiğini açıklayan bir modeldir. Bireylerin sağlık davranışlarını belirleyen inanç ve tutumları ortaya konulduğunda, tutumlarda değişiklik oluşturabilmek mümkün hale gelecektir.(52)

Sağlık İnanç Modeli kullanılarak kanser taramaları başta olmak üzere birçok hastalıkta bireylerin sağlık davranışlarının incelendiği çalışmalar yapılmaktadır.(53) Bireylerin kanser taramalarına ve erken tanı yöntemlerine karşı tutum ve davranışlarını belirlemede kullanılan en yaygın modeldir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, Sağlık İnanç Modeli ile yapılan çalışmalar incelenmiş olup, bu model ile kendi kendine meme muayenesi uygulaması, mamografi yaptırılması, diyabet ile ilgili uygulamaları yararlı bulma, osteoporozun önlenmesi gibi koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında kullanılmıştır. (54)

Sağlık İnanç Modeli; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar/motivasyon, sağlık motivasyonu ve algılanan engel olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.(51)

1. Algılanan Duyarlılık: Kişinin hastalığa yakalanma riskinin olduğuna inanmasıdır.
2. Algılanan Ciddiyet: Kişinin bir hastalığın ciddi sonuçlarını nasıl algıladığını ifade eder.
3. Algılanan yarar/motivasyon: Kişinin olumlu sağlık davranışlarının hastalıktan korunmada yararlı olacağına inanmasıdır.
4. Sağlık motivasyonu: Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesiyle ilgili davranışlara yönelik kişinin ilgi ve istek durumunu ifade eder.
5. Algılanan Engel: Kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Kesitsel, analitik tipte bir çalışmadır. Ağustos 2022-Kasım 2022 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik EAH Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Çalışmaya Marmara Üniversitesi Pendik EAH Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 30-69 yaş arası tüm kadınlar dahil edilmiştir. MÜPEAH Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde bulunan 4 aile hekimliği birimine kayıtlı 30-69 yaş arası toplam 2672 kadın bulunmaktadır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri

- 30-69 yaş arası olmak
- Meme ve/veya serviks kanser taramalarını yaptırmamış olmak
- Meme veya serviks kanser öyküsü olan hastalar kontrol taramalarını birinci basamakta yaptırıp yaptırmadıklarını görmek amacıyla,
- Meme kanseri öyküsü olan kadınlar serviks kanser taramalarının takibinin yapılabilmesi nedeniyle
- Serviks kanser öyküsü olan kadınları ise meme kanser taraması açısından değerlendirilmesi için çalışmaya dahil edilmiştir.
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Hariç tutulma Kriterleri

- Aktif meme kanser tedavisi gören kadınlar

- Aktif serviks kanser tedavisi göre kadınlar

3.4.Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Sosyodemografik veri anketi, “Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’’ ve “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği’’ kullanılmıştır. Ayrıca kadınların Gail Risk Modeli ile 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri risk düzeyleri hesaplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formu

Form toplamda 17 sorudan oluşmaktadır. Kadınların tanıtıcı özellikleri ile sigara ve alkol alışkanlıklarını içeren 8 soru, menstrüasyon ve doğurganlık özelliklerini içeren 6 soru, bireysel kanser öyküsü ile ailesel meme ve serviks kanser öyküsünü içeren 3 soru bulunmaktadır.

- Yaş: Açık uçlu soruldu. Anketin yapıldığı 2022 yılı tarihindeki yaş verileri kabul edildi. Analizlerde 41 yaş ve altı, 41 yaş üstü şeklinde yaş grupları oluşturuldu.
- Boy ve Kilo: Açık uçlu soruldu. VKİ (kg/m2) araştırmacı tarafından hesaplandı.
- Medeni durum: Evli, bekar, boşanmış/dul olarak kategorize edildi. Analizlerde evli, bekar/boşanmış şeklinde yeniden kategorize edildi.
- Eğitim durumu: İlköğretim, ortaöğretim, lise, üniversite mezuniyet durumu sorgulandı. Analizde eğitim durumu 8 yıl ve daha az ,8 yıldan fazla şeklinde gruplandırıldı.
- Çalışma durumu: Açık uçlu soruldu. Analizde çalışıyor ve çalışmıyor şeklinde kategorize edildi. Ev hanımı ve emekli olanlar çalışmıyor kategorisine dahil edilirken, diğer meslek grupları çalışıyor kategorisine alındı.
- Gelir durumu: Açık uçlu soruldu. Analizde 2022 yılındaki asgari ücrete (5500tl) göre gruplandırıldı.

- Emzirme durumu ve süresi: Emzirme durumu evet/hayır şeklinde sorgulandı, evet ise en uzun emzirme süresi “ay’’ olarak açık uçlu soruldu. Analizde emzirme süresi 12 ay ve altı ,12 ay üstü olarak gruplandırıldı.
- Birinci basamakta smear testi yaptırma durumu: Son 5 yıl içinde smear yaptırma durumu sorgulandı. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde smear yaptıran kadınların cevabı “evet” olarak kabul edilirken, hastanede yaptıranlar, hiç yaptırmayanlar ve son smear testinin üzerinden 5 yıldan fazla süre geçen kadınların cevabı “hayır” kabul edilmiştir.
- Birinci basamakta mamografi yaptırma durumu: Son 2 yıl içinde KETEM’de mamografi yaptıran kadınların cevabı “evet” kabul edilirken, hastanede yaptıranlar, hiç MMG yaptırmamış olanlar ve son MMG taramasının üzerinden 2 yıldan fazla süre geçen kadınların cevabı “hayır” olarak kabul edilmiştir.

3.4.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçek, 1984 yılında Victoria Champion tarafından Sağlık İnanç Modeli temel alınarak meme kanseri taramaları için geliştirilmiştir. CSİMÖ, kadınların meme kanseri, mamografi ve KKMM ile ilgili inançlarını değerlendirmek amacıyla birçok faklı dilde uyarlanmış olup, Türkçe’ye de 3 farklı çalışma ile uyarlanmıştır. (Karayurt, 2003; Seçginli, 2003; Gözüm ve Aydın, 2003).(55)

Bu çalışmada Gözüm ve Aydın tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Champion Sağlık İnan Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek likert tiptedir. Ölçekte ifadeler “kesinlikle katılmıyorum’’ 1 puan, “katılmıyorum’’ 2 puan, “kararsızım’’ 3 puan, “katılıyorum’’ 4 puan, “kesinlikle katılmıyorum’’ 5 puan şeklinde puanlanır. Bu çalışmada ölçeğin; duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, mamografi yararları, mamografi engelleri olmak üzere toplam 30 önermeden oluşan 5 alt boyutu kullanılmıştır.

Duyarlılık: Kişinin meme kanserine yakalanma riskini ne kadar yüksek gördüğünü ifade eder.

Önemseme/ciddiyet: Kişinin meme kanseri sonuçlarının ciddiyetini algılayan kişinin olumlu tarama davranışını göstereceğini ifade eder.

Sağlık Motivasyonu: Kişinin sağlıklı olma isteği neticesinde mamografi taramasını yaptırmaya istekli olmasını ifade eder.

MMG Yararları: Kişinin mamografi yaptırmanın meme kanseri erken tanı ve tedavisinde faydası olacağına inanması taramalara katılımı artırdığını ifade eder.

MMG Engelleri: Kişinin mamografi yaptırmasının önündeki engellere ilişkin algısıdır.

Ölçeğin her alt boyut kendi içinde puanlanır ve değerlendirilir. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Puanların yükselmesi o alt boyutla ilgili algının yüksek olduğunu göstermektedir. Mamografi engelleri alt boyut puanını yüksek olması mamografi tarama davranışıyla negatif ilişkilidir.

3.4.3. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

Bu çalışmada kullanılan ölçek, Sağlık İnanç Modeli esas alınarak kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemek amacıyla Özmen ve Özsoy tarafından geliştirilmiştir.(52) 4 alt boyut ve 30 önermeden oluşan 5'li likert tipi ölçektir. Ölçeğin alt boyutları; Algılanan duyarlılık, Algılanan ciddiyet, Algılanan yarar, Algılanan engel şeklindedir. Ölçekte 22 olumlu ifade, 8 olumsuz ifade bulunmaktadır. Ölçekte ifadelerin puanlaması; "kesinlikle katılmıyorum'' 1 puan, "katılmıyorum'' 2 puan, "kararsızım'' 3 puan, "katılıyorum'' 4 puan, "kesinlikle katılmıyorum'' 5 puan şeklinde yapılır. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersten yapılmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 30, en yüksek puan 150'dir. Ölçek araştırmacının değerlendirdiği türde bir ölçektir.

3.4.4. Gail Risk Modeli

Meme kanseri risk tahmini için en sık kullanılan model Gail modelidir. Bu model, bir kadının 5 yıllık ve yaşam boyu (90 yaşına kadar) invaziv meme kanseri geliştirme

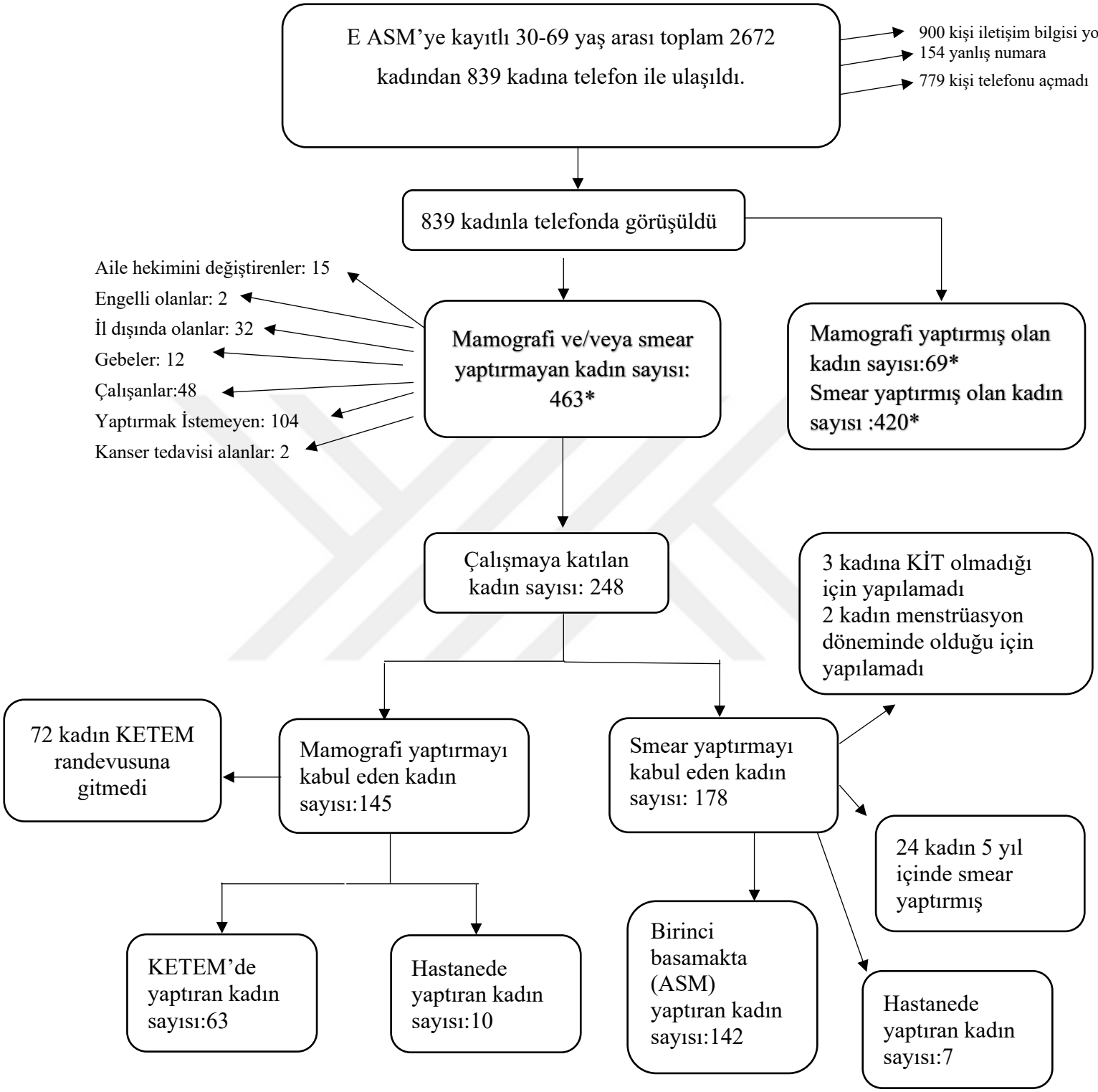
riskini tahmin etmek için kullanılmaktadır. Gail Modeli, Dr. Mitchell Gail tarafından yüksek riskli kadınların belirlenerek, meme kanseri tarama ve önleme stratejileri (tamoksifen kullanımı gibi) geliştirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Model, kadınların yaşı, adet görme yaşı (7-11 yaş, 12-13 yaş, 13 yaş üzeri), ilk canlı doğum yaşı (doğurmamış, 20 yaşından küçük, 20-24 yaş, 25-29, 30 veya üzeri), meme kanseri olan birinci derece akraba sayısı (0, 1, birden daha fazla), biyopsi sayısı (0, 1, birden fazla), biyopside atipik hiperplazi varlığı (evet/hayır) ve ırk/etnik köken olmak üzere yedi faktörden oluşmaktadır. (56)

Gail modeli sadece 35 yaş üstü kadınlarda kullanılmaktadır. Ayrıca daha önce invaziv meme kanseri, duktal karsinoma in situ veya lobuler karsinoma in situ tanısı almış kadınlarda kullanılmamaktadır.(57) Gail Modeline göre 5 yıllık risk %1,7 veya daha yüksek olan kadınlar yüksek riskli olarak sınıflandırılmaktadır. Yaşam boyu risk hesaplanırken aynı yaş grubundaki kadın popülasyonun risk düzeyine göre karşılaştırılma yapılmaktadır. Bizim çalışmamızda kadınların risk düzeyi hesaplanırken 35 yaş altındaki kadınların yaşı 35 kabul edilerek risk hesabı yapılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Marmara Üniversitesi Pendik EAH Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 30-69 yaş arası toplam 2672 kadının tamamı aile hekimliği birim sırasına göre Temmuz 2022 ile Ekim 2022 tarihleri arasında örneklem alınmaksızın aranarak telefona cevap veren 839 kadın ile görüşülmüştür. Sistemde telefon kaydı olmayan, iki kez aranıp telefona cevap vermeyen/meşgul çalan kadınlar ve çalışma esnasında şehir dışında olan kadınlar çalışma dışında bırakılmıştır. Kadınların MMG ve PAP Smear testi yaptırma ve/veya yaptırmama durumu öğrenilmiştir. Aynı zamanda Ekim 2022 ve Kasım 2022'de 1 ay arayla 2 hatırlatıcı SMS 30-69 yaş arası tüm kadınlara gönderilmiştir. Meme ve/veya serviks kanser taramaları yapılmamış olan kadınlar Aile Sağlığı Merkezi' ne davet edilmiştir. 248 kadın çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya dahil olan kadınlardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Veri Toplama Formu, Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği uygulanarak, kabul

eden kadınlara araştırmacı tarafından smear testi yapılmıştır. Mamografi yaptırmak isteyen 40 yaş ve üzeri kadınların mamografi randevuları alınıp KETEM'in iletişim ve adres bilgileri verilerek KETEM'e yönlendirilmiştir.



*Smear eksik olan, mamografi eksik olan ve smear ile mamografi eksik olan kadınları ayırdığımızda bazı kadınlar iki gruba da dahil edileceği için toplam katılımcı sayısına eşit olmamaktadır.

Şekil 2. Veri Toplama Şeması

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak yapılmıştır.
Araştırmanın tanımlayıcı istatistiklerinde kategorik veriler sayı ve yüzde değerleri ile sürekli veriler ortalama±standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile verilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiklerde kategorik veriler için Ki-kare testi, sürekli veriler için ikili gruplarda T testi ile analiz edilmiştir. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Etik Onay

Araştırma için, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.04.2022 tarih ve 09.2022.620 protokol kodu ile etik onay alınmıştır. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'ni tezde kullanabilmek için Prof. Dr. Dilek Özmen'den onay alınmıştır.
Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar bilgilendirilerek gönüllü onam formu imzalatılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmaya toplam 248 kadın dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 44,08±8,65 (min:30-maks:65) yıldır. Kadınların büyük çoğunluğunun evli (%88,3) olduğu görülmektedir. Kadınların %61,7 (s:153)' si ev hanımıdır. Farklı meslek gruplarında çalışan kadınların oranı ise %38,3'tür. Çalışan kadınların meslek dağılımı Tablo 1'de izlenebilir. Kadınların eğitim durumları incelendiğinde %56,8 (s:91)'i lise ve üstü eğitim durumuna sahiptir. Kadınların haneye giren ortalama aylık gelirleri veri toplama dönemindeki asgari ücrete (5500TL) göre gruplandırılmıştır. Buna göre kadınların %12,9'unun (n:32) hanesine bir asgari ücretin altında gelir girerken, sadece %5,6' sının (n:13) hanesine üç asgari ücretin üstünde gelir girmektedir. Tüm kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde (%)
Medeni Durum	EVLİ	219	88,3
	BEKAR	3	1,2
	BOŞANMIŞ/DUL	26	10,5
Eğitim Durumu	İLKÖĞRETİM	81	32,7
	ORTAÖĞRETİM	26	10,5
	LİSE	67	27,0
	ÜNİVERSİTE	74	29,8
Aylık Gelir	5500TL VE ALTI	63	25,4
	5501TL-11000TL	136	54,8
	11000TL ÜZERİ	49	19,8
Meslek	EV HANIMI	153	61,7
	ÖĞRETMEN	27	10,9
	İŞÇİ	15	6,0
	TEKSTİL	11	4,4
	MÜHENDİS	6	2,4
	MALİ MÜŞAVİR	9	3,6
	MEMUR	8	3,2
	EMEKLİ	8	3,2
	DANIŞMANLIK HİZM.	5	2,0
	HEMŞİRE	2	0,8
	AŞÇI	3	1,2
	ARKEOLOG	1	0,4
Yaş	Min-maks	Ortalama±SD	
	30-65	44,08±8.65	

Çalışmaya katılan kadınların genel sağlık durumları, sigara ve alkol alışkanlıkları ile ilgili veriler Tablo 2' de gösterilmiştir. Kadınların VKİ ortalaması 27,19±5,13 kg/m^2' dir. Kadınların fazla kilolu olduğu görülmektedir. Kadınlar arasında sigara kullanmayanların oranı %66,5 (s:165)'tir. Sigarayı bırakanların oranı %6,5 (s:16)'tir. Kadınların %92,3 (s:229)'ü daha önce hiç alkol içmemiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumları ve Alışkanlıkları

Boy (ortalama±SD)	160,88±6,16		
Kilo(ortalama±SD)	70,26±13,23		
VKİ (ortalama±SD)	27,19±5,13		
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara	Evet Hayır Bırakmış	67 165 16	27 66,5 6,5
Alkol	Evet Hayır Bırakmış	19 229 0	7,7 92,3 0

Tablo 3'te kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri ile bireysel ve ailesel kanser öyküsü verileri yer almaktadır. Kadınların ilk adet gördüğü yaş %74,6 (s:185) oranla 12-14 yaş arasındadır. Kadınların %83,5 (s:207)'inin 30 yaşından önce ilk doğumunu yaptığı görülmektedir.

Kadınların %93,5 (s:232)'i çocuklarını emzirmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu çocuklarını 24 ay boyunca emzirdiğini belirtmiştir. Ortalama emzirme süresi 20,36±9,13 (min:1, maks:48) aydır.

Çalışmaya katılan kadınların kanser öyküsü sorgulandığında 3 kadında geçmişinde meme kanseri, mide kanseri ve papiller tiroid karsinom tanılarının olduğu tespit edilmiştir.

Ailede meme ve serviks kanseri öyküsü verilerine bakıldığında 7 kadının 1. derece yakınında (anne, kız kardeş, kızı) meme kanseri bulunurken, çoğunlukla 2. derece yakınlarında (teyze, hala, büyükanne) meme kanseri tanısı bulunmaktadır. 5 kadının 1. derece yakınlarında serviks kanser öyküsü mevcuttur.

Tablo 3. Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk adet olduğu yaş	11 yaş ve altı	22	8,9
	12-14 yaş arası	185	74,6
	15 yaş veya üzeri	41	16,5
İlk doğumundaki yaş	Hiç çocuğu yok	8	3,2
	30 yaşından önce	207	83,5
	30yaşından sonra	33	13,3
Emzirme durumu	Evet	232	93,5
	Hayır	16	6,5
Emzirme süresi	12 ay ve altı	58	23,4
	12-24 ay arası	43	17,3
	24 ay	89	35,9
	24 ay üzeri	42	16,9
Menopoz durumu	Evet	59	23,8
	Hayır	189	76,2
HRT	Evet	27	10,9
	Hayır	221	89,1
OKS Kullanımı	Evet	91	36,7
	Hayır	157	63,3
Kanser öyküsü	Evet	3	1,2
	Hayır	245	98,8
Ailede meme kanser öyküsü	Evet	42	16,9
	Hayır	206	83,1
Ailede serviks kanser öyküsü	Evet	17	6,9
	Hayır	231	93,1

Tablo 4'te katılımcıların kanser tarama testlerini yaptırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih edip etmemesi ile ilgili veriler belirtilmiştir.
KETEM' de mamografi yaptıran kadınların oranı %35,7 (s:63)'tir. Çalışmaya katılan kadınların %64,3'sı birinci basamakta mamografi yaptırmak istememiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Birinci Basamakta Mamografi ve PAP Smear Yaptırma Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Birinci basamakta MMG yaptırma durumu	Evet	63	35,7
	Hayır	113	64,3
Birinci basamakta smear yaptırma durumu	Evet	142	63,4
	Hayır	82	36,6

Araştırmaya katılan kadınların ölçeklere verdikleri yanıtlara göre toplam ve alt boyutları puan ortalamaları analiz edilmiştir. CSİMÖ "duyarlılık'' alt ölçek puan

ortalaması 6,87±2,67; "önemseme/ciddiyet'' alt ölçek puan ortalaması 18,91±5,54; "sağlık motivasyonu'' alt ölçek puan ortalaması 20,86±2,91; "MMG yararları'' alt ölçek puan ortalaması 19,92±3,59; "MMG engelleri'' alt ölçek puan ortalaması 25,86±7,36 olarak bulunmuştur. (Tablo 5)

Tablo 5. Katılımcıların Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Min-Maks.	Ortalama ±SD	Madde Sayısı
Duyarlılık	3-15	6,87±2,67	3
Önemseme/Ciddiyet	6-35	18,91±5,54	6
Sağlık motivasyonu	7-25	20,86±2,91	5
Mamografi Yararları	5-25	19,92±3,59	5
Mamografi Engelleri	11-52	25,86±7,36	11

SKETTÖ "algılanan duyarlılık'' alt ölçek puan ortalaması 28,97±4,49; "algılanan önemseme/ciddiyet'' alt ölçek puan ortalaması 20,18±2,86; "algılanan yarar'' alt ölçek puan ortalaması; 24,50±3,67; "algılanan engel'' alt ölçek puan ortalaması 20,18±2,86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı ise 100,42±10,37'dir.(Tablo 6)

Tablo 6. Katılımcıların Serviks Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	Min-Maks.	Ortalama ±SD	Madde Sayısı
Algılanan Duyarlılık	18-44	28,97±4,49	9
Algılanan Önemseme/Ciddiyet	12-27	20,18±2,86	8
Algılanan Yarar	14-30	24,50±3,67	7
Algılanan Engel	12-27	20,18±2,86	6
Toplam	70-136	100,42±10,37	30

4.2. Karşılaştırmalı Analizler

4.2.1. Sosyodemografik Özellikler ile Kanser Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri ile çalışmamızın bağımlı değişkeni olan birinci basamakta meme ve serviks kanser taramalarına katılım durumları karşılaştırılmıştır. (Tablo 7, Tablo 8)

Birinci basamakta mamografi yaptırma durumu ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır(p=0.00). Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumu ile birinci basamakta mamografi yaptırma davranışı arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark vardır (p=0,00). Mamografi yaptıranların %61,9'u 8 yıldan daha az (ilk ve/veya ortaöğretim düzeyinde) eğitimli iken sadece %38,1'i lise ve/veya üniversite mezunudur. Eğitim düzeyi arttıkça birinci basamakta mamografi yaptırma oranının azaldığı görülmektedir.

Birinci basamakta mamografi yaptırma durumu ile aylık gelir arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,01). Mamografi yaptıran kadınların %77,8'inin aylık gelirinin bir asgari ücret ve fazlası olduğu; %22,2'sinin aylık gelirinin bir asgari ücretten az olduğu görülmektedir. Gelir arttıkça birinci basamakta mamografi yaptırma oranı artmaktadır.

Kadınların birinci basamakta meme kanser taramalarını yaptırma durumları ile sigara ve alkol alışkanlıkları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişki olmadığı görülmektedir (p>0,05). (Tablo 7)

Tablo 7. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Birinci Basamakta Meme Kanseri Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

		Birinci Basamakta MMG Yaptırma Durumu				
		Evet		Hayır		p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş	41 yaş altı 41 yaş ve üstü	7 56	7,5 36,1	86 99	92,5 63,9	**0,000**
Medeni Durum	Evli Bekar/Boşanmış	53 10	24,2 34,5	166 19	75,8 65,5	0,232
Eğitim Durumu	İlk/ortaöğretim Lise/Üniversite	39 24	36,5 17	68 117	63,5 83	**0,000**
Aylık Gelir	5500tl'den az 5500tl ve üzeri	14 49	43,8 22,7	18 167	56,2 77,3	**0,011**
Çalışma Durumu	Çalışıyor Çalışmıyor	18 45	20,7 28	69 116	79,3 72	0,210
Sigara Kullanımı	Evet Hayır/Bırakmış	18 45	27 25	49 136	73 75	0,748
Alkol Kullanımı	Evet Hayır/Bırakmış	5 58	26,5 25,5	14 171	73,5 74,5	1,00*

*Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Kadınların birinci basamakta smear testi yaptırma durumları ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır($p>0,05$). (Tablo 8)

Tablo 8. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Birinci Basamakta Serviks Kanser Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

		Birinci Basamakta Smear Yaptırma Durumu				
		Evet		Hayır		p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Medeni Durum	Evli Bekar/Boşanmış	150 16	68,5 55,2	69 13	31,5 44,8	0,152
Eğitim Durumu	İlk/ortaöğretim Lise/Üniversite	75 91	70,1 64,5	32 50	29,9 34,5	0,357
Aylık Gelir	5500tl'den az 5500tl ve üzeri	21 145	65,6 67,1	11 71	34,4 32,9	0,866
Çalışma Durumu	Çalışıyor Çalışmıyor	56 110	64,4 68,3	31 51	35,6 31,7	0,527
Sigara Kullanımı	Evet Hayır/Bırakmış	48 118	71,6 65,2	19 63	28,4 34,8	0,338
Alkol Kullanımı	Evet Hayır/Bırakmış	10 156	52,6 68,1	9 73	47,4 31,9	0,168
Yaş**		Ortalama±SD 44,23±8,58		Ortalama±SD 43,77±8,85		0,691

** T-testi

Katılımcıların birinci basamakta smear testi ve mamografi yaptırma durumları ile jinekolojik ve obstetrik özellikleri karşılaştırılmıştır.

Kadınların birinci basamakta mamografi yaptırma durumu ile menopoz durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p=0,001).

Çalışmaya katılan kadınların birinci basamakta mamografi yaptırma durumu ile menopoz durumu karşılaştırıldığında mamografi yaptırmayan kadınların %18,4'ünün menopozda olduğu; %81,6'sının menopozda olmadığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların birinci basamakta smear yaptırma durumu ile emzirme durumu arasında anlamlı fark bulunmaktadır. (p=0,01). Çocuklarını emziren kadınların smear testi yaptırma oranları %96,4; emzirmeyen kadınların oranı ise %3,6' dır.

Kadınlarda kanser tanısı, ailede meme ve/veya serviks kanser varlığı ile birinci basamakta smear ve MMG yaptırma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark izlenmemiştir. Kadınlara ait diğer özelliklerin karşılaştırılması Tablo 9'de verilmiştir.

Tablo 9. Jinekolojik ve Obstetrik Özellikler ile Birinci Basamakta Meme ve Serviks Kanser Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

		Birinci Basamakta Smear Yaptırma Durumu					Birinci Basamakta MMG Yaptırma Durumu				
		Evet		Hayır		P	Evet		Hayır		P
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İlk doğum yaşı	Çocuğu yok	3	1,8	5	6,1		0	0	8	4,3	
	30 yaştan önce	139	83,7	68	82,9	0,162	53	84,1	154	83,2	0,207
	30 yaştan sonra	24	14,5	9	11		10	15,9	23	12,4	
Emzirme Durumu	Evet	160	96,4	72	87,8	**0,01**	60	95,2	172	93	0,767
	Hayır	6	3,6	10	12,2		3	4,8	13	7	*
Emzirme Süresi	12ay ve altı	35	21,1	23	28,0	0,223	16	25,4	42	22,7	0,663
	12ay üstü	131	78,9	59	72,0		47	74,6	143	77,3	
İlk adet yaşı	11 yaş ve altı	14	8,4	8	9,8		5	7,9	17	9,2	
	12-14 yaş	122	73,5	63	76,8	0,634	43	68,3	142	76,8	0,198
	15yaş ve üzeri	30	18,1	11	13,4		15	23,8	26	14,1	
Menopoz durumu	Evet	41	24,7	18	22	0,633	25	39,7	34	18,4	**0,001**
	Hayır	125	75,3	64	78		38	60,3	151	81,6	
HRT	Evet	17	10,2	10	12,2	0,642	8	12,7	19	10,3	0,593
	Hayır	149	89,8	72	87,8		55	87,3	166	89,7	
OKS kullanımı	Evet	60	36,1	31	37,8	0,799	25	39,7	66	35,7	0,569
	Hayır	106	63,9	51	62,2		38	60,3	119	64,3	
Kanser tanısı	Evet	1	0,6	2	2,4	0,255	0	0	3	1,6	0,573
	Hayır	165	99,4	80	97,6		63	100	182	98,4	
Ailede meme ca	Evet	31	18,7	11	13,4	0,299	13	20,6	29	15,7	0,365
	Hayır	135	81,3	71	86,6		50	79,4	156	84,3	
Ailede serviks ca	Evet	12	7,2	5	6,1	0,740	4	6,3	13	7	1,00
	Hayır	154	92,8	77	93,9		59	93,7	172	93	

4.2.2. Kanser Taramalarına Katılım Durumları ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Birinci basamakta smear yaptırma durumuna bakıldığında smear yaptıran kadınlarda sağlık motivasyon puanı (20,51±3,11) yaptırmayan kadınlara (21,57±2,36) göre düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. (p=0,007). Tablo 10' da kadınların birinci basamakta smear ve mamografi yaptırma durumları ile CSİMÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Tablo 10. Kadınların Smear ve Mamografi Yaptırma Durumları ile Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması*

Ölçek alt boyutları	Birinci basamakta smear yaptırma durumu			Birinci basamakta MMG yaptırma durumu		
	Evet(n:166) Ort±SD	Hayır(n:82) Ort±SD	P	Evet (n:63) Ort±SD	Hayır(n:185) Ort±SD	P
Duyarlılık	7,01±2,71	6,59±2,59	0,237	6,71±2,83	6,92±2,62	0,591
Önemseme/ Ciddiyet	19,19±5,48	18,35±5,63	0,262	19,40±6,05	18,75±5,36	0,425
Sağlık motivasyonu	20,51±3,11	21,57±2,36	**0,007**	20,86±2,66	20,86±3,01	0,986
Mamografi yararları	19,78±3,82	20,20±3,08	0,356	20,51±3,27	19,71±3,68	0,130
Mamografi engelleri	25,87±7,66	25,85±6,77	0,989	25,79±8,05	25,89±7,14	0,931

*T testi

Kadınların birinci basamakta smear yaptırma durumu incelendiğinde, smear yaptıran kadınlarda SKETTÖ toplam puan ortalamasının (101,34±11,03) yaptırmayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. (p=0,033)

Birinci basamakta smear yaptırma durumu ile algılanan duyarlılık alt boyutunun puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,041). Smear yaptıran kadınlarda duyarlılık puan ortalamasının yaptırmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. (29,38±4.40 vs. 28,15±4,57)

Tablo 11'da kadınların birinci basamakta smear ve mamografi yaptırma durumları ile SKETTÖ alt boyutlarının ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili veriler yer almaktadır.

Tablo 11. Kadınların Smear ve Mamografi Yaptırma Durumları ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması*

Ölçek alt boyutları ve Toplam puan	Birinci basamakta smear yaptırma durumu			Birinci basamakta MMG yaptırma durumu		
	Evet (n:166) Ort±SD	Hayır(n:82) Ort±SD	P	Evet (n:63) Ort±SD	Hayır(n:185) Ort±SD	P
Algılanan Duyarlılık	29,38±4.40	28,15±4,57	**0,041**	29,89±3,98	29,00±4,66	0,866
Algılanan Önemseme/ Ciddiyet	27,05±5,47	27,05±5,47	0,236	27,57±5,46	26,50±5,06	0,157
Algılanan yarar	24,75±3,81	24,00±3,34	0,132	24,81±3,34	24,39±3,78	0,439
Algılanan engel	20,16±2,81	20,21±2,98	0,908	19,84±3,00	20,29±2,81	0,281
SKETTÖ Toplam	101,34±11,03	98,57±8,68	**0,033**	101,11±10,49	100,19±10,35	0,543

*T testi

Kadınların eğitim durumuna bakıldığında önemseme/ciddiyet alt boyut puan ortalaması ile arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p=0,00) Eğitim durumu 8 yıldan daha az (ilköğretim veya ortaöğretim mezunu) olan kadınların önemseme/ciddiyet algısının eğitim durumu 8 yıldan daha fazla(lise veya üniversite mezunu) olan kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (20,42±5,36 vs. 17,77±5,41). Yaş, medeni durum, çalışma durumu ve aylık gelir ile bütün ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Tablo 12'de kadınların tanıtıcı özellikleri ile Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir.

Tablo 12. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile CSİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Duyarlılık Ort±SS	Önemseme/Ciddiyet Ort±SS	Sağlık motivasyonu Ort±SS	Mamografi Yararları Ort±SS	Mamografi Engelleri Ort±SS
Yaş					
41 yaş altı	6,95±2,45	19±5,12	20,80±2,83	19,40±3,36	25,58±6,26
41yaş ve üstü	6,83±2,80	18,86±5,79	20,90±2,98	20,23±3,70	26,03±7,97
p	0,732	0,852	0,780	0,079	0,621
Medeni Durum					
Evli	6,90±2,69	19,00±5,46	20,88±2,86	19,96±3,45	25,69±7,23
Bekar/Boşanmış	6,62±2,51	18,31±6,12	20,72±3,38	19,55±4,60	27,17±8,33
p	0,592	0,532	0,786	0,63	0,309
Eğitim Durumu					
İlk/ortaöğretim	7,14±2,78	20,42±5,36	20,98±2,68	20,32±3,41	26,80±7,69
Lise/Üniversite	6,67±2,58	17,77±5,41	20,77±3,10	19,61±3,71	25,15±7,05
p	0,167	**0,00**	0,579	0,125	0,080
Aylık Gelir					
5500TL altı	7,41±3,08	8,53±6,20	21,13±3,17	20,22±4,22	26,50±8,02
5500TL ve üstü	6,79±2,60	18,97±5,4	20,82±2,89	19,87±3,50	25,77±7,28
p	0,225	0,675	0,587	0,610	0,601
Çalışma durumu					
Çalışıyor	7,38±2,54	19,16±5,54	20,64±3,25	19,70±3,91	25,24±6,87
Çalışmıyor	6,60±2,71	18,78±5,54	20,98±2,73	20,03±3,42	26,20±7,62
p	**0,027**	0,609	0,386	0,491	0,330

Kadınların eğitim durumuna bakıldığında, 8 yıldan daha az eğitim düzeyine sahip kadınların önemseme algılarının (27,76±5,38) lise veya üniversite mezunu olan kadınlardan (26,03±4,90) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p=0,009). Tablo13' de kadınların bazı sosyodemografik özellikleri ile serviks kanserin erken tanısına ilişkin tutumları ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Tablo 13. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile SKETTÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Algılanan Duyarlılık Ort±SS	Algılanan Önemseme/Ciddiyet Ort±SS	Algılanan yarar Ort±SS	Algılanan engel Ort±SS	Toplam Ort±SS
Yaş					
41 yaş altı	29,51±4,47	26,62±4,95	24,95±3,79	20,04±2,71	101,12±10,49
41yaş ve üstü	28,65±4,48	26,86±5,32	24,23±3,58	20,26±2,95	100,01±10,32
p	0,147	0,723	0,138	0,567	0,415
Medeni Durum					
Evli	28,98±4,44	26,79±5,06	24,55±3,68	20,21±2,82	100,54±10,26
Bekar/Boşanmış	28,90±4,88	26,62±6,04	24,10±3,60	19,90±3,15	99,52±11,33
p	0,924	0,865	0,537	0,574	0,618
Eğitim Durumu					
İlk/ortaöğretim	29,38±4,95	27,76±5,38	24,62±3,40	20,14±3,10	101,90±11,02
Lise/Üniversite	28,66±4,09	26,03±4,90	24,41±3,87	20,21±2,67	99,30±9,74
p	0,221	**0,009**	0,663	0,859	0,051
Aylık Gelir					
5500TL altı	29,59±5,03	27,56±6,02	24,22±3,45	19,94±2,97	101,31±11,68
5500TL ve üstü	28,88±4,41	26,66±5,04	24,54±3,71	20,21±2,85	100,29±10,19
p	0,402	0,357	0,643	0,612	0,604
Çalışma durumu					
Çalışıyor	28,70±3,91	26,20±4,96	24,68±3,36	20,15±2,67	99,72±9,13
Çalışmıyor	29,12±4,77	27,09±5,27	24,40±3,83	20,19±2,97	100,80±11,00
p	0,486	0,196	0,575	0,910	0,436

4.2.3. Kadınların Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Karşılaştırmalı Analizler

Çalışmaya katılan kadınların Gail modeline göre 5 yıllık meme kanseri riskleri hesaplandığında, kadınların %95,2'sinin (n:236) düşük riskli, %4,8'inin (n:12) yüksek riskli olduğu saptanmıştır.

Kadınların Gail modeline göre beş yıllık meme kanseri riskinin ortalaması %0,87±0,49 (min:0,30 maks:4,30), yaşam boyu riskinin ortalaması %10,94±2,42 (min:6,9-maks:28,10) olarak belirlenmiştir.

Tablo 14' te kadınların Gail modeline göre beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riski ortalamaları görülmektedir.

Birinci basamakta mamografi yaptıran kadınların yaptırmayanlara göre beş yıllık meme kanseri riski ve yaşam boyu meme kanseri riskinin yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,000, p=0,004). Tablo 14' de kadınların birinci basamakta mamografi yaptırma durumları ile meme kanseri beş yıllık ve yaşam boyu riskleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 14. Kadınların Meme Kanseri Riski ve Birinci Basamakta Mamografi Yaptırma Durumuna göre Meme Kanseri Risk Düzeyi

	Gail'e göre katılımcıların meme Ca riski Ort±SD (Min-Maks.)	Birinci basamakta MMG yaptırma durumu		
		Evet (n:63) Ort.±SS	Hayır (n:185) Ort.±SS	p
5 yıllık risk	0,87±0,49 (0,30-4,30)	1,10±0,36	0,80±0,51	0,000
Yaşam boyu risk	10,94±2,42 (6,9-28,10)	11,20±2,47	10,11±2,47	0,004

Kadınların 5 yıllık meme kanseri risk durumları ile CSİMÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tüm alt boyutlarla istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)

Tablo 15. Kadınların 5 Yıllık Risk Analizi ile CSİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gail modeli	Duyarlılık Ort±SS	Önemseme/Ciddiyet Ort±SS	Sağlık motivasyonu Ort±SS	Mamografi Yararları Ort±SS	Mamografi Engelleri Ort±SS
5 yıllık risk					
Düşük (≤1,7)	6,86±2,65	18,86±5,48	20,89±2,93	19,86±3,62	25,83±7,33
Yüksek (>1,7)	7,08±3,15	20±6,74	20,33±2,77	21,08±2,94	26,50±8,40
p	0,778	0,488	0,521	0,249	0,759

Çalışmanın korelasyon analizi sonuçlarına göre, kadınların Gail modeline göre yaşam boyu meme kanseri riski ile duyarlılık algısı arasında; 5 yıllık meme kanseri risk düzeyi ile mamografi yarar algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon olduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu meme kanseri riski arttıkça duyarlılık algısının arttığı; 5 yılık meme kanseri riski arttıkça MMG yarar algısının arttığı görülmüştür.

Tablo 16. Korelasyon

		Gail yaşam boyu risk	Gail 5 yıllık risk	Duyarlılık	Önemseme/ Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	Mamografi Yararları	Mamografi Engelleri
Gail yaşam boyu risk	R	1	0,032	0,153	-,033	-,051	-,124	-0,72
	P		0,611	**0,016**	0,610	0,421	0,051	0,260
Gail 5 yıllık risk	R		1	0,073	0,011	-,017	0,126	0,036
	P			0,252	0,858	0,789	**0,047**	0,573
Duyarlılık	R			1	0,253	-,212	-,170	-,060
	P				0,000	0,001	0,007	0,344
Önemseme/Ciddiyet	R				1	-,023	0,122	0,180
	P					0,718	0,056	0,005
Sağlık Motivasyonu	R					1	0,350	-,166
	P						0,000	0,009
Mamografi Yararları	R						1	-,095
	P							0,137
Mamografi Engelleri	R							1
	P							

4.3. Tarama Sonuçlarının Klinik Olarak Değerlendirilmesi

Çalışma süresi boyunca ASM' ye kayıtlı 839 kadın ile telefonda görüşüldü. Meme ve serviks kanser tarama yaptırma/yaptırmama durumları öğrenildi.

Araştırmanın ilk veri toplama safhasında serviks kanser taraması için smear testi yaptıran kadın sayısı 420 idi. Serviks kanser taramasına katılma oranı %50,1 iken, birinci basamakta serviks kanser tarama yaptırma oranı%30,2 (n:127) idi. 293 kadın ise smear testini hastanede yaptırdığını belirtti.

Araştırmaya katılan ve serviks kanser taraması eksik olan 224 kadının toplam 149'unun (%66,5) davet üzerine serviks kanser taraması yapılmıştır. 142 kadının serviks kanser tarama testi çalışma süresi boyunca araştırmacı tarafından alınmıştır. 7 kadın ise serviks kanser taramasını özel hastanede yaptırmıştır.

Çalışma sırasında taramaları yapılan kadınların tarama sonuçları aile hekimleri tarafından değerlendirilmiştir.

- 132 kadının serviks kanseri tarama sonucuna bakıldığında; HPV sonucu negatif bulunmuştur.
- 10 kadının serviks kanseri tarama sonucunda HPV pozitif bulunmuştur. (HPV16,18 pozitifliği olan 5 kadın bulunmaktadır.)
- Bunların hepsinde servikal sitoloji sonuçları normal sonuçlanmıştır.

Çalışmanın ilk aşamasında yapılan telefon görüşmelerinde toplanan verilere göre 40 yaş üstü mamografi yaptıran kadın sayısı 69 (%18,5) olup; bunların 5'i (%7,2) birinci basamakta (KETEM) yaptırmıştır.

Araştırma esnasında sadece 58 kadın KETEM' e başvurarak mamografi yaptırmıştır. KETEM' de mamografi yaptıran kadınların tarama sonuçları aile hekimleri tarafından takip edilmiştir. 52 kadının mamografi sonucu BIRADS 1-2; 5 kadının sonucu BIRADS 0; 1 kadının sonucu BIRADS 3 şeklinde raporlanmıştır.

Araştırmaya katılan 5 kadının son iki yıl içinde KETEM' de mamografi sonucu bulunduğu için bunlar da mamografilerini birinci basamakta yaptıran kadınlar olarak kabul edilmiş olup, toplam 63 kadındır. 10 kadın ise mamografiyi hastanede yaptırmıştır. Dolayısıyla çalışmamıza katılan 40 yaş ve üstü 176 kadının arama ve yönlendirmelerimizle 73'ünün MMG taramaları tamamlanmış olup bu oran %41,5 olmuştur. Bunların 63'ü (%86,3) birinci basamakta yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 4 birim ve yaklaşık 12.000 kişiye sağlık hizmeti sunmakta olan bir Eğitim ASM' ye kayıtlı 30-69 yaş kadınların birinci basamakta yapılan meme ve serviks kanser taramalarına uyum durumları belirlenerek, telefonla ve SMS yoluyla meme ve serviks kanser taramalarının hatırlatılması, taramalara davet edilmesi ve tarama testlerinin birinci basamakta yapılmasının sağlanması şeklinde bu hizmetlere ulaşımın kolaylaştırılması halinde taramalara katılım oranlarını yükseltmek amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan kadınlar arasından davet edildikten sonra ASM'ye gelenlerin meme kanseri ve mamografi ile ilgili sağlık inançlarının belirlenmesi ve serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutumlarını gösteren iki farklı ölçek uygulanarak taramalar konusundaki sağlık inançları ve tutumları değerlendirilmiştir. Bu tutumlar ile tarama davranışı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Araştırmamızın telefon görüşmeleri yoluyla ilk verilerinin toplandığı aşamada serviks kanser taraması için smear testi yaptıran kadınların oranının %50 olduğu bunun çalışmamızdaki davet ve takipler sonrasında %66,5'e yükseldiği, bunların da %63,3'ünün birinci basamakta yaptırdığı görülmüştür. Aynı safhada çalışmamıza katılan 40 yaş ve üstü kadınların MMG taramalarını birinci basamakta yaptırma oranları da %18,5 olarak geriye dönük olarak saptanmıştır. Taramaları eksik olduğu saptanan kadınların araştırmacı tarafından ASM'ye davet edilmesi ve taramaların gerçekleştirilmesi sonrasında bu oran %41,5 olmuştur.

Çalışmaya katılan 248 kadının yaş ortalaması 44,08±8,65'yıldır. Kadınların %88,3'ü evli, %61,7'si ev hanımı ve %43,2'si 8 yıldan daha az eğitim seviyesine sahiptir. Eğitim ASM'de kanser tarama farkındalıklarının incelendiği bir başka çalışmada kadınların %97'sinin evli, %87,6'sının ev hanımı olduğu %76,1'inin düşük eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir.(28) Birinci basamakta yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %76'sının evli, %52 sinin ev hanımı, %66'sının düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınlardan oluştuğu bildirilmektedir.(58) Bizim çalışmamıza katılmış olan kadınların Türkiye'de benzer konuda yapılmış olan

çalışmalardaki katılımcılara benzer şekilde evli ve ev hanımı olduğu görülmekle birlikte eğitim seviyesi olarak diğer çalışmalardan farklı olarak 8 yıldan daha fazla eğitimli olanlar çoğunlukta yani eğitim düzeyi yüksek bir gruptur.

Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Mamografi Yaptırma Üzerine Etkisi

Bizim çalışmamızda mamografi yaptırma durumu ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Bunun nedeni eğitim ASM'ye kayıtlı kadınların büyük çoğunluğunun evli olması yani bu verinin homojen dağılmaması olabilir. Medeni durumun mamografi yaptırmayı etkileyen faktörlerden biri olduğunu gösteren ve Türkiye'de yapılmış çalışmalar da mevcuttur. Aksoy ve ark. yaptığı bir çalışmada evli kadınların mamografi yaptırma durumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.(59) Başka bir çalışmada evli kadınların KETEM'de mamografi taramasına daha çok katıldığı bildirilmektedir.(58)

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı Türkiye Kanser Kontrol Programına göre ülkemizde meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı %30-35' tir. Bu oran DSÖ'nün belirlediği tarama hedefi olan %70 kapsayıcılık oranından daha düşüktür. Çalışmamızda ise mamografi taramalarını birinci basamakta yaptıran kadınların oranı %35,7'tür. Çalışmamıza göre MMG yaptıranların yaş ortalaması 49,43±7,87'dir. Ulusal tarama programına göre meme kanseri taramasının 40 yaşından itibaren yapılmaya başlandığı için bu çalışmada 40 yaşından itibaren kadınların birinci basamakta mamografi yaptırma oranı literatürdeki çalışmalara göre yüksek bulunmuş denilebilir. Bunun nedeni çalışmaya katılan kadınların araştırmacı tarafından meme kanseri taraması hakkında bilgilendirilmesi ve taramalarının yapılması için randevu alınarak en yakın KETEM'e adres ve telefon bilgileri ile yönlendirilmesidir. Literatürde 1997-2005 tarihleri arasında yapılan 28 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede, hekim tavsiyesinin ve yönlendirmesinin düzenli mamografi taramasını yaptırmada etkili olduğu belirtilmektedir.(60).

40 yaş üstü kadınların KETEM'de MMG yaptırma oranlarına bakıldığında Geçim (2021)'in yaptığı çalışmada %23,21 olarak bulunurken, Gürsoy (2019)'un çalışmasında % 33,1 olarak bildirildiği görülmektedir.(58)(61) Yaş grupları ile

mamografi çektirme oranlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, mamografi çektirme oranları 40-49 yaş arasında %25,3, 50-59 yaş arasında %31,5 60-69 yaş arasında ise %12,9 saptanmış olup 60-69 yaş grubunda mamografi çektirme oranlarının azaldığı görülmektedir.(62) Literatüre bakıldığında, yaş arttıkça meme kanseri tarama oranlarının azaldığı görülmektedir. Aynı zamanda çalışmamızda kadınların menopoz durumu ile mamografi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınlardan menopozda olmayanların mamografi yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur. Ancak menopoz yaşla artan bir durum olduğu için bir karıştırıcı olarak kabul edilmelidir ve tek başına bir bağımsız değişken olarak ele almak doğru değildir. Kadınlar arasında yaş arttıkça menopoza girmiş olma ihtimali zaten artmaktadır. Bu da hem yaş alan hem de menopoza giren kadınlar arasında meme kanseri tarama programlarına katılımın azalmasını desteklemektedir.

Çalışmamızda, eğitim düzeyine göre mamografi yaptırma durumu incelendiğinde, düşük eğitim düzeyine sahip kadınların mamografi yaptırma oranları yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Kadıoğlu'nun yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek kadınların mamografi yaptırma oranları düşük bulunmuştur.(61) Bunun nedeni eğitim düzeyi yüksek olan kadınların çalışma hayatında daha aktif olması nedeniyle taramalara vakit bulamaması ya da birinci basamak kuruluşları mesai saatleri dışında hizmet vermediği için özel sağlık sektörünü seçmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Babaoğlu ve ark. yaptığı çalışmada mamografi yaptıran kadınların eğitim düzeyleri yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.(63) Bunu destekler nitelikte Ponce-Chazarri ve ark. da, düşük eğitim düzeyini tarama programlarına uyum için risk faktörü olarak belirtmişlerdir.(64) Yapılan çalışmalar yüksek eğitim seviyesinin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği gösterse de Çin'de yapılan bir çalışmada, Koreli Çinlilerin, Çinlilere göre daha yüksek eğitim düzeyine sahip olmasına rağmen mamografi katılım oranlarını daha düşük bulmuştur.(65) Bu nedenle eğitim düzeyi yanında birinci basamak sağlık hizmetlerini sunum şekli gibi organizasyonel nedenlerin de birinci basamakta yapılan taramalara uyumu etkileyebileceği düşünülmelidir.

Çalışmamızda bir asgari ücret ve daha fazla aylık geliri olan kadınların mamografi yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur. Literatürle benzer şekilde gelir düzeyi arttıkça mamografi taramalarına katılım oranları arttığı görülmüştür. Kanada'da yapılan bir çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeyin meme kanseri taramalarına katılmanın önündeki engeller arasında olduğu bildirilmiştir. (66) Halliday T. (2007)'nin yaptığı çalışmada da benzer şekilde gelir düzeyi artışı ile birlikte mamografi yaptırma oranlarında artış gözlenmiştir.(67)

Kadınların Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, kadınların eğitim durumları ile CSİMÖ alt boyutları arasında inceleme yapıldığında sekiz yıldan az eğitim düzeyi olan kadınlarda önemseme/ciddiyet algısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Birçok çalışmada eğitim düzeyinin artması taramalara davranışları olumlu yönde etkilediği gösterilmişse de bu durum çalışmanın yapıldığı bölgede kanser taramaları için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanan kadınların eğitim düzeylerinin daha düşük olması, eğitim düzeyi daha yüksek kadınların daha çok çalışan kadın olması nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma saatleri daha sınırlı olması ve özel sağlık kuruluşlarını tercih etmeleri ile açıklanabilir. Çalışmamıza benzer şekilde, Merey'in yaptığı çalışmada sadece okuryazar olan kadınların ciddiyet algısı puanının eğitimli olan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.(68) Eğitim durumuna göre CSİMÖ alt boyutlarının karşılaştırıldığı diğer çalışmalara bakıldığında ise, Alvur ve ark.'nın yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile önemseme/ciddiyet alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.(69) Başka bir çalışmada ise lise eğitiminden daha az eğitim alanların duyarlılık algısı ve mamografi yararları en az lise eğitimi almış olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanırken, mamografi engelleri ise anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. (70)

Çalışmamızda kadınların çalışma durumlarına göre CSİMÖ alt boyutları arasında inceleme yapıldığında çalışan kadınların duyarlılık algısının anlamlı olarak çalışmayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Meyer'in çalışmasında ise

çalışan grubun duyarlılık algı puanında anlamlı bir fark yokken sağlık motivasyonu, mamografi yarar ve mamografi engel algı puanları daha yüksek bulunmuştur.(68)

Literatüre bakıldığında, kadınlara verilen meme kanseri ve erken tanısına yönelik eğitimler neticesinde CSİMÖ alt boyut puanlarının ve taramalara katılım oranlarının arttığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Malezya'da Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı bir eğitim müdahalesinin kadınların meme kanser taramalarıyla ilgili bilgi, inanç ve katılım oranlarına etkisini değerlendirmek amacıyla 171 kadınla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, eğitimden sonra katılımcıların özellikle kendi kendine meme muayenesi yapma ve klinik meme muayenesine katılım oranlarının arttığı ve algılanan engel alt boyut puanının azaldığı görülmüştür. (71)

Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Smear Yaptırma Üzerine Etkisi

Çalışmamıza katılan kadınların birinci basamakta smear testi yaptırma oranı %63,3'tür. Ankara'da benzer bir şekilde bir eğitim ASM'de yapılan çalışmada kadınların smear testi yaptırma oranı %57,2 iken, ASM'de smear testini yaptıranların oranının %4 olduğu görülmüştür. (28) Smear testi yaptırma oranının %52 olduğu bir çalışmada, kadınların çoğunluğu smear testini devlet ve üniversite hastanesinde, üçte birinin ise özel kliniklerde yaptırdığı görülmektedir. (72) Bizim çalışmamızda kadınların çalışma süresi boyunca araştırmacı tarafından davet yoluyla smear testlerinin yapılmasının kadınların birinci basamakta taramalara katılımlarının artırılmasında önemli etkisinin olduğu görülmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınlara yapılan eğitim müdahalelerinin düzenli smear taramalarını artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca aynı çalışmada, smear taramalarını düzenli yaptıran kadınların mamografi yaptırma olasılıklarının daha yüksek olduğunu görülmüştür.(73) Bu nedenle kadınların düzenli sağlık kontrollerinin yapılması, kanser taramalarına yönlendirilmesi ve koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesi önemlidir.

Bizim çalışmamızda kadınların smear yaptırma durumunu yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu gibi özellikler etkilemezken

sadece çocuklarını emziren kadınlarda smear yaptırma oranı yüksek bulunmuştur. Bunu nedeni birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında uygulanan gebe, lohusa ve bebek takiplerinde kadınların aile hekimi ziyaretlerinin sık olması ve bu ziyaretlerde kadınların hekimleri tarafından serviks kanseri erken tanısı ile ilgili bilgilendirmesi ve yönlendirmesinden kaynaklı olabilir. Literatüre bakıldığında kadınların sosyodemografik özelliklerine göre smear yaptırma oranları farklılık göstermektedir. Örneğin, yüksek eğitim düzeyinin kadınlarda serviks kanserinde erken tanıya ilişkin tutumları olumlu yönde etkileyen çalışmalar mevcuttur.(74) (75) Amerika'da yaşayan Vietnamlı kadınlarda smear testi farkındalığı ve yaptırmayla ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada, yüksek eğitim ve gelir seviyesinin smear yaptırma oranlarında olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada genç yaşta olmak, evli olmak, kadın doktora sahip olmak ve hekim tavsiyesinin smear yaptırmada etkili olduğu görülmüştür.(76)

Servikal Kanseri Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kadınların birinci basamakta smear yaptırma durumları ile SKETTÖ alt boyut ve toplam puanları incelenmiştir. Birinci basamakta smear yaptıran kadınların duyarlılık algıları ve toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda algılanan duyarlılığın artması ile olumlu sağlık davranışı gösterme olasılığının arttığı kanıtlanmıştır. (51) (77) Kadınların smear yaptırma davranışı ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada smear yaptıran kadınların toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğinden yüksek puan alan kadınların smear yaptırma davranışını daha çok göstermeleri beklenmektedir. (52) Yapılan bir çalışmada smear yaptıran kadınların engel algılarının düşük olduğu; başka bir çalışmada ise smear testi yaptırmayan kadınların engel algılarının yüksek olduğunu bildirilmiştir. (51) (78) Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da smear yaptırmayanların serviks kanseri erken tanısıyla ilgili olumsuz tutum sergileyebileceği görülmektedir.

Kadınların sosyodemografik verileri ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumları incelendiğinde, kadınların eğitim durumu ile SKETTÖ alt boyutlarından önemseme/ciddiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Sekiz yıldan az eğitimli kadınların önemseme/ciddiyet algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise ilkokul/ortaokul mezunlarının yarar algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir.(79) Eğitim düzeyi yüksek kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerinde serviks kanseri tarama programları hakkında bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesinin önemli olduğu görülmektedir.

Kadınların Meme Kanseri Risk Düzeylerinin Meme Kanseri Taramalarına Etkisi

Meme kanseri riskinin belirlenmesi ve risk faktörlerinin önlenmesi kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarını geliştirebilmek açısından önemlidir. Çalışmamıza katılan kadınların Gail modeli kullanılarak meme kanseri risk düzeyi hesaplanmıştır. Kadınların %4,8'inin 5 yıllık meme kanseri riskinin yüksek olduğu görülmektedir. İran'da ise kadınların %7,6'sının 5 yıllık meme kanseri riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.(80) Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise kadınların %7,4'ünün beş yıllık meme kanseri riskinin yüksek olduğu görülmüştür.(81)

Kadınların taramaya katılım durumları ile risk düzeylerine bakıldığında hem yaşam boyu hem de 5 yıllık meme kanseri riski yüksek olan kadınların taramalara katılımının daha yüksek olduğu görülmektedir. Meme kanseri risk düzeyi yüksek olan kadınların meme kanseri ile ilgili farkındalıklarının yüksek olduğu düşünülebilir. Riski düşük olan kadınların risk faktörleri hakkında bilgilendirilmesi, kanser farkındalıklarının artırılması ve taramalarını yaptırmaları açısından desteklenmesi gerekmektedir. Literatürde 42 çalışmayı içeren bir meta-analizde kadınların algılanan meme kanseri riskinin belirleyici faktörleri ve algılanan risk ile meme kanseri taramaları arasındaki ilişki incelenmiş ve algılanan riskin yaş ve eğitim durumu, ırk/kültürden ve endişeden etkilendiği ve kadınların meme kanseri riskleri hakkında doğru algılara sahip olmadığı görülmüştür. Kadınların meme kanseri olmalarına ilişkin risk algılarının taramalara uyumu olumlu şekilde etkilediği

bildirilmektedir.(82) İran'da 800 kadının dahil edildiği kesitsel bir çalışma algılanan meme kanseri riski ve hesaplanan meme kanseri riskinin tarama davranışları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Kadınların meme kanseri ile ilgili algılanan riskinin belirlenmesi için Sağlık İnanç Modeli, 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri risk hesaplaması için Gail Modeli kullanılmış ve algılanan riskin hesaplanan riskten daha fazla olduğu görülmüştür. Algılanan riskin KKMM, KMM ve mamografi taramalarına katılımda anlamlı olduğu görülmüştür. Gail modelinden hesaplanan risk ise İranlı kadınlarda mamografi yaptırmada etkili olduğu görülmüş olup, düzenli mamografi yaptıran kadınların Gail modeline göre 5 yıllık risk skoru ve yaşam boyu risk skoru mamografi yaptırmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.(80) Hekimlerin ve kadınların meme kanseri riskine ilişkin farkındalığı, mamografi başta olmak üzere rutin olarak meme kanseri tarama yöntemlerinin (MMG, KKMM, KMM) uygulanmasında katkıda bulunabilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Kadınların meme ve serviks taramalarını yaptırma durumları kayıtlara değil kadınların beyanlarına dayalıdır. Bu nedenle kadınların bazı bilgileri hatırlayamaması hatırlama yanlılığı oluşturabilir.

Çalışma sürecinde zaman zaman smear kitlerinin yeterli sayıda temin edilememesi, tarama yapılacak kadın sayısında kısıtlamaya neden olarak taramaya katılım oranlarını düşürmüştür.

Çalışmanın yapıldığı Tuzla ilçesinde KETEM olmaması ve en yakın KETEM'in Pendik ilçesinde bulunması, özellikle ulaşım imkanı kısıtlı olan kadınların zorluk yaşamasına ve taramalara katılımın azalmasına neden olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan meme ve serviks kanser taramalarına katılım oranlarının yeterli düzeyde olmadığı görüldü.

Çalışmaya katılan kadınların yaş, eğitim durumu, aylık gelir ve menopoz durumu ile birinci basamakta mamografi yaptırma davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Eğitim düzeyi düşük olan kadınların birinci basamakta mamografi yaptırma oranlarının eğitim düzeyi yüksek olan kadınlara oranla daha yüksek olduğu görüldü.

Yüksek gelir seviyesine sahip kadınların birinci basamakta mamografi yaptırma oranları düşük gelir seviyesine sahip olan kadınlardan daha yüksek olduğu görüldü.

Birinci basamakta mamografi yaptıran kadınların Gail Modeli ile hesaplanan yaşam boyu ve 5 yıllık meme kanseri risk ortalaması yaptırmayanlara göre daha yüksek saptandı.

Emziren kadınların birinci basamakta smear yaptırma oranlarının emzirmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Birinci basamakta smear yaptıran kadınların SKETTÖ toplam ve algılanan duyarlılık puan ortalamaları yaptırmayanlara göre daha yüksekti.

Çalışmanın başlangıcında çalışmaya katılan kadınlardan sadece 24'i birinci basamakta son beş yıl içinde smear testi yaptırdığını belirtti. Çalışma süresince 142 kadının daha smear testi ile birinci basamakta taraması yapılırken, 7 kadın ise özel hastanede smear yaptırdı.

Çalışmanın başlangıcında kadınlardan sadece 5'i son iki yıl içinde KETEM'de mamografi yaptırmıştı. Çalışma esnasında 58 kadın daha KETEM'de mamografi yaptırdı. 10 kadın ise hastanede yaptırmayı tercih etti.

Meme veya serviks kanser öyküsü olan hastalar birinci basamağa devamlılığını takip etmek için çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca meme kanseri öyküsü olan kadınların serviks kanser taraması açısından; serviks kanser öyküsü olan kadınların meme kanser taraması açısından değerlendirilmesi için çalışmaya dahil edilmiştir.

Öneriler

Kanser tarama programlarında aile hekiminin aktif rol alması, aynı zamanda telefon ve SMS ile hatırlatmalarla taramalara davet etmesi kadınların sağlık davranışlarının olumlu yönde etkileyerek tarama oranlarını artırabilir. Ayrıca aile hekimlerinin KETEM ile iş birliği halinde olması kadınların taramalara katılımını kolaylaştırabilir. Çalışmamızda kadınların taramalarla ilgili bilgilendirilmesi ve yönlendirmesi ile taramalara katılım oranlarının arttığı görülmüştür. Bu nedenle aile hekimlerinin nüfusuna kayıtlı kadınlar ile birebir ve düzenli görüşme sağlayarak taramalara yönlendirmesi kadınların tarama yaptırma motivasyonlarını artırabilir. Aile hekimlerinin risk hesaplama araçlarını kullanmaya teşvik edilmesi ve kadınlara kendi risk düzeyleri hakkında bilgi vermesi taramaya katılım üzerinde olumlu etkisi olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Cancer Today. [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 23]. Available from: https://gco.iarc.fr/en
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi. 2020.
3. Öztürk Y. Kadınların Pap Smear Tarama Testini Yaptırmalarının Önündeki Engeller. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2019 Nov 19;54–6.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Taramaları [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari
5. Özmen V, Özmen T, Doğru V. Breast Cancer in Turkey; An Analysis of 20.000 Patients with Breast Cancer. Eur J Breast Health. 2019 Jul 1;15(3):141–6.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara; 2021.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [Internet]. 2013 [cited 2025 Feb 27]. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/yönetmelikler/36-aile-hekimliği-uygulama-yönetmeliği.html
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı. Aile Hekiminin Tanımı [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 14]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimi-tanimi.html
9. Köseoğlu E. Kanser Taramaları ve Tümör Belirteçleri. 2022.

10. National Cancer Institute [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 15]. Cancer Screening Overview. Available from: https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/hp-screening-overview-pdq
11. Kanser Dairesi Başkanlığı [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/baskanligimiz-kanser/gorev-tanimi.html
12. Global Cancer Observatory. Cancer Today [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 23]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&sexes=2&cancers=20&populations=903_904&group_populations=1
13. Kim J, Harper A, McCormack V, Sung H, Houssami N, Morgan E, et al. Global patterns and trends in breast cancer incidence and mortality across 185 countries. Nat Med [Internet]. 2025 Feb 24 [cited 2025 Mar 16]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39994475
14. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May;74(3):229–63.
15. Breast cancer inequities [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative/breast-cancer-inequities
16. The Global Breast Cancer Initiative (GBCI) [Internet]. [cited 2025 Mar 17]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/the-global-breast-cancer-initiative-gbci
17. Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2025.
18. Torun P, Kutlar A. Türkiye'de Kanserin Ekonomik Maliyetleri: Bir Hesaplanabilir Genel Denge Modeli Yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;21(1):87–101.
19. American Cancer Society [Internet]. [cited 2025 Mar 21]. Breast Cancer. Available from: https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer.html
20. Köksal GN. Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı. Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;50–6.

21. Efe Arslan D, Tosun Güleroğlu F, Bahçeli A, Kocaöz S. Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Risk Düzeyi Ve Sağlık İnançları. Journal of Health Sciences. 2022;31(2):210–8.
22. Internal Agency for Research On Cancer. World Health Organization. [cited 2025 Mar 2]. Breast Cancer/Breast Self-Examination (BSE). Available from: https://screening.iarc.fr/breastselfexamination.php
23. Kısa İ, ÖG, E. Meme Tarama Yöntemleri Hakkında Verilen Videolu Eğitimin ve Yapılan Takibin Farkındalık Düzeyine Etkisi. Kesit Akademi Dergisi [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 18];6(24):67–77. Available from: http://dx.doi.org/10.29228/kesit.45337
24. Nahidi F, Beheshti S, Dolatian M, Roozbeh N, Asadi Z, Shakeri N. Effect of health-belief-model-based training on performance of women in breast self-examination. Electron Physician [Internet]. 2017 Jun 25 [cited 2025 Mar 18];9(6):4577. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5557138/
25. Saslow D, Hannan J, Osuch J, Alciati MH, Baines C, Barton M, et al. Clinical Breast Examination: Practical Recommendations for Optimizing Performance and Reporting. CA Cancer J Clin [Internet]. 2004 Nov 1 [cited 2025 Mar 18];54(6):327–44. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/canjclin.54.6.327
26. Provencher L, Hogue JC, Desbiens C, Poirier B, Poirier E, Boudreau D, et al. Is clinical breast examination important for breast cancer detection? Current Oncology [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 3];23(4):e332. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4974039/
27. Dickson-Swift V, Adams J, Spelten E, Blackberry I, Wilson C, Yuen E. Breast cancer screening motivation and behaviours of women aged over 75 years: a scoping review. BMC Womens Health [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 23];24:1–16. Available from: https://doi.org/10.1186/s12905-024-03094-z
28. Aras G. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramaları Hakkında Farkındalıkları. [Ankara]: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2017.

29. Türk Radyoloji Derneği Meme Kanseri Tarama Rehberi. [cited 2025 Mar 1]; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-
30. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
31. Bedell SL, Goldstein LS, Goldstein AR, Goldstein AT. Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. Sex Med Rev [Internet]. 2020 Jan 1;8(1):28–37. Available from: https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.005
32. National Cancer Institute [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 27]. p. 1–26 Cervical Cancer Screening. Available from: https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-screening-pdq
33. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. The Lancet. 2019 Jan 12;393(10167):169–82.
34. World Health Organization. Cervical Cancer Elimination Initiative [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 26]. Available from: https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative
35. American Cancer Society [Internet]. 2020. Cervical Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention.
36. Lowy DR, Solomon D, Hildesheim A, Schiller JT, Schiffman M. Human papillomavirus infection and the primary and secondary prevention of cervical cancer. Cancer. 2008 Oct 1;113(7):1980–93.
37. Luviá N-Morales J, Gutié Rrez-Enríquez SO, Granados-García V, Torres-Poveda K, George S, Yordanov AD, et al. Risk factors for the development of cervical cancer: analysis of the evidence. Front Oncol. 2024;14:1378549.
38. Demir H. Kadınların Serviks Kanseri Risk Durumları ve Risk Algısı İle Serviks Kanser Taraması Yaptırmaları Arasındaki İlişki. 2022;
39. Güner H, Taşkıran Ç. Serviks Kanser Epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virüs. 2007;4:11–9.
40. Castellsagué X, Muñoz N. Cofactors in Human Papillomavirus Carcinogenesis-Role of Parity, Oral Contraceptives, and Tobacco Smoking. J Natl Cancer Inst Monogr. 2003;2003(31):20–8.

41. Fonseca-Moutinho JA. Smoking and Cervical Cancer. ISRN Obstet Gynecol. 2011 Jul 14;2011:1–6.
42. Gori S, Battagello J, Gustinucci D, Campari C, Zorzi M, Frayle H, et al. Clinical relevance of partial HPV16/18 genotyping in stratifying HPV-positive women attending routine cervical cancer screening: a population-based cohort study. BJOG [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2025 Feb 26];128(8):1353–62. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16631
43. Koçak C, Çelebi Erkılıç M. İnsan Papilloma Virüsü (HPV) Enfeksiyonları ve HPV Aşılamasında Güncel Yaklaşımlar. Toplum ve Hekim Dergisi. 2024;39(4).
44. Karatekin Ç, Karatekin Ü, Fen Ü, Dergisi F, Nalbantoğlu HG, Arslan P. Servikal kanser: Genel bakış. 2023;02(1):43–50.
45. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical Cancer Screening For Individuals At Average Risk: 2020 Guideline Update From The American Cancer Society. CA Cancer J Clin [Internet]. 2020 Sep [cited 2025 Mar 20];70(5):321–46. Available from: https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/about/key-statistics.html
46. Naz MSG, Kariman N, Ebadi A, Ozgoli G, Ghasemi V, Fakari FR. Educational Interventions for Cervical Cancer Screening Behavior of Women: A Systematic Review. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2025 Mar 18];19(4):875. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6031778/
47. Prof.Dr. Hamit Sırrı Keten. Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 24]. Available from: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14036163
48. Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2015;4(4).
49. Yaslı G. Türkiye'de Servikal Kanser Tarama Programı Saha Değerlendirmesi. 2022;32(3):14–22.

50. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 2008. 45–65 p.
51. Demirgöz M, Karamanoğlu B, Üniversitesi M, Yüksekokulu S, Bölümü H, Ve Kadın D, et al. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. Journal of Marmara University Institute of Health Sciences [Internet]. 2014 [cited 2025 Mar 20];3:3. Available from: http://musbed.marmara.edu.tr
52. Özmen D. Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması. 2004.
53. Gözüm S,, C Çapık. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, [Internet]. 2014 [cited 2025 Mar 21];7(3):230–7. Available from: http://www.deuhyoedergi.org
54. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(6):427–34.
55. Sebahat GÖZÜM D, Doç Özgül KARAYURT Y, Gör İlknur AYDIN Ö. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2004;1(2):71–85.
56. Vachon CM, van Gils CH, Sellers TA, Ghosh K, Pruthi S, Brandt KR, et al. Mammographic density, breast cancer risk and risk prediction. Breast Cancer Research [Internet]. 2007 Dec 20 [cited 2025 May 1];9(6):1–9. Available from: https://link.springer.com/articles/10.1186/bcr1829
57. Güllüoğlu BM. Approach to common breast diseases: risk evaluation and screening strategies for breast cancer. Turkiye Aile Hekimligi Dergisi. 2008 Mar 15;12(1):9–17.
58. Geçim C. Bornova Koşukavak ASM'de 40-69 Yaş Arası Kadınların Birinci Basamakta Yürütülen Meme Kanseri Tarama Programına Katılım Durumları ve İlişkili Etmenler. 2021.
59. Erkal Aksoy Y, Çeber Turfan E, Sert E, Mermer G. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Engeller Barriers on Breast Cancer Early Detection Methods. Breast Health. 2015;11:26–30.

60. Sohl SJ, Moyer A. Tailored interventions to promote mammography screening: A meta-analytic review. Prev Med (Baltim). 2007 Oct 1;45(4):252–61.
61. Gürsoy KN. Kırklareli İli Merkez İlçe Ketem'e 2012-2016 Yılları Arasında Mamografi Taramasına Gelen Kadınların İkinci Mamografi Taramasına Gelme Oranı Ve Bunları Etkileyen Faktörler. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
62. Özyalvaç MÖ. 40-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Taraması İçin Mamografi Çektirme Durumlarının Ve Nedenlerinin Araştırılması. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2022.
63. Banu Babaoğlu A, Büyüközmen E, Ezgi Can F. İzmir'de Toplumda Kanser Tarama Testleri Farkındalığı ve Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler. Med J West Black Sea. 2021;5(2):173–81.
64. Ponce-Chazarri L, Ponce-Blandón JA, Immordino P, Giordano A, Morales F. Barriers to Breast Cancer-Screening Adherence in Vulnerable Populations. Cancers 2023, Vol 15, Page 604 [Internet]. 2023 Jan 18 [cited 2025 Mar 23];15(3):604. Available from: https://www.mdpi.com/2072-6694/15/3/604/htm
65. Gang M, Kim JI, Oh KO, Li CY, Song Y. Factors Associated with Mammography Adherence among Married Chinese Women in Yanbian, China. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar 23];14(12):7207–13. Available from: http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.12.7207
66. Zha N, Alabousi M, Patel BK, Patlas MN. Beyond Universal Health Care: Barriers to Breast Cancer Screening Participation in Canada. Journal of the American College of Radiology. 2019 Apr 1;16(4):570–9.
67. Halliday T, Taira DA, Davis J, Chan H. Socioeconomic Disparities in Breast Cancer Screening in Hawaii. Prev Chronic Dis [Internet]. 2007 [cited 2025 Mar 23];4(4):A91. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2099289/
68. Merey S. Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.

69. Alvur TM, Çınar N, Zengin H. Sağlık İnanç Modeli ve Meme Kanseri-Sakarya: Kesitsel Çalışma. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 24];30:52–67. Available from: www.sstbdergisi.com
70. Alagöz MN., Tuncer O. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 20-69 yaş aralığındaki kadınların meme kanseri tarama yöntemlerine yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi. The Journal Turkish Family Physician. 2021;12(4):192–200.
71. Noman S, Elarusy NME, Rahman HA, Ismail S, Azzani M, Taresh SM, et al. Investigating the effect of the educational intervention based on the Health Belief Model on the knowledge and beliefs of Yemeni teachers in the use of breast cancer screening: a randomized controlled trial study. BMC Cancer [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Apr 30];24(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39643866/
72. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanser Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
73. Buki LP, Jamison J, Anderson CJ, Cuadra AM. Differences in predictors of cervical and breast cancer screening by screening need in uninsured Latina women. Cancer [Internet]. 2007 Oct 1 [cited 2025 Apr 30];110(7):1578–85. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.22929
74. Franceschi S, Plummer M, Clifford G, De Sanjose S, Bosch X, Herrero R, et al. Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level. British Journal of Cancer 2009 101:5 [Internet]. 2009 Aug 4 [cited 2025 Apr 25];101(5):865–70. Available from: https://www.nature.com/articles/6605224
75. Leung SSK, Leung I. Cervical cancer screening: knowledge, health perception and attendance rate among Hong Kong Chinese women. Int J Womens Health [Internet]. 2010 [cited 2025 Apr 25];2(1):221. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2971734/
76. Nguyen TT, McPhee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of Cervical Pap Smear Screening Awareness, Intention, and Receipt Among Vietnamese-

American Women. Am J Prev Med [Internet]. 2002 Oct [cited 2025 Apr 28];23(3):207. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1592337/

77. Jirojwong S, Maclennan R, Manderson L. Health beliefs and Pap smears among Thai women in Brisbane, Australia. Asia Pac J Public Health [Internet]. 2001 [cited 2025 Apr 25];13(1):20–3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12109255/

78. Kulakçı Altıntaş HKA. Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi [Internet]. 2020 Nov 30 [cited 2025 Apr 25];7(3):249–61. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/57982/834101

79. Gözüyeşil E, Düzgün AA, Aslan KSÜ. Kadınların Serviks Kanserinden Korunma Ve Erken Tanıya Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [Internet]. 2019 Aug 2 [cited 2025 Apr 25];28(4):229–38. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted/issue/47584/444170

80. Nikpour M, Hajian-Tilaki K, Bakhtiari A. Risk assessment for breast cancer development and its clinical impact on screening performance in Iranian women. Cancer Manag Res [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 30];11:10073–82. Available from: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=dcmr20

81. Erbil N, Dundar N, Inan C, Bolukbas N. Breast Cancer Risk Assessment Using the Gail Model: a Turkish Study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention [Internet]. 2015 [cited 2025 Apr 30];16(1):303–6. Available from: http://www.cancer.gov/bcrisktool/Default.aspx

82. Katapodi MC, Lee KA, Facione NC, Dodd MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta-analytic review. Prev Med (Baltim). 2004 Apr 1;38(4):388–402.

8. EKLER

8.1.Ek-1. Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu klinik çalışmaya katıldığım takdirde kişisel verilerimin mahremiyetinin korunacağına, isimsiz olmak üzere bu çalışmada kullanılacağına, bu çalışmadan ayrıldığım takdirde sağlık hizmetleri ile ilgili haklarımdan hiçbir kesinti olmayacağına, herhangi bir sorum olduğu takdirde araştırmacılarla kolay iletişim kurabileceğime ve çalışmanın herhangi bir evresinde istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğime dair bilgilendirildim. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün
Adı-soyadı :
Adresi (varsa telefon no.): İmzası :

Açıklamaları yapan araştırmacının
Adı-soyadı: İmzası:

İkinci bölüm: ***(Katılımcının/Hastanın Beyanı)*** (bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Sayın Dr. Atike İsminur Taşçi tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.
Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Atike İsminur Taşçı'ya…. no.lu telefon ile veya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

8.2.Ek-2. Veri Toplama Formu

Anket No:

Tarih:

1-) Yaşınız? .....
2-) Boy: .....cm Kilo: .....kg

3-) Medeni durumunuz?

1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış / Dul

4-) Eğitim durumunuz?

1) İlköğretim 2) Ortaöğretim 3) Lise 4)üniversite

5-) Aylık geliriniz? ..... TL

6-) Mesleğiniz?
.....

7-) Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Bıraktım

8-) Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Bıraktım

9-) İlk çocuğunuzu kaç yaşında doğurdunuz?

1)Hiç çocuğum yok 2) 30 yaşından önce 3) 30 yaşından sonra

10-) Çocuk/çocuklarınızı emzirdiniz mi?

1) Hayır 2) Evet (en uzun emzirme süresi: .....ay /yıl)

11-) İlk adet yaşınız?

1) 11 yaş veya altı 2) 12-14 yaş arası 3) 15 yaş veya üzeri

12-) Menopoza girdiniz mi?

1)Evet 2) Hayır

13-) Hiç hormon tedavisi aldınız mı?

1)Evet. 2)Hayır

14-) Hiç doğum kontrol hapı kullandınız mı?

1)Evet. 2)Hayır

15-) Daha önce kanser tanısı aldınız mı?

1)Evet (yazınız……) 2)Hayır

16-) Ailenizde meme kanseri öyküsü olan var mı?

1)Evet (Kim? ……). 2)Hayır

17-) Ailenizde rahim ağzı kanseri (servikal kanser) öyküsü olan var mı?

1)Evet (Kim?.....). 2)Hayır

18-) Son 2 yıl içinde MMG yaptırdınız mı?

1)Evet (Nerede? ...) 2) Hayır

19-) Son 5 yıl içinde smear testi yaptırdınız mı?

1)Evet (Nerede? ...) 2) Hayır

8.3.Ek-3. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

CHAMPİON SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyor	Katılmıyor	Kararsızı	Katılıyoru	Kesinlikle Katılıyoru
DUYARLILIK					
1.Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir					
2.Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3.Yaşamamın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum					
ÖNEMSEME/CİDDİYET					
1.Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
2.Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım					
3.Meme kanserini düşünmekten korkarım					
4.Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek					
5.Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşımla, birlikte olduğum kişiyle) ilişkimi tehdit eder.					
6.Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek					
SAĞLIK MOTİVASYONU					
1.Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim					
2.Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					
3.Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
4.Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm					
5.Dengeli beslenirim.					
MAMOGRAFİ YARARLARI					
1.Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez					
2.Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir					
3.Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
4.Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur					
5.Mamografi çektirmek meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
MAMOGRAFİ ENGELLERİ					
1.Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.					
2.Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım.					
3.Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.					
4.Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.					
5.Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.					
6.Mamografi çektirmek çok acı vericidir.					
7.Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.					
8.Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak.					
9.Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamam.					
10.Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.					
11.Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.					

8.4.Ek-4. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar.					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşüyorum.					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım.					