**T.C.**
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**
**HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 30-70 YAŞ ARASINDAKİ KADINLARIN KANSER BİLGİ YÜKÜ VE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Elvan KIYLIOĞLU**

**İstanbul**
**Mart-2023**

**T.C.**
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**
**HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 30-70 YAŞ ARASINDAKİ KADINLARIN KANSER BİLGİ YÜKÜ VE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Elvan KIYLIOĞLU**

**Tez Danışmanı**
**Doç. Dr. Yılda Arzu ABA**

**İstanbul**
**Mart-2023**

# TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

| | | |
|---|---|---|
| Danışman | Doç. Dr. Yılda Arzu ABA | **(** Islak İmza) |
| Üye | Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK | (Islak İmza) |
| Üye | Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN | (Islak İmza) |

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

# BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım **"Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 30-70 Yaş Arasındaki Kadınların Kanser Bilgi Yükü ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi "** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Elvan KIYLIOĞLU

# ÖN SÖZ

Yüksek lisans tez çalışmamda yol gösterici olan değerli danışmanım **Doç. Dr. Yılda Arzu ABA**'ya ve öğrenim hayatım boyunca katkı sağlayan tüm hocalarıma, Bu süreçte yanımda bulunan sevgili aileme, Canım Oğlum **Alper**'e, Çalışmama katkı sağlayan tüm değerli kadınlara, Bu yolda birbirimizi motive ettiğimiz arkadaşlarıma, **Teşekkür ederim.**

**Elvan KIYLIOĞLU**

**İstanbul-2023**

# ÖZET

## AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 30-70 YAŞ ARASINDAKİ KADINLARIN KANSER BİLGİ YÜKÜ VE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

**Elvan KIYLIOĞLU**

Yüksek Lisans, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yılda Arzu ABA

Mart, 2023- 93 Sayfa

Bu çalışma 30-70 yaş arasındaki kadınların, kanser bilgi yükü ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırma örneklemi, Eylül-Kasım 2022 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir aile sağlığı merkezine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 342 kadından oluşmaktadır. Veriler 'Kişisel Formu', 'Kanser Bilgi Yükü Ölçeği' ve 'Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği' kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analizi; tanımlayıcı kategorik verileri sayı ve yüzde, Independent Sample t test, One Way ANOVA testi, Pearson Korelasyon testi kullanılarak yapılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 43,8, eğitim durumları, %24'ü ilkokul mezunu, %8,8'i ortaokul mezunu, %23,7'si lise mezunu, %35,7'si üniversite mezunu, %7,6'sı lisansüstü mezunudur. Kadınların kanser bilgi yükü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 17.06±4.92 iken, kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamasının 101.93±11.56 olduğu bulunmuştur. Kadınların kanser bilgi yükü düzeyinin orta ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının ise iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.001<0.05$, $r=-0.222$). Kadınların kanser hastalığına yönelik bilgi yükünün azalması ile kanser taramalarına yönelik tutumlarını artığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser Bilgi Yükü, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum,

# ABSTRACT

## DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN THE CANCER INFORMATION LOAD AND THEIR ATTITUDES TO THE CANCER SCREENING OF WOMEN AGED 30-70 WHO REFERRED TO FAMILY HEALTH

**Elvan KIYLIOĞLU**

Master, Women's Health and Diseases Nursing

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Yılda Arzu ABA

March, 2023 – 93 Pages

This study was conducted in a descriptive manner to determine the relationship between the cancer knowledge burden and attitudes towards cancer screening among women aged 30-70 years. The research sample consists of 342 women who applied to a family health center in Istanbul between September and November 2022 and agreed to participate in the study. The data were obtained using the 'Personal Form', the 'Cancer Information Burden Scale' and the 'Attitude Scale towards Cancer Screening'. Analysis of data; Descriptive categorical data were made using number and percentage, Independent Sample t test, One Way ANOVA test, Pearson Correlation test. The average age of the women participating in the research is 43.8%, their educational background, 24% primary school graduate, 8.8% secondary school graduate, 23.7% high school graduate, 35.7% university graduate, % 7.6 of them are postgraduate graduates. While the total mean score of women from the cancer knowledge burden scale was 17.06±4.92, the total mean score of the attitude scale towards cancer screening was found to be 101.93±11.56. It was determined that the level of cancer knowledge burden of women was moderate and their attitudes towards cancer screening were at a good level. It was found that there was a negative, weakly significant relationship between the cancer knowledge load scale total score averages and the attitude scale total score averages towards cancer screenings of the women participating in the study ($p=0.001<0.05$, $r=-0.222$). It has been determined that women's attitudes towards cancer screening have increased with the decrease in the information load on cancer.



**Keywords:** Cancer Information Overload , Attitude Towards Cancer Screening.

# İÇİNDEKİLER

**TEZ ONAYI** ..... **i**

**BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ** ..... **ii**

**ÖN SÖZ** ..... **iii**

**ÖZET** ..... **iv**

**ABSTRACT** ..... **v**

**İÇİNDEKİLER** ..... **vi**

**TABLOLAR LİSTESİ** ..... **ix**

**ŞEKİLLER LİSTESİ** ..... **xi**

**KISALTMALAR** ..... **xii**

**SEMBOLLER** ..... **xiii**

**BİRİNCİ BÖLÜM** ..... **1**

**GİRİŞ** ..... **1**

2.1. Kanser Tanımı ve Önemi ..... 3

2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi ..... 4

2.2.1. Dünya'da Kanser Epidemiyolojisi ..... 5

2.3. Kanser Bilgi Yükü ..... 11

2.4. Tutum Kavramı ..... 12

2.4.1. Tutum ve Davranış İlişkisi ..... 13

2.5. Kanserden Korunma ve Önleme Yaklaşımları ..... 14

2.5.1. Primordiyal Korunma ..... 14

2.5.2. Birincil Koruma (Primer Koruma) ..... 15

2.5.3. İkincil Koruma (Sekonder Koruma) ..... 16

2.5.4. Üçüncül Koruma (Tersiyer Koruma) ..... 16

2.5.5. Dördüncü Koruma (Kuaterner Önleme) ..... 17

2.6. Kanseri Önleme Yaklaşımları ..... 17

2.6.1. Tütün Kullanımını Kontrol Altına Alma ..... 17

2.6.2. Fiziksel Hareketsizlik, Diyet Faktörleri ve Obezite ..... 18

2.6.3. Alkol Kullanımı .....19
2.6.4.Enfeksiyonlar .....20
2.6.5. Çevresel ve Mesleki Maruziyeti Önlemek .....20
2.6.6. Ultraviyole (UV) ve İyonize Radyasyon .....21
2.6.7. Kemoprevensiyon .....21
2.7. Kanserde Erken Tanı ve Tarama Programlar .....22
2.7.1 Dünya'da Kanser Taramaları .....22
2.7.2. Türkiye'de Kanser Taramaları .....22
2.8. Kanser Taramalarının Yürütüldüğü Merkezler .....24
2.9. Kanser Erken Tanı ve Taramalarında Ebe-Hemşirenin Rolü .....24
Kanser Erken Tanı ve Taramalarında Ebe-Hemşirenin Rolü .....49
**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....50**
**MATERYAL METOT .....50**
3.1. Araştırmanın Türü .....50
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zaman .....50
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....50
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....51
3.5. Araştırmanın Soruları .....51
3.6. Veri toplama Yöntemi .....51
3.7.Veri Toplama Araçları .....51
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-5) .....52
3.7.2. Kanser Bilgi Yükü Ölçeği (EK-6) .....52
3.7.3. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (Ek-7) .....52
3.8. Verilerin Analizi .....53
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu .....53
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....54
**DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....55**
**BULGULAR .....55**
4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular .....55
4.2. Kadınların Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Bulgular .....57

4.3. Kadınların Kanser Taramalarını Bilme, Uygulama ve Yaptırma Sıklığına Göre Dağılımı .....58

4.4. Kanser Bilgi Yükü Ölçeğine İlişkin Bulgular .....60

4.5 Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular .....67

4.6. Kadınların Kanser Bilgi Yükü ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları arasındaki ilişki ile ilgili Bulgular .....73

**BEŞİNCİ BÖLÜM .....74**

**TARTIŞMA .....74**

**SONUÇ VE ÖNERİLER .....79**

**KAYNAKÇA .....81**

**EKLER .....90**

EK-1: Etik Kurul İzni .....90

EK-2 :İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni .....92

EK-3: Ölçek İzinleri .....93

EK-4: Bilgilendirilmiş Onam Formu .....94

EK-5: Kişisel Bilgi Formu .....95

EK-6: Kanser Bilgi Yükü Ölçeği .....99

EK-7: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği .....100

**ÖZGEÇMİŞ .....102**

# TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Kanser Erken Tanı ve Taramalarında Ebe-Hemşirenin Rolü.....26

Tablo 4.1: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....32-33

Tablo 4.2: Kadınların Kanser ve Taramalarına İlişkin Yaklaşımları.....34

Tablo 4.3: Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Bulguları.....35-36

Tablo 4.4: Kadınların Kanser Bilgi Yükü Ölçeğinin Toplam Puan Ortalamaları.....37

Tablo 4.5: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....37-38

Tablo 4.6: Kadınların Kanser ve Kanser Taramalarına İlişkin Yaklaşımları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....39-40

Tablo 4.7: Kadınların Kanser Taramalarını Bilme Durumu ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaşılması.....40

Tablo 4.8: Kadınların Kanser Taramalarının Uygulanma Sıklıklarını Bilme Durumları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....41

Tablo 4.9: Kadınların Kanser Taramalarını Yaptırma Sıklıkları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....42-43

Tablo 4.10: Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinin Toplam Puan Ortalamaları.....44

Tablo 4.11:Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....44

Tablo 4.12: Kadınların Kanser ve Kanser Taramalarına İlişkin Yaklaşımları ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....46

Tablo 4.13: Kadınların Kanser Taramalarını Bilme Durumu ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaşılaştırılması.....47

Tablo 4.14: Kadınların Kanser Taramalarının Uygulanma Sıklıklarını Bilme ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....48

Tablo 4.15: Kadınların Kanser Taramalarını Yaptırma Sıklıkları ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....49

Tablo 4.16: Kadınların Kanser Bilgi Yükü ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki.....50

# ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Dünya'da 2020 Yılında Tüm Yaş Grubu ve Her Cinsten Kanser Vaka Sayısı.....5

Şekil 2.2. Dünya'da 2020 Yılında Tüm Yaş Grubu ve Her Cinsten Kanserden Ölüm Sayısı.....6

Şekil 2.3. Tüm Yaş Gruplarında Erkeklerde En Sık Görülen Kanserler.....7

Şekil 2.4. Tüm Yaş Gruplarında Kadınlarda En Sık Görülen Kanserler.....8

Şekil 2.5 Türkiye'de 2020 Yılında Tüm Yaş Grubu ve Her Cinsten Yeni Kanser Vakası.....8

Şekil 2.6. Türkiye'de Kadınlarda Tüm Yaş Gruplarında Görülen Yeni Kanser Vakası.....9

# KISALTMALAR

GGK : Gaitada Gizli Kan Testi

GLOBOCAN : Küresel Kanser Gözlemevi

HIV : İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

HPV : Human Papilloma Virüsü

IARC : Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkez

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKVM : Kendi Kendine Vulva Muayenesi

MÖ : Milattan Önce

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

WONCA : Dünya Aile Hekimliği Derneği

# SEMBOLLER

**N**: Evrendeki birey sayısı

**n**: Örnekleme alınacak birey sayısı

**p** : İncelenecek olayın görülüş sıklığı ( olasılığı )

**q** : İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

**t :** Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde

# BİRİNCİ BÖLÜM

# GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kanser, vücudun doku veya organlarından başlayarak, normal olmayan hücrelerin, kontrolsüz bir biçimde vücudun diğer doku ve organlarına dağılan bir hastalıktır. Kötü huylu tümör veya neoplazma olarak da adlandırılmaktadır. Kanser dünyada 2020 yılında, yaklaşık olarak 10 milyon kişinin ölüm nedeni olmuştur. Mortalite sıralamasında ikinci sırada yer aldığını bildirmiştir (DSÖ, 2020). Kanser hastalığının sıklığındaki artış, kanser hakkında bilgi arayışını artırmaktadır. Doğru bilgiye ulaşmak, bilgi kaynaklarının çeşitliği ve bu güvenilir bilgiye nasıl ulaşacakları konusunda bireylerin yetersiz olmaları nedeniyle bilgi karmaşası ortaya çıkartmaktadır (Jensen ve diğerleri, 2014). Kanser bilgi yükü, yoğun bilgi akışı, kanser bilgisinin yönetilmemesi, belirsizlik, stres ve anksiyete durumunu ifade eder (Kim, Lustria, Burke& Kwon, 2007). Son dönemlerde karşımıza çıkan kanser bilgi yükünün bireylerin kansere yönelik bakış açılarını değiştirmektedir. Amerika'da yapılan bir araştırmada kanser bilgi yükü artıkça bireylerin kansere karşı olumsuz davranışlar sergilediği ve kaderci davrandıkları bulunmuştur (Jensen ve diğerleri, 2022). Öztoprak'ın yaptığı araştırmada kanser taramalarını sosyal medya yoluyla duyanların kanser bilgi yükünün, sağlık çalışanlarından duyanlardan daha yüksek bulunmuştur. İnternet aracılığı ile elde edilen bilgilerin çoğu zaman doğruluğu kanıtlanmamış olması nedeniyle kişilerin bu durumda yanlış kararlar almasına neden olmaktadır (Liebl ve diğerleri, 2015). Yapılan diğer bir araştırmada, kanser bilgi yükündeki artışın bireylerde belirsizliğe neden olduğu, bu duruma bağlı olarak kanser hakkında doğru bilgiye ulaşmaktan kaçındıkları ve koruyucu sağlık davranışlarından uzaklaştıkları belirtilmiştir (Chae, 2016).

Kanser dünya genelinde bir halk sağlığı sorunu olarak önemli bir yer tutar. Kanseri önlemek için birinci koşul korunma, ikinci koşul ise önlemedir. Kanser için birincil korunma, hastalık bireylerde oluşmadan önce alınan önlemlerdir, ikincil korunma ise hastalığın henüz belirtilerinin gözlenmediği yada hafif belirtilerinin olduğu dönemde erken tanı konularak tedaviye başlanmasını ifade eder (Öztürk & Günay, 2011; Güler & Akın, 2015). Kanserin risk faktörlerinden uzak durmak veya kanıta dayalı önlem politikalarını uygulayarak kanserin %30-50 oranında önlenebileceği düşünülmektedir. Kanserde erken tanı sayesinde tedavi oranı, yaşam kalitesi ve sağ kalım süresi

artmakta, sağlık harcamaları ve ölüm oranları azalmaktadır (World Cancer Research Fund İnternational, 2018; Çakmak & Güler, 2021).

Kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranış alanında yapılan araştırmalar kanseri önleme projeleri açısından büyük öneme sahiptir. Bireylerin tutumlarının güncel halinin bilinmesi, takip edilmesi, planlanan eğitimin içeriği ve amacına ulaşması açısından değerlidir (Kuralay, Ayyıldız & Evcimen, 2021). Tutumlar davranışın kaynağıdır ve tutumların sonunda davranışlar oluşur (Korkmaz, 2017). Kanser taramalarına yönelik tutumların bilinmesi, kanser tarama davranışının ortaya çıkmasını sağlamak için de yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

DSÖ erken tanı için, meme, serviks ve kolorektal kanserlerini toplum tabanlı olarak sürdürülmesini önermektedir. Ancak kanser tarama programlarının amacına ulaşması için tarama kapsamında bulunan bireylerin, %70 oranında katılımının sağlanması gerekmektedir. Ülkemizde mamografi tarama oranı %30-35, serviks kanseri tarama oranı %20 ve kolorektal tarama oranları %30-40 oranında olup, tarama programlarında bu orana ulaşılamamıştır (Türkyılmaz, diğerleri, 2021). Bu doğrultuda 30-70 yaş arasındaki kadınların kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

# İKİNCİ BÖLÜM

# GENEL BİLGİLER

## 2.1. Kanser Tanımı ve Önemi

Kanser terimi ilk defa Hipocrates tarafından "corcinos" olarak telaffuz edilmiştir. Yunanca "yengeç"anlamını taşımaktadır. Latince'de ise "ur ve tümör" anlamında kullanılmıştır (American Cancer Society, 2018). DSÖ'ye göre kanser, vücudun doku veya organlarından başlayarak, normal olmayan hücrelerin, kontrolsüz bir biçimde vücudun diğer doku ve organlarına dağılan bir hastalık olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 2020). Kanser bir ya da birden fazla etiyolojik faktör nedeniyle hücrede oluşan genetik ve moleküllerin farklılaşmasından kaynaklanan hastalıktır. Normal hücrede genetik değişiklikler oluşur ve hücre DNA'sında yanlış genetik kod bulunan yeni hücreler çoğalmaya başlayarak kontrolsüz olarak hücre üretimi ve gelişimi başlayarak kitle meydana gelir (Enç, 2021). Kansere ait kanıtlar çok eskiye dayanmaktadır. Fosilleşmiş kemiklerin üzerinde bulunan tümörler, eski Mısır'da insanlara ait mumyalarda ve eski el yazmalarında kanser bulgularından bahsedilmiştir. Milattan Önce (MÖ) 3000'li yıllarda kanserin ilk kez tanımı yapıldığı bilinmektedir. Eski bir Mısır Tıp dergisinde memeden koterizasyon yöntemiyle çıkarılmış sekiz adet kitleden bahsedilmiştir. Kayıtlı tarih süresince insanların ve hayvanların kanser hastalığı yaşadıklarına dair bulgular vardır (American Cancer Society, 2018). Toplum da kanser tek başına bir hastalık gibi düşünülse de vücudun birçok bölgesini etkisi altına alabilen, farklılaşma derecesi, gelişme hızı, metastaz kapasitesi, tedaviye cevap, prognoz gibi birçok özelliği ile değişik yaşlarda ortaya çıkan 200'den fazla hastalığı içerir (Kapucu & Kutlutürkan, 2020).

Kanserin etkileri, bireylerin, ailelerinin ve toplumun üstünde, fizyolojik, psikolojik ve finansal sorunlara sebep olmakta ve bu durum her geçen gün daha da artmaktadır Kanser vakalarının %30 ile %50 oranında risk faktörleri ve korunma davranışları sayesinde önlenebilir olması, kanserin erken teşhis edilmesi, etkili bakım ve tedavi yöntemleri ile tedavi edilebilme ihtimali yüksektir ve durumda kanser yükü azaltılabilir (DSÖ c, 2022).

Kanserli hastaların aldıkları bakım ve tedavinin kalitesi ülkelerin gelir durumuna göre değişiklik göstermektedir. Yüksek gelirli ülkelerde yaşayan bireyler kapsamlı bakım hizmetlerinden %90 oranından fazla yararlanabilirken bu oran düşük gelirli ülkelerde ise %15'ten daha az olduğu bildirilmiştir. Bu duruma bağlı olarak yüksek gelirli ülkelerde meme kanseri tanısı aldıktan sonra hayatta kalma süresi %80 üzerindeyken, Hindistan'da bu oran %66, Günay Afrika'da bu oran %40 olarak bildirilmiştir. Geliri yüksek olan ülkelerde kanser hastalarının tedavi maliyetlerini %78 oranında devlet tarafından karşılanırken, düşük ve orta gelire sahip ülkelerde %37 oranında karşılandığı bildirilmiştir. Erken dönemde tanı almış olmak hastanın tedavisi, yaşam süresini ve maliyetini düşürecektir (DSÖ c, 2022). Sağlık Bakanlığımızın yaptığı açıklamalar doğrultusunda kansere karşı önlemler alınmaz ve kontrollü programlar hayata geçirilmez ise 2030 yılında kanser masraflarının devlet tarafından karşılanamayacağı belirtilmiştir (Torun & Kutlar, 2018). Erken dönemde tanı almış olmak hastanın tedavisi, yaşam süresini ve maliyetini düşürecektir (DSÖ c, 2022).

### 2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji, Epi: üzerinde, Demos: Toplum ve Logos: Bilim kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşmuştur. Epidemiyolji bir popülasyonda sağlık ve hastalıkların sıklığı, dağılımı, nedenleri ve etkileri hakkında elde edilen bilgilerin tümünü inceleyen bilim dalıdır (Şenocak & Bakır, 2017). Epidemiyolojik ilk gözlemler MÖ 400 yıllarına Hipokrat tarafından hastalıkların olağanüstü güçlerden kaynaklanmadığı, çevresel ve konakçı etmenlerin neden olabileceğini belirtmiştir (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006). 1662 yılında John doğum, ölüm, hastalık istatistikleri ve kırsal kentsel istatistikleri yayınlamıştır. 1747 yılında James Lind denizcilerde iskorbüt hastalığının nedeni bulmak için deneysel çalışmalar yapmıştır. 1800'lü yıllarda William Farr, hastalıklar ve ölüm hakkında yaşamsal istatistikleri toplayarak değerlendirmesini yaptığı bilinmektedir (Adhikari, 2021). 1848-1854 yılları arasında John Snow Londra'da koleredan ölüm sebebinin, özel bir şirket tarafından işletilen su şebekesinden kaynaklandığını tespit ederek epidemiyoloji alanında büyük bir başarıya sahip olmuştur. 19. yüzyıla kadar hastalıkların belirli bir bölgede yayılma hızıyla ilgili herhangi bir istatistiki sonuç elde edilmemiş ve 1900'lü yıllarda daha fazla araştırmalar yapılarak başarılar elde edilmiştir.

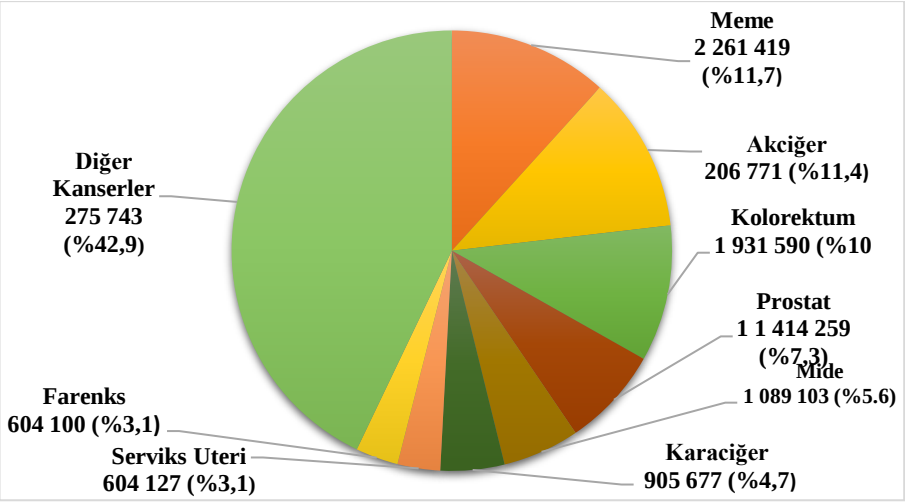
Epidemiyoloji alanındaki bu başarılar, çicek hastalığı, metal civa zehirlenmesi, tütün asbest kullanımı ve akciğer kanseri, kalça kırıkları, HIV ve şiddetli akut solunum senrdomu'dur (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006).

Kanser epidemiyolojisi, kanser vakalarını toplumdaki görülme sıklığını ve yaygınlığını, kansere sebep olan risk faktörlerini belirlenmesini; konakçı, çevre ve kanserin gelişimine veya inhibisyonuna katkı sağlayan diğer durumları inceler (Kapucu & Kutlutürkan, 2020; Akdemir, 2020). 1713 yılında İtalyan Doktor Bernardinino Ramazzini'nin rahibelerde oldukça az rastlana serviks kanseri ve sık görülen meme kanseri ile ilgili çalışmaları kanser epidemiyolojisinin ilk çalışmalarındandır (Horn & Vatten, 2017).

Percival Pott ise ilk kez baca temizleyen işçilerde skrotum kanseri görüldüğünü bildirmiştir. Pott çevresel faktörlerin kansere neden olduğunu belirtmesiyle birlikte, mesleki maruziyeti engellemek için koruyucu kıyafetler giyilmesi ve sekiz yaşından küçük çocukların baca temizliği yapması yasaklanarak sağlık politikaları oluşturulmuştur. Thomas Venner 1620 yılında Londra'da tütün tehlikeleri konusunda kitap yazmıştır. 1761 yılında ise John Hill Londra'da tütün kullanılmasının artması nedeniyle aşırı tütün kullanıma karşı uyarılar içerikli bir kitap yazmıştır (American Cancer Society b, 2022) (American Cancer Society a, 2020). Richard Doll ve Andrew Hill tütün kullanımı ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla araştırmalar yapmışlar ve sigara kullanma ile akciğer kanseri kanserinin ilişkisini bildirmişlerdir (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006). Epidemiyologlar kansere neden olan ve kanserden korunma yolları ile ilgili çalışmalara davam etmektedirler (American Cancer Society b, 2022).

### 2.2.1. Dünya'da Kanser Epidemiyolojisi

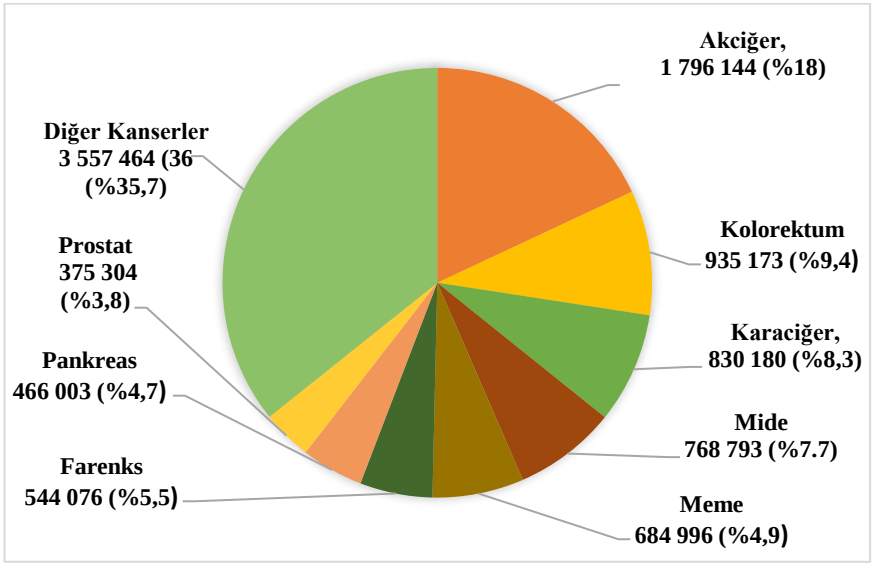
GLOBOCAN 2020 verilerinde dünyada 2020 yılında tüm yaş grupları ve cinsiyete göre kanser vaka sayısı 19 292 789 'dur. Bu verilere melanom dışı cilt kanserleri dahil edilmemiştir.




**Şekil 2.1. Dünya'da 2020 Yılında Tüm Yaş Grubu ve Her Cinsten Kanser Vaka Sayısı**

**Kaynak:** (International Agency for Research on Cancer, 2020)

Şekil 2.1'e göre kanser vakalarının sırasıyla meme kanseri %11,7, akciğer kanseri %11,4, kolorektal kanser %10, prostat kanseri %7,3, mide kanseri %5,6, karaciğer kanseri %4,7, servis uteri %3,1, farenks kanseri %3,1, diğer kanserler ise %42,9 olarak görülmektedir.




**Şekil 2.2. Dünya'da 2020 Yılında Tüm Yaş Grubu ve Her Cinsten Kanserden Ölüm Sayısı**

**Kaynak:** (International Agency for Research on Cancer, 2020)

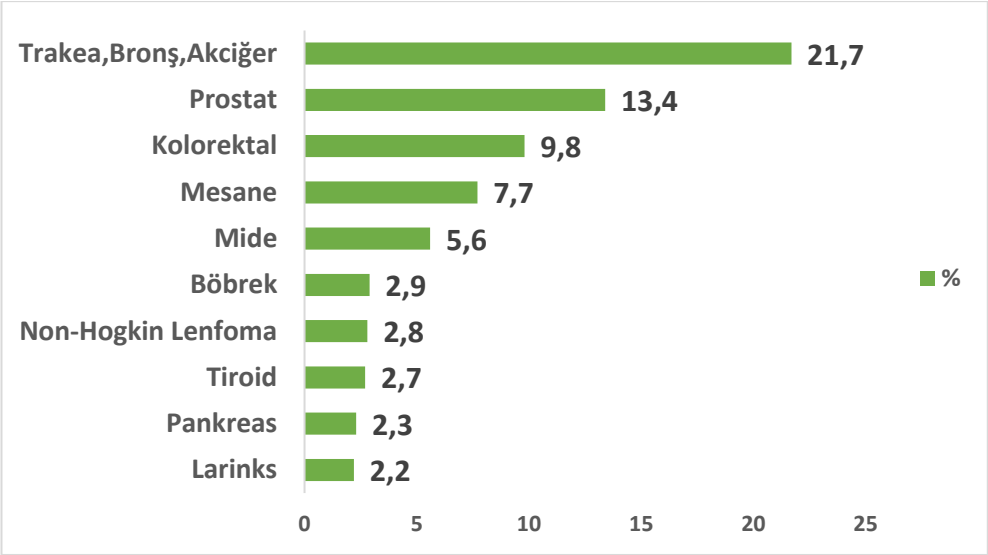
Şekil 2.2'ye göre ölümlerin akciğer kanseri % 18'ini, kolorektal kanser % 9,4'ünü karaciğer kanseri %8,3'ünü, mide kanseri %7,7'sini meme kanseri %6,9,'unu farenks kanseri %5,5'ni, pankreas kanseri %4,7'sini, prostat kanseri %3,8'ini ve diğer kanserler ise bu ölümlerin %35,7'sini oluştur.

Kadınlarda tüm yaş gruplarında 9 227 487 kanser vakası görüldüğü tahmin edilmektedir. Meme kanseri %24,5, kolorektal kanser %9,4, akciğer kanseri %8,4, serviks kanseri %6,5, tiroid kanseri %4,9, uterus korpusu %4,5, mide kanseri %4 ve diğer kanserler ise %37,8 olarak tahmin edilmektedir. Kanser nedeniyle 4 429 323 kadının öldüğü, kanserden ölüm oranları incelendiğinde meme kanseri nedeniyle %15,5, akciğer kanseri %13,7, kolorektal kanser % 9,5, serviks kanseri %7,7, mide kanseri %6, karaciğer kanseri %6, pankreas kanseri %4,9 ve diğer kanserler nedeniyle %37 olarak belirtilmiştir.

Erkeklerde tüm yaş gruplarında 10 065 305 vaka tahmin edilmektedir. Akciğer kanseri %14,3 ile ilk sıradadır. Prostat kanseri %14,1, kolorektal kanser %10,6, mide kanseri %7,1, karaciğer kanseri %6,3, mesane kanseri %4,4, özofagus kanseri, %4,2 ve diğer kanserler %39,1 oranında görülmektedir. Kanser nedeniyle 5 525 810 erkeğin öldüğü, erkeklerin akciğer kanserinden %21,5, karaciğer kanseri %10,4, kolorektal kanser %9,5, mide kanseri %9,1, prostat kanseri %6,8, özofagus kanseri %6,8, pankreas kanseri %4,5 ve diğer kanserler nedeniyle %31,6 oranında ölüm görüldüğü tahmin edilmektedir (International Agency for Research on Cancer, 2020).

### 2.2.2. Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi

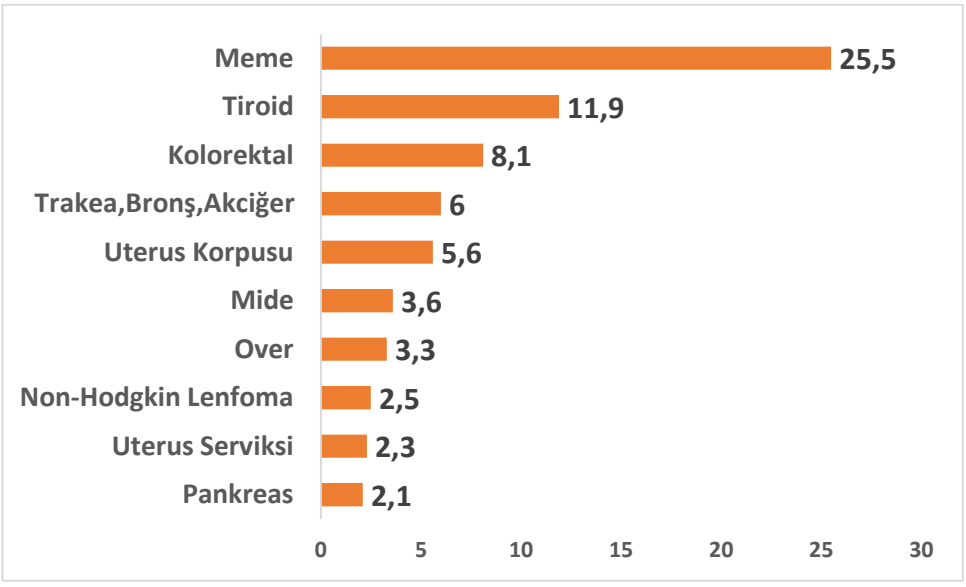
Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü yayınlamış olduğu Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 raporuna göre, erkeklerde yaşa standardize edilmiş kanser hızı yüz binde 259,2'dir. Kadınlarda bu oran yüz binde 187'dir. Toplam kanser insidansı ise yüz binde 223,1'dir.Türkiye'de toplam 180 288 yeni vaka olduğu belirtilmiştir.




**Şekil 2.3. Tüm Yaş Gruplarında Erkeklerde En Sık Görülen Kanserler**

**Kaynak:** (Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017)

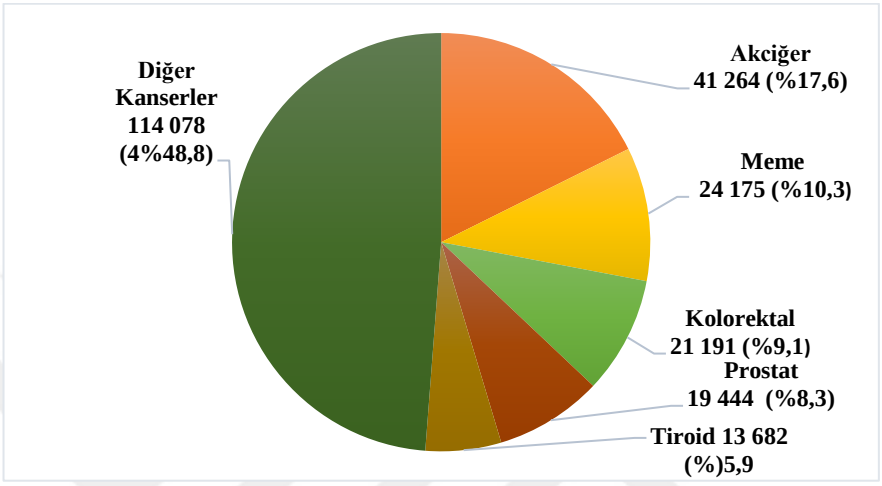
Erkeklerde tüm yaş gruplarında, en sık görülen 10 kanser sırasıyla, trakea, bronş, akciğer kanseri %21,7, prostat kanseri %13,4, kolorektal kanser %9,8, mesane kanseri %7,7, mide kanseri 5,6, böbrek kanseri %2,9 Non-Hodgkin lenfoma %2,8, tiroid kanseri %2,7, pankreas kanseri %2,3, larinks kanseri %2,2 olarak belirtilmiştir (Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017).




**Şekil 2.4. Tüm Yaş Gruplarında Kadınlarda En Sık Görülen Kanserler**

**Kaynak:** (Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017)

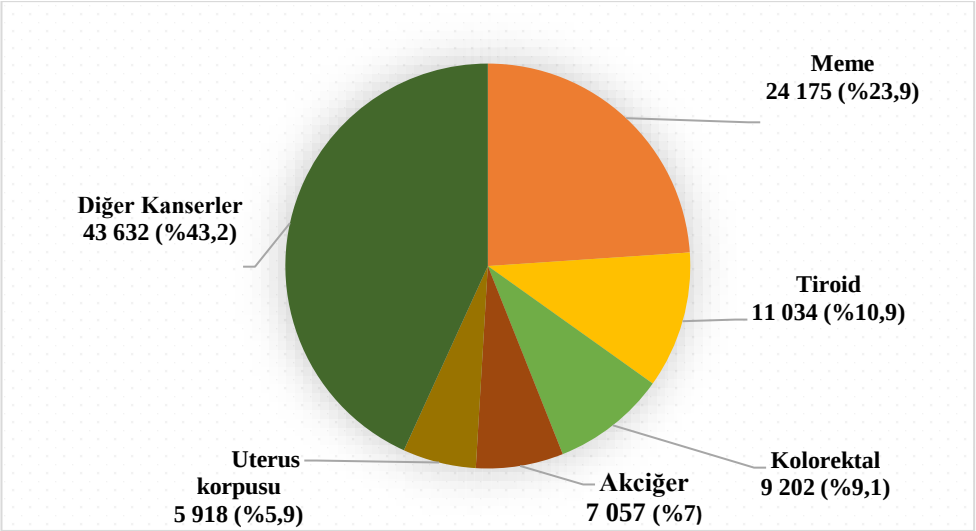
Kadınlarda ise, meme kanseri %25,5, tiroid kanseri %11,9, kolorektal kanser %8,1, trakea, bronş, akciğer kanseri %6, uterus korpusu %5,6, mide kanseri %3,6, over kanseri %3,3, Non-Hodgkin lenfoma %2,5, uterus serviksi kanseri %2,3, pankreas kanseri %2,1 olarak sıralanmıştır (Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017).




**Şekil 2.5. Türkiye'de 2020 Yılında Tüm Yaş Grubu ve Her Cinsten Yeni Kanser Vakası**

**Kaynak:** (International Agency for Research on Cancer, 2020)

GLOBOCAN 2020 veri tabanından elde edilen bilgilere göre 2020 yılında Türkiye nüfusu 84.339.067 kişi, tahmin edilen kanser vaka sayısı 233.834 bildirilmiştir. Şekil 2.5 göre akciğer kanseri %17,6, meme kanseri %10.3, kolorektal kanser %9.1, prostat kanseri %8.3, tiroid kanseri %5.9 ve diğer kanserlerin oranı %48.8 olarak bildirilmiştir.




**Şekil 2.6. Türkiye'de Kadınlarda Tüm Yaş Gruplarında Görülen Yeni Kanser Vakası**

**Kaynak:** (International Agency for Research on Cancer, 2020)

GLOBOCAN 2020 verilerine göre kadınlarda yeni vaka sayısı 101 018 olarak belirtilmiştir. Şekil 2.6'da kadınlarda en sık görülen kanserler, meme kanseri %23,9, triod kanseri %10,9, kolorektal kanser %9,1 akciğer kanseri %7, uterus korpusu kanseri %5,9 ve diğer kanserler % 43,2 olarak bildirilmiştir (International Agency for Research on Cancer, 2020).

Erkeklerde yeni kanser vakası sayısı 132 816 olarak bildirilmiştir. Bu vakalar akciğer kanseri oranı %25,8, prostat kanseri %14,6, kolorektal kanser %9, mesane kanseri %7,9, mide kanseri 6,2 ve diğer kanserler %36,5 olarak bildirilmiştir.

Tüm yaş gruplarında erkeklerde kanserden ölüm sayısı 78 949 kişi, kadınlarda ise 47 386 kişi olarak toplam 126.335 kişi bildirilmiştir. Erkeklerde kanserden ölüm oranları akciğer kanseri %38,9, mide kanseri %8,8, kolorektal kanser %7,6, prostat kanseri %6,9, pankreas kanseri %6, karaciğer kanseri %4,2, mesane kanseri %4 ve diğer kanserler %23,5 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda ise, meme kanseri %15,1, akciğer kanseri %13,3, kolorektal kanser %10,1, mide kanseri %8,2, pankreas kanseri %7,4, over %5,8 beyin ve santral sinir sistemi kanseri %5 ve diğer kanserler %35,1 olarak bildirilmiştir. 2020 GLOBOCAN verileri ile Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 verileri karşılaştırıldığında, Türkiye'deki kanser insidansı oranı, dünya insidansından yüksek bulunmuştur (Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017).

## 2.3. Kanser Bilgi Yükü

Bilgi toplumlarında, bilginin hızlı bir şekilde üretilmesi, çeşitliliğinin artmasıyla birlikte bilginin değeri, kalitesi ve erişimi önem kazanmıştır. Bilgi çağında bilgi miktarı, yayılma hızındaki artış, bilginin bize en etkileyici şekilde sunulmasını sağlamaktadır (Adıgüzel, 2011). Bireylerin televizyon, bilgisayar, cep telefonu, internet, yazılı, görsel-işitsel, grafik, veri gazeteciliği multimedya aracılığı ile istedikleri bilgiye ulaşmaları kolaylaşmıştır. Bu durumda geniş bir bilgi havuzu oluşmakta, beraberinde (gerçek, doğru, faydalılığı kanıtlanmamış) bilgi bombardımanına maruz kalınmakta ve bilgi yüküne neden olmaktadır. Aşırı bilgi yükü, bireylerin kendisi için gerekli olan bilgileri ayırt edemediği, yorumlayamadığı ve ulaşmakta güçlük yaşadığı anlamına gelmektedir (Ünal, 2018). Dünyada ve Türkiye'de ölüm sebebi olarak ikinci sırada olması nedeniyle kanser, toplumun olduğu gibi tüm iletişim ve bilgi edinme merkezleri tarafından da sıkça gündem olmakta ve kanser hakkında bilgi arayışı ve bilgi akışına neden olmaktadır. Kanser bilgi yükü, bireylerin bu aşırı bilgiden dolayı kafa karışıklığına neden olduğu, kanser bilgisinden bunaldığı, doğru kaynakların yetersizliği nedeniyle yeni bilgileri kategorize edemediği bir durum olarak tanımlanmıştır (Chae, 2016; Lee, Chae & Jensen, 2015). Online olarak kanser ile ilgili haberler yayınlayan sitelerin incelendiği bir araştırmada, 'kanser tanısı' hakkında haberlerin bilimsel olarak kanıtlanma oranını yüksek olduğu, ancak 'önleme ve korunma' hakkındaki haberlerin ise bilimsel olarak kanıtlanma oranının düşük olduğu bildirilmiştir Ayrıca online olarak hızlıca yayılan bu bilgiler kanser önleme, tanı ve tedavisi hakkında bireylerin tutum ve davranışlarını yanlış yönlendirebilir (Muratdağı ve diğerleri, 2019; Chen, Wang & Peng, 2018). Kanser bilgi yükü, yoğun bilgi akışı, kanser bilgisinin yönetilmemesi, belirsizlik, stres ve anksiyete durumunu da ifade eder (Kim, Lustria, Burke & Kwon, 2007). Kanser bilgi yükün fazla olması, aşırı kanser bilgisi nedeniyle kaygı ve strese neden olduğu için bireylerin kanser bilgisinden ve kanser taramalarından uzaklaştığı belirtilmiştir. (Chae, 2016). Kanser bilgi yükünün ayrıca kişinin bireysel yetenekleri ve motivasyonunu olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Lee, Chae & Jensen, 2015). Kırsal ve kentsel bölgelerde yapılan bir çalışmada, kırsal bölgede yaşayanların, kentsel bölgede yaşayanlara göre aşırı kanser bilgi yükü yaşadıkları ve kanserin ölümcül olduğuna inandıkları belirlenmişti. Bu durumu da kırsal alanda yaşayanların kanseri önleme ve tarama davranışlarının kaderciliğe, kanser ile ilgili batıl inançlarının kanser yükünü

artırdığı belirtilmiştir (Jensen ve diğerleri, 2022). Amerika'da yapılan bir çalışmada bireylerin sosyal desteğinin olması, kanser bilgisinin oluşturduğu stresten koruduğu tespit edilmiştir (Chae, Lee & Kim, 2020). Ayrıca 50 yaş ve üzeri bireylerin kanser bilgisi arama konusunda yeteneklerinin az olduğu ve daha fazla kanser bilgi yüküne sahip olduğu belirtilmiştir (Jensen ve diğerleri, 2017). Bireylerin aşırı kanser bilgisi ile karşı karşıya kalmaması için sağlık çalışanları birincil bilgi kaynakları olmalıdır. Günümüzde en sık başvurulan internet siteleri oluştururken sağlık çalışanları da rol almalıdır. Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanan broşürlerde güvenilir bilgi kaynaklarının adresleri de yer almalıdır (Gencer, Serçekuş & Özkan, 2021)

### 2.4. Tutum Kavramı

19. yüzyılda araştırılan tutumun kökeni, Latinceden gelmekte olup, harekete hazır olmak anlamına gelmektedir (Arkonaç, 2001). Allport'a göre tutum kişilerin, yaşadığı süreç boyunca ve tecrübeleri ile elde ettiği, kişinin ilgilendiği nesne veya durumlar karşısında davranışlarına yön veren ya da etki altına alabilen, duygusal ve zihinsel hazır olma halini ifade eder (Allport, 1967; Tavşancıl, 2018). Tutumlar, kişilerin davranışlarına yön verici ve öğrenmeyle kazanılan unsurlardır (Tavşancıl, 2018). Tutum kavramının belirli özellikleri aşağıda sıralanmıştır;

- Tutumlar doğuştan oluşmaz, yaşanarak kazanılır.
- Tutumlar geçici değildir, belli bir zamanda süreklilik gösterir. Kişiler yaşamlarının bazı zamanlarında birebir fikirlerde olabilirler.
- Tutumlar kişiler ile objeler arasındaki bağlantıyla birlikte düzen olmasını sağlarlar. Öğrenme süreci devam ederken kademe kademe şekillendiğinden, insanın etrafındakileri anlamasına yardım eder.
- Birey bir objeye yönelik bir tutum oluşturduysa o objeyle ilgili yansız kalamaz.
- Bir objeye dair olumlu ya da olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o konunun başka objelerle karşılaştırılması sonucunda mümkündür.
- Bireysel tutumlar gibi toplumsal tutumlarda vardır. Toplumsal tutumlar toplumsal değer, grup ve nesnelere yönelik tutumlardır.
- Tutumlar tepki gösterme biçimi değildirler, tepkiye yönelmedir.

- Tutumlar olumlu veya olumsuz hareketlere dönüşebilirler (Tavşancıl, 2018).

Bireylerde tutumların oluşması için bilişsel, duyusal ve davranışsal olmak üzere üç temel öge bulunmalıdır. Bireyin bir mevzu ile ilgili bildikleri o mevzu ilgili olumlu bakmasını sağlıyorsa bilişsel öge, birey o mevzuya ilişkin olumlu ise duygusal ögedir. Birey durumu sözel ifade ediyor ya da davranışlar ile gösteriyorsa davranışsal ögedir (İnceoğlu, 2011).

Tutumların kaynağı incelendiğinde ise çocukluk çağına dayandığı, genel olarak doğrudan deneyimler, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme olduğu görülmüştür. Burada bahsi geçen deneyim ise bireyin deneyiminden çok anne-babalarıdır. İlkokul çağındaki çocukların birçok konuyla ilgili deneyimlerini anlatırken çoğu kez ebeveynlerinin söyledikleri örnekleri ifade etmişlerdir. Çocuklar büyüdükçe tutumlarında ebeveynlerinin etkisi azalmaktadır. Ergenlik döneminin başlamsıyla sosyal etkenler daha çok etkili olacaktır. Bireylerinin tutumlarını büyük bir bölümü 12-30 yaş arasında son halini almakta ve sorasında daha az değişmektedir. Bu dönem kritik dönem olarak ifade edilir. Bu dönemde üç etmen çok etkilidir. Yaşıtları, iletişim araçları ve başka kaynaklar aracılığı ile elde edilen bilgi ve eğitimdir. Kritik dönem ergenlik dönemi 12-20 yaş, ilk yetişkinlik devresi 21-30 yaş olmak üzere iki döneme ayrılır. Ergenlik döneminde tutumlar tam olarak benimsenmediğinden değişebilir. Ancak ilk yetişkinlik döneminden sonra tutumların değişmesi daha zordur (Tavşancıl, 2018). Tutumlar genel olarak erken yaş dönemlerinde öğrenilmiş olsa da bireylerin bilgi ve deneyimlerinde değişiklik olduğunda, tutumları değişebilir (Kağıtçıbaşı & Cemalcılar, 2014).

### 2.4.1. Tutum ve Davranış İlişkisi

Başlangıçta bireylerin çoğunlukla davranışlarını tutumlarının belirlediği varsayılıyordu. Ancak yapılan birçok çalışmada tutum ile davranışların her zaman aynı yönde hareket etmedikleri belirlenmiştir. Bu tutarsızlıkların nedeni gerçek tutumların saptanamamasından kaynaklanabilir. Tutumun ölçüldüğü zaman ile davranışın gözlendiği zaman arasındaki sürenin uzun olmasıdır. Sürenin uzun olması tutumun değişmesine neden olabilir. Tutumun davranışa dönüşmemesinin nedenini, bireyin davranışı nasıl ifade edeceğini öğrenmemesi olarak açıklar. Tutumların bazen davranışları etkilemesi kolay değildir, standartlar, alışkanlıklar, öğrenme süreçler, çevresel etmenler test (ölçme) ortamının da etkisi vardır (Tavşancıl, 2018).

Tutum, davranışı oluşturan unsurlardan olduğu için önemlidir. Ancak bir alanda meydana gelen durumun, gerçekleştiği ortamla ilgili tutumların bilinmesi ve ilişkilerinin tanımlanıp ölçülmesi sonucu davranışı tahmin etmek daha kolaydır. Tutumları direkt gözlemleyebilmek mümkün değildir. Tutumu ancak davranış olarak karşımıza çıkarsa gözlemleyebiliriz. Tutumlar, aslında bir bireyi bir davranışa hazırlayan eylemlerdir (Kağıtçıbaşı, 1999; Tavşancıl, 2018). Tutumlar eğer çok güçlüyse, belirlenen kişiler, durumlar ve alanlardaki davranışları tahmin etmemizi sağlar (Haddock, Thorne & Wolf, 2020). Bireyler bir nesne hakkında, olumlu ve olumsuz verileri gözden geçirerek bahsi geçen nesne ile ilgili olarak karar vermesini sağlar (Yılmaz & Aytekin, 2020). Tutumlar davranışı hazırlayan faktörler olması nedeniyle tutumların ölçülmesi önerilmektedir (Kağıtçıbaşı & Cemalcılar, 2014). Bireylerin kanserden korunmak ve tarama programları ile erken tanı alması açısından kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi, kanser taraması yaptırmaları şeklinde davranışa dönüşmesi açısından önemlidir.

### 2.5. Kanserden Korunma ve Önleme Yaklaşımları

Kanserden korunma, kansere bağlı mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesi olarak tanımlanır (Kapucu & Kutlutürkan, 2020). Kanserden korunma ve önlemede, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, benimsenmesi ve belirtilen yaş aralıklarında kanser taramalarının yapılması büyük önem taşımaktadır (Enç, 2021). Kanserden korunma, Primordiyal korunma, birincil korunma, ikincil korunma, üçüncül korunma ve dördüncül korunma şeklinde tanımlanmıştır.

#### 2.5.1. Primordiyal Korunma

Temel korunma olarak adlandırılır. Hastalık riskini artıran, sosya-ekonomik ve kültürel yaşantının oluşumunu engellemektir. Burada bir hedef nüfus olabileceği gibi seçilmiş gruplarda olabilir. Hastalıklara neden olacak riskli durumlar gelişmeden ve henüz riskte olmayan bireyleri korumayı hedefler. (Öztürk & Günay, 2011; Kisling & Das, 2022) Yüksek riskli grupta bulunan bireyler ve sosyal ve çevresel etmenler düzenlenmesi iyileştirmesi, çocukların erken yaşta fiziksel egzersizlere başlamasına teşvik edilmesi, tütün ve tütün ürünlerinin reklamının azaltılması, sağlıklı gıda ürünlerinin satan işletmelerin desteklenmesini örnek verebiliriz (Öztürk Yıldırım, Şahin & Uyar, 2020; Kisling & Das, 2022; Uzgör & Özkaraman, 2022).

### 2.5.2. Birincil Koruma (Primer Koruma)

Hastalık henüz biyolojik olarak bireyde oluşmadan, yasal çerçeveler oluşturarak risk faktörlerinin topluma temas etmesinin sınırlandırılmasıdır. (Güler & Akın, 2015; Gillman, 2015). Kanserde birincil korunma, kansere sebep olacak faktörlerden korunmak veya kanserojen bir maddenin vücutta oluşturacağı hasarın onarılması ile kanser oluşumu önlemeye yönelik girişimlerdir. Bireyleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda bilgilendirme yapılması kanser gelişiminin önlenmesi hususunda önemlidir. Sağlıklı yaşam şekli davranışları yapılan eğitimler;

- Tütün ve tütün ürünlerinin kullanılmaya başlanmasına engel olunması ya da kullanıcı ise bırakılması için bilgilendirilmelidir.
- Alkol kullanılmamalı veya kullanımı kısıtlanmalı
- Sağlık beslenmenin sürdürülmesi için yağdan fakir, posalı gıdalar, tüm besin maddelerini içerecek şekilde beslenilmeli ve paketli gıdalar tüketilmemelidir.
- Düzenli fiziksel egzersiz yapılmalı ve sağlıklı kilo devam ettirilmelidir.
- Sabah saat: 10:00-16:00 arasında güneşe maruz kalınmamalı, güneşe çıkmadan önce en az 15 faktörlü güneş koruyucusu kullanılmalıdır.
- Ailesinde kanser hikayesi var olan yüksek riskli kişilere genetik taramalar yapılmalı ve gerekiyorsa hekim tarafından koruyucu ilaçlar (kemoprevensyon) başlanmalıdır.
- Hekimler uygun gördükleri bazı risk gruplarında ilaç önerisinde bulunurlar. Aspirin-Polip hikayesi olan kişilerde düşük dozda aspirin kullanımı kolon kanseri riskini azaltmak için kullanılabilir. Tamoxifen ve Raloxifene meme kanseri gelişme riski %50'nin üzerinde olan kadınlar için meme kanseri gelişme riskini azaltmak için önerilebilir. Finasteride, prostat kanseri gelişme riskine karşı, COX-2 İnhibitörleri gastro-intestinal kanserinin gelişme riskinde, Vitamin D, meme kanseri gelişme riskini düşürmek, statinler ise kolon, meme, hematolojik malignitelerin gelişme riskini azaltmak için kullanılabilir.
- Serviks kanserinin %70'nin gelişiminde HPV sorumludur. Bu nedenle 11-18 yaş arası kız çocuklarına Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından aşı önerilmektedir (Enç, 2021).

### 2.5.3. İkincil Koruma (Sekonder Koruma)

Bireylerde hastalığın belirti gözlenmeden ya da belirtilerin yeni başladığı dönemde tanı konularak tedavi edilmesidir (Güler & Akın, 2015). Kanserin erken dönemde tespit edilmesi için deri muayenesi, gaitada gizli kan taraması, mamografi, meme muayenesi, pap-smear ve diğer kanser taramaları ile taranması için erken tanıya yönelik etkinlikler ve tedavi sayesinde mortalite hızını düşürmek adına yapılan tüm faaliyetlerim kapsar (Kapucu & Kutlutürkan, 2020). Kanser, hiç belirti ve bulgu olmadan rutin sağlık taraması esnasında da tanı konulabilir veya kanserle ilişki olmayan başka hastalıklarda da çoğunlukla gördüğümüz belirti ve bulgularla karşımıza çıkabilir (Enç, 2021). İkincil korumada amacı kronik hastalıkları presemptomatik dönemde tespit ederek, hastalığın ilerleyişine engel olmaktır (Öztürk & Günay, 2011). Bireylerin kanserin tanısı için önemli olan aşağıda yer alan belirti bulgulara karşı dikkatli olmalıdır.

- Bağırsak ve mesane alışkanlıklarında farklılık,
- İyileşmeyen yaralar,
- Meme ya da vücudun herhangi bir yerinde kitle tespit edilmesi,
- Yutmada güçlük yaşama ya da hazımsızlık,
- Ben ve siğillerin farklılaşması,
- Uzun süren ses kısıklığı ve geçmeyen öksürük.

Bireyler bu belirti ve bulgularla karşılaştığı zaman sağlık kuruluşuna tarama için başvuru yapması gerektiğini bilmelidir (Enç, 2021).

### 2.5.4. Üçüncül Koruma (Tersiyer Koruma)

Hastalığa bağlı olarak belirti ve bulguların var olduğu bu dönemde bireylerin etkili ve kaliteli tedavi alabilmesi, acısının hafifletilmesi ve gerekli durumlarda rehabilite edilmesidir (Güler & Akın, 2015; Gillman, 2015). Kanser hastalarının ‘etkin tedavi yöntemleri, yan etki yönetimi, palyatif bakıma bağlı morbidite ve mortalite hızını düşürmek yaşam kalitesini artırmaya yönelik faaliyetleri kapsar’ (Kapucu & Kutlutürkan, 2020).

### 2.5.5. Dördüncü Koruma (Kuaterner Önleme)

Dünya Aile Hekimliği Derneğine (WONCA) göre "Aşırı medikalizasyon riski altındaki hastaları belirleyerek, yeni tıbbi girişimlerden korumak ve etik olarak kabul edilebilir yaklaşımları önermek için alınan önlemler." veya "Kişileri yarardan çok zarara yol açması muhtemel tıbbi müdahalelerden korumak için alınan önlemler." olarak tanımlanmıştır (Martins, Godycki-Cwirko, Heleno & Brodersen, 2018). Aşırı medikalizasyon nedeniyle gereksiz test ve tedaviler bakım kalitesini artırmaz. Yanlış pozitiflik hastaya daha fazla test ve girişim yapılmasına sebep olmaktadır. Bu durum hastada strese neden olmakta ve maliyeti artırarak kaynakların boşa kullanılmasına sebep olmaktadır. Sonuç olarak hastaya önce zarar vermeme ilkesinden uzaklaşılmaktadır (Widmer, 2015; Akdeniz & Kavukçu, 2017). Dördüncü koruma, klinik olarak kanıtlanmamış tarama yapma, herhangi endikasyon olmadan aşı uygulama, gerekmediği halde ilaç kullanma uygun ve gerekli olmayan rehabilitasyon tekniklerinden kaçınmayı önermektedir. Dördüncül koruma, tarama programlarından, rehabilitasyona kadar sağlık bakımının her aşamasında uygulanabilmektedir (Carter, Degelind, Doust & Barratt, 2016; Akdeniz & Kavukçu, 2017; Pandve, 2016). Ancak bu aşamada medikalizasyondan sakınılırken uygun olmayan ve eksik bakım verilmemelidir (Akdeniz & Kavukçu, 2017).

## 2.6. Kanseri Önleme Yaklaşımları

Kanseri önleme, kansere yakalanma riskini azaltmak için alınan tüm önlemlerdir. Kanseri önleme, kanseri kontrol alına almak için en az maliyetli ve uzun süreli bir stratejiyi gerektirir (DSÖ a, 2022). Genetik mutasyonlar, yaşam şeklimiz ve çevremizdeki faktörler kansere yakalanma ihtimalimizi azaltabilir ya da artırabilir (National Cancer İnstitute, 2022).

### 2.6.1. Tütün Kullanımını Kontrol Altına Alma

Tütün dumanı 7000'den fazla kimyasal vardır, bu kimyasallardan 250'sinin zararlı verici olduğu ve 69'dan fazlasının da kansere yol açtığı bildirilmiştir. Dünya genelinde tütün kullanımı kanser ölümleri arasında önlenebilir en büyük risk faktörlerindendir. Dünya'da her yıl sigara bağlı kanserlerden 1 milyondan fazla ve diğer hastalıklarla birlikte 8 milyondan fazlan insanın hayatı sona ermektedir (DSÖ a, 2022; Kapucu & Kutlutürkan, 2020). Tütün ve tütün ürünleri kullanımı en çok akciğer kanseri olmak

üzere, oral kavite, larenks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide, serviks kanseri ve akut miyeloid lösemiye neden olmaktadır (National Cancer İnstitute, 2022).

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanıcısı yanı sıra pasif içicilikte akciğer, farenks ve larenks kanseri gelişimi için büyük risk oluşturmaktadır. Çocuklar tütün dumanından daha fazla zarar görürler. Tütün dumanına kısa süreli maruziyet bile zarar verirken süre artıkça zararı dahada artmaktadır (Havanı Koru a, 2022).

Ülkemizde tütün dumanına maruziyeti önlemek için 2008 yılında 4207 sayılı kanunda değişiklik yapılmış olup, "5727 sayılı karara ile Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" kabul edilmiş ve yürürlüğe girmiştir. Bu yasayla birlikte kamuya açık tüm kapalı alanlarda, 19 Temmuz 2009 tarihinde ise özel işletmeler ait olan yerlerde tütün ürünlerinin kullanımı yasaklanmıştır. Yasağın temel amacı sigara içmeyenlerin başkalarının sigara dumanından korunmasıdır (Havanı Koru b, 2008). Ayrıca '27 Ekim 2010 yılında Alo 171 Sigarayı Bırakma Danışma Hattı' kurularak, sigarayı bırakma konusunda, eğitimli ve konusunda uzman kişilerce 7/24 danışmanlık verilmektedir (ALO 171 Sigarayı Bırakma ve Danışma Hattı, 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı d, 2017).

### 2.6.2. Fiziksel Hareketsizlik, Diyet Faktörleri ve Obezite

Fazla kilolu olmak ve obezite özofagus, kolorektal, meme, endometriyal ve renal hücreli karsinom ile ilişkilidir. Aşırı vücut ağırlığının sonucu, bir yılda 110.000 meme kanseri vakasına neden olduğu ve bu oranının 2012 yılında tespit edilen kanserlerin %3,4'ünden sorumlu olduğu belirtilmiştir (DSÖ a, 2022). Obezitenin yapılan bazı araştırmalarda safta kesesi ve karaciğer, pankreas kanserleri içinde risk faktörü oluşturduğu belirtilmiştir (National Cancer İnstitute, 2022). Beslenme kanserin gelişmesi ve önlenmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Yağdan zengin ve posadan az beslenme tarzını sürdüren bireylerde kolon kanseri gelişme riski artarken, posadan zengin beslenme tarzını devam ettirenlerde kolon kanseri gelişme riskini azalmakladır. Ayrıca yağ oranı yüksek gıdaları tüketmek kadınlarda meme, erkeklerde prostat kanseri gelişme riskini yükseltmektedir.

Tuzlanmış ve tütsülenmiş besinlerin fazlaca tüketilmesi özofagus ve mide kanserlilerine sebep olabilir (Enç, 2021; American Cancer Society a, 2020). Kanser oluşumunu engellemek için tüm yaşam boyunca sağlıklı kilo kontrolü sağlanmalı,

fazla kilolu ise kilonun verilmesi, yüksek kalorili ve tatlandırıcı içeren yiyeceklerin tüketilmemesi, tuz ve tuzlu yiyecekleri azaltmak, kırmızı eti ve işlenmiş et türlerinin tüketimini sınırlandırmak, yağ tüketimini azaltmak, nitrit içeren ve tütsüleme yöntemi ile pişirilmiş besin tüketimini azaltmak önerilmektedir. Her öğünde, tam tahıllı, baklagiller ve sebze meyve tüketilmelidir (Kapucu & Kutlutürkan, 2020; Akdemir, 2020; Eti Aslan , 2020).

Fiziksel aktivitenin, meme, kolorektal, endometrium kanserine karşı koruduğu ve aşırı kilo alımını engellediği belirlenmiştir (World Cancer Research Fund İnternational, 2018). Bunların yanında testis, over ve akciğer kanseri çeşitlerinde egzersiz ile insidansını düşürdüğü ve diğer birçok kanser çeşitlerine karşıda önemli derecede koruyuculuk gösterdiği bilinmektedir (Tanık & Naz, 2021). Yetişkinler için en az 10 dakikan az olmamak şartıyla, haftada 150 dakika, gençlerin ise her gün en az 60 dakika egzersiz yapmaları tavsiye dilmektedir. Fiziksel aktivite önerileri, hızlı tempoda yürüyüş, koşmak, bisiklete binmek, patent kayma, ip atlama, futbol, basketbol, voleybol ve tenistir. Oturmak, uzanmak, televizyon seyretmek ve diğer ekran içeren zaman dilimini sınırlandırmak önerilmektedir. Televizyon seyrederken koşu bandı veya bisiklete binmek, asansör yerine merdiven kullanmak, günlük hayatta yürüyüş veya bisiklet kullanmak, adımsayar kullanmak önerilmektedir (American Cancer Society a, 2020; Kapucu & Kutlutürkan, 2020).

### 2.6.3. Alkol Kullanımı

Alkollü içeceklerde var olan etanolün bir ürünü olan asetaldehit kansere neden olmaktadır (Kapucu & Kutlutürkan, 2020). Alkol tüketim miktarı artıkça kanser riski de artar. Oral kavite, farenks, larenks, meme, karaciğer, kolorektal kanserlerin risk faktörü artmaktadır. 2016 yılında alkol nedeniyle dünyada, erkeklerde daha fazla görülmek üzere 400.000'den fazla ölümün nedeni olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ a, 2022). Ayrıca alkol tüketim minimum miktarı ile ilgili güvenli bir eşik değeri tespit edilmemiştir. Ayrıca enerji değerinin yüksek olması nedeniyle de kanser risk faktörü olan obeziteye sebep olmaktadır. Güvenli eşik değerinin olmaması, kanser riskinin yanında, karaciğer hastalıkları, kalp damar hastalıklarına neden olduğu için tavsiye edilmemektedir (Kapucu & Kutlutürkan, 2020).

### 2.6.4.Enfeksiyonlar

Enfeksiyonlar, 'İmmünosüpresyon mekanizmaları, hücre transformasyonu ve hücre döngüsünün bozulmasına neden olarak kanser hücresi oluşumuna ve çoğalmasına neden olabilmektedir' (Kapucu & Kutlutürkan, 2020). Enfeksiyonlar az ve orta gelirli ülkelerde kanserlerin %25'inden, gelişmiş ülkelerde ise %8'inden sorumludur (Kapucu & Kutlutürkan, 2020; DSÖ, 2022). Kronik enfeksiyonlar içinde Helicobacter Pylori, HPV, Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü, Epstein-Barr virüsü nedenitle Dünya'da enfeksiyonlardan kaynaklanan kanser nedenlerinin %90'ından fazlasını oluşturur (Georges, Bray, Ferlay & Clifford, 2020).

Kansere neden olan enfeksiyonlar ve sebep oldukları kanser türleri ise;

- HPV: Serviks, vulva, vajen, anüs, penis, ağız boşluğu kanseri
- Hepatit B virüsü ve Hepatit C virüsü: Hepatosellüler karsinom
- İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV): Hodking Dışı Lenfoma ve Kaposi Sarkomu Epstein-Barr Virüsü (EBV): Burkitt Lenfoma
- Helicobacter Pylori: Mide kanseri ve mide zarını tutan lenfoma olan mide MALT lenfomasına
- Herpes 8 virüsü: Kaposi Sarkomu ve Lenfoma neden olmaktadır.

Bu virüsler kan veya vücut sıvıları ile bulaşmaktadır. Aşılanmak, korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmak enfeksiyon riskini azaltmaktadır (NIH, 2019; Kapucu & Kutlutürkan, 2020).

### 2.6.5. Çevresel ve Mesleki Maruziyeti Önlemek

Kansorejen maddeler hava kirliliği, su kirliği ve toprak kirliliği, coğrafi alanlarında etkisiyle kanser yükünü farklı derecelerde artırır. Dış hava kirliliği ise kansorejen ve kansere neden olan faktörler olarak sınıflandırılır. İç hava kirliliği kömür yangınlarından oluşur ve sigara kullanmayan kadınlarda kanser riskini iki katına yükselttiği bildirilmiştir (Kapucu & Kutlutürkan, 2020). Hava kirliliğinin 2016 yılında Dünya'da 4,2 milyon kişinin ölümüne neden olduğu ve bu ölümlerin %6'sının akciğer kanserinden olduğu tahmin edilmektedir.

Katı yakıtlar ve gaz yağı ile yemek pişirmenin neden olduğu iç hava kirliliğinden yaklaşık olarak 4 milyon insanın ölümüne sebep olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ, 2022). Aflatoksinler veya dioksinler gıda kontaminasyonu ile kansorejen etki yaratır (Kapucu & Kutlutürkan, 2020).

Mesleki maruziyet nedeniyle kansere neden olan 25 kimyasal ajan vardır. Bunlardan bazıları asbest, silika, benzen, benzedin etilen oksit ve ağır metallerdir. (Bayo ve diğerleri, 2019). Kanserden ölümlerin yaklaşık olarak %4'ünün bu faktörlerden sorumlu olduğu bilinmektedir (Akdemir, 2020). Bu maddeler akciğer, mesane, mesane, cilt kanseri, lösemi, karaciğer, burun boşluğu gibi kanserlere neden olmaktadır (Bayo ve diğerleri, 2019). Maruziyetleri önlemek için, iş yerlerinde çalışanları korumak için gerekli önlemlerin alınması, gerekli yasal düzenlenmelerin yapılması, denetlenmesi, kişilerin sağlığının korunması eğitimlerin düzenlenmesi ve gerekli sağlık kontrollerinin yapılması gerekmektedir (Akdemir, 2020).

### 2.6.6. Ultraviyole (UV) ve İyonize Radyasyon

Tanı ve tedavi amacıyla iyonize radyasyona maruz kalmak, nükleer santraller, nükleer bombalama lösemi, multiple miyeloma, akciğer, kemik, meme, tiroid ve doku kanserlerinin görülme riskini artırmaktadır (Akdemir, 2020). Maruziyetin erken yaşta gerçekleşmesi ve miktarının fazla olmasında riskler artmaktadır (WHO, 2022). Ultraviyole ve güneş radyasyonu kansorejendir. Bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom ve melanom gibi tüm cilt kanseri çeşitlerine neden olmaktadır. Güneş ışınlarına aşırı maruz kalmamak için güneş kremi ve diğer koruyucu kıyafetlerle önlemler alınmalıdır. Ultraviyole ışın saçan bronzlaşma cihazları cilt ve oküler melonama neden olan kanserojen olarak kabul edildiği için önerilmemelidir (WHO, 2022).

### 2.6.7. Kemoprevensiyon

Kemoprevensiyon, kanser gelişme ihtimali yüksek olan bireylerde, kanserin gelişmesi veya tekrar etmesine önlemek amacıyla, doğal ya da sentetik ürünlerin kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda meme kanseri riski yüksek olanlarda tamoksifen, raloksifen gibi östrojen reseptör kullanımının %50 oranında azalttığı belirtilmiştir. Finasteridinin prostat kanseri riskini düşürdüğü belirtilmiştir. Aspirinin en az 4 yıl boyunca günlük kullanımının genel kanser ölümlerini azalttığı, kolorektal

kanserin gelişimin önlemede etkili olduğu bulunmuştur (Akdemir, 2020; Kapucu & Kutlutürkan, 2020) Aspirinin kanamaya neden olabileceğinden dolayı daha fazla çalışma yapılması gerektiği ifade edilmiştir (Akdemir, 2020).

## 2.7. Kanserde Erken Tanı ve Tarama Programlar

### 2.7.1 Dünya'da Kanser Taramaları

Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelere koşullarına uygun olarak tarama programlarını önermektedir. Kanser taramaları meme, serviks, kolorektal, prostat, akciğer ve deri kanseri olarak yapılmaktadır. Meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser tarama yapan ülkelerin bir kısmı; Almanya, Amerika, Avusturya, Avusturalya, Belçika, Birleşik Krallık, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Lüksemburg, Norveç Singapur, Ukrayna, Yeni Zelanda (Ebell, Thai & Royalty, 2018; Singapore, 2022). Prostat kanseri taraması öneren ülkeler ise, Almanya, Amerika, Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Hollanda, İsveç, İrlanda, İzlanda, İtalya, Japonya, İtalya, Lüksemburg (Ebell, Thai & Royalty, 2018).

Akciğer kanseri için taraması öneren ülkeler ise, Amerika, Avustralya, Hırvatistan, Güney Kore, Kanada, Japonya, Birleşik Krallık'tır (CharlottePoon, Haderi, Roediger & Yuan, 2022; Ebell, Thai & Royalty, 2018). Deri kanseri taraması öneren ülkeler; Amerika, Almanya, Avusturya ve Fransa'dır (Ebell, Thai & Royalty, 2018).

### 2.7.2. Türkiye'de Kanser Taramaları

Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında ülkemizde meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserleri taramaları yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Taramaları, 2017).

### 2.7.2.1. Meme Kanseri Taramaları ve Ulusal Standartları

Meme kanseri ülkemiz için bir halk sağlığı sorunudur. Kadınlarda en çok görülen kanser türüdür. Türkiye'de Meme Kanseri Tarama Programı Kapsamında, 20 yaş ve üzerindeki bulunan kadınların, ayda bir defa kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapılması için danışmanlık verilmesi, iki yılda bir kez sağlık kuruluşunda meme muayenesi önerilmektedir. 40-69 yaş arasındaki kadınlarda, yılda bir kez sağlık kuruluşunda meme muayenesi, iki yılda bir defa ise mamografi yönteminin yapılması, meme kanseri tarama programı kapsamında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Taramaları, 2017). Amaç ulusal tarama programı kapsamında, hedef popülasyona uygulayarak, kanser ilerlemeden, klinik bulgular henüz ortaya çıkmadan, ilk aşamalarda tespit etmek ve meme kanserine bağlı ölüm hızını düşürmektir.

Mamografi işlemi her iki meme içinde medyolateral oblik ve kranyokaudal olarak iki adet poz film çekimi yapılır. Tarama filmlerini iki ayrı radyoloji uzmanı tarafından, birbirilerinden haberi olmadan okunmalı ve kişinin takibinde iki radyoloji uzmanında görüşlerine uyulmalıdır. Taramanın etkili olabilmesi için hedef nüfusun yüzde yetmişinden fazlasına tarama yapılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı a, 2017).

### 2.7.2.2. Serviks Kanser Taramaları ve Ulusal Standartları

Serviks kanseri kadınların sağlığını tehdit eden bir sağlık sorunudur. Preinvazif lezyonların oluşması ve gözlenmesi kolay organ olmaması nedeniyle erken teşhis edilebilmek için uygundur. Serviks kanser taraması, 30-65 yaş arasındaki kadınların beş yılda bir pap-smear ve HPV-DNA testi yapılarak gerçekleştirilir. HPV testlerinin taramalara uygun olduğunu gösteren Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi onayı olmalıdır. En az 2.500 örneklemle gerçekleştirilmiş primer kanser taraması olmalıdır. Pap-smear Testi, dökülen servikal hücrelerin bir araya getirilip incelenerek yapılan sitolojik bir tarama testidir. Bu test sayesinde henüz semptom göstermemiş, preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar tespit edilir. Bu testler konvansiyonel veya sıvı bazlı olarak uygulanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı b, 2017).

### 2.7.2.3. Kolorektal Kanser Taramaları ve Ulusal Standartlar

Kolorektal kanser Türkiye'de en çok görülen ilk on kanser türü içinde yer almaktadır. Kolon ve rektumda genellikle premalign lezyonlar yerleşir ve nispeten gözlenmesi

kolay organ olması nedeniyle erken teşhisi uygundur. Kolon ve rektumun polip ve kanseri genellikle büyümeye başlayıncaya kadar belirtileri görülmez.

Tarama programları ile premalign, adenomatöz polipleri ve erken evredeki kanserleri tespit edildiğinde tedavi etme olasılığı vardır. Kolorektal kanser tarama programının amacı, hedef popülasyonu tarayarak, kolorektal patolojileri premalign ya da erken dönemde tespit ederek, uygun ve kolay işlemlerle tedavi ederek, invazif kanser görülme oranını, bu duruma bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltarak, komplike ve yüksek ücretli tedavilerin önüne geçilebilmektedir. Ülkemizde kolorektal kanser taraması Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve kolonoskopi ile yapılmaktadır. GGK testi her iki yılda bir uygulanmaktadır. GGK testi Poliklonal ya da monoklonol antikorlarlar sayesinde gaitada hemoglobin tespit edebilmeli ve testlerde yer alan antijenler yalnızca insan hemoglobinine duyarlı olabilmelidir. Gıdalarla alınan hayvansal kaynaklı hemoglobinlerle tepkimeye girerek yalancı pozitif sonuçlara neden olmamalıdır. Tarama yaş grubunda bulunan 50-70 yaş arasındaki tüm bireylerin GGK testi negatif olsa dahi 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır. Kolonoskopi işlemi kolonun tüm bölümlerinin değerlendirilmelidir ve şüpheli alanlardan biyopsi alınmalıdır. Biyopside anormal hücre tespit edilmediyse ve kolonoskopi yeterli ise sonuç normal olarak değerlendirilir. Yetersiz kolonoskopilerde izleme protokolüne uzman hekim karar verir (T.C. Sağlık Bakanlığı c, 2007).

### 2.8. Kanser Taramalarının Yürütüldüğü Merkezler

Ulusal toplum tabanlı tarama kapsamında bulunan serviks ve kolorektal kanser taramaları Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri kapsamındaki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) yürütülmektedir. Meme kanseri taraması KETEM sürdürülmektedir. Ayrıca mobil sağlık araçlarında da bu taramalar yapılmaktadır. İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Halk Sağlığı Başkanlıklarda bulunan Kanser Birimimi kanser tarama programının koordinasyon, kayıt, izlem ve bildirmekle yükümlüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı b, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı c, 2007).

### 2.9. Kanser Erken Tanı ve Taramalarında Ebe-Hemşirenin Rolü

Ebe ve hemşirelerin erken tanı ve taramalarda birçok rolü bulunmaktadır. Sağlık sisteminin içinde, hasta bakımının yanında birçok görevleri vardır. Halk sağlığı

eğitminde en büyük role sahiptirler (Özerdoğan & Gürsoy, 2017). Kanserden korunma, erken tanı ve tarama konusunda eğitici, uygulayıcı ve danışmanlık görevlerini sürdürürler. Bu rollerin yerine getirebilmesi için, yeterli bilgiye sahip olmalı, literatürü takip etmeli, kanıta dayalı eğitim hizmetleri sunmalı ve etkili iletişim becerilerini uygulayabilmelidir (Özerdoğan & Gürsoy, 2017; Çürük & Kaçmaz, 2017; Kisling & Das, 2022; Skrobanski, Ream, Poole & Whitaker, 2019; Kessler, 2017;Uzgör & Özkaraman, 2022). Ebe ve hemşireler kanserden korunmak için öncelikle bireylere sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürülmesini sağlamak için sağlık eğitimi vermelidir (Kapucu & Kutlutürkan, 2020; Skrobanski, Ream, Poole & Whitaker, 2019). Kanser risk faktörleri ve tarama yöntemleri hakkında bilgilendirme yaparak, kanser konusunda farkındalık oluşturma, tarama yapma ve tarama merkezlerine yönlendirme yapmaktadırlar (Kapucu & Kutlutürkan, 2020; Akdemir, 2020). Bireylerin tarama programlarına genel olarak şikâyeti olduğunda başvurmaları nedeniyle, risk grubundaki kişileri önceden tespit ederek, tarama konusunda cesaretlendirmek, tarama programlarına yönlendirme yapmaları gerekmektedir (Kanbur & Çapık, 2011; Özerdoğan & Gürsoy, 2017; Rogers & Cantu, 2009). Erken yaştan itibaren kadınlara, KKMM, kendi kendine vulva muayenesi (KKVM) yapılması hususunda eğitim verilmelidir (Arslan Özkan, 2019; Kabacaoğlu & Karaca, 2020).

Düzenli aralıklarla jinekolojik muayene yaptırması, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, bariyer yöntemi kullanma (HPV, HSV, HIV), Pap-smear aldırma, genital hijyene dikkat etme, HPV'ye karşı bağışıklama konularında da eğitimler düzenlenmelidir. Over ve Endemetriyom kanserine karşı oral kontraseptifler önerilmelidir (Çevik & Çoşkun, 2021; Arslan Özkan, 2019; Kessler, 2017; Kanbur & Çapık, 2011; Eroğlu & Koç, 2013). Tarama sonucunda elde edilen verileri toplama, değerlendirme ve takip etmeleri gerekmektedir (Rogers & Cantu, 2009) Ebe-hemşireler tarafından bireylerin kanserden korunma, erken tanı ve tarama programları ile ilgili davranışlarını engelleyen sağlık inançlarını ve algılarını belirleyerek bireyin sağlık algısının geliştirmeye yönelik programlar düzenlenmelidir (Çürük & Kaçmaz, 2017).

**Tablo 2.1: Kanser Erken anı ve Taramalarında Ebe-Hemşirenin Rolü**

| Korunma Aşamaları | Kanser Erken Tanı ve Taramalarında Ebe-Hemşirenin Rolü |
|---|---|
| **Birincil Korunma** | • Kanser farkındalığı oluşturma ve bilinçlendirmek için kanserin belirti bulguları ve taramaları hakkında sağlık eğitimi düzenlemek.<br>Kanserden korunmak ve önlemek için sağlıklı yaşam davranışları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.<br>• Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için, erken yaşta cinsel yaşam, birden fazla eşlilik gibi durumların riskleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Bariyer yöntemin kullanımı ve önemi ifade edilmelidir.<br>• Over ve Endometriyum kanserine karşı oral kontraseptifler önerilmelidir.<br>• Kadınlara erken yaşta KKMM, KKVM ve perine hijyeni öğretilmelidir.<br>• Kanser korunmak için aşılama hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (Hepatit B ve HPV aşısı).<br><br>Bireylerin kanserden korunma, erken tanı ve tarama programlarına katılımları ile ilgili davranışlarını engelleyen sağlık inançlarını ve algılarını belirleyerek bireyin sağlık algısının geliştirmeye yönelik programlar düzenlenmelidir. |
| **İkincil Korunma** | • Aile öyküsünde kanser hikayesi olan ve risk grubunda bulunan bireyler tespit etmek.<br><br>• Kanser tarama testlerini uygulamak ve veya yönlendirmek. |
| **Üçüncül Korunma** | • Bireylerin yaşam kalitesini yükselmek için, gerekli tedavi ve rehabilitasyon hizmetini yürütmek. |
| **Dördüncül Korunma** | • Bireylere zarar vermeme ilkesinden yola çıkarak bakım hizmet vermek. Kanserden korunma, tanı ve tedavi aşamalarında bireylerin katılımını sağlamak. Hastaların yasal haklarını bilme ve haklarının korunması için savunuculuk görevini yerine getirmek. |

# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

# MATERYAL METOT

## 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma 30-70 yaş arasındaki kadınların kanser bilgi yükü ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımda bir araştırma olarak yürütülmüştür.

## 3.2.Araştırmanın Yeri ve Zaman

Araştırma, Eylül 2022-Kasım 2022 tarihleri arasında, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Küçükçekmece ilçesinde bulunan 25 nolu Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür.

## 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul il merkezinde bulunan bir aile sağlığı merkezine 2022 yılında kayıtlı 30-70 yaş arasında 2550 kadın oluşturmuştur. Örneklemin belirlenmesinde "amaçlı örnekleme" yöntemlerinden biri olan, kolay ulaşılabilir durum örneklemesi" tekniği kullanılmıştır. "Burada araştırmacı, ihtiyaç duyduğu büyüklükteki bir gruba ulaşana kadar en ulaşılabilir olanı seçmektedir" (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, & Demirel, 2008). Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde evrendeki eleman sayısı bilinen örneklem hesaplama formülü kullanılmış ve %95 güven aralığı ve %5 hata payı dikkate alınarak örneklem büyüklüğü 334 olarak belirlenmiştir.

$$N = \frac{N\,t^2\,p\,q}{d^2(N-1) + t^2\,p\,q}$$

**N**: Evrendeki birey sayısı

**n**: Örnekleme alınacak birey sayısı

**p** : İncelenecek olayın görülüş sıklığı ( olasılığı )

**q** : İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

**t :** Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t

Araştırmamıza 362 kişi katılmış olup, eksik ve cevaplanmayan sorular nedeniyle 20 anket araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırmamız 342 katılımcı ile sonuçlanmıştır.

### 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 30-70 yaş arasında kadın olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- En az okur- yazar olması,
- Araştırma sorularını yanıtlamayı engelleyecek, bilişsel ya da zihinsel engelinin olmaması gerekmektedir.

### 3.5. Araştırmanın Soruları

1. 30-70 yaş arasındaki kadınların kanser bilgi yükü hangi düzeydedir?
2. 30-70 yaş arasındaki kadınların kanser taramalarına yönelik tutumları hangi düzeydedir?
3. 30-70 yaş arasındaki kadınların kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumları arasında ilişki var mıdır?
4. 30-70 yaş arasındaki kadınların kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumları ilişkisine etki eden faktörler nelerdir?

### 3.6. Veri toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Katılımcılar, çalışmanın amacı ve önemi hakkında araştırmacılar tarafından yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Görüşmeyi kabul eden ve yazılı onaylarını veren katılımcılar, pandemi sürecinin gerektirdiği kurallar (maske, mesafe ve hijyen) çerçevesinde anketi cevaplamak için özel bir odaya yönlendirilmiştir. Veri toplama aşamasında anketin doldurulma süresi ortalama 15 dakika sürmüştür.

## 3.7.Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Kanser Bilgi Yükü Ölçeği ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

### 3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-5)

Araştırmacıların literatür taraması yaparak geliştirdikleri formda kadınların sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık özellikleri ve kanser taramaları ile ilgili 30 soru yer almaktadır (Öztoprak & Ege, 2021; Uysal & Toprak, 2022).

### 3.7.2. Kanser Bilgi Yükü Ölçeği (EK-6)

Kanser bilgi yükü ölçeği (KBYÖ), kanser hastalığına ilişkin bireylerin bilgi yükünü değerlendirmek amacıyla Jensen ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması İnci ve arkadaşları (2019) tarafından gerçekleştirilen ölçek, tek boyutlu ve 8 maddeden olmaktadır. Ölçek, "kesinlikle katılıyorum", "katılıyorum", "katılmıyorum", "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde dörtlü likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 8, en fazla 32 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bilgi yükünün fazla olduğunu göstermektedir. Özgün ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik kat sayısı 0,87 olarak bulunmuştur (Jensen ve diğerleri, 2014a). İnci ve arkadaşları tarafından uyarlanan ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik kat sayısının 0,77 olduğu belirlenmiştir (İnci, Başkale Akgül & Ak Serçekuş, 2019). Çalışmamızda kanser bilgi yükü ölçeğine ilişkin Cronbach Alpha değeri ise 0.815 olarak bulunmuştur.

### 3.7.3. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (Ek-7)

Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği (KTYÖ), 30-70 yaş arasındaki bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumun ölçülmesi amacıyla Öztürk ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geliştirilen ölçek, tek boyutlu ve 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 5: "Tamamen katılıyorum", "4: Biraz katılıyorum", 3: "Ne katılıyorum ne katılmıyorum", 2: "Biraz katılmıyorum", 1: "Hiç katılmıyorum," şeklinde beşli likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120'dir. Katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan azaldıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum sergiledikleri, puanı yükseldikçe kanser taramalarına yönelik olumlu tutum sergiledikleri anlaşılır (Öztürk Yıldırım, Şahin, & Uyar, 2020). Ölçeğin, Cronbach Alpha katsayısı 0,957 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğine ilişkin Cronbach Alpha değeri 0.794 olarak belirlenmiştir.

### 3.8. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayar paket programında, uygun istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin güvenirlik analizleri yapılarak Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı kategorik verileri sayı (n) ve yüzde (%), nicel veriler ise ortalama ve standart sapma değerleri, çarpıklık, basıklık, minimum ve maksimum değerleri kullanılarak gösterilmiştir. Verilerde kayıp veri (missing value) olmadığı belirlenmiştir. Çarpıklık değerinin 0,0101, basıklık değerinin 0,021 olduğu saptanmıştır. Ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde tüm değerlerin ±1.5 aralığında olduğu dolayısıyla tüm ölçeklerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle ölçek puanlarıyla ilgili yapılan karşılaştırmalarda parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup ortalamasının karşılaştırılması için Independent Sample t Test, ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ise One Way ANOVA testi kullanılmıştır. İkiden fazla grup ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunduğunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için post-hoc testi yapılmıştır. Buna göre varyansların homojen olduğu koşulda Scheffe testi, varyansların homojen olmadığı koşulda ise Tamhane's T2 testi sonucu baz alınmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Ayrıca tüm sonuçlar için anlamlılık değeri $p<0.05$ baz alınmıştır.

### 3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce T.C. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu onayı, T.C. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığından 24.06.2022 tarihli ve 2022/06 sayılı etik kurul onayı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden 22.08.2022 tarihli ve 2022/16 sayılı çalışma izni alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçekleri geliştiren yazarlardan e-posta aracılığı ile ölçeği kullanma izinleri alınmıştır. Araştırmada kişisel veri toplanılması nedeniyle "6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat" uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınarak, gerekli tüm sorumluluklar özenle yerine getirilmiştir. Çalışmanın bilimsel bir araştırmada veri toplamak amacıyla yürütüldüğü, verilerin sadece araştırma için kullanılacağı, çalışma verilerinin başka bir amaç için kullanılmayacağı, katılımın gönüllük esasına dayandığı, kimlik verilerinin açıklanmayacağı, katılımcıların

istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilecekleri anketlerin başında yer alan bilgilendirilmiş gönüllü onam formunda açıklanmıştır.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin, kişisel bildirime dayalı olması ve örneklemin tek bir merkeze başvuru yapan katılımcılardan oluşması nedeniyle araştırma sonuçları Türk popülasyonuna genellememektedir. Bu durum araştırmanın en önemli sınırlılığını oluşturmaktadır.

# DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

# BULGULAR

Araştırma verilerinin analizi sonucundaki bulgulara bu bölümde yer verilmiştir.

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Kadınların Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Bulgular

4.3. Kadınların Kanser Taramalarını Bilme, Uygulama ve Yaptırma Sıklıklarına İlişkin Bulgular

4.4. Kadınların Kanser Bilgi Yükü Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.5. Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.6. Kadınların Kanser Bilgi Yükü ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları arasındaki ilişki ile ilgili Bulgular

## 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.1: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=342)**

| **Tanımlayıcı Özellikler** | **Ortalama ± SS** | **Min-** | **Max** |
|---|---|---|---|
| **Yaş** | 43,48±9,72 | 30- | 70 |
| | | **(n)** | **(%)** |
| **Medeni durum** | Evli | 287 | 83.9 |
| | Bekar | 55 | 16.1 |
| **Eğitim durumu** | İlkokul | 83 | 24.3 |
| | Ortaokul | 30 | 8.8 |
| | Lise | 81 | 23.7 |
| | Üniversite | 122 | 35.7 |
| | Lisansüstü | 26 | 7.6 |
| **Meslek** | Ev hanımı | 148 | 43.3 |
| | İşçi | 56 | 16.4 |
| | Memur | 83 | 24.3 |
| | Serbest çalışan | 30 | 8.8 |
| | Emekli | 25 | 7.3 |

**Tablo 4.1: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=342) (Devamı)**

| Tanımlayıcı Özellikler | | (n) | (%) |
|---|---|---|---|
| **Gelir durumu** | Gelir miktarı-gider miktarından az | 86 | 25.1 |
| | Gelir miktarı-gider miktarına eşit | 199 | 58.2 |
| | Gelir miktarı- gider miktarından fazla | 57 | 16.7 |
| **Sağlık güvencesi** | Sağlık güvencesi yok | 21 | 6.1 |
| | SGK | 302 | 88.3 |
| | Özel sigorta | 19 | 5.6) |
| **Kronik hastalık durumu** | Evet | 112 | 32.7 |
| | Hayır | 230 | 67.3 |
| **Sigara kullanma** | Evet | 97 | 28.4 |
| | Hiç kullanmamış | 201 | 58.8 |
| | Bırakmış | 44 | 129 |
| **Alkol kullanma** | Evet | 31 | 91 |
| | Hayır | 309 | 90.4 |
| | Bırakmış | 2 | 0.6 |
| **Düzenli egzersiz yapma** | Evet | 110 | 32.2 |
| | Hayır | 232 | 67.8 |
| **Kanser tanısı alma** | Evet | 14 | 4.1 |
| | Hayır | 328 | 95.9 |

Kadınların yaş ortalaması, 43,48±9,72'dir. Minimum yaş 30, maksimim yaş ise 70'dir. Kadınların 287'sinin (%83,9) evli, 55'inin (%16,1) bekar olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim durumu incelendiğinde 83'ünün (%24,3) ilkokul, 30'unun (%8.8) ortaokul, 81'inin (%23,7) lise, 122'sinin (%35,7) üniversite, 26'sının (%7,6) lisansüstü mezunudur. Katılımcıların mesleği incelendiğinde 148'inin (%43,3) ev hanımı, 56'sının (%16,4) işçi, 83'ünün (%24,3) memur, 30'unun (%8,8) serbest çalışan, 25'inin (%7,3) emekli olduğu bulunmuştur. Sağlık güvencesi durumu incelendiğinde 21'inin (%6,1) sağlık güvencesi olmadığı, 302'sinin (%88,3) SGK, 19'unun (%5,6) özel sigortası olduğu görülmektedir. Kadınların kronik hastalık durumu incelendiğinde ise kadınların 112'sinin (%32,7) kronik bir hastalığı olduğu bulunmuştur. Kadınların 31'inin (%9,1) alkol kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca 110 katılımcının (%32,2) düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Katılımcılardan 14'ünün (%4,1) kanser tanısı aldığı belirlenmiştir.

## 4.2. Kadınların Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Bulgular

**Tablo 4.2: Kadınların Kanser ve Taramalarına İlişkin Yaklaşımları (n=342)**

| Kanser ve Taramalarına İlişkin Yaklaşımlar | | n | % |
|---|---|---|---|
| **Ailede kanser öyküsü varlığı** | Evet | 182 | 53.2 |
| | Hayır | 160 | 46.8 |
| **Ailede kanser tanısı alan bireylerin yakınlık durumu** | Birinci derecede akrabalık | 61 | 33.52 |
| | İkinci derecede akrabalık | 51 | 28.02 |
| | Üçüncü derecede akrabalık | 38 | 20.88 |
| | Dördüncü derecede akrabalık | 32 | 17.58 |
| **Kanserin önlenebilir olduğunu düşünme** | Evet | 175 | 51.2 |
| | Hayır | 76 | 22.2 |
| | Bilmiyorum | 91 | 26.6 |
| **Kanser taramaları hakkında bilgi durumu** | Biliyorum | 306 | 89.5 |
| | Bilmiyorum | 36 | 10.5 |
| **Kanser taramaları hakkında bilgi kaynağı** | Sağlık çalışanları | 191 | 62.42 |
| | Televizyon | 49 | 16.01 |
| | Broşür | 8 | 2.61 |
| | İnternet | 33 | 10.78 |
| | Sosyal çevre | 25 | 8.17 |
| **Kanser taramalarının ücretli olduğunu düşünme** | Evet | 102 | 29.8 |
| | Hayır | 240 | 70.2 |

Kadınların ailede kanser öyküsü incelendiğinde, 182'sinin (%53,2), ailede kanser tanısı aldığı belirlenmiştir. Ailede kanser tanısı alan birinci derece akrabası olan 61 kişi (%33,52), ikinci derece akrabası olan 51 kişi (%28,02), üçüncü derece akrabası olan 38 kişi (%20,88), dördüncü derece akrabası olan 32 kişi (%17,58) olduğu görülmektedir. Katılımcıların 175'i (%51,2) kanserin önlenebilir olduğunu, 76 kişi (%22,2) önlenemez olduğunu, 91'i ise (%26,6) düşündüğünü ifade etmiştir. Kanser taramaları hakkında bilgi durumu incelendiğinde, 306 kişi (%89,5) bildiği belirlenmiştir. Kanser taramaları hakkında bilgi kaynakları incelendiğinde 191'inin (%62,42) sağlık çalışanları, 49'unun (%16,01) televizyon, 8'inin (%2,61) broşür, 33'ünün (%10,78)internet, 25'inin (%8,17) sosyal çevre olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcılardan kanser taramalarının ücretsiz olduğunu 240 kişi (%70,2), ücretli olduğunu ise 102 kişi (%29.8) ifade etmiştir.

## 4.3. Kadınların Kanser Taramalarını Bilme, Uygulama ve Yaptırma Sıklığına Göre Dağılımı

### Tablo 4.3: Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Bulguları

| Kanser Taramalarına İlişkin Bilgiler | n | % |
|---|---|---|
| **KKMM Bilme** | | |
| Biliyorum | 274 | 80.1 |
| Bilmiyorum | 68 | 19.9 |
| ***KKMM Uygulama Sıklığını Bilme** | | |
| Ayda bir | 206 | 75.18 |
| Yılda bir | 60 | 21.90 |
| 5 yılda bir | 8 | 2.92 |
| ***KKMM Uygulama Sıklığı** | | |
| Ayda bir yaparım | 94 | 34.31 |
| Yılda bir yaparım | 37 | 13.50 |
| Aklıma geldikçe yaparım | 98 | 35.77 |
| Hiç yapmadım | 45 | 16.42 |
| **Mamografi Yöntemini Bilme** | | |
| Biliyorum | 287 | 83.9 |
| Bilmiyorum | 55 | 16.1 |
| ***Mamografi Uygulama Sıklığını Bilme** | | |
| Yılda bir kez | 181 | 63.07 |
| 2 yılda bir kez | 100 | 34.84 |
| 5 yılda bir kez | 6 | 2.09 |
| ***Mamografi Yaptırma Sıklığı** | | |
| Bir kez yaptırdım | 70 | 24.39 |
| Yılda bir kez yaptırırım | 41 | 14.29 |
| 2 yılda bir kez yaptırırım | 39 | 13.59 |
| Hiç yaptırmadım | 137 | 47.74 |
| **Jinekolojik Muayene Yöntemini Bilme** | | |
| Biliyorum | 317 | 92.7 |
| Bilmiyorum | 25 | 7.3 |
| ***Jinekolojik Muayene Uygulama Sıklığını Bilme** | | |
| Yılda bir kez | 272 | 85.80 |
| 5 yılda bir kez | 42 | 13.25 |
| 10 yılda bir kez | 3 | 0.95 |
| ***Jinekolojik Muayene Yaptırma Sıklığı** | | |
| Herhangi bir şikâyetim olduğunda | 215 | 67.82 |
| Yılda bir kez yaptırırım | 59 | 18.61 |
| Hiç yaptırmadım | 43 | 13.57 |
| **Pap- Smear Testini Bilme** | | |
| Biliyorum | 297 | 86.8 |
| Bilmiyorum | 45 | 13.2 |
| ***Pap- Smear Testi Uygulama Sıklığını Bilme** | | |
| Yılda bir kez | 197 | 66.33 |
| 3 yılda bir kez | 51 | 17.17 |
| 5 yılda bir kez | 49 | 16.50 |

**Tablo 4.3: Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Bulguları (Devamı)**

| Kanser Taramalarına İlişkin Bilgiler | n | % |
|---|---|---|
| ***Pap- Smear Testi Yaptırma Sıklığı** | | |
| Yılda bir kez yaptırırım | 93 | 31.31 |
| 5 yılda bir kez yaptırırım | 118 | 39.73 |
| Hiç yaptırmadım | 86 | 28.96 |
| **HPV Taraması Bilme** | | |
| Biliyorum | 236 | 69 |
| Bilmiyorum | 106 | 31 |
| ***HPV Taraması Uygulanma Sıklığını Bilme** | | |
| Yılda bir kez | 97 | 41.10 |
| 3 yılda bir kez | 47 | 19.92 |
| 5 yılda bir kez | 92 | 38.98 |
| ***HPV Taraması Yaptırma Sıklığı** | | |
| Yılda bir kez | 39 | 16.53 |
| 5 yılda bir kez yaptırırım | 53 | 22.46 |
| Hiç yaptırmadım | 144 | 61.01 |
| **GGK Taraması Bilme** | | |
| Biliyor | 177 | 51.8 |
| Bilmiyor | 165 | 48.2 |
| ***GGK Taramasının Uygulanma Sıklığını Bilme** | | |
| Yılda bir kez | 78 | 44.07 |
| 2 yılda bir kez | 65 | 36.72 |
| 5 yılda bir kez | 34 | 19.21 |
| ***GGK Taraması Yaptırma Sıklığı** | | |
| Herhangi bir şikâyetim olduğunda | 56 | 31.64 |
| 2 yılda bir kez | 20 | 11.30 |
| Hiç yaptırmadım | 101 | 57.06 |
| **Kolonoskopi Yöntemini Bilme** | | |
| Biliyor | 215 | 63.2 |
| Bilmiyor | 126 | 36.8 |
| ***Kolonoskopi Bilenlerin Uygulanması Gereken Sıklık** | | |
| Yılda bir kez | 65 | 30.23 |
| 3 yılda bir kez | 62 | 28.84 |
| 10 yılda bir kez | 88 | 40.93 |
| ***Kolonoskopi Uygulama Sıklığı** | | |
| Herhangi bir şikâyetim olduğunda | 61 | 28.37 |
| 10 yılda bir kez yaptırırım | 10 | 4.65 |
| Hiç yaptırmadım | 144 | 66.98 |

***Kanser tarama yöntemlerini bilen kadınlar üzerinden analiz yapılmıştır.

Kadınların KKMM bilen 274 kişi (%80,1), bilmeyen 68 kişi (%19,9) olduğu belirlenmiştir. Kadınlardan mamografiyi 287'si (%83,9) bildiğini, 55 kişi (%16,1) bilmedi belirlenmiştir. Kadınlardan jinekolojik muayeneyi bilen 317 kişi (%92,7), bilmeyen ise 25 kişi (%7,3) olduğu belirlenmiştir. Kadınların pap-smearı bilen 297 kişi (%86,8), bilmeyen 45 kişi (%13,2) olduğu belirlenmiştir. Kadınların HPV taramasını bilen 236 kişi (%69), bilmeyen 100 kişi (%31) olduğu belirlenmiştir. Kadınların GGK taramasını bilen 177 kişi (%51,8), bilmeyen 165 kişi (%48,2), kolonoskopi bilen 215 kişi (%63,2) bilmeyen 126 kişi (%36,8) olduğu belirlenmiştir.

## 4.4. Kanser Bilgi Yükü Ölçeğine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.4: Kadınların Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları**

| Ölçekler | N | Ort±SS | Min. | Max. | Madde Sayısı |
|---|---|---|---|---|---|
| **Kanser Bilgi Yükü Ölçeği** | 342 | 17.06±4.92 | 8 | 32 | 8 |

Kadınların kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamasının 17,06±4,92, minimum puanın 8, maksimum puanın ise 32 olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.5: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=342)**

| Tanımlayıcı Özellikler | | n | Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | | | | -0.074 | 0.170 |
| **Medeni durum** | Evli | 287 | 17.08±4.95 | 0.190 | *0.849 |
| | Bekar | 55 | 16.94±4.83 | | |
| **Eğitim durumu** | İlkokul | 83 | 15.60±5.47 | 3.180 | ****0.014** |
| | Ortaokul | 30 | 17±5.03 | | |
| | Lise | 81 | 17.76±5.22 | | |
| | Üniversite | 122 | 17.78±3.99 | | |
| | Lisansüstü | 26 | 16.19±5.16 | | |

**Tablo 4.5: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=342) (Devamı)**

| Tanımlayıcı Özellikler | | n | Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Meslek** | Ev hanımı | 148 | 16.54±4.72 | | |
| | İşçi | 56 | 17.64±5.96 | | |
| | Memur | 83 | 17.25±4.67 | 0.821 | **0.513 |
| | Serbest çalışan | 30 | 17.83±3.49 | | |
| | Emekli | 25 | 17.24±5.80 | | |
| **Gelir durumu** | Gelir miktarı-gider miktarından az | 86 | 16.97±5.28 | | |
| | Gelir miktarı-gider miktarına eşit | 199 | 17.10±4.91 | 0.021 | **0.979 |
| | Gelir miktarı- gider miktarından fazla | 57 | 17.03±4.45 | | |
| **Sağlık güvencesi durumu** | Sağlık güvencesi yok | 21 | 16.19±6.24 | | |
| | SGK | 302 | 16.99±4.89 | 1.918 | **0.148 |
| | Özel Sigorta | 57 | 19.05±3.09 | | |
| **Kronik hastalık durumu** | Evet | 112 | 16.88±5.02 | -0.465 | *0.643 |
| | Hayır | 230 | 17.14∓4.88 | | |
| **Sigara kullanma durumu** | Evet | 97 | 17.68±5.59 | | |
| | Hiç kullanmamış | 201 | 16.74∓4.72 | 1.184 | **0.307 |
| | Bırakmış | 44 | 17.13±4.16 | | |
| **Alkol kullanım durumu** | Evet | 31 | 16.32±4.20 | | |
| | Hayır | 309 | 17.12±5 | 0.527 | **0.591 |
| | Bırakmış | 2 | 19±2.82 | | |
| **Düzenli egzersiz yapma durumu** | Evet | 110 | 15.90±5.27 | -3.039 | ***0.003** |
| | Hayır | 232 | 17.61±4.66 | | |
| **Kanser tanısı alma durumu** | Evet | 14 | 20.35±5.77 | 2.578 | ***0.010** |
| | Hayır | 328 | 16.92±4.84 | | |

Pearson Korelasyon, p<0.05
*****Independent Sample t Test
** One Way Anova test & Post Hoc

Tablo 4.5 incelendiğinde kadınların eğitim durumu düzeyleri ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. (p=0,014<0,05). Yapılan ileri analizlerde, eğitim durumu ilkokul olanların kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamalarının, üniversite olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Kadınların düzenli egzersiz yapma durumu ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. (p=0,003<0,05). Buna göre, düzenli egzersiz yapmayan kadınların kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamalarının (ort=17,61) düzenli egzersiz yapanlara göre (ort=15,90) daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların kanser tanısı alma durumu ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında analizler sonucunda anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. (p=0,010<0,05). Buna göre, kanser tanısı alanların kanser bilgi yükü ölçeği toplam puanı ortalamalarının (ort=20,5) kanser tanısı almayanlardan (ort=16,92) daha yüksek olduğu, kanser tanısı alanların kanser taraması hakkındaki bilgi yükünün kanser tanısı almayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaş, medeni durum, meslek, gelir durumu, sağlık güvencesi durumu, tanı konulmuş bir hastalık olup olmama durumu, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu değişkenleri ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 4.6: Kadınların Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Yaklaşımları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=342)**

| Kanser Taramalarına Yönelik Yaklaşımlar | | n | Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ailede kanser öyküsü varlığı** | Evet | 182 | 17.53±5.03 | 1.918 | *0.056 |
| | Hayır | 160 | 16.51∓4.75 | | |
| **Ailede kanser tanısı alan bireylerin yakınlık durumu** | Birinci derecede akrabalık | 61 | 17.54±5.09 | 0.253 | **0.859 |
| | İkinci derecede akrabalık | 51 | 17.84±5.39 | | |
| | Üçüncü derecede akrabalık | 38 | 16.76±4.80 | | |
| | Dördüncü derecede akrabalık | 32 | 17.75±4.83 | | |
| **Kanserin önlenebilir olduğunu düşünme** | Evet | 175 | 16.81±4,82 | 1.367 | **0.256 |
| | Hayır | 76 | 16.76±5,40 | | |
| | Bilmiyorum | 91 | 17.79±4,67 | | |

**Tablo 4.6: Kadınların Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Yaklaşımları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=342) (Devamı)**

| Kanser Taramalarına Yönelik Yaklaşımlar | | n | Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Kanser taramaları hakkında bilgi durumu** | Biliyorum | 306 | 17.12 ±4.92 | 0.723 | *0.470 |
| | Bilmiyorum | 36 | 16.5±5.40 | | |
| **Kanser taramaları hakkında bilgi kaynağı** | Sağlık çalışanları | 191 | 16.78±5.38 | 1.841 | **0.121 |
| | Televizyon | 49 | 17.34±3.96 | | |
| | Broşür | 8 | 19.75±3.24 | | |
| | İnternet | 33 | 18.72±3.63 | | |
| | Sosyal çevre | 25 | 16,48±4.37 | | |
| **Kanser taramalarının ücretli olduğunu düşünme** | Evet | 102 | 17.94±4.22 | 2.346 | ***0.020** |
| | Hayır | 240 | 16.68±5.15 | | |

*****Independent Sample t Test
** One Way Anova test & Post Hoc

Kadınların kanser taramalarının ücretli ve ücretsiz olduğunu düşünme durumu ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,020<0,05). Kanser taramalarının ücretli olduğunu ifade eden kadınların, kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamalarının (ort= 17,94) ücretsiz olduğunu belirtenlerden (ort=16,68) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.7: Kadınların Kanser Taramalarını Bilme Durumları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaşılması (n=342)**

| Kanser Taramalarını Bilme | | n | Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **KKMM** | Biliyor | 274 | 17.12±4.90 | 0.499 | 0.618 |
| | Bilmiyor | 68 | 16.79±5.03 | | |
| **Mamografi** | Biliyor | 287 | 17.04±4.89 | -0.168 | 0.867 |
| | Bilmiyor | 55 | 17.16±5.12 | | |
| **Jinekolojik muayene** | Biliyor | 317 | 17.16±4.98 | 1.332 | 0.184 |
| | Bilmiyor | 25 | 15.80±3.87 | | |
| **Pap-Smear Testi** | Biliyor | 297 | 17.18±5.01 | 1.162 | 0.246 |
| | Bilmiyor | 45 | 16.26±4.23 | | |
| **HPV Testi** | Biliyor | 236 | 16.94±5.10 | -0.652 | 0.515 |
| | Bilmiyor | 106 | 17.32±4.49 | | |
| | Biliyor | 177 | 16.76±4.86 | -1.140 | 0.255 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Dışkıda gizli kan taraması** | Bilmiyor | 165 | 17.37±4.97 | | |
| **Kolonoskopi** | Biliyor | 216 | 17.25±4.83 | 0.927 | 0.355 |
| | Bilmiyor | 126 | 16.73±5.07 | | |

Katılımcıların KKMM, mamografi, jinekolojik muayene, pap-smear , HPV taraması, GGK taraması ve kolonoskopiye bilme durumu ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

**Tablo 4.8: Kadınların Kanser Taramalarını Uygulama Sıklıklarını Bilme Durumları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Kanser Uygulama Sıklıklarını Bilme | Kategoriler | n | Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **KKMM sıklığı** | Ayda bir | 206 | 16.82±5.12* | | |
| | Yılda bir | 60 | 18.48±3.91* | 3.608 | ****0.028** |
| | 5 yılda bir | 8 | 14.87±4.01 | | |
| **Mamografi yaptırma sıklığı** | Yılda bir kez | 181 | 17.56±4.77* | | |
| | 2 yılda bir kez | 100 | 16.39±4.92 | 5.031 | ****0.007** |
| | 5 yılda bir kez | 6 | 12.16±4.75* | | |
| **Jinekolojik muayene sıklığı** | Yılda bir kez | 272 | 17.13±4.96 | | |
| | 5 yılda bir kez | 42 | 17.52±5.16 | 0.714 | 0.490 |
| | 10 yılda bir kez | 3 | 14±5.56 | | |
| **Pap-Smear Testi sıklığı** | Yılda bir kez | 197 | 17.29±5.11 | | |
| | 3 yılda bir kez | 51 | 17.39±5.01 | 0.532 | 0.588 |
| | 5 yılda bir kez | 49 | 16.51±4.63 | | |
| **HPV tarama sıklığı** | Yılda bir kez | 97 | 17.61±4.61* | | |
| | 3 yılda bir kez | 47 | 17.70±5.75 | 3.556 | ****0.030** |
| | 5 yılda bir kez | 92 | 15.84±5.12* | | |
| **GGK taraması sıklığı** | Yılda bir kez | 78 | 16.98±4.65 | | |
| | 2 yılda bir kez | 65 | 16.16±4.60 | 0.866 | 0.422 |
| | 5 yılda bir kez | 34 | 17.41±5.78 | | |
| **Kolonoskopi sıklığı** | Yılda bir kez | 65 | 17.89±4.14 | | |
| | 3 yılda bir kez | 62 | 17.37±5.11 | 1.021 | 0.362 |
| | 10 yılda bir kez | 88 | 16.77±5.06 | | |

**One Way anova test & Post Hoc

Kadınların KKMM uygulama sıklığını bilme durumu ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p=0,028<0,05). Bu farklılığın ise yılda bir kez KKKM uygulamasının yapılması gerektiğini belirtenlerin puanının (ort=18,48) ayda bir kez olduğunu

belirtenlere göre (ort=16,81) daha yüksek olduğu, KKMM yılda bir kez yapılması gerektiğini belirtenlerin, kanser taramalarına yönelik bilgi yükünün ayda bir kez yapılması gerektiğini düşünenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların mamografi uygulama sıklığı ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,007<0,05). Buna göre yılda bir kez mamografi uygulaması yapıldığını ifade eden katılımcıların kanser bilgi yükü ölçek toplam puan ortalamalarının (ort=17,55) beş yılda bir kez yapıldığını belirtenler (ort=12,16) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılarda HPV taraması uygulama sıklığı ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,046<0,05). Buna göre yılda bir kez HPV taraması uygulaması yapıldığını belirtenlerin kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamasının (ort=17,62), beş yılda bir kez yapıldığını belirtenlere göre (ort=15,92) daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların jinekolojik muayene sıklığı, pap-smear testi, GGK taraması, kolonoskopinin uygulama sıklığını bilme durumu ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 4.9: Kadınların Kanser Taramalarını Yaptırma Sıklıkları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Kanser Taramalarını Yaptırma Sıklıkları | Kategoriler | n | Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **KKMM yapma sıklığı** | Ayda bir | 94 | 15.38±5.21* | 6,619 | ****0,001** |
| | Yılda bir | 37 | 17.70±4.52 | | |
| | Aklıma geldikçe | 98 | 18.29±47* | | |
| | Hiç yapmam | 45 | 17.75±4.53 | | |
| **Mamografi yaptırma sıklığı** | Bir kez | 70 | 16.95±5.01 | 1,578 | 0,195 |
| | Yılda bir kez | 41 | 17.29±6.05 | | |
| | 2 yılda bir kez | 39 | 15.53±4.16 | | |
| | Hiç yaptırmadım | 137 | 17.43±4.57 | | |
| **Jinekolojik muayene yaptırma sıklığı** | Şikâyetim olduğunda | 215 | 17.12±5.31 | 0,094 | 0,910 |
| | Yılda bir kez | 59 | 17.40±4.25 | | |
| | Hiç yaptırmadım | 43 | 17.02±4.25 | | |

**Tablo 4.9: Kadınların Kanser Taramalarını Yaptırma Sıklıkları ile Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)**

| Kanser Taramalarını Yaptırma Sıklıkları | Kategoriler | n | Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pap-Smear testi yaptırma sıklığı** | Yılda bir kez | 93 | 17.22±4.89 | 0,214 | 0,808 |
| | 5 yılda bir kez | 118 | 17.35±5.26 | | |
| | Hiç yaptırmadım | 86 | 16.89±4.82 | | |
| **HPV tarama sıklığı** | Yılda bir kez | 39 | 16.07±4.67 | 1,787 | 0,170 |
| | 5 yılda bir kez | 53 | 16.22±5.13 | | |
| | Hiç yaptırmadım | 144 | 17.44±5.18 | | |
| **GGK taraması yaptırma sıklığı** | Şikâyetim olduğunda | 56 | 17.80 ±4.70* | 5,960 | ****0.003** |
| | 2 yılda bir kez | 20 | 13.55±3.23** | | |
| | Hiç yaptırmadım | 101 | 16.83±4.98* | | |
| **Kolonoskopi yaptırma sıklığı** | Şikâyetim olduğunda | 61 | 17.57±5.01 | 0,227 | 0,797 |
| | 10 yılda bir kez | 10 | 16.60±4.37 | | |
| | Hiç yaptırmadım | 144 | 17.10±4.79 | | |

**One Way Anova test

Katılımcıların KKMM yaptırma sıklığı ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,001<0,05). KKMM ayda bir kez yapanların kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamalarının (ort=15,38), aklına geldikçe yapanların ölçek toplam puanın ortalamasından (ort=18,29) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların GGK taraması yaptırma sıklıkları ile kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,003<0,05).

GGK taramasını iki yılda bir kez yaptıran kadınların puan ortalamalarının (ort=13,61), şikayeti olduğunda yaptıranlardan (ort=17,80) ve hiç yaptırmayanlardan (ort=16,83) daha düşük olduğu saptanmıştır.

GGK taramasının 2 yılda bir kez yaptıran kadınların, GGK taramasını yaptıranların kanser bilgi yükünün, şikâyeti olduğunda yaptıranlara ve hiç yaptırmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

## 4.5 Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.10: Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları**

| Ölçek | N | Ort±SS | Min. | Max. | Madde Sayısı |
|---|---|---|---|---|---|
| **Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği** | 342 | 101.93±11.56 | 66 | 120 | 24 |

Kadınların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalaması 101,93±11,56, minimum puanın 66, maksimum puanın 120 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.11: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=342)**

| Tanımlayıcı Özellikler | | n | KTYTÖ Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | | | | -0.029 | 0.594 |
| **Medeni durum** | Evli | 287 | 101.68±11.86 | -0.897 | 0.370 |
| | Bekar | 55 | 103.21±9.82 | | |
| **Eğitim durumu** | İlkokul | 83 | 102.14±11.44 | 1.161 | 0.328 |
| | Ortaokul | 30 | 98.03±11.47 | | |
| | Lise | 81 | 102.56±12.68 | | |
| | Üniversite | 122 | 102.66±10.85 | | |
| | Lisansüstü | 26 | 100.38±11.48 | | |
| **Meslek** | Ev hanımı | 148 | 102.26±11.82 | 1.0001 | 0.407 |
| | İşçi | 56 | 101.83±12.70 | | |
| | Memur | 83 | 100.33±10.80 | | |
| | Serbest çalışan | 30 | 102±11.09 | | |
| | Emekli | 25 | 105.44±10.18 | | |
| **Gelir durumu** | Gelir miktarı-gider miktarından az | 86 | 102.45∓12.27 | 0.182 | 0.833 |
| | Gelir miktarı-gider miktarına eşit | 199 | 101.90±10.78 | | |
| | Gelir miktarı- gider miktarından fazla | 57 | 101.26±13.17 | | |

**Tablo 4.11: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Devamı (n=342)**

| Tanımlayıcı Özellikler | | n | KTYTÖ Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sağlık güvencesi durumu** | Sağlık güvencesi yok | 21 | 102.85±11.41 | | |
| | SGK | 302 | 101.56±11.71 | 1.944 | 0.145 |
| | Özel sigorta | 19 | 106.84±8.05 | | |
| **Kronik hastalık durumu** | Evet | 112 | 102.58±10.70 | 0.729 | 0.467 |
| | Hayır | 230 | 101.61±11.97 | | |
| **Sigara kullanım durumu** | Evet | 97 | 101.94±11.33 | 0.126 | 0.882 |
| | Hiç kullanmamış | 201 | 102.10±11.67 | | |
| | Bırakmış | 44 | 101.13±11.79 | | |
| **Alkol kullanım durumu** | Evet | 31 | 104.12±9.82* | | |
| | Hayır | 309 | 101.86±11.59 | 4.772 | ****0.009** |
| | Bırakmış | 2 | 78.50±6.36* | | |
| **Düzenli egzersiz yapma durumu** | Evet | 110 | 103.90±12.62 | | |
| | Hayır | 232 | 101±10.93 | 2.185 | ***0.030** |
| **Kanser tanısı alma durumu** | Evet | 14 | 102.14±11.72 | | |
| | Hayır | 328 | 101.92±11.57 | 0.068 | 0.946 |

Pearson Korelasyon, p<0.05
*****Independent Sample t Test
** One Way Anova test&Post Hoc

Kadınların alkol kullanım durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,009<0,05). Yapılan analizler sonucunda alkol kullananların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının (ort=104,12) bırakmış olanlardan (ort=78,50) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kadınların düzenli egzersiz yapanlar ile düzenli egzersiz yapmayanların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,030<0,05). Düzenli egzersiz yapanların ölçek toplam puan ortalamalarının (ort=103,90) düzenli egzersiz yapmayanlardan (ort=101) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, sağlık güvencesi durumu, kronik hastalık durumu, sigara kullanımı ve kanser tanısı alma durumları ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

**Tablo 4.12: Kadınların Kanser ve Kanser Taramalarına İlişkin Yaklaşımları ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=342)**

| Kansere ve Taramalarına İlişkin Yaklaşımlar | | n | KTYTÖ Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ailede kanser öyküsü varlığı** | Evet | 182 | 101.85±11.88 | -0.143 | *0.86 |
| | Hayır | 160 | 102.03∓11.22 | | |
| **Ailede kanser tanısı alan bireylerin yakınlık durumu** | Birinci derecede akrabalık | 61 | 100.36±12.95 | 0.683 | **0.563 |
| | İkinci derecede akrabalık | 51 | 103.13±10.85 | | |
| | Üçüncü derecede akrabalık | 38 | 103.07±10.40 | | |
| | Dördüncü derecede akrabalık | 32 | 101.18±13.10 | | |
| **Kanserin önlenebilir olduğunu düşünme** | Evet | 175 | 16.81±4.82 | 1.367 | **0.256 |
| | Hayır | 76 | 16.76∓5.40 | | |
| | Bilmiyorum | 91 | 17.79∓4.67 | | |
| **Kanser taramaları hakkında bilgi durumu** | Biliyorum | 306 | 102.18∓22.70 | 1.169 | *0.243 |
| | Bilmiyorum | 36 | 99.80∓10.21 | | |
| **Kanser taramaları hakkında bilgi kaynağı** | Sağlık çalışanları | 191 | 103.03±11.46 | 1.866 | **0.116 |
| | Televizyon | 49 | 100.44±12.18 | | |
| | Broşür | 8 | 94.62±13.89 | | |
| | İnternet | 33 | 99.96±12.30 | | |
| | Sosyal çevre | 25 | 104.08±10.11 | | |
| **Kanser taramalarının ücretli olduğunu düşünme** | Evet | 102 | 100.40±11.28 | -1.602 | *0.110 |
| | Hayır | 240 | 102.58±11.64 | | |

* Independent Sample t Test
** One Way Anova test&Post Hoc

Katılımcıların ailede kanser öyküsü varlığı, ailede kanser tanısı alan bireylerin yakınlık durumu, kanserin önlebilirliği, kanser taramaları hakkında bilgi durumu, kanser taramaları hakkında bilgi kaynağı ve kanser taramalarının ücretli olduğunu düşünme durunu ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.13: Kadınların Kanser Taramalarını Bilme Durumu ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaşılması (n=342)**

| Kanser Taramalarını Bilme | Kategoriler | n | KTYTÖ Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **KKMM** | Biliyor | 274 | 102.41±11.32 | 1.545 | 0.123 |
| | Bilmiyor | 68 | 100±12.39 | | |
| **Mamografi** | Biliyor | 287 | 102.06±11.48 | 0.463 | 0.643 |
| | Bilmiyor | 55 | 101.27±12.06 | | |
| **Jinekolojik muayene** | Biliyor | 317 | 102.23±11.65 | 1.682 | 0.094 |
| | Bilmiyor | 25 | 98.20±9.82 | | |
| **Pap-Smear Testi** | Biliyor | 297 | 102.23±11.74 | 1.233 | 0.218 |
| | Bilmiyor | 45 | 99.95±10.21 | | |
| **HPV Taraması** | Biliyor | 236 | 102.32±11.66 | 0.932 | 0.352 |
| | Bilmiyor | 106 | 101.06±11.33 | | |
| **GGK Taraması** | Biliyor | 177 | 102.45±11.26 | 0.864 | 0.388 |
| | Bilmiyor | 165 | 101.37±11.88 | | |
| **Kolonoskopi** | Biliyor | 216 | 101.91±11.15 | -0.049 | 0.961 |
| | Bilmiyor | 126 | 101.97±12.28 | | |

* Independent Sample t Test

Katılımcıların KKMM bilme durumu, mamografi bilme durumu, jinekolojik muayeneyi bilme durumu , Pap-Smear testini bilme durumu, HPV taramasını bilme durumu, GGK taraması testini bilme durumu, kolonoskopi bilme durumları ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05)

**Tablo 4.14: Kadınların Kanser Taramalarının Uygulanma Sıklıklarını Bilme Durumları ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Kanser Taramalarının Uygulanma Sıklıklarını Bilme | Kategoriler | n | KTYTÖ Ort± SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **KKMM** | Ayda bir | 206 | 102.49±11.08 | | |
| | Yılda bir | 60 | 102.08±11.75 | 0.041 | 0.960 |
| | Beş yılda bir | 8 | 103∓15.27 | | |
| **Mamografi sıklığı** | Yılda bir kez | 181 | 102.29±11.43 | | |
| | İki yılda bir kez | 100 | 101.65±11.53 | 0.103 | 0.902 |
| | Beş yılda bir kez | 6 | 101.83±15.10 | | |
| **Jinekolojik muayene sıklığı** | Yılda bir kez | 272 | 102.43±11.73 | | |
| | Beş yılda bir kez | 42 | 101.26±11.38 | 0.413 | 0.662 |
| | On yılda bir kez | 3 | 97.66±8.96 | | |
| **Pap-Smear Testi sıklığı** | Yılda bir kez | 197 | 102.05±11.86 | | |
| | Üç yılda bir kez | 51 | 102.23±10.52 | 0.122 | 0.885 |
| | Beş yılda bir kez | 49 | 102.97±12.61 | | |
| **HPV tarama sıklığı** | Yılda bir kez | 97 | 101.78∓ ±11.78 | | |
| | Üç yılda bir kez | 47 | 101.38±12.10 | 0.718 | 0.489 |
| | Beş yılda bir kez | 92 | 103.45±11.34 | | |
| **GGK taraması sıklığı** | Yılda bir kez | 78 | 102.87±10.22 | | |
| | İki yılda bir kez | 65 | 100.49±12.85 | 2.123 | 0.123 |
| | Beş yılda bir kez | 34 | 105.26±9.83 | | |
| **Kolonoskopi sıklığı** | Yılda bir kez | 65 | 101.53±10.10 | | |
| | Üç yılda bir kez | 62 | 101.19±11.41 | 0.358 | 0.699 |
| | On yılda bir kez | 88 | 102.65±11.83 | | |

** One Way Anova test&Post Hoc

Katılımcıların KKMM, mamografi, jinekolojik muayene, Pap-Smear testi, GGK tarama, HPV taraması ve kolonoskopinin uygulama sıklığını bilme düzeyleri arasında kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 4.15: Kadınların Kanser Taramalarını Yaptırma Sıklıkları ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Kanser Taramalarını Yaptırma Sıklıkları | Kategoriler | n | Ortalama∓ SS | Test değeri | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **KKMM** | Ayda bir kez | 94 | 104.22∓11.68 | | |
| | Yılda bir kez | 37 | 104.62∓10.91 | | |
| | Aklıma geldikçe | 98 | 100.53∓11.10 | 2.468 | 0.062 |
| | Hiç yapmam | 45 | 100.93∓10.79 | | |
| **Mamografi** | Bir kez | 70 | 101.44∓13.41 | | |
| | Yılda bir kez | 41 | 105.07∓11.36 | 1.168 | 0.322 |
| | İki yılda bir kez | 39 | 102.33∓11.06 | | |
| | Hiç yaptırmadım | 137 | 101.40∓10.51 | | |
| **Jinekolojik muayene** | Şikayetim olduğunda | 215 | 102.53∓11.67 | 0.423 | 0.655 |
| | Yılda bir kez | 59 | 102.05∓13.07 | | |
| | Hiç yaptırmadım | 43 | 100.79∓9.44 | | |
| **Pap-Smear Testi** | Yılda bir kez | 93 | 101.74∓12.72 | | |
| | Beş yılda bir kez | 118 | 102.65∓11.60 | 0.156 | 0.855 |
| | Hiç yaptırmadım | 86 | 102.19∓10.89 | | |
| **HPV tarama** | Yılda bir kez | 39 | 103.41∓12.67* | | |
| | Beş yılda bir kez | 53 | 106.41∓11.12 | 5.320 | ****0.006** |
| | Hiç yaptırmadım | 144 | 100.52∓11.23* | | |
| **GGK taraması** | Şikayetim olduğunda | 56 | 103.03∓12.27 | | |
| | İki yılda bir kez | 20 | 104.30∓10.82 | 0.525 | 0.592 |
| | Hiç yaptırmadım | 101 | 101.77∓10.81 | | |
| **Kolonoskopi yaptırma sıklığı** | Şikayetim olduğunda | 61 | 101.52∓11.32 | | |
| | On yılda bir kez | 10 | 104.80∓11.07 | 0.370 | 0.691 |
| | Hiç yaptırmadım | 144 | 101.85∓11.07 | | |

** One Way Anova test & Post Hoc

Katılımcıların HPV taraması yaptırma sıklığı arasında kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamları bakımından anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (p=0,006<0,05). Yapılan ileri analizler sonucuna göre yılda bir kez HPV taraması yaptıranların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının (ort=103), hiç yaptırmayanlardan (ort=100,71) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların KKMM, mamografi, jinekolojik muayene, pap-smear testi, GKK taraması, kolonoskopi yaptırma sıklığı düzeyleri arasında kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

### 4.6. Kadınların Kanser Bilgi Yükü ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki ile ilgili Bulgular

**Tablo 4.16: Kadınların Kanser Bilgi Yükü ile Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki**

| Değişkenler | | Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan |
|---|---|---|
| **Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Toplam Puan** | r | **-0.222*** |
| | p | **0.001** |

* Pearson Korelasyon, *p<0.05

Kadınların kanser bilgi yükü ölçeği puanı ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001<0,05, r=-0,222).

# BEŞİNCİ BÖLÜM

# TARTIŞMA

Bu araştırma kadınların kanser bilgi yükü ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Kadınların yaş ortalaması, 43,48±9,72'dir. Minimum yaş 30, maksimim yaş ise 70'tir. Çalışmamıza katılan kadınların %83,9'u evli, %16,1'inin bekar olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde %24,3'ü ilkokul, %8,8'i ortaokul, %23,7'si lise, %35,7'si üniversite, %7,6'sı lisansüstü mezunudur. Katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde %43,3 ev hanımı, %16,4 işçi, %24,3'nün memur, %8,8'nin serbest çalışan, %7,3'nün emekli olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların kanser bilgi yükü ölçeği toplam puan ortalamalarının 17,06∓4,92, minimum puanın 8, maksimum puanın ise 32 olduğu saptanmıştır. Kadınların kanser bilgi yükü düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. İnci ve ark. (2019) çalışmasında ise puan ortalamasının 18,69 ±4,12, Öztoprak'ın (2020) çalışmasında ölçek toplam puan ortalaması ise 19,32±5,38 olarak bulunmuştur. Değer ve ark. (2021) genel popülasyonda yaptığı araştırmada ölçek toplam puan ortalamasının 18,92±4,86 olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarının benzer şekilde olduğu ve kanser bilgi yükünün orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kadınların kanser bilgi yükünün orta düzeyde olması, kanser hakkında bilgiye doğru kaynaklardan ulaştığını ve aşırı kanser yüküne maruz kalmadıklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan kadınların eğitim durumu üniversite mezunu olanların kanser bilgi yükü, ilkokul mezunu olanlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ramondt ve Ramirez'in (2019) çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi yükünün artığı belirtilmiştir (Ramondt & Ramírez, 2019). Kim ve ark. (2007) Amerika'da yaptığı araştırmada bizim çalışmamızın aksine eğitim durumu yükseldikçe bireylerin kanser bilgi yükünün azaldığı belirtilmiştir (Kim, Lustria, Burke & Kwon, 2007). Eğitim durumu yükseldikçe kadınların bilgiye ulaşması daha kolay olmaktadır. Günümüzde bilgiye ulaşmada kullanılan ilk kaynaklar ise yazılı ve görsel internet kaynaklarıdır. Bu durum bilgiye ulaşmayı kolaylaştırsa da kanser hakkında fazla bilgi ve güvenilir olmayan kaynaklardan elde edilen bilgi kadınların kanser bilgi yükünün artmasına

neden olabilir. Bu doğrultuda çalışmamızdan elde edilen bulgu beklenen bir sonuçtur. Araştırmada düzenli egzersiz yapmayanların kanser bilgi yükü, düzenli egzersiz yapanlardan daha yüksek çıkmıştır. Niederdeppe ve ark. 2014 yılında, Değer ve ark, 2021 yılında yaptığı araştırmada yer alan bilgilere göre kanser bilgi yükü ile egzersiz arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur (Niederdeppe ve diğerleri, 2014; Değer & Zoroğlu, 2021). Egzersiz yapmak kanser ve birçok kronik hastalığa karşı koruyucu sağlık davranışları arasında yer almaktadır. Sağlıklı yaşam davranışlarını sürdüren kadınların kanser bilgi yükünün daha düşük olması beklenen bir durumdur.

Kanser tanısı alanların kanser bilgi yükü, kanser tanısı almayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Kim ve ark. 2007'de yaptığı çalışmada da kanser tanısı alanların aşırı kanser yüküne maruz kaldığı belirlenmiştir (Kim, Lustria, Burke & Kwon, 2007). DSÖ verilerine göre kanser hastalığının dünyada ikinci ölüm nedeni olarak belirtilmesi hem bireyin hem de bireyin yakınları için uzun bir süreçtir. Kanser tanısı alan bireylerin kanser hastalığı ve tedavisi ile ilgili olarak sürekli bilgi arayışında olması nedeniyle kanser bilgi yükünü arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırmada kanser taramalarının ücretli olduğunu ifade eden kadınların kanser bilgi yükü, ücretsiz olduğunu belirten kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. HPV taramasını yılda bir kez yapıldığını belirten kadınların kanser bilgi yükünün, beş yılda bir kez yapılması gerektiğini belirtenlerden daha yüksek olduğu, mamografi taramasının yılda bir kez yapılmasını belirten kadınların kanser bilgi yükünün, beş yılda bir kez yapılması gerektiğini belirten kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, kanser bilgi yükünün bireylerde zihinsel karmaşaya neden olduğu ve kanser bilgisinden uzaklaştığı belirlenmiştir (Lee, Chae & Jensen, 2015). Kanser taramalarını normalden daha sık aralıklarla yapılması gerektiğini düşünenlerin kanser taramaları hakkında yeterli ve doğru bilgiye ulaşmadıklarını bu durumda kanser bilgi yüküne maruz kaldıklarını düşünebiliriz.

Çalışmamıza katılan kadınların ayda bir sıklıkla KKMM yapanların kanser bilgi yükününün, aklına geldikçe KKMM yapanlardan, GGK taramasını 2 yılda bir kez yaptıranların kanser bilgi yükünün, şikâyeti olduğunda yaptıranlara ve hiç yaptırmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durumda kanser taramalarına düzenli olarak katılan kadınların, kanser bilgi yükü daha az çıkmıştır. Jensen ve ark. 2014 yılında yaptığı araştırmada kolonoskopi taraması yaptırmayanların kanser bilgi yükü düzeyinin yüksek olduğunu bulmuştur (Jensen ve diğerleri, 2014b).

Öztoprak'ın çalışmasında da KKMM yapmayan kadınların, KKMM yapan kadınlara göre kanser bilgi yükü daha yüksek bulunmuştur (Öztoprak & Ege, 2021). Literatürde farklı araştırmalarda taramalara düzenli olarak katılan bireylerin kanser bilgi yükünün daha düşük olduğu belirlenmiş ve benzer sonuçlar çıkmıştır (Jensen ve diğerleri, 2014a; Niederdeppe ve diğerleri, 2014). Kanser ve kanser taramaları hakkında yeterli ve doğru bilgiye ulaşmış olmak bireylerin aşırı bilgi yüküne maruz kalmasını önlemektedir.

Literatür incelendiğinde kanser bilgi yükünün yaş ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu belirlenmiştir (Jensen ve diğerleri, 2017; Öztoprak & Ege, 2021). Ancak bizim çalışmamızda yaş ile bir ilişki belirlenememiştir. Bu durumun çalışmaya katılan kadınların bireysel özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Çalışmamıza katılan kadınların kanser taramalarından haberdar olduğu kaynaklar ile kanser bilgi yükü ölçek puan ortalaması hakkında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde kanser taramalarına yönelik bilgi kaynağı olarak, basın-yayın ve internet kaynaklarını kullanan kadınların kanser bilgi yükü düzeyi yüksek bulunmuştur (Kim, Lustria, Burke & Kwon, 2007; Öztoprak & Ege, 2021). Bu durumun başvurulan kaynakların hatalı ve yetersiz bilgiler içermesi nedeniyle kadınları yanlış yönlendirmesi ve bu nedenle endişe düzeylerini arttırarak kanser bilgi yüklerini yükseltmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinden aldıkları minimum puan 66, maksimum puan 120'dir. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalaması 101,93∓11,56 olarak belirlenmiştir. Kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Filiz'in 2022 yılında yaptığı çalışmada kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamasının ise 96,87±15,98 olarak bulunmuştur (Filiz, 2022). Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Uysal ve ark. yaptığı çalışmada ise kadınların KTYTÖ toplam puan ortalamaları 65,19±8,45, Öztürk ve ark. çalışmasında ise 60,51±27,80 olarak bulunmuştur (Öztürk Yıldırım, Şahin & Uyar, 2020; Uysal & Toprak, 2022). İngiltere'de 40-70 yaş arası kadınlar arasında online olarak yapılan bir araştırmada ise bireylerin meme kanserine karşı tutumlarının iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Ghanouni vd., 2020). Suudi Arabistan'da ve Hindistan'da yapılan diğer çalışmalarda bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumlarının ortalamanın üstünde bulunmuştur (Ahmed, Muatair & Bashir, 2022; Sahu, Subba & Giri, 2020).

Araştırmada elde edilen sonuçlardaki farklılıkların ülkelerin sağlık politikalarından, farklı popülasyonlarda yürütülen çalışmalar olmasından ve farklı basamaklarda hizmet veren sağlık kuruluşlarında yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Alkol kullanan kadınların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanının, alkolü bırakmış olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda benzer şekilde alkol kullananların kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Öztürk Yıldırım, Şahin & Uyar, 2020; Yeğenler, 2021). Atlas ve Güneri'nin çalışmasında da alkol kullanan kadınların jinekolojik kanserlere karşı farkındalığı yüksek bulunmuştur (Atlas & Güneri, 2022). Bizim çalışmamızın aksine Polonya'da yapılan bir araştırmada alkol kullananların kanser taramalarına karşı tutumları ve katılım oranlarınınım düşük olduğu belirtilmiştir (Czaderny, 2019). İki ülke arasındaki sonuçların, kültürel farklılıkların neden olduğunu söyleyebiliriz. Bunun yanında alkolün zararları ve alkol kullanmanın kanser için riskli bir davranış olmasına bağlı olarak bireylerin kanser taramalarına karşı olumlu tutum sergilediklerini ifade edebiliriz.

Katılımcıların HPV taraması yaptırma sıklığı düzeyleri arasında kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları bakımından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Yılda bir kez HPV taraması yaptıranların kanser taramalarına yönelik tutumunun hiç yaptırmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Arı ve Kılıç'ın (2022) araştırmasında ise beş yıldan daha fazla aralıklarla, düzenli olarak HPV taraması yaptırmayanların kansere karşı olumsuz tutumları olduğu belirlenmiştir (Arı &Kılıç, 2022). HPV tarama sonucunda, HPV (16, 18 tip hariç) pozitif olan bireylerin serviks kanseri riski nedeniyle daha sık aralıklarla HPV taraması yaptırmaları önerilmektedir (Türkyılmaz ve diğerleri, 2021). Bireylerin kanser endişesine sahip olması kanser taramalarına yönelik tutumlarını ve davranışlarını artırdığı tespit edilmiştir (Jensen ve ark. 2010). Böyle bir risk durumu olduğunda kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapanların, düzenli egzersiz yapmayanlardan kanser taramalarına yönelik tutum ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yeğenler ve Uysal'ın çalışmasında benzer şekilde egzersiz yapanların kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir (Yeğenler, 2021; Uysal & Toprak, 2022). Dal ve ark. (2020) çalışmasında da egzersiz yapanların

jinekolojik kanser farkındalığı daha yüksek bulunmuştur (Alp Dal, Akkuzu & Çetinkaya Şen, 2020). Öztürk ve ark. 2020 yılında yaptığı çalışmada egzersiz ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında bir ilişki bulunamamıştır (Öztürk Yıldırım, Şahin & Uyar, 2020). Ülkemiz genelinde uygulanan Türkiye Kanser Kontrol Programı (2021) çerçevesinde toplumsal düzeyde sağlık eğitimleri verilmektedir (Türkyılmaz ve diğerleri, 2021). Bu doğrultuda sağlığına yönelik koruyucu davranış sergileyen kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha olumlu olması beklenen bir durumdur.

Kadınların kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda kanser bilgi yükü artıkça, kanser taramalarına karşı tutumlarının azaldığı söylenebilir. Jensen ve ark. çalışmasında kanser bilgi yükü arttıkça kanser taramalarına katılma oranının düştüğü belirlenmiştir. (Jensen ve ark. 2014a). Chae'nin ve ark. 2016'da yaptığı araştırmada bireylerin kanser bilgi yükü artığında zihin karışıklığına sebep olduğu, bu duruma bağlı olarak kanser ile ilgili bilgiye ulaşmaktan uzak durmayı tercih ettikleri ve koruyucu sağlık davranışlarından uzaklaştıkları belirlenmiştir (Chae, 2016). Kanser bilgi yükü puanların yüksek olması bireylerin aşırı kanser bilgi yüküne sahip olmasına dolayısıyla kanser ve kanser taramalarından kaçınmak gibi olumsuz tutum ve davranışlara yol açması nedeniyle istenen bir durum değildir. Kadınların kanser bilgi yükünün artması, kanser bilgisinden uzak kalmak istemeleri nedeniyle kanser taramalarına yönelik tutumlarının olumsuz yönde etkilendiği düşünülebilir.

# SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların kanser bilgi yükü ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- Çalışmamızda kadınlarda kanser bilgi yükünün orta düzeyde olduğunu belirlenmiştir.
- Çalışmamızda kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur.
- Eğitim durumu üniversite mezunu olan kadınların kanser bilgi yükü, eğitim durumu ilkokul mezunu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Düzenli egzersiz yapmayan kadınların kanser bilgi yükü düzeyi, düzenli egzersiz yapanlardan daha yüksek bulunmuştur.
- Kanser tanısı alan kadınların, kanser bilgi yükünün kanser tanısı almayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Taramaların ücretli olduğunu düşünen kadınların kanser bilgi yükünün, ücretsiz olduğunu düşünen daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Ayda bir sıklıkla KKMM'si yapanların kanser bilgi yükününün, aklına geldikçe KKMM yapanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. GGK taramasını 2 yılda bir kez yaptıranların kanser bilgi yükünün, şikayeti olduğunda yaptıranlara ve hiç yaptırmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Mamografi uygulamasının yılda bir kez yapılması gerektiğini belirten kadınların, kanser bilgi yükünün, beş yılda bir kez yapılması gerektiğini belirten kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamıza katılan kadınlarda alkol kullananların kanser taramalarına yönelik tutumlarının, alkolü bırakmış olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Düzenli egzersiz yapanların kanser taramalarına yönelik tutumlarının egzersiz yapmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- HPV taramasını yılda bir kez yaptıran kadınların, kanser taramalarına yönelik

tutumlarının, hiç yaptırmayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Çalışmamızda kadınların kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Kanser bilgi yükü artıkça, kanser taramalarına yönelik tutumlarının azaldığı belirlenmiştir.

Araştırma bulgularından elde edilen sonuçlar doğrultusunda kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumlara ilişkin bazı önerilerde bulunulmuştur.

- Kanser bilgi yükünü önlemek amacıyla bireylerin kanser hakkında doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmaları için öncelikle sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmelidir. Broşürler, afişler ve kamu spotlarında bireylerin bilgi alabilecekleri kurum ve internet sitelerinin adresleri yer almalıdır.
- Bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeleri için farkındalık eğitimleri düzenlenmelidir.
- Kanser ve kanser taramalarına yönelik yaş ve cinsiyet gruplarına özel farkındalık eğitimleri planlanmalıdır.
- Kanserde birincil ve ikincil korunmada büyük rolü bulunan ebe ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin artırılması için hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.
- Sağlık bakanlığı tarafından tarama yaşı ve zamanı gelen bireylere bilgilendirme, hatırlatma ve yönlendirme amacıyla, animasyon videoları hazırlanarak kısa mesaj ve elektronik posta gönderimini sağlayacak yazılımlar geliştirilmelidir.
- Çalışan bireylerinde, işverenler tarafından tarama programına katılımını desteklenmesi için ilgili bakanlıklar tarafından yasal çerçeveler oluşturulmalı ve sürekliliği için denetim altına alınmalıdır.
- Bu araştırmanın farklı popülasyonlarda, yaş gruplarında ve farklı metodolojik yöntemlerle araştırmalar yapılması önerilmektedir.

# KAYNAKÇA


Adhilkari, B. (2021) *Historical development of Epidemiology*. [Online]. https://publichealthglobe.com/history-of-epidemiology-historical-.-development-of-epidemiology/:(03 Aralık 2022)

Adıgüzel, A. (2011). Bilgi Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (17):15-28.

Akdemir, N. (2020). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (6.b.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Akdeniz, M. Kavukçu, E. (2017). Dördüncük Koruma: Önce Zarar Verme. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, *21*(2): 74-81

Allport, G. W. (1967). *Attitudes, Reading in Attitude Theıry and Measurement*. New York: John Wiley and Sons.

Alp Dal N, Akkuzu G, Çetinkaya Şen Y.(2020). Ufuk Üniversitesi Kadın Çalışanlarının Jinekolojik Kanser Farkındalığının İncelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 3(2):91-99.

ALO 171 Sigarayı Bırakma ve Danışma Hattı.(2021) *Nasıl Destek Alabilirim?* [Online].https://publichealthglobe.com/history-of-epidemiology-historical-.-development-of-epidemiology/: (03 Eylül 2022)

American Cancer Society. (2018). *Understanding What Cancer Is: Ancient Times to Present* [Online].https://publichealthglobe.com/history-of-epidemiology-historical-.-development-of-epidemiology/: (2 Eylül 2022)

American Cancer Society a. (2020). *American Cancer Society Guideline for Diet and Physical Activity for Cancer Prevention* [Online]. https://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention.html: (02 Eylül 2022)

American Cancer Society b. (2022). *History of Cancer Epidemiology: 18th Century to Present* [Online].https://publichealthglobe.com/history-of-epidemiology-historical-.-development-of-epidemiology/: (04 Aralık 2022)

Arı, Ö. Kılıç, M. (2022). Erzurum'da Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Kadınların Kanser Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği ve Temel Bakım Dergisi,16*(3):559-573.

Arkonaç, S. A. (2001). *Sosyal Psikoloji* (2. Baskı b.). İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağılım.

Arslan Özkan, H. (2019). *Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Atlas, B. Güneri, S. E. (2022). Kadınların Jinekolojik Kanserlerle İlgili Farkındalığı ve Farkındalığı Etkileyen Faktörler. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(1): 77-85.

Bayo, J., Molina, R., Perez, J., Perez-Ruíz, E., Aparicio, J., Beato, C., Santaballa, A. (2019). SEOM Clinical Guidelines to Primary Prevention of Cancer (2018). *Clinical Guides in Oncology*,21:106-113.

Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic Epidemiolog*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43541. (Erişim Tarihi: 3 Aralık 2022)

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E. Ö., & Demirel, F. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (14 b.). Ankara. Pegem Yayınları.

Carter, S. M., Degelind, C., Doust, J., & Barratt, A. (2016). A Definition and Ethical Evaluation of Overdiagnosis. *J Med Ethics,42*(11): 705-714.

Chae, J. (2016). Who Avoids Cancer Information? Examining a Psychological Process Leading to Cancer Information Avoidance. *J Health Commun, 21*(17): 837-844.

Chae, J. Lee, C.-J. & Kim, K. (2020). Prevalence, Predictors, and Psychosocial Mechanism of Cancer Information Avoidance: Findings from a National Survey of U.S. Adults, *Health Commun, 35*(3): 322-330.

Czaderny K. Increasing Deaths From Kolorectal Cancer in Poland - Insights for Optimising Kolorectal Kancer Screening in Society and Space, *Ann Agric Environ Med. 26*(1):125-132.

Chen, L., Wang, X., & Peng, T.-Q. (2018). Nature and Diffusion of Gynecologic Cancer–Related Misinformation on Social Media: Analysis of Tweets, *Journal of Medical Internet*. *20*(10): 11515

Çakmak, R. Güler, G. (2021). Kadın Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, *20*(1):25-32.

Çevik, E. Çoşkun, A. (2021, Aralık 27). HPV Enfeksiyonuna Güncel Yaklaşım ve Ebenin Rolü. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 7*(3): 215-229.

Çürük, G. N. Kaçmaz, H. Y. (2017). Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 224-233.

Değer, M. S. Zoroğlu, G. (2021). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Kanser Bilgi Yükü İlişkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, *26*(1): 108-117.

Ebell, M. H., Thai, T. N., & Royalty, K. J. (2018). Cancer Screening Recommendations: an İnternational Comparison of High İncome Countries. *Public Health, 39*(1): 1-19.

Enç, N. (2021). *İç Hastalıkları Hemşireliği* (3b.). İstanbul, Nobel Tıp Kitavevleri.

Eroğlu, K. Koç, G. (2013). Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 77-90.

Eti Aslan, F. (2020). *Güncel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara, Akademisyen Kitabevi.

Filiz, G. K. (2022*). Ankara'da Bir Aile Sağlığına Başvuran 30-70 Arası Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Davranışları*. (*Uzmanlık Tezi)*. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.

Ghanouni, A., Sanderson, S. C., Pashayan, N., Renzi, C., Von Wagner, C., & Waller, J. (2020). Attitudes Towards Risk-Stratified Breast Cancer Screening Among Women in England: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Medical Screening*, *27*(3): 138-145.

Gencer, H., Serçekuş, P., & Özkan, S. (2021, Eylül 23). Kanser Hastalarının Bilgi Kaynakları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(3): 568-573

Georges, C. d., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020, February). Global Burden of Cancer Attributable to İnfections in 2018: a Worldwide İncidence Analysis. *Lancet Glob Health*, 180-190.

Gillman, M.W. (2015). Primordial prevention of cardiovascular disease. *Circulation, 131* (7) :599-601.

Güler, Ç. Akın, L. (2015). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (3b.). Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

Haddock, G., Thorne, S., & Wolf, L. (2020). *Attitudes and Behavior*. *Oxford Research Encyclopedias*.[Online]. https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-449: (05 Kasım 2022)

Halk Sağlığı Müdürlüğü e (2017) *2017 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri* [Online]. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-statistikleri.html: (1 Eylül 2022)

Havanı Koru a. (2022) *Dumansız Hava Sahası* [Online]. https://havanikoru.saglik.gov.tr/sagligimiza-etkileri/tutun-ve-kanser.html: (01 Eylül 2022)

Havanı Koru b. (2008) *Uygulama Rehberi* [Online]. https://havanikoru.saglik.gov.tr/uygulama-rehberi.html: (01 Eylül 2022)

Horn, J. Vatten, L. J. (2017). Reproductive and Hormonal Risk Factors of Breast Cancer: a Historical Perspective. *Int J Womens Health, 9*: 265–272.

İnci, F. H., Başkale Akgül, H., & Ak Serçekuş, P. (2019). Kanser Bilgi Yükü Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Çukurova Medical Journal*, 127-135.

International Agency for Research on Cancer. (2020). İnternational Agency for Research on Cancer [Online]. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-: (30 Kasım 2022)

Jensen JD, Bernat JK, Davis LA, Yale R. a. (2010). Dispositional Cancer Worry: Convergent, Divergent, and Predictive Validity of Existing Scales. *J Psychosoc Oncol*. 28(5):470-89.

Jensen , J. D., Carcioppolo , N., King, A. J., Scherr, C. L., Jones, C. L., & Niederdieppe, J. b. (2014). The cancer information overload (CIO) scale: establishing predictive and discriminant validity. *Patient Educ Couns*, 90-96.

Jensen JD, King AJ, Carcioppolo N, Krakow M, Samadder NJ, Morgan S. (2014). Comparing Tailored and Narrative Worksite İnterventions at İncreasing Colonoscopy Adherence in Adults 50-75: a Randomized Controlled Trial. *Soc Sci Med.*104:31-40.

Jensen, J. D., Liu, M., Carcioppolo, N., John, K. K., Krakow, M., & Sun, Y. (2017). Health information seeking and scanning among US adults aged 50-75 years: Testing a key postulate of the information overload model. *Health Informatics J*, 96-108.

Jensen, J. D., Shannon, J., Iachan, R., Deng, Y., Kim, S. J., Demark-Wahnefried, W., Shete, S. (2022). Examining Rural-Urban Differences in Fatalism and Information Overload: Data from 12 NCI-Designated Cancer Centers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 31*(2):393-403.

Kabacaoğlu, C. Karaca, A. (2020). Meme Kanserinde Birincil ve İkincil Korunma Önlemlerine ilişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. *Journal of Academic Research in Nursing, 6*(1): 179-186.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1999). *Yeni insan ve İnsanlar* (10 b.). İstanbul, Evrin Basım Yayım ve Dağıtım.

Kağıtçıbaşı, Ç., & Cemalcılar, Z. (2014). Dünden Bugüne İnsan ve İnsanlar (16 b.). İstanbul, Evrim Yayınevi.

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

Kapucu, S. Kutlutürkan, S. (2020). Onkoloji Hemşireliği. Ankara, Hipokrat Yayıncılık.

Kessler, T. A. (2017). Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. *Semin Oncol Nurs*, 172-183.

Kim, K., A.Lustria, M. L., Burke, D., & Kwon, N. (2007). Predictors of cancer information overload: findings from a national survey. *İnformation Research*, 12(4).

Kisling, L. A. Das, J. M. (2022). Prevention Strategies. *StatPearles*. [online]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/#article-27736.s:(30 Kasım 2022)

Korkmaz, L. (2017). Tutumlarımızın Ne Kadar Farkındayız? Örtük Tutumlar ve Örtük Ölçüm Yöntemleri. *Türk Psikoloji Yazılar, 20*(40):109-127.

Kuralay, Ç., Ayyıldız, N. İ., & Evcimen, H. (2021). Kanser Etkinliğine Katılan Bireylerin Kansere İlişkin Tutumlarının Kanser Etkinliğine Katılan Bireylerin Kansere İlişkin Tutumlarının. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24*(4): 531-538.

Chae J, Lee CJ, Jensen JD. (2015). Correlates of Cancer Information Overload: Focusing on Individual Ability and Motivation. *Health Commun, 31*(5):626-34.

Liebl, P., Seilacher, E., Koester, M.-J., Stellamanns, J., Zell, J., & Hübner, J. (2015). What Cancer Patients Find in the İnternet: The Visibility of Evidence-Based Patient İnformation Analysis of İnformation on German Websites. *Oncol Res Treat, 38*(5): 212-218.

Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, j. (2018). Quaternary Prevention: Reviewing the Concept. *Eur J Gen Practice*, 111-116.

Muratdağı, G., Aşıcı, N., Oturak, G., Kibar, F. A., Keskin, M., Berberoğlu, U., Aydın, A. (2019). Medyada Yer Alan Kanser Haberlerinin Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi, 9*:619-625.

National Cancer İnstitute. (2022). *Cancer Prevention Overview (PDQ®)–Patient Version.* [Online].https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/patient-prevention-overview-pdq#_290: (01 Eylül 2022)

Niederdeppe, J., Lee, T., Robbins, R., Kim, H. K., Kresovich, A., Kirsenblat, D., Fowler, E. F. (2014). Content and Effects of News Stories About Uncertain Cancer Causes and Preventive Behaviors. *Health Commun, 29*(4): 332-346.

NIH. (2019*).Infectious Agents* [Online].https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents: (01 Ekim 2022)

Özerdoğan, N. Gürsoy, E. (2017). Serviks Kanserinde Korunma ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri*, 40-49.

Öztoprak, F. S. Ege, E. (2021). Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yükü İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 37*(2): 141-156.

Öztürk Yıldırım, E. N., Mehmet, U., & Şahin, K. T. (2020). Development of an Attitude Scale for Cancer Screening. *Turkısh Journal of Oncology*(4): 394-404.

Öztürk, Y. Günay, O. (2011). *Halk Sağlığı Genel Bilgiler*. Kayseri, Erciyes Üniversitesi.

Pandve, H. T. (2016). General Practitioners must know about Quaternary Prevention. *Journal of General Practice*, 3.

Ramondt, S. Ramírez, A. S. (2019). Assessing the Impact of the Public Nutrition Information Environment: Adapting the Cancer Information Overload Scale to Measure Diet Information Overload. *Patient Educ Couns, 102*(1): 37-42.

Rogers, N. M. G.Cantu, A. (2009). The nurse's Role in the Prevention of Cervical Cancer Among Underserved and Minority Populations. *Journal of Community Health*, 9134-9140.

Sahu DP, Subba SH, Giri PP. (2020). Cancer Awareness and Attitude Towards Cancer Screening in India: A Narrative Review. *J Family Med Prim Care, 9(*5): 2214-2218.

Singapore, N. C. (2022). *Cancer Screening.* [Online].https://www.nccs.com.sg/patient-care/cancer-types/pages/cancer-screening.aspx: (05 Eylül 2022)

Skrobanski, H., Ream, E., Poole, K., & Whitaker, K. L. (2019). Understanding primary care nurses' contribution to cancer early diagnosis: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 149-164.

Şenocak, M. Bakır, A. (2017). *Epidemiyolojide Yöntem Bilim ve Sayısal Değerlendirme*. İstanbul, Nobel Tıp Yayınevi.

T.C. Sağlık Bakanlığı b. (2017). *Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları* [Online].https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html: (30 Eylül 2022)

T.C. Sağlık Bakanlığı a. (2017). *Kanser Tarama ve İzleme Birimi* [Online]. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-birimler/kanser-tarama-izleme.html: (30 Eylül 2022 )

T.C. Sağlık Bakanlığı c. (2007) *Kolorektal Kanser Taramaları* [Online].https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html: (30 Eylül 2022 )

T.C. Sağlık Bakanlığı d. (2017) *Alo 171* [Online]. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/alo171: (01 Eylül 2022)

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Taramaları. (2017) *Kanser Taramaları* [Online]. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari: (30 Eylül 2022)

Tanık, F. Naz, İ. (2021). Kanserde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz - Koruyucu ve Tedavi Edici Etki. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergis, 7*(1): 129-132.

Tavşancıl, E. (2018). *Tutumlatın Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi* (8.b.). Ankara, Nobel Akademik.

Torun, P. Kutlar, A. (2018). Türkiye'de Kanserin Ekonomik Maliyetleri: Bir Hesaplanabilir Genel Denge Modeli Yaklaşımı. *Hacettepe Sosyal Ve Beşerî Bilimler Dergisi, 21*(1): 31-39.

Türkyılmaz, M., Özkan, S., Özmen, V., Kutluk, T., Karaca, S., Özgük, N., Atağ, İ. (2021). *Türkiye Kanser Kontrol Programı 2021*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara.

Uysal, N. Toprak, F. Ü. (2022). Kadınların Sağlık Algıları, Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 6(1): 65-76.

Uzgör, F. Özkaraman, A. (2022). Kanserde Dördüncül Koruma ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi, 2*(3): 175-181.

Ünal, S. (2018). 21. Yüzyılın Yeni Bilgi Erişim Çevreleri Tehdit mi Fırsat mı? Dijital Yerli Gençlerde Aşırı Bilgi Yükü ve Kaygısı. *Sosyal Bilimler Güncel Araştırmalar Dergisi*, 309-342.

World Health Organization a. (2022). *Preventing cancer* [Online]. https://www.who.int/activities/preventing-cancer: (20 Eylül 2022)

WHO c. (2022) World Cancer Day: closing the care gap [Online]. https://www.who.int/news/item/03-02-2022-world-cancer-day-closing-the-care-gap: (08 Kasım 2022)

Widmer, D. (2015, August ). Care and Do Not Harm: Possible Misunderstandings With Quaternary Prevention (P4); Comment on "Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization". *Institut Universitaire de Médecine de Famille, Policlinique Médicale Universitaire,* 561-563.

World Cancer Research Fund İnternational. (2018*) American Cancer Society Guideline for Diet and Physical Activity for Cancer Prevention* [Online]. https://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention.html: (2 Eylül 2022)

Yeğenler, F. (2021). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 30-70 Yaş Arasındaki Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. (*Uzmanlık Tezi*). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Yılmaz, M. K. Aytekin, R. İ. (2020). Genişletilmiş Değer-Tutum- Davranış-Modeli Bağlamında Yeşil Ürün Satın Alma Davranışının İncelenmesi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 439-465.

# EKLER

## EK-1: Etik Kurul İzni

İstanbul Zaim Üniversitesi

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-30327
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Elvan KIYLIOĞLU

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi"Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 30-70 Yaş Arasındaki Kadınların Kanser Bilgi Yükü ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı araştırmanız kurulumuzun 24.06.2022 tarihli ve 2022/06 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:6-Elvan KIYLIOĞLU Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSDSVZ5UF* Pin Kodu :78232 Belge Takip Adresi :
https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3

Adres:Halkalı Caddesi No: 281
Küçükçekmece/İstanbul
Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29
e-Posta:bilgi@izu.edu.tr
Web:www.izu.edu.tr Kep
Adresi:izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeyneb Funda TEZ
Unvanı: Yeminli
Katip Tel No:
+902126929606

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.07.2022-E.30093

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

**ETİK ONAY BELGESİ**

| | |
|---|---|
| Tarih | 24.06.2022 |
| Sayı | 2022/06 |
| Araştırmanın Niteliği | Yüksek Lisans Tezi |
| Araştırmanın Adı | *Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 30-70 Yaş Arasındaki Kadınların Kanser Bilgi Yükü ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi* |
| Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı | Elvan KIYLIOĞLU |
| Danışman Adı Soyadı | *Doç. Dr. Yılda Arzu ABA* |
| Karar | UYGUNDUR |

*(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)*

*(Katıldı)*
Prof. Dr. Nasuh USLU
**Başkan**

*(Katıldı)*
Prof. Dr. Metin TOPRAK
**Üye**

*(Katıldı)*
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
**Üye**

*(Katıldı)*
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
**Üye**

*(Katıldı)*
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
**Üye**

*(Katıldı)*
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
**Üye**

*(Katılmadı)*
Av. Bilal ŞAMAT
**Üye**

Kurul Yeminli Kâtibi Zeynep Funda TEZ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Sorgula/BS9SUHC0L adresinden yapılabilir.

## EK-2 :İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni

İZU Gelen Evrak Tarih ve Sayısı: 01.09.2022 - 11854

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Elvan KIYLIOĞLU'nun Tez Çalışması

**DAĞITIM YERLERİNE**

İlgi : 28/07/2022 tarihli ve 71211201-34555043-770.02.01-E.31013 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazı ile Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında yüksek lisans eğitimine Doç. Dr. Yılda Arzu ABA'nın danışmanlığında devam eden Elvan KIYLIOĞLU'nun **"Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 30-70 Yaş Arasındaki Kadınların Kanser Bilgi Yükü ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"** başlıklı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Küçükçekmece 25 NOLU Aile Sağlığı Merkezinde yürütme talebi Birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **25.08.2022 tarih ve 2022/16** sayılı kararınca **uygun** görülmüştür.

Çalışmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği konusunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

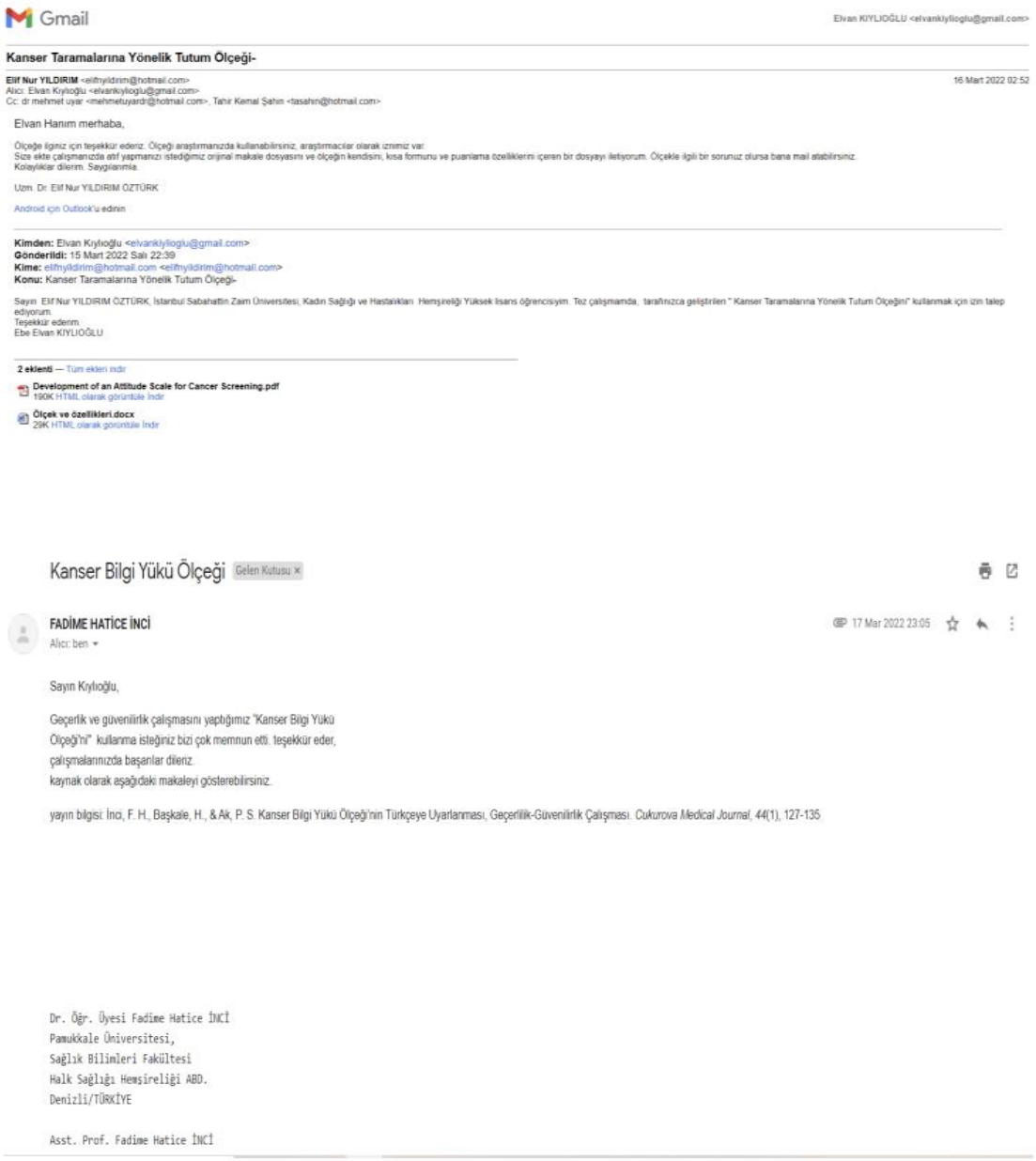
Gereği:
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Entütüsü Müdürlüğü

Bilgi:
İstanbul Küçükçekmece İlçe Sağlık
Müdürlüğü

Ek Hizmet Binası11 Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Bakırköy/İSTANBUL
Telefon: Faks No: 3056
e-Posta: selma.karahasanoglu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: SELMA.KARAHASANOGLU@saglik.gov.tr

Bilgi için: Selma KARAHASANOĞLU
HEMŞİRE
Telefon No: (0 212) 638 33 99

## EK-3: Ölçek İzinleri



Gmail

Elvan KIYLIOĞLU <elvankylioglu@gmail.com>

**Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-**

**Elif Nur YILDIRIM** <elifnyildirim@hotmail.com> 16 Mart 2022 02:52
Alıcı: Elvan Kıylıoğlu <elvankylioglu@gmail.com>
Cc: dr mehmet uyar <mehmetuyardr@hotmail.com>, Tahir Kemal Şahin <tasahin@hotmail.com>

Elvan Hanım merhaba,

Ölçeğe ilginiz için teşekkür ederiz. Ölçeği araştırmanızda kullanabilirsiniz, araştırmacılar olarak iznimiz var.
Size ekte çalışmanızda atıf yapmanızı istediğimiz orijinal makale dosyasını ve ölçeğin kendisini, kısa formunu ve puanlama özelliklerini içeren bir dosyayı iletiyorum. Ölçekle ilgili bir sorunuz olursa bana mail atabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim. Saygılarımla.

Uzm. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK

Android için Outlook'u edinin

**Kimden:** Elvan Kıylıoğlu <elvankylioglu@gmail.com>
**Gönderildi:** 15 Mart 2022 Salı 22:39
**Kime:** elifnyildirim@hotmail.com <elifnyildirim@hotmail.com>
**Konu:** Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-

Sayın Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda, tarafınızca geliştirilen " Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğini" kullanmak için izin talep ediyorum.
Teşekkür ederim.
Ebe Elvan KIYLIOĞLU

**2 eklenti** — Tüm ekleri indir

**Development of an Attitude Scale for Cancer Screening.pdf**
190K HTML olarak görüntüle İndir

**Ölçek ve özellikleri.docx**
29K HTML olarak görüntüle İndir

Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Gelen Kutusu ×

**FADİME HATİCE İNCİ** 17 Mar 2022 23:05
Alıcı: ben

Sayın Kıylıoğlu,

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Kanser Bilgi Yükü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.
kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

yayın bilgisi: İnci, F. H., Başkale, H., & Ak, P. S. Kanser Bilgi Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 127-135

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

Asst. Prof. Fadime Hatice İNCİ

## EK-4: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma T.C. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, KadınSağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yürütülmekte olan "Aile SağlığıMerkezine Başvuran 30-70 Yaş Arasındaki Kadınların Kanser Bilgi Yükü ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır. Yapılacak olan bu araştırma, 30-70 yaş arasındaki kadınların,kanser bilgi yükü ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının arasındaki ilişkiyi incelemeyeyöneliktir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, ekte sunulan anket formunu doldurmanız gerekmektedir. Ankette yer alan tüm soruların cevaplanma süresi yaklaşık 10 dk.sürmektedir. Sorular tamamen sizin deneyimlerinizle ilgilidir ve soruların doğru ya da yanlışcevapları yoktur. Formda isim belirtilmesine gerek yoktur ve kimlik/kişilik bilgilerinize dairhiçbir soru bulunmamaktadır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve elde edilen veriler etik ilkeler doğrultusunda bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmamız bir anket formuyla gerçekleştirileceğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katıldığınızda sizden hiçbir ücret talep edilmeyecek ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizlerin zararına bir durum oluşmayacaktır. Sizden istenen, ankette yer alanifadelere ne oranda katıldığınız belirtmektir. Lütfen ifadeleridikkatlice okuyunuz ve her bir ifade için size uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için lütfen anketi dikkatli ve eksiksiz doldurunuz. Katılım ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla

Ebe Elvan KIYLIOĞLUe-

posta:
elvankiylioglu@gmail.com

Onam formundaki tüm bilgileri ve açıklamaları okudum ve anladım. Araştırmacı tarafından konu ile ilgili tüm detaylar sözlü olarak tarafıma anlatılmıştır ve tüm sorularıma cevap verilmiştir. Kendi rızamla, gönüllü olarak, hiçbir baskı ve zorlama olmadan çalışmaya katılmayı ve sonuçlarının yayınlanmasını kabul eder ve tasdik ediyorum.

Katılımcı imzası

Tarih (gün/ay/yıl): …. /…./…

**EK-5: Kişisel Bilgi Formu**

1. Yaşınız:

2. Medeni durumunuz.

1) Evli 2) Bekar

3. Eğitim Durumuz

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Lisansüstü ve üzeri

4. Mesleğiniz?

1) Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Serbest Çalışan 5) Emekli

5. Gelir durumunuz?

1) Gelir miktarı-gider miktarından az
2) Gelir miktarı-gider miktarına eşit
3) Gelir miktarı- gider miktarından fazla

6. Sağlık Güvencesi durumunuzu belirtiniz.

1) Sağlık Güvencem yok 2) SGK 3) Özel sigorta

7. Doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığınız var mı? (Tansiyon, şeker, kalp hastalığı,tiroid, böbrek, psikiyatrik ve diğer)

1) Evet (Belirtiniz) ..... 2)Hayır

8. Sigara kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hiç kullanmamış 3) Bırakmış

9. Alkol kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Bırakmış

10. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Haftada en az 3 gün- en az yarım saat)

1) Evet 2) Hayır

11.Kanser tanısı aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

12.Ailenizde kanser tanısı alan var mı?

1) Evet 2) Hayır

13.Ailenizde kanser tanısı alan bireylerin yakınlık durumların belirtiniz.

1) Birinci derecede akrabalık; Anne, baba ve çocuklar.

2) İkinci derece akrabalık; Kardeş, nine (anneanne, babaanne), torun.

3)Üçüncü derece akrabalık; Kardeş çocukları, teyze, dayı, amca hala.

4) Dördüncü derece akrabalık; Amca, dayı, teyze ve hala çocukları (kuzenler)

14. Kanser önlenebilir bir hastalık mıdır?

1)Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum

15. Kanserden korunmak için tarama testlerini duydunuz mu?

1)Evet 2) Hayır

16. Kanserden korunmak için tarama testlerini nereden duydunuz?

1) Sağlık çalışanları 2) Televizyon 3) Broşür 4) İnternet

17. Sizce kanser taramaları ücretli midir?

1) Evet 2) Hayır

18. Aşağıdaki kanser taramalarına yönelik bilgi durumu, uygulama sıklığı ve yaptırma sıklığıhakkında görüşlerinize yönelik bilgileri doldurunuz.

| **Kanser taraması** | **Taramanın uygulamasını bilme durumu** | **Taramanın uygulanması gereken sıklık** | **Taramayı Yaptırma durumunuz** |
|---|---|---|---|
| Kendi kendine meme muayenesi | 1.Biliyorum<br>2.Bilmiyorum | 1. Ayda bir<br>2. Yılda bir<br>3. 5 yılda bir | 1. Ayda bir yaparım<br>2. Yılda bir yaparım<br>3. Aklıma geldikçe yaparım<br>4.Hiç yapmam |
| Meme filmi (Mamografi) | 1.Biliyorum<br>2.Bilmiyorum | 1. Yılda birkez<br>2. 2 yılda birkez<br>3. 5 yılda birkez | 1. Bir kez yaptırdım<br>2. Yılda bir kez yaptırırım<br>3. 2 yılda bir kez yaptırırım<br>4. Hiç yaptırmadım |
| Jinekolojik Muayene | 1.Biliyorum<br>2.Bilmiyorum | 1. Yılda birkez<br>2. 5 yılda birkez<br>3. 10 yılda birkez | 1. Herhangi bir şikayetim olduğunda yaptırırım.<br>2.Yılda bir kez yaptırırım<br>3. Hiç yaptırmadım |
| Pap-Smear Testi | 1.Biliyorum<br>2.Bilmiyorum | 1. Yılda birkez<br>2. 3 yılda birkez<br>3. 5 yılda birkez | 1. Yılda bir kez yaptırırım<br>2. 5 yılda bir kez yaptırırım<br>3. Hiç yaptırmadım |
| İnsan papilloma virüs taraması (HPV) | 1.Biliyorum<br>2.Bilmiyorum | 1. Yılda birkez<br>2. 3 yılda birkez<br>3. 5 yılda birkez | 1. Yılda bir kez yaptırırım<br>2. 5 yılda bir kez yaptırırım<br>3. Hiç yaptırmadım |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dışkıda gizli kantaraması (GGK) | 1.Biliyorum<br>2.Bilmiyorum | 1. Yılda birkez<br>2. 2 yılda birkez<br>3. 5 yılda birkez | 1. Herhangi bir şikâyetim olduğunda yaptırırım<br>2. 2 yılda bir kez yaptırırım<br>3. Hiç yaptırmadım |
| Kalın barsak incelemesi (Kolonoskopi) | 1.Biliyorum<br>2.Bilmiyorum | 1. Yılda birkez<br>2. 3 yılda birkez<br>3. 10 yılda birkez | 1. Herhangi bir şikayetim olduğunda yaptırırım<br>2. 10 yılda bir kez yaptırırım<br>3. Hiç yaptırmadım |

**EK-6: Kanser Bilgi Yükü Ölçeği**

| | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|---|---|---|---|
| 1. Kanseri önlemeye yönelik pek çok öneri var, hangisini yapacağımı bilemiyorum | | | | |
| 2. Kanseri önlemek için yapılan önerilerin hepsini uygulamak için yeterli zamanım yok | | | | |
| 3. Kanser hakkında yeni bir bilgi duymak istemeyecek noktaya geldim. | | | | |
| 4. Hiç kimse kanser hakkında verilen önerilerin hepsini yapamaz. | | | | |
| 5. Kanser hakkındaki bilgilerin hepsi bir süre sonra kulağa aynı gelmeye başlıyor. | | | | |
| 6. Kanser hakkında duyduğum bilgilerin çoğunu hemen unuttum. | | | | |
| 7. Kanser hakkında duyduğum ya da okuduğum şeylerin çoğu inandırıcı gelmiyor. | | | | |
| 8. Bilmem gereken kanser bilgisi nedeniyle kendimi aşırı yüklenmiş hissediyorum. | | | | |

## EK-7: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

| Sıra No | İfadeler | 5: Tamamen Katılıyorum | 4: Biraz Katılıyorum | 3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum | 2: Biraz Katılmıyorum | 1: Hiç Katılmıyorum |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim. | | | | | |
| 2 | Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim. | | | | | |
| 3 | Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim. | | | | | |
| 4 | Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım. | | | | | |
| 5 | Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim. | | | | | |
| 6 | Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm. | | | | | |
| 7 | Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler. | | | | | |
| 8 | Bir sağlık çalışanının kanser taraması Yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi arttırır. | | | | | |
| 9 | Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırma ihtimalimi arttırmaz. | | | | | |
| 10 | Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm. | | | | | |
| 11 | Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırırım. | | | | | |
| 12 | Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem. | | | | | |
| 13 | Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırırım. | | | | | |
| 14 | Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam. | | | | | |
| 15 | Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam. | | | | | |
| 16 | Kanser taraması için başvurmayı unuturum. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **17** | Kanser taraması yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünürüm. | | | | | |
| **18** | Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm. | | | | | |
| **19** | Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım. | | | | | |
| **20** | Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim. | | | | | |
| **21** | Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum. | | | | | |
| **22** | Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem. | | | | | |
| **23** | Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğümiçin kanser taraması yaptırma gereği duymam. | | | | | |
| **24** | Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var. | | | | | |

# ÖZGEÇMİŞ

Elvan KIYLIOĞLU

## A. EĞİTİM

Lisans: Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 2003-2007 Yüksel Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıklar Hemşireliği (Eğitim devam ediyor)

## B. MESLEKİ DENEYİM

2007-2008 Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Kadın Doğum ve Doğumhane Servisi

2008-2010 Bağcılar Sancaktepe Sağlık Ocağı

2010-2011 Bağcılar Toplum Sağlığı Merkezi

2011-2013 İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ASM

2013-2013 İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ASM

2013-2018 Bağcılar Toplum Sağlığı Merkezi- Bağcılar İlçe Sağlık Müdürlüğü

2018- Halen İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ASM

## C. ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN VE BİLDİRİ KİTAPLARINDA BASILAN BİLDİRİLER

Kıylıoğlu, E. (2022). Adölesan Gebelik ve Ebelik Hemşierelik Yaklaşımları. *İZÜ Fen ve*

*Mühendislik Bilimler Lisansüstü Öğrenci Kongresi.*

## E. SERTİFİKALAR/KURS

Jineonkoloji Hemşireliği Kursu, 3. Uluslararası 4. Ulusal Onkoloji Hemşireliği

Kongresi, Kurs, Çevrimiçi, 20.10.2021 (Uluslararası)

Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. 2022

Yiyecek ve İçecek Hizmetleri. Aşçı Çırağı. İstanbul Büyükşehir Belediyesi. 2018-2019

Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifikası(2016-2017) Sakarya Üniversitesi. 2016-2017

İlk Yardım Eğitmeni Yetki Belgesi. Lider İlk Yardım Eğitici Eğitim Merkezi. 2017

Doğuma Hazırlık Kursu Eğitimci Eğitimi. Karabük Üniversitesi ve Ebeler Derneği. 2010

Bebek Masajı Eğitimi. Acıbadem Sağlık Grubu.2007

**F. SEMİNER- SEMPOZYUM**

Kanıt Temelli Bakım ve Hemşirelik Sempozyumu. Necmettin Erbakan Üniversitesi. 30 Mayıs 2021

Ebeler Günü Sempozyumu. Amasya Üniversitesi. 5 Mayıs 2021

Ebeliğe Yatırım Geleceğe Yatırım Sempozyumu. Sakarya Üniversitesi. 4 Mayıs 2021

Kadın Sağlığı Sempozyumu. Bartın Üniversitesi. 8 Mart 2021

Hemşirelikte İnovasyon. Bakırçay Üniversitesi. 20 Ocak 2021

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Temel Eğitimi-Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel.

Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Daire Başkanlığı. 2018

Hasta Hakları Teorik ve Uygulama Eğitimi. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. 2017

Halk Sağlığı Eğitim Programı Modül 1.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.2016

Temel Kanser Kayıtçılığı Eğitimi. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. 2016

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2016

Bebek Dostu Hemşirem Eğitimi. İstanbul Aile Hekimliği Derneği. 2012

2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. 2010