



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ADANA HAVUTLU BELDESİNDEKİ 20 YAŞ VE ÜSTÜ
KADINLARIN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE
MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Sevim Sibel DEMİR UZAN
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ**

ADANA-2015



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ADANA HAVUTLU BELDESİNDEKİ 20 YAŞ VE ÜSTÜ
KADINLARIN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE
MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Sevim Sibel DEMİR UZAN
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ**

**Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından
TF2014LTP5 No'lu proje ile desteklenmiştir.**

ADANA-2015

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve değerli katkılarıyla bana rehberlik eden tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Nejdet AYTAÇ 'a,

Asistanlık eğitimim boyunca eğitim ve öğretimime katkıda bulunan, her zaman asistanlarının yanında olup onları destekleyen Sn. Prof. Dr. Muhsin AKBABA 'ya,

Tez projesine birlikte başladığımız ve sonrasında da yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ'ye,

Eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Ç.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri; Prof. Dr. Gülseren AĞRIDAĞ, Prof. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Prof. Dr. Ferdi TANIR, Doç. Dr. Ersin NAZLICAN, Doç. Dr. Ertan KARA'ya,

Birlikte çalıştığımız asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana hep güvenen ve hep yanımda olan biricik aileme,

Her konuda yardımcı ve destek olarak hayatımı kolaylaştıran eşim Mete ve motivasyon kaynağım canım oğlum Berk'e

TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. Sevim Sibel DEMİR UZAN

ADANA, 2015

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	XII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanserin Önemi.....	5
2.2. Dünyada Kanser	6
2.3. Meme Kanseri.....	10
2.4. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi.....	15
2.5. Meme Lezyonlarında Tanı Yöntemleri.....	16
2.5.1. Memenin Fizik Muayenesi	16
2.5.2. Görüntülemelerde kullanılan yöntemler	17
2.5.2.1. Tanısal mamografi	17
2.5.2.2. Ultrasonografi (USG).....	18
2.5.2.3. MR Mamografi	19
2.6. Meme Kanseri.....	19
2.6.1. Risk Faktörleri ve Etyoloji	19
2.6.1.1. Demografik özellikler	19
2.6.1.2. Genetik Etkenler, Herediter Sendromlar.....	20
2.6.1.2.1. Genetik Etkenler.....	20
2.6.1.2.2. Herediter Sendromlar	22
2.6.1.3. Endokrin Etkenler	22
2.6.1.3.1. Reprodüktif Nedenler.....	22
2.6.1.3.1.1. Menarş Yaşı.....	22
2.6.1.3.1.2. Menopoz Yaşı.....	23
2.6.1.3.1.3. İlk Hamilelik-İlk Doğum Yaşı.....	23
2.6.1.3.1.4. Laktasyon.....	24
2.6.1.3.2. Hormonlar	25
2.6.1.3.3. Ekzojen Hormonlar	25
2.6.1.4. Çevresel Etkenler	26

2.6.1.4.1. Beslenme	26
2.6.1.4.2. Vitaminler	26
2.6.1.4.3. Selenyum.....	27
2.6.1.4.4. Alkol.....	27
2.6.1.4.5. Kafein.....	27
2.6.1.4.6. İyonizan Radyasyon	28
2.6.1.4.7. Elektromagnetik Alanlar	28
2.6.1.4.8. Fiziksel Aktivite	28
2.6.1.4.9. Sigara	29
2.6.1.4.10. Sosyoekonomik Faktörler	29
2.6.1.5. Benign Meme Hastalığı	30
2.6.1.6. Geçirilmiş Meme Kanseri	30
2.6.2. Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri ve Meme Kanseri Tanısı	30
2.6.2.1. Kendi Kendine Meme Muayene (KKMM).....	31
2.6.2.1.1. Bir Ayna Karşısında Gözle Yapılan Muayene.....	31
2.6.2.1.2. Ayakta Dururken Veya Banyo Yaparken Elle Yapılan Muayene	32
2.6.2.1.3. Sırtüstü Yatarken Elle Yapılan Muayene.....	33
2.6.2.2. Memenin Fizik Muayenesi	35
2.6.2.3. Mamografi.....	36
2.6.3. Meme Kanserinin Doğal Seyri	37
2.6.4. Meme Kanserinden Korunma	38
2.6.4.1. Diyet.....	39
2.6.4.2. Alkol Alımı	39
2.6.4.3. Fiziksel Aktivite.....	39
2.6.4.4. Doğum ve Emzirme	40
2.6.4.5. Hormon Kullanımı	40
2.6.4.6. Kimyasal Korunma	40
2.6.4.7. Profilaktik Cerrahi	41
2.6.4.7.1. Bilateral mastektomi	41
2.6.4.7.2. Bilateral Ooforektomi	41
2.6.5. Meme Kanserinde Tedavi	41
2.6.5.1. Lokal Tedavi	42
2.6.5.2. Cerrahi Tedavi	42
2.6.5.3. Radyoterapi (RT)	43
2.6.5.4. Sistemik Tedavi	43
2.6.5.4.1. Kemoterapi.....	43
2.6.5.4.2. Hormonal Tedavi	44
2.6.5.4.3. İmmünoterapi	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri	45

3.2. Araştırmanın Tipi.....	45
3.3. Araştırmanın Evreni.....	45
3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi	46
3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler.....	46
3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler	46
3.7. Araştırmanın Uygulanması	47
3.8. Anket Formu	47
3.9. Sağlık İnanç Modeli.....	47
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	49
3.11. Araştırmanın Kısıtlılığı.....	49
3.12. Araştırmanın Bütçesi	49
4. BULGULAR.....	50
4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri	50
4.2. Kadınların Meme Kanserinin Bilinen Risk Faktörlerine Göre Özellikleri (Tablo 8).....	53
4.3. Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgilerinin Özellikleri (Tablo 9)	55
4.4. Kadınların Meme Kanseri □ İle İlgili Bilgi Kaynaklarının Özellikleri (Tablo 10).....	58
4.5. Kadınların Mamografi İle İlgili Bilgilerinin Özellikleri (Tablo 11).....	58
4.6. Kadınların Mamografi İle İlgili Bilgi Kaynakları (Tablo 12).....	58
4.7. Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Taramaya Katılım Davranışlarının Özellikleri (Tablo 13).....	59
4.8. Kadınların KKMM İle İlgili Bilgi Kaynaklarının Özellikleri (Tablo 14)	59
4.9. Kadınların KKMM İle İlgili Uygulamalarının Özellikleri (Tablo 15)	60
4.10. Kadınların Meme Kanseri Belirtileri Hakkında Bilgi Durumu (Tablo 16)	60
4.11. Kadınların Fizik Egzersiz Alışkanlıklarının Özellikleri (Tablo 17)	61
4.12. Kadınların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarının Özellikleri (Tablo 18)	62
4.13. Kadınların Sağlık Özgeçmiş Özellikleri (Tablo 19)	62
4.14. Kadınların Meme Muayenesi Bulguları (Tablo 20)	63
4.15. Kadınların Yaş Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri ve KKMM Bilgilerinin Dağılımı (Tablo 21).....	63
4.16. Kadınların Eğitim Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri ve KKMM Bilgilerinin Dağılımı (Tablo 22).....	64
4.17. Kadınların Medeni Durum Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri ve KKMM Bilgilerinin Dağılımı (Tablo 23)	65
4.18. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Belirtileri Açısından Cevap Verenlerle Hatırlatınca Cevap Verenlerin Karşılaştırılması	66
4.19. Adet Gören Kadınların KKMM’ni Doğru Zamanda Yapmalarının Yaş, Eğitim, Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılımı (Tablo 24)	67
4.20. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Mamografi Çektilerinin Durumları (Tablo 26).....	68
4.21. Kadınların KKMM Yapma Durumları (Tablo 27)	69

4.22. Sağlık inanç ölçeğinin alt boyutlarının ortalamaları (Tablo 28).....	72
4.23. KKMM Yapma Durumlarına Göre CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 29).....	72
4.24. Mamografi Çektiren ve Çektirmeyen Kadınların CSİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 30).....	73
4.25. 1.Derece Akrabalarında Meme Kanseri Olma Durumlarına Göre CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 31)	73
4.26. Medeni Durum Gruplarına Göre CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 32).....	74
4.27. Eğitim Durumu Gruplarına Göre CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 33).....	74
5. TARTIŞMA	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	104
KAYNAKLAR	109
EKLER.....	122
Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu	122
Ek 2: Anket Formu	124
Ek 3: Champion’u Sağlık İnanç Ölçeği	128
Ek 4: Etik Kurul Onayı	131
ÖZGEÇMİŞ	132

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Türkiye 2009 yılı ölüm nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı	8
Tablo 2. Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansı	8
Tablo 3. Yıllara Göre Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı	9
Tablo 4. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan Globocan 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserlerin Dağılımı ..	10
Tablo 5. Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen yaş gruplarına göre meme kanseri tarama rehberi 2005-2006.	35
Tablo 6. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri	52
Tablo 7. Çalışmaya katılan kadınların meme kanserinin risk faktörlerine göre dağılımı	55
Tablo 8. Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri bilgileri	57
Tablo 9. Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynakları	58
Tablo 10. Çalışmaya katılan kadınların mamografi ile ilgili bilgilerinin özellikleri ...	58
Tablo 11. Çalışmaya katılan kadınların kadınların mamografi ile ilgili bilgi kaynakları	59
Tablo 12. Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilgili taramalara katılım özellikleri	59
Tablo 13. Çalışmaya katılan kadınların KKMM ile ilgili bilgi kaynakları	60
Tablo 14. Çalışmaya katılan kadınların KKMM ile ilgili uygulamaları	60
Tablo 15. Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri belirtileri hakkında bilgi durumu	61
Tablo 16. Çalışmaya katılan kadınların fizik egzersiz yapma durumları	62
Tablo 17. Çalışmaya katılan kadınların sigara içme durumu	62
Tablo 18. Çalışmaya katılan kadınların sağlık Özgeçmişleri	62
Tablo 19. Çalışmaya katılan kadınların FM bulguları	63
Tablo 20. Kadınların yaş gruplarına göre sosyo-demografik özelliklerinin ve meme kanseri ve KKMM bilgilerinin dağılımı	64
Tablo 21. Kadınların eğitim gruplarına göre sosyo-demografik özelliklerinin ve meme kanseri ve KKMM bilgilerinin dağılımı	65
Tablo 22. Kadınların medeni durum gruplarına göre sosyo-demografik özelliklerinin ve meme kanseri ve KKMM bilgilerinin dağılımı	66
Tablo 23. Meme kanseri belirtileri açısından cevap verenlerle hatırlatınca cevap verenlerin karşılaştırılması	67
Tablo 24. Adet gören kadınların KKMM'ni doğru günde yapmalarının yaş, eğitim, medeni durum gruplarına göre dağılımı	68
Tablo 25. 40 yaş üstü kadınların yaş, eğitim, medeni durum gruplarına göre mamografi çekirme durumlarının dağılımı	69
Tablo 26. Kadınların KKMM yapma durumlarına göre dağılımı	71
Tablo 27. Sağlık inanç ölçeğinin alt boyutlarının ortalamaları ve standart sapmalarının dağılımı	72
Tablo 28. Kadınların KKMM yapma durumlarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	72
Tablo 29. Mamografi çektiren ve çekirmeyen kadınların CSİMÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	73

Tablo 30. Kadınların 1.derece akrabalarında meme kanseri olma durumlarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	74
Tablo 31. Kadınların medeni durum gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	74
Tablo 32. Kadınların eğitim durumu gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının Karşılaştırılması	75



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. IARC Globocan Verilerine ve Tahminlerine Göre Dünyada Gelişmekte Olan ve Gelişmiş Ülkelerde Yıllara Göre Kanserden Ölümler	7
Şekil 2. Türkiye’de Kadınlarda 2009 Yılındaki Kanseri Ölümünün Dağılımı	9
Şekil 3. Globocan 2012 Verilerine Göre Dünyada Kanseri İnsidans ve Mortalitesi	12
Şekil 4. Kadınlarda En Sık Görülen Kanseri Türleri	15
Şekil 5. Memenin Anatomisi	16
Şekil 6. Bir Ayna Karşısında Gözle Yapılan Muayene	32
Şekil 7. Ayakta Dururken veya Banyo Yaparken Elle Yapılan Muayene.....	33
Şekil 8. Sırtüstü Yatarken Elle Yapılan Muayene	34
Şekil 9. Kadınların Beşerli Yaş Dağılımı	53



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BRCA	: Breast Cancer Susceptibility Gene- meme kanserine yatkınlık geni
BKİ	: Beden kitle indeksi
CSİÖM	: Champion Sağlık İnanç Ölçeği Modeli
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Gr	: Gram
HASUDER	: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HIP	: Health Insurance Plan of Greater New York
HRT	: Hormon replasman tedavisi
HER	: Human Epidermal Growth Factor Reseptör
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IARC	: International Agency for Research on Cancer
İİAB	: İnce iğne aspirasyon biyopsisi
KSDB	: Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı
KKMM	: Kendi kendine meme muayenesi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
kcal	: Kilokalori
KMM	: Klinik meme muayenesi
MR	: Manyetik Rezonans
MORE	: The Multipl Outcomes of Raloxifene Evaluation
MWU	: Mann Whitney U
NBSS	: National Breast Screening Study
OK	: Oral kontraseptif
RT	: Radyoterapi
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SD	: Standart deviasyon
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
USG	: Ultrasonografi
YSH	: Yaşa Göre Standardize Edilmiş İnsidans Hızları
WHI	: Women Health Initiative

ÖZET

ADANA HAVUTLU MAHALLESİ'NDEKİ 20 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI

Meme kanseri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen kanserdir. İnsidansı, morbitide ve mortalitesinin yüksek olması sebebiyle meme kanserinden korunmak, bütün dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir halk sağlığı problemidir. Kendi kendine meme muayenesi, bütün kadınlar için uygulanması kolay, etkili bir erken tanı yöntemidir. Bu araştırmanın amacı; meme kanserinden erken korunma yöntemleri, meme kanseri risk faktörleri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında, Adana Havutlu Beldesinde yaşayan kadınların bilgi ve davranışları ile ilgili bilgi edinmek ve kendi kendine meme muayenesi'nin önemi ve nasıl yapıldığı konusunda kadınlara bilgi vermektir. Çalışma sonucunda elde edilecek bilgilerin kadınların meme kanseri erken tanısına ışık tutması ve kendi kendine meme muayenesi alışkanlığını kazanması beklenmektedir.

Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini Havutlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlar oluşturmaktadır. Toplamda Havutlu Aile Sağlığı Merkezi kayıtlarından rastgele seçilen 302 kadına ulaşıldı. Kadınlara 58 soruluk anket ve 42 sorudan oluşan Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, ki-kare testi, Mann Whitney U testi, Fisher kesin ki-kare testi ve t-testi kullanılmıştır.

Türkiye'de kadınlar arasında en çok görülen kanser sorusuna, kadınların %96,0'sı meme kanseri cevabını vermiştir ve %60,3'ü televizyondan duymuştur. Katılımcıların %75,5'i daha önce kendi kendine meme muayenesi yaptığını belirtirken, sadece %11,6'sı aylık düzenli muayene yaptığını söylemiştir. Eğitim alan kadınların düzenli muayene yapma oranları daha yüksekti. Kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmasında yaş, meme kanseri bilgisi olma, kendi kendine meme muayenesi bilgisi olma, mamografi bilgisi olma, meme şikayeti varlığı ve mamografi yaptırmış olma gibi faktörler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). 40 yaş üstündeki kadınların, meme kanserini duyduğunu söyleyenlerin, kendi kendine meme muayenesi bilgisi olduğunu söyleyenlerin mamografiyi duyduğunu söyleyenlerin, meme yakınması olan kadınların, mamografi yaptıranların kendi kendine meme muayenesi yapma oranı daha yüksekti. Kadınların mamografi yaptırmada yaş, meme şikayeti olması, kendi kendine meme muayenesi yapması gibi faktörler istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p<0.005$). Kadınların yaşı ilerledikçe mamografi çekirme oranları azalmaktadır. Eğitimli kadınların mamografi çekirme oranı eğitimsiz kadınlardan daha yüksekti, ama istatistik olarak anlamlı değildi. Meme şikayeti olan kadınların mamografi çekirme oranları daha yüksekti. Araştırmada kendi kendine meme muayenesi yapan ve yapmayan kadınların ciddiye, yarar, engel, öz-etkililik, sağlık motivasyonu algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Kadınlara tarama programlarına katılımın kendi sağlıkları için önemi ve gereği, ne zaman, ne sıklıkta, nerelerde ve nasıl katılabilecekleri konusunda net, ayrıntılı ve katılıma yönlendirici mesajların verilmesi önerilir. Kendi kendine meme muayenesi konusunda periyodik eğitimler düzenlenmeli ve mamografi çekirmede bariyerlerin aşılması için toplumsal çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar kelimeler: Champion İnanç Ölçeği, kendi kendine meme muayenesi, meme kanseri, 20 yaş ve üstü kadınlar

ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR OF 20 YEARS AND OLDER WOMEN LIVING IN ADANA HAVUTLU QUARTER ABOUT BREAST CANCER AND BREAST SELF-EXAMINATION

Breast cancer is the most common cancer among women in developed and developing countries. Because of the incidence, morbidity and mortality is high, to protect against breast cancer is an important public health problem in our country as in the whole world. Breast self-examination is easy to implement for all women and an effective method for early diagnosis. The aim of this study is to learn about women's knowledge and behavior about early prevention methods of breast cancer, risk factors for breast cancer and breast self-examination, and provide information to women about the importance of breast self-examination and how it is done. Information that will be gathered at the end of this study will shed light on the early diagnosis of breast cancer and expected that women gain the BSE habit.

This is a cross sectional study. The population of the study is women 20 years and older living in Havutlu family health center. A total of 302 woman randomly selected from family health center records has been reached. Questionnaire consisting 58 item and 42 questions of Champion's Health Belief Model Scale is applied to women. For the evaluation of data frequency tables, chi-square test, Mann Whitney U test, Fisher exact chi-square test and t-test was used. To the question of the most common cancer among women in Turkey, 96,0 % of women answered as breast cancer and 60.3% had heard on television. 75.5% of participants stated that they performed breast self-examination before and only 11.6% perform regularly for month. The rate of educated women's regularly performing of breast self-examination was higher. For breast self-examination age, information of breast cancer, breast self-examination, mammography, having breast complaints and taking mammography factors found statistically significant ($p<0.005$). Of women over 40 years old, heard of breast cancer, having information about breast self-examination, heard of mammography, having breast complaints performing of BSE was higher. For taking mammography factors such as been age, having breast complaint, performing breast self-examination found to be statistically significant ($p<0.005$). When women's age progresses mammography rate was decreasing. When level of education increases taking of mammography rates also increases but it wasn't statistically significant. The mammography rate for women with breast complaints was higher. There were significant differences between the scores of seriousness, benefits, barriers, self-efficacy and health

promotion of women performing breast self-examination and not performing breast self-examination.

It is recommended to give clear, detailed and participation router messages to women that participating screening programs is important for their health and it's a necessity. It is also recommended that periodic training for breast self-examination must be organized and social studies done to overcome the barriers for mammography.

Keywords: breast cancer, breast self-examination, Champion's Health Belief Model Scale, women 20 ages and over



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz insanı için de önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Yeni tahminlere göre dünyada yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ve kanserden kaynaklanan ölümler bir önceki tahminlere göre artmıştır. GLOBOCAN 2012 verilerine göre 2012 yılında dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiştir ve gelecek 20 yıl boyunca 22 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (2).

Kanser düşük ve orta gelirli ülkelerde, infeksiyöz hastalıklar, tüberküloz, HIV sendromu gibi hastalıkların önüne geçmiş olup, ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır. Gerek kanser vakalarının (%56,8) gerekse de kanserden kaynaklanan ölümlerin (%64,9) yarısından fazlasının az gelişmiş ülkelerde olduğu ve %30'unun önlenebilir olduğu gösterilmiştir (3). Meme kanserinden de ölümlerin çoğu gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bu ülkelerde meme kanseri sıklığı her yıl yaklaşık %5 kadar artmaktadır (4).

Kanser türleri içinde meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanserdir. Meme kanserinin sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir olması ve günümüz koşullarında erken evrelerde tanınmasının olanaklı olması önemini daha da arttırmaktadır (5).

İnsidansı, morbitide ve mortalitesinin yüksek olması sebebiyle meme kanserinden korunmak, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ancak kanser gelişmesinin engellenemediği durumlarda; erken tanı ile hem morbidite ve mortalitede, hem de tedavi maliyetinde azalma sağlanabilmektedir (6). Erken tanı ve tedavide olan ilerlemeler, rekonstrüksiyon tekniklerindeki gelişmeler ve rehabilitasyon programlarının uygulanması ile son yıllarda psikolojik travmada azalma olduğu gözlenmiştir (7).

Meme kanseri bütün dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sağlık problemidir. Türkiye’de, kadınlarda kanserden ölüm nedeni olarak meme kanseri birinci sıradadır (2).

Neden olan olası risk faktörleri hakkında farklı görüşler olmasına karşın kesin etyoloji henüz net tanımlanmamıştır. Genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyojik ve

psikolojik etmenlerin meme kanseri oluşumunda rol aldığı kabul edilmekle birlikte, kanserli kadınların %70-80'i bu risk faktörlerine sahip değildir (8).

Meme kanseri insidansındaki artış diğer kanserlerle beraber hastalık yükü artışına sebep olacağı gibi aynı zamanda sağlık sektörü ve ülke ekonomisine de yük olmaktadır. Meme kanseri tedavisi pahalı bir yöntem olmanın yanında kanser tedavileri arasında en çok ilaç tüketimi olan kanserdir (9).

Meme kanseri progresif bir hastalıktır, erken dönem tanıyla tedavi edilme olasılığı daha yüksek olduğu için yaşam beklentisi fazladır. Tümörün palpabl olmadan önce tanısının konulması hayati önem taşımaktadır (9). Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi, yaşam süresinin uzamasında, mortalitenin azalmasında, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, kadınlarda fiziksel ve psikososyal zorlanmanın önlenmesinde etkili olabilmektedir (10).

Meme kanserinin erken tanısında, mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önerilmektedir (11). KKMM, meme kanserinin erken tanısında tek başına yeterli olmasa bile kadınların kendi sağlığından sorumlu olma, meme dokusunu tanıma ve koruyucu sağlık davranışlarını benimsemelerinde etkili olacağı için önemlidir (12).

Gelişen tıp teknolojisi sayesinde kronik ve dejeneratif birçok hastalığın erken teşhis edilebilmesi mümkün hale gelmiştir. Türkiye’de son yıllarda gittikçe artan kanser insidansının en önemli nedenlerinden biri de erken tanı çalışmalarının yapılmaya başlanması, dolayısıyla nedeni bilinmeyen ölümlerin kanserle ilişkisinin ortaya çıkması olabilir. Meme kanseri gibi pek çok kanser türünde erken tanı, hastalığın etkin tedavisinde ve insan ömrünün uzatılmasında önemlidir.

Meme kanseri, Türkiye’de Ulusal Tarama Programı oluşturulan kanserlerden biridir. Temmuz, 2004 yılında kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlar yayınlanmıştır. Ulusal toplum tabanlı meme kanseri taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülür (13).

KKMM, bütün kadınlar için uygulanması kolay, ekonomik, özel araç gerektirmeyen, güvenli, invaziv olmayan bir işlem olan ve sadece kişilerin beş dakikasını alan, meme kanseri için etkili bir erken tanı yöntemidir (14). KKMM yöntemi mamografi ve fizik muayene kadar duyarlı değildir. KKMM’nin meme

kanserinin erken tanısında etkisi olmadığı sonucuna varılan çalışmalar olmasına rağmen, KKMM yapan kadınların meme kanserini % 95, erken evre meme kanserini ise % 65 oranında kendilerinin tespit ettiklerini ve bu sayede mortalitede %18 oranında azalma sağladıklarına yönelik çalışmalar mevcuttur (8). Bu nedenle meme kanserinin erken tanısında özel bir önem taşıyan KKMM için kadınlar cesaretlendirilmelidir (15). Düzenli olarak yapılacak KKMM, memeye ilişkin bir referans bilgi oluşturarak, kadının meme dokusunu tanımasını ve oluşan değişiklikleri fark etmesini sağlayacaktır.

Meme kanserini önleyen bir yöntem henüz mevcut değildir. Ancak, meme kanserine erken tanı konulduğunda, beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir. Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması mümkün değildir. Bu nedenle halkın kanser farkındalığının oluşturulması ilk basamak olmalıdır (2).

Farklı toplumlarda yapılan araştırmalarda, risk altındaki tarama için hedef grup olan kadınların, tamamına taramalarla ulaşılamamakta olduğu ve ulaşılamama nedenlerini; yetersiz ve yanlış bilgiye sahip olma, inançlar, utanma, kadın doktorun bulunmaması, korku, genç yaşta kadın grubunun KKMM'nin daha yaşlı kadınlar için olduğunun düşünülmesi gibi nedenlerden taramaları yaptırmadıkları bulunmuştur (16).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı; 'Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları' 40–69 yaş grubundaki kadınların her 2 yılda bir kez mamografi ve klinik meme muayenesi ile taranmasını önermekte ve bu hizmetlerin yaygın ve ücretsiz olarak tüm hedef gruba ulaştırılabilmesi amacı ile KETEM'ler yaygınlaştırılmaktadır (2). Ancak yasal ve organizasyonel alt yapı hazırlanmış olmasına karşın, hala taramaya katılan kadınların oranı beklenen düzeylerin çok altındadır.

Taramanın ne zaman, ne sıklıkta ve nerelerde yapıldığının risk grubundaki kadınlar tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Türkiye'de yaşayan kadınların meme sağlığı, meme kanseri, erken tanı ve taramalarla ilgili duygu, düşünce ve tutumlarını yansıtan az sayıda araştırma mevcuttur.

Gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri farkındalığı iyi dökümente edilmemiştir ve bu konudaki bilgi seviyesi bilinmemektedir. Az sayıda kadının risk faktörleri, korunma yöntemleri ve erken tanı yöntemleri hakkında yeterli bilgisi vardır (17). Meme kanserinin önlenmesi konusundaki yetersiz bilgi ve yanlış inanışlar

kanserin erken tanısıyla tedavi edilebilirliğini ve görüntüleme yöntemlerinin etkinliğini negatif yönde etkilemektedir (18).

Bu araştırmanın amacı; meme kanserinden erken korunma yöntemleri, meme kanseri risk faktörleri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında, Adana Havutlu Beldesinde yaşayan kadınların bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili bilgi edinmek ve kendi kendine meme muayenesinin önemi ve nasıl yapıldığı konusunda kadınlarda farkındalık oluşturmak ve beceri kazandırmaktır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kanserin Önemi

Kanser en kısa tanımı ile hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmaları demektir. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde, normal hücrelere göre yapısal farklılıklar çıktığı gibi, işlevleri açısından da farklılıklar çıkacaktır; bazen hücre normalde yaptığı işlevlerini yapmazken, bazen de normalde olmayan bazı yeni işlevleri de yapmaya başlayabilecektir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler bulundukları yerdeki doku ve organları işgal edecek hatta daha uzaktaki organları işgal edecek ve işgal ettiği bu bölümlerin görevlerini engelleyecektir. Hücre kontrolünün bozulup bir hastalık olarak kanser tablosu çıkıncaya kadar geçen kanser oluşum süresi, kanser cinslerine göre değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 15-20 yıldır. Sebebi iyi bilinmeyen bu hastalıkların oluş mekanizması da tam olarak bilinmemektedir. Ancak bu konuda son yıllarda önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isimlendirilirler. Belirti, bulgu ve tedavileri de kanserin cinsine göre değişmektedir. En sık görülen kanser türleri ise deri, akciğer, meme, sindirim ve üreme sistemlerinden kaynaklanan kanserlerdir.

Halk sağlığı açısından en önemli hastalıklar en sık görülen, en sık sakat bırakan, en çok öldüren ve en çok iş ve güce mani olan hastalıklardır. Bu açıdan incelendiğinde tanı olanaklarının artması toplumlara daha yaygın sağlık hizmeti sunulması nedeni ile her gün daha çok sayıdaki kanserli hastaya tanı koymak mümkün olmaktadır. Ayrıca, günümüzde enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere bir çok hastalığın kontrol altına alınıyor olması, yaşam standardının yükselmesi nedeni ile ortalama yaşam süresinin uzamış olması, kanserde tedavi olanaklarının artması ile daha çok hastanın hekime başvurması da kanserle daha çok karşılaşmamıza neden olmaktadır. Gelişen teknoloji ile insanların kanser yapıcı maddelere daha çok maruz kalmaları da kanser sıklığını etkilemektedir. Kanserde ölüm oranlarının yüksek olması konunun önemini daha da arttırmaktadır. Günümüzde kanser en sık ölüm nedenleri arasında, birçok gelişmiş ülkede, kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde de 0-1 yaş grubu hariç tutulursa ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta ve 10 ölümden birisi kanser nedeni ile olmaktadır.

Görölme sıklığı yüksek ölüm oranına ek olarak kanser tedavisinin pahalılığı da sosyoekonomik bazı sorunları ortaya çıkarmaktadır. Erken tanı ve tedavi ile kanserli hastalarda önemli oranda iyileşme mümkün olabilmektedir (19).

2.2. Dünyada Kanser

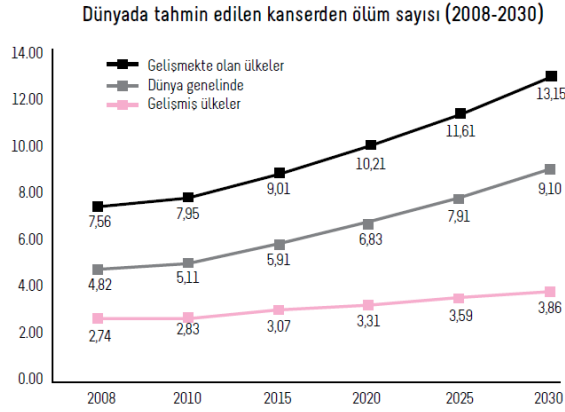
Kanser sık görülen çoğunlukla ölümle sonlanan bir sağlık sorunudur. Yirminci yüzyılın başlarında insanların ölüm nedenleri arasında yedinci sırada iken, günümüzde kardiovasküler hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir (20). Öldürücü olması, bıraktığı sakatlıklar ve tedavideki yüksek maliyetler nedeniyle de kanser, ülke ekonomisi ve iş gücünde ağır kayıplara neden olmaktadır. Bu yönüyle kanser, hem dünyada hem ülkemizde hastalık yükü, öldürücülüğü ve insidans artış eğilimi ile önemli bir halk sağlığı problemidir (9).

Küresel kanser yükü ise geçtiğimiz 30 yıl zarfında iki kattan daha fazla artmıştır. 2012 yılında Dünya’da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası görülmüştür ve gelecek 20 yıl boyunca 22 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir. Aynı sürede 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur: 4.7 milyon (%57) erkek ve 3.5 milyon (%43) kadın yani erkek:kadın oranı 10,0/8,1’dir (3).

Dünya nüfusunun süregelen artışı ve yaşlanması kanser yükü üzerinde de büyük değişikliklere yol açacaktır. 2030 yılına gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son 5 yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamına ulaşılacağı ve dünyada ölüm sebebi olarak kanserin birinci sırada yer alacağı öngörülmektedir (9).

Eğer kanser insidansları ve nüfus artışı mevcut trendlerle devam ederse 2008’den 2030’a projeksiyonla bakıldığında 23.6 milyon yeni kanser vakası görülecek. Bu da 2012’ye göre %68 daha fazla vaka demek oluyor. Yeni kanser vakalarının %53’ü ve ölümlerin %60’ı az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir (21). Dünya’da en çok tanı konulan kanserler akciğer (1.8 milyon vaka,%13,0), meme (1.7 milyon, %11,9) ve kolon (1.4 milyon, %9,7) iken kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (1.6 milyon, %19,4), karaciğer (0.8 milyon, %9,1) ve mideden (0.7 milyon, %8,8) gerçekleştiği belirtilmiştir. Bu şekilde kanser artış hızının devam etmesi durumunda, Dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir. Gerek kanser vakalarının (%56,8)

gerekse de kanserden kaynaklanan ölümlerin (%64,9) yarısından fazlasının az gelişmiş ülkelerde olduğu ve %30'unun önlenabilir olduğu gösterilmiştir (2,3) (Şekil 1).



Şekil 1. IARC (International Agency for Research on Cancer) Globocan verilerine ve tahminlerine göre dünyada gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde yıllara göre kanserden ölümler (21).

İki bin sekiz yılında dünya nüfusu tahmini 6.7 milyar olup bunun 2030'da 8.3 milyara yükselmesi beklenmektedir. Bu dönemdeki yüksek gelir grubundaki ülkelerin nüfusları %4 artarken düşük ve orta gelir grubundaki ülkelere bu artışın yaklaşık %30 olarak gerçekleşmesi beklenmektedir. Ayrıca düşük ve orta gelir grubundaki ülkelere 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının da %5 ila %10 arasında artış göstermesi beklenmektedir. Kanser oranlarıyla yaş arasındaki güçlü bağlantı göz önünde bulundurulduğunda 2030 yılında düşük ve orta gelir grubundaki ülkelere etki edecek artan bir kanser yükünden söz edilebilir (21).

Düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkeleri bu yüzyılın ilerleyen dönemlerinde bekleyen büyük sorunlar nüfus artışı ve yaşlanması ile yaşam tarzının batılılaşması, bilhassa da tütün kullanımındaki artıştır. Beslenme alışkanlıkları da dahil olmak üzere hayat tarzındaki değişikliklerin, hareketsiz bir yaşam tarzının yaygınlaşmasının, kilo alma ve obezite ile sosyolojik değişimlerin, ilk doğum yaşının yükselmesi ile kadınlarda azalan doğurganlık oranının özellikle meme ve kolorektal kanserdeki büyük artışlara neden olduğu ileri sürülmektedir (21).

Dünya çapında 2012 yılında tanı sonrası 5 yıldır yaşayan 32.5 milyon kadın ve erkek mevcuttu. Tanıların çoğu meme (sadece kadınlarda), barsak (anüs dahil) veya prostat kanseri idi (22).

2008 yılında dünya çapında kanser nedeniyle 170 milyon sağlıklı yaşam yılı kaybı vardı. Bu kaybın baş sorumluları barsak (anüs dahil), akciğer, kadın meme ve prostat kanserleri idi (22).

Ülkemizde, 1970’li yıllarda nedeni bilinen ölümler arasında 4. sırada yer alan kanser, son yıllarda erkeklerde ve kadınlarda 2.sıraya yerleşmiştir (Tablo 1). Sıklığı artan ve toplum sağlığı yönünden giderek önem kazanan kanser 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 57. Maddesi gereğince bildirimi zorunlu hastalıklar arasına alınmış ve 1983 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından kanserle ilgili veriler toplanmaya başlanmıştır (9).

Tablo 1.Türkiye 2009 yılı ölüm nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı (2)

	Erkek	Kadın	Toplam
Kalp ve damar hastalıkları	36,2	44,4	39,9
Kanser	24,4	16,0	20,7
Solunum yolu hastalıkları	10,1	7,4	8,9
Metabolik hastalıklar	4,8	8,3	6,4
Zehirlenme ve travma	4,9	2,8	4,0
Diğer	19,6	21,0	20,2

Tablo 2’de 2002 ile 2009 yılları arasında ülkemizdeki kanser insidansının yıllar içerisindeki değişimi görülmektedir. Bu tabloda da görüleceği üzere, ülkemizde en son verilere göre (2009) ortalama kanser insidansı 100.000’de 221,5’tir. Bu değer kadınlar için 173,3/100.000, erkeklerde ise 269, 7/100.000’dir.

Tablo 2. Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansı, (100.000’de, Dünya Standart Nüfusu), Türkiye (13)

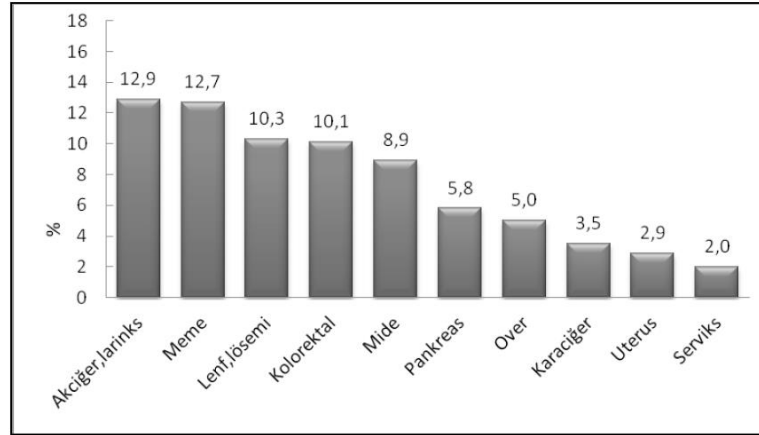
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kadın	113,0	127,9	142,9	149,7	158,1	165,1	172,0	173,3
Erkek	154,2	168,7	236,3	246,5	256,4	279,0	280,5	269,7
Toplam	133,5	148,3	189,6	198,1	207,3	222,0	226,3	221,5

Tablo 3’te kadınlarda en sık görülen 10 kanser türünün insidansı görülmektedir. Erkeklerde en sık görülen kanser akciğer kanserleri iken, kadınlarda ise meme kanserleridir.

Tablo 3. Yıllara Göre Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı. (100.000’de, Dünya Standart Nüfusu), Türkiye (13)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Meme	31,9	33,9	34,7	35,0	37,6	35,9	40,7	40,6
Tiroid	3,5	5,1	7,3	9,6	10,8	14,4	16,2	18,6
Kolorektal	9,3	10,3	11,3	11,1	12,5	12,3	13,2	13,4
Uterus Korpusu	4,3	5,9	7,6	7,1	8,4	8,7	8,6	9,3
Trakea, Akciğer ve Bronş	5,2	5,8	7,4	7,4	7,7	7,8	8,2	8,1
Mide	6,0	6,9	6,4	6,9	7,6	8,4	7,7	8,1
Over	5,9	6,2	5,8	5,6	5,9	6,5	6,9	6,9
Non-Hodgkin Lenfoma	1,2	1,4	4,4	4,0	4,9	5,2	5,0	5,3
Beyin, Diğer Sinir Sistemi	3,8	4,2	3,6	4,0	4,6	4,6	4,4	5,0
Uterus Serviksi	3,9	4,7	4,5	4,4	4,8	4,3	4,1	4,5

Kadınlardaki kanser ölümlerinin en sık görülen ilk iki nedeni akciğer/larinks kanserleriyle meme kanseridir (Şekil 2).



Şekil 2. Türkiye’de kadınlarda 2009 yılındaki kanser ölümlerinin dağılımı (23)

Kadınlarda ilk üç kanser türü dünyada meme, kolon ve akciğer kanseriyken, Türkiye’de sıralama meme, tiroid ve kolorektal kanserler şeklinde olmaktadır (2).

Tablo 4. IARC Tarafından Yayınlanan Globocan 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserlerin Dağılımı (2)

	Türkiye*	Dünya	IARC'a üye 24 ülke	AB(28 ülke)	ABD
1	Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Tiroid	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
3	Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
4	Uterus korpusu	Akciğer	Uterus serviksi	Uterus korpusu	Tiroid
5	Akciğer	Uterus korpusu	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus

*Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2009

2.3. Meme Kanseri

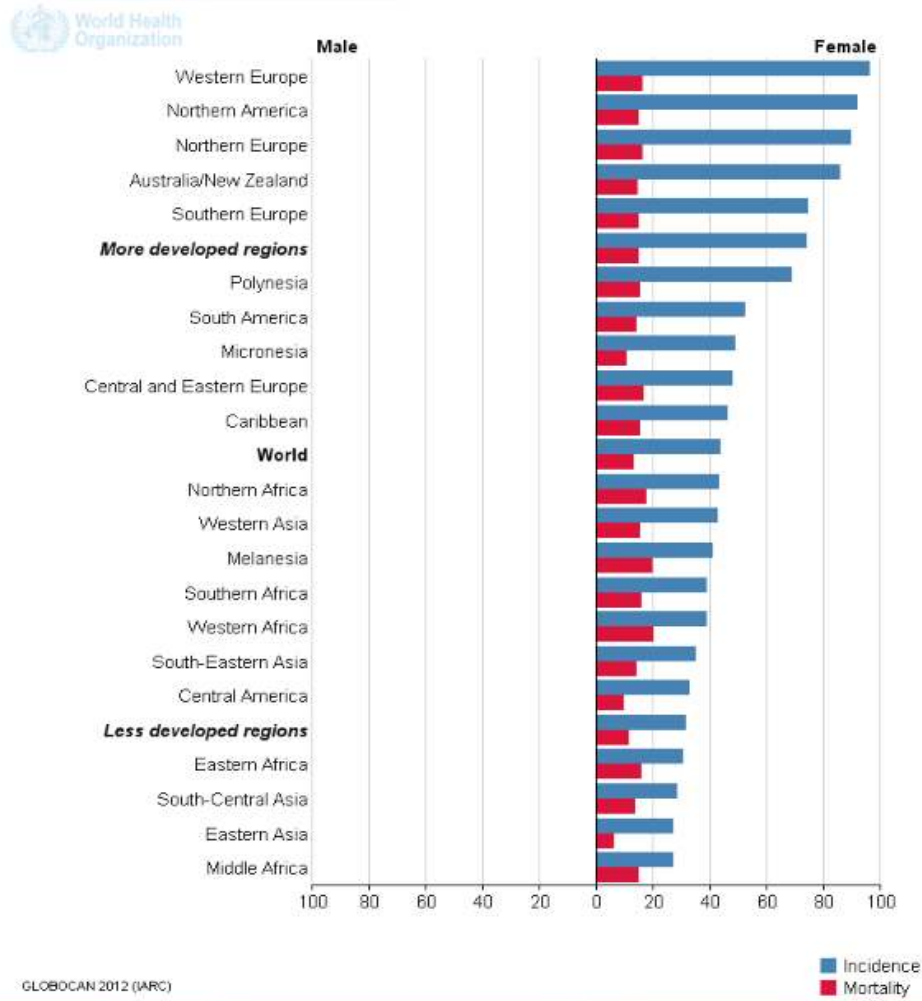
Meme kanseri dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür (15). Mortalite oranları yaşa bağlı olarak artmakla beraber tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu ve kansere bağlı ölümlerin %18'ini oluşturmaktadır. Her sene dünya çapında 1.1 milyonun üzerinde kadına meme kanseri teshisi konulmakta ve 410.000 kadın bu hastalıktan ölmektedir (2,3). 2011'de dünyada 508.000 kadın meme kanseri nedeniyle hayatını kaybetti (DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 2013). Meme kanserinin gelişmiş ülkelerin kanseri olduğu düşünülmesine rağmen meme kanseri vakalarının %50'si ve ölümlerin %58'i daha az gelişmiş ülkelerde görülür (Globocan 2008). İnsidans oranları doğu Afrika'daki kadınlarda 100.000'de 19.3 ve batı Avrupa'daki kadınlarda 100.000'de 89.7 gibi değişiktir. Gelişmekte olan bölgelerde insidans oranları 100.000'de 40'ın altındadır. En düşük insidans oranları çoğunlukla Afrika ülkelerinde görülür fakat buralarda da oranlar yükselmektedir (1). Dünyadaki meme kanseri sıklığı, 1990 yılından itibaren her yıl %0.5'lik artış göstermektedir. Çin'deki yıllık artış oranı ise %3–4 civarındadır. Hindistan'da 15 yıl önce serviks kanseri en sık kanser iken, bugün meme kanseri en sık görülen kadın kanseri olmuştur (4,21). Meme kanseri surveyleri kuzey Amerika, İsveç ve Japonya'da %80 veya üstünde, orta gelir seviyeli ülkelerde %60 dolaylarında ve düşük gelir seviyeli ülkelerde %40'ın altındadır (24). Az gelişmiş ülkelerdeki survey düşüklüğü erken tarama programlarının yokluğu, buna bağlı olarak hastalığa daha ileri evrelerde tanı konulması, yeterli tanı ve tedavi imkanlarının olmaması ile açıklanabilir (1).

Meme kanseri dünyada en çok görülen ikinci kanser, kadınlar arasında ise en sık görülen kanserdir ve 2012'de 1.67 milyon yeni tanı konmuştur ki bu tüm kanserlerin %25'idir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelere, 184 ülkenin 140'ında, kadınlar arasında en çok görülen kanserdir. Gelişmekte olan ülkelerdeki vaka sayısı

(883.000) gelişmiş ülkelerdeki vaka sayısından (794.000) daha fazladır. Bölgeler arasındaki insidans oranları nerdeyse dört kat farklıdır, orta Afrika'da 100.000'de 27 ve doğu Asya'da 100.000'de 96 olarak bildirilmiştir (3). Dünyanın birçok bölgesinde insidans hızı yükselmektedir, fakat zengin ve fakir ülkeler arasında büyük eşitsizlikler mevcuttur. İnsidans hızı, daha gelişmiş ülkelerde yüksek olarak devam etmekte fakat mortalite daha az gelişmiş ülkelerde daha fazladır, bu da tanının gecikmesi ve tedavi hizmetlerine ulaşamamaya bağlıdır. Örneğin batı Avrupa'da meme kanseri insidansı yıllık 100.000 kadında 90 yeni vaka, bu oran doğu Afrika'da 100.000 kadında 30 yeni vakadır. Aksine bu iki bölge arasındaki meme kanseri mortalite oranları nerdeyse aynı, yaklaşık olarak 15/100.000, bu da ileri evrede tanı konulmasına ve doğu Afrika'da surveyin düşük olmasına bağlıdır.

Meme kanseri bütün dünyada kanser ölümleri (522.000 ölüm) arasında 5. nedendir. Gelişmekte olan ülkelerde kadınlardaki kanser ölüm (324.000 ölüm, totalin %14.3'ü) nedenleri arasında 1.sırada, gelişmiş ülkelerde kadınlardaki kanser ölüm (198.000 ölüm, totalin %15.4'ü) nedenleri arasında akciğer kanserinden sonra 2.sıradadır. Dünyadaki ülkeler arasındaki mortalite oranlarındaki fark gelişmiş ülkelerde surveyin uzunluğuna bağlıdır, bu oran doğu Asya'da 100.000'de 6, batı Afrika'da 100.000'de 20 arasında değişmektedir (3).

Meme kanseri sıklığı, gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir (3). Gelişmiş ülkelerde meme kanseri daha sık görülmesine rağmen, son 10 yılda bu ülkelerde meme kanseri sıklığı azalmaktadır (Grafik 2). Bu azalmanın en önemli nedenleri, yaklaşık 50 yıldır yaygın olarak uygulanan toplum tabanlı tarama programları ile kanserin öncül lezyonlar olarak yakalanması, profilaktik mastektomi yapılan kadın sayısında artış, tamoksifen, raloksifen, ekzemestan gibi östrojen reseptörü blokerlerinin ve aromataz inhibitörlerinin kullanımı ve özellikle son 10 yıl içerisinde hormon replasman tedavisinin ciddi bir şekilde azalmasıdır. Özellikle Women Health Initiative (WHI) çalışmasının 2002 yılında yayımlanmasından sonra, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde HRT (hormon replasman tedavisi) kullanımında % 80, meme kanseri sıklığında ise %12 azalma saptanmıştır (25).



Şekil 3. Globocan 2012 Verilerine Göre Dünyada Kansere İnsidans ve Mortalitesi (3)

Meme kanseri sıklığı, gelişmiş ülkelerde azalırken, düşük ve orta gelirli ülkelerde artmaktadır. Bu artışta, yaşam tarzının giderek batıya benzemesi (Westernizing Life) ve reproduktif yaşamdaki değişiklikler (doğurmama, az sayıda çocuk doğurma, geç doğum yapma (>30 yaş), emzirmeme, şişmanlık, beslenme alışkanlıklarında değişiklik, hormonlara daha çok maruz kalma (hormon replasman tedavisi, erken menarş, geç menopoz, oral kontraseptif kullanma vs.) ve muhtemelen endüstrileşme ile ilgili diğer faktörler etkili olmaktadır. Yapılan çalışmalar, meme kanserinin az görüldüğü ülkelere sık görüldüğü ülkelere göç eden kadınlarda (örn. Çin ve Japonya'dan ABD ve Kanada'ya) ve onların sonraki nesillerinde giderek arttığını göstermektedir ki bu da yaşam tarzındaki batılılaşma tezini desteklemektedir (26). Yoksul ülkelerde meme kanseri sıklığı düşük olmasına rağmen, erken tanı ve etkin

tedavi olanaklarının olmaması hastalığın genellikle ileri evrede teşhis edilmesine ve mortalite oranının yüksek olmasına neden olmaktadır (27).

Gelişmiş ülkelerde meme kanseri daha sık görülmesine rağmen, mortalite oranı daha düşüktür (mortalite/sıklık oranı 0.30) (28). Tarama programlarının yaygın olarak uygulanması, eğitim, artmış farkındalık ile non-palpabl meme kanseri tanısı %75'e ulaşmakta, aksilla tutulum oranı da azalmaktadır. Bu ülkelerde erken tanı ve etkin tedavi ile mortalite oranındaki azalma devam etmektedir. IARC'in 2008 yılında yaptığı bir değerlendirmeye göre, meme kanseri tüm kanserler içerisinde kanserden ölüm nedeni olarak 5. sırada, kadınlarda ise ilk sırada bulunmaktadır. Yine aynı yıl içerisinde dünyada meme kanserinden ölen kadın sayısı 458.000 olup, bu ölümlerin %58.7'si düşük ve orta gelirli ülkelerdedir (mortalite/sıklık oranı 0.43) (28).

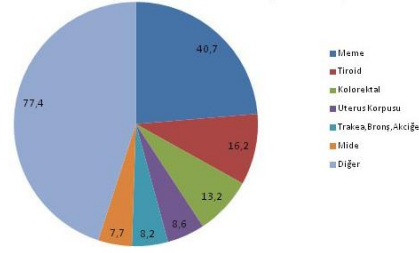
Kanser düşük ve orta gelirli ülkelerde, infeksiyöz hastalıklar, tüberküloz, HIV (Human Immunodeficiency Virus) sendromu gibi hastalıkların önüne geçmiş olup, ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır. Meme kanserinin sadece varlıklı ülkeler için bir problem olduğu sanılmasına rağmen, kanserden ölümlerin çoğu gelişmekte olan ülkelerdedir (28). Bu ülkelerde meme kanseri sıklığı her yıl yaklaşık %5 kadar artmaktadır (5,6,11). Global olarak meme kanseri sıklığı 1990 yılından itibaren yılda yaklaşık %0,5 artmakta iken, Japonya, Singapur ve Kore'deki artış bunun 2-3 katından fazladır. Çin'in kayıtlarında ise son 10 yıldaki meme kanseri sıklığındaki artış %20-30'u bulmuştur (28).

Gelişmekte olan ülkelerde nüfus oldukça genç olmasına rağmen, meme kanseri sıklık ve mortalite oranları bakımından birinci sırada olup, tüm kadın kanserlerinin %20'sini, yıllık kanserden ölümlerin ise %12,7'sini oluşturmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde meme kanseri sıklığı önümüzdeki yıllarda da artmaya devam edecektir. Bu artışın nedenleri; 1. Yaşam süresinin uzaması, 2. Reprodüktif ve yaşamsal bazı özelliklerin batı toplumuna benzemesi olarak özetlenebilir (26,27). Dünyadaki meme kanseri sıklığı ve mortalitesinde 2002 ile 2020 yılları arasında sadece demografik değişikliklere bağlı olarak %50 artış olacağı hesaplanmaktadır. Bu artış gözönüne alındığında, 2020 yılında gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri sıklığının %55, mortalitesinin ise %58 artacağı düşünülebilir (27). Bu istatistikler, aslında gerçek meme kanseri sıklığını göstermemektedir, çünkü düşük-orta gelirli ülkelerde sağlıklı bir kayıt programı olmadığından verilerin düzenli toplanması da mümkün değildir. Meme

kanserinin tanı ve tedavisindeki gelişmelere rağmen, yoksul ülkelerde imkansızlıklar, erken tanı, tarama ve tedavi şansını azaltmaktadır. Bu nedenle tanı ileri evrelerde koyulabilmekte, bu durumda tedavi olanaklarının sınırlı olması, mortalite ve morbiditenin yüksek olmasına neden olmaktadır (27,28). Hindistanda 2001 yılında yapılan bir çalışmada, tanı sırasında meme kanserli hastaların %50 -%70'inin lokal ileri veya metastatik meme kanseri olduğu belirtilmiştir (27). Karşılaştıracak olursak, Avrupa ve ABD kanser kayıt sistemine göre 1990 ve 1992 yılları arasında lokal ileri ve metastatik meme kanseri oranı sırasıyla %44 ve %36 olup, son yıllarda bu oranlar %20'nin altına düşmüştür (29).

Amerika'daki 8 kadından biri (%12) hayatları boyunca invaziv meme kanseriyle karşılaşacaktır. 2014'te 232.670 invaziv, 62.570 non-invaziv (in-situ) meme kanseri tanısı konmuştur. 2000 yılından itibaren önceki iki dekat boyunca artan meme kanseri insidansları azalmaya başlamıştır. 2002'den 2003'e kadar %7 oranında azalma görülmüştür. Bu düşüş bir teoriye göre 2002'de yapılan geniş çaplı araştırma olan Women's Health Initiative'in sonuçlarının yayınlanmasından sonra azalan HRT'ne bağlanmıştır. 2014'te 40.000 kadın meme kanseri nedeniyle ölmüştür. Özellikle 50 yaş altında bu oranlar 1989'dan sonra düşmektedir. Bu düşüşlerin tedavi seçenekleri, erken tanı ve artmış duyarlılığa bağlı olduğu düşünülmektedir (22).

Meme kanserinin dünyada ortalama insidansı yüz binde 38-40 iken, Avrupa'da bu oran yüz binde 66-67, ülkemizde ise ortalama yüzbinde 40 civarındadır (2). IARC Globocan 2012 verilerinde Türkiye'de meme kanseri sıklığı 39.1/100.000 olarak hesaplanmıştır. Meme kanseri tüm kadın kanserlerinin %24.5'ini teşkil etmekte olup, kadınlarda kanserden en sık ölüm nedeni de yine meme kanseridir (%13.4) (3). Ancak bu verilerin beklenen değerlerin altında olduğu kabul edilmektedir. Gerçekten Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın (KSDB) 2009 yılı verilerine göre, ülkemizde meme kanseri sıklığı 23.4/100.000, yaşa göre standardize edilmiş sıklığı ise, 40.6/100.000 olarak verilmektedir (2). Bu sıklıkların bugün 50/100.000'i aştığı tahmin edilmektedir. Yine KSDB'nin verilerine göre meme kanseri, tüm kadın kanserlerinin %40.7'sini oluşturmakta, bunu tiroid kanseri ve kolo-rektal kanser izlemektedir (Grafik 1) (2).

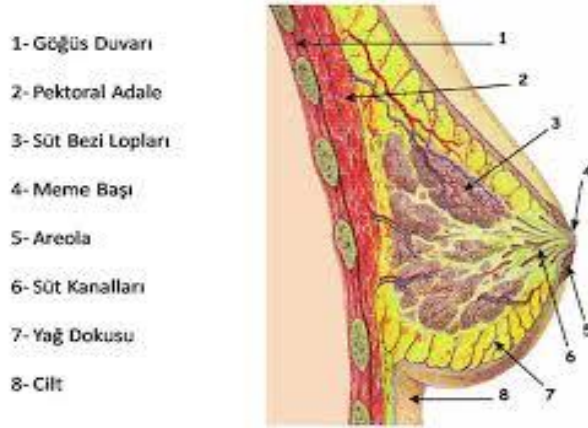


Şekil 4. Kadınlarda En Sık Görülen Kanser Türleri (Yaşa Göre Standardize Edilmiş İnsidans Hızları (YSH) -100.000) (2).

Avrupa ülkelerine nazaran daha az meme kanseri vakası olmasına rağmen Batı Asya (İsrail hariç) ve diğer ülkelerle benzer durumdadır. Sağlık Bakanlığının verileri incelendiğinde meme kanseri insidansının 100.000’de 33.8 olduğu görülmektedir (2). Türkiye’de, mevcut verilere göre meme kanseri sıklığının, doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde 40-50/100.000 oranında olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakamlardan yola çıkılarak Türkiye’de her yıl meme kanserine yakalanan kadın sayısının on bin kadar olduğu tahmin edilmektedir (9). Ülkenin doğusu ile batısı arasındaki sıklık farkı, Türkiye’nin batı bölgelerindeki yaşamın batı toplumlarındakine benzerliğinden (‘Westernizing life’) kaynaklanmaktadır. Kadınlarda erken menarş (<12 yaş), geç doğum (>30 yaş), geç menopoz (>55 yaş), daha fazla hormon replasman tedavisi alma, daha kısa laktasyon süresi ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler ile batı tipi yaşam biçimi meme kanserinin insidans hızının artması ile ilgili öğeler arasında sayılabilir. Kadınlardaki dört kanserden biri memede yerleşmekte olup, meme kanseri en sık kanserden ölüm nedenidir (26).

2.4. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi

Erişkin bir kadında meme, genellikle ön göğüs duvarının yüzeyel pektoral fasyasının yüzeyel ve derin tabakaları arasında bulunur. Memeler 2. ile 6. kaburgalar arasında yer alırlar. Memenin yukarı aşağı çapı ortalama 10-12cm ve santral bölgede maksimum kalınlığı 5-7 cm’dir. Gelişmiş meme; asinüsler, duktuslar ve stromal elemanlardan oluşur. Asinüsler biraraya gelerek lobülüsleri, lobülüsler de lobları oluşturur. Epitelyal parankim ise her biri ayrı bir salgı kanalı ile meme başına açılan 15-20 lobdan oluşur (30).



Şekil 5.Memenin Anatomisi

Memenin gelişimi ve fonksiyonu bir çok hormonun etkisi ile olur. Bu hormonların en önemlileri östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonları, kortizol ve büyüme hormonudur. Östrojen duktus gelişimini başlatır, prolaktin ve progesteron lobül ve asinüs gelişimini kontrol eder ve prolaktin süt salgılanmasını sağlar (30,31).

2.5. Meme Lezyonlarında Tanı Yöntemleri

Memede tespit edilen lezyonlar ya fizik muayene ile yada görüntüleme yöntemleriyle ortaya konurlar.

2.5.1.Memenin Fizik Muayenesi

Meme kanserinin erken belirlenmesi için Amerikan Kanser Derneği 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınların her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından fizik muayenesini önermektedir. Premenopozal kadınlar için fizik muayenin hem yoğunluk, hem de hassasiyet yönünden en uygun olduğu zaman menstruasyondan sonraki zamandır (32).

Meme kanseri taramasında, fizik muayenin önemi bir çok çalışmada gösterilmiştir. The Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) çalışmasında, özellikle 40-49 yaş arasındaki kadınlarda, meme kanserinin erken belirlenmesinde önemli rol oynamıştır (33). National Breast Screening Study (NBSS)'nin iki çalışması 50 yaşından büyük kadınlarda mamografinin mortalitedeki etkisinin fizik muayeneden daha fazla olmadığını göstermiştir (34). Morrison ve ark. sadece mamografi programlarının, mamografi ve fizik muayene programları ile aynı değere sahip

olmadığını ileri sürmüşlerdir (35). Fizik muayene mamografi ile birlikte uygulandığında, kanser teşhis oranı %5-20 artmaktadır. Fizik muayene, yoğun memede mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır Meme kanserlerinin %10-20 kadarı mamografi ile görüntülenemediği halde palpasyon ile bulunabilirler (30,36).

Aseptomatik kadınlarda ideal tarama programında, memenin fizik muayenesi, kendi kendini muayene ve mamografi birlikte olmalıdır.

Memenin fizik muayenesi inspeksiyonla başlar. Oturan bir hastada kollar her iki yana sarkıtılmış durumda, sonra başın üstünde yukarı kaldırılmışken ve sonra da eller her iki kalça üzerine bastırıldığı zaman memeler gözlemlenir. İnspeksiyon sırasında; memelerin büyüklüğüne, şekline, simetrisine, cilt rengine, kızarıklığa, çekinti, ödem, akıntı varlığına dikkat edilir. Daha sonra palpasyona geçilir. Meme muayenesi için en uygun zaman menstruasyon başlangıcından sonraki 8.-10. günler arasındadır. Palpasyonda elin 2.,3.,4. parmakları çok bastırmadan kullanılır. Böylece daha ufak kitleler fark edilebilir. Palpasyona şikayet olmayan taraftan başlanmalıdır. Axilla, supraklavikular ve infraklavikular bölge muayene edilir. Palpasyon hasta yatarken yapılmalıdır. Memenin tam göğüs duvarına oturması ve laterale kaymaması için o taraf sırt altına yastık konulur. Sırası ile memenin üst iç, alt iç, alt dış, üst dış kadrantları, areola bölgesi ve meme başı bölgesi muayene edilir. İç kadrant muayenesi hasta kolu başının üstündeyken, dış kadrant muayenesi ise kol yanlarda ve adduksiyondayken yapılır (30,32).

2.5.2. Görüntülemeye kullanılan yöntemler

1. Tarama mamografisi
2. Tanısal mamografi
3. Ultrasonografi
4. MR (Manyetik Rezonans) mamografi

2.5.2.1. Tanısal mamografi

- a. Ele gelen kitlesi olan hastalarda lezyonun selim-habis ayırıcı tanısında fizik muayene bulgularına ilave olarak hastanın yaşına göre iki taraflı mamografi ve ultrasonografi veya her ikisinden yararlanılır.

- b. Radyolojik inceleme yapılmadan İİAB (ince iğne aspirasyon biyopsisi) veya biyopsi ile kanser tespit edilen hastalarda kitlenin saptandığı memenin ve karşı memenin değerlendirilmesi için mamografi çekilmelidir.
- c. Kitlenin multifokal-multisentrik olup olmadığının tespiti için mamografi gereklidir.
- d. Meme başı akıntısı, çekinti gibi şikayetlerle başvuran hastalarda mamografi ve ultrasonografiden yararlanılabilir.
- e. Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi veya modifiye radikal mastektomi yapılan hastalarda takipler esnasında mamografi çekilir.

2.5.2.2. Ultrasonografi (USG)

- a. Kitlenin solid mi kistik mi olduğunu ayırmada çok başarılıdır (%96-100). Düzenli sınırlı kitlelerin kist olup olmadığının gösterilmesinde kullanılabilir.
- b. Yoğun fibroglandüler memelerde mamografide ortaya konamayan, ele gelen kitlelerin görüntülenmesinde ve değerlendirilmesinde USG önemli bir yöntemdir.
- c. Genç kadınların (<35 yaş) memesinin değerlendirilmesinde yoğun meme dokusu nedeniyle mamografi yeterli bilgi vermez, bu nedenle USG tercih edilir.
- d. Mamografi alanına sokulamayan göğüs duvarına yakın kitlelerin değerlendirilmesi USG ile yapılabilir.
- e. Koltukaltındaki ganglionların metastatik olup olmadıkları USG ile incelenebilir.
- f. Mamografide tespit edilen kist, kitle gibi ele gelmeyen lezyonların teşhisine yönelik işlemlerde USG rehberliğinde İİAB, core biyopsi ve işaretleme yapılabilir.
- g. Koruyucu meme cerrahisinden sonra radyoterapi gören yoğun memelerde ortaya çıkan kitle lezyonların değerlendirilmesinde USG'den faydalanılabilir.

2.5.2.3. MR Mamografi

Kitlelerin selim-habis ayrımında, meme koruyucu cerrahi sonrası oluşan kitlelerin granülasyon dokusu-habis ayrımında ve özellikle meme koruyucu cerrahi yoğun memelerde multifokal-multisentrik tümörlerin ortaya konulmasında MR mamografinin önemli yeri olduğu gösterilmiştir (37).

2.6. Meme Kanseri

2.6.1. Risk Faktörleri ve Etiyoloji

İnsanlarda meme kanserinin nedeni bilinmemektedir. Genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmekle birlikte, meme kanserli kadınların %70-80'i bu risk faktörlerine sahip değildir. Hayvanlarda ise bazı kimyasal maddeler, iyonizan radyasyon ve virüsler kanser oluşumuna neden olurlar. Tüm bu ajanların mutasyonlara neden olabileceği ve kromozomal mutasyonların da insanda kanser ortaya çıkış ve gelişimi ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (38,39).

2.6.1.1. Demografik özellikler

Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve erkeklere göre 100 kat artmış riski ifade eder. Her 100 meme kanserinden biri erkeklerde görülmektedir (40). Tüm meme kanserli hastaların % 99'u kadın, % 1'i ise erkektir. Önceleri bunun kromozomal nedenlerle olduğu düşünülse de şimdilerde neredeyse kesin olarak hormonal nedenlerle ilişki kurulmaktadır. Erkeklerde de artmış vücut östrojeni (Klinefelter sendromu, siroz gibi) meme kanseri riskini artırmaktadır. Erkek meme kanserlerinin % 10'undan ise genetik faktörler sorumludur. Bilinen en önemli genetik faktör ise BRCA-2 (Breast Cancer Susceptibility Gene- meme kanserine yatkınlık geni) geni mutasyonlarıdır. Jinekomasti meme kanseri nedeni değildir (41).

Meme kanserinde kadın cinsiyeti kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Günümüzde bir kadının hayat boyu riski non invaziv meme kanseri açısından 6'da 1 ve invaziv meme kanseri bakımından 8'de 1'dir. Bu riskin büyük bölümü yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar (42). Meme kanseri menopoza öncesi dönemde nispeten azdır. Yaşla insidans artmaktadır. İnsidans eğrisi menopoza kadar her

on yılda iki katı artarak dik bir şekilde yükselir, 50 yaşında plato yapar ve sonradan yine dik bir şekilde yükselir. Bu yaşla ilgili insidans eğrisinin şekli önemli ölçüde over aktivitesi ile etkilenmektedir (43). Meme kanseri tanısı konan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda, %70 kadının yaşı 50 yaş ve üzerinde olduğu ifade edilmekte ve yaşı 50 yaş ve üzerinde olan kadınların meme kanseri görülme sıklığının, yaşı 50 yaşın altında olan kadınlara nazaran 4 kat daha fazla olduğunun altı çizilmektedir (44). Bununla beraber mammografi gibi tarama yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşması nedeniyle artık erken yaş gruplarında hastalığın daha çok görüldüğünü belirten çalışmalar da mevcuttur (41).

Sağlık Bakanlığı'nın verileri ve Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu'nun veri tabanındaki olgular incelendiğinde de ülkemizin batısında meme kanseri insidansının doğusuna oranla yaklaşık 2 kat fazla olduğu görülmektedir. Ülkenin batısı ile doğusu arasındaki sıklık farkının, Türkiye'nin batı bölgelerindeki yaşam tarzının batı toplumlarındakine benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (42).

2.6.1.2. Genetik Etkenler, Herediter Sendromlar

2.6.1.2.1. Genetik Etkenler

Asyalı kadınlarla, batı ülkelerinin kadınları arasında meme kanseri görülme sıklığı ve mortalitesindeki belirgin farklar meme kanserli kişilerin ailelerinde iki üç kat artmış meme kanseri ortaya çıkışı, meme kanseri oluşumunda genetik etkilerin rol aldığını düşündürmektedir. Farklı kanserlerde yapılan aile çalışmaları; etkilenmiş olan hasta bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal popülasyona göre artmış olduğunu göstermektedir (38).

Kanserin kalıtsal formu; tanı yaşının erken olması, yüksek penetranslı olması, çift olan organlarda bilateral görülmesi, her iki ebeveyninden de kalıtılabilmesi ve diğer tip tümörlerle birlikte görülmesi ile karakterizedir. Ailede aynı tip kanserin görülmesi durumunda kalıtsal kanser, farklı tip kanserlerin görülmesi durumunda ise kanser ailesi olarak tanımlanmaktadır. Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Bir adet birinci derece akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1.80 kat artırır. İki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2.9 kat artar. Meme

kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2.9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1.5 kat artar (38,45).

Meme kanserine ailesel yatkınlık ilk olarak 1866'da Paul Broca tarafından kendi eşinin ailesinde dört nesil süresince 24 kadının 10'unda meme kanserinin ortaya çıkışı sonrası ileri sürülmüştür. Daha sonra, Macklin meme kanserli bir kişinin annesinde toplumdaki kadınlara göre meme kanseri gelişme olasılığının 2 kat fazla, kızkardeşinde ise 2.5 kat fazla olduğunu göstermiştir. Bu tehlikenin sadece anne ve kızkardeş için değil, anne ve baba tarafındaki tüm kadın bireyler (büyükanne, teyze, hala, yeğen) için de geçerli olduğunu ve bu durumun meme kanseri dışında bir kansere sahip olan kişilerin akrabalarında ise söz konusu olmadığını ayrıca belirtmiştir (38,43).

Meme kanseri aile hikayesi olan kişilerde meme kanserinin ortaya çıkma yaşı daha erken olup, hastalık bilateral olmaya eğilimlidir ve hastalığın erken ortaya çıkışı özellikle annesinde meme kanseri olanlarda daha da belirgindir. 50 yaşını geçen birinde artık ailesel hastalığa bağlı yüksek risk periyodu geçmiştir. Meme kanserinin genç yaşta ortaya çıkması genetik yatkınlığın en önemli göstergesidir (43).

Tüm bu çalışmalara ve sonuçlarına karşın artmış ailesel riskin ne kadarının genetik olarak geçmiş etkenlere, ne kadarının da ailede ortak paylaşılan yaşam tarzına, beslenme alışkanlıklarına bağlı olduğunu söyleyebilmek bugün için mümkün değildir. Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir (39,43).

Son yıllarda, ailevi meme kanseri ile ilgili genetik veriler bazında farklı genler izole edilmiştir. 1994'te izole edilip, klonlanan BRCA 1 geninin özellikle meme ve over kanserlerinde arttığı gösterilmiştir. ABD'de her 200 kadından biri BRCA1 geninin mutasyona uğramış şeklini taşımaktadır. Bu gen 17.kromozomun uzun kolu (q) üzerinde ve 21.regionda lokalizedir. Genel popülasyonda BRCA1 mutasyonu sıklığı ise 6/10.000'dir. BRCA1 geninde mutant form arttıkça, meme kanseri riski artmaktadır. Meme kanseri riski yüksek olan ailelerin ancak %45'inin, meme ve over kanserini birlikte gösteren ailelerin %90'ının ve tüm meme kanseri olgularının %3.5-6'sının bu mutant gene sahip olduğu kabul edilmektedir. Tahminler BRCA1 geninin mutant formunu taşıyan kadınların 70 yaşlarında %80 meme kanseri, %40 over kanserine yakalanma riskine sahip olduğunu göstermektedir. Ailevi olmayan meme kanserlilerde BRCA1'in rolü açık değildir (38,45,46).

BRCA 2 geni, 13.kromozomun üzerinde bulunan ve ön değerlendirmelere göre ailevi olgularda hastalığın erken ortaya çıkışında ve bilateral hastalıkta rol oynayan bir gendir. BRCA2 mutasyonları ise yalnızca meme kanseri olan ailelerin %35’inde ve tüm meme kanseri olgularının %2-3.5 olguda saptanmaktadır. Genel populusyonda BRCA2 mutasyonu sıklığı ise 2.2/10.000’dir. Bunun yanında BRCA2’nin erkek meme kanseri ve prostat kanseri ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. Relative ratio BRCA2 için 3-8 olarak verilmektedir. BRCA2 pozitifliği olan bir kadında hayat boyu meme kanserine yakalanma riski %40-45, over kanserine yakalanma riski ise %15’dir (42). Bu iki gen hereditör meme kanserlerinin %60’ından, tüm meme kanserlerinin ise %5-10’undan sorumludur (46,47).

Meme kanseri ile ilgili önemli paradokslardan bir tanesi de beyaz kadınlarda görülme sıklığının zencilere oranla %20 daha fazla olmasına rağmen, mortalite oranlarının zenci ırkında daha fazla olmasıdır. Etnik farklılıkların büyük oranda yaşam tarzı ve sosyoekonomik durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir (42).

2.6.1.2.2. Hereditör Sendromlar

Hereditör bazı sendromlar varlığında da meme kanseri görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. Bu sendromlar hereditör meme over kanseri sendromu, bölgeye spesifik hereditör meme kanseri, Li-Fraumeni sendromu, Cowden sendromu ve Muir sendromu olup, ayırıcı tanı ve ailelerin yönlendirilmesi bakımından önemlidir (30,43,46).

2.6.1.3. Endokrin Etkenler

2.6.1.3.1. Reprodüktif Nedenler

2.6.1.3.1.1. Menarş Yaşı

Erken menarşın meme kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Genel olarak menarşın her bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin %20 azaldığı kabul edilmektedir. Meme kanseri riski yönünden menstruasyon yaşı da önemlidir. Menarşı takiben düzenli menstruasyonların 1 yıl içinde başlaması, düzenli menstruasyonları 1 yıldan geç başlayanlara göre riski iki katına çıkarmaktadır. Menarşı erken (12 yaş veya öncesinde) başlayan ve kısa sürede düzenli menstrüel dönemlere

geçen kişilerde kanser riskinin, menarşı geç başlayan (13 yaş veya üzerinde) ve uzun süre düzensiz menstrüel dönemleri olan kişilere göre 4 kat fazla olduğu kabul edilmektedir (43,45).

Bu gözlemler düzenli ovulatuar dönemlerin kadınlarda meme kanseri riskini artırdığını düşündürmektedir. Meme kanserli kadınların kızlarında, menstrüel dönemin 22.gününde kan östrojen ve progesteron düzeylerinin ölçüldüğü iki çalışmada da östrojen ve progesteron düzeylerinin kontrol grubuna göre yüksek çıkması da bu düşüncüyü desteklemektedir. Buna göre, düzenli ovulatuar dönemlere sahip bir kadında luteal fazda östrojen düzeyi anovulatuar dönemlere sahip bir kadınıkinden daha yüksek olacağından, düzenli ovulatuar dönemlerin sayısının artması östrojene (ve progesterona) maruz kalmayı arttıracaktır. Yine menarşı geç başlayan kadınlarda anovulatuar dönemlerin erken menarşlı kadınlara göre daha fazla olacağı ve dolayısıyla östrojene maruz kalmanın azalacağı gösterilmiştir (38,43).

2.6.1.3.1.2. Menopoz Yaşı

Meme kanseri riski ile menopoz yaşı arasında da bir ilişki mevcuttur. 45 yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski, 55 yaşından sonra menopoza giren kadınların yarısı kadardır. Yani aktif menstruasyon dönemi 40 yıl veya daha fazla süren kadınlarda risk aynı dönemi 30 yıl veya daha az olan kadınların iki katıdır. Ortalama olarak menopozun her bir yıllık gecikmesi meme kanseri riskini %3 artırır. Bilateral ooferektomi veya pelvis bölgesi ışınlanması ile yapay menopoz oluşturulması da meme kanseri riskini azaltmaktadır. Fakat yapay menopozun 50 yaşından sonra oluşturulmasının, unilateral ooferektominin ve basit histerektominin meme kanseri oluşumunda risk azaltıcı etkileri olduğu gösterilememiştir (38,43,48,49).

2.6.1.3.1.3. İlk Hamilelik - İlk Doğum Yaşı

İlk olarak Mac Mahon (50) ilk hamilelik yaşının meme kanseri riski ile ilişkili olduğuna dikkatleri çekmiş ve evlenmemiş veya hiç doğum yapmamış kadınlarda, kanser riskinin doğum yapmış kadınlara göre 1.4 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma ve takip eden çalışmalar hamileliğin getirdiği koruyucu etkinin özellikle ilk hamilelik yaşına bağlı olduğunu vurgulamışlardır. İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadında kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4

kat fazladır. Hiç doğurmamış kadınlarda ise 20 yaş öncesinde doğum yapanlara göre riskin 2 kat fazla olması paradoks bir şekilde, evli fakat geç doğum yapan kadınlarda meme kanseri riskinin hiç doğum yapmamış kadınlara göre daha fazla olduğunu ortaya çıkarmaktadır (38,43,45).

Doğum sayısının artmasının meme kanseri riski üzerindeki etkisi araştırıldığında; Çin’de yapılan bir çalışmada küçük de olsa koruyucu bir etkiden bahsedilmiş, Danimarka’da 14421 kadında yapılan bir çalışmada ise doğum sayısı arttıkça riskin azaldığı ve en düşük riskin 6 veya daha fazla doğum yapmış kadınlarda saptandığı belirtilmiştir. Konuyla ilgili bir metaanalizde de her iki doğumda bir riskin %15 azaldığı ileri sürülmüştür. Doğum sayısına ilaveten doğumlar arasında geçen sürenin kısa oluşu da daha düşük riskle ilişkili bulunmuştur (38,43).

Diğer ilginç bir gözlem de ilk doğum öncesi yapılan spontan veya tıbbi abortusun (hamileliğin ilk üç ayında) kanser riskini arttırdığıdır. Son dönemde yapılan bir çalışmada ise düşük yapmış olmanın meme kanseri riskini arttırdığı bulunmuştur (51). Düşükle meme kanseri ilişkisinin sebebini ise düşüğün meme büyümesi ve değişimini yarıda kesen yüksek düzey östrojen etkisinde olması ve bu nedenle de yüksek karsinojen etkinin ortaya çıkışı ile bağlantılandırılmıştır (38,43).

Hamileliğin ilk üç aylık döneminde kan östradiol düzeyinde hızlı artış, ilk hamilelikte takip eden hamileliklere nazaran çok daha belirgindir. Artmış östradiol düzeyi kişi için kısa zamanda çok sayıda ovulatar dönem geçirmeye eşdeğerdir. İlk doğumdan 10 yıl sonra meme kanseri riskinde artış olduğu bir gerçektir. İlk hamileliğin yıllar boyunca prolaktin düzeyinin düşük kalmasını sağladığı gösterilmiştir. Doğum yapmış kadınlarda prolaktin düzeyinin, doğum yapmamış kadınlara göre daha düşük değerde olması ve düşük prolaktin düzeyinin de koruyucu bir etkisinin ileri sürülmesi erken yaşta ilk doğumun koruyucu etkisini kısmen açıklayabilir. Ayrıca erken yaşta oluşan hamileliğin meme epitelinin maturasyonunu uyararak karsinogenlere karşı daha dirençli hale gelmesini sağladığı düşündürmektedir (38,43).

2.6.1.3.1.4. Laktasyon

Uzun süren laktasyonların toplam ovulatar dönem sayısını azaltarak koruyucu bir etki yapması beklenmektedir. Bir meta-analiz çalışma göstermektedir ki 1 yıl emzirme meme kanseri riskini %4.3 oranında azaltmaktadır. Son yapılan bir vaka-

kontrol çalışmasında çocuk başına 12 ay emziren kadınlarda meme kanseri gelişme riski %52 azalmakta olduğunu ve emzirme ve meme kanseri arasında ilişki göstermiş, daha uzun süre emziren kadının meme kanserine yakalanma riskinin daha da azaldığını göstermiştir. Kadınların her çocuğunu en az iki yıl emzirmesinin, meme kanserinden koruyucu olduğunu göstermektedir (52,53).

2.6.1.3.2. Hormonlar

Meme kanserinin overlerin aktivitesi ile yakından ilişkili olması östrojenin hastalık patogenezinde önemli rolü olduğunu göstermektedir. Hayvanlardaki deneysel çalışmalarda dışarıdan verilen östrojenin ve özellikle östradiolün meme kanseri oluşumunu arttırdığı, overlerin çıkartılmasının veya dışarıdan antiöstrojenlerin verilmesinin ise kanser oluşumunu azalttığı bildirilmiştir. Östrojenler meme dokusundaki normal ve neoplastik hücrelerin büyümesini uyarırlar (38,53).

Androjenlerin de meme kanseri oluşumunda karsinojenik etki gösterebilecekleri düşünülmüştür. Bu düşünce androjen düzeyinin yüksek olduğu postmenopoz kadınlarında meme kanseri görülme sıklığının yüksek olması gerçeğiyle desteklenmektedir. Progesteron östrojen varlığında meme epitelinde mitotik aktiviteyi uyarır. Hayvan çalışmaları da progesteronun normal meme dokusunda duktal büyümeyi uyardığını göstermiştir (38,53).

2.6.1.3.3. Ekzojen Hormonlar

Östrojen ve progesteron ihtiva eden oral kontraseptifler (OK) ve meme kanseri riski arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur. Tüm bu çalışmalardan çıkarılabilecek tek kesin sonuç OK'lerin meme kanserine karşı koruyucu etkilerinin olmadığıdır (53). OK kullanan kadınlarda hiç OK kullanmayanlara göre OK kullanım yılı için meme kanseri riski %3.8 artmaktadır. Risk 8 yıldan uzun kullananlarda 1.7'den 10 yıl veya daha uzun süre kullananlarda 4.1'e kadar değişmektedir. Otuzbeş yaş altında oral kontraseptif kullanımı meme kanseri riskini arttırmaktadır. Özellikle 35 yaş altında ve 6 aydan uzun süre kullanım hiç kullanmayanlara karşı meme kanseri riskini %70 artırmıştır, bu risk 18 yaş altında oral kontraseptif kullanımında daha da artmaktadır. Yapılan bir çalışmada annesi veya kızkardeşinde meme kanseri anamnezi olan

kadınların oral kontraseptif kullanımı ile meme kanserine relatif yakalanma riski 3.3 kat artış göstermektedir (43).

Menopoz sonrası dönemde ortaya çıkan değişiklikleri önlemek amacıyla östrojenler dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Hormon tedavisinin etkilerini araştıran yaklaşık tüm çalışmaları toplayan iki metaanalizin sonuçlarında 5 yıl konjuge östrojen kullanımında meme kanseri relatif riski 1.1 iken; 10 yıl kullanımda relatif risk 1.2 ve 15 yıl kullanımda 1.4 olarak verilmiştir (38,43,54).

2.6.1.4. Çevresel Etkenler

2.6.1.4.1. Beslenme

Dünya üzerinde meme kanseri görülme sıklığının ülkeden ülkeye değişmesi ve göç eden insanlarda artan meme kanseri sıklığının (göç ettikleri ülkeye uyum bir sıklığa erişmesi) sadece genetik etkenlerle açıklanamaması, dikkatlerin çevresel etkenler ve özellikle beslenme şekli üzerine toplanmasına neden olmuştur. Bu nedenle meme kanseri riski ile yağdan zengin beslenmenin, vücut ağırlığının, vitamin ve eser elementlerin ilişkileri araştırılmıştır. Beslenmenin ve özellikle yağdan zengin beslenmenin deney hayvanlarında meme tümörleri oluşturduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. Ama gerek prospektif çalışmalarda, gerekse vaka-kontrol çalışmalarında beslenmedeki yağ miktarı ile meme kanseri oluşumu arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Fakat çocukluk veya ergenlik döneminde alınan fazla yağların erişkin çağda meme kanseri gelişme riskini nasıl etkileyeceği bilinmemektedir (43,55).

Varolan çalışmalar ve sonuçları boy ile meme kanseri riski arasında az da olsa anlamlı bir ilişki varlığını ve bunun nedeninin de enerji alımına bağlı olduğunu göstermektedir. Vücut ağırlığının etkisi menopoz durumu ile ilgili olarak değişmektedir. Meme kanseri riski yönünden premenopoz dönemde düşük vücut ağırlığı riski artırırken, postmenopoz dönemde ise artmış vücut ağırlığı riski arttırmaktadır (38,43).

2.6.1.4.2. Vitaminler

A vitamininin içinde bulunduğu karotenoidler antioksidan özelliklere sahip olduklarından DNA (Deoksi Ribo Nükleik Asit) hasarına yol açan reaktif oksijen radikallerine karşı hücresel savunmayı arttırabilirler. A vitamini ayrıca hücre

farklılaşmasında regülatör olarak rol aldığından hücrelerin malign forma geçişini önleyebilir. Retinol asetat ise bazı hayvan çalışmalarında meme kanseri insidansını düşürmektedir. A vitamini ile meme kanseri riski ilişkisini araştıran olgu kontrol çalışmalarından ilkinde Graham, A vitamini alımının artması ile kanser riskinin azaldığını bildirmiştir. Daha sonra dokuz çalışmayı değerlendiren metaanalizde de A vitamininin meme kanseri oluşumu konusunda anlamlı bir koruyucu etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. 33-60 yaş arasında olan 83234 sağlıklı kadını içeren kohort çalışmasında günlük diyetle karoten, A, C ve E vitaminlerinin alımının artışı premenopozal meme kanseri insidansını azaltabilmektedir. Bu olumlu bulgu günde beş öğün meyve veya sebze tüketen kadınlarda gözlenmiştir (38).

2.6.1.4.3. Selenyum

Selenyum hücre proliferasyonunu inhibe eden ve antioksidan bir enzim olan glutatyon peroksidazın önemli bir komponentidir. Hayvan çalışmalarında, yüksek miktarlarda verildiğinde çeşitli kanserlere karşı koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir (43).

2.6.1.4.4. Alkol

Alkol alımıyla meme kanseri ilişkisi tartışmalı olmakla birlikte, gerek vaka-kontrol çalışmaları gerekse prospektif çalışmalar alkol alımının artması ile meme kanseri riskinin arttığını göstermektedir. Meme kanseri riski ve beslenme faktörlerinin ilişkisi araştırıldığında en belirgin olarak ortaya konulmuş olan risk arttırıcı faktördür.

Oniki vaka-kontrol çalışmasının değerlendirildiği metaanalizde günde 12 gram (gr) alkol alan kadınlarda meme kanseri riski 1.4; günde 24 gr alkol alanlarda ise 1.7 olarak bulunmuştur (38,56).

2.6.1.4.5. Kafein

Kafeinin selim meme hastalıklarındaki etkisi gözönüne alınarak meme kanserinde bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür. Vaka-kontrol çalışmalarında böyle bir etki gözlenmemiştir. Prospektif çalışmalarda da risk artışı saptanmamıştır. Bu nedenle kahve ve çay içilmesi ile meme kanseri riski artışı ortaya konulamamıştır (43).

2.6.1.4.6. İyonizan Radyasyon

Matürasyonunu tamamlamamış meme dokusu radyasyona çok duyarlı olup, radyasyona maruz kalma sonrası gelişme bozuklukları ve meme kanseri oluşabilir. Çocukluk çağında Hodgkin hastalığı nedeniyle meme dokusunu kısmen veya tamamen içine alan sahalardan radyoterapi gören kişilerde erişkin yaşlarda meme kanseri sıklığında artış bildirilmektedir. Bu nedenle de çocukluğunda Hodgkin hastalığı nedeniyle ışınlanmış kadınların 20 yaşından sonra yılda bir mamografi yaptırılarak takibi önerilmektedir (38).

Akciğer tüberkülozu nedeniyle çok sık tekrarlanan fluoroskopik tetkiklere maruz kalan hastalarda da artmış meme kanseri sıklığı bildirilmiştir. Fluoroskopik tetkikler 10-14 yaş arasında yapılmışsa maksimum risk artışı, 35 yaşından sonra yapılanlarda ise belirgin bir risk artışı olmadığı saptanmıştır. Fakat genel diagnostik radyolojide meme kanseri riski %1'den azdır. Akciğer grafisinde ve mamografide meme dokusunun aldığı ortalama doz 0.0002-0.00015 gray arasındadır. Ayrıca 40 yaşından sonra yapılan mamografilerin sağladıkları yarar ve katkıların, potansiyel risklerinden çok daha önemli olduğu da unutulmamalıdır (30,43).

2.6.1.4.7. Elektromagnetik Alanlar

Elektrik işlerinde çalışan kadınlar arasında meme kanseri riski araştırılmış ve meme kanserine bağlı mortalitede artış saptanmıştır. Elektromagnetik alanların melatonin sekresyonunu değiştirerek meme kanseri riskini etkileyebileceği düşünülmüştür (38,53).

2.6.1.4.8. Fiziksel Aktivite

Adölesan ve erişkin dönemde yapılan egzersizlerin meme kanseri riski üzerine etkisini araştıran bir çalışmada da egzersizin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiş ve haftada 4 saat veya daha fazla egzersiz yapan kadınlarda kanser riskinin hiç egzersiz yapmayanlara göre %60 daha az olduğu bildirilmiştir. Düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (43,53,55).

2.6.1.4.9. Sigara

Çeşitli çalışmalarda östrojen metabolizmasını değiştirmesi ve menopoza yaşını erkene alması nedeniyle sigaranın meme kanserine karşı koruyucu bir etkisi olabileceği ileri sürülmüştür. İlk çalışmalar riski azaltıcı hafif bir etkisinden bahsetmişlerse de, daha sonraki geniş vaka-kontrol ve prospektif çalışmalar meme kanseri riski ile sigara içimi arasında hiçbir ilişki gösterememişlerdir (38).

2.6.1.4.10. Sosyoekonomik Faktörler

Sosyoekonomik faktörlerin hem meme kanseri, hem de meme kanserinden ölümlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sosyoekonomik düzeyin belirlenmesinde ekonomik düzey, eğitim düzeyi, populasyon yoğunluğu, meslek, yoksulluk düzeyi gibi ölçütler ve bunların birbirleriyle kombinasyonları kullanılır. Son 20 yılda sosyoekonomik farklılıkların, kanserde sağkalım oranları ve kansere bağlı komplikasyonlarla doğrudan ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişimi açısından 2 kat artmış riski ifade eder. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez; doğurganlık alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olduğu ailelerde kadınlar, daha iyi beslendikleri için erken yaşta adet görmeye başlamaktadır. Ayrıca geç evlenmekte ve geç çocuk sahibi olmaktadır. Buna bağlı olarak da meme kanseri riski artmaktadır. Sosyoekonomik düzey farklılıkları sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmetin kalitesini de etkilemektedir. Örneğin; meme kanseri, genel olarak beyaz kadınlarda daha sık görülürken, Afrika-Amerika'lı kadınlarda ileri evre ve metastatik meme kanseri görülme insidansı beyaz kadınlara oranla yüksektir. Benzer şekilde sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda ileri evre meme kanseri görülme insidansı yüksek iken, yüksek sosyoekonomik düzeyi olan kadınlarla, beyazlarda erken evre meme kanseri daha sıklıkla görülmektedir. Beş yıllık sağkalım oranları incelendiğinde siyah kadınlarda beyazlara oranla sağ kalımın daha düşük olduğu görülmüştür (siyahlarda % 70, beyazlarda % 86). Her evrede, siyah kadınlarda sağ kalım oranı, beyaz kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeyi olan kadınlarda yüksek sağkalım oranları bulunmuştur (41).

2.6.1.5. Benign Meme Hastalığı

Atipi mevcut olsun veya olmasın proliferatif meme hastalığı tanısının konduğu biyopsiden itibaren ilk 10 yıl içinde meme kanseri oluşma riski yüksektir. Meme biyopsisi veya aspirasyonu anamnezi olmayanlara karşın herhangi bir proliferatif epitelyal değişiklik mevcut olanlarda 2 kat, atipik hiperplazi mevcut olanlarda ise 4 katı meme kanseri riski vardır. Proliferatif değişikliğin mevcut olmadığı lezyonlarda ise risk artımı yoktur. Atipide birinci derece akrabada meme kanseri olması ile bir interaksiyon bildirilmiştir. Bu kimselerde nonproliferatif hastalıklı kadınlara karşın meme kanseri riski 11 katı fazladır. Pozitif aile hikayesi ve atipik hiperplazi gösteren kadınlarda 15 yılda meme kanseri oluşma riski %25 iken, negatif aile hikayesi olan atipik hiperplazililerde bu risk %8 bulunmuştur (57).

2.6.1.6. Geçirilmiş Meme Kanseri

Meme kanseri tanısı konup cerrahi olarak çıkarılmasından sonra kalan meme dokusu meme kanseri gelişimi bakımından risk altındadır. Karşı meme için bu risk her yıl için %0.5-1'dir. İnsitu kanser tanısı konduktan sonra da invaziv kanser gelişimi için de benzer risk mevcuttur. Meme kanseri oluşan bir kadında hayatı boyunca ikinci bir meme kanseri olma riski %25-30 civarındadır (47).

2.6.2. Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri ve Meme Kanseri Tanısı

Tarama için tercih edilen yöntemlerin bazı özelliklerinin olması gerekir. Bunlar, taramanın etkinliğini ve doğruluk oranını belirleyecektir.

1. İyi bir tarama yöntemi, tarama yapılan organdaki patolojiyi doğru bir şekilde gösterebilmelidir.
2. Tarama yapılacak hastalık yaygın olmalıdır.
3. Yöntem, test pozitif olarak ifade edildiğinde hastalığın var olduğunu, test negatif ise hastalığın olmadığını kesin bir şekilde doğrulamalıdır. Yani sensitivitesi ve spesivitesi yüksek olmalıdır.
4. Yöntem hekimler ve hastalar tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
5. Kolay uygulanabilmelidir.

6. Ucuz olmalı, maliyet/yarar oranı değerlendirilmelidir.
7. Taramaya katılanlara zarar vermemelidir.
8. Taramaya katılımı arttırmak için çok zaman harcamayı gerektirmemelidir.

Meme kanseri taramasında, kendi kendine muayene, fizik muayene ve mamografi en sık kullanılan yöntemlerdir.

2.6.2.1. KKMM

Kadınların, memelerini ‘kendi kendine muayene’ yöntemi ile kontrol etmeleri hem ucuz hem de risksiz bir işlemdir. Mamografinin geniş bir şekilde kullanılmasından önce meme kanserinin %90’ı kadınlar tarafından tespit edilmekte idi. Günümüzde mamografi ile palpabl olmayan kanserlerin de tespit edilmesi ile bu oran düşmüştür.

Memelerin muayenesi için en uygun zaman, menstrüasyonun bitiminden sonraki 2. ve 3. gündür. Bu günler; memelerde şişme ve hassasiyetin en az olduğu günlerdir. Menopoza girmiş kadınlar ise; muayene için her ayın ilk günü gibi bir gün seçebilirler. Muntazam yapılan muayeneler memelerin normal yapılarının öğrenilmesini ve oluşan bir değişikliğin erken bir evrede fark edilmesini sağlar.

Memeler muayene edilirken aşağıdaki safhalar izlenir:

- Bir ayna karşısında memelerin gözle muayene edilmesi
- Ayakta dururken veya banyoda yıkanırken memelerin elle muayene edilmesi
- Sırtüstü yatarken memelerin elle muayene edilmesi

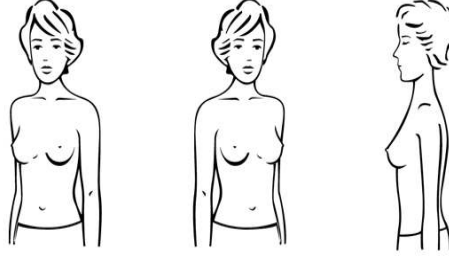
2.6.2.1.1. Bir Ayna Karşısında Gözle Yapılan Muayene

İyi aydınlatılmış bir odada, belden yukarısını gösteren bir ayna karşısında ayakta durulur ve memeler inspeksiyonla aynadan gözlemlenir. Bu gözleme işi:

Kollar yan taraflarda olmak üzere, memeler aynadan gözle muayene edilir.

Aynaya biraz daha yaklaşılr, kollar yukarı doğru kaldırılarak eller başın arkasına konur ve başa doğru bastırılır. Böylece göğüs kaslarının kasılması sağlanır ve sonra memeler gözlemlenir.

Eller sıkıca kalçalara bastırılır, omuzlar ve dirsekler öne doğru alınırken aynaya doğru hafifçe eğilir ve aynadan memeler gözle incelenir.



Şekil 6. Bir ayna karşısında gözle yapılan muayene (58)

Ayna karşısında gözle yapılan muayenede araştırılacak değişiklikler:

Her iki memenin büyüklükleri arasında fark var mı?

Memelerin dış hatlarında değişiklik var mı?

Memelerden birinde büyüme, küçülme yada büzülme var mı?

Memelerden birinde görülebilen bir şişlik var mı?

Meme cildi üzerinde: kızamıkçık, morluk, genişlemiş damarlar, çöküntü, portakal kabuğu görünümü, yara, küçük şişler var mı?

Areolada şekil, büyüklük ve renk bakımından bir değişiklik var mı?

Meme başında; genişleme, düzleşme, çökme, yön değiştirme, kabuklanma, çatlak, kızamıkçık veya yara var mı?

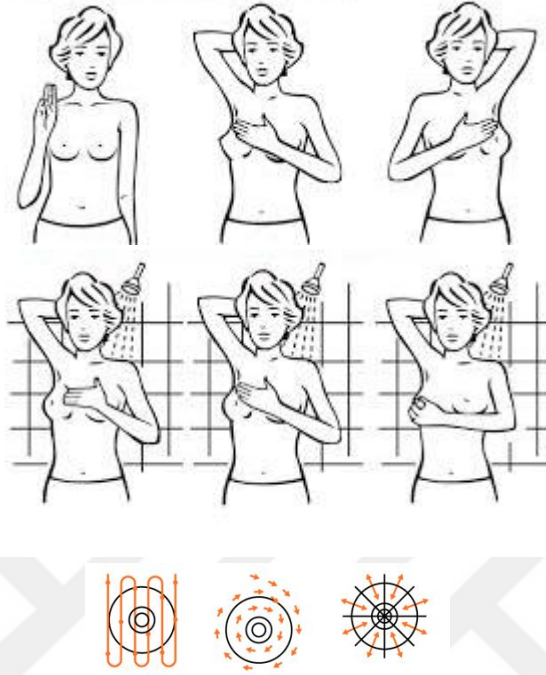
Meme başından akıntı geliyor mu?

Koltuk altında gözle görülen şişlik var mı?

2.6.2.1.2. Ayakta Dururken veya Banyo Yaparken Elle Yapılan Muayene

Gözle yapılan muayeneden sonra, sıra ayakta elle yapılan muayeneye gelir. Bazı kadınlar bu muayeneyi banyoda duş altında yaparlar. Zira parmaklar ıslak ve sabunlu bir cilt üzerinde kaydığında muayene daha kolay olur. Sağ meme sol elle ve sol meme sağ elle muayene edilir. Muayene; 2.,3.,ve 4. parmakların iç yüzleri ile, meme üzerinde daireler çizerek dikkatli ve yavaş bir şekilde yapılır. Sol kol yukarı doğru kaldırılır ve sağ elin üç parmağının iç yüzleri ile daireler çizilerek sol meme ve ayrıca aksiller bölge kontrol edilir. Daha sonra meme başı nazik bir şekilde sıkılarak meme başından akıntı

gelip gelmediği araştırılır. Sol memenin muayenesi tamamlandıktan sonra, aynı şekilde sağ kol yukarı doğru kaldırılarak sol elle sağ meme ve aksiller bölge muayene edilir.

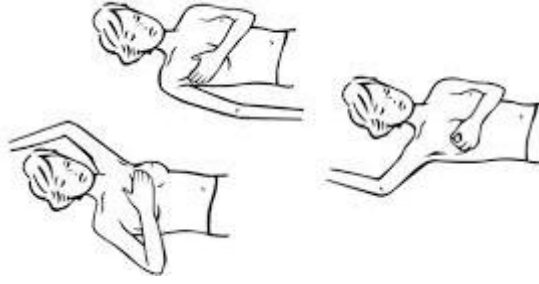


Şekil 7. Ayakta dururken veya banyo yaparken elle yapılan muayene (58)

Elle yapılan muayenede: memede bir şiş var mı? varsa; büyüklüğü, şekli, sınırları, sert ve hareketli olup olmadığı araştırılır. Memede bir sertlik sahası veya bir kalınlaşma olup olmadığına bakılır.

2.6.2.1.3. Sırtüstü Yatarken Elle Yapılan Muayene

Bundan sonraki muayeneler sırtüstü yatarken yapılır. Sırtüstü yatırılır ve önce sol meme muayene edilmek isteniyorsa, sol omuzun altına küçük bir yastık veya katlanmış bir havlu konur. Ayrıca sol kol başın arkasına doğru kaldırılır. Böylece meme göğüs duvarı üzerinde yayılır ve daha kolay muayene olanağı yaratılmış olunur. Daha sonra sağ elin parmaklarının iç yüzleri ile daireler çizilerek sol meme dikkatli bir şekilde muayene edilir.



Şekil 8. Sırtüstü yatarken elle yapılan muayene (58)

Muayene edilecek bölge; yukarıda klavikuladan aşağıda meme altındaki kıvrıma, dış yanda arka aksiller çizgiye ve iç yanda sternuma kadar uzanır. Ayrıca aksiller bölgenin de muayene edilmesi gerekir. Sol memenin muayenesi bitince, yine aynı şekilde hareket edilerek sağ memenin muayenesi yapılır. Memede herhangi bir şiş veya sertlik bulunup bulunmadığı araştırılır (32).

Kadınların, memelerinde bir kitle bulma endişesi ve kanser korkusu nedeniyle ancak %25'i düzenli meme muayenesi yapmaktadır. Ülkemizde bu oran daha düşüktür. Dünyadaki bir çok tıbbi organizasyon, meme kanserinin erken tanısını sağlamak için KKMM yöntemini kişinin arzusuna bağlı olarak önermektedir. KKMM yöntemi olan birçok tarama programında, olmayanlardan daha düşük mortaliteye sahip oldukları tespit edilmiştir. KKMM yönteminde de bazı sorunlar vardır. Kadınların hepsi KKMM yöntemini aynı kalitede yapamamakta, terk etmekte, hatta normal ve anormal yapıları fark edemediklerini ileri sürmektedirler. KKMM yönteminin duyarlılığı %26 olarak bildirilmektedir. Bu sorunlar ancak iyi ve uygun bir eğitimle giderilebilir (59) .

Meme sağlığı otoriteleri meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemlerinin önemine ve bu tarama yöntemlerinin geliştirilmesinde sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları olduğuna işaret etmektedir. Mevcut araştırma kanıtları, sağlık profesyonellerinin KKMM'sindeki sorumluluklarını tekrar gözden geçirmelerini gerekli kılmıştır (60).

Sağlık çalışanları, kadınların sadece meme kanseri ve muayene yöntemine ilişkin bilgilerini değil, meme kanserine yönelik farkındalıklarını da artırmalıdır.

1. Farkındalığı artırmak için, tüm kadınlara memelerindeki normal olmayan herhangi bir değişimin meme kanserinin erken dönem belirtilerinden biri olabileceği anlatılmalıdır.

2. KKMM'ye ilişkin eğitimlerde muayene işleminin etkin ve doğru yapılmasının önemi vurgulanmalıdır. Kadınlar düzenli KKMM yapmaları konusunda cesaretlendirilmelidir.
3. Kadınlara KKMM'nin ancak etkin ve doğru bir şekilde yapıldığında meme kanserinin erken dönemde belirlenmesine yararı olacağı anlatılmalıdır.
4. Kadınların KKMM yapma konusundaki yeterlilikleri değerlendirilmelidir.
5. Kadınlarda KKMM yapma oranını artırmak için KKMM'ni etkileyen faktörler (sağlık inançları, tutum ve algıları vb.) incelenmeli ve kültürel özelliklere uygun meme sağlığı eğitim programları planlanmalıdır.
6. KKMM'nin meme kanserinden ölümü azaltmada etkisinin sınırlı olabileceği ve KKMM ile birlikte KMM ve mammografinin önemi vurgulanmalıdır (60).

2.6.2.2. Memenin Fizik Muayenesi

Meme kanserinde %33 oranında kadınlar memede kitle fark ederek başvururlar. Memede büyüme veya asimetri, meme başı değişiklikleri, meme başı akıntısı, meme cildinde ülserasyon veya çekinti, aksillada kitle diğer nadir meme kanseri başvuru yakınmalarıdır. Meme kanserinin erken belirlenmesi için Amerikan Kanser Derneği 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınlarda her üç yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından fizik muayenesini önermektedir. Premenopozal kadınlar için fizik muayenenin hem yoğunluk, hem de hassasiyet yönünden en uygun olduğu zaman menstrüasyondan sonraki haftadır. Meme kanseri taramasında fizik muayenenin önemi birçok çalışmada gösterilmiştir. Asemptomatik kadınlarda ideal tarama programında, memenin fizik muayenesi, kendi kendine muayene ve mamografi birlikte olmalıdır (61).

Tablo 5. Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen yaş gruplarına göre meme kanseri tarama rehberi 2005-2006 (22)

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	Her ay
	KMM	3 yılda bir
40-49	KKMM	Her ay
	KMM	Her yıl
	Mammografi	1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	KKMM	Her ay
	KMM	Her yıl
	Mammografi	Her yıl

Meme muayenesi inspeksiyonla başlar. Hasta üstü tam olarak soyulduktan sonra öncelikle ellerini beline koyarak oturur. Daha sonra başının üzerine kaldırır. Son olarak doktor hastanın ellerini tutarak öne doğru eğilmesini ister. Bu süreçte memede oluşan herhangi bir retraksiyon dikkatle takip edilir. Daha sonra hasta sırt üstü yatırılarak muayene edilecek memenin tarafına hastanın sırtına bir yastık konularak meme muayenesine başlanır. Meme muayenesi lateralde latissimus dorsi, üstte klavikula, altta rektus kılıfı ve medialde sternum sınır olacak şekilde parmak uçlarıyla meme başından başlayarak tüm meme palpe edilir. Hastanın aynı taraf kolu doktor tarafından dirsekten tutulup tam bir kas gevşekliği sağlanarak aksilla da palpe edilir ve muayene tamamlanır (45).

2.6.2.3. Mamografi

1950’de Jacob-Gershon-Cohen’in memedeki benign ve malign lezyonların özelliklerini belirleyen mamografi çalışmalarından beri meme kanserinin tanı ve taramasındaki önemi giderek artmaktadır. İlk mamografi uygulamalarında 1-4 rad radyasyon dozu oluşmakta idi. Bugünkü teknik ilerlemeler iki yönlü mamografi ile 0.04-0.08 rad radyasyon dozu oluşturmaktadır. Mamografide oluşan radyasyon dozunun düşmesi, tarama programlarındaki radyasyona bağlı kanser ihtimalini en aza indirmiştir. 0.1 radlık dozun 35 yaşın üzerindeki kadınlarda milyonda dört kanser oluşmasına yol açtığı ileri sürülmüştür. Bu oran araba yolculuğu yapan veya sigara içen insanların risk ihtimalinden daha azdır. Mamografi meme kanseri palpabl olmadan iki sene önce belirlemektedir. Meme kanserinin prognozunda çapı ve aksiller lenf nodu tutulumu en önemli parametredir. Tümör çapının prognostik önemi mamografi kullanılmaya başlamadan çok önce anlaşılmıştır. Mamografinin kullanılmaya başlaması ile küçük meme kanserlerini invazyon yapmadan ve meme dışına yayılmadan saptamak mümkün olmaktadır. Mamografinin, meme kanserinin %10-15’ini belirleyememesine rağmen duyarlılığı yüksektir. Yanlış negatifliğin en önemli nedeni yoğun meme dokusudur. Bunun dışında periferde yerleşmiş, mamografi alanının dışındaki tümörler, iyi sınırlı, selim izlenimi verenler ve mikrokalsifikasyonlardır. Mamografinin, 30 yaş altındaki kadınlarda kullanılması, meme parankim dansitesinin yüksek, yağ oranının düşük olması nedeniyle sınırlıdır (62,63).

Tarama mamografisi, 50 yaşın üzerindeki kadınlarda meme kanseri mortalitesinde % 29 azalmaya yol açarken, 40-49 yaş grubunda bu oran %13'tür. Son yıllarda çalışmaların geç sonuçlarının metaanalizinde mortalitenin %18 azaldığı saptanmıştır. Bu nedenle 35 yaşında ilk olarak mamografinin çektirilmesi ve 40 yaş sonrasında her yıl mamografi önerilmektedir. Taramada izlenecek yol řu şekilde özetlenebilir:

<20 yaş. Her ay KKMM

20-40 yaş. Her ay KKMM ve üç yılda bir klinik muayene

35 yaş. İlk mamografi

40-49 yaş. Her ay KKMM, her yıl klinik muayene ve yıllık mamografi

50 yaş üstü. Her ay KKMM, her yıl klinik muayene ve mamografi

Tarama amacıyla uygulanan mamografi kraniokaudal ve mediolateral oblik görüntüleri içerir. Kraniokaudal kesitlerde meme mediali daha iyi görüntülenirken, mediolateral oblik kesitlerde meme laterali ve aksiller kuyruk daha iyi değerlendirilir. şüpheli bir kitlenin incelenmesi için ek olarak 90 derece lateral kesitler alınabilir ve kompresyonfilmleri alınarak magnifikasyon uygulanabilir. Deneyimli radyologlar tarafından mamografi %10 yalancı pozitiflik ve %7 yalancı negatiflikle uygulanabilmektedir (30,64).

Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları

20-40 Yaş: Ayda 1 KKMM ve yılda 1 hekim muayenesi

40-69 Yaş: Ayda 1 KKMM, yılda 1 hekim muayenesi, 2 yılda 1 mamografi ekimi (13).

2.6.3. Meme Kanserin Doğal Seyri

Günümüzde klinik çalışmalarda tedavi edilmeyen hastalardan kontrol grubu oluşturmak etik değerlerle bağdaşmamaktadır. Bu nedenle, çalışmalarda farklı tedavi yöntemleri birbirleri ile karşılaştırılmakta, tedavinin meme kanserinin doğal seyrine etkisi ise belirgin olarak ortaya konulamamaktadır. Lokal ve bölgesel tedavi şekillerinin

gerçek etkilerinin belirlenebilmesi için öncelikle meme kanserinin sistemik bir hastalık olup olmadığına karar verilmelidir (30,36).

Bloom ve ark. 1805-1933 yılları arasında çoğu terminal dönemde bulunan 250 hastayı incelemişlerdir. Bu çalışmadaki hastaların %74'ü evre 4, %23'ü evre 3 ve yalnızca %2'si evre 2'de yer almaktaydı. Hiçbir hastaya cerrahi tedavi, radyoterapi veya hormon tedavisi uygulanmayan bu çalışmada ortalama sağkalım 2.7 yıl olarak saptandı. Hastalardan %18'inin 5 yıl, %4'ünün ise 10 yıl yaşaması meme kanserinde herhangi bir tedavi uygulanmasa bile sağkalımın uzayabileceğine işaret etmektedir. Uzun süreli izlemlerde, istatistik anlamda küratif tedavi uygulandığı sanılan hastaların dahi normal popülasyona göre daha yüksek bir mortalite riski taşıyabildikleri ortaya çıkmaktadır. Tedavide 25 yıl sonra dahi meme kanseri nedeniyle görülen mortalite normal popülasyonda beklenenin 15 kat üzerindedir. Meme kanserinin palpe edilebilir bir büyüklüğe ulaşması için (yaklaşık 10 mm) yada mamografik olarak saptanabilmesi için (yaklaşık 3-5 mm) geçen sürede tümör 28-29 eksponensiyel bölünmeye uğramaktadır. Tümör 1mm³'lük hacme ulaştığında tümör hücrelerinin hematojen yolla yayılmaya başladığı da bildirilmektedir. Tarama yöntemleriyle yakalanan tümörlerin yavaş büyüyen tümörler olduğu, prognozlarının ise tanısız gecikmelerden çok da fazla etkilenmediği düşünülmektedir. Buna karşın çok hızlı büyüyen agresif tümörler iki tarama zamanı arasındaki sürede dahi oldukça ileri evrelere ulaşabilirler. Meme kanserinde tümör boyutunun iki kat artması için geçen süre 50 günden kısa veya 500 günden uzun olabilmektedir. Erken olarak saptandığı düşünülen tümörlerin bile ortalama 6-10 yıllık bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir (30,36).

2.6.4. Meme Kanserinden Korunma

Bir kadının hayatı boyunca meme kanseri olma riski %11'dir. İdeal olan meme kanserinden korunabilmektir, ancak kanser oluşanların sadece % 25'inde tanımlanmış risk faktörleri mevcuttur. Bu risk faktörlerinin önemli bir kısmı da kontrol edilebilir faktörler değildir. Bilinen en iyi korunma yöntemi bilateral mastektomidir. Bu anlamsız ve sakat bırakan yöntem belki riskin çok yüksek olduğu örneğin herediter meme kanseri hikayesi ve/veya biyopsi ile memesinde prekanseröz lezyon saptananlara uygulanabilir. Diğer taraftan genel topluma ve yüksek risk sahibi olanlara önerilebilecek yöntemler araştırılmaktadır. Tanımlanmış risk faktörlerinin önemli bir kısmı önlenemez değildir.

En kuvvetli risk faktörü olan yaşı önlemenin imkanı yoktur. Diğer önemli risk faktörlerinin başında ailesel yatkınlık, menstrüel özellikler, doğum ve sosyoekonomik durum gelmektedir. Bunları önleme veya değiştirmedeki zorluklar ilaçlarla kimyasal korunmaya yönelmiştir. Yine bu yöntem dışında alınabilecek önlemler ve öneriler göz önünde bulundurulmalıdır (36,53).

2.6.4.1. Diyet

Diyetteki yağ miktarının azaltılmasının meme kanseri riskini azaltabileceği tartışmalıdır. Yağın günlük kalori ihtiyacının % 30 altına indirilmesi, bol meyve, sebze ve hububat yenmesi iyi bir yöntemdir. Düşük yağ ve yüksek lifli gıda ile beslenme premenopozal kadınlarda ovulasyonu etkilemeden östradiol ve östron seviyesini azaltabilir, böyle bir diyetle meme kanseri riskini azaltılabileceği iddia edilmektedir (38,43,55).

2.6.4.2. Alkol Alımı

Alkol alımının azaltılmasının yararı bildirilmiştir, ancak riske neden olabilecek miktar saptanamamıştır (38,56).

2.6.4.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin önemli derecede meme kanseri riskini azaltabileceğine ait kanıtlar vardır. Atletizm yapan kızlarda meme kanseri riskinin azaldığı gösterilmiştir. Fiziksel aktivitenin bağımsız bir faktör olarak riski zaltabileceği gösterilmiştir. Vücut ağırlığının artımı ile postmenopozal meme kanseri riskinin arttığı bilinmektedir.

Adolesans yıllarda adetlerin yarısı önlenebilirse risk %50 azaltılabilir. Haftada 3 veya 4 saat egzersiz ile hem menarşın geciktirilebileceği, hem de genç kızların ovulasyon sayısının azaltılabileceği gösterilmiştir, bu da hayat boyu meme kanseri riskini azaltır.

Fizik aktivitenin meme kanserine olan etkisi az sayıdaki çalışmada değerlendirilmiştir. Ancak ortaya çıkan sonuçlar fizik aktivitenin meme kanseri insidansını azalttığı yönündedir (43,53,55).

2.6.4.4. Doğum ve Emzirme

İlk doğum yaşının erken olması meme kanseri riskini azaltmak bakımından en önemli faktörlerden biridir.

Meme kanseri önlemede önemli faktörlerden birisi de emzirmedir. Etkisi tam olarak bilinmemekle beraber, laktasyonun premenopozal meme kanserine karşı koruduğuna dair belirtiler vardır. Ayrıca emzirme sadece annenin meme kanseri olma riskini değil, emzirdiği kızının da riskini azaltabileceği ileri sürülmüştür. Annenin emzirmesi özellikle menopoz öncesi gelişen meme kanseri sıklığını azaltmaktadır. Genel olarak emziren kadınlarda meme kanseri insidansı %20-35 azalmaktadır (43,53).

2.6.4.5. Hormon Kullanımı

Özellikle 45 yaş altında oluşan meme kanseri riskini uzun süreli oral kontraseptif kullanımının arttırdığı ancak bu riskin daha ileri yaşlara yansımaları ile ilgili bilgi yoktur. Özellikle ailesel meme kanseri hikayesi olan 25 yaş altındaki kadınlar oral kontraseptif kullanmamaları için uyarılmalıdırlar.

Menopozal östrojen kullanımı ile risk %50-80 artmaktadır. Bu riski progesteron ilavesiyle nasıl değişebileceği de kesin bilinmemektedir.

Meme kanseri tek bir faktöre bağlı değildir. Önerilen önlemlerin herbirinin etkisi kesin değildir, ancak bunların kombinasyonu en azından bir kadının hayat boyunca maruz kalacağı östrojen miktarını azaltabilir. Bu durum sadece endojen overlerde üretilen östrojene değil aynı zamanda bu önlemler sayesinde dışardan gıda, alkollü içecek vs ile alınan östrojen benzeri maddelerin de mazuriyetini azaltabilir (38,43,53,54).

2.6.4.6. Kimyasal Korunma

Kimyasal korunma, malignite oluşmadan kimyasal ajanlarla karsinogenezisin durdurulması veya yavaşlatılmasıdır. Kimyasal korunma hedef karsinogenezde spesifik basamakların direkt olarak modülasyonudur, örneğin serbest radikaller ile oluşan DNA harabiyetinin önlenmesi, epitelyal hücre proliferasyonunu baskılamak ve epitelyal hücre farklılaşmasını arttırmaktır. Meme kanseri kimyasal korunmasında bugün üzerinde araştırma yapılan üç ajan vardır: Fenretinid, tamoksifen ve raloksifen. Kontrol gruplu 18000 meme kanserli kadında randomize adjuvan tamoksifen çalışmaları birlikte

değerlendirildiğinde karşı memede kanser oluşumu riskinin %35 azaldığı ve bu azalmanın tamoksifen kullanım süresi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (38,43,53).

2.6.4.7. Profilaktik Cerrahi

2.6.4.7.1. Bilateral mastektomi

Profilaktik bilateral mastektomi uzun süredir meme kanserinin önlenmesinde gündeme gelmektedir. Ancak geri dönüşü olmayan bu koruma yönteminde risk altında olan kadınların iyi belirlenmesi gerekmektedir. Bugün için meme kanseri gelişiminde en önemli risk faktörleri ailede meme kanseri hikayesi, genetik yatkınlık, selim meme hastalıkları, lobular veya duktal in situ karsinom ve daha önce geçirilmiş meme kanseri hikayesidir (38,43).

2.6.4.7.2. Bilateral Ooferektomi

Gözleme dayanan çalışmalarda menopoz öncesi ooferektomi uygulanan kadınlarda meme kanseri %22-50 oranlarında azalmaktadır. Over kanseri riski taşıyan BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu olan kadınlarda uygulanan bilateral ooferektomi meme kanseri insidansını yaklaşık %50 oranlarında azaltmaktadır (38,43).

2.6.5. Meme Kanseri Tedavi

Meme kanseri tanısının konulmasıyla beraber tedavi seçeneklerinin hastayla beraber hastalığın evresine göre kararlaştırılması gerekir. Meme kanseri oluşumu çok hızlı bir süreç değildir. Tümör ortalama 5-7 yılda 1 cm büyüklüğe erişir. Yayılımı öncelikle lenf kanalları yoluyla koltuk altı lenf bezlerine ve daha sonra kan yoluyla karaciğer ve kemik gibi uzak organlara olur. Tümörün yayılımını tespit etmek için evreleme yapıp, tedaviye karar verilir. TNM sistemi adlı bir evreleme sistemi kullanılır. T tümör çapını, N hastalıklı koltuk altı lenf bezi sayısını, M ise uzak yayılım (metastaz) durumunu belirtir. Buna göre 4 evreden bahsedilebilir. Erken evre hastalık dendiğinde evre I, II ve bazı evre III tümörler anlaşılır. Evre III tümörlerin bir kısmı ve evre IV tümörler ileri evre olarak adlandırılır (2). Hastalığın evresinin belirlenmesinden sonra uygun tedavi seçenekleri hasta temel alınarak ortaya konulur. Meme kanseri olan kadınlar için kanserin evrelerine göre cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi,

immünoterapi ve hormonal tedavi gibi birçok tedavi olanakları vardır. Meme kanseri tedavisi genel olarak lokal tedavi ve sistemik tedavi olarak ikiye ayrılmaktadır (36,65,66).

2.6.5.1. Lokal Tedavi

Memedeki tümörün çıkarılması, meme kanserinin vücudun diğer bölgelerine yayılması durumunda o bölgelerde hastalığın kontrol altına alınmasının amaçlandığı, cerrahi tedavi ve radyoterapi yöntemlerini içeren tedavi türüdür (65,66).

2.6.5.2. Cerrahi Tedavi

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde meme koruyucu ameliyatlar ve mastektomi olmak üzere iki türlü yöntem kullanılmaktadır (30,66).

Meme koruyucu ameliyatlar; memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı ameliyatlardır. Meme koruyucu ameliyatlar lumpektomi ve parsiyel mastektomi olmak üzere 2 ayrı yöntemle uygulanmaktadır. Lumpektomi; normal meme dokusu ile çevrili 3–4 cm'yi geçmeyen kanserli dokuların çıkarılması, parsiyel mastektomi ise memenin dörtte birinin ya da daha fazlasının kanserli doku ile birlikte çıkarılması işlemidir. Her iki yöntem sonunda da memede kalmış olabilecek kanserli hücreleri yok edebilmek için radyoterapi uygulanması gerekmektedir (30,65).

Mastektomi; basit, modifiye radikal ve radikal mastektomi olmak üzere 3 yöntemle gerçekleştirilen bir yöntemdir. Basit mastektomi, yalnızca meme dokusunun tümünün çıkarıldığı, altındaki kas tabakası ile koltuk altı lenf bezlerinin korunduğu yöntemdir. Modifiye radikal mastektomi, günümüzde yaygın olarak yapılan, meme dokusunun tümü ile meme derisinin, koltuk altı lenf bezlerinin bir kısmı ya da tamamının çıkarıldığı bir yöntemdir. Radikal mastektomi, yaklaşık 25 yıl öncesine kadar sık uygulanan memenin tümünün, pektoralis minör ve majör kasları ile koltuk altı lenf bezlerinin tümünün çıkarılması işlemidir. I. evre ve II. evrede hastalık henüz metastaz yapmadığından ve iyileşme şansı yüksek olduğundan basit mastektomi ve modifiye radikal mastektomi gibi büyük ameliyatlar uygulanacağı gibi lumpektomi ve parsiyel mastektomi de uygulanmaktadır. III. evrede daha çok basit mastektomi ya da modifiye radikal mastektomi, IV. evrede ise metastazlar olduğu için kemoterapi ve hormonal tedavi gibi sistemik tedavi uygulanmaktadır (30,36,67).

2.6.5.3. Radyoterapi (RT)

Ameliyattan önce tümörün boyutunu küçültmek, ameliyattan sonra memede, göğüs duvarında ya da koltuk altında kalmış olabilecek ya da yeniden üreyebilecek kanser hücrelerini yok etmek için uygulanan tedavi yöntemidir. Özellikle meme koruyucu cerrahi sonrası kullanılmaktadır (11,65).

İntraoperatif RT tedavisi:

1. Çok kısa sürede tamamlanıyor olması, (ameliyathanede ameliyat sırasında yapılan ve 2-3 dakika süren bir tedavi)
2. Klasik tedavide oluşan cilt çekintileri, meme ödemi oluşturmaması,
3. Daha az liponekroz, daha az fibrozis, daha az kozmetik probleme neden olması,
4. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresini etkilememesi nedeniyle avantajları olan bir tedavi yöntemidir.

Bu avantajların yanında, bu tedavi için her meme kanserli hastanın uygun olmadığını da belirtmek gerekir. Genel olarak elli yaş altında ve tümör çapı 3 cm üzeri olan hastalar uygun değildir (36,68).

2.6.5.4. Sistemik Tedavi

Vücudun diğer bölümlerine yayılan tümörleri yok etmek amacıyla kemoterapi, hormonal tedavi ve immünoterapi yöntemlerini içeren tedavi şeklidir (22).

2.6.5.4.1. Kemoterapi

Vücuda yayılmış olması muhtemel kanser hücrelerinin ortadan kaldırılarak hastalığın tekrarlama riskinin azaltılması amacıyla meme kanserinin ilaçla tedavisidir. Bu ilaçlar damar içine ya da oral yolla uygulanabilmektedir. Kemoterapi protokollerinin uygulanması ile meme kanseri nüks ve mortalite riskinde % 15- 30 azalma sağlandığı bildirilmektedir (65,67).

2.6.5.4.2. Hormonal Tedavi

Hormon preparatları ile yapılan meme kanseri tedavisidir. Günümüzde hormonal tedavi alanında geçerliliği kanıtlanmış olan ve en yaygın kullanılan antiöstrojen ilaç ‘Tamoksifen’ dir. Östrojen reseptör blokeri olan bu ilaç hem östrojenin tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önlemekte hem de sitostatik özellik taşımaktadır. Tamoksifenin meme kanserinin yıllık yenileme riskini % 26, yıllık ölüm riskini % 14 oranında azalttığı ileri sürülmektedir. Ayrıca östrojen üretimini önemli ölçüde azaltan over fonksiyonlarının ooforektomi ya da ilaçlar ile durdurulması hormonal tedavi başlığı altında incelenebilmektedir (22, 65,67).

2.6.5.4.3. İmmünoterapi

Vücudun kanser hücrelerine karşı bağışıklık sisteminin çeşitli ajanlarla güçlendirilmesi yöntemidir. İmmünoterapi çalışmaları özellikle HER 2 (Human Epidermal Growth Factor Reseptör), onkojenine karşı antikor oluşturma eğilimine yoğunlaşmıştır. Ancak ‘herceptin’ adlı ilacın hastaların % 15’inde olumlu cevap verdiği bildirilmektedir (65,67,69).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Araştırma Adana ili, Yüreğir ilçesi sınırları içinde bulunan Havutlu Aile Sağlığı (ASM) Merkezi bölgesinde yapılmıştır. ASM, 1981-2008 yılları arasında sağlık ocağı olarak hizmet vermiştir. 2008 mayıs ayından bu yana sağlıkta dönüşüm projesi çerçevesinde Havutlu Aile Sağlığı Merkezi olarak hizmetine devam etmektedir. Havutlu mahallesi 2009’da yapılan seçimlerde belde belediyesi iptal edilmiş, Adana Büyükşehir, Yüreğir ilçe belediyesine bağlı mahalle olmuştur. Havutlu mahallesi Seyhan nehrinin doğusunda, Ceyhan nehrinin batısında, Adana ilinin ve Yüreğir ilçesinin güneyinde kurulmuş verimli topraklara sahip bölgedir.

Havutlu mahallesi şehir merkezine 7 km’dir. Yüzölçümü 2163 hektardır. Bölgede yazlar sıcak ve kurak, kışları ılık ve yağışlı olan Akdeniz iklimi hakimdir. Bölge halkının %15-20’sini dışarıdan göçle gelenler oluşturmakta olup (özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu) ekonomik durumları yerli halka göre daha kötüdür. Havutlu mahallesi halkı daha çok tarım, narenciye bahçeciliği ve hayvancılıkla geçimini sağlamaktadır. 2014 Havutlu Aile Sağlığı Merkezi kayıtlarına göre toplam bölge nüfusu 4003’tür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Adana’nın Havutlu mahallesinde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınların meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini Havutlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlar oluşturmaktadır. 2014 Havutlu Aile Sağlığı Merkezi kayıtlarına göre toplam bölge nüfusu 4003, 20 yaş ve üzeri kadın sayısı ise 1333’tür.

3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi

Örneklem büyüklüğü statcalc programıyla bilinmeyen evren üzerinden %50 frekans, %95 güvenilirlik ve %5 hata payı alınarak 298 kişi olarak hesaplandı. Toplamda 302 kişiye ulaşıldı. Örneklem yöntemi olarak ‘tabakalı rastgele örneklem yöntemi’ kullanıldı. Kadınlar yaş gruplarına göre 8 gruba ayrıldı. Her grupta kaç kadın olduğu bilindiği ve her grupta kadın sayısı farklı olduğu için orantılı seçim yapıldı. Her tabakadan örneklem girecek kadın sayısı saptandıktan sonra rastgele sayılar tablosu yardımıyla her tabakadan hangi kadınların örneklem alınacağı belirlendi. Yirmi yaş ve üzeri kadınların listesi ASM kayıtlarından alındı. Araştırmada örneklem seçilmiş olan her bir kadın araştırma hakkında bilgilendirilmiş, araştırma onam formu okutulmuş/okunmuş ve yazılı izinleri alınmıştır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

1. Kadınların meme kanseri hakkında bilgi durumu
2. Kadınların KKMM hakkında bilgi durumu
3. Kadınların mamografi hakkında bilgi durumu
4. Kadınların KKMM yapma durumları
5. Kadınların daha önce mamografi çekirme durumları
6. Kadınların Sağlık İnanç Ölçeği ile değerlendirilmesi

3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

A. Sosyodemografik özellikler

Yaş, medeni durum, Havutlu’da yaşama süresi, hane halkı sayısı, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, aylık ortalama geliri.

B. Doğurganlık öyküsü;

Menarş yaşı, menopoz yaşı, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, toplam gebelik sayısı, emzirme süresi.

C. Kişisel öyküleri

Ağırlık, boy, kontraseptif kullanma durumu, hormon replasman tedavisi alma durumu, yaşam tarzı.

D. Kişisel alışkanlıkları

Fiziksel aktivite, alkol kullanımı, sigara kullanımı.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Adana Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden onay alındı. Araştırmanın verileri sahada Mayıs 2014-Ağustos 2014 tarihleri arasında aktif olarak toplandı. Araştırmaya alınan 302 kişi ASM kayıtlarından seçildikten sonra araştırmacı tarafından adresleri bulundu. Adresleri ve isimleri tek tek belirlenen kişiler araştırmacı tarafından evlerinde ziyaret edildi. Anket ve Champion'un Sağlık İnanç ölçeği araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme ile dolduruldu ve araştırmacı tarafından KKMM'nin nasıl yapılacağı anlatıldı ve meme muayenesi yapıldı.

3.8. Anket Formu

Kadınlara sosyodemografik özellikleri, meme kanseri, KKMM ve mamografi hakkındaki bilgileri ve bilgi kaynakları, meme kanseri belirtileri ve risk faktörleri, kadın sağlığı ile ilgili risk faktörleri, mamografi yaptırma ve KKMM yapma alışkanlıkları, öz geçmiş/soy geçmiş özellikleri ve fizik muayene bulgularını içeren 58 soruluk anket ve 42 sorudan oluşan Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği uygulanmıştır.

3.9. Sağlık İnanç Modeli

Meme kanseri taramalarına yönelik KKMM ve mamografi çekirme gibi koruyucu sağlık davranışlarının düzenlenmesinde ve kazandırılmasında bazı bilişsel-davranışsal modeller geliştirilmiştir. Bu modellerden ilki ve en çok kullanılanı Sağlık İnanç Modeli' (SİM) dir (70). Meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen inançları çalışan araştırmacıların birçoğu meme kanseri tarama davranışlarını açıklamak için Sağlık İnanç Modelinin kuramsal yapısından yararlanmışlardır (71,72). Bu model 1950'lerin başında Amerika'da, hastalığın önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla, bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilmiştir. Modelde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu ileri sürülen dört kavram; algılanan duyarlılık, önemseme/ciddiyet, yarar ve engel algılarıdır.

Becker ve Rosentock (73) 1988 yılında modele sağlık motivasyonu ve güven kavramını eklemişlerdir. Sağlık İnanç Modeli'nde inanç ve davranışlar ile ilgili tanımlanan bu altı kavram (a)duyarlılık algısı; sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi

kişinin algılamasını, (b)ciddiyet/önemseme algısı; tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasını, (c)yarar algısı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri, (d)engel algısı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri, (e)sağlık motivasyonu; sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşması için genel niyet ve istek durumunu, (f)güven (öz-etkililik); bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder (74,75).

Hemşirelik alanında Victorya Champion Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiş, 1993, 1997 ve 1999'da revize etmiştir (74,75). Kadınların meme kanseri, KKMM ve mamografiye ilişkin inançlarını SİM çerçevesinde değerlendiren bu ölçek çeşitli ülke dillerine uyarlanmıştır (76). Türkiye’de kadınların meme kanseri ve tarama davranışlarına ilişkin inançlarını hem kuramsal bir model çerçevesinde inceleyebilmek ve hem de alınan sonuçlarla uluslararası karşılaştırma yapabilmek için konuya ilişkin yapılandırılmış, geçerli ve güvenilir veri toplama araçlarına gereksinim vardır. Champion’un meme kanseri taramalarına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği Türkiye’de birbirlerinden habersiz ve hemen hemen eş zamanlı üç ayrı çalışma ile Türkçeye uyarlanmıştır (15,76,77). Seçginli ölçeğin 1993 versiyonunu yüksek lisans tezi kapsamında, Karayurt ölçeğin meme kanseri ve KKMM boyutlarının en son versiyonlarını doktora tezi kapsamında ve Gözüm ve Aydın ise bir doktora tezinde kullanmak amacıyla bağımsız bir çalışmada ölçeğin tüm boyutlarının (meme kanseri, KKMM, mamografi) en son versiyonlarını Türkçe’ye uyarlamışlardır (15,76,77).

Ölçeğin değerlendirilmesinde 1’den 5’e kadar değişen 5’li likert tipi ölçekleme: “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “tamamen katılıyorum” (5) yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilir, tek bir toplam puanda birleştirilmez. Buna göre, her birey için kullanılan boyut sayısı kadar puan elde edilir. Ölçeğin tamamlanması hangi boyutların kullanıldığına bağlı olmakla birlikte, hepsi kullanıldığında yaklaşık 12–15 dakika sürmektedir (74).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcılara anket uygulanırken sorulan çok yanıt seçeneği olan bazı değişkenler istatistik analizler için yeniden gruplandırıldı. Elde edilen veriler Havutlu'da yaşayan 20 yaş üstü kadınların meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi, tutum ve davranışları ve SİÖ'nin değerlendirilmesinde kullanıldı.

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 11.5 (78) paket programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analiz olarak verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, ki-kare testi, t-testi, Fisher kesin ki-kare testi ve Mann Whitney U (MWU) testi kullanılmıştır. p değerinin $\leq 0,05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Kısıtlılığı

Her bir kadın için anket sorularının cevaplanması ve fizik muayene yapılması 30-40 dakika gibi uzun bir süre almıştır. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda soruların anlaşılmasında ve cevaplanmasında sorun olmuştur. Bu sorun anket sorularını cevaplarken zorlandıkları yerlerde kendilerine açıklama yapılarak giderilmeye çalışılmıştır. Havutlu'da yaşayan 20 yaş üstü kadın sayısı 1333'tür ve 302 kişiye ulaşılmıştır. Seçilen kadınlardan 22'si çalışmaya katılmak istememiştir, yerlerine listeden yeni kadınlar seçilmiştir. Bulgular toplumun her kesimini yansıtmıyor olabilir. Tabakalı rastgele örneklem seçimi ile bu dezavantaj giderilmeye çalışılmıştır. Anketler konusunda isteksiz olan toplumumuzda, bunun sadece bir anket olduğunu düşünen kadınlar çalışmaya katılmak istememiştir. Ama anketin yanısıra meme muayenesinin yapılacağını ve nasıl yapılması gerektiğinin anlatılacağı söylenince kadınlar çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

3.12. Araştırmanın Bütçesi

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Biriminden TF2014LTP5 no'lu araştırmamıza proje fonu alınmıştır. Bu şekilde veri toplama, değerlendirme ve yazım aşamasında kullanılan araç ve gereç temin edilmiştir.

4. BULGULAR

Bulgular kısmında araştırmaya katılan kadınların; sosyo-demografik özellikleri, ardından bilinen risk faktörleri ile ilgili özellikleri, meme kanseri ile ilgili bilgilerinin özellikleri, meme kanseri ile ilgili bilgi kaynaklarının özellikleri, kadınların mamografi ile ilgili bilgilerinin özellikleri, kadınların mamografi ile ilgili bilgi kaynakları, kadınların meme kanseri ile ilgili taramaya katılım davranışlarının özellikleri, kadınların KKMM ile ilgili bilgi kaynaklarının özellikleri, kadınların KKMM ile ilgili uygulamalarının özellikleri, kadınların meme kanseri belirtileri hakkında bilgi durumu, kadınların fizik egzersiz alışkanlıklarının özellikleri, kadınların sigara ve alkol alışkanlıklarının özellikleri, kadınların sağlık öz geçmiş bilgileri, meme muayenesi bulguları, yaş gruplarının sosyo-demografik özellikleri ve meme kanseri ve KKMM bilgilerinin dağılımı, eğitim gruplarının sosyo-demografik özellikleri ve meme kanseri ve KKMM bilgilerinin dağılımı, medeni durum gruplarının sosyo-demografik özellikleri ve meme kanseri ve KKMM bilgilerinin dağılımı, yaş gruplarına göre mamografi çekirme durumları, KKMM yapma durumları, CSİÖ'nin alt boyutlarının ortalamaları, KKMM Yapma Durumlarına Göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması, 1.derece akrabalarında meme kanseri olma durumlarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması, medeni durum gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması, eğitim durumu gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması, meme şikayeti olanların ve olmayanların CSİMÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmada, araştırma süresi içinde halen Havutlu'da oturmakta olan 20 yaş ve üzeri 302 kadın ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri tablo 6'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %41,7'si 20-39, %20,5'i 40-49, %37,8'i 50 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılan kadınların median yaşları 44,02'dir (SD: 16,07,

min. 20, max. 90). Şekil 9'da araştırmaya katılan kadınların beşerli yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %23,2'si okur-yazar değil, %46,7'si ilkokul mezunu idi.

Araştırmaya katılan kadınların %68,2'si araştırma sırasında halen evli idi.

Araştırmaya katılan kadınların Havutlu'da oturma median süreleri 38,62'dir (SD: 22,08, min:1, max:90).

Araştırmaya katılan kadınların %4,0'ü tek başına %42,4'ü 3-4 kişi yaşamaktadırlar.

Araştırmaya katılan kadınların %91,4'ü ev hanımı idi.

Araştırmaya katılan kadınların %94,7'sinin sağlık güvencesi vardı.

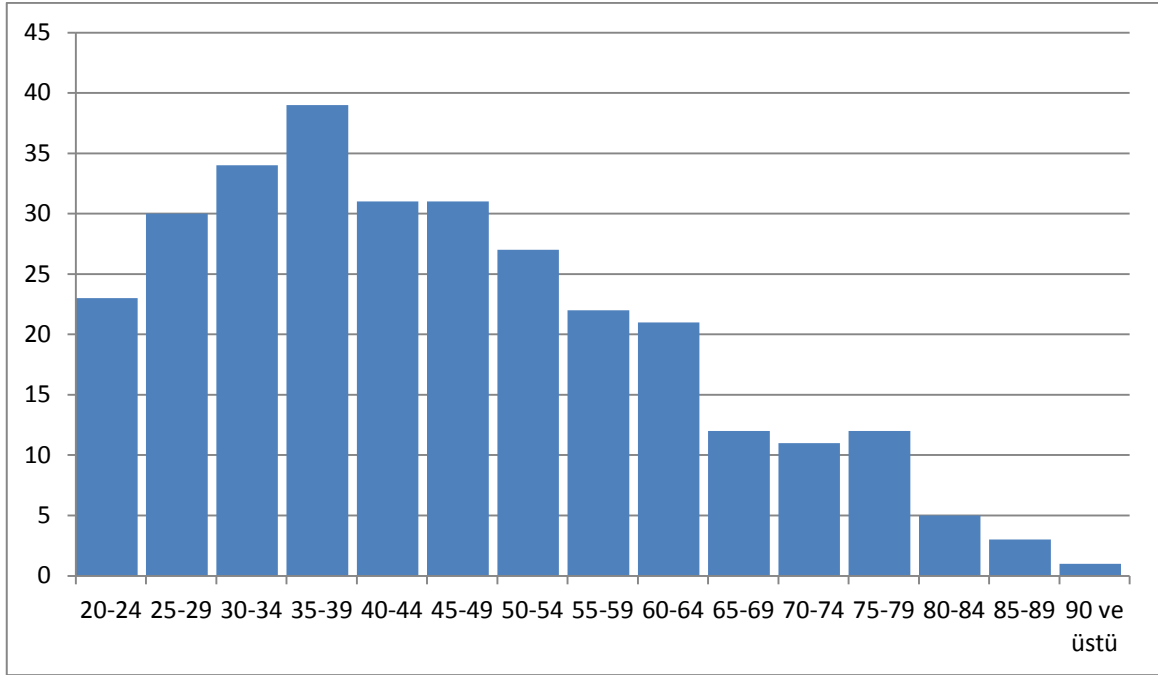
Araştırmaya katılan kadınların toplam aylık hane gelirleri medianı 900 TL'dir (SD: 286,96 min:300, max:2800).

Araştırmaya katılan kadınlardan kendi gelir gruplarını tanımlamaları istenmiş ve %59,3'ü düşük olarak belirtmişlerdir.

Tablo6. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=302)

Özellikler		Sayı	%
Yaş grupları (yıl) *	20-39	126	41,7
	40-49	62	20,5
	≥50	114	37,8
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	70	23,2
	Okur-yazar	17	5,6
	İlkokul mezunu	141	46,7
	Ortaokul mezunu	21	6,9
	Lise mezunu	38	12,6
	Üniversite-Yüksekokul mezunu	15	5,0
Medeni durum	Bekar	56	18,5
	Evli	206	68,2
	Dul	40	13,3
Havutlu'da yaşadığı süre	0-10	41	13,6
	≥11	261	86,4
Hane halkı sayısı	1	12	4,0
	2	54	17,9
	3-4	128	42,4
	≥5	108	35,8
Çalışma durumu	Ev Hanımı	276	91,4
	Çalışan	20	6,6
	Öğrenci	6	2,0
Sosyal Güvence Durumu	Yok	16	5,3
	Var	286	94,7
Aylık ortalama hane geliri	0-1000	241	79,8
	1001-1500	51	16,9
	1501-2000	8	2,6
	>2000	2	0,7
Gelir düzeyi tanımlama	Çok düşük	12	4,0
	Düşük	179	59,3
	Orta	105	34,7
	İyi	6	2,0

*Yaş grupları 'Ulusal Tarama Standartları' muayene gruplarına göre alınmıştır.



Şekil 9. Kadınların Beşerli Yaş Grubu Dağılımı

4.2. Kadınların Meme Kanserinin Bilinen Risk Faktörlerine Göre Özellikleri (Tablo 7)

Araştırmaya katılan kadınlardan %5,0'i birinci derece akrabalarının meme kanseri tanısı almış olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların birinci derecede akrabalarında meme kanseri tanısı almış olanların tamamının tanı yaşı 31-60 yaş arasındadır.

Araştırmaya katılan kadınların boy medianları 162,0 cm (SD:5,59, min: 147, max: 183), ağırlık medianları ise 70,0 kg (SD: 15,08, min: 43, max: 120) idi.

Araştırmaya katılan kadınların beden kitle indeksi hesaplanmış, %2,3'ü '<18.50, zayıf' olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların beden kitle indeksi medianları 26,56 (SD:5,89, min:16,7, max: 46,5) idi.

Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaşı, %7,0'sinin 12 yaşın altındadır. Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaş medianı 12,0 (SD:1,19, min: 10, max: 17) dir.

Araştırmaya katılan kadınların, %8,2'si nullipar ve ilk canlı doğum yaşlarını, %85,7'si 30 yaş altı olarak belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların ilk canlı doğum yaş medianı 20,0 (SD: 4,53, min: 15, max: 48) dir.

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılan kadınların %41,6'sı menopozda olduğunu beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınlardan menopozda olduğunu beyan edenlerin menopoz yaşı, %20,0'sinin 55 yaş ve üstüdür. Araştırmaya katılan kadınların menopoz yaş medianı 50,0 (SD: 6,57, min: 27, max: 61) dir.

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık süreleri, %10,9'u 40 yıl üzeridir. Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık süre medianları 29,0 (SD:10,45, min: 6, max: 49) dir.

Araştırmaya katılan kadınların menopozda olanlardan %10,6'sı HRT kullandığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların evli olanlarından %51,0'i oral kontraseptif veya hormonlu RİA kullandığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %97,8'i çocuğunu emzirdiğini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların %72,1'i 12 ay ve daha uzun süre emzirdiklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların %37,4'ü düşük yaptığını belirtmiştir.

Tablo 7.Çalışmaya katılan kadınların meme kanserinin risk faktörlerine göre dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Birinci derece akrabada meme kanseri (n=302)	Yok	287	95,0
	Var	15	5,0
Beden kitle endeksi (BKİ) (n=302)	Zayıf (<18,5 kg/m2)	7	2,3
	Normal (18,5-24,9 kg/m2)	97	32,1
	Fazla kilolu (25-29,9 kg/m2)	99	32,8
	Obez (>30 kg/m2)	99	32,8
Menarş yaşı (n=302)	<12	21	7,0
	≥12	281	93,0
İlk canlı doğum yaşı (n=226)	<30	211	93,4
	≥30	15	6,6
Doğurganlık durumu (n=246)	Halen adet görüyor	143	58,1
	Menopozda	103	41,9
Menopoz yaşı (n=123)	≤45	32	26,0
	46–54	67	54,0
	≥55	24	20,0
Doğurganlık süresi “yıl” (n=302)	<35	195	64,6
	35–40	74	24,5
	>40	33	10,9
Menopozda olan kadınların HRT kullanım öyküsü (n=123)	Hayır	110	89,4
	Evet	13	10,6
Oral kontraseptif yada hormonlu RİA kullanım durumu (n=245 evli)	Hayır	120	49,0
	Evet	125	51,0
Emzirme durumu (n=231)	Hayır	5	2,2
	Evet	226	97,8
Emzirme süresi (n=226)	<12ay	63	27,9
	≥12ay	163	72,1
Düşük yapma durumu (n=246)	Hayır	154	62,6
	Evet	92	37,4

4.3. Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgilerinin Özellikleri (Tablo 8)

Araştırmaya katılan kadınlara, Türkiye’de kadınlar arasında en çok görülen kanser sorulmuştur. %96,0’sı meme kanseri yanıtını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların %74,5’i meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların %60,6’sı erken tanının ne demek olduğunu tanımlayabilmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların %44,4'ü kendi kendine meme muayenesi ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmişlerdir.

Araştırmada meme kanseri risk grupları ile ilgili bilgileri de değerlendirilmiş, araştırmaya katılan kadınların %9,9'u akrabalarında meme kanseri olanların meme kanseri açısından daha fazla risk altında olduğunu belirtmişlerdir. %65,9'u meme kanseri açısından kimlerin daha fazla risk altında olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınlara meme kanseri ile ilgili kimlerin daha fazla risk altında olduğu hatırlatıldığı zaman %31,8'i akrabalarında meme kanseri olanların meme kanseri açısından daha fazla risk altında olduğunu belirtmişlerdir. Hatırlatılmasına rağmen %43,4'ü meme kanseri açısından kimlerin daha fazla risk altında olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 8. Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri bilgileri

		Sayı	%
Türkiye’de kadınlarda en çok görülen kanser*	Meme kanseri	290	96,0
	Rahim kanseri	168	55,6
	Barsak kanseri	25	8,3
	Rahimağzı kanseri	22	7,3
	Akciğer kanseri	18	6,0
	Lösemi-lenfoma	8	2,6
	Mide kanseri	4	1,3
	Cilt kanseri	3	1,0
Meme kanseri tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?	Hayır	3	1,0
	Evet	225	74,5
	Bilmiyorum	74	24,5
Erken tanıyı tanımlayabilen	Hayır	119	39,4
	Evet	183	60,6
Meme kanserine nasıl erken tanı konulabilir?*	KKMM	134	44,4
	klınık muayene	202	66,9
	mamografi	19	6,3
	ultrason	9	3,0
	fikrim yok	33	10,9
Meme kanseri açısından kimler daha fazla risk altındadır?*	ileri yaşta olmak	17	5,6
	erken adet olmak	1	0,3
	geç yaşta adetten kesilmek	2	0,7
	hiç doğum yapmamak	8	2,6
	ilk doğumu 30 yaşından sonra yapmak	2	0,7
	hiç emzirmemek	25	8,3
	çocuklukta ışıın tedavisi almak	1	0,3
	doğum kontrol hapı kullanmak	2	0,7
	menopoz ilaçları kullanmak	4	1,3
	akrabalarında meme kanseri olması	30	9,9
	sigara kullanmak	29	9,6
	alkol kullanmak	7	2,3
	spor yapmamak	2	0,7
	yağdan zengin beslenmek	5	1,7
	daha önce bir memede kanser olması	3	1,0
	bilmiyorumk	199	65,9
Hatırlatınca meme kanseri risk faktörlerini söyleyenler?*	ileri yaşta olmak	26	8,6
	erken adet olmak	15	5,0
	geç yaşta adetten kesilmek	18	6,0
	hiç doğum yapmamak	39	12,9
	ilk doğumu 30 yaşından sonra yapmak	24	7,9
	hiç emzirmemek	71	23,5
	çocuklukta ışıın tedavisi almak	27	8,9
	doğum kontrol hapı kullanmak	31	10,3
	menopoz ilaçları kullanmak	29	9,6
	akrabalarında meme kanseri olması	96	31,8
	sigara kullanmak	75	24,8
	alkol kullanmak	32	10,6
	spor yapmamak	26	8,6
	yağdan zengin beslenmek	27	8,9
	daha önce bir memede kanser olması	33	10,9
	bilmiyorum	131	43,4

* Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda “evet” diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

4.4. Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgi Kaynaklarının Özellikleri (Tablo 9)

Araştırmaya katılan kadınların %95,0'i meme kanserini duymuştu ve %60,3'ünün meme kanseri ile ilgili bilgi kaynakları televizyon idi.

Tablo 9. Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynakları

		Sayı	%
Meme ca ile ilgili bir şey duydunuz mu?	Hayır	15	5,0
	Evet	287	95,0
Meme ca ile ilgili bilgi kaynağı*	Doktor	85	28,1
	Hemşire	10	3,3
	Arkadaş	143	47,4
	Aile bireyi	42	13,9
	Televizyon	182	60,3
	Kitap	2	0,7
	Gazete/Dergi	9	3,0
	İnternet	5	1,7
	Hastane	2	0,7

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda “evet” diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

4.5. Kadınların Mamografi İle İlgili Bilgilerinin Özellikleri (Tablo 10)

Araştırmaya katılan kadınların %49,3'ü erken tanı amacıyla kaç yaşında mamografi çekildiğini, %39,1'i mamografinin ne sıklıkta çekilmesi gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 10. Çalışmaya katılan kadınların mamografi ile ilgili bilgilerinin özellikleri

		Sayı	%
Erken tanı amacıyla kaç yaşında mamografi çekilir?	Bilmiyorum	149	49,3
	<40 yaş	56	18,6
	≥40	97	32,1
Erken tanı amacıyla ne sıklıkla mamografi çekilir?	Bilmiyorum	118	39,1
	6 ayda bir	77	25,5
	1 yılda bir	97	32,1
	2 yılda bir	9	3,0
	3 yılda bir	1	0,3

4.6. Kadınların Mamografi İle İlgili Bilgi Kaynakları (Tablo 11)

Araştırmaya katılan kadınların %92,7'si mamografiyi duymuştu ve %47,1'inin mamografi ile ilgili bilgi kaynakları doktor idi.

Tablo11. Çalışmaya katılan kadınların kadınların mamografi ile ilgili bilgi kaynakları

		Sayı	%
Mamografi ile ilgili herhangi bir şey duydunuz/okudunuz mu?	Hayır	22	7,3
	Evet	280	92,7
Mamografi ile ilgili bilgi kaynakları*	Doktor	142	47,0
	Hemşire	5	1,6
	Arkadaş	98	32,5
	Aile bireyi	48	15,9
	Televizyon	111	36,8
	Kitap	1	0,3
	Gazete/Dergi	3	1,0
	Broşür/Poster	1	0,3
	Hastane	7	2,3
	KETEM	1	0,3

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda “evet” diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

4.7. Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Taramaya Katılım Davranışlarının Özellikleri (Tablo 12)

Araştırmaya katılan kadınlardan, 40 yaş üzerinde olan kadınların %47,7’si son iki yıl içerisinde mamografi yaptırdığını ve %44,1’i mamografi yaptırmama nedenlerini gerekli olduğunu bilmeme olarak beyan etmiştir.

Tablo 12. Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilgili taramalara katılım özellikleri

		Sayı	%
Daha önce hiç mamografi yaptırdınız mı? (n=176)	Hayır	92	52,3
	Evet	84	47,7
Neden mamografi yaptırmadınız? (n=204)	gerekli olduğunu bilmiyordum	90	44,1
	fırsatım olmadı	1	0,5
	korku, acı	9	4,4
	ihmal	5	2,5
	şikayetim yok	68	33,3
	yaş	31	15,2

4.8. Kadınların KKMM İle İlgili Bilgi Kaynaklarının Özellikleri (Tablo 13)

Araştırmaya katılan kadınların %85,1’i KKMM ile ilgili bilgisi olduğunu ve %47,7’si bilgi kaynağının KETEM olduğunu söylemiştir.

Tablo 13. Çalışmaya katılan kadınların KKMM ile ilgili bilgi kaynakları

		Sayı	%
KKMM ile ilgili bilginiz var mı?	Hayır	45	14,9
	Evet	257	85,1
KKMM ile ilgili bilgi kaynakları*	Doktor	96	31,8
	Hemşire	88	29,1
	Arkadaş	48	15,9
	Aile bireyi	11	3,6
	Televizyon	102	33,8
	Kitap	4	1,3
	Gazete/Dergi	1	0,3
	Broşür/Poster	3	1,0
	KETEM	144	47,7

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda “evet” diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

4.9. Kadınların KKMM ile İlgili Uygulamalarının Özellikleri (Tablo 14)

Araştırmaya katılan kadınlara KKMM ile ilgili uygulamaları da sorulmuştur ve %24,5’i daha önce hiç KKMM yapmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların sadece %11,6’sı ayda bir KKMM yaptığını belirtirken, %29,5’i KKMM yapmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan %24,9’u doğru zamanda yani adet bittikten sonraki birkaç gün içinde KKMM yaptıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 14. Çalışmaya katılan kadınların KKMM ile ilgili uygulamaları

		Sayı	%
Hiç KKMM yaptınız mı?	Hayır	74	24,5
	Evet	228	75,5
Ne sıklıkta KKMM yaparsınız?	ayda bir	35	11,6
	haftada bir	28	9,3
	yılda bir	2	0,7
	zaman zaman	148	49,0
	yapmıyorum	89	29,5
En son ne zaman KKMM yaptınız? (n=213)	1-3 ay	154	72,3
	3-6 ay	35	16,4
	6-12 ay	17	8,0
	12-24 ay	3	1,4
	24 ay üstü	4	1,9
KKMM doğru zamanda yapanlar (N=177) adet görenler içinde	Adet bittikten sonraki birkaç gün	44	24,9

4.10. Kadınların Meme Kanseri Belirtileri Hakkında Bilgi Durumu (Tablo 15)

Araştırmaya katılan kadınlarda meme kanseri belirtileri sorgulandığında %34,8’i meme kanseri belirtilerinin ne olduğunu bilmediklerini söylemişlerdir. Kadınlara meme

kanseri belirtileri hatırlatılınca bile %33,8'i meme kanseri belirtilerinin ne olduğunu bilmediklerini söylemişlerdir.

Tablo 15. Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri belirtileri hakkında bilgi durumu

		Sayı	%
Meme kanseri belirtileri nedir?*	memede şişlik	186	61,6
	meme üzerinde yara	6	2,0
	memede ağrı	47	15,6
	portakal kabuğu görünümü	3	1,0
	meme başında çökme	15	5,0
	meme başından kanlı akıntı	30	9,9
	koltuk altında beze	18	6,0
	bilmiyorum	105	34,8
Hatırlatınca meme kanseri belirtilerini söyleyenler?*	memede şişlik	84	27,8
	meme üzerinde yara	32	10,6
	memede ağrı	45	14,9
	portakal kabuğu görünümü	24	7,9
	meme başında çökme	37	12,3
	meme başından kanlı akıntı	53	17,5
	koltuk altında beze	103	34,1
	bilmiyorum	102	33,8

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda “evet” diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

4.11. Kadınların Fizik Egzersiz Alışkanlıklarının Özellikleri (Tablo 16)

Araştırmaya katılan kadınların %34,4'ü fizik egzersiz alışkanlığının olduğunu, %48,1'i haftada dört saat ve üzerinde fizik egzersiz yapmakta olduğunu beyan etmişlerdir.

Tablo 16. Çalışmaya katılan kadınların fizik egzersiz yapma durumları

		Sayı	%
Fizik egzersiz yapar mısınız?	Hayır	198	65,6
	Evet	104	34,4
Yapılan spor türü (n=104)*	yürüyüş	84	80,8
	aerobik	11	10,6
	hepsi	9	8,7
Haftalık yapılan spor saati (n=104)	<4 saat	54	51,9
	≥4 saat	50	48,1

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda “evet” diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

4.12. Kadınların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarının Özellikleri (Tablo 17)

Araştırmaya katılan kadınların %22,8’i sigara içtiğini beyan etmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların tamamı alkol kullanmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 17. Çalışmaya katılan kadınların sigara içme durumu

		Sayı	%
Sigara içme durumu	Hayır	233	77,2
	Evet	69	22,8

4.13. Kadınların Sağlık Özgeçmiş Özellikleri (Tablo 18)

Araştırmaya katılan kadınların %56,0’sının doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığı mevcuttu. Araştırmaya katılan kadınların %17,3’ünün memesi ile ilgili ağrı ve şişlik şikayeti vardı ve kadınlardan %0,7’si meme kanseri tanısı almış idi.

Tablo 18. Çalışmaya katılan kadınların sağlık özgeçmişleri

Öz geçmiş öyküsü		Sayı	%
Hastalık Durumu	Var	169	56,0
	Yok	133	44,0
Hastalık*	Diabet	39	12,9
	HT	68	22,5
	Kalp Hastalığı	24	7,9
	Osteoporoz	4	1,3
	Kanser	3	1,0
	Hiperkolesterolemi	21	7,0
	Astım	15	5,0
Memelerle ilgili yakınma durumu	Hayır	265	87,7
	Evet	37	17,3
Meme kanseri tanısı alma durumu	Hayır	300	99,3
	Evet	2	0,7
Meme kanseri tanı yaşı (n=2)	≥40	2	100,0

* Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda “evet” diyenlere ilişkin sayı ve yüzde verilmiştir.

4.14. Kadınların Meme Muayenesi Bulguları (Tablo 19)

Araştırmaya katılan kadınlara fizik muayene yapılmış ve %86,1'i normal bulunmuştur.

Tablo 19. Çalışmaya katılan kadınların FM bulguları

		Sayı	%
FM bulguları	normal	260	86,1
	fibrokistik meme hastalığı	26	8,6
	fibroglanduler meme yapısı	2	0,7
	mastektomi+normal	2	0,7
	nodüler lezyon	4	1,3
	kistik lezyon	5	1,7
	axiller LAP	3	1,0

4.15. Kadınların Yaş Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri ve KKMM Bilgilerinin Dağılımı (Tablo 20)

Eğitim alanların yaş ortalaması (38,83±11,64) almayanlara göre (62,94±12,20) daha düşüktü. Fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($t= 16,082$, $SD=24,11$, $p= 0,000$). Diğer bir deyişle eğitim alanlar daha gençti.

KKMM bilgisi olanların yaş ortalaması (44,49±14,54) olmayanlara göre (53,09±21,76) daha düşüktü. Fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($t= 2,552$, $SD=8,59$, $p=0,014$). Diğer bir deyişle KKMM bilgisi olanlar daha gençti.

Mamografi yaşını doğru bilenlerin yaş ortalaması (43,26±12,49) bilmeyenlere göre (46,83±17,28) daha düşüktü. Fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($t= -2,009$, $SD= -4,92$, $p= 0,046$). Diğer bir deyişle mamografi yaşını doğru bilenler daha gençti.

Tablo 20. Kadınların yaş gruplarına göre sosyo-demografik özelliklerinin, meme kanseri, KKMM ve mamografi bilgilerinin dağılımı

		N	Ortalama		p
Eğitim Grupları	Eğitim Almamış	87	62,94±12,20	t= 16,082	0,000
	Eğitim Almış	215	38,83±11,64		
Medeni Gruplar	Bekar	56	43,13±16,42	t= -1,369	0,172
	Evli	246	46,38±15,97		
Meme kanserini duyanlar	Evet	287	45,95±15,82	MWU= 2532,000	0,250
	Hayır	15	42,40±20,67		
KKMM bilgisi olanlar	Evet	257	44,49±14,54	t= 2,552	0,014
	Hayır	45	53,09±21,76		
KKMM’ni ayda bir yapanlar	Evet	35	43,54±10,87	t= -1,202	0,234
	Hayır	267	46,07±16,63		
Mamografiyi duyanlar	Evet	280	46,20±15,77	MWU= 3812,000	0,063
	Hayır	22	40,41±19,17		
Mamografi sıklığını doğru bilenler	Evet	9	41,00±4,44	MWU= 1497,000	0,489
	Hayır	293	45,92±16,28		
Mamografi yaşını doğru bilenler	Evet	89	43,26±12,49	t= -2,009	0,046
	Hayır	213	46,83±17,28		

4.16. Kadınların Eğitim Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri ve KKMM Bilgilerinin Dağılımı (Tablo 21)

Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM bilgisi olduğunu söyleyen kadınların %25,3’ü eğitim almamış, %74,7’si ise eğitim almış idi. Eğitim ve KKMM bilgisi olma durumu arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=10,397$, $p=0,002$). Eğitim almamış kadınların KKMM bilgisi olmaması anlamlı şekilde daha yüksek idi.

Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM’ni ayda bir yapanların %11,4’ü eğitim almamış, %88,6’sı ise eğitim almıştı. Eğitim grupları ve KKMM’ni ayda bir yapma durumu arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=5,830$, $p=0,016$). Eğitim alan kadınların KKMM’ni ayda bir yapma oranları anlamlı şekilde daha yüksekti.

Araştırmaya katılan kadınlardan mamografi yaşını doğru bilenlerin %19,1'i eğitim almamış, %80,9'u ise eğitim almıştı. Eğitim grupları ve mamografi yaşını doğru bilme arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=5,797$, $p=0,018$). Kadınların eğitim seviyesi arttıkça mamografi yaşını bilme oranları artmakta idi.

Tablo 21. Kadınların eğitim gruplarına göre sosyo-demografik özelliklerinin ve meme kanseri, KKMM ve mamografi bilgilerinin dağılımı

		Eğitim Grupları (n=302)				Toplam		p
		Eğitim Almamış		Eğitim Almış				
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Medeni Durum	Bekar	16	28,6	40	71,4	56	18,5	1,000
	Evli	71	28,9	175	71,1	246	81,5	
Meme kanserini duyanlar	Evet	82	28,6	205	71,4	287	95,0	0,771
	Hayır	5	33,3	10	66,7	15	5,0	
KKMM bilgisi olanlar	Evet	65	25,3	192	74,7	257	85,1	0,002
	Hayır	22	48,9	23	51,1	45	14,9	
KKMM’ni ayda bir yapanlar	Evet	4	11,4	31	88,6	35	11,6	0,016
	Hayır	83	31,1	184	68,9	267	88,4	
Mamografiyi duyanlar	Evet	79	28,2	201	71,8	280	92,7	0,465
	Hayır	8	36,4	14	63,6	22	7,3	
Mamografi yaşını doğru bilenler	Evet	17	19,1	72	80,9	89	29,5	0,018
	Hayır	70	32,9	143	67,1	213	70,5	
Mamografi sıklığını doğru bilenler	Evet	0	0,0	9	100,0	9	3,0	0,064
	Hayır	87	29,7	206	70,3	293	97,0	
Toplam		87		215		302	100,0	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.17. Kadınların Medeni Durum Gruplarının Meme Kanseri, KKMM ve Mamografi Bilgilerinin Dağılımı (Tablo 22)

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile meme kanseri, KKMM ve mamografi bilgileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 22. Kadınların medeni durum gruplarına göre meme kanseri, KKMM ve mamografi bilgilerinin dağılımı

		Medeni Gruplar (n=302)				Toplam		p
		Bekar		Evli				
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Meme kanserini duyanlar	Evet	52	18,1	235	81,9	287	95,0	0,295
	Hayır	4	26,7	11	73,3	15	5,0	
KKMM bilgisi olanlar	Evet	48	18,7	209	81,3	257	85,1	0,538
	Hayır	8	17,8	37	82,2	45	14,9	
	Hayır	17	30,4	57	77,0	74	24,5	
KKMM’ni ayda bir yapanlar	Evet	7	20,0	28	80,0	35	11,6	0,818
	Hayır	49	18,4	218	81,6	267	88,4	
Mamografiyi duyanlar	Evet	50	17,9	230	82,1	280	92,7	0,204
	Hayır	6	27,3	16	72,7	22	7,3	
Mamografi yaşını doğru bilenler	Evet	18	20,2	71	79,8	89	29,5	0,629
	Hayır	38	17,8	175	82,2	213	70,5	
Mamografi sıklığını doğru bilenler	Evet	0	0,0	9	100,0	9	3,0	0,218
	Hayır	56	19,1	237	80,9	293	97,0	
Toplam		56		246		302	100,0	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.18. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Belirtileri Açısından Cevap Verenlerle Hatırlatınca Cevap Verenlerin Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınlara önce meme kanseri ile ilgili kimlerin daha fazla risk altında olduğu sorulmuş ve sonra hatırlatma yapılarak tekrar sorulmuştur ve katılımcıların cevapları değerlendirildiğinde hiç emzirmemek, akrabalarında meme kanseri olması ve sigara kullanmak cevapları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Meme kanseri belirtileri hatırlatma öncesi ve sonrası cevapları değerlendirildiğinde memede şişlik, ağrı, meme başından kanlı akıntı, koltuk altında beze ve bilmiyorum cevapları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur.

Tablo 23. Meme kanseri belirtileri açısından cevap verenlerle hatırlatınca cevap verenlerin karşılaştırılması

	Hatırlatınca				Toplam		p
	Evet		Hayır				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Memede şişlik							
Evet	0	0,0	186	100,0	186	61,6	0,000
Hayır	84	72,4	32	27,6	116	38,4	
Meme üzerinde yara							
Evet	0	0,0	6	100,0	6	2,0	0,508
Hayır	32	10,8	264	89,2	296	98,0	
Memede ağrı							
Evet	1	2,1	46	97,9	47	15,6	0,003
Hayır	44	17,3	211	82,7	300	84,4	
Portakal kabuğu görünümü							
Evet	0	0,0	3	100,0	3	1,0	0,779
Hayır	24	8,0	275	92,0	299	99,0	
Meme başında çökme							
Evet	0	0,0	15	100,0	15	5,0	0,134
Hayır	37	12,9	250	87,1	287	95,0	
Meme başından kanlı akıntı							
Evet	0	0,0	30	100,0	30	9,9	0,002
Hayır	53	19,5	219	80,5	272	90,1	
Koltuk altında beze							
Evet	1	5,6	17	94,4	18	6,0	0,005
Hayır	102	35,9	182	64,1	284	94,0	
Bilmiyorum							
Evet	26	24,8	79	75,2	105	34,8	0,010
Hayır	76	38,6	121	61,4	197	65,2	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.19. Adet Gören Kadınların KKMM’ni Doğru Zamanda Yapmalarının Yaş, Eğitim, Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılımı (Tablo 24)

Araştırmaya katılan ve halen adet gören kadınlardan 20–39 yaş grubundaki kadınların %25,6’sı, 40–49 yaş grubundaki kadınların %22,0’si, 50 yaş ve üstü kadınların %25,0’i, eğitim almamış kadınların %12,5’i, eğitim almış kadınların %25,1’i, bekar kadınların %19,4’ü, evli kadınların %25,9’u KKMM’ni doğru olarak adet bittikten sonraki birkaç gün içinde yaptıklarını beyan etmiştir. Adet gören kadınların KKMM’ni doğru günde yapmalarının yaş, eğitim, medeni durum grupları ile arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 24. Adet gören kadınların KKMM’ni doğru günde yapmalarının yaş, eğitim, medeni durum gruplarına göre dağılımı

		KKMM adetten sonraki birkaç gün içinde yapanlar (n=179)				Toplam		p
		Evet		Hayır				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%**	
Yaş grupları	20-39	31	25,6	90	74,4	121	67,6	0,882
	40-49	11	22,0	39	78,0	50	27,9	
	50 ve üstü	2	25,0	6	75,0	8	4,5	
Eğitim grupları	Eğitimsiz	1	12,5	7	87,5	8	4,5	0,681
	Eğitimli	43	25,1	128	74,9	171	95,5	
Medeni durum grupları	Bekar	7	19,4	29	80,6	36	20,1	0,285
	Evli	37	25,9	106	74,1	143	79,9	
Toplam		44		135		179	100,0	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.20. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Mamografi Çektirme Durumları (Tablo 25)

Araştırmaya katılan 40–49 yaş grubundaki kadınların %48,4’ü, 50–59 yaş grubundaki kadınların %63,3’ü, 60–69 yaş grubundaki kadınların %45,5’i, 70 yaş ve üzerindeki kadınların %20,5’i son iki yıl içinde mamografi çekmiştir. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11,446$, $p=0,010$). Kadınların yaşı ilerledikçe mamografi çekirme oranları azalmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınlardan meme şikayeti olanlardan %93,8’i, meme şikayeti olmayan kadınlardan %43,1’i mamografi çekti olduklerini beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=14,942$ $p=0,000$). Meme şikayeti olan kadınların mamografi çekirme oranları anlamlı şekilde daha yüksekti.

Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM yapanlardan %54,2’si, KKMM yapmayan kadınlardan %20,6’sı mamografi çekti olduklerini beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=12,441$ $p=0,000$). KKMM yapmadığını söyleyenlerin mamografi çekirme oranları anlamlı şekilde daha düşüktü.

Tablo 25. 40 yaş üstü kadınların yaş, eğitim, medeni durum gruplarına göre mamografi çekirme durumlarının dağılımı

		40 yaş üstünde mamografi çekirtme durumu (n=176)				Toplam		p
		Evet		Hayır				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%**	
Yaş grupları	40-49	30	48,4	32	51,6	62	35,4	0,010
	50-59	31	63,3	18	36,7	49	27,8	
	60-69	15	45,5	18	54,5	33	18,8	
	≥70	8	25,0	24	75,0	32	18,2	
Eğitim grupları	Eğitimsiz	31	38,3	50	61,7	81	46,0	0,024
	Eğitimli	53	55,8	42	44,2	95	54,0	
Medeni durum grupları	Bekar	12	36,4	21	63,6	33	18,8	0,104
	Evli	72	50,3	71	49,7	143	81,2	
Hane halkı sayısı	<3	26	49,1	27	50,9	53	30,1	0,870
	≥3	58	47,2	65	52,8	123	69,9	
Sosyal güvence varlığı	Var	83	48,3	89	51,7	172	97,7	0,622
	Yok	1	25,0	3	75,0	4	2,3	
Meme şikayeti	Var	15	93,8	1	6,2	16	9,1	0,000
	Yok	69	43,1	91	56,9	160	90,9	
1.derece akraba	Var	1	16,7	5	83,3	6	3,4	0,214
	Yok	83	48,8	87	51,2	170	96,6	
KKMM	Yapıyor	77	54,2	65	45,8	142	80,7	0,000
	Yapmıyor	7	20,6	27	79,4	34	19,3	
Toplam		84		92		176	100,0	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.21. Kadınların KKMM Yapma Durumları (Tablo 26)

Araştırmaya katılan 20–39 yaş grubundaki kadınların %37,6’sı, 40–49 yaş grubundaki kadınların %23,2’si, 50 yaş ve üstü kadınların %39,0’u KKMM yaptığını beyan etmiştir. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=7,324$, $p=0,026$). Araştırmaya katılan kadınları 40 yaş altı ve 40 yaş ve üstü diye iki gruba ayırıp baktığımızda iki grup arasındaki farklılık aynı şekilde anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,131$, $p=0,015$). 40 yaş üstündeki kadınlar daha çok KKMM yapıyordu. Her yaş

grubunda KKMM yapanlar daha çoktu (fisher $p= 0,008$). KKMM yapma yüzdesi en düşük olan 20-39 yaş grubu idi (fisher $p= 0,16$). Diğerlerinde KKMM yapma yüzdesi farklı değildi.

Araştırmaya katılan kadınlardan meme kanserini duyduğunu söyleyenlerden %77,4'ü KKMM yaptıklarını beyan etmişlerdir. Meme kanserini duymadığını söyleyen kadınların %60,0'ı KKMM yapmadıklarını söylemişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=10,751$, $p=0,003$). Meme kanserini duyduğunu söyleyenlerin KKMM yapma oranları anlamlı şekilde daha yüksekti.

Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM bilgisi olduğunu söyleyenlerden %83,3'ü KKMM yaptıklarını beyan etmişlerdir. KKMM bilgisi olmadığını söyleyenlerden %68,9'u KKMM yapmadıklarını söylemişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=56,314$, $p=0,000$). KKMM bilgisi olduğunu söyleyenlerin KKMM yapma oranları anlamlı şekilde daha yüksekti.

Araştırmaya katılan kadınlardan mamografiyi duyduğunu söyleyenlerden %77,5'i KKMM yaptıklarını beyan etmişlerdir. Mamografiyi duymadığını söyleyen kadınların %50'si KKMM yapmadıklarını söylemişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=8,338$, $p=0,008$). Mamografiyi duyduğunu söyleyenlerin KKMM yapma oranları anlamlı şekilde daha yüksekti.

Meme yakınması olanların %91,9'u, meme yakınması olmayanların %73,2'si KKMM yapıyordu. KKMM yapanlarla yapmayanlar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,127$, $p=0,013$). Meme yakınması olan kadınların KKMM yapma oranı anlamlı şekilde daha yüksekti.

Mamografi çektirenlerin %91,7'si, mamografi çekmeyenlerin %70,7'si KKMM yapıyordu. KKMM yapanlarla yapmayanlar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=12,441$, $p=0,000$). Mamografi çektirenlerin KKMM yapma oranı anlamlı şekilde daha yüksekti.

Tablo 26. Kadınların yaş, eğitim, medeni durum, meme-mamografi-KKMM bilgileri ve uygulamaları, sosyal güvence ve akrabalarında meme kanseri varlığına göre KKMM yapma durumlarına göre dağılımı

	KKMM				Toplam		p
	Yapıyor		Yapmıyor		Sayı	%**	
	Sayı	%*	Sayı	%*			
Yaş Grupları							
20-39	86	68,3	40	31,7	126	41,7	0,026
40-49	53	85,5	9	14,5	62	20,5	
≥50	89	78,1	25	21,9	114	37,7	
Eğitim Grupları							
Eğitim Almamış	65	74,7	22	25,3	87	28,8	0,883
Eğitim Almış	163	75,8	52	24,2	215	71,2	
Medeni Durum Grupları							
Bekar	39	69,6	17	30,4	56	18,5	0,302
Evli	189	76,8	57	23,2	246	81,5	
Meme kanserini duyanlar							
Evet	222	77,4	65	22,6	287	95,0	0,003
Hayır	6	40,0	9	60,0	15	5,0	
KKMM bilgisi olanlar							
Evet	214	83,3	43	16,7	257	85,1	0,000
Hayır	14	31,1	31	68,9	45	14,9	
Mamografiyi duyanlar							
Evet	217	77,5	63	22,5	22	7,3	0,008
Hayır	11	50,0	11	50,0	280	92,7	
En az bir risk söyleme durumu (n=302)							
Evet	79	81,4	18	18,6	97	32,1	0,115
Hayır	149	72,7	56	27,3	205	67,9	
En az bir belirti söyleme durumu (n=302)							
Evet	155	78,7	42	21,3	197	65,2	0,092
Hayır	73	69,5	32	30,5	105	34,8	
Hane halkı sayısı (n=302)							
<3	44	66,7	22	33,3	66	21,9	0,074
≥3	184	78,0	52	22,0	236	78,1	
Sosyal güvence (n=302)							
Var	218	76,2	68	23,8	286	94,7	0,235
Yok	10	62,5	6	37,5	16	5,3	
Meme şikayeti (n=302)							
Var	34	91,9	3	8,1	37	12,3	0,013
Yok	194	73,2	71	26,8	265	87,7	
Birinci derece akrabada meme kanseri (n=302)							
Var	10	66,7	5	33,3	15	5,0	0,537
Yok	218	76,0	69	24,0	287	95,0	
Mamografi (n=176)							
Çektirdi	77	91,7	7	8,3	84	47,7	0,000
Çektirmede	65	70,7	27	29,3	92	52,3	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.22. Sağlık inanç ölçeğinin alt boyutlarının ortalamaları (Tablo 27)

Araştırmaya katılan kadınların duyarlılık alt ölçeğinin puan ortalaması 6,96+1,52, ciddiye alt ölçeğinin puan ortalaması 17,03+3,88, yarar alt ölçeğinin puan ortalaması 15,31+1,45, engel alt ölçeğinin puan ortalaması 26,69+3,37, güven alt ölçeğinin puan ortalaması 32,89+6,60 ve sağlık motivasyonu alt ölçeğinin puan ortalaması 24,31+2,70 olarak bulunmuştur.

Tablo 27.Sağlık inanç ölçeğinin alt boyutlarının ortalamaları ve standart sapmalarının dağılımı

	Genel Puan (±) SD	Minimum	Maksimum
Duyarlılık	6,96+1,52	3	12
Ciddiyet	17,03+3,88	10	27
Yarar	15,31+1,45	8	20
Engel	26,69+3,37	15	38
Güven	32,89+6,60	20	50
Sağlık Motivasyonu	24,31+2,70	14	34

4.23. KKMM Yapma Durumlarına Göre CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 28)

Araştırmaya katılan kadınların KKMM yapma durumlarına göre CSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde ciddiye, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. KKMM yapan ve yapmayan grupta duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 28. Kadınların KKMM yapma durumlarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık İnançları	KKMM Yapanlar N=228 X±SD	KKMM Yapmayanlar N=74 X±SD	t	p
Duyarlılık Algısı	2,346±0,507	2,243±0,500	-1,575	0,128
Ciddiyet Algısı	2,495±0,551	2,241±0,526	-3,486	0,001
Yarar Algısı	3,881±0,293	3,665±0,491	-3,577	0,001
Engel Algısı	2,376±0,307	2,582±0,247	5,847	0,000
Güven Algısı	3,464±0,574	2,751±0,619	-9,091	0,000
Sağlık Motivasyonu	3,523±0,376	3,320±0,378	-4,018	0,000

4.24. Mamografi Çektiren ve Çektirmeyen Kadınların CSİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 29)

Araştırmaya katılan kadınların mamografi çekme durumuna göre CSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde yarar ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mamografi çektirenler ve çektirmeyenler arasında duyarlılık, ciddiye, engel, güven ve sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 33).

Tablo 29. Mamografi çektiren ve çektirmeyen kadınların CSİMÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık İnançları	Mamografi Çektirenler N=265 X±SD	Mamografi Çektirmeyenler N=37 X±SD	t	p
Duyarlılık Algısı	2,388±0,549	2,286±0,490	-1,309	0,079
Ciddiyet Algısı	2,455±0,591	2,327±0,577	-1,453	0,726
Yarar Algısı	3,881±0,281	3,635±0,449	-4,372	0,000
Engel Algısı	2,363±0,330	2,508±0,263	3,242	0,069
Güven Algısı	3,481±0,575	3,116±0,643	-3,950	0,176
Sağlık Motivasyonu	3,574±0,385	3,279±0,413	-4,886	0,360

4.25. 1.Derece Akrabalarında Meme Kanseri Olma Durumlarına Göre CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 30)

Araştırmaya katılan kadınların 1.derece akrabalarında meme kanseri olma durumlarına göre CSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde sadece duyarlılık ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 1.derece akrabalarında meme kanseri olan ve olmayan grupta ciddiye, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 30. Kadınların 1.derece akrabalarında meme kanseri olma durumlarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık İnançları	1.derece akrabasında meme kanseri olanlar N=228 X±SD	1.derece akrabasında meme kanseri olmayanlar N=74 X±SD	t	p
Duyarlılık Algısı	2,733±0,680	2,299±0,488	3,281	0,001
Ciddiyet Algısı	2,542±0,694	2,427±0,547	0,783	0,434
Yarar Algısı	3,816±0,447	3,829±0,359	-0,131	0,896
Engel Algısı	2,363±0,259	2,429±0,309	-0,814	0,417
Güven Algısı	3,146±0,669	3,296±0, 660	-0,858	0,392
Sağlık Motivasyonu	3,495±0,421	3,472±0,385	0,223	0,824

4.26. Medeni Durum Gruplarına Göre CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 31)

Araştırmaya katılan kadınların medeni durum gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde sağlık motivasyonu haricinde evlilerin puan ortalaması daha yüksek olup duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 31. Kadınların medeni durum gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık İnançları	Bekar N=56 X±SD	Evli N=246 X±SD	t	p
Duyarlılık Algısı	2,256±0,504	2,336±0,507	-1,067	0,287
Ciddiyet Algısı	2,313±0,526	2,460±0,559	-1,791	0,074
Yarar Algısı	3,821±0,417	3,830±0,351	-0,164	0,870
Engel Algısı	2,405±0,302	2,431±0,308	-0,558	0,577
Güven Algısı	3,280±0,685	3,291±0,656	-0,113	0,910
Sağlık Motivasyonu	3,545±0,400	3,457±0,382	1,557	0,121

4.27. Eğitim Durumu Gruplarına Göre CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 32)

Araştırmaya katılan kadınların eğitim gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde ciddiyet, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim gruplarına göre eğitim almışlar ve eğitim almayanlar arasında duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 32. Kadınların eğitim durumu gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık İnançları	Eğitim Almamışlar N=87 X±SD	Eğitim Almışlar N=215 X±SD	t	p
Duyarlılık Algısı	2,329±0,483	2,317±0,517	0,181	0,857
Ciddiyet Algısı	2,266±0,575	2,501±0,533	-3,280	0,001
Yarar Algısı	3,600±0,430	3,920±0,286	-6,394	0,000
Engel Algısı	2,502±0,283	2,395±0,311	2,768	0,006
Güven Algısı	3,075±0,618	3,375±0,659	-3,645	0,000
Sağlık Motivasyonu	3,251±0,403	3,563±0,341	-6,356	0,000

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, kadınlarda en sık görülen kanser olan meme kanseri ve KKMM hakkında Adana'nın Havutlu mahallesinde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınların bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamalarını öğrenmek amacıyla yapılmıştır. Örneklem tabakalı rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş ve araştırma, örneklemdeki kadınların evlerine tek tek gidilerek yüz yüze anket yöntemi ile yapılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %23,2'si okur-yazar değildi (Tablo 6). TNSA 2013 raporuna göre Türkiye'de kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların yüzde 21'i herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış iken, bu oran kentlerde yaşayan kadınlar arasında yüzde 10'dur (79). Bizim çalışmamızda okur-yazar olmama oranı Türkiye ortalamasının üzerindedir. Araştırmamıza katılan kadınların %41,7'si 20-39, %20,5'i 40-49 yaş grubunda, %37,8'i 50 yaş ve üzerindedir. Okur-yazar oranının düşük olması yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların %68,2'si araştırma sırasında halen evli, %18,5'i hiç evlenmemiş, %13,3'ü duldu. %91,4'ü ev hanımı, %6,6'sı herhangi bir işte çalışıyordu. %94,7'sinin sağlık güvencesi vardı. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 raporuna göre, doğurgan çağıdaki kadınların çoğunluğunun halen evli (% 68), yaklaşık olarak üçte birinin hiç evlenmemiş (% 28), ve kalan yüzde 4'ünün de boşanmış, ayrı yaşıyor veya eşi ölmüş olduğunu göstermektedir. Kırsal alandaki kadınların yüzde 75'i ve kentsel alandaki kadınların yüzde 9'u tarım sektöründe çalışırken, kentsel alandaki kadınların yüzde 74'ü ve kırsal alandaki kadınların yüzde 20'si hizmet sektöründe çalışmaktadır. Türkiye'deki kadınların yüzde 11'i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır. Bu değer kırsal alanda yaşayan ve hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu tamamlamamış kadınlarda %17, en düşük hane halkı refah düzeyinde yer alan kadınlarda %22'dir (79) (Tablo 6). Araştırmamızda evlilik oranları Türkiye ortalaması ile benzerdir. Kadınların çalışma oranları ise Türkiye ortalamasının altındadır. Kadınların %34,8'i gelir durumunu orta seviyede tanımlamışlardır ama genel olarak ekonomik durumlarından memnun olduklarını ve

çalışmaya ihtiyaç duymadıklarını düşünebiliriz. Çalışmamızda sağlık sigorta kapsamında olma oranı Türkiye ortalamasının üstündedir. Kadınların kendi çalışma oranları düşük olsa bile eşlerinin çalışmasından dolayı sağlık sigortasından yararlanabilmektedirler.

Araştırmaya katılan kadınların %4,0'ü tek başına yaşamaktadır. %17,9'u 2 kişi, %42,4'ü 3-4 kişi, %35,8'i 5 veya daha fazla kişi bir arada yaşamaktadırlar (Tablo 6). TNSA 2013 raporuna göre, hanelerin yarısından biraz daha fazlasında üç veya daha az kişi yaşamakta (% 52), yüzde 24'ünde dört kişi yaşamakta ve dörtte birinde (% 25) beş veya daha fazla hanehalkı üyesi bulunmaktadır. Kentsel ve kırsal alanlarda hanehalkı kompozisyonu açısından farklılıklar bulunmaktadır. Kentsel alanlarda hanehalklarının yüzde 23'ünde beş veya daha fazla üye yaşarken bu oran kırsal alanlarda yüzde 32'dir. Kentsel alanlarda ortalama hanehalkı büyüklüğü 3.6 kişi iken kırsal alanlarda 3.9 kişidir (79). Bulgularımıza göre çalışma yaptığımız bölgede hane halkı büyüklüğü kırsal alan oranlarına yakındır. Bölgede insanlar daha çok müstakil evlerde oturduğu için hane halkı büyüklüğü kırsal alana benzer bulunmuştur.

Araştırmada birinci derece akrabada meme kanseri bulunma oranı %5,0, ilk doğumunu 30 yaşının üzerinde yapma oranı %6,6, 12 yaşından önce menstrüsyon başlama öyküsü oranı ise %7,0 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Türkiye'de farklı gruplarda yapılan çalışmalarda, birinci derece akrabada meme kanseri bulunma oranı %2,5 ile %6,3, ilk doğumunu 30 yaşının üzerinde yapma oranı %1,6 ile %13,0, 12 yaşından önce menstrüsyon başlama öyküsü oranı ise %2,6 ile %7,8 arasında bulunmuştur (80-84). Bizim bulgularımız da Türkiye'deki çalışmalarla benzerdir.

Kadınlara meme kanseri ile ilgili bilgileri sorulmuştur. Bu sorulardan 'Türkiye'de kadınlar arasında en çok görülen kanser' sorusuna %96,0'sı meme kanseri yanıtını vermişlerdir (Tablo 8). Özaydın ve ark.nın (82) yaptığı araştırmada kadınların hemen tamamı (%98.4) 'meme kanseri ile ilgili herhangi bir şey' duymuş/okumuştur. İstanbul / Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları adlı bir çalışmada araştırmaya katılan her dört kadından üçü (%75,7) 'Türkiye'de en çok görülen kadın kanserinin meme kanseri' olduğunu belirtmiştir (85). Dünder ve ark. nın (86) Türkiye'nin batısında yaşayan kadınların KKMM ve mamografi ile ilgili bilgi ve tutumu ile ilgili yaptıkları çalışmada, 20–64 yaş arası kadınların %23.3'ünün meme kanseri ile ilgili hiçbir bilgi

duymadığını belirlemişlerdir. Dinçel ve ark.nın (87) Ankara Numune Hastanesi Mamografi ünitesine başvuran 29–82 yaş arası kadınların ilk mamografi yaşına etki eden faktörlerine bakmak için yaptıkları çalışmada, kadınların %52.0'sinin meme kanseri ile ilgili hiçbir şey duymadıklarını bulmuşlardır. Kabataş ve ark. nın (88) kadın öğretmenlerin meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek için yaptıkları çalışmada, öğretmenlerin %72.7'sinin meme kanseri ile ilgili bilgi almadıkları bulunmuştur. Kuveyt'te yapılan bir çalışmada kadınların %95,2'si meme kanseri hakkında herhangi bir şey duyduklarını söylemişlerdir (89). İran'da yapılan çalışmada kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi düşük (%50) bulunmuştur (90). Nijerya Abuja'da yapılan bir başka çalışmada kadınların %60'nın meme kanseri konusunda az bilgiye sahip oldukları bulunmuştur (91). Geri kalmış ülkelerde meme kanseri bilgi düzeyi de düşük bulunmuştur. Bizim ülkemizdeki çalışmalar meme kanseri bilgi durumunun daha yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle son zamanlarda görsel medyada sağlık programlarının bu konuya geniş yer vermesi ve kadınların bilgi kaynakları olarak en yüksek oranda televizyonu göstermesinin bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Çalışma yaptığımız Havutlu Mahallesi 1982'den beri Çukurova Üniversitesinin eğitim ve araştırma bölgesidir ve daha önce de bölgede çok sayıda çalışma yapılmıştır. Sürekli asistan, öğrenci, hoca bulunan bölgedeki halk, sağlık konusunda bilgi alma açısından daha avantajlıdır.

Araştırmaya katılan kadınların %74,5'i meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 8). İstanbul / Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları adlı bir çalışmada kadınların %98.0'i meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir (85). Özaydın ve ark. nın (82) yaptığı araştırmada da kadınların %97.9'u meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızdaki oran bu çalışmalara göre düşük bulunmuştur. Araştırmamızda her ne kadar meme kanseri ile ilgili bilgiyi duyma ve okuma oranı yüksek olsada bilgi içeriğinin daha zayıf olmasından dolayı kadınlar meme kanserini ayrıntılı olarak bilmiyor olabilirler.

Araştırmaya katılan kadınların %60,6'sı erken tanının ne demek olduğunu tanımlayabilmiştir. Kadınların %74,5'i meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmiştir (Tablo 8). İstanbul Moda'da yapılan çalışmada kadınların

%99.4'ü meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmişlerdir (85). Özaydın ve ark. nın (82) yaptığı araştırmaya göre kadınların %98.4'ü meme kanserine erken tanı konulmasının mümkün olduğunu belirtmişlerdir. Sönmez (92) yaptığı araştırmada kadınların %87.2'si erken tanının önemli olduğunu söylediğini saptamıştır. Kadınların erken tanıyı tanımlama oranlarının düşük olmasına rağmen 'Erken Tanı Hayat Kurtarır' söyleminin yaygınlığından hastalığın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor olabilirler.

Araştırmaya katılan kadınların %66,9'u klinik meme muayenesi ile, %44,4'ü kendi kendine meme muayenesi ile, %6,3'ü mamografi ile, %3,0'ü meme ultrasonografisi ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 8). İstanbul / Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları adlı bir çalışmada kadınların %88.8'i mamografi, %56.2'si KKMM, %29.5'i meme ultrasonografisi, %10.3'ü KMM muayenesi, %3.8'i dış görünüşüne bakarak meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmişlerdir (85). Özaydın ve ark. nın (82) çalışmalarında, kadınların meme kanserinde erken tanının KKMM ile konulabileceği yanıtı en yüksek bulunmuş olup, her iki kadından biri de mamografi yanıtını vermiştir. Budakoğlu ve ark. (93) Ankara'nın kırsal bölgesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları kesitsel araştırmada erken tanı yöntemleri ile ilgili kadınların %63.2'si KMM, %45.5'i KKMM ve %9.5'i mamografi yanıtını verdiğini saptamışlardır. Araştırma sonuçlarının kırsal alanda yapılan çalışma ile benzer çıkmasından yola çıkarak kırsal alanda kişilerin doktora olan güveninin kendilerine olan güveninden daha fazla olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmada meme kanseri risk grupları ile ilgili bilgileri de değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %9,9'u akrabalarında meme kanseri olanların, %9,6'sı sigara içenlerin, %8,3'ü hiç emzirmemiş kadınların meme kanseri açısından daha fazla risk altında olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınlara meme kanseri ile ilgili kimlerin daha fazla risk altında olduğu hatırlatıldığı zaman %31,8'i akrabalarında meme kanseri olanların, %24,8'i sigara içenlerin, %23,5'i hiç emzirmemiş kadınların meme kanseri açısından daha fazla risk altında olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 8). Güvenç ve ark.nın (94) Ankara'da bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada kadınların çoğunun meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgisi yetersiz bulunmuştur. Diğer bazı çalışmalarda da ailesinde meme kanseri hikayesi olan kadınların meme kanseri risk faktörleri bilgi düzeyi daha fazla bulunmuştur (86,95). Yapılan birçok

çalışma kadınların meme kanseri risk faktörleri, görüntüleme yöntemleri ve belirtileri hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (86,95). Karadağ ve ark.nın (96) çalışmasında kadınların çok az bir kısmı ailede meme kanseri olmasını risk faktörü olarak söylemiş ama %56,2'si meme kanseri risk faktörlerini ve belirtilerini bilmediklerini söylemişlerdir. İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların hemen hemen hepsi meme kanserinin genetik geçişli bir hastalık olduğunu belirtmiş, daha sonra en çok emzirmeyen kadınlar, çocuğu olmayan veya geç doğum yapanların risk altında olduğunu belirtmişler ve en az ileri yaştaki kadınların ve erken adet görenlerin risk altında olduğunu ifade etmişlerdir (85). Özaydın ve ark. nın (82) yaptığı araştırmada meme kanseri risk faktörlerine ilişkin kadınların %96.3'ü ailede meme kanseri öyküsü yanıtını vermiş, %31.7'si erken menarş yanıtını vermişlerdir. Çetin ve ark. nın (97) Belçika'da yaşayan 35–70 yaş arası Türk göçmen kadınların meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin bilgi, tutum ve görüşleri ile ilgili yaptıkları araştırmada, 35–49 yaş arası kadınların %81.0'i meme kanserinin yaşla birlikte arttığını, %44.0'ü ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların meme kanseri riskini arttırdığını, 50–70 yaş arası kadınların %59.0'u meme kanserinin yaşla birlikte arttığını, %34.0'ü ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların meme kanseri riskini arttırdığı konusunda bilgili olduklarını saptamışlardır. Kuveyt'te yapılan bir çalışmada kadınlar en yüksek olarak %72,6 oranında risk faktörü olarak aile hikayesini söylemişlerdir (89). Suudi Arabistan Jeddah bölgesinde yapılan bir çalışmada %57,5 (98), Hael'de %12,1 (99), Abha'da %74,4 (100), Tunus'ta yapılan bir çalışmada %72,6 (101) oranında ailede meme kanseri hikayesi ilk risk faktörü olarak söylenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri risk faktörlerine ilişkin bilgileri diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur. Bu sonuç, kadınların eğitim düzeyinin düşük olması ve bunun sonucu olarak meme kanseri bilgi duyma-okuma oranlarının yüksek olmasına rağmen doğru bilgi sahibi olmadıkları ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynakları sorgulandığında %60,3'ünün televizyon, %47,4'ünün arkadaş, %28,1'inin doktor, %13,9'unun aile bireyi, %3,3'ünün hemşire, %3,0'ünün gazete/dergi, %1,7'sinin internet, %0,7'sinin kitap ve hastane olduğu öğrenilmiştir (Tablo 9). İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların meme kanseri ile ilgili bilgiyi % 62.7'sinin televizyon, %37.5'inin gazete, %34.0'ünün arkadaş/akraba, sadece %21.2'sinin doktor, %0.8'inin

hemşirelerden aldıklarını bulunmuştur (85). Dünder ve ark. (86) meme kanseri risk düzeyini ölçmek için yaptıkları araştırmada kadınların bilgi kaynağının en çok %39.3 ile televizyon ve radyo, %23.9 ile sağlık profesyonelleri olduğunu saptamışlardır. Aslan ve ark. nın (102) yaptıkları çalışmada, bilgi kaynakları içinde %40.1 ile televizyon ve gazetenin ilk sırada yer almakta olduğu ve bunu %23.4 ile tıp kitapları ve internetin izlediği saptanmıştır. Seçginli ve Nahçıvan'ın (15) araştırmasında, kadınların bilgi kaynaklarının %30'unun televizyon ve radyo programları, %29'unun doktor, %18'inin yazılı materyaller ve %9'unun hemşireler olduğunu bulmuşlardır. Çadır ve ark. nın (103), Muğla'daki Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınların KKMM konusundaki uygulama durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, bilgi kaynaklarının en çok %30.9'la televizyon-radyo, en az olarak da %9'la arkadaş-komşu olduğunu bulmuşlardır. Aynı araştırmada, kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynağının yalnızca %11.4'ünün sağlık personeli olduğu saptanmıştır. Dişçigil ve ark. (16) yaptıkları araştırmada, kadınların %64.7'sinin televizyon, %28.7'sinin doktor, %22.9'unun yazılı medyadan meme kanseri ile ilgili bilgi aldıklarını saptamışlardır. Sadler ve ark (104) Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların en çok yazılı medya ve takibine gittikleri sağlık personeli, ardından televizyon, arkadaş ve hemşireler bilgi kaynağı olarak bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda oranlar farklı olsa da kadınlar bilgi kaynağı olarak en çok görsel medyadan yararlanmaktadır, çünkü sağlık programlarının sayısı her geçen gün artmaktadır. Özellikle çalışmayan kadınlar televizyonda hangi kanalı açsa bir sağlık programına denk gelmektedir. Sağlık personelinin bilgi konusunda faydalanma oranı ise beklenenden daha düşüktür. Görsel medyadan edinilen bilginin doğruluğu ise tartışılır, isteyen istediğini söylemektedir. Kadınlar doğru bilgiyi ancak sağlık personelinin alabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

Araştırmaya katılan kadınların %92,7'si mamografiyi duymuştu. Araştırmaya katılan kadınların, mamografi ile ilgili bilgi kaynakları %47,1'inin doktor, %36,8'inin televizyon, %32,5'inin arkadaş, %15,9'unun aile bireyi, %2,3'ünün hastane, %1,6'sının hemşire, %1,0'inin gazete/dergi, %0,3'ünün broşür/poster, kitap ve KETEM idi (Tablo 11). Güvenç ve ark.nın (94) Ankara'da bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada kadınların çoğu meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgisi vardı ve en çok söylenen bilgi kaynağı doktorlar idi. Televizyon da önemli bir bilgi kaynağı idi.

Götzsche ve Nielsen (105) ve Nur'un (106) çalışmasında televizyon ilk bilgi kaynağı olarak söylenmiştir. İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların hemen tamamı mamografiyi duyduklarını belirtmiş ve bu bilgiyi en çok %52.0'si televizyon, %32.5'i gazeteden duyduklarını belirtmişlerdir. Sadece %34.6'sı doktordan mamografiyi duymuş iken, %3.4'ü hemşire/ebeden mamografiyi duyduklarını belirtmişlerdir (85). Dünder ve ark. nin (86) yaptığı araştırmaya göre kadınların %27.9'u mamografiyi duymadıklarını söylemişlerdir, mamografiyi duyanların ise ilk bilgi kaynağı televizyon idi. Seçginli ve ark. (107) yaptıkları araştırmada kadınların %56.0'sının mamografiyi duymadıklarını saptamışlardır. Maral ve ark. (93) Ankara'nın kırsal kesiminde yaşayan 40 yaş üzeri kadınlarla yaptıkları kesitsel araştırmada, kadınların %42.5'inin mamografiyi hiç duymadığını bulmuşlardır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda çalışmamızda, kadınların diğer bir çok çalışmadan daha çok mamografiyi duyduklarını söyleyebiliriz. Bunu en fazla oranda doktordan duymuş olmaları konusunda ise özellikle bölgenin üniversite eğitim ve araştırma bölgesi olmasından dolayı sağlık hizmetlerine kolayca erişip, yeterince yararlanabildiklerini düşünebiliriz.

Araştırmaya katılan kadınların %32,1'i erken tanı amacıyla 40 yaş ve üzerinde mamografi çekildiğini, %18,6'sı erken tanı amacıyla 40 yaş altında mamografi çekildiğini belirtmişken, %49,3'ü erken tanı amacıyla kaç yaşında mamografi çekildiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. Mamografi sıklığı da sorgulanmış ve araştırmaya katılan kadınların %25,5'i altı ayda bir, %32,1'i yılda bir, %3,0'ü iki yılda bir, %0,3'ü üç yılda bir mamografi çektirilmesi gerektiğini belirtmiş, %39,1'i ise bilmediğini belirtmişlerdir (Tablo 10). İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların %94.6'sı mamografi çekirme yaşını 50–59 yaş arası demiş, %34.7'si mamografi çekirme sıklığını iki yılda bir demiş iken, %61.7'si yılda bir çektirilmeli demiştir (85). Özaydın ve ark.nın (82) yaptıkları araştırmaya göre mamografi çekirme sıklığına kadınların %11.5'i iki yılda bir çektirilmeli demiş, %83.8'i yılda bir çektirilmeli demiştir. Kuveyt'te yapılan bir çalışmada kadınların %22,9'u mamografinin 40 yaşından sonra çekileceğini bilmiştir (89). Diğer çalışmalarda kadınların mamografi çekirme yaşını büyük oranda doğru bildikleri ancak mamografi çekirme sıklığını yanlış bildikleri görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise mamografi yaşı ve sıklığına dair bilgiler yetersiz bulunmuştur. Bu sonuç mamografi çekirme yaşı ile birlikte sıklığının

vurgulanması gerektiğini ve sağlık çalışanlarının mamografi ile ilgili daha fazla eğitim ve bilgilendirme yapmaları gerektiğini düşündürmektedir.

Meme kanserine ilişkin çeşitli inceleme raporları, Dünya'nın pek çok ülkesinde kadınlarda KKMM yapma, mammografi ve KMM yaptırma gibi erken tanı tarama yöntemlerinin yetersiz olduğunu, bu yöntemlerin önerilen sıklıkta ve nitelikte yapılmadığını göstermektedir (40,108-111). Eğitim oranının düşük olduğu ülkelerde bilgi eksikliği meme kanseri farkındalıklarını ve tanı yöntemlerine katılma davranışlarını da etkiler (112-115). Ülkemizde daha önce yapılan bazı çalışmalar, Türk kadınlarının meme kanseri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu, çoğu kadının KKMM yapmadığını ortaya koymuştur (102,116). Yapılan çalışmalarda Türk kadınların % 5,5 ile % 32 oranları arasında KKMM yaptıkları bildirilmiştir (112-115). Günümüzde kadınların meme kanseri ve erken tanı konusunda duyarlılıklarını artırmak için sağlık eğitimcileri, televizyon, gazete, dergi, broşür ve internet gibi çeşitli kitle iletişim araçlarını yaygın olarak kullanmaktadır (117,118). Araştırmaya katılan kadınların %85,1'i KKMM ile ilgili bilgisi olduğunu söylemiştir. KKMM ile ilgili bilgi kaynakları ise, %47,7'sinin KETEM, %33,8'inin televizyon, %31,8'inin doktor, %29,1'inin hemşire, %15,9'unun arkadaş, %3,6'sının aile bireyi, %1,0'inin broşür/poster ve kitap, %0,3'ünün gazete/dergi idi (Tablo 14). İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların %97.2'si KKMM'ni duyduklarını belirtmiş ve bu bilginin kaynağının %32.2'sinin televizyon olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların %40.2'si KKMM'ni doktordan duyduğunu belirtmiş iken, %7.5'i hemşire/ebe'den KKMM'ni duyduklarını belirtmişlerdir (85). Dündar ve ark.nın (86) yaptığı araştırmaya göre kadınların %72.1'i KKMM'ni duymuşlardır. Kabataş ve ark. (88) yaptıkları araştırmada kadın öğretmenlerin %62.5'inin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğunu tespit etmişlerdir. Seçginli ve ark.nın (107) yaptığı araştırmada kadınların %37.5'inin KKMM'ni duymuş olduklarını saptamışlardır. Demirkıran ve ark.nın (119) Aydın'da çalışan hemşire ve kadın öğretmenler arasında yaptığı araştırmada, hemşirelerin %81.5'inin, kadın öğretmenlerin %45.1'inin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğunu tespit etmişlerdir. Maral ve ark. (93) çalışmalarında kadınların %45.0'inin KKMM'ni hiç duymadığını saptamışlardır. Sönmez'in (92) çalışmasında kadınların %14.6'sı KKMM'ni televizyon-radyodan duyduğunu beyan etmiş, %77.2'si ise sağlık personelinin duyduğunu beyan etmişlerdir. Sönmez'in çalışmasında bilgi kaynağı en

çok sağlık personeli çıkmıştır. Alpteker ve ark.nın (120) alışmasında kadınların KKMM'ni duyma durumları incelendiğinde %62'si duyduğunu ve %46.2'si sağlık personeli, %40.9'u televizyon/gazete/dergi, %12.9'u arkadaş/komşu/ akrabadan duyduklarını söylemişlerdir. Fındık ve Turan'ın (118) alışmasında da kadınların KKMM'yi duyma durumu %49.9, bu bilgiyi televizyon, gazete, dergi, broşur ve arkadaştan duyma durumu %56.9 olarak bulunmuştur. Güner ve arkadaşları (121), KKMM duyma durumunu %49.8 olarak tespit etmişlerdir. Aynı alışmada KKMM'yi %17.4'ünün televizyon, %38.8 sağlık personeli, %33.8'nin de komşu/akrabadan duyduklarını saptamışlardır. adır ve arkadaşlarının (103) alışmasında ise bilgi kaynağı, %24.1'i sağlık personeli, %42.4'ü TV/gazete/dergi/broşur, %13.5'i ise arkadaş/komşu/akraba olarak bulunmuştur. Kırıkkale ilinde yapılan bir çalışmada kadınların % 19.3' ünün KKMM yapmayı bildiği ifade edilmiştir (122). şirin ve ark. (123) İzmir'de gerçekleştirdikleri çalışmada kadınların % 53,9'unun KKMM'yi bildiklerini saptanmışlardır. Kılıç ve ark. (124) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'nde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda KKMM bilgi düzeylerini inceleyen çalışmalarında; KKMM hakkındaki bilgiyi nereden aldınız sorusuna kadınların % 47'si görsel basın, %25'i ise yazılı basını işaret etmişlerdir. Çevik ve ark. (125) kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise % 37,1'inin televizyon-radyo, % 8,1'inin sağlık personeli, % 3,2'sinin kitap dergi ya da broşur yanıtlarını verdiklerini belirtmişlerdir. Trakya Üniversitesi'nde yapılan çalışmada kadınlara KKMM'yi nereden öğrendikleri sorulduğuında; % 58,2'inin bir sağlık çalışanından, % 37,8'inin televizyon veya radyolardaki eğitici sağlık programlarından öğrendiklerini yanıtını vermişlerdir (126). İran'da yapılan çalışmada KKMM bilgisinin kaynağı olarak öncelikle medya, sonra sırasıyla broşur, arkadaşlar, doktor ve hemşire söylenmiştir (90). Noroozi ve Redhwan (127,128) alışmalarında KKMM'nin baş kaynağının medya olduğunu bulmuşlardır. Bu veriler doğrultusunda hastaların meme kanserinin erken tanısında önemli bir yeri bulunan KKMM hakkındaki bilgileri aldıkları kaynakların başında görsel medya gelmektedir. Etkin anlaşılır mesajları vermek ve farkındalığı artırmak amacı ile ulusal ve yerel televizyonların kullanılmasının sağlanması oldukça önemlidir. Diğer çalışmalardan farklı olarak bizim alışmamızda KKMM'nin en çok bilgi kaynağı

KETEM olmuş, televizyon ve sağlık personeli oranları birbirine yakın çıkmıştır. Bu da bölgede KETEM çalışmalarının etkin olduğunu göstermektedir.

Araştırmada, kadınların meme kanseri bilgi kaynağı olarak en yüksek oranda televizyonu, daha düşük oranda sağlık çalışanlarını göstermiş olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç sağlık çalışanlarının meme kanseri ve mamografi ile ilgili daha etkili çalışmalar yapmaları gerektiğini düşündürmektedir. KKMM ve mamografi konusunda ise sağlık personeli ve çalışmaları daha etkili bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlara KKMM ile ilgili uygulamaları da sorulmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %75,5'i daha önce KKMM yaptığını belirtirken, %24,5'i daha önce hiç KKMM yapmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların sadece %11,6'sı ayda bir, %49,0'u zaman zaman KKMM yaptığını belirtmiştir (Tablo 14). Aslan ve ark. (129) tarafından, İstanbul'daki 1085 kadın incelenmiş, % 54,7'sinin KKMM yaptığı, ama bunun ancak % 6,6'sının düzenli olduğu bildirilmiştir. Dünder ve ark.'nın (86) çalışmasında Manisa'daki kadınların % 75'inin hiç KKMM yapmadıkları rapor edilmiştir. Ankara'da yapılan bir çalışmada KKMM yapma oranı %78,7'dir (130). Trakya Üniversitesinde yapılan çalışmada hastaların % 16,2'si KKMM yapmakta idi (126). İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların %78.0'i KKMM yaptıklarını belirtmesine rağmen sadece %15.2'si KKMM'ni ayda bir düzenli olarak yaptıklarını belirtmişlerdir (85). Özyayın ve ark. (82) yaptıkları araştırmada kadınların %84.0'ü KKMM yaptığını ancak yalnızca %15.6'sının ayda bir düzenli yaptıklarını bulmuşlardır. Dünder ve ark. (86) yaptıkları araştırmada kadınların %40.9'u KKMM yaptığını bunların ise sadece %10.2'sinin düzenli KKMM yaptığını bulmuşlardır. Ankara'da yapılan bir çalışmada düzenli olarak ayda bir KKMM yapma oranı %9,5 olarak bulunmuştur (130). Dişçigil ve ark.'nın (16) yaptığı araştırmaya göre kadınların 61.7'sinin KKMM yaptığı bulunmuş olup düzenli yapanların oranı ise %17.9 olarak belirlenmiştir. Çadır ve ark. (103) yaptıkları araştırmada kadınların %45.1'inin KKMM yaptığını ve bunların %37.4'ünün ayda bir düzenli olarak KKMM yapmakta olduğunu tespit etmişlerdir. Kabataş ve ark.'nın (88) yaptığı araştırmada kadın öğretmenlerin %44.3'ünün KKMM yaptığı ve bunların %24.3'ü ayda bir düzenli yaptığını saptamışlardır. Seçginli ve ark.'nın (107) yaptığı araştırmaya göre kadınların %39.5'inin KKMM yaptığını ve bunların yalnızca %17'sinin ayda bir düzenli KKMM yapmakta

olduğunu saptamışlardır. Çetin ve ark.nın (97) araştırmalarında 35–49 yaş arası kadınların %82.0'sinin ayda en az bir kez KKMM yaptığını, 50–70 yaş arası kadınların %69'unun ayda en az bir kez KKMM yaptığını saptamışlardır. Sönmez (92) çalışmasında kadınların %56.5'inin KKMM yapmakta olduğunu ve bunların %67.7'sinin ayda bir düzenli KKMM yapmakta olduğunu saptamıştır. Karadağ ve ark.nın (96) çalışmasında kadınların %52.9'u KKMM'ni bildiğini beyan etmesine rağmen %79,2'si KKMM yapmıyordu. Düzenli olarak kadınların KKMM yapma oranı diğer ülkelerde de oldukça farklıdır. Güney Kore'de (%2,9) ve Nijerya'da (%7,3) yapılan iki ayrı çalışmada her ay düzenli olarak KKMM yapanların oranı bizim araştırmamızın sonucundan düşük, Afrika kökenli Amerikalılarda yapılan bir çalışmada daha yüksek %32 olarak bulunmuştur (131,132,133). Silva'nın (134) çalışmasına göre Brezilya'da KKMM yapma oranı %67.5, her ay düzenli olarak KKMM yapanların oranı %48,5, yılda bir yapanların oranı %11,7, rastgele yapanların oranı %7,3'tür. Suudi Arabistan'da KKMM yapma oranı %18.7 olarak bulunmuştur (135). Gelişmekte olan diğer ülkelerde de durum farklı değildir. Hisham ve Yip'in (136) çalışmasında Malezya'da sağlıklı kişiler için yürütülen bir programda düzenli KKMM yapanların yalnızca % 1,3 olduğu bildirilmiştir. Malezya'da yapılan yakın tarihli iki çalışmada ise KKMM yapma oranı %48 ve %55.4 olarak bulunmuştur (137,138). Nijerya'lı kadınlarda gerçekleştirilmiş bir çalışmada ise son 1 yıl içinde KKMM yapanlar % 43,2 olarak bulunmuştur (139). İran'da yapılan bir çalışmada KKMM yapma oranı %26,0 idi (90). Araştırmada elde edilen sonuçlar, diğer araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Gerek yurtiçinde gerek yurtdışında KKMM'ni bilme ve daha önce meme muayenesi yapma oranları yüksek olmasına rağmen aylık düzenli muayene yapma oranları bizim çalışmamızda da olduğu gibi çok düşüktür. Kadınlara arada bir KKMM yapmanın yeterli olmayacağı, KKMM'nin aylık düzenli olarak yapıldığı zaman erken tanıda faydalı olacağı anlatılmalıdır.

Araştırmaya katılan kadınlarda meme kanseri belirtileri sorgulandığında %61,6'sı memede şişlik, %15,6'sı memede ağrı, %9,9'u meme başından kanlı akıntı, %6,0'sı koltuk altında beze, %5,0'i meme başında çökme, %2,0'si meme üzerinde yara, %1,0'i portakal kabuğu görünümü olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 15). Öktem'in (140) çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin meme kanseri belirtilerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımına baktığımızda, memede kitle olmasının meme kanseri

belirtisi olduğunu katılımcıların % 88,5'inin bildiği saptanmıştır. Katılımcıların, memelerin portakal kabuğu görünümünde olması belirtisini % 51,3 oranında, meme ucundan kanlı akıntı gelmesini %51,5 oranında bildiği saptanmıştır. Benzer çalışmada katılımcıların meme başı çöküklüğüne % 51,7'si, memeden kanlı akıntı gelmesine %58,6'sı, memede renk değişikliği sorusuna % 62,7'si “bilmiyorum” yanıtını vermiştir (141). Kuveyt'te yapılan bir çalışmada kadınların %69,7'si meme büyümesini ilk belirti olarak söylemişlerdir (89). Malezya'da yapılan bir çalışmada ise kadınların %90,8'i meme büyümesini ilk belirti olarak söylemişlerdir (142). Nepal'de yapılan çalışmada memede şişlik en fazla söylenen semptomdu, ayrıca meme başı akıntısı ve değişiklikleri, meme derisinde çöküntü de bilinen semptomlardı (143). Radi'nin Suudi Arabistan'da yaptığı çalışmada da kadınlar en çok görülen semptom olarak ağrısız şişlik, kanlı yada diğer meme başı akıntısı ve meme derisi değişikliklerini söylemişlerdir (98). Bu çalışmalar kız öğrencilerle yapıldığı için bizim çalışmamıza göre bilgi durumları daha yüksektir, bu fark eğitimden kaynaklanmaktadır. Bizim çalışmamızda da diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda olduğu gibi memede şişlik olması en çok bilinen bulgu olmuştur.

Araştırmamızda beklenen bir bulgu olarak yaş ve eğitim grupları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Eğitim alanlar daha gençti (Tablo 20). 1997 yılından itibaren zorunlu eğitimin 5 yıldan 8 yıla çıkması genç kuşaklarda eğitim düzeyinin artmasına neden olmuştur.

Araştırmamızda KKMM yapmayı eğitim ve medeni durum etkilemezken, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 40 yaş üzerindeki kadınlar daha fazla KKMM yapıyorlardı (Tablo 26). KKMM'ni düzenli olarak ayda bir yapma konusunda ise eğitilmiş kadınların daha fazla KKMM yaptıkları bulunmuştur. (Tablo 21). Açıkgöz ve ark.nın (144) çalışmasında kadınların yaş, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerinin KKMM yapmayı etkilemediği saptanmıştır. Nahcivan ve ark.nın (145) çalışmasında KKMM yapmayı kadınların eğitim düzeyi etkilemezken, 40 yaşın altında olanlar ve evli olanların anlamlı olarak daha fazla KKMM yaptıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada evli olanların ve 35 yaşın üstünde olanların daha fazla KKMM yaptıkları (146), başka bir çalışmada ise 40 yaş üstünde olanların, eğitim düzeyi yüksek olanların ve evlilerin anlamlı olarak daha fazla KKMM yaptıkları saptanmıştır (147). Karadağ ve ark.nın çalışmasında eğitim seviyesi

arttikça KKMM bilgisi ve uygulaması artmaktadır (96). Altuncan ve ark.nın (113) çalışmasında yaş gruplarının KKMM uygulama durumu ile ilişkili olmadığı gözlenmiştir. Amerika’da Afrika kökenli kadınlarda yapılmış bir çalışmada 40-59 yaş grubundaki kadınların daha genç ve daha ileri yaştakilere göre anlamlı olarak daha fazla KKMM yaptıkları saptanmıştır (131). İran’da yapılan bir çalışmada evlilik durumunun KKMM yapmayı etkilediği bulunmuştur. Yaş, eğitim, iş, ailede meme kanseri hikayesi ve kişinin meme kanseri hikayesi KKMM yapmayı etkilememektedir (90). Yine İran Zahedan’dan yapılan çalışmada evlilik durumunun KKMM yapmayı etkilediği bulunmuştur (148). İran’da 770 kadınla yapılan bir başka çalışmada Semnan ve Khorasan (115) bilgi, tutum ve meme kanseri tarama davranışı ve evlilik durumu arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. Diğer iki çalışmada sosyo-demografik özelliklerin KKMM’ni etkilemediği bulunmuştur (149,150). Montazeri (115) ve Harirchi’nin (151) çalışmasında ise eğitimin KKMM’ni etkilediği bulunmuştur. Rasu çalışmasında yüksek eğitim seviyeli kadınların KKMM’ni ve mamografiyi eğitim seviyesi düşük kadınlardan daha iyi bildiğini ve KKMM uygulamasını daha fazla yaptığını bulmuştur (152). Kuveyt’te yapılan bir çalışmada 50 yaş üzerindeki kadınların meme kanseri risk faktörleri, belirtileri ve mamografi yaşını daha çok bildikleri bulunmuştur (153,154,155). Yapılan çalışmaların çoğunda eğitim ve medeni durum KKMM yapmayı etkilerken bizim çalışmamızda eğitim ve medeni durumun KKMM yapmayı etkilemediği bulunmuştur. Kadınların KKMM yapmanın önemi ve tekniği konusunda eğitilmesi KKMM’ni düzenli uygulamalarını etkileyebilir.

Kendi kendine meme muayenesi yapılmasının yanı sıra düzenli aralıklarla doğru bir biçimde yapılması da gereklidir. KKMM için en uygun zaman, adet gören kadınlar için adetinin bitiminden sonraki ikinci ya da üçüncü gün olarak belirtilmekte ve 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak bu muayenenin gerçekleştirilmesi beklenmektedir (60). Araştırmaya katılan kadınların sadece %11,6’sı ayda bir, %49,0’u zaman zaman, %9,3’ü haftada bir, %0,7’si yılda bir KKMM yaptığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan %24,9’u doğru bir zamanda yani adet bittikten sonraki birkaç gün içinde yaptıklarını belirtmişlerdir. (Tablo 14). Trakya Üniversitesi’nde yapılan çalışmada hastaların ne sıklıkla meme muayenesi yaptıklarına bakıldığında; %36.2 si her banyo yapmayı takiben, % 63.8’inin ise ayda bir kez KKMM yaptıkları ortaya çıkmıştır (126). Ankara’da yapılan bir çalışmada düzenli olarak ayda bir

KKMM'ni doğru olarak adetten sonraki 2-3 gün içinde yapanların oranı %5,7 olarak bulunmuştur (130). Kadınların doğru zamanda KKMM'ni yapmaları açısından bizim çalışma sonuçlarımız Ankara'da yapılan çalışmadan daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM bilgisi olanların %25,3'ü eğitim almamış, KKMM bilgisi olanların %74,7'si ise eğitilmiş idi. Eğitim grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur. Eğitim almamış kadınların KKMM bilgisi olmaması anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 21). Çalışmamızda eğitim düzeyi ile KKMM uygulaması arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 26). KKMM'ni etkileyen diğer bir durum da medeni durumdur. Araştırmamıza katılan bekar kadınların %69'6'sı, evli kadınların %76,8'i KKMM yaptıklarını beyan etmişlerdir. Medeni gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo 26). Araştırmamızda 1.derece akrabasında meme kanseri olanların %66,7'si, 1.derece akrabasında meme kanseri olmayanların %76,0'sı KKMM yapıyordu. KKMM yapanlarla yapmayanlar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo 26). Açıkgöz ve Ergör (156) çalışmalarında lise veya üniversite mezunlarının %73,3'ünün erken tanı tarama yöntemleri kullandıklarını rapor etmişlerdir. Yine Kılıç ve ark.'nın (157) yapmış olduğu çalışmada eğitim durumunun artışı ile birlikte KKMM yapılma sıklığında artış olduğu gösterilmiştir. Trakya Üniversitesi'nde yapılan çalışmada da benzer biçimde lise veya üniversite mezunu olanların daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandığı, KKMM'sini daha fazla yaptığı görüldü (126). Altunkan ve ark.'nın (113) çalışmasında eğitim durumlarının KKMM uygulama durumu ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. İlkokul ve daha az eğitilmiş olanların %87,7'sinin ve ortaokul ve daha fazla eğitilmiş olanların % 73,1'inin KKMM'ni hiç uygulamadığı ve arada bir uygulayanların oranının ortaokul ve daha fazla eğitim alanlarda daha yüksek bulunduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada sosyal güvence, çocuk sahibi olma, doğum kontrol hapi kullanma, ilk adet yaşı, menopoza girme, menopoz sonrası hormon tedavisi görme gibi özelliklerin, kadınların KKMM uygulama durumunu etkilemediği ama ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumlarının KKMM uygulama durumları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Dündar ve ark.'ın (86) Manisa'da kırsal kesimde yaşayan bir grup kadının mamografi ve KKMM ile ilgili görüşleri ve bilgilerini ölçtükleri çalışmalarında sağlık güvencesi, medeni durum, eğitim seviyesi, aile tipi, ailesinde meme kanseri olma ve yaş gibi özelliklerin kadınların KKMM uygulama durumunu etkilemediği, yalnızca meme kanseri hakkında

yeterli bilgiye sahip olmanın KKMM uygulama durumunu etkilediği saptanmıştır. Ankara’da yapılan çalışmada eğitim durumunun KKMM yapmayı etkilemediği bulunmuştur. Çalışmada evli olmayan kadınların evli kadınlardan daha çok KKMM yaptığı bulunmuştur (130). Diğer bir çalışmada kadınların yaşı, çalışıyor olması, gelir düzeylerinin iyi olması, sağlık güvencelerinin olması, meme kanseri hakkında bilgiye sahip olmanın KKMM uygulama durumunu etkilediği ve ailesinde meme kanseri olma ve evlilik durumu ile KKMM uygulaması arasında bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (107). Ravichandran’ın (158) Riyat’ta ve Bener’in (159) Katar’da yaptığı çalışmada eğitim durumunun KKMM yapmayı etkilediği bulunmuştur. Nijeryalı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada yüksek eğitim düzeyli kadınların 3.6 kez daha fazla KKMM yaptığı bulunmuştur (112). İran’da yapılan bir çalışmada da aynı şekilde yüksek eğitim düzeyinin KKMM yapmayı etkilediği bulunmuştur (160). Petro-Nustus ve Mikhail’in (161) çalışmalarında kadınların yüksek eğitim almış olmaları, ailelerinde meme kanseri hikayesi olma durumu ve ileri yaşta olmaları KKMM uygulama durumunu arttırmaktadır. Malezya’dan Al-Dubai’nin (137) çalışmasında evli kadınların daha çok KKMM yaptığı bulunmuştur. Frei (162) da çalışmasında evli kadınların daha çok KKMM yaptığını bulmuştur. Al-Naggar’ın (138) çalışmasında ailesinde meme kanseri hikayesi olanlarda KKMM uygulama oranı %19,6 idi. Karayurt (163) da çalışmasında ailesinde meme kanseri hikayesi olan kadınların olmayan kadınlardan daha fazla KKMM yaptığını bulmuştur. Bazı çalışmalarda ise ailesinde meme kanseri hikayesi olma durumu ile KKMM arasında ilişki bulunamamıştır (164). Malezya’da yapılan bir çalışmada da aynı şekilde ailesinde meme kanseri hikayesi olma durumu ile KKMM arasında ilişki bulunamamıştır (165). Eğitim düzeyi arttıkça meme kanseri erken tanı tarama yöntemlerinin kullanılması beklenen bir bulgudur. Bizim çalışmamızda eğitim durumu ve KKMM bilgisi arasında anlamlı ilişki varken diğer bir çok çalışmanın aksine KKMM uygulaması arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Yine evlilerle bekarlar, 1.derece akrabasında meme kanseri olanlarla olmayanlar arasında KKMM uygulaması açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Bu bulgu bize bölgede bulunan kadınların KKMM’ni bildikleri halde uygulama konusunda duyarsız olduklarını göstermektedir. Yine de eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak ve kadınlar uygulama konusunda motive edilerek toplumda erken tanı tarama yöntemlerini kullanma oranının artacağı inancındayız.

Araştırmaya katılan 20–39 yaş grubundaki kadınların %68,3'ü, 40–49 yaş grubundaki kadınların %85,5'i, 50 yaş ve üstü kadınların %78,1'i KKMM yaptığını beyan etmiştir. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınları 40 yaş altı ve 40 yaş ve üstü diye iki gruba ayırıp baktığımızda iki grup arasındaki farklılık aynı şekilde anlamlı bulunmuştur. 20-39 yaş grubundaki kadınların çoğu anlamlı şekilde KKMM yapmıyordu, yaş ilerledikçe KKMM uygulama durumu artıyordu (Tablo 26). Ankara'da yapılan bir çalışmada KKMM yapma oranı 20-39 ve 40-49 yaş arasında 60 yaş ve üstündekilerden 3 kat daha yüksek idi (130). Dünder ve ark.'ın (86) Manisa'da kırsal kesimde yaşayan bir grup kadının mamografi ve KKMM ile ilgili görüşleri ve bilgilerini ölçtükleri çalışmalarında yaş durumunun KKMM uygulama durumunu etkilediği saptanmıştır. Avcı'nın (166) çalışmasında ise düzenli KKMM yapanlar yapmayanlardan daha yaşlı idi. Altuncan ve ark.'nın (113) çalışmasında yaş durumunun KKMM uygulama durumu ile ilişkili olmadığı gözlenmiştir. Frie'nin (162) çalışmasında 60 yaş ve üzerindeki kadınlar, 40 yaş ve altındaki kadınlardan daha az KKMM yapıyorlardı. Malezya'da yapılan bir çalışmada 45 yaş ve üzerindeki kadınlar 18-29 yaş arasındaki kadınlardan daha fazla KKMM yapıyordu (137). Çalışmamızda KKMM uygulamasının yaşla birlikte artıyor olması ve eğitim durumu ile ilişkili bulunmaması bölgedeki kadınların daha çok deneyimlerinden ve çevrelerinden edindikleri bilgiden yararlandıklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınlardan, 40 yaş üzerinde olan kadınların %52,3'ü son iki yıl içerisinde mamografi çektiirmediğini beyan etmiştir. Çalışmamızda 40 yaş üstü kadın oranı %58,3'tür. (Tablo 25). Dünder ve ark.'nın (86) yaş ortalaması $37,8 \pm 13,7$ olan 244 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların, % 89,3'ünün hiç mammografi çektiirmedikleri ve yalnız % 5,1'lik kesimin yıllık mammografi kontrolü yaptırdığı saptanmıştır. İzmir merkezli 227 kadının değerlendirildiği kesitsel tipteki araştırmada kadınların % 52,7'si en az bir kez mammografi yaptırmışlardır ve 40 yaş üstü kadınlarda son iki yılda mammografi yaptıırma oranı % 41,3 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %44,1'i hiç mamografi yaptıırmamıştır (167). İzmir'in Balçova ilçesinde yapılmış bir araştırmada hiç mamografi yaptıırmayanların oranı %55,1 olarak bulunmuştur (156). Sağlık davranışlarının olumlu olacağı beklenen ebe ve hemşirelerde yapılmış olan iki çalışmada ise mamografi yaptıırmama %87,3, %58,3 oranında olduğu belirlenmiştir (168,169). Çalışan sağlık personelinde yapılmış olan bu

çalışmalarda mamografi yaptırmamanın yüksek çıkması çalışma grubunun mamografi için önerilen yaş grubundan küçük olmasıyla açıklanabilir. İstanbul Moda’da yapılan araştırmada, kadınların %53.6’sı son iki yıl içinde mamografi çektirdiklerini beyan etmişlerdir (85). Dişçigil ve ark. (16) 18–78 yaş arası kadınlarla yaptığı kesitsel araştırmada kadınların %40.6’sının hayatları boyunca en az bir kez mamografi ektirdiğini saptamışlardır. Dişçigil ve arkadaşlarının çalışmasında çalışma grubunun %38,3’ 40 yaş altındadır. adır ve ark. (103) 20 yaş ve üzeri kadınlarla yaptığı tanımlayıcı araştırmada kadınların %10.5’inin hayatları boyunca en az bir kez mamografi ektirdiğini saptanmıştır. Seçginli ve ark. (107) 20–70 yaş arası kadınlarla yaptıkları kesitsel araştırmada kadınların %25’inin hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiklerini saptamışlardır. Dinçel ve ark.nın (87) yaptığı tanımlayıcı araştırmada kadınların %32.3’ünün düzenli aralıklarla mamografi çektirdiği saptanmıştır. Sönmez’in (92) alışmasında da kadınların %52.5’inin hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiği saptanmıştır. Güvenç ve ark.nın (94) Ankara’da bir niversite hastanesinde yaptığı çalışmada mamografi yaptırma oranı % 75,8 olarak bulunmuştur. etin ve ark.nın (97) yaptığı çalışmada, 35–49 yaş arası kadınların %56’sının mamografi çektirdikleri, 50–70 yaş arası kadınların %69’unun mamografi çektirdikleri saptanmıştır. Akpınar’ın (170) 24-56 yaş sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada mamografi yaptırma sıklığı %10,1, Yılmaz’ın (171) 22-63 yaş arası çalışan kadınlarla yaptığı çalışmada mamografi yaptırma oranı %17,5, 20-65 yaş arası ev kadınlarında ise oran %16,5, Yavan’ın (84) 17-65 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada mamografi yaptırma oranı %17,5, Nur’un (106) 22-55 yaş arası ğretmen kadınlarla yaptığı çalışmada mamografi yaptırma oranı %37,5 olarak bulunmuştur. Tu ve Yasuhi’nin (172) Çin kökenli Amerikalı kadınlarla yaptığı çalışmada mamografi ektirme oranı %74 olarak belirlenmiştir. Nepal’de yapılan çalışmada mamografi ektirme oranı % 19.9’du (143). Malezyalı kadınlarda da mamografi ektirme oranı % 19’du (173). Araştırma sonuçlarımız diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Toplumun eğitim düzeyleri de göz önüne alınarak, meme kanseri erken tanı tarama yöntemleri ile ilgili kadınlara yönelik eğitim çalışmalarının arttırılması ve yaygınlaştırılması ile başvuradaki gecikmeler ortadan kaldırılabilir. Mammografi erken evrede meme kanseri tanısı konulmasında en etkili toplum tabanlı tarama yöntemidir.

Araştırmamıza katılan 40–49 yaş grubundaki kadınların %48,4’ü, 70 yaş ve üzerindeki kadınların %20,5’i son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur. Kadınların yaşı ilerledikçe mamografi yaptırmama oranları azalmaktadır. Medeni gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır. Araştırmaya katılan kadınlardan meme şikayeti olanlardan %93,8’i, meme şikayeti olmayan kadınlardan %43,1’i mamografi yaptırdıklarını beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM yapanlardan %54,2’si, KKMM yapmayan kadınlardan %20,6’sı mamografi yaptırdıklarını beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur (Tablo 25). Açıkgöz ve ark.nın (145) çalışmasında kadınların sosyodemografik özelliklerine göre mamografi ya da meme ultrasonu yaptırmama durumu karşılaştırılmış; 40 yaşın üstünde olanlar arasında mamografi ya da meme ultrasonu yaptıranların 40 yaşın altında olanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu, ancak eğitim düzeyi ve medeni duruma göre incelendiğinde mamografi ya da meme ultrasonu yaptırmama açısından istatistiksel olarak farkın olmadığı saptanmıştır. Seçginli ve ark.nın (107) İstanbul’da kentsel bölgede yaşayan kadınlarda yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi ve evlilik durumunun mamografi yaptırmayı etkilemediği, Dündar ve arkadaşlarının (86) Manisa’da kırsal bölgede yaşayan kadınlarda yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi ve evlilik durumunun yanında yaşın artmasının da mamografi yaptırmayı etkilemediği saptanmıştır. İstanbul kentsel bölgede yapılan bir araştırmada, kadınların medeni durumunun mamografi yaptırmaya etkisi olmadığı, ancak eğitim düzeyi yüksek olanların, geliri fazla olanların ve sosyal güvencesi olanların daha düşük eğitimi, daha düşük geliri ve sosyal güvencesi olmayanlara göre daha fazla mamografi yaptırdıkları saptanmıştır (85). Karahan ve ark.nın (168) ve Avcı’nın (169) çalışmalarında kadınların yaşının mamografi yaptırmada etkili olmadığı bulunmuştur. Ancak bu çalışmaların bizim çalışmamıza göre daha genç yaş grubunda yapıldığı görülmektedir. HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği)’in yayımladığı ‘Türkiye Sağlık Raporu 2012’ kitabında da belirtildiği üzere ulusal kanser tarama programlarının başarılı olabilmesi için hedef kitleye ulaşma yüzdesinin yüksek olması gerekmektedir. Buna karşın ülkemizde maalesef mamografi taraması için hedef nüfusa ulaşma oranı % 25’lerde kalmaktadır (23).

Araştırmaya katılan kadınlardan son iki yıl içinde mamografi yaptırmamış olan kadınların, mamografi yaptırmama nedenleri, %44,1'i gerekli olduğunu bilmediğini, %33,3'ü şikayeti olmadığını, %15,2'si yaşının uygun olmadığını, %4,4'ü korku ve acıdan, %2,5'i ihmal ettiğini, %0,5'i fırsat bulamadığını belirtmişlerdir. (Tablo 12). İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların mamografi yaptırmama nedenleri arasında en çok %43.6'sı gerekli olduğunu bilmediklerini, ardından 3 yıl ve daha fazla süre önce çekirme (%28.9), ihmal (%5.9), bir şey çıkmasından korkma (%4.6), vakit olmaması (%2.6), parasal sorun olması (%1.9), memelerin sıkıştırılmasından hoşlanmama (%1.7), randevunun geç tarihe verilmesi (%1.7), radyasyondan korkma (%1.0), doktora gitmeyi sevmeme (%0.8), mamografiye güvenmeme (%0.7), utanma (%0.7), fırsat bulamama (%0.2) ve dini inançlarına uymaması (%0.2) şeklinde devam etmektedir (85). Çetin ve ark.nın (97) yaptığı çalışmada, 35–49 yaş arası kadınların %25.0'i mamografiyi zararlı %38.0'i sorun olmadıkça mamografi yaptırmamanın gereksiz olduğunu, %38.0'i bir şey çıkmasından korktuklarını, 50–70 yaş arası kadınların %34.0'ü mamografiyi zararlı %48.0'i sorun olmadıkça mamografi yaptırmamanın gereksiz olduğunu, %41.0'i bir şey çıkar diye korktuklarını belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada kadınların %55'inin hiç mamografi yaptırmadıkları bulunmuş, mamografi yaptırmama nedenleri olarak ilk sırada ihmal etme (%55,1), daha sonra sırasıyla mamografi yaptırmamanın gerekli olduğunu bilmeme (%33,9), nerede yapıldığını bilmeme (%26,3), sonuçta meme kanseri çıkmasından korkma (%10,2), mamografi yaptırmaktan korkma (%8,5), sosyal güvence olmadığından (%6,8) ve mamografi yaptırmaktan utanma (%5,1) gelmektedir (156). Malezyalı kadınlarda yapılan çalışmada mamografi yaptırmamemenin en çok belirtilen sebepleri düşük gelir seviyesi, müsait olmama ve sağlık güvencesinin olmamasıdır (173). Araştırmada kadınlar mamografi bilgi kaynağı olarak en çok doktoru belirtmiş ama erken tanı için halen en geçerli ve güvenilir yöntem olan mamografinin gerekli olduğunu bilmediklerini beyan etmişlerdir. Doktordan bilgi alındığı beyan edilmesine karşın erken tanı için tarama davranışı ile ilgili önemli bir bilginin iletilmemiş olduğu düşünülmektedir. Mamografi yaptırmama konusunda en fazla gerekli olduğunu bilmediklerini belirtmeleri, etkili bir danışmanlık/bilgilendirme ile kolay aşılabilecek bir neden gibi gözükmektedir.

Araştırmaya katılan eğitim almamış kadınların %38,3'ü, eğitim almış kadınların %55,8'i mamografi yaptırdıklarını beyan etmişlerdir. Eğitim grupları arasındaki bu

farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo 25). İstanbul Moda’da yapılan araştırmada, kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, lisans mezunu ve yüksek lisans ve üstü kadınların daha çok mamografi çektiği saptanmıştır (85). Yapılmış olan araştırmalar mamografi çekirme ile eğitim düzeyi arasında farklı sonuçlar bulmuşlardır. Özaydın ve ark.nın (82) yaptığı araştırma da benzer sonuçlar bulunmuş olup eğitim düzeyi artan kadınların daha fazla mamografi çektiği saptanmıştır. Sönmez (92) çalışmasında ortaokul mezunu kadınların daha çok mamografi çektiğini bulmuştur. Maral ve ark. (93) yaptıkları çalışmada eğitimi olmayan kadınların 1.9 kat daha fazla mamografi çekmeme riski olduğunu bulmuşlardır. Özmen ve ark. (174) yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi arttıkça mamografi çekirme oranlarının arttığını bulmuşlardır. Dişçigil ve ark.nın (16) yaptığı araştırmaya göre kadınların eğitim düzeyleri ile mamografi çekirmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Seçginli ve Nahçıvan’ın (107) araştırmasında kadınların eğitim durumu ile mamografi çekirme arasında bir fark bulunamamıştır. Tu ve Yasuhi’nin (172) Çin kökenli Amerikalı kadınlarla yaptıkları çalışmada eğitim düzeyiyle mamografi çekirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını söylemişlerdir. Ersin ve ark.nın (175) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile mamografi çekirme oranları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bizim sonuçlarımızın anlamlı çıkmamasına rağmen, eğitim düzeyinin artmasının mamografinin gerekli olduğunu bilerek ulaşma imkanını artıracığını düşünebiliriz.

Araştırmaya katılan bekar kadınların %36,4’ü, evli kadınların %50,3’ü mamografi çektiğini beyan etmişlerdir. Medeni gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo 25). İstanbul Moda’da yapılan araştırmada, kadınlardan, bekar/dul/boşanmış kadınlar ile halen evli kadınların son iki yıl içinde mamografi çekirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (85). Seçginli ve Nahçıvan’ın (107) yaptıkları araştırmada medeni durum ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Dişçigil’in (16) yaptığı araştırmada medeni durum ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sönmez (92) çalışmasında evli olan kadınların bekar kadınlara göre daha çok mamografi çektiğini saptamıştır. Tu ve Yasuhi’nin (172) Çin kökenli Amerikalı kadınlarla yaptıkları çalışmada medeni durum ile mamografi çekirme durumları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınlardan evinde 3 kişi altında yaşayanlardan %49,1'i, 3 ve daha fazla kişiyle yaşayan kadınlardan %47,2'si mamografi yaptırdıklarını beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo 25). İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların hane halkı sayısı 3'ün altında olan kadınların daha çok mamografi yaptırdığı saptanmış (85). Özmen ve ark. (174) benzer sonuçlar bulmuşlardır.

Araştırmaya katılan kadınlardan sosyal güvencesi olanlardan %48,3'ü, sosyal güvencesi olmayan kadınlardan %25,0'i mamografi yaptırdıklarını beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo 25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada lise ve üstü eğitimi olanlar arasında 'Ulusal Meme Kanseri Tarama Standardı'na uyarak mammografi yaptıranlar ortaokul ve altında eğitimi olanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların % 88,2'sinin mammografi yaptırmaya ücreti sosyal güvence tarafından karşılanmaktadır (156). Sayhan'ın (126) yaptığı çalışmada da benzer biçimde sosyal güvenceye sahip olanların daha fazla mammografi yaptırdıkları tespit edilmiştir. İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların sosyal güvencesi ile son iki yıl içinde mamografi yaptırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (85). Dişçiğil (16) çalışmasında sosyal güvencesi olmanın mamografi yaptırmaya etkisi olmadığını bulmuştur. Sönmez (92) çalışmasında kadınlardan sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre daha çok mamografi yaptırdıklarını saptamıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Maral ve ark. (93) yaptıkları çalışmada sosyal güvencesi olmayan kadınların 2.1 daha fazla mamografi yaptırmama riski olduğunu bulmuşlardır. Özmen ve ark. (174) çalışmalarında sosyal güvencesi emekli sandığı olan kadınların, sosyal güvencesi olmayan kadınlara göre 2 kat fazla mamografi yaptırdıklarını ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuşlardır. Seçginli ve Nahçıvan (107) araştırmalarında sosyal güvence ile mamografi yaptırmada bir ilişki bulamamıştır. Araştırma sonuçları farklılık göstermektedir. Mamografinin KETEM'lerde ücretsiz olarak çekilmesi sosyal güvence açısından fark yaratmıyor olabilir.

Araştırmaya katılan kadınlardan meme şikayeti olanlardan %93,8'i, meme şikayeti olmayan kadınlardan %43,1'i mamografi çektirdiklerini beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur (Tablo 25). İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların meme yakınması olmasının son iki yıl içinde mamografi çektirmeye arttırıcı etkisi olduğu bulunmuştur (85). Özmen ve ark.nın (174) çalışmalarının sonuçları da benzerdir. Bu sonuç memede oluşan farklılıkların kadınlar tarafından fark edilmesinin önemini göstermektedir. Meme şikayeti olan kadınların sağlık birimlerine başvurdıkları zaman mamografi yaptırmaları konusunda da bilgilendirildiklerini söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan kadınlardan 1.derece akrabasında meme kanseri olanlardan %16,7'si, 1.derece akrabasında meme kanseri olmayan kadınlardan %48,8'i mamografi çektirdiklerini beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo 25). Dişçigil ve ark (16) yaptığı çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü bulunanlarda mamografi yapılma oranını daha yüksek bulmuşlardır. İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların birinci derece akrabasında meme kanseri olması son iki yıl içinde mamografi çektirme oranını artırmaktadır ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (85). Özaydın ve ark.nın (82) yaptığı araştırmaya göre birinci ve ikinci derece akrabasında meme kanseri olan kadınların olmayanlardan biraz daha fazla mamografi çektirdiklerini bulmuşlar fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışlardır. Seçginli ve ark.nın (107) yaptığı araştırmaya göre ailesinde meme kanseri öyküsü olması kadınların mamografi çektirmelerine etkili bulunmamıştır. Price (176) çalışmasında ailesinde meme kanseri olan kadınların mamografi çektirme oranını %74 olarak bulmuştur. Çalışmamızda birinci derece akrabasında meme kanseri olması mamografi çektirme oranını artırmamaktadır. Bu da kadınların meme kanseri risk faktörlerini iyi bilmemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM yapanlardan %54,2'si, KKMM yapmayan kadınlardan %20,6'sı mamografi çektirdiklerini beyan etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur. (Tablo 25). İstanbul Moda'da yapılan araştırmada, kadınların KKMM yapma ile son iki yıl içinde mamografi çektirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (85). Özaydın ve ark.nın (82) yaptığı araştırmaya göre KKMM yapanlar ile yapmayan kadınların mamografi çektirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak

çalışmamızda KKMM yapan kadınların mamografi çekirme oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu da KKMM yapan kadınların bu konuda daha duyarlı olduklarını göstermektedir.

Örnekleme alınan kadınların duyarlılık alt ölçeğinin puan ortalaması $6,96 \pm 1,52$, ciddiye alt ölçeğinin puan ortalaması $17,03 \pm 3,88$, yarar alt ölçeğinin puan ortalaması $15,31 \pm 1,45$, engel alt ölçeğinin puan ortalaması $26,69 \pm 3,37$, güven alt ölçeğinin puan ortalaması $32,89 \pm 6,60$ ve sağlık motivasyonu alt ölçeğinin puan ortalaması $24,31 \pm 2,70$ olarak bulunmuştur (Tablo 27). Karayurt (77) araştırmasında duyarlılık alt ölçeğinin puan ortalaması $8,0 \pm 2,1$, ciddiye alt ölçeğinin puan ortalaması $21,5 \pm 5,1$, yarar alt ölçeğinin puan ortalaması $19,1 \pm 3,8$, engel alt ölçeğinin puan ortalaması $27,0 \pm 5,9$, güven alt ölçeğinin puan ortalaması $31,2 \pm 6,9$ ve sağlık motivasyonu alt ölçeğinin puan ortalaması $25,1 \pm 5,3$ olarak bulunmuştur. Duman ve ark.nın (177) çalışmasında duyarlılık alt ölçeğinin puan ortalaması $3,63 \pm 0,81$, ciddiye alt ölçeğinin puan ortalaması $6,33 \pm 0,95$, yarar alt ölçeğinin puan ortalaması $5,98 \pm 1,56$, engel alt ölçeğinin puan ortalaması $35,45 \pm 2,45$, güven alt ölçeğinin puan ortalaması $12,34 \pm 1,08$ ve sağlık motivasyonu alt ölçeğinin puan ortalaması $10,88 \pm 0,63$ olarak bulunmuştur. Yücel ve ark.nın (178) çalışmasında duyarlılık alt ölçeğinin puan ortalaması $7,78 \pm 2,46$, ciddiye alt ölçeğinin puan ortalaması $22,41 \pm 5,43$, yarar alt ölçeğinin puan ortalaması $20,54 \pm 4,45$, engel alt ölçeğinin puan ortalaması $23,76 \pm 7,13$, güven alt ölçeğinin puan ortalaması $36,26 \pm 7,78$ ve sağlık motivasyonu alt ölçeğinin puan ortalaması $25,72 \pm 4,59$ olarak bulunmuştur. KKMM uygulaması ile yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu arasında anlamlı ilişki mevcuttu. Bizim çalışmamızda kadınların duyarlılıklarının, ciddiye, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (Tablo 28). Güney'in (179) çalışmasında da KKMM yapan ve yapmayan kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Karayurt ve ark.nın (77) hemşirelerde yaptığı çalışma ile Seçginli ve Nahçıvan'ın (107) çalışmasında KKMM yapan kadınların duyarlılık algılarının yüksek olduğu bildirilmektedir. Altunkan ve ark.nın (113) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin duyarlılık algıları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Petro-Nustas ve Mikhail (161), son bir yılda

KKMM yapan kadınların meme kanseri duyarlılık algılarının KKMM yapmayanlardan düşük olduğunu vurgulamaktadır. Jirojwong ve MacLennan (180) çalışmasında, duyarlılık algısını KKMM yapmayı etkileyen bir faktör olarak belirtmektedir.

Çalışmada mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (Tablo 29). Güney'in (179) araştırmasında mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Speedy ve Hase'in (181) çalışmasında mammografi çektiren kadınların duyarlılık algılarının mammografi çektirmeyenlerden yüksek olduğu bildirilmektedir. Aydın Avcı'nın (169) çalışmasında ise mammografi çektiren kadınların duyarlılık algılarının, çektirmeyenlerden farklı olmadığı belirtilmektedir.

Sağlık İnanç Modeli'ne göre duyarlılık/ yatkınlık algısı hastalığa yönelik tehdit algısını oluşturmakta ve bu şekilde koruyucu sağlık davranışlarının düzenli sergilenmesini artırmaktadır. Bu çalışmada, kadınların duyarlılık/yatkınlık algısı, meme kanseri risk faktörlerini bilmemeleri ve meme kanserine yakalanmada kendi risklerini algılamamaları nedeni ile düşük olabilir. Araştırmada, erken tanı davranışlarını uygulayan ve uygulamayan kadınların meme kanserine duyarlılıkların farklı olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların ciddiye algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (Tablo 28). Güney'in (179) çalışmasında KKMM yapan ve yapmayan kadınların ciddiye algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Altuncan ve ark.nın (113) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin ciddiye algıları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Petro-Nustas ve Mikhail (161) çalışmasında, son bir yılda KKMM yapan kadınların meme kanseri ciddiye algılarının, KKMM yapmayanlardan düşük olduğunu vurgulamaktadır. Karayurt ve ark. (182) KKMM yapan ve yapmayan hemşirelerin ciddiye puanlarında fark saptamamıştır.

Araştırmada mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların ciddiye algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (Tablo 29). Güney'in (179) çalışmasında mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların ciddiye algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Speedy ve Hase (181), mammografi çektirenlerin ciddiye algısının yüksek olduğunu bildirirken, Holm ve arkadaşları (182),

mammografi çektiren kadınların ciddiye algısının çektirmeyenlerden yüksek bulunmadığını bildirmektedir. Çalışma bulgusuna benzer şekilde, Aydın Avcı'nın (169) çalışmasında, ciddiye algısının mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınlarda farklı olmadığı vurgulanmaktadır.

Ciddiyet/önemseme algısı; meme kanserinin kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasıdır. Ciddiyet algısını, bireyin hastalığı ciddiye alması ve hastalığı kendi sağlığı için ciddi bir durum olarak algılaması belirlemektedir. Çalışmada, kadınların ciddiye algısı puan ortalaması düşüktür. Ancak KKMM yapan kadınların meme kanseri ciddiye algıları, KKMM yapmayanlardan daha yüksektir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. Kadınlar meme kanserini kendi sağlıkları için ciddi bir durum olarak algılamaktadırlar.

Çalışmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların yarar algısı arasında fark olduğu belirlenmiştir. (Tablo 28). Güney'in (179) araştırmasında KKMM yapan ve yapmayan kadınların yarar algısı arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Altuncan ve ark.nın (113) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin yarar algıları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Petro-Nustas ve Mikhail'in (161) çalışmasında, KKMM yarar algısının kadınların gelecekte KKMM yapma davranışlarında etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir. Karayurt ve arkadaşlarının (183) çalışması ile Dünder ve arkadaşlarının (86) çalışmasında KKMM yapan kadınların KKMM yarar algılarının, KKMM yapmayanlardan yüksek olduğu bildirilmektedir.

Yarar algısı; koruyucu davranışının oluşmasında algılanan olumlu yönlerdir. Sağlık İnanç Modelinin yapısına göre, yarar algısının yüksek olması davranışa başlama ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir. Çalışmadaki kadınların KKMM yarar algıları yüksek düzeydedir. Çalışmadaki kadınların, meme kanserini erken teşhis etmede KKMM'nin yararlı olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Bu çalışmada KKMM yapan kadınların KKMM engel algısı KKMM yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha düşüktür. (Tablo 28). Güney'in (179) araştırmasında da KKMM yapan kadınların KKMM engel algısı KKMM yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha düşüktü. Altuncan ve arkadaşları (113), KKMM'ni 'arada bir uyguladığını' bildiren kadınların KKMM engel algısını, KKMM'ni 'hiç uygulamayan' gruba göre daha düşük bulmuşlardır ama aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

değildir. Petro-Nustas ve Mikhail'in (161) çalışmasında KKMM yapan kadınların engel algısının düşük olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda KKMM'ni yapan kadınların KKMM engel algıları davranışı yapmayanlardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur (86,182,184). Ülkemizdeki çalışma bulguları, bu araştırma bulgusunu destekler niteliktedir. Araştırmada KKMM engel algısının orta düzeyde olması KKMM'ne yönelik engellerin olduğunu göstermektedir. Modele göre, meme kanserinde erken tanıya yönelik davranışların yararını kavrayan ve bu davranışları gerçekleştirmede daha az engelle karşılaşan bir kadının, beklenen sağlık davranışlarını sergileme oranının da yüksek olması beklenmektedir.

Engel algısı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleridir. Sağlık İnanç Modeli'nin yapısına göre yarar algısının yüksek, engel algısının düşük olması davranışa başlama ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir. Literatürde KKMM yapmada engel olarak belirlenen durumlar; zaman kısıtlılığı, bilgi ve beceri eksikliği, davranışı yapmak için kendine güvenememe, KKMM'nin etkinliğinden şüphe duyma, meme kanseri korkusu, unutma, muayenenin hoş olmaması ve muayenenin zor olmasıdır (104,184,185). Çalışmada engel algısı yüksek kadınların KKMM'ni yapmalarında birtakım engellerin olduğu ve bu engellerin kadınların KKMM davranışlarını etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada KKMM yapan kadınların KKMM öz-etkililik (güven) algısı KKMM yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 28). Güney'in (179) çalışmasında da KKMM yapan kadınların KKMM öz-etkililik (güven) algısı KKMM yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti. Altuncan ve ark.nın (113) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin öz-etkililik (güven) algıları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Seçginli ve Nahçıvan'ın (145) çalışma bulgusu, Dünder ve arkadaşlarının (86) çalışması ile Karayurt ve arkadaşlarının (183) çalışma bulguları, bu çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Gerçek ve ark.nın (186) çalışmasında eğitim almanın KKMM öz etkililik algısını olumlu etkilediğini, KKMM yapanların, yapmayanlardan anlamlı olarak KKMM öz etkililik algılarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yine aynı çalışmada 'KKMM'ni bilen ve en az bir kez uygulayanlar' ile 'bilen ancak hiç uygulamayanların' 'hiç bilmeyenlerden' kendilerini daha güvende hissettikleri bulunmuştur. Petro-Nustas ve Mikhail'in (161) çalışmasında,

son bir yılda KKMM yapan kadınların KKMM öz-etkililik algılarının davranışı yapmayanlardan anlamlı olarak fazla olduğu belirlenmiştir.

Öz etkililik; bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder. Bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip, başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısıdır. Bu çalışmada kadınlar genel olarak KKMM yapmak için kendilerini yeterli görmektedir. KKMM yapan kadınların KKMM yapmayan kadınlara göre sağlıklarını koruyucu davranışı yapabilecek yeterlilik ve kapasitede olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların sağlık motivasyonu arasında fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 28). Güney'in (179) araştırmasında KKMM yapan ve yapmayan kadınların sağlık motivasyonu arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Altuncan ve ark.nın (113) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin sağlık motivasyonu algıları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Petro-Nustas ve Mikhail'in (161) çalışmasında, son bir yılda KKMM yapan kadınların sağlık motivasyonu algılarının, KKMM yapmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmektedir.

Araştırmada mammografi çektiren ve çekmeyen kadınların sağlık motivasyonu algısı arasında fark yoktur (Tablo 29). Aydın Avcı'nın çalışması ile Dündar ve arkadaşlarının (86) çalışmasında, mammografi çektiren kadınların motivasyon algısının, çekmeyenlerden yüksek olduğu bildirilmektedir.

Sağlık motivasyonu; sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşması için genel niyet ve istek durumudur. Çalışmadaki kadınların, meme kanserine yönelik erken tanı davranışları için motivasyon puanları yüksektir.

Çalışmamızda 1. derece akrabasında meme kanseri olan kadınların duyarlılık algısı diğer kadınlardan anlamlı şekilde daha yüksekti. Ciddiyet, yarar, engel, güven, sağlık motivasyonu algıları açısından anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 30). Altuncan ve ark.nın (113) çalışmasında ailesinde meme kanseri olanlar ve olmayanların duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, engel ve yarar algıları arasında anlamlı fark bulunamazken, öz-etkililik algısında istatistik olarak anlamlı fark bulunmuştur. İran'da yapılan çalışmada 1. derece akrabasında meme kanseri olan kadınların duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven algıları diğer kadınlardan daha yüksekti (187).

Çalışmamızda evli ve bekar kadınların duyarlılık, ciddiye, yarar, engel, güven ve sağık motivasyonu algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 31). İran’da yapılan çalışmada evli kadınların yarar ve güven algıları bekar kadınlardan daha düşük bulunmuştur. Engel algısı ise evli kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (187).

Araştırmaya katılan kadınların eğitim gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde ciddiye, yarar, engel, güven ve sağık motivasyonu ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim gruplarına göre eğitim almışlar ve eğitim almamışlar arasında duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 32). Fouladi ve ark.nın çalışmasında eğitim seviyesi ile yarar ve güven algıları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. KKMM uygulaması yapanlarda ciddiye, yarar, öz-etkililik algıları KKMM uygulaması yapmayan kadınlara göre daha yüksekti. Tersine bu kadınlarda engel algısı KKMM yapmayan kadınlara göre daha düşük idi. Duyarlılık algısı açısından ise KKMM yapan ve yapmayan grup arasında fark yoktu (187).

Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıklar inançları etkileyebilen demografik (yaş, eğitim v.b.), psikososyal (sosyal sınıf, kişilik v.b.) ve yapısal değişkenlerden (hastalıkla ilgili bilgi ve önceki deneyimler) kaynaklanabilir. SİM’ne göre bu değişkenler bireyin sağık inançlarını etkilemekte, bu da bireyin koruyucu olan KKMM uygulamasında değişikliklere neden olmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür . Bu çalışma, kadınlarda en sık görülen kanser olan meme kanseri ve KKMM hakkında Adana'nın Havutlu mahallesinde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınların bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamalarını öğrenmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %95,0'i meme kanserini duyduğunu belirtmiştir.

Kadınların %74,5'i meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmektedir.

Kadınların %65,9'u meme kanseri risk faktörlerini ve %34,8'i meme kanseri belirtilerini bilmiyorlardı.

Çalışmamızda kadınlar meme kanserini en çok televizyondan duyduklarını belirtmelerde KKMM'ni KETEM'den, mamografiyi en çok doktordan duyduklarını belirtmeleri olumlu bir bulgudur. Bölge Çukurova Üniversitesi'nin sağlık eğitim ve araştırma bölgesi olduğu için daha önce yapılan çalışmalar, sürekli öğrenci, asistan ve hoca ziyaretleri ile halkın sağlık bilgileri canlı tutulmaktadır.

40 yaş üstündeki kadınlara daha önce hiç mamografi çektirip çektirmedikleri sorulmuş ve sadece %47,7'sinden olumlu cevap alınmıştır. 50 yaş üstü kadınların %38,9'u anlamlı şekilde mamografinin ne sıklıkta çekildiğini bilmiyordu. Kadınların eğitim seviyesi arttıkça mamografi yaşını bilme oranları artmaktaydı.

Kadınların %75,5'i daha önce KKMM yapmış iken sadece %11,6'sı her ay düzenli KKMM uygulaması yapmakta idi. KKMM bilgisi olanların yaş ortalaması, KKMM bilgisi olmayanlara göre daha düşüktü. Eğitim almamış kadınların KKMM bilgisi daha azdı. Eğitim alan kadınların KKMM'ni ayda bir yapma oranları anlamlı şekilde daha yüksekti.

Araştırma grubundaki kadınlardan eğitim alanların yaş ortalaması, eğitim almayanlara göre daha düşüktü, yani eğitim alanlar daha gençti.

Kadınların KKMM yapmasını etkileyen faktörlerden yaş, meme kanseri bilgisi olma, KKMM bilgisi olma, mamografi bilgisi olma, meme şikayeti varlığı ve

mamografi çektirmiş olma gibi faktörler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Eğitim seviyesi, medeni durum, en az bir meme kanseri riski yada belirtisini söyleyebilme, hane halkı sayısı, sosyal güvence durumu, birinci derecede akrabasında meme kanseri olması ile KKMM uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.005$).

Kadınların mamografi ektirmelerini etkileyen faktörlerden yaş, meme şikayeti olması, KKMM yapması gibi faktörler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Hane halkı sayısı, sosyal güvence durumu, birinci derecede akrabasında meme kanseri olması, medeni durum ile mamografi ektirme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.005$).

Araştırmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların ciddiye, yarar, engel, öz-etkililik (güven), sağlık motivasyonu algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Çalışmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Çalışmada mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Çalışmamızda 1. derece akrabasında meme kanseri olan kadınların duyarlılık algısı diğer kadınlardan anlamlı şekilde daha yüksekti. Ciddiye, yarar, engel, güven, sağlık motivasyonu algıları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızda evli ve bekar kadınların duyarlılık, ciddiye, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmaya katılan kadınların eğitim gruplarına göre CSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde ciddiye, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu çalışmanın kadınlar açısından bir katkısı da, araştırmaya katılmış olan kadınlara tek tek meme muayenesi yapılmış ve KKMM'nin nasıl yapılacağı uygulamalı olarak anlatılmıştır.

Sonuç olarak, yaklaşık altmış yıldır KKMM, meme kanserini erken tanısı için kadınların yapması gereken, yaşamlarını güvenceye alan bir uygulama olarak tanıtılmış ve meme sağlığı otoritelerince meme kanseri tarama rehberlerinde yer verilmiştir. Ekonomik, kolay ve kadınların kendileri tarafından rahatlıkla yapılabilecek bir uygulama olması, meme kanserinin göreceli de olsa erken tanısında KKMM'nin kadınların yaşamında önemli olduğu düşüncesini kuvvetlendirmektedir. Özellikle

Türkiye'nin de içinde yer aldığı gelişmekte olan düşük-orta gelirli ülkelerde, sosyo-ekonomik gerçekler dikkate alındığında KKMM'nin tartışmasız önemli bir gereklilik ve kaçınılmaz bir uygulama olduğudur. Ancak meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM'nin doğru ve etkin yapılması gerektiği göz ardı edilmemeli, kadınlarda doğru KKMM yapma oranını arttırmada sosyo-kültürel yapı ve özellikler dikkate alınarak, meme sağlığı eğitim programlarının hazırlanması, yaşama geçirilmesi ve yaygınlaştırılmasına önem verilmelidir.

Kadınların meme kanseri hakkında genel bilgilerinin olduğu, fakat bu bilginin tarama davranışı konusunda yeterli olmadığı görülmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Kadınlara, tarama programlarına katılımın kendi sağlıkları için önemi ve gereği, ne zaman, ne sıklıkta, nerelerde ve nasıl katılabilecekleri konusunda net, ayrıntılı ve katılıma yönlendirici mesajların verilmesi önerilir,
- Kadınların sadece arada bir KKMM yapmalarının yeterli olmadığı, bunu düzenli olarak her ay yaptıkları zaman erken taramada başarıya ulaşılabileceği anlatılmalıdır. Bilgilerin kalıcı olması için küçük gruplar halinde uygulamalı eğitimlerin ASM ve KETEM'in işbirliğiyle düzenlenmesi ve bu eğitimlerin periyodik olarak uygulanması önerilir.
- Kadınların mamografi çekirtmesinde bariyerlerin aşılması için toplumsal çalışmalar yapılması önerilir.
- Kadınların meme kanseri bilgi kaynakları olarak sağlık personelinin görsel medyadan daha az belirttikleri saptanmıştır. Kitle iletişim araçları, eğitici sağlık programlarının geniş kitlelere ulaşmasında önemlidir. Medya yardımıyla meme kanseri için risk faktörleri, belirtiler, erken tanı tarama yöntemleri, bu hizmetlerin ücretsiz verildiği tanıtılabilir.
- Kadınların meme kanseri hakkında doğru bilgileri alabilmesi ve olumlu tarama davranışı geliştirebilmeleri için, ulusal tarama programının, kadınlara hizmet sunan ilgili tüm sağlık personeline duyurulması, benimsetilmesi, karşılaşılan tüm kadınlara bu bilgileri aktarmalarının sağlanması önerilir.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturan Aile Hekimliği sisteminde halen yer almayan meme kanseri taramasının yani klinik meme muayenesinin entegre edilmesi önerilir.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve özellikle kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti vermek ile yükümlü olan aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerinde meme kanseri erken tanı yöntemleri, meme kanserinin belirtileri ve risk faktörleri, bu hizmetin hangi merkezlerden ve ne şekilde alınabileceği eğitimi öncelikli konular arasında yer almalıdır. Aile Hekimliğinde hizmet sunacak sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerinde Ulusal Tarama Programının özellikleri ve standart KMM beceri eğitimlerine yer verilmesi önerilir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tarama programlarının yapıldığı yer ile ilgili veri tabanı oluşturularak kadınların direkt yönlendirilebilmesinin sağlanması önerilebilir. Ayrıca aile hekimlerinin kendilerinde kayıtlı meme kanseri için risk taşıyan kadınlara bireysel riskleri konusunda danışmanlık vermeleri, özellikle taramalarını aksatmamaları gerekmektedir.
- Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, meme kanseri için erken tanı tarama yöntemi kullanma, özellikle KKMM yapma durumlarının daha yüksek olması, eğitimin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Eğitim düzeyinin arttırılması ve özellikle de kız çocuklarının okula gönderilmelerini destekleyen kampanyalar çok önemlidir ve desteklenerek devamı sağlanmalıdır. Eğitim kurumlarındaki müfradata meme kanseri risk faktörleri, erken tanı tarama yöntemleri ve bu hizmetlerin hangi merkezlerde verildiğine dair konular entegre edilerek farkındalık yaratılmaya çalışılmalıdır.
- Tarama programları toplum tabanlı hizmetler olduğu ve hedef nüfusun çoğunluğuna ulaşılması gerektiği için řu an KETEM'lerin genelinde uygulanan mektup veya telefon ile davet etme uygulaması desteklenerek, devam etmesi sağlanmalıdır. Çünkü tarama hizmetleri başvuruya dayalı olmamalıdır.
- Hastaların sağlık hizmetine erişmelerinde sorun varsa bu erken tanı tarama hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir. Bu sorunların ne olduğunun

saptanması ve çözüm önerileri oluşturulabilmesi için daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

- Kanserden korunmaya yönelik daha fazla topluma dayalı çalışmalar yapılmalı ve bu araştırmaların sonuçları da topluma yayılmalı ve hizmet planlamada kullanılmalıdır.
- Koruyucu sağlık davranışı sadece bireysel düzeyde değil toplumsal düzeydeki faktörlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık sistemi koruyucu sağlık sistemini kurgulayacak şekilde olmalı, sistem nüfusunu ebe/ hemsire nüfusuna uygun daraltmalı, hizmet yaşlanan nüfusu kapsayacak şekilde olmalı, sevk zinciri işletilmeli, eğitim hizmeti performans kriterlerine dahil edilmeli, yoksulluk/güvencesizlik sağlık hizmetine erişimi engellememeli ve hizmet ev ziyaretleri ile topluma götürülmelidir.
- Meme kanserinin erken tanısına yönelik yapılacak çalışmalarda erken tanı davranışlarının sergilenmesinde kadınların sağlık inanç algıları dikkate alınmalı, kadınların duyarlılıklarını artırıcı eğitimlerle, meme kanserine yönelik olumlu inanç, tutum ve davranışlar oluşturulmalıdır.
- KKMM engellerinin azaltılması (pozitif mesajlarla korku, unutma, ihmalkarlık v.b.engellerin önüne geçilmesi), duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz-etkililiğinin arttırılmasına yönelik girişimler (KKMM yararları, erken tanı öneminde olumlu mesajlar, meme maketi kullanılarak memedeki değişikliklerin fark edilmesine yönelik öz-etkililiğin arttırılması vb.) yapılmalıdır.

Bu çalışmanın sonucu göstermektedir ki, pozitif sağlık inançları kadınların KKMM yapmasında tetikleyici faktördür.

KAYNAKLAR

1. Cancer and breast cancer Erişim: (<http://who.int/cancer/en/index.html>) 2014. Erişim Tarihi: 27.11.2014.
2. Kanser Erişim: (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>) 2014. Erişim Tarihi: 27.11.2014.
3. Cancer fact sheets Erişim: (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx) 2014. Erişim Tarihi: 28.11.2014.
4. **Ozmen V.** Breast cancer in Turkey and in the world. *The Journal of Breast Health*, **2008**;4:6-12.
5. **Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P.** Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. *The Journal of Breast Health*, **2009**;2:87-91.
6. **Şencan O, Akbulut H.** Kanserde tarama ve erken tanı. *Aktüel Tıp Dergisi*, **1998**;3(10): 515-518.
7. **Özyılkan Ö.** Meme ve over kanserlerinde heredite. *Sağlıkta Randevu*, **2000**;6(32):2-16
8. **Aslan F E, Gürkan A.** Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2007**;3(2):17-18.
9. **Tuncer M.** Türkiye’de Kanser Kontrolü.
Erişim: (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ksdb1.pdf>) **2007**. Erişim tarihi: 22.11.2014
10. **Mooney S, Green S, Law MA.** Comparison of Adjuvant Psychological Therapy and Supportive Counseling in Patients With Cancer. *Psycho-oncology*, **1998**;7:218-28.
11. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures. Erişim: (<http://www.cancer.org/>) 2014. Erişim Tarihi: 12.12.2014
12. **Kosters JP, Gotzsche PC.** Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer (Review) Cochrane Database Systematic of Reviews. Erişim: (http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003373/pdf_abstract_fs.html) 2014. Erişim Tarihi:12.12.2014
13. Meme kanseri tarama standartları Erişim: (<http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/424-meme-kanser-tarama-standartlari.html#sthash.2alhPOI4.dpuf>) 2014. Erişim Tarihi:11.12.2014
14. **Rashidi A, Rajaram SS.** Middle Eastern Asian Islamic women and breast self-examination. *Cancer nursing*, **2000**;23(1):64-70.
15. **Nahcivan ÖN, Seçginli S.** Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2003**;7(1):33-37.

16. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, **2007**;20(1):29-36.
17. Azage M, Abeje G, Mekonnen A. Assessment of factors associated with breast self- examination among health extension workers in west Gojjam zone, Northwest Ethiopia. *Int J Breast Cancer*, **2013**;2013:814395.
18. Obeidat RF, Lally RM. Health- related information exchange experiences of Jordanian women at breast cancer diagnosis. *J Cancer Educ*, **2013**;11:290.
19. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Erişim: (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kanser.pdf>) 2014. Erişim Tarihi:27.11.2014
20. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf>) Erişim tarihi: 17.12.2014.
21. Boyle P, Bernard L. The World Cancer Report 2008. Erişim: (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>) 2008. Erişim Tarihi:28.11.2014.
22. Cancer Facts & Figures 2014. Erişim: (<http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2014/index>) 2014. Erişim Tarihi:17.12.2014.
23. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012. Erişim: (http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf) 2012. Erişim Tarihi:18.12.2014.
24. Coleman MP et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*, **2008**;9:730–56.
25. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J. Risks and benefits of estrogen plus progestin in health postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, **2002**;288:321-33.
26. Ozmen V, Anderson BO. The Challenge of Breast Cancer in Low- and Middle-income Countries—Implementing the Breast Health Global Initiative Guidelines. *US Oncology*, **2008**; 76-79.
27. Yip CH, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang ES, Capparella RS, Corbex M, Kreps GL, McTiernan A, Anyanwu S, Cabioglu N, Capparella R, Corbex M, Kovtun A, Kreps G, McTiernan A, Murillo R, Myakynkov V, Nyström L, Ozmen V, Remennick L, Russell C, Sener SF, Sepulveda C, Shastri S, Smith RA. Breast Health Global Initiative Early Detection Panel. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middleincome countries: early detection resource allocation. *Cancer*, **2008**;15:2244-56.
28. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*, **2010**; 15:127(12):2893-917.

29. **Adams S, Chakravarthy AB, Donach M, Spicer D, Lymberis S, Singh B, Bauer JA, Hochman T, Goldberg JD, Muggia F, Schneider RJ, Pietenpol JA, Formenti SC.** Preoperative concurrent paclitaxel-radiation in locally advanced breast cancer: pathologic response correlates with five-year overall survival. *Breast Cancer Res Treat*, **2010**;124(3):723-32.
30. **Malya Ü, Sayek İ.** Meme Kanseri. Sayek İ. Temel Cerrahi. 4.baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri. **2013**;1103-1118.
31. **Perek A.** Memenin Fizyolojisi. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri. **2001**;29-34.
32. **Ünal G.** Meme Hastalıklarında Klinik Tanı ve Kadınların Kendi Memelerini Muayene etmeleri. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**;37-48.
33. **Shapiro S, Venet W, Strax P et al.** Current results of the breast cancer screening randomized trial: The Health Insurance Plan (HIP) of Greater New York study, In: Screening for breast cancer. Toronto, Sam Huber Publishing, **1988**.
34. **Ederer F.** Discussion of Canadian National Breast Screening Study. 2.Breast cancer dedection and death rates among women aged 50-59 years. Bethesda. *NCI National Workshop on Screening for Breast Cancer*, **1993**;(2) 24-25.
35. **Morrison A, Brisson J, Khalid N.** Breast cancer incidence and mortality in the Breast Cancer Detection Demonstration Project. *J Natl Cancer Ins*, **1988**; 80: 1540.
36. **Gülay H, Hacıyanlı M, Göksel H.** Temel ve Sistemantik Cerrahi. İzmir Güven Kitabevi. **2005**; 930-976.
37. **Müslümanoğlu M.** Meme lezyonlarında tanı yöntemleri. Kalaycı G. Genel Cerrahi. 1.Basım, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**; 543-547.
38. **Özgültekin R.** Meme Kanserinde Etyoloji ve Risk Faktörleri. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**;233-245.
39. **Güler N.** Meme Kanserinde Risk Faktörleri. Sayek İ. Temel Cerrahi. 4.baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri. **2013**;1091-1098.
40. **Seçginli S.** Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Sağlığı Geliştirme Programının Tarama Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2007**.
41. **Harman Ö.** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümü'ne Başvuran Meme Kanserli Hastalarda Risk Faktörlerinin Dağılımı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, **2007**.
42. **Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A, Yalçın B.** Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi Ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2011**; 7 (2):47-67.
43. **Darendeliler E, Ağaoğlu FY.** Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. Meme Kanseri. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri. **2003**; 13-33.
44. **Somunoğlu S.** Meme Kanserinde Risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**;2:5.

45. **Yim JH, Aft R, Eberlein TJ.** Meme Cerrahisi. Dohert GM, Meko JB, Olson JA, Peplinski GR, Worrall NK. Washington Cerrahi El Kitabı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi, **2002**;467-480.
46. **Öztürk M.** Onkogenler ve Meme Kanseri. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri. **2001**;251-264.
47. **Bozfakıoğlu Y, Özmen V, Ünal M, Müslümanoğlu M, Keçer M, İğci A, Dağoğlu T.** Meme Kanseri. Kalaycı G. Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**; 557-561.
48. **Brinton LA, Hoover R, Fraumeni JF:** Reproductive factors in the aetiology of breast cancer. *Br J Cancer* **1983**;47: 757-762.
49. **Hulka, BS., Moorman, PG.** Breast Cancer: hormones and other risk factors. *Maturitas.* **2001**; 28 (1), 103-116.
50. **MacMahon B, Cok p, Lin TM et al:** Age at first birth and cancer of the breast. A summary of an international study Bull WHO **1970**;43: 203-212.
51. **Özmen V, Özçınar B, Karanlık H, Cabioglu N, Tükenmez M, Dişci R, Özmen T, İğci A, Müslümanoğlu M, Kecer M, Soran A.** Breast Cancer Risk Factors In Turkish Women – A University Hospital Based Nested Case Control Study. *World. Journal of Surgical Oncology*, **2009**; 7:37.
52. **Evrensel T.** Meme Kanseri Etiyolojisi, Risk Faktörleri Ve Korunma. E. Kayıhan ve S. K. Çetintas. (Ed). Meme Kanserler. Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri. **2005**;623–627.
53. **Onat H, Başaran M.** Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Korunma. Topuz E, Aydinler A, Dinçer M,Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitabevleri. **2003**; 90-107.
54. **Kösebay D, Befe T.** Hormon Replasman Tedavisi ve Meme Kanseri İlişkisi. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri. **2001**;265-272.
55. **Taşkın M.** Şişmanlık ve Meme Kanseri. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri. **2001**;246-250.
56. **Ellison, R.C., Zhang,Y., McLennan, C.E., Rothman, K.J.** Exploring The Relation of Alcohol Consumption To Risk of Breast Cancer. *American Journal of Epidemiology*, **2001**;154(8), 740-747.
57. **Dupont W, Page D.** Relative risk of breast cancer varies with time since diagnosis of atypical hyperplasia. *Hum Pathol*, **1989**; 20: 723-725.
58. Memeder. Kendi Kendine Meme Muayenesi Nedir? Erişim : (http://www.memeder.org/kkm_nedir.htm) **2015**. Erişim tarihi:05.01.2015.
59. **Lester J.** Breast Cancer in 2007: Incidence, Risk AQssessment, and Risk Reduction Strategies. *Oncology Nursing*, **2007**;11: 619-22.
60. **Somunoğlu S.** Meme Kanseri: Belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**;10 (4):103-22.
61. **Göksel H.** Meme Muayenesi. Sayek İ. Temel Cerrahi El Kitabı. İstanbul:Güneş Tıp Kitabevleri. **2009**;284-292.
62. **Başaran Demirkazık F.** Meme Hastalıklarında Görüntüleme. Sayek İ. Temel Cerrahi El Kitabı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri. **2009**;293-299.

63. **Esen G.** Meme Hastalıklarında Mamografik Tarama. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri. **2001**;89-95.
64. **Ünal M.** Meme Kanserinde Tarama. Kalaycı G. Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. **2002**;569-572.
65. **Karakuş F.** Malatya İl Merkezinde Bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, **2008**.
66. MemeKanseri. Erişim:(http://www.kanserleyasamak.org/genel_bilgiler.php?content=9#content)**2014**. Erişim Tarihi: 30.11.2014.
67. **Bozfakıoğlu Y, Asoğlu O.** Meme kanseri. Değerli Ü, Erbil Y. Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, **2006**;277-86.
68. **Zhang YJ, Liu L, Ma L, Yu W, Liu M, Cheng LQ, Li J, Zheng YQ, Wang JD, Kong QL, Li XR.** Intraoperative radiotherapy in patients with breast cancer treated by breast-conserving therapy. *Tumori*, **2012**;98(6):736-42.
69. **Özmen V.** Meme Kanserinde Moleküler Biyoloji. Kalaycı G. Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. **2002**;562-568.
70. **Bellamy R.** Introduction to Patient Education: Theory and Practice. *Med Teach*, **2004**; 26 (4): 359-365.
71. **Mikhail BI, Petro-Nustas WI.** Transcultural Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Journal of Nursing Scholarship*, **2001**; 33 (2): 159-165.
72. **Lee EH, Kim JS, Song MS.** Translation and Validation of Champion's Health Belief Model Scale with Korean Women. *Cancer Nursing*, **2002**; 25: 391-395.
73. **Rosentock, I.M, Strecher, V.J, & Becker, B.H.** Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, **1988**;15(2),175-183.
74. **Champion VL.** Instrument Refinement for Breast Cancer Screening Behaviors. *Nursing Research*, **1993**; 42 (3): 139-143.
75. **Baltaş Z.** Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, İstanbul: Remzi Kitapevi, **2000**; 37-39.
76. **Gözüm S, Aydın İ.** Champion'un Sağlık İnanç Modeli Skalası'nın Türkçe Uyarlanmasının Geçerliliği. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya, Eylül **2003**: 67.
77. **Karayurt Ö.** Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkiye İçin Uyarlanması ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, **2003**.
78. SPSS 11.5
79. TNSA 2013 Erişim: (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) **2014**. Erişim tarihi: 17.12.2014.
80. **Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvıçık S, Gürbüz Z.** Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 olgu. *International Journal of Hematology and Oncology*, **2010**; 20:27-33.

81. Eti Aslan F, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *J Breast Health*, 2007; 3:63-68.
82. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioglu N, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir’de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. *J Breast Health*, 2009; 5:214-224.
83. Uncu F, Bilgin N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *J Breast Health*, 2011; 7:167-175.
84. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, İyigün E. Women’s breast cancer risk perception and attitudes toward screening tests. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2010; 28:189-201.
85. Demir Yıldırım A, Özaydın AN. İstanbul / Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. *J Breast Health*, 2014; 10: 47-56.
86. Dündar P, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu N. The Knowledge and Attitudes of Breast Self Examination and Mamography in A Group of Women in A Rural Area in Western Turkey. *BMC Cancer*, 2006;6:1-9.
87. Dinçel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, Şahin M, Taşova M, Akkuş MA. İlk Mamografi Yaşına etki Eden Faktörler. *The Journal of Breast Health*, 2010;6 (3); 113-117.
88. Kabataş MS, Kızıl H, Duman D. Bayan Öğretmenlerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2010;6:4(150-155).
89. Saeed SR, Yacoub BY, Mohammed AL. Are Women in Kuwait Aware of Breast Cancer and Its Diagnostic Procedures? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2014; 15(15)-6307.
90. Zavare MA, Baghestan AG, Latiff LA, Matinnia N, Hoseini M. Knowledge of Breast Cancer and Breast Self-Examination Practice among Iranian Women in Hamedan, Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 2014; 15(16):6531-4.
91. Isara AR, Ojedokun CI. Knowledge of breast cancer and practice of breast self-examination among female senior secondary school students in Abuja, Nigeria. *J Prev Med Hyg*, 2011;52, 186-90.
92. Sönmez Y. Meme ve Serviks Kanzerinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
93. Maral I, Budakoğlu İ, Özdemir A, Bumin A. Behaviors Toward Methods of Breast Cancer Early Detection in Women Over 40 Years in a Rural Region of Ankara. Turkey. *Journal of Cancer Education*, 2009; 24:127-128.

94. **Guvenc I, Guvenc G, Tastan S, Akyuz A.** Identifying Women's Knowledge about Risk Factors of Breast Cancer and Reasons for Having Mammography. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **2012**; 13: 4191-4197.
95. **Tastan S, Iyigun E, Kilic A, Unver V.** Health Beliefs Concerning Breast Self-examination of Nurses in Turkey. *Asian Nursing Res*, **2011**;5:151-6.
96. **Karadag G, Gungormus Z, Surucu R, Savas E , Bicer F.** Awareness and Practices Regarding Breast and Cervical Cancer among Turkish Women in Gazientep. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **2014**;15(3):1093-8.
97. **Çetin N, Tulay N, Benli AR, Demir N, Kartounian J.** Meme Kanseri ve Meme Kanseri Taramasına İlişkin Türk Kadınlarının Bilgi, Tutum ve Görüşleri. *Dirim*, **2007**;311-321.
98. **Radi SM.** Breast cancer awareness among Saudi females in Jeddah. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2013**;14:4307-12.
99. **Hussein DM, Alorf SH, Al-Sogaih YS et al.** Breast cancer awareness and breast self-examination in Northern Saudi Arabia. a preliminary survey. *Saudi Med J*, **2013**;34: 681-8.
100. **Mahfouz A, Hassanein M, Nahar S, et al.** Breast cancer knowledge and related behaviors among women in Abha city, southwestern Saudi Arabia. *JCE*, **2013**;28: 516-520.
101. **El Mhamdi S, Bouanene L, Mhirsı A, et al.** Women's knowledge, attitudes and practice about breast cancer screening in the region of Monastir (Tunisia). *Aust J Prim Health*, **2013**;19:68-73.
102. **Aslan A, Temiz M, Yiğit Y, Can R, Canbolat E, Yiğit F.** Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *TSK Koriyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**;6(3):193-198.
103. **Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Öthan K, Arslan K.** Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, Meme Sağlığı Dergisi*, **2010**; 6(2):074-079.
104. **Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB.** Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. *Public Health Nursing*. **2001**; 18: 357- 363.
105. **Gøtzsche PC, Nielsen M.** Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*, **2009**;7:1877.
106. **Nur N.** Breast cancer knowledge and screening behaviors of the female teachers. *Women & Health*, **2010**;50:37-52.
107. **Seçginli S, Nahçıvan NO.** Factors Associated with Breast Cancer Screening Behaviors in a Sample of Turkish Women: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, **2006**;43; 161-171.
108. **Sorenson J, Hertz A, Gudex C.** Evaluation of a Danish teaching program in breast self-examination. *Cancer Nursing*, **2005**;28:141-7.

109. **Luszczynska A.** Change in breast self-examination behavior: Effects of intervention on enhancing self-efficacy. *International Journal of Behavioral Medicine*, **2004**;11:95-103.
110. **Danigelis NL, Worden JK, Flynn BS, Skelly JM, Vacek PM.** Increasing mammography screening among low-income African American women with limited access to health information. *Preventive Medicine*, **2005**;40,880-7.
111. **Avis NE, Smith KW, Link CL, Goldman MB.** Increasing mammography screening among women over age 50 with a videotape intervention. *Preventive Medicine*, **2004**;39:498–506.
112. **Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U.** Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. *World J Surg Oncol*, **2006**;4:11.
113. **Altunkan H, Akin B, Ege E.** Awareness and practice of breast self examination (BSE) among 20-60 years women. *J Breast Health*, **2008**;4:84-91.
114. **Baig MR, Subramaniam V, Chandrasegar AA, Khan TM.** A population based survey on knowledge and awareness of breast cancer in the suburban females of Sungai Petani, Kedah, Malaysia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, **2011**;3:671-679.
115. **Harirchi I, Azary S, Montazeri A, et al.** Literacy and breast cancer prevention: a population-based study from Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2012**;13:3927-30.
116. **Seçginli S, Nahcıvan NO.** Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. *Cancer Nursing*, **2004**;27(4):287-94.
117. **Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H.** Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2007**;53-57.
118. **Fındık Ü, Turan N.** Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarının belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2004**;53-60.
119. **Demirkıran F, Balkaya NA, Memis S, Türk G, Özvurmaz S, Tunçyürek P.** How Do Nurses And Teachers Perform Breast Self-Examination: Are They Reliable Sources Of Information?. *BMC Public Health*, **2007**;7(96):2-8.
120. **Alpteker H, Avcı A.** Kırsal alandaki kadınların meme kanser bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2010**; 6: 2.
121. **Güner İ, Tetik A, Gönener D.** Kadınların kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, **2007**; 13(2), 55-60.
122. **Çakmak Z.** Kırıkkale ilinde meme patolojileri prevalansı. 9.Ulusal Halk Sağlığı Günleri Kongresi. Ankara, 28 Eylül-1 Ekim **2005**:406.
123. **Sirin A, Atan SU, Tasci E.** Protection from cancer and early diagnosis applications in Izmir, Turkey: a pilot study. *Cancer Nurs*, **2006**;29:207-13.

124. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, Ince S, Erguvenli O, Yıldırım A. Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. *Gulhane Medical Journal*, **2006**;48(4):200-4.
125. Çevik C, Akbulut G, Erkal S. Memede Kitle şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Kitle Fark Edilmesine Etkisi. *Hemşirelik Forumu*, **2005**;6:4-8.
126. Seçgin Sayhan E. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi'ne 2007-2011 Yılları Arasında Başvuran Meme Kanseri Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, **2013**.
127. Noroozi A, Jomand T, Tahmasebi R. Determinants of breast self-examination performance among Iranian women: an application of the health belief model. *J Canc Educ*, **2011**;26:365-74.
128. Redhwan AA, Dhekra HA, Yuri V BB, et al. Practice and barriers toward breast self-examination among young Malaysian women. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2011**;12:1173-8.
129. Aslan FE, Şelimen D, İşsever H. İstanbul'da kadınların meme kanseri tarama programlarına katılımı. *Çağdaş Cerrahi Dergisi*, **2002**;16:86-96.
130. Doganer YC, Aydoğan U, Kilbas Z, Rohrer JE, Sari O, Usterme N, Yuksel S, Akbulut H, Balkan SM, Sağlam K, Tufan T. Predictors Affecting Breast Self-Examination Practice among Turkish Women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **2014**;15(20):9021-5.
131. Sadler GR, Ko CM, Cohn JA, White M, Weldon R, Wu P. Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: the Black cosmetologists promoting health program. *BMC Public Health*, **2007**;7:57.
132. Ryu E, Ahn O, Baek SS, Jeon MS, Han SE, Park YR, Ham MY. Predictors of mammography uptake in Korean women aged 40 years and over. *J Adv Nurs*, **2008**; 64:168-75.
133. Azubuike S, Okwuokei S. Knowledge, attitude and practices of women towards breast cancer in benin city, Nigeria. *Ann Med Health Sci Res*, **2013**; 3:155-160.
134. Silva TB, Mauad EC, Carvalho AL, et al. Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. *Rural Remote Health*, **2013**;13, 2321.
135. Jahan S, Al-Saigul AM, Abdelgadir MH. Breast cancer. Knowledge, attitudes and practices of breast self examination among women in Qassim region of Saudi Arabia. *Saudi Med J*, **2006**;27:1737-41.
136. Hisham AN, Yip CH. Overview of breast cancer in Malaysian women: A problem with late diagnosis. *Asian J Surg*, **2004**; 27:130-3.
137. Al-Dubai SA, Ganasegeran K, Alabsi AM, et al. Exploration of barriers to breast-self examination among urban women in Shah Alam, Malaysia: a cross sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2012**;13, 1627-32.

138. **Al-Naggar RA, Bobryshev YV, Al-Jashamy K.** Practice of breast self-examination among women in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2012**;13:3829-33.
139. **Öztürk M, Engin VS, Kısıoğlu AN, Yilmazer G.** Effect of education on knowledge and attitude of breast self-examination among 25+ years old women. *Eastern Journal of Medicine*, **2000**;5(1):13-7.
140. **Öktem A.** Türkiye Cumhuriyeti Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde Sağlıkla İlgili Bölümler Dışındaki 3. Ve 4. Sınıf Kız Öğrencilerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon, **2012**.
141. **Alpteker, H., Gümüş D. Doğan S., Bilir S. Önal M.** Kız Öğrencilerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2011**;7(3):176-181.
142. **Al-Dubai S, Qureshi A, Saif-Ali R et al.** Awareness and knowledge of breast cancer and mammography among a group of Malaysian women in Shah Alam. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2011**;12:2531-8.
143. **Sathian B, Nagaraja SB, Banerjee I, Sreedharan J, De A, Roy B, Rajesh E, Senthilkumaran S, Hussain SA, Menezes RG.** Awareness of Breast Cancer Warning Signs and Screening Methods among Female Residents of Pokhara Valley, Nepal. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2014**;15 (11):4723-4726.
144. **Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H.** Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *J Breast Health*, **2015**; 11: 31-8.
145. **Nahcivan NO, Seçginli S.** Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum*, **2007**; 34:425-432.
146. **Güçlü S, Tabak RS.** Impact of health education on improving women's knowledge and awareness of breast cancer and breast self examination. *J Breast Health*, **2013**; 9:18-22.
147. **Yilmazel G.** Determining practicing of breast self-examination and breast cancer risk factors in women aged twenty years and over living in a rural area of Çorum. *J Breast Health*, **2013**; 9:82-87.
148. **Heidari Z, Mahmoudzadeh-Sagheb HR, Sakhavar N.** Breast cancer screening knowledge and practice among women in southeast of Iran. *Acta Medica Iranica*, **2008**;46:321-8.
149. **Parsa P, Kandiah M, Mohd Zulkefli NA, et al.** Knowledge and behavior regarding breast cancer screening among female teachers in Selangor, Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2008**;9:221-7.
150. **Akhtari-Zavare M, Muhamad HJ, Salmiah MS, Irmı AM.** Beliefs and behavior of Malaysia undergraduate female students in a public university toward breast selfexamination practice. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2013**;14:57-61.

151. **Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, et al.** Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. *Asia Pac Fam Med*, **2008**;7:1-6.
152. **Rasu RS, Rianon NJ, Shahidullah SM, Faisel AJ, Selwyn BJ.** Effect of educational level on knowledge and use of breast cancer screening practices in Bangladeshi women. *Health Care Women Int*, **2011**;32:177-89.
153. **López-de-Andrés A, Martin-Lopez R, Hernández-Barrera V, et al.** Carrasco-Garrido P, Gil-de-Miguel A, Esteban y Peña MM, et al. Predictors of breast and cervical cancer screening in a Spanish metropolitan area. *J Womens Health (Larchmt)*, **2010**;19:1675-81.
154. **Park MJ, Park EC, Choi KS, Jun JK, Lee HY.** Sociodemographic gradients in breast and cervical cancer screening in Korea: the Korean National Cancer Screening Survey (KNCS) 2005-2009. *BMC Cancer*, **2011**;11:257.
155. **Todd L, Harvey E, Hoffman-Goetz L.** Predicting breast and colon cancer screening among English-as-a secondlanguage older Chinese immigrant women to Canada. *J Cancer Educ*, **2011**;26:161-9.
156. **Açıkgöz A.** Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2010**.
157. **Kılıc S, Tezcan S, Kömürcü S, Özet A, Cakir B, Arpacı F.** Characteristics of survival of female breast cancer patients followed at the Gulhane Military Medical Academy Department of Medical Oncology between 1992–2002. *Turk J Hematol Oncol*, **2004**;14:1–13.
158. **Ravichandran K, Al-Hamdan NA, Mohamed G.** Knowledge, attitude, and behavior among Saudis toward cancer preventive practice. *J Family Community Med*, **2011**;18:135-42.
159. **Bener A, El Ayoubi HR, Moore MA, et al.** Do we need to maximise the breast cancer screening awareness? Experience with an endogamous society with high fertility. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2009**;10:599-604.
160. **Khalili AF, Shahnazi M.** Breast cancer screening (breast self-examination, clinical breast exam, and mammography) in women referred to health centers in Tabriz, Iran. *Indian J Med Sci*, **2010**;64:149-62.
161. **Petro-Nustus W, Mikhail BI.** Factors associated with breast selfexamination among Jordanian women. *Public Health Nursing*, **2002**;19 (4):263-271.
162. **Grosse Frie K, Ramadas K, Anju GA, et al.** Determinants of participation in a breast cancer screening trial in Trivandrum district, India. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2013**;14:7301-7.
163. **Karayurt O, Dramali A.** Adaptation of champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nurs*, **2007**; 30:69-77.

164. **Gucuk S, Uyeturk U.** Effect of direct education on breast self examination awareness and practice among women in Bolu, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2013**;14:7707-11.
165. **Akhtari-Zavare M, Juni MH, Said SM, et al.** Beliefs and behavior of Malaysia undergraduate female students in a public university toward breast self-examination practice. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2013**;14:57-61.
166. **Avci IA.** Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Eur J Oncol Nurs*, **2008**;12:127-33.
167. **Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H.** Kadınların Kanser Konusunda Bilgi Ve Tutumları İle Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2011**;25(3):145 – 154.
168. **Karahan A, Topuzoğlu A, Harmancı H.** Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 23-28 Eylül **2002**:57-59.
169. **Avcı İA.** The Health Beliefs Relating to Mammography of Midwives and Nurses. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2007**; 3:4-8.
170. **Akpınar YY, Baykan Z, Naçar M, Gün İ, Çetinkaya F.** Knowledge, attitude about breast cancer and practice of breast cancer screening among female health care professionals: a study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2011**;12:3063-8.
171. **Yılmaz M, Guler G, Bekar M, Guler N.** Risk of breast cancer, health beliefs and screening behaviour among Turkish academic women and housewives. *Asian Pacific J Cancer Prev*, **2011**;12:817-22.
172. **Tu SP, Yasui Y, Kuniyuki AA, Schwartz SM, Jackson JC, Hislop TG, Taylor V.** Mammography screening among Chinese-American women. *Cancer*, **2003**; 97:1293-1302.
173. **Kanaga KC, Nithiya J, Shatirah MF.** Awareness of breast cancer and screening procedures among Malaysian women. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2011**;12:1965-7.
174. **Ozmen V, Ozaydin AN, Cabioglu N, Gulluoglu BM, Unalan P, Gorpe S, Oner BR, Aribal E, Thomas DB, Anderson BO.** Survey on a mammographic screening program in Istanbul, Turkey. *Breast J*, **2011**; 17: 260–267.
175. **Ersin F, Gözükar F, Polat P, Erçetin G, Bozkurt ME.** Determining the health beliefs and breast cancer fear levels of women regarding mammography. *Turk J Med Sci*, **2015**;45.
176. **Price MA, Butow PN, Charles M, Bullen T, Meiser B, McKinley JM, McLachlan SA, Phillips KA.** Predictors of breast cancer screening behavior in women with a strong family history of the disease. *Breast Cancer Res Treat*, **2010**;124(2):509-19.
177. **Duman NB, Yilmazel G, Pınar G, Buyukgonenc L.** The Risk Level Of Breast Cancer And Breast Cancer Awareness Among The Turkish Women Aged 65 Years And Older. *International Journal Of Hematology And Oncology*, **2015**;1: 25.

178. **Cinar Yucel S, Orgun F, Tokem Y, Unsal Avdal E, Demir M.** Determining the Factors that Affect Breast Cancer and Self Breast Examination Beliefs of Turkish Nurses in Academia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **2014**;15(3):1275.
179. **Güney E.** İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2009**.
180. **Jironjwong S, McLennan R.** Health beliefs, perceived self-efficacy, and selfexamination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, **2002**; 41(3): 241- 249.
181. **Speedy S, Hase S.** Health beliefs and perceptions of women presenting or not presenting for mammographic screening in a rural health setting. *Australian Journal of Rural Health*, **2000**; 8: 208–213.
182. **Holm CJ, Deborah F, Curtin J.** Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior. *Cancer Nursing*, **1999**; 22(2):149-156.
183. **Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K.** Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2008**; 4(1): 15-20.
184. **Merey S.** Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. Yüksek LisansTezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2002**.
185. **Kurtz ME, Given BG, Given CW, Kurtz JC.** Relationships of barriers and facilitators to breast self-examination, mammography and clinic breast examination in a worksite population. *Cancer Nursing*, **1993**; 16(4): 251-259.
186. **Gerçek S, Duran Ö, Yıldırım G, Karayel H.** Kredi yurtlar kurumunda kalan kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi sağlık inançları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2008**;4 (3) :157-161.
187. **Fouladi N, Pourfarzi F, Mazaheri E, Asl HA, Rezaie M, Amani F, Nejad MR.** Beliefs and Behaviors of Breast Cancer Screening in Women Referring to Health Care Centers in Northwest Iran According to the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **2013**; 14/11(6857-62):1513-7368.

EKLER

Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu

ADANA HAVUTLU BELDESİNDEKİ 20 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI

(20 Yaş ve Üstü Kadınlar)

Merhaba! Ben Uz.Dr.S.Sibel Demir. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D’nda doktor olarak çalışmaktayım. “Havutlu Beldesindeki 20 yaş ve üstü kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması” konulu bir çalışma yapıyorum. Sizinle konuşmak, bu konuda bazı sorular sormak, meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi düzeyini ölçen Champion Sağlık İnanç Ölçeğini uygulamak, meme muayenesi yapmak ve kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapıldığını size de göstermek istiyorum.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen, sağlık güvenlik kurumunuzdan da herhangi bir kesinti yapılmasına neden olmayacak olan ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Uz.Dr.S.Sibel Demir Uzan

____SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

TARİH
ADI-SOYADI

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

Ek 2: Anket Formu

ADANA HAVUTLU BELDESİNDEKİ 20 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI

Adana Havutlu Mahallesi'nde oturan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgilerini derlemek amacıyla bu anket sizlere sunulmaktadır. Burada vermiş olduğunuz tüm bilgiler hasta hakları çerçevesi içinde gizli tutulacak ve saklanacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ediyoruz.

Anket No:

Anket Kayıt Tarihi:

1)Adınız Soyadınız:

2)Yaşınız:

3)Boyunuz(cm):

4)En son ağırlığınız (kg):

5)Medeni durumunuz:

a)Hiç evlenmemiş b).....yıdır evli c)Eşi ölmüş d)Boşanmış e)Ayrı yaşıyor

6)Eğitiminiz (bitirilen okul):

a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul

e)Lise f)Yüksekokul g)Üniversite h)Lisansüstü

7)Ne kadar süredir burada yaşıyorsunuz?

8)Evinizde yaşayan kişi sayısı kaçtır?

9) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

10)(Cevap **evet** ise) ne iş yapıyorsunuz?

11)Yaşadığınız eve bir ayda giren toplam para ne kadar?

12)Hangi sosyal güvenlik kurumuna bağlısınız?

a)Bağlı değil b)SGK c) Özel sigorta d)Bilmiyor e)Diğer

13)Sigara içiyor musunuz?

a)Hiç içmedim b)Ara sıra içiyorum c)Düzenli içiyorum d)Eskiden içiyordum, bıraktım

14)Sigara içmeye kaç yaşında başladınız/başlamıştınız ?

15)Kaç yıldır ve günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz / içiyordunuz?

16)Alkol kullanıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

17)Hekim tarafından tanı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

a)Evet b)Hayır

18)(Cevap **evet** ise) ne hastalığınız var?

a)Şeker Hastalığı (Tip I)

b)Şeker Hastalığı (Tip II)

c)Kalp Hastalığı

d)Yüksek tansiyon Hastalığı

e)Kemik erimesi

f)Meme kanseri

g)Yumurtalık kanseri

h)Kalın barsak kanseri

i)Osteoporoz

j)Diğer1

k)Diğer2

19)İlk kez kaç yaşında adet oldunuz?

20)Gebeliği önlemek için herhangi bir yöntem kullandınız mı?

- a)Evet b)Hayır
- 21)(Cevap **evet** ise) hangi yöntemi kullandınız?
- a)Hap b)İğne/enjeksiyon c)Deri altı implantı/ Norplant
- d)Spiral(hormonlu)
- e)Erkek kondomu f)ertesi gün hapı g)Fital/Jel/Köpük/Diyafram h)Spiral (hormonsuz)
- ı)Kadın kondomu i)Geri çekme j)Takvim yöntemi k)Vajinal halka
- l)Diğer
- 22)Halen düzenli adet görüyor musunuz? (Cevap **evet** ise 19. Soruya geçiniz)
- a)Evet b)Hayır
- 23)En son adetinizi ne zaman gördünüz?
- 24)(Menopozda ise) Bu güne kadar hiç hormon tedavisi aldınız mı veya halen alıyor musunuz?
- a)Evet b)Hayır
- 25)Kaç kez gebe kaldınız mı?
- 26)Kaç canlı doğum yaptınız?
- 27)İlk kez doğum yaptığınızda, kaç yaşındaydınız?
- 28)Son doğum yaptığınızda, kaç yaşındaydınız?
- 29)(Canlı doğum yapmış ise) Çocuklarınızı hiç emzirdiniz mi?
- a)Evet b)Hayır
- 30)(Cevap **evet** ise) Çocuklarınızı toplam kaç ay emzirdiniz?
- 31)Siz hiç (kendiliğinden) düşük yaptınız mı?
- a)Evet b)Hayır
- 32)Genel olarak fizik aktivite /spor yapar mısınız?
- a)Evet b)Hayır
- 33)(Cevap **evet** ise) hangi sporları yaparsınız?
- a)Yürüyüş b)Koşu c)Yüzme d)Aerobik e)Bisiklet f)Diğer
- 34)En fazla yaptığınız sporu ne sıklıkta yaparsınız?
- a)Ayda 1-2 kere b)Haftanın her günü c)Haftanın 5 günü d)Haftanın 3 günü e)Haftanın 1 günü
- 35)En fazla yaptığınız sporun 1 seansı ne kadar sürüyor?
- a)0-30 dakika b)31-60 dakika c)60 dakikadan fazla
- 36)Türkiye’de kadınlarda en sık görülen 3 kanser hangisidir?
- 37)Meme kanseri ile ilgili herhangi bir şey duydunuz/okudunuz mu?
- a)Evet b)Hayır
- 38)Meme kanseri ile ilgili bilgileri en çok nereden öğrendiniz?
- a)Doktor b)Hemşire c)Arkadaş/Akraba d)Televizyon e)Radyo
- f)Kitap g)Gazete/Dergi h)Broşür/Poster ı)İnternet-Web sayfası j)Diğer
- 39)Meme kanseri risk faktörleri nelerdir?

	Hatırlatmadan	Hatırlatmalı
İleri yaştaki kadınlar		
Erken adet olmak		
Geç yaşta adetten kesilmek		
Hiç doğum yapmamak		
İlk doğumu 30 yaşından sonra yapmak		
Bebeğini emzirmemiş kadınlar		
Çocuklukta ışın tedavisi almak		
Doğum kontrol hapı kullanmak		
Menopoz ilaçları kullanmak		
Akrabalarında meme kanseri olması		
Sigara kullanan kadınlar		
Alkol kullanan kadınlar		
Spor yapmamak		
Yağdan zengin gıdalarla beslenmek		
Daha önce bir memede kanser olması		
Bilmiyorum		
Diğer		
Diğer		

40)Meme kanseri belirtisi/belirtileri nelerdir?

	Hatırlatmadan	Hatırlatmalı
Memede şişlik		
Meme üzerinde yara		
Memede ağrı		
Memede portakal kabuğu görünümü		
Meme başında çökme		
Meme başından kanlı akıntı gelmesi		
Koltuk altında beze		
Bilmiyorum		
Diğer		
Diğer		

41)Meme kanseri tedavi edilebilen bir hastalık mıdır?

a)Evet b)Hayır c) Bilmiyorum

42)Meme kanserinin erken tanısı konulabilir mi?

a)Evet b)Hayır c) Bilmiyorum

43)(Cevap evet ise) Meme kanserinin erken tanısını koymak için neler yapılabilir?

a)KKMM b)Klinik meme muayenesi c)Mammografi d)Ultrason e)Diğer

f)Fikrim yok

44)Mammografi ile ilgili herhangi bir şey duydunuz/okudunuz mu?

a)Evet b)Hayır

45)Mammografi ile ilgili bilgileri en çok nereden öğrendiniz?

a)Doktor b)Hemşire c)Arkadaş/Akraba d)Televizyon e)Radyo

f)Kitap g)Gazete/Dergi h)Broşür/Poster ı)İnternet-Web sayfası j)Diğer

46)Erken tanı amacıyla kaç yaşındakiler mammografi çektirmeli?

47)Erken tanı amacıyla ne sıklıkla mammografi çektirilmeli?

a)Ayda bir b)6 ayda bir c)Yılda bir d)Diğer e) Bilmiyorum

- 48) Sizce, erken tanı konulursa, meme kanseri tedavi edilebilen bir hastalık mıdır?
a)Evet b)Hayır
- 49) Memelerinizle ilgili herhangi bir şikayetiniz var mı?
a)Evet b)Hayır
- 50) Daha önce hiç kendi kendinize meme muayesi yaptınız mı?
a)Evet b)Hayır
- 51) Ne sıklıkta kendi kendinize meme muayenesi yaparsınız?
a)Ayda bir b)Haftada bir c)Yılda bir d)Zaman zaman e)Hiç yapmam f)Diğer
- 52) Kendi kendine meme muayenesini hangi gün yapıyorsunuz?
a)Adet bitikten sonraki birkaç gün b)Adet sırasında c)Adet başlamadan önceki birkaç gün
d)diğer
- 53) Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgiyi en çok nereden duyduunuz/öğrendiniz?
a)Doktor b)Hemşire c)Arkadaş/Akraba d)Televizyon e)Radyo
f)Kitap g)Gazete/Dergi h)Broşür/Poster ı)İnternet-Web sayfası j)Diğer
- 54) Daha önce hiç mamografi çektirdiniz mi?
a)Evet b)Hayır
- 55) Daha önce hiç mamografi çektirmediyseniz, niçin çektirmediniz?
a)Gerekli olduğunu bilmiyordum b)Parasal sorunum vardı c)Eşim izin vermedi
d)Dini inançlarıma uygun değil e)Utaniyorum f)Diğer(Belirtiniz)
- 56) Ailenizde meme kanseri hastalığı olanlar var mı?
a)Evet b)Hayır
- 57) (Cevap **evet** ise) hastalandığında kaç yaşındaydı ?
- 58) Fizik muayene bulguları:

Ek 3: Champion’u Sağlık İnanç Ölçeği

CHAMPİON SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Boş bırakmayınız. Teşekkür ederim.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Araş.Gör.Dr.S.Sibel Demir

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
DUYARLILIK ALGISI					
1-Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek					
2-Birkaç yıl içinde meme kanseri olma şansım çok yüksek					
3-Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum					
CİDDİYET/ÖNEM ALGISI					
4-Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor					
5-Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor					
6-Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutur					
7-Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir					
8-Meme kanseri olmam eşim veya erkek arkadaşım ile ilişkiyi kötüleştirebilir					
9-Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir					
10-Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
YARAR ALGISI					
11-Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum					
12-Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (bezelerini) erken bulmama yardımcı olur					
13-Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir					
14-Kendi kendine meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (beze) saptarsam, meme kanseri tedavim kötü olmayabilir					
ENGEL ALGISI					
15-Kendi kendine meme muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum					
16-Kendi kendine meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendirir					
17-Kendi kendine meme muayenesi beni utandırıyor					
18-Kendi kendine meme muayenesi çok zamanımı alıyor					
19-Kendi kendine meme muayenesi yapmayı unutuyorum					
20-Kendi kendine meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok					
21-Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur					
22-Düzenli mamografi (meme filmi) çektiriyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur					
23-Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür					
24-Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur					
25-Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan daha önemli sorunlarım var					

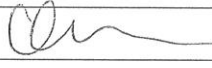
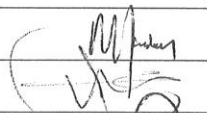
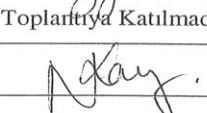
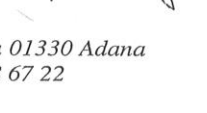
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
GÜVEN/ÖZ-ETKİLİLİK					
26-Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum					
27-Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim					
28-Kendi kendine meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulabilirim					
29-Mememde 2,5cm (25 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim					
30-Mememde 1,5 cm (yeni 50 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim					
31-Mememde bezelye büyüklüğünde bir kitle (beze) bulabilirim					
32-Kendi kendine meme muayenesi yaparken izlenecek adımları biliyorum					
33-Kendi kendine meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim					
34-Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim					
35-Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim					
SAĞLIK MOTİVASYONU					
36-Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim.					
37-Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir					
38-Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım					
39-Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum					
40-Dengeli beslenirim					
41-Haftada en az üç kez egzersiz yaparım					
42-Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırım					

Ek 4: Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
27	3 Ocak 2014

KARAR NO 5- Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Hakan Demirhindi yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Sevim Sibel Demir Uzan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Adana Havutlu Beldesindeki 20 Yaş ve Üstü Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Araştırılması" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Mülkiye Kasap Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Sevim Sibel Demir
Doğum Tarihi ve Yeri : 1973, Gediz/Kütahya
Medeni Durumu : Evli, 1 çocuklu
Adres : Gürselpaşa Mah. 74589. Sok. Parksu Evleri C-Blok
Kat:2 Daire:5
Telefon : 0-533-5441291
E-mail : sevimsibeluzan@hotmail.com

Mezun Olduğın Tıp Fakültesi : Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : TEAŞ Orhaneli Termik Santrali Kurum Hekimliği
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğit.ve Araş. Hast. Genel
Cerrahi Asistanı
Ürgüp Devlet Hastanesi- Genel Cerrahi Uzmanı
Bulancak Devlet Hastanesi- Genel Cerrahi Uzmanı
Düziçi Devlet Hastanesi- Genel Cerrahi Uzmanı
Ceyhan Devlet Hastanesi- Genel Cerrahi Uzmanı

Yabancı Dil : İngilizce