



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İSTANBUL/ MODA'DA OTURAN KADINLARIN MEME KANSERİ
BİLGİ DÜZEYLERİ, BİLGİ KAYNAKLARI VE MEME SAĞLIĞI İLE
İLGİLİ UYGULAMALARI**

AYÇA DEMİR YILDIRIM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN

İSTANBUL - 2011

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Ayça DEMİR YILDIRIM

Tez Başlığı : İstanbul/Moda' da Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı ile İlgili Uygulamaları

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 14/09/2011

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

Öğr.Gör.A.Nilüfer ÖZAYDIN

Marmara Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr.Bahadır M.GÜLLÜOĞLU

Marmara Üniversitesi

Prof.Dr.Melda KARAVUŞ

Marmara Üniversitesi

Prof.Dr.Işıl MARAL

Marmara Üniversitesi

Prof.Dr.Sibel KALAÇA

Marmara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 22.09.2011 tarih ve 69 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

14.09.2011

Ayça Demir Yıldırım

Teşekkür

Tezimin hazırlanmasında planlama aşamasından başlayarak, her aşamada katkıda bulunan tez danışmanım Öğr. Gör. Dr. A. Nilüfer Özaydın'a, tezimle ilgili her konuda desteğini esirgemeyen MÜTF Halk Sağlığı AD Başkanı Sayın Prof. Dr. Melda Karavuş'a, tezimde her türlü desteği veren Dr. Cem Kalafat'a, tezimin her aşamasında bana bıkmadan, usanmadan destek olan iş arkadaşlarım Hemş. Tezay Kara, Ebe Bircan Akgün, Ebe Yasemin İpek Ayseli ve Samime Bilecen'e, yüksek lisans yapmamı destekleyen Dr. Erkan Kapaklı'ya, araştırmaya katılmayı kabul ederek değerli bilgilerini zaman ayırarak paylaşan tüm katılımcılara, ümitsiz anlarımda bana moral vererek tezime yoğunlaşmamı sağlayan Hemş. Behice Taşcı, Öğr. Gör. Ayfer Ekim ve Hemş. Birsen Erkuş'a, tezimin her döneminde sabırla bana destek olan ve tezi hazırlarken hayatımı kolaylaştıran sevgili eşime, bana destek olan eşimin ailesine ve hayatım boyunca bana hep güvenen ve hep yanımda olan biricik aileme teşekkür ederim.

Ayça Demir Yıldırım

Eylül, 2011

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Teşekkür	i
İçindekiler Dizini.....	ii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	iv
Tablo Dizini.....	v
Şekil Dizini.....	vii
1. Özet	1
2. İngilizce Özet.....	2
3. Giriş ve Amaç.....	3
4. Genel Bilgiler.....	6
4.1. Dünya’da ve Türkiye’de Kanser.....	6
4.2. Dünya’da ve Türkiye’de Meme Kanseri.....	9
4.3. Meme Kanserinin Prognozu.....	13
4.4. Memenin Anatomik Yapısı ve Fizyolojisi.....	14
4.4.1. Memenin Anatomik Yapısı.....	14
4.4.2. Memenin Fizyolojisi.....	14
4.5. Meme Kanseri.....	15
4.6. Meme Kanserinin Belirtileri.....	16
4.7. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	16
4.8. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri.....	25
4.8.1. Mamografi.....	28
4.8.2. Klinik Meme Muayenesi (KKM).....	29
4.8.3. Meme Ultrasonografisi.....	30
4.8.4. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	31
5. Gereç ve Yöntem.....	32
5.1. Araştırmanın Tipi.....	32

5.2. Araştırmanın Yeri	32
5.3. Araştırmanın Zamanı.....	32
5.4. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	32
5.5. Araştırmanın Yöntemi.....	36
5.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	36
5.7. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	38
5.8. Araştırma Verilerini Girişi ve Analizi.....	39
5.9. Araştırmada Etik Sorunlar.....	39
5.10. Araştırmanın Değişkenleri.....	39
5.11. Araştırmanın Bütçesi.....	40
6. Bulgular	41
7. Tartışma	117
8. Sonuç ve Öneriler.....	133
9. Kaynaklar.....	135
10. Ekler.....	147
11. Özgeçmiş.....	184

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
ACS	: American Cancer Society
ADH	: Atypical Duktal Hiperplazi
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BRCA 1	: Breast Cancer Type 1 Susceptibility Protein
BRCA 2	: Breast Cancer Type 2 Susceptibility Protein
DHEA	: Dehidroepiandroteron
DMPA	: Depot Medroxyprogesterone Acetate
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DKİS	: Duktal Karsinoma In Situ
FEA	: Flat Epitelyal Atipi
GA	: Güven Aralığı
HER2	: Human Epidermal Growth Factor Reseptor 2
HBOC	: Hereditary Breast and Ovarian Cancer
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
MIB1	: Mindbond Homolog 1
IARC	: International Agency for Research on Cancer
PTEN	: Phosphatase and Tensin Homolog
RIA	: Rahim İçi Araç
RR	: Rölatif Risk
TP53	: Tümör Protein 53
WHI	: Women's Health Initiative
WHO	: World Health Organization

TABLO DİZİNİ

Tablo 5.4.1. Araştırma örnekleminin yaş gruplarına göre dağılımı	33
Tablo. 5.4.2. Görüşme yapılan ve yapılamayan kadınların yaş gruplarının dağılımı.....	35
Tablo 6.1.1. Sosyo-demografik özelliklere göre dağılım	44
Tablo 6.2.1.1. Meme kanserinin yüksek/ artmış risk faktörlerine göre dağılım	52
Tablo 6.2.2.1. Meme kanserinin orta/düşük risk faktörlerine göre dağılım	56
Tablo 6.3.1. Hormonal kontraseptif kullanımlarına göre dağılım	60
Tablo 6.4.1. Meme kanseri bilgileri	64
Tablo 6.5.1. Meme kanseri ile ilgili bilgi kaynakları	66
Tablo 6.6.1. Erken tanı hakkındaki bilgileri	68
Tablo 6.7.1. Meme kanseri ile ilgili taramalara katılım	70
Tablo 6.8.1. Yapılan fizik egzersize göre dağılım	73
Tablo 6.9.1. Alkol ve sigara alışkanlıkları	76
Tablo 6.10.1. Doğurganlık öyküleri	80
Tablo 6.11.1. İsteğe bağlı gebelik sonlandırma öyküleri	83
Tablo 6.12.1. Öz geçmişleri	85
Tablo 6.13.1. Kozmetik ürün kullanımlarına göre dağılım	88
Tablo 6.14.1.a. Yaş gruplarına göre sosyo- demografik özelliklerin dağılımı	92
Tablo 6.14.1.b. Yaş gruplarına göre meme kanseri taramalarına katılımın dağılımı.....	92
Tablo 6.15.1. Yaş gruplarına göre meme kanseri tanı öykülerinin dağılım	94
Tablo 6.16.1. Mamografi yaptırmayı etkileyen faktörlere göre dağılım.....	98
Tablo 6.17.1. Meme Kanseri Tanısı Almamış Kadınlarda, Mamografi Yaptırmayı Etkileyen Faktörlere göre dağılım	103

TABLO DİZİNİ (devam)

Tablo 6.18.1. 50 yaş altındaki kadınların; son iki yıl içinde mamografi çektirmelerini etkileyen faktörlerine göre dağılım108

Tablo 6.19.1. Mamografi çekirme ve KKMM yapma durumlarına dağılım.....112

Tablo 6.20.1. Meme kanseri tanısı almadığını beyan edenlerin mamografi çekirme ve KKMM yapma durumlarına göre dağılım116

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 4.1. Yeni kanser vakaları ve ölümleri içinde on lider kanser türlerinin cinsiyete göre tahmini, 2010.....	7
Şekil 4.4.1. Memenin anatomik yapısı.....	13
Şekil 4.5.1. Duktal Hiperplazi, Atipik Duktal Hiperplazi, İn Situ Karsinom ve İnvaziv meme kanseri.....	14
Şekil 4.8.1. Ulusal Meme Kanseri Tarama Standardı.....	26
Şekil 5.4.1. Araştırmanın akış şeması.....	34
Şekil 5.4.2. Görüşme yapılan ve yapılamayan kadınların yaş gruplarına dağılımı...36	
Şekil 5.4.3. Araştırma takvimi.....	38
Şekil 6.1.1. Gazete okuma sıklıklarına göre dağılım	46
Şekil 6.1.2. Yaş gruplarına göre dağılım	47
Şekil 6.1.3. Sosyal güvenceye göre dağılım	47
Şekil 6.1.4. Eğitim durumlarına göre dağılım	47
Şekil 6.1.5. Medeni durumlarına göre dağılım	48
Şekil 6.1.6. 12 yaşına kadar en uzun yaşanan yere göre dağılım	48
Şekil 6.1.7. Moda'da yaşanan süreye göre dağılım	48
Şekil 6.2.1.1. Birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsünün dağılımları ...51	
Şekil 6.2.2.1. Beden kitle indekslerine göre dağılım	57
Şekil 6.3.1. Hormonal kontraseptif kullanımlarına göre dağılım	59
Şekil 6.4.1. Meme kanseri erken tanı yöntem bilgisine göre dağılım	63
Şekil 6.7.1. Mamografi yaptırmeyen kadınların mamografi yaptırmeme nedenlerine göre dağılım	71
Şekil 6.8.1. Yapılan fizik egzersize göre dağılım	72
Şekil 6.12.1. Meme yakınmalarına göre dağılım	86
Şekil 6.12.2. Hekim tarafından tanı konulmuş kronik hastalıklarına göre dağılım ..86	
Şekil 6.13.1. En çok kullanılan saç boyası renkleri	89

ŞEKİL DİZİNİ (devam)

Şekil 6.15.1. Meme kanseri tanısı almış kadınların meme kanseri tanı yıllarına göre dağılım	94
---	----

1. ÖZET

Araştırmanın amacı, İstanbul/Moda’da oturan, 40–69 yaş arası kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamalarını değerlendirmektir.

Araştırmanın tipi kesitseldir. Araştırmanın evreni 6123, örnekleme 1398 kadındır. Örneklemdeki 1271(%90,9) kadından veri toplanmıştır. Veriler Eylül 2010-Nisan 2011 tarihleri arasında toplanmış ve SPSS11.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Kadınların meme kanseri, erken tanı ile tedavi ve tarama programları hakkında genel bilgileri yüksek, ancak tarama programına katılımları (%53.6) düşüktür. Kadınların mamografi yaptırmama nedenleri arasında en çok mamografi yaptırmak gerektiğini bilmeme (%43.6) bulunmuştur.

Kadınlar en fazla televizyondan meme kanseri hakkında bilgi aldıklarını belirtirken (%67.2), sağlık personelinin en az yararlandıklarını (%22.1 doktor, %2.8 hemşire) belirtmişlerdir.

Meme kanseri risk faktörlerinden ileri yaş, kadınların yarısı (%52.8) tarafından bilinirken, birinci derece akrabada meme kanseri olması en çok bilinen (%96.5) risk faktörü idi.

Eğitim düzeyi yüksek, hane-halkı sayısı az, aylık geliri yüksek, sosyal güvencesi olan ve her gün gazete okuyan kadınların son iki yıl içinde daha çok mamografi yaptırdığı saptanmıştır.

Taramanın ne zaman, ne sıklıkta ve kimlere yapıldığının risk grubundaki kadınlar tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Araştırma grubundaki kadınların genel bilgi düzeyleri yüksek, tarama programlarına katılımları düşüktür. Tarama programlarına katılımın düşüklüğünün en önemli nedeninin, hedef gruptaki kadınların taramaya katılımlarının gerekliliğini bilmemeleri olduğu saptanmıştır. Sürekli, tekrarlayarak en fazla belirtilen bilgi kaynağı, televizyondan taramalara ilişkin net bilgi verilmesi ile mamografik taramalara katılım arttırabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Erken tanı, klinik meme muayenesi, korunma, mamografi, meme kanseri risk faktörleri

2. SUMMARY

The Level of Breast Cancer Knowledge, Sources of Knowledge and the Application about Breast Health of Women Residing in Moda/İstanbul

The objective of this study is to evaluate the knowledge of women on breast cancer that are in the risk group with the age of 40–69 and residing in Moda/İstanbul, as well as the sources of knowledge and the applications about breast health.

The type of the research is cross-sectional. The population and the sample of the research are 6123 and 1398 women, respectively. The data has been collected from 1271 (%90,9) women in the sample between September 2010 and April 2011 and evaluated by SPSS 11.0.

The general knowledge of women about breast cancer, treatment by early detection and screening programs is high but the attendance to a screening program (%53.6) is low. It has been found out that the most occurring reason of not taking mammography (%43.6) is the lack of knowledge on its necessity.

The women have stated that they took information about breast cancer most from television (%67.2) and a little from the health staff (%22.1 doctor, %2.8 nurse).

Old age, as a breast cancer risk factor, was known by half of the women (%52.8) however, the most known risk factor (%96.5) was having relatives of degree 1 who had breast cancer diagnosis.

Among the healthy women, those who are well educated and read a newspaper daily and those who have smaller family size, higher monthly income and social security, took more mammography in the last two years.

The time and frequency of screening as well as to whom it is done must be known well by the women in the risk group. The women's level of general knowledge in the search group is high but the level of attendance to screening programs is low. It is found that the most important reason of this low attendance level, is the lack of knowledge in the target group, on the necessity of screening programs. Giving continuous, repetitive and clear information about screening programs from the most known information source, namely the television, will increase attending mammographic screenings.

Key Words: Early Diagnosis, Clinical Breast Examination, Protection, Mammography, Breast Cancer Risk Factors

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünyada ve Türkiye de önemli bir halk sağlığı sorunudur (1) <http://who.int/cancer/en/index.html> (Erişim tarihi: 10.05.2010).

Dünyada en yaygın görülen kanserler akciğer (1,52 milyon), meme (1,29 milyon) ve kolorektal (1,15 milyon) kanserleridir. Kanser insidansı ve ölümleri açısından 2008'den 2030'a projeksiyon yöntemi ile bakıldığında toplamda yeni kanser vakalarının %53'ü ve ölümlerin %60'ı az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir. Erkeklerde prostat kanseri gelişmiş bölgelerde en fazla teşhis edilen kanser türü haline gelirken (643.000 vaka, yeni vakaların toplamının %20,2'si) az gelişmiş akciğer kanserinin (535.000 vaka, %15,3) oldukça gerisinde, altıncı sıradadır (197.000 vaka, %5,6). Kadınlarda meme kanseri gelişmiş bölgelerdeki 715.000 (toplamın %26,5'i) ve az gelişmiş ülkelerdeki 577.000 yeni vaka ile (%18,8) büyük farkla dünya genelindeki en yaygın kanser türüdür (2).

Meme kanseri hastalığı %99 kadınlarda, %1 erkeklerde görülmektedir (3). Otuz yaşın altında meme kanseri tanısı alan kadınların olması ile birlikte, yaş ilerledikçe artan bir eğilim vardır (4). Hastaların %17'si 40 yaşın altında, %55'i 50 yaşın üstündedir (1).

Dünyanın genelinde meme kanseri kadınlar arasında morbitidesi ve mortalitesi en yüksek olan kanser türüdür (1,2,5,6,7). Gelişmiş ülkelerde, erişkin kadınlarda hastalık yükü olarak meme kanseri birinci sırada yer almaktadır. Az gelişmiş ve gelişmemiş ülkeler meme kanseri açısından olumsuz bir tablo sunmaktadırlar (8).

Meme kanseri bütün dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sağlık problemidir. Türkiye'de, kadınlarda kanserden ölüm nedeni olarak meme kanseri birinci sıradadır (9).

Neden olan olası risk faktörleri hakkında farklı görüşler olmasına karşın kesin etyoloji henüz net tanımlanmamıştır. Genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve psikolojik etmenlerin meme kanseri oluşumunda rol aldığı kabul edilmekle birlikte, kanserli kadınların %70-80'i bu risk faktörlerine sahip değildir (10,11) http://ketem.org/pdf/alt_kurul_raporlari_2009/erken_tani_meme_kanseri.pdf, (Erişim tarihi: 23.6.2011).

Meme kanseri gelişiminde olası faktörleri şunlardır (12).

1. Diğer faktörler (Kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya lobüler karsinoma in situ, dens meme yapısı)
2. Ailesel/genetik faktörler (aile öyküsü, bilinen veya şüpheli Cancer Type 1/2 Susceptibility Protein (BRCA1/2), p53, Phosphatase and Tensin Homolog (PTEN) veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları)
3. Demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk/etnisite gibi)
4. Doğurganlık öyküsü (menarş yaşı, doğum yapma ve sayısı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, menopoz yaşı, laktasyon, infertilite, düşük yapma, beden kitle indeksi [BKİ])
5. Çevresel faktörler (30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sosyoekonomik düzey, vb.)

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 (9,13).

Meme kanseri progresif bir hastalıktır, erken dönem tanıda tedavi edilme olasılığı daha yüksek olduğu için yaşam beklentisi fazladır. Tümörün palpabl olmadan önce tanısının konulması hayati önem taşımaktadır. Meme kanseri tarama yöntemleri ile meme kanseri tanılarının %63.7'si erken lokalize dönemde konulabilmektedir. Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık yaşam beklentileri %97,9'dur. Meme kanserinin en sık görülen kanser olması nedeniyle erken tanı ve tedaviye yönelik çalışmalar önem taşımaktadır (9).

Türkiye'de, Avrupa Birliği'nde de son 30 yıldır uygulanmakta olduğu gibi, 50 yaş üzerindeki kadınlarda iki yılda bir mamografi ve klinik meme muayenesi (KMM) ile meme kanseri taraması yapılması öngörülmüştür.(5). Meme kanseri, Türkiye'de Ulusal Tarama Programı oluşturulan kanserlerden biridir (7,14). Temmuz, 2004 yılında kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlar yayınlanmıştır (14). Tarama programı Türkiye'nin tüm illerinde yürütülmek üzere 1998'den beri KETEM'ler açılmaktadır (7).

Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması mümkün değildir. Bu nedenle halkın kanser farkındalığının oluşturulması ilk basamak olmalıdır (7,15).

Farklı toplumlarda yapılan araştırmalarda, risk altındaki tarama için hedef grup olan kadınların, tamamına taramalarla ulaşamamakta olduğu ve ulaşamama nedenlerini; yetersiz ve yanlış bilgiye sahip olma, inançlar, utanma, kadın doktorun bulunmaması, korku, genç yaştaki kadın grubunun KMM'nin daha yaşlı kadınlar için olduğunun düşünülmesi gibi nedenlerden taramaları yaptırmadıkları bulunmuştur (15,16).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı; "Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları" 50–69 yaş grubundaki kadınların her 2 yılda bir kez mamografi ve klinik meme muayenesi ile taranması önerilmekte ve bu hizmetlerin yaygın ve ücretsiz olarak tüm hedef gruba ulaştırılabilmesi amacı ile KETEM'ler yaygınlaştırılmaktadır (14,17). 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.

Bu araştırma ile meme kanseri, meme kanserinden erken korunma yöntemleri ve meme kanseri risk faktörleri hakkında, İstanbul/Moda'da yaşayan kadınların bilgi ve davranışları ile ilgili bilgi edinilmek istenmekte, elde edilecek bilgilerin kadınların meme kanseri erken tanısına ışık tutması beklenmekte ve hedeflenmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dünya’da ve Türkiye’de Kanser

Halk sağığı açısından en çok ölümle sonuçlanabilen bir hastalık kanser, sebebi bilinen ölümler sıralamasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. 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 sağığı problemidir (1).

Kanser, hem gelişmiş ülkelerde hem de düşük ve orta gelirli ülkeler de ikinci sıklıkta ölüm nedeni olmaya başlamış, bulaşıcı hastalıkların(solunum yolu, HIV/AIDS, ishal tüberküloz, vs.) önüne geçmiştir (2,5).

Küresel kanser yükü ise geçtiğimiz 30 yıl zarfında iki kattan daha fazla artmıştır. 2008’de 12.7 milyon yeni kanser vakasının teşhis edildiğı, kanserden kaynaklanan 7.6 milyon ölümün gerçekleştiğı (18) ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta olduğu tahmin edilmektedir (4).

Dünya nüfusunun süregelen artışı ve yaşlanması kanser yükü üzerinde de büyük değişikliklere yol açacaktır. İki bin otuz yılına gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son 5 yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamına ulaşılması ve dünyada ölüm sebebi olarak kanserin birinci sırada yer alacağı öngörülmektedir (2,19).

International Agency for Research on Cancer (IARC)’in, 2008’den 2030’a projeksiyon yöntemi ile kanser insidans ve ölümlere bakıldığında toplamda yeni kanser vakalarının %53’ü ve ölümlerin %60’ı az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir (2). Erkeklerde prostat kanseri gelişmiş bölgelerde en fazla teşhis edilen kanser türü haline gelirken (644.044 vaka, toplamın %11.6’sı) az gelişmiş ülkelerdeki akciğer kanserinin (884.359 vaka, %12,4) oldukça gerisinde sekizinci sıradadır (244.058 vaka, %3,6). Kadınlarda meme kanseri gelişmiş bölgelerdeki 692.634 (toplamın %12.5’i) ve az gelişmiş ülkelerdeki 691.521 yeni vaka ile (%9.7) büyük farkla dünya genelindeki en yaygın kanser türüdür (18).

IARC 2008 yılında 12.4 milyon yeni kanser vakası, 7.6 milyon kanser nedeniyle ölüm ve 28 milyon ilk tanıdan bu yana 5 yıl ya da daha az süre geçmiş kanserli hasta olduğunu tahmin etmektedir. IARC ayrıca yeni vakaların yarısından biraz fazlasının ve kanser nedeni ölümlerin üçte ikisinin düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde olduğunu tahmin etmektedir. 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 ülkelerde bu artışın yaklaşık %30 olarak gerçekleşmesi beklenmektedir. Ayrıca düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının da %5 ila %10 arasında artış göstermesi beklenmektedir. Kanser oranlarıyla yaş arasındaki güçlü bağıntı göz önünde bulundurulduğunda 2030 yılında düşük ve orta gelir grubundaki ülkelere etki edecek artan bir kanser yükünden söz edilebilir (2).

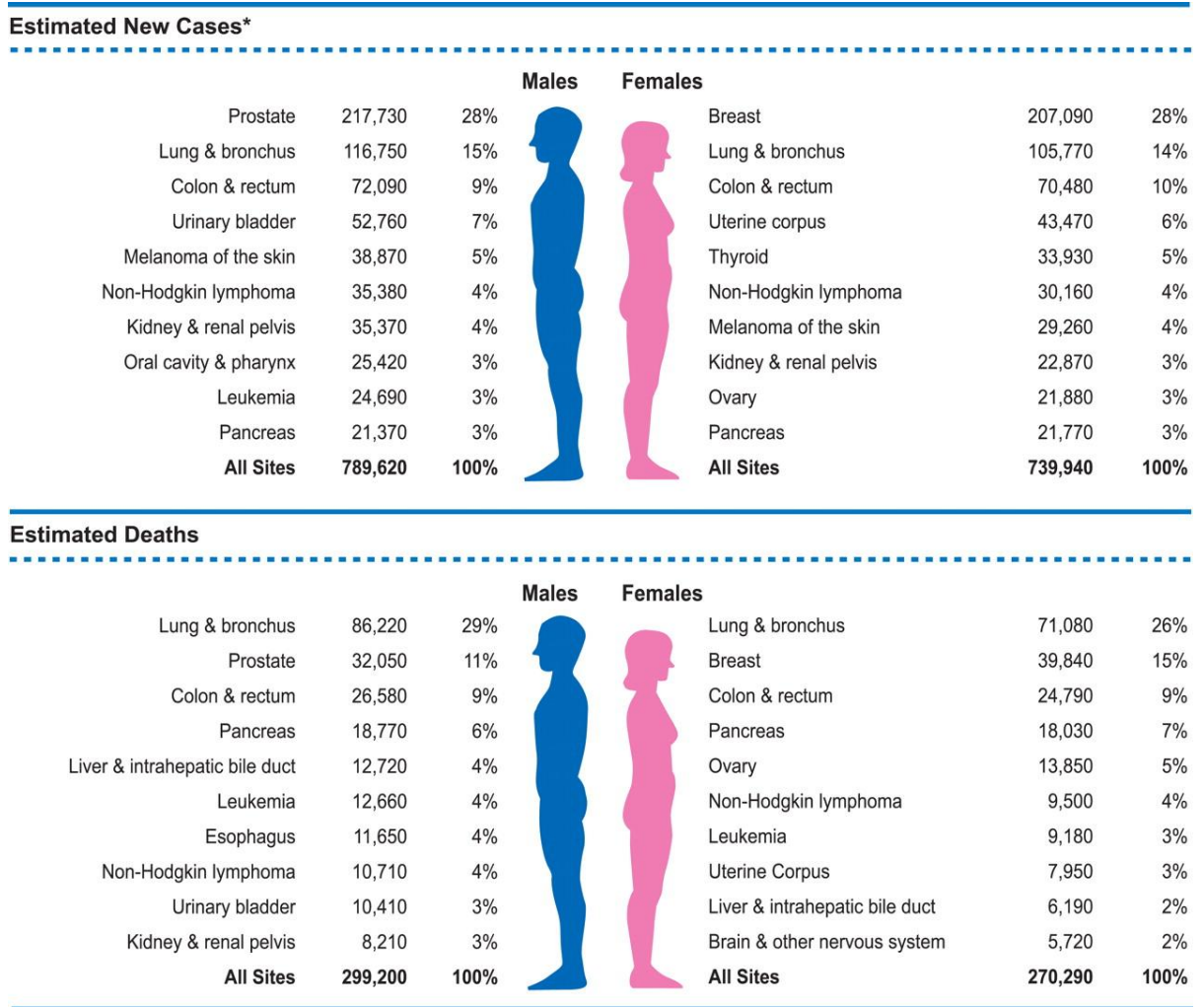
Düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkeleri bu yüzyılın ilerleyen dönemlerinde bekleyen büyük sorunlar nüfus artışı ve yaşlanması ile yaşam tarzının batılılaşması, bilhassa da tütün kullanımındaki artıştır. Beslenme alışkanlıkları da dahil olmak üzere hayat tarzındaki değişiklikler, hareketsiz bir yaşam tarzının yaygınlaşması, kilo alma ve obezite ile sosyolojik değişimler, özellikle de ilk doğum yaşının yükselmesi ile kadınlarda azalan doğurganlık oranı özellikle meme ve kolorektal kanserdeki büyük artışlara neden olduğu ileri sürülmektedir (2).

GLOBOCAN 2008 verilerine göre Dünya'da insidans yönünden en yaygın kanserler akciğer (1.607.055), meme (1.384.155) ve kolorektal (1.235.108) kanserlerdir. Kötü prognoz nedeniyle akciğer kanseri aynı zamanda en fazla ölüme (1.376.579) neden olan kanser iken, mide kanseri (737.419 ölüm) ve karaciğer kanseri (694.918 ölüm) izlemektedir (18).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ölüm nedenleri arasında kanser, kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Amerikan kanser derneğinin Kanser İstatistik 2010 verilerine göre; 2010 yılında 1.529.560 yeni kanser vakası ve 569.490 kanserden ölümün gerçekleşeceğini öngörmektedir. Genel olarak bakıldığında kanser insidansında azalma gözlenmektedir. Son dönemde hem erkek (2000–2006 yılları arası yıllık %1.3) hem de kadın (1998–2006 yılları arası yıllık %0.5) kanser insidansında büyük düşüşler mevcuttur. Bu düşüş özellikle erkeklerde

en sık görülen üç kanser (akciğer, prostat, kolon ve rektum [kolorektal]), ve kadınlarda en sık görülen iki kanser de (meme ve kolorektal) görülmektedir. Kadınlarda 1991–2006 yılları arası meme ve kolorektal kanserlerinden ölüm %12.3 oranında azalmıştır. Kanser insidansları (2002–2006) ise erkeklerde 556.5 (100.000’de), kadınlarda 414.8 (100.000’de)’dir (20).

Şekil 4.1. Yeni kanser vakaları ve ölümleri içinde on lider kanser türlerinin cinsiyete göre tahmini, 2010



Kaynak: Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. (2010). Cancer Statistic 2010. *CA Cancer J Clin* 2010;60:277–300.

Ülkemizde, 1970’li yıllarda nedeni bilinen ölümler arasında 4. sırada yer alan kanser, son yıllarda daha sık görülmeye başladığından ve toplum sağlığı yönünden giderek önem kazandığından 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 57. maddesi

gereğince bildirimi zorunlu hastalıklar arasına alınmış ve 1983 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan Kansere Savaş Daire Başkanlığı tarafından kanserle ilgili veriler toplanmaya başlanmıştır (21).

Ülkemizde 2000 yılındaki toplam 430.459 ölümün 56.250'si (%13) kanserlerden meydana gelmiş olup dünya ile benzerlik göstermektedir. Türkiye'de ulusal düzeyde erkeklerde ve kadınlarda kansere bağlı 2000, 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayılarına göre kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı erkekler için 2010 yılında 44.616, 2020 yılında 61.076 ve 2030 yılında 89.117 olarak tahmin edilmektedir. Buna göre kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı kadınlarda 2010 yılı için 25.307, 2020 yılı için 31.099 ve 2030 yılı için 39.094 olarak tahmin edilmektedir (22).

Ülkemizde 2003 yılında Sağlık Bakanlığı verilerine göre erkeklerde en çok görülen kanser %24.22 ile akciğer kanseri, %8.07 ile mide kanseri ve %7.53 oranı ile prostat kanseridir. Kadınlarda ise yine 2003 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre %26.58 oranı ile meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Bunu %8.01 ile deri kanseri ve %5.53 ile mide kanseri en çok görülen kanser türleri olarak takip etmektedir (23).

Sağlık Bakanlığının 2006, 8 il verilerine göre ise erkeklerde en çok görülen kanser %60.3 ile akciğer kanseri, %22.8 ile prostat kanseri ve %19.6 ile mesane kanseridir. Kadınlarda ise %33.7 ile meme kanseri ilk sırada yer almakta ve %11.5 ile kolorektal, %8.8 ile mide kanseri takip etmektedir (26).

4.2. Dünya'da ve Türkiye'de Meme Kanseri

Dünyanın genelinde meme kanseri en yaygın kanser olduğu gibi, kadınlar arasında en çok ölüme sebep olan kanser türüdür (1,2,5,6,7). Gelişmiş ülkelerde erişkin kadınlar hastalık yükü olarak meme kanseri birinci sırada yer almaktadır. Az gelişmiş ve gelişmemiş ülkeler de meme kanseri açısından olumsuz bir tablo sunmaktadırlar (8).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796.000 yeni meme kanserli olgu ve 314.000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine World Health Organization (WHO)'a bağlı International Agency on Cancer for Research'ün (IARC) 2002 yılındaki değerlendirmesinde; 1.152.000 yeni meme kanserli olgu ve

411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır (24). Tahminlere göre, 2010 yılında meme kanserli yeni hasta sayısı 1.500.000, meme kanserinden kaybedilecek kadın sayısı 500.000 olacaktır. On iki yıllık süre içerisinde (1990–2002), dünyada meme kanserinin sıklık ve mortalite oranlarında %25’lik artış görülmektedir. Ancak, bunun aksine gelişmiş olan ülkelerden ABD’de son 25 yıl içerisinde mortalitede meydana gelen %50 azalma tarama ile erken tanı ve etkin tedaviye bağlanmaktadır. Meme kanseri sıklığı ciddi bir coğrafik farklılık göstermektedir. Gelişmiş olan ülkeler en sık, Asya ve Afrika’daki az gelişmiş ülkeler en az meme kanseri görülen ülkelerdir. Yaşa göre standardize edildiğinde, Kuzey Amerika’daki oran 99.4/100.000 iken, Orta Afrika’da bu oran 16.5/100.000 kadardır. Bununla birlikte orta ve alt gelir düzeyindeki ülkelerde meme kanseri sıklığında belirgin artışlar görülmektedir. Dünya’daki 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 (2,5,25).

IARC’nin verilerine göre küresel çapta meme kanseri kadınlarda en yaygın kanserdir ve her yıl 1.1 milyondan fazla kadında rastlanarak kadınlarda yeni teşhis edilen tüm kanserlerin %28’ni oluşturmaktadır. Meme kanseri kaynaklı olarak her yıl 458.000 ölüm meydana gelir ve tüm bu nedenlerden kaynaklanan kadın ölümlerinin %6.1’ni teşkil eder (2).

Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde %83 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Meme kanseri mortalite oranı; gelişmiş olan ülkelerde %30 (190.000 ölüm / 636.000 olgu), az gelişmiş ülkelerde ise %43’dür (221.000 ölüm / 514.000 olgu) (25).

2010 yılı için WHO- IARC’ın projeksiyonları, yeni meme kanser vakalarının yıllık küresel yükünün 1.5 milyona ulaşacağını ve bunların artmakta olan bir çoğunluğunun düşük gelirli ülkelerde görüleceğini göstermektedir. Son beş yıl içinde meme kanseri tanı konmuş yaklaşık 4.4 milyon kadın halen hayattadır ve bu rakam da meme kanserini dünya genelinde en yaygın rastlanan kanser yapmaktadır. Meme kanserinin

büyük ölçüde zengin ülkelerin bir sorunu olduğu yönündeki yaygın yanlış kanıya rağmen her yıl meme kanserinden ölümlerin çoğunluğu gelişmiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelere meydana gelir. Düşük gelirli ülkelere meme kanseri yükü gelecek yıllarda şu nedenlerden dolayı artış göstermesi beklenmektedir; doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve artan meme kanseri riskiyle ilişkilendirilen değişen doğurganlık ve davranış şekilleri. Yaş bazındaki oranlarda bir değişim olmayacağını öngören tahminlerle 2002 ve 2020 arasında küresel insidans ve ölüm oranında yalnızca demografik değişimlerden kaynaklanan %50'ye yakın bir artış olabilir ve bunun orantısız bir kısmı 20 yıldan kısa bir süre zarfında %55'lik insidans ve %58'lik ölüm oranı artışıyla gelişmekte olan ülkelere meydana gelebilir. Bu istatistikler muhtemelen meme kanseri oranlarındaki artışı gerçek oranın altında tahmin edilmektedir, bunun da nedeni düşük gelirli ülkelere alınabilen kısıtlı verilerinin meme kanserinin yaş bazındaki insidans ve ölüm oranında da özellikle yakın zamanda doğum yapmış gruplarda artışa işaret etmesidir. Bu durum bilhassa kentlerde yaşayan kadınlar için geçerli olup en azından kısmen azalan doğurganlık, ilerleyen doğum yaşı, azalan fiziksel egzersiz ve daha erken yaşta adet görme ile ilişkilendirilen beslenme alışkanlıkları gibi tümü menopoz sonrası meme kanserinde artan oranlarla ilişkilendirilen batılı yaşam tarzının benimsenmesi ile ilgilidir (2).

GLOBOCAN 2008 verilerine göre, Meme kanseri 2008 yılında tanı konulan 1.380.000 yeni kanser olgusu (tüm kanserlerin %23'ü) ile kadınlar arasında en sık kanser ve en çok görülen tüm kanserler arasında ikinci sırada yer almaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere tahmini 690.000 yeni vaka görüleceği tahmin edilmektedir (18).

GLOBOCAN 2008'e göre, Meme kanseri insidans oranları; Batı Avrupa'da 100.000 kadın başına 89.7, Doğu Afrika'da 100.000 kadın başına 19.3 olarak değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelere (100.000'de 40'dan az) en az, yüksek gelirli ülkelere (100.000'de 80'in üzerinde) ve dünya'da gelişmiş olan ülkelere en çok görülür (18).

American cancer society (ACS) 2010 verilerine göre; meme kanseri yeni olgu sayısı 2010 yılında kadınlarda 20.090, erkeklerde 1.970'dir. Bunun yanı sıra 2010 yılında 54.010 karsinoma in situ, 46.770 melanoma in situ yeni teşhis edilecek. Meme kanserinden ölüm oranları ise kadınlarda 39.840, erkeklerde 390'dır (20).

Meme kanseri bütün dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de, kadınlarda kanserden ölüm nedeni olarak meme kanseri birinci sıradadır (9).

Meme kanseri Türkiye’deki kadınların dörtte birinde görülerek kadınlarda en sık rastlanan kanserdir (23). 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 (26).

Meme kanserinde önemli risklerden biri üremeyeyle ilgilidir. Türk kadınlarının toplam doğurganlık oranları 1978 yılında 4.3, 1988 yılında 3.0, 1993–1998 yıllarında 2.6, 2003 yılında 2.2 ve 2008 yılında 2.1 ile bu düşüş son yıllarda azaldı. Bu durumun giderek artan meme kanseri insidansı ile ilişkisi olması bekleniyor (26).

Ayrıca İzmir kayıt merkezinin verileri 93-94’de %26.7, 98-2002’de %34.8, 2003-2005’de %41.1 ile meme kanseri sıklığı giderek artan bir eğilim göstermektedir (26).

Türkiye’de meme kanseri 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(1,5,25).

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 (5,27).

4.3. Meme Kanserinin Prognozu

Meme kanserinin prognozu göreceli olarak iyi olmasına rağmen hala dünya çapında kadınlardaki en sık ölüme neden olan kanserlerde başı çekmektedir (25).

Meme kanserinde tümör çapı ve aksiler lenf nodu tutulumu prognozu etkileyen en önemli faktörlerdendir. Tümör çapı ve aksiler lenf nodu tutulumu mortaliteyi arttırmaktadır. Meme kanserinde erken evrede tanı koymak prognozu iyi yönde etkilemekte ve mortaliteyi azaltmaktadır (29).

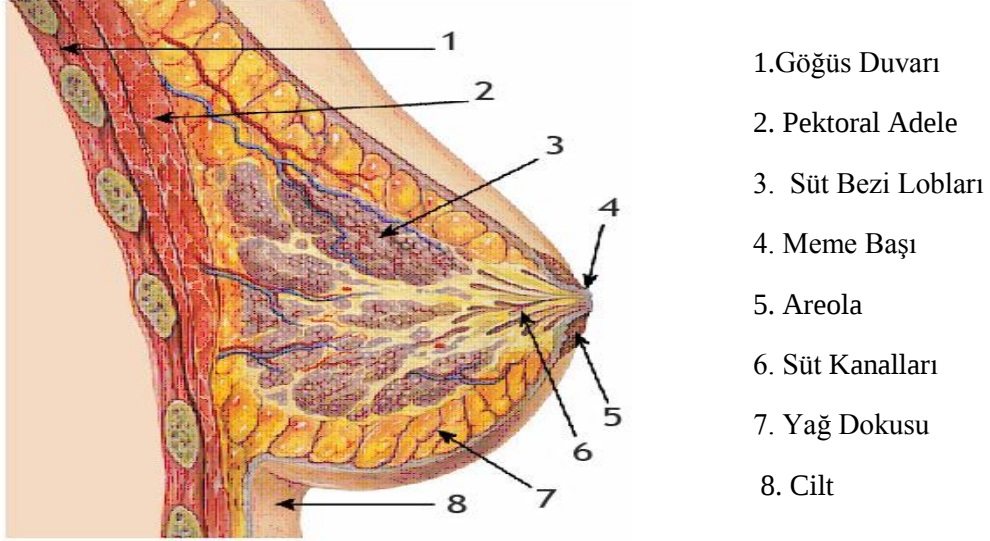
ABD'deki ve diğer gelişmiş ülkelerdeki meme kanseri sağkalım oranlarının yüksekliği erken tanı, görüntülemenin zamanında yapılması ve etkin tedavi ile ilişkilendirilebilir. Örneğin; 1990–1992 arası meme kanseri tanısı almış kadınlar toplum tabanlı vaka serisi (SEER) programı (13.172 kadın) 5 yıllık sağkalımı %89 bulmuştur. Karşılaştırma yapıldığında yaşa standardize edilmiş meme kanseri sağkalımı gelişmekte olan bölgelerde %57, Hindistan'da %46, Safra Altı Afrika'da %32'dir (25).

Meme kanseri insidansının heterojenite göstermesi ile birlikte meme kanseri mortalitesi de farklı bölgelerde farklılık göstermesinin sebebi meme sağlığı farkındalığı, tanı ve tedavi alt yapısına göre değişmektedir (25).

4.4. Memenin Anatomik Yapısı ve Fizyolojisi

4.4.1. Memenin Anatomik Yapısı

Şekil 4.4.1. Memenin anatomik yapısı



Kaynak: <http://www.memekanseri.com.tr/index.php/hastalarimizicin/memeanatomisi.html>. (Erişim tarihi: 22.06.2011).

Memede salgı yapan hücreler tarafından oluşturulan lobül adı verilen birimler bulunmakta, lobüllerin birleşmesiyle de loblar oluşmaktadır. Lobüller birbirlerine süt kanalları ile bağlanmakta ve bu süt kanalları da meme başına doğru birleşerek gelmektedirler. Süt kanalları ise memenin ortasında areola denilen koyu renkli bölgede meme başına doğru açılmaktadırlar (28).

Lobüller ve kanallar arası boşluğu yağ dokusu doldurmaktadır. Meme dokusu içinde kas dokusu yoktur, fakat memenin hemen altında, kaburgaların üstünde kas dokusu bulunmaktadır. Her meme kan damarları ve içinde renksiz, lenf sıvısı taşıyan lenfatik damarlar içermektedir. Lenf damarları, lenf bezi denilen ve fasulye seklinde küçük oluşumlarla sonlanmaktadır (28).

4.4.2. Memenin Fizyolojisi

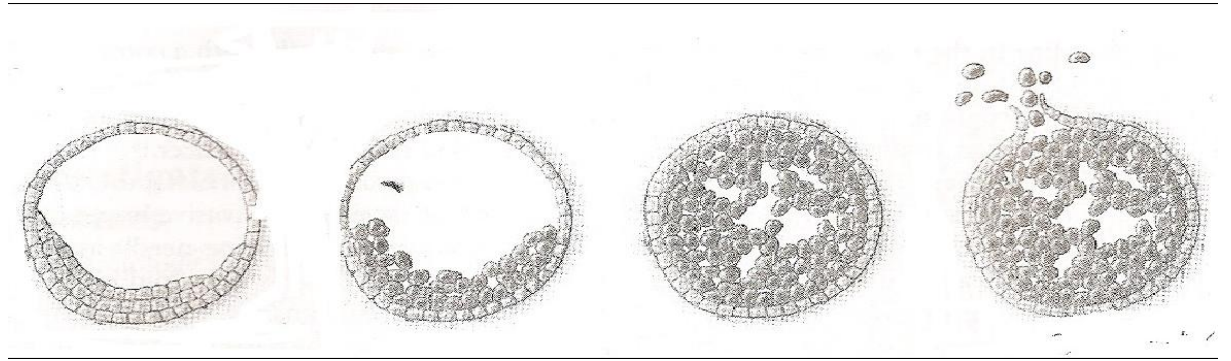
Memenin gelişimi ve fonksiyonu östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonu, kortizon ve büyüme hormonunun da arasında bulunduğu çeşitli hormonal uyarılarla başlar. Östrojen, progesteron ve prolaktin özellikle normal meme gelişimi

ve fonksiyonunda önemli olan belirgin trofik etkileri vardır. Östrojen duktal gelişmeyi başlatırken, progesteron epitelin farklılaşmasından ve lobüler gelişmeden sorumludur. Prolaktin gebeliğin geç evresinde ve doğum sonrası dönemde laktogenez için birincil uyarıcıdır, hormon reseptörlerinin artışı düzenler epitelyal gelişmeyi uyarır (30).

4.5. Meme Kanseri

Meme kanseri, meme bezlerinin boşaltım kanallarını döşeyen endotel hücrelerinden (duktal karsinom) veya glandüler dokudan (lobüler karsinom) köken almaktadır (28).

Şekil 4.5.1. Duktal hiperplazi, atipik duktal hiperplazi, in stu karsinom ve invaziv meme kanserinin şekil ile gösterilmesi



Duktal Hiperplazi

Atipik Duktal
Hiperplazi

in Stu
Karsinoma

invaziv Kanser

Kaynak: Ürkmez E. (2009). Eskişehir’de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Model’i ile Meme Kanseri Risk Taraması. Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşirelik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Dr.) Özlem Örsal, (Doç. Dr.) Nedime Kaşgaroğlu.

Lobülleri ya da süt kanallarını oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalmalarına “duktal hiperplazi” denir. Daha sonra hücrelerde, hücre çekirdeklerinde değişiklikler başlar. Bu aşama “atipik duktal hiperplazi” olarak bilinir. Zamanla bu hücreler kanser hücrelerine değişim gösterir, ancak bu yalnızca kanallarla sınırlı kalır. Bu duruma “in stu karsinom” denir. Daha sonraki aşamada hücreler, o kanalı döşeyen bazal membran denilen tabakanın da dışına çıkarak, “invaziv kanser” özelliğini kazanırlar (Şekil 4.5.1). Meme kanseri terimini kullanırken kastedilen durum, invaziv kanserdir

(28). invaziv meme kanserlerinin yaklaşık %80'i duktal ve %5-10'u lobüler karsinomlardır (31).

4.6. Meme Kanserinin Belirtileri

Meme kanseri tipik olarak erken evrede semptomsuz ilerlemektedir. Meme kanserinin belirtilerini bilmek ve erken dönemde bu belirtilerin farkında olmak önemlidir. Kanser, belirtilerini meme üzerinde gösterdiğinde en önemli fiziksel meme kanseri belirtisi; ağrısız kitledir (32).

Meme kanserinin belirtileri;

- Memede ağrısız kitle,
- Meme ucundan kanlı akıntı gelmesi,
- Meme dokusunda buruşukluk,
- Meme ucunda çukurlaşma,
- Memenin renginde değişiklik,
- Memelerden birinde anormal büyüme,
- Memeye komşu lenf nodlarında büyüme,
- Üst kolda anormal sislik (32).

4.7. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanseri gelişiminde etkili olan risk faktörlerini şu şekilde kategorize etmek mümkündür: (12)

1. Diğer faktörler (kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya lobüler karsinoma in situ, dens meme yapısı)
2. Ailesel/genetik faktörler (aile öyküsü, bilinen veya şüphe edilen BRCA1/2, p53, PTEN veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları)
3. Demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk/etnisite gibi)

4. Doğurganlık öyküsü (menarş yaşı, doğum yapma ve sayısı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, menopoz yaşı, laktasyon, infertilite, düşük yapma, beden kitle indeksi [BKİ])
5. Çevresel faktörler (30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sosyoekonomik düzey, vb.)

Kişisel meme kanseri öyküsü: Kişisel invaziv veya in- situ meme kanseri öyküsü kontrlateral memede invaziv kanser gelişme riskini artırır. In- situ lezyonlarda kontrlateral invaziv meme kanseri riski 10-yıllık %5'dir. İnvaziv meme kanseri olanlarda ise kontrlateral meme kanseri gelişme riski premenopozal kadınlarda yıllık %1 ve postmenopozal kadınlarda yıllık % 0.5 artmaktadır (12).

Proliferatif meme lezyonları (Atipi içermeyen ve içeren): Proliferatif meme lezyonlarından özellikle sitolojik atipi içerenler hem non invaziv hem de invaziv meme kanseri için risk faktörüdürler. Atipi içermeyen bir proliferatif lezyonda (kompleks fibroadenom, moderate veya florid hiperplazi, sklerozan adenozis, intraduktal papillom) meme kanseri riskinde hafif bir artış söz konusu iken (Rölatif Risk (RR):1.3–2); atipi içeren proliferatif lezyonlarda (atipik lobular hiperplazi, atipik duktal hiperplazi) risk daha yüksektir (RR: 4–6). Atipi multifokal olduğunda ise risk 10 kat artmaktadır. Cancer Type 1 Susceptibility Protein (BRCA1) ile ilişkili karsinomlar özgün olmamakla birlikte tipik histopatolojik özellikler gösterirler. İntraduktal ve invaziv karsinomlar tipik olarak az differansiye (grade 3) özelliktedir. Ayrıca nükleer dereceleri de yüksektir. Bu hastalarda medüller kanserler ve medüller benzeri özellikler gösteren invaziv duktal karsinomların oranı da fazladır. BRCA1 ile ilişkili kanserlerde flow sitometri ve Mindbond Homolog 1 (MIB1) immunhistokimyasal incelemesi ile proliferasyon oranı yüksek bulunmuştur; östrojen reseptörü ve Human Epidermal Growth Factor Reseptor 2 (HER2) negatif, p53 ekspresyonu yüksektir. Son dekatta “kolumnar hücre değişiklikleri” muhtemel bir risk faktörü olarak gündeme gelmiştir. “Kolumnar hücre değişikliği” ve “kolumnar hiperplazi” terminal duktus lobüler üniti döşeyen hücrelerin kolumnar özellikte olmasını ifade eder. Bu durum genellikle multifokaldır ve tipik olarak 35–50 yaşları arasındaki premenopozal kadınlarda meydana gelir. Mamografik mikrokalsifikasyonlar ile ilişkili olması nedeniyle cerrahi patoloji materyallerinde rastlanma sıklığı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Meme Patolojisi ve

Genetiği Çalışma Grubu düşük dereceli sitolojik atipi gösteren ancak Atypical Duktal Hiperplazi (ADH) ya da Duktal Karsinoma In Situ (DKİS) düzeyinde yapısal kompleksite içermeyen olguları tanımlamak için ‘Flat Epitelyal Atipi’ (FEA) terimini önermektedir. Bazı kolumnar hücreli lezyonlar rijit köprüler, düzgün fenestrasyonlar gösteren kribriform organizasyonlar ya da mikropapillalar oluştururlar. Bu özellikteki lezyonları hücresel ve yapısal atipinin düzeyine göre ADH ya da DKİS olarak tanımlamak daha tedbirli olacaktır. Kolumnar hücreli lezyonlar ile lobüler neoplazi, düşük dereceli DKİS ve tübüler karsinoma arasındaki ilişki bazı yazarların dikkatini çeken bir bulgudur. Özellikle sitolojik ve yapısal atipi gösteren kolumnar lezyonların düşük dereceli DKİS ve özellikle tübüler tipte invaziv kanser gelişimi açısından risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (12).

Yoğun meme yapısı: Bağımsız bir faktör olarak artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Mamografik olarak yoğun meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4–5 kat artmış olduğu tahmin edilmektedir (12).

Ailesel/genetik risk faktörleri: Farklı kanserlerde yapılan aile çalışmaları; etkilenmiş olan hasta bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal popülasyona göre artmış olduğunu göstermektedir (12,33,34,35). Kanser kalıtsal formu; erken yaşlarda tanı konulması, yüksek penetranslı olması, çift olan organlarda bilateral görülmesi, her iki ebeveyninden de kalıtsal olması ve diğer tip tümörlerle birlikte görülmesi ile karakterizedir (12,36,37). Ailede aynı tip kanserin görülmesi durumunda “kalıtsal kanser”, farklı tip kanserlerin görülmesi durumunda ise “kanseri ailesi” olarak tanımlanmaktadır. Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Bir tane birinci derece akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1.80 kat artırırken iki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2.9 kat artırmaktadır. 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 artırır (12). Moleküler genetik alanındaki gelişmelerle, kansere yatkınlığın kalıtsal olmasına yol açan farklı genler tanımlanmıştır. Bu genlere ait mutasyonları taşıyan ailelerin/bireylerin yüksek kanser riski taşıdığı bilinmektedir. Kanser genetiğindeki bu hızlı gelişme kanserli olguya ve ailesine yaklaşımı etkilemektedir. Genel popülasyon riski %10–12 olan meme kanserinde cinsiyet, yaş, menarş ve

menopoz yaşı, nulliparite, meme biyopsisinde atipik hiperplazi, obezite, hormon replasmanı, oral kontraseptif kullanımı olarak bilinen genel risk faktörleri yanı sıra yüksek penetranslı ve düşük penetranslı genler, modifiye edici genler ile epigenetik etkenlerin de önem taşıdığı bilinmektedir (36,37). Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir (12). Kalıtsal meme kanseri ile ilişkili çeşitli genler tanımlanmıştır. Bu genler içinde en önemlileri Hereditary Breast and Ovarian Cancer (HBOC) sendromundan sorumlu BRCA1/BRCA2, LiFraumeni sendromundan sorumlu Tümör Protein 53 (TP53) ve Cowden sendromundan sorumlu Phosphatase and Tensin Homolog (PTEN) genleridir. Meme kanserinden korunmada olduğu kadar kanser taraması ve tedavisinde genetik bilgilerin kullanımı çeşitli “rehber”lerde yerini almıştır (12). Meme kanseri olgularında genetik yaklaşım; olgunun değerlendirilmesi, risk tahmini, genetik test öncesi danışmanlık, genetik test ve genetik test sonrası danışmanlık aşamalarından oluşmaktadır (12).

Demografik özellikler: Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder. Kadın cinsiyeti kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Günümüzde bir kadının hayat boyu riski non invaziv meme kanseri açısından 6’da 1 ve invaziv meme kanseri bakımından 8’de 1’dir. Bu riskin büyük bölümü yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar. (12,34) 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 (10).

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. 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 (5,12).

Doğurganlık öyküsü: Östrojen subtiplerinin (östradiol, östriol, östron) modülasyonu over fonksiyonları ile sağlanır (menarş, gebelik ve menapoz). Menapozdan sonra ise östrojenin ana kaynağı adrenal bezlerden salgılanan dehidroepiandrosteron'dur (DHEA) ve periferik yağ dokusunda metabolize edilerek östradiol ve östrona dönüşür. Östrojen hormonuna maruz kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir (erken menarş [12 yaşından önce], geç menapoz [55 yaşından sonra]); östrojene maruz kalınan sürenin azalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir (Rölatif Risk [RR]:1.5–3.4) (12,38,39,40).

Tam dönem gebelikle ilişkili olan meme epitelinin terminal diferansiasyonu da koruyucudur, dolayısıyla ilk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Nulliparite meme kanseri rölatif riskinde 1.2-1.7 artışa neden olur (12,41,40,42). Multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışmalıdır. İnfertilitenin meme kanseri riskini azalttığı yönündeki veriler ve infertilite tedavisinin meme kanseri riskini ne yönde etkilediği çelişkilidir (12,43,44).

Bazı çalışmalar indüklenmiş veya spontan düşük yapmanın meme kanseri ile bir ilişkisi gösterilememiştir (12,45,46,47,48,40,49). Son dönemde yapılan bir çalışmada ise düşük yapmış olmanın meme kanseri riskini arttırdığı bulunmuştur (50,51). Düşükle meme kanseri ilişkisinin sebebinin ise düşükün meme büyümesi ve değişimini yarıda kesen yüksek düzey östrojen etkisinde olması ve bu nedenle de yüksek karsinojen etkinin ortaya çıkışı ile bağlantılandırılmıştır (52).

Laktasyon meme kanseri riskini azaltmaktadır (12,53,54,55,56,50). Bu etki özellikle premenopozal kadınlarda daha belirgindir. Bir meta analiz çalışma göstermektedir ki 1 yıl emzirme meme kanseri riskini %4.3 oranında azaltmaktadır. Erken yaşta emziren kadınların ise meme kanseri gelişme riski daha düşüktür. 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 emzirmesi, meme kanserinden koruyucu olduğunu göstermektedir (52).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ve oral kontraseptif kullanımı: Gerek WHI gerekse de Bir Milyon Kadın Çalışması'nda, HRT alan kadınlarda, verilen tedavinin tipinden ve yönteminden bağımsız olarak meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur (12,57). Östrojen pregesteron kombinesyonu HRT preparatları sadece östrojen içeren preparatlardan daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkili bulunmuştur. Milyon kadın çalışmasının sonuçlarına göre;

Premenopozal dönemde hiç HRT almamış kadınlarda invaziv meme kanseri RR=0.75 (%95 GA 0.68–0.82), postmenopozal dönemde hiç HRT almamış kadınlarda meme kanseri RR=0.63 (%95 GA 0.58–0.68), postmenopozal dönemde (828.923 kadın) hayatının herhangi bir döneminde HRT alan kadınların almayan kadınlara göre RR=1.43 (%95 GA 1.36–1.50)($p<0.0001$) olarak bulunmuştur (57).

Geçmişte HRT kullanımı tek başına risk teşkil etmemektedir. Sadece halen kullanmakta olanların da meme kanseri riski olduğu bulunmuştur (RR=1.66 (%95 GA 1.58–1.75) ($p<0.0001$)) (57).

Bir yıl önce HRT kullanımını bırakmış kadınlarda ise RR=1.14 (%95 GA 1.01–1.28) ($p<0.003$) olarak bulunmuştur (57).

Sadece östrojen içeren HRT preparatları kullananların RR=1.30 (%95 GA 1.21–1.40) ve Östrojen-pregesteron kombine kullananların RR=2 (%95 GA 1.88–2.12), Tibolone kullananların RR=1.45 (%95 GA 1.25–1.68) olarak bulunmuştur (57).

HRT kullanmakta olanların meme kanserine yakalanma riski HRT kullanma süresiyle artış gösterdiği bilinmektedir (57).

Gelişmiş ülkelerde yaşayan, 50–65 yaş grubunda, hiç HRT kullanmamış her 1000 kadından 32'sinde meme kanseri görülmektedir. 50 yaşından sonra başlamamış ve ortalama 5 yıl sadece östrojen içeren HRT kullanan her 1000 kadında meme kanseri insidansı +1.5 daha fazla arttırmakta, Östrojen+progesteron kullananlarda 6 daha fazla artmaktadır (57).

Sadece östrojen içeren HRT'lerin, 10 yıllık kullanımında meme kanseri insidansı +5 daha artmakta, Progesteron+östrojen kombine kullanımında ise +19 daha fazla artmaktadır (57).

Kadınların sadece östrojen içeren HRT kullanma yerine kombine (östrojen+progesteron) HRT kullanmasının sebebi, sadece östrojen içeren preparatlarla endometrium kanseri riskinin artış göstermesidir. 50 yaş üzeri her 1000 kadının 5 'inde endometrium kanseri tanısı konulmaktadır (57).

Sadece östrojen içeren 5 yıllık HRT kullanımında +4 daha fazla endometrial kanseri tanısı konulmaktadır 10 yıllık kullanımda ise +10 daha fazla insidansı artırıyor.

Kombine HRT kullanımında ise endometrium kanser insidansında ya hiç artış olmuyor ya da çok az artış oluyor (57).

HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri riski, alkol kullanımı, aşırı kilo (BMI >30 kg/m²), yaşının 30'un üzerinde olması ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir (12).

Literatürde oral kontraseptifler ile meme kanseri arasındaki ilişki ile ilgili çelişkili sonuçlar vardır; geniş katılımlı bir çalışmada 1.24'lük bir rölatif risk artışı gösterilmiştir (12,58,59). Yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışmasında da, oral kontraseptif kullanımının meme kanserindeki artış ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (OR: 1.19). Bin dokuz yüz seksen öncesinde yapılmış 15 çalışmadan sadece bir tanesinde pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Daha yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda özellikle ilk full term gebeliğinden önce oral kontraseptif alan kadınların meme kanseri riskini arttırdığını belirtmiştir (60).

İlk tam gebeliğinden önce kanserojene maruz kalan kadınların meme kanseri geliştirme oranı daha yüksek olabilir çünkü meme salgı dokusu gebelikle ilişkili olan ileri değişime daha uğramamıştır. Meme salgı dokusunun değişimi, gebeliğin karsinogenik ilerlemeyi engellemesi ile ilgilidir ve bu gebeliğin doğal korunma metodunu açıklayabilir. (60,61)

Alkol kullanımı: Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir (62,63). Alkol tüketiminin östradiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir (12). Özellikle premenopozal ve postmenopozal dönemde alkol tüketen kadınlarda kandaki östradiol seviyesini arttırdığı bilinmektedir. Alkol östradiol yapımını arttırmakta ve kandan temizlenmesini azaltmaktadır. Aynı zamanda alkol östrojen reseptörlerini artırma

olasılığı da vardır (64). Birçok çalışmada orta düzeyde alkol tüketiminin (her gün 1–2 kadeh) meme kanseri insidansında %30–50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir (12). Meme kanseri yüksek alkol tüketimi ile ilişkilendirilmesine rağmen, günde 3 ve üstü kadeh alkol tüketimi kadınlarda sık görülmez. Yüksek alkol tüketiminin birçok sosyal ve medikal problemlerle birlikteliği vardır. Az alkol tüketimi ve kanser arasındaki ilişki de önemli bir halk sağlığı problemidir. Yakın geçmişte yapılan bir kohort çalışmasında günlük alkol tüketimiyle meme kanseri riskinin arttığını bulunmuştur. Bu ilişki günde 1–2 kadeh içmekten, günde 3 kadehten daha fazla içmeye göre risk artışı göstermektedir. Günde bir kadehten daha az içen kadınlarda meme kanseri ile ilişki bulunamamış, fakat günde bir kadehten az içtiğini söyleyenlerde meme kanseri riski artışı görülmüş, birden az içtiğini söyleyen grubun günde 1–2 kadeh içenlerin içinde olması gerekirken kadınların beyanından dolayı bunu yapamamışlardır. Alkol çeşitleri ile ilgili ise meme kanseri riski arasında bir ilişki bulunamadığı ifade edilmiştir (64).

Egzersiz: Fizik aktivitede artış özellikle premenopozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir (12,65,66,67). Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte, düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir.

Beslenme alışkanlığı: Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Haftada 5 kez kırmızı et yenilmesi ile meme kanseri riskinde artış olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (12,68,69). Soya yağı tüketiminin artırılması ile meme kanseri riskinde azalma arasındaki ilişki belirsizdir. Bu nedenle batılı toplumlarda yaşayan kadınlara meme kanserini önlemek amacıyla soyadan zengin diyet önerilmesi konusunda güçlü kanıtlar yoktur.

Son yıllardaki bazı epidemiyolojik çalışmalar, vitamin D'nin meme kanserine karşı koruyucu bir rolü olabileceğini ortaya koymuştur (23). Vitamin E, C veya beta-karoten gibi antioksidanların alımının meme kanseri riskine etki ettiği yönünde güçlü bir kanıt yoktur. Vitamin A ile ilgili veriler ise tartışmalıdır (12).

Bazı çalışmalarda düşük selenyum düzeyinin riski artırdığı gösterilmekle birlikte, yüksek düzeylerinin koruyucu etkisi gösterilememiştir. Yapılan çalışmalarda kafein ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir. Sigara ile meme kanseri arasındaki ilişki de çelişkilidir. Çalışmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmekle birlikte, eşlik eden bazı diğer faktörlerle birlikte riski artırdığı düşünülmektedir (12).

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Aşırı kilolu veya obez kadınlarda postmenopozal meme kanseri daha sık görülmektedir (12,34,70). HRT kullanmayan postmenopozal kadınlar menopozdan sonra 10 kg veya daha fazla kilo verirlerse, kilo vermeyenlere oranla daha az risk taşırlar (12). Premenopozal aşırı kilolu kadınlarda ise risk, kilolu olmayanlara oranla daha düşüktür (12,71).

Sosyoekonomik düzey: Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişimi açısından 2 kat artmış riski ifade eder. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez; doğurganlık alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (12).

Radyasyona maruz kalma: Özellikle 10–14 yaşlar arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalınması meme kanseri riskini artırmaktadır (72,73). Hayatın ilk 3 dekatında toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır. Kırk beş yaşından sonra radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir (12). Tanısal amaçla yapılan işlemlere bağlı olarak oluşan radyasyona maruziyetin ise meme kanseri riski ile ilişkisi tartışmalıdır. Genetik geçiş riski olanlar dışında bu risk yok veya dikkate alınmayacak kadar düşük olarak kabul edilir (12,74).

Osteoporoz: Kemik kütlesinin meme kanseri ile ilişkisi olabileceğini gösteren birçok araştırma vardır. Fakat bu çalışmaların hiç biri meme kanserli kadınlarla kontrol grubundaki kadınlar arasında, yüksek kemik mineral dansitesinin uzamış östrojen maruziyetiyle istatistiksel olarak anlamlı ilişkisini gösterememiştir. Çünkü bu veriyi gösterebilecek veri toplanamamıştır. Yapılan bir çalışmada; meme kanserlilerin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek kemik kütlesine ve bu nedenle daha düşük osteoporoz ve kemik kırıkları riskine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bu araştırmaya göre yüksek kemik kütlesi bulunan kadınların meme kanseri riskinde istatistiksel

olarak bir artış vardır ve bu yüksek kemik kütlesi meme kanseri risk faktörlerinden biri olabileceğini göstermektedir (75).

4.8. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri

Meme kanserinin mamografi ile taranması ilk olarak 1960'larda İsveç'te yapılan alan bazlı çalışmalarla başlamıştır. Bu çalışmaların meme kanserinin mamografik taramalarla erken dönemde yakalanabileceğini göstermesi üzerine, dünyada toplam sekiz adet randomize meme kanserinin mamografi ile taranmasına yönelik çalışma yapıldı. Bu çalışmaların sonucunda meme kanserinin mamografik taramalarla erken yakalanabileceği ve meme kanserinden ölümlerin azaltılabileceği gösterildi. Bu gelişmeler sonucunda dünyanın çeşitli yerlerinde meme kanseri tarama rehberleri yayınlandı ve meme kanseri tarama programları geliştirildi. Bütün bu gelişmeler sonunda meme kanserinin mamografi ile taranmasının yaygınlaşması neticesinde 2000 yılına kadar artmakta olan meme kanserine bağlı ölümlerde, taramanın yaygın olarak uygulandığı ülkelerde meme kanserine bağlı ölümler azalmaya başladı. Bu azalmaya taramanın katkısı 2/3 iken, tedavi edici yöntemlerdeki gelişmelerin etkisi 1/3 olarak hesaplanmaktadır. (12)

Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında yaptığı 58. Dünya Sağlık Kurulu'nda, özellikle düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde kanser mortalitesini azaltacak ve kanser hastaları ile bunların ailelerinin yaşam kalitelerini arttıracak programların geliştirilmesinde kendisi ile iş birliği yapılmasını önermiştir. Dünya Sağlık Örgütü ülkelere, kanser kontrol programlarını mevcut sağlık sistemlerine entegre etmelerini, kanser erken tanı ve tedavisinde kanıta dayalı, kaynakların en verimli şekilde kullanılabileceği programlar geliştirmelerini önermektedir (5).

Meme kanseri progresif bir hastalıktır, erken dönem tanıda tedavi edilme olasılığı daha yüksek olduğu için yaşam beklentisi fazladır. Tümörün palpabl olmadan önce tanısının konulması hayati önem taşımaktadır. Meme kanseri tarama yöntemleri ile meme kanseri vakalarının %63,7'sine erken lokalize dönemde tanı konulabilmektedir. Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık yaşam beklentileri %97,9'dur (9).

Avrupa Birliği ÷lkelerinde son 30 yıldır uygulanan, meme kanseri taraması, 50 yaşı üzerindeki kadınlarda iki yılda bir mamografi ve yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) yapılmaktadır (5) (Şekil 4.8.1). Meme kanseri, Türkiye’de Ulusal Tarama Programı oluşturulan kanserlerden biridir (7,14) Temmuz, 2004 yılında kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlar yayınlanmıştır (14). Tarama programı Türkiye’nin tüm illerinde yürüt÷lmektedir (7).

Meme kanserinde belirtilerin erken evrede teşhis olanağının yükseltilebilmesi için; KMM yapılması ve mamografi çektilmesi ve ancak gerekli durumlarda ultrasonografi ile manyetik rezonans gibi ilave tarama yöntemleri kullanılması önerilmektedir (76).

Şekil 4.8.1. Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları, Temmuz 2004

	20 Yaş	25 Yaş	30 Yaş	35 Yaş	40 Yaş	45yaş	50 Yaş	55 Yaş	60 Yaş	65 Yaş	70 Yaş
MEME KANSERİ TARAMASI	Ayda 1 KKMM ve yılda 1 hekim muayenesi	Ayda 1 KKMM ve yılda 1 hekim muayenesi	Ayda 1 KKMM ve yılda 1 hekim muayenesi	Ayda 1 KKMM ve yılda 1 hekim muayenesi	Ayda 1 KKMM ve yılda 1 hekim muayenesi	Ayda 1 KKMM ve yılda 1 hekim muayenesi	2 yılda 1 mamografi çekimi	2 yılda 1 mamografi çekimi	2 yılda 1 mamografi çekimi	2 yılda 1 mamografi çekimi	2 yılda 1 mamografi çekimi

Kaynak: http://ketem.org/hangi_tarama.php (Erişim tarihi 21.06.2011).

4.8.1. Mamografi

Meme kanserinde moratalite oranını düşürmek ve uzun yaşam süresi elde etmenin etkili yolu erken tanı ve erken tedavidir. Memedeki kitleyi palpabl olmadan önce belirlemenin en iyi yöntemi mamografidir (29).

Meme kanseri tanısında mamografi sıklıkla kullanılan ve erken tanı ile mortaliteyi %20–70 oranında azaltan, en etkin radyolojik yöntemdir (32).

Farklı ülkelerde taramanın etkinliğini araştıran birçok randomize kontrollü çalışma (RKÇ) yapılmıştır. Bu çalışmaların büyük çoğunluğu mamografinin meme kanseri mortalitesini düşürdüğüne dair değerli veriler vermiştir. İlk olarak Dünyada HealthInsurance Plan Çalışması (HIP) yapılmıştır bu çalışmanın sonucunda mamografinin mortaliteyi %23 azalttığı tespit edilmiştir (24). Diğer yapılmış olan randomize kontrollü çalışmalarda (Malmö Çalışması, Gothenburg Çalışması, National Breast Screening Studies (NBSS) 1 ve 2 Çalışmaları) mamografinin meme kanseri mortalitesini düşürdüğünü tespit etmişlerdir (77,78,79,80).

Mamografi; 30 yaşından büyük, belirtileri olan kadınlarda tanı amacıyla, meme kanserine ilişkin yakınması ya da bulgusu olmayan kadınlarda uygulanan bir yöntemdir. Ayrıca mamografi klinik olarak gizli kalmış meme kanserinin tam ya da yüksek bir iyileşme olasılığının olduğu bir dönemde tedavi edilebilme şansının araştırılmasında tarama amaçlı, tanı konmuş hastalarda tedavi planlaması için ve tedavi sonrası takipte de kullanılır (29).

Tarama amaçlı mamografiye 40 yaşında başlanması, 40–49 yaşlar arasında 1–2 yılda bir, daha sonra yılda bir uygulanması önerilir (32). Düzenli mamografi taramaları ile meme kanseri mortalite ve morbidite oranlarının önemli ölçüde azaldığı birçok araştırmada kanıtlanmış olmasına karşın, sosyal güvencenin olmaması, gelir düzeyinin ve eğitim seviyesinin düşük olması, bilgi eksikliği ve acı/ağrı vereceği düşüncesi bireylerin mamografi çekirtmesine engel oluşturmaktadır (32).

Mamografi çekimi sırasında kaliteli görüntü elde etmek için memenin sıkıştırılması gerekmektedir ve bu ağrılı olabilen bir işlemdir. Antalya’da yapılan bir çalışmada, kadınların % 53.5’inin mamografi işlemi sırasında ağrı hissettiği ve işlem öncesi

mamografi hakkında kadınları bilgilendirmenin ağrı düzeyinde azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (81).

Mamografi çekimine bağlı ağrı ve kaygı düzeylerini azaltmak için işlem öncesi hasta eğitimi önemlidir. Ağrı beklentisi veya yüksek kaygı düzeyleri, kadınların mamografi tarama programlarına katılmalarını engelleyebilmektedir. Oysaki tarama programlarının amacına ulaşması için yüksek oranda katılım şarttır. Ülkemizde mamografi merkezlerinin sayıca yetersiz olması, mevcut olanlara kolay erişilememesi ve işlemin maliyeti göz önüne alınırsa mamografi çektiren kadınların genel kadın nüfusuna oranı çok düşük kalmaktadır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların mamografi çekirme oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (15,28). Yapılan araştırmalardan Dünder ve ark. 20–64 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada son 2 yıl içinde mamografi çekirme oranı %5.1 iken Özmen ve ark. 40–69 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı %48.3'dür (82,6).

4.8.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Klinik meme muayenesi (KMM) bir doktor veya hemşire, ebe tarafından memelerin muayenesidir. Meme kanserinden ölme riskini azaltmak amacıyla, erken evrede meme kanserine tanı koyabilmek amacıyla bir tarama yöntemi olarak geliştirilmiştir.

Meme kanserini tanımada KMM'nin duyarlılığı %40–69 arasındadır. Mamografi duyarlılık şüphesi olan genç ve yüksek riskli kadınların KMM ile taranması önemlidir (28).

Meme kanserinin teşhis edilmesinde hem sağlık profesyonelleri tarafından (hekim, ebe ve hemşire) yapılan klinik meme muayenesi hem de mamografi çektirilmesi meme kanserinden meydana gelen ölüm oranlarının azaltılmasında etkili olmaktadır. (28).

Dünyada yapılan birçok tarama araştırmalarından KMM'nin duyarlılığı %54.1 ve seçiciliği %94.0 hesaplanmıştır. Bu bulgu, KMM ile topluma dayalı programlarda da en az tarama araştırmalarındaki kadar etkili olarak meme kanseri saptanabileceğini göstermektedir (83).

Klinik meme muayenesinin meme kanseri mortalitesine etkisi birkaç randomize kontrollü araştırma (RCT) ile değerlendirilmiştir, bunlardan, Filipinlerde yapılan randomize kontrollü çalışmada, “KMM ile hiç tarama yapılmaması” karşılaştırılmış, ancak 1. tarama döneminden sonra, tanısal izlem muayenelerine katılımın çok düşük olması nedeni ile devam edememiştir. Anormal KMM olan kadınların ancak %35’i ileri tetkiki kabul etmiştir, KMM sensitivitesi %25.6, PPV(pozitif prediktif değer) %1.0 hesaplanmıştır (84). İngiltere’de yapılan tarama programlarında saptanan meme kanserlerinin %20sinin taramalarda tanı aldığı, hastaların %80’inin birinci basamak hekimleri tarafından yapılan KMM sonrası tanı aldığı belirtilmektedirler (www.nice.org.uk, Erişim Tarihi: 22.08.2011).

Uluslar arası Konsensus Konferansı’nda; meme kanseri riski hiç olmayan veya risk faktörlerinden biri olan ilk grup için yılda bir kez KMM önerilirken, muayenenin başlangıç yaşı ve sonlandırılacak yaş ile ilgili bir öneride bulunulmamıştır (82).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınların KMM yaptıрма oranları çok düşüktür. Dişçigil ve ark. Ege bölgesinde yaptıkları araştırmada kadınların %42.7’sinin KMM yaptırdığı bulunmuştur (15).

4.8.3. Meme Ultrasonografisi

Meme ultrasonografisi, meme kanseri taramasında öncelikle pozitif olguların ayırıcı tanısında kullanılmaktadır. Yüksek riskli olgularda mamografiye meme ultrasonografisi eklenmesi ile ilgili yapılan çalışmalardan kanıt değeri en yüksek olan çalışma ACRIN 6666 çalışmasıdır (85). Bu çalışmada 2809 yüksek riskli yoğun meme dokusu olan kadına mamografi ile beraber meme ultrasonografisi inceleme yapılmıştır. Toplam 41 meme Ca (40 kadın) tanısı konmuş olup bunların 8’i meme ultrasonografisi ve mamografi ile 12’si yalnızca mamografi ile 12’si meme ultrasonografisi ile tanı almış 8 olguda iki yöntemde başarılı olamamıştır. Mamografi 7.6/1000, mamografi+ meme ultrasonografisi 11.8/1000 kadında tanı koymuştur. Doğruluk mamografi için %78 Mamografi ve US için %91 dir. Meme ultrasonografisi eklenerek 1.1 – 7.2 /1000 kanser daha çok yakalanabilir ancak yanlış pozitif oranı artmaktadır (85). Meme ultrasonografisinin mortaliteye katkısı bilinmemektedir.

Özaydın ve arkadaşları İstanbul Bahçeşehirde yaşayan kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %33.0'ünün meme ultrasonografisi çektiğini saptamışlardır (6).

4.8.4. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM ideal olarak adet döngüsünün 5.-7. günleri arasında, ayda bir kez yapılmalıdır (32). Menstruasyonun başlamasıyla birlikte kanda östrojen ve progesteron hormonlarının etkinlikleri nispeten azalır ve meme dokusunu incelemek kolaylaşır. Yukarıda belirtilen günler dışında ve özellikle de adet kanamasına yakın yapılan meme muayenelerinde bu hormonların etkisiyle memeler dolgun ve bastırmakla ağrılı olurlar. Bu da KKMM'nin etkinliğini önemli derecede azaltır. Menopoz döneminde olan ve adet görmeyen kadınlar ise her ayın kendi belirledikleri bir gününde bu muayeneyi yapabilirler, <http://www.jinekoloji.net/kkmm.htm> (Erişim tarihi:03.03.08). Yirmi yaşındaki her kadın KKMM yapmaya başlamalıdır. Kadınların %81'inin KKMM sayesinde memedeki değişiklikleri ilk olarak kendilerinin fark ettikleri belirtilmektedir. Kadınların memelerinde bir kitle bulma endişesi ve kanser olma korkusu nedeniyle sadece %25-30'unun düzenli olarak KKMM yaptığı saptanmıştır (32,86). Ülkemizde ise yapılan çalışmalarda aylık düzenli olarak KKMM yapma oranının %10.2 ile %13 arasında değiştiği saptanmıştır (82,83). KKMM muayenesinin sağ kalım oranını arttırmadığına ilişkin çalışmalar vardır (32). Rusya (32) ve Çin'de de (85) yapılan çalışmalarda KKMM'nin meme kanseri evresini düşürmede ve mortaliteyi azaltmada etkili olmadığı saptanmıştır. Ancak KKMM uygulaması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve sağlık hizmetinden uzak kırsal bölgelerde meme sağlığı konusunda farkındalığı arttıracığı için ve ardından KMM ve mamografi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyinin de gelişebileceği ön görülürse üzerinde durulması ve önerilmesi gereken bir uygulamadır. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nda KKMM'ni meme kanserinde farkındalığını artırdığı için önermektedir, http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kontrol_strateji.doc, (Erişim tarihi: 22.06.2011).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, İstanbul Anadolu yakası Kadıköy Moda'da (Caferağa Mahallesi) yürütülmüştür. Moda İstanbul'un en eski yerleşim yeridir. Daha çok azınlıkların yaşamak için tercih ettiği bir semttir. Özellikle 1900'lü yılların ortalarında sosyal açıdan şehrin merkezi yerlerinden biri haline gelmiştir. Genel olarak Moda'da yaşayanların gelir düzeyleri ve buna bağlı olarak eğitim düzeyleri yüksektir. (<http://www.modaplatformu.com/moda-semti.htm>, 05.07.2011)

5.3. Araştırmanın Zamanı

Sahada Eylül 2010- Haziran 2011 tarihleri arasında aktif olarak veri toplanmıştır.

5.4. Araştırma Evren ve Örneklemi

2010 yılında 40–69 yaşlarında olan, 1941–1970 arası doğum tarihleri, İstanbul Moda'da ikamet etmekte olan kadınlar araştırma evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın yapılacağı bölgede oturan 40–69 yaş kadınların başlangıç bilgisine Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2007'den (ADNKS–2007) alınmıştır. ADNKS–2007 sonuçları tüm Caferağa Mahallesi'nin (106 sokak) nüfusunun bilgisayar ortamında listelenmesini sağlamıştır.

ADNKS-2007'ye göre araştırmanın yapılacağı bölgede 40- 69 yaş arasındaki kayıtlı kadın sayısı 6123'tür. Meme kanseri risk faktörleri yaşa göre değişebileceğinden ve seçilecek olan örneklemin özelliklerinin evreni daha iyi temsil edebilmesi için “yaşa göre tabakalı örneklem” yöntemi tercih edilmiştir.

Hedef bölge nüfusu (n=6123 kadın) “beşerli yaş gruplarına göre tabakalandırılıp” kadınların yaşa göre yüzde dağılımları bulunmuştur (Tablo5.4.1).

Dişçigil ve ark.(15) yaptığı çalışmada bildirdikleri p=%17.6 (meme kanseri ile ilgili doğru yanıt verme oranı) ve %2'lik hata payı alındığında, %95 güvenilirlik ve %80 power, %50 yanıtlanma olasılığı da dikkate alınarak örneklem büyüklüğü “1725” olarak hesaplanmıştır. Hedef bölge nüfusunun tabakalandırılmış yüzdelere uygun

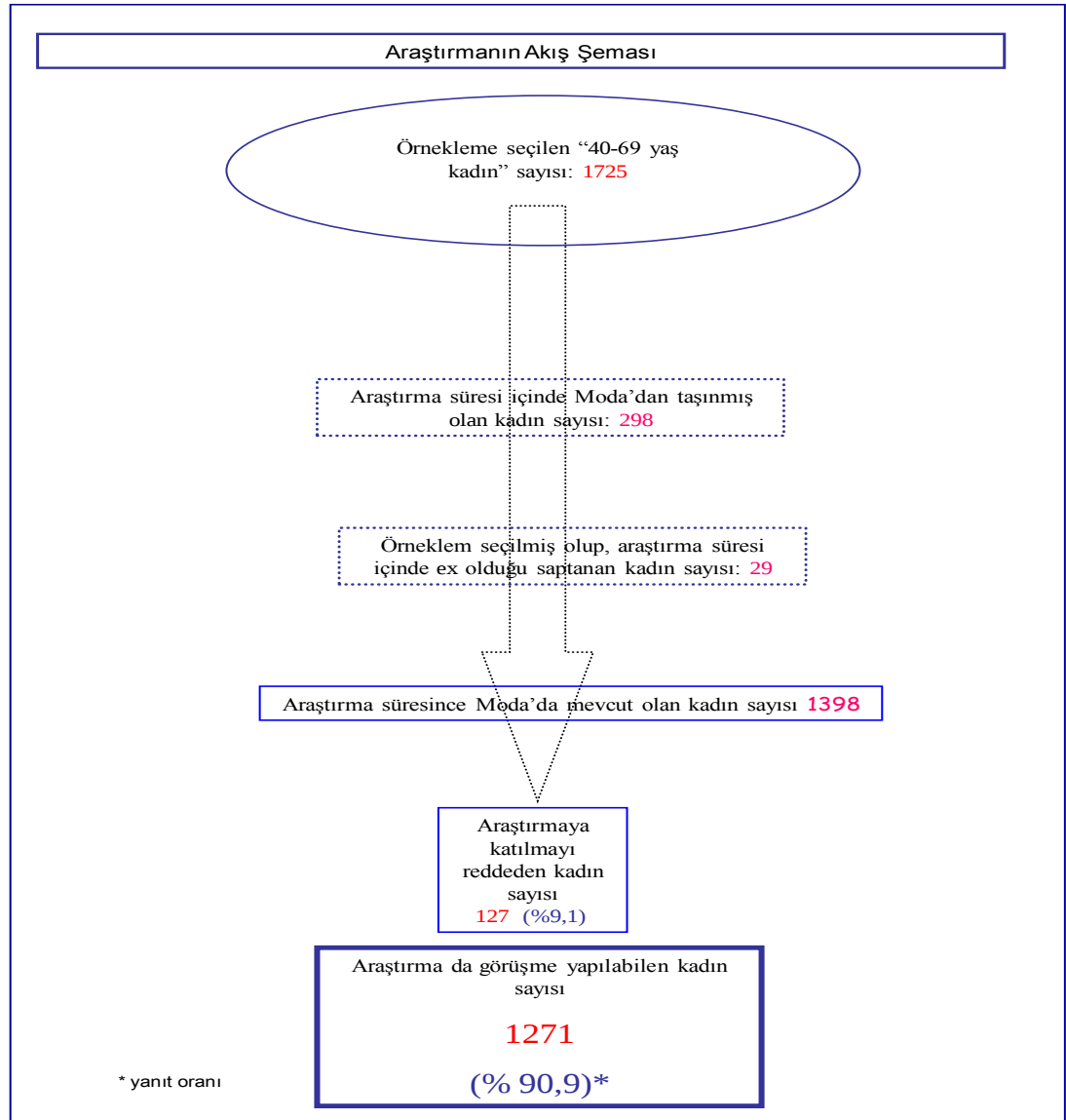
olarak 1725 olarak belirlenen örneklem, beşerli yaş tabakalarına dağıtılmıştır (Tablo 5.4.1).

Ardından her bir yaş grubuna ait ADNKS–2007 listesinden, random ile ilgili tabakaya ait sayıda kadın random seçilerek ziyaret edilecek kadın listeleri belirlenmiştir.

Tablo 5.4.1. Araştırma örnekleminin yaş gruplarına göre dağılımı, Moda

Yaş aralığı	Toplam kadın sayısı	%	Ulaşılmaması planlanan (+%50 yanıtızlık oranı)	Araştırma tarihinde adresten taşınmış ve adres bilgisi yanlış olan kadın sayısı	Araştırma tarihinde vefat etmiş kadın sayısı	Araştırmada tarihinde Moda’da mevcut olan kadın sayısı
40–44	1154	19	328	101	0	227
45–49	1042	17	293	36	0	257
50–54	1115	18	311	54	3	254
55–59	1049	17	293	31	0	262
60–64	908	15	259	34	12	213
65–69	855	14	241	42	14	185
Toplam	6123	100.0	1725	298	29	1398

Şekil 5.4.1. Araştırmanın akış şeması



Araştırmada, örnekleme seçilen kadınlardan 40–44 yaş grubundakilerin %57,6'sına, 45–49 yaş grubundakilerin %82,6'sına, 50–54 yaş grubundakilerin %72,7'sine, 55–59 yaş grubundakilerin %80,2'sine, 60–64 yaş grubundakilerin %78'ine ve 65–69 yaş grubundakilerin de %73,2'sine ulaşılmıştır.

Görüşme yapılabilen ve araştırma süresi içinde görüşülememiş olan kadınların yaş gruplarına dağılımları birbirinden farklı bulunmuştur. ($X^2(5)=64,707$ $p=0.0001$) (Tablo 5.4.2).

Örnekleme yer almakla birlikte görüşme yapılamayan kitle ile görüşme yapılmamasının nedenleri aşağıdaki gibidir:

- 29 kadınla (%1,6) vefat etmiş olmaları nedeniyle,
- 298 kadınla da (%16,9) araştırma süresi içinde araştırma bölgesi dışına taşınmış olmaları ve yeni adres bilgilerine erişilememesi nedeniyle görüşme yapılamamıştır.

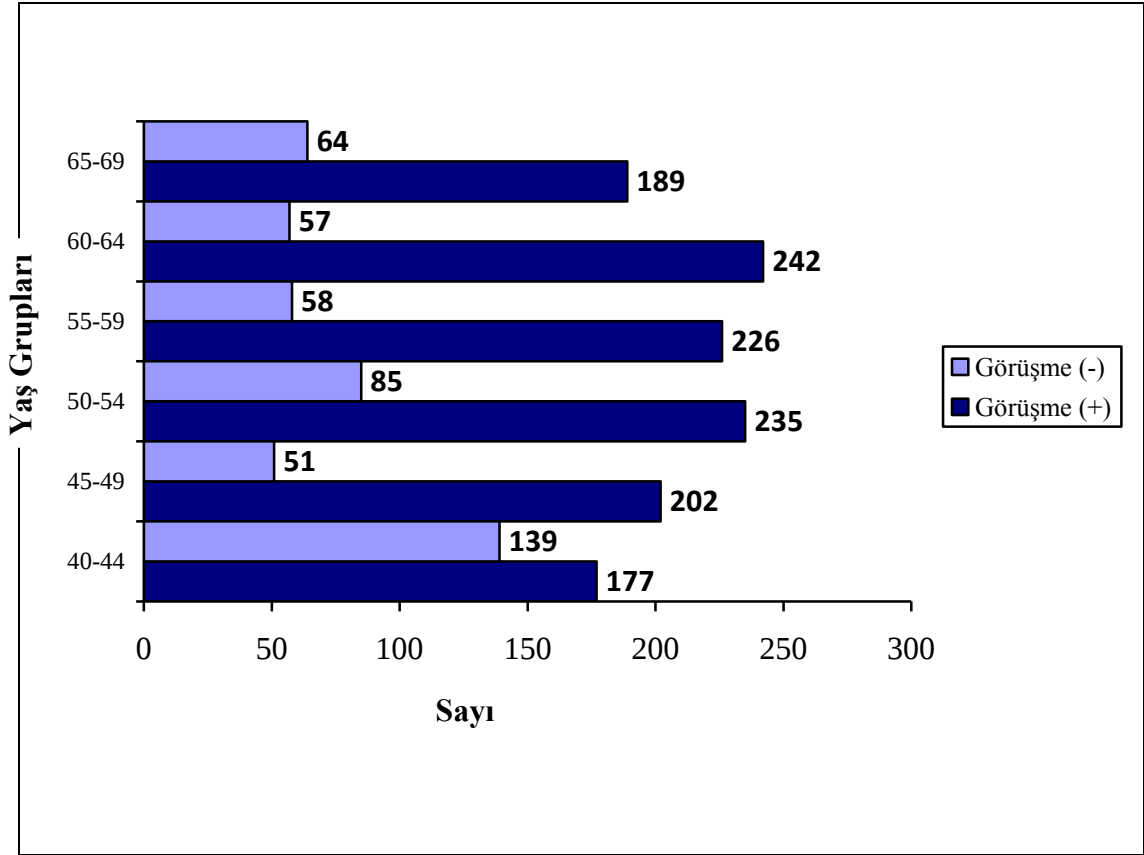
Örnekleme yer alan ve araştırma süresi içinde sağ olup Moda'da ikamet eden 1398 kadın üzerinden araştırma sürdürülmüştür. Bunlardan 127'si araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir (%9,1). Geriye kalan 1271 kadın ile yapılan görüşmeler başarıyla tamamlanmıştır (%90,9).

Tablo 5.4.2. Görüşme yapılan ve yapılmayan kadınların yaş gruplarının dağılımı, Moda

Yaş	Görüşme yapılan kadın		Görüşme yapılamayan kadınlar		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
40–44	189	14.9	139	30.6	328	19.0	0.0001
45–49	242	19	51	11.2	293	17.0	
50–54	226	17.8	85	18.7	311	18.0	
55–59	235	18.5	58	12.8	293	17.0	
60–64	202	15.9	57	12.6	259	15.0	
65–69	177	13.9	64	14.1	241	14.0	
Toplam	1271	100.0	454	100.0	1725	100.0	

$$X^2(5) = 64.707 \quad p = 0.0001$$

Şekil 5.4.2. Görüşme yapılan ve yapılmayan kadınların yaş gruplarının dağılımı, Moda



5.5. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada yüz yüze anket yöntemi ile veri toplanmıştır. ADNKS–2007’ ye göre alınan adres bilgilerinden, örnekleme yer alan 40–69 yaş arası kadınların tek tek evlerine gidilmiş ve anket doldurulmuştur.

5.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, “Meme Sağlığı Bilgi Formu” aracılığıyla elde edilmiştir. Meme Sağlığı Bilgi Formu 6 bölüm ve 135 sorudan oluşmuştur. Meme Sağlığı Bilgi Formu doldurulmadan önce katılımcıların “Araştırma Onay Formu” nu doldurmaları sağlanmıştır.

Meme Sağlığı Bilgi Formu aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

1. Bölüm: Tanımlayıcı bilgiler

Araştırmaya katılan kadınların adres ve kimlik bilgilerini içermektedir.

2. Bölüm: Temel bilgiler

Araştırmaya katılan kadınların sosyoekonomik ve demografik özelliklerini içermektedir.

3. Bölüm: Meme kanseri hakkındaki bilgiler ve bilgi kaynakları

Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini ve bu bilgilerinin kaynaklarını ortaya koymayı amaçlayan sorulardan oluşmaktadır.

4. Bölüm: Meme kanseri ve kadın sağlığı ile ilgili risk faktörleri

Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilgili bilinen risk faktörlerini belirlemeyi amaçlayan sorulardan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların boy ve ağırlık ölçüm bilgileri boy için metre (m), ağırlık için kilogram (kg) olarak kadınlardan öğrenilerek kayıt altına alınmıştır.

Meme kanseri risk faktörlerinden birisi olan, kadınların beden kitle indeksi de (BKİ) hesaplanmıştır. BKİ'nin değerlendirilmesinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmaya alınan kadınların yaş grupları için belirlediği uluslararası sınıflandırma kullanılmıştır (61). Buna göre, “BKİ<18,50” “zayıf” olarak, “18,50<BKİ<24,99” “normal”, “25,00<BKİ<29,99” “kilolu” ve “BKİ ≥30.00” “şişman” olarak değerlendirilmiştir (87).

Meme kanseri risk faktörlerinden alkol kullanımının soruları, National Institutes of Health'in bir bileşeni olan National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) tarafından “çok fazla alkol tüketen hastalara yönelik” hazırlanmış oldukları materyalden alınmıştır.

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf>

(Erişim tarihi 30.08.2011).

5. Bölüm: Mamografi, KMM, KKMM, USG Yaptırma Alışkanlığı

Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri tarama yöntemleri ve tarama yöntemlerini kullanma durumlarını ortaya koymayı amaçlayan sorular içermektedir.

6. Bölüm: Öz geçmiş/Soy geçmiş

Araştırmaya katılan kadınların ayrıntılı öykülerini kapsamaktadır. Kadınların doğurganlık öyküleri, sigara ve alkol kullanım öyküleri, tanı almış oldukları kronik hastalık öyküleri ve tanı yılları, ailelerinde kanser öyküsü ve tanı yaşları sorgulanmıştır. Ailede kanser öyküsü;

Anne, kardeş, kızında kanser öyküsü varsa, birinci derece akraba,

Hala, teyze, annecanne, babaannede kanser öyküsü varsa, ikinci derece akraba,

Kuzenlerde (teyzekızı, teyze oğlu, halakızı, halaoğlu v.b.) kanser öyküsü varsa, uzak akraba olarak sınıflandırılmıştır.

5.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma Eylül 2010- Haziran 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Şekil 5.4.3. Araştırma takvimi

	2010												2011											
Literatür tarama																								
Araştırma önerisi ön hazırlığı																								
Araştırma önerisi izni alınması																								
Araştırma etik kurul başvuru ve onayı																								
BAPKO başvurusu																								
BAPKO proje kabulü																								
Araştırma saha çalışması/veri toplanması																								
Araştırma veri girişi																								
Araştırma analizi																								
Raporlama																								
Tez sınavı																								
Araştırma bulgularının yayınlanması																								

5.8. Araştırma Verilerinin Bilgisayara Aktarılması ve Analizi

Araştırma verileri optik okuyucu ile bilgisayara aktarılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından SPSS 11.0 paket programında analiz edilmiştir.

- Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogrow-Simirnov testi ile test edilmiştir.
- Gruplar arası ortalamanın karşılaştırılmasında veriler normal dağılım koşullarını karşıladığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test), normal dağılım koşullarını karşılamadığında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.
- Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında X^2 testi uygulanmış ve beklenen değerlerin %20'den fazlasının 5'den küçük olması durumunda Fischer kesin ki-kare testi kullanılmıştır.
- İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak " $p<0.05$ " kabul edilmiştir (88,89).

5.9. Araştırmada Etik Sorunlar

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyonu'ndan 28.09.2010 tarihinde araştırma izni alınmıştır.

Araştırmada örnekleme seçilmiş olan her bir kadın, araştırma hakkında, araştırma onam formu okutulmuş ve bilgilendirilmiş, yazılı izinleri alınmıştır

5.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:

1. Meme kanseri hakkında bilgi durumu,
2. Meme kanseri tarama programlarına katılım davranışları.

Bağımsız Değişkenler:

A. Sosyodemografik özellikler

Yaş, medeni durum, 12 yaşına kadar yaşadığı bölge, Moda'da yaşama süresi, hane halkı sayısı, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gazete okuma sıklığı, aylık ortalama geliri.

B. Doğurganlık öyküsü;

Menarş yaşı, menopoz yaşı, ilk doğum yaşı, canlı doğum sayısı, ölü doğum, kürtaj sayısı, toplam gebelik sayısı, kız çocuk sayısı, erkek çocuk sayısı, emzirme süresi.

C. Kişisel öyküleri

Ağırlık, boy, kontraseptif kullanma durumu, hormon replasman tedavisi alma durumu, yaşam tarzı, çocukluk çağında göğüs duvarına radyoterapi alma durumu, üremeye yardımcı tedavi alma.

D. Kişisel alışkanlıkları

Fiziksel aktivite, alkol kullanımı, sigara kullanımı, saç boyası kullanımı, anti-aging krem kullanımı, solaryum kullanma, çalışma sistemleri (nöbetli, kimyasal maruziyet, radyasyon maruziyet).

5.11. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma için SAG-C-YLP-031210-0274 proje no ile Marmara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Birimine 20.10.2010 tarihinde başvurulmuş, 03.12.2010 tarihinde proje fonu alınmıştır. Sunulan bütçe;

Hizmet alımı ve yolluk giderleri başlığı altında ihtiyaç kalemleri,

- Meme sağlığı bilgi formlarının basımı, çoğaltılması ve okunması (A)
- Onam formları ve tezin basımı (B)
- Yurt içi ve yurt dışı kongrelerde tezin sunumu (C)

A= 2.300 TL, B= 300 TL, C= 4.000 TL

A+B+C= 6.600 TL olarak belirlenmiştir.

6. BULGULAR

Bulguların ilk bölümünde araştırmaya katılan kadınların; sosyo-demografik özellikleri, ardından bilinen risk faktörleri ile ilgili özellikleri, hormonal kontraseptif kullanımları, meme kanseri ile ilgili bilgileri ve bilgi kaynakları, meme kanseri ile ilgili tarama davranışları, sigara, alkol kullanımları ve fiziksel aktivite ile ilgili bulguları yer almıştır. Daha sonra araştırmaya katılan kadınların doğurganlık öyküleri ve isteğe bağlı gebeliği sonlandırma ile ilgili bulguları ve son olarak öz geçmiş bilgileri ve kanserojen maddelere maruziyetleri ile ilgili bulguları sunulmuştur.

6.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırmada, araştırma süresi içinde halen Moda'da oturmakta olan 40–69 yaş arası 1271 kadın ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların %14.9'u (n=189) '40–44 yaş grubunda', %19.0'u (n=242) '45–49 yaş grubunda', %17.8'i (n=226) '50–54 yaş grubunda', %18.5'i (n=235) '55–59 yaş grubunda', %15.9'u (n=202) '60–64 yaş grubunda' ve %13.9'u (n=177) '65–69 yaş grubundadır'. Araştırmaya katılan kadınların median yaşları 54.0 (SD: 8.2, min. 40, max. 69)'dur. Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri tablo 6.1.1'de verilmiştir (Şekil 6.1.2).

Araştırmaya katılan kadınların %35.4'ü (n=449) lise eğitimini tamamlamış, %29.2'si (n=371) lisans, %28.1 'i (n=357) ilk ve ortaokul eğitimlerini tamamlamış iken sadece %4.0'ü (n=51) okuryazar/ okuryazar değil idi. Yüzde 3.3'ü (n=42) yüksek lisans ve doktora eğitimlerini tamamlamış idi (Tablo 6.1.1) (Şekil 6.1.3).

Araştırmaya katılan kadınların %62.0'si (n=788) araştırma sırasında halen evli, %18.3'ü (n=233) boşanmış, %13.1'i (n=166) eşi ölmüş, %6.6'sı (n=84) hiç evlenmemişti. Araştırmaya katılan kadınlardan eşinden ayrı yaşadığını beyan eden olmamıştır (Tablo 6.1.1) (Şekil 6.1.5).

Araştırmaya katılan kadınlardan %98.3'nün (n=1249) ana dili Türkçe iken %0.9'unun (n=12) ana dili Rumca, Ermenice, İbranicedir (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılan kadınların yaşamlarının ilk 12 yılında, en uzun süre %15.3'ü (n=195) Moda'da, %50.4 'ü (n=641) Moda hariç, il merkezinde, %21.3'ü (n=271)

ilçe merkezinde, %10.6'sı (n=135) bucak/köy ve %2.3'ü (n=29) yurt dışında yaşamışlardır (Tablo 6.1.1) (Şekil 6.1.6).

Araştırmaya katılan kadınların Moda'da oturma median süreleri 23.0 (SD: 17.1, min:1, max:1)'dır. Araştırmaya katılan kadınların %26.8'i (n=340) 0–10 yıl arası, %19.2'si (n=244) 11–20 yıl arası, %18.7'si (n=238) 21–30 yıl arası, %15.1'i (n=192) 31–40 yıl arası ve %20.2'si (n=256) 41 yıl ve daha uzun süre Moda'da yaşamaktadırlar (Tablo 6.1.1) (Şekil 6.1.7).

Araştırmaya katılan kadınların %12.0'si (n=152) tek başına yaşamaktadır. 40–44 yaşa grubundaki kadınların %2.6'sı yalnız yaşarken, 65–69 yaş grubundaki kadınların %30.5'i yalnız yaşamaktadır [$\chi^2(1)=138,233$ p=0.0001]. %49.3'ü (n=626) hanede üç- dört kişi, %31.2'si (n=397) iki kişi ve %7.6'sı (n=96) beş ve daha fazla kişi ile birlikte yaşamaktadır (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılan kadınların %39.6'sı (n=504) emekli, %38.9'u (n=494) ev hanımı, %20.6'sı (n=262) araştırma sırasında halen çalışıyor iken, %0.9'u (n=11) işsizdir (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılan ve emekli, işsiz, halen çalışan kadınlardan %6.4'ü (n=81) nöbetli- vardiyalı çalışmış, %2.4'ü (n=30) kimyasal maruziyetli çalışmış, %1.7'si (n=21) radyasyon maruziyetli çalışmış idi (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılan kadınların nöbetli çalışma median süreleri 120.0 aydır (SD:130,920, min:3, max:580). Araştırmaya katılan kadınlardan nöbetli- vardiyalı çalışanlarının çalışma süresi, %11.3'ü (n=9) 12 ay ve altı, %25.0'i (n=20) 13–60 ay, %17.5'i (n=14) 61–120 ay, %46.3'ü (n=37) 121 ay ve üstüdür (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılan kadınların radyasyon maruziyetli çalışma median süreleri 132.0 aydır (SD:98.399, min:3, max:372). Araştırmaya katılan kadınlardan radyasyon maruziyetli çalışanlardan çalışma süresi, %4.8'i (n=1) 12 ay ve altı, %14.3'ü (n=3) 13–60 ay, %28.6'sı (n=6) 61–120 ay, %52.4'ü (n=11) 121 ay ve üstüdür (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılan kadınların nöbetli çalışma median süreleri 228.0 aydır (SD:145.002, min:1, max:480). Araştırmaya katılan kadınlardan kimyasal

maruziyetli çalışanlardan çalışma süresi, %13.8'i (n=4) 12 ay ve altı, %20.7'si (n=6) 13–60 ay, %65.5'i (n=19) 121 ay ve üstüdür (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılan kadınların %56.1'i (n=713) SSK, %23.9'u (n=304) Emekli Sandığı, %13.0'ü (n=165) Bağ-Kur, %2.2'si (n=28) özel sağlık sigortası, %0.9'u (n=11) birden fazla sağlık sigortası vardır. %3.8'inin (n=48) herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. %0.2'si (n=2) yeşil karta bağlıdır (Tablo 6.1.1) (Şekil 6.1.4).

Araştırmaya katılan kadınların %72.6'sı (n=923) her gün, %12.9'u (n=164) arada bir, %5.7'si (n=72) en az haftada bir gazete okumakta iken %8.8'i (n=112) hiç gazete okumadıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 6.1.1) (Şekil 6.1.1).

Araştırmaya katılan kadınların toplam aylık hane gelirleri medianı 2000.0 TL (SD: 2092.3, min:250, max:20000)'dır. Araştırmaya katılan kadınların aylık hane gelirleri, %36.2'si (n=428) 2000–3000 TL/ay iken %35.9'unun (n=425) 631–1900 TL/ay, %17.6'sı (n=208) 3001–5000 TL/ay, %6.6'sı (n=78) 5001 TL/ay ve üzeri ve sadece %3.7'nin (n=44) 630 TL ve altıdır (araştırmanın yürütüldüğü tarihteki asgari ücret aylık 630 TL'dir) (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan kendi gelir gruplarını tanımlamaları istenmiş ve %73.6'sı (n=935) orta gelir grubunda, %21.6'sı (n=275) düşük gelir grubunda, %2.7'si (n=34) üst gelir grubunda ve %0.2'si (n=2) en üst gelir grubunda olarak belirtmişlerdir. (Tablo 6.1.1)

Tablo 6.1.1. Sosyo-demografik özelliklere göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Özellikler	Sayı	%
Yaş grupları (yıl) (n=1271)		
40-44	189	14.9
45-49	242	19.0
50-54	226	17.8
55-59	235	18.5
60-64	202	15.9
65-69	177	13.9
Eğitim durumu (n=1271)		
OYD/OY	51	4.0
İlk. / Orta. bitirmiş	357	28.1
Lise/ yüksek okul bitirmiş	449	35.4
Lisans bitirmiş	371	29.2
Y. Lisans ve üstü bitirmiş	42	3.3
Medeni durum (n=1271)		
Halen evli	788	62.0
Boşanmış	233	18.3
Eşi ölmüş	166	13.1
Hiç evlenmemiş	84	6.6
Ayrı yaşıyor	0	0
Ana Dili (n=1271)		
Türkçe	1249	98.3
Rumca, Ermenice, İbranice	12	0.9
Kürtçe	3	0.2
Çerkezce, Gürcüce, Lazca	3	0.2
Rusça, Bulgarca, Romence, Sırpça	1	0.1
İngilizce, Almanca, Fransızca	1	0.1
Arapça	2	0.2
Çocukluğun geçtiği yer (n=1271)		
İl merkezi	641	50.4
İlçe merkezi	271	21.3
Moda	195	15.3
Bucak, köy	135	10.6
Yurt dışı	29	2.3
Moda'da yaşadığı süre (yıl) (n=1270)*		
0-10	340	26.8
11-20	244	19.2
21-30	238	18.7
31-40	192	15.1
41+	256	20.2
Toplam	1271	100.0

* Araştırmaya katılan 1 kadından Moda'da yaşadığı süre hakkında bilgi alınamamıştır.

Tablo 6.1.1. (devam) Sosyo-demografik özelliklere göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

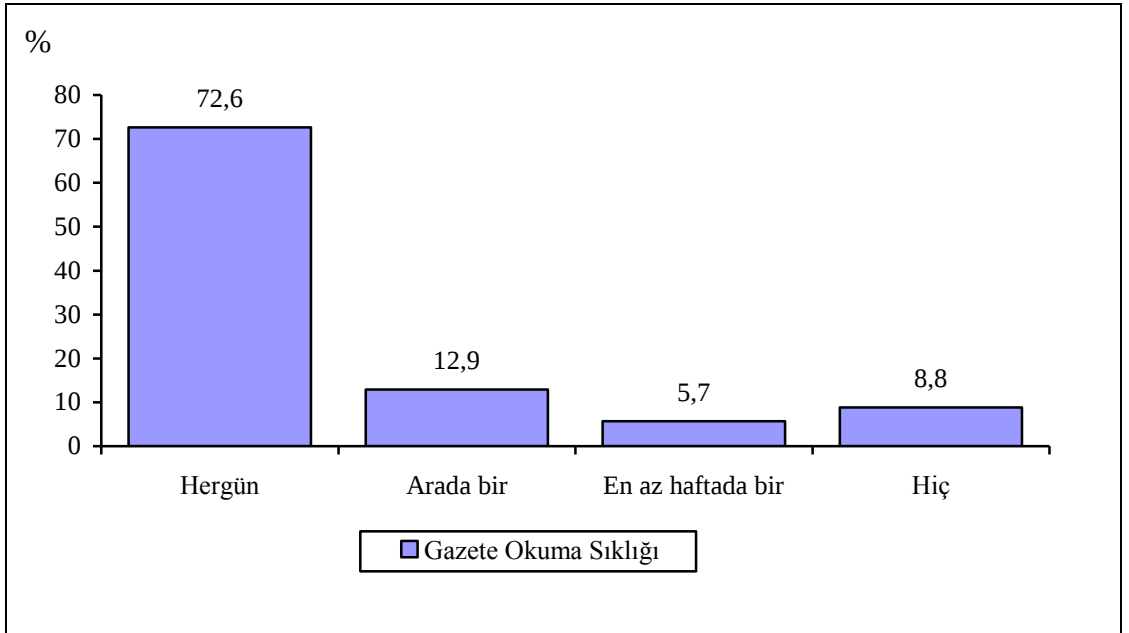
Özellikler	Sayı	%
Hane halkı sayısı (n=1271)		
1 kişi	152	12.0
2 kişi	397	31.2
3-4 kişi	626	49.3
5+ kişi	96	7.6
Çalışma durumu (n=1271)		
Emekli	504	39.6
Ev hanımı	494	38.9
Halen çalışıyor	262	20.6
Çalışma sistemleri		
Nöbetli/vardiyalı çalışma	81	6.4
Kimyasal maruziyet çalışma	30	2.4
Radyasyon maruziyet çalışma	21	1.7
Nöbetli Çalışma süresi (n=81) (ay)		
≤12	9	11.3
13-60	20	25.0
61-120	14	17.5
≥121	37	46.3
Radyasyon maruziyetli çalışma süresi (n=21) (ay)		
≤12	1	4.8
13-60	3	14.3
61-120	6	28.6
≥121	11	52.4
Kimyasal maruziyetli çalışma süresi (n=30) (ay)		
≤12	4	13.8
13-60	6	20.7
61-120		0.0
≥121	19	65.5
İşsiz	11	0.9
Sağlık sigorta durumu (n=1271)		
Sosyal Sigortalar Kurumu	713	56.1
Emekli Sandığı	304	23.9
Bağ Kur	165	13.0
Sağlık güvencesi yok	48	3.8
Özel sigorta	28	2.2
Yeşil kart	2	0.2
Birden fazla sağlık güvencesi	11	0.9
Gazete okuma durumu (n=1271)		
Her gün	923	72.6
Arada bir	164	12.9
En az haftada bir	72	5.7
Hiç	112	8.8
Toplam	1271	100.0

Tablo 6.1.1. (devam) Sosyo-demografik özelliklere göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Özellikler	Sayı	%
Aylık ortalama hane geliri (TL) (n=1183)**		
<630 ¹	44	3.7
631–1900	425	35.9
2000–3000	428	36.2
3001–5000	208	17.6
5001+	78	6.6
Sosyal sınıf (n=1271)		
En üst gelir grubu	2	0.2
Üst gelir grubu	34	2.7
Orta gelir grubu	935	73.6
Düşük gelir grubu	275	21.6
En düşük gelir grubu	25	2.0
Toplam	1271	100.0

** Araştırmaya katılan 88 kadın aylık gelir durumunu belirtmek istememiştir

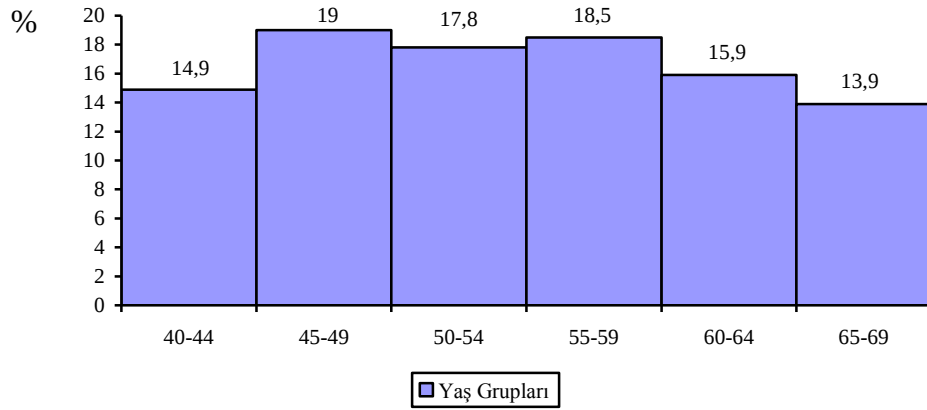
Şekil 6.1.1. Gazete okuma sıklıklarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



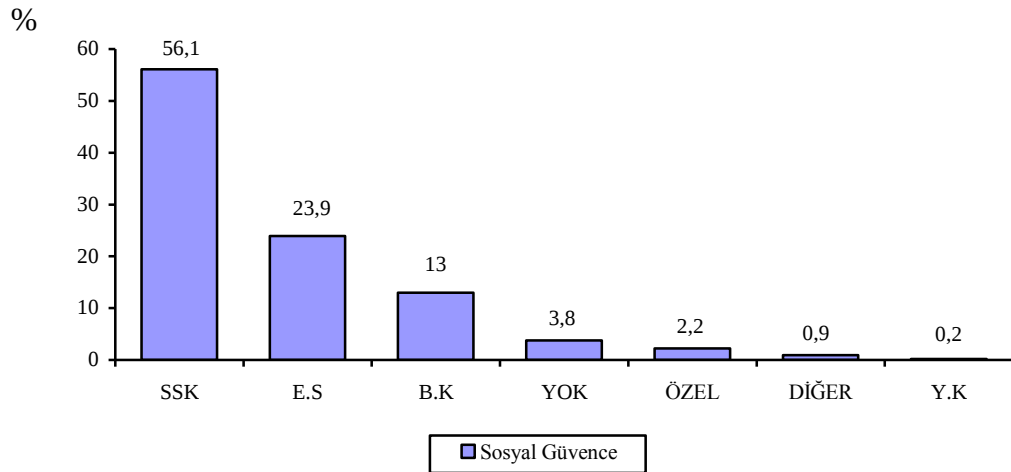
¹ Aylık gelir durumu asgari ücret üzerinden hesaplanmaya başlanmıştır. Asgari ücret bilgisi çalışma genel müdürlüğünden alınmıştır. http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/cgm/dosyalar/2011_birinci_alti_ay (Erişim tarihi 28.06.2011)

Eylül 2010 1 dolar= 1.500 TL, Haziran 2011 1 dolar= 1.610 TL <http://kur.doviz.com/serbest-piyasa/amerikan-dolari> (Erişim tarihi 28.06.2011)

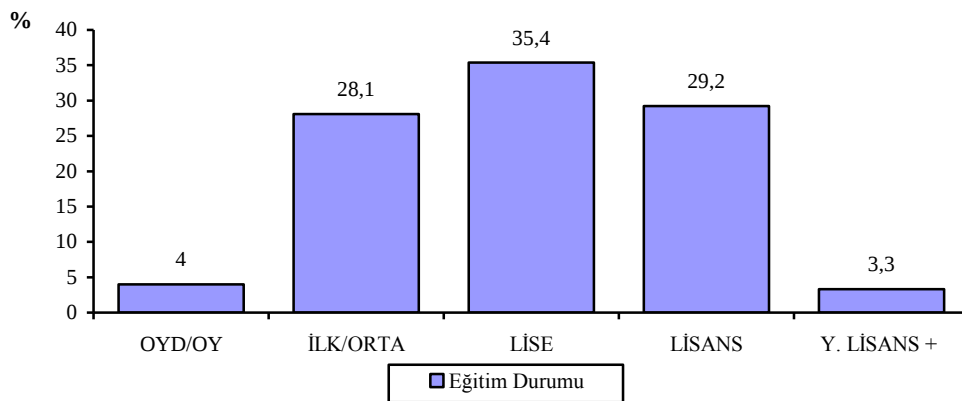
Şekil 6.1.2. Yaş gruplarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



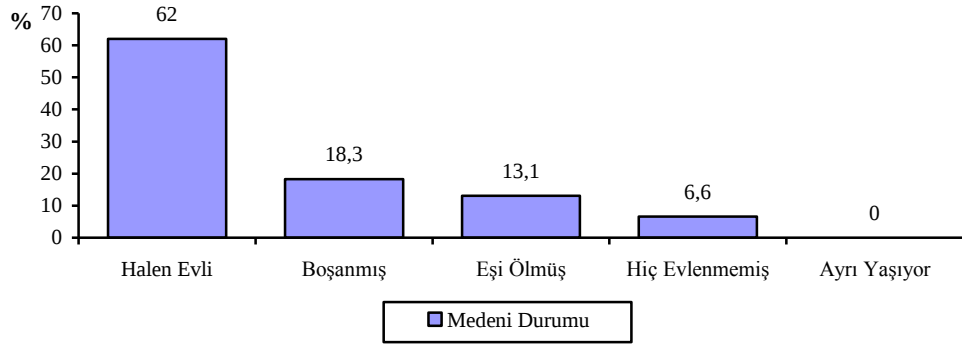
Şekil 6.1.3. Sosyal güvenceye göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



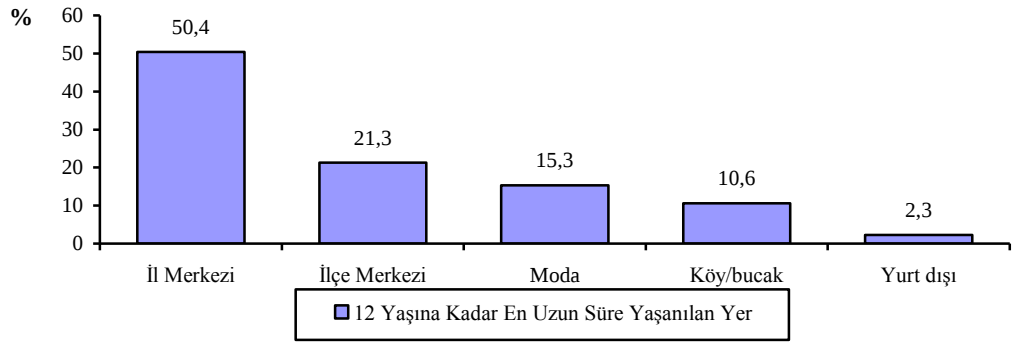
Şekil 6.1.4. Eğitim durumlarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



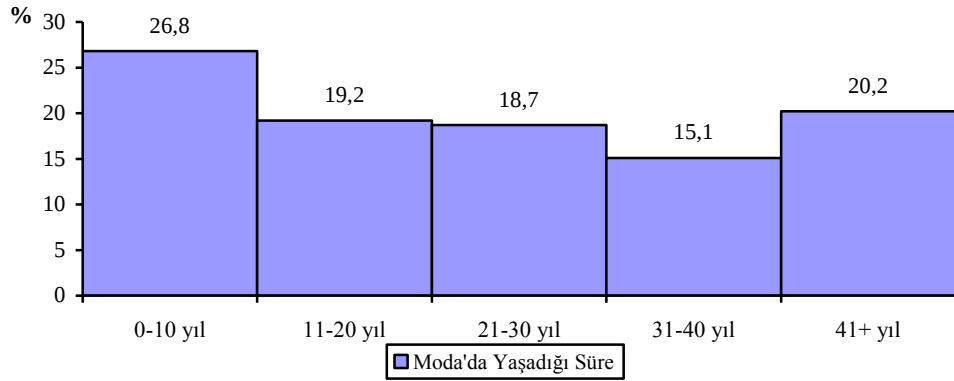
Şekil 6.1.5. Medeni durumlarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



Şekil 6.1.6. 12 yaşına kadar en uzun yaşanılan yere göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



Şekil 6.1.7. Moda'da yaşanılan süreye göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



6.2. Kadınların Meme Kanserinin Bilinen Risk Faktörlerine Göre Özellikleri

Meme kanseri risk faktörleri (bilinen) yüksek/artmış risk faktörleri, ortalama/düşük risk faktörleri olarak iki alt başlıkta incelenecektir.

6.2.1. Kadınların Meme Kanserinin Yüksek/Artmış Risk Faktörlerine Göre Özellikleri

a. Birinci derece akrabalarda meme kanseri;

Araştırmaya katılan kadınların %6.9 (n=88) birinci derece akrabalarında meme kanseri tanısı almış olduğunu belirtmiştir. Bunların %52.5'inin (n=47) annesinde, %41.8'inin (n=38) kız kardeşinde, %6.7'sinin (n=6) kızında meme kanseri vardır. Araştırmaya katılan kadınların birinci derece akrabada meme kanseri olanların %96.5'inin (n=85) ailesinde sadece bir kişide meme kanseri var iken, %3.5'inin (n=3) ailesinde iki kişide meme kanseri olduğunu belirtmiştir (Tablo 6.2.1.1) (Şekil 6.2.1.1)

Araştırmaya katılan kadınların birinci derecede akrabalarında meme kanseri tanı almış olanların tanı yaşı, %69.4'ünde (n=61) "31–60 yaş" annede; %56.5'i (n=26), kız kardeşte; %81.6'sı (n=31), %28.4'ünde (n=25) "61 yaş ve daha üstü", %1.2'sinde (n=1) "30 yaş ve altı"dır (Tablo 6.2.1.1).

Araştırmaya katılan 3 kadın hem annesinin hem de kız kardeşinin meme kanseri tanısı aldığını belirtmiştir. Hem annesinde hem de kız kardeşinde meme kanseri olan 2 kadının, annesinin ve kız kardeşinin meme kanseri tanı yaşının 31–60 yaş arasında, bir kadının ise annesinin ve kız kardeşinin meme kanseri tanı yaşı 60 yaş ve üzerindedir. Hem annesinin hem de kız kardeşinin meme kanseri tanısı aldığını beyan eden 3 kadından bir tanesinin de meme kanseri tanısı aldığı saptanmıştır (Tablo 6.2.1.1).

b. Birinci derece akrabalarda yumurtalık kanseri;

Araştırmaya katılan kadınların %1.7'sinin (n=21) birinci derece akrabalarında yumurtalık kanseri tanısı aldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %57.1'inin (n=12) annesi yumurtalık kanseri tanısı almış, %42.9'unun (n=9) kız

kardeşi yumurtalık kanseri tanısı almış olduğunu beyan etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların hiç birinin kızı yumurtalık kanseri tanısı almamıştır (Tablo 6.2.1.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, birinci derece akrabalarında yumurtalık kanseri tanısı alan kadınların %9.5'i (n=2) "30 yaş ve altında", %66.7'si (n=14) "30–60 yaş" arasında ve %23.8'i (n=5) "61 yaş ve üzerinde" tanı almıştır (Tablo 6.2.1.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan annesi yumurtalık kanseri tanısı alan kadınların %66.7'si (n=8) "31–60 yaş" arasında, %33.3'ü (n=4) "61 yaş ve üzerinde" tanı almışlardır (Tablo 6.2.1.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan kız kardeşi yumurtalık kanseri tanısı alan kadınların %22.2'si (n=2) "30 yaş ve altında", %66.7'si (n=66.7) "31–60 yaş" arasında ve %11.1'i (n=1) "61 yaş ve üzerinde" tanı almışlardır. Araştırmaya katılan kadınların hiç birinin kızı yumurtalık kanseri tanısı almamıştır (Tablo 6.2.1.1).

c. Aile meme, yumurtalık ve kalın barsak kanseri dışında kanser öyküsü;

Araştırmaya katılan kadınların %59.6'sı (n=757) ailesinde meme, yumurtalık ve kalın barsak dışında kanser tanısı alanlar olduğunu belirtmiş, %40.4'ü (n=514) ailesinde meme, yumurtalık ve kalın barsak dışında meme kanseri tanısı alan olmadığını belirtmiştir (Tablo 6.2.1.1).

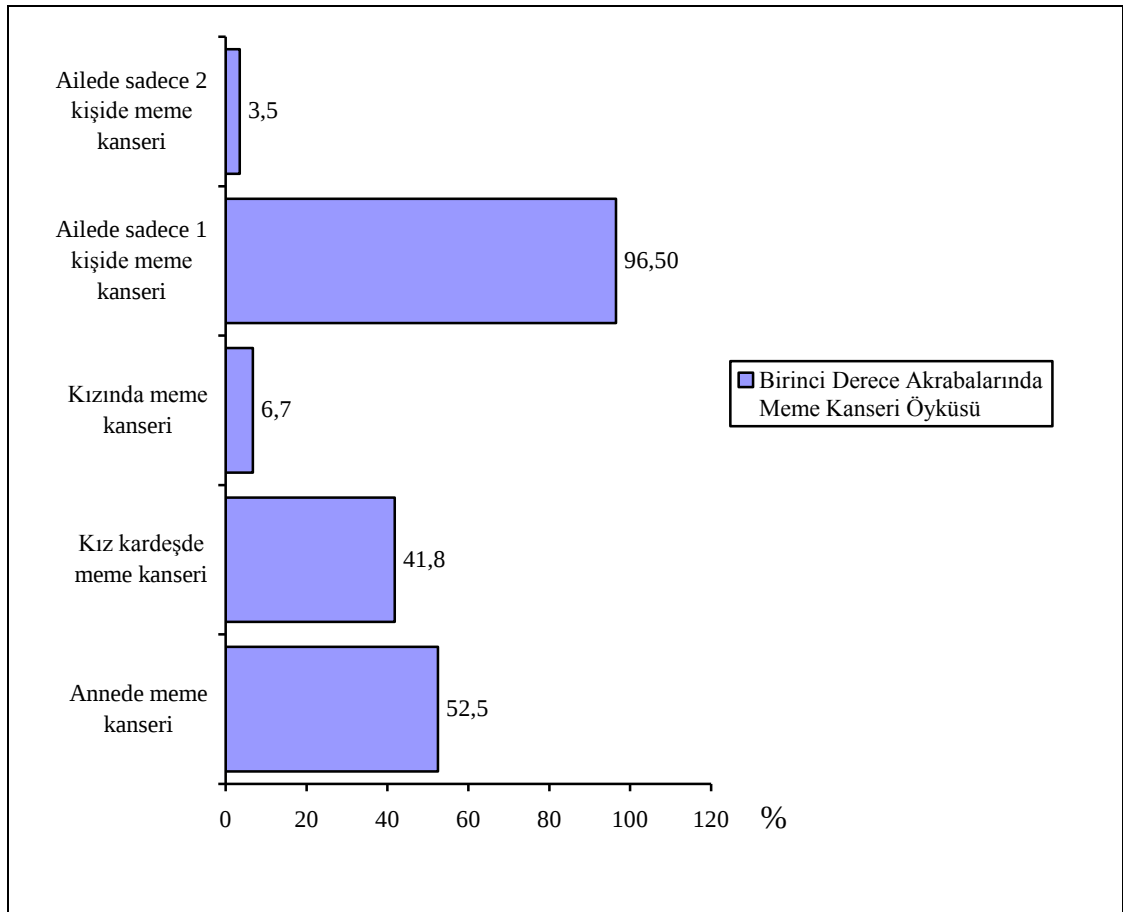
Araştırmaya katılan kadınların %11.0'i (n=140) geçmişte meme biyopsisi yaptırdığını beyan etmiş, %89.0'u (n=1131) meme biyopsisi yaptırmadığını beyan etmiştir (Tablo 6.2.1.1).

Araştırmaya katılan kadınlarından meme biyopsisi yaptıranların, %18.6'sı (n=26) invaziv meme kanseri, %50.0'si (n=70) normal benign epitelial değişiklik, %11.4'ü (n=16) fibroadenom, %7.9'u (n=11) diğer, %1.4'ü (n=2) düşük epitelial hiperplazi, %0.7'si (n=1) orta şiddetli epitelial hiperplazi , %0.7'si (n=1) papilloma sonucu çıktığını beyan etmiş iken, %9.3'ü (n=13) sonucunu hatırlamadığını beyan etmiştir (Tablo 6.2.1.1).

Araştırmaya katılan kadınların %0.9'u (n=11) göğüs kafesine radyoterapi aldığını beyan etmiş (meme kanseri tedavisi hariç) iken, %99.1'i (n=1260) göğüs kafesine radyoterapi almadığını beyan etmiştir (Tablo 6.2.1.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan göğüs kafesine radyoterapi aldığını beyan edenlerin, %18.2'si (n=2) “9 yaş ve altı”, %9.1'i (n=1) “10–14 yaş”, %36.4'ü (n=4) “15–45 yaş”, %36.4'ü (n=4) “46 yaş ve üzerinde” radyoterapi almışlardı (Tablo 6.2.1.1). Araştırmaya katılan kadınların radyoterapi alma yaş ortalaması 34.6 ± 20.9 (median: 42.0, min: 2, max:61) dur (Tablo 6.2.1.1).

Şekil 6.2.1.1. Birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsünün dağılımları, Moda



Tablo 6.2.1.1 Meme kanserinin yüksek/ artmış risk faktörlerine göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Aile öyküsü	Sayı	%
Birinci derece akrabada meme kanseri (n=1271)		
Yok	1183	93.1
Var	88**	6.9
Annede meme kanseri var	47	52.5
Kız kardeşinde meme kanseri var	38	41.8
Kızında meme kanseri var	6	6.7
Ailede sadece 1 kişide meme kanseri var	85	96.5
Ailede sadece 2 kişide meme kanseri var	3	3.5
Birinci derece akrabanın meme kanseri tanı yaşı (yıl) (n=87)*		
≤30	1	1.2
31-60	61	69.4
≥61	25	28.4
Annede meme kanseri tanı yaşı (yıl) (n=46)*		
≤30	0	0.0
31-60	26	56.5
≥61	20	43.5
Kız kardeşinde meme kanseri tanı yaşı (n=38)		
≤30	1	2.6
31-60	31	81.6
≥61	6	15.8
Kızında meme kanseri tanı yaşı (n=6)		
≤30	0	0.0
31-60	6	100.0
≥61	0	0.0
Birinci derece akrabada yumurtalık kanseri (n=1271)		
Yok	1250	98.3
Var	21	1.7
Annede yumurtalık kanseri var	12	57.1
Kız kardeşinde yumurtalık kanseri var	9	42.9
Kızında yumurtalık kanseri var	0	0.0
Birinci derece akrabanın yumurtalık kanseri tanı yaşı (yıl) (n=87)*		
≤30	2	9.5
31-60	14	66.7
≥61	5	23.8
Annede yumurtalık kanseri tanı yaşı (yıl) (n=46)*		
≤30	0	0.0
31-60	8	66.7
≥61	4	33.3
Toplam	1271	100.0

* Araştırmaya katılan 1 kadın annesinin meme kanseri yaşı hakkında bilgi verememiştir.

**Araştırmaya katılan 88 kadın birinci derece akrabasında meme kanseri var demiş fakat bu 88 kadından 3'ü hem anne de hem de kardeşinde meme kanseri var olduğundan, birinci derece akraba meme kanseri sayısı 91 olmuştur.

Tablo 6.2.1.1. (devam) Meme kanserinin yüksek/ artmış risk faktörlerine göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Aile öyküsü	Sayı	%
Kız kardeşle yumurtalık kanseri tanı yaşı (n=38)		
≤30	2	22.2
31-60	6	66.7
≥61	1	11.1
Kızında yumurtalık kanseri tanı yaşı (n=6)		
≤30	0	0.0
31-60	0	0.0
≥61	0	0.0
Ailede meme, yumurtalık, kalın barsak kanseri dışında kanser varlığı (n=1271)		
Hayır	757	59.6
Evet	514	40.4
Meme biyopsi öyküsü (n=1271)		
Yok	1131	89.0
Var	140	11.0
Meme biyopsisi sonucu (n=140)		
İnvaziv meme kanseri	26	18.6
Normal bening epiteryal değişiklik	70	50.0
Fibroadenom	16	11.4
Düşük epiteryal hiperplazi	2	1.4
Orta şiddetli epiteryal hiperplazi	1	0.7
Papillom	1	0.7
Diğer	11	7.9
Hatırlamıyor	13	9.3
Göğüs kafesine radyoterapi alma öyküsü (n=1271)		
Hayır	1260	99.1
Evet	11	0.9
Göğüs kafesine radyoterapi yaşı (yıl) (n=25)		
≤9	2	18.2
10-14	1	9.1
15-45	4	36.4
≥46	4	36.4
Toplam	1271	100.0

6.2.2. Kadınların Meme Kanserinin Ortalama/Düşük Risk Faktörlerine Göre Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların boy medianları 160.0 cm (SD:6,0, mod: 160, min: 130, max: 182), ağırlık medianları ise 68.0 kg (SD: 12.3, mod: 60, min: 40, max: 168) idi (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınların beden kitle indeksi hesaplanmış, %0.92’u (n=11) “<18.50, zayıf”, %38.2’si (n=485) “18.50-24.99, normal”, %36.3’ü (n= 454) “25-29.99”, kilolu”, %24.1’i (n= 301) “≥30, şişman” olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların beden kitle indeks medianları 26.2 (SD:5.2 mod: 27.3, min:16.3, max: 61.7) idi (Tablo 6.2.2.1) (Şekil 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaşı, %13.3’ü (n=162) 12 yaşın altında, %86.7’si (n=1055) 12 yaş ve üstündedir. Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaş medianı 13 (SD:1.5 mod: 13 min: 8, max: 8) dür (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınların, %14.4 ‘ü (n=185) nullipar, ilk canlı doğum yaşlarını, %74.7’si (n=948) 30 yaş altı, %10.9’u (n=138) 30 yaş ve üstünde olarak belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların ilk canlı doğum yaş medianı 23 (SD: 5.3, mod: 20, min: 14, max: 43) dür (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılan kadınların %29.9’u (n=380) adet gördüğünü, %70.1’menopozda olduğunu beyan etmişlerdir (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan menopozda olduğunu beyan edenlerin menopoz yaşı, %368’i (n=326) 45 yaş ve altı, %57.2’si (n=506) 46-54 yaş arası, %6.0’sı (n=53) 55 yaş ve üstüdür. Araştırmaya katılan kadınların menopoz yaş medianı 48 (SD: 5.4, mod: 50, min: 20, max: 65) dir (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık süreleri, %48.4’ü (n=410) 35 yıl ve altı, %42.5’i (n=360) 35-40 yıl arası, %9.1’i (n=77) 40 yıl üzeridir. Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık süre medianları 35.0 (SD:5.5, mod: 35.0 min: 7, max: 49) dir (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınların %25.3' (n= 225) HRT kullandığını belirtmiş iken, %74.7'si (n=666) HRT kullanmadığını belirtmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihte halen HRT kullanan kadınlar %1.6 (n=20) iken, %98.4'ü (n=1251) araştırmanın yapıldığı tarihte HRT kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan HRT kullananların, %50.3'ü (n=120) 12 ay ve altı, %35.7'si (n=71) 13-60 ay arası, %14.1'i (n=28) 61 ay ve üzerinde HRT kullandıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların HRT kullanım süre medianı 12 (SD:30.8, mod: 60, min:1, max: 120) aydır (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınların %7.2'si üremeye yardımcı tedavi almış iken, %92.8'i (n=91) üremeye yardımcı tedavi almamıştır (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınların üremeye yardımcı tedavi alma yaşı, %70.3'ünde (n=64) 30 yaş ve altı iken, %29.7'si (n=27) 30 yaş ve üstüdür. Araştırmaya katılan kadınların üremeye yardımcı tedavi alma yaş medianı 25 (SD: 7.0, mod: 25, min: 15, max: 44) dir (Tablo 6.2.2.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan üremeye yardımcı tedavi alanların, %62.6'sı (n=57) bir kez, %26.4'ü (n=24) 1-4 kez, %11.0'i (n=10) 5 kez ve üzeri üremeye yardımcı tedavi almışlardır (Tablo 6.2.2.1).

Tablo 6.2.2.1 Meme kanserinin orta/düşük risk faktörlerine göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Kişisel bilgiler	Sayı	%
Beden kitle endeksi (BKİ) (n= 1251)*		
<18.50 “zayıf”	11	0.9
18.50–24.99 “normal”	485	38.2
25–29.99 “kilolu”	454	36.3
≥30 “şişman”	301	24.1
Hormonal/doğurganlık faktörleri		
Menarş yaşı (n=1217)**		
<12	162	13.3
≥12	1055	86.7
İlk canlı doğum yaşı (yıl) (n=1271)		
Nullipar	185	14.4
<30	948	74.7
≥30	138	10.9
Doğurganlık durumu (n=1271)		
Halen adet görüyor	380	29.9
Menopozda	891	70.1
Menopoz yaşı (yıl) (n=885)***		
≤45	326	36.8
46–54	506	57.2
≥55	53	6.0
Doğurganlık süresi “yıl” (n=849)****		
<35	412	48.5
35–40	360	42.4
>40	77	9.1
Menopozda olan kadınların HRT kullanım öyküsü (n=891)		
Hayır	666	74.7
Evet	225	25.3
Araştırma sırasında halen HRT kullanım öyküsü (n=1271)		
Hayır	1251	98.4
Evet	20	1.6
HRT kullanım süresi (ay) (n=199)*****		
≤12	100	50.3
13–60	71	35.7
≥61	28	14.1
Toplam	1271	100.0

* Araştırmaya katılan 20 kadının ölçümleri yapılamamıştır.

** Araştırmaya katılan 54 kadından ilk adet yaşı hakkında bilgi alınamamıştır.

*** Araştırmaya katılan 6 kadın son adet yaşı ile ilgili bilgi verememiştir.

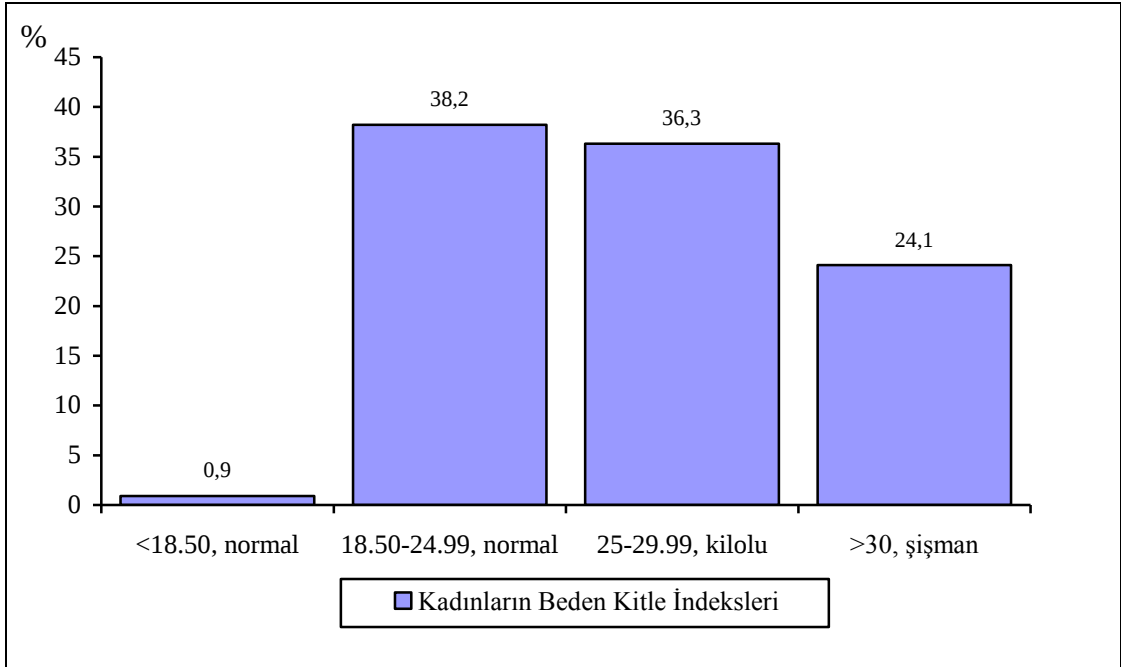
**** Araştırmaya katılan 44 kadın ilk ve son adet yaşını bildirmemiştir.

*****Araştırmaya katılan 32 kadın HRT kullanım süresi ile ilgili bilgi verememiştir.

Tablo 6.2.2.1. (devam) Meme kanserinin orta/düşük risk faktörlerine göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Kişisel bilgiler	Sayı	%
Üremeye yardımcı tedavi alma durumu (n=1271)		
Hayır	1180	92.8
Evet	91	7.2
Üremeye yardımcı tedavi alma yaşı (yıl) (n=91)		
≤30	64	70.3
>30	27	29.7
Üremeye yardımcı tedavi sayısı (n=91)		
1	57	62.6
2-4	24	26.4
≥5	10	11.0
Toplam	1271	100.0

Şekil 6.2.2.1. Beden kitle indekslerine göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda



6.3. Kadınların Hormonal Kontraseptif Kullanım Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %64.1'i (n=456) oral kontraseptif kullanmış iken, %35.9'u (n=815) hiç oral kontraseptif kullanmamışlardı. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde menopozda olmayan kadınların %3.4'ü (n=13) oral kontraseptif kullanıyor iken, %96.6'sı (n=367) kullanmadığını beyan etmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların toplam oral kontraseptif kullanım süreleri, %84.9'unda (n=378) 5 yıl ve daha kısa süre, %5.4'ünde (n=24) 5–9 yıl, %3.8'inde (n=17) 10–14 yıl, %5.8'i (n=26) 15 yıl ve daha uzun süre olarak bildirilmiştir (Tablo 6.3.1). Araştırmaya katılan kadınların median oral kontraseptif kullanım süresi 12 ay (SD:54.2, mod: 12, min:1, max:300) dır.

Araştırmaya katılan kadınların %1.2'si geçmişte mesygina (aylık iğne) kullandığını beyan etmiş iken, %98.8'i hiç mesygina kullanmamışlardı. Araştırmanın yapıldığı tarihte menopozda olmayan kadınların hiç biri mesygina kullanmamakta idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aylık iğne kullanmış olanların hepsinin toplam aylık iğne kullanım süresi 5 yılın altında idi (Tablo 6.3.1). Araştırmaya katılan kadınların median mesygina kullanım süresi 12.0±13.5 (SD:13.5, mod:1, min: 1, max: 36) aydır.

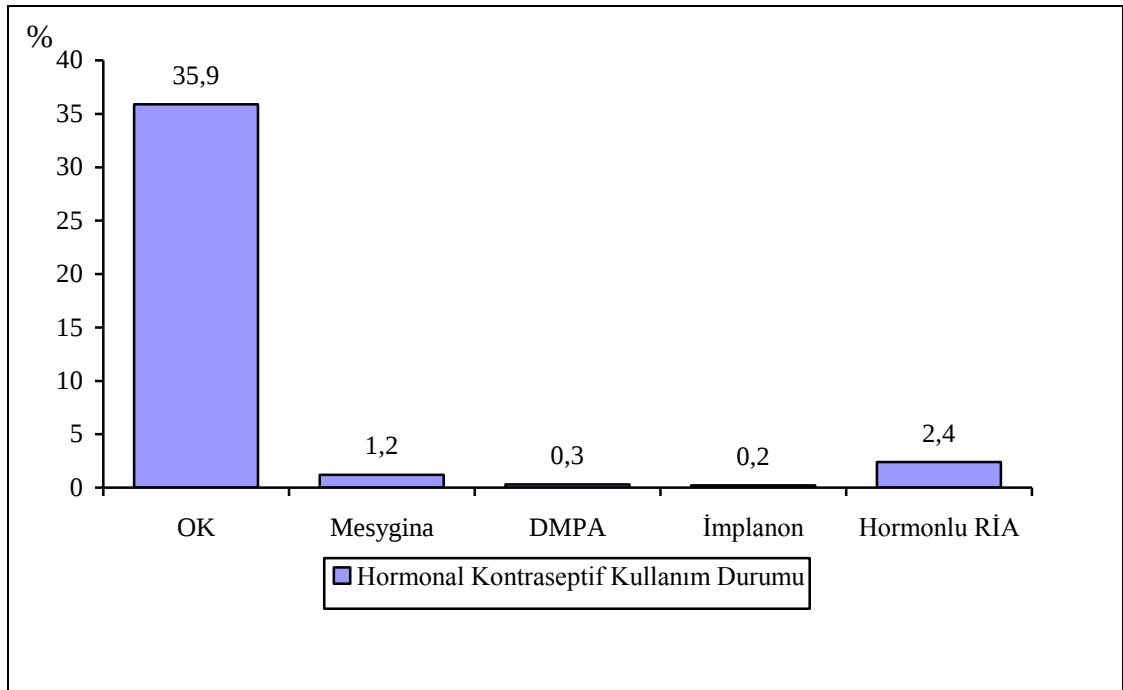
Araştırmaya katılan kadınların %0.3'ü geçmişte DMPA (üç aylık iğne) kullandığını beyan etmiş iken, %99.7'si hiç üç aylık iğne kullanmadıklarını beyan etmişlerdir. Araştırmanın yapıldığı tarihte menopozda olmayan kadınların hiçbir DMPA kullanmamakta idi. Araştırmaya katılan kadınlardan DMPA kullananların hepsinin toplam DMPA kullanım süresi 5 yılın altında idi (Tablo 6.3.1). Araştırmaya katılan kadınların median DMPA kullanım süresi 5.3 (SD:4.0, mod: 1, min:3, max:9) aydır.

Araştırmaya katılan kadınların %0.2'si geçmişte implanon kullandığını beyan etmiş iken, %99.8'i hiç implanon kullanmadıklarını beyan etmişlerdir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde menopozda olmayan kadınların hiçbir implanon kullanmamakta idi. Araştırmaya katılan kadınlardan toplam implanon kullanma süreleri, %50.0'sinde (n=1) 5 yıldan daha az, %50.0'si (n=1) 5–9 yıl arasındır (Tablo 6.3.1). Araştırmaya katılan kadınların median implanon kullanım süresi 42.5±58.7 (SD:58.7, mod:1, min 1, max:84) aydır.

Araştırmaya katılan kadınların %2.4'ü (n=31) geçmişte hormonlu rahim içi araç (RİA) kullandığını beyan etmiş iken, %97.6'sı hiç hormonlu RİA kullanmadıklarını beyan etmişlerdir. Araştırmanın yapıldığı tarihte menopozda olmayan kadınların %1.3'ü hormonlu RİA kullanmakta iken, %98.7'si kullanmamakta idi. Araştırmaya katılan kadınların toplam hormonlu RİA kullanım süreleri, %60.7'sinde (n=17) 5 yıldan daha az, %17.9'u (n=5) 5- 9 yıl, %10.7'si (n=3) 10–14 yıl, %10.7'si (n=3) 15 yıl ve daha uzun süre olarak bildirmişlerdir (Tablo 6.3.1). Araştırmaya katılan kadınların median hormonlu RİA kullanım süresi 60.0 (SD:55.1, mod: 48, min: 1, max: 180) aydır.

Araştırmaya katılan kadınların %0.9'u (n=2) geçmişte acil kontrasepsiyon kullandığını beyan etmiş iken, %99.1'i hiç acil kontraseptif kullanmadıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 6.3.1).

Şekil 6.3.1. Hormonal kontraseptif kullanımlarına göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda



Tablo 6.3.1. Hormonal kontraseptif kullanımlarına göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Hormonal kontraseptif kullanımı durumu	Sayı	%
Hiç oral kontraseptif kullandı mı? (n=1271)		
Hayır	815	64.1
Evet	456	35.9
Halen oral kontraseptif kullanım durumu (n=380)*		
Hayır	367	96.6
Evet	13	3.4
Toplam oral kontraseptif kullanma süresi (yıl) (n=445)**		
<5	378	84.9
5-9	24	5.4
10-14	17	3.8
≥15	26	5.8
Hiç mesygina kullandı mı?		
Hayır	1256	98.8
Evet	15	1.2
Halen mesygina kullanım durumu (n=380)*		
Hayır	380	100.0
Evet	0	0.0
Toplam mesygina kullanma süresi (yıl) (n=11) ***		
<5	11	100.0
5-9	0	0.0
10-14	0	0.0
≥15	0	0.0
Hiç DMPA kullandı mı? (n=1271)		
Hayır	1267	99.7
Evet	4	0.3
Halen DMPA kullanım durumu (n=380)*		
Hayır	380	100.0
Evet	0	0.0
Toplam DMPA kullanma süresi (yıl) (n=3) ****		
<5	3	100.0
5-9	0	0.0
10-14	0	0.0
≥15	0	0.0
Hiç implanon kullandı mı? (n=1271)		
Hayır	1269	99.8
Evet	2	0.2
Halen implanon kullanım durumu (n=380)*		
Hayır	380	100.0
Evet	0	0.0
Toplam	1271	100.0

* Araştırmaya katılan menopozda olmayan kadınlardır

** Araştırmaya katılan 11 kadın oral kontraseptif kullanım süresi ile ilgili bilgi verememiştir.

*** Araştırmaya katılan 4 kadın mesygina kullanım süresi ile ilgili bilgi verememiştir.

**** Araştırmaya katılan 1 kadın mesygina kullanım süresi ile ilgili bilgi verememiştir.

Tablo 6.3.1. (devam) Hormonal kontraseptif kullanımlarına göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Hormonal kontraseptif kullanımı durumu	Sayı	%
Toplam implanon kullanma süresi (yıl) (n=2)		
<5	1	50.0
5-9	1	50.0
10-14	0	0.0
≥15	0	0.0
Hiç hormonlu RİA kullandı mı? (n=1271)		
Hayır	1240	97.6
Evet	31	2.4
Halen hormonlu RİA kullanım durumu (n=380)*		
Hayır	375	98.7
Evet	5	1.3
Toplam hormonlu RİA kullanma süresi (yıl) (n=28)*****		
<5	17	60.7
5-9	5	17.9
10-14	3	10.7
≥15	3	10.7
Acil kontrasepsiyon kullandı mı? (n=1271)		
Hayır	1259	99.1
Evet	2	0.9
Toplam	1271	100.0

* Araştırmaya katılan menopozda olmayan kadınlardır

***** Araştırmaya katılan 3 kadın hormonlu RİA kullanım süresi ile ilgili bilgi verilememiştir.

6.4. Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgilerinin Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınlar, Türkiye’de kadınlar arasında en çok görülen kanser sorulmuştur. %75.7’si (n=962) meme kanseri, %57.5’i (n=711) uterus kanseri, %32.3’ü (n=310) akciğer kanseri yanıtını vermişlerdir (Tablo 6.4.1).

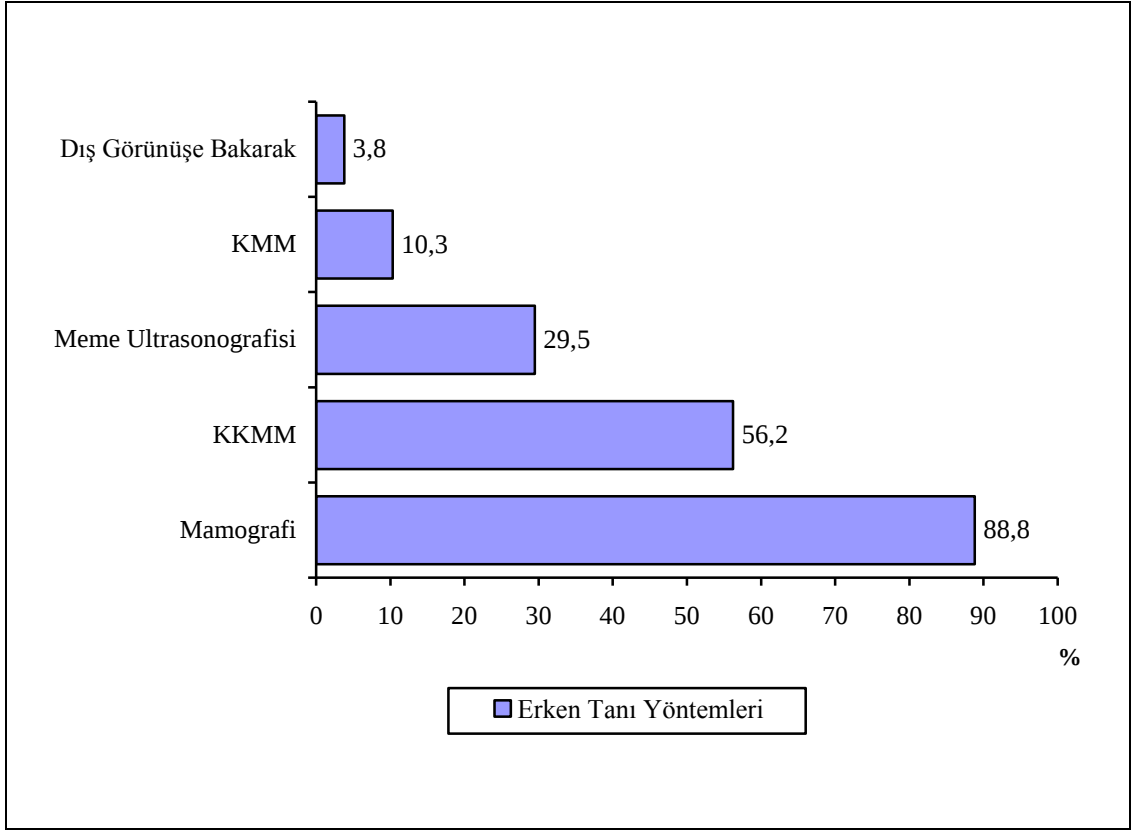
Araştırmaya katılan kadınların hemen tamamı [%98.0’i (n=1245)] meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmiş iken %1.7’si (n=22) meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olmadığını belirtmiştir ve %0.3’ü (n=4) meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olup olmadığını bilmediğini belirtmişlerdir (Tablo 6.4.1).

Araştırmaya katılan kadınların %99.4’ü (n=1264) meme kanserine erken tanı konulabileceğini, %0.4’ü (n=5) meme kanserine erken tanı konulamayacağını belirtmiş iken, %0.2’si (n=2) meme kanserine erken tanı konulup konulmayacağını bilmediğini belirtmişlerdir (Tablo 6.4.1).

Araştırmaya katılan kadınların %88.8’i (n=1121) mamografi ile %56.2’si kendi kendine meme muayenesi ile %29.5’i (n=372) meme ultrasonografisi ile %10.3’ü klinik meme muayenesi ile ve sadece %3.8’i (n=48) dış görünüme bakarak meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 6.4.1) (Şekil 6.4.1).

Araştırmada meme kanseri risk grupları ile ilgili bilgileri de değerlendirilmiş, araştırmaya katılan kadınların %96.5’i (n=1226) ailesinde (anne, kardeş, teyze, hala) meme kanseri olanlar, %92.8’i (n=1179) ailesinde yumurtalık kanseri olanlar, %90.6’sı (n=1152) ailesinde kalın barsak kanseri olanlar, %85.0’i (n=1080) hiç emzirmemiş kadınlar, %76.4’ü (n=971) hiç doğum yapmamışlar, %69.5’i (n=884) alkol kullanan kadınlar, %62.2’si (n=790) 30 yaşından sonra ilk kez doğum yapanlar, %61.8’i (n=785) 55 yaşından sonra menopoza girenler, %52.8’i (n=671) ileri yaştaki kadınlar, %47.2’si (n=601) 12 yaşından önce ilk adet görenlerin meme kanseri açısından daha fazla risk altında olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.4.1).

Şekil 6.4.1. Meme kanseri erken tanı yöntem bilgisine göre dağılım, 49-69 yaş kadın, İstanbul/Moda



Tablo 6.4.1. Meme kanseri bilgileri, 40-69 yaş, İstanbul/Moda

Meme kanseri hakkında bilgi durumları	Sayı	%
Türkiye’de kadınlarda en çok görülen kanser (n=1271)^a		
Meme kanseri	932	75.7
Uterus kanseri	711	57.5
Akciğer kanseri	310	32.3
Meme kanseri tedavi edilebilir bir hastalık mıdır? (n=1271)		
Evet	1245	98.0
Hayır	22	1.7
Bilmiyor	4	0.3
Meme kanseri erken tanı konulabilir bir hastalık mıdır? (n=1271)		
Evet	1264	99.4
Hayır	5	0.4
Bilmiyor	2	0.2
Meme kanserine nasıl erken tanı konulabilir?*		
Mamografi	1121	88.8
Kendi kendine meme muayenesi	709	56.2
Meme ultrasonografisi	372	29.5
Klinik meme muayenesi	130	10.3
Dış görünüşe bakarak	48	3.8
Diğer (biyopsi, MR, kan tahlili)	54	4.3
Meme kanseri açısından kimler daha fazla risk altındadır?*		
Ailesinde (anne, kardeş, teyze) meme kanseri olanlar	1226	96.5
Ailesinde yumurtalık kanseri olanlar	1179	92.8
Ailesinde kalın barsak kanseri olanlar	1152	90.6
Hiç emzirmemiş kadınlar	1080	85.0
Nulliparlar	971	76.4
Alkol kullanan kadınlar	884	69.5
30 yaşından sonra ilk kez doğum yapanlar	790	62.2
55 yaşından sonra menopoza girenler	785	61.8
İleri yaştakiler	671	52.8
İlk adet yaşı 12’den küçük olanlar	601	47.2
Toplam	1271	100.0
*Kadınlara risk faktörleri tek tek sorulmuş ve evet yanıtlarının yüzdeleri verilmiştir		

^a Araştırmada ‘kadınlara kadınlarda en çok görülen kanser’ sorusuna verilen yanıtlardır.

^b Araştırmaya katılan 10 kadından meme kanseri tanı yöntemleri hakkında bilgi alınamamıştır.

6.5. Kadınların “Meme Kanseri” İle İlgili Bilgi Kaynaklarının Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %99.8'i (n=1268) meme kanserini duymuş iken, %0.2'si (n=3) meme kanseri ile ilgili hiçbir şey duymamışlardı (Tablo 6.5.1).

Meme kanseri ile ilgili bilgi kaynakları araştırmaya katılan kadınların, %62.7'sinin (n=795) televizyon, %37.5'i (n=476) gazete/dergi, %34.0'ü (n=432) arkadaş/akraba, %21.2'si (n=270) doktor, %2.8'i (n=35) hemşire, %11.3'ü (n=144) internet, %5.0'i (n=64) kitap, %4.4'ü (n=56) broşür/poster, %3.2'si (n=4) diğer, %0.8'i (n=10) radyo idi (Tablo 6.5.1).

Araştırmaya katılan kadınların %98.4'ü (n=1251) mamografiyi duymuş iken, %1.6'sı (n=19) mamografiyi hiç duymamışlardı (Tablo 6.5.1).

Mamografi ile ilgili bilgi kaynakları araştırmaya katılan kadınların, %52.0'si (n=651) televizyon, %32.5'inin (n=406) gazete/dergi, %31.7'si (n=397) arkadaş/akraba, %34.6'sı (n=433) doktor, %3.4'ü (n=43) hemşire, %8.9'u (n=111) internet, %3.1'i (n=40) kitap, %4.8'i (n=60) broşür/poster, %2.8'i (n=36) diğer, %0.4'ü (n=6) radyo idi (Tablo 6.5.1).

Araştırmaya katılan kadınların %98.5'i (n=1252) meme kanserinin erken tanı ile tedavi edilebileceğini belirtmiş iken, %1.5'i (n=19) meme kanserinin erken tanı ile tedavi edilebileceğini belirtmişti. Bu bilginin kaynakları, %66.9'u (n=846) televizyon, %45.1'i (n=571) gazete/dergi, %34.7'si (n=442) arkadaş/akraba, %27.2'si (n=346) doktor, %3.0'ü (n=39) hemşire, %13.2'si (n=167) internet, %6.8'i (n=85) kitap, %6.0'sı (n=75) broşür/poster, %3.4'ü (n=43) diğer, %0.4'ü (n=5) radyo olarak beyan edilmiştir (Tablo 6.5.1).

Araştırmaya katılan kadınların %97.2'si (n=1236) kendi kendine meme muayenesini duymuş iken, %2.8'i (n=35) kendi kendine meme muayenesini duymamıştı. Bu bilginin kaynakları, %32.2'si (n=410) televizyon, %10.1'i (n=129) gazete/dergi, %12.6'sı (n=160) arkadaş/akraba, %40.2'si (n=512) doktor, %7.5'i (n=95) hemşire, %2.1'i (n=27) internet, %1.7'si (n=21) kitap, %3.9'u (n=50) broşür/poster, %2.9'u (n=37) diğer, %0.2'si (n=3) radyo olarak beyan edilmiştir (Tablo 6.5.1).

Tablo 6.5.1. Meme kanseri ile ilgili bilgi kaynakları, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

<u>Meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında en çok bilgi aldıkları kaynaklar</u>													
	Bilgi duyma	Bilgi duymama	Televizyo n	Gazete / dergi	Arkadaş / akraba	Dokto r	Hemşir e	İnterne t	Kita p	Broşür / poster	Rady o	Diğ e	Kadı n sayısı
Meme kanseri	99.8	0.2	62.7	37.5	34.0	21.2	2.8	11.3	5.0	4.4	0.8	3.2	1271
Mamografi	98.4	1.6	52.0	32.5	31.7	34.6	3.4	8.9	3.1	4.8	0.4	2.8	1251
Erken tanı ile tedavi	98.5	1.5	66.9	45.1	34.7	27.2	3.0	13.2	6.8	6.0	0.4	3.4	1252
Kendi kendine meme muayenesi	97.2	2.8	32.2	10.1	12.6	40.2	7.5	2.1	1.7	3.9	0.2	2.9	1271

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

6.6. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısı Hakkındaki Bilgilerinin Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %88.8'i (n=1121) meme kanserine mamografi ile erken tanı konulabileceğini söylerken, sadece %53.6'sı son iki yılda mamografi yaptırdığını belirtmiştir (Tablo 6.6.1).

Araştırmaya katılan kadınların mamografi için en uygun yaş aralığını, %94.6'sı (n=1202) "50–59 yaş" arası, %92.9'u (n=1181) "40–49 yaş" arası, %87.3'ü (n=1110) "60–69 yaş" arası, %71.2'si (n=905) "70 yaş ve üzeri", %42.6'sı (n=542) "30–39 yaş" arası, %10.7'si (n=138) "20–29 yaş" arasında olduğunu belirtmiş, %1.1'i (n=14) mamografinin kaç yaşında çektilmesi gerektiğini bilmediğini belirtmişlerdi (Tablo 6.6.1).

Mamografi sıklığı da sorgulanmış ve araştırmaya katılan kadınların %34.7'si (n=389) iki yılda bir, %61.7'si (n=692) yılda bir, %2.9'u (n=32) beş yılda bir, %0.1'i (n=1) on yılda bir mamografi çektilmesi gerektiğini belirtmiş, %0.3'ü (n=3) bilmediğini, %0.2'si (n=2) emin olmadığını, %0.2'si (n=2) mamografi çektilmeye gerek olmadığını belirtmişlerdi (Tablo 6.6.1).

Araştırmaya katılan kadınların %56.2'si (n=709) meme kanserinde KKMM ile erken tanı konulabileceğini belirtmiş iken, %78.0'i KKMM yaptığını belirtmiştir (Tablo 6.6.1).

KKMM sıklığı ile ilgili olarak araştırmaya katılan kadınların yalnızca %15.2'si (n=193) "ayda bir" KKMM yapmakta iken, %46.0'sı (n=585) "zaman zaman", %27.1'i (n=344) "haftada bir", %8.0'i (n=102) "aklına geldikçe", %0.9'u (n=12) "yılda bir" yaptığını belirtmiştir (Tablo 6.6.1).

Tablo 6.6.1. Erken tanı hakkındaki bilgileri, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Tarama yöntemlerinin yapılma sıklığı ve yapılma yaşları hakkında bilgileri																								
	Erken tanı konulabilir	Erken tanı için tarama programına katılım	Mamografi yaptıрма yaşı bilgisi(%)								Mamografi yaptıрма sıklığı bilgisi (%)							Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı bilgisi (%)						Kadın sayısı
			10-19 yaş	20-29 yaş	30-39 yaş	40-49 yaş	50-59 yaş	60-69 yaş	70+ yaş	Herkes	Yılda bir	2 yılda bir	5 yılda bir	Bilmiyor	Emin değil	Hiç gerek yok	10 yılda bir	Zaman zaman	Haftada bir	Ayda bir	Aklına geldikçe	Hiç	Yılda bir	
Mamografi	88.8	53.6	0.1	10.7	42.6	92.9	94.6	87.3	71.2	3.4	61.7	34.7	2.9	0.3	0.2	0.2	0.1							
Kendi kendine meme muayenesi	56.2	78.0																46.0	27.1	15.2	8.0	2.8	0.9	1271

6.7. Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Taramaya Katılım Davranışlarının Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %59.0'u (n=750) son iki yıl içerisinde herhangi bir sağlık kontrolüne gitmemiş iken, %41.0'i (n=521) son iki yıl içerisinde herhangi bir sağlık kontrolüne gitmemişlerdir (Tablo 6.7.1).

Araştırmaya katılan kadınların son iki yılda, %53.6'sı (n=682) mamografi, %38.5'i (n=490) meme ultrasonografisi, %37.8'i (n=455) KMM, %4.1'i (n=52) smear yaptırdıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 6.7.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan 50 yaş üzerinde olan kadınların %55.0'i (n=462) son iki yıl içerisinde mamografi çektiğini beyan etmiş iken, araştırmaya katılan kadınlardan 50 yaşın altında olan kadınların %51.0' (n=220) son iki yıl içinde mamografi çektiğini beyan etmiştir (Tablo 6.7.1).

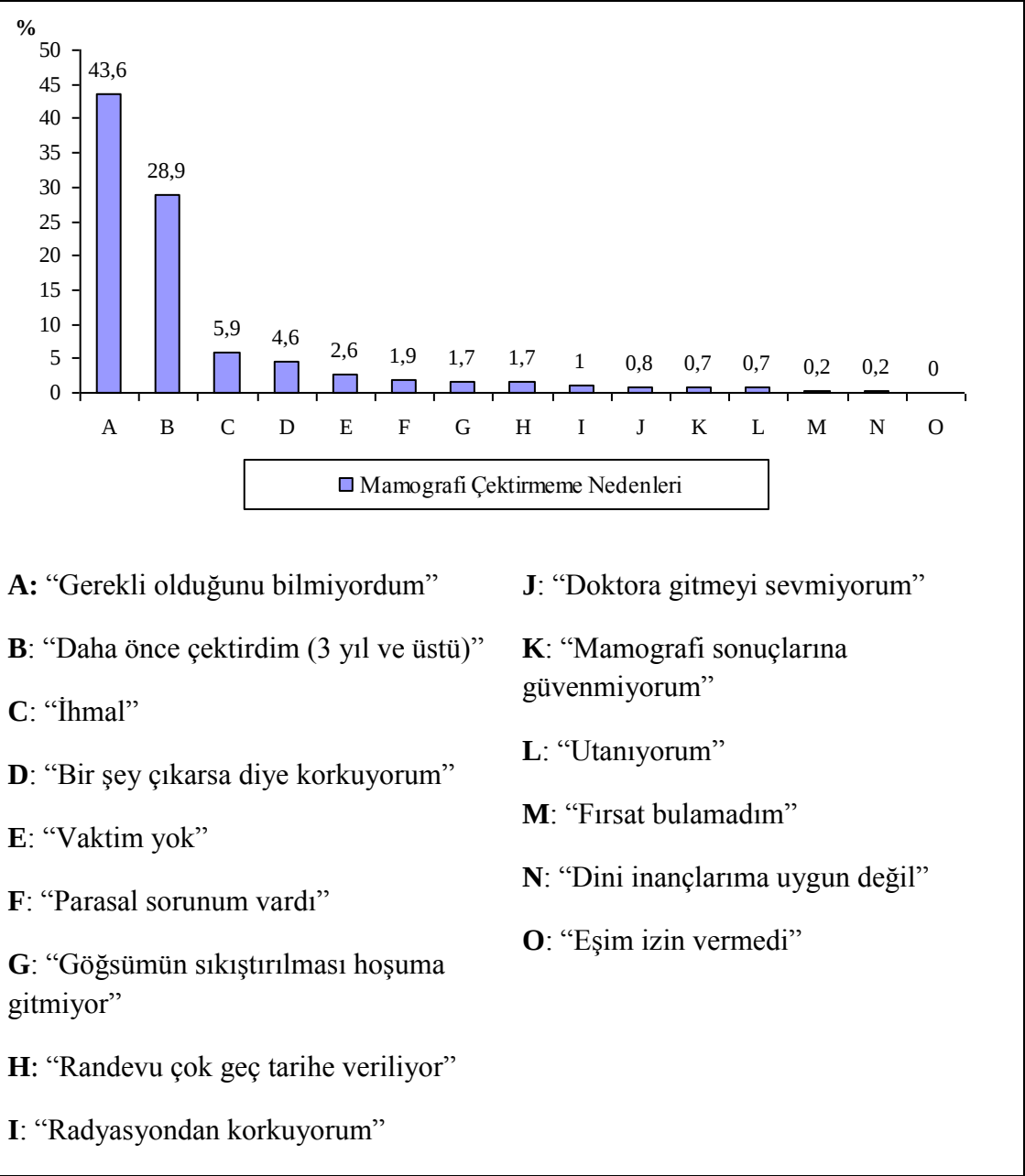
Araştırmaya katılan kadınlardan son iki yıl içinde mamografi çektilmemiş olan kadınların, mamografi yaptırmama nedenleri, %43.6'sı (n= 257) gerekli olduğunu bilmediğini, %28.9'u (n=170) daha önceden (3 yıl ve üstü) çektiğini, %5.9'u (n= 35) ihmal, %4.6'sı (n=27) bir şey çıkarsa diye korkuyor, %3.6'sı (n=14)vakti olmadığını, %1.9'u (n=11) parasal sorunu olduğunu, %1.7'si (n=10) randevunun çok geç tarihe verildiğini, %1.0'i (n=6) radyasyondan korktuğunu, %0.8'i (n=5) doktora gitmeyi sevmediğini, %0.7'si (n=4) mamografi sonuçlarına güvenmediğini, %0.7'si (n=4) utandığını, %0.2'si (n=1) fırsat bulamadığını, %0.2'si (n=1) dini inançlarına uygun olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 6.7.1) (Şekil 6.7.1).

Araştırmaya katılan kadınlara KKMM ile ilgili duyguları da sorgulanmıştır. KKMM yapan kadınların, %47.0'si (n=597) korunmak için kendisini kontrol ederken mutlu olduğunu, %21.5'i (n=273) kitle bulmaktan korktuğunu, %6.1'i (n=77) bulgularına güvenmediğini, %24.2'si (n=307) diğer, %1.3'ü (n=17) kendisine dokunmaktan hoşlanmadığını belirtmişlerdir(Tablo 6.7.1).

Tablo 6.7.1. Meme kanseri ile ilgili taramalara katılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Tarama Davranışları	Sayı	%
Son 2 yıl içinde herhangi bir sağlık kontrolü (n=1271)		
Var	750	59.0
Yok	521	41.0
Son iki yıl içinde yapılan tetkikler* (n=1271)		
Mamografi	682	53.6
Meme ultrasonografisi	490	38.5
Klinik meme muayenesi	455	37.8
(Smear)	52	4.1
Son iki yıl içinde mamografi yaptıranların yaş durumu (n=682)		
<50	220	51.0
≥50	462	55.0
Son iki yıl içinde mamografi yaptırmama nedenleri (n=589)		
Gerekli olduğunu bilmiyordum	257	43.6
Daha önce yaptırdım (3 yıl ve üstü)	170	28.9
İhmal	35	5.9
Bir şey çıkarsa diye korkuyorum	27	4.6
Vaktim yok	14	2.6
Parasal sorunum vardı	11	1.9
Göğsümün sıkıştırılması hoşuma gitmiyor	10	1.7
Randevu çok geç tarihe veriliyor	10	1.7
Radyasyondan korkuyorum	6	1.0
Doktora gitmeyi sevmiyorum	5	0.8
Mamografi sonuçlarına güvenmiyorum	4	0.7
Utaniyorum	4	0.7
Fırsat bulamadım	1	0.2
Dini inançlarıma uygun değil	1	0.2
Eşim izin vermedi	0	0.0
Kendi kendine meme muayenesi yaparken ne hissediyor? (n=1271)		
Korunmak için kendini kontrol ettiği için mutlu	597	47.0
Kitle bulmaktan korkuyor	273	21.5
Bulgularına güvenmiyor	77	6.1
Kendine dokunmaktan hoşlanmıyor	17	1.3
Diğer	307	24.2
Toplam	1271	100.0
*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda evet diyenlerin yanıtlarına ilişkin sayı ve yüzdesi verilmiştir.		

Şekil 6.7.1. Mamografi çekirtmeyen kadınların mamografi çekirtmeme nedenlerine göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



6.8. Kadınların Fizik Egzersiz Alışkanlıklarının Özellikleri

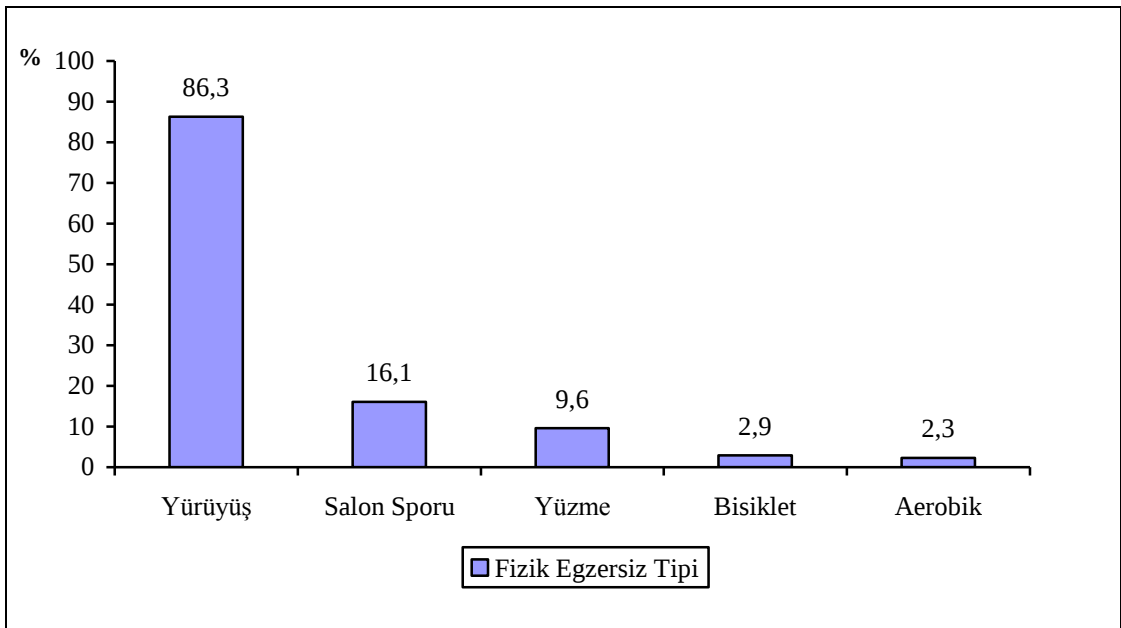
Araştırmaya katılan kadınların %60.5'i (n=769) fizik egzersiz alışkanlığının olduğunu, %39.5'inin (n=502) fizik egzersiz alışkanlığının olmadığını belirtmiştir (Tablo 8.8.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan egzersiz yaptığını belirten kadınların, %86.3'ü (n=664) yürüyüş, %16.1'i (n= 124) spor salonu aktivitesi, %9.6'sı (n=74) yüzme, %2.9'u (n=22) bisiklet, %2.3'ü (n=18) aerobik yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 8.8.1) (Şekil 6.8.1).

Araştırmaya kadınlardan egzersiz yaptığını belirten kadınların, %44.6'sı (n=343) haftanın her günü, %22.1'i (n=170) ara sıra/seyrek/düzensiz, %20.8'i (n=160) haftanın üç günü, %5.1'i (n=39) haftanın beş günü, %4.4'ü (n=34) diğer, %2.7'si (n=21) haftanın bir günü, %0.3'ü (n=2) ayda bir-iki gün fizik egzersiz yapmakta olduğunu beyan etmişlerdir (Tablo 8.8.1).

Araştırmaya kadınlardan egzersiz yaptığını belirten kadınların, fizik egzersiz yaptığı bir seans süresini, %60.2'si (n=463) "31–60 dk", %32.8'i (n=252) "0–30 dk", %7.0'si (n=54) "60 dk'nın üstü"nde olduğunu beyan etmişlerdir (Tablo 8.8.1).

Şekil 6.8.1. Yapılan fizik egzersize göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



Tablo 6.8.1. Yapılan fizik egzersize göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Fizik egzersiz yapma durumu	Sayı	%
Fizik egzersiz alışkanlığı (n=1271)		
Var	769	60.5
Yok	502	39.5
Fizik egzersiz tipi (n=769)*		
Yürüyüş	664	86.3
Salon sporları	124	16.1
Yüzme	74	9.6
Bisiklet	22	2.9
Aerobik	18	2.3
Fizik egzersiz sıklığı (n=769)*		
Haftanın her günü	343	44.6
Ara sıra, seyrek, düzensiz	170	22.1
Haftanın üç günü	160	20.8
Haftanın beş günü	39	5.1
Diğer	34	4.4
Haftanın bir günü	21	2.7
Ayda bir-iki	2	0.3
Fizik egzersiz yapma süresi (tek bir seans süresi) (n=769)*		
31–60 dk	463	60.2
0–30 dk	252	32.8
Diğer	54	7.0
Toplam	1271	100.0
*Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda evet diyenlerin yanıtlarına ilişkin sayı ve yüzdesi verilmiştir.		

6.9. Kadınların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarının Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %61.8'i (n=786) yaşamlarında en az bir kez alkol kullandığını, %38.2'si (n=485) hiç alkol kullanmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların alkol kullanma alışkanlıkları, %5.0'i (n=63) "düzenli", %49.5'i (n=629) "ara sıra", %4.7'si (n=60) "eskiden içiyorken şimdi bıraktı", %2.7'si (n=34) sadece "birkaç kez denemiş" olduklarını, %38.2'si (n=485) hiç içmediklerini beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1).

Araştırmaya katılan kadınların %5.4'ü (n=38) "15 yaş ve altı", % 84.2'si (n= 588) "16–30 yaş", %9.0'u (n=63) "31–45 yaş", %1.3'ü (n=9) "46 yaş ve üstü"nde alkol kullanmaya başladıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1). Araştırmaya katılan kadınların alkol kullanmaya başlama yaşlarının medianı 21'dir (SD:7.1, min: 10, max: 60).

Araştırmaya katılan kadınların genellikle tükettikleri alkol tipi de sorulmuştur; %44.8'i (n=485) şarap, %26.8'i (n=290) rakı, %20.2'si (n=219) bira, %3.0'ü (n=32) likör, %2.4'ü (n=26) diğer, %2.8'i (n=30) viski içtiğini belirtmişlerdir (Tablo 6.9.1).

Araştırmanın yapıldığı tarihte alkol kullanan kadınların %9.1'i (n=63) sürekli/düzenli içtiğini beyan etmiş, bunların %17.4'ü(n=11) "ayda bir gün veya daha fazla", %42.9'u (n=27) "ayda 2–4 gün", % 27.0'si (n=17) "haftada 2–3 gün", %12.7'si (n=8) "haftada 4 gün veya daha fazla" alkol tükettiklerini beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1).

Araştırmanın yapıldığı tarihte alkol kullananların %90.9'u (n=629) "ara sıra" içtiğini beyan etmiş, bunların %87.2'si (n=549) "ayda bir gün veya daha fazla", %9.7'si (n=61) "ayda 2–4 gün", %2.5'i (n=15) "haftada 2–3 gün", %0.6'sı (n=4) "haftada 4 gün veya daha fazla" alkol tükettiklerini beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan sigara içenlerin %92.6'sı (n=625) 1–2 kadeh, %6.2'si (n=42) 3–4 kadeh, %1.0'i (n=7) 5–6 kadeh, %0.1'i (n=1) 7–9 kadeh alkol tükettiğini beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1).

“Bir seansta 5 kadehten fazla alkol içme” olasılıkları da araştırılmıştır: araştırmaya katılan kadınların %95.0’i (n=1207) bu miktarda hiç içmediğini belirtirken, %3.6’sı (n=46) “haftada bir günden az”, %1.0’i (n=13) “ayda bir-iki gün”, %0.3’ü (n=4) “haftada bir-iki gün”, %0.1’i (n=1) “her gün veya her zaman” bir seansta 5 kadehten fazla alkol tükettiğini beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1).

Araştırmaya katılan kadınların %70.2’si (n=892) yaşamlarında en az bir kez sigara içtiğini beyan etmiş iken, %29.8’i (n=379) hiç sigara içmediğini beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1).

Araştırma esnasında halen sigara kullanan kadınların, sigara kullanma alışkanlıkları, %41.3’ü (n=525) “sürekli/düzenli” içiyor, %6.5’i (n=82) “birkaç kez denedi”, %22.4’ü (n=285) “eskiden içiyorken şimdi bıraktı, %29.8’i (n=379) hiç içmediklerini beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1).

Araştırmaya katılan kadınların %10.8’i (n=88) 15 yaş ve altı, %46.8’i (n=389) 16–20 yaş, %31.9’u (n=265) 21–30 yaş, %8.9’u (n=74) 31–40 yaş, %1.8’i (n=15) 41 yaş ve üzeri sigara kullanmaya başladıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1). Araştırmaya katılan kadınların sigaraya başlama yaşlarının medianı 20 (SD:7.2, min:7, max:54) dir.

Araştırmaya katılan kadınların %33.1’i (n=250) 5 adet ve altı, %31.1’i (n=235) 6–15 adet, %29.9’u (n=226) 16–30 adet, %5.8’i (n=44) 31 adet ve üzerinde sigarayı bir günde tükettiğini beyan etmişlerdir (Tablo 6.9.1).

Tablo 6.9.1. Alkol ve sigara alışkanlıkları, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Alkol ve sigara kullanma durumları	Sayı	%
Tüm yaşamında alkol kullanma öyküsü (n=1271)		
Evet	786	61.8
Hayır	485	38.2
Alkol kullanımı (n=1271)		
Sürekli-düzenli içiyor	63	5.0
Ara sıra içiyor	629	49.5
Eskiden içiyordu-bıraktı	60	4.7
Birkaç kez denedi	34	2.7
Hiç içmedi	485	38.2
Alkol kullanmaya başlama yaşı (yıl) (n=698)*		
<15	38	5.4
16-30	588	84.2
31-45	63	9.0
>46	9	1.3
Genellikle içilen alkol tipi (n=1082)**		
Şarap	485	44.8
Rakı	290	26.8
Bira	219	20.2
Likör	32	3.0
Viski	30	2.8
Diğer	26	2.4
Halen alkol kullanma sıklığı (n=692)		
Sürekli-düzenli içiyor	63	9.1
Ayda bir veya daha fazla	11	17.4
Ayda 2-4 kez	27	42.9
Haftada 2-3 kez	17	27.0
Haftada 4 veya daha fazla	8	12.7
Ara sıra içiyor	629	90.9
Ayda bir veya daha fazla	549	87.2
Ayda 2-4 kez	61	9.7
Haftada 2-3 kez	15	2.5
Haftada 4 veya daha fazla	4	0.6
Alkol içilen bir seanstaki tüketim miktarı (n=675)***		
Bir-iki kadeh	625	92.6
Üç-dört kadeh	42	6.2
Beş-altı kadeh	7	1.0
Yedi-dokuz kadeh	1	0.1
Toplam	1271	100.0

* Araştırmaya katılan kadınlardan alkol kullanan 786 kadından 698'i ilk kez alkol kullanmaya başlama yaşı hakkında bilgi vermemişlerdir. Birden fazla yanıt alınmıştır. Tabloda evet diyenlerin yanıtlarına ilişkin sayı ve yüzdesi verilmiştir

** Araştırmaya katılan kadınlardan birden fazla alkol tipi yanıtı alınmıştır.

*** Araştırmaya katılan 111 kadından alkol tüketim miktarı hakkında bilgi alınamamıştır (n= 786 alkol tüketen kadın).

Tablo 6.9.1. (devam) Alkol ve sigara alışkanlıkları, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Alkol ve sigara kullanma durumları	Sayı	%
Bir seansta 5 kadehten fazla alkol içme durumu (n=1271)		
Hiç içmiyor	1207	95.0
Haftada birden az	46	3.6
Ayda bir-iki kez	13	1.0
Haftada bir-iki kez	4	0.3
Her gün veya her zaman	1	0.1
Hayatı boyunca sigara içme öyküsü (n=1271)		
Evet	892	70.2
Hayır	379	29.8
Sigara içme sıklığı (n=1271)		
Sürekli/ düzenli içiyor	525	41.3
Birkaç kez denedi	82	6.5
Eskiden içiyordu/bıraktı	285	22.4
Hiç içmedi	279	29.8
Sigaraya başlama yaşı (n=831)****		
≤15	88	10.8
16–20	389	46.8
21–30	265	31.9
31–40	74	8.9
≥41	15	1.8
İçtiği sigara sayısı (günde)		
≤5	250	33.1
6–15	235	31.1
16–30	226	29.9
≥31	44	5.8
Toplam	1271	100.0

**** Sigara içmeye başlama yaşına halen içenler, ara-sıra içenler, eskiden içenler ve birkaç kez denedim diyenler dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan 61 kadından sigara içmeye başlama yaşı ile ilgili bilgi alınamamıştır.

6.10. Kadınların Doğurganlık Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %89.5'i (n=1138) gebe kaldığını beyan etmiş iken, %10.5'i (n=133) hiç gebe kalmadığını beyan etmişlerdir (Tablo 6.10.1).

Araştırmaya katılan kadınların %95.4'ü (n=1086) canlı doğum yaptığını beyan etmiş, %4.6'sı (n=185) hiç canlı doğum yapmadığını beyan etmişlerdir (Tablo 6.10.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan canlı doğum yapanların %78.2'si (n= 856) 2 ve altında, %20.4'ü (n=222) 3-5, %0.7'si (n=8) 6 ve üzerinde canlı doğum yaptıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların canlı doğum sayısının medianı 2 (SD: 0.9, min:1, max: 8) dir.

Araştırmaya katılan kadınların %70.8'i (n=769) kız çocuğu sahibi olduğunu beyan etmiş iken, %29.2'si (n=317) kız çocuğu sahibi olmadığını beyan etmiştir. Kadınların %92.6'sının (n=712) 2 ve altında, %7.3'ünün (n=56) 3-5, %0.1'inin (n=1) 6 ve üzerinde kız çocuğu olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların kız çocuk sayısının medianı 1 (SD: 0.9, min: 0, max:6) dir.

Araştırmaya katılan kadınların %70.7'i (n=768) erkek çocuğu sahibi olduğunu beyan etmiş iken, %29.3'si (n=318) erkek çocuğu sahibi olmadığını beyan etmiştir. Kadınların %94.1'inin (n=723) 2 ve altında, %5.9'unun (n=45) 3-5 erkek çocuğu olduğunu belirtmiştir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların erkek çocuk sayısının medianı 1 (SD:0.8, min: 0, max:5) dir.

Araştırmaya katılan kadınların %3.6'sı (n=41) ölü doğum yaptığını beyan etmiş iken %96.4'ü (n=1097) hiç ölü doğum yapmadığını beyan etmişlerdir (Tablo 6.10.1). Ölü doğum yapma sayısı, %77.6'sı (n=31) 1, %22.4'ü (n=10) 2 ve üzerinde olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların ölü doğum sayısının medianı 1 (SD: 0.5, min: 1, max: 3) dir.

Araştırmaya katılan kadınların %85.1'i (n=1081) hiç düşük yapmadığını belirtmiş iken, %14.9'u (n=190) düşük yaptığını belirtmiştir (Tablo 6.10.1). Düşük yapma sayısı, %80.0'i (n=152) 1, %17.9'u (n=34) 2-5, %2.1'i (n=4) 6 ve üzerinde olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların düşük sayısının medianı 1 (SD: 1.3, min: 1, max: 10) dir.

Araştırmaya katılan kadınların %54.9'u (n=698) isteğe bağlı gebelik sonlandırmış olduğunu belirtmiş iken, %45.1'i (n=573) hiç isteğe bağlı gebelik sonlandırmadığını belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). İsteğe bağlı gebelik sonlandırma sayısı, %39.0'u (n=272) 1 kez, %60.0'ı (n=419) 2–10 kez, %1.0 'i (n=7) 11 kez ve üzerinde olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların isteğe bağlı gebelik sonlandırma sayısının medianı 2 (SD: 1.7, min: 1, max: 16) dir.

Araştırmaya katılan kadınların %10.5'i (n=133) hiç gebe kalmamış olduğunu belirtmiş, %11.4'ü (n=145) 1 kez, %76.8'i (n=976) 2–10 kez, %1.3'ü (n=17) 11 ve üzeri gebe kalmış olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların toplam gebelik sayısının medianı 3 (SD: 2.4, min: 0, max: 20) dür.

Araştırmaya katılan kadınların canlı doğum yapma yaşı, %14.4'ü (n=185) nullipar, %74.7'si (n=948) 30 yaş altı, %10.9'u (n=138) 30 yaş ve üzeri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların canlı doğum yapma yaşının medianı 23 (SD: 5.3, min: 14, max: 43) dür.

Araştırmaya katılan kadınların son doğum yaşını, %14.5'i (n=185) nullipar, %54.8'i (n=696) 30 yaş ve altı, %30.7'si (n=390) 30 yaş üzerinde olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların son doğum yaşlarının medianı 30 (SD: 5.4, min: 17, max: 53) dur.

Araştırmaya katılan kadınların son gebelik yaşını, %50.7'si (n=555) 30 yaş ve altı, %49.3'ü (n=540) 30 yaş üzeri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların son gebelik yaşının medianı 30 (SD: 5.5, min: 17, max: 53) dur.

Araştırmaya katılan kadınların %94.7'si (n=1028) çocuğunu emzirdiğini beyan etmiş iken, %5.3'ü (n=58) hiç çocuğunu emzirmediğini belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1).

Araştırmaya katılan kadınların emzirme sürelerini, %54.0'ü (n=551) 12 ay ve altı, %24.7'si (n=252) 13–24 ay, %17.6'sı (n=180) 25–60 ay, %3.7'si (n=37) 61 ay ve üzeri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.10.1). Araştırmaya katılan kadınların emzirme süresinin medianı 12 ay (SD: 19.1, min: 1, max: 216) dır.

Tablo 6.10.1. Doğurganlık öyküleri, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Doğurganlık öyküsü	Sayı	%
Gebelik öyküsü (n=1271)		
Var	1138	89.5
Yok	133	10.5
Canlı doğum öyküsü (n=1138)		
Var	1086	95.4
≤ 2	856	78.8
3-5	222	20.4
≥ 6	8	0.7
Yok	52	4.6
Toplam kız çocuk sayısı (n=1086)		
Var	769	70.8
≤ 2	712	92.6
3-5	56	7.3
≥ 6	1	0.1
Yok	317	29.2
Toplam erkek çocuk sayısı (n=1086)		
Var	768	70.7
≤ 2	723	94.1
3-5	45	5.9
≥ 6	0	0.0
Yok	318	29.3
Toplam ölü doğum öyküsü (n=1138)		
Yok	1097	96.4
Var	41	3.6
Ölü doğum sayısı (n=41)		
1	31	77.6
≥ 2	10	22.4
Düşük öyküsü (n=1138)		
Yok	948	83.3
Var	190	16.7
Toplam düşük sayısı (n=190)		
1	152	80.0
2-5	34	17.9
≥ 6	4	2.1
İsteğe bağlı gebelik sonlandırma öyküsü (n=1138)		
Evet	698	61.3
Hayır	440	38.7
İsteğe bağlı gebelik sonlandırma sayısı (n=698)		
1	272	39.0
2-10	419	60.0
≥ 11	7	1.0
Toplam	1271	100.0

Tablo 6.10.1. (devam) Doğurganlık öyküleri, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Doğurganlık öyküsü	Sayı	%
Toplam gebelik sayısı (n=1271)		
0	133	10.5
1	145	11.4
2-10	976	76.8
≥11	17	1.3
İlk canlı doğum yaşı (n=1271)		
Nullipar	185	14.4
≤30	948	74.7
>30	138	10.9
Son doğum yapma yaşı (n=1271)		
Nullipar	185	14.5
<30	696	54.8
>30	390	30.7
Son gebelik yaşı (n=1095)*		
<30	555	50.7
>30	540	49.3
Emzirme durumu (n=1086)		
Evet	1028	94.7
Hayır	58	5.3
Emzirme süresi (n=1020)** (ay)		
≤12	551	54.0
13-24	252	24.7
25-60	180	17.6
≥61	37	3.7
Toplam	1271	100.0

* Araştırmaya katılan kadınlardan 43 kadın son gebelik yaşı hakkında bilgi verememiştir.

** Araştırmaya katılan 8 kadın emzirme süreleri hakkında bilgi vermemiştir.

6.11. Kadınların İsteğe Bağlı Gebelik Sonlandırma Öykülerinin Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %3.2'si (n=41) isteğe bağlı gebelik sonlandırmak için ilaç kullandığını beyan etmiş iken, %94.1'i (n=657) isteğe bağlı gebelik sonlandırmak için ilaç kullanmadığını beyan etmiştir. %3.2'si (n=41) isteğe bağlı gebelik sonlandırmak için ilaç kullanmamıştır (Tablo 6.11.1).

Araştırmaya katılan kadınların isteğe bağlı gebelik sonlandırmak için ilaç kullanma yaşı, %7.3'ü (n=3) 18 yaş ve altı, %43.9'u (n=18) 19–25 yaş arası, %48.8'i (n=20) 26 yaş ve üzeridir (Tablo 6.11.1). Araştırmaya katılan kadınların isteğe bağlı gebelik sonlandırmak için ilaç kullanma yaşı median 26 (SD: 6.1, min: 18, max:46) dır.

Araştırmaya katılan kadınların isteğe bağlı gebelik sonlandırmak için %70.7'si (n=29) 1 kez, %29.3'ü (n=12) 2 kez ve üzerinde ilaç kullanmıştır (Tablo 6.11.1). Araştırmaya katılan kadınların isteğe bağlı gebelik sonlandırmak için ilaç kullanma sayısı median 1 (SD: 4.2, min: 1, max: 25) dir.

Araştırmaya katılan kadınların isteğe bağlı gebelik sonlandıran kadınlardan %51.2'si (n=21) 1 kez, %36.6'sı (n=15) 2–3 kez, %12.2'si (n=5) 4 kez ve üzeri enjeksiyon yaptırmıştır (Tablo 6.11.1). Araştırmaya katılan kadınların isteğe bağlı gebelik sonlandırmak için kullanılan enjeksiyon sayısı median 1 (SD: 1.3, min: 1, max: 6) dir.

Tablo 6.11.1. İsteğe bağlı gebelik sonlandırma öyküleri, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

İsteğe bağlı gebelik sonlandırma öyküsü	Sayı	%
İsteğe bağlı gebelik sonlandırma yapmak için ilaç kullanımı (n=698)		
Hayır	657	94.1
Evet	41	5.9
İsteğe bağlı gebelik sonlandırma yapmak için ilk kez ilaç kullanma yaşı (n=41)		
≤18	3	7.3
19–25	18	43.9
≥26	20	48.8
İsteğe bağlı gebelik sonlandırmak için toplam ilaç kullanımı (n=41)		
1	29	70.7
≥2	12	29.3
İsteğe bağlı gebelik sonlandırmak için toplam enjeksiyon sayısı (n=41)		
1	21	51.2
2–3	15	36.6
≥4	5	12.2
Toplam	1271	100.0

6.12. Kadınların Öz Geçmiş Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %60.4'ünde (n=768) doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalık var iken, %39.6'sında kronik hastalık tanısı almadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6.12.1).

Tanı almış kronik hastalıklardan, %4.6'sı (n=35) meme kanseri, %0.7'si (n=5) yumurtalık kanseri, %0.1'i (n=1) kalın barsak kanseri, %50.5'i (n=388) hipertansiyon, %16.3'ü (n=125) tip 2 diabetes mellitus (DM), %9.0'u (n=69) kalp hastalığı, %6.8'i (n=52) osteoporoz, %1.4'ü (n=11) tip 1 DM'dir (Tablo 6.12.1) (Şekil 6.12.2).

Araştırmaya katılan kadınların %77.5'inin (n=985) memesi ile ilgili bir şikayeti yok iken, %22.5'inde (n=286) memesi ile ilgili şikayeti var idi (Tablo 6.12.1).

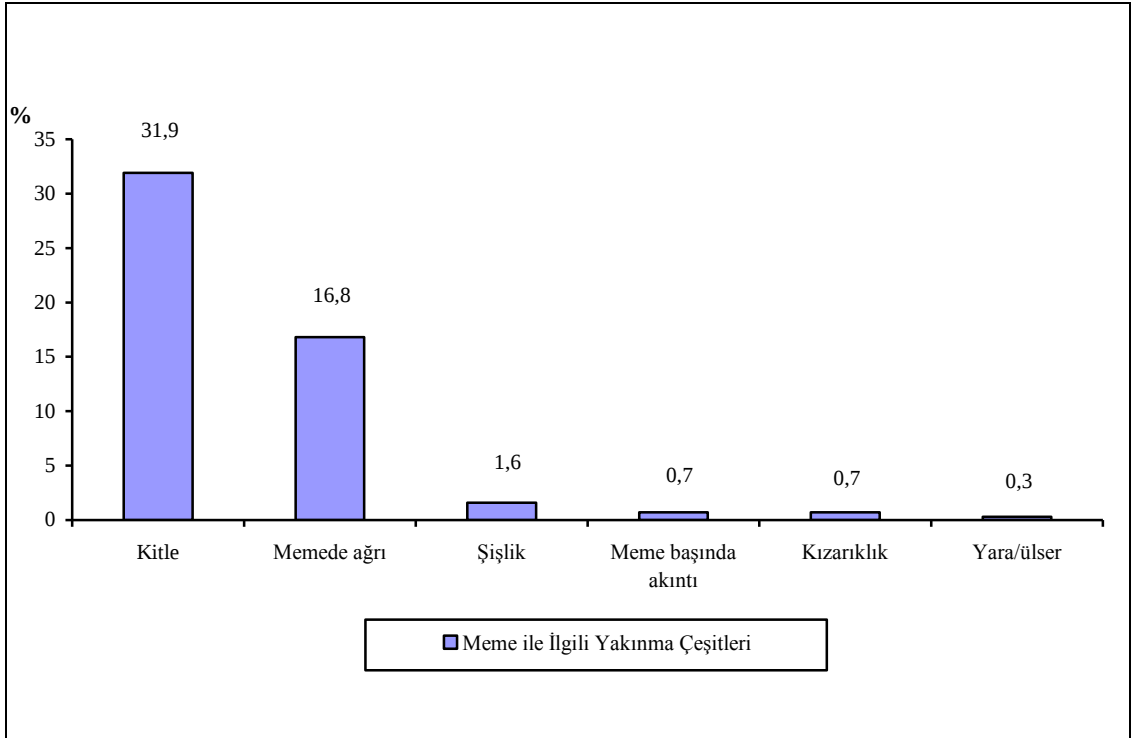
Araştırmaya katılan kadınların memeleri ile ilgili şikayetleri, %31.9'unda (n=97) kitle, %16.8'inde (n=51) memede ağrı, %1.6'sında (n=5) şişlik, %0.7'sinde (n=2) meme başında akıntı, %0.7'sinde (n=2) kızarıklık, %0.3'ünde yara/ülser var idi (Tablo 6.12.1) (Şekil 6.12.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan meme kanseri tanısı almış kadınların tanı yaşları sorgulanmıştır. Kadınların, %8.6'sı 40 yaşın altında tanı aldığını beyan etmiş iken, %91.4'ü 40 yaş ve üzerinde tanı aldığını beyan etmişlerdir. Kadınların tanı yılları, %11.4'ü “2010” yılında, %5.7'si “2009” yılında, %31.4'ü “2004–2008” yılları arasında, %22.9'u “1999–2003” yılları arasında, %28.6'sı “1998 ve öncesi”nde tanı aldığını beyan etmişlerdir (Tablo 6.12.1).

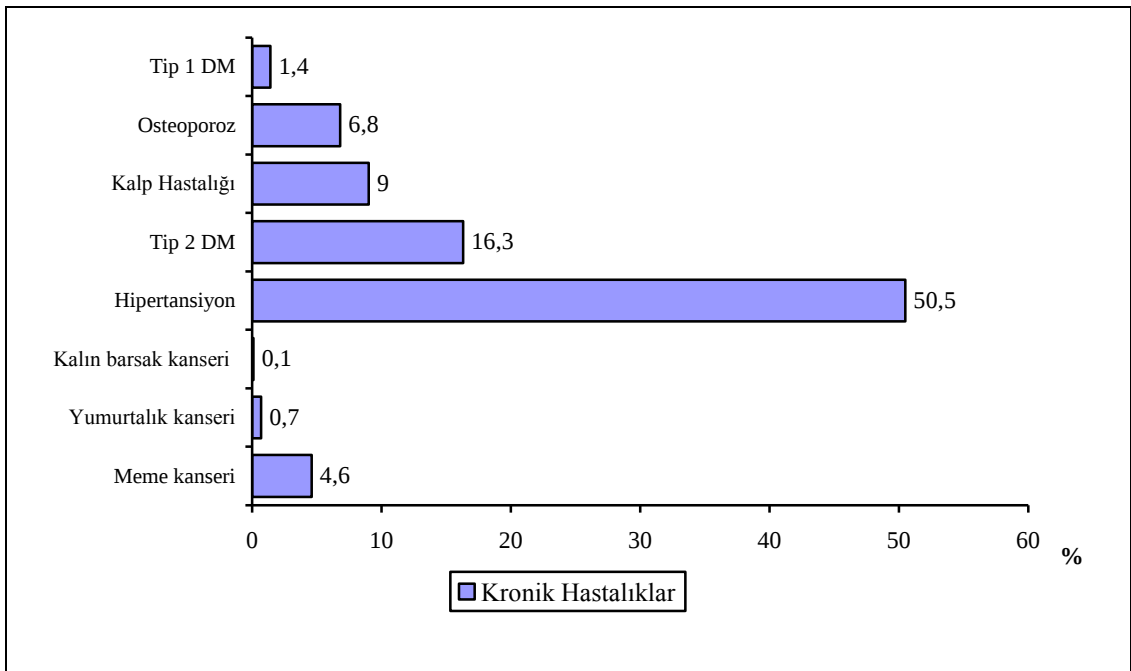
Tablo 6.12.1. Öz geçmişleri, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Öz geçmiş öyküsü	Sayı	%
Kronik hastalık durumu (n=1271)*		
Var	768	60.4
Meme kanseri	35	4.6
Yumurtalık kanseri	5	0.7
Kalın barsak kanseri	1	0.1
Hipertansiyon	388	50.5
Tip 2 DM	125	16.3
Kalp hastalığı	69	9.0
Osteoporoz	52	6.8
Tip 1 DM	11	1.4
Yok	503	39.6
Memelerle ilgili yakınma durumu (n=1271)		
Hayır	985	77.5
Evet	286	22.5
Memelerle ilgili şikayet türü (n=304)*		
Kitle	97	31.9
Meme de ağrı	51	16.8
Şişlik	5	1.6
Meme başında akıntı	2	0.7
Kızarıklık	2	0.7
Yara/ülser	1	0.3
Meme kanseri tanısı alma durumu (n=1271)		
Evet	35	2.8
Hayır	1236	97.2
Meme kanseri tanı yaşı (n=35)		
<40	3	8.6
≥40	32	91.4
Meme kanseri tanı yılı (n=35)		
2010	4	11.4
2009	2	5.7
2004–2008	11	31.4
1999–2003	8	22.9
1998 ve öncesi	10	28.6
Toplam	1271	100.0
* Birden fazla yanıt alınmıştır. Tablo da evet diyenlerin yanıtlarına ilişkin sayı ve yüzdesi verilmiştir.		

Şekil 6.12.1. Meme yakınmalarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



Şekil 6.12.2. Hekim tarafından tanı konulmuş kronik hastalıklarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



6.13. Kadınların Kozmetik Ürün Kullanım Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %67.7'si (n=860) hiç anti-aging krem kullanmamış iken, %32.3'ü (n=410) anti-aging krem kullanmışlardı (Tablo 6.13.1). Kadınların anti-aging krem kullanım süreleri, %16.5'i (n=66) 12 ay ve altı, %51.4'ü (n=205) 13–120 ay, %20.1'i (n=80) 121–240 ay, %12.0'si (n=48) 241 ay üzerinde idi. Araştırmaya katılan kadınların anti-aging krem kullanma süresi median 72 ay (SD: 119.8, min: 1, max: 600) dır (Tablo 6.13.1).

Araştırmaya katılan kadınların %22.7'si (n=67) Avon, %12.5'i (n=37) Loreal, %11.5'i (n=34) Nivea, %9.5'i (n=28) Vichi, %6.1'i (n=18) Clinic, %4.7'si (n=14) Roc, %3.4'ü (n= 10) Olay, %0.3'ü (n=1) Roche, %29.2'si diğer marka anti-aging krem kullandıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 6.13.1).

Araştırmaya katılan kadınların %86.5'i(n=1100) en az bir kez saçlarını boyatmış iken, %13.5'i hiç saçlarını boyatmamışlardı. Kadınların beyan ettikleri saçlarını boyatma süreleri, %19.1'i (n=205) 7 yıl altı, %30.7'si (n=329) 7–18 yıl, %50.2'si (n=583) 19 yıl ve üzeri idi. Araştırmaya katılan kadınların saç boyası kullanma süreleri median 228 ay (SD:135.5, min: 1, max: 720) dır (Tablo 6.13.1).

Araştırmaya katılan kadınların en çok kullandığı birinci saç boyası rengi, %24.2'si (n=266) sarı, %23.2'si (n=255) kahverengi, %18.3'ü (n=201) kırmızı, %9.6'sı (n=106) röfle, %9.4'ü (n=103) kestane, %8.0'i (n=88) siyah, %7.4'ü (n=81) kumral rengidir (Şekil 6.13.1). En çok kullandığı ikinci saç boyası rengi, %23.5'i (n=46) kırmızı, %23.0'ü (n=45) kahverengi, %18.4'ü (n=36) sarı, %9.2'si (n=18) röfle, %9.2'si (n=18) kumral, %9.2'si (n=18) siyah, %7.7'si (n=15) kestane rengidir. En çok kullandığı üçüncü saç boyası rengi, %28.6'sı (n=4) sarı, %28.6'sı (n=4) kırmızı, %14.3'ü (n=2) kahverengi, %14.3'ü (n=2) siyah, %7.1'i (n=1) röfle, %7.1'i (n=1) kestane rengidir (Tablo 6.13.1).

Araştırmaya katılan kadınların %7.9'u (n=101) solaryuma girdiğini beyan etmiş, %92.1'i (n=1170) hiç solaryuma girmediğini beyan etmiştir. Kadınların, solaryuma girme süreleri %84.2'si (n=85) 12 ay ve altı, %8.9'u (n=9) 13–36 ay, %6.9'u (n=7) 37 ay ve üzeri idi. Araştırmaya katılan kadınların solaryuma girme süresi median 3 ay (SD: 16.5, min: 1, max: 84) dır (Tablo 6.13.1).

Tablo 6.13.1. Kozmetik ürün kullanımlarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Kozmatik ürün kullanma öyküsü	Sayı	%
Anti-aging krem kullanma durumu (n=1271)		
Hayır	860	67.7
Evet	410	32.3
Toplam anti-aging krem kullanma süresi (ay) (n=399)*		
≤12	66	16.5
13–120	205	51.4
121–240	80	20.1
≥241	48	12.0
Anti-aging krem türü (n=295)**		
Avon	67	22.7
Loreal	37	12.5
Nivea	34	11.5
Vichi	28	9.5
Clinic	18	6.1
Roc	14	4.7
Olay	10	3.4
Roche	1	0.3
Diğer	86	29.2
Saç boyası kullanma durumu (n=1271)		
Evet	1100	86.5
Hayır	171	13.5
Saç boyası kullanma süresi (yıl) (n=1072)***		
<7	205	19.1
7–18	329	30.7
≥19	583	50.2
Birinci en çok kullanılan saç boyası rengi (n=1100)		
Sarı	266	24.2
Kahverengi	255	23.2
Kızıl	201	18.3
Röfle	106	9.6
Kestane	103	9.4
Siyah	88	8.0
Kumral	81	7.4
İkinci en çok kullanılan saç boyası rengi (n=196)		
Kızıl	46	23.5
Kahverengi	45	23.0
Sarı	36	18.4
Röfle	18	9.2
Kumral	18	9.2
Siyah	18	9.2
Kestane	15	7.7
Toplam	1271	100.0

* Araştırmaya katılan 1 kadından anti-aging krem kullanma süresi ile ilgili bilgi alınamamıştır.

** Araştırmaya katılan 105 kadından anti-aging krem türü ile ilgili bilgi alınamamıştır.

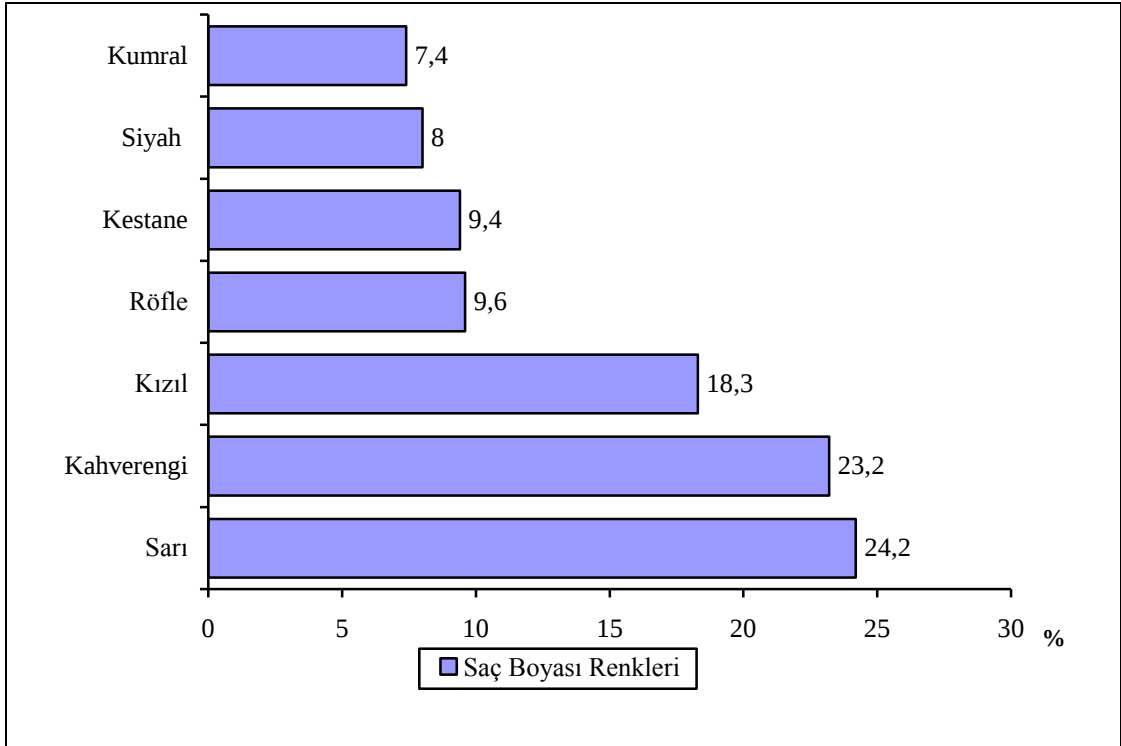
*** Araştırmaya katılan 28 kadından saç boyası kullanma süresi hakkında bilgi alınamamıştır.

Tablo 6.13.1. (devam) Kozmetik ürün kullanımlarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Kozmetik ürün kullanma öyküsü	Sayı	%
Üçüncü en çok kullanılan saç boyası rengi (n=14)		
Sarı	4	28.6
Kızıl	4	28.6
Kahverengi	2	14.3
Siyah	2	14.3
Röfle	1	7.1
Kestane	1	7.1
Solaryuma girme durumu (n=1271)		
Hayır	1170	92.1
Evet	101	7.9
Toplam solaryuma girme süresi (ay) (n=101)****		
≤12	85	84.2
13–36	9	8.9
≥37	7	6.9
Toplam	1271	100.0

****Araştırmaya katılan 7 kadından solaryuma girme süreleri ile ilgili bilgi alınamamıştır.

Şekil 6.13.1. En çok kullanılan saç boyası renkleri, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



6.14. Kadınların Yaş Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri Taramalarına Katılım Özellikleri

Araştırma grubundaki kadınların yaşları arttıkça eğitim düzeyleri artmaktadır ($\chi^2(8)=58.114$, $p=0.0001$). Araştırmaya katılan 40–49 yaş grubundaki kadınların %1.4'ü ($n=6$) okuryazar değil iken, %23.0'ü ($n=99$) okuryazar/ ilkokul bitirmiş, %3.5'i ($n=15$) ortaokul bitirmiş, %32.6'sı ($n=149$) lise/yüksek okul bitirmiş ve %37.6'sı ($n=162$) lisans/ yüksek lisans ve üzerini bitirmiştir. Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınların %2.2'si ($n=10$) okuryazar değil iken, %18.5'i ($n=85$) okuryazar/ ilkokul bitirmiş, %11.3'ü ($n=52$) ortaokul bitirmiş, %41.7'si ($n=192$) lise/yüksek okul bitirmiş ve %26.3'ü ($n=121$) lisans/ yüksek lisans ve üzerini bitirmiştir. Araştırmaya katılan 60–69 yaş grubundaki kadınların %3.2'si ($n=12$) okuryazar değil iken, %22.7'si ($n=86$) okuryazar/ ilkokul bitirmiş, %11.3'ü ($n=43$) ortaokul bitirmiş, %44.3'ü ($n=168$) lise/yüksek okul bitirmiş ve %18.5'i ($n=70$) lisans/ yüksek lisans ve üzeridir (Tablo 6.14.1).

Araştırma grubundaki kadınlarda yaş ilerledikçe “evli” yüzdesi azalmaktadır ($\chi^2(2)=26.452$, $p=0.0001$). Araştırmaya katılan 40–49 yaş grubundaki kadınların %30.6'sı ($n=132$) bekar/dul/boşanmış iken, %69.4'ü ($n=299$) halen evlidir. Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınların %36.7'si ($n=169$) bekar/ dul/ boşanmış iken, %63.3'ü ($n=292$) halen evlidir. Araştırmaya katılan 60–69 yaş grubundaki kadınların %48.0'i ($n=182$) bekar/dul/boşanmış iken, %52.0'si ($n=197$) halen evlidir (Tablo 6.14.1).

Araştırmaya katılan kadınların yaş ilerledikçe düşük ve üst sınıf artarken, yaz azaldıkça orta sınıfın arttığı gözlemlenmiştir ($\chi^2(4)=12.133$, $p=0.016$). Araştırmaya katılan 40–49 yaş grubundaki kadınların algıladıkları sosyal sınıflarını, %2.1'i ($n=9$) üst, %77.5'i ($n=334$) orta ve %20.4'ü ($n=88$) düşük olarak belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınların %2.6'sı ($n=12$) üst, %75.1'i ($n=346$) orta ve %22.3'ü ($n=103$) düşük olarak belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan 60–69 yaş grubundaki kadınların %4.0'ü ($n=15$) üst, %67.3'ü ($n=334$) orta ve %28.8'ü ($n=109$) düşük olarak belirtmişlerdir (Tablo 6.14.1).

Araştırma grubundaki kadınların %78'i KKMM yaptıklarını belirtmiştir (Tablo 6.14.1). KKMM yaptığını beyan eden kadınların yaş gruplarına göre dağılımına bakılmıştır.

Araştırmaya katılan 40–49 yaş grubundaki kadınların %74.9'u (n=323) KKMM yaptığını beyan etmiş iken, %25.1'i (n=108) KKMM yapmadığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınların %79.0'u (n=364) KKMM yaptığını beyan etmiş iken, %21.0'i (n=97) KKMM yapmadığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan 60–69 yaş grubundaki kadınların %80.2'si (n=304) KKMM yaptığını beyan etmiş iken, %19.8'i (n=75) KKMM yapmadığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların KKMM yapmaları yaş gruplarına göre benzer bulunmuştur ($\chi^2(2)=3.671$, $p=0.160$) (Tablo 6.14.1).

Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınların %57.5'i (n=265) son iki yıl içinde mamografi yaptırmış iken, 40–49 ve 60–69 yaş grubundaki kadınların daha az mamografi yaptırdığını beyan etmişleridir [%51.0 (n=220) ve %52.0 (n=197)]. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2(2)=4.327$, $p=0.115$) (Tablo 6.14.1).

Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınların %40.8'i (n=188) son iki yıl içinde meme ultrasonografisi yaptırmış iken, 40–49 ve 60–69 yaş grubundaki kadınların daha az meme ultrasonografisi yaptırdıklarını beyan etmişleridir [%38.7 (n=167) ve %35.4 (n=134)]. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2(2)=2.606$, $p=0.272$) (Tablo 6.14.1).

Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınların %40.3 (n=186) son iki yıl içinde KMM yaptırmış iken, 40–49 ve 60–69 yaş grubundaki kadınların daha az KMM yaptırdığını beyan etmişleridir [%34.3 (n=148) ve %31.9 (n=121)]. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(2)=7.022$, $p=0.030$) (Tablo 6.14.1).

Araştırmaya katılan 60–99 yaş grubundaki kadınların %11.9'u (n=45) meme biyopsi yaptırmış iken, 40–49 ve 50–59 yaş grubundaki kadınların daha az meme biyopsisi yaptırdığını beyan etmişleridir [%10.7 (n=46) ve %10.6 (n=45)]. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2(2)=7.022$, $p=0.816$) (Tablo 6.14.1).

Tablo 6.14.1.a. Yaş gruplarına göre sosyo- demografik özelliklerin dağılımı, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Yaş grupları						Toplam		p
	40–49		50–59		60–69				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu									
OYD	6	1.4	10	2.2	12	3.2	28	2.2	0.0001
OY/İlk okl	99	23.0	85	18.5	86	22.7	270	21.3	
Orta okl.	15	3.5	52	11.3	43	11.3	110	8.7	
Lise/YO	149	34.6	192	41.7	168	44.3	509	40.1	
Lisans/Y.lisans+	162	37.6	121	26.3	70	18.5	353	27.8	
Medeni durumu									
Bekar/dul/boşanmış	132	30.6	169	36.7	182	48.0	483	38.0	0.0001
Halen evli	299	69.4	292	63.3	197	52.0	788	62.0	
Sosyal sınıf									
Üst	9	2.1	12	2.6	15	4.0	36	2.8	0.016
Orta	334	77.5	346	75.1	255	67.3	935	73.6	
Düşük	88	20.4	103	22.3	109	28.8	300	23.6	
Toplam	431	100.0	461	100.0	379	100.0	1271	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır									

Tablo 6.14.1.b. Yaş gruplarına göre meme kanseri taramalarına katılımın dağılımı, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Yaş grupları						Toplam		p
	40–49		50–59		60–69				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KKMM									
Yapıyor	323	74.9	364	79.0	304	80.2	991	78.0	0.160
Yapmıyor	108	25.1	97	21.0	75	19.8	280	22.0	
Mamografi									
Yaptırdı	220	51.0	265	57.5	197	52.0	682	53.7	0.115
Yaptırmadı	211	49.0	196	42.5	182	48.0	589	46.3	
Meme Ultrasonografisi									
Yaptırdı	167	38.7	188	40.8	134	35.4	489	38.5	0.272
Yaptırmadı	264	61.3	273	59.2	245	64.6	782	61.5	
KMM									
Yaptırdı	148	34.3	186	40.3	121	31.9	455	35.8	0.030
Yaptırmadı	283	65.7	275	59.7	258	68.1	816	64.2	
Biyopsi									
Yaptırdı	46	10.7	49	10.6	45	11.9	140	11.0	0.816
Yaptırmadı	385	89.3	412	89.4	334	88.1	1131	89.0	
Toplam	431	100.0	461	100.0	379	100.0	1271	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır									

6.15. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri Tanı Öykülerinin Özellikleri

Araştırma grubunda görüşülen 1271 kadından 35'i daha önceden bir hekim tarafından meme kanseri tanısı aldığını belirtmiştir (Tablo 6.15.1).

Araştırmaya katılan 40–49 yaş grubundaki kadınların %1.4'ü (n=6) meme kanseri, %98.6'sında (n=425) meme kanseri tanısı almadığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınların %2.2'si (n=10) meme kanseri iken, %97.8'i (n=451) meme kanseri değildir. Araştırmaya katılan 60–69 yaş grubundaki kadınların %5.0'i (n=19) meme kanseri iken, %95.0'i (n=360) meme kanseri değildir. Araştırma grubundaki kadınlarda, yaş ilerledikçe meme kanseri tanısı alma yüzdesi artmaktadır ($\chi^2(1)=9.620$, $p=0.002$) (Tablo 6.15.1).

Araştırmaya katılan 40–49 yaş grubundaki kadınlardan meme kanseri tanısı almış olanların %16.7'si (n=1) “2010” yılında, %16.7'si (n=1) “2009” yılında, %66.7'si (n=4) “2004–2008” yılları arasında tanı almıştır. Araştırmaya katılan 50–59 yaş grubundaki kadınlardan meme kanseri tanısı almış olanların %10.0'u (n=1) “2010” yılında, %10.0'u (n=1) “2009” yılında, %30.0'u (n=3) “2008–2004” yılları arasında, %30.0'u (n=3) “2003–1999” yılları arasında, %20.0'si (n=2) “1998 yılı ve öncesi”nde meme kanseri tanısı almıştır (Tablo 6.15.1) (Şekil 6.15.1) .

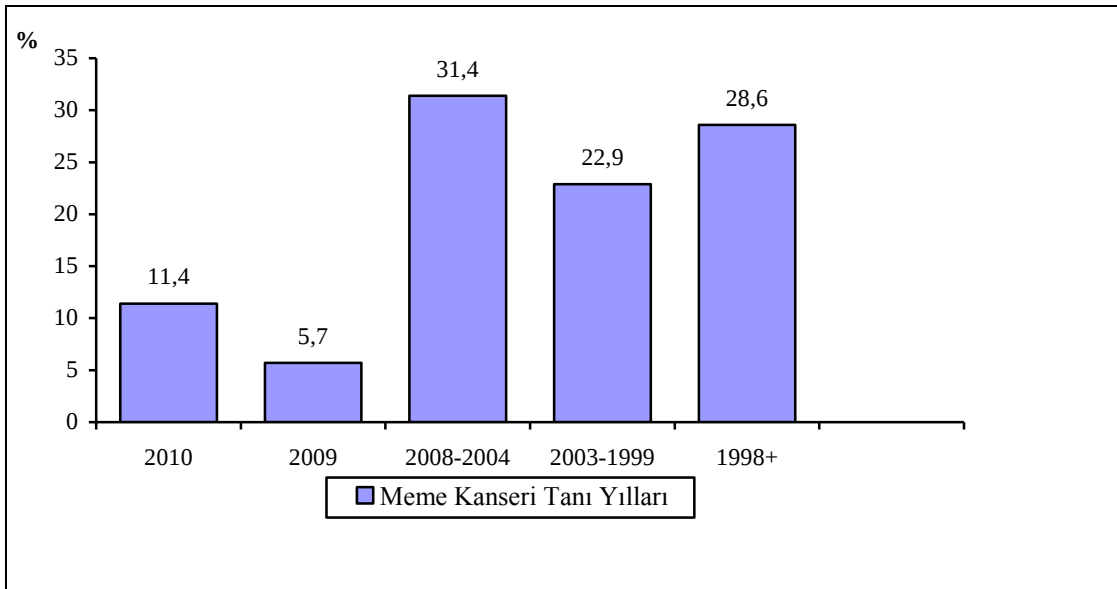
Araştırma grubu kadınlarda 40 yaş altı tanı alanlar ile 40 yaş üstü tanı alanlar değerlendirildiğinde; yaş azaldıkça meme erken yaşta meme kanseri tanısı almanın düştüğü görülmektedir, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(2)=0.793$, $p=0.673$) (Tablo 6.15.1).

Araştırma grubu kadınlarda 50 yaş altı tanı alanlar ile 50 yaş üstünde tanı alanlar değerlendirildiğinde; yaş azaldıkça erken yaşta meme kanseri tanısı almanın arttığı görülmektedir ($\chi^2(2)=8.958$, $p=0.011$) (Tablo 6.15.1).

Tablo 6.15.1. Yaş gruplarına göre meme kanseri tanı öykülerinin dağılımı, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Yaş grupları						Toplam		p
	40–49		50–59		60–69				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Meme kanseri									
Var	6	1.4	10	2.2	19	5.0	35	2.8	0.002
Yok	425	98.6	451	97.8	360	95.0	1236	97.2	
Meme kanseri tanı yılı (n=35)									
2010	1	16.7	1	10.0	2	10.5	4	11.4	**
2009	1	16.7	1	10.0	0	0.0	2	5.7	
2004–2008	4	66.7	3	30.0	4	21.1	11	31.4	
1999–2003	0	0.0	3	30.0	5	26.3	8	22.9	
1998 ve öncesi	0	0.0	2	20.0	8	42.1	10	28.6	
Tanı Yaşı (n=35)									
<40	1	16.7	1	10.0	1	5.3	3	8.6	0.673
≥40	5	83.3	9	90.0	18	94.7	32	91.4	
<50	6	100.0	6	60.0	6	31.6	18	51.4	0.011
≥50	0	0.0	4	40.0	13	68.4	17	48.6	
Toplam	431	100.0	461	100.0	379	100.0	1271	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır									

Şekil 6.15.1 Meme kanseri tanısı almış kadınların meme kanseri tanı yıllarına göre dağılımı, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda



6.16. Kadınların Mamografi Çektirmelerini Etkileyen Faktörler

Araştırmaya katılan kadınların %53.6 (n=682) son iki yıl içinde mamografi çektiği saptanmıştır. (Tablo 6.7.1)

Araştırmaya katılan kadınlardan, “Okuryazar olmayanların” %53.6’sı (n=15), “Okuryazar/ İlkokul bitirmiş” kadınların %45.2’si (n=122), “Ortaokulu bitirmiş” kadınların %45.5’i (n=50), “Lise/ yüksek okul bitirmiş kadınların %56.4’ü (n=287), “Lisans/ yüksek lisans ve üzeri”ni bitirmiş kadınların %58.9’u (n=208) son iki yıl içinde mamografi çekmiştir. Araştırmaya katılan kadınlarda eğitim düzeyleri yükseldikçe son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı artmaktadır ($\chi^2(4) = 16.231$, $p=0.003$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, 12 yaşına kadar Moda’da yaşayan kadınların %51.3’ü (n=100), Moda hariç, il merkezinde yaşayan kadınların %55.7’si (n=357), ilçe merkezinde yaşayan kadınların %53.5’i (n=145), bucak/ köy’de yaşayan kadınların %51.1’i (n=69), yurt dışında yaşayan kadınların %37.9’u (n=11) son iki yıl içinde mamografi çekmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan 12 yaşına kadar yaşadığı yerin son iki yıl içinde mamografi çekirme ile istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2(4) = 4.751$, $p=0.314$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, Moda’da yaşadığı süre 10 yılın altında olan kadınların %51.6’sı (n=142), Moda’da yaşadığı süre 10 yıl ve üzeri olan kadınların %54.2’si (n=540) son iki yıl içinde mamografi çekmiştir. Araştırmaya katılan kadınların Moda’da yaşadığı süre arttıkça son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı artmaktadır, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0.577$, $p=0.447$) (Tablo 6.16.1). Moda’da yaşanan süre ile mamografi çekirme arasında ilişki yoktur ($z=-0.018$, $p=0.985$).

Araştırmaya katılan kadınlardan, bekar/dul/boşanmış olan kadınların %50.7’si (n=245), halen evli olan kadınların %55.5’i (n=437) son iki yıl içinde mamografi çekmiştir. Medeni durum ile mamografi çekirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2(1)=2.697$, $p=0.101$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, hane halkı sayısı 3'ün altında olan kadınların %56.8'i (n=312), hane halkı sayısı 3 ve üzeri olan kadınların %51.2'si (n=370) son iki yıl içinde mamografi yaptırmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=3.911$, $p=0.048$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan, aylık ortalama geliri 2000 TL ve altı olan kadınların %49.9'u (n=338), aylık ortalama geliri 2001–5000 TL olan kadınların %56.0'sı (n=239), aylık ortalama geliri 5001 TL ve üzeri olan kadınların %67.9'u (n=53) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Araştırmaya katılan kadınların, aylık ortalama geliri arttıkça son iki yıl içinde mamografi yaptırmaya artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(2)=11.184$, $p=0.004$). Aylık ortalama gelir mamografi yaptırmayı etkilemektedir ($z=-3.252$, $p=0.001$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, algıladıkları sosyal sınıfı “üst” olarak belirten kadınların %69.4'ü (n=25), “orta” olarak belirten kadınların %54.4'ü (n=509), “düşük” olarak belirten kadınların %49.3'ü (n=148) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(2)=6.093$, $p=0.048$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, “sosyal güvencesi olmayan veya yeşil kart olan” kadınların % 40.0'ı (n=20), sosyal güvencesi “SSK ve BAĞ-KUR”lu kadınların %51.4'ü (n=451), sosyal güvencesi “ES” olan kadınların %60.5'i (n=184), sosyal güvencesi özel sağlık sigortası olan kadınların %71.4'ü (n=20) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(3)=14.920$, $p=0.002$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, “hiç gazete okumayan” kadınların %44.6'sı (n=50), “arada bir gazete okuyan” kadınların %41.5'i (n=68), “haftada en az bir gün gazete okuyan” kadınların %50.0'si (n=36), “her gün gazete okuyan” kadınların %57.2'si (n=528) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Araştırmaya katılan kadınların gazete okuma sıklığı arttıkça son iki yıl içinde mamografi yaptırmaya oranı artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(3)=18.525$, $p=0.0001$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, meme yakınması olan kadınların %69.9'ui (n=200), meme yakınması olmayan kadınların %48.9'u (n=482) son iki yıl içinde mamografi

çektirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=39.294$, $p=0.0001$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, birinci derecede akrabasında meme kanseri olan kadınların %62.5'i ($n=55$), birinci derecede akrabasında meme kanseri olmayan kadınların %53.0'ü ($n=627$) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=2.972$, $p=0.085$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, KKMM yapan kadınların %54.5'i ($n=540$), KKMM yapmayan kadınların %50.7'si ($n=142$) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=1.252$, $p=0.263$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, son iki yıl içinde meme ultrasonografisi yaptırmış olan kadınların %96.65'i ($n=472$), son iki yıl içinde meme ultrasonografisi yaptırmamış olan kadınların %26.9'u ($n=210$) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=587.279$, $p=0.0001$) (Tablo 6.16.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, göğüs kafesine radyoterapi öyküsü olan kadınların %45.5'i ($n=5$), göğüs kafesine radyoterapi öyküsü olmayan kadınların %53.7'si ($n=677$) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0.300$, $p=0.584$) (Tablo 6.16.1).

Tablo 6.16.1. Mamografi çekirtmeyi etkileyen faktörlere göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Mamografi				Toplam		p
	Çektirdi		Çektirmedi				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu							
OYD	15	53.6	13	46.4	28	100.0	0.003
OY/İlk okl	122	45.2	148	54.8	270	100.0	
Orta okl.	50	45.5	60	54.5	110	100.0	
Lise/YO	287	56.4	222	43.6	509	100.0	
Lisans/Y.lisans+	208	58.9	145	41.1	353	100.0	
12 yaşına kadar yaşadığı yer							
Moda	100	51.3	95	48.7	195	100.0	0.314
İl merkezi	357	55.7	284	44.3	641	100.0	
İlçe merkezi	145	53.5	126	46.5	271	100.0	
Bucak/ köy	69	51.1	66	48.9	135	100.0	
Yurt dışı	11	37.9	18	62.1	29	100.0	
Moda'da yaşadığı süre (yıl)							
<10	142	51.6	133	48.4	275	100.0	0.447
≥10	540	54.2	456	45.8	996	100.0	
Medeni durumu							
Bekar/dul/boşanmış	245	50.7	238	49.3	483	100.0	0.101
Halen evli	437	55.5	351	44.5	788	100.0	
Hane halkı sayısı							
<3	312	56.8	237	43.2	549	100.0	0.048
≥3	370	51.2	352	48.8	722	100.0	
Aylık ortalama geliri (TL)							
≤2000	338	49.9	340	50.1	678	100.0	0.004
2001–5000	239	56.0	188	44.0	427	100.0	
≥5001	53	67.9	25	32.1	78	100.0	
Sosyal sınıf							
Üst grup	25	69.4	11	30.6	36	100.0	0.048
Orta grup	509	54.4	426	45.6	935	100.0	
Düşük grup	148	49.3	152	50.7	300	100.0	
Sosyal güvence							
Yok+yeşil kart	20	40.0	30	60.0	50	100.0	0.002
SSK+BAĞ-KUR	451	51.4	427	48.6	878	100.0	
ES	184	60.5	120	39.5	304	100.0	
Özel	20	71.4	8	28.6	28	100.0	
Gazete okuma							
Hiç	50	44.6	62	55.4	112	100.0	0.0001
Arada bir	68	41.5	96	58.5	164	100.0	
Haftada en az bir gün	36	50.0	36	50.0	72	100.0	
Her gün	528	57.2	395	42.8	923	100.0	
Toplam	682	53.7	589	46.3	1271	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır							

Tablo 6.16.1. (devam) Mamografi ektirmeyi etkileyen faktörlere göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Mamografi				Toplam		p
	çektirdi		çektirdi		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
Meme yakınması							
Var	200	69.9	86	30.1	286	100.0	0.0001
Yok	482	48.9	503	51.1	985	100.0	
Birinci derece akrabada meme kanseri							
Var	55	62.5	33	37.5	88	100.0	0.085
Yok	627	53.0	556	47.0	1183	100.0	
KKMM							
Yapıyor	540	54.5	451	45.5	991	100.0	0.263
Yapmıyor	142	50.7	138	49.3	280	100.0	
Meme ultrasonografi							
Yaptırdı	472	96.5	17	3.5	489	100.0	0.0001
Yaptırmadı	210	26.9	572	73.1	782	100.0	
Radyoterapi öyküsü							
Var	5	45.5	6	54.5	11	100.0	0.584
Yok	677	53.7	583	46.3	1260	100.0	
Toplam	682	53.7	589	46.3	1271	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır							

6.17. Meme Kanseri Tanısı Almamış Kadınlarda, Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörler

Araştırmaya katılan kadınlardan %2.8'i (n=35) bir hekim tarafından meme kanseri tanısı aldığını, %97.2'si (n=1236) meme kanseri tanısı almadığını beyan etmiştir. (Tablo 6.12.1).

Henüz bir hekim tarafından meme kanseri tanısı almamış olan (sağlıklı) kadınların mamografi çektirmelerini etkileyebileceği düşünülen bazı sosyo-demografik ve öz/soy geçmiş özellikleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, "Okuryazar olmayanların" %55.6'sı (n=15), "Okuryazar/ İlkokul bitirmiş" kadınların %44.9'u (n=119), "Ortaokulu bitirmiş" kadınların %45.0'i (n=49), "Lise/ yüksek okul bitirmiş kadınların %55.6'sı (n=275), "Lisans/ yüksek lisans ve üzeri"ni bitirmiş kadınların %58.4'ü (n=198) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlarda eğitim düzeyleri yükseldikçe son iki yıl içinde mamografi çektirme oranı artmaktadır ($\chi^2(1)_{\text{linear}}=11.485$, $p=0.001$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, 12 yaşına kadar Moda'da yaşayan kadınların %50.8'i (n=97), Moda hariç, il merkezinde yaşayan kadınların %55.3'ü (n=344), ilçe merkezinde yaşayan kadınların %53.7'si (n=138), bucak/ köy'de yaşayan kadınların %50.7'si (n=68), yurt dışında yaşayan kadınların %33.3'ü (n=9) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan 12 yaşına kadar yaşadığı yerin son iki yıl içinde mamografi çektirme ile istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2(4)=6.178$, $p=0.186$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, Moda'da yaşadığı süre 10 yılın altında olan kadınların %51.3'ü (n=137), Moda'da yaşadığı süre 10 yıl ve üzeri olan kadınların %53.6'sı (n=519) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Araştırmaya katılan ve sağlıklı kadınların Moda'da yaşadığı süre arttıkça son iki yıl içinde mamografi çektirme oranı artmaktadır fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0.425$, $p=0.514$). Moda'da yaşanan süre ile mamografi çektirme arasında ilişki yoktur ($z=-0.018$, $p=985$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, bekar/dul/boşanmış olan kadınların %50.1'i (n=234), halen evli olan kadınların %54.9'u (n=422) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Medeni durum ile mamografi yaptırmama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2(1)=2.634$, $p=0.103$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri olmayan kadınlardan, hane halkı sayısı 3'ün altında olan kadınların %56.4'ü (n=297), hane halkı sayısı 3 ve üzeri olan kadınların %50.6'sı (n=359) son iki yıl içinde mamografi yaptırmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=3.974$, $p=0.046$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan ve sağlıklı kadınlardan, aylık ortalama geliri 2000 TL ve altı olan kadınların %49.4'ü (n=326), aylık ortalama geliri 2001-5000 TL olan kadınların %55.4'ü (n=230), aylık ortalama geliri 5001 TL ve üzeri olan kadınların %66.2'si (n=49) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Araştırmaya katılan sağlıklı kadınların, aylık ortalama geliri arttıkça son iki yıl içinde mamografi yaptırmama artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(2)=9.549$, $p=0.008$). Aylık ortalama gelir mamografi yaptırmayı etkilemektedir ($z=-3.252$, $p=0.001$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, algıladıkları sosyal sınıfı “üst” olarak belirten kadınların %68.6'sı (n=24), “orta” olarak belirten kadınların %53.5'i (n=485), “düşük” olarak belirten kadınların %49.8'i (n=147) son iki yıl içinde mamografi yaptırmamıştır. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(2)=4.698$, $p=0.095$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, “sosyal güvencesi olmayan veya yeşil kart olan” kadınların % 40.0'ı (n=20), sosyal güvencesi “SSK ve BAĞ-KUR”lu kadınların %51.0'i (n=437), sosyal güvencesi “ES” olan kadınların %59.6'sı (n=174), sosyal güvencesi özel sağlık sigortası olan kadınların %69.2'si (n=18) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(3)=12.618$ $p=0.006$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, “hiç gazete okumayan” kadınların %44.5'i (n=49), “arada bir gazete okuyan” kadınların %41.4'ü (n=67), “haftada en az bir gün gazete okuyan” kadınların %51.4'ü (n=36), “her gün gazete okuyan” kadınların %56.4'ü (n=504) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Araştırmaya katılan

sağlıklı kadınların gazete okuma sıklığı arttıkça son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(3)=16.131$, $p=0.001$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, meme yakınması olan kadınların %70.1'i ($n=195$), meme yakınması olmayan kadınların %48.1'i ($n=462$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=41.961$, $p=0.0001$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, birinci derecede akrabasında meme kanseri olan kadınların %63.5'i ($n=54$), birinci derecede akrabasında meme kanseri olmayan kadınların %53.1'i ($n=602$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Araştırmaya katılan sağlıklı kadınların birinci derecede akrabasında meme kanseri olması son iki yıl içinde mamografi çekirme oranını artırmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=4.006$, $p=0.045$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, KKMM yapan kadınların %54.2'si ($n=525$), KKMM yapmayan kadınların %49.1'i ($n=131$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=2.200$, $p=0.138$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, son iki yıl içinde meme ultrasonografisi yaptırmış olan kadınların %96.6'sı ($n=449$), son iki yıl içinde meme ultrasonografisi yaptırmamış olan kadınların %26.8'i ($n=207$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=565.972$, $p=0.0001$) (Tablo 6.17.1).

Araştırmaya katılan sağlıklı kadınlardan, göğüs kafesine radyoterapi öyküsü olan kadınların %14.3'ü ($n=1$), göğüs kafesine radyoterapi öyküsü olmayan kadınların %53.1'i ($n=655$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p^{\text{fisher}}=0.044$) (Tablo 6.17.1).

Tablo 6.17.1. Meme Kanseri Tanısı Almamış Kadınlarda, Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörlere göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Mamografi				Toplam		p
	Çektirdi		Çektirmedi				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu							
OYD	15	55.6	12	44.4	27	100.0	0.001 LINEAR
OY/İlk okl	119	44.9	146	55.1	265	100.0	
Orta okl.	49	45.0	60	55.0	109	100.0	
Lise/YO	275	55.6	220	44.4	495	100.0	
Lisans/Y.lisans+	198	58.4	141	41.6	339	100.0	
12 yaşına kadar yaşadığı yer							
Moda	97	50.8	94	49.2	191	100.0	0.186
İl merkezi	344	55.3	278	44.7	622	100.0	
İlçe merkezi	138	52.7	124	47.3	262	100.0	
Bucak/ köy	68	50.7	66	49.3	134	100.0	
Yurt dışı	9	33.3	18	66.7	27	100.0	
Moda'da yaşadığı süre (yıl)							
<10	137	51.3	130	48.7	267	100.0	0.514
≥10	519	53.6	450	46.4	969	100.0	
Medeni durumu							
Bekar/dul/boşanmış	234	50.1	233	49.9	467	100.0	0.103
Halen evli	422	54.9	347	45.1	769	100.0	
Hane halkı sayısı							
<3	297	56.4	230	43.6	527	100.0	0.046
≥3	359	50.6	350	49.4	709	100.0	
Aylık ortalama geliri (TL)							
≤2000	326	49.4	334	50.6	660	100.0	0.008
2001-5000	230	55.4	185	44.6	415	100.0	
≥5001	49	66.2	25	33.8	74	100.0	
Sosyal sınıf							
Üst grup	24	68.6	11	31.4	35	100.0	0.095
Orta grup	485	53.5	421	46.5	906	100.0	
Düşük grup	147	49.8	148	50.2	295	100.0	
Sosyal güvence							
Yok+yeşil kart	20	40.0	30	60.0	50	100.0	0.006
SSK+BAĞ-KUR	437	51.0	420	49.0	857	100.0	
ES	174	59.6	118	40.4	292	100.0	
Özel	18	69.2	8	30.8	26	100.0	
Gazete okuma							
Hiç	49	44.5	61	55.5	110	100.0	0.000
Arada bir	67	41.4	95	58.6	162	100.0	
Haftada en az bir gün	36	51.4	34	48.6	70	100.0	
Her gün	504	56.4	390	43.6	894	100.0	
Toplam	656	53.1	580	46.9	1236	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır							

Tablo 6.17.1. (devam) Meme Kanseri Tanısı Almamış Kadınlarda, Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörlere göre dağılım, 40-69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Mamografi				Toplam		p
	Çektirdi		Çektirdi		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
Meme yakınması							
Var	195	70.1	83	29.9	278	100.0	0.0001
Yok	461	48.1	497	51.9	958	100.0	
Birinci derece akrabada meme kanseri							
Var	54	63.5	31	36.5	85	100.0	0.045
Yok	602	53.1	549	47.7	1151	100.0	
KKMM							
Yapıyor	525	54.2	444	45.8	969	100.0	0.138
Yapmıyor	131	49.1	136	50.9	267	100.0	
Meme ultrasonografi							
Yaptırdı	449	96.6	16	3.4	465	100.0	0.0001
Yaptırmadı	207	26.8	564	73.2	771	100.0	
Radyoterapi öyküsü							
Var	1	14.3	6	85.7	7	100.0	0.044
Yok	655	53.3	574	46.7	1229	100.0	
Toplam	656	53.1	580	46.9	1236	100.0	FISHER
Ki-kare testi yapılmıştır							

6.18. 50 Yaş Altındaki Kadınların, Son İki Yıl İçinde Mamografi Çektirmelerini Etkileyen Faktörler

Sağlık Bakanlığı meme kanseri tarama programı (2004) kadınların 50 yaşından itibaren iki yılda bir mamografi çektirmesini önermektedir. Araştırma grubundaki kadınların 50 yaşın altında mamografi çektirme oranı %51 (n=220)'dir (Tablo 6.14.1.b). 50 yaş altındaki kadınların mamografi çektirmelerini etkileyebileceği düşünülen bazı sosyo-demografik özellikleri ve öz/soy geçmiş özellikleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, “okuryazar olmayan” kadınların %55.0’si (n=3), “Okuryazar/ İlkokul bitirmiş” kadınların %39.4’ü (n=39), “Ortaokulu bitirmiş” kadınların %33.3’ü (n=5), “Lise/ yüksek okul bitirmiş” kadınların %53.7’si (n=80) ve “Lisans/ yüksek lisans ve üzerini bitirmiş” kadınların %57.4’ü (n=93) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altında olan kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe son iki yıl içinde mamografi çektirme artmaktadır ($\chi^2(4) = 10.305$, $p = 0.036$) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, 12 yaşına kadar en uzun süre Moda’da yaşayan kadınların %45.6’sı (n=36), Moda hariç, il merkezinde yaşayan kadınların %55.2’si (n=111), ilçe merkezinde yaşayan kadınların %54.3’ü (n=44), bucak/ köy’de yaşayan kadınların %41.1’i (n=23) ve yurt dışında yaşayan kadınların %42.9’u (n=6) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(4) = 5.305$, $p = 0.257$) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, Moda’da 10 yılın altında yaşamış olan kadınların %49.1’i (n=53), Moda’da 10 yıl ve üzeri süre yaşamış olan kadınların %51.7’si (n=167) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altında olan kadınlarda Moda’da yaşanan süre arttıkça son iki yıl içinde mamografi çektirme oranı artmaktadır, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1) = 0.224$, $p = 0.636$) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, “bekar/dul/boşanmış” olan kadınların %55.3’ü (n=73), araştırma sırasında “halen evli” olan kadınların %49.2’si

(n=147) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=1.381$ p=0.240) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, hane halkı sayısı 3'ün altında olan kadınların %54.4'ü (n=56), hane halkı sayısı 3 ve üzeri olan kadınların %50.0'si (n=164) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0.599$, p=0.439) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, aylık ortalama geliri 2000 TL ve altı olan kadınların %47.3'ü (n=95), aylık ortalama geliri 2001–5000 TL olan kadınların %52.6'sı (n=90), aylık ortalama geliri 5001 TL ve üzeri olan kadınların %63.2'si (n=24) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altında olan kadınların aylık ortalama gelirleri arttıkça mamografi yaptırmaktadır ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(2)=3.553$, p=0.169) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, algıladıkları sosyal sınıfı “üst” olarak belirten kadınların %77.8'i (n=7), “orta” olarak belirten kadınların %51.2'si (n=171), “düşük” grup olarak belirten kadınların %47.7'si (n=42) son iki yıl içinde mamografi yaptırmamıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(2)=2.965$, p=0.227) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, “sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart olan” kadınların % 40.9'u (n=9), sosyal güvencesi “SSK ve BAĞ-KUR”lu kadınların %50.2'si (n=158), sosyal güvencesi “ES” olan kadınların %55.6'sı (n=45), sosyal güvencesi “özel sağlık sigortası” olan kadınların %72.7'si (n=8) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(3)=3.724$, p=0.293) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, “hiç gazete okumayan” kadınların %33.3'ü (n=14), “arada bir gazete okuyan” kadınların %44.9'u (n=31), “haftada en az bir gün gazete okuyan” kadınların %44.8'i (n=13), “her gün gazete okuyan” kadınların %55.7'si (n=162) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altında olan kadınların gazete okuma sıklığı arttıkça

son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. ($\chi^2(3)=9.246$, $p=0.026$) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, herhangi bir meme yakınması olan kadınların %70.2'si ($n=73$), meme yakınması olmayan kadınların %45.0'i ($n=147$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=20.113$, $p=0.0001$) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınlardan, birinci derece akrabasında meme kanseri olan kadınların %65.2'si ($n=15$), birinci derece akrabasında meme kanseri olmayan kadınların %50.2'si ($n=205$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Araştırmaya katılan ve 50 yaşın altındaki kadınların birinci derece akrabası meme kanseri olması, son iki yıl içinde mamografi çekirmelerini etkilememiştir ($\chi^2(1)=1.953$, $p=0.162$) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan 50 yaşın altındaki kadınlardan, KKMM yapan kadınların %52.3'ü ($n=169$), KKMM yapmayan kadınların %47.8'i ($n=51$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Araştırmaya katılan 50 yaşın altındaki kadınların KKMM yapmaları, son iki yıl içinde mamografi çekirmelerini etkilememiştir ($\chi^2(1)=0.842$, $p=0.359$) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan 50 yaşın altındaki kadınlardan, son iki yıl içinde meme ultrasonografisi yaptırmış kadınların %95.2'si ($n=159$), son iki yıl içinde meme ultrasonografisi yaptırmamış kadınların %23.2'si ($n=61$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Araştırmaya katılan 50 yaşın altındaki kadınların son iki yıl içinde meme ultrasonografisi çektiren kadınlar son iki yıl içinde mamografi de çekirmektedirler ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=212.817$, $p=0.0001$) (Tablo 6.18.1).

Araştırmaya katılan 50 yaşın altındaki kadınlardan, göğüs kafesine radyoterapi öyküsü olan kadınların %50.0'si ($n=1$) göğüs kafesine radyoterapi öyküsü olmayan kadınların %51.0'i ($n=219$) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p^{\text{fisher}}=0.740$) (Tablo 6.18.1).

Tablo 6.18.1. 50 yaş altındaki kadınların; son iki yıl içinde mamografi çektirmelerini etkileyen faktörlerine göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Mamografi				Toplam		p
	Çektirdi		Çektirmedi				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu							
OYD	3	50.0	3	50.0	6	100.0	0.036
OY/İlk okl	39	39.4	60	60.6	99	100.0	
Orta okl.	5	33.3	10	66.7	15	100.0	
Lise/YO	80	53.7	69	46.3	149	100.0	
Lisans/Y.lisans+	93	57.4	69	42.6	162	100.0	
12 yaşına kadar yaşadığı yer							
Moda	36	45.6	43	54.4	79	100.0	0.257
İl merkezi	111	55.2	90	44.8	201	100.0	
İlçe merkezi	44	54.3	37	45.7	81	100.0	
Bucak/ köy	23	41.1	33	58.9	56	100.0	
Yurt dışı	6	42.9	8	57.1	14	100.0	
Moda’da yaşadığı süre							
<10	53	49.1	55	50.9	108	100.0	0.636
≥10	167	51.7	156	48.3	323	100.0	
Medeni durumu							
Bekar/dul/boşanmış	73	55.3	59	44.7	132	100.0	0.240
Halen evli	147	49.2	152	50.8	299	100.0	
Hane halkı sayısı							
<3	56	54.4	47	45.6	103	100.0	0.439
≥3	164	50.0	164	50.0	328	100.0	
Aylık ortalama geliri (TL)							
≤2000	95	47.3	106	52.7	201	100.0	0.169
2001–5000	90	52.6	81	47.4	171	100.0	
≥5001	24	63.2	14	36.8	38	100.0	
Sosyal sınıf							
Üst grup	7	77.8	2	22.2	9	100.0	0.227
Orta grup	171	51.2	163	48.8	334	100.0	
Düşük grup	42	47.7	46	52.3	88	100.0	
Sosyal güvence							
Yok+yeşil kart	9	40.9	13	59.1	22	100.0	0.293
SSK+BAĞ-KUR	158	50.2	157	49.8	315	100.0	
ES	45	55.6	36	44.4	81	100.0	
Özel	8	72.7	3	27.3	11	100.0	
Gazete okuma							
Hiç	14	33.3	28	66.7	42	100.0	0.026
Arada bir	31	44.9	388	55.1	69	100.0	
Haftada en bir gün	13	44.8	16	55.2	29	100.0	
Her gün	162	55.7	129	44.3	291	100.0	
Toplam	220	51.0	211	49.0	431	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır							

Tablo 6.18.1. (devam) 50 yaş altındaki kadınların; son iki yıl içinde mamografi yaptırmelerini etkileyen faktörlerine göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

	Mamografi				Toplam		p
	Çektirdi	Çektirmedi			Sayı	%	
	Sayı	Sayı	Sayı	%			
Meme yakınması							
Var	73	70.2	31	29.8	104	100.0	0.0001
Yok	147	45.0	180	55.0	327	100.0	
Birinci derece akrabada meme kanseri							
Var	15	65.2	8	34.8	23	100.0	0.162
Yok	205	50.2	203	49.8	408	100.0	
KKMM							
Yapıyor	169	52.3	154	47.7	323	100.0	0.359
Yapmıyor	51	47.2	57	52.8	108	100.0	
Meme ultrasonografi							
Yaptırdı	159	95.2	8	4.8	167	100.0	0.0001
Yaptırmadı	61	23.2	203	76.9	264	100.0	
Radyoterapi öyküsü							
Var	1	50.0	1	50.0	2	100.0	0.740 FİŞHER
Yok	219	51.0	210	49.0	429	100.0	
Toplam	220	51.0	211	49.0	431	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır							

6.19. Kadınların Meme Yakınmaları/Meme Kanseri ile Mamografi Çektirme ve KKMM yapma Durumlarının Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların %22.5'i (n=286) memeleri ile ilgili hangi bir yakınmaları olduğunu beyan etmişler idi (Tablo 6.12.1). Meme yakınması olan kadınların mamografi çektirme ve KKMM yapma davranışlarını değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde ağrı olduğunu beyan eden kadınların %49.0'u (n=25), memesinde ağrı olmadığını beyan eden kadınların %53.9'u (n=657) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0.460$ p=0.498) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde ağrı olduğunu beyan eden kadınların %86.3'ü (n=44), memesinde ağrı olmadığını beyan eden kadınların %77.6'sı (n=947) KKMM yapmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=2.133$, p=0.144) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde kitle olduğunu beyan eden kadınların %63.9'u (n=62) memesinde kitle olmadığını beyan eden kadınların %52.8'i (n=620) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=4.445$ p=0.035) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde kitle olduğunu beyan eden kadınların %81.4'ü (n=79), memesinde kitle olmadığını beyan eden kadınların %77.7'si (n=912) KKMM yapmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0.738$, p=0.390) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde şişlik olduğunu beyan eden kadınların %80.0'i (n=4), Memesinde şişlik olmadığını beyan eden kadınların %53.6'sı (n=678) son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.236$) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde şişlik olduğunu beyan eden kadınların hepsi KKMM yapmıştır. Memesinde şişlik olmayan kadınların %77.9'u (n=989) KKMM yapmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.288$) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, meme başında akıntı yakınması olan kadınların %100.0'ü (n=2), Meme başında akıntı yakınması olmayan kadınların %53.6'sı (n=680) son iki yıl içinde mamografi çektiirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.288$) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, meme başında akıntı yakınması olan kadınların %100.0'ü (n=2), meme başında akıntı yakınması olmayan kadınların %77.9'u (n=991) KKMM yapmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.608$) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde yara/ülser olduğunu beyan eden kadınların hiçbirisi son iki yıl içinde mamografi çektiirmemiştir. Memesinde yara/ülser olmadığını beyan eden kadınların %53.7'si (n=682) son iki yıl içinde mamografi çektiirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.463$) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde yara/ülser olduğunu beyan eden kadınların hiçbirisi KKMM yapmamıştır. Memesinde yara/ülser olmayan kadınların %78.0'i (n=991) KKMM yapmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.220$) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde kızarıklık olduğunu beyan eden kadınların hiçbirisi son iki yıl içinde mamografi çektiirmemiştir. Memesinde kızarıklık olmayan kadınların %53.7'si (n=682) son iki yıl içinde mamografi çektiirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.215$) (Tablo 6.19.1).

Araştırmaya katılan kadınlardan, memesinde kızarıklık olduğunu beyan eden kadınların %50.0'si (n=1), memesinde kızarıklık olmayan kadınların %78.0'i (n=990) KKMM yapmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.392$) (Tablo 6.19.1).

Tablo 6.19.1. Mamografi çekirme ve KKMM yapma durumlarına dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Meme yakınmaları	Mamografi çekti* Sayı %		Mamografi çekmedi* Sayı %		Toplam Sayı %		p	KKMM yapma Sayı %		KKMM yapmama Sayı %		Toplam Sayı %		p
Ağrı														
Var	25	49.0	26	51.0	51	100.0	0.498	44	86.3	7	13.7	51	100.0	0.144
Yok	657	53.9	563	46.1	1120	100.0		947	77.6	273	22.4	1120	100.0	
Kitle														
Var	62	63.9	35	36.1	97	100.0	0.035	79	81.4	18	18.6	97	100.0	0.235
Yok	620	52.8	554	47.2	1174	100.0		912	77.7	262	22.3	1174	100.0	
Şişlik														
Var	4	80.0	1	20.0	5	100.0	0.236	5	100.0	0	0.0	5	100.0	0.288
Yok	678	53.6	588	46.4	1266	100.0		986	77.9	280	22.1	1266	100.0	
Meme başında akıntı														
Var	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0.288	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0.608
Yok	680	53.6	589	46.4	1269	100.0		989	77.9	280	22.1	1269	100.0	
Yara/ülser														
Var	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0.463	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0.220
Yok	682	53.7	588	46.3	1270	100.0		991	78.0	279	22.0	1270	100.0	
Kızarıklık														
Var	0	0.0	2	100.0	2	100.0	0.215	1	50.0	1	50.0	2	100.0	0.392
Yok	682	53.7	587	46.3	1269	100.0		990	78.0	279	22.0	1269	100.0	
Toplam	682	53.7	589	46.3	1271	100.0		991	78.0	280	22.0	1271	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır														

*Araştırmadan önceki son 2 yıl içindeki mamografi çekirme sorgulanmış ve değerlendirilmiştir.

6.20. Kadınlardan Meme Kanseri Tanısı Almamış Kadınların Meme Yakınmaları ile Mamografi Çekirme ve KKMM Yapma Durumlarının Özellikleri

Araştırmaya katılan ve meme kanseri tanısı almamış olan kadınların %22.5'i (n=278) memeleri ile ilgili hangi bir yakınmaları olduğunu beyan etmişler idi. Meme yakınması olan kadınların mamografi çekirme ve KKMM yapma davranışlarını değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde ağrı olduğunu beyan eden kadınların %49.0'u (n=25), memesinde ağrı olmadığını beyan eden kadınların %53.2'si (n=631) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Araştırma grubundaki meme kanseri tanısı almamış kadınlardan memesinde ağrı olan kadınların memesinde ağrı olmayan kadınlara göre daha az mamografi çekirmektedir, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0.351$, $p=0.553$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde ağrı olduğunu beyan eden kadınların %86.3'ü (n=44), memesinde ağrı olmadığını beyan eden kadınların %78.1'i (n=925) KKMM yapmıştır. Araştırma grubundaki meme kanseri tanısı almamış kadınlardan memesinde ağrı olan kadınların memesinde ağrı olmayan kadınlara göre daha fazla KKMM yapmaktadır, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=1.949$, $p=0.163$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde kitle olduğunu beyan eden kadınların %63.4'ü (n=59), memesinde kitle olmadığını beyan eden kadınların %52.2'si (n=597) son iki yıl içinde mamografi çekirmiştir. Araştırma grubundaki meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde kitle olan kadınların memesinde kitle olmayan kadınlara göre daha fazla mamografi çekirmektedir ($\chi^2(1)=4.339$, $p=0.037$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde kitle olduğunu beyan eden kadınların %81.7'si (n=76), memesinde kitle olmadığını beyan eden kadınların %78.1'i (n=893) KKMM yapmıştır. Araştırma grubundaki meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde kitle olan kadınların memesinde kitle

olmayan kadınlara göre daha fazla KKMM yapmaktadırlar, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0.655$ $p=0.418$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde şişlik olduğunu beyan eden kadınların %80.0'i (n=4), memesinde şişlik olmadığını beyan eden kadınların %53.0'ü (n=652) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Araştırma grubundaki sağlıklı meme kanseri tanısı almamış kadınlardan memesinde şişlik olan kadınların memesinde şişlik olmayan kadınlara göre daha fazla mamografi yaptırmaktadır, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.228$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde şişlik olduğunu beyan eden kadınların hepsi KKMM yapmıştır. Memesinde şişlik olmadığını beyan eden kadınların %78.3'ü (n=964) KKMM yapmıştır. Araştırma grubundaki meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde şişlik olan kadınların memesinde şişlik olmayan kadınlara göre daha fazla KKMM yapmaktadır, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.295$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, meme başında akıntı olduğunu beyan eden kadınların hepsi son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Meme başında akıntı olmadığını beyan eden kadınların %53.0'ü (n=654) son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır. Araştırma grubundaki meme kanseri tanısı almamış kadınlardan meme başında akıntı olan kadınların meme başında akıntı olmayan kadınlara göre daha fazla mamografi yaptırmaktadır, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.281$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, meme başında akıntı olduğunu beyan eden kadınların hiçbirisi KKMM yapmamıştır. Meme başında akıntı olmayan kadınların %78.5'i (n=969) KKMM yapmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.216$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde yara/ülser olduğunu beyan eden kadınların hiçbirisi son iki yıl içinde mamografi yaptırmamıştır. Memesinde yara/ülser olmadığını beyan eden kadınların %53.2'si

(n=656) son iki yıl içinde mamografi ektirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.469$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde yara/ülser olduğunu beyan eden kadınların hiçbirisi KKMM yapmamıştır. Memesinde yara/ülser olmadığını beyan eden kadınların %78.5'i (n=969) KKMM yapmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.216$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde kızarıklık olduğunu beyan eden kadınların hiçbirisi son iki yıl içinde mamografi ektirmemiştir. Memesinde kızarıklık olmadığını beyan eden kadınların %53.2'si (n=656) son iki yıl içinde mamografi ektirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.220$) (Tablo 6.20.1).

Araştırmaya katılan meme kanseri tanısı almamış kadınlardan, memesinde kızarıklık olduğunu beyan eden kadınların %50.0'si (n=1), memesinde kızarıklık olmadığını beyan eden kadınların %78.4' (n=968) KKMM yapmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p^{\text{fisher}}=0.386$) (Tablo 6.20.1).

Tablo 6.20.1. Meme kanseri tanısı almadığını beyan edenlerin mamografi çekirme ve KKMM yapma durumlarına göre dağılım, 40–69 yaş kadın, İstanbul/Moda

Meme yakınmaları	Mamografi çekti* Sayı %		Mamografi çekmedi* Sayı %		Toplam Sayı %		p	KKMM yapma Sayı %		KKMM yapmama Sayı %		Toplam Sayı %		p
Ağrı														
Var	25	49.0	26	51.0	51	100.0	0.553	44	86.3	7	13.7	51	100.0	0.163
Yok	631	53.2	554	46.8	1185	100.0		925	78.1	260	21.9	1185	100.0	
Kitle														
Var	59	63.4	34	36.6	93	100.0	0.037	76	81.7	17	18.3	93	100.0	0.418
Yok	597	52.2	546	47.8	1143	100.0		893	78.1	250	21.9	1143	100.0	
Şişlik														
Var	4	80.0	1	20.0	5	100.0	0.228 FİŞHER	5	100.0	0	0.0	5	100.0	0.295 FİŞHER
Yok	652	53.0	579	47.0	1231	100.0		964	78.3	267	21.7	1231	100.0	
Meme başında akıntı														
Var	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0.281 FİŞHER	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0.216 FİŞHER
Yok	654	53.0	580	47.0	1234	100.0		969	78.5	266	21.5	1235	100.0	
Yara/ülser														
Var	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0.469 FİŞHER	0	100.0	1	0.0	1	100.0	0.216 FİŞHER
Yok	656	53.1	579	46.9	1235	100.0		969	78.5	266	21.5	1235	100.0	
Kızarıklık														
Var	0	0.0	2	100.0	2	100.0	0.220 FİŞHER	1	50.0	1	50.0	2	100.0	0.386 FİŞHER
Yok	656	53.2	578	46.8	1234	100.0		968	78.4	266	21.6	1234	100.0	
Toplam	656	53.1	580	46.9	1236	100.0		969	78.4	267	21.6	1236	100.0	
Ki-kare testi yapılmıştır														

*Araştırmadan önceki son 2 yıl içindeki mamografi çekirme sorgulanmış ve değerlendirilmiştir.

7. TARTIŞMA

Meme kanseri risk grubu olan, 40–69 yaş arası kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamalarını öğrenmek amacıyla yapılan bu araştırmanın güçlü yanlarından birisi İstanbul Anadolu yakası Moda/Caferağa Mahallesi'nde kesitsel olarak gerçekleştirilmiş olmasıdır. Buna ilave olarak, örnekleme random örneklem yöntemiyle seçilmiş ve örneklemdaki kadınların araştırmaya katılma oranları çok yüksek, araştırmaya katılmayı ret oranları ise çok düşüktür. Araştırma, örneklemdaki kadınların evlerine tek tek gidilerek yüz yüze anket yöntemi ile yapılmıştır.

Araştırmada, kadınların çoğu lise ve üzeri eğitimi tamamlamışlardır. Çok az kadın okuma yazma bilmez iken, yüksek lisans ve doktora mezunu olan kadın sayısı azımsanmayacak kadar çoktur. Araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyi, TNSA–2008 sonuçlarına göre Türkiye'deki kadınların eğitim düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada 40–49 yaş grubu kadınların çoğu lise/yüksek okul mezunu iken Türkiye'deki 40–49 yaş grubu kadınların çoğu ilkokul mezunudur. Türkiye'deki kadınların hane halkı refahı eğitim düzeyi attıkça yükselmekte iken araştırmada kadınların hane halkı refahının eğitim düzeyinden bağımsız olarak iyi olduğu bulunmuştur.

Araştırmada, kadınların yaş ortalaması 54 ± 8.2 yıldır. Özaydın ve ark. (2009), Bahçeşehir'de 40–69 yaş grubundaki kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeylerini, bilgi kaynaklarını ve meme sağlığı uygulamaları ile ilgili yaptıkları araştırmada yaş ortalaması 49.8 ± 7.4 yıldır, Dişçigil ve ark. (2007), Ege bölgesinde 18–78 yaş arası kadınların meme sağlığı ile ilgili bilgi, davranış ve uygulamaları ile ilgili yaptıkları araştırmada yaş ortalaması ise 43.18 ± 10.85 yıldır, Seçginli ve Nahçıvan'ın (2002), 20–70 yaş arası kadınların meme kanseri tarama davranışları ile ilgili faktörlere ilişkin yaptıkları araştırmada yaş ortalaması 36 ± 11.4 yıldır, Ulusu ve ark. nın (2007), Sivas ilinde yaşayan 50–69 yaş arası kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi durumları, bilgi kaynakları ve tarama programlarına katılımları ile ilgili yaptıkları çalışmada kadınların yaş ortalaması 57.11 ± 5.51 yıldır. Araştırmada kadınların yaş ortalaması, meme kanseri ile ilgili yapılan diğer araştırmalara göre daha yüksektir. Bunun nedeni örneklemdaki 50 yaş ve üzerinde ki kadınların daha

çok araştırmaya katılmış ve en çok 40–44 yaş grubundaki kadınlardan araştırmaya katılımlarının daha az olmasına, Moda’da görüşülen kadınların yaş ortalamasının daha büyük olmasına bağlı olabilir.

Araştırmada, kadınların yaş grupları ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.115$). Gülten’in (2008) İzmir Balçova’da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri risk faktörleri, bilgi ve uygulamaları ile ilgili yaptığı tanımlayıcı araştırmada kadınların farklı yaş grupları ile mamografi çekirmelerini farklı bulmuş, 50 yaş altı kadınların %27.2’si, 50 yaş üstü kadınların %57.6’sının mamografi çekirmiş olduğunu bulmuştur. Sönmez’in (2011) Üsküdar Kadın ve Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı ve tedavi yöntemleri kullanımı hakkında bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı tanımlayıcı araştırmada, kadınların yaş grupları ile mamografi çekirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, 50 yaş altı kadınların %38.4’ü, 50 yaş üstü kadınların %85.7’sinin mamografi çektiğini bulmuştur. Karakuş’un (2008) Malatya’da ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yaptığı kesitsel araştırmada yaş grupları ile mamografi çekirme arasında anlamlı fark bulunmuş, 20–29 yaş arası kadınların %2.6’sı, 30–39 yaş arası kadınların %17.3’ü, 40 yaş ve üzeri olan kadınların ise %64.4’ünün mamografi çektiğini bulmuştur. Araştırma sonucu diğer araştırmaların sonuçları ile farklılık göstermektedir. Gülten’in (2008) yaptığı araştırmada, yaş grupları 50 yaş ve altı ve 50 yaş üzeri olarak, Karakuş’un (2008) yaptığı araştırmada, yaş grupları 20–29 yaş, 30–39 yaş ve 40 yaş ve üzeri şeklinde gruplandırılmış. Araştırmada, kadınlar üç yaş grubuna ayrılmış olup, 50 yaş ve üzeri yaş kadınları 50–59 yaş ve 60–69 yaş şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Elde edilen sonuçların diğer araştırma sonuçlarından farklılık göstermesinin nedeni olarak yaş gruplarının farklı gruplandırılmış olmasının sonuçları etkilediğini düşündürmektedir.

Araştırmada, kadınların yaş grupları ile meme ultrasonografisi çekirme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.272$). Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde araştırmacı tarafından meme ultrasonografisi çekirme ve yaş arasındaki ilişkiye

bakılan, yapılmış herhangi bir araştırmaya ulaşamamıştır. Bu bulgu, kadınların meme ultrasonografisini yaştan bağımsız olarak çektiğini göstermiştir.

Araştırmada, kadınların yaş grupları ile KKMM yapma arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.160$). Gülten'in (2008) ve Sönmez (2011) yaptığı araştırmada kadınların yaş grupları ile KKKM yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlar, Gülten (2008), Sönmez (2011) ve Karakuş'un (2008) sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Özaydın ve ark (2009) çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermesinin nedeni olarak araştırma grubundaki kadınların daha düşük KKMM yapma oranının olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmada, kadınların yaş grupları ile meme biyopsisi yaptırma arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.816$). Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde araştırmacı tarafından meme biyopsisi yaptırma ve yaş arasındaki ilişkiye bakılan, yapılmış herhangi bir araştırmaya ulaşamamıştır.

Araştırmada, kadınların yaş grupları ile KMM yapma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.030$). Araştırmada elde edilen sonuçlar, Gülten (2008) ve Karakuş (2008), sonuçlarıyla farklılık göstermekte, Kabataş ve ark (2010) ilköğretim ve lise de görevli kadın öğretmenlerle yaptıkları tanımlayıcı araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu farklılık 50–59 yaş grubundaki kadınlardan kaynaklanmakta, bu yaş grubu kadınların mamografi yaptırmak için gittiklerinde KMM yaptırdıkları düşünülmektedir. Bu bulgu kadınların tek başına KMM yaptırmak için sağlık kurumlarına başvurmadıklarını göstermektedir.

Tartışma iki ana başlık üzerinden gidecektir.

1. Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Bilgi Kaynakları

Kadınların meme kanseri ile ilgili farkındalıkları tarama programlarına katılım açısından önemli olduğu için araştırmaya katılan kadınlara meme kanseri ile ilgili bilgileri sorulmuştur. İlk bilgi sorusu olan “Türkiye’de kadınlar arasında en çok görülen kanser” yanıtına her dört kadından üçü meme kanseri yanıtını vermişlerdir. Bu bulgu Özaydın ve ark. (2009) araştırmasının sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, kadınların hemen hemen hepsi meme kanseri hakkında bilgi duyduğunu-okuduğunu belirtmiştir. Dündar ve ark. nın (2005) 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. (2010) 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 (2010) 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. Araştırma sonucu meme kanseri hakkında bilgi duyma-okuma oranının diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmanın yapıldığı bölgenin sosyo-demografik düzeyinin yüksek olmasının bu sonuçta etkili olabileceği ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde görsel medyada sağlık programlarının (örn. Kanal D, Doktorum programı, hafta içi her gün) bu konuya geniş yer vermesi ve kadınların bilgi kaynakları olarak en yüksek oranda televizyonu göstermesinin bu sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmada, kadınların %98.0'i meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Özaydın ve ark. nın (2008) yaptığı araştırmada da kadınların %97.9'u meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Benzerlik gösteren bu her iki araştırma sonucunun, araştırma grubundaki kadınların meme kanseri ile ilgili bilgiyi duyma ve okuma oranının yüksekliği ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Araştırmada, kadınların %99.4'ü meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmişlerdir. Özaydın ve ark. nın (2008) yaptığı araştırmaya göre kadınların %98.4'ü meme kanserine erken tanı konulmasının mümkün olduğunu belirttiklerini bulmuşlardır. Sönmez'in (2011) yaptığı araştırmada kadınların %87.2'si erken tanını önemli olduğunu söylediğini saptamıştır. Elde edilen sonuçlar, literatürdeki çalışmalara göre araştırma grubundaki kadınlar, en yüksek oranda meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmiştir. Bu sonuç kadınların meme kanseri bilgi duyma-okuma oranlarının yüksek olması ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada, 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. Özaydın ve ark. nın (2008) 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. (2007) Ankara'nın kırsal bölgesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları kesitsel araştırmada erken tanı yöntemleri ile ilgili kadınların %45.5'i KKMM, %63.2'si KMM ve %9.5'i mamografi yanıtını verdiğini saptamışlardır. Araştırma sonucu Budakoğlu ve ark (2007) ve Özmen ve ark. (2008) farklı olarak en yüksek erken tanı yöntemi mamografi olarak bulunmuştur.

Araştırmada, kadınların hemen hemen hepsi meme kanserinin genetik geçişli (ailede meme kanseri, yumurtalık kanseri, kalın barsak kanseri olan kadınlar) 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. Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri risk faktörlerine ilişkin bilgileri diğer çalışmalara göre yüksek bulunmuştur; Özaydın ve ark. nın (2008) yaptığı araştırmada meme kanseri risk faktörlerine ilişkin kadınların %96.3'ü ailede meme kanseri öyküsü yanıtını vermiş, %31.7'si erken menarş yanıtını vermiş olduklarını bulmuşlardır. Çetin ve ark. nın (2007) 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. Araştırma sonucu, Özaydın ve ark. (2008) araştırması ve Çetin ve ark. (2007) araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, kadınların eğitim düzeyinin yüksek olması ve bunun sonucu olarak meme kanseri bilgi duyma-okuma oranlarının yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada, kadınların meme kanseri ile ilgili bilgiyi %62.7'si televizyon, %37.5 gazete, %34.0 arkadaş/akraba, en az %0.8'i radyo, sadece %21.2'si doktor, %0.8'inin hemşirelerden aldıklarını belirtmişlerdir. Dündar ve ark. nın (2006) meme kanseri risk düzeyini ölçmek için yaptıkları araştırmada kadınların bilgi kaynağı en çok %39.3'ü televizyon ve radyo, %23.9'u sağlık profesyonellerinden duyduğu saptamışlardır. Aslan ve ark. nın (2007) yaptıkları çalışmada, bilgi kaynakları içinde %40.1 ile televizyon-gazete ile ilk sırada yer almakta olduğu ve bunu takiben %23.4 ile tıp kitapları ve internetin izlediği saptanmıştır. Seçginli ve Nahçıvanın (2006) araştırmasında, kadınların bilgi kaynaklarının %30'u televizyon ve radyo programları, %29'u doktor, %18 'i yazılı materyaller ve %9'u hemşireler olduğu bulmuşlardır. Çadır ve ark. nın (2004), 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 %9'la arkadaş- komşu olduğunu bulmuşlardır. Aynı araştırmada, kadınların Meme kanseri ile ilgili bilgi kaynağı olarak yalnızca %11.4'ünün sağlık personeli olduğu saptanmıştır. Dişçigil ve ark. (2007) yaptıkları araştırmada, kadınların 64.7'sinin televizyon, %28.7'sinin doktordan, %22.9'unun yazılı medyadan meme kanseri ile ilgili bilgi aldıklarını saptamışlardır. Sadler ve ark (2007) 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. Page ve ark (2005) araştırmalarında radyo ve gazetelerde tarama programlarının kampanya sonrası kadınların radyo ve gazetelerdeki mesajların anlamlı olarak meme kanseri taramalarının arttırmadığını bulmuşlardır.

Araştırmada, kadınların hemen tamamı mamografi'yi duyduklarını belirtmiş ve bu bilgiyi en çok %52.0'si televizyon, %32.5'i gazete, en az %0.4'ü radyodan duyduklarını belirtmişlerdir. Sadece %34.6'sı doktordan mamografiyi duymuş iken, %3.4'ü hemşire/ebe'den mamografiyi duyduklarını belirtmişlerdir. Dündar ve ark. nın (2007) yaptığı araştırmaya göre kadınların %27.9'u mamografiyi duymadıklarını bulmuşlardır. Seçginli ve ark. nın (2006) yaptığı araştırmaya göre kadınların %56.0'sinin mamografiyi duymadıklarını saptamışlardır. Maral ve ark. (2009) Ankara'nın kırsal kesiminde yaşayan 40 yaş üzeri kadınlarla yaptıkları kesitsel

araştırmada, kadınların %42.5'i hiç mamografiyi duymadığını bulmuşlardır. Elde edilen sonuçlar kadınların diğer çalışmalardan daha çok mamografiyi duyduğu saptanmıştır.

Araştırmada, kadınların en çok bilgi kaynakları arasında televizyon ve gazete yer almakla beraber kadınların mamografi çektirmesinde gazete ile anlamlı bir fark bulunmuştur. Gazete okuma sıklığı arttıkça mamografi çekirme oranı artmaktadır. Televizyon izleme ile mamografi çekirme arasında bir ilişki ise bulunmamıştır. Bu durum televizyon programlarının bu konuda eksik veya bu konuda uzman kişilerin bilgi vermemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Araştırmada, kadınların %99.5'i meme kanserinin erken tanı ile tedavi edilebileceğini belirtmiş ve bu bilgiyi en çok %66.9'u televizyondan, en az % 0.4'ü radyodan duyduklarını belirtmişlerdir. Sadece %27.2'si doktordan meme kanserinin erken tanı ile tedavi edileceğini duymuş iken, %3'ü hemşire/ebe'den meme kanseri ile tedavi edilebileceğini duyduklarını belirtmişlerdir. Özaydın ve ark. nın (2008) yaptığı araştırmada kadınların en çok %46.6'sı televizyondan, en az %0.9 hemşireden duyduklarını, %43.4'ü doktordan duyduklarını saptamışlardır.

Araştırmada, kadınların %97.2'si KKMM'ni duyduklarını belirtmiş ve bu bilginin kaynağının en çok %32.2'si televizyon, en az %0.2'si radyo olduğunu belirtmişlerdir. Sadece %40.2'si KKMM'ni doktordan duyduğunu belirtmiş iken, %7.5'i hemşire/ebe'den KKMM'ni duyduklarını belirtmişlerdir. Dündar ve ark.nın (2006) yaptığı araştırmaya göre kadınların %72.1'i KKMM yapmayı duymuş olduklarını bulmuşlardır. Kabataş ve ark.nın (2010) kadın öğretmenlerin %62.5'i KKMM hakkında bilgi sahibi olduğunu tespit etmişlerdir. Seçginli ve ark.nın (2006) yaptığı araştırmada kadınların %37.5'inin KKMM'ni duymuş olduklarını saptamışlardır. Demirkıran ve ark.nın (2007) 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. (2009) çalışmasında kadınların %45.0'i KKMM'yi hiç duymadığını saptamışlardır. Sönmez'in (2011) çalışmasında kadınlar KKMM'ni %14.6'sı televizyon-radyodan duyduğunu beyan etmiş, %77.2'si sağlık personelinin KKMM'ni duyduğunu beyan ettiklerini saptamıştır. KKMM'nin genel olarak en çok bilgi kaynağı televizyon iken

Sönmez'in çalışmasında diğer çalışmalardan farklı olarak bilgi kaynağı en çok sağlık personeli çıkmıştır. Bunun sebebinin Sönmez'in yaptığı çalışmanın Kadın Sağlığı Merkezinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada, kadınların meme kanseri bilgi kaynakları, mamografi bilgi kaynakları, meme kanserinin erken tanı ve tedavi bilgi kaynakları, KKMM bilgi kaynaklarına bakılmış ve kadınların en yüksek oranda televizyonu, en düşük oranda sağlık çalışanlarını bilgi kaynağı olarak göstermiş olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç sağlık çalışanlarının meme kanseri ile ilgili daha fazla eğitim ve bilgilendirme yapmaları gerektiğini düşündürmektedir.

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. Mamografi çekirme yaşını kadınların çoğu bilmekte iken, mamografi çekirme sıklığı konusunda bilgisi beklenilenden az bulunmuştur. Özaydın ve ark.nın (2008) yaptıkları araştırmaya göre mamografi çekirme sıklığına kadınların %11.5'i iki yılda bir çektirilmeli demiş, %83.8'i yılda bir çektirilmeli demiş olduklarını bulmuşlardır. Kadınların mamografi çekirme yaşını büyük oranda doğru bildikleri ancak mamografi çekirme sıklığını yanlış bildikleri görülmüştür. Özaydın ve ark.nın (2008) çalışması ile paralellik göstermektedir. Bu sonuç mamografi çekirme yaşı ile birlikte sıklığının vurgulanması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma bulguları, kadınların KKMM yapmakla birlikte bu muayenenin düzenli olarak yapılmadığını göstermektedir. Kadınların %78.0'i KKMM yaptıklarını belirtmesine rağmen sadece %15.2'si KKMM'ni ayda bir düzenli olarak yaptıklarını belirtmişlerdir. Özaydın ve ark.nın (2008) yaptığı araştırmaya göre kadınların %84.0'ü KKMM yaptığını ancak yalnızca %15.6'sının ayda bir düzenli yaptıklarını bulmuşlardır. Dünder ve ark. (2006) yaptığı araştırmaya göre kadınların %40.9'u KKMM yaptığını bunların ise sadece %10.2'sinin düzenli KKMM yaptığını bulmuşlardır. Dişçigil ve ark.nın (2007) yaptığı araştırmaya göre kadınların 61.7'sinin KKMM yaptığı bulunmuş olup düzenli yapanların oranı ise %17.9 olarak belirlenmiştir. Çadır ve ark.nın (2004) yaptığı araştırmaya göre kadınların %45.1'inin KKMM yaptığını ve bunların %37.4'ünün ayda bir düzenli olarak

KKMM yapmakta olduğunu tespit edilmiştir. Kabataş ve ark.nın (2010) yaptığı araştırmada kadın öğretmenlerin %44.3'ünün KKMM yaptığı ve bunların %24.3'ü ayda bir düzenli yaptığı saptamışlardır. Seçginli ve ark.nın (2006) yaptığı araştırmaya göre kadınların %39.5'i KKMM yapmış ve bunların yalnızca %17'si ayda bir düzenli KKMM yapmakta olduğunu saptamışlardır. Çetin ve ark.nın (2007) araştırmalarında 35–49 yaş arası kadınların %82.0'i ayda en az bir kez KKMM yapmakta, 50–70 yaş arası kadınların %69'unun ayda en az bir kez KKMM yapmakta olduğunu saptamışlardır. Sönmez (2011) çalışmasında kadınların %56.5'inin KKMM yapmakta olduğunu ve bunların %67.7'si ayda bir düzenli KKMM yapmakta olduğunu saptamıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlar, diğer araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, kadınların %53.6'sı son iki yıl içinde mamografi çektirdiklerini beyan etmişlerdir. DüNDAR ve ark.nın (2006) 20–64 yaş arası kadınlarla yaptığı kesitsel araştırmaya göre kadınların %5.1'i son iki yıl içinde mamografi çektirdiklerini saptamışlardır. Dişçigil ve ark.nın (2007) 18–78 yaş arası kadınlarla yaptığı kesitsel araştırmaya göre kadınların %40.6'sının hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiğini saptamışlardır. Çadır ve ark.nın (2004) 20 yaş ve üzeri kadınlarla yaptığı tanımlayıcı araştırmaya göre kadınların %10.5'inin hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiğini saptanmıştır. Seçginli ve ark.nın (2006) 20–70 yaş arası kadınlarla yaptığı kesitsel araştırmaya göre kadınların %25'inin hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiklerini saptamışlardır. Dinçel ve ark.nın (2007) yaptığı tanımlayıcı araştırmada kadınların %32.3'ünün düzenli aralıklarla mamografi çektirdiğini saptanmıştır. Sönmez'in (2011) çalışmasında da kadınların %52.5'i hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiğini saptanmıştır. Tu ve Yasuhi'nin (2003) Çin kökenli Amerikalı kadınlarla yaptığı çalışmada mamografi çekirme oranı %74 olarak belirlenmiştir. Tanjasiri ve Santos' un (2001) yaptığı çalışmada %77 kadının mamografi çekirmiş olduğu saptanmıştır.

Araştırmada Türkiye'de daha önce yapılan araştırmalarda bulunanlardan daha yüksek mamografi çekirme oranı bulunmuştur. Kadınların erken tanı için mamografi çekirmeyi daha çok tercih ettiklerini düşündürmektedir.

Çetin ve ark.nın (2007) yaptığı çalışmada, 35–49 yaş arası kadınların %56'sının mamografi yaptırdıkları, 50–70 yaş arası kadınların %69'unun mamografi yaptırdıkları saptanmıştır. Araştırmada 50 yaş altı kadınların %32.3'ünün, 50 yaş ve üzeri kadınların %67.7'sinin son iki yıl içinde mamografi yaptırmış olduğu bulunmuştur. Elli yaş ve üzeri kadınlardaki mamografi yaptırtma oranı benzer iken, 50 yaş altı kadınların farklı bulunmuştur. Araştırma sonucu Çetin ve ark.nın çalışması ile farklılık göstermektedir.

Araştırmada, okuryazar olmayan grubunda olan kadınların %55.6'sının son iki yıl içinde mamografi yaptırdığı saptanmıştır. Okuryazar olmayan gruptaki kadınların hane halkı sayısına bakıldığında en yüksek 3–4 kişi olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunda, araştırmacının gözlemleri okuryazar olmayan kadınların genellikle torunlarına bakmak için çocuklarının yanında kalan büyük anneler olduğunu ve çocuklarının sağlık kontrollerine götürmesi ve çevresinde mamografi yaptırtan kadınlardan etkilenmesi sonucu mamografi yaptırtma oranının yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların mamografi yaptırtmeme nedenleri arasında en çok %43.6'sı “mamografi yaptırtmanın gerekli olduğunu bilmediklerini” belirttikleri saptanmış, ardından “3 yıl ve daha fazla süre önce yaptırtma (%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. Çetin ve ark.nın (2007) yaptığı çalışmada, 35–49 yaş arası kadınların %25.0'i mamografiyi zararlı %38.0'i sorun olmadıkça mamografi yaptırtmanın 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 yaptırtmanın gereksiz olduğunu, %41.0'i bir şey çıkar diye korktuklarını belirttiklerini saptanmıştır. Rimer ve ark.nın (1989) yaptığı araştırmaya göre kadınlar en çok mamografi yaptırtmayı gerek duymadığını belirtmişler ardından korktuklarını, mamografinin pahalı olduğunu ve radyasyondan korktuklarını beyan ettiklerini saptanmıştır. Araştırmada kadınlar mamografi bilgi

kaynağı olarak en çok televizyonu belirtmiş ama erken tanı için halen en geçerli ve güvenilir yöntem olan mamografinin gerekli olduğunu bilmediklerini beyan etmişlerdir. Televizyondan bilgi alındığı beyan edilmesine karşın erken tanı için tarama davranışı ile ilgili önemli bir bilginin iletilememiş olduğu düşünülmektedir.

Mamografi çekirtmeme nedenleri arasında olan; korku, parasal sorun, dini inanç, canın yanması, radyasyondan korkma gibi nedenlerde beyan edilmiş fakat oranları çok azdır. Bu duruma yönelik müdahale çok daha zor ve bu kadınları mamografiye yönlendirme daha fazla emek gerektirebilir, ancak gerekli olduğunu bilmediklerini belirtmesi, etkili bir danışmanlık/bilgilendirme ile daha kolay aşılabilecek bir neden gibi gözükmemektedir.

Araştırmaya katılan kadınlar KKMM yaparken en çok %47.0'si kendini kontrol edebildiği için mutlu olduğunu belirtmiş iken, en az %1.3'ü kendine dokunmaktan hoşlanmadığını belirtmişlerdir. Kendine dokunmaktan hoşlanmayan kadınların hiç birinde meme kanseri tanısı alan yok fakat son iki yıl içinde mamografi çekirtme durumlarına bakıldığında %47.1'i mamografi çekirtmiş ve mamografi çekirtmeyen diğer yarısı hakkında bulgu saptanamamış olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların %38.5'i son iki içinde meme ultrasonografisi çekirtmişlerdir. Özaydın ve ark.nın (2008) yaptıkları araştırmada son iki yıl içinde sağlık kontrolüne giden kadınlardan %44.8'i meme ultrasonografisi yaptırdıkları bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %37.8'i KMM yaptırmışlardır. Dünder ve ark.nın (2006) yaptığı araştırmaya göre kadınların %25.0'i KMM yaptırdıkları saptamışlardır. Dişçigil ve ark.nın (2007) yaptığı araştırmaya göre kadınların %42.7'si KMM yaptırmış olduklarını saptamışlardır. Çadır ve ark.nın (2004) yaptığı araştırmaya göre kadınların %19.4'ü KMM yaptırdığı tespit etmişlerdir. Aslan ve ark.nın (2007) yaptığı araştırmaya göre hemşirelik öğrencilerinin %5'inin KMM yaptırmış olduğunu tespit etmişlerdir. Çetin ve ark.nın (2007) yaptıkları çalışmada, 35–49 yaş arası kadınların %13.0'ü KMM yaptırmakta, 50–70 yaş arası kadınların %3'ü KMM yaptırmakta olduğunu saptamışlardır. Araştırma sonucuna göre KMM yaptırmama oranı diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ulusal tarama

programında kadınların 20 yaşından sonra her yıl KMM yaptırması önerilmektedir (14). Araştırmada, kadınlardan son iki yıl içinde herhangi bir sağlık kontrolüne gidenler arasında KMM yaptırma oranının %45.5 olması kadınların sağlık kurumuna gittiklerinde hekim, ebe ve hemşireler tarafından KMM yaptırmadığını ve/veya hekim, ebe ve hemşirelerin her bir başvuruyu fırsat olarak algılayarak, başvuranlara KMM yapmadıklarını düşündürmektedir.

2. Kadınların Mamografi Çektirmesini Etkileyen Faktörler

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. ($\chi^2(1)=16.231$, $p=0.003$) (Tablo 6.16.1). Yapılmış olan araştırmalar mamografi çekirme ile eğitim düzeyi arasında farklı sonuçlar bulmuşlardır. Özaydın ve ark.nın (2008) yaptığı araştırma da benzer sonuçlar bulunmuş olup eğitim düzeyi artan kadınların daha fazla mamografi çektiği saptanmıştır. Sönmez'in (2011) çalışmasında eğitim durumu ile meme kanseri arasında anlamlı bir fark saptanmış, ortaokul mezunu kadınların daha çok mamografi çektiğini bulmuştur. Maral ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada eğitimi olmayan kadınların 1.9 daha fazla mamografi çekirmeme riski olduğunu bulmuşlardır. Dişçigil ve ark.nın (2007) yaptığı araştırmaya göre kadınların eğitim düzeyleri ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Gülten'in (2008) yaptığı araştırmada eğitim durumu ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Seçginli ve Nahçıvan'ın (2004) araştırmasında kadınların eğitim durumu ile mamografi çekirme arasında bir fark bulamamışlardır. Tu ve Yasuhi'nin (2003) Çin kökenli Amerikalı kadınlarla yaptıkları çalışmada eğitim düzeyiyle mamografi çekirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir.

Araştırma sonucunun anlamlı çıkması eğitim düzeyi artmasının mamografiye ulaşma imkanını arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınlardan 12 yaşına kadar en uzun il merkezinde yaşayan kadınların mamografi çekirme oranı en yüksektir. Fakat kadınların 12 yaşına kadar yaşadığı yerin son iki yıl içinde mamografi çekirme arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmamıştır ($\chi^2(4)=4.751$, $p=0.314$) (Tablo 6.16.1). Özmen ve ark (2011) çalışmalarında kadınların 12 yaşına kadar en uzun yaşadığı yer ile mamografi çekirme arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamışlardır. Araştırma sonucu kadınların il merkezinde çocukluğunu geçirmesi, mamografi farkındalığının erken gelişmesine neden olabildiğini ve tarama davranışı yarattığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların Moda’da yaşadığı süre (10 yıl ve üzeri) arttıkça son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı artmakta olduğu bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamli değildir ($\chi^2(1)=0.577$, $p=0.447$). Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde araştırmacı tarafından mamografi çekirme ile kadınların yaşadığı yerdeki yaşama süresi arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir araştırmaya ulaşılammıştır.

Araştırmada kadınlardan, bekar/dul/boşanmış kadınlar ile halen evli kadınların son iki yıl içinde mamografi çekirme arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamıştır ($\chi^2(1)=2.697$, $p=0.101$). Seçginli ve Nahçıvan’ın (2006) da yaptıkları araştırmada medeni durum ile mamografi çekirme arasında anlamli bir ilişki bulunmamışlardır. Gülten’in (2008) yaptığı araştırmada da medeni durum ile mamografi çekirme arasında anlamli bir ilişki bulunmuştur. Sönmez (2011) çalışmasında evli olan kadınların bekar kadınlara göre daha çok mamografi çektiğini saptamıştır. Tu ve Yasuhi’nin (2003) Çin kökenli Amerikalı kadınlarla yaptıkları çalışmada medeni durum mamografi çekirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark olmadığını belirtmiştir.

Yapılan araştırmalarda medeni durumun bölgelere göre farklılıklarının olması sonuçların değişmesine neden olmuş olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada, kadınların hane halkı sayısı 3’ün altında olan kadınların daha çok mamografi çektiğini saptanmış, hane halkı sayısı azaldıkça son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı atmakta olduğu bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlidir ($\chi^2(1)=3.911$, $p=0.048$) (Tablo 6.16.1). Özmen ve ark. (2011) benzer sonuçlar bulmuşlardır. Bu sonuç; hane halkı sayısı arttıkça sağlığa ayrılan bütçenin artması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada kadınların aylık ortalama gelir mamografi çekirmeyi etkilemektedir ($z=-3.252$, $p=0.001$). Aylık geliri 5001 TL ve üzerinde olan kadınların daha çok

mamografi çektirmiř iken aylık geliri dūřtūķe mamografi ektirme oranının dūřtūķu tespit edilmiřtir (Tablo 6.16.1). Gūlten (2008) alıřmasında, aylık gelir durumunun mamografi çektirmeyi etkilediķini saptamıřtır. Ŗzmen ve ark (2011) alıřmalarında aylık geliri yūķsek olan kadınların mamografi ektirme oranlarının daha yūķsek olduķunu saptamıřlardır. Arařtırma sonucu, Gūlten'in (2008) ve Ŗzmen'in ve ark. (2011) alıřma sonuçları ile benzerlik gōstermektedir. Aylık gelir arttıkça, mamografi ektirme oranının artması, aylık geliri yūķsek olan kadınların mamografi hizmetlerine daha rahat ulařtıklarını dūřündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların algıladıkları sosyal sınıf ile son iki yıl içinde mamografi ektirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2(2)=6.093$, $p=0.048$). Araştırmadaki kadınların ūst grup orta gruptan daha fazla mamografi ektirme oranına sahipken orta grupta alt gruptan daha fazla mamografi ektirme oranına sahip olduķu tespit edilmiştir (Tablo 6.16.1). Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) da yaptıkları araştırmada algıladıkları sosyal sınıf ile mamografi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışlardır. Ŗzaydın ve ark. (2008) yaptıķı araştırmada saēlıklı kadınların algıladıkları sosyal sınıfı ūst grup olarak ifade edenlerin alt gruba gōre 2 kat daha fazla mamografi çektirdiklerini bulmuşlardır. Araştırma sonucu Ŗzaydın ve ark. (2008) alışması ile benzerlik gōstermektedir.

Araştırmada kadınların sosyal gūvencesi ile son iki yıl içinde mamografi ektirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2(3)=14.920$ $p=0.002$). Gūlten (2008) alışmasında sosyal gūvencesi olmanın mamografi ektirme üzerine etkisi olmadıķını bulmuştur. Sōnmez'in (2011) alışmasında kadınlardan saēlık gūvencesi olanların olmayanlara gōre daha çok mamografi çektirdiklerini saptamıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Maral ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada sosyal gūvencesi olmayan kadınların 2.1 daha fazla mamografi ektirmeme riski olduķunu bulmuşlardır. Ŗzmen ve ark. (2011) alışmalarında sosyal gūvencesi emekli sandıēı olan kadınların, sosyal gūvencesi olmayan kadınlara gōre 2 kat fazla mamografi çektirdiklerini ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduķunu bulmuşlardır. Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) araştırmalarında sosyal gūvence ile mamografi ektirme arasında bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma sonuçları farklılık gōstermektedir. Bu Araştırmada kadınlardan en çok özel saēlık

güvencesi olanların son iki yıl içinde mamografi çektiği saptanmış ve bu durum kadınların mamografi hizmetlerine ulaşımında daha kolaylık yaşamsından dolayı mamografi çekirme oranının arttırdığını düşündürmektedir. Araştırma sonuçları farklılık göstermektedir.

Araştırmada, kadınların gazete hiç okumayan kadınlar haftada en az bir gün veya her gün okuyan kadınlara göre mamografi çekirme oranı daha az iken her gün gazete okuyan kadınlar en çok mamografi çekirme oranına sahiptir. Gazete okuma sıklığı arttıkça son iki yıl içinde mamografi çekirme oranının artmakta olduğu bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(3)=18.525$, $p=0.0001$). Özyaydın ve ark. (2008) ile benzer sonuçlar bulmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların meme yakınması olması son iki yıl içinde mamografi çekirmeyi artırma etkisi olduğu bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=39.294$, $p=0.0001$). Özmen ve ark.nın (2011) çalışmalarının sonuçları araştırmamız ile benzerdir. Bu sonuç memede oluşan farklılıkların kadınlar tarafından fark edilmesinin önemini göstermektedir.

Araştırmada, kadınların birinci derecede akrabasında meme kanseri olması son iki yıl içinde mamografi çekirme oranını artırmaktadır ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=2.972$, $p=0.085$). Özyaydın ve ark.nın (2008) yaptığı araştırmaya göre birinci ve ikinci derece akrabasında meme kanseri olan kadınların olmayanlardan biraz daha fazla mamografi çektiğdiklerini bulmuşlar fakat istatistiksel olarak anlamlı bulmamışlardır. Seçginli ve ark.nın (2006) yaptığı araştırmaya göre ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların mamografi çekirmeye etkisini bulmamışlardır. Araştırma sonucu diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Birinci derece akrabasında meme kanseri öyküsü olan kadınların daha yüksek oranda mamografi çekirmesinin nedeni; birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olması kadınların taramaya katılımda daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir.

Araştırmada, kadınların KKMM yapma ile son iki yıl içinde mamografi çekirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2(1)=1.252$, $p=0.263$). Özyaydın ve ark.nın (2008) yaptığı araştırmaya göre KKMM yapanlar ile

yapmayanlar kadınların mamografi çekirme arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır. Bu sonuç araştırma ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada, kadınların son iki yıl içinde meme ultrasonografisi çektiren kadınlar son iki yıl içinde mamografi çekirmektedirler ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=587.279$, $p=0.0001$). Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde araştırmacı tarafından mamografi çekirme ile meme ultrasonografi çekirme arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir araştırmaya ulaşamamıştır.

Araştırmada, kadınlardan göğüs duvarına radyoterapi alan kadınların ve son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(1)=0.300$, $p=0.584$). Özmen ve ark. (2011) araştırmalarında göğüs duvarına radyoterapi alan kadınlar ile almayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Araştırma sonucu Özmen ve ark'nın (2011) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada toplanan bilgilerin tamamının katılımcıların beyanlarına dayanması (boy, ağırlık, ilk adet yaşı, son adet yaşı, HRT kullanımları ve süreleri, hormonal kontraseptif kullanımları ve süreleri, mamografi tarihleri, sigara ve alkol kullanmaya başlama yaşları v.b.) hatırlamaya bağlı olarak ve 40-44 yaş arası örneklemdaki kadınların araştırmaya katılımlarının az olması (%14.9) araştırmaya kısmen zayıflık getirmiş olabilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların %99.8'i meme kanseri hakkında bilgi duyduğunu-okuduğunu belirtmiştir.

Kadınların %98.0'i meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu ve %99.4'ü meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmektedir.

Kadınların meme kanseri, mamografi, erken tanı ve tedavi ve KKMM ile ilgili bilgi kaynaklarına bakılmış ve kadınların en yüksek oranda televizyon, en düşük oranda sağlık çalışanlarından bilgi edindikleri saptanmıştır.

Kadınların %53.6'sı son iki yıl içinde mamografi yaptırmışlardır ve bu sonuç Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara göre en yüksek mamografi yaptırmama oranıdır.

Kadınlardan KKMM yapanların, yapmayanlara göre 2.14 kat daha fazla meme kanseri tanısı alma olasılığı olduğu bulunmuştur.

Kadınların mamografi yaptırmelerini etkileyen faktörlerden, eğitim düzeyi, hane halkı sayısı, aylık gelir durumu, algılanan sosyal sınıf, sosyal güvence durumu, gazete okuma sıklığı, meme yakınlığı ve gibi faktörler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.005$). KKMM yapma, birinci derecede akrabasında meme kanseri olması, medeni durum, Moda'da yaşadığı süre ve 12 yaşına kadar yaşadığı yer, göğüs duvarına radyoterapi alma ile mamografi yaptırmama arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($p > 0.005$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

Kadınların meme kanseri hakkında genel bilgilerinin olduğu, fakat bu bilginin tarama davranışı konusunda yeterli olmadığı görülmektedir. Bunun için;

- 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 mamografi ektirmesinde bariyerlerin aşılanması için toplumsal çalışmalar yapılması ve toplum içinden liderler seçilerek bariyerlerin ortadan kalkmasını sağlamak önerilir,

Kadınların bilgi kaynakları olarak en az sağlık personeline belirttikleri saptanmıştır. Kadınların meme kanseri hakkında doğru bilgileri alabilmesi ve olumlu tarama davranışı geliştirebilmeleri için,

- Ulusal tarama programının, standart mesaj iletilebilmesi amacıyla, kadınlara hizmet sunan ilgili tüm sağlık personeline duyurulması, benimsetilmesi, herhangi bir nedenle hizmet sundukları, herhangi kadına bu bilgileri aktarmalarının sağlanması önerilir,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturan Aile Hekimliği sisteminde halen yer almayan meme kanseri taramasının (KMM) entegre edilmesi önerilir,
- 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 yönlendirilebilmesi sağlanmalısı önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Tuncer M, Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 2007, Ankara, ISBN 978-975-590-220-3.
2. Boyle P, Bernard L, The World Cancer Report, IARC, 2008, ISBN-13 9789283204237.
3. Krause W. (2004). Male Breast Cancer--An Andrological Disease: Risk Factors and Diagnosis. *Andrologia*, Dec; 36(6):346-54.
4. Singletary SE. (2003). Rating the risk factors for breast cancer. *Ann Surg*, 237: 474-82.
5. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ Göker E, Güllüoğlu BM, Işıkdoğan A, Topal U, Ühri M, Utkan Z, Zengin N, Tuncer M. (2009). Türkiyede Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması “Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu”, *Journal Breast Health*, vol:5 ,no:3.
6. Özaydın NA, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. (2009). Bahçeşehirde Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları, *Meme Sağlığı Dergisi*, Vol:5, No:4.
7. Tuncer M, Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015, Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. (2009). ISBN 978-975-590-285-2.
8. AbouZahr C, Zoysa I, Moreno CG, Boerma T, Cassels A, Holck S, Mathers C, Prentice T. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (2009). ISBN 978 92 4 156385 7.
9. Yazıhan N, Yılmaz HH. 2007, (Ed. Tuncer, MA), Türkiye’de Kanser Kontrolü: Türkiye’de Meme Kanseri: Ekonomik Etkinlik ve Maliyet Etkinlik. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 363-380 s.
10. Somunoğlu S. (2007). Meme Kanserinde Risk faktörleri, Fırat Üniversitesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* , Cilt:2, Sayı:5.
11. Aslan FE, Gürkan A. (2007). Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi, *Meme Sağlığı Dergisi*, Cilt:3, Sayı:2

12. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A, Yalçın B. (2011). Meme Kanseri Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi Ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7 (2); 47-67.
13. Tatar M, Şahin İ. 2007, (Ed. Tuncer, MA), Türkiye’de Kanseri Kontrolü: Türkiye’de Kanseri Harcamaları, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 131-154 s.
14. Tuncer M, Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar, Sağlık Bakanlığı, Kanseri Savaş Daire Başkanlığı, 2004.
15. Dişciğil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. (2007). Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 20(1); 29-36.
16. Amin TT, Al Mulhim AR, Meqihwi AA. (2009). Breast Cancer Knowledge, Risk Factors and Screening Among Adult Saudi Women in a Primary Health Care Setting, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 10.
17. Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezi Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uygulanacak Usul ve Esaslar. Sağlık Bakanlığı, Kanseri Savaş Daire Başkanlığı. Genelge (2006/10). Sayı: B100KSD0000071/1009-34.
18. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. (2010). GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
19. Tuncer MA. Kanseri Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yüğü Ve Kanseri Kontrol Politikaları. Sağlık Bakanlığı, Kanseri Savaş Daire Başkanlığı, 2007, ISBN 978-975-590-220-3.
20. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. (2010). Cancer Statistic 2010. *CA Cancer J Clin* 2010; 60; 277-300.
21. Karakuş F. (2008). Malatya il Merkezinde Bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. İnönü Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Yrd. Doç. Dr.) Nevzat Bilgin.

22. Yardım N, Mollahaliloğlu S. 2007, (Ed. Tuncer, MA), Türkiye’de Kanser Kontrolü: Türkiye’de Kanser Durumu ve Uluslararası Göstergeler İle Uyumunun Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 113-130 s.
23. Eser SY, 2007, (Ed. Tuncer, MA), Türkiye’de Kanser İnsidansı, T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, S.17-46.
24. Özmen V. (2006). Dünya’da ve Türkiye’de Meme Kanseri Tarama ve Kayıt Programları. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt:2, sayı:2; 55-58
25. Özmen V. (2008). Breast Cancer in the World and Turkey, *J Breast Health*, 4(2): 7 -11.
26. Eser S, Yakut C, Özdemir R, Karakılınç H, Özalan S, Marshall SF, Karaoğlu O, Anbarcıoğlu Z, Üçüncü N, Akın Ü, Özen E, Özgül N, Anton-Culver H, Tuncer M. (2010). Cancer Incidence Rates in Turkey in 2006: A Detailed Registry Based Estimation. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 11; 1731-1739.
27. Miller A, Stanley K (Eds). National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (2002). 2th ed. ISBN 92 4 154557.
28. Ürkmez E. (2009). Eskişehir’de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Model’i ile Meme Kanseri Risk Taraması. Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşirelik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Dr.) Özlem Örsal, (Doç. Dr.) Nedime Kaşgaroğlu.
29. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. Meme Kanseri. (2003). Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, ISBN: 975-420-269-9; s.90.
30. Burinardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter CG, Pollock RE. (Eds). (2009). Schwartz’s Principles of Surgery. 8th ed. S.473-519.
31. Barton, MB. (2005), Breast Cancer Screening. *Postgraduate Medicine*, 118(2), 27-28 p.

32. Gülten N. (2008). İzmir Balçova Bölgesinde Yaşayan Kadınların Meme Kanserine İlişkin Risk Faktörleri, Bilgi Ve Uygulamaları. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Prof. Dr.) Zuhal Bahar.
33. Pharoah PD, Day NE, Duffy S, Easton DF, Ponder BA. (1997). Family History and The Risk of Breast Cancer: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Cancer*, 71: 800-809.
34. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. (1994). ABC of Breast Diseases, Breast Cancer--Epidemiology, Risk Factors and Genetics. *BMJ*, 15; 309(6960): 1003–1006.
35. Henderson IC. (1993). Risk Factors for Breast Cancer Development. *Cancer*, 71;2127-2140.
36. Colditz GA, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Manson JE, Hennekens CH, Rosner BA. (1993). Family History, Age, and Risk of Breast Cancer. *JAMA*, 270: 338-343.
37. Slattery ML, Kerber RA. (1993). A Comprehensive Evaluation of Family History and Breast Cancer Risk: The Utah Population Data-Base. *JAMA*, 270: 1563-1568.
38. Pike MC, Henderson BE, Casagrande JT, Rosario I, Gray GE. (1981). Oral Contraceptive Use And Early Abortion As Risk Factors For Breast Cancer In Young Women. *Br J Cancer*, 43;72-76.
39. MacMahon B, Trichopoulos D, Brown J, Andersen AP, Aoki K, Cole P, Dewaard F, Kauraniemi T, Morgan RW, Purde M, Ravnihar B, Stormby N, Westlund K, Woo NC. (1982a). Age at Menarche, Probability of Ovulation and Breast Cancer Risk. *Int J Cancer*, 29;13-16.
40. Brinton LA, Hoover R, Fraumeni JF. (1983). Reproductive Factors in The Etiology of Breast Cancer. *Br. J Cancer*, 47;757-762.
41. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. (1994). Reproductive Risk Factors In A Prospective Study of Breast Cancer. *The Nurses' Health Study. Am J Epidemiol*, 1994; 139: 819-835.

42. Macmahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, Salber EJ, Valaoras VG, Yuasa S. (1970). Age at First Birth and Breast Cancer Risk. *Bull WHO*, 43;209-221.
43. Yuan JM, Yu MC, Ross RK, Gao YT, Henderso BE. (1988). Risk Factors for Breast Cancer in Chinese Women in Shanghai. *Cancer Res*, 48:1949-1953.
44. Mellemaard A, Ewertz M, Lynge E. (1990). The Association Between Risk of Breast Cancer And Age at First Pregnancy and Parity in Maribo County, Denmark. *Acta Oncologica*, 29:6;705-708.
45. Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K, Andersen PK. (1997). Induced Abortion and The Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*, 336: 81-85.
46. Erlandsson G, Montgomery SM, Cnattingius S, Ekbom A. (2003). Abortions And Breast Cancer: Record-Based Case-Control Study. *Int J Cancer*, 103: 676-679.
47. Paoletti X, Clavel-Chapelon F. (2003). Induced and Spontaneous Abortion and Breast Cancer Risk: Results From The E3N Cohort Study. *Int J Cancer*, 106: 270-276.
48. Reeves GK, Kan SW, Key T, Tjønneland A, Olsen A, Overvad K, Peeters PH, Clavel-Chapelon F, Paoletti X, Berrino F, Krogh V, Palli D, Tumino R, Panico S, Vineis P, Gonzalez CA, Ardanaz E, Martinez C, Amiano P, Quiros JR, Tormo MR, Khaw KT, Trichopoulou A, Psaltopoulou T, Kalapothaki V, Nagel G, Chang-Claude J, Boeing H, Lahmann PH, Wirfält E, Kaaks R, Riboli E. (2006). Breast Cancer Risk in Relation to Abortion: Results From The EPIC Study. *Int J Cancer*, 119: 1741-1745.
49. Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Larsen K, Andersen K. (1997). Induced Abortion and The Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*, 336:81-5.
50. Özmen V, Özçınar B, Karanlık H, Cabioğlu N, Tükenmez M, Dişçi R, Özmen T, Iğci A, Müslümanoğlu M, Kecser M, Soran A. (2009). Breast Cancer Risk Factors İn Turkish Women – A University Hospital Based Nested Case Control Study. *World Journal of Surgical Oncology*, 7:37.

51. Brind J, Chinchilli VM, Severs WB, Summy-Long J. (1996). Induced Abortion as an Independent Risk Factor for Breast Cancer: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. *J Epidemiol Community Health*, 50:481-496.
52. Silva M, Senarath U, Gunatilake M, Lokuhetty D. (2010). Prolonged Breastfeeding Reduces Risk Of Breast Cancer in SriControl Study. *Cancer Epidemiology*, 34; 267-273.
53. Stuebe AM, Willett WC, Xue F, Michels KB. (2009). Lactation And Incidence of Premenopausal Breast Cancer: a Longitudinal Study. *Arch Intern Med*, 169: 1364-1371.
54. Zheng T, Holford TR, Mayne ST, Owens PH, Zhang Y, Zhang B, Boyle P, Zahm SH. (2001). Lactation and Breast Cancer Risk: a Case-Control Study in Connecticut. *Br J Cancer*, 84: 1472-1476.
55. Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinnsson T. (2001). Breastfeeding and Reduced Risk of Breast Cancer in An Icelandic Cohort Study. *Am J Epidemiol*, 154: 37-42.
56. Zheng T, Holford TR, Mayne ST, Owens PH, Zhang Y, Zhang B, Boyle P, Zahm SH. (2001). Lactation and breast cancer risk: a case-control study in Connecticut. *British Journal of Cancer*, 84(11), 1472-1476.
57. Million Women Study Collaborators. (2003). Breast Cancer and Hormone-Replacement Therapy in the Million Women Study. *Lancet*, 4;362:419-27.
58. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (1996). Breast Cancer And Hormonal Contraceptives: Collaborative Reanalysis of Individual Data on 53 297 Women With Breast Cancer And 100 239 Women Without Breast Cancer From 54 Epidemiological Studies. *Lancet*, 347;1713-1727.
59. Stadel BV, Schlesselman JJ, Murray PA, Clayton P, Caygill CPJ, Hill MJ, Fanu j, Guillebaud J. (1989). Oral Contraceptives And Breast Cancer. *Lancet*, 333; 1257-1259.
60. Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. (2006). Oral Contraceptive Use as a Risk Factor for Premenopausal Breast Cancer: A Meta-Analysis. *Mayo Clin Proc*, 81 (10); 1290-1302.

61. Kumle M, Weiderpass E, Braaten T, et al. (2002). Use of Oral Contraceptive and Breast Cancer Risk: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. *Cancer Epidemiology Biomarkers&Prevention*, 11; 1375-1381.
62. Bowlin SJ, Leske MC, Varma A, Nasca P, Weinstein A, Caplan L. (1997). Breast Cancer Risk Alcohol Consumption: Results From a Large Case-Control Study. *International Journal of Epidemiology*, 26(5);915-923.
63. Reichman ME, Judd JT, Longcope C, Schatzkin A, Clevidence BA, Nair PP, Campbell WS, Taylor PR. (1993). Effects of Alcohol Consumption on Plasma and Urinary Hormone Concentrations in Premenopausal Women. *JNCI J Natl Cancer Inst*, 85(9): 722-727.
64. Li Y, Baer D, Friedman G, Udaltsova N, Shim V, Klatsky A. (2009). Wine, Liquor, Beer and Risk of Breast Cancer in a Large Population. *European Journal Of Cancer*, 45; 843-850.
65. Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *CA Cancer J Clin*. 2008; 58: 347-371.
66. Tehard B, Friedenreich CM, Oppert JM, Clavel-Chapelon F. (2006). Effect of Physical Activity on Women at Increased Risk of Breast Cancer: Results From The E3N Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 15: 57-64.
67. Fraser GE, Shavlik D. (1997). Risk Factors, Lifetime Risk and Age at Onset Of Breast Cancer. *Ann Epidemiol*, 7(6);375-382.
68. Cho E, Chen WY, Hunter DJ, Stampfer MJ, Colditz GA, Hankinson SE, Willett WC. (2006). Red Meat Intake and Risk of Breast Cancer Among Premenopausal Women. *Arch Intern Med* 166: 2253-2259.
69. Taylor EF, Burley VJ, Greenwood DC, Cade, JE. (2007). Meat Consumption and Risk of Breast Cancer in The UK Women's Cohort Study. *Br J Cancer* 96: 1139-1146.
70. Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE. (2006). Adult Weight Change And Risk of Postmenopausal Breast Cancer. *JAMA*, 296: 193-201.

71. Stark A, Schultz D, Kapke A, Nadkarni P, Burke M, Linden M, Raju U. (2009). Obesity and Risk of The Less Commonly Diagnosed Subtypes of Breast Cancer. *EJSO the Journal of Cancer Surgery*, 35; 928-935.
72. Hildreth NG, Shore RE, Dvoretzky PM. (1989). The Risk of Breast Cancer After Irradiation of the Thymus in infancy. *N. Engl J Med*, 321;1281-1284.
73. Shimizu Y, Kato H, Schull WJ. (1990). Study on Mortality of A-Bomb Survivors. *Radiat Res*, 121;141.
74. Ronckers CM, Erdmann CA, Land CE. (2005). Radiation and Breast Cancer: a Review of Current Evidence. *Breast Cancer Res*, 7: 21-32.
75. Hadji P, Gottschalk M, Ziller V, Kalder M, Jackisch C, Wagner U. (2007). Bone Mass and The Risk Of Breast Cancer: The Influence of Cumulative Exposure to Estrogen and Reproductive Correlates. Results of the Marburg Breast Cancer and Osteoporosis Trial. (MABOT). *Maturitas The European Menopause Journal*, 56; 312-321.
76. Somonoğlu S. (2009). Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt 4, sayı:10.
77. Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C. Canadian National Breast Screening Study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. *CMAJ*, 147(10): 1459–1476.
78. Bjurstam N, Björnelid L, Duffy SW, Smith TC, Cahlin E, Eriksson O, Hafström LO, Lिंगaas H, Mattsson J, Persson S, Rudenstam CM, Säve-Söderbergh J. (1997). The Gothenburg Breast Screening Trial. *Cancer*, 80(11);2091-2099.
79. Bjurstam N, Björnelid L, Warwick J, Sala S, Nyström L, Walker N, Salander H, Cahlin E, Eriksson O, Hafström LO, Lिंगaas H, Mattsson J, Persson S, Rudenstam CM, Säve-Söderbergh J. The Gothenburg Breast Screening Trial. *Cancer*, 97(10);2387-2396.
80. Andersson I, Janzon L. (1997). Reduced breast cancer mortality in women under age 50: updated results from the Malmö Mammographic Screening Program. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 22:63-7.

81. Alimoglu, E., Alimoglu, M. K., Kabaalioglu, A., Çeken K., Apaydın, A., ve Lülecı, E. (2004). Mamografi çekimine bağılı ağrı ve kaygı. *Tanısal ve Girisimsel Radyoloji*, 10, 213-217 s.
82. Dündar P. Özmen D., Öztürk B., Haspolat G., Akyıldız F., Çoban S., Çakıroğlu N. (2006). The Knowledge and Attitudes of Breast Self Examination and Mamography in A Group of Women in A Rural Area in Western Turkey. *BMC Cancer*, 6:1-9.
83. Karayurt Ö., Dramalı A. (2007). Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish Women and Evaluation of The Selected Variables Associated With Breast Self-Examination. *Cancer Nursing*, 30/1: 69-77.
84. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. (2000). Canadian National Breast Screening Study-2: 13-Year Results of a Randomized Trial in Women Aged 50-59 Years. *JNCI J Natl Cancer Inst*, 92(18);1490-1499.
85. Thomas DB, Gao DL, Ray RM. (2002). Randomized Trial of Breast Self-Examination in Shanghai: Final Results. *Journal of the National Cancer Institute*, 94: 1445-1457.
86. Hackshaw AK, Paul EA. (2003). Breast Self-Examination and Death From Breast Cancer: A Meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 88, 1047 - 1053.
87. WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate Body-Mass Index For Asian Populations And its Implications For Policy And Intervention Strategies. *The Lancet*; 157-163.
88. Güler Ç, Akın L (Eds), (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s. 147-151.
89. Green SB, Solkind NJ, Akey TM. (2000). Using SPSS for Windows, Analyzing and Understanding Data. 2th ed, 343p.
90. Seçginli S, Nahçıvan NO. (2006). Factors Associated with Breast Cancer Screening Behaviors in a Sample of Turkish Women: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43; 161-171.
91. Ulusu S, Özgöl N, Yılmaz İ, Şalk İ, Kelkit Ş, Gültekin M, Demirkol MR, Çınar Z. (2007). Türkiye'de Toplum Tabanlı Meme Kanseri Taraması

Programı: İlk Değerlendirme Raporu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 10(4);85-90.

92. Sönmez Y. (2011). Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Doç. Dr.) Yaşar Keskin.
93. Kabataş MS, Kızıl H, Duman D. (2010). Bayan Öğretmenlerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6:4(150-155).
94. Dinçel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, Şahin M, Taşova M, Akkuş MA. (2010). İlk Mamografi Yaşına etki Eden Faktörler. *The Journal of Breast Health*, 6 (3); 113-117.
95. Aslan A, Temiz M, Yiğit Y, Can R, Canbolat E, Yiğit F. (2007). Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(3);193-198.
96. Çetin N, Tulay N, Benli AR, Demir N, Kartounian J. (2007). Meme Kanseri ve Meme Kanseri Taramasına İlişkin Türk Kadınlarının Bilgi, Tutum ve Görüşleri. *Dirim*, Ocak-Şubat-Mart 2007, 311-321.
97. Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Othan K, Arslan K. (2004). Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgelerinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusundaki Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN:1303-5134.
98. Demirkıran F, Balkaya NA, Memis S, Türk G, Özvurmaz S, Tunçyürek P. (2007). How Do Nurses And Teachers Perform Breast Self-Examination: Are They Reliable Sources Of Information?. *BMC Public Health*. 7:96;2-8.
99. Rimer BK, Keintz MK, Kessler HB, Engstrom PF, Rosan JR. Why (1989). Women Resist Screening Mammography: Patient- Related Barriers. *Radiology*, 172;243-246.

100. Güllüoğlu BM. (2008). Meme Hastalıklarına Yaklaşım: “Meme Kanseri İçin Risk Değerlendirmesi ve Tarama Stratejileri”. *Türk Aile Hek. Derg*, 12(1);9-17.
101. Özmen V, Özaydin AN, Cabioğlu N, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Görpe S, Öner BR, Aribal E, Thomas DB, Anderson BO. (2011). Survey on a Mammographic Screening Program in Istanbul, Turkey. *The Breast Journal*, 17(3);260-267.
102. Tümer A, Baybek H. (2010). Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(1);17-21.
103. Özdemir L, Tekbaş ÖF, Erdal M, Balkan M, Göçgeldi E, Sağlam K. (2007). GATA Meme Hastalıkları Polikliniği’ne Başvuran Hastalarda Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 11(4);163-167.
104. Cui Y, Page DL, Lane DS. (2009). Menstrual and Reproductive History, Postmenopausal Hormone Use and Risk of Benign Proliferative Epithelial Disorders of The Breast: A Cohort Study. *Breast Cancer Res. Treat*, 114;113-120.
105. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008, Ankara, ISBN 978-975-491-274-6.
106. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. (2005). Global Cancer Statistic, 2002, *CA Cancer J Clin*, 55:74-108.
107. Sadler GR, Ko CM, Cohn JA, White M, Weldon R, Wu P. (2007). Breast Cancer Knowledge, Attitudes, And Screening Behaviors Among African American Women: The Black Cosmetologists Promoting Health Program. *BMC Public Health*, 7;57.
108. Page A, Morrell S, Tewson R. Et al. (2005). Mammography screening participation: effects of media campaign targeting Italian-speaking women.,,29(4):365-71. PMID [16222935].
109. Tu S, Yasui Y. (2003). Mammography Screening Among Chinese-American Women. *PM Cancer*, 97(5):1293-302.

110. Tanjasiri S, Santos L. (2001). Breast Cancer Screening Among Chamorro Women In Southern California. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(5):479-85.
111. Maral I, Budakoğlu İ, Özdemir A, Bumin A. (2009). Behaviors Toward Methods of Breast Cancer Early Detection in Women Over 40 Years in a Rural Region of Ankara. Turkey. *Journal of Cancer Education*, 24:127-128.
112. Budakoğlu İ, Maral I, Özdemir A, Bumin A. (2007). The Effectiveness of Training for Breast Cancer and Breast Self-Examination in Women Aged 40 and Over. *Journal of Cancer Education*, 22(2);108-111.

10. EKLER

Ek-1. Araştırmanın Etik Kurul Onayı



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar

Ön Değerlendirme Komisyonu

Sayı : 22
Konu : M.Ü.Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Raporu

İstanbul, 28/09/2010

Sayın Dr. A.Nilüfer ÖZAYDIN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

363 protokol nolu "İstanbul/Moda" da Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları " isimli projeniz Enstitümüzün ön değerlendirme komisyonunda incelenmiş ve araştırmanın Komisyonumuzun ön değerlendirme kriterlerine uygunluğuna karar verilmiştir.

Doç. Dr. Ümit ŞEHİRLİ
Komisyon Başkanı

Öğrenci: Ayça DEMİR YILDIRIM

Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampusu
34688 Üsküdar İSTANBUL

0 (216) 414 44 23
0 (216) 414 44 23/12 (Faks)

saglikogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ek-2. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi olarak moda da oturan 40-69 yaş arası kadınların meme kanseri bilgi ve davranışları hakkında bir araştırma yapmaktayım. Araştırmanın ismi **“İstanbul/Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları”**dır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz anketimizi doldurabilirsiniz. Bu araştırmanın amacı, Meme kanseri açısından, risk grubunda bulunan kadınların, meme kanseri ile ilgili bilgi ve davranışları hakkında bilgi toplamak amaçlanmaktadır. Bu çalışma, katılımcıların araştırmacı ile yüz yüze yaptığı anket çalışmasıdır ve herhangi bir laboratuvar işlemi içermemektedir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

Çalışmaya katılmayı reddediyorum

Ad-Soyad:

Ad-Soyad:

Adres:

Adres:

Telefon:

Telefon:

İmza:

İmza:

EK-3. Araştırma Anketi

İstanbul/ Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı ile İlgili Uygulamaları

BİLGİ FORMU

Moda da oturan kadınların meme sağlığı 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.

TANIMLAYICI BİLGİLER		
ANKET NO: □ □ □ □		
ANKET KAYIT TARİHİ: □ □ □ □ □ □ □ □		
Mahalle:	Ev Telefon No: 0 216 □ □ □ □ □ □	
Sokak :	Cep Telefon No: 0 □ □ □ □ □ □ □ □	
Apt No :	E-posta Adresi: @	
Daire No:		
ZİYARET SONUCU □	ANKET DOLDURULDU..... 1	TOPLAM
	ZİY SIRASINDA K. EVDE YOK.....2	ZİYARET
	ARAŞT TARİHLERİNDE K EVDE YOK3	SAYISI □
	REDDETTİ.....4	
	DİĞER (BELİRTİNİZ).....5	
TEMEL BİLGİLER		
1	Adınız-Soyadınız:	(BÜYÜK HARFLERLE OKUNAKLI YAZINIZ)
2	Hangi ay ve yılda doğdunuz? □ □ □ □ □ □	(BİLİNMEYEN AY İÇİN ‘98’ BİLİNMEYEN YIL İÇİN ‘9998’ YAZINIZ)

3	Kaç yaşındasınız? ☐ ☐	(BİTİRİLEN YAŞ OLARAK YAZINIZ)
4	Medeni Durumunuz: ☐	HİÇ EVLENMEMİŞ.....1 HALEN EVLİ2 EŞİ ÖLMÜŞ3 BOŞANMIŞ4 AYRI YAŞIYOR.....5
5	En son gittiğiniz okul hangisidir? ☐	(BİTİRİLEN OKUL OLARAK YAZINIZ) OKUR-YAZAR DEĞİL1 OKUR-YAZAR.....2 İLKOKUL MEZUNU3 ORTAOKUL MEZUNU.....4 LİSE MEZUNU.....5 YÜKSEKOKUL MEZUNU6 ÜNİVERSİTE MEZUNU7 LİSANSÜSTÜ MEZUNU.....8
	Ana diliniz nedir? ☐ YALNIZCA BİR SEÇENEK İŞARETLEYİNİZ. Diğer:.....	TÜRKÇE.....1 KÜRTÇE.....2 ARAPÇA3 RUMCA, YUNANCA, ERMENİCE, İBRANİCE...4 ÇERKEZCE, GÜRCÜCE, LAZCA.....5 RUSÇA, BULGARCA, ROMENCE, SIRPÇA.....6 İNGİLİZCE, ALMANCA, FRANSIZCA.....7 DİĞER (Belirtiniz)9
	Siz, 12 yaşına kadar en uzun süre nerede yaşadınız? YERİN ADI Bu yer, o zaman bir il merkezi mi, ilçe merkezi mi, bucak ya da köy müydü? Ya da yurt dışında	MODA.....0

mıydınız? ☐	İL MERKEZİ1 İLÇE MERKEZİ2 BUCAK VEYA KÖY3 YURTDIŞI4
Ne kadar zamandır sürekli olarak MODA’da yaşamaktasınız? ☐ ☐	YIL OLARAK YAZINIZ. HATIRLAMİYOR/BİLMİYOR96
Daha ne kadar süreyle MODA’da yaşamayı planlıyorsunuz? ☐ ☐	YIL OLARAK YAZINIZ. BELİRSİZ/BİLMİYOR96
Evinizde yaşayan kişi sayısı kaçtır? ☐ ☐	
Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? ☐	EVET.....1 HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) genellikle haftanın hangi günlerinde çalışıyorsunuz? ☐ Diğer:.....	HAFTA İÇİ BEŞ GÜN.....1 HAFTA SONU 2 GÜN.....2 DİĞER (BELİRTİNİZ).....3
(CEVAP HAYIR İSE) neden? ☐ EV HANIMIYIM.....1 EMEKLİYİM.....2	İŞSİZİM.....3 DİĞER (BELİRTİNİZ).....4
Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız? Hangisi? ☐ Diğer:	BAĞLI DEĞİL0 SSK.....1 EMEKLİ SANDIĞI2 BAĞ-KUR.....3 YEŞİL-KART.....4 ÖZEL SİGORTA.....5 BİLMİYOR.....8 DİĞER (BELİRTİNİZ).....9

	Ne kadar sıklıkla gazete okursunuz? ☐	HİÇ.....0 ARADA BİR/NADİREN1 HAFTADA EN AZ BİR GÜN2 HER GÜN/ NEREDEYSE HER GÜN3
	Yaşadığınız eve bir ayda giren toplam para hakkında yaklaşık bir fikir sahibi olmak istiyorum.Bir ayda eve giren toplam para; (YTL) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
	Kendinizi nasıl tanımlarsınız? ☐	EN ÜST GELİR GRUBUNDA.....1 ÜST GELİR GRUBUNDA.....2 ORTA GELİR GRUBUNDA.....3 DÜŞÜK GELİR GRUBUNDA.....4 EN DÜŞÜK GELİR GRUBUNDA.....5

KADIN SAĞLIĞI

Size kadın sağlığı ile ilgili sorular sormak istiyorum. Türkiye’de kadınlarda en sık görülen 3 kanser hangisidir? 1..... 2..... 3..... Meme kanseri ile ilgili herhangi bir şey duydunuz/okudunuz mu? ? Meme kanseri ile ilgili bilgileri en çok nereden öğrendiniz Doktor.....? Hemşire.....? Arkadaş/Akraba.....? Televizyon.....? Radio.....? Gazete/Dergi.....? Broşür/Poster.....? Kitap.....? İnternet-Web sayfası.....? Diğer.....?	EVET.....1 HAYIR.....2
---	--------------------------------------

	Meme kanseri tedavi edilebilen bir hastalık mıdır? ☐	EVET.....1 HAYIR.....2
	Meme kanserine erken tanı koymak mümkün müdür? ☐	EVET.....1 HAYIR.....2
	(Cevap evet ise) Günümüzdeki imkanlar ile, hangi yöntemlerle erken tanı konulabilir? Dış görünümüne bakarak..... ☐ Kadının kendisi elle muayene ederek (KKMM)..... ☐ Sağlık personeli elle muayene ederek (KMM)..... ☐ Mamografi ile..... ☐ Meme ultrasonografisi ile..... ☐ Diğer 1(belirtiniz)..... ☐ Diğer 2(belirtiniz)..... ☐	(HERBİRİSİNİ AYRI AYRI DOLDURUNUZ) EVET.....1 HAYIR.....2

	Mamografi ile ilgili herhangi bir şey duydunuz/okudunuz mu? ☐ Mamografi ile ilgili bilgileri en çok nereden öğrendiniz? Doktor.....☐ Hemşire.....☐ Arkadaş/Akraba.....☐ Televizyon.....☐ Radyo.....☐	EVET.....1 HAYIR.....2
	Gazete/Dergi.....☐ Broşür/Poster.....☐ Kitap.....☐ İnternet-Web sayfası.....☐ Diğer.....☐	
	Erken tanı amacıyla kaç yaşındakiler mammografi çektirmeli? Hiç kimse..... ☐ 10-19 yaşındaki kadınlar..... ☐ 20-29 yaşındaki kadınlar..... ☐ 30-39 yaşındaki kadınlar..... ☐ 40-49 yaşındaki kadınlar..... ☐ 50-59 yaşındaki kadınlar..... ☐	(HERBİRİSİNİ AYRI AYRI DOLDURUNUZ) EVET.....1 HAYIR.....2

	60-69 yaşındaki kadınlar..... ? 70 ve üzerindeki kadınlar ? Herkes ?	
	Erken tanı amacıyla ne sıklıkla mammografi çektirilmeli? ?	HER YIL /YILDA BİR KEZ.....1 İKİ YILDA BİR KEZ.....2 BEŞ YILDA BİR KEZ.....3 10 YILDA BİR KEZ.....4 SADECE BİR KERE YETERLİ.....5 HİÇ (GEREK YOK).....6

	Kimler meme kanseri açısından daha fazla risk altındadırlar? İleri yaştaki kadınlar Ailesinde (1.derece yakınlarda) meme kanseri olanlar..... Ailesinde (1.derece yakınlarda) yumurtalık kanseri olanlar..... Ailesinde (1.derece yakınlarda) kalın barsak kanseri olanlar..... 30 yaşından sonra anne olan kadınlar..... Hiç anne olmamış kadınlar..... Bebegini hiç emzirmemiş/az emzirmiş kadınlar.. 12 yaşından önce ilk adeti olan kadınlar..... ...yaşından sonra menopoza girenler..... Alkol kullanan kadınlar.....	(HERBİRİSİNİ AYRI AYRI DOLDURUNUZ) EVET.....1 HAYIR.....2
	Sizce, Erken tanı konulursa, meme kanseri tedavi edilebilen bir hastalık mıdır?	EVET, TEDAVİ EDİLEBİR.....1 HAYIR.ÖLDÜRÜCÜ BİR HASTALIKTIR...2

	Bu bilginizin kaynağını söylemişsiniz? Doktor.....? Hemşire.....? Arkadaş/Akraba.....? Televizyon.....? Radyo.....? Gazete/Dergi.....? Broşür/Poster.....? Kitap.....? İnternet-Web sayfası.....? Diğer.....?	
--	--	--

MENARŞ-MENOPOZ-KONTRASEPTİF-HRT

Şimdi size adetleriniz (regli, menstruasyon) ile ilgili sorular sormak istiyorum.

İlk kez kaç yaşında adet oldunuz?

☐ ☐

HATIRLAMİYOR96

Halen düzenli adet görüyor musunuz?

☐

EVET.....1

HAYIR.....2

(CEVAP HAYIR İSE) Neden?

☐

SON ZAMANLARDA DÜZENSİZLEŞTİ. (PRE / PERİ
MENOPOZ).....1

MENOPOZDA (=SON 12 AYDIR HİÇ ADET
GÖRMEDİ)

.....2

AMELİYAT OLDU (TAH+BSO)3

HER ZAMAN DÜZENSİZDİR.....4

Diğer:.....

GEBE.....
5

DİĞER (BELİRTİNİZ)6

Son adet olduğunuzda, kaç

yaşındaydınız? ☐ ☐

HATIRLAMİYOR96

Siz hiç gebe kalmayı önlemek ya da
geciktirmek için bir usul kullandınız mı ya
da herhangi bir yola başvurdunuz mu?

☐

EVET.....1

HAYIR.....2

Gebeliği önlemek için kullandığınız ilk
usul hangisiydi?

☐ ☐

Diğer:.....

Şu anda gebeliği önlemek ya da
geciktirmek için bir usul veya yol
kullanıyor musunuz? ☐

HAP01

İĞNE/ENJEKSİYON (AYLIK)02

İĞNE/ENJEKSİYON (3 AYLIK)03

DERİ ALTI İMPLANT/ NORPLANT04

HORMONLU SİRİRAL.....05

ACİL KORUNMA HAPİ-ERTESİ GÜN HAPİ..06

SİRİRAL (HORMONSUZ)07

ERKEK KONDOMU /PREZERVATİF08

KADIN KONDOMU09

FİTİL/JEL/KÖPÜK/DİYAFRAM.....10

GERİ ÇEKME.....11

TEHLİKESİZ GÜNLER / TAKVİM.....12

DİĞER (BELİRTİNİZ)15

HATIRLAMİYOR96

EVET.....1

HAYIR.....2

(CEVAP EVET İSE) Hangi usulü kullanıyorsunuz? ☐ ☐ Diğer:.....	HAP01 İĞNE/ENJEKSİYON (AYLIK)02 İĞNE/ENJEKSİYON (3 AYLIK)03 DERİ ALTİ İMPLANTİ/ NORPLANT04 HORMONLU SPİRAL.....05 ACİL KORUNMA HAPI-ERTESİ GÜN HAPI..06 SPİRAL (HORMONSUZ)07 ERKEK KONDOMU /PREZERVATİF08 KADIN KONDOMU09 FİTİL/JEL/KÖPÜK/DİYAFRAM.....10 GERİ ÇEKME.....11 TEHLİKESİZ GÜNLER / TAKVİM.....12 VAJİNAL HALKA13 DERMAL BANT (PATCH).....14 DİĞER (BELİRTİN)15
(CEVAP HAYIR İSE) Şu anda gebeliği önlemek ya da geciktirmek için niçin bir usul veya yol kullanmıyorsunuz? ☐ Yanıt: Bugüne kadar hiç gebeliği önlemek için HAP kullandınız mı? ☐	MENOPOZDA (=SON 12 AYDIR HİÇ ADET OLMADI).....1 AMELİYATLI (TAH+BSO)2 GEBE3 ÇOCUĞU OLMUYOR.....4 ÇOCUK İSTİYOR.....5 DİĞER(BELİRTİNİZ)6 EVET.....1 HAYIR.....2

(CEVAP EVET İSE) toplam ne kadar süre kullandınız?		☐ ☐ AY OLARAK TOPLAM SÜREYİ YAZINIZ. ☐ HATIRLAMİYOR996
Kullandığınız hapların isimlerini, dozlarını söyleyebilir misiniz? 1....., mg/gün 2....., mg/gün 3 mg/gün		
		HORMONAL KONTRASEPTİFLER Mİ? KOMBİNE Mİ? Sadece progesteron mu ? ÖSTROJEN DOZU 50 VE ÜZERİ Mİ? ÖSTROJEN DOZU 30 VE ALTI Mİ?
Bugüne kadar hiç gebeliği önlemek için 1 AYLIK iğne kullandınız mı? ☐		EVET.....1 HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) toplam ne kadar süre kullandınız?		☐ ☐ AY OLARAK TOPLAM SÜREYİ YAZINIZ. ☐ HATIRLAMİYOR996
Kullandığınız iğnelerin isimlerini, dozlarını söyleyebilir misiniz? 1....., mg/gün 2....., mg/gün 3 mg/gün		HORMONAL KONTRASEPTİFLER Mİ? KOMBİNE Mİ? ÖSTROJEN DOZU ?

Bugüne kadar hiç gebeliği önlemek için 3 EVET.....1
AYLIK iğne kullandınız mı? HAYIR.....2

?

(CEVAP EVET İSE) toplam ne kadar süre

kullandınız? ? ?

AY OLARAK TOPLAM SÜREYİ YAZINIZ.

HATIRLAMİYOR996

Kullandığınız iğnelerin isimlerini, dozlarını söyleyebilir misiniz?

1....., mg/gün

2....., mg/gün

3 mg/gün

HORMONAL KONTRASEPTİFLER Mİ?

SADECE PROGESTERON İÇEREN Mİ?

DOZU ?

Bugüne kadar hiç gebeliği önlemek için EVET.....1

DERİ ALTİ İMPLANTİ/NORPLANT HAYIR.....2
kullandınız mı?

?

(CEVAP EVET İSE) toplam ne kadar süre

kullandınız? ? ? AY OLARAK TOPLAM SÜREYİ YAZINIZ.

?

HATIRLAMİYOR996

Kullandığınız norplant/implantın isimlerini, dozlarını söyleyebilir misiniz?	
1.....,	HORMONAL KONTRASEPTİFLER Mİ?
2.....,	
3,	
Bugüne kadar hiç gebeliği önlemek için HORMONLU SPİRAL kullandınız mı?	
☐	EVET.....1
	HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) toplam ne kadar süre kullandınız?	
☐ ☐	AY OLARAK TOPLAM SÜREYİ YAZINIZ.
☐	HATIRLAMİYOR996
Kullandığınız hormonlu spirallerin isimlerini, dozlarını söyleyebilir misiniz?	
1.....,	HORMONAL KONTRASEPTİFLER Mİ?
2.....,	
3,	
Bugüne kadar hiç gebeliği önlemek için ACİL KORUNMA HAPİ/ERTESİ GÜN HAPİ kullandınız mı?	
☐	EVET.....1
	HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) toplam kaç kez kullandınız?	
☐ ☐	HATIRLAMİYOR996
☐	

Kullandığınız acil korunma haplarının isimlerini, dozlarını söyleyebilir misiniz? 	HORMONAL KONTRASEPTİFLER Mİ?
1....., 2....., 3	KOMBİNE Mİ? Sade progesteron mu ?
(MENOPOZDA İSE) Bu güne kadar hiç hormon tedavisi aldınız mı? ☐	EVET.....1 HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) Kullandığınız hapların isimlerini, 1 günlük dozlarını söyleyebilir misiniz?	HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ ?
1.Anielia mg/gün 2.Kliogest mg/gün 3 .Trisequens mg/gün 4.Climen mg/gün 5.Estrofem mg/gün 6.Climara TTS mg/gün 7.Estra-combi TTS mg/gün	

Halen hormon tedavisi alıyor musunuz? EVET.....1

☐ HAYIR.....2

Halen kullandığınız hapların isimlerini,
söyleyebilir misiniz?

HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ ?

1.Anielia mg/gün

2.Kliogest
mg/gün

3 .Trisequens
mg/gün

4.Climen mg/gün

5.Estrofem mg/gün

6.Climara TTS mg/gün

7.Estra-combi TTS mg/gün

Toplam ne kadar süre kullandınız?

☐ ☐

AY OLARAK TOPLAM SÜREYİ YAZINIZ.

HATIRLAMİYOR996

DOĞURGANLIK-EMZİRME

Size bugüne kadarki gebelikleriniz hakkında
sorular sormak istiyorum.

Siz hiç gebe kaldınız mı? ☐ EVET.....1

HAYIR.....2

Siz hiç canlı doğum yaptınız mı?

	EVET.....1 HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) Kaç kez canlı doğum yaptınız?	
Siz hiç ölü doğum yaptınız mı?	EVET.....1 HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) Kaç kez ölü doğum yaptınız?	
Toplam kız çocuk doğum sayınız.....	
CANLI DOĞUM SAYISI + ÖLÜ DOĞUM SAYISI	
Toplam erkek doğum sayısı.....	
İlk kez doğum yaptığınızda, kaç yaşındaydınız? İLK DOĞUM YAŞI TAMAMLANMIŞ GEBELİK, CANLI VEYA ÖLÜ	
Son doğum yaptığınızda, kaç yaşındaydınız? SON DOĞUM YAŞI TAMAMLANMIŞ GEBELİK, CANLI VEYA ÖLÜ	

Siz hiç (kendiliğinden) düşük yaptınız mı?	(KENDİLİĞİNDEN OLAN DÜŞÜKLER)
☐	EVET.....1
	HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) Toplam kaç kez düşük yaptınız?	
☐ ☐	
Siz hiç isteyerek gebeliğinizi sonlandırdınız mı?	(KÜRTAJ)
	EVET.....1
☐	HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) Kaç kez sonlandırdınız?	
☐ ☐	
Sadece emin olmak için soruyorum. Toplam gebelik sayınız;	☐ ☐ CANLI DOĞUM SAYISI + ÖLÜ DOĞUM SAYISI + KENDİLİĞİNDEN OLAN DÜŞÜK + KÜRTAJ
Son gebeliğiniz sonlandığında, kaç yaşındaydınız?	☐ ☐ SON GEBELİK YAŞI

Hiç düşük için ilaç kullandınız mı?	☐
EVET	1
	HAYIR.....2
☐ ☐kez	
Bir uygulamada genellikle ortamla kaç kere enjeksiyon yapıldı?	
☐ ☐kere	

(Canlı doğum yapmış ise) Çocuklarınızı hiç emzirdiniz mi?	
☐	EYET.....1
	HAYIR.....2
(cevap evet ise) Çocuklarınızı toplam kaç ay emzirdiniz?	
☐ ☐	AY olarak yazınız.
	HİÇ EMZİRMEDİ01
	HATIRLAMİYOR.....96

KİŞİSEL ALIŞKANLIKLAR

Şimdi size alışkanlıklarınız ile ilgili sorular sormak istiyorum.	
Genel olarak fizik aktivite /spor yapar mısınız? ☐	EYET.....1
	HAYIR.....2
(CEVAP EVET İSE) hangi spor(lar)ı yaparsınız?	YÜRÜYÜŞ.....1
☐	JOGGING2
	KOŞU.....3
	YÜZME.....4
	AEROBİK.....5
	BİSİKLET.....6
	DİĞER(Belirtiniz).....7
Yanıt:	
En fazla yaptığınız sporu ne sıklıkta	ARA SIRA DÜZENSİZ SEYREK.....1

yaparsınız?	AYDA 1-2 KERE2
	HAFTANIN HER GÜNÜ.....3
☐	HAFTANIN 5 GÜNÜ4
	HAFTANIN 3 GÜNÜ5
	HAFTANIN 1 GÜNÜ6
Yanıt:	DiĞER(Belirtiniz).....7
.....	
..	
En fazla yaptığınız sporun 1 seansı ne kadar sürüyor?	'0-30 DAKİKA1
	31-60 DAKİKA2
☐	
Yanıt:	DiĞER(Belirtiniz).....7
.....	
..	
Hiç sigara içtiniz mi veya halen sigara içiyor musunuz?	HİÇ İÇMEDİ1
☐	BİR KAÇ KEZ Denedİ2
	ARA SIRA İÇİYOR3
(Evet ise) Ne sıklıkta ?	SÜREKLİ, DÜZENLİ İÇİYOR /TİRYAKİ4
	ESKİDEN İÇİYORDU, BIRAKTI5
Sigara içmeye kaç yaşında başladınız/	
başlamıştınız ?	(SİGARA İÇMEYE BAŞLADIĞI YAŞ)
☐ ☐	
Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz / içiyordunuz?	(GÜNDE ORTALAMA SİGARA SAYISI)
☐ ☐	

Hiç alkol içtiniz mi veya halen alkol içiyor musunuz? ☐ (Evet ise) Ne sıklıkta ? (İçiyorsa) Alkol içmeye kaç yaşında başladınız/ başlamıştınız ? ☐ ☐ (İçiyorsa) Genellikle hangi tür alkol içiyorsunuz? ☐ Yanıt: 	HİÇ İÇMEDİ1 BİR KAÇ KEZ DENEDİ2 ARA SIRA İÇİYOR3 SÜREKLİ, DÜZENLİ İÇİYOR4 ESKİDEN İÇİYORDU, BIRAKTI5 (ALKOL İÇMEYE BAŞLADIĞI YAŞ) BİRA.....1 ŞARAP.....2 LİKÖR.....3 RAKİ.....4 VİSKİ.....5 DİĞER (BELİRTİNİZ).....6
Ne kadar sıklıkla alkollü bir içecek içiyorsunuz? ☐ _____	HİÇ İÇMİYOR-----0 AYDA BİR VEYA DAHA AZ.....1 AYDA 2-4 KERE.....2 HAFTADA 2-3 KERE.....3 HAFTADA 4 VEYA DAHA FAZLA KERE.....4

(İçiyorsa) Alkollü içecek içtiğiniz günlerden birisinde, bir oturduğunuzda, genellikle ne kadar alkol içersiniz?	(BİR SEANSTAKİ TÜKETİM MİKTARI)
?	1 VEYA 2 BARDAK/KADEH/ KUTU.....1
	3 VEYA 4 BARDAK/KADEH/ KUTU.....2
	5 VEYA 6 BARDAK/KADEH/ KUTU.....3
	7 VEYA 9 BARDAK/KADEH/ KUTU.....4
	10 VEYA DAHA FAZLA BARDAK/KADEH/ KUTU.....
	5
Yanıt:	
.....	5
..	DİĞER (BELİRTİNİZ).....6
Alkollü içecek içtiğiniz günlerden birisinde, , NE KADAR SIKLIKLA “bir oturuşta 5 veya daha fazla (bardak/kadeh/kutu)” içersiniz?	
?	HİÇ İÇMİYOR-----0
	AYDA BİRDEN DAHA AZ.....1
	AYDA 1-2 KERE.....2
	HAFTADA 1-2 KERE.....3
	HEMEN HER GÜN VEYA HER ZAMAN.....4

KİŞİSEL ÖYKÜ

Şimdi size kendi sağlığınıza ilgili sorular sormak istiyorum.
Boyunuz kaç santimetre? ? ? ?
En son ağırlığınız ne kadar? ? ? .?
Kg.

Şişlik..... ☐	
Meme başında akıntı..... ☐	
Yara/ülser..... ☐	
Kızarıklık..... ☐	
Diğer(belirtiniz)..... ☐	
Daha önce hiç kendi kendinize meme muayesi yaptınız mı?	
☐	EVET.....1 HAYIR.....2
Ne sıklıkta kendi kendinize meme muayenesi yaparsınız?	
Ayda bir..... ☐	
Haftada bir..... ☐	
Yılda bir..... ☐	
Zaman zaman..... ☐	
Hiç yapmam..... ☐	
Diğer(Belirtiniz)..... ☐	
Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgiyi en çok nereden duyduyu/öğrendiniz?	
Doktor..... ☐	
Hemşire..... ☐	
Arkadaş/Akraba..... ☐	
Televizyon..... ☐	
Radyo..... ☐	

Gazete/Dergi.....? Broşür/Poster.....? Kitap.....? İnternet-Web sayfası.....? Diğer.....?
Kendi kendine meme muayenesi yaparken kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Korunmak için kontrol ettiğimden dolayı mutluyum.....? Bulgularıma güvenmiyorum.....? Kendime dokunmaktan çok hoşlanmıyorum...? Herhangi bir kitle bulursam diye endişeleniyorum.....? Diğer(Belirtiniz)..... ?
Son 2 yıldır herhangi bir sağlık kontrolünden geçtiniz mi? Tetkik (ler) yapıldı mı? ? EVET.....1 HAYIR.....2
(Cevap evet ise) Son 2 yıl içinde hangi tetkik(ler) yapıldı? Mamografi ? Meme ultrasonografisi ? (HERBİRİSİNİ AYRI AYRI DOLDURUNUZ) EVET.....1 HAYIR.....2

Klinik Meme Muayenesi	☐
Diğer1 (Belirtiniz)	☐
Diğer2 (Belirtiniz)	☐
Daha önce hiç mamografi çektirmediyseniz, niçin çektirmediiniz?	
Gerekli olduğunu bilmiyordum.....	☐
Parasal sorunum vardı.....	☐
Eşim izin vermedi.....	☐
Dini inançlarıma uygun değil.....	☐
Utaniyorum.....	☐
Diğer(Belirtiniz).....	☐

Daha önce hiç meme biopsisi	
	EVET.....1
yaptırdınız mı? ☐	
	HAYIR.....2
(Cevap evet ise) sonucu ne idi?	NORMAL BENİGN EPİTELYAL DEĞİŞİKLİK..01
☐ ☐	FİBROADENOM.....02
	KOMPLEKS FİBROADENOM.....03

DÜŞÜK EPİTELYAL HİPERPLAZİ.....	04
SKLEROZAN ADENOZİS.....	05
PAPİLLOM (NORMAL/ATİPİK).....	06
RADYAL SKAR.....	07
ORTA/ŞİDDETLİ EPİTELYAL HİPERPLAZİ.....	08
ATİPİK (DUKTAL/LOBULER) EPİTELYAL HİPERPLAZİ.....	09
DCIS.....	10
İNVAZİV MEME KANSERİ.....	11
DİĞER (BELİRTİNİZ)	12
HATIRLAMİYOR	96

Daha önce herhangi bir nedenle göğüs
duvarına tedavi amaçlı ışın

(radyoterapi) aldınız mı? ☐

EVET.....1kaç yaşında? ☐ ☐

HAYIR.....2

(Cevap evet ise) kaç yaşınızda
rayoterapi aldınız?

☐ ☐.....yaş

Ailenizde meme kanseri hastalığı olanlar var mı?

Annede meme kanseri var

(HERBİRİSİNİ AYRI AYRI DOLDURUNUZ)

..... ?

Teyzede meme kanseri var ?

Kızkardeş(ler)de meme kanseri var ?

Anneannede meme kanseri var ?

Babaannede meme kanseri var ?

Halada meme kanseri var ?

Kuzen(ler)de meme kanseri var ?

Kız(lar)ında meme kanseri var ?

EVET.....1

HAYIR.....2

(Cevap evetse) hastalandığında kaç
yaşındaydı ?

Anne ? ?

Teyze..... ? ?

Kızkardeş(ler)..... ? ?

SADECE MEME KANSERİ OLAN AKRABANIN, MEME
KANSERİNE TANI KONULDUĞUNDAKİ YAŞINI
YAZINIZ.

Anneanne..... ? ?

Babaanne ? ?

Hala ? ?

Kuzen(ler) ? ?

Kız(lar)ı.. ? ?

Ailenizde YUMURTALIK kanseri olan var mı?

Annede yumurtalık kanseri var ?

(HERBİRİSİNİ AYRI AYRI DOLDURUNUZ)

Teyzede yumurtalık kanseri var ?

Kızkardeş(ler)de yumurtalık kanseri var

?

EVET.....1

HAYIR.....2

Anneannede yumurtalık kanseri var ...?

Babaannede yumurtalık kanseri var.... ?

Halada yumurtalık kanseri var ?

Kuzen(ler)de yumurtalık kanseri var ... ?

Kız(lar)ında yumurtalık kanseri var?

(Cevap evetse) hastalandığında kaç
yaşındaydı ?

SADECE YUMURTALIK KANSERİ OLAN
AKRABANIN, YUMURTALIK KANSERİNE TANI
KONULDUĞUNDAKİ YAŞINI YAZINIZ.

Anne? ?

Teyze..... ? ?

Kızkardeş(ler)..... ? ?

Anneanne..... ? ?

Babaanne ? ?

Hala ? ?

Kuzen(ler) ? ?

Kız(lar)ı..??

Ailenizde meme, yumurtalık, kalın
barsak kanseri dışında kanser hastalığı
olan var mı? ?

EVET.....1

HAYIR.....2

Başka kanser olan yakınınız varsa;

Yakınlığını ve hastalığını
yazınız.

AİLENİZDE MEME, YUMURTALIK, KALIN BARSAK
KANSERİ DIŞINDA KANSER HASTALIĞI OLANLARIN,
SİZE YAKINLIĞINI VE HASTALIĞINI YAZINIZ.

1.....
.....

2.....
.....

3.....
.....

4.....
.....

5.....
.....
6.....
.....

KİŞİSEL BİLGİLER

Hiç kırışıklık kremi v.b kozmetik ürün kullandınız mı? ☐ EVET.....1	
HAYIR.....2	
(Cevap evetse) Bu ürünü ne kadar süre kullandınız?	
☐ ☐ ... ☐ Ay AY OLARAK TOPLAM SÜREYİ YAZINIZ.	
HATIRLAMİYOR	
.....996	
Kullandığınız ürünün markasını hatırlıyorsanız yazınız.	
Marka.....	
Hiç saçınızı boyattınız mı? ☐ EVET.....1	
HAYIR.....2	
(Cevap evetse) Yaşamınızda, toplam boyalı geçen süre, tahminen kaç aydır?	
AY OLARAK TOPLAM SÜREYİ YAZINIZ.	
☐ ☐ ... ☐ Ay	
HATIRLAMİYOR.....996	
En fazla hangi rengi kullandınız?	

Renk1.....?

Renk2.....?

Renk3..... ?

Hiç üremeye yardımcı tedavi aldınız mı? ? EVET.....1
HAYIR.....2

(Cevap evetse) Kaç yaşınızda/toplam kaç kez denediniz?

Yaş..... ? ? .kez

Çalıştığınız süre içerisinde çalışma siteminiz nasıldı?

Vardiyalı- Nöbetli işler..... ? EVET.....1
HAYIR.....2

Radyasyon maruziyet..... ? EVET.....1
HAYIR.....2

Kimyasal maruziyet..... ? EVET.....1
HAYIR.....2

(herhangi biri Cevap evetse) ne kadar süre çalıştınız?

? ?...?.....Ay

Hiç solaryuma girer misiniz?	☐ EVET.....1
	☐ HAYIR.....2
(Cevap evetse) Yaşamınızda, bugüne kadar, toplam olarak ne kadar süre girdiniz-giriyorsunuz?	
☐ ☐ ... ☐ .Ay	

ANKETİMİZE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	AYÇA	Soyadı	DEMİR YILDIRIM
Doğum Yeri	ANKARA	Doğum Tarihi	19.04.1983
Uyruğu	TC	Tel	Ev tel: 0126 344 95 74 Cep tel: 0506 660 33 55
E-mail	ayca.demir@mynet.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2011
Lisans	Marmara Üniversitesi Zeynep Kamil Sağlık Yüksek Okulu Ebelik	2006
Lise	Ankara – Eryaman Lisesi	2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Ebe	TC Sağlık Bakanlığı Moda İle Sağlığı Merkezi	2007-
2.	Hemşire	Memorial Hastanesi Suadiye Tıp Merkezi	2007-2007
3.	Hemşire	Marmara Üniversitesi Hastanesi	2006-2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS:

International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	73.088	67.682	71.492
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programı	Çok İyi
SPSS	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin