

T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İZMİR BALÇOVA BÖLGESİNDE YAŞAYAN
KADINLARIN MEME KANSERİNE İLİŞKİN
RİSK FAKTÖRLERİ, BİLGİ VE
UYGULAMALARI**

Nilüfer GÜLTEN

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2008

T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İZMİR BALÇOVA BÖLGESİNDE YAŞAYAN
KADINLARIN MEME KANSERİNE İLİŞKİN
RİSK FAKTÖRLERİ, BİLGİ VE
UYGULAMALARI**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Nilüfer GÜLTEN

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. ZUHAL BAHAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi, 2005970055 numaralı Nilüfer Gülten'in '**İzmir Balçova Bölgesinde Yaşayan Kadınların Meme Kanseri İlişkin Risk Faktörleri, Bilgi ve Uygulamaları**' konulu bu tezi 06.11.2008 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı
Prof. Dr. Zuhal BAHAR



Jüri Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER



Jüri Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Özgül KARAYURT

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İçindekiler	i
Tablolar Dizini	iv
Şekiller Dizini	vi
Özet	1
Summary	2
BÖLÜM I-GİRİŞ	
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	3
BÖLÜM II-GENEL BİLGİLER	
2.1. MEME KANSERİ	7
2.1.1. Meme Kanseri İnsidansı	7
2.1.2.Meme Kanserinde Risk Faktörleri	7
2.1.3. Meme Kanserinin Belirtileri	11
2.1.4. Meme Kanserinde Tanı	12
2.1.4.1. Mammografi	12
2.1.4.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	12
2.1.4.3.Klinik Meme Muayenesi	17
2.2. Meme Kanserini Erken Tarama ve Tanılamada Hemşirenin Rolü	19
BÖLÜM III-GEREÇ-YÖNTEM	
3.1.Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	21
3.3. Araştırmanın Örnekleme	21

3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.5. Sosyo-demografik Soru Formu	22
3.6. Meme kanseri risk faktörleri soru formu	23
3.7. Meme kanserine ilişkin bilgiyi ve erken tanı uygulamaları ölçen sorular	24
3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	24
3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	25
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.11. Araştırmanın Zamanı	25
3.12. Araştırma Etiği	26
3.13. Ön Uygulama	26

BÖLÜM IV-BULGULAR

4.1. Katılımcıların Meme Kanseri Risk Faktörleri	27
4.2. Katılımcıların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi ve Erken Tanı Uygulamaları	29
4.3. Katılımcıların Erken Tanı Yöntemlerini Öğrenme Kaynakları	37

BÖLÜM V-TARTISMA

5.1. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Faktörlerinin İncelenmesi	38
---	----

5.2.Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi 40

5.3.Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Uygulama Davranışlarının İncelenmesi 41

BÖLÜM VI-SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç 45

6.2.Öneriler 45

KAYNAKLAR 47

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Ek 2. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Ek 3. İzin Belgesi

Ek.4. Etik Kurul Raporu

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Tablonun İsmi	Sayfa No
Tablo 1:	Balçova’da Yaşayan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri	22
Tablo 2:	Balçova’da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı	27
Tablo 3:	Balçova ‘ da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Risk Puanlarının Dağılımı	29
Tablo 4:	Balçova ‘ da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Sorularının Dağılımı	29
Tablo 5:	Balçova ‘ da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Puanlarının Dağılımı	30
Tablo 6:	Balçova ‘ da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Erken Tanı Uygulama Sorularının Dağılımı	31
Tablo 7:	Balçova ‘da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Erken Tanı Uygulama Puanlarının Dağılımı	32
Tablo 8:	Balçova’ da Yaşayan Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Düzenli KKMM ‘si Yapma Durumlarının İncelenmesi	33
Tablo 9:	Balçova’ da Yaşayan Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Mammografi Çektirme Durumlarının İncelenmesi	34
Tablo 10:	Balçova’ da Yaşayan Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumlarının İncelenmesi	35

Tablo 11. Balçova’da Yaşayan Kadınların Meme kanseri Riski, Bilgi ve Erken Tanı Uygulama Puan Durumları	36
Tablo 12. Balçova’da Yaşayan Kadınların Meme Kanserine İlişkin Risk ve Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Bilgi ve Uygulama Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri	36
Tablo 13: Balçova’ da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Kaynaklarının Dağılımı	37

ŞEKİLLER ve RESİMLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1: Mamografi çekiminde hastanın pozisyonu	12
Şekil 2: Kendi kendine meme muayenesinde memelerin eller kalçalardayken gözlemlenmesi	14
Şekil 3: Kendi kendine meme muayenesinde memelerin eller havadayken gözlemlenmesi	14
Şekil 4: Elle meme muayenesi	15
Şekil 5: Elle muayenede meme dokusunu tarama şekilleri	15
Şekil 6 : Yatar pozisyonda elle muayenede sağ memenin değerlendirilmesi	16
Şekil 7: Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi	16
Şekil 8. Klinik meme muayenesinin yapılması	18
Şekil 9 :Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi	18

TEŞEKKÜR

Lisansüstü çalışmamda danışmanlığımı üstlenip, tezimin konusunun belirlenmesinden, tamamlanmasına kadar geçen sürede, emeği geçen, engin bilgileriyle bize sürekli rehber olan Sevgili Hocam Prof. Dr. Zuhâl Bahar'a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca yüksek lisans ve tez dönemim süresince bilgi ve tecrübelerimden yaralandığım Yrd. Doç. Dr. Ayşe Beşer'e teşekkür ederim.

Son olarak maddi ve manevi destekleriyle beni bugünlere getiren anne ve babama, her zaman benden destek ve sevgisini esirgemeyen eşim Ahmet YILDIRIM'a sevgilerimi sunarım.

Nilüfer GÜLTEN

İZMİR BALÇOVA BÖLGESİNDE YAŞAYAN KADINLARIN MEME KANSERİNE İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİ, BİLGİ VE UYGULAMALARI

Nilüfer GÜLTEN

ÖZET

Bu çalışma kadınların meme kanseri risk faktörlerini, bilgi ve erken tanı uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini İzmir' in Balçova ilçesinde yaşayan 210 kadın oluşturmuştur. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün Saha Tarama Çalışmaları için önerdiği yöntem kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır.

Elde edilen verilere göre kadınların %90.9'u düşük düzeyde riske, %9.1'i ise orta düzeyde meme kanseri riskine sahiptir. Yüksek düzeyde riski olan kadın saptanmamıştır. Kadınların meme kanseri hakkındaki bilgi ve erken tanı uygulamaları da düşük düzeyde saptanmıştır. Meme kanseri hakkında bilgisi çok iyi olan kadınlar %7.2, erken tanı uygulama davranışları çok iyi düzeyde olan kadınlar ise %32.8 olarak belirlenmiştir. Meme kanseri hakkındaki bilgi ve erken tanı uygulamaları yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, aylık gelir ve sağlık güvencesi değişkenlerinden etkilendiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Sağlık hizmetinin sunumunda önemli bir yere sahip olan hemşireler Balçova bölgesinde hizmet verirken meme kanseri riski olan bireylere öncelik vermeli meme kanserinden koruyucu davranışlar hakkında eğitimler ve tarama programları planlamalı, meme kanseri tarama tetkiklerini halka ücretsiz sunan Tülay AKTAŞ Kanser Erken Tanı ve Eğitim Merkezi'ne (KETEM) yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, risk, bilgi ve uygulama.

DETERMINE OF WOMAN BREAST CANCER RISK FACTORS, KNOWLEDGE AND PRACTICE WHO LIVE IN BALÇOVA DISTRICT

Nilüfer GÜLTEN

SUMMARY

This study aimed to investigate the breast cancer risk factors, knowledge and practice of the women who live in Balçova district.

Study population was consisted of 210 women from Balçova where is the district of İzmir. For to chose study population we use field screening method which has suggested by World Heath Organisation (WHO). For data collection we used a questionnaire form..

We determined that 90.9 %of women have low risk and 9.1 % of moderate risk. There is no women who have high risk of berast cancer. Women knowledge and practice about breast cancer are low levels. We determined that women who have high knowlegde level about breast cancer is 7.2% and who have high level about practice is 32.8 %. The age, education degree, marital, working, status, monthly income and health insurance are effected the knowledge and practice of breast cancer.

Nurses have an important place in service and they must give priority to the women who have got risk of breast cancer and to plan education about breast cancer and screening of it. For Balçova distict, health professionals must canalize public about Tülay AKTAŞ cancer early diagnosis and education center which make examinations free of payment.

Key Words: breast cancer, risk, knowledge and practice.

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi:

Meme kanseri sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlerle sonuçlanması nedeniyle bir halk sağlığı sorunudur. Meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen %31 kanser türü olup kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada %15 yer almaktadır (1). Dünyada, her yedi kadından birinin yaşamının herhangi bir döneminde meme kanseri olabileceği belirtilmektedir (2, 3). Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Amerika’ da 2008 yılında meme kanseri tanısı alacak kadın sayısı 182,460, meme kanseri nedeniyle ölecek kadın sayısı 40.480 olarak tahmin edilmektedir (4,5). Avrupa’da yılda 180.000 yeni olgu saptanmakta olup, saptanan olgular en fazla; Danimarka, Bulgaristan, İsveç ve Hollanda’yı kapsamaktadır (6).

Ülkemizde henüz düzenli bir meme kanseri kayıt programı olmadığından, kesin sıklığının belirlenmesi güçtür. TC. Sağlık Bakanlığı’nın 2004 yılı verilerine göre kadınlarda meme kanserinin %34.73’lük oran ile kadınlarda en sık görülen kanser türleri arasında ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (7). İzmir’ de kanser kayıtlarını tutan ve Türkiye’ de ilk ve tek nüfus tabanlı kayıt merkezi olan İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi (KIDEM) 1996-2000 yılları arasında kadınlarda en sık görülen beş kanser türünü araştırmış, ilk sırada meme kanseri saptanmıştır (8). Ege Üniversitesi hastanesinde yapılan bir çalışmada meme kanserinin kadınlarda en çok 45-54 yaşları arasında görüldüğü ve meme kanseri sıklığının %30.2 olduğu belirtilmektedir (9).

Meme kanserli hastalar için tüm evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir (10). Aradaki bu önemli fark, meme kanserini erken tanılamayı sağlayan kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mammografinin uygulanması ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir (10,11). Amerikan Kanser Birliği; 20 yaş üzeri her kadının (isteğe bağlı) her KKMM yapmasını, 20’li 30’lu yaşlarda KMM’ne başlamasını ve 3 yılda bir tekrarlamasını, 40 yaşından sonrada her ay KKMM, her yıl KMM ve mammografi

çektirmesini önermektedir (2). Meme kanseri tehritinin azaltılmasında tarama programlarının yanı sıra atılacak adımlardan birisinin de her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesidir (12).

Meme kanserinde majör risk faktörleri cinsiyet ve yaşır. Meme kanserinin % 99'u kadınlarda ve bu kadınların %78'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu görölmektedir. Meme kanserinde diğer majör risk faktörleri birinci derece akrabalarında meme kanseri olması, uzun menstruasyon öyküsü, hiç doğum yapmamış olmak veya ilk doğumunu 30 yaş üzerinde yapma, atipik hiperplazi ve lobular karsinoma in situ (LCIS) öyküsüdür (13, 14).

Meme kanserinin azaltılmasında yapılacak en önemlisi girişimlerden biride her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ve risk düzeylerini belirlemesidir (15). Najeni (2007) kadınlarda meme kanseri risk faktörlerini araştırdığı çalışmasında; geç menapoz, birinci derece akrabalarında meme kanseri olması, obezite gibi faktörleri risk olarak belirlemiştir (16). Farklı çalışmalarda obezite, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite azlığı, birinci derece akrabalarında meme kanseri olması, üreme hikayesi ve hormon replasman tedavisi alınması riskler olarak bulunmuştur (17, 18). Lancaster (2005) Amerika' da yaptığı çalışmasında kadınların meme kanseri risklerini risk düzeylerine göre kategorilere ayırmış olup, kadınların %10'u düşük düzeyde riskli, %71'i orta düzeyde riskli ve %19'u yüksek düzeyde riske sahip bulunmuştur (19). Amerika' da yapılan bir başka çalışmada kadınların %40.2' sinin meme kanseri risk düzeylerini orta ya da yüksek, %59.8'ini ise düşük düzeyde riske sahip olarak belirlenmiştir (20). Arap kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların risk düzeyleri orta düzeyde saptanmıştır (21). Ülkemizde yapılan bir çalışmada meme kanseri risk faktörleri; alkol kullanımı, diyabet, hormon replasman tedavisi, oral kontraseptif kullanımı ve erken menarş olarak saptanmış (22), Aslan (2007) yaptığı çalışmada ise kadınların % 98.5 inin meme kanseri risk düzeyi düşük, %0.7'sinin orta ve %0.8'nin yüksek düzeyde riske sahip olduğu belirlenmiştir (12).

Koreli hemşireler, meme kanseri risk faktörlerinin ve risk düzeylerinin farkında olan kadınların daha fazla KKMM yaptığı, KMM yaptırdığı ve mammografi çektirdiği belirtmişlerdir (11). Arap kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %74'ünün meme kanseri hakkında hiçbir yerden bilgi almadıkları ve meme kanseri hakkında bilgi eksiklikleri olduğu belirtilmiştir (23). Çin' de kadınların meme kanseriyle ilgili bilgilerini ölçen bir araştırmada mammografiyi duymayan kadınların %58 olduğu vurgulanmıştır (24). Webster (2006) ise

çalışmalarında, kadınların bilgi eksikliği nedeniyle meme kanserini önlemeye yönelik erken tanı uygulamaları yapmadığı belirtmiştir (25). Vahabi'nin (2005) çalışmasında kadınlara meme kanseri bilgisi ile ilgili sorular sorulmuş ve kadınların meme kanseri hakkındaki bilgileri düşük (26), Leslie' nin (2003) çalışmasında ise bilgi düzeyleri orta olarak belirlenmiştir (27). Ülkemizde Manisa'da yapılan bir çalışmada ise kadınların %56.1' nin meme kanseri hakkında bilgisi olduğunu ve kanser bilgisinin kanser önleyici davranışla ilişkili olduğunu saptanmıştır (28). Çadır' ın (2004) yaptığı çalışmada kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeyleri ölçülmüş ve kadınların %36.5' inin bilmeyen, %32.6'sının az bilen, %26.1'inin bilen, %4.8 'sinin iyi bilen olduğu belirtilmiş (29), başka bir çalışmada kadınlara meme kanseri hakkındaki sorular yöneltmiş ve kadınların %49.8'i biliyor, %50.2' si ise bilmiyor olarak saptanmıştır (30). Kadınların bilgi düzeyleri erken tanı yöntemlerinin uygulanmasında da önem taşımaktadır (12). Çinli kadınlar arasında yapılan bir çalışmada kadınların KKMM yapma ve mammografi çektirme oranları sırasıyla %25.9 ve %12.3 olarak belirtilmiştir (31). California da yapılan çalışmada kadınların %70'i KKMM yaptığı, %93' ünün KMM yaptırdığı ve %77'sinin mammografi çektirdiği belirlemiştir (32). California' da yapılan bir başka çalışmada sağlık güvencesi olmayan kadınların %93'ünün mammografiyi yaptırmadığını, sağlık güvencesi olanların %75'inin ise mammografiyi yaptırdığı vurgulanmıştır (33). Nijeryalı kadınlara yapılan bir çalışmada kadınların sadece %7.1' inin KKMM yaptığını ve %1.5' inin KMM yaptırdığı belirtilmiştir (34). Ürdün' de yapılan bir çalışmada, KKMM' ni her ay düzenli yapan kadınların sadece %7 olduğu saptanmıştır (35). Hindistanlı kadınlarla yapılan çalışmada 20 yaş üzerindeki kadınların son bir ayda %40.7'sinin KKMM yaptığını, 40 yaş üzerindeki kadınların, %54.8'i son bir yılda KMM yaptırdığını ve % 61.3'ü mammografi çektirdiği saptanmıştır (36). Alam (2006) Riyad' da yaptığı çalışmada kadınların KKMM yapma oranlarının %41.2 ve mammografi çektirme durumlarının %18.2 olduğunu tespit etmiştir (21). Ülkemizde Dişçigil ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada kadınların %61.7' si KKMM ve ancak %17.9 unun doğru ve düzenli uyguladığı, KMM'ni %42.7 ve mammografiyi %40.6 oranında yaptırdıkları belirtilmiş (37), bir diğer çalışmada kadınların %45.1'inin KKMM yaptığı,%19.4'ünün KMM yaptırdığı ve %10.5'inin mammografi çektirdiği belirlenmiştir. Kadınların %50.2'sinin aklına geldikçe, %34.3'ünün adet kanamasının bitiminden 2-3 gün sonra KKMM yaptıkları tespit edilmiştir (29). Kılıç ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada hastaneye başvuran kadınların %20'sinin düzenli KKMM yaptığı belirtilmiştir (38). Altuncan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %86.2'si KKMM' yi hiç uygulamamakta, %13.8' i ise arada bir uygulamakta olduğu belirlenmiştir (39).

Yapılan araştırmalara göre meme kanserine ait risklerinin farkında olan kadınların, kanserlere ait bilgi ve erken tanı uygulamaları artmaktadır. Kadınların meme kanserine yönelik risk faktörleri erken tanıya yönelik bilgi düzeylerinin ve erken tanı uygulamalarının belirlenmesi, sağlık hizmet sunumunun içeriğini belirleyecektir. Özellikle birinci basamakta aktif rol alan hemşirelerin, riskli kadınların belirlenmesi, kadınların bilgi düzeyleri ve erken tanıya yönelik davranışlarını bilmesi, nemeye yönelik girişimlerin planlanması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde hemşirelik araştırmalarına bakıldığında, kadınların meme kanseri risk faktörleri bilgi ve erken tanı uygulamalarını belirleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu zden yola çıkılarak bu çalışma; kadınların meme kanseri hakkındaki risk faktörlerini, bilgilerini ve erken tanı uygulamalarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

BÖLÜM-II

GENEL BİLGİLER

2.7 MEME KANSERİ

2.7.1 Meme Kanseri İnsidansı

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup kadınlarda görülen tüm kanserlerin %26'unu oluşturmaktadır. Amerika' da 2008 yılında 182.460 yeni meme kanseri vakası beklenilmektedir (2).

Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hawaii, Kanada, Kaliforniya yılda yüz binde 80- 90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, aynı değer Japonya'da sadece yüz binde 12- 15 arasındadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır. Dünya ülkeleri arasında hastalık sıklığındaki bu fark özellikle menapoz sonrası kadınlarda görülmekte olup, menapoz öncesi dönemde ülkeler arası farklar çok azdır (40). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılı verilerine göre; kadınlarda meme kanseri %34.73'lük oran ile kadınlarda en sık görülen kanser türleri arasında ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (7).

2.7.2.Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Cinsiyet: Kadınlarda en çok görülen kanser meme kanseridir. Meme kanseri vakalarının %99'unu kadınlar oluşturmakta erkeklerde ise %1 ya da daha az oranda görülmektedir (41).

Yaş: Meme kanseri için yaş önemli bir risk faktörüdür. Menapoz öncesi dönemde daha az, menapoz sonrası dönemde ise daha fazla görülen meme kanseri sıklığının yaşla birlikte arttığı belirtilmektedir. Meme kanserinin %78'i 50 yaş üzeri kadınlarda, sadece %22'si 50 yaş altındaki kadınlarda görülmektedir (3,13,14).

İrk: Meme kanseri beyaz kadınlarda, Latin Amerika ve Afrikalı kadınlardan daha sık görülmektedir (2, 42).

Aile Hikayesi: Birinci derece akrabasında (anne, kız kardeş ve kız) meme kanseri olan kadınların meme kanseri riski artmaktadır (2). İki veya daha fazla birinci derece akrabasında meme kanseri varsa bu risk çok daha fazla artar. Akrabalarında meme kanseri ne kadar erken ortaya çıkmış ise o kişide risk o kadar artar. Birinci derece akrabasında bilateral meme kanseri olması da riski artırır. Meme kanserinin genç yaşta ortaya çıkması genetik yatkınlığın en önemli göstergesidir (43).

Menarş yaşı: Menarş yaşının 12'nin altında olması meme kanseri riskini artırmaktadır (1). Genel olarak menarşın her bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin % 20 azaldığı kabul edilmektedir. Fakat meme kanseri riski yönünden mensturasyon başlama yaşı yanında ilk düzenli mensturasyon yaşı da önemlidir. Menarşı takiben düzenli mensturasyonların 1 yıl içinde başlaması, düzenli mensturasyonları 1 yıldan geç başlayanlara göre risk iki katına çıkmaktadır. Menarşı erken (12 yaş ve öncesi) başlayan ve kısa sürede düzenli menstural dönemlere geçen kişilerde kanser riskinin menarşı geç başlayan (13 yaş veya üzerinde) ve uzun süre düzensiz menstural dönemleri olan kişilere göre 4 kat fazla olduğu kabul edilmektedir (15, 44).

İlk hamilelik ve ilk doğum yaşı: Geç yaşta çocuk sahibi olanlar da meme kanseri olma olasılığı daha fazladır (1, 2). İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadında kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat daha fazladır. Hiç doğum yapmamış kadınlarda ise 20 yaşından önce doğum yapanlara göre riskin 2 kat fazla olması paradoks bir şekilde; evli fakat geç doğum yapan kadınlarda meme kanseri riskinin hiç doğum yapmamış kadınlara göre daha fazla olduğunu ortaya çıkarmaktadır (45). İlk gebeliğin, yıllarca prolaktin düzeyinin düşük kalmasını sağladığı; doğum yapmış kadınlarda prolaktin düzeyinin, doğum yapmamış kadınlara göre daha düşük değerde olduğu ve düşük prolaktin düzeyinin de koruyucu bir etki meydana getirdiği belirtilmekte; bunun sonucu olarak da erken yaşta ilk doğumun koruyucu etkisi kısmen açıklanmaktadır (46).

Menopoz yaşı: Meme kanseri riski ile menopoz yaşı arasında da bir ilişki mevcuttur. Menapoza 45 yaşından önce giren kadınlarda meme kanseri riski, 55 yaşından sonra menopoza giren kadınların yarısı kadardır. Yani aktif mensturasyon dönemi 40 yıl veya daha fazla süren kadınlarda risk aynı dönemi 30 yıl veya daha az olan kadınların iki katıdır (1,4,45).

Genetik Faktörler: Meme kanserli kişilerin ailelerinde 2-3 kat artmış meme kanseri sıklığı, genetik etkenlerin etyolojide rol aldığını düşündürmektedir. Postmenopozal meme kanserli bir kadının akrabalarında relatif risk artmazken, premenopozal dönemde ortaya çıkmış ise risk 9 kat artmaktadır. Aile hikayesi olan kişilerde meme kanserinin ortaya çıkma yaşı daha erken olup, hastalık bilateral olmaya eğilimlidir (47).

Aşağıdaki genler meme kanserinde rol oynamaktadır;

*BRCA-1: Otozomal dominant bir gen olan BRCA-1, 17. kromozomun uzun bacağı (q) üzerinde yerleşmiş olup, mutasyonların oluşması sonrası ailevi meme kanseri ve over kanserinde rol oynadığı kabul edilmektedir. Meme kanserli olguların büyük bir kısmını oluşturan ve herediter geçiş göstermeyen sporadik olgularda bu genin bir rolü yoktur.

*BRCA-2: 13. kromozom üzerinde bulunan, ailevi olgularda hastalığın erken ortaya çıkışında ve bilateral hastalıkta rol oynayan bir genidir. BRCA-1 den farklı olarak artmış over kanseri sıklığı ile bir ilişkisi yoktur (48).

*P-53: 17. kromozomun kısa kolundadır ve tümör supresor bir genidir. Meme karsinomu ve sarkomu, beyin tümörü, lösemi ve adrenal bez tümörü ile karakterize olan Li-Fraumeni Sendromu ile birliktedir (49).

*PTEN: (Phosphatase and Tensin Homolog Deleted on Chromosome ten) Tümör supresör genidir. Mutasyonunda %50 artmış meme kanseri riski vardır.

*CHECK-2: Hücre siklusu 'check point' kinaz geni. Mutasyonunda kadınlarda meme kanseri 2 kat, erkeklerde ise 10 kat artar (49).

Diyet Faktörleri: Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini artırmaktadır. Bazı araştırmacılar bunun tümörün büyümesini stimüle ettiğine inanmaktadır (50). Diyetteki yağın kanser riskini nasıl arttırdığı konusunda çeşitli teoriler bulunmaktadır. Bunlarda birinci teoriye göre; yüksek yağlı bir diyet bağırsaklardaki bakterileri çoğaltmakta, bu bakteriler de östrojen hormonu birleşiklerinin üretimini arttırmaktadır. İkinci teoriye göre; fazla yağlı diyet lif miktarı az olduğu için östrojenin yeniden emilimi artmaktadır (51).

Alkol Kullanımı: Özellikle 30 yaş altında alkol alımına başlanması ve günde bir bardaktan fazla alkol tüketimi çok daha önemli bir risk faktörüdür (3,17,52). Etyolojisi kesin açıklanamamakla birlikte, araştırmacılar alkol alımının kanserojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olduğuna inanmaktadır. Diğer olası bir nedenin ise alkolün meme dokusundaki hücre permabilitesinde değişikliğe yol açması olduğuna inanılmaktadır (50).

Benign Meme Lezyonları: Atipik hiperplazili kadınlar; atipik hiperplazisi olmayan kadınlara göre 10 yıllık zaman periodu içerisinde %10-%20 daha fazla yüksek riske sahiptirler; bu oran özellikle premenapoz dönemindeki kadınlarda daha yüksektir (53). LCIS olan kadınlar ise normal kadınlara göre 25 yıllık zaman periyodu içerisinde %25-%40 daha fazla riske sahiptirler (54). Bir memede kanser varlığı ortalama popülasyona göre kanser riskini 5–7 kez artırır (55).

Obezite: Menapoz sonrası dönemde fazla yağ dokusu olan kadınlarda, over ve adrenal kökenli androjenlerin, endojen östrojenlerindaha fazla üretilmesine neden olduğu düşünülmektedir. Menapoz sonrası kadınlarda yağ dokusu, östrojenin ana kaynağı olarak işlev görmektedir. Böylece obezite östrojen düzeyini ve onun neoplazmi uyarıcı özelliklerini arttırmaktadır. Ayrıca yağ dokusu, bazı toksinleri ilaçları, vitaminleri depolayarak, bazı kanserojenlere de sürekli kaynak oluşturmaktadır (56, 57). Obezite özellikle postmenapozal kadınlarda obezite meme kanseri görülme oranını %30-%50 oranında arttırmaktadır (17).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Erken veya uzun süreli oral kontraseptif kullanımı ve uzun süreli (10-15 yıl üzeri) riski artırdığı saptanmıştır (50). Östrojen ve progesteron kombine kullanılan preparatların meme kanseri riskine etkisi hala tartışmalıdır (13, 55,58).

Hormon Replasman Tedavisi(HRT): HRT alan hastalarda meme kanseri riskini arttırdığını belirtilmektedir. Özellikle östrojenin, meme hücrelerinde mitoz bölünme hızını arttırdığını göstermektedir. Ayrıca memenin epitel ve yağ dokusunun, östrojene duyarlılığının oldukça fazla olduğu, meme dokusunda da yüksek düzeyde östrojenin metabolize olduğu bilinmektedir. Bu bilgiler ışığında, meme kanseri ile östrojen arasındaki ilişkide, vasküler sistemde dolaşan östrojen düzeyinden çok, meme hücrelerinin metabolizmasının etkili olduğu görüşü ağırlık kazanmaktadır (57).

Fizik Aktivite: Yapılan son çalışmalar ile fiziksel aktivitenin meme kanserinden korunmada küçük bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Adölesan ve erişkin dönemde yapılan egzersizlerin meme kanseri riski üzerine etkisini araştıran çalışmalarda, egzersizin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiş ve haftada 4 saat veya daha fazla egzersiz yapan kadınlarda kanser riskinin hiç egzersiz yapmayan kadınlara göre %60 daha az olduğu bildirilmiştir (1, 4).

İyonizan Radyasyon: İyonizan radyasyonun dokular üzerindeki etkileri erken ve geç olmak üzere iki türdür. Geç etkiler somatik geç etkiler ve genetik geç etkiler seklindedir. Matürasyonunu tamamlamamış meme dokusu radyasyona çok duyarlı olup, radyasyona maruz kalma sonrası gelişme bozuklukları ve meme kanseri oluşabilir. Akciğer tüberkülozu nedeniyle çok sık tekrarlanan floroskopik tetkiklere maruz kalan hastalarda da artmış meme kanseri sıklığı bildirilmiştir. Genel diagnostik radyolojide meme kanseri riski %1'den azdır (46). Uluslar arası kanser enstitüsünün verilerine göre; 30 yaşından önce göğüse uygulanan (meme dâhil) radyasyon tedavisi meme kanseri riskini arttırmaktadır. Hodgkin lenfomada radyasyon tedavisi alan kadınlar meme kanseri yönünden risk altındadır. Genç kadınların radyasyon tedavisi aldıkları zaman ileri yaşlarında meme kanseri olma riskleri yüksektir (4).

2.7.5.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 (1).

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 (4).

2.7.6.Meme Kanserinde Erken Tanı

Meme kanserlerinde günümüzde kullanılan erken tanı yöntemlerini şunlardır;

Mammografi; Meme kanserinin tanısında sıklıkla kullanılan ve erken tanı ile mortaliteyi %20-70 oranında azaltan, en etkin radyolojik yöntemdir. Mammografi; 30 yaşından büyük, belirtileri olan kadınlarda tanı amacıyla, meme kanserine ilişkin yakınması ya da bulgusu olmayan kadınlarda uygulanan bir yöntemdir. Ayrıca mammografi 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. Tarama amaçlı mammografiye 40 yaşında başlanması, 40-49 yaşlar arasında 1-2 yılda bir, daha sonra yılda bir uygulanması önerilir (59). Düzenli mammografi 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/acı vereceği düşüncesi bireylerin mammografi çektirmesine engel oluşturmaktadır (15, 60).



Şekil 1. Mammografi çekiminde hastanın pozisyonu (62).

2.7.6.4.KKMM; KKMM ideal olarak adet döngüsünün 5.-7. günleri arasında, ayda bir kez yapılmalıdır (2,7). 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 (2,7,56,62). 20 yaşındaki her kadın KKMM'sine başlamalıdır. Kadınların %81'inin KKMM sayesinde memedeki değişiklikleri ilk olarak kendilerinin fark ettikleri belirtilmektedir (52,55).

Kadınların memelerinde bir kitle bulma endişesi ve kanser olma korkusu nedeniyle sadece %25-30'unun düzenli olarak KKMM yaptığı saptanmıştır (52). Ülkemizde ise yapılan çalışmalarda aylık düzenli olarak KKMM yapma oranının %10.2 ile %13 arasında değiştiği saptanmıştır (28,63).

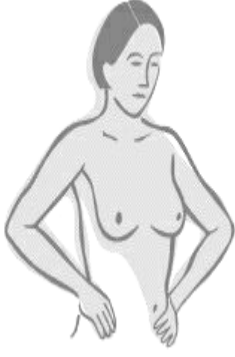
KKMM muayenesinin sağ kalım oranını arttırmadığına ilişkin çalışmalar vardır (64,65). Rusya (66) ve Çin'de de (67) yapılan çalışmalarda KKMM'nin meme kanseri evresini düşürmede ve mortaliteyi azaltmada etkili olmadığı saptanmıştır. Ancak KKMM uygulaması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve sağlık hizmetinden uzak kırsal bölgelerde meme sağlığı konusunda farkındalığı arttıracığı için ve ardından KMM ve mammografi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyinin de gelişebileceği ön görülürse üzerinde durulması ve önerilmesi gereken bir uygulamadır. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı'nda KKMM'ni meme kanserinde farkındalığını artırdığı için önermektedir (68).

KKMM'ni Şekillerle göstermek gerekirse; iki ayrı aşaması vardır (62);

1-Gözle değerlendirme;

KKMM' nin ilk basamağı memelerin gözle değerlendirilmesidir. İyi aydınlatılmış bir odada ayna karşısına geçerek meme muayenesine başlanır;

Eller kalçalardayken (Şekil 2), avuçlar önde sıkılırken, kollar yanlarda serbest sallanır durumdayken, eller havadayken (Şekil 3) ve vücut öne serbestçe eğilmiş durumdayken, toplam beş ayrı pozisyonda her iki meme aynada iyice incelenir.



Şekil 2: KKMM’de memelerin eller kalçalardayken gözlemlenmesi (62).

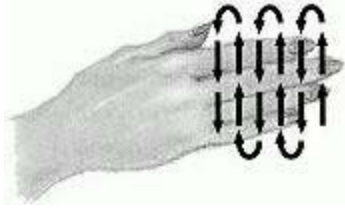


Şekil 3: KKMM’de memelerin eller havadayken gözlemlenmesi (62).

Gözle değerlendirmede memelerde belirgin şişlik, meme cildinde içe doğru çekilme alanları, renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan bir belirginleşme hali, ciltte "portakal kabuğu" görünümü (cilt yüzeyinde lenf kanalı tıkanıklıklarına bağlı olarak portakal kabuğu görünümünü andıran değişiklikler) gibi bulgular aranır. Özellikle bir pozisyondan diğerine geçişte bazı değişiklikler belirginleşebilir (2,7,56,62).

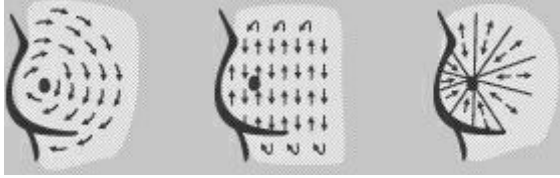
Meme ucunun içe doğru çekilmesi, tümüyle içe gömülmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri aranması gereken diğer bulgulardır. Yukarıdaki görsel değişikliklerin varlığı memelerde normal dışı bir durumun varlığını göstermemekle beraber, doktora başvurulmasını gerektiren durumlardır (2,7,56,62).

2-Elle değerlendirme;



Elle değerlendirmede meme dokusunda normalde var olan meme dokusu ile olmaması gereken bir dokunun ayrımı önemlidir. Elle değerlendirmede meme dokusu asla baş ve işaret parmağı arasında sıkılmamalı, elin orta üç parmağı meme dokusu üzerine yerleştirilerek tarama parmakların hassas olan i yüzeyleriyle dokuyu hissederek yapılmalıdır (şekil 4).

şekil 4: Elle muayenede elin üç parmağının i yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır. şekilde yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı tarama yöntemi gözlenmektedir (62).



şekil 5: Elle muayenede meme dokusu yukarıda görülen şekillerde taranabilir. Kendinize hangi yöntem daha rahat geliyorsa onu benimseyebilirsiniz (62).

Meme dokusunun tümüyle taranması, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar tüm alanların dikkatlice hissedilerek taranması demektir. Bu amaca yönelik olarak aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi parmak uçları meme üzerinden kaldırılmadan memenin tamamını ya daireler çizerek, ya yukarıdan-aşağı, aşağıdan-yukarı tarayarak ya da merkezden dışa tarayarak değerlendirilebilir (şekil 5). Elle muayenede elin orta  parmağının i yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır. Muayeneyi yaparken parmakları yalnızca cilt üzerinde kaydırmak bulgu vermez. Her memede her taramayı toplam üç kez hafif, orta ve şiddetlice bastırarak tekrarlamak gerekmektedir (2,7,56,62).

2a-Yatar pozisyonda elle değerlendirme;



Memeleri yatar pozisyonda elle değerlendirmek için sırtüstü yatılır. Sağ omuzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirdikten sonra sağ el başın altına koyulur. Bu aşamada meme dokusu bir yana doğru kaymamalı, ortada durmalıdır. Daha sonra sol el parmaklarıyla meme yukarıda anlatıldığı Şekilde tümüyle taranır. Sağ memenin değerlendirmesini tamamladıktan sonra aynı işlemler sol memede gerçekleştirilir (Şekil 6) (2,7,56,62).

Şekil 6: Yatar pozisyonda elle muayenede sağ memenin değerlendirilmesi (62).

2b-Ayakta elle değerlendirme;



Bu muayene ideal olarak duş altındayken sabunlu elle yapılır. Ayakta muayenede Şekilde görüldüğü gibi önce sağ el enseye yerleştirilir ve yatar pozisyonda elle değerlendirmede yapılan işlemler önce sağ meme için sonra da sol meme için tekrarlanır. Ayakta yapılan muayene özellikle üst dış kadrandaki kitlelerin daha iyi fark edilmesini sağlar. Meme kanserlerinin %60-70'i meme dokusunun en yoğun olduğu bu bölgede görülür (Şekil.7) (2,7,56,62).

Şekil 7: Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi (62).

2.7.6.1.Klinik Meme Muayenesi:

Muayene bu konuda uzman doktor ya da yeterli deneyime sahip hemşireler tarafından yapılmalıdır. Muayene çok iyi bir ışık altında hasta belden yukarı çıplakken yapılmalıdır. Her iki memenin, aksiller ve supraklavikular bölgelerin dikkatli ve karşılaştırmalı bir Şekilde

muayene edilmesi gerekir. Hasta ayakta, otururken ve sırtüstü yatar pozisyonda inspeksiyon ve palpasyonla muayene edilir (69).

İnspeksiyon; Oturan bir hastada kollar iki yana sarkıtılmış durumdayken, daha sonra her iki kol başın üstünde yukarı doğru kaldırılmış iken ve her iki kalça üzerine konan eller kalçalara bası yaparken memeler inspeksiyonla incelenir. İnspeksiyonla memelerde büyüklük, şekil ve pozisyon yönünden bir anormallik, şişlik, meme derisinde kızarıklık-retraksiyon-ödem-ülserasyon-akzema-satellit nodüller, meme başında akıntı, areolada pigmentasyon-şekil, büyüklük ve renk bakımından değişiklik, büyümüş montgomery folikülleri, kolda ödem, aksillada kızarıklık-şişlik-apse değerlendirilir (69).

Palpasyon; Aksiler ve supraklavikular bölgelerin palpasyonu ile başlanır. Hasta yüzü hekime dönük olarak oturtulur. İlk önce supra ve infraklavikular lenf nodülü metastazı araştırılır. Aksiller bölgenin muayenesinde, pektoral kasların gevşek bir durumda olması gerekir. Bunu sağlamak için hekim-hemşire bir eliyle hastanın kolunu tutarak kasların gevşek bir durumda kalmasını sağlar ve diğer elinin parmak uçlarıyla aksillayı palpe eder. Meme palpasyonu parmakların iç yüzleriyle dikkatli ve yavaş olarak yapılmalıdır. Meme palpasyonu hasta yatarken yapılmalıdır. Ancak subareolar bölge ve bunun hemen altındaki meme bölümü hasta otururken de palpe edilmelidir. Memenin iç yarısı muayene edilirken hasta kolunu başının üzerine kaldırır ve omuzun altına küçük bir yastık yerleştirilir. Daha sonra memenin iç yarısı, meme başından sternuma ve klavikuladan meme altındaki kıvrıma kadar muayene edilir. Memenin dış yarısının palpasyonu, hastanın kolunu yanına uzatmasından sonra yapılır. Daha sonra arka aksiller çizgiden meme başına ve meme altındaki kıvrımdan infraklavikular bölgeye kadar tüm dış yarının palpasyon ile muayenesi yapılır. Subareolar bölge ve onun biraz daha alt kısımları hasta otururken palpe edilmelidir. Subareolar bölgede lokalize olan küçük bir tümör, yatarken yapılan muayenede sert meme dokusu içinde palpe edilemeyebilir. Bundan dolayı bu bölgenin muayenesi hasta otururken yapılmalıdır. Palpasyonla memede sıcaklık, hassasiyet, şişlik, meme başından akıntı (areolanın çevresine bası yapıldığı zaman akıntı gelmesi) gelmesi bölgesel lenf nodları araştırılabilir (69).



Şekil 8. Klinik meme muayenesinin yapılması (70).

Şekil 9 :Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi

Tablo 3.Amerikan Kanser Topluluğu'nun Önerdiği Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi

- Ø Yıllık mammografiye 40 yaşında başlanması önerilir. 40 yaşından itibaren yıllık mammogram.
- Ø 20 ile 40 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaş ve üzerinde yıllık klinik meme muayenesi
- Ø Sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara KKMM nasıl yapacaklarına dair eğitim verilir. KKMM'ne 20 yaşında başlanmalıdır (isteğe bağlı).
- Ø Yaşam boyu meme kanseri olma riski %20–25 ve daha üzerinde olan, güçlü meme ve over kanseri aile hikayesi olan ve Hodgkin hastalığı tedavisi gören kadınlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) önerilir (2).

2.2.Meme Kanserini Erken Tarama ve Tanılamada Hemşirenin Rolü

Kadınlarda öldürücü olan meme kanseri insidansının günden güne artması önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Ancak yaygın ve öldürücü olan bu hastalık erken tanılanarak ölümler azaltılabilir, yaşam süresi artırılabilir. Bu nedenle erken tanı ve kitle taraması bu hastalık için önem taşır (26). Meme kanserinin erken dönemde tanındığında tedavisinin olması ve sağkalım oranının çok yüksek olması (26), sağlık profesyonelleri içinde hemşirelerin rolünü üst sıralara çıkarmaktadır. Hasta ya da sağlam bireyle pek çok alanda karşılaşma olanağı olan hemşirelik disiplini birey, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirme amaçlı işlevlerini birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyinde gerçekleştirebilmektedir(71).

1. Birincil Koruma: Erken tanının sağlanması kadınların bu konuda eğitimi, bilgilendirilmesi ile olur. Eğitim ve bilgilendirme, çeşitli eğitim toplantıları, basın –yayın organlarında bilgilendirici programlar ile sağlanabilir. Bu programlar daha çok risk altında olan grupları kapsamalıdır.

Bu gruplar:

1. Yaşla beraber meme kanseri görülme sıklığı arttığından ileri yaştaki kadınlar
2. Ailesinde meme kanseri öyküsü olanlar
3. Memelerinden birinde meme kanseri öyküsü olanlar
4. BRCA1, BRCA2 gibi bazı genlerin pozitif olması
5. Yoğun ve yağlı meme dokusuna sahip olanlar
6. Menarş yaşı 12'nin altında olanlar
7. Menopoza 55 yaşından önce girenler
8. Geç yaşta (30 yaşından sonra) çocuk sahibi olanlar olarak sıralanabilir (2).

2.İkincil Koruma: Bu dönemde alınacak koruma önlemleri erken tanı, uygun tedavi ve sakatlıkların sınırlandırılmasından oluşur. Hastalığın başlangıç döneminde, daha doğrusu ilk belirtilerin saptanabildiği dönemde uygulanacak olan erken tanı ve tedavi gibi koruyucu yöntemleri kapsamaktadır. Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en emin yolu erken tanı ve tedavidir. Meme kanserinde erken evrede tanı koymak prognozu iyi yönde etkilediği, mortaliteyi azalttığı gibi uygun olgularda meme koruyucu cerrahi yapabilme imkânı sağlamaktadır. Sekonder koruma; taramaları ve risk altındaki grupların eğitimini kapsamaktadır. Meme kanseri taramasında, KMM ve mammografi en sık kullanılan yöntemlerdir (2,72).

Üçüncül Koruma: Bu düzeydeki bir koruma tıbbi rehabilitasyonu ve sosyal rehabilitasyonu kapsamaktadır. Amaç erken dönemde komplikasyonları önlemek, ağrının giderilmesini ve yaşam süresinin uzatılmasını sağlamaktır (71).

Bu kapsamda hemşirelere tüm koruma düzeylerinde büyük görevler düşmektedir. Ülkemiz şartlarında birinci basamakta korumaya yönelik verilen hizmetler içerisinde meme kanserinde erken tanı programlarına yönelik çalışmalara öncelik verilmelidir. Toplum taramasına yardımcı olan ev halkı tespit fişlerinin düzenli tutulmasıyla meme kanseri yönünden risk grubunda olan bireylerin tespiti ile bilgi ve destek gereksinimleri karşılanabilir. Birinci basamakta görev yapan sağlık ekibinin üyesi olan hemşireler yaptıkları ev ziyaretleriyle risk grubuna ilk ulaşan sağlık profesyonelleridir. Hemşirelerin meme kanseri yönünden risk taşıyan kadınların bilgilendirilmesi, erken tanı programlarına yönlendirilmesi, KKMM, KMM, mammografi hakkında eğitimleri için eğitici pozisyonunda olmaları önemli bir halk sağlığı sorunu olan meme kanserinden erken tanıda etkili olacaktır (72,73,74).

BÖLÜM-III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Balçova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı bölgede yaşayan kadınların meme kanserine ilişkin risk faktörleri, erken tanıya ilişkin bilgi ve erken tanı uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma İzmir Balçova bölgesinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evreni Balçova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı toplam 8 mahalle oluşturmuştur. Bölgede yirmi yaş üzeri kadın nüfus 30.279'dur. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü' nün Saha Tarama Çalışmaları için önerdiği yöntem kullanılmıştır (75,76).

Yöntem; bireylere ulaşmak için Sağlık Grup Başkanlığından Balçova bölgesinin haritası, sokakları ve sokakların ev numaraları sağlanmıştır. Mahallelere ait sokaklar numaralandırılıp, içlerinden 30 tanesi randomize olarak seçilmiştir. Örneğe çıkan bu sokaklardaki ilk ve son evlerin numaraları da aynı şekilde sıralanmış ve random olarak bir numara seçilerek ankete başlanacak ilk ev seçilmiştir. Araştırmacı tarafından örneğe çıkan ilk evde anket doldurulduktan sonra fiziki olarak en yakın eve gidilerek yedi aile tamamlanmış ve bir küme oluşturulmuştur. Bu şekilde toplam 30 sokaktan yedişer kadın alınarak toplam 210 kadına ulaşılmıştır. Yedi aile tamamlanamayan sokaklar için daha önceden belirlenmiş yedek sokaklara gidilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen soru formu (7 soru).
- Meme kanseri risk faktörlerine ait soru formu (16 soru).

- Meme kanserinin erken tanısına ilişkin bilgi ve erken tanı uygulamaları ölçen soru formu (13 soru).

Yukarıda belirtilen tüm soru formları araştırmacı tarafından ilgili literatürün taranması sonrasında geliştirilmiştir. Soru formu için konuyla ilgilen üç uzmandan görüş alınmıştır.

3.5.Sosyo-demografik Soru Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan bu form araştırmaya katılan kadınların yaş, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelirleri, sağlık güvencesinin varlığı ve hangi sağlık güvencesini kullandıklarına dair sorulardan oluşmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1 'de sunulmuştur. Kadınların yaş ortalaması 42.35 ± 13.36 'i dir. Kadınların çoğunluğu 50 ve üzeri yaş grubunda % 31, evli % 66.7, ilkokul mezunu %30.5 ve % 34.8'ü nün çalışıyor oldukları belirlendi. Araştırma kapsamına alınan kadınların aylık gelirleri gidere denk % 61 ve sağlık güvencesi % 46.2 ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'lıydı, araştırmada sağlık güvencesi olmayan % 3.3 kadın belirlenmiştir.

Tablo 1. Balçova'da Yaşayan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=210)

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde%
Yaş		
20-29	41	19.5
30-39	54	25.7
40-49	56	26.6
50 ve ↑	59	28
Medeni Durum		
Evli	140	66.7
Bekar	70	33.3
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	4	1.9
Okur-yazar	6	2.9
İlkokul	64	30.5
Ortaokul	41	19.5
Lise	60	28.6
Üniversite	35	16.7

Çalışma Durumu		
Çalışıyor	73	34.8
Çalışmıyor	137	65.2
Aylık Gelir		
Gelir giderden az	27	12.9
Gelir gidere denk	128	61.0
Gelir giderden fazla	55	26.2
Sağlık güvencesi varlığı		
Evet	203	96.7
Hayır	7	3.3
Sağlık Güvencesi (n:203)		
Emekli Sandığı	52	24.8
SSK	97	46.2
Bağkur	38	18.1
Yeşil kart	16	7.6
Toplam	210	100

3.6.Meme kanseri risk faktörleri soru formu

Meme kanseri risk faktörleri değerlendirme formu 15 sorudan oluşmaktadır (8.,9., 10., 11., 12., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22.,). Meme kanseri risk faktörleri için; genetik, üreme, hormonal, yaşam şekli ve çevresel faktörleri içeren sorular sorulmuştur. Sorularda yaş, gebelik sayısı, ilk çocuğunu doğurma yaşı, çocuğunu emzirme durumu, beden kitle indeksi, ilk adet yaşı, menapoza girme durumu, menapoza girme yaşı, menapoz durumundan sonra kilo alma durumu, alkol kullanımı, geçirilmiş meme hastalığı varlığı, yakın akrabada meme hastalığı varlığı, gebelik önleyici hap kullanımı ve hormon replasman tedavisi alımı sorgulanmıştır. Beden Kitle İndeksi (BKI) sorusu için kilo ve boy soruları ayrı ayrı sorulmuştur BKI için 12. ve 13. sorular tek soru olarak ele alınmıştır. BKI ölçülmüş ve bu ölçümler araştırmacı tarafından standardize edilmiş tartı aleti ve mezüre ile yapılmıştır. Beden Kitle İndeksi, $\text{Kilo (kg) / Boy (m)}^2$ formülü ile hesaplanmıştır. BKI; 16-18.5=Zayıf, 18.6-25=Boya göre uygun kiloda, 25.1-30=Hafif şişman, 30.1-35=Şişman, 35.1-40=Çok şişman, 40.1 ve üstü tehlikeli şişman olarak değerlendirilmiştir. BKI 30'dan büyük olan bireyler risk grubuna alınmıştır (77). Meme kanseri risk faktörleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar eğer riski gösteriyorsa "1" riski göstermiyorsa "0" puan verilerek değerlendirilmiştir. Risk faktörlerine ait soru puanlaması aralığı 00-14 (min-max)'dır. Sorulardan alınan puan arttıkça kişinin meme kanserine yakalanma riski artmaktadır.

3.7.Meme kanserinin erken tanısına ilişkin bilgiyi ve erken tanı uygulamalarını ölçen sorular

Meme kanserine ilişkin bilgi ve erken tanı uygulamaları ölçen soru formu içerisinde 13 soru bulunmaktadır. Form da meme kanseri hakkındaki bilgiyi ölçen 8 soru mevcuttur. Sırasıyla; Meme kanserinin en çok görüldüğü yaş sizce kaçtır?, Ailede meme kanserli birinin olması meme kanseri olmanızı etkiler mi?, Sizce emzirme meme kanseri için önleyici midir?, Meme Kanserinde erken tanı tedavi sürecini etkiler mi?, KKMM sizce ne işe yarar?, KKMM' ne başlama yaşı sizce kaçtır?, KKMM ne zaman yapılmalıdır?, Mammografiye başlama yaşı sizce kaçtır? Soruları bireylere yöneltilmiştir. Sorulara verilen doğru yanıtla için bireye "1" verilen yanlış yanıtlar için ise "0" puan verilmiştir. Bu forma ait soru puanlaması aralığı 0-8 (min-max)' dır. Form da meme kanseri erken tanı uygulamalarına ilişkin toplam 5 soru bulunmaktadır (32., 33., 34., 36.,39). Sırasıyla; Şimdiye kadar hiç KKMM yaptınız mı?, Her ay düzenli KKMM yapar mısınız?, KKMM yapma şekliniz nasıldır?, Şimdiye kadar bir sağlık personeline KMM yaptırdınız mı?, Şimdiye kadar hiç Mammografi çektirdiniz mi? Soruları bireylere yöneltilmiştir. Sorulara verilen doğru yanıtla için bireye "1" verilen yanlış yanıtlar için ise "0" puan verilmiştir. Bu kısma ait soru puanlaması aralığı 0-5 (min-max)' dır. Puan arttıkça bireyin meme kanseri erken tanı uygulama düzeyi artmaktadır. Formdaki 34. soru için Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan KKMM broşüründeki basamaklar ve uygulamalar kaynak alınmıştır. Bu form EK-2 ' de verilmektedir. Soru formu için konuyla ilgilen üç uzmandan görüş alınmıştır.

3.8.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmacının kendisi tarafından, yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

3.9.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; meme kanserine ilişkin bilgi ve erken tanı uygulamalarıdır.

Bağımsız değişkenleri; ise kadınların yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir durumu ve sağlık güvencesi varlığıdır.

Yaş: Bireylerin yaşları '40 yaş altı', '40 yaş ve üstü' olarak iki gruba ayrılmıştır.

Medeni Durum: Bireylerin medeni durumları 'evli' ve 'bekar' olarak gruplandırılmıştır.

Eğitim: Eğitim durumu; Okuma-yazma bilmeyen, okuma ve yazma bilen, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üniversite üstü olmak üzere yedi gruba ayrılmıştır. Verileri istatistiksel olarak uygun hale getirmek için analiz edilirken eğitim durumu, 'İlkokul ve altı', 'Ortaokul ve üstü' şeklinde iki gruba ayrılmıştır.

Çalışma Durumu: Bireylerin çalışma durumları 'çalışıyor' ve 'çalışmıyor' olarak gruplandırılmıştır.

Aylık Gelir durumu: Bireylerin aylık gelirleri, 'Gelir giderden az', 'Gelir gidere denk', 'Gelir giderden fazla' şeklinde üç gruba ayrılmıştır.

Sağlık Güvencesi: Bireylerin sağlık güvencesi analiz yapılırken 'var' ve 'yok' olarak gruplandırılmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SSPS 14.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında;

*Kadınların demografik özelliklerine göre düzenli KKMM 'si yapma durumları arasındaki fark ki kare testi,

*Kadınların demografik özelliklerine göre mammografi çektirme durumları arasındaki fark ki kare testi,

*Kadınların demografik özelliklerine göre klinik meme muayenesi yaptırma durumları arasındaki fark ki kare testi,

* Kadınların meme kanserine ilişkin risk ve meme kanserinde erken tanıya yönelik bilgi ve erken tanı uygulama puanları arasındaki ilişki spearman kolerasyon analizi testleri kullanılmıştır.

3.11.Araştırmanın Zamanı

Sağlık Grup Başkanlığı' dan Kaymakamlık aracılığı ile izin alınmıştır. Eylül-Aralık 2007 tarihleri arasında anketler uygulanmıştır.

3.12.Araştırma Etiği

Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan onay alınarak başlanmış, saha çalışması için Balçova Sağlık Grup Başkanlığı' dan yazılı izin alınarak yürütülmüştür (**Ek 3**). Araştırma kapsamına alınacak kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış ve gerekli sözlü onamları alınmıştır.

3.13.Ön Uygulama

Hazırlanan soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere Narlıdere bölgesinde 10 kadınla görüşülmüş ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Sorulara ilişkin herhangi bir öneri gelmemiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1.Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri

Kadınların meme kanseri risk faktörleri Tablo 2’ de gösterilmektedir. Kadınların %28.1’i 50 yaşından büyük, %17.1’i hiç gebelik yaşamamış, %1.4’ü ilk doğumunu 35 yaşından büyük yaşta yapmış, kadınların %2.9’u çocuklarını emzirmemiştir. Araştırmaya katılanların BKİ 30’ dan büyük olanlar %2.9, ilk adet yaşı 12’ den küçük olanlar %12.9, menapoz dönemine girmiş olanlar %36.2, menapoza girme yaşı 55’ den büyük olanlar %1 (n=76), menapoz sonrası kilo alanlar %43.7 (n=76), alkol kullananlar %26.2, geçirilmiş meme hastalığı olanlar %2.9, yakın akrabalarında meme hastalığı bulunanlar %2.4, hormon replasman tedavisi almış olanlar % 34.2 (n=76) ve oral kontraseptif kullanmış olanlar %53.8 olarak belirlenmiştir.

Tablo.2 Balçova’da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı

Risk Faktörleri	Sayı(n)	Yüzde%
Yaş		
<50	151	71.9
>50	59	28.1
Gebelik		
Var	174	82.9
Yok	36	17.1
İlk Doğum Yaşı		
30>	3	1.4
30<	207	98.6
Çocuklarını Emzirme Durumu		
Evet	204	97.1
Hayır	6	2.9
Beden Kitle İndeksi(BKI)		
30<	204	97.1
30>	6	2.9
İlk Adet Yaşı		
12>	183	87.1
12<	27	12.9
Menapoza Girme Durumu		
Evet	76	36.2
Hayır	134	63.8
*Menapoza Girme Yaşı (n:76)		
55<	74	97.3
55>	2	2.7

*Menapoz Sonrası Kilo Alımı (n:76)		
Evet	31	43.7
Hayır	45	63.3
Alkol kullanımı		
Evet	55	26.2
Hayır	155	73.8
Geçirilmiş Meme Hastalığı Varlığı		
Evet	6	2.9
Hayır	204	97.1
Yakın Akrabada Meme Hastalığı Varlığı		
Evet	5	2.4
Hayır	205	97.6
*Hormon Replasman Tedavisi Alımı (HRT) (n:76)		
Evet	26	34.2
Hayır	50	65.8
Oral Kontraseptif kullanımı (OKS)		
Evet	97	53.8
Hayır	113	46.2
Toplam	210	100

* Bu yüzdelerde n:76 olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3'te kadınların meme kanseri risk düzeylerinin yüzde dağılımları sunulmuştur. Buna göre her meme kanseri risk faktörüne bir puan, meme kanseri riski olmayana sıfır puan verilmiştir. Alınabilecek en yüksek puan 14 en düşük puan 0 olarak belirlenmiştir (min0-max 14). Araştırmaya katılan kadınların; %80.5'i 0-4 arası puan almış (düşük riskli), % 19.5'i 5-8 (orta düzeyde riskli) arası puan almıştır. Dokuz ve üzerinde risk puanı alan (yüksek düzeyde riskli) kadın saptanmamıştır.

Tablo 3. Balçova ' da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Risk Puanlarının Dağılımı

Risk Puanları (min 0-max 14)	Sayı(n)	Yüzde(%)
0-4	191	90.9
5-8	19	9.1
9 ve üstü	0	0
Toplam	210	100

4.2. Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi ve Erken Tanı Uygulamaları

Tablo 4'te araştırmaya katılan kadınların meme kanseri hakkındaki bilgilere yönelik veriler yer almaktadır. Katılımcıların % 45.2'si meme kanserinin en çok görüldüğü yaşı 40' dan büyük, %91'i ailede meme kanserli birey varlığının meme kanseri olmayı etkileyeceğini, %92.4'ü emzirmenin meme kanseri için koruyucu etki olduğunu, %99'u erken tanının tedavi sürecini olumlu etkileyeceğini belirtmiştir. KKMM hakkında sorulan sorulara %78.1 ile memedeki kitleyi bulmaya yarar yanıtı vermişlerdir, %74.8 kadın KKMM başlama yaşının 20 olduğunu bilmediğini belirtmiştir. KKMM ayın hangi zamanında yapılması gerektiği sorusuna sadece %22.4 kadın, mammografiye başlama yaşı ile ilgili soruya ise sadece %6.7 kadın doğru cevap vermiştir.

Tablo 4. Balçova ' da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Sorularının Dağılımı

Meme Kanseri Hakkındaki Bilgileri	Sayı(n)	Yüzde(%)
Meme kanserinin en çok görüldüğü yaş		
40-50	95	45.2
Bilmiyorum	115	54.8
Ailede meme kanserli birinin olması meme kanseri olmanızı etkiler mi?		
Evet	191	91
Hayır	19	9
Emzirme meme kanseri için önleyici midir?		
Evet	194	92.4
Hayır	16	7.6
Meme Kanserinde erken tanı tedavi sürecini etkiler mi?		
Evet	208	99
Hayır	2	1
KKMM sizce ne işe yarar?		
Kitleyi bulmaya	164	78.1
Bilmiyorum	48	21.9
KKMM' ne başlama yaşı sizce kaçtır?		
20 yaş	53	25.2
Bilmiyorum	157	74.8
KKMM ne zaman yapılmalıdır?		
Adet olduktan sonra	47	22.4
Bilmiyorum	163	77.6

Mammografiye başlama yaşı sizce kaçtır?		
40	14	6.7
Bilmiyorum	196	93.3
Toplam	210	100

Tablo 5’te kadınların meme kanserine ilişkin bilgi puan düzeylerinin gruplandırılmasının yüzde dağılımları sunulmuştur. Buna göre meme kanserinin erken tanısına yönelik yapılan her doğru cevaba bir puan, yanlış cevaba ise sıfır puan verilmiştir. Alınabilecek en yüksek puan 8 en düşük puan 0 olarak belirlenmiştir (min0-max 8). Araştırmaya katılan kadınların; %25.3’ü 0–2 arası puan (meme kanserine yönelik bilgileri düşük düzeyde), %67.6’sı 3-5 arası puan (meme kanserine yönelik bilgileri orta düzeyde), %7.2’si 6 ve üzeri puan almıştır bu bireylerin meme kanserine yönelik bilgileri çok iyi düzeyde olarak belirlenmiştir

Tablo 5. Balçova’ da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Puanlarının Dağılımı

Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Puanları (min 0-max 8)	Sayı(n)	Yüzde(%)
0-2	53	25.3
3-5	142	67.6
6 ve üstü	15	7.2
Toplam	210	100

Tablo 6’da çalışmaya katılan kadınların meme kanseri hakkındaki erken tanı uygulama durumlarının dağılımları verilmektedir. Kadınların %86.2’ si şimdiye kadar KKMM yaptıklarını fakat sadece %9.5’i bu uygulamayı her ay düzenli yaptıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %40’ının KKMM uygulamasını doğru yaptıkları, %60’ nın ise uygulamayı yanlış yaptığı belirlenmiştir. Kadınların %50’si KMM yaptırmış, %34.7’si mammografi yaptırmıştır. Balçova ‘da yaşayan kadınların büyük bir kısmı %64.3 hiç mammografi yaptırmamıştır.

Tablo 6. Balçova ‘ da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Uygulama Durumlarının Dağılımı

Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Hakkındaki Bilgileri	Sayı(n)	Yüzde(%)
Şimdiye kadar hiç KKMM yaptınız mı? Evet Hayır	181 29	86.2 13.8
Her ay düzenli KKMM yapar mısınız? Evet Hayır	20 190	9.5 90.5
KKMM yapma şekliniz? Doğru yapıyor Yanlış yapıyor	84 126	40 60
Şimdiye kadar bir sağlık personeline KMM yaptırdınız mı? Evet Hayır	105 105	50 50
Şimdiye kadar hiç mammografi çektirdiniz mi? Evet Hayır	75 135	34.7 64.3
Toplam	210	100

Tablo 7’de kadınların meme kanserine ilişkin erken tanı uygulama düzeylerinin gruplandırılmasının yüzde dağılımları sunulmuştur. Buna göre meme kanseri erken tanısına yönelik yapılan her uygulamaya bir puan, yanlış cevaba ise sıfır puan verilmiştir. Alınabilecek en yüksek puan 6 en düşük puan 0 olarak belirlenmiştir (min0-max 5). Araştırmaya katılan kadınların; %17.1’i 0–1 arası puan (meme kanseri erken tanısına yönelik davranışları düşük düzeyde), %50’si 3-4 arası puan (meme kanseri erken tanısına yönelik davranışları orta düzeyde), %32.8’i 4 ve üzeri puan almıştır bu bireylerin meme kanseri erken tanısına yönelik davranışları çok iyi düzeyde olarak belirlenmiştir.

Tablo 7. Balçova 'da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Erken Tanı Uygulama Puanlarının Dağılımı

Meme Kanseri Hakkındaki Erken Tanı Uygulama Puanları (min 0-max 5)	Sayı(n)	Yüzde(%)
0-1	36	17.1
2-3	105	50
4-5	69	32.8
Toplam	210	100

Tablo 8’de bakıldığında yaşa, medeni duruma, eğitim durumuna, aylık gelire ve sağlık güvencesi varlığına göre düzenli KKMM ‘si yapma durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Sadece çalışma durumuna göre düzenli KKMM ‘si yapma durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 8. Balçova’ da Yaşayan Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Düzenli KKMM ‘si Yapma Durumlarının İncelenmesi

Değişkenler	Düzenli KKMM yapma				Toplam		İstatistiksel Analiz
	Evet		Hayır				
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
50 yaş ve altı	18	11.9	133	88.1	151	100	$\chi^2:2.661^{**}$ $p:0,103$
50 yaş↑	2	3.4	57	96.6	59	100	
Medeni Durum							
Evli	15	10.7	125	89.3	140	100	$\chi^2:0,338^{**}$ $p:0,561$
Bekar	5	7.1	65	92.9	70	100	
Eğitim Durumu							
İlkokul ve ↓	4	5.4	70	94.6	74	100	$\chi^2:1,572^{**}$ $p:0,210$
Ortaokul ve ↑	16	11.8	120	88.2	136	100	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	13	17.8	60	82.2	73	100	$\chi^2:7.5^{**}$ $p:0.006$
Çalışmıyor	7	5.1	130	94.9	137	100	
Aylık gelir							
Gelir giderden az	7	25.9	20	74.1	27	100	$\chi^2:0.156$ $p:0.693$
Gelir gidere denk	9	7	119	93	128	100	
Gelir giderden fazla	4	7.3	51	92.7	55	100	
Sağlık Güvencesi Varlığı							
Var	18	8.9	185	91.1	203		$\chi^2:1,191^{**}$ $p:0.275$
Yok	2	28.6	5	71.4	7		
Toplam	20	9.5	190	90.5	210	100	

**Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 9'a bakıldığında eğitim durumu ve sağlık güvencesi varlığına göre mammografi çektirme durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Yaş, medeni durum, çalışma durumu ve aylık gelire göre mammografi çektirme durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 9. Balçova' da Yaşayan Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Mammografi Çektirme Durumlarının İncelenmesi

Değişkenler	Mammografi çektirme durumu				Toplam		İstatistiksel Analiz
	Evet		Hayır		Sayı	%	
Yaş	Sayı	%	Sayı	%			Sayı
50 yaş ve altı	41	27.2	110	72.8	151	100	$\chi^2:15.859^{**}$ p:0.000
50 yaş↑	34	57.6	25	42.4	59	100	
Medeni Durum							
Evli	66	47.1	74	52.9	140	100	$\chi^2:22.423^{**}$ p:0.000
Bekar	9	12.9	61	87.1	70	100	
Eğitim durumu							
İlkokul ve ↓	33	44.6	41	55.4	74	100	$\chi^2:3.773^{**}$ p:0.052
Ortaokul ve ↑	41	30.1	95	69.9	136	100	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	19	26	54	74	73	100	$\chi^2:3.949^{**}$ p:0.047
Çalışmıyor	56	40.9	81	59.1	137	100	
Aylık Gelir							
Gelir giderden az	3	11.1	24	88.9	27	100	$\chi^2:10.322$ p:0.006
Gelir gidere denk	46	35.9	82	64.1	128	100	
Gelir giderden fazla	26	47.3	29	52.7	55	100	
Sağlık Güvencesi Varlığı							
Var	75	36.9	128	63.1	203	100	$\chi^2:2.575^{**}$ p:0.109
Yok	0	0	7	100	7	100	
Toplam	75	35.7	135	64.3	210	100	

**Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 10'a bakıldığında yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir ve sağlık güvencesi varlığına göre KMM yaptırma durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Medeni duruma göre KMM yaptırma arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 10. Balçova' da Yaşayan Kadınların Demografik Özelliklerine Göre KMM Yaptırma Durumlarının İncelenmesi

Değişkenler	KMM yapma durumu				Toplam		İstatistiksel Analiz
	Evet		Hayır		Sayı	%	
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
50 yaş ve altı	72	47.7	79	52.3	151	100	$\chi^2:0.849^{**}$ $p:0.357$
50 yaş↑	33	55.9	26	44.1	59	100	
Medeni Durum							
Evli	87	62.1	53	37.9	140	100	$\chi^2:23.336^{**}$ $p:0.000$
Bekar	18	25.7	52	74.3	70	100	
Eğitim Durumu							
İlkokul ve ↓	33	44.6	41	55.4	74	100	$\chi^2:0.827^{**}$ $p:0.363$
Ortaokul ve ↑	71	52.2	65	47.8	136	100	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	39	53.4	34	46.6	73	100	$\chi^2:0.336^{**}$ $p:0.562$
Çalışmıyor	66	62.9	71	51.9	137	100	
Aylık Gelir							
Gelir giderden az	9	33.3	18	66.7	27	100	$\chi^2:8.755$ $p:0.013$
Gelir gidere denk	60	46.9	68	53.1	128	100	
Gelir giderden fazla	36	65.5	19	34.5	55	100	
Sağlık Güvencesi Varlığı							
Var	103	50.7	100	49.3	203	100	$\chi^2:0.591^{**}$ $p:0.442$
Yok	2	28.6	5	71.4	7	100	
Toplam	105	50	105	50	210	100	

**Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 11'e kadınların meme kanseri risk, bilgi ve erken tanı uygulama puan ortalamaları sunulmuştur. Kadınların risk puan ortalamaları 3 ± 1.4 , bilgi puan ortalamaları 2.4 ± 1.35 ve erken tanı uygulama puan ortalamaları 3.71 ± 1.28 olarak bulunmuştur. Buna göre kadınların risk düzeyleri düşük, meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve erken tanı uygulamaları da düşük düzeyde saptanmıştır.

Tablo 11. Balçova'da Yaşayan Kadınların Meme kanseri Riski, Bilgi ve Erken Tanı Uygulama Puan Durumları

Kadınları meme kanserine yönelik puanları	Min-Max	— X	— SS
Risk Puanı	00-14	3	1.4
Bilgi Puanı	00-8	2.4	1.35
Erken Tanı Uygulama Puanı	00-5	3.71	1.28

Tablo 12' de araştırmaya katılan kadınların meme kanseri risk puanları ve bilgi puanları arasında ($r=-0.004$ $p>0.05$) ve meme kanseri risk puanları ile erken tanı uygulama puanları arasında ($r=-0.044$ $p>0.05$) arasında ters yönde zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların meme kanseri bilgi puanları ve erken tanı uygulama puanları arasında ($r=0.371$ $p<0.05$) aynı yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Tablo 12. Balçova'da Yaşayan Kadınların Meme Kanserine İlişkin Risk ve Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Bilgi ve Erken Tanı Uygulama Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

	Pearson Sıra Korelasyon Katsayısı (r)	p
Risk ve bilgi puanı	-0,004	0,474
Risk ve erken tanı uygulama puanı	-0,044	0,262
Bilgi ve erken tanı uygulama puanı	0,371	0,00

4.3. Katılımcıların Erken Tanı Yöntemlerini Öğrenme Kaynakları

Tablo 13'e bakıldığında araştırmaya katılan kadınların en çok bilgi aldıkları kaynaklar % 41.4 ile doktor, % 37.1 ile medya ve % 14.8 ile hemşire olarak belirlenmiştir.

Tablo 13. Balçova' da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

Erken tanı yöntemleri bilgi kaynakları	Sayı(n)	Yüzde(%)
Doktor	87	41.4
Hemşire	31	14.8
Medya	78	37.1
Akraba	8	3.8
Arkadaş	6	2.9
Toplam	210	100

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Bu çalışmada risk olarak; kadınların %28.1'i 50 yaşından büyük, %17.1'i hiç gebelik yaşamamış, %1.4'ü ilk doğumunu 30 yaşından büyük yaşta yapmış, kadınların %2.9'u çocuklarını emzirmemiştir (Tablo 2). Lee'nin (2000) çalışmasında risk faktörlerine bakıldığında kadınların %30.8'inin 50 yaş üzeri olduğu, %3'ünün hiç gebelik yaşamadığı ve %6.1'inin çocuklarını emzirmediği belirtilmiş (11), 2003'de yaptığı bir diğer çalışmada %51.9 kadın çocuklarını emzirmiş, %70.8'i ilk doğumunu 30 yaşından küçük yaşta yapmış olarak saptanmıştır (78). Aslan'ın (2007) çalışmasında kadınların %11.5'i 50 yaşından büyük, %35.3'ü hiç gebelik yaşamamış, %3.8'i ilk doğumunu 30 yaşından büyük yaşta yapmış, kadınların %4.9'u çocuklarını emzirmemiştir (12). Ülkemizde Beji ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada kadınların %57.3'ü 40 yaşından büyük olduğu, %100' ünün en az bir kez gebelik yaşamış olduğu, % 86.9'u ilk doğumunu 30 yaşından küçük yaşta yapmış olduğu ve bu kadınların %60.2'si çocuklarını emzirdiği belirlenmiştir (22). Meme kanserinin yaşa paralel bir artış göstermesine karşın Türkiye' de genç kadın oranının fazla olması; kadın nüfusunun %47.3'ü 0-19 yaş, %45.6'sı 20-54 yaş grubunda bulunması (90), kadınlarımızın en azından şimdilik yaş açısından düşük risk grubunda yer aldığı düşünülebilir. Kadınların pek çoğu gebelik yaşamış ve bunu 30 yaşından önce gerçekleştirmiştir bu kişilerin meme kanseri açısından düşük risk grubunda yer aldığı söylenebilir. Ülkemizde emzirmenin etkisini belirlemeye ilişkin bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak emzirmenin meme kanseri riskini azaltmadaki etkisi düşünüldüğünde, çocuk sahibi olan kadınların %97.1'inin emzirmesi ülkemiz kadınları için bir avantaj olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılanların BKİ 30' dan büyük olanlar %2.9, ilk adet yaşı 12' den küçük olanlar % 12.9, menapoz dönemine girmiş olanlar %36.2, menapoza girme yaşı 55' den büyük olanlar % 1 (n=76), menapoz sonrası kilo alanlar %43.7 (n=76) olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Swanson ve arkadaşlarının (1996) meme kanseri risk faktörleri ile çalışmalarında kadınların BKİ 30' dan büyük olanlar %21.7, ilk adet yaşı 12' den küçük olanlar %24.1 olarak belirlenmiştir (79). Ülkemizde Beji ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında obez olarak belirlenenler %73,3, ilk adet yaşı 12' den küçük olanlar %38.3, menapoz dönemine girmiş

olanlar %29.6 olarak saptanmıştır(22). Ülkemizin belki de önemli sağlık sorunlarından birisi de şişmanlıktır (90). Kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması, geleneksel olarak spor yapma alışkanlığımızın bulunmaması, beslenmemizin karbonhidrat ağırlıklı olmasının (90) menapoz sonrası kilo almaya katkı sağlayacağı ve özellikle menapoz sonrası meme kanseri açısından risk oluşturacağını düşündürmektedir. Türkiye’de menarş yaşına bakarsak, Vicdan ve arkadaşlarının belirlediği menarş yaşı (13.28±1.09) ile uyumlu (91) olup, bu yönüyle araştırma kapsamında yer alan kadınların menstruel öyküleri açısından düşük risk grubunda yer aldığı söylenebilir. Ayrıca çalışmamızda menapoza girenlerin sayısının fazla olmaması ve 55 yaşından sonra menapoza giren 1 kişinin saptanması kadınların meme kanseri riskinin düşük düzeylerde olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızdaki diğer risk faktörleri; alkol kullananlar %26.2, geçirilmiş meme hastalığı olanlar %2.9, yakın akrabalarında meme hastalığı bulunanlar %2.4, hormon replasman tedavisi almış olanlar % 34.2 (n=76) ve oral kontraseptif kullanmış olanlar %53.8 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Swanson ve arkadaşlarının (1996) çalışmalarında alkol kullananlar %56.8, hormon replasman tedavisi almış olanlar % 36.7 ve %76.3’ü kontraseptif kullanmış olarak belirlenmiştir (79). Başka bir çalışmada ise geçirilmiş meme hastalığı olanlar %4 ve yakın akrabalarında meme hastalığı olanlar %7 olarak saptanmıştır (80). Ülkemizdeki bir çalışmada alkol kullananlar %7.7, hormon replasman tedavisi almış olanlar % 11.9 ve oral kontraseptif kullanmış olanlar %23.0 olarak belirlenmiştir (22). Ülkemizde toplumsal ve dinsel nedenlerle özellikle kadınlar arasında alkol tüketiminin az olması meme kanserinden koruyucu yaklaşımlar olarak düşünülebilir, ayrıca kadınların büyük çoğunluğunda ailesel meme kanseri öyküsü bulunmaması nedeniyle meme kanseri gelişmesi açısından düşük risk grubunda yer aldıkları söylenebilir. Çalışmaya katılan kadınlardan geçirilmiş meme hastalığı ve akrabalarında meme kanseri olanların oranlarının azlığı risk düzeyini düşük olduğunu göstermektedir ve istediğimiz bir sonuçtur. Ayrıca hormon replasman tedavisi alanlar ve oral kontraseptif kullananların oranı çok düşük seviyelerde değildir, bu tedavilerin yan etkileri konusunda kadınların bilinçlendirilmesine dair eğitimleri halk sağlığı hemşireleri hizmet ettikleri topluma verebilirler.

Bu çalışmada riskle ilgili soruları cevaplayan kadınlara puan verilmiştir, kadınların meme kanseri risk puanları düşük düzeyde saptanmıştır (Tablo 3). Lee ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kadınların % 94.7’si düşük düzeyde ve sınırdaki riske, %3.8’i orta düzeyde riske, %1.5’i yüksek düzeyde riske sahip olarak belirlenmiştir (11). Bir diğer çalışmada %12.3

kadın yüksek düzeyde riske sahip olarak belirlenmiştir (80). Ülkemizdeki bir çalışmada kadınların %98.5'inin meme kanseri risk düzeyi düşük, %0.7'sinin orta ve %0.8'inin yüksek düzeyde riske sahip olduğu belirtilmektedir (12). Çalışmamızda kadınların risk düzeylerinin düşük çıkması elde ettiğimiz en iyi sonuçlardan biridir. Kadınların risk puanlarının düşük olması; yaş ortalamasının düşüklüğü, gebelik sayısı, 30 yaşın altında doğum ve emzirme oranının fazlalığı, alkol kullanımının azlığı gibi pek çok geleneksel faktöre bağlanabilir.

5.2.Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Durumlarının İncelenmesi

Bu çalışma sonucunda; incelediğimiz kadınların meme kanseriyle ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olup, %7.2 kadının meme kanseri bilgisi çok iyi düzeydedir (Tablo 4, Tablo 5). Dünyada ve ülkemizde kadınlar arasında yapılan araştırmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmiş genelde bu konuda kadınların ciddi bilgi eksikliklerinin olduğu göze çarpmıştır Arap kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %69.7' KKMM hakkında hiç bir şey bilmedikleri belirtilmiştir (23). Sadler ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada kadınların %45.4'ünün meme kanseri bilgi düzeyleri yeterli bulunmuştur (36). Bir başka çalışmada ise kadınların sadece %4.8'inin meme kanseriyle ilgili bilgi düzeyinin iyi olduğu belirlenmiştir (29). Leslie ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada ise sadece %13.4 kadının bilgileri iyi düzeyde saptanmıştır (27). Bu verilere bakarsak dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre meme kanserinden korunma ile ilgili bilgi düzeyleri farklılıklar göstermektedir. Burada kadınların meme kanseri hakkında bilgilendirilmesinde hemşireye büyük görevler düşmektedir çünkü kadınlarla sağlık profesyonelleri arasında en yakın ilişkileri bulunan birey hemşiredir. Ayrıca toplumun gelişmişlik düzeyi hemşirenin yakın ilgi alanları arasındadır ve hemşire bu verilere göre hizmet edecektir. Ülkemizde Çadır'ın (2004) yaptığı çalışmada kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeyleri ölçülmüş ve kadınların sadece % 4.8 'sinin iyi bilen olduğu belirtilmiş (29), başka bir çalışmada kadınlara meme kanseri hakkındaki sorular yöneltilmiş ve kadınların %50.2' si bilmiyor olarak saptanmıştır (30).

Tüm bu bilimsel çalışmalardan da anlaşılacağı gibi kadının eğitim düzeyi ne olursa olsun, meme kanserinden korunma ile ilgili olarak bilgilendirilmeye gereksinim duydukları görülmektedir.

5.3.Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Uygulama Davranışlarının İncelenmesi

Çalışmamızın sonucunda % 50 kadının erken tanı uygulama puanlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 6, Tablo 7). Çalışmada KKMM yapan kadınlar %86.2, olmasına karşın düzenli KKMM yapanlar sadece %9.5 olarak belirlenmiştir. Lee'nin ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında KKMM yapan kadınlar %48 düzenli KKMM yapanlar sadece %25.3 olarak belirlenmiştir (11). Çadır ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada kadınların %45.1'inin KKMM yaptığı saptanmıştır (29). Diğer bir çalışmada kadınların %16.7'si şimdiye kadar KKMM yapmış ve bunlarda sadece %7'si düzenli yapıyor olarak belirtilmiştir (35). Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde bu yöntemin uygulanmamasının nedenleri arasında yetersiz ve yanlış bilgiye sahip olma oranının yüksekliği göze çarpmaktadır. Bu bilgi yetersizliği birinci basamakta halk sağlığı hemşiresinin yapacağı sağlık eğitimi yoluyla giderilebilir.

Bu çalışmada düzenli KKMM yapma ile yaş, eğitim durumu, medeni durum, aylık gelir, sağlık güvencesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada KKMM ile çalışma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 8). Alam (2006) yaptığı çalışmada medeni durum, ailede meme kanserli bireyin varlığı, aylık gelir ve eğitimin KKMM yapma durumunu etkilediğini saptamıştır (21). Vahabi (2005) ise çalışmasında eğitim düzeyinin KKMM yapmayı etkilediğini belirtmiştir (26). Kılıç ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada hasta grubunda öğrenim düzeyi arttıkça KKMM'ni bilme düzeyinin arttığı belirtilmiştir (38). Öztürk ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada ise kadınların çalışıyor olmasının ve eğitim düzeyinin KKMM doğru ve düzenli yapma oranını arttırdığı belirtilmiştir (81). Bu sonuca göre özellikle ilçe merkezinde daha çok çalışan kadınların bulunması bu sonucu olumlu etkilemektedir, Champion ve Miller'e (1992) göre sosyodemografik özellikler davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Deneyimsel ve demografik değişiklikler direkt ya da indirekt olarak KKMM davranışlarını etkiler (89).

Mammografi çekirme oranı bu çalışmada %34.7 olarak saptanmıştır. Tu ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada mammografi çekirme oranı %74 olarak belirlenmiştir (82). Tanjasiri ve Santos' un (2001) yaptığı çalışmada %77 kadının mammografi çekirmiş olduğu saptanmıştır (32). Başka bir çalışmada mammografi çekirme oranı %30 olarak saptanmıştır (83). Bu çalışmadaki oran bizim bulduğumuza yakındır. Çadır ve arkadaşlarının

(2004) çalışmasında %10.5 kadının mammografi çektirdiği belirlenmiştir (29). Çalışmamızda oranlar Türkiye’ de yapılan çalışmalara göre daha yüksektir fakat diğer ülkelere kıyasla düşük çıkmasının nedeni sağlık olanaklarından yararlanmanın iyi olmaması, meme kanseri tarama programı doğrultusunda tıbbi yardım alma olanaklarının az olması sayılabilir.

Bu çalışmada yaş, medeni durum, çalışma durumları, aylık gelir durumu ile mammografi çektirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 9). Tu ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada yaş, medeni durum ve eğitim düzeyiyle mammografi çektirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (82). Cruz (2008) yaptığı çalışmada sağlık güvencesinin varlığıyla mammografi çektirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir (33). Nahida ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada kadınların sosyo-ekonomik düzeyleri ve mammografi çektirme oranları arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır (84). Ülkemizde Dişçigil ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında özellikle eğitim düzeyi ve sosyo ekonomik durumun mammografi çektirme oranını etkilediği belirtilmiştir (37). Özellikle pek çok Avrupa ülkesinde rutin hekim ziyareti sonucu kadınlardan mammografi çektirmesi istenmektedir. Ülkemizde doktor kontrollerinin rutin olamaması ve olguların eğitim düzeyinin, sosyokültürel ve ekonomik koşulları nedeniyle benzer statüde olmamasından bu farklılıklar ortaya çıkabilmektedir.

Bu çalışmada KMM yaptıran kadınların oranı %50 olarak bulunmuştur. Yu ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise KMM yaptıran kadınlar %35.2 olarak saptanmıştır (31). Ekici ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada KMM yaptırma oranı %20 olarak tespit edilmiştir (85). Dişçigil ve arkadaşlarının (2007) çalışmasına bakıldığında KMM yaptırma oranı 42.7%’ dir (37). Bizim çalışmamızda yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir ve sağlık güvencesinin varlığına göre KMM yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 10). Yu ve arkadaşları (2001) KMM yaptırmanın eğitim düzeyi yüksek ve evli olan kadınlar arasında istatistiksel olarak daha anlamlı olduğunu belirtmiştir (31). Tanjasiri ve Santos un (2001) yaptığı çalışmada da KMM yaptırmanın eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar arasında istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu saptanmıştır (32). Dişçigil ve arkadaşları da (2007) kadınlarda yüksek eğitimi düzeyi ve KMM yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (37). Bu sonuca göre kadınların özellikle yaşadıkları bölge itibariyle hastaneye yakın olmaları, bölgede Tülay Aktaş Kanser Erken Tanı ve Eğitim Merkezi'ne (KETEM)'in bulunması ve çalışmamıza katılan kadınların

çoğunluğunu 40 yaş üzerinde olması ve bunlardan 76 kişinin menapoza girmiş olması nedeniyle pek çoğu hekime başvurmuş ve KMM yaptırma oranlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların erken tanı uygulama puanları düşük bulunmuştur (Tablo 11). Dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre meme kanserinden korunma ile ilgili erken tanı uygulama düzeyleri farklılıklar göstermektedir. Nijerya'da yapılan çalışmalarda, kadınların erken tanı uygulama düzeyleri düşük olarak rapor edilmiştir (34,86). Ülkemizde de meme kanserinden korunmaya yönelik erken tanı uygulama konusunda kadınlar düşük seviyede saptanmıştır (29,69). Tüm bu sonuçlar kadının eğitim düzeyi ne olursa olsun, meme kanserinden korunma ile ilgili olarak bilgilendirilmeye gereksinim duyduklarını göstermektedir. Ülkemizin kültürel özellikleri ve toplumumuzun gelenekleri göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin bakım verdikleri bireylerle olumlu iletişim kurmaları ve meme kanserinin erken tanısına yönelik konularda kadınları bilgilendirmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla sağlık bakım hizmeti almak için sağlık kuruluşlarına başvurmuş kadınlara sağlık personeline eğitici faaliyetlerin gerçekleştirilmesi yararlı olacaktır.

Çalışmada sadece meme kanseri bilgi puanı ile meme kanseri erken tanı uygulama davranışları arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur ($r=0,371$), ayrıca kadınların risk puanları ve meme kanserine yönelik erken tanı uygulamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 12). Diğer puan türlerinde herhangi istatistiksel fark saptanmamıştır (Tablo 12). Lee'nin çalışmasında da risk puanları ve meme kanseri erken tanı uygulamaları karşılaştırılmış, istatistiksel olarak fark bulunmuştur (11). Sabatino ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise risk puanı yüksek olanların meme kanserine yönelik erken tanı uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (80). Ülkemizde Çadır ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da meme kanseri bilgi puanı yüksek olan kadınların erken tanı uygulama davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (29). Özellikle kadınların meme kanseri risk farkındalığının artırılması meme kanserinden korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin yükseltilmesi erken tanı uygulama davranışına yansıtacaktır, bu noktada da hemşireye pek çok görev düşmektedir. Hemşire verdiği eğitimlerle, riskli gruplara yapılan erken tanı çalışmalarıyla, rutin kontroller ve ev ziyaretleri ile kadınlara yararlı olabilecektir

J`c`ân %41.4'ünün l dl d j`rdç g`jj`h alk`hdçnm hekimen ud r`c`bd %14.8' inin hemşireden öğrendikleri saptanmıştır (Tablo 13). Lee'nin ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında %17.7 kadın meme kanseri hakkındaki bilgisini hemşireden öğrendiği belirtilmiştir (11). Çadır ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada kadınların \$ 13-0-1m l dl d j`rdç g`jj`h alk`hdç r`çk` odçnm`dm `k`Â` adçnm`h`q '18(- Ülkemizdeki çalışmalarda kadınlar meme kanseri hakkındaki bilgilerini en fazla sağlık personelinde edinmiştir (8,37). Araştırmada kadınlar meme kanseri hakkındaki bilgilerini daha çok sağlık elemanlarından edindiklerini belirtmişlerdir. Fakat bu oran toplumun hemşirelerden edindiği bilginin düşüklüğüyle göze çarpmaktadır. Bu sonuca bakarak halk sağlığı hemşirelerinin daha fazla performans harcaması gerektiğini söyleyebiliriz, hemşireler her yaş grubundaki kadınlara, özellikle genç yaş grubundakilere meme kanseri ve tarama yöntemleri konusunda sağlık eğitim programları planlanmalı ve uygulanmalıdır.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Balçova' da yaşayan kadınların meme kanseri risk faktörleri, bilgi ve erken tanı uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Kadınların meme kanseri risk faktörleri %80.5'ile düşük düzeyde bulunmuştur. Kadınların %67.6' sinin bilgi ve %50'sinin erken tanı uygulama puan düzeyleri düşük seviyede saptanmıştır (Tablo 2,3,4,5,6,11,12).

Kadınların meme kanserine erken tanı davranışları ve demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir ve sağlık güvencesi varlığı) arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 8,9,10).

Kadınların sadece %14.8'inin erken tanı yöntemleri hakkındaki bilgiyi hemşireden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 13).

6.2.Öneriler

*Meme kanseri açısından riskli grupta yer alanlar riskleri hakkında bilgilendirilmelidir.

)L dl d j `nrdqhud Öndxlbhş`q l ` xÖmsdl kdqg`jj Âc` alkmı c`ydxlmhx`j rdksl dj ud x`nkÂZ
alkf hkdq c`ydksl dj `l `bÂk r`çkÂ odqnmldh ud j hkd hkdsh`l `q`k qÂs`q eÂc`m t xft m
oqnf q`l l ncdkdkhkd dçhsl udqkl dkclı

*Araştırma kapsamına alınan kadınların bir kısmı çalışan kadınlardan oluşmaktadır bu kişilere mutlaka ulaşılmalı gerekirse düzenlenecek programlar hafta sonu yapılmalıdır.

) Balçova bölgesi için halk (özellikle sağlık güvencesi olmayanlar), sağlık çalışanları tarafından meme kanseri tarama tetkiklerini halka ücretsiz sunan Tülay AKTAŞ Kanser Erken Tanı ve Eğitim Merkezi'ne (KETEM) yönlendirilmelidir.

@q` ZsAql ` bAk q` « mldhdq:

*Türk kadınının meme sağlığı ile ilgili bölgesel ve yurt çapında tüm kadınları yansıtabilecek daha kapsamlı çalışmalar planlanmalıdır.

)L dl d j` mrdq qtrj e`j sÖkdq s`l j` cAk q` xÖmlkj nk q`j `q` ZsAql ` kAk g` ss` S~ qj
j` cAk q` xÖmlkj alq-† dl d j` mrdq qtrj hcdcdnc hq d Öq`dch-nt Zst q` kl ` kAk

KAYNAKLAR

- 1) American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2006. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2008.(02.03.2008), www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2006BrF.pdf.
- 2) American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2008. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2008.(02.03.2008), http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinal_secured.pdf.
- 3) Lester J. Breast cancer in 2007: Incidence, risk assessment, and risk reduction strategies. Clinical Journal of Oncology Nursing 2007;11/5: 619–622.
- 4) National Cancer Institute. Estimated new cases and deaths from breast cancer in the United States in 2008.(04.04.2008), <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast>.
- 5) WHO: What is the impact of cancer in your country? (mortality and burden).(04.04.2008), <http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=126>.
- 6) Cancer Research UK: Cancer Stats Key Facts on Breast Cancer: How common is breast cancer?(23.04.07).uk<http://www.info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/breast/incidence>.
- 7) TC Sağlık Bakanlığı:Kanser İstatistikleri 2004 (13.10.08), <http://www.saglik.gov.tr/KSDB/Default.aspx>
- 8) İzmir İl Sağlık Müdürlüğü: Kanser İzlem ve Denetim Merkezi : 1996-2000 yılları arasında kadınlarda en sık görülen beş kanser.(07.08.07), www.ism.gov.tr/kidem/index.html.
- 9) Haydaroğlu A. Ege Üniversitesinde meme kanserleri:3897 Olgunun değerlendirilmesi. Meme sağlığı dergisi 2005; 1(1): 6 – 11.
- 10) Özmen V. Dünya’da ve Türkiye’de meme kanseri tarama ve kayıt programları. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2:55-58.

- 11) Lee Y, Kim S, Ham O. Knowledge, practice and risk of breast cancer among rural women in Korea. *Nursing and Health Sciences* 2000; 2:225-30.
- 12) Aslan F., Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007 (3): 2.
- 13) Gross RE. Breast cancer: Risk factors, screening, and prevention. *Seminars in Oncology Nursing* 2000; 16: 176–184.
- 14) Vogel VG. Breast cancer prevention: A review of current evidence. *A Cancer Journal for Clinicians* 2000; 50: 156–170.
- 15) Topuz, E.; Aydın, A. ve Dinçer, M.; *Meme Kanseri*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2003; 224-225
- 16) Naieni KH., Ardalan A., Mahmoodi M., Motevalian A., Yahyapoor Y., Yazdizadeh B. Risk factors of breast cancer in north of Iran: A case-control in Mazandaran province. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2007;8(3):395-8.
- 17) Tiernan A. Behavioral Risk Factors in Breast Cancer: Can Risk Be Modified? *The Oncologist* 2003;8:326-334.
- 18) Al-Shaibani H., Bu-Alayyan S., Habiba S., Sorkhou E., Al-Shamali N., Al-Qallaf B. Risk Factors of Breast Cancer in Kuwait: Case-Control Study. *Iran J Med Sci* June 2006;31(2):61-63.
- 19) Lancaster R. Coping with Appraised Breast Cancer Risk Among Women with Family Histories of Breast Cancer. *Research in Nursing & Health*, 2005;28:144–158.
- 20) Gross C., Filardo G., Singh H., Freedman A., Farrell M. The Relation Between Projected Breast Cancer Risk, Perceived Cancer Risk and Mammography Use. *J Gen Intern Med* 2006; 21:158–164.

- 21) Alam A., Knowledge of breast cancer and its risk and protective factors among women in riyadh. Saudi Medicine Journal 2006;26(4):272-7.
- 22) Beji N., Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case–control study. European Journal of Cancer Care 2007;7: 178-184
- 23) Jahan S., Al-Saigul AM., Abdelgadir MH. Knowledge, attitudes and practices of breast self examination among women in Qassim region of Saudi Arabia. Saudi Medical Journal 2006; 27(11): 1737-1741.
- 24)Chua M., Franzcr M., Tony K., Mok MD., Kwan W., Yeo W., Zee B. Knowledge, Perceptions, and Attitudes of Hong Kong Chinese women on screening mammography and early breast cancer management. The Breast Journal 2005; 11(1):52–56.
- 25) Webster P. Austoker J. Women’s knowledge about breast cancer risk and their views of the purpose and implications of breast screening a questionnaire survey. Journal of Public Health 2006; 28:197–202.
- 26) Vahabi M. Knowledge of breast cancer and scerrening practice. Health Education Journal, 2005; 64(3): 218-228.
- 27) Leslie N., Deiriggi P. Knowledge, Attitudes, and Practices Surrounding Breast Cancer Screening in Educated Appalachian Women. Oncology Nursing Forum 2003;30(4):659-667.
- 28) Dündar P., Özmen D., Öztürk B., Haspolat G., Akyıldız F., Çoban S., Çakıroğlu N. The knowledge and attidutes of breast self examination and mamography in a grup of women in a rural area in western turkey.BMC Cancer 2006; 6:1-9.
- 29) Çadır G., Eksen M., Muğla Merkez, Bayır, Yerkeşik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. İnsan Bilimleri Dergisi 2004;1-16.

- 30)Güner İ., Tetik A., Gönener H. Kadınların kendi kendine meme muayenesiyle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi 2007;55-60.
- 31)Yu E., Kim K. Breast and cervical cancer screening among chinese american women. Cancer Practice 2001; 9(2):81-91.
- 32) Tanjasiri S., Santos L. Breast cancer screening among chamorro women in southern california. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine 2001; 10(5):479-85.
- 33) Cruz AL., Chung W., Hug J., Blas LA., Hubelle FA., Wenzel L. Breast cancer screening among Chamorro women in California. Cancer Detect Prev. 2008;32 (1):16-22.
- 34) Oluwatosin A. Rural women's perception of breast cancer and its early-detection measures in Ibadan, Nigeria. Cancer Nursing 2006; 29:6.
- 35) Nustus W., Mikhail B. Factor associated with breast self examination among jordanian women. Public Health Nursing 2002;19:263-271.
- 36) Sadler G, Dhanjal S., Shah R., Shah N., Ko C., Anghel M., Harshburger R. Asian indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early dedection.Public Helath Nursing 2001; 18:357-363.
- 37) Dişçigil G., Şensoy N., Tekin N., Söylemez A. Meme sağlığı:egede yaşayan bir grup kadının bilgi davranış ve uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007;20(1);29-36.
- 38) Kılıç M., Uçar S., Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 200-204.
- 39) Altuncan H., Akın B., Ege E., 20-60 Yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(2):84-91.
- 40) Parkin DM., Pisani P., Ferlay J. Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin 1999: 49-33.

- 41) Kopans DB. Epidemiology, etiology, risk factors, survival, and prevention of breast cancer. Breast imaging. 2th Edition. Philadelphia, Lipincott-Raven Punlishers 1998; 29-52.
- 42) Smigal C., Jemal A., Ward E., Cokkendes V., Smith R., How HL., Thun M. Trends in Breast Cancer by Race and Ethnicity: Update . CA Cancer j Clin 2006;56(3):168–83.
- 43) Slattery ML., Kerber RA. A Comprehensive evaluation of family history and breast cancer risk. JAMA 1993;270:1563-1568.
- 44) Kalaycı G. Genel Cerrahi. Cilt 1, Tayf Ofset, 2002 557-561.
- 45) İnce Ü. Memenin anatomisi. Meme kanseri, (derleyen) Topuz E. İstanbul, İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Yayınları 1997, 1-15.
- 46) Topuz E. ve ark. Meme Kanseri. Biyoloji, Tanı, Evreleme, Tedavi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları No.3, 1997.
- 47) Brandy A, Box A., Christy A. Breast cancer.. Manual Of Clinical Oncology 2004: 233-251.
- 48) Robson ME., Chappuis PO., Satagopan J. A Combined analysis of outcome following breast cancer: Differences in survival based on BRCS1/BRCS2 mutation status and administration of adjuvant treatment. J Natl Cancer Inst 2003;95(24): 1833-46.
- 49) Linjawi A., Kontogiannea M., Halwani F., Edwardes M., Meterissian S. Prognostic significance of p53, bcl-2, and bax expression in early breast cancer. J Am Coll Surg 2004; 198(1): 83-90.
- 50) Aydın İ, Işıklı Z. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları, 3. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Bildiri özet Kitabı. Üniversite yayınları, Edirne. 29- 30 Nisan 2004:32.
- 51) Kavas A. Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 1. Baskı .İstanbul, Mart Matbaacılık, 2000;124-147.

- 52) Smeltzer SC., Bare BG. Assessment and management of patients with breast disorders; Medical Surgical Nursing, Lippincott Williams ve Wilkins 2005; 1445–1484.
- 53) Hulka BS., Moorman PG. Breast cancer: hormones and other risk factors. Maturitas 2001; 38(1): 103–113.
- 54) Frykberg ER. Lobular carcinoma in situ of the breast. Breast Journal 1999; 5(5): 296–303.
- 55) Dozier KJ., Mahon SM. Cancer prevention, detection, and control: a nursing perspective. Oncology Nursing Society 2002; Pitsburg PA: 389–443.
- 56) Berkarda B. Meme Kanseri, İstanbul, İÜ Basımevi ve Film Merkezi, 2000.
- 57) Ünal G, Ünal H, Çerçel A (Editörler): Meme Hastalıkları. İstanbul Ofset 2001; 246-250,.
- 58) McPherson K., Steel C., Dixon JM. Breast cancer -Epidemiology, risk factors, and genetics. British Medical Journal 2000; 321: 624–628.
- 59) Topuz E., Aydın A., Karadeniz AN. Klinik Onkoloji. İçinde Aydın A, Dinçer M, Topuz E. Meme kanseri. İstanbul: İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Yayınları; 2000. pp: 70-81.
- 60) Günal YS., Günal A. 25-35 Yaş çalışan kadınların meme kanserine yönelik davranışları, Sağlık ve Toplum Dergisi 2000; 10(1): 21-24.
- 61) Mamografi nedir?: Mamografide hastanın pozisyonu (03.03.08)
www.medikalteknoloji.com/img/mamo/image001.jpg
- 62) Kadın sağlığı: kendi kendine meme muayenesi (03.03.08). <http://www.jinekoloji.net/kkmm.htm>
- 63) Karayurt Ö., Dramalı A. Adaptation of champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. Cancer Nursing 2007; 30/1: 69–77.

- 64) McCready T., Littlewood D., Jenkinson J. Breast selfexamination and breast awareness: a literature review. J Clin Nurs 2005;14:570-578.
- 65) Jebbin NJ., Adotey JM. Attitudes to, knowledge and practice of breast self-examination (BSE) in Port Harcourt. Niger J Med 2004;13:166-170.
- 66) Semiglazov VF., Moiseenko VM., Manikhas AG., et al. Role of breast self examination in early detection of breast cancer: Russia/WHO Prospective Randomize Trial In St.Petersburg. Cancer Strategy 1999;145–51.
- 67) Thomas DB, Gao DL, Ray RM, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. Journal of the National Cancer Institute 2002; 94: 1445–1457.
- 68) TC. Sağlık Bakanlığı: meme kanseri kontrol programı: Kendi Kendine Meme Muayenesi eğitimi 2008 (10.01.2008),
http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kontrol_strateji.doc
- 69) Koçyiğit O.P Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi.,2007.
- 70) The women's health resource: clinical breast examination (03.03.08).
[http:// www.imaginis.com](http://www.imaginis.com)
- 71) Hemşireler İçin Kanseri El Kitabı, Amerikan Kanseri Birliği, Ankara, 1998; 30-40.
- 72) Kaymakçı S. Meme Hastalıkları Hemşireliği, Ege Üniversitesi Basımevi, 2001; 918.
- 73) Nahcivan ÖN., Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7(1).
- 74) Birinci Basamakta Meme Kanseri Hastaya Yaklaşım
<http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/seminer17.html> Sadıkoğlu G., (22.08.2008).

- 75) Bahar, Z. Ergene sağlık b3lgesinde asilama yaygınlığını değerlendirme araştırması, Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 1988; 4(3); 1-19.
- 76) Rothenberg, R., ve ark. Observations on the application of epi cluster survey methods for estimating disease incidence, Bulletin of WHO 1985; 63(1): 93-99.
- 77) Beden kitle indeksi:http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (22.04.07).
- 78) Lee S., Kim M., Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: A korean women’s cohort study. Int. J. Cancer 2003; 105: 390–393.
- 79) Swanson C., Coates R. Body size and breast cancer risk among women under age 45 years. American Journal of Epidemiology 1996; 143:698-706.
- 80) Sabatino S., Burns R. Breast cancer risk and provider recommendation for mammography among recently unscreened women in the United States. Journal of General Internal Medicine 2006; 21(4): 285–291.
- 81) Öztürk M., Engin VS., Kişioğlu AN., Yılmaz G. Effects of education on knowledge and attitude of breast self examination among 25+ years old woman eastern. Journal of Medicine 2000;5:13-17.
- 82) Tu S., Yasui Y. Mammography screening among Chinese-American women. PM Cancer 2003; 97(5):1293-302.
- 83) Meissner H., Michele N., Taubman W., Vernon B. Which women aren’t getting mammograms and why? (United States). Cancer Causes Control 2007;18:61–70.
- 84) Nahida H. G. Socioeconomic factors and breast cancer in black and white Americans. Cancer and Metastasis Reviews 2003; 22: 55–65.
- 85) Ekici E. Kadın 3đretim elemanlarının meme kanserine y3nelik davranışları. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3(3): 136-139.

87)Clareann H.B., Friday E.O., Usifo O. Knowledge, attitude and practice of nigerian women towards breast cancer : A cross- sectional study. World J Surg. Oncol 2006; 4: 11.

88)Alican F. Genel Bilgiler. Meme kanseri. Değişen kavramlar ve Güncel tedaviler İstanbul 9-22.1996

89)Champion VL., Miller TK. Variables related to breast self examination.Psychology of Women Quarterly 1992,16:81-86.

90. Demographic and Health Survey 1998. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara Turkey, 1999.

91. Vicdan K, Kukner S, Dabakoğlu T, Ergin T, Keleş G. Gökmen O.Demographic and epidemiologic features of female adolescent in Turkey. J Adolesc Health 1996; 18(1): 54- 58.