

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME VE SERVİKS KANSERİ RİSK
DÜZEYLERİ VE ERKEN TANI HİZMETLERİ
KULLANIMI İLİŞKİSİ**

AYLA AÇIKGÖZ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2010

DEÜ.HSL.MSc-2007970038

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME VE SERVİKS KANSERİ RİSK
DÜZEYLERİ VE ERKEN TANI HİZMETLERİ
KULLANIMI İLİŞKİSİ**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYLA AÇIKGÖZ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Gül Ergör

DEÜ.HSI.MSc-2007970038

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı öğrencisi Ayla Açıkgöz'ün 'Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi' konulu Yüksek Lisans tezi 3.6.2010 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Prof. Dr. Gül ERGÖR
BAŞKAN

Doç. Dr. Pınar ERBAY
ÜYE

Prof. Dr. Belgin ÜNAL TOĞRUL
ÜYE

Doç. Dr. Hülya ELLİDOKUZ
ÜYE

Doç. Dr. Türkan GÜNAY
ÜYE

Prof. Dr. Reyhan UÇKU
YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Erhan ESEN
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
Tablolar Dizini	iv
Şekiller Dizini	v
Ekler	vi
Kısaltmalar	vii
Teşekkür	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanserin tanımı	5
2.2. Kanserde tarama ve erken tanı	5
2.3. Meme kanseri	6
2.3.1. Meme kanseri epidemiyolojisi	6
2.3.2. Meme kanserinde risk etmenleri	7
2.3.3. Meme kanserinde erken tanıda kullanılan yöntemler	10
2.3.4. Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama	12
2.3.5. Meme kanseri risk modelleri	13
2.4. Serviks kanseri	16
2.4.1. Serviks kanseri epidemiyolojisi	16
2.4.2. Serviks kanseri etyolojisi ve risk etmenleri	17
2.4.3. Serviks kanserinde erken tanı ve tarama	19
3. AMAÇ	21
4.YÖNTEM	22

4.1. Araştırmanın tipi	22
4.2. Araştırmanın yeri	22
4.3. Araştırmanın evreni	22
4.4. Araştırma grubunun seçimi	22
4.5. Araştırma grubu	22
4.6. Veri toplama	22
4.7. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri	24
4.8. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi	36
4.9. Bütçe	37
4.10. Araştırmanın zaman düzeneği	37
5. BULGULAR	38
5.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri	39
5.2. Kadınların bazı sağlık özellikleri	40
5.3. Kadınların meme kanseri konusunda bilgi ve davranışları	40
5.4. Kadınların sosyodemografik ve sağlığa ilişkin özelliklerinin mamografi kullanımı ile ilişkisi	53
5.5. Kadınların serviks kanseri konusunda bilgi ve davranışları	54
5.6. Kadınların adet durumu ve sosyodemografik özelliklerinin Pap smear yaptırma ile ilişkisi (Model 1: Tüm yaş gruplarında Pap smear yaptırma)	61
5.7. Kadınların âdet durumu ve sosyodemografik özelliklerinin ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırmaya etkisi (Model 2: Ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırma).....	63
6. TARTIŞMA	65
6.1 Meme kanseri	65
6.2. Serviks kanseri	74
6.3. Çalışmanın güçlü yanları	79

6.4. Çalışmanın kısıtlılıkları	80
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
7.1. Sonuçlar	81
7.2. Öneriler	82
8. KAYNAKLAR	83
9. EKLER	93

TABLolar DİZİNİ

Tablo adı	Sayfa no
Tablo 1. Meme kanserinde risk etmenleri	7
Tablo 2. Yaşa özel meme kanseri gelişme olasılığı	8
Tablo 3. Meme kanseri risk düzeyi belirleme modelleri	14
Tablo 4. Kadınların sosyodemografik özellikleri	39
Tablo 5. Kadınların BKİ ve süreğen hastalık durumu	40
Tablo 6. Kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi	41
Tablo 7. Kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini kullanma durumu	42
Tablo 8. Kadınların mamografi yaptırma zamanı ve koşulları	42
Tablo 9. Kadınların mamografi yaptırmama nedenleri	43
Tablo 10. Kadınların üreme sağlığı özellikleri	44
Tablo 11. Kadınların adet düzeni-hormonal özellikleri ve ailesel meme kanseri öyküsü	45
Tablo 12. Kadınların bireysel meme kanseri risk algısı ve risk hesaplama modellerine göre risk düzeyleri	46
Tablo 13. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu	47
Tablo 14. Kadınların bireysel özelliklerine göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu	48
Tablo 15. Kadınların erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi ve davranışlarına göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu	49
Tablo 16. Kadınların meme kanserine yakalanma riski algısı ve risk hesaplama modelleri sonuçlarına göre ulusal tarama standartlarına uyumu	51
Tablo 17. Meme kanseri risk hesaplama modellerinde risk düzeyinin yaş gruplarına göre dağılımı	52
Tablo 18. Kırk yaş üstündeki kadınların sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin mamografi yaptırmama üzerine etkisi	54
Tablo 19. Serviks kanseri risk etmenleri dağılımı	55

Tablo 20. Pap smear testi yaptırma özellikleri ve serviks kanseri risk düzeyleri	56
Tablo 21. Kadınların Pap smear testi yaptırmama nedenleri	57
Tablo 22. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu	58
Tablo 23. Kadınların sağlığa ilişkin özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu	59
Tablo 24. Pap smear yaptırma koşulları ve hesaplanan tahmini serviks kanseri risk düzeyine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu	60
Tablo 25. Pap smear yaptırma alışkanlığının yaş gruplarına göre dağılımı	60
Tablo 26. Kadınların yaş gruplarına göre serviks kanseri risk düzeyi	61
Tablo 27. Kadınların adet durumu ve sosyodemografik özelliklerinin Pap smear yaptırmaya etkisi (Model 1: Tüm yaş gruplarında Pap smear yaptırma)	62
Tablo 28. Kadınların sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırmaya etkisi (Model 2: Ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırma)	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil adı	Sayfa no
Şekil 1. Serviks kanseri bireysel risk hesaplaması sonucunun renk skalasında bir örnekle gösterimi	31
Şekil 2. Araştırmanın akış şeması	38

EKLER	Sayfa no
EK 1. Anket Formu.....	93
EK 2. Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu değerlendiren tablolar	101
Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu.....	101
Tablo 2. Kadınların bireysel özelliklerine göre Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu	102
Tablo 3. Kadınların erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi ve davranışlarına göre Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu	103
Tablo 4. Kadınların meme kanserine yakalanma riski algısı ve risk hesaplama modelleri sonuçlarına göre Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standartlarına uyumu	104
Tablo 5. Kadınların meme kanseri risk hesaplama modellerinde bireysel meme kanseri risk düzeyi ortalamasının yaş gruplarına göre dağılımı	105
Tablo 6. Ülkemizde yapılan çalışmalarda mamografi çekirme oranları	106

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACS: American Cancer Society - Amerikan Kanser Derneği

AIDS: Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu

BKİ: Beden kütle indeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DEÜH: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

HPV: Human Papilloma Virus - İnsan Papilloma Virüsü

HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

IARC: International Agency For Research on Cancer - Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

KETEM: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri

KİDEM: Kanser İzlem ve Denetim Merkezi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

MR: Manyetik Rezonans

MM: Mamografi

NCI: National Cancer Institute - Ulusal Kanser Enstitüsü

USG: Ultrasonografi

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu tez çalışmasının ortaya çıkmasına katkı sağladıkları, hiç çekinmeden evlerinin kapılarını bana açarak özel yaşamlarına ait bilgileri benimle paylaştıkları ve bilime katkılarından dolayı katılımcı kadınlara teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca desteği için, değerli katkı ve önerileri için tez danışmanım Prof. Dr. Gül Ergör'e çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitiminin yalnızca bilgi birikimi değil, yeni bir bakış, kavrayış, bilim dünyasının kapılarından içeri dalma fırsatı olduğuna inanıyorum. Bu fırsatı bana özveriyle sunan, emeklerini ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu, Prof. Dr. Reyhan Uçku, Prof. Dr. Belgin Ünal Toğrul, Prof. Dr. Semih Şemin, Doç. Dr. Alparslan Ergör, Doç. Dr. Türkan Günay, Doç. Dr. Bülent Kılıç, Doç. Dr. Yücel Demiral, Yard. Doç. Dr. Rüksan Çehrelî, Öğr. Gör. Dr. Ahmet Soysal ve Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin'e teşekkür ederim.

Gerek çalışkanlıklarını, gerekse bilimsel başarılarını örnek aldığım Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlileri; Hakan Baydur, Gül Gerçeklioğlu ve Hatice Şimşek'e yardım ve destekleri için teşekkür ederim.

Balçova Belediyesi Eğitim Mahallesi Semtevi çalışanlarına tez çalışmamın veri toplama aşamasında adres bulma ve iletişim sağlamadaki destekleri için teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her türlü desteği ve yardımlarını esirgemeyen DEÜ Onkoloji Enstitüsünden Prof. Dr. Nur Olgun, Prof. Dr. Münir Kınay, Doç. Dr. M.Ali Özcan, Doç. Dr. Hülya Ellidokuz ve Enstitü Sekreteri Şenay Açıkalin'a teşekkür ederim.

ÖZET

Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi

Ayla Açıkgöz

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisansı

ayla.acikgoz@deu.edu.tr

Erken tanı meme ve serviks kanserinin prognozunda önemli bir role sahiptir. Bu çalışmanın amacı risk belirleme modelleri kullanarak 35-69 yaş grubu kadınların meme ve serviks kanseri risk durumlarını ve bu kadınların mamografi ve Pap smear testi yaptırma sıklığını araştırmaktır.

Kesitsel tipteki bu araştırmanın örneği İzmir İli Balçova İlçesi'nde oturan 35-69 yaş grubu 227 kadından oluşmaktadır. Araştırmanın verileri bir anketle toplanmıştır. Meme kanseri risk düzeyini belirlemede Gail Modeli ve Cuzick-Tyrer Modeli, serviks kanseri risk düzeyini belirlemede Harvard Halk Sağlığı Fakültesi'nin geliştirdiği bir model kullanılmıştır.

Kadınların %52.7'si en az bir kez mamografi yaptırmıştır. 40 yaş üstü kadınlarda son iki yılda mamografi yaptırma oranı %41.3'tür. Gail Modeline göre kadınların %15.8'inin beş yıllık meme kanseri riski yüksek, Cuzick-Tyrer modeline göre %21.7'sinin 10 yıllık meme kanseri riski yüksektir. Lojistik regresyon analizinde 60-69 yaş grubunda olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar ve menopoza girmemiş olanlarda mamografi yaptırmama anlamlı olarak artmış bulunmuştur. Kadınların %52.0'ı en az bir kez Pap smear testi yaptırmıştır. Kadınların %70.0'ının serviks kanseri risk düzeyi ortanın altında, %22.1'i orta düzeyde, %7.9'u ortanın üstündedir. Serviks kanseri risk düzeyi arttıkça Pap smear testi yaptırma azalmış bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde 35-39 yaşında olanlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda Pap smear testi yaptırmama anlamlı olarak artmış bulunmuştur.

Meme ve serviks kanseri tarama oranları Türk kadınlarında düşüktür. Düşük eğitim düzeyi kanser tarama yöntemlerinden düşük oranda yararlanmanın en güçlü belirleyicisidir. Kadınlar meme ve serviks kanseri tarama yöntemleri ve erken tanı hakkında eğitilmelidir. Tarama hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, serviks kanseri, kanser risk modelleri, mamografi, Pap smear testi.

ABSTRACT

Risk Assessment for Breast and Cervical Cancer and the Use of Screening Services

Ayla Açıkgöz

Dokuz Eylül University, Health Science Institute, Public Health Master of Science

ayla.acikgoz@deu.edu.tr

Early diagnosis has a major role in the prognosis of breast and cervical cancer. The aim of this study was to assess the risk status of women 35-69 years of age using risk assessment models and the prevalence of mammography and Pap smear.

The sample of this cross sectional study consisted of 227 women in 35-69 years of age who reside in Balçova district of Izmir. A questionnaire was used to collect data. Gail model and Cuzick-Tyrer model was used to assess the risk for breast cancer and model developed by Harvard School of Public Health was used for the assessment of cervical cancer risk.

In this study, 52.7% of women had mammography at least once. 41.3% of the women over the age of 40 had mammography exams in the last two years. The five year risk for breast cancer was high in 15.8% of women according to Gail model and ten year risk was high in 21.7% according to Cuzick-Tyrer model. Being in 60-69 age, having low education and not being in menopause were risk factors for not having mammography according to logistic regression analysis. 52.0% of women had Pap smear at least once. The risk level in 70.0% of the women was lower than average, 22.1% was average and 7.9% was higher than average risk. As the risk of cervical cancer increased, getting Pap smear decreased. Being in 35-39 age, having less education were risk factors for not having Pap smear according to logistic regression analysis.

Breast and cervical cancer screening rates are lower in Turkish women. Having less education is the strongest predictor of low utilization rates for cancer screening. Women must be educated about breast and cervical cancer screening methods and early diagnosis.

Keywords: Breast cancer, cervical cancer, cancer risk models, mammography, Pap smear test.

1.GİRİŞ:

Dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türü meme kanseridir. Serviks kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen ikinci, meme ve akciğer kanserinden sonra en fazla ölüme neden olan üçüncü kanser türüdür. Ülkemizde ise serviks kanseri kadınlarda hem görülme sıklığı hem de en fazla ölüm nedenleri açısından sekizinci sırada yer almaktadır (1).

Meme ve serviks kanserinde prognozu belirleyen en önemli etken erken dönemde tanı konulmasıdır. Mamografi ile yapılan taramalarda erken tanı konulması sonucu mortalitede %30'a varan azalmalar bildirilmiştir (2). Amerika, Finlandiya, İsveç, Danimarka, Norveç'te sitolojik taramanın (Pap smear testi) başlamasıyla serviks kanseri belirgin olarak azalmıştır (3, 4).

Meme kanserinde mortaliteyi azaltan en önemli tarama yöntemi mamografidir (5). Bununla birlikte mamografi deneyimli eleman gerektiren pahalı bir yöntemdir. Bu nedenle ülkemizde yaygın bir şekilde uygulanamamaktadır. Amerikan Kanser Derneği 40 yaşından büyük kadınlarda meme kanseri tarama yöntemi olarak mamografiyi önermektedir (3). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından 50-69 yaş grubundaki kadınlara tarama mamografisi önerilmektedir (6). İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi (KİDEM) 1998-2002 verilerine göre İzmir'de yaşa özel meme kanseri insidansı 40 yaşında yüzbinde 75, 50 yaşında yüzbinde 100, 60 yaşında yüzbinde 120, 70 yaşında yüzbinde 140 olarak verilmektedir (7).

Serviks kanseri tarama yöntemi olarak Pap smear testi Avrupa'da birçok ülkede yirmili yaşlarda başlamaktadır. İspanya'nın birçok bölgesinde ilk olarak 25 yaşında test uygulanmakla birlikte bazı bölgelerde 35 yaşında ilk test yapılmaktadır. Testin 35 yaşında ilk kez yapıldığı bu bölgelerde eğer kişinin riski yüksekse daha önceki yaşlarda da test yapılmaktadır (8). Ülkemizde Pap smear testi başlangıç yaşı 35'tir (9).

Ülkemizde mamografi (10-18) ve Pap smear (19, 20) testinin yapılma sıklığını ve bu testlerin yapılmasını etkileyen etmenleri araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak bu çalışmalardan bazıları sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerde (15,16,19,20), bazı çalışmalar ise belirli gruplarda (hemşireler, sağlık çalışanları, öğrenciler, işçiler) (12,13,14,17) yapılmış olduğundan bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışmaların sonuçları tüm topluma genellenemez.

Bireysel meme kanseri riskini saptamakta kullanılan çeşitli matematiksel modeller vardır (21). Ülkemizde mamografi yaygın bir tarama yöntemi olarak kullanılmadığından bu matematiksel modeller kullanılarak meme kanseri riski yüksek olan kadınlarda öncelikli olarak uygulanması yararlı olabilir.

Bu çalışmanın amacı 35-69 yaş grubu kadınların meme ve serviks kanseri risk düzeylerini modeller kullanarak belirlemek, bu kadınların mamografi ve Pap smear testi yaptırma sıklığı ile risk durumu ilişkisini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı

Kanser hücrelerin genetik bilgisindeki değişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkan kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize bir hastalık grubudur. Yüzden fazla kanser türü vardır. Normalde hücre bölünmesi, farklılaşması ve ölümü oldukça iyi düzenlenmektedir. Tüm kanserler büyüme ve kopyalama süreçleri bozulan tek bir hücreden başlar. Kanserin %5-10'u kanserle ilişkili genlerin kalıtımına bağlı olarak ortaya çıkar. Geriye kalan %90-95'i ise zamanla hücrelerin genetik materyalindeki değişiklikler ve hasarların birikimiyle ilişkilidir. Bu hasarın nedenleri hem hücrenel hem de çevresel kaynaklıdır. Her kanser türü farklı özelliklere sahip olmakla birlikte, değişmeyen tek özellik hücre çoğalması ve ölümünün kontrol edilememesidir (22).

2.2. Kanserde Tarama ve Erken Tanı

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda hastalıkları ve sağlık sorunlarını erken yakalamanın önemi oldukça büyüktür. Erken yakalama "Belli bir hastalığı, hastalık sürecinin başlangıcında, hastalığın belirti ve bulguları henüz ortaya çıkmadan önce saptamak amacıyla sağlıklı toplumun bütününe ya da risk altında olduğu kabul edilen bölümünü hedef olarak yürütülen her türlü sağlık hizmeti faaliyeti" olarak tanımlanmaktadır (23). Bu tanım erken tanı ve tarama kavramlarını da içermektedir.

i. Erken tanı: Hem toplumu hem de tüm sağlık çalışanlarını bilgilendirerek henüz hastalık belirti ve bulguları ortaya çıkmadan bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarını sağlamaktır (23).

ii. Tarama: Sağlıklı görünen, risk altındaki kişilerde uygun yöntemler kullanılarak hastalığın erken dönemde saptanmasıdır (23). Halk sağlığı uygulamaları içinde tarama; 'Toplum Tabanlı Tarama' olarak algılanmalı ve hedef gruptaki bireyler tarafından kabul edilebilir, güvenli ve kolay uygulanabilir bir test olmalıdır (24).

Bir toplumda kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken evrede yakalanabilmesi gereklidir. Kanserin erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşüktür. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser sıklığı giderek artmaktadır. Bu artış kanser tarama programlarına başlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) meme ve serviks tarama programlarının mortalite ve morbiditeyi düşürmede etkin olduğunu belirtmiştir (25).

Kanserden korunma yöntemleri

- a) **Birincil korunma:** Kanser gelişmesini önleyecek, risk etmenlerine yönelik her türlü önlemin alınmasıdır.
- b) **İkincil korunma:** Etkin erken tanı ve tarama yöntemleri (örneğin: mamografi, servikal smear) ile kanserin erken dönemde saptanarak iyileşmesini sağlamaktır.
- c) **Üçüncül korunma:** Kanser belirti ve bulguları ile başvuran bireylerin uygun tedavisini yapmak ve tedavinin yan etkilerine karşı hastayı korumaktır (23,26).

2.3. Meme Kanseri

2.3.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada her yıl 7.4 milyon kişi kanser nedeniyle ölmektedir. Meme kanserinden ölenlerin sayısı ise 519,000'dir (27). Meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Meme kanseri 40 yaş altı kadınlarda daha seyrek, ancak yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Amerika'da 35-39 yaş kadınlarda meme kanseri insidans hızı yüzde 30.8 iken 40-44 yaş grubunda 60.6, 55-69 yaş grubunda yüzde 172.2'dir (5).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency For Research on Cancer, IARC)'na göre tüm dünyada tahmini yaşa standardize insidans hızı yüzde 37.4, yaşa standardize mortalite hızı ise yüzde 13.2 olduğu bilinmektedir. Meme kanseri görülme sıklığı ülkeler arası farklılıklar göstermekte, gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla görülmektedir. Ülkemizde IARC'a göre tahmini yaşa standardize insidans hızı yüzde 22.0, yaşa standardize mortalite hızı ise yüzde 9.7'dir (1).

KİDEM 1998-2002 verilerine göre, meme kanseri yaşa standardize insidans hızı yüzde 34.8'dir (7). İzmir'de yaşa özel meme kanseri insidansı; 35 yaşında yüzde 40, 40 yaşında yüzde 75, 50 yaşında yüzde 100, 60 yaşında yüzde 120, 70 yaşında yüzde 140 olarak verilmektedir (7).

Meme kanserli hastalarda beş yıllık sağkalım oranları gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelere %53 olarak bildirilmektedir. Meme kanseri fatalitesi gelişmiş ülkelere %30 (190.000 ölüm / 636.000 olgu), az gelişmiş ülkelere ise %43'tür (221.000

ölüm / 514.000 olgu). Ülkeler arasındaki bu önemli farklılıklar, gelişmiş ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir (28).

2.3.2. Meme Kanserinde Risk Etmenleri

Meme kanseri etyolojisinde genetik etmenler önem taşır. Meme kanseri gelişiminde dört gen bozukluğunun etkili olduğu gösterilmiştir. Bunlar: BRCA 1, BRCA 2, p53 ve erkeklerde görülen meme kanserinde rolü olan androjen reseptör genidir (29). Radyasyona maruz kalmak, çevresel ve hormonal faktörler ve beslenme alışkanlığı etyolojide rol oynayan diğer etmenlerdir (5, 26).

Çeşitli etmenlerin meme kanseri gelişme riskini artırdığı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Meme kanserinde risk etmenleri (5)

Risk Etmenleri	Tahmini Göreli Risk
İleri yaş	> 4
Aile öyküsü	
İki ya da daha fazla birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü (anne, kızkardeş)	>5
Birinci derece akrabalarından birinde meme kanseri öyküsü (anne, kızkardeş)	>2
50 yaşın altında birinci derece akrabada yumurtalık kanseri öyküsü	>2
Bireysel öykü	
Meme kanseri	3-4
BRCA1 ya da BRCA2 gen mutasyonu	>4
Meme biyopsisinde atipik hiperplazi saptanması	4-5
Meme biyopsisinde lobüler karsinoma in-situ ya da duktal karsinoma in-situ saptanması	8-10
Üreme sistemine ilişkin öykü	
İlk âdetin erken yaşta (< 12) görülmesi	2
İleri yaşta (> 55) menopoza girilmesi	1.5-2
İlk doğumun 30 yaşından sonra yapılması ya da hiç doğum yapılmaması	2
Hormon Replasman Tedavisi (HRT) olarak kombine östrojen-progesteron kullanımı	1.5-2
Şu an ya da yakın zamanda oral kontraseptif kullanımı	1.5
Yaşam tarzı	
Erişkinlik döneminde kilo alma	1.5-2
Sedanter yaşam	1.3-1.5
Alkol tüketimi	1.5

Yaş ve cins: Meme kanseri gelişiminde kadın olmak temel risk etmeni olarak bilinmektedir. Kansere yakalanma riski yaşla beraber artar. Meme kanseri olan sekiz kadından biri 45 yaşın altında iken meme kanserli kadınların üçte ikisi 55 yaşın üstündedir (30, 31). Tablo 2’de yaşa özel meme kanseri gelişme olasılığı görülmektedir.

Tablo 2. Yaşa özel meme kanseri gelişme olasılığı, ABD-NCI (32)

Yaş	Meme kanseri gelişme olasılığı	
	%	Oran
30-39	0.43	1/233
40-49	1.44	1/69
50-59	2.63	1/38
60-69	3.65	1/27

Aile öyküsü: Aile öyküsünün bulunması meme kanseri için bir risk etmenidir. İki ya da daha fazla birinci derece akrabası meme kanseri olan kadının riski yaklaşık olarak beş kat fazladır. Birinci derece akrabalarında 50 yaşın altında yumurtalık kanseri görülmesi riski iki katına çıkarır. Meme kanserli hastaların %5-10’unda risk otozomal dominant kalıtılır. Bu kalıtsal türde kanserler sıklıkla yumurtalık kanseriyle birlikte görülür. BRCA 1 ve BRCA 2 gen mutasyonu taşıyan bir kadının yaşam boyunca meme kanserine yakalanma olasılığı %50-80 arasındadır (5, 29, 30, 31).

Üreme sistemine ilişkin risk faktörleri: İlk gebeliğin ileri yaşta olması, hiç doğum yapmama, ilk adetin erken yaşta (<12 yaş) başlaması, menopozun geç yaşta başlaması meme kanseri riskini artırır. 55 yaşında menopoza giren bir kadın 45 yaşta menopoza giren bir kadına göre iki kat daha fazla meme kanseri riskine sahiptir. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlar, ilk çocuğunu 20 yaşından önce doğuran kadınlara göre iki kat daha fazla riske sahiptir. Hiç çocuk doğurmama postmenopozal meme kanseri riskini artırır (5, 26, 29, 30).

Önceki meme sağlığı öyküsü: Bir kadında meme kanseri öyküsü bulunması diğer memede başka bir primer (birincil) kanser riskini üç-dört kat artırır. Meme kanseri öyküsüne ek olarak, hiperplazi, karmaşık özellikleri olan fibroadenom, sklerozan adenozis ve soliter papillom gibi özelliklere sahip meme biyopsisi öyküsünün olması riski 1.5-2 kat artırır. Atipik hiperplazi (duktal ya da lobüler) öyküsü riski 4-5 kat artırır. Fibrokistik hastalık öyküsü risk artışına

neden olmaz. Karsinoma in-situ öyküsü tedavi edilmemiş kadınlarda riski 8-10 kat artırır (5, 30).

Yaşam tarzı ve çevresel risk etmenleri: Kolon ve prostat kanserlerinde olduğu gibi, tahıllar, sebze ve meyvelerden zengin; doymuş yağlar, enerji ve alkol açısından düşük bir diyetin meme kanserine karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir. Perimenopozal ve postmenopozal dönemde kilo alınan batı tarzı diyet (hayvansal yağlar ve rafine karbonhidratlardan sağlanan yüksek kalori), sedanter (hareketsiz) yaşam tarzı meme kanseri ile ilişkilidir. Batılı yaşam tarzı (batı tarzı beslenme ve egzersiz yapmama), şişmanlık, özellikle bel bölgesinde yağlanma ve süregelen hiperinsülinemiye neden olur. Her iki durumda da insüline direnç gelişimi tip II şeker hastalığı ve kalp-damar hastalıkları riskini artırır. İnsülin ve insülin benzeri büyüme faktörlerinin mitojenik özellikleriyle karşı karşıya kalmanın artması nedeniyle batılı yaşam tarzı ile meme kanseri riski artışı arasında bir bağlantı olduğu ileri sürülmektedir (5, 29-31).

Hormon kullanılması: Yakın zamanlarda ve uzun süreli hormon yerine koyma tedavisi özellikle hem östrojen hem de progesteron içeren kombine ilaçlar meme kanseri riskinde artışa neden olur. Uzun süreli kombine hormon ilacı kullanılmasının daha geç evrede tanı konulmasına ve prognozun kötü olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Kadın Sağlığı Girişim Çalışması'nın (Women Health Initiative Trial) yalnızca östrojen verilerek gerçekleştirilen kolu güvenlik nedeniyle kesilmiştir. 6.8 yıllık izlem sonucu östrojenin plaseboya göre kalp hastalığı riskini azaltmadığı gösterilmiştir. İnme riskinde artış, kalça kırığı riskinde azalma saptanmıştır. Yalnız östrojen kullanımının meme kanseri riskini artırmadığı ileri sürülmüştür. Buna karşın yalnız östrojen endometriyum kanseri riskini artırır (5, 30).

Uzun süre oral kontraseptif kullanımı meme kanseri riskinde küçük bir artışa neden olmaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlar oral kontraseptif kullanımının meme kanseri riskini %25 oranında artırdığını göstermektedir. Oral kontraseptif kullanımının kesilmesiyle risk giderek azalmaktadır, on yıl sonra kullanmayan kadınlarla aynı düzeye gelmektedir (5, 30, 31).

Diğer risk etmenleri: Sigara içme (hem aktif, hem de pasif), diyetteki karsinojenler, böcek öldürücülerle temas, radyasyon, çevresel ve eksojen östrojenler gibi çok sayıda çevresel

etkenin meme kanseri riskiyle bağlantısı araştırılmaktadır. Bu etmenlerin meme kanseri riskini artırdığını gösteren kesin kanıtlar henüz bulunmamaktadır (5, 30). Özellikle postmenopozal dönemde radyolojik olarak yoğun memeye sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riski artmıştır. Radyolojik olarak yoğun bölgelerde epitelyum proliferasyonu yüksek derecededir. Bu durum meme kanseri için uygun bir ortam oluşturur. Radyolojik olarak yoğun memelere sahip kadınlar çoğunlukla eksojen ya da endojen östrojenlerle daha fazla karşılaşmışlardır (5).

Riski azaltan etmenler: Asya kökenli olmak, 18 yaşından önce doğum yapmak, erken menopoz, emzirme (12 ay emzirme riski %4.3 azaltır), 37 yaşından önce yumurtalıkların ameliyatla alınması (cerrahi kastrasyon) meme kanseri riskini azaltır (30, 33).

2.3.3. Meme Kanserinde Erken Tanıda Kullanılan Yöntemler

Meme kanserinde erken tanı hastalık bulguları ortaya çıkmadan hastalığın erken dönemde saptanmasını sağlar. Tarama yöntemleri yardımıyla direk olarak bireylere hemen kanser tanısı konmaz, elde edilen bulgular değerlendirilerek normal dışı durumlarda kliniklere yönlendirilerek daha ileri tanı yöntemleri ile kesin tanısı konur. Meme kanserinde erken tanının getirilmesi meme kanserinden ölümleri azaltmak, tedavi şansını artırmak, sağkalım süresini uzatmaktır (23).

a) Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM): Kendi kendine meme muayenesi her kadının yapabileceği kolay, zararsız, hiçbir maliyeti olmayan bir meme kanseri erken tanı yöntemidir.

Yirmi yaşından sonra her kadın kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapma alışkanlığı edindiğinde memedeki değişiklikler kolayca fark edilebilmektedir. Bu değişiklikler; meme derisinde, meme görünümünde ve koltukaltında belirgin şişlik, ağrı, meme derisinde içe doğru çekilme alanları, renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan bir belirginleşme hali, ciltte portakal kabuğu görünümü, ödem, meme başının içe doğru çekilmesi, tümüyle içe gömülmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri, büyüklük ve simetri yönünden daha önce var olmayan değişiklikler olarak tanımlanmıştır. Kendi kendine meme muayenesi âdet gören kadınlarda âdetinin

başlangıcından sonra 7. ve 10. günler arasında, âdet görmeyen kadınlarda ise ayın ilk günü ya da unutmayacağı bir günde, ayda bir kere düzenli olarak yapılması önerilmektedir (34).

b)Klinik Meme Muayenesi (KMM): Koltukaltı ve tüm meme dokularının hekim tarafından elle muayene edilmesi ve meme kanseri bulgularının değerlendirilmesidir. Meme kanserinin erken tanısında mamografi taraması ile birlikte yapılması önerilmektedir (35).

KKMM ve KMM’de amaç memede ele gelebilen en küçük kitleyi yakalamaktır. Uygulayıcı hekim çok iyi bir eğitim almış olsa bile KMM’nin kanser mortalitesini azaltmada etkisi olmadığı belirtilmiştir. Ancak metastaz yapmamış kanserlerde tedavi olumlu sonuçlar verebildiğinden özellikle 40 yaşın altındaki tarama yöntemlerinin uygulanmadığı kadınlarda KKMM ve KMM önerilmeye devam edilmektedir (5).

c)Mamografi (MM): 1960’lı yıllardan bu yana memenin görüntülenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Memede var olan kuşkulu alanlar ya da mikrokalsifikasyonlar 1.5 kat büyütülerek tanı konabilmektedir. Mamografiyle memedeki kitle ve mikrokalsifikasyonlar saptanabilmekte, klinik olarak %85 oranında kanser tanısı konabilmektedir.

Mamografi erken evrede meme kanseri tanısı konulmasında en etkili toplum tabanlı tarama yöntemidir. KMM ile saptanabilen bir kitle, mamografi yöntemiyle bir iki yıl daha önce saptanabilmektedir. Mamografinin kullanılmasıyla birlikte Amerika’da 50-74 yaşları arasındaki kadınlarda meme kanserinden ölümler %30, 40-49 yaşları arasındaki kadınlarda ise %17 azalmıştır (5).

d) Ultrasonografi (USG): Özellikle 40 yaşından genç kadınlarda solid-kistik kitle tanısında kullanılmaktadır. Menopoza girmemiş olan, HRT kullananlarda meme yoğunluğu artmış olduğundan kitlenin büyüklüğü ve sınırlarını belirlemede mamografi ile birlikte kullanılabilir (33).

e) Manyetik Rezonans (MR): Mamografiden daha duyarlı ve özgül olduğu kabul elden bir yöntemdir. Yüksek riski olanlarda ve çok yoğun memesi olan genç kadınlarda, meme kanseri olanlarda tedavinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (33).

2.3.4. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama

Türkiye’de kanser erken tanı ve tarama çalışmaları Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı’na bağlı olarak sürdürülmektedir. 14 Aralık 2000 tarihinde 24260 sayılı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği çıkarılmış ve bu doğrultuda Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) kurulmaya başlanmıştır. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği’nin amacı: “Sağlık Bakanlığı’na bağlı Devlet Hastanelerine entegre olarak veya Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı kuruluşlar haricindeki diğer kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişiliklerince kurulmuş bulunan ve kurulacak Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinin açılış, kuruluş ve çalışma esaslarının belirlenmesi ve kurulu olduğu il sınırları içinde erken tanısı konulabilen kanser vakalarının belirlenmesi, kanser türlerinin kontrol altına alınması, hizmet içi eğitim ve halk eğitimi yoluyla halkın kanser konusunda bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi ve kanserin morbidite ve mortalitesinin azaltılması sağlanarak hizmet kalitesinin ve verimliliğinin artırılmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.” (36)

Sağlık Bakanlığı’nın 2008 yıl sonu verilerine göre 81 ilde toplam 84 KETEM kurulmuş, devlet hastaneleri bünyelerinde faaliyetlerine devam etmektedirler. Bu merkezlerde doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görevlendirilmiş olup, mamografi, klinik meme muayenesi, Pap smear testi ve halk eğitimi çalışmaları yapılmaktadır (37).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından ülkemizde topluma yönelik meme kanseri taraması çalışmaları sırasında uyulması gereken kural ve standartları belirlemek amacıyla Temmuz 2004’te ‘Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar’ yayınlanmıştır (6).

Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar

- Hedef nüfus, coğrafi olarak sınırları belirlenmiş bir toplumda yaşayan 50-69 yaş grubu kadınlar olmalıdır.
- Tarama aralığı iki yıl olmalıdır.
- Taramaya katılanlara her iki meme için, birisi medyolateral oblik, diğeri ise kranyokaudal olmak üzere ikişer poz mamografi filmi çekilmelidir.
- Mamografi filmleri iki radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmeli, her iki uzmanın önerileri de dikkate alınmalıdır.

- Asıl tarama yöntemi memenin mamografi ile incelenmesi olmakla birlikte, taramaya katılan her kadın hekim tarafından da muayene edilmelidir.

Taramanın etkili olması, yani “meme kanseri mortalitesinin yüzde otuz düşürülmesi” şeklindeki amaca ulaşılabilmesi için, hedef nüfusun yüzde yetmişden fazlasının taramaya katılmış olması gerektiği (38) göz önüne alınarak, tarama çalışmasının planlama, kayıt, istatistik ve değerlendirme yönlerine gerekli özen gösterilmesi zorunludur.

Tüm dünyada meme kanserinin erken tanısında altın standart mamografidir. Mamografinin hangi yaşlarda ne kadar sıklıkla uygulanacağı konusunda farklı görüşler vardır. Ülkemizde, Birleşik Krallık, Hollanda ve İsrail’de 50 yaşından sonra mamografi çekilmesi tarama standardı olarak belirlenmesine karşın; ABD, Avustralya ve İsveç’te mamografi çekilme başlangıcı olarak 40 yaş belirlenmiştir (2).

Kaynakları zengin bir ülke olan ABD’de birçok kuruluş 40 yaşından başlayarak mamografi çekilmesi gerektiğini bildirmektedir. Örneğin Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society, ACS) (39), Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute, NCI) (40), Amerikan Radyoloji Derneği (American College of Radiology, ACR) (41), Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Derneği (American College of Obstetrics and Gynecology, ACOG) (42), Amerikan Meme Hastalıkları Derneği (American Society of Breast Disease ASBD) (43), Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Ekibi (The U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) (44), Ulusal Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Programı (National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program NBCCEDP) (45) mamografinin 40 yaşında başlamasını ve NCI ve USPSTF dışındaki yukarıdaki kuruluşlar mamografi çekirme sıklığının yılda bir olmasını, NCI ve USPSTF ise mamografi taramasının 1-2 yılda bir kez yapılmasını önermektedir. Ek olarak, NCI yüksek meme kanseri riskine sahip olan 40 yaşından küçük kadınların hekimin önerisine göre mamografi çekirmesi gerektiğini bildirmektedir (46).

2.3.5. Meme Kanseri Risk Modelleri

Kadınlarda meme kanseri riski düzeyini belirlemek; meme kanserini önlemek açısından oldukça önemlidir. Meme kanseri yatkınlığı belirlenen kadınlarda gerekli önlemler (yaşam biçimi değişiklikleri, beslenme vb.), etkili tarama yöntemlerinin kullanılması, erken tanının konulması yaşam kurtarıcı olabilir. Meme kanseri risk düzeyini belirlemeye yarayan değişik

modeller bulunmaktadır (21, 47). Meme kanseri risk düzeyini etkileyen etmenlerin görel riski (RR) ve bu risk etmenlerinin hangi modellerde araştırıldığı Tablo 3'te gösterilmektedir (21).

Tablo 3. Meme kanseri risk düzeyi belirleme modelleri (21)

Risk	RR	Gail Modeli	Cuzick-Tyrer Modeli
Kişisel Bilgiler			
Yaş (20-70)	30	+	+
Beden Kütle İndeksi (BKİ)	2	-	+
Alkol kullanımı	1.24	-	-
Hormonal Faktörler			
İlk adet yaşı	2	+	+
İlk doğum yaşı	3	+	+
Menopoz yaşı	4	-	+
HRT	2	-	+
Oral Kontraseptif	1.24	-	-
Emzirme	0.8	-	-
Plazma östrojen	5	-	-
Meme hastalığı öyküsü			
Meme biyopsisi	2	+	+
Atipik duktal hiperplazi	3	+	+
Lobüler karsinoma in-situ	4	-	+
Meme yoğunluğu	6	-	-
Aile Öyküsü			
Birinci derece yakını	3	+	+
İkinci derece yakını	1.5	-	+
Üçüncü derece yakını		-	-
Meme kanseri tanı konma yaşı	3	-	+
Bilateral meme kanseri	3	-	+
Over kanseri	1.5	-	+
Erkek meme kanseri	3.5	-	-
Program		Var (NCI)	Var (kullanım serbest)

Toplumda meme kanseri risk etmenlerine karşı farkındalığın artırılmasında ve erken tanı ve tarama yöntemlerine uyum açısından meme kanseri risklerini belirlemek önemlidir. ABD'de meme kanseri prevansiyonu için kimlerin uygun olduğunu saptamak amacıyla yaygın olarak Gail modeli kullanılmaktadır (48,49). Amerika Ulusal Kanseri Enstitüsü tarafından kullanılmakta olan Gail modeli 1989 yılında Gail ve arkadaşları tarafından kadınlarda meme kanseri gelişme riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Alkol kullanımı,

uzun süre HRT kullanımı, fazla kilo ve uzun boylu olmak meme kanseri riskini arttırdığı çalışmalardan elde edilmiş, ancak sayısal olarak yeterince veri elde edilemediğinden Gail modeline alınmamıştır. Gail modeli analizinde, Amerikan toplumunda meme kanseri riski için ana belirleyiciler olan birinci derece aile öyküsü, ilk doğumun ileri yaşta olması, ilk adetin erken yaşta olması gibi etmenleri içeren tıbbi öykü değişkenleri kullanılmıştır (49). Gail modelinin geliştirilmesinde Breast Cancer Detection Demonstration Project çalışmasının sonuçları kullanılmıştır. ABD’de 1973-1980 yılları arasında 28 mamografi tarama merkezinde toplam 284,780 kadın bu araştırmada incelenmiştir. Bu çalışmada risk oranı ve lojistik regresyon analizi kullanılarak Gail modeline alınacak değişkenler belirlenmiştir (48-52). Bu model bireysel risk etmenlerini kullanarak kadının beş yıllık ve yaşam boyu riskini hesaplamaktadır. Modelde aile öyküsünden çok bireysel risk etmenlerine göre hesaplama yapılmaktadır. Gail modelinde ikinci derece ailesel meme kanseri öyküsü ve genetik özellikler gibi bireysel farklılıklar dikkate alınmadan risk belirlendiğinden bu gibi öyküsü olanlarda risk düzeyi düşük hesaplanabilmektedir. Aile öyküsü olmayanlar için uygun bir modeldir. Bu model hangi bireylerde kemoprevansiyonun uygulanması gerektiğini belirlemek için kullanılmakta ve beş yıllık riski %1.67 ya da daha yüksek olanlardan klinik durumu uygun olanların profilaktik olarak tamoksifen kullanması önerilmektedir (5). Gail modeline göre meme kanseri risk düzeyini belirlemek için uzun yıllar ABD’de yapılmış epidemiyolojik çalışmaların sonuçları değerlendirilmiş ve 60 yaşındaki beyaz kadınlarda ortalama beş yıllık meme kanseri riski %1.67 olarak belirlenmiştir. Randomize plasebo kontrollü The Breast Cancer Prevention Trial adındaki altı yıllık izlem çalışmasında Gail modeline göre beş yıllık meme kanseri riski %1.67’nin üstünde olanlar hangi yaşta olursa olsun yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir (50, 52, 53). Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü’nün internet sayfasında bireysel meme kanseri riskini hesaplamak için herkesin kullanımına uygun olarak Gail modelinin programı sunulmaktadır (5). Bu program sürekli yenilenmekte olup, son yıllarda kullanılan programın Gail modelinin üçüncü sürümü olduğu belirtilmektedir (50,52).

2003 yılında Cuzick ve Tyrer tarafından daha önceki meme kanseri risk hesaplama modelleri incelenmiş, bu modellerin bazılarının bireysel tıbbi öykü ve aile öyküsü, bazılarının ise genetik mutasyonların varlığı üzerinden kurgulandığı saptanmıştır. Bu nedenle bireysel tıbbi öykü ve aile öyküsü genişletilerek meme kanseri riskini belirlemek için program oluşturulmuştur. BRCA 1 ve BRCA 2 gen mutasyonlarının varlığı meme kanseri riskini arttırdığından bu özellik de programa eklenmiştir (54). Cuzick-Tyrer modeli oluşturulurken

diğer modellerde olmayan risk etmenleri BKİ, menopoz yaşı, HRT kullanım süresi, insitu karsinom varlığı, ikinci-üçüncü derece yakınında meme ve yumurtalık kanseri varlığı ve tanı yaşı, erkek akrabada meme kanseri varlığı değerlendirilmeye alınmıştır (21). Bu nedenle model meme kanseri tahmininde en hassas ve sürekli yenilemesi yapılan en iyi model olarak kabul edilmektedir (21, 47, 54-56).

2.4. Serviks Kanseri

2.4.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Tüm dünyada kadınlarda görülen kanser olgularından %10'unu serviks kanseri oluşturmaktadır ve kadınlarda görülen kanserler arasında üçüncü sırada gelmektedir. Dünyada 1990 yılında serviks kanseri olgu sayısı 470,000'dir. Sahraaltı Afrika, Orta Amerika, Orta Asya'nın güneyinde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Zimbabwe ve Hindistan serviks kanseri açısından yüksek insidansa ve mortaliteye sahip ülkelerdir. Doğu ve Orta Avrupa'daki bazı ülkelerde de yüksek düzeyde serviks kanseri insidansı görülmektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde son 30-40 yılda tarama programları uygulanmaya başlanmasıyla serviks kanseri insidansı düşmüştür. Bu düşmede doğurganlığın azalması ve yaşam koşullarının iyileşmesi de etken olmuştur (57).

IARC'ın tahmini verilerine göre tüm dünyada serviks kanseri olgu sayısı 493,243, serviks kanserinden ölüm sayısı ise 273,505 olarak hesaplanmıştır. Tüm dünyada tahmini yaşa standardize insidans hızı yüzde 16.2, yaşa standardize mortalite hızı ise yüzde 9.0'dır (1). Serviks kanseri görülme sıklığı ülkeler arası farklılıklar göstermekte, bu farklılık ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, kadınların ırk ve etnik kökenlerine göre değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşa standardize insidans hızı yüzde 10.3, az gelişmiş ülkelerde yüzde 19.1'dir (1). Amerika'da yaşayan ırklara göre insidans hızı beyazlarda yüzde 9.2, siyahlarda yüzde 12.4, hispaniklerde yüzde 16.2'dir (4).

IARC'ın tahminine göre Türkiye'de serviks kanseri en sık görülen sekizinci, en fazla ölüme neden olan sekizinci kanser türüdür. Ülkemizde tahmini yaşa standardize insidans hızı yüzde 4.5, yaşa standardize mortalite hızı ise yüzde 2.4'tür (1).

KİDEM 1998-2002 verilerine göre serviks kanseri yaşa standardize insidans hızı yüzde 5.4'tür (7). İzmir'de yaşa özel serviks kanseri insidansı 35 yaşında yüzde 4, 40 yaşında yüzde 10, 50 yaşında yüzde 17, 60 yaşında yüzde 20, 70 yaşında yüzde 20 olarak verilmektedir (7).

2.4.2. Serviks Kanseri Etyolojisi ve Risk Etmenleri

Serviks kanserine cinsel yolla bulaşan bir virüs olan insan papilloma virüsünün (HPV) neden olduğu bilinmektedir. HPV suşlarının önemli rol oynadığı kabul edilmektedir (58, 59). HPV'nin 100'den fazla suşunun insanlarda enfeksiyona neden olduğu bilinmektedir. Bunlardan HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 53 suşlarının serviks kanseri ile ilişkisi olduğu kanıtlanmış ve yüksek karsinojenik risk etmeni olduğu bulunmuştur. Diğer HPV türlerinden bazıları kadın ve erkek genital bölgesinde bulunmakla birlikte düşük risk etmenleri olarak kabul edilmektedir. Tüm serviks kanserlerinin yaklaşık %70'ine HPV 16, HPV 18'in neden olduğu bulunmuştur.

Serviks kanserinin gelişmesi için HPV enfeksiyonu gerekmektedir. Pek çok kadında HPV enfeksiyonu bulunur, ancak bunlardan bazıları serviks kanserine yakalanmaktadır. Bağışıklık sistemi güçlü olan kadınlar HPV ile savaşarak virüsü etkisiz kılmaktadır. Bazı kadınlarda henüz anlaşılamayan nedenlerle enfeksiyon servikse yerleşerek kansere neden olur (60).

HPV enfeksiyonu büyük oranda endemik olmakla birlikte serviks kanseri görece olarak seyrekdir. HPV enfeksiyonu olan kadınlarda bazı risk etmenlerinin kanser gelişiminde etkisi olduğu düşünülmektedir. Serviks kanseri risk etmenleri şunlardır (61-63):

- HPV öyküsü
- Erken yaşta cinsel ilişki
- Cinsel eş sayısının çok olması
- Cinsel eşin birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunması
- Cinsel eşin sünnetli olmaması
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü
- İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) / Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) öyküsü
- Kötü hijyen koşulları
- Çok doğum yapmak
- Oral kontraseptif kullanmak
- Sigara içmek
- Beslenme bozukluğu
- Fetüsün dietilstilbestrolden etkilenimi

Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü: HIV bağışıklık sisteminin işlevlerini bozarak kadınların daha kolay HPV enfeksiyonuna yakalanmasına neden olur. Bağışıklık sistemi aynı zamanda kanser hücrelerinin öldürülmesini sağladığından AIDS'li hastalarda prekanseröz lezyonlar normale göre daha hızlı bir şekilde serviks kanserine dönüşür. *Klamidya*, *Trikomanas vajinalis*, genital herpes enfeksiyonları yüksek riskli HPV tiplerinin kanser yapıcı etkisini güçlendirebilir. Bu hücrel bağışıklık mekanizmaları ve/veya enfeksiyona bağlı yangısal etkilere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (58, 60, 63).

Cinsel davranışlar: İlk cinsel ilişkiye başlama yaşının erken olması serviks kanseri gelişme olasılığını artırır. Erken yaşta serviks hücreleri tam olarak olgunlaşmadığından gençlerde HPV enfeksiyonu gelişme olasılığı daha fazladır. Birden fazla kişiyle cinsel ilişkiye giren kadınlarda HPV enfeksiyonuna yakalanma riski artar. Cinsel ilişki sırasında kondom kullanmak HPV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalık etkenlerinin bulaşmasını önlediğinden serviks kanseri riskini azaltır (60, 61, 63).

Doğum sayısı: İki ya da daha fazla doğum yapan kadınlarda serviks kanseri gelişme riski daha fazladır. Gebelikte korunmasız cinsel ilişkiye girme sırasında HPV enfeksiyonuna yakalanma riski daha fazla artmaktadır. Hormonal değişim nedeniyle HPV enfeksiyonu ve kanser hücresi gelişmesi kolaylaşmaktadır. Gebelik sırasında bağışıklık sistemi zayıfladığından HPV enfeksiyonuna yakalanma riski artmaktadır (60, 62, 63).

Oral kontraseptif kullanmak: HPV enfeksiyonu olanlarda uzun süre oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri riskini artırır (4). Oral kontraseptif kullanımı bırakıldıktan sonra risk azalmaya başlar. Beş yıldan fazla oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri gelişme riskini iki kat artırmaktadır. Oral kontraseptif kullanımı bırakıldıktan on yıl sonra risk normale dönmektedir (60).

Sigara: Sigara içen kadınlar yüksek serviks kanseri riskine sahiptir. Tütün ve türevlerinin içinde bulunan ve bir çok kansere neden olan kimyasal maddeler sigara içen kadınların servikal müküsünde saptanmıştır. Bu kimyasal maddeler serviks hücrelerinde DNA hasarı meydana getirerek kanser gelişimine zemin oluşturmaktadır. Sigara içen kadınlar içmeyenlere göre iki kat daha fazla serviks kanserine yakalanma riskine sahiptir (60, 62, 63).

Beslenme: Meyve ve sebzelerden fakir beslenme serviks kanseri gelişme riskini artırmaktadır. Şişmanlık da serviks kanseri risk etmenleri arasındadır (60, 63) .

Düşük sosyoekonomik durum: Yoksulluk serviks kanseri risk etmenleri arasında sayılmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar sağlık sisteminden yeterince yararlanamamaktadır. Bunun sonucu olarak serviks kanseri tarama testi olan Pap smear testini yaptırmaya olasılığı düşmektedir (58, 60, 61).

Dietilstilbestrol: 1940-1971 yılları arasında düşüğü önlemek için kullanılmıştır. Anneleri dietilstilbestrol kullanan kadınların serviks kanserine yakalanma olasılığı daha yüksektir (60, 61).

2.4.3. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama

Serviks kanserinde erken tanı Pap smear testi ile konulmaktadır. Kesin tanı ise biyopsinin patolojik olarak incelenmesi ile konulmaktadır (59).

Pap smear testi, servikal hücrelerin toplanarak incelenmesi temeline dayanan bir sitolojik tarama testidir (61). Serviks spekulum yardımıyla görünür hale getirildikten sonra endoserviks ve ektoserviksten örnek alınır. Alınan örnek lam üzerine yayılarak uygun solüsyonda bekletilir. Yaymalar Papanicolaou yöntemi uygulanarak boyanır. Test ilk defa George Papanicolaou tarafından tanımlandığı için Pap smear testi olarak adlandırılır (64).

Pap smear testi ile serviks kanseri taraması, kanser önlenmesine yönelik maliyet açısından etkin olan nadir yöntemlerden birisidir. Serviks kanserinde prekanseröz lezyonlar belirli bir süre sonunda invaziv lezyon haline gelmektedir. Bu nedenle serviks kanserlerinin premalign aşamada yakalanması ve tedavi edilmesi insidans ve mortaliteyi düşürecektir. Amerika, Finlandiya, İsveç, Danimarka, Norveç'te Pap smear testi ile taramanın başlamasıyla serviks kanseri belirgin olarak azalmıştır (4, 65).

Amerikan Kanser Derneği'nin Pap smear testi taramasına ait önerileri şunlardır: Tarama testine 21 yaşında ya da ilk cinsel ilişkiden sonra ilk üç yıl içinde başlanmalıdır. Test her yıl yinelenmelidir. Son üç tarama sonucu normal bulunmuşsa 30 yaşından sonra tarama aralıkları 2-3 yılda bir çıkarılabilir. Eğer anne karnındayken dietilstilbestrol kullanılmışsa ya da HIV enfeksiyonu, organ nakli, kemoterapi tedavisi, uzun süreli kortizon içeren ilaçlar kullanılması

nedeniyle bağışıklık sistemi baskılanmışsa kontrollere yıllık devam edilir. 70 yaş ve üstü kadınlarda son yapılan Pap smear testlerinden üç ya da daha fazlasının sonuçları normale serviks kanseri taraması sonlandırılabilir (65).

Avrupa'da ülkeler arasında Pap smear testiyle serviks kanseri tarama programlarının uygulanışı arasında farklılıklar bulunmaktadır. Lüksemburg'da tarama 15 yaşında, bazı ülkelerde (Avusturya, Almanya, İngiltere, İzlanda, Portekiz, Slovenya) 20 yaşında, çoğu ülkede 25-30 yaşlarında, İspanya'nın bazı bölgelerinde ise 35 yaşında başlamaktadır. Testin uygulama sıklığı da değişmektedir. Bazı ülkelerde yılda bir kez test yapılması önerilirken, diğer ülkelerde tarama sıklığı beş yıla kadar çıkmaktadır (8).

IARC'ın önerisine göre tarama programı 25 yaş ve üstündeki kadınları kapsamalıdır. 65 yaşın üstündekilerde son 10 yılda yapılan iki test sonucu negatifse tarama bırakılmalıdır. 50 yaşın üstündeki kadınlarda tarama sıklığı beş yılda bir olmalıdır. 25-49 yaş arasındaki kadınlarda tarama sıklığı ülke kaynakları yeterliyse üç yılda bir olmalıdır. Yıllık tarama hiçbir yaş grubunda önerilmemektedir (8).

Türkiye'de Serviks Kanseri Erken Tanı ve Tarama Standartları

Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında serviks kanseri taraması için ideal yöntem Pap smear testidir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Türkiye'de yürütülecek toplum tabanlı serviks kanseri taraması çalışmaları sırasında uyulması gereken kural ve standartlar belirlenmiştir (9).

Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları

Pap smear tarama testi

- 35 yaşında başlamalı
- 5 yıllık aralıklarla tekrarlanmalı
- Son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.

HIV enfeksiyonu tanısı alan ve/veya immünsüpressif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçlar negatif ise test yılda bir kez yapılmalıdır (9).

3. AMAC

Risk belirleme modelleri kullanarak 35-69 yaş grubu kadınların meme ve serviks kanseri risk durumlarını ve bu kadınların mamografi ve Pap smear testi yaptırma sıklığını araştırmaktır.

4.YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

4.2.Araştırmanın Yeri

İzmir İli Balçova İlçesi Eğitim Mahallesi'dir.

4.3. Araştırmanın Evreni

Eğitim Mahallesi'nde oturan 35-69 yaş grubu kadınların toplam nüfusu muhtarlık kayıtlarından elde edilmiştir. Toplam 2904 kadın araştırma evrenini oluşturmaktadır.

4.4. Araştırma Grubunun Seçimi

Ülkemizde daha önce yapılmış araştırmalardan yararlanarak mamografi çektilme prevalansı %20 olarak alınmıştır. Epi-info Statcalc programı kullanılarak sapma %5, %95 güven düzeyi ile en az alınması gereken örnek büyüklüğü 227 kadın olarak hesaplanmıştır. Göç, araştırmayı kabul etmeme, ölüm gibi nedenlerle ulaşılabilenlerin yerine %10 yedek (23 kadın) alınmıştır. 250 kadından oluşan örnek listesi oluşturulmuştur.

Araştırma grubunu oluşturan kadınların adresleri Eğitim Mahallesi muhtarlık kayıtlarından alınmıştır. Eğitim Mahallesinde oturan tüm kadınların adı, anne adı, baba adı, doğum tarihi ve adresi bu kayıtlarda mevcuttur. Kayıtlar exell bilgisayar programında liste halinde elde edilmiştir. Bu listeden kadınların doğum tarihleri yaşa çevrilmiştir. Örnek seçiminde basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 35-69 yaş grubu kadınlar bu listeden bilgisayar yardımı ile 13 kişi atlanarak seçilmiştir.

4.5. Araştırma Grubu

İzmir İli Balçova İlçesi Eğitim Mahallesi'nde oturan 35-69 yaş grubu 227 kadından oluşmaktadır.

4.6. Veri Toplama

Kadınların meme ve serviks kanseri risk düzeylerini belirlemek, mamografi ve Pap smear testi yaptırmasını etkileyen etmenleri araştırmak amacıyla; sosyodemografik özellikler,

mamografi ve Pap smear testi yaptırma durumunu belirleyen sorular, meme ve serviks kanseri risk düzeyini belirleme sorularını içeren 50 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır.

Anketin ön denemesini yapmak amacıyla Eğitim Mahallesi'ne sosyokültürel ve ekonomik olarak benzer bölge olan İzmir İli Konak İlçesi'ne bağlı Gültepe Huzur Mahallesi'nde oturan 35-69 yaş grubu 20 kadın ile görüşme yapılmıştır. Bu gruptaki kadınlar anketteki soruları anlamakta zorluk çekmemiş ve iletişimde sorun yaşanmamıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulundan 434/2008 protokol numaralı yazılı izin alındıktan sonra araştırma verisi toplanmaya başlanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket yoluyla veri toplanmıştır. Araştırma grubundaki tüm kadınlar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile sözel gönüllü onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından anketler doldurulmuştur.

Anketler doldurulurken kadınlarla baş başa ayrı bir odada yalnız görüşme yapılmıştır. Sorular anlaşılmadığında açıklama yapılarak bilgi alınmıştır. Görüşme sırasında doğurganlık, menopoz, HRT ve cinsel yolla bulaşan hastalık vb. bilgilerini doğru alabilmek için açıklayıcı ve hatırlatıcı sorularla katılımcının hatırlamasına yardımcı olunmuştur. Anket görüşmesi sonunda ilgi duyanlara, hem görüşülen kadına hem de o an evde bulunan kadın yakınlarına meme ve serviks kanseri riski, belirtileri, erken tanı ve tarama yöntemleri ve bu yöntemleri nasıl ve nerede yaptırabilecekleri, yaşam biçimi değişikliği ile önlenilebileceği yönünde bilgiler verilmiştir. KETEM'in açık adı, adresi, telefonu, mamografi ve Pap smear testi yapıldığına dair bilgileri içeren küçük el broşürü dağıtılmıştır.

Araştırma grubunu oluşturan kadınların adresleri Eğitim Mahallesi muhtarlık kayıtlarından alınmış ve bu adreslere görüşmeye gidilmiştir. Araştırmanın veri toplama planı hazırlanırken Eğitim Mahallesi semtevinden mahallenin krokisi alınmış ve adres bulmada bu krokiden yararlanılmıştır. Gidilen adreslerde eldeki listede var olan isim bulunamadığı durumda (ölüm ve göç nedeniyle) o an o adreste oturan ve araştırmanın yaş grubuna uyan kadın ile görüşme yapılmıştır. Evde bulunamayan kadınların evdeki herhangi bir yakınından ya da komşusundan çalışıp çalışmadığı, hangi saatlerde evde bulunabileceği bilgisi, sakıncası yoksa telefonu alınmıştır. Alınan bilgiler ışığında çalışma saatleri dışında ve hafta sonu evde bulunabileceği saatlerde tekrar bu adreslere gidilmiştir. Ev hanımı olan ve ikinci ziyarette görüşülemeyen kadınlara bir hafta sonra aynı saatte gelineceğine dair not bırakılmıştır. Çalışan kadınlarla görüşme için evdeki yakını ya da komşusundan iş yeri ve adresi varsa

telefonu alınmış, telefonu olanlarla randevu alınarak, telefonu olmayanlarla doğrudan iş adreslerine gidilerek ayrı bir odada görüşme sağlanmıştır.

İlk ziyarette 141 kadın ile görüşme yapılabilmektedir. 77 kadınla iki ya da daha fazla ziyaret edilerek, 9 kadınla ise iş yerinde görüşme yapılmış olup toplam 227 kadınla görüşülerek anket doldurulmuştur.

Ulaşılamayan 17 kadının yerine yedek listeden alınmıştır. Bu kadınlara ulaşılamamasının nedenleri aşağıda belirtilmiştir:

- 8 kadının göç etmesi ve yerine gelen kadınların yaş grubunun uymaması (<35 ya da >69)
- 2 kadının ölmüş olması ve yerine gelen kadınların yaş grubunun uymaması (<35 ya da >69)
- 2 kadının görüşmeyi kabul etmemesi
- 2 kadının evi tadilat-inşaat halinde olduğundan geçici bir süre başka yerde oturması
- 3 kadının evlerinin yıkılmış olması (yol geçmesi nedeniyle)

Bu araştırmada meme kanseri risk düzeyini belirlemek için Gail modeli (66) ve Cuzick-Tyrer modeli (67) programları kullanılmıştır. Serviks kanseri risk düzeyini belirlemek için Harvard Halk Sağlığı Fakültesinin elektronik sayfasındaki serviks kanseri risk düzeyi belirleme programı kullanılmıştır (68). Yukarıdaki modellerde sorulan sorular ankete eklenmiştir.

4.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- Son iki yılda mamografi yaptırma (ulusal meme kanseri tarama standardına göre)
- Son beş yılda Pap smear testi yaptırma (ulusal serviks kanseri tarama standardına göre)

Bağımsız değişkenler

Sosyo-demografik özellikler

- Eğitim
- Medeni durum
- Yaş

- Çalışma durumu
- Sosyal güvence durumu
- Ailenin aylık geliri

Sağlığa ilişkin özellikler

- Boy
- Ağırlık
- Süreğen hastalık varlığı
- Süreğen hastalık türü
- Ailesel meme kanseri öyküsü
- Ailesel yumurtalık kanseri öyküsü
- Meme kanserine yakalanma riski bilgisi
- Cuzick-Tyrer modeline göre meme kanseri risk düzeyi
- Gail modeline göre meme kanseri risk düzeyi
- Serviks kanseri risk düzeyi

Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri bilgi düzeyi ve tarama yaptırma durumu

- Erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi
- Erken tanı ve tarama yöntemlerinden hangilerini bildiği
- Erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisini nereden aldığı
- KKMM yapma durumu
- Erken tanı ve tarama yöntemlerinden hangilerini yaptırdığı
- En son mamografi yaptırma zamanı
- En son mamografiyi yaptırma yeri
- En son mamografi yaptırmada ücret durumu
- Mamografi sonucu
- Mamografi yaptırmama nedeni

Üreme sağlığı bilgileri

- İlk âdet yaşı
- İlk çocuğu doğurma yaşı
- Toplam doğum sayısı
- Toplam düşük sayısı
- Emzirme süresi

- Doğum kontrol hapı kullanma durumu
- Menopoz durumu
- HRT kullanım durumu
- Üreme organı ile ilgili ameliyat durumu

Serviks kanseri riski ve bilgi düzeyi

- Sigara içme durumu
- Sigaraya başlama yaşı
- Günde içilen sigara sayısı
- Alkol kullanma durumu
- İlk cinsel ilişkiye başlama yaşı
- Cinsel eş sayısı
- Kondom kullanma durumu
- Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme durumu

Pap smear testi yaptırma durumu

- Pap smear testi yaptırma durumu
- Pap smear testi yaptırma sıklığı
- En son Pap smear testi yaptırma zamanı
- En son Pap smear testi yaptırma yeri
- En son Pap smear testi yaptırmada ücret durumu
- En son Pap smear testi sonucu
- Pap smear testi yaptırmama nedeni

Bağımlı değişkenlere ilişkin tanımlamalar

1- Mamografi yaptırma: Türkiye tarama standardına uyum için; 50-69 yaş grubu kadınların son iki yıl içinde mamografi çektirenler standarda 'uyan', daha uzun süre aralıkta çektiren ya da hiç mamografi çektirmeyenler 'uymayan' olarak gruplanmıştır.

2-Pap smear testi yaptırma: Türkiye tarama standardına uyum açısından 35-69 yaş grubu kadınlardan son beş yıl içinde bir kez ya da daha sık aralıkta Pap smear testi yaptıranlar serviks kanseri tarama standardına 'uyan', daha uzun süre aralıkta Pap smear testi yaptıran ya da hiç yaptırmayanlar 'uymayan' olarak gruplanmıştır.

Bağımsız değişkenlere ilişkin tanımlamalar

Sosyo-demografik özellikler:

Kadının yaşı: Açık olarak doğum yılı sorgulanmıştır. Daha sonra yaşa çevrilmiştir. Bulgularda 35-39, 40-49, 50-59, 60-69 yaş grubu olarak gruplandırılmıştır.

Kadının eğitim durumu: Mezun olunan okula göre belirlenmiştir. Okur-yazar değil, okur-yazar, ilkökul, ortaokul, lise, yüksekokul ve üstü olarak gruplandırılmıştır.

Kadının medeni durumu: Kadının belirttiğine göre evli, bekâr, boşanmış, eşi ölmüş olarak gruplandırılmıştır. Çözümlemelerde evli olanlar 'evli', bekâr, boşanmış, eşi ölmüş olanlar 'evli olmayan' olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

Kadının çalışma durumu: Kadının belirttiğine göre çalışmıyor, emekli, memur, işçi, serbest meslek olarak gruplandırılmıştır. Çözümlemelerde; memur, işçi, serbest meslek çalışanlarını 'çalışan', çalışmayan ve emeklileri 'emekli-çalışmayan' olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

Kadının sosyal güvence durumu: Kadının belirttiğine göre yok, Emekli Sandığı, Sosyal Sigorta, yeşil kart, özel sigorta, Bağ-Kur olarak gruplandırılmıştır. Çözümlemelerde; Emekli Sandığı, Sosyal Sigorta, yeşil kart, özel sigorta, Bağ-Kur'a bağlı olanlara 'sosyal güvencesi var', sosyal güvencesinin olmayanlar ise 'sosyal güvencesi yok' olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

Ailenin aylık geliri: Kadınların 'Ailenizin toplam aylık geliri ne kadar?' sorusuna verdiği yanıtlara göre; 500 TL'den az, 500 – 1000 TL arası, 1001 – 1500 TL arası, 1501 – 2000 TL arası, 2001 TL'den fazla olarak gruplandırılmış, veri toplarken tüm ailedeki çalışanların maaşı, kira getirisi gibi diğer ekonomik girdileri de kapsayacak şekilde hesaplaması gerektiği belirtilmiş ve kadınların sözel ifadelerine göre doldurulmuştur. Çözümlemelerde '1000 TL ve altında', '1001 TL ve üstünde' olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

Sağlığa ilişkin özellikler

Kadının boyu ve ağırlığı: Kadınların boyu ve ağırlığı sözel ifadelerine göre toplanmıştır. BKİ hesaplaması için ağırlık boyun karesine (kg/m²) bölünmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflandırılması (60) kullanılmıştır.

DSÖ'ye göre

- 18.50'nin altı zayıf
- 18.50-24.99 normal

- 25.00-29.99 hafif şişman
- 30.00 ve üstü şişman olarak tanımlanmaktadır.

Kadınların boyu ve ağırlığı çözümlenmelerde kullanılmamıştır. Cuzick-Tyrer modeline göre meme kanseri risk düzeyini belirlemede kullanılmıştır.

Süreğen hastalık varlığı: Kadınların ‘Kalp, şeker, kanser gibi hekim tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?’ sorusuna verdiği yanıtlara göre herhangi bir süreğen hastalığı olduğunu belirtenler ‘var’, hastalığı olmayanlar ‘yok’ olarak gruplandırılmıştır. Evet diyenlerin hangi hastalığı/hastalıkları olduğu açık olarak kaydedilmiştir.

Ailesel meme kanseri öyküsü: ‘Ailenizden herhangi birinde (anne, baba, anneanne, babaanne, teyze, hala, kız çocuğu, kız kardeş, kuzen, yeğen) meme kanseri var mı?’ sorulmuş, var, yok olarak veri toplanmıştır. Eğer yanıt var ise ‘Tanı konulduğunda kaç yaşındaydı?’ sorusu sorulmuş, yakınının yaşını hatırlatmak amacıyla ‘Tanı konulduktan sonra kaç yıl yaşadı? Öleli kaç yıl oldu?’ gibi hatırlatıcı sorular yöneltilmiştir. Alınan yanıtlar yakınlık derecesi ve tanı konulduğundaki yaşına göre kaydedilmiştir. Çözümlenmelerde ailede meme kanseri öyküsü olanlar ‘var’, ailede meme kanseri öyküsü olmayanlar ‘yok’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir. Ailede meme kanseri olanların yakınlık derecesi ve yaşı Cuzick-Tyrer Modeline göre meme kanseri risk düzeyini belirlemede kullanılmıştır.

Ailesel yumurtalık kanseri öyküsü: ‘Ailenizden herhangi birinde (anne, anneanne, babaanne, teyze, hala, kız çocuğu, kız kardeş, kuzen, yeğen) yumurtalık kanseri var mı?’ sorusu sorulmuş, var, yok olarak veri toplanmıştır. Eğer yanıt var ise ‘Yakınlık derecesi ve tek taraflı mı yoksa iki taraflı mı yumurtalık kanser olmuştu, tanı konulduğunda kaç yaşındaydı?’ soruları yöneltilmiş, yakınının yaşını hatırlatmak amacıyla ‘Tanı konulduktan sonra kaç yıl yaşadı? Öleli kaç yıl oldu?’ gibi hatırlatıcı sorular yardımıyla yanıt alınmıştır. Ailede yumurtalık kanseri olanların yakınlık derecesi ve yaşı Cuzick-Tyrer modeline göre meme kanseri risk düzeyini belirlemede kullanılmıştır.

Kadının meme kanserine yakalanma riski algısı: Kadınlara ‘Sizce meme kanserine yakalanma riskiniz yüksek mi?’ sorusu yöneltilmiştir. Verilen yanıtlara göre hayır diyenler ‘düşük’, evet diyenler ‘yüksek’, bilmiyorum diyenler ‘bilmeyen’ olarak gruplandırılmıştır.

Gail modeline göre meme kanseri riskinin hesaplanması: Bu araştırmada meme kanseri risk düzeyini belirlemek için Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü’nün elektronik sayfasından Meme Kanseri Riski Hesaplama Modeli (Breast Cancer Risk Assesment Tool) başlığı altında

verilen Gail modeli kullanılmıştır (66). Bu model hangi bireylerde kemoprevansiyonun uygulanması gerektiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Beş yıllık riski %1.67 ya da daha yüksek olanların profilaktik olarak tamoksifen kullanması önerilmektedir (5, 50, 52, 53). Gail meme kanseri risk hesaplama modelinde risk hesaplanırken aşağıdaki bilgiler üzerinden hesaplama yapılmaktadır.

- Herhangi bir meme kanseri, duktal karsinoma in situ, lobüler karsinoma in situ öyküsü
- Yaş
- İlk âdet yaşı
- Kadının ilk çocuğunu doğurduğundaki yaşı
- Birinci derece akrabasında (anne, kızkardeş, kız çocuğu) meme kanseri öyküsü
- Kadının meme biyopsisi yaptırıp yaptırmadığı
- Biyopsi yaptırma sayısı
- Biyopsi sonucunda en az bir kez atipik hiperplazi varlığı
- Irk

Kadınların risk bilgileri Gail modelinin meme kanseri risk düzeyi hesaplama programına girilmiş, programda hesaplama sonucu risk düzeyleri beş yıllık ve yaşam boyu (90 yaşına kadar) riski yüzde (%) olarak verilmektedir (66). Her kadının riski bireysel özelliklerine göre hesaplanarak kayıt edilmiştir. Gail modelinde ayrıca aynı yaştaki popülasyonun hem beş yıllık ve hem de yaşam boyu (90 yaşına kadar) riski yüzde (%) olarak verilmektedir.

Çözümlemede Gail modeline göre beş yıllık meme kanseri risk düzeyi %1.67 kesim noktasına göre ‘%1.67 ve altında olanlar’, ‘%1.67’nin üstünde olanlar’ olarak gruplandırılmıştır.

Cuzick-Tyrer modeline göre meme kanseri riskinin hesaplanması: Cuzick-Tyrer modeli meme kanseri risk düzeyi değerlendirme programı kullanılmıştır. Bu model meme kanseri tahmininde en hassas model olarak kabul edilmektedir (47, 55). Cuzick-Tyrer meme kanseri risk hesaplama modelinde kadınların meme kanseri riski hesaplanırken aşağıdaki bilgiler üzerinden hesaplama yapılmaktadır.

- Yaş
- İlk adet yaşı
- Boy
- Ağırlık

- Doğurganlık durumu (doğum yapmamış, doğum yapmış, bilinmeyen)
- Kadının ilk çocuğunu doğurduğundaki yaşı
- Hiperplazi, atipik hiperplazi, düşük dereceli karsinoma in-situ, yumurtalık kanseri öyküsü
- Menopoz durumu
- Menopoz yaşı
- Yakın akrabada (anne, kızkardeş, kız çocuğu, anneanne, babaanne, teyze, hala, yeğen, kuzen) meme ya da yumurtalık kanseri öyküsü ve tanı yaşı
- Kadının kendisinin, yakın akrabası/akrabalarının (anne, baba, kızkardeş, kız çocuğu, anneanne, babaanne, teyze, hala) genetik test (BRCA 1, BRCA 2) yaptırma durumu ve sonucu (test yapılmamış, sonuç pozitif, BRCA 1 pozitif, BRCA 2 pozitif)
- HRT kullanma durumu (kullanmayan, 5 yıl ya da daha uzun süre geçmiş, 5 yıldan daha kısa süre geçmiş, hala kullanan)
- Beş yıldan fazla kullananlarda HRT türü (östrojen, kombine)
- HRT bıraktıktan sonra geçen süre
- Irk

Cuzick-Tyrer modelinde kadının 10 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riski hesaplanarak yüzde (%) olarak verilmektedir (67). Her kadının riski bireysel özelliklerine göre hesaplanarak kayıt edilmiştir. Cuzick-Tyrer modelinde ayrıca aynı yaştaki populasyonun hem 10 yıllık ve hem de yaşam boyu riski yüzde (%) olarak verilmektedir.

Cuzick-Tyrer modelinde yer alan HRT kullanım durumunu saptamak amacıyla kadınların HRT kullanma durumu sorgulanmıştır. Kullandıkları ilacın türü kadınların belirttiklerine göre kaydedilmiştir.

Birey riskinin populasyon riski ile karşılaştırılması

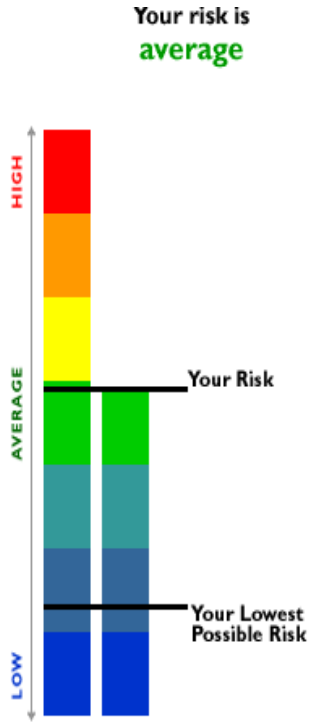
Gail ve Cuzick-Tyrer modellerinin her ikisi için de bireyin riskinin populasyon riskinden yüksek ya da düşük olduğunu anlamak için bireyin riski populasyonun riskine bölünmüştür. Bireysel riski populasyon riskinden yüksek olanlar ‘yüksek riskli’, populasyon riskinden düşük ya da eşit olanlar ‘düşük riskli’ olarak gruplanmıştır.

Serviks kanseri risk düzeyinin saptanması: Serviks kanseri risk düzeyini belirlemek için Harvard Halk Sağlığı Fakültesi’nin elektronik sayfasındaki serviks kanseri risk düzeyi

belirleme programı kullanılmıştır (68). Bu programda serviks kanseri risk düzeyi aşağıdaki bilgilere göre hesaplanmaktadır.

- Yaş
- Herhangi bir kanser hastalığı (deri melanomu dışındaki deri kanserinden başka) öyküsü
- Histerektomi öyküsü
- Sigara içme durumu (evet, hayır, bıraktım)
- Sigara içenlerde günde sigara sayısı (≤ 14 , 15-25, >25)
- Yaşam boyu cinsel eş sayısı (0, 1-2, ≥ 3)
- İlk cinsel ilişki yaşı (<16 , ≥ 16)
- Kondom kullanma
- Doğum sayısı (0, 1, 2, ≥ 3)
- Cinsel yolla bulaşan hastalık (HPV, herpes simpleks, gonore, klamidy, HIV)
- Son üç yıl içinde Pap smear testi yaptırma

Hesaplama sonucuna göre orta, ortanın üzerinde üç grup, ortanın altında üç grup olarak renk göstergesi ile birlikte verilmektedir. Göstergede kadının şu anki risk düzeyi ve olası en alt düzey gösterilmektedir. Araştırmada şu anki risk düzeyi kaydedilmiştir. Örnek şekil aşağıda verilmiştir.



Kırmızı: Ortanın daha çok üstünde (*very much above average*)

Turuncu: Ortanın daha üstünde (*much above average*)

Sarı: Ortanın üstünde (*above average*)

Yeşil: Orta (*average*)

Koyu Yeşil: Ortanın altında (*below average*)

Lacivert: Ortanın daha altında (*much below average*)

Mavi: Ortanın daha çok altında (*very much below average*)

Şekil 1. Serviks kanseri bireysel risk hesaplaması sonucunun renk skalasında bir örnekle gösterimi (68)

Çözümlemede serviks kanseri riski ortanın üstünde bulunanlar ‘yüksek’, orta düzeyde bulunanlar ‘orta’ ve ortanın altında bulunanlar ‘düşük’ olarak gruplandırılmıştır.

Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri bilgi düzeyi ve yaptırma durumu

Erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi: Kadınlara ‘Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini biliyor musunuz?’ sorusu sorulmuştur. Alınan yanıtlar evet, hayır olarak kaydedilmiş, evet cevabı verenlere erken tanı ve tarama yöntemlerinden hangilerini bildiği sorulmuştur. Belirtilen cevaba göre KKMM, KM, USG, MM seçenekleri işaretlenmiş, birden fazlasını bilenlerde tüm bildiği seçenekler kaydedilmiştir. Çözümlemelerde erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi olanlar ‘bilen’, erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi olmayanlar ‘bilmeyen’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir. Mamografi hakkında bilgisi olanlar ayrıca ‘var’ ve ‘yok’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

KKMM yapma durumu: Kadın her ay düzenli olarak yapıyorsa “evet ayda bir”, düzenli olarak değil de aklına geldikçe yapıyorsa “evet ara sıra”, hiç yapmayanlar “hayır” olarak

kaydedilmiştir. Çözümlemelerde her ay yapanlar ve ara sıra yapanlar bir grupta, hiç yapmayanlar diğer grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

Erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisini nereden aldığı: Televizyon-radyo, dergi-gazete-broşür, ebe-hemşire-doktor, arkadaş-komşu, konferans-seminer olarak kadının verdiği yanıtı göre kaydedilmiştir. Birden fazla seçenek söyleyenlerde de söylediği seçenekler kaydedilmiştir.

Erken tanı ve tarama yöntemlerinden hangilerini yaptırdığı: Hiç birini yaptırmayanlar “hayır”, erken tanı ve tarama yöntemleri KMM, MM, KMM+MM, KMM+USG olarak gruplanmış, birden fazlasını yaptırdığını söyleyenlerde de söylediği seçenekler kaydedilmiştir. Mamografi dışındaki yöntemler tanımlayıcı olarak değerlendirilmiş, çözümlemede ise mamografi çekirme durumu değerlendirilmiştir.

En son mamografi yaptırma zamanı: Mamografi çektirenlerde çekirme zamanı bir yılı geçmediyse “son bir yıl içinde”, bir yıldan fazla ancak iki yılı geçmediyse “1-2 yıl arası”, iki yıldan fazla ancak üç yılı geçmediyse “2-3 yıl arası” üç yıldan uzun süre geçtiyse “3 yıldan fazla” olarak gruplandırılmıştır.

En son mamografiyi yaptırma yeri: En son mamografi çektirdikleri yere göre belirlenmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi (DEÜH), diğer üniversite hastanesi, özel klinik, devlet hastanesi, KETEM olarak gruplandırılmıştır. Bu değişken çözümlemede kullanılmamıştır.

En son mamografi yaptırmada ücret ödeme durumu: Mamografi ücretini ‘cepten ödeyenler’, ‘sosyal güvence tarafından karşılanan’ olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Mamografi sonucu: En son mamografi sonucunun ne olduğu kadınların sözel ifadelerine göre, eğer sonuç raporu elinde bulunuyorsa rapora göre kaydedilmiştir. Bu değişken çözümlemede kullanılmamıştır.

Mamografi yaptırmama nedeni: Mamografi yaptırmama nedenleri kadının ifadesine göre işaretlenmiş, birden fazla neden söyleyenlerde belirttikleri nedenler kaydedilmiş, bu nedenler tanımlayıcı tablolarda sunulmuştur.

Üreme sağlığı bilgileri:

İlk adet yaşı: Kadının belirttiği ilk adet yaşı kaydedilmiştir.

Toplam doğum sayısı: Hiç doğum yapmayanlar “yapmadım” olarak belirtilmiş, canlı doğum ve ölü doğum sayısı ayrı ayrı kaydedilmiş ve toplam olarak yaptığı doğum sayısı

kaydedilmiştir. Canlı doğum sayısı '1 doğum', '2 doğum', '3 doğum', '4 ve üzeri doğum' olarak gruplandırılmıştır.

Toplam gebelik ve toplam düşük sayısı: Daha önce düşük yapmış olanlar 'düşük yapan', hiç düşük yapmayanlar 'düşük yapmayan', olarak gruplandırılmıştır. İsteyerek düşük yapan ve kendiliğinden düşük yapanlar ayrı ayrı kaydedilmiş ve toplam olarak yaptığı düşük sayısı yazılmıştır. Düşük ve doğum sayısı toplanarak toplam gebelik sayısı hesaplanmıştır. Toplam gebelik sayısı çözümlemede '1 gebelik', '2 gebelik' ve ' ≥ 3 gebelik' olarak üç grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

İlk çocuğu doğurma yaşı: Doğum yapmayanlar 'yapmayan' olarak, kadının ilk çocuğunu doğurduğunda kaç yaşında olduğu, ilk çocuğunun şu anda yaşının kaç olduğu gibi hatırlatma soruları sorularak tam yaş kaydedilmiştir. İlk doğum yaşı ' ≤ 20 yaş', '21-30 yaş' ve ' ≥ 31 yaş' olarak üç grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

Doğum kontrol hapi kullanma durumu: Doğum kontrol hapi kullananlar "evet", kullanmayanlar "hayır" olarak gruplandırılmıştır. Evet diyenlere kaç yıl kullandığı sorulmuş yıl olarak açık kaydedilmiş, beş yıldan az kullananlar "5 yıldan az", beş yıldan uzun süre kullananlar "5 yıldan fazla", hâlâ kullanmaya devam edenler "kullanmaya devam" olarak gruplandırılmıştır.

HRT kullanım durumu: Menopoz ya da menopoz öncesi dönemde hormon ilaçları kullanıp kullanmadıkları sorgulanmış, hangi hormon ilacını (östrojen, kombine) kullandığı, kaç yaşında başladığı ve kaç yıl süreyle kullandığı kaydedilmiştir. Hormon kullananlar türüne göre ve kullanma yılı açık olarak, hormon kullanmayı bırakanlarda bırakma yılı açık olarak yazılmıştır. Kadının kullandığı HRT türünü belirlemek için eczaneden Türkiyede satılmakta olan ve kullanımdan kalkan östrojen ve kombine ilaçların listesi çıkartılmıştır. Kullandığı ilacın boş kutusu elinde olanların kullandığı ilacın adına bakılmış, HRT'yi öneren doktor tarafından östrojen ya da kombine olduğu söylendiyse kadının öyküsüne göre kaydedilmiştir. Hiç HRT kullanmayanlar 'kullanmayan', HRT kullananlardan östrojen kullananlar 'östrojen kullanan', kombine HRT kullananlar 'kombine kullanan' olarak gruplandırılmıştır.

Menopoz durumu: Menopoza girenler 'menopoz', menopoz öncesi dönemde olanlar ve düzensiz âdet görenler 'menopoz öncesi', rahim ameliyatı geçirmiş olduğu için âdet görmeyenler 'cerrahi nedenle menopoz' düzenli olarak âdet görenler 'düzenli âdet gören', olarak gruplandırılmıştır. Menopoza girmiş olanların kaç yaşında girdiği açık olarak kaydedilmiştir. Menopoza girenler '44 yaş ve altında', '45 yaş ve üstünde' olarak iki grupta

toplanarak değerlendirilmiştir. Çözümlemede âdet durumu ‘menopoz ya da cerrahi nedenle menopoz’ ve ‘menopoz öncesi ya da düzenli âdet gören’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

Üreme organı ile ilgili ameliyat durumu: Üreme organı ile ilgili hiç ameliyat geçirmeyenler “hayır”, yalnızca bir yumurtalığı alınanlar “tek over”, her iki yumurtalığı da alınanlar “iki over”, rahiminin bir kısmı alınanlar “subtotal histerektomi”, rahminin tümü alınmış olanlar “total histerektomi”, hem rahimi hem de yumurtalıkları alınmış olanlar “Total Abdominal Histerektomi-Bilateral Salpingo Ooferektomi” olarak gruplandırılmıştır.

Serviks kanseri riski:

Sigara içme durumu: Sigara içenler “evet”, içmeyenler “hayır hiç içmedim”, bırakanlar “bıraktım” olarak gruplanmış, sigara içmeyi bırakanların kaç yıl önce bıraktıkları kaydedilmiştir. Sigara içme durumu ‘içen’, ‘içmeyen ve bırakan’ olarak iki grupta tanımlayıcı tablolarda sunulmuştur.

Sigaraya başlama yaşı ve günde içilen sigara sayısı: Belirtilen sigaraya başlama yaşı ve günde içilen sigara sayısı açık olarak kaydedilmiştir.

Alkol kullanma durumu: Hiç kullanmayanlar ‘hayır’, çok seyrek, arada sırada kullananlar ‘evet çok seyrek’, her gün, haftada bir ya da birkaç kez kullananlar, ‘evet haftada bir ya da daha sık’ olarak gruplandırılmıştır.

İlk cinsel ilişkiye başlama yaşı: Belirtilen cinsel ilişkiye başlama yaşı açık olarak kaydedilmiştir. Çözümlemede ilk cinsel ilişkiye başlama yaşı ‘16 yaşın altında’ ve ‘16 yaş ve üstünde’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir

Cinsel eş sayısı: Belirtilen cinsel eş sayısı kaydedilmiştir. Cinsel eş sayısı ‘1 eş’, ‘2 eş’ ve ‘3 eş’ olarak iki grupta tanımlayıcı tablolarda sunulmuştur.

Kondom kullanma durumu: Sürekli her cinsel ilişkide kondom kullananlar ‘evet’, kullanmayanlar ‘hayır’ olarak kaydedilmiştir.

Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme durumu: Kadın hastalığı yakınması ile doktora başvurduğunda ya da normal muayene sonrasında herhangi bir kadın hastalığı tanısı alıp almadığını belirlemek için hatırlatıcı ve açıklayıcı sorular sorularak kadının cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme durumu kaydedilmiştir. Hastalık geçirenler ‘evet’, hastalık geçirmeyenler ‘hayır’ olarak gruplanmış, hastalık geçirdiğini ve türünü söyleyenler kaydedilmiştir.

Pap smear testi yaptırma durumu

Pap smear testi yaptırma durumu: Daha önce Pap smear testi yaptıranlar ‘yaptıran’, hiç Pap smear testi yaptırmayanlar ‘yaptırmayan’ olarak iki grupta tanımlayıcı tablolarda sunulmuştur.

Pap smear testi yaptırma alışkanlığı: Pap smear testi yaptırma alışkanlığı belirtilen süreye göre ‘bir kez’, ‘her yıl’, ‘düzensiz’ olarak gruplanmıştır.

En son Pap smear testi yaptırma zamanı: En son Pap smear testi yaptırma zamanı belirtilen süreye göre ‘bir yıl içinde’, ‘1-3 yıl’, ‘4-5 yıl arası’, ‘5 yıldan fazla’ olarak gruplanmıştır.

En son Pap smear testi yaptırma yeri: En son Pap smear testi yaptırma yeri başvuru hastaneye göre ‘DEÜH’, ‘diğer üniversite hastanesi’, ‘özel klinik’, ‘devlet hastanesi’, ‘KETEM’ olarak gruplanmıştır. Çözümlemede ‘DEÜH ve diğer üniversite hastanesi’, ‘devlet hastanesi ve KETEM’ ve ‘özel klinik’te yaptıranlar olarak üç grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

En son Pap smear testi yaptırmada ücret durumu: Pap smear testi ücretini ‘cepten ödeyenler’, ‘sosyal güvence tarafından karşılanan’ olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Pap smear testi yaptırmama nedeni: Pap smear testi yaptırmama nedenleri kadının ifadesine göre işaretlenmiş, birden fazla neden söyleyenlerde belirttikleri nedenler kaydedilmiştir.

4.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi:

Veri çözümlemede SPSS 15.0 paket programı ve Epi-info Statcalc programı kullanılmıştır. Ulusal meme ve serviks kanseri tarama standardına uyumu değerlendirmede istiksel çözümleme yöntemi olarak Pearson Ki-kare testi, Fisher’in kesin testi, eğitimde Ki-kare testi kullanılmıştır. Elde edilen p değeri 0.05’ten küçükse fark anlamlı kabul edilmiştir (69).

Kadınların sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin mamografi yaptırmama üzerine etkisi, adet durumu ve sosyodemografik özelliklerinin Pap smear yaptırmama üzerine etkisi, sosyodemografik ve bireysel özelliklerin ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırmama üzerine etkisi Lojistik Regresyon çözümleme yöntemi ile incelenmiştir. Mamografi yaptırmama üzerine kurgulanan modelde kadınların yaşı, öğrenimi ve adet

durumu ulusal meme kanseri tarama standardına uyum analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı çıktığından, ailede meme kanseri öyküsü ve ailenin gelir durumu ise mamografi yaptırmayı etkileyebilir öngörüsü ile bu değişkenler modele alınmıştır. Pap smear yaptırmama üzerine kurgulanan modelde kadınların yaşı ve öğrenimi ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı çıktığından, adet durumu ve ailenin gelir durumu ise Pap smear yaptırmayı etkileyebilir öngörüsü ile bu değişkenler modele alınmıştır.

Veri çözümlemede ulusal meme kanseri tarama standardına uyum değerlendirilirken 50-69 yaş aralığındaki 110 kadın, ulusal meme kanseri tarama standardına uyumda meme kanseri risk hesaplama modellerine göre risk düzeyi değerlendirirken 106 (50-69 yaş grubunda 4 kadının meme kanseri tanısı bulunmakta) kadının bilgisi kullanılmıştır. Ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum değerlendirilirken çalışma grubunun tümü (n=227) değerlendirmeye alınmıştır.

4.9. Bütçe:

Araştırmanın tüm giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4.10. Araştırmanın Zaman Düzeni:

01 Eylül - 30 Ekim 2008: Konu seçimi

01 Kasım 2008 - 30 Mart 2009: Örnek seçimi ve anket hazırlama

01-30 Mart 2009: Anket ön deneme

30 Mart - 30 Eylül 2009: Veri toplama

30 Eylül - 30 Kasım 2009: Veri girişi ve temizliği

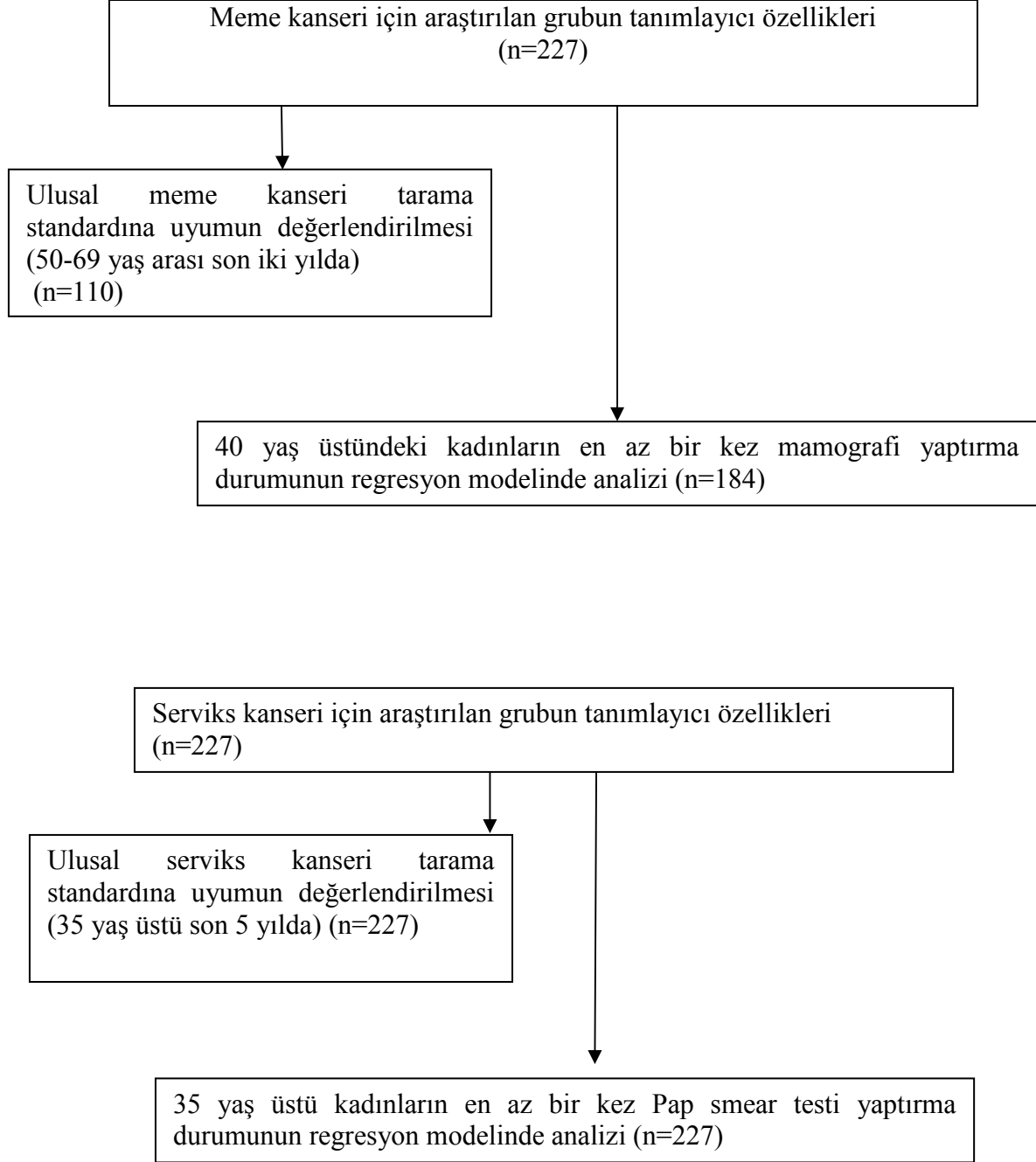
30 Kasım - 31 Aralık 2009: Veri çözümlemesi

01 Ocak - 30 Nisan 2010: Tez yazımı

01 Eylül 2008 - 30 Nisan 2010: Kaynak tarama

5. BULGULAR

Araştırmaya Balçova İlçesi Eğitim Mahallesi'nde oturan 35-69 yaş grubundan 227 kadın katılmıştır. Yapılan analizler araştırmanın amaçlarına ve kriterlerine uygun olarak farklı sayılarda kadınlarda yapılmıştır. Bu gruplar aşağıdaki akış şemasında belirtilmiştir.



Şekil 2. Araştırmanın akış şeması

5.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Balçova Eğitim Mahallesi'nde yapılan araştırmaya toplam 227 kadın katılmış olup, ulaşma oranı %90.8 olarak belirlenmiştir. Tablo 4'te kadınların sosyodemografik özellikleri sunulmuştur.

Tablo 4. Kadınların sosyodemografik özellikleri (n=227)

Değişkenler	Sayı	%
Yaş		
35-39	43	18.9
40-49	74	32.6
50-59	60	26.5
60-69	50	22.0
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	19	8.4
Okuryazar	12	5.3
İlkokul	116	51.1
Ortaokul	29	12.8
Lise	32	14.1
Yüksekokul ve üstü	19	8.4
Çalışma durumu		
Çalışmayan-ev hanımı	144	63.4
Emekli	51	22.5
Memur	4	1.8
İşçi	11	4.8
Serbest meslek	17	7.5
Medeni durumu		
Evli	178	78.4
Bekar	5	2.2
Boşanmış	18	7.9
Eşi ölmüş	26	11.5
Sosyal güvence durumu		
Yok	14	6.2
Emekli sandığı	45	19.8
SSK (Sosyal Sigorta)	133	58.6
Yeşil kart	7	3.1
Özel sigorta	5	2.2
Bağkur	23	10.1
Ailenin aylık gelir durumu (TL)		
≤ 500	35	15.4
501-1000	108	47.6
1001-1500	61	26.9
1501-2000	17	7.5
≥ 2001	6	2.6

Araştırmaya katılan kadınların %32.6'sı 40-49 yaş grubundadır. Kadınların yarısından fazlası (%51.1) ilkokul mezunu, %63.4'ü ise çalışmamaktadır. Kadınların %78.4'ü evli

olduğunu, yarısından fazlası (%58.6) sosyal güvence olarak sosyal sigortalı olduklarını belirtmişlerdir. Kadınların yarısına yakınının (%47.6) ailesinin toplam geliri ayda en fazla 501-1000 TL arasındadır (Tablo 4).

5.2. Kadınların Bazı Sağlık Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların BKİ'i 27.42 ± 4.59 'dur (ortalama \pm standart sapma) ; %41.0'i fazla kilolu, %28.6'sı şişmandır. Kadınların %30.4'ünün süreğen hastalığı vardır (Tablo 5); 20 kadının (%29.0) şeker hastalığı, 19 kadının (%27.5) yüksek tansiyonu, altı kadının (%8.7) meme kanseri, diğer kadınların ise iki ya da daha fazla süreğen hastalığı bulunmaktadır.

Tablo 5. Kadınların BKİ ve süreğen hastalık durumu (n=227)
Değişkenler

	Sayı	%
BKİ (kg/m²)		
<18.5	1	0.4
18.50-24.99	68	30.0
25.00-29.99	93	41.0
≥ 30.00	65	28.6
Süreğen hastalık		
Var	69	30.4
Yok	158	69.6
Süreğen hastalık türü (n=69)		
Meme kanseri	6	8.7
Uterus kanseri	1	1.4
Diğer süreğen hastalıklar	62	89.9

5.3. Kadınların Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları

Kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri bilgi ve davranış durumu

Kadınların %93.0'ü meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini bildiğini belirtmiştir. Bu bilgileri nereden aldıkları incelendiğinde, büyük çoğunluğunun televizyon ve radyodan duyduğu (%64.3), ikinci olarak ebe, hemşire ve doktordan öğrendiği (%45.4), sadece beş kadının ise (%2.2) konferans ya da seminere katıldığı saptanmıştır. Erken tanı yöntemlerinden KKMM bilgisi olanların oranı %91.2, klinik meme muayenesi bilgisi olanların oranı %47.6, ultrason bilgisi olanların oranı %58.6, mamografi bilgisi olanların oranı %86.8'dir (Tablo 6).

Tablo 6. Kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi (n=227)

Özellikler	Sayı	%
Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini bilme durumu		
Bilmiyor	16	7.0
Biliyor	211	93.0
Erken tanı ve tarama yöntemlerini bilme durumu		
KKMM bilgisi		
Yok	20	8.8
Var	207	91.2
Klinik muayene bilgisi		
Yok	119	52.4
Var	108	47.6
USG bilgisi		
Yok	94	41.4
Var	133	58.6
Mamografi bilgisi		
Yok	30	13.2
Var	197	86.8
Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisini nereden aldığı*		%**
Televizyon-radyo	146	64.3
Dergi-gazete-broşür	43	18.9
Ebe-hemşire-doktor	103	45.4
Arkadaş-komşu	59	26.0
Konferans-seminer	5	2.2

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

**sadır yüzdesi

Kadınların %39.2'si ara sıra KKMM yapmaktadır. 108 kadın (%47.6) meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerinden hiçbirini yaptırmamıştır. 102 kadın (%44.9) mamografi yaptırmıştır (Tablo 7). Meme ultrasonu yaptıran yedi kadın (%3.1) 35-49 yaş grubundadır ve aynı anda KMM yaptırmışlardır. Ultrason çektiren tüm kadınların sonucunun normal olması nedeniyle mamografiye yönlendirilmedikleri belirlenmiştir.

Mamografi yaptıran kadınların %60.8'i son bir yıl içinde yaptırmışlardır. Mamografi yaptırmak amacıyla en fazla devlet hastanesinden (%44.1), en az (%3.9) ise KETEM'den hizmet alınmıştır. Kadınların %88.2'sinin mamografi yaptırma ücreti sosyal güvence tarafından karşılanmıştır (Tablo 8).

Tablo 7. Kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini kullanma durumu (n=227)

Özellikler	Sayı	%
Düzenli KKMM yapma durumu		
Yapmayan	50	22.0
Ayda bir kere düzenli yapan	88	38.8
Ara sıra yapan	89	39.2
Erken tanı ve tarama yöntemlerini kullanma durumu		
Hiç yaptırmayan	108	47.6
KMM	10	4.4
KMM+USG (35-49 yaş)	7	3.1
MM	12	5.3
KMM+MM	25	11.0
KMM+MM+USG	65	28.6

Tablo 8. Kadınların mamografi yaptırma zamanı ve koşulları (n=102)

	Sayı	%
En son mamografi yaptırma zamanı (n=102)		
Son bir yıl içinde	62	60.8
1-2 yıl arası	19	18.6
2-3 yıl arası	5	4.9
3 yıldan fazla	16	15.7
En son mamografi yaptırma yeri		
DEÜH	29	28.4
Diğer üniversite hastanesi	3	2.9
Özel klinik	21	20.6
Devlet Hastanesi	45	44.1
Narlıdere KETEM	4	3.9
En son mamografi yaptırdığında ücret ödeme durumu		
Cepten	12	11.8
Sosyal güvence tarafından	90	88.2
En son mamografi yaptırdığında sonuç durumu		
Normal 1 yıl sonra kontrol	81	79.4
Normal 1 yıldan sık kontrol	9	8.8
Fibrokistik meme	9	8.8
İyi huylu meme tümörü	3	2.9

Tablo 9. Kadınların mamografi yaptırmama nedenleri ‡ (n=118)

Mamografi yaptırmama nedenleri	Sayı*	%†
İhmal eden	65	55.1
Yaptırmanın gerekli olduğunu bilmeyen	40	33.9
Nerede yapıldığını bilmeyen	31	26.3
Meme kanserinden korkan	12	10.2
Mamografi çektirmekten korkan	10	8.5
Sosyal güvence olmadığından	8	6.8
Utanan	6	5.1
Kocas/ailesi izin vermeyen	-	-

* Kadınlar birden fazla neden söylemişlerdir

† Satır yüzdesi

‡ 7 kadın ultrason çektirmiştir

Kadınların mamografi yaptırmama nedenleri arasında ilk sırada ihmal etme (%55.1), ikinci sırada mamografi yaptırmanın gerekli olduğunu bilmeme (%33.9), üçüncü sırada ise nerede yapıldığını bilmeme (%26.3) gelmektedir (Tablo 9). 35-49 yaş grubunda 7 kadın meme ultrasonu çektirdiği için mamografi yaptırmama nedenleri sorgulanmamıştır.

Kadınların meme kanseri riskiyle ilgili üreme sağlığına ilişkin özellikleri

Kadınların ilk adet yaşı ortalaması 13.16±1.45'tir. Kadınların üçte ikisinin (%66.1) ilk âdeti 13 ya da daha ileri yaşlarda başlamıştır. Toplam 212 kadın (%93.4) canlı ya da ölü doğum yapmış, canlı doğum yapanların %41.0'ı iki doğum yapmıştır. Doğum yapanların %6.6'sı ölü doğum yapmıştır. Doğum yapan kadınların %47.6'sı 21 ve 30 yaşları arasında ilk doğumunu yapmış, %74.4'ü bebeklerini 12 ay ve daha uzun süre emzirmiştir (Tablo 10).

Kadınların %44.1'i menopoza girmiştir. Menopoza girenlerin üçte ikisinin (%66.7) menopoz yaşı 45-55 yaş aralığındadır ve %80.8'i HRT kullanmamıştır. Kadınların %35.2'si doğum kontrol hapi kullanmış, bunların %68.8'i beş yıldan az, %28.8'i 5 yıldan fazla, %0.9'u ise kullanmaya devam etmektedir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 30 kadının 13'ünün birinci derece yakını olan annesi, kız kardeşi ya da kızının, 17'sinin ise diğer yakınlarının meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Aile öyküsü olan iki kişinin ikişer yakınında meme kanseri öyküsü olduğu bulunmuştur. Meme kanseri olan yakınların yaşları; kanser tanısı konduğunda 30-70 yaş arasındadır (Tablo 11).

Tablo 10. Kadınların üreme sağlığı özellikleri (n=227)

Üreme sağlığı özellikleri	Sayı	%
İlk âdet yaşı		
≤12	77	33.9
≥13	150	66.1
Doğum yapma durumu		
Doğum yapan	212	93.4
Doğum yapmayan	15	6.6
Canlı doğum sayısı		
1 doğum	37	17.5
2 doğum	87	41.0
3 doğum	48	22.6
≥4 doğum	40	18.9
Düşük yapma durumu		
Düşük yapan	135	59.5
Düşük yapmayan	92	40.5
İsteyerek düşük yapma sayısı (n=111)		
1 düşük	58	52.3
2 düşük	28	25.2
≥3 düşük	25	22.5
Kendiliğinden düşük yapma sayısı (n=47)		
1 düşük	38	80.9
2 ve üzeri düşük	9	19.1
Toplam gebelik sayısı (n=215)		
1 gebelik	22*	10.2
2 gebelik	38	17.7
3 gebelik	44	20.5
4 gebelik	49	22.8
≥5 gebelik	62	28.8
İlk doğum yaşı (n=212)		
≤20	97	45.8
21-30	101	47.6
≥31	14	6.6
Toplam emzirme süresi (ay) (n=207)		
<12	53	25.6
≥12	154	74.4

* 3 kadının gebeliği düşükle sonuçlanmış

Araştırmaya katılan kadınların 27 (%11.9)'si üreme organı ile ilgili ameliyat geçirmiş; 20 kadın total histerektomi, subtotal histerektomi ya da total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo ooferektomi, menopoza girenlerden 3 kadın menopoza sonrası total histerektomi ya da subtotal histerektomi, 4 kadın ise tek yumurtalık ameliyatı geçirmişlerdir.

Tablo 11. Kadınların âdet düzeni-hormonal özellikleri ve ailesel meme kanseri öyküsü Değişkenler

	Sayı	%
Âdet durumu (n=227)		
Menopoz	100	44.1
Menopoz öncesi	18	7.9
Cerrahi nedenle menopoz	20	8.8
Düzenli âdet gören	89	39.2
Menopoz yaşı (n=120)		
≤44	39	32.5
≥45	81	67.5
HRT kullanma durumu (n=120)		
Kullanmayan	97	80.8
Östrojen kullanan*	12	10.0
Kombine kullanan*	11	9.2
Ailesel meme kanseri öyküsü (n=227)		
Birinci derece yakını†	13	5.7
Diğer yakınları	17	7.5

* 23 kadın üreme organı ile ilgili ameliyat geçirmiş
† Anne, kız kardeş, kızı

Kadınların bireysel meme kanseri risk algısı ve risk hesaplama modellerine göre risk düzeyleri

Kadınların risk durumları Gail ve Cuzick-Tyrer modellerine göre hesaplanmıştır (Tablo 12). 221 kadının meme kanseri risk düzeyi hesaplanmış, 6 kadın daha önce meme kanseri tanısı aldığı için risk hesaplaması yapılmamıştır.

Kadınların %58.6'sı bireysel meme kanseri riskini düşük %31.7'si ise yüksek olarak algılamaktadır. Gail modeline göre kemoprevansiyon başlanması için önerilen %1.67 kesim noktasına göre kadınların %9.0'ının 5 yıllık meme kanseri risk düzeyi %1.67'nin üstünde bulunmuştur.

Gail modeline göre kadınların %15.8'inin 5 yıllık meme kanseri riski, %14.9'unun ise yaşam boyu riski toplumdan yüksek bulunmuştur. Cuzick-Tyrer modeline göre kadınların %21.7'sinin 10 yıllık meme kanseri riski, %22.2'sinin ise yaşam boyu riski toplumdan yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Kadınların bireysel meme kanseri risk algısı ve risk hesaplama modellerine göre risk düzeyleri

Özellikler	Sayı	%
Kadınların bireysel meme kanseri risk algısı (n=227)		
Yüksek	72	31.7
Düşük	133	58.6
Bilmeyen	22	9.7
Gail modeline göre 5 yıllık risk (1.67 kesim noktasına göre) (n=221)		
≤ %1.67	201	91.0
> % 1.67	20	9.0
Gail modeline göre 5 yıllık risk‡ (n=221)		
Düşük	186	84.2
Yüksek	35	15.8
Gail modeline göre yaşam boyu risk ‡ (n=221)		
Düşük	188	85.1
Yüksek	33	14.9
Cuzick-Tyrer modeline göre 10 yıllık risk‡ (n=221)		
Düşük	173	78.3
Yüksek	48	21.7
Cuzick-Tyrer modeline göre yaşam boyu risk‡ (n=221)		
Düşük	172	77.8
Yüksek	49	22.2

‡ Topluma göre karşılaştırma

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu Tablo 13'te gösterilmektedir.

Tablo 13. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu (n=110)

Özellikler	Ulusal meme kanseri tarama standardına Uyan		Uymayan		Toplam		p
	Sayı (n=44)	%	Sayı (n=66)	%	Sayı	(%)	
Yaş grubu							
50-59	32	53.3	28	46.7	60	100.0	0.002*
60-69	12	24.0	38	76.0	50	100.0	
Öğrenim durumu							
Ortaokul ve altı	33	34.7	62	65.3	95	100.0	0.005*
Lise ve üstü	11	73.3	4	26.7	15	100.0	
Medeni durum							
Evli	32	41.6	45	58.4	77	100.0	0.610*
Evli olmayan	12	36.4	21	63.6	33	100.0	
Çalışma durumu							
Çalışan	1	25.0	3	75.0	4	100.0	0.649 †
Emekli-çalışmayan	43	40.6	63	59.4	106	100.0	
Sosyal güvence							
Var	44	40.7	64	59.3	108	100.0	0.516†
Yok	0	-	2	100.0	2	100.0	
Ailenin aylık geliri							
≤1000	26	36.1	46	63.9	72	100.0	0.252*
≥1001	18	47.4	20	52.6	38	100.0	

* Pearson χ^2

†Fisher'in kesin testi

50-59 yaşındaki kadınlar arasında ulusal meme kanseri tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar, 60-69 yaşındakilere göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.002$). Lise ve üstü eğitimi olanlar arasında ulusal meme kanseri tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar ortaokul ve altında eğitimi olanlara göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.005$).

Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün (NCI) önerdiği meme kanseri tarama standardının ulusal meme kanseri tarama standardımızdan farkı taramaya 40 yaşında başlanması ve 1-2 yıl aralıklarla yapılmasıdır. Daha genç yaş grubu olan 40-49 yaşındaki kadınları da gruplamaya katarak NCI'nin önerdiği meme kanseri tarama standardına uyum değerlendirildiğinde 50-59 yaşındaki kadınlar arasında NCI'nin önerdiği meme kanseri tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar, daha ileri ve daha genç yaşta kadınlarla göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.007$). Lise ve üstü eğitimi olanlar arasında NCI'nin önerdiği meme kanseri tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar ortaokul ve altında eğitimi olanlara göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.012$). Evli olan kadınlar arasında NCI'nin önerdiği meme kanseri

tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar evli olmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.030$) (Tabloda gösterilmemiştir).

Kadınların sağlığa ilişkin özelliklerine göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu

Kadınların sağlık durumlarına göre meme kanseri ulusal tarama standardına uyumu incelenmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Kadınların bireysel özelliklerine göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu (n=110)

Özellikler	Ulusal meme kanseri tarama standardına				Toplam		p
	Uyan		Uymayan		Sayı	%	
	Sayı (n=44)	%	Sayı (n=66)	%			
Süreğen hastalık							
Var	18	36.7	31	63.3	49	100.0	0.531*
Yok	26	42.6	35	57.4	61	100.0	
Âdet durumu							
Menopoz ya da cerrahi nedenle menopoz	44	42.7	59	57.3	103	100.0	0.040†
Menopoz öncesi ya da düzenli âdet gören	0	-	7	100.0	7	100.0	
Menopoz yaşı (n=103)							
<45	10	40.0	15	60.0	25	100.0	0.752*
≥45	34	43.6	44	56.4	78	100.0	
Ailede meme kanseri öyküsü							0.518*
Var	8	47.1	9	52.9	17♦	100.0	
Yok	36	38.7	57	61.3	93	100.0	

* Pearson χ^2

†Fisher'in kesin testi

♦ 4 kadının birinci derece yakınında meme kanseri var

Herhangi bir süreğen hastalığı olmayan kadınlar, 45 ve daha ileri yaşta menopoza giren kadınlar, ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlar daha fazla ulusal meme kanseri tarama standardına uymuş olsalar da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur. Normal olarak ve cerrahi nedenlerle menopoza giren kadınların ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu anlamlı olarak artmaktadır ($p<0.040$) (Tablo.14). Ailede meme kanseri öyküsü olan 17 kadının 4'ünün birinci derece yakınında meme kanseri olduğu, bunların 3'ünün ulusal meme kanseri tarama standardına uyduğu belirlenmiştir.

Tablo 15. Kadınların erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi ve davranışlarına göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu (n=110)

Özellikler	Ulusal meme kanseri tarama standartlarına				Toplam		p
	Uyan		Uymayan		Sayı	%	
	Sayı (n=44)	%	Sayı (n=66)	%			
Erken tanı ve tarama yöntemlerini bilme							0.002†
Bilen	44	44.9	54	55.1	98	100.0	
Bilmeyen	0	-	12	100.0	12	100.0	
Mamografi hakkında bilgi							0.001*
Var	44	47.8	48	52.2	92	100.0	
Yok	0	-	18	100.0	18	100.0	
KKMM yapma durumu							0.119*
Her ay /ara sıra	32	36.4	56	63.6	88	100.0	
Yapmayan	12	54.5	10	45.5	22	100.0	
Mamografi yaptırdığında ücret ödeme durumu (n=58)							0.051†
Sosyal güvence	41	80.4	10	19.6	51	100.0	
Çeşitlen	3	42.9	4 **	57.1	7	100.0	

* Pearson χ^2

†Fisher'in kesin testi

** Mamografi çektiren ancak standarda uymayanlar

Kadınların KKMM yapma ve mamografi yaptırdığında ücret ödemesi ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu etkilememektedir. Erken tanı ve tarama yöntemlerini bilenlerin ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu anlamlı olarak fazladır ($p<0.002$). Mamografi hakkında bilgisi olan kadınların ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu anlamlı olarak fazladır ($p<0.000$) (Tablo 15).

Kadınların KKMM yapma ve mamografi yaptırdığında ücret ödemesi NCI'nin önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu etkilememektedir. Ancak erken tanı ve tarama yöntemlerini bilenler ve mamografi hakkında bilgisi olanların NCI'nin önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu anlamlı olarak fazladır (sırasıyla $p<0.002$, $p<0.000$).

Kadınların bireysel meme kanseri riski durumlarına göre ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu

Kadınların meme kanserine yakalanma riski algısı ile Gail ve Cuzick-Tyrer modelleri kullanılarak hesaplanan risk düzeyine göre ulusal meme kanseri tarama standartlarına uyumu incelenmiştir (Tablo 16).

Kadınların meme kanserine yakalanma riski algısı ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu etkilememektedir. Kadınların Gail ve Cuzick-Tyrer modellerine göre hem kısa dönem hem de yaşam boyu meme kanseri risklerine göre meme kanseri riski düşük olanlar ve riski yüksek olanlar arasında ulusal meme kanseri tarama standardına uyumda istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 16).

Kadınların Gail ve Cuzick-Tyrer modellerine göre hem kısa dönem hem de yaşam boyu meme kanseri risklerine göre meme kanseri riski düşük olanlar ve riski yüksek olanlar arasında NCI'nin önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (tabloda gösterilmemiştir).

Tablo 16. Kadınların meme kanserine yakalanma riski algısı ve risk hesaplama modelleri sonuçlarına göre ulusal tarama standartlarına uyumu (n=106) ††

Özellikler	Ulusal meme kanseri tarama standartlarına						p
	Uyan		Uymayan		Toplam		
	Sayı (n=41)	%	Sayı (n=65)	%	Sayı	%	
Meme kanserine yakalanma riski algısı							0.470*
Düşük	29	42.6	39	57.4	68	100.0	
Yüksek	8	34.8	15	65.2	23	100.0	
Bilmeyen	4	26.7	11	73.3	15	100.0	
Gail modeline göre 5 yıllık risk (%1.67 kesim noktasına göre)							0.223*
≤ %1.67	37	41.1	53	58.8	90	100.0	
> % 1.67	4	25.0	12	75.0	16	100.0	
Gail modeline göre 5 yıllık risk**							1.000†
Düşük	37	38.9	58	61.1	95	100.0	
Yüksek	4	36.4	7	63.6	11	100.0	
Gail modeline göre yaşam boyu risk **							1.000†
Düşük	36	38.3	58	61.7	94	100.0	
Yüksek	5	41.7	7	58.3	12	100.0	
Cuzick-Tyrer modeline göre 10 yıllık risk **							0.057*
Düşük	37	43.0	49	57.0	86	100.0	
Yüksek	4	20.0	16	80.0	20	100.0	
Cuzick-Tyrer modeline göre yaşam boyu risk**							0.118*
Düşük	36	42.4	49	57.6	85	100.0	
Yüksek	5	23.8	16	76.2	21	100.0	

* Pearson χ^2

†Fisher'in kesin testi

** Bireysel riskin topluma göre karşılaştırılması

†† 4 kadın meme kanseri olduğundan riski hesaplanmamıştır

Kadınların meme kanseri riski düzeylerinin yaşa göre dağılımı

Tablo 17. Meme kanseri risk hesaplama modellerinde risk düzeyinin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grubu	Gail modelinde % 1.67 kesim noktasına göre 5 yıllık risk durumu				Gail modeline göre 5 yıllık risk durumu				Gail modeline göre yaşam boyu risk durumu				Cuzick-Tyrer modeline göre 10 yıllık risk durumu				Cuzick-Tyrer modeline göre yaşam boyu risk durumu			
	%1.67'nin altında		%1.67'nin üstünde		Riski düşük		Riski yüksek		Riski düşük		Riski yüksek		Riski düşük		Riski yüksek		Riski düşük		Riski yüksek	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
35-39	43	100.0	-	-	31	72.1	12	27.9	34	79.1	9	20.9	31	72.1	12	27.9	31	72.1	12	27.9
40-49	68	94.4	4	5.6	60	83.3	12	16.7	60	83.3	12	16.7	56	77.8	16	22.2	56	77.8	16	22.2
50-59	54	93.1	4	6.9	53	91.4	5	8.6	52	89.7	6	10.3	51	87.9	7	12.1	50	86.2	8	13.8
60-69	36	75.0	12	25.0	42	87.5	6	12.5	42	87.5	6	12.5	35	72.9	13	27.1	35	72.9	13	27.1
Toplam	201	90.1	20	9.0	186	84.0	35	16.0	188	85.1	33	14.9	173	78.2	48	21.8	172	77.8	49	22.2

Gail modelinde %1.67 kesim noktasına göre 5 yıllık meme kanseri riski 60-69 yaş grubunun %25.0'inde %1.67'nin üstünde bulunmuştur. 35-39 yaş grubu Gail modeline göre hem 5 yıllık hem de yaşam boyu meme kanseri riski yüksek olanların en fazla olduğu gruptur. Tüm yaş gruplarında Gail modeline göre 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riski oranları benzerdir.

Cuzick-Tyrer modeline göre 35-39 yaş grubundaki kadınlar hem 10 yıllık hem de yaşam boyu meme kanseri riski yüksek olanların en fazla olduğu gruptur. Tüm yaş gruplarında Cuzick-Tyrer modeline göre 10 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riski oranları benzerdir.

60 yaşa kadar her iki modelde kısa dönem ve uzun dönem meme kanseri riski yüksek olanlar incelendiğinde yaş grubu arttıkça risk düzeyinin azaldığı görülmektedir (Tablo 17).

5.4. Kadınların Sosyodemografik ve Sağlığa İlişkin Özelliklerinin Mamografi Kullanımı ile İlişkisi

35-69 yaş grubu tüm kadınlarda en az bir kez mamografi yaptırma oranı %44.9, mamografi yaptırmama oranı ise %55.1 olarak bulunmuştur (Tablo 7). 40 yaş altı kadınların mamografi yaptırmaları önerilmediğinden 35-39 yaş grubu hesaplamadan çıkarıldığında 40 yaş üstü kadınların mamografi yaptırma oranı %52.2, mamografi yaptırmama oranı ise %47.8 olarak bulunmuştur.

Yapılan tez çalışmasında bireysel özellikler ile mamografi yaptırma/yaptırmama arasında nedensel ilişki aranmamasına karşın ülkemizde toplumdan örnek alınarak yapılmış, toplumu temsil eden bir çalışma olmadığından, bu çalışmanın sonuçları girişim çalışmalarına yön gösterici olabileceği düşünüldüğünden sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin mamografi yaptırmamaya etkisi incelenmiştir.

40 yaş üstü kadınlarda mamografi yaptırmamayı etkileyen etmenlerin çok değişkenli olarak incelenmesi amacıyla Lojistik Regresyon Modeli kurgulanmıştır. Kadının yaşı, öğrenimi, adet durumu, ailede meme kanseri öyküsü ve ailenin gelir durumu modele alınmıştır (Tablo 18). Kadınların yaşı, öğrenimi ve adet durumu ulusal meme kanseri tarama standardına uyum analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı çıktığından, ailede meme kanseri öyküsü ve ailenin gelir durumu ise mamografi yaptırmayı etkileyebilir öngörüsü ile bu değişkenler modele alınmıştır.

Kadınların yaşı, öğrenimi ve adet durumu, ailede meme kanseri öyküsü, ailenin aylık geliri bir arada modele konulduğunda mamografi yaptırmama 40-49 yaş grubuna göre 60-69 yaş grubunda 3.63 kat ($p<0.022$), lise ve üstü öğrenimi olanlara göre ortaokul ve altı öğrenimi olanlarda 2.45 kat ($p<0.032$), menopoz ya da cerrahi nedenle menopozda olanlara göre menopoz öncesi ya da düzenli âdet görenlerde 3.46 kat ($p<0.014$) fazladır.

Kadınların yaşı, öğrenimi ve adet durumu, ailede meme kanseri öyküsü, ailenin aylık geliri bir arada modelde incelendiğinde ailede meme kanseri öyküsü ve ailenin aylık gelir durumunun mamografi yaptırmama üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Kırk yaş üstündeki kadınların sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin mamografi yaptırmama üzerine etkisi (n=184) *

	Mamografi yaptırmayan		Mamografi yaptıran		Kaba OR (%95 GA)	Düzeltilmiş OR *** (%95 GA)	p
	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş grubu							
40-49**	35	47.3	39	57.2	1.00	1.00	0.568
50-59	22	36.7	38	63.3	0.65 (0.30-1.37)	1.33 (0.49-3.62)	
60-69	30	60.0	20	40.0	1.67 (0.76-3.69)	3.63 (1.20-10.95)	
Öğrenim durumu							
Lise ve üstü**	11	29.7	26	70.3	1.00	1.00	0.032
Ortaokul ve altı	76	51.7	71	48.3	2.53†† (1.10-5.92)	2.45 (1.07-5.58)	
Ailenin aylık geliri							
≥1001**	27	40.9	39	59.1	1.00		0.014
≤1000	60	50.8	58	49.2	1.49 (0.78-2.88)		
Adet durumu							
Menopoz ya da cerrahi nedenle menopoz**	52	43.3	68	56.7	1.00	1.00	0.014
Menopoz öncesi ya da düzenli adet gören	35	54.7	29	45.3	1.58 (0.82-3.04)	3.46 (1.28-9.32)	
Ailede meme kanseri öyküsü							
Var**	11	42.3	15	57.7	1.00		0.014
Yok	76	48.1	82	51.9	1.26 (0.51-3.17)		

*yaş, öğrenim, adet durumu, ailenin aylık geliri ve ailede meme kanseri öyküsü ile model oluşturulmuştur.

†† istatistiksel olarak anlamlı

**Referans değer

*** Modele alınan değişkenlere göre düzeltilmiştir.

5.5. Kadınların Serviks Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları

Kadınların serviks kanseri riski ile ilgili sağlık özellikleri

Kadınların yaklaşık üçte biri (%31.7) sigara içmeye devam etmekte, %87.2'si hiç alkol kullanmamaktadır.

Kadınların %91.0'i 16 yaş ve daha ileri yaşlarda ilk cinsel ilişkiye başlamışlar, ilk cinsel ilişkiye başlama yaşı ortalaması 20.46±4.67 olarak hesaplanmıştır. Kadınların %92.8'i tek eşlidir (Tablo 19).

Tablo 19. Serviks kanseri risk etmenleri dağılımı Özellikler

	Sayı	%
Sigara içme durumu		
İçen	72	31.7
İçmeyen-bırakan	155	68.3
Alkol kullanma durumu		
Kullanan	29	12.8
Kullanmayan	198	87.2
İlk cinsel ilişkiye başlama yaşı (n=222)†		
<16	20	9.0
≥16	202	91.0
Cinsel eş sayısı (n=222) †		
1 eş	206	92.8
2 eş	14	6.3
3 eş	2	0.9

† 5 kadın bekar

Kadınların %93.0'ü cinsel ilişkide düzenli olarak kondom kullanmadığını, %7.0'si ise her cinsel ilişkide kondom kullandığını belirtmiştir. Üç kadının herpes simpleks enfeksiyonu geçirdiği belirlenmiştir.

Kadınların Pap smear testi yaptırma özellikleri ve serviks kanseri risk düzeyleri

Kadınların %52.0'si Pap smear testi yaptırmış ve bunların %66.1'i bu testi bir kez yaptırmışlardır. Bir kez Pap smear testi yaptıranların üçte biri (%37.2) 41-49 yaş grubundadır. Pap smear testi yaptıranların yarısı son bir yıl içinde yaptırmıştır. Pap smear testi yaptırmak amacıyla en fazla Devlet Hastanesinden (%40.7), en az (%0.8) ise KETEM'den hizmet alınmıştır. Kadınların %70.3'ünün Pap smear testi yaptırma ücreti sosyal güvence tarafından karşılanmıştır.

Kadınların %70.0'inin serviks kanseri risk düzeyi ortanın altında, %22.1'inin orta düzeyde, %7.9'unun ortanın üstünde çıkmıştır (Tablo 20). Hiç evlenmemiş olan 5 kadının da risk düzeyi hesaplanmış ve riskleri ortanın altında çıkmıştır.

Pap smear testi yaptıran kadınlara test sonucunda ne çıktığı sorulduğunda; kadınların %96.6 normal, %2.5 bir yıldan daha sık aralıkta kontrol olarak çıktığını belirtmiştir. Bir kadının ise Pap smear testi sonucunda servikal intraepitelyal neoplazi 1 çıkmıştır.

Tablo 20. Pap smear testi yaptırma özellikleri ve serviks kanseri risk düzeyleri

Özellikler	Sayı	%
Pap smear testi yaptırma durumu (n=227)		
Yaptıran	118	52.0
Yaptırmayan	109	48.0
Pap smear testi yaptırma alışkanlığı (n=118)		
Bir kez	78	66.1
Her yıl	18	15.3
Düzensiz	22	18.6
Bir kez Pap smear testi yaptıranların yaş grubu (n=78)		
35-39	9	11.5
40-49	30	38.5
50-59	20	25.6
60-69	19	24.4
En son Pap smear testi yaptırma zamanı (n=118)		
1 yıl içinde	59	50.0
1-3 yıl	20	16.9
4-5 yıl	10	8.5
5 yıldan fazla	29	24.6
En son Pap smear testi yaptırma yeri (n=118)		
Devlet Hastanesi	48	40.7
Özel klinik	40	33.9
DEÜH ve diğer Üniversite Hastanesi	29	24.5
KETEM	1	0.8
En son Pap smear testi yaptırdığında ücret ödeme (n=118)		
Cepten	35	29.7
Sosyal güvence	83	70.3
Serviks kanseri risk düzeyi		
Ortanın üstünde	18	7.9
Orta	50	22.1
Ortanın altında	159	70.0

Tablo 21. Kadınların Pap smear testi yaptırmama nedenleri (n=109)

Pap smear testi yaptırmama nedenleri	Sayı*	%†
Yaptırmanın gerekli olduğunu bilmeyen	56	51.4
Nerede yapıldığını bilmeyen	37	33.9
İhmal eden	30	27.5
Smear yaptırmaktan korkan	17	15.6
Smear yaptırmaktan utanan	16	14.7
Serviks kanserinden korkan	9	8.3
Bekar, dul olduğundan	7	6.4
Sosyal güvence olmadığından	5	4.6
Kocas/ailesi izin vermeyen	-	-

* Kadınlar birden fazla neden söylemişlerdir

† Satır yüzdesi

Kadınların Pap smear testi yaptırmama nedenlerinden ilk sırada yaptırmanın gerekli olduğunu bilmeme, ikinci sırada nerede yapıldığını bilmeme, üçüncü sırada ise ihmal etme gelmektedir (Tablo 21).

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu Tablo 22’de sunulmuştur. 40-49 yaşındaki kadınlar arasında ulusal serviks kanseri tarama standardına uyarak Pap smear testi yaptıranlar, daha ileri ve daha genç yaşta kadınlar göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.006$). Kadınların eğitim düzeyi arttıkça ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumları da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır ($p<0.018$). Evli olan kadınlar evli olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuşlardır ($p<0.040$). Kadınlar çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve ailenin aylık gelir durumuna göre gruplandırıldığında, ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Pap smear testi yaptırmış olan 118 (%52.0) kadının 89’u (%75.4) 5 yıl içinde Pap smear testi yaptırmış, son yaptırdığı testten sonra 5 yıldan uzun süre geçen kadın sayısı 29 (%24.6) olarak bulunmuştur.

Tablo 22. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu (n=227)

Özellikler	Ulusal serviks kanseri tarama standardına						p
	Uyan		Uymayan		Toplam		
	Sayı (n=89)	%	Sayı (n=138)	%	Sayı	(%)	
Yaş grubu							
35-39	14	32.6	29	67.4	43	100.0	0.006*
40-49	40	54.1	34	45.9	74	100.0	
50-59	23	38.3	37	61.7	60	100.0	
60-69	12	24.0	38	76.0	50	100.0	
Öğrenim durumu							0.018‡
İlkokul ve altı	50	34.0	97	66.0	147	100.0	
Ortaokul-Lise	28	45.9	33	54.1	61	100.0	
Üniversite	11	57.9	8	42.1	19	100.0	
Medeni durum							0.040*
Evli	76	42.7	102	57.3	178	100.0	
Evli olmayan	13	26.5	36	73.5	49	100.0	
Çalışma durumu							0.177*
Çalışan	16	50.5	16	50.5	32	100.0	
Emekli ya da çalışmayan	73	37.4	122	62.6	195	100.0	
Sosyal güvence							0.477*
Var	83	39.9	125	60.1	208	100.0	
Yok	6	31.6	13	68.4	19	100.0	
Ailenin aylık geliri							0.252*
≤1000	52	36.4	91	63.6	143	100.0	
≥1001	37	44.0	47	56.0	84	100.0	

* Pearson χ^2

‡ Eğitimde χ^2

Kadınların sağlığa ilişkin özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu

Kadınların sağlığa ilişkin özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu Tablo 23'te sunulmuştur.

Kadınların süregelen hastalık durumu, ilk cinsel ilişkiye başlama yaşı, toplam gebelik sayısı, âdet ve menopoz durumu açısından ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 23).

Tablo 23. Kadınların sağlığa ilişkin özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu (n=227)

Özellikler	Ulusal serviks kanseri standardına				Toplam Sayı	Toplam (%)	p*
	Uyan Sayı (n=89)	%	Uymayan Sayı (n=138)	%			
Süreğen hastalık							
Var	28	40.6	41	59.4	69	100.0	0.406
Yok	61	38.6	97	61.4	158	100.0	
İlk cinsel ilişkiye başlama yaşı (n=222)							0.055
<16	4	20.0	16	80.0	20	100.0	
≥16	85	42.1	117	57.9	202	100.0	
Toplam gebelik sayısı (n=215)							0.076
1 gebelik	11	50.0	11	50.0	22	100.0	
2 gebelik	20	52.6	18	47.4	38	100.0	
≥3 gebelik	54	34.8	101	65.2	155	100.0	
Âdet durumu							
Menopoz ya da cerrahi nedenle menopoz	44	36.7	76	63.3	120	100.0	0.406
Menopoz öncesi ya da düzenli âdet gören	45	42.1	62	57.9	107	100.0	
Menopoz yaşı (n=120)							0.275
≤44	17	43.6	22	56.4	39	100.0	
≥45	27	33.3	54	66.7	81	100.0	

* Pearson χ^2

Kadınların en son Pap smear yaptırma yeri ve ücret ödeme durumu açısından ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Serviks kanseri risk düzeyi azaldıkça ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır ($p<0.000$) (Tablo 24).

Tablo 24. Pap smear yaptırma koşulları ve hesaplanan tahmini serviks kanseri risk düzeyine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu (n=227)

Özellikler	Ulusal serviks kanseri tarama standardına				Toplam Sayı	Toplam (%)	p
	Uyan Sayı (n=89)	%	Uymayan Sayı (n=138)	%			
En son Pap smear yaptırma yeri (n=118)							0.531*
DEÜH ya da diğer üniversite hastanesi	24	82.8	5	17.2	29	100.0	
Devlet hastanesi ya da KETEM	35	71.4	14	28.6	49	100.0	
Özel klinik	30	75.0	10	25.0	40	100.0	
En son Pap smear yaptırdığında ücret ödeme (n=118)							0.112*
Sosyal güvence	66	79.5	17	20.5	83	100.0	
Cepten	23	65.7	12	34.3	35	100.0	
Serviks kanseri riski							0.001‡
Düşük	82	51.6	77	48.4	159	100.0	
Orta	6	12.0	44	88.0	50	100.0	
Yüksek	1	5.6	17	94.4	18	100.0	

* Pearson χ^2
‡ Eğitimde χ^2

Pap smear testi yaptırma alışkanlığı ve risk düzeylerinin yaş gruplarına göre dağılımı

Kadınların %52.0'si Pap smear testi yaptırmıştır. Tüm yaş gruplarında kadınların çoğunluğu bir kez Pap smear testi yaptırmıştır. 60-69 yaş grubunun bir kez yaptırma oranı %73.1'dir. Kadınların yaş gruplarına göre Pap smear testi yaptırma alışkanlığının analizi yapılmak istenmiştir. Ancak aşağıdaki tabloda %20'den fazla gözde beklenen değer 5'in altında çıktığından istatistiksel analiz yapılamamıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Pap smear yaptırma alışkanlığının yaş gruplarına göre dağılımı (n=118)

Yaş grubu	Pap smear yaptırma alışkanlığı						Toplam	
	Bir kez		Her yıl		Düzensiz		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
35-39	9	60.0	3	20.0	3	20.0	15	100.0
40-49	30	69.8	7	16.3	6	14.0	43	100.0
50-59	20	58.8	5	14.7	9	26.5	34	100.0
60-69	19	73.1	3	11.5	4	15.4	118	100.0

Tablo 26. Kadınların yaş gruplarına göre serviks kanseri risk düzeyi (n=227)

Yaş grubu	Serviks kanseri risk düzeyi						Toplam	
	Düşük		Orta		Yüksek		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
35-39	33	76.7	8	18.6	2	4.7	43	100.0
40-49	59	79.7	8	10.8	7	9.5	74	100.0
50-59	44	73.3	11	18.3	5	8.3	60	100.0
60-69	23	46.0	23	46.0	4	8.0	50	100.0

60-69 yaş grubundaki kadınlarda düşük serviks kanseri riski %46.0'dır. 35-39 yaş grubundakilerde ise bu oran %76.7'dir.

Kadınların yaş gruplarına göre serviks kanseri risk düzeyinin istatistiksel analizi yapılmak istenmiştir. Ancak yukarıdaki tabloda %20'den fazla gözde beklenen değer 5'in altında çıktığından istatistiksel analiz yapılamamıştır (Tablo 26).

5.6. Kadınların Adet Durumu ve Sosyodemografik Özelliklerinin Pap Smear Yaptırma ile İlişkisi (Model 1: Tüm Yaş Gruplarında Pap Smear Yaptırma)

35 yaş üstü kadınlarda Pap smear testi yaptırmayı etkileyen etmenlerin çok değişkenli olarak incelenmesi amacıyla Lojistik Regresyon Modeli (Model 1: Tüm yaş gruplarında Pap smear yaptırma) kurgulanmıştır. Kadının yaşı, öğrenimi, adet durumu ve ailenin gelir durumu lojistik regresyonda birlikte değerlendirilmiştir (Tablo 27). Kadınların yaşı ve öğrenimi ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı çıkması nedeniyle, adet durumu ve ailenin gelir durumu ise Pap smear testi yaptırmayı etkileyebilir öngörüsü ile bu değişkenler modele alınmıştır.

Kadınların yaşı, öğrenimi ve adet durumu, ailenin aylık geliri bir arada modele konulduğunda Pap smear yaptırmama 40-49 yaş grubuna göre 35-39 yaş grubunda 2.77 kat ($p<0.012$), lise ve üstü öğrenimi olanlara göre ortaokul ve altı öğrenimi olanlarda 2.53 kat ($p<0.009$) fazladır. Kadınların yaşı, öğrenimi ve adet durumu, ailenin aylık geliri bir arada modelde incelendiğinde ailenin aylık geliri ve kadınların menopoz durumunun Pap smear yaptırmama üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 27. Kadınların adet durumu ve sosyodemografik özelliklerinin Pap smear yaptırmamaya etkisi (n=227) (Model 1: Tüm yaş gruplarında Pap smear yaptırma) *

	Pap smear yaptırmayan		Pap smear yaptıran		Kaba OR (%95 GA)	Düzeltilmiş OR *** (%95 GA)	p
	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş grubu							
35-39	28	65.1	15	34.9	2.59†† (1.11-6.09)	2.77 (1.24-6.19)	0.012
40-49**	31	41.9	43	58.1	1.00	1.00	
50-59	26	43.3	34	56.7	1.06 (0.50-2.24)	0.97 (0.48-1.96)	0.941
60-69	24	48.8	26	52.0	1.28 (0.58-2.81)	1.04 (0.49-2.19)	0.911
Öğrenim durumu							
Lise ve üstü**	17	33.3	34	66.7	1.00	1.00	
Ortaokul ve altı	92	52.3	84	47.7	2.19†† (1.09-4.44)	2.53 (1.26-5.07)	0.009
Ailenin aylık geliri							
≥1001**	34	40.5	50	59.5	1.00		
≤1000	75	52.4	68	47.6	1.62 (0.91-2.91)		
Adet durumu							
Menopoz ya da cerrahi nedenle menopoz**	53	44.2	67	55.8	1.00		
Menopoz öncesi ya da düzenli adet gören	56	47.7	51	52.3	1.39 (0.80-2.42)		

*Yaş, öğrenim, adet durumu, ailenin aylık geliri ile model oluşturulmuştur

†† istatistiksel olarak anlamlı

**Referans değer

*** Modele alınan değişkenlere göre düzeltilmiştir.

5.7. Kadınların Adet Durumu ve Sosyodemografik Özelliklerinin Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Göre Pap Smear Yaptırmaya Etkisi (Model 2: Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Göre Pap Smear Yaptırma)

35 yaş üstü kadınlarda ulusal serviks kanseri tarama standardına uygun olarak Pap smear testi yaptırmayı etkileyen etmenlerin çok değişkenli olarak incelenmesi amacıyla lojistik regresyon modeli (Model 2: Ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırma) kurgulanmıştır. Kadının yaşı, öğrenimi, adet durumu ve ailenin gelir durumu lojistik regresyonda birlikte değerlendirilmiştir (Tablo 28). Kadınların yaşı ve öğrenimi ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı çıkması nedeniyle, adet durumu ve ailenin gelir durumu ise ulusal serviks kanseri tarama standardına uygun olarak Pap smear testi yaptırmayı etkileyebilir öngörüsü ile bu değişkenler modele alınmıştır.

Kadınların yaşı, öğrenimi ve adet durumu, ailenin aylık geliri bir arada model 2’de incelendiğinde Pap smear yaptırmama 40-49 yaş grubuna göre 35-39 yaş grubunda 2.52 kat ($p<0.022$), 60-69 yaş grubunda 3.26 kat ($p<0.004$) fazladır. Kadınların yaşı, öğrenimi, adet durumu ve ailenin aylık geliri bir arada model 2’de incelendiğinde kadının öğrenimi, adet durumu ve ailenin aylık gelir durumunun ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırmama üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 28).

Tablo 28. Kadınların sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırmamaya etkisi (n=227) (Model 2: Ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear yaptırma) *

	Pap smear yaptırmayan		Pap smear yaptıran		Kaba OR (%95 GA)	Düzeltilmiş OR *** (%95 GA)	p
	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş grubu							
35-39	29	67.4	14	32.6	2.44†† (1.04-5.77)	2.52 (1.14-5.57)	0.022
40-49**	34	45.9	40	54.1	1.00	1.00	
50-59	37	61.7	23	38.3	1.89 (0.89-4.02)	1.80 (0.89-3.63)	0.099
60-69	38	76.0	12	24.2	3.73 (1.58-8.94)	3.26 (1.45-7.33)	0.004
Öğrenim durumu							
Lise ve üstü**	24	47.1	27	52.9	1.00	1.00	
Ortaokul ve altı	114	64.8	62	35.2	2.07†† (1.05-4.08)	1.81 (0.93-3.51)	0.078
Ailenin aylık gelir durumu							
≥1001**	47	56.0	37	44.0	1.00		
≤1000	91	63.6	52	36.4	1.38 (0.77-2.48)		
Âdet durumu							
Menopoz- cerrahi nedenle menopoz	76	63.3	44	36.7	1.00		
Menopoz öncesi-düzenli adet gören	62	57.9	45	42.1	0.80 (0.45-1.41)		

*Yaş, öğrenim, adet durumu, ailenin aylık geliri ile model oluşturulmuştur.

†† istatistiksel olarak anlamlı

**Referans değer

*** Modele alınan değişkenlere göre düzeltilmiştir.

6. TARTIŞMA

Meme ve serviks kanserinde prognozu belirleyen en önemli etken erken dönemde tanı konulmasıdır. Meme kanserinde mortaliteyi azaltan en önemli tarama yöntemi mamografidir (5). Mamografi ile yapılan taramalarda erken tanı konulması sonucu mortalitede % 30'a varan azalmalar bildirilmiştir (2). Pap smear testiyle taramanın başlamasına bağlı olarak karsinoma insitu dönemdeyken tanı konup tedavi edilmesi sonucu serviks kanseri sıklığı belirgin olarak azalmıştır (3, 4).

6.1 Meme Kanseri

Kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri bilgi ve davranış durumu

Kadınların %93.0'ü meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini bildiğini belirtmiştir. Kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi Türkiye'de yapılmış olan çalışmalardan yüksek bulunmuştur (10, 11, 15, 16). Erken tanı yöntemlerinden KKMM bilgisi olanların oranı (%91.2) Karahan ve arkadaşlarının (14) çalışmasının sonuçlarıyla uyumlu iken diğer çalışmalardan (10, 16) yüksek bulunmuştur.

Kadınların yaklaşık olarak yarısı klinik meme muayenesi (%47.6) ve meme ultrasonografisi (%58.6) hakkında bilgiye sahiptir, ancak bu hizmetlerden yararlanım, yapılan çalışmaların bazılarının (13, 70-72) bulgularından düşük, bazı çalışmalardan (73-76) yüksek bulunmuştur.

Mamografi hakkında bilgisi olanların oranı Özaydın ve arkadaşlarının İstanbul merkezde yaşayan 40-69 yaş grubunda yaptıkları çalışmanın (71) bulgusuna göre düşük, bir çalışmanın sonuçlarına benzer (16), bazı çalışmaların (10, 15) sonuçlarından yüksek bulunmuştur. Bu bilgileri nereden aldıkları incelendiğinde, büyük çoğunluğunun televizyon ve radyodan duyduğunu (%64.3), diğerlerinin ise sırasıyla sağlık personelinden, arkadaş-komşudan, basılı yayın organlarından ve en düşük oranda konferans ve seminerden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda (11, 16, 77, 78) mamografi bilgisinin en fazla televizyon ve radyodan alındığı bildirilirken, bazı çalışmalarda (10, 12, 15, 71, 79) da en fazla sağlık personelinden bilgi alındığı bildirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı bölgede birinci basamak sağlık kuruluşu ve özel sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Ayrıca üniversite hastanesine de kolay ulaşım sağlanabilmektedir. Kadınların bilgi kaynağı olarak en fazla televizyon ve radyoyu kullanmaları mamografi hakkında sağlık kuruluşlarının halkı yeterince bilgilendirmediğini ortaya koymaktadır.

Kadınların % 78'i KKMM yaptıklarını belirtmişlerdir. Türkiye'de hemşire grubunda yapılan bir çalışmada (14) bu oran %87, diğer çalışmalarda (10-13, 16, 71, 73, 77, 79) %16 ile %84 arasında bulunmuştur. Her ay düzenli olarak KKMM yapanların oranına bakıldığında ise bu düzey yarıya düşmektedir. Yapılan çalışmalarda (10, 11, 13, 14, 16, 70-72, 74-78, 80-84) her ay düzenli olarak KKMM yapan % 4 ile % 73 arasında bulunmuştur. Her ay düzenli olarak KKMM yapanların oranı yüksek bulunan bazı çalışmalar (78, 84) hemşire grubunda yapılmıştır.

Çalışmada kadınların yarısından azı (%44.9) bir kez ya da daha fazla mamografi yaptırmışlardır. Bu bulgu yapılan bazı çalışmalardan yüksek (10, 11, 13, 14, 16, 70, 79, 85), bazı çalışmalarla benzer (12, 17, 72), bazılarında (76) düşük bulunmuştur. Ancak mamografi çekirme düzeyleri benzer bulunan çalışmalardan biri 35 yaş üstü hemşire grubunda yapılmıştır (17). Kadınların %88.2'sinin mamografi yaptırmaya ücreti sosyal güvence tarafından karşılanmıştır. En son mamografi çekirme yeri olarak kadınlar en fazla devlet hastanelerini, ikinci sıklıkla DEÜH'ni tercih etmişlerdir. Üniversite hastanesini tercihleri bölgeye yakınlığından kaynaklanmış olabilir. Yaklaşık aynı uzaklıkta Narlıdere KETEM bulunmasına rağmen başvuru oldukça az olmuştur. Devlet hastanelerine başvurunun fazla olmasını çoğunluğun Sosyal Sigorta (%58.6) ve Emekli Sandığı (%19.8) güvencesine sahiplik etkilemiş olabilir. Sosyal güvencesi olmayan kadınlar araştırma grubunun %6.2'sini oluşturmaktadır. Narlıdere KETEM'e başvurunun az olması bu bölgede yaşayan kadınlara sundukları hizmetlerin yeterince tanıtılmamış olmasından ya da KETEM'in donanım ve personel açısından yapılandırma eksikliğinden kaynaklanmış olabilir.

Kadınların %55'i hiç mamografi yaptırmadıklarını belirtmiştir. Mamografi yaptırmama nedenleri olarak ilk sırada ihmal etme (%55.1), daha sonra sırasıyla mamografi yaptırmamanın gerekli olduğunu bilmeme, nerede yapıldığını bilmeme, sonuçta meme kanseri çıkmasından korkma, mamografi çekirmekten korkma, sosyal güvence olmadığından ve mamografi yaptırmaktan utanma belirtilmiştir. Hiçbir kadın mamografi çekirmeme nedeni olarak 'kocam/ailem izin vermiyor' seçeneğini belirtmemiştir; bu sonuç bu mahallede yaşayan kadınlarının beden sağlığı konusunda daha özgür karar verebildikleri ve bu konuda erkeklerin müdahale etmedikleri şeklinde yorumlanabilir. Koç ve arkadaşlarının (79) çalışmasında mamografi yaptırmama nedeni olarak öncelikle bilgi eksikliği, sonra sırasıyla utanma, kötü bir sonuç alma endişesi, zamanının olmaması, radyasyon alma korkusu, maliyetin yüksek olması ve ağrı duyma korkusu olduğu belirtilmiştir.

40 yaş üstü kadınların meme kanseri tarama standartlarına göre mamografi yaptırma durumunun karşılaştırılması

35-69 yaş grubu kadınlarda yapılmış olan bu çalışmada ulusal meme kanseri tarama standardında 50-69 yaş grubuna mamografi yaptırmaları önerildiğinden istatistiksel analizde ulusal tarama standardına uyumda 35-49 yaş grubunun verisi değerlendirilmeye alınmamıştır. Çalışma grubunun %51.5'ini 35-49 yaş grubu kadın oluşturmaktadır. Ulusal meme kanseri tarama standardında kadınların yarısının istatistiksel değerlendirmeye alınmadığı görülmüştür. 40-49 yaş grubu kadınların da mamografi yaptırdıkları belirlendiğinden bu kadınları hekimlerin NCI meme kanseri tarama önerilerine göre yönlendirmiş olabileceği düşünülmüştür. 40-69 yaş grubu kadınların mamografi yaptırma durumları NCI meme kanseri tarama standardına göre de değerlendirilmiştir. Bu bulgular ek tablolarda gösterilmiştir.

NCI meme kanseri tarama standardına (46) göre mamografi yaptırma 40 yaşında başlanması önerildiğinden, istatistiksel analizde NCI tarama standardına uyum değerlendirilirken 35-39 yaş grubunun verisi dışlanmıştır. Çalışma grubunun %18.9'unu 35-39 yaş grubu kadın oluşturmaktadır. NCI tarama standardında tarama sıklığını bir ya da iki yıl, ulusal tarama standardında ise iki yılda bir kez olarak önerilmektedir. Bu nedenle her iki tarama standardına uyum değerlendirirken son iki yılda mamografi yaptırma durumları değerlendirilmiştir (6, 46).

Bu çalışmada 50-59 yaşındaki kadınlar arasında ulusal meme kanseri tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar, 60-69 yaşındakilere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. 60-69 yaş grubu meme kanserinin en sık görüldüğü yaş grubudur. Bu yaş grubundaki kadınlarda mamografi taramasına katılanların oranının daha yüksek olması gerekirken, 50-59 yaş grubundaki kadınlarda bu oran daha fazladır. 50-59 yaş grubundaki kadınların %53.3'ü son iki yıl içinde mamografi yaptırmışken, 60-69 yaş grubundaki kadınlarda bu oran %24'e düşmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda mamografi yaptırmama durumuna uyumdan daha çok mamografi yaptırmama durumu araştırılmıştır (10-14, 16, 17, 70, 79, 85). Çok az çalışmada katılımcıların son iki yılda mamografi yaptırmama durumu sorgulanmıştır (11, 12, 71). Dişçigil ve arkadaşlarının Ege Bölgesi'nde kentsel ve yarı kentsel bölgede yaşayan kadınlarda yaptığı bir çalışmada 50 yaş ve üzeri kadınlarda son iki yılda mamografi yaptırmama sıklığı %48.9 olarak bulunmuştur (12). Bizim çalışmamızda iki yaş

grubu bir araya getirildiğinde mamografi çekirme oranı %41.3'tür. Bizim çalışmamızdaki örnek grubu basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Dişçigil ve arkadaşlarının çalışmasındaki çalışma grubu ise ardışık yapılan altı sağlık seminerine katılan ya da sivil toplum örgütlerinin toplantılarına katılan kadınlardan oluşmaktadır. Bu gruptaki kadınların sağlığına gösterdikleri ilginin daha fazla olması, bu nedenle daha yüksek oranda mamografi çekirmeleri beklenebilir. Dünder ve arkadaşlarının Manisa'da kırsal bölgede yaşayan kadınlarda, toplumdan örnek alarak yaptığı bir çalışmada, 35-44 yaş grubunda mamografi çekirme sıklığı %7.9, 45 yaş ve üstü grupta %9.2 bulunmuştur (11). Çalışmada kadınların NCI meme kanseri tarama standardına göre mamografi yaptırma durumları değerlendirilmesinde, 40-49 yaş grubu kadınların %43'ünün NCI'nin önerdiği tarama standardına göre mamografi yaptırdıkları bulunmuştur. Özaydın ve arkadaşlarının (71) 2009'da topluma dayalı, 40-69 yaş grubu kadınlarda yaptıkları kesitsel bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar gösterilmiştir. Son iki yılda mamografi yaptırma sırasıyla 40-49 yaş grubunda %47.6, 50-59 yaş grubunda %57.2, 60-69 yaş grubunda %36 olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (71). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda son iki yılda mamografi yaptırma oranı %15 ile %76 arasında değişmektedir (74, 86-92).

Bu çalışmada 50-59 yaşındaki kadınlar arasında Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar, daha ileri ve daha genç yaşta kadınlar göre anlamlı olarak daha fazladır.

Her iki standarda göre mamografi yaptırma durumunu kadınların yaşı etkilemektedir. Yaş ilerledikçe mamografi hakkındaki bilgisi olan kadınların oranı da azalmaktadır. 40-49 yaş grubundaki kadınların %97'si, 50-59 yaş grubundaki kadınların %90'ı mamografi hakkında bilgi sahibi iken 60-69 yaş grubundaki kadınlarda bu oran %76'ya inmektedir. Bu sonuç meme kanseri için riskli yaş grubu olan 60 yaş ve üstü kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri konusunda daha fazla bilinçlendirilmesi gerektiği gerçeğini ortaya çıkarmıştır.

Eğitim düzeyi yükseldikçe son iki yıl içinde mamografi yaptıranların oranı artmaktadır. Lise ve üstü eğitimi olanlar arasında her iki meme kanseri tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar ortaokul ve altında eğitimi olanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (12, 71, 75, 91). Eğitim düzeyi düşük olanlara düzenli aralıklarla mamografi yaptırmanın önemi konusunda eğitim yapılmalı ve desteklenmelidir.

Medeni durum ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu etkilemez iken, evli olan kadınlar arasında Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyarak mamografi yaptıranlar evli olmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Dünder ve arkadaşlarının kırsal alanda yaptıkları çalışmada (11) evli olanların bekarlara göre anlamlı olarak daha fazla mamografi yaptırdıkları bulunmuş, ancak bu çalışma 20-64 yaş grubunda yapıldığından mamografi yaptırma durumu değerlendirilirken 40 yaş altı kadınlar da bu gruba dahil edildiğinden sağlıklı karşılaştırma yapılamayacaktır. Zhu ve arkadaşlarının 40 yaş üstü kadınlarda yaptığı randomize bir çalışmada evli olanlar evli olmayanlardan daha fazla son iki yılda bir kez mamografi yaptırmış olarak bulunmuştur (91).

Kadınların çalışma durumu, sosyal güvence durumu, ailenin aylık geliri, herhangi bir süreğen hastalık varlığı ve menopoza durumu mamografi taramasına uyumu etkilememiştir. Emekli ya da çalışmayanlar, sosyal güvencesi olanlar, ailenin aylık geliri 1000 TL ve üzerinde olanlar daha fazla her iki meme kanseri tarama standardına uyumu olmuş olsalar da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada (93) iki ayrı devlet sisteminden sağlık güvencesi olanların daha fazla mamografi taramasına uyduğu, diğer bir çalışmada (92) yaşlılar için devlet tarafından ödenen (Medicare) sağlık güvencesinde olanlar mamografi taramasına daha çok uyduğu belirlenmiştir. Son iki yılda mamografi yaptıranlarda gelir düzeyine bakılmış bir çalışmada (91) gelir düzeyi yüksek olanlar daha fazla mamografi taramasına uyduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sosyal güvencesi olanların oranı çok yüksek olduğundan gelir durumu mamografi yaptırmayı etkilememiş olabilir.

Normal olarak ya da cerrahi nedenlerle menopoza giren kadınların ulusal meme kanseri tarama standardına uyumu anlamlı olarak artmış bulunurken 40-49 yaş grubunun da katılımından sonra NCI tarama standardına uyumda menopoza girenlerle menopoza öncesi dönemde olan ya da düzenli olarak âdet gören kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmada 50 yaş üstü kadınlardan standarda uyarak mamografi yaptıranların tümü menopoza olan kadınlardır. 50-59 yaş grubunda standarda uyarak mamografi yaptırmanın en fazla (%53.3) olduğu dönem olduğu dikkate alınırsa bu dönemde menopoza yakınmaları nedeniyle hekime başvuru fazla olduğundan, hekimin önerisiyle mamografi yaptırılmış olabilir.

Ailede meme kanseri öyküsü olması her iki meme kanseri tarama standardına göre mamografi yaptırmayı anlamlı olarak artırmamıştır. Kadınların %13'ünün ailesinde meme

kanseri öyküsü bulunmaktadır. Bu kadınların %43.3'ünün birinci derece yakınında, %56.7'sinin de ikinci derece yakınında meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ailede meme kanseri öyküsü oranı %5 ile %16 arasında bulunmuştur (12, 14, 17, 71, 73, 79, 83-85, 94-97). Bu çalışmaların çok azında aile öyküsü olan kadınlarda mamografi yaptırma durumu araştırılmıştır. Dişçigil ve arkadaşlarının (12) çalışmasında ailede meme kanseri öyküsü %10 olarak bulunurken, bu kişilerde mamografi yaptırma oranı ailede meme kanseri olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Özaydın ve arkadaşlarının (71) çalışmasında ailede meme kanseri öyküsü %12 olarak bulunurken, bu kişilerde mamografi yaptırma oranı ailede meme kanseri olmayanlara göre farklı bulunmamıştır. Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (85) ailede meme kanseri öyküsü %8 olarak bulunurken, bu kişilerde en az bir kez mamografi yaptırma oranı ailede meme kanseri olmayanlara göre anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. Ailede meme kanseri öyküsü bulunması meme kanseri riskini artırmaktadır. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlar düzenli mamografi yaptırmaları konusunda bilgilendirilmelidir.

Erken tanı ve tarama yöntemlerini bilenler ve mamografi hakkında bilgisi olan kadınların her iki meme kanseri tarama standardına uyumu anlamlı olarak artmıştır. Bu bulgu meme kanseri erken tanı ve tarama çalışmalarında yön gösterici olacak bir bulgudur. Kadınlar tarafından meme kanserinde erken tanının ve düzenli olarak mamografi yaptırmanın önemi benimsendiğinde mamografi yaptırma davranışının düzene gireceği düşünülmektedir.

Bireysel meme kanseri riski hakkındaki görüşü sorulduğunda katılımcıların %32.0'ı meme kanseri risklerini yüksek olarak algıladığını belirtmiştir. Kadınların bireysel meme kanseri risk algıları hem ulusal hem de Amerika Ulusal Kanseri Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu etkilememektedir. Graves ve arkadaşlarının Latin Amerika'da yaptıkları çalışmada kadınların yaklaşık dörtte biri meme kanseri riskini yüksek olarak tahmin etmiştir (98). Graves ve arkadaşlarının çalışmasında da meme kanseri riskini yüksek tahmin etmek mamografi yaptırma durumunu etkilemediğini göstermiştir.

Kadınların Gail ve Cuzick-Tyrer modellerine göre hem kısa dönem hem de yaşam boyu meme kanseri riskleri hesaplanmıştır. Kısa dönem ve yaşam boyu meme kanseri riski düşük olanlar ve riski yüksek olanlar arasında her iki meme kanseri tarama standardına uyumda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hem Gail modeli hem de Cuzick-Tyrer modeline göre meme kanseri riski yüksek olan kadınların yarısından fazlası son iki yılda mamografi yaptırmamışlardır. Kadınlar bireysel risklerinin yüksekliğini bilmemeleri

nedeniyle düzenli mamografi çektirmemiş olabilir. Bu kişilere riskinin yüksek olduğu bildirildiğinde mamografi taramasına uyumu olumlu yönde etkilenebilir.

Kadınların sosyodemografik ve sağlığa ilişkin özelliklerinin mamografi yaptırmama üzerine etkisi

Yapılan tez çalışmasında kadınların sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin mamografi yaptırmamaya etkisi incelenmiştir. 40 yaş üstü kadınların yaşı, öğrenimi, âdet durumu, ailede meme kanseri öyküsü ve ailenin gelir durumu ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. 40-49 yaş grubuna göre 60-69 yaş grubunda, lise ve üzerinde eğitilmişlere göre ortaokul ve altında eğitilmişlerde, menopozda olanlara göre düzenli âdet görenlerde modele göre düzeltildiğinde mamografi yaptırmama anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Gelir durumu ve aile öyküsü olmasının mamografi yaptırmamaya etkisi bulunmamıştır.

Aynı regresyon modeli mantığıyla 40 yaş üstü kadınlarda bu kez son iki yılda mamografi yaptırmamanın hangi nedenlerden kaynaklanmış olabileceğini anlamak amacıyla tekrar incelendiğinde, en az bir kez mamografi yaptırmama nedenlerine benzer sonuçlar bulunmuştur. 60-69 yaş grubunda olanlar, orta okul ve altında eğitimi olanlar ve düzenli âdet görenlerde mamografi yaptırmama referans gruplara göre anlamlı olarak artmış bulunmuştur. Ryu ve arkadaşlarının kadınların düzenli mamografi yaptırma özelliklerini inceledikleri çalışmasında kurgulanmış olan lojistik regresyon modeline göre KKMM yapanlarda, mamografinin yararına inananlarda, düzenli mamografi yaptırma sorumluluğu olanlarda iki yılda bir mamografi yaptırma anlamlı olarak artarken, mamografinin zararlı olduğuna inananlarda, sağlık hizmetleri sistemiyle ilişki kurmaktan kaçınanlarda iki yılda bir mamografi yaptırma anlamlı olarak azalmış bulunmuştur (75). Couture ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi düşük olanlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda ve devlet tarafından sağlık giderleri karşılananlarda son iki yılda mamografi yaptırmama daha fazla bulunmuştur (74). Buki ve arkadaşlarının çalışmasında düşük eğitim ve gelir düzeyinin mamografi yaptırmamayı artırdığı bulunmuştur (86). Zackrisson ve arkadaşlarının İsveç'te kentsel alanda yaptıkları çalışmada yaş arttıkça mamografi yaptırmamanın arttığı bulunmuştur (87). Aynı çalışmada evlilere göre bekar, boşanmış ya da dul olanlarda anlamlı olarak mamografi yaptırmama daha fazla bulunmuş, gelir düzeyi arttıkça mamografi yaptırmama anlamlı olarak düşmüş bulunmuştur (87).

Meme kanseri risk düzeylerinin modellerde karşılaştırılması

Toplumda meme kanseri risk etmenlerine karşı farkındalığın artırılmasında, erken tanı ve tarama yöntemlerine uyum açısından meme kanseri risklerini belirlemek önemlidir. ABD’de meme kanseri prevansiyonu için kimlerin uygun olduğunu saptamak amacıyla yaygın olarak Gail modeli kullanılmaktadır (48, 49).

Gail modeli analizinde Amerikan toplumunda meme kanseri riski için ana belirleyiciler olan birinci derece aile öyküsü, ilk doğumun ileri yaşta olması, ilk âdetin erken yaşta olması gibi etmenleri içeren tıbbi öykü değişkenleri kullanılmıştır (48-50). Gail modelinde ikinci derece ailesel meme kanseri öyküsü ve genetik özellikler gibi bireysel farklılıklar dikkate alınmadan risk belirlendiğinden bu gibi öyküsü olanlarda risk düzeyi düşük hesaplanabilmektedir.

Yapılan tez çalışmasında kadınların risk durumları Gail ve Cuzick-Tyrer modellerine göre hesaplanmıştır. Gail modelinde kemoprevansiyon başlanması için önerilen %1.67 kesim noktasına göre kadınların %9’unun 5 yıllık meme kanseri risk düzeyi %1.67’nin üstünde bulunmuştur. Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı olgu-kontrol çalışmasında Gail modeline göre riski %1.67 ve üzerinde olanlar, olgu grubunda %13, kontrol grubunda %8 olarak bulunmuştur (95). Olgu grubu kanserli hastalardan oluşmaktadır. Kontrol grubu ise meme ve endokrin cerrahisi ve mamografi ünitesine başvuran kadınlardan seçilmiştir. Gail modeline göre 5 yıllık meme kanseri risk düzeyi Ulusoy ve arkadaşlarının çalışmasının kontrol grubu sonucu ile yapılan tez çalışmasında benzer bulunmuştur. Ulusoy ve arkadaşlarının çalışmasında biyopsi yapılan, atipik hiperplazisi olan kadınlar olmasına karşın Gail modeline göre beş yıllık riski bizim çalışmamıza benzer sonuç vermiştir. Bunun nedeni Ulusoy ve arkadaşlarının çalışmasındaki yaş gruplarının gençlerden oluşmasından kaynaklanabilir; 60 yaşın üstündeki kadınlar çalışma grubunun yaklaşık %7’sini oluşturmaktadır. 35 yaş üstü Latin kadınlarda yapılmış olan çalışmada (98) kadınların %6.9’unun meme kanseri risk düzeyi %1.67’den yüksek bulunmuştur. Lin ve arkadaşlarının düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda yaptığı bir başka çalışmada (99) kadınların %21.6’sının 5 yıllık meme kanseri risk düzeyi %1.67’den yüksek bulunmuştur. Lin ve arkadaşlarının çalışmasında yaş gruplarına göre risk düzeyi ayrıntılı olarak verilmiştir. 40 yaşın altındaki beyaz kadınlarda 5 yıllık meme kanseri risk düzeyi %1.67’den yüksek olan kadın bulunmazken bu oran siyah kadınlarda %2.2 bulunmuştur; bizim çalışmamızda da 40 yaşın altındaki hiçbir kadının 5 yıllık riski %1.67’den

yüksek değildir. 40-49, 50-59, 60-69 yaş gruplarındaki kadınlarda 5 yıllık meme kanseri risk düzeyi %1.67'den yüksek olanların oranı beyazlarda sırasıyla %23.1, %47.5, %93.3, siyahlarda ise %7.8, %6.7, %50'dir. Bizim çalışmamızda ise bu değerler sırasıyla %5.6, %6.9, %25.0 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara bakılarak yapılan tez çalışmasındaki kadınların Amerikalı kadınlara göre daha düşük riske sahip olduğu söylenebilir. Lin ve arkadaşlarının çalışması düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda yapıldığı belirtilmekte ancak grubun sosyoekonomik düzeyi belirteçleri çalışmada gösterilmemiştir (99). Gail modele göre meme kanseri risk düzeyini belirlemek için uzun yıllar ABD'de yapılmış epidemiyolojik çalışmaların sonuçları değerlendirilmiş ve ABD'de 60 yaşındaki beyaz kadınlarda ortalama beş yıllık meme kanseri riski %1.67 olarak belirlenmiştir (50, 52, 53). Yapılan tez çalışmasındaki 60-69 yaş grubu kadınların yalnızca %25'inin meme kanseri riski %1.67'nin üstünde bulunmuştur. Bu bulgu iyimserlik oluşturacak bir bulgu olmakla birlikte bu yüksek riskli kadınların erken tanı ve tarama hizmetleri ve danışmanlık almaları gerekliliği göz ardı edilmemelidir.

Gail ve Cuzick-Tyrer modellerinde bireysel meme kanseri risk hesaplama sonuçları aynı yaştaki toplumla karşılaştırılarak verilmektedir. Yapılan tez çalışmasında her iki modelde çalışma grubunun kısa dönem ve yaşam boyu risk düzeyleri hesaplanarak aynı yaştaki toplumla karşılaştırması yapılmıştır. Gail modeline göre kadınların %16'sının 5 yıllık meme kanseri riski, %15'inin ise yaşam boyu meme kanseri riski toplumdaki yüksek bulunmuştur. Türkiye'de çok az sayıda çalışmada meme kanseri risk düzeyi belirlemesi yapılmıştır. Ancak hiçbir çalışmada bireysel risk ve yaşam boyu risk ile toplum riski karşılaştırması yapılarak meme kanseri risk hesaplaması yapılmamıştır. Gail modeline göre meme kanseri risk değerlendirilmesi yapılmış bir çalışmada kadınların 5 yıllık ve yaşam boyu risk ortalaması bizim çalışmamızın ortalamaları ile benzer bulunmuştur (14). Ulusal Aile Planlaması Rehberinde bulunan Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formuna göre 20 yaş üstü kadınlarda yapılmış olan bir çalışmada kadınların meme kanseri riski yüksek olanlar bizim çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur (96). Bu çalışmada kadınlarda meme kanseri riskinin düşük bulunmasının nedeni çalışma grubunun daha çok gençlerden oluşmasından kaynaklanabilir; 40 yaş üstü kadınlar çalışma grubunun yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır (96).

Cuzick ve Tyrer modeli oluşturulurken diğer modellerde olmayan risk etmenleri BKİ, menopoz yaşı, HRT kullanım süresi, insitu karsinom varlığı, ikinci-üçüncü derece yakınında meme ve yumurtalık kanseri varlığı ve tanı yaşı, erkek akrabada meme kanseri varlığı

değerlendirilmeye alınmıştır (21). Bu çalışmada Cuzick-Tyrer modeline göre kadınların %21.7'sinin 10 yıllık meme kanseri riski, %22.2'sinin ise yaşam boyu meme kanseri riski toplumdaki yüksek bulunmuştur.

Yeni kurgulanmış bir model olan Cuzick-Tyrer modeline göre meme kanseri riskini belirlemek amacıyla Türkiye'de yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Mann ve arkadaşlarının Avustralya ve Yeni Zelanda'da kliniklerde aile öyküsü, yaşam tarzı ve gen taraması belirlenerek yapılmış olan epidemiyolojik çalışmada kadınlarda meme kanseri risk düzeyini belirlemek için Cuzick-Tyrer modeli kullanılmıştır. Bu çalışmaya katılanların BRCA 1 ya da BRCA 2 geni pozitif olanların çoğunluğunun (%91) riski aynı yaşta toplumdaki riskinden yüksek bulunmuştur (55).

Yapılan tez çalışmasına katılan kadınların meme kanseri risk düzeyinin aynı yaşta topluma göre karşılaştırıldığında her iki model sonucuna göre çoğunluğunun düşük çıkmasının nedenleri çoğunluğun ilk âdetini 13 yaş ve üstünde gördüğü, ilk doğumunu 30 yaşın altında yaptığı, birinci derece yakınında meme kanseri olanların göreceli olarak az olduğu ve meme biyopsisi yaptırması gereken kadınların olmaması olarak sayılabilir. Gail modeline göre Cuzick-Tyrer modelinde meme kanseri riski yüksek olanların daha fazla olması ikinci derece aile öyküsü, HRT kullanma ve süresi, menopoza yaşı, BKİ gibi özelliklerin de eklenerek hesaplama yapılmasından kaynaklanmaktadır.

Cuzick-Tyrer modeli daha çok ailesel meme kanseri riski yüksek olanlarda (21, 47, 54) önerilmekte, Gail modeli ise genel toplumda meme kanseri riskini belirlemek için önerilmektedir (48, 49).

DSÖ meme kanseri taramasında ülkelerin gelişmişlik düzeyine ve öncelikli sağlık sorunlarına göre meme kanseri tarama politikası geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Sağlık yöneticilerinin toplum tabanlı tarama politikası oluşturulması için gerekli kaynakları ve sağlık çalışanlarını sağlaması, mamografi hizmetlerinden daha az yararlanan düşük sosyoekonomik düzeye sahip ve ileri yaşta olan kadınlara öncelikli olarak tarama hizmeti vermesi gerekmektedir (2).

6.2. Serviks Kanseri

Kadınların Pap smear testi yaptırma durumu

Çalışmada kadınların yarısı (%52) en az bir kez ya da daha fazla Pap smear testi yaptırmıştır. Farklı ülkelerde ise herhangi bir tarama önerisine uymaksızın en az bir kez Pap

smear testi yaptırma oranı bazı çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer (86), bazı çalışmalarda yüksek (100, 101) bulunmuştur. Nijerya’da yapılmış olan bir çalışmada ise en az bir kez Pap smear testi yaptırma oranı oldukça düşük bulunmuştur (102). Yapılan çalışmada en az bir kez Pap smear testi yaptırma oranı Türkiye’de yapılmış olan çalışmalarla (103-105) uyumlu, ancak kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda yapılan bir çalışmadan düşük bulunmuştur (106). Uysal ve arkadaşlarının yapmış olduğu bu çalışmada, çalışma grubunun serviks kanseri konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin bu tez çalışmasındaki çalışma grubundan yüksek olması bu farkın nedeni olabilir.

Ülkeler arasında serviks kanseri tarama önerilerinde başlama yaşı ve tarama sıklığı açısından farklılıklar bulunmaktadır (8). Bu çalışmada Pap smear testi yaptıran kadınların en son test yaptırma zamanı incelendiğinde bu kadınların üçte ikisinin (tüm katılımcıların yaklaşık üçte biri) son üç yıl içinde Pap smear testi yaptırdığı saptanmıştır. Türkiye’de yapılmış kesitsel bir çalışmada (71) ve eğitim düzeyi yüksek olan akademisyenlerde yapılmış diğer çalışmada (107) benzer yaş grupları incelendiğinde bu oranların birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda son iki yılda Pap smear testi yaptırma oranı %44 ile %94 arasında değişmektedir (108-111). Son üç yılda Pap smear testi yaptırma oranı ise %25 ile %89 arasında bulunmuş çalışmalar vardır (112-116).

Pap smear testi yaptırmak amacıyla kadınların çoğunluğu devlet ve üniversite hastanesini, üçte biri ise özel kliniği tercih etmişlerdir. En son Pap smear testini özel kliniklerde yaptırmanın nedeni testin maliyetinin görece karşılanabilecek maliyette olması ya da kadınların evlerine en yakın sağlık kuruluşundan en kısa sürede hizmet alabiliyor olmalarıyla açıklanabilir. Narlidere KETEM’e başvurunun az olması bu bölgede yaşayan kadınların KETEM’in hizmetlerini bilmemesinden kaynaklanmış olabilir.

Kadınların yaklaşık yarısı hiç Pap smear testini yaptırmadıklarını belirtmiştir. Bu oran Uysal ve arkadaşlarının çalışmasından yüksek (106), Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalar ile benzerdir (103, 105, 117). Pap smear testini yaptırmama nedenleri olarak ilk sırada Pap smear testini yaptırmanın gerekli olduğunu bilmeme, daha sonra sırasıyla nerede yapıldığını bilmeme, ihmal etme, Pap smear testi yaptırmaktan korkma, vajinal muayeneden utanma, sonuçta serviks kanseri çıkmasından korkma, bekar ya da dul olduğundan gereksiz olduğu ve sosyal güvence olmaması olarak belirtilmiştir. Hiçbir kadın Pap smear testini yaptırmama nedeni olarak ankette yer alan “kocam/ailem izin vermiyor” seçeneğini belirtmemiştir. Yaren ve arkadaşlarının kırsal alanda çalışan hemşire grubunda yaptığı çalışmada Pap smear testini

yaptırmama nedeni olarak öncelikle unutkanlık, sonra sırasıyla bekar olmak ve test yaptırmamanın sıkıntı verici bir işlem olması belirtilmiştir (105). Joun ve arkadaşlarının çalışmasında Pap smear testi yaptırmamanın engelleri olarak sırasıyla serviks kanseri belirtileri bulunmaması, testin bilinmemesi, zaman darlığı, tedirgin edici, utandırıcı bir test olması, çok pahalı bir test olması ve dil sorunu bulunması olarak belirtilmiştir (100). Nijerya’da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (102).

35 yaş ve üstü kadınların ulusal serviks kanseri tarama standardına göre Pap smear testi yaptırma durumunun karşılaştırılması

Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu hiçbir yaş grubunda Pap smear tarama testinin yılda bir yapılmasını önermemektedir. Ancak ülke kaynakları yeterliyse 25-49 yaş arasındaki kadınlarda tarama sıklığı üç yılda bir, 50 yaş sonrası beş yılda bir olmalı önerisinde bulunmaktadır (8). Türkiye’de toplum tabanlı serviks kanseri taraması 35-65 yaş arası 5 yılda bir Pap smear testi uygulanarak yapılmaktadır (9). Son beş yıl içinde Pap smear testi yaptıran kadınlar ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuş olarak kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık üçte biri ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuştur. 40-49 yaşındaki kadınlar arasında ulusal serviks kanseri tarama standardına uyarak Pap smear testi yaptıranlar, daha ileri ve daha genç yaştaki kadınlara göre anlamlı olarak daha fazladır. Bunun nedeni bu yaş grubunda menopoz öncesi yakınmalar nedeniyle kadın doğum kliniklerine başvurunun daha fazla olmasıyla açıklanabilir. Kanada’da (118) ve Meksika’da (109) yapılan çalışmalarda son iki yılda Pap smear testi yaptırma yapılan çalışmaya benzer olarak 40-49 yaş grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Türkiye’de serviks kanseri tarama sıklığı konusunda yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Oran ve arkadaşlarının akademisyen kadınlarda yaptıkları çalışmada 40-49 yaş grubunda son üç yılda Pap smear testi yaptıranların oranı daha alt yaş gruplardakilerden yüksek, 50 yaş üstündekilerle benzer bulunmuştur (107). Couture ve arkadaşları 50 yaş ve üstü kadınlarla yaptıkları çalışmasında kadınların yaşı ilerledikçe son iki yılda Pap smear testi yaptırma anlamlı olarak azalmış bulunmuştur (74).

Eğitim düzeyinin yüksekliği bireylerin sağlık algısı ve davranışlarında önemli bir etmendir. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumları da anlamlı düzeyde artmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ile Pap smear testi yaptırma sıklığında benzer sonuçlar bulunmuştur (74, 109, 110). Kadınların eğitim

düzeyinin yükseltilmesi ve desteklenmesi girişimleri serviks kanseri tarama programına uyumu da artıracaktır.

Evli olan kadınlar evli olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuşlardır. Evli olan kadınlar düzenli cinsel ilişkileri olduğundan jinekolojik yakınmaları daha fazla olabilir ve kadın doğum kliniklerine daha fazla başvurmuş olabilir. Medeni durum ile Pap smear testi yaptırma ilişkisi Kanada'da (109) ve Meksika'da (74) yapılan çalışmalara benzerdir. Oran ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (107).

Kadınların çalışma ve sosyal güvence durumu ve ailenin aylık gelirinin ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu üzerine anlamlı etkisi yoktur. Bu durum çalışma grubunun % 93.8'inin sosyal güvenliğinin olmasıyla açıklanabilir. ABD'de (116) ve Meksika'da (118) yapılan çalışmalarda sosyal güvencesi olanların anlamlı olarak daha fazla son üç yılda Pap smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. Süreğen hastalığı olan kadınlar daha fazla sağlık hizmetinden yararlanabilir ve bu sırada Pap smear testine yönlendirilebilir düşüncesiyle süreğen hastalık sorgulanmış ancak anlamlı ilişki bulunmamıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir (110).

İlk cinsel ilişkiye başlama yaşı, toplam gebelik sayısı, âdet ve menopoz durumu açısından ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Yapılmış olan çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (109, 113).

Serviks kanseri risk düzeyi düşük olanlar riski orta ve yüksek olanlara göre daha fazla ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuşlardır. Serviks kanseri risk düzeyi azaldıkça ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum anlamlı olarak artmaktadır. Bu bulgu kadınların serviks kanseri ve riski konusunda bilgi eksikliği gerçeğini ortaya koymaktadır. Kadınlara bireysel serviks kanseri riski hakkında farkındalık sağlanmalı ve riski yüksek olanlar Pap smear yaptırma yönünde desteklenmelidir.

Kadınların adet durumu ve sosyodemografik özelliklerinin Pap smear yaptırmama üzerine etkisi

35 yaş üstü kadınlarda Pap smear testi yaptırmama durumunu çok değişkenli olarak incelemek için amacıyla lojistik regresyon modeli kurgulanmıştır. En fazla Pap smear yaptırma 40-49 yaş grubunda olduğundan bu yaş grubu referans olarak alınmıştır. 35-39 yaş grubunda hiç Pap smear yaptırmama anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu yaş

grubuna Pap smear testi ile serviks kanserini erken dönemde yakalanarak tedavi edilebileceği bilgisi verilerek taramaya yönlendirilmelidir.

Lise ve üstü eğitimi olanlara göre ortaokul ve altında eğitilmelerde Pap smear testi yaptırmama anlamlı olarak artmıştır. Behbakht ve arkadaşları sosyal güvencesi olmayan ve eğitim düzeyi düşük olanlarda Pap smear testi yaptırmama anlamlı olarak artmış bulmuştur (101). Kadınların genel eğitim düzeyi ve serviks kanseri konusundaki eğitimleri desteklenirse Pap smear testi yaptırma da artabilir. Gerek birinci basamakta gerekse diğer kurumlarda sağlık hizmeti verenlerin ülkenin sağlık politikasına uyarak Pap smear testi yaptırma konusunda halkı bilinçlendirmesi bu sorunun çözümünde önemli bir yere sahiptir.

Pap smear testi yaptırmamada genç yaşta olmak ve eğitim düzeyi düşüklüğü belirleyicilerdir. Couture ve arkadaşları ileri yaşta olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü ve sosyal güvencenin olmamasını Pap smear testi yaptırmamada belirleyiciler olarak bulmuştur (74). Meksika’da yapılan bir çalışmada benzer bulgular elde edilmiştir (113). ABD’de evli olmama ve yoksulluğun son üç yılda Pap smear testi yaptırmamada temel etmenler olduğu gösterilmiş, ancak en güçlü belirleyici olarak sosyal güvencenin olmaması bulunmuştur (114).

35 yaş üstü kadınlarda ulusal serviks kanseri tarama standardına uygun olarak Pap smear testi yaptırmama üzerine kurgulanan Model 2’ye göre; Pap smear yaptırmama 40-49 yaş grubuna göre 35-39 yaş grubunda ve 60-69 yaş grubunda ulusal serviks kanseri tarama standardına uygun olarak Pap smear yaptırmama anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. 35-39 yaş grubundakilerin ulusal serviks kanseri tarama standardına uygun olarak Pap smear testi yaptırmamalarının nedeni bu yaş grubunda serviks kanseri taraması yapıldığının farkında olmamaları olabilir. Çünkü 35-39 yaş grubundakilerin yalnızca üçte biri Pap smear testi yaptırmıştır. 60-69 yaş grubu kadınların ulusal serviks kanseri tarama standardına uygun olarak Pap smear testi yaptırmamaları tarama testini bilmemelerinden ve serviks kanseri görülmesini buldukları yaştaki cinsel davranışlarıyla ilişkilendirmelerinden kaynaklanabilir.

Kadınların bireysel özellikleri ve serviks kanseri risk düzeyleri

Kadınların üçte ikisinin serviks kanseri risk düzeyi düşük, diğerleri ise orta ve yüksek olarak bulunmuştur. Hiç evlenmemiş olan kadınların da risk düzeyi hesaplanmış ve riskleri düşük çıkmıştır. Yapılan kaynak taramasında kadınların bireysel ve davranış özelliklerini dikkate alarak serviks kanseri risk düzeyi belirleyen çalışma bulunamamıştır.

Yapılan çalışmadaki kadınların çoğunluğunun serviks kanseri riskinin düşük çıkması riskli davranış özelliklerinin görece düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Kadınların %91'i 16 yaş ve daha ileri yaşlarda ilk cinsel ilişkiye başlamışlar, %93'ü cinsel ilişkide düzenli olarak kondom kullanmamakta, ancak büyük çoğunluğu tek eşlidir. Cinsel yolla bulaşan hastalık geçiren kadın az sayıdadır.

Serviks kanseri riski hesaplamasında çalışma grubunun riskli davranışları sigara içen, üç ve daha fazla doğum yapan ve son üç yıl içinde Pap smear testi yaptırmayanlardan kaynaklanmaktadır. Kadınların yaklaşık üçte biri sigara içmeye devam etmekte, çoğunluğu hiç alkol kullanmamaktadır. Kadınların %41'i üç ve daha fazla doğum yapmıştır.

Yüksek serviks kanseri riskine sahip olan kadınların oranı en fazla 40-49 yaş grubundadır. Bu yaş grubundaki kadınların ulusal serviks kanseri tarama standardına uyarak Pap smear yaptırmaları diğer yaş gruplarına göre daha fazla bulunmuştur. Serviks kanseri risk hesaplama modelinde son üç yıl içinde Pap smear testi yaptırmama risk olarak değerlendirilmektedir. Türkiye'de tarama standardının beş yılda bir olması nedeniyle bazı kadınlar bu standarda uymasına karşın modelde son üç yılda Pap smear testi yapılması sorgulandığından bu kadınlar riskli grupta yer almış olabilir. Hangi yaşta olursa olsun serviks kanseri risk düzeyi yüksek olan kadınların düzenli Pap smear testi yaptırmaları ve riskli davranışları azaltmaları sağlanmalıdır.

6.3. Çalışmanın Güçlü Yanları

- 1- Türkiye'de ilk kez toplumdan örnek seçilerek, meme ve serviks kanseri risk düzeyi belirleme modelleri kullanarak kadınlarda meme ve serviks kanseri risk düzeyi saptaması yapılmıştır.
- 2- Çalışma grubuna ulaşma oranı yüksektir.
- 3- Çalışmaya katılanlarla yüz yüze görüşme araştırmacı tarafından evlerinde yapılmıştır.
- 4- Türkiye'de yapılan çalışmalarda mamografi yaptırma durumu sorgulanmakla birlikte en son mamografi yaptırma zamanını belirleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmalar belirli gruplarda (polikliniğe başvuranlar, hemşireler vb) yapılmıştır. Bu nedenle bu tez çalışması ulusal meme ve serviks kanseri tarama standardına uyumu belirlemede yapılmış toplum tabanlı ilk çalışma olarak değerlendirilebilir.

6.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

- 1-** Kadınların meme ve serviks kanseri risk düzeyini belirlemede anket yöntemi ile veri toplanmıştır. Geriye yönelik bilgi toplandığından bazı sayısal verilerde hatırlama etmeni rol oynamış olabilir. Bu nedenle kadınların risk düzeyleri sonuçları farklı saptanmış olabilir. Ancak bu kısıtlılık rasgele hata olup, taraf tutma olarak değerlendirilemez.
- 2-** Mamografi yaptırmada kadınlar memelerinin cihazla kontrollerini fark edebilir. Ancak Pap smear testi vajinal muayene sırasında yapıldığından kadınlar normal muayene ile Pap smear örneği alınma arasındaki farkı anlamamış olabilir. Hekim tarafından Pap smear alındığı ve sonuçlarına dair bilgilendirme yapılmamış olabileceğinden Pap smear yaptırma oranı gerçek durumdan daha düşük saptanmış olabilir.
- 3-** Genellemede kısıtlılık var. Bu çalışmanın sonuçları Eğitim Mahallesiine genellenebilir, farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyde bireylerin yaşadığı tüm Balçova ilçesine genellenemez. Ancak orta sosyoekonomik düzeyde, kentsel bölgeyi yansıtabilir.
- 4-** Modellerde toplumla karşılaştırma yapılmıştır. Modeller Amerika ve Batı toplumlarına dayanarak geliştirilmiş olduğundan Türk toplumu için uygulaması konusunda kısıtlılık bulunmaktadır.

7. SONUC VE ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar

- 1- Kadınların çoğunluğu meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri hakkında bilgiye sahiptir. Ancak mamografi bilgisi ve mamografi yaptırma davranışı daha azdır. Kadınlar bilgi kaynağı olarak en fazla televizyon ve radyoyu kullanmaktadır. Mamografi yaptırmanın gerekli olduğunu bilenler çoğunlukla ihmal etmektedir. Ancak mamografi yaptırmanın gerekli olduğunu bilmeyenler ve nerede yapıldığını bilmeyenler çoğunluktadır.
- 2- En az bir kez mamografi yaptırma oranı tüm kadınlarda %44.9, 40 yaş üstü kadınlarda % 52.7, 50 yaş üstü kadınlarda %52.7 olarak bulunmuştur.
- 3- Meme kanseri için riskli yaş grubu olan 60 yaş ve üstü kadınlarda iki yılda bir mamografi yaptırma oranı azdır.
- 4- Eğitim düzeyi düşük olanlar, bekar, dul ve boşanmış olanlar, menopoz öncesi dönemde olan ya da düzenli âdet gören kadınlar daha az mamografi yaptırmaktadır.
- 5- Ailesinde meme kanseri olanların mamografi yaptırma davranışında farklılık bulunmamıştır.
- 6- Kadınlar bireysel meme kanseri risklerinin farkında değildir. Meme kanseri riski yüksek olanların son iki yılda mamografi yaptırma oranları riski düşük olanlardan daha fazla değildir.
- 7- Kadınlar KETEM, meme kanseri tarama standardı ve meme kanseri riski hakkında yeterli bilgiye sahip değildir.
- 8- Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık üçte biri ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuştur. 40-49 yaşındaki kadınlar arasında ulusal serviks kanseri tarama standardına uyarak Pap smear testi yaptıranlar, daha ileri ve daha genç yaştaki kadınlara göre anlamlı olarak daha fazladır.
- 9- Kadınların eğitim düzeyi arttıkça ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumları da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır. Evli olan kadınlar evli olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuşlardır.
- 10- Serviks kanseri risk düzeyi azaldıkça ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır.

7.2. Öneriler

- 1- 60 yaş ve üstü kadınlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, bekar, dul ve boşanmış olanlar, menopoz öncesi dönemde olan ya da düzenli âdet gören kadınlar ulusal meme kanseri tarama standardına göre iki yılda bir kez düzenli olarak mamografi yaptırmaları konusunda bilgilendirilmelidir.
- 2- Ailesinde meme kanseri olanlara bireysel riskleri konusunda danışmanlık verilmeli, düzenli olarak mamografi yaptırmaları önerilmelidir.
- 3- Bireysel meme kanseri riski yüksek bulunan kadınlar 50 yaşından küçük olsa da düzenli olarak mamografi yaptırmalı, serviks kanseri riski yüksek olanlar 35 yaşından önce ve beş yıldan daha sık aralıkta Pap smear testi yaptırmalı ve bu kadınlara bireysel danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır.
- 4- Kadınlara meme ve serviks kanseri riskleri, erken tanı ve tarama standartları, başvurabileceği kaynaklar (örneğin KETEM) konusunda farkındalık oluşturmak amacıyla eğitimler yapılmalı, düzenli olarak mamografi ve Pap smear testi yaptırma durumları takip edilmelidir.
- 5- Gail modeline göre risk hesaplama daha kısa sürede ve daha az değişkenleri içerdiğinden birinci basamak kurumlarda 30 yaş üstü tüm kadınlara uygulanması önerilir. Riski yüksek olanlara birinci basamak hekimleri ve aile hekimleri tarafından bireysel danışmanlık hizmeti sunulmalıdır.
- 6- Cuzick-Tyrer modeline göre meme kanseri risk hesaplaması daha kapsamlı olduğundan klinik bulgular gerektiğinden onkoloji ve meme cerrahisi kliniklerinde kullanımı önerilir. Riski yüksek olanların takibi ve danışmanlık hizmeti önemlidir.
- 7- KETEM'ler hedef toplumun tümüne erken tanı hizmetlerini sunacak kadar sayısal yeterlilikte olmadığından yukarıda sayılan hizmetler birinci basamak hekimleri ve aile hekimleri tarafından yürütülmelidir.
- 8- Meme ve serviks kanseri tarama hizmeti Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmalıdır. Tarama yöntemlerine başvuru yalnızca bireylerin sorumluluğunda olmayıp, bu konuda yönetimin ve sağlık hizmeti sunanların sorumluluğu oldukça fazladır. Herkese bu hizmetlerin sunulması yaş ve eğitim farklılığından kaynaklanan sorunları ortadan kaldıracaktır.

8. KAYNAKLAR

1. GLOBOCAN 2002. International Agency for Research on Cancer. <http://www-dep.iarc.fr/> Erişim tarihi: 03 Ağustos 2009.
2. Stewart BW, Kleihues P. Word Cancer Report. IACR, Lyon, 2003.
3. Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. American Cancer Society. http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6X_Cervical_Cancer_Prevention_and_Early_Detection_8.asp?sitearea= Erişim tarihi: 15 Ekim 2008.
4. Garcia F, Newton J, Baldwin S. Cervical and Endometrial Cancer Prevention. İçinde: Fundamentals of Cancer Prevention, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer, 2005; 315-42.
5. Thompson PA, Lopez AM, Stopeck A. Breast Cancer Prevention. İçinde: Fundamentals of Cancer Prevention, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer, 2005; 255-76.
6. Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartlar. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 20.07.2005 tarih, 5030/1135 Sayılı Genelge.
7. Cancer Mondial. C.15 VOL. IX/IARC. <http://www-dep.iarc.fr/> Erişim tarihi: 25 Kasım 2009.
8. Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. IARC Press, 2005.
9. Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007.)
<http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BEADC34837D3D45B86> Erişim tarihi: 31.07.2009.
10. Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H. Muğla Merkez, Bayır, Yerleşik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; 1:1.
11. Dünder PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006;6: 43.
12. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007;20: 29-36.
13. Dağhan Ç, Çevik Ü. Tokat Sigara Fabrikası kadın işçilerine kendi kendine meme muayenesi (kkmm) hakkında yapılan bilgilendirmenin doğru bilgi ve davranış geliştirme

durumuna etkisi. İçinde: Türkiye’de Kanser Kontrolü, Ed: Tuncer AM, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007;56: 525-32.

14. Karahan A, Topuzoğlu A, Harmancı H. Hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çektirmeye yönelik davranışlarını etkileyen faktörler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2001, 57-9.

15. Koçyiğit O. Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mammografi hakkında bilgi düzeyi: İl merkezinde yapılan bir çalışma. [uzmanlık tezi]. Ankara: SB. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.

16. Seçginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006;43: 161-71.

17. Avcı İA. The health beliefs relating to mammography of midwives and nurses. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3: 4-8.

18. Schering Alman İlaç Firması. Türk Kadınları ve Menopoz Araştırması. Basın Bülteni. 2004. <http://www.basimbulteni.com/detay.asp?Hid=700> Erişim tarihi: 23 Ekim 2008.

19. Karaca M. ‘Pap smear’ Ne kadar biliniyor? Ne kadar uygulanıyor? Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008;18: 22-8.

20. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T ve ark. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48: 25-9.

21. Evans DG, Howell A. Breast cancer risk-assessment models. Breast Cancer Res 2007;9: 213.

22. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.

23. Fidaner C. Kanserde Erken Yakalama: Erken Tanı ve Taramalar. İçinde: Türkiye’de Kanser Kontrolü, Ed: Tuncer AM, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007;26: 319-32.

24. Çakır B. Epidemiyolojide Özelleşmiş Konular. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed: Güler Ç, Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006;4: 120-40.

25. World Health Organization. Cancer Control: Knowledge Into Action: WHO Guide for Effective Programmes, 2007.

26. Papila Ç. Kanserden Korunma (Kemoprevansiyon). İçinde: Medikal Onkoloji Ders Kitabı, Ed: Serdengeçti S, Büyüknal E, Mandel NM, Papilla Ç, Demirelli F, Demir G, Özgüroğlu M, Turna H, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2008; 37-52.

27. Cancer. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> Erişim tarihi 03 Ağustos 2009.
28. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Ed: Tuncer M. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Nisan-2009. Bakanlık Yayın No:760) <http://www.ketem.org/> Erişim tarihi: 27 Temmuz 2009.
29. WHO. Breast cancer risk factors.
<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index2.html> Erişim tarihi: 25 Kasım 2009.
30. American Cancer Society. Breast Cancer. What Causes Breast Cancer?
http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2X_What_causes_breast_cancer_5.asp?sitearea= Erişim tarihi: 28 Ekim 2009
31. Harvard School of Public Health. Cancer: Breast Cancer, Risk Factors.
http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hccpquiz.pl?lang=english&func=show&quiz=breast&page=risk_list Erişim tarihi:30 Ekim 2009.
32. Probability of Breast Cancer in American Woman - National Cancer Institute (NCI).
<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Detection/probability-breast-cancer> Erişim tarihi: 04 Ağustos 2009.
33. Aydın A, Topuz E, Dinçer M, Özmen V. Meme Kanseri. İçinde: Onkoloji El Kitabı, Ed: Aydın A, Topuz E, Turgut Yayıncılık, İstanbul, Kasım 2006;7: 149-96.
34. Breast Cancer/ Breast Self-examination (BSE). International Agency for Research on Cancer. <http://screening.iarc.fr/breastselfexamination.php> Erişim tarihi: 29 Ekim 2009.
35. Facione N, Hamolsky D. Breast Cancer In-situ Disease. İçinde: Oncology Nursing Assessment and Clinical Care, Ed: Miaskowski C, Buchsel P, Mosby, 1999;20: 405-24.
36. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği Sayı: 24260, 14 Aralık 2000. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı
http://ukdk.org/pdf/mevzuat/KETEM_Yonetmelik.pdf Erişim tarihi: 01 Aralık 2009.
37. KETEM nedir? Sağlık Bakanlığı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi.
http://ketem.org/ketem_nedir.php Erişim tarihi: 01 Aralık 2009.
38. WHO. Breast Cancer Control
<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html> Erişim tarihi: 01 Aralık 2009.

39. Can Breast Cancer Be Found Early? American Cancer Society(ACS). http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_Can_breast_cancer_be_found_early_5.asp?sitearea= Erişim tarihi: 30 Temmuz 2009.
40. Screening. National Cancer Institute (NCI). <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/breast/page6> Erişim tarihi: 04 Ağustos 2009.
41. ACR Practice Guideline for the Performance of Screening and Diagnostic Mammography. Breast Imaging and Intervention American College of Radiology (ACR). http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/guidelines/breast.aspx Erişim tarihi: 04 Ağustos 2009.
42. Women and Cancer. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). http://www.acog.org/from_home/misc/protectAndDetect.pdf Erişim tarihi: 04 Ağustos 2009.
43. About Breast Guidelines – Screening Mammograms(ASBD). American Society of Breast Disease. <https://www.netforumondemand.com/eweb/StartPage.aspx?Site=asbd&WebCode=HomePage#guidelines> Erişim tarihi: 04 Ağustos 2009.
44. Screening for Breast Cancer. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <http://www.ahrq.gov/CLINIC/uspstf/uspstfbrca.htm> Erişim tarihi: 04 Ağustos 2009.
45. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP)/ CDC. <http://www.cdc.gov/cancer/NBCCEDP/publications/> Erişim tarihi: 04 Ağustos 2009.
46. NCI, Mammograms. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Detection/screening-mammograms> Erişim tarihi: 04 Aralık 2009.
47. Amir E, Evans DG, Shenton A ve ark. Evaluation of breast cancer risk assesmtment packages in the family history evaluation and screening programme. J Med Genet 2003;40: 807-14.
48. Ozanne EM. Breast cancer risk assessment and prevention: a framework for shared decison-making consultations. Breast J 2006;12: 103-13.
49. Gail MH, Brinton LA, Byar DP ve ark. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. J Natl Cancer Inst 1989;82: 1879-86.
50. Tchou J, Morrow M. Available models for breast cancer risk assessment: how accurate are they? J Am Coll Surg 2003;197: 1029-35.

51. Ozanne EM, Esserman LJ. Evaluation of breast cancer risk assessment techniques: a cost-effectiveness analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13: 2043-52.
52. Rockhill B, Spiegelman D, Byrne C. Validation of the the Gail et al. model of breast cancer risk prediction and implications for chemoprevention *J Natl Cancer Inst* 2001;93: 358-66.
53. Gail MH, Constantino JP, Bryant J ve ark. Weighing the risk and benefits of tamoxifen treatment for preventing breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1999;91: 1829-46.
54. Tyrer J, Duffy SW, Cuzick J. A breast cancer prediction model incorporating familial and personal risk factors. *Statist Med* 2004;23: 1111-30.
55. Mann GJ, Thorne H, Balleine RL ve ark. Analysis of cancer risk and BRCA 1 and BRCA 2 mutation prevalence in the kConFab familial breast cancer resource. *Breast Cancer Res* 2006;8: 1-15.
56. Fasching PA, Bani MR, Nestle-Kramling C ve ark. Evaluation of mathematical models for breast cancer risk assessment in routine clinical use. *Eur J Cancer Care* 2007;16: 216-24.
57. Tumors of the Uterine Cerviks. İçinde: *Pathology&Genetics Tumors of the Breast and Female Genital Organs*, Ed: Tavassoli FA, Devilee P, World Health Organization/ IARC, Lyon, 2003;5: 259-87.
58. Benedet JL. Progress in gynecologic cancer detection and treatment. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;70: 135-47.
59. Mandel NM. Jinekolojik Kanserler. İçinde: *Medikal Onkoloji Ders Kitabı*, Ed: Serdengeçti S, Büyükcinal E, Mandel NM, Papilla Ç, Demirelli F, Demir G, Özgüroğlu M, Turna H, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2008; 93-110.
60. American Cancer Society: Cervical Cancer What Are the Risk Factors for Cervical Cancer?
http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_cervical_cancer_8.asp?rnav=cri Erişim tarihi: 28 Ekim 2009.
61. Brant J. Cervical Cancer. İçinde: *Oncology Nursing Assessment and Clinical Care*, Ed: Miaskowski C, Buchsel P, Mosby, 1999;29: 657-85.
62. Harvard School of Public Health. Cancer: cervical cancer, Risk factors.
http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hccpquiz.pl?lang=english&func=show&quiz=cervical&page=risk_list Erişim tarihi: 26 Ekim 2009.

63. National Cancer Institute. Cervical Cancer Prevention http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/cervical/HealthProfessional/77.cdr#Section_77 Erişim tarihi: 27 Ekim 2009.
64. Sherman CD. Klinik Onkoloji. Çeviri Ed: Dinçer F. Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, 1990.
65. American Cancer Society Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6X_Cervical_Cancer_Prevention_and_Early_Detection_8.asp?sitearea= Erişim tarihi: 30 Ekim 2009.
66. National Cancer Institute. Breast Cancer Risk Assessment Tool. <http://www.cancer.gov/bcrisktool/Default.aspx> Erişim tarihi: 10 Ekim 2008.
67. Description of Breast Cancer Risk Program. <http://www.ems-trials.org/riskevaluator/> Erişim tarihi: 15 Ekim 2008.
68. Harvard School of public Health. Disease Risk Index Disease Risk Index. <http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hccpquiz.pl?lang=english&func=start&quiz=cervical> Erişim tarihi: 16 Ekim 2008.
69. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. İkinci yazım, İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi; 2006.
70. Karayurt Ö. Champion sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. [doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Anabilim Dalı Programı; 2003.
71. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC ve ark. Bahçeşehir’de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. The Journal of Breast Health 2009;5: 214-24.
72. Sadler GR, Ko CM, Cohn JA ve ark. Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: The black cosmetologists promoting health program. BMC Public Health 2007;7: 1-8.
73. Ekici E, Utkualp N. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3: 136-9.
74. Couture MC, Nguyen CT, Alvarado BE ve ark. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. Prev Med 2008;47: 471-6.

75. Ryu E, Ahn O, Baek SS. Predictors of mammography uptake in Korean women aged 40 years and over. *J Adv Nurs* 2008;64: 168-75.
76. Han HR, Lee H, Kim MT, Kim KB. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. *Health Education Research* 2009;24: 318-29.
77. Nahcivan NO, Seçginli S. Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum* 2007;34: 425-32.
78. Demirkan F, Balkaya NA, Memiş S ve ark. How do nurses and teachers perform breast self-examination: are they reliable sources of information? *BMC Public Health* 2007;7: 1-8.
79. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendine meme muayenesi ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;1: 25-33.
80. Kara B, Acikel CH. Health beliefs and breast self-examination in a sample of Turkish nursing students and their mothers. *J Clin Nurs* 2009;18: 1412-21.
81. Avcı IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Eur J Oncol Nurs* 2008;12: 127-33.
82. Göçgeldi E, Uçar M, Yaren H ve ark. Bir eğitim hastanesinde çalışan bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki bilgi ve tutumları ile meme kanseri risk faktörleri taşıma sıklıklarının incelenmesi. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 2007, Denizli.
83. 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: 84-91.
84. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4: 15-20.
85. Avcı İA, Kurt H. The health beliefs and mammography rates of Turkish women living in rural areas. *J Nurs Scholarsh* 2008;40: 170-5.
86. Buki LP, Jamison J, Anderson CJ, Cuadra AM. Differences in predictors of cervical and breast cancer screening by screening need in uninsured Latina women. *Cancer* 2007;110: 1578-85.
87. Zackrisson S, Lindström M, Moghaddassi M. ve ark. Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis. *Scand J Public Health* 2007;35: 548-54.

- 88.** Ryerson AB, Miller JW, Eheman CR. ve ark. Recent trends in U.S. mammography use from 2000-2006: a population-based analysis. *Prev Med* 2008;47: 477-82.
- 89.** Wall KM, Nunez-Rocha GM, Salinas-Martinez AM ve ark. Determinants of the use of breast cancer screening among women workers in urban Mexico. *Prev Chronic Dis* 2008;5: 1-8.
- 90.** Bazargan M, Bazargan SH, Calderon JL ve ark. Mammography screening and breast self-examination among minority women in public housing Project: the impact of physician recommendation. *Cell Mol Biol* 2003;49: 1213-8.
- 91.** Zhu K, Wu H, Jatoi I ve ark. Body mass index and use of mammography screening in the United States. *Prev Med* 2006;42: 381-5.
- 92.** Barr JK, Franks AL, Lee NC ve ark. Factors associated with continued participation in mammography screening. *Prev Med* 2001;33: 661-7.
- 93.** Mobley LR, Kou TM, Clayton LJ, Evans WD. Mammography facilities are accessible, so why is utilization so low? *Cancer Causes Control* 2009;20: 1017-28.
- 94.** Özdemir L, Tekbaş ÖF, Erdal M ve ark. GATA meme hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda meme kanseri risk faktörlerinin araştırılması. *Türk Hek Derg* 2007;11: 163-7.
- 95.** Ulusoy C, Kepenekci İ, Köse K ve ark. Applicability of the Gail model for breast cancer risk assesment in Turkish female population and evaluation of breastfeeding as a risk factor. *Breast Cancer Res Treat* 2010;120: 419-24.
- 96.** Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007;3: 63-8.
- 97.** Beji NK, Reis N. Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case-control study. *Eur J Cancer Care* 2007;16: 178-84.
- 98.** Graves KD, Huerta E, Cullen J ve ark. Perceived risk of breast cancer among Latinas attending community clinics: risk comprehension and relationship with mammograph adherence. *Cancer Causes Control* 2008;19: 1373-82.
- 99.** Lin CJ, Block B, Nowalk MP ve ark. Breast cancer risk assessment in scioeconomically disadvantaged urban communitites. *J Natl Med Assoc* 2007;99: 752-6.
- 100.** Juan HS, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular Pap smears among Korean-American women. *Prev Med* 2003;37: 585-92.
- 101.** Behbakht K, Lynch A, Teal S. Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstet Gynecol* 2004;104: 1355-61.

- 102.** Ezem BU. Awareness and uptake of cervical cancer screening in Owerri, South-Eastern Nigeria. *Ann Afr Med* 2007;6: 94-8.
- 103.** Akyüz A, Güvenç G, Yavan T ve ark. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006;48: 25-9.
- 104.** Ünalın P, Baş G, Atalay A ve ark. Marmara Üniversitesi Kadın Doğum polikliniğine başvuranların Pap smear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2005;36: 147-51.
- 105.** Yaren A, Ozkılınç G, Guler A ve ark. Awareness of breast and cervical cancer risk factors and screening behaviours among nurses in rural region of Turkey. *Eur J Cancer Care* 2008;17: 278-84.
- 106.** Uysal A, Birsell A. Knowledge about cervical cancer risk factors and Pap testing behaviour among Turkish women. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2009;10: 1-6.
- 107.** Oran NT, Can HO, Senuzun F ve ark. Health promotion lifestyle and cancer screening behaviors: A survey among academician women. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2008;9: 515-8.
- 108.** Augustson EM, Vadaparampil ST, Palto DN ve ark. Association between CBE, FOBT, and Pap smear adherence and mammography adherence among older low-income women. *Prev Med* 2003;36: 734-9.
- 109.** Mayrand MH, Duarte-Franco E, Coutlee F ve ark. Randomized controlled trial of human papillomavirus testing versus Pap cytology in the primary screening for cervical cancer precursors: Design, methods and preliminary accrual results of the Canadian cervical screening trial (CCCaST). *Int J Cancer* 2006;119: 615-23.
- 110.** Sadler GR, LaHousse SF, Riley J. ve ark. Predictors of breast and cervical cancer screening among Chamorro women in Southern California. *J Cancer Educ* 2010;25: 76-82.
- 111.** Jirojwong S, Manderson L. Beliefs and behaviors about Pap and breast self-examination among Thai immigrant women in Brisbane, Australia. *Women Health* 2001;33: 53-73.
- 112.** Wee CC, Phillips RS, McCarthy EP. BMI and cervical cancer screening among white, African-American, and Hispanic women in the United States. *Obes Res* 2005;13: 1275-80.
- 113.** Hernandez-Avila M, Lazcano-Ponce EC, De Ruiz PA, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: A population-based case-control study. *Int J Epidemiol* 1998;27: 370-6.
- 114.** Rodriguez MA, Ward LM, Perez-Stable EJ. Breast and cervical cancer screening: impact of health insurance status, ethnicity, and nativity of Latinas. *Ann Fam Med* 2005;3: 235-41.

- 115.** Sirovich BE, Gottlieb DJ, Fisher ES. The burden of prevention: downstream consequences of Pap smear testing in the elderly. *J Med Scree* 2003;10: 189-95.
- 116.** Fretts RC, Romdan G, Gomez-Carrion Y ve ark. Preventive health services received by minority women aged 45-64 and the goals of health people 2000. *Womens Health Issues* 2000;10: 305-11.
- 117.** Ertem G. Awareness of cervical cancer risk factors and screening behaviour among nurses in a rural region of Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2009;10: 735-8.
- 118.** Lazcano-Ponce EC, Najera-Aguilar P, Buiatti E ve ark. The cervical cancer screening program in Mexico: problems with Access and coverage. *Cancer Causes Control* 1997;8: 698-704.

9. EKLER

EK 1. Anket Formu

Sayın katılımcı: Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Kadınlarda meme kanseri en sık görülen ve en çok öldüren kanser türüdür. Düzenli olarak meme muayenesi ve mamografi çekirme ile bu kanser erken dönemde saptanarak tedavi edilebilir.

Rahim ağzı (serviks) kanseri ise yine ülkemizde sık görülen kanserler arasındadır. Rahim ağzından alınan sürüntü ile bu kanserin erken dönemde teşhisi konulur ve tamamen iyileşme sağlanabilir.

Bu anket ile her iki kanser türü ile ilgili risk faktörlerini belirleyeceğiz. Size özel bilgiler ve çalışmanın sonuçları kesinlikle gizli tutulacaktır. Ankete katılmayı onayladığınız için teşekkür ederiz.

- 1- Adı-Soyadı:.....
- 2- Doğum Tarihi:..../..../..... Yaşı:.....
- 3- Eğitim Durumu:
 - () Okur-yazar değil
 - () Okur-yazar
 - () İlkokul mezunu
 - () Ortaokul mezunu
 - () Lise mezunu
 - () Yüksekokul mezunu
- 4- Medeni Durum:
 - () Evli
 - () Bekâr
 - () Boşanmış
 - () Eşi ölmüş
- 5- Çalışma Durumu:
 - () Çalışmıyor
 - () Emekli
 - () Memur
 - () İşçi
 - () Serbest Meslek.....

6- Sağlık güvenceniz nedir?

- Yok
- Emekli sandığı
- Sosyal sigorta
- Yeşil kart
- Özel sigorta
- Bağ-Kur

7- Ailenizin toplam aylık geliri ne kadar?

- 500 YTL'den az
- 500 – 1000 YTL arası
- 1001 – 1500 YTL arası
- 1501 – 2000 YTL arası
- 2001 YTL'den fazla

8- Boy:cm. Kilo:kg.

9- Önemli bir hastalığınız var mı? (Şeker, Kalp Hastalığı, Kanser gibi)

- Evet.....
- Hayır

10- Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini biliyor musunuz?

- Evet
- Hayır (13.soruya geçin)

11- Hangilerini biliyorsunuz?

- Kendi Kendine Meme Muayenesi
- Klinik Muayene
- Meme Ultrasonu
- Mamografi

12- Nereden öğrendiniz? (Birden fazla şık olabilir)

- Televizyon-radyo
- Dergi-gazete-broşür
- Ebe-hemşire-doktor
- Arkadaş-komşu
- Konferans-seminer

13- Kendi kendinize düzenli meme muayenesi yapıyor musunuz?

- Evet (ayda bir)
- Evet ara sıra
- Hayır

14- Daha önce hiç doktor ya da ebe/hemşireye meme muayenesi ya da mamografi yaptırdınız mı?

- Hayır, hiçbirini yaptırmadım. (**19. soruya geçin**)
- Klinik meme muayenesi yaptırdım
- Mamografi yaptırdım
- Klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırdım
- Klinik meme muayenesi ve meme ultrasonu çektirdim

15- En son ne zaman mamografi çektirdiniz?

- Son 1 yıl içinde
- 1 - 2 yıl arası
- 2 - 3 yıl arası
- 3 yıldan fazla

16- Nerede çektirdiniz?

- Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
- Diğer Üniversite Hastanesi
- Özel Klinik
- Meme Tarama Merkezi – Devlet Hastanesi
- Narlıdere Meme Tarama Merkezi – Tülay Aktaş Meme Merkezi

17- Muayene ve diğer ücretleri kendiniz mi karşıladınız?

- Evet
- Hayır
- Sosyal Güvence

18- Mamografi sonucunuz nedir?

- Normal, bir yıl sonra kontrol
 Normal, bir yıldan az aralıkta kontrol
 Biyopsi yapıldı. Sonucu:.....
 Fibrokistik meme
 İyi huylu meme tümörü
 Sınırdaki (in-situ) meme kanseri
 Meme kanseri

19- Mamografi yaptırmama nedeniniz nedir?

- Eşim/ailem meme muayenesi ve mamografi yaptırmama izin vermiyor
 Utanıyorum
 Meme muayenesi ve mamografi yaptırmaktan korkuyorum
 Nerede yapıldığını bilmiyorum
 Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum
 Meme kanserinden korkuyorum
 Sosyal güvencem olmadığından ücreti karşılayamıyorum
 İhmal ediyorum

20- İlk adet yaşınız kaçtır? (**tam yaş yazınız**)

21- Kaç doğum yaptınız? (Ölü doğumlar dahil)

- Yapmadım Canlı Doğum Ölü Doğum

22- Kaç düşük yaptınız?

- Yapmadım İsteyerek Kendiliğinden

23- Siz toplamkez gebe kaldınız, doğru mu?

24- İlk çocuğunuzu kaç yaşında doğurdunuz?

- Doğum yapmadım

25- Çocuğunuzu/ çocuklarınızı ne kadar süre emzirdiniz? (**Her çocuk ayrı ayrı**)

1. Çocuk **2. Çocuk** **3. Çocuk** **4. Çocuk** **5. Çocuk**
.....ay ay ay ay ay

26- Doğum kontrol hapı kullandınız mı?

Evet

Hayır

27- Kaç yıl kullandınız?.....

5 yıldan az

5 yıldan fazla

.....yıldır hâlâ kullanıyorum

28- Düzenli olarak âdet görüyor musunuz?

Evet **(32. soruya geçin)**

Hayır, menopoza girdim

Hayır, menopoz öncesi dönemdeyim, düzensiz âdet görüyorum

Hayır, cerrahi nedenle âdet görmüyorum

29- Kaç yaşında menopoza girdiniz?

.....(menopoz yaşını yazınız)

30- Menopoz sırasında ya da sonrasında hormon tedavisi kullandınız mı? Kullandınız ise kaç yaşında başladınız?

Evet kullandım yaşında başladım

Hayır kullanmadım

31- Kaç yıl kullandınız ve kullandığınız hormon türü nedir? **İlacın adı**.....

östrojen kombine

Hâlâ kullanıyorum

5 yıldan az kullandım

5 yıl kullandım

5 ya da daha fazla kullandım

32- Üreme organları ile ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi? Hangi organınız alındı?

Hayır, hiç geçirmedim

Tek over

Her iki over

Total histerektomi

Subtotal histerektomi

- 33- Ailenizden herhangi birinde (anne, baba, anneanne, babaanne, teyze, hala, kız çocuğu, kız kardeş, kuzen, yeğen) **meme** kanseri var mı? Varsa tanı konulduğundaki yaşı nedir?
- () Var Yakınlık derecesi:..... Yaş:.....
- () Yok
- 34- Ailenizden herhangi birinde (anne, anneanne, babaanne, teyze, hala, kız çocuğu, kız kardeş, kuzen, yeğen) **yumurtalık** kanseri var mı? Varsa tanı konulduğundaki yaşı nedir?
- () Tek taraflı yumurtalık kanser var Yakınlık derecesi:..... Yaş:.....
- () İki taraflı yumurtalık kanser var Yakınlık derecesi:..... Yaş:.....
- () Yok
- 35- Sizce meme kanserine yakalanma riskiniz yüksek mi?
- () Evet () Hayır () Bilmiyorum

Serviks kanseri risk düzeyi belirleme soruları

- 36- Sigara içiyor musunuz?
- () Evet
- () Hayır hiç içmedim (39. soruya geçin)
- () İçiyordumyıl önce bıraktım
- 37- Kaç yaşında düzenli olarak sigara içmeye başladınız?
-yaşında
- 38- Günde kaç sigara içerdiğiniz/içiyorsunuz?
- Sayı, paket/gün olarak yazınız.....**
- () 14 ve daha az
- () 15- 25
- () 25'den fazla
- 39- Alkol kullanıyor musunuz, ne sıklıkla kullanıyorsunuz?
- () Hayır
- () Evet, çok seyrek
- () Evet, haftada bir ya da daha sık
- 40- İlk cinsel ilişkiye girdiğinizde kaç yaşındaydınız? (Kaç yaşında evlendiniz).....

41- Kaç defa evlendiniz? (Cinsel eş sayısı)

0

1

2

3 ...

42- Cinsel ilişkide düzenli olarak kondom kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

43- Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiniz mi? (HPV, Gonore, Sifiliz, Herpes, Klamidya, HIV/AIDS) (Herhangi önemli bir kadın hastalığı geçirdiniz mi?)

Evet

Hayır

Pap sürüntüsü testi rahim ağzı kanserinin erken teşhis edilebilmesine yarayan bir testtir. Vajinal muayene sırasında rahim ağzından pamuklu çubukla bir miktar sürüntü örneği alınarak laboratuara gönderilir. Bu örnek mikroskop altında incelenerek rahim ağzı kanserinin erken dönemde teşhisi konulabilmektedir. Şimdi size bu teste yönelik sorular soracağım.

44- Şimdiye kadar hiç Pap sürüntüsü testi yaptırdınız?

Evet

Hayır (**50. soruya geçin**)

45- Ne sıklıkla Pap sürüntüsü testi yaptırıyor sunuz?

İlk defa

Her yıl

1-3 yılda bir defa

Düzensiz

46- En son ne zaman yaptırdınız?

Son 1 yıl içinde

1- 3 yıl

4-5 yıl

5 yıldan fazla

47- En son nerede yaptırdınız?

- Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
- Diğer Üniversite Hastanesi
- Özel Klinik
- Kadın Doğum Polikliniği – Devlet Hastanesi
- Narlıdere Meme Tarama Merkezi – Tülay Aktaş Meme Merkezi

48- Ücreti kendiniz mi karşıladınız?

- Evet
- Hayır
- Sosyal Güvence

49- Pap sürüntüsü testinizin sonucunda ne çıktı?

- Normal, bir yıl sonra kontrol
- Normal, bir yıldan az aralıkta kontrol
- Biyopsi yapıldı sonucu:
 - ASCUS – CIN I, CIN II, CIN III
 - SIL (Skuamoz İntraepielyal Lezyon)
 - Serviks kanseri

50- Pap sürüntüsü testi yaptırmama nedeniniz nedir?

- Eşim/ ailem izin vermiyor
- Utanıyorum
- Vajinal muayeneden korkuyorum
- Nerede yapıldığını bilmiyorum
- Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum
- Bekar, dul olduğum için gerek duymuyorum
- Serviks kanserinden korkuyorum
- Sosyal güvencem olmadığından ücreti karşılayamıyorum
- İhmal ediyorum

Teşekkür ederiz...

EK 2. Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu değerlendiren tablolar

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu (n=184)

Özellikler	Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü önerilerine				Toplam		p
	Uyan Sayı (n=76)	%	Uymayan Sayı (n=108)	%	Sayı	%	
Yaş grubu							
40-49	32	43.2	42	56.8	74	100.0	0.007*
50-59	32	53.3	28	46.7	60	100.0	
60-69	12	24.0	38	76.0	50	100.0	
Öğrenim durumu							
İlkokul ve altı	44	35.5	80	64.5	124	100.0	0.002‡
Ortaokul-Lise	20	44.4	25	55.6	45	100.0	
Üniversite	12	80.0	3	20.0	15	100.0	
Öğrenim durumu							
Orta-ilkokul ve altı	54	36.7	93	63.3	147	100.0	0.012*
Lise-üniversite	22	59.5	15	40.5	37	100.0	
Medeni durum							
Evli	64	45.7	76	54.3	140	100.0	0.030*
Evli olmayan	12	27.3	32	72.7	44	100.0	
Çalışma durumu							
Çalışan	6	31.6	13	68.4	19	100.0	0.363*
Emekli-çalışmayan	70	42.4	95	57.6	165	100.0	
Sosyal güvence							
Var	74	42.5	100	57.5	174	100.0	0.200†
Yok	2	20.0	8	80.0	10	100.0	
Ailenin aylık geliri							
≤1000	43	36.4	75	63.6	118	100.0	0.073*
≥1001	33	50.0	33	50.0	66	100.0	

* Pearson Ki-kare

†Fisher'in kesin testi

‡ Eğitimde p

Tablo 2. Kadınların bireysel özelliklerine göre Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu

Özellikler	Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü önerilerine						p
	Uyan		Uymayan		Toplam		
	Sayı (n=76)	%	Sayı (n=108)	%	Sayı	%	
Süreğen hastalık							
Var	27	41.5	38	58.5	65	100.0	0.962*
Yok	49	41.2	70	58.8	119	100.0	
Adet durumu							
Menopoz ya da cerrahi nedenle menopoz	53	44.2	67	55.8	120	100.0	0.280*
Menopoz öncesi ya da düzenli adet gören	23	35.9	41	64.1	64	100.0	
Menopoz durumu n:120)							
<44	19	48.7	20	51.3	39	100.0	0.486*
≥45	34	42.0	47	58.0	81	100.0	
Ailede meme kanseri öyküsü							0.331*
Var	13	50.0	13	50.0	26	100.0	
Yok	63	39.9	95	60.1	158	100.0	
Ailede meme kanseri öyküsü (n:26)							
Birinci derece yakını (anne, kız kardeş, kızı)	6	54.5	5	45.5	11	100.0	0.691*
Diğer yakınları	7	46.7	8	53.3	15	100.0	

* Pearson Ki-kare

Tablo 3. Kadınların erken tanı ve tarama yöntemleri bilgisi ve davranışlarına göre Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standardına uyumu

Özellikler	Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü önerilerine				Toplam		p
	Uyan		Uymayan		Sayı	%	
	Sayı (n=76)	%	Sayı (n=108)	%			
Erken tarama yöntemlerini bilme							
Bilen	76	44.2	96	55.8	172	100.0	0.002†
Bilmeyen	0	-	12	100.0	12	100.0	
Mamografi hakkında bilgi							
Var	76	46.3	88	53.7	164	100.0	0.001*
Yok	0	-	20	100.0	20	100.0	
KKMM yapma durumu							
Her ay / ara sıra	55	38.2	89	61.8	144	100.0	0.104*
Yapmayan	21	52.5	19	47.5	40	100.0	
Mamografi yaptırdığında ücret ödeme durumu (n:97)							0.246†
Sosyal güvence	69	80.2	17	19.8	86	100.0	
Çeşitli	7	63.6	4	36.4	11	100.0	

* Pearson Ki-kare

†Fisher'in kesin testi

Tablo 4. Kadınların meme kanserine yakalanma riski algısı ve risk hesaplama modelleri sonuçlarına göre Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği meme kanseri tarama standartlarına uyumu (n=184)**

Özellikler	Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü önerilerine				Toplam		p
	Uyan		Uymayan		Sayı	%	
	Sayı (n=76)	%	Sayı (n=108)	%			
Meme kanserine yakalanma riski algısı							
Düşük	44	40.7	64	59.3	108	100.0	0.886‡
Yüksek	25	44.6	31	55.4	56	100.0	
Bilmeyen	7	35.0	13	65.0	20	100.0	
Gail modeline göre 5 yıllık risk (%1.67 kesim noktasına göre) (n=178)							0.636*
% 1.67 ve altı	64	40.5	94	59.5	158	100.0	
% 1.68 ve üstü	7	35.0	13	65.0	20	100.0	
Gail modeline göre 5 yıllık risk (n=178)***							0.592*
Düşük	63	40.6	92	59.4	155	100.0	
Yüksek	8	34.8	15	65.2	23	100.0	
Gail modeline göre yaşam boyu risk (n=178) ***							0.797*
Düşük	62	40.3	92	59.7	154	100.0	
Yüksek	9	37.5	15	62.5	24	100.0	
Cuzick-Tyrer modeline göre 10 yıllık risk (n=178)***							0.369*
Düşük	59	41.5	83	58.5	142	100.0	
Yüksek	12	33.3	24	66.7	36	100.0	
Cuzick-Tyrer modeline göre yaşam boyu risk (n=178) ***							0.507*
Düşük	58	41.1	83	58.9	141	100.0	
Yüksek	13	35.1	24	64.9	37	100.0	

** 6 kadın meme kanseri olduğundan risk hesaplanmamıştır

***Bireysel riskin topluma göre karşılaştırılması

* Pearson Ki-kare

‡ Eğitimde p

Tablo 5. Kadınların meme kanseri risk hesaplama modellerinde bireysel meme kanseri risk düzeyi ortalamasının yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grubu	Gail modeline göre 5 yıllık risk durumu				Gail modeline göre yaşam boyu risk durumu				Cuzick-Tyrer modeline göre 10 yıllık risk durumu				Cuzick-Tyrer modeline göre yaşam boyu risk durumu			
	Ortalama	S	Min	Maks	Ortalama	S	Min	Maks	Ortalama	S	Min	Maks	Ortalama	S	Min	Maks
35-39	0.41	0.17	0.20	1.00	10.12	3.17	6.70	18.60	1.07	0.37	0.50	2.40	9.14	2.95	4.10	17.70
40-49	0.80	0.33	0.40	2.10	9.68	3.08	6.30	18.40	1.93	0.97	0.70	8.00	8.33	3.25	4.70	25.10
50-59	1.07	0.34	0.70	2.30	7.60	2.22	5.00	15.30	2.13	0.55	1.20	3.80	5.77	1.63	2.80	11.00
60-69	1.56	0.61	0.90	3.70	6.02	2.06	3.50	12.40	2.63	1.03	1.10	6.30	4.13	1.67	1.80	11.30
Toplam	0.96	0.55	0.20	3.70	8.43	3.11	3.50	18.60	1.97	0.95	0.50	8.00	6.90	3.16	1.80	25.10

Tablo 6. Ülkemizde yapılan çalışmalarda mamografi çekirme oranları

Sıra No	Yazar Adı	Yayın Adı	Evren	Örnek	Mamografi Çekirme %
1	Çadır G. 2004	Muğla Merkez, Bayır, Yerleşik ve Yeşilyurt SO Bölgelerinde Yaşayan Kadınların Meme Kanseri ve KKMM Konusunda Bilgi ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi	20 yaş üstü 2183 kadın	230	% 10.5
2	Dişçigil G. 2007	Meme Sağlığı:Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi,davranış ve Uygulamaları	18-78 yaş	363	40yaş üstü: % 40.6 50 yaş üstü: % 48.9
3	Erbay P. 2005	The knowledge and attitudes of breast self- examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey	20-64 yaş 1,829 kadın Manisa	244	% 5.1
4	Dağhan Ç. 2007	Tokat Sigara Fabrikası Kadın İşçilerine KKMM Hakkında Yapılan Bilgilendirmenin Doğru Bilgi ve Davranış Geliştirme Durumuna Etkisi	175 kadın işçiden	60	%21.0
5	Karahan A. 2001	Hemşirelerin KKMM Yapma ve Mamografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler	20-59 yaş hemşire 827	585	% 13.0
6	Koçyiğit O. Uzm. Tezi Ankara,2 007	Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Momografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma	18-65 yaş kadın GC, KD polk başvuran kadın	511	% 27.6
7	Seçginli S. 2006	Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey	20-70 yaş kadın AÇS'ye gelen	656	% 25.0
8	Avcı İA. 2007	The Health Beliefs Relating to Mammography of Midwives and Nurses	35 yaş üstü hemşire ve ebe	84	%41.0
9	Schering Alman İlaç Firması 2004	Türk Kadınları ve Menopoz Araştırması	43-58 yaş menopoz döneminde	1007	% 35.0

ÖZGEÇMİŞ

AYLA AÇIKGÖZ

TC Kimlik No / Pasaport No:	38677647402
Doğum Yılı:	1969
Yazışma Adresi :	Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Dokuz Eylül Üniversitesi Balçova Kampüsü Balçova 35340 İzmir/Türkiye
Telefon :	232-4125898
Faks :	232-4129495
e-posta :	ayla.acikgoz@deu.edu.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Anadolu Üniversitesi	AÇIK ÖĞRETİM FAKÜLTESİ	İKTİSADİ VE İDARİ PROGRAMLAR	Lisans	2006

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
---------------	------	-------	-------------	------------	--------------

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

ÖDÜLLER

Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
------------	------------------	------

Düzenleme Tarihi :12/05/2010

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

--

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

--

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

--

Diğer yayınlar

--

Düzenleme Tarihi :12/05/2010