

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

ESKİŞEHİR'DE 40-69 YAŞ ARASI KADINLARDA GAİL MODEL'İ
İLE MEME KANSERİ RİSK TARAMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMİNE ÜRKMEZ

TEZ DANIŞMANLARI

DR. ÖZLEM ÖRSAL

DOÇ. DR. NEDİME KÖŞGEROĞLU

ESKİŞEHİR – 2009

PDF Eraser Free

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

ESKİŞEHİR'DE 40-69 YAŞ ARASI KADINLARDA GAİL MODEL'İ
İLE MEME KANSERİ RİSK TARAMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMİNE ÜRKMEZ

TEZ DANIŞMANLARI

DR. ÖZLEM ÖRSAL
(I. Tez Danışmanı)

DOÇ. DR. NEDİME KÖŞGEROĞLU
(II. Tez Danışmanı)

KABUL VE ONAY SAYFASI

Emine ÜRKMEZ'in Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Eskişehir'de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Modeli ile Meme Kanseri Risk Taraması" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

Üye: Prof. Dr. Enver İHTİYAR

Üye: Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Üye: Yrd. Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN

Üye: Öğr. Gör. Dr. Özlem ÖRSAL

Üye: Öğr. Gör. Dr. F. Deniz SAYINER

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 13.02.2019 tarih ve ...777/361 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ferruh YÜCEL

Sağ.Bil.Enst. Müdürü

ÖZET

Eskişehir’de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Model’i ile Meme Kanseri Risk Taraması

Amaç: Çalışmamızda il merkezindeki 40-69 yaş arası kadınların meme kanseri hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve kadınların invaziv meme kanseri olma riskinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Nisan-Haziran 2008 tarihleri arasında, Eskişehir İl Merkezi’nde yaşayan 40-69 yaş arası 1779 kadın dahil edildi. 1779 kadına sosyodemografik özellikleri, meme kanseri risk faktörleri, bulguları ve invaziv meme kanseri riskini içeren anket formu onamlarının alınmasını takiben uygulandı. Verilerin istatistiksel değerlendirmelerinde yüzdeler, ortalama, Kruskal Wallis testi, ve Mann Whitney U testi, Ki-kare testi meme kanseri riskini belirlemede ise Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsünün risk hesabı için hazırladığı Breast Cancer Risk Assessment Tool V.2.0.1 yazılımı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 1779 kadının 776 (%43.6)’sı 40-49 yaş arası, 649 (%36.5)’u 50-59 yaş arası ve 354 (%19.9)’ü 60-69 yaş arasındaydı. Kadınların %75.7’si ilköğretim mezunu, %83.2’si evli ve %89.8’i ev hanımıydı. Meme kanseri hakkında genel bilgisi olduğunu belirtenlerin oranı %55.9’dur. Kadınların meme kanseri bilgi puan ortalaması 13.7 ± 5.8 ’di. Çalışmaya katılan kadınların hesaplanan meme kanseri riski ortalama %0.9, yaşam boyu meme kanseri olma riski ise %7.7 olarak hesaplandı. Herhangi bir risk faktörü olmadan 5 yıllık meme kanseri olma riski ortalama %1.3, yaşam boyu meme kanseri olma riski ise ortalama %10.4 olarak bulundu.

Sonuç: Kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve belirtileri konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görüldü. Kadınların %5.8’inin meme kanseri açısından yüksek riske sahip olduğu belirlendi. Meme kanserinden ölüm oranlarını azaltmak ve yaşam süresini uzatmak için meme kanseri konusunda kadınlarımızın bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, bilgi düzeyi, meme kanseri riski, Gail 2 Model

ABSTRACT

Screening of Breast Cancer Risk with Gail Model Among Women of Aged 40-69 in Eskişehir

Objective: We aimed to evaluate the knowledge about breast cancer and estimate the invasive breast cancer risk among women of aged 40-69.

Materials and Methods: 1779 women, who live in the centre of Eskişehir between April-June 2008 were included to the study. The questionnaire including the demographic characteristics of the patients, risk factors, signs and invasive breast cancer risk was performed to 1779 women after obtaining their verbal consent. In the data analysis, Percentage, Mean, Kruskal Wallis Test and Mann Whitney U Test, Chi-Square and in the assessment of the breast cancer risk for the women, Breast Cancer Risk Assessment Tool V.2.01 prepared by American National Cancer Institute is used.

Results: Of the 1779 women, 776 (%43.6) were aged between 40-49, 649 (%36.5) 50-59, and 354 (%19.9) 60-69 years.75.7% of women were primary school graduates, 83.2% were married and 89.8% were housewife. The percentage of the women, reported that they had knowledge about breast cancer was 55.9%. The average breast cancer knowledge score of women was 13.7 ± 5.8 . Among the women has joined the study; breast cancer average risk is 0.9 %. The risk of being breast cancer in their whole life is estimated as 7.7%. Without any risk factors becoming breast cancer risk average in a-five-year time is 1.3%, and becoming breast cancer risk average in ones whole life is found as 10.4%.

Conclusions: It was seen that the knowledge of women about breast cancer risk factors and signs was inadequate. It was determined that 5.8% of women have high risk for invasive breast cancer. Our women must be made conscious in order to decrease the rates of death from breast cancer and extend the life time.

Key words: Breast cancer, knowledge level, breast cancer risk, Gail 2 Model

İÇİNDEKİLER

Kabul ve onay sayfası.....	iv
Özet.....	v
İçindekiler.....	vii
Çizelge dizini.....	ix
Tablo dizini.....	x
Şekil dizini.....	xi
Simge ve kısaltmalar dizini.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Dünya’da ve Türkiye’de Kanser.....	3
2.1.1.Dünya’da Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2. Türkiye’de Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	4
2.2. Memenin Anatomik Yapısı.....	6
2.3. Meme Kanseri Nedir?.....	6
2.4. Meme Kanserinde Risk Faktörleri.....	7
2.5. Meme Kanseri Belirtileri.....	11
2.6. Meme Kanserinin Erken Tanısı ve Önemi.....	13
2.7. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri.....	14
2.7.1. Mamografi	14
2.7.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	16
2.7.3. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	17
2.8. Meme Kanserinde Risk Belirleme ve Değerlendirme.....	18
2.9. Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Modelleri.....	18
2.10. Meme Kanseri Risk Belirlemeye Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	21
2.11.Meme Kanserinin Önlenmesi.....	21
2.12.Ülkemizde Meme Kanserinin Tarama ve Kayıt programı.....	23
2.13. Meme Kanseri Riskini Belirlemede Hemşirenin rolü.....	23

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	29
3.5. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler.....	29
3.6. Araştırmanın Süresi.....	30
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	30
3.7.1. Toplanan Verilerin Doğru ve Geçerli Olmasının Kontrolü.....	31
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
Kaynaklar dizini.....	69
EKLER	
EK-1 (Anket Formu).....	80
EK-2 (Meme Kanseri Risk Hesaplama Örneği: Gail 2 Model)	84
EK-3 (Etik Kurul Kararı).....	88
EK-4 (Anket Uygulama İzni).....	89
EK-5 (Örnekleme Alınan Mahalleler).....	90
Özgeçmiş.....	91

ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge 1: Çeşitli Ülkelerde ve Dünyada Kadınlarda Görülen Kansere Olgu ve Ölüm Hızları4

Çizelge 2: Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kansere Türü (Yüz binde).....5

Çizelge 3: Eskişehir’de Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kansere Türü (Yüz binde).....5

Çizelge 4: Haagensen’in 2198 Hastada Saptadığı İlk Semptom ve Bulguların Sıklık Dağılımı.....13

Çizelge 5: Amerikan Kansere Cemiyeti 2003 yılı Kansere Erken Tanı Önerileri.....14

Çizelge 6: Meme Kanseri Risk Değerlendirme Modellerini İçeren Faktörlerin Dağılımı.....20

Çizelge 7: Örneklem Alınan Mahallelerin Toplum Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı.....28

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	34
Tablo 2: Çocuk Sahibi Olan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 3: Kadınların Meme Kanseri Belirtilerini Bilme Durumlarının Dağılımı.....	36
Tablo 4: : Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Meme Kanseri Riskini Nasıl Etkilediğine İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	37
Tablo 5: Kadınların Meme Kanseri Bilgi Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	40
Tablo 6: Kadınların Meme Kanseri Bilgi Puan Ortalamaları ile Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı.....	43
Tablo 7: Kadınların Beş yıllık ve Yaşam Boyu İnvaziv Meme Kanseri Olma Riskinin Dağılımı.....	44
Tablo 8: Kadınların İnvaziv Meme Kanseri Olma Riski ile Meme Kanseri Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 9 Kadınların İnvaziv Meme Kanseri Riskli Olma Durumu İle Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımları.....	49
Tablo 10: Kadınların Risk Faktörlerine Göre Meme Kanseri Olasılık Oranları.....	50

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1 : Memenin Yapısı.....	6
Şekil 2: Memenin Lenfatik Akımı.....	6
Şekil 3: Duktal Hiperplazi, Atipik Duktal Hiperplazi, İn situ Karsinom ve İnvaziv Meme Kanserinin Şekil ile Gösterilmesi.....	7
Şekil 4 : Sağlık Personeli Tarafından Mamografi Çekimi.....	15
Şekil 5: KKMM'de Gözlem.....	16
Şekil 6: KKMM'de Elle Muayene.....	16
Şekil 7: KKMM'de Elin Pozisyonu.....	16
Şekil 8: KKMM'de Elle Muayene Yönleri.....	16
Şekil 9: Sağlık Personeli Tarafından Klinik Meme Muayenesi Yapılması.....	17

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

IARC: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)

ASR (W): Age-standardized Rate-World (Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hız-Dünya)

BCDDP: Breast Cancer Detection and Demonsration Project (Meme Kanseri Saptama ve Gösterme Projesi)

BCPT: Breast Cancer Prevention Trial (Meme Kanseri Prevansiyon Çalışması)

BOADICEA: The Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm

BRCA1 ve BRCA2: Breast Cancer 1 ve Breast Cancer 2 geni (Meme Kanseri 1 ve Meme Kanseri 2 Geni)

BRCAPRO: Breast Cancer Berry-Parmigiani-Aguilar Model (Meme Kanseri Berry-Parmigiani-Aguilar Model)

FDA: Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç Yönetimi)

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

KKM: Klinik meme muayenesi

OK: Oral Kontraseptif

SBKDB: Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı

SEER: Surveillance Epidemiology and End Results (Sürvelans Epidemiyoloji ve Sonuçlar)

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık (%31) görülen kanser türü olup kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada (%15) yer almaktadır (4). 2002 yılında dünyada 10.9 milyon yeni kanser vakasının görüldüğü, 6.7 milyon hastanın kanser nedeniyle öldüğü ve 24.6 milyon kişinin kanserli olarak yaşamına devam etmekte olduğu saptanmıştır (73). Sayının yıllar içinde artması ve yeni kanser olgularının sayısının 2020 yılında yıllık 20 milyona ulaşması beklenmektedir (28). Ülkemizde kadınlarda meme kanserinin 1998 yılında %23.1, 1999 yılında %24.1, 2000 yılında %24.9 oranında görülme sıklığı ile ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir (40,111).

Meme kanserinin bu kadar yaygın olmasına karşın, klinik olarak meme kanserli kadınların ancak %25'inde risk faktörleri tespit edilebilmektedir (52,101). Meme kanserine neden olan tek bir faktör bulunmamakta, ileri yaş, kadın olmak, 12 yaşından önce adet görmek, 50 yaşından sonra menapoza girmek, ailede kanser hikayesinin olması, ilk canlı doğumunu 30 yaşından sonra yapmak, biyopsi sayısı gibi birtakım risk faktörlerinin meme kanserine yakalanma ve meme kanseri gelişim sürecini hızlandırdığı bilinmektedir (80).

Son yıllarda meme kanseri riskleri açısından toplumun bilinçlenmesi, mamografiye başlama yaşının ve hormon replasman tedavisinin (HRT) alınıp alınmayacağına belirlenebilmesi, özellikle bazı hasta gruplarında profilaktik mastektomi ve tamoksifen ile meme kanserinden belirli ölçüde korunma sağlanabilmesi gibi yeni yaklaşımlar, meme kanseri risk belirleme yöntemlerinin pratikteki öneminin artmasına neden olmuştur (6,49). Bu amaçla geliştirilen modellerden biri Gail Modeli'dir. Breast Cancer Detection and Demonstration Project (BCDDP) adı verilen ve tarama amaçlı mamografi yapılan 284.780 Amerikalı beyaz kadının verilerinden yola çıkılarak Gail ve arkadaşları tarafından 1989 yılında oluşturulmuştur (37). Başlangıçta hem non-invaziv hem de invaziv meme kanseri riskini belirleyen Gail 1 model, daha sonra sadece invaziv meme kanseri kesin riskini belirleyecek şekilde modifiye edilerek Gail 2 Model olarak geliştirilmiştir (25,49).

Gail 2 Modeli yaş, menarş yaşı, ilk canlı doğum yaşı, birinci dereceden akrabalarda meme kanseri öyküsü, daha önceden meme biyopsisi yapıp yapılmadığı ve yapıldı ise sayısı, biyopsi sonuçlarında atipik hiperplazi tanısı olup olmadığı ve ırkı sorgulamaktadır (54,79).

Gail 2 Modeline göre kadınların meme kanserine yakalanma riskinin %1.67'nin üzerinde olması meme kanseri açısından yüksek risk taşır. Food and Drug Administration (FDA) meme kanseri açısından yüksek risk taşıyan kadınlarda profilaktik tamoksifen kullanım endikasyonunu onaylamıştır (54,100,113).

Özellikle gelişmiş ülkelerde risk belirleme çalışmaları yapılmasına karşın, Türk kadınının meme kanseri yönünden ne kadar risk altında olduğuna yönelik sınırlı sayıda çalışma vardır (32,96).

Sağlık bilimlerindeki ilerlemelere, erken tanı yöntemlerinin gelişmesine ve toplumun bu konuda duyarlılığının artmasına karşın, meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Bu tehdidin azaltılmasında atılacak adımlar: her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, **risk gruplarını belirlemesi** ve tarama programlarını yaygınlaştırmasıdır.

Ülkemizde sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşireler, görevlerini daha çok tanısı konmuş hastaların tedavi ve bakımıyla sınırlandırmaktadır. Oysa hemşirelerin aynı zamanda sağlığı geliştirme ve koruyucu hizmetlerde de rol ve sorumlulukları vardır. Bu rol ve sorumluluklar, hemşirenin hastalıkları önleme ve erken tanıda yer almalarını gerektirmektedir (62, 63).

Bu araştırmanın kısa vadedeki amaçları, Eskişehir İl Merkezi'nde yaşayan 40-69 yaş arası kadınlarda Gail 2 Model'i ile meme kanseri risk düzeyini ve kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeylerini belirlemektir. Uzun vadedeki amacı ise kadınlarda meme kanseri erken tanı bilincinin yaygınlaştırılması olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Dünya’da ve Türkiye’de Kanser

Kanser, hücrelerin, vücudun herhangi bir dokusunu etkileyebilecek şekilde kontrol edilemez büyümesi ve çoğalmasdır. 2002 yılında dünyada 10.9 milyon yeni kanser vakasının görüldüğü, 6.7 milyon hastanın kanser nedeniyle öldüğü ve 24.6 milyon kişinin kanserli olarak yaşamına devam etmekte olduğu saptanmıştır (73). 2005 yılında dünyada meydana gelen toplam 58 milyon ölümün yaklaşık olarak 7.6 milyonu (%13’ü) kanserden kaynaklanmıştır (111). Sayının yıllar içinde artması ve yeni kanser olgularının sayısının 2020 yılında yıllık 20 milyona ulaşması beklenmektedir (28).

Ülkemizde ise 2000 yılındaki toplam 430.459 ölümün 56.250’si (%13) ise kanserlerden meydana gelmiş olup dünya ile benzerlik göstermektedir. Türkiye’de ulusal düzeyde erkeklerde ve kadınlarda kansere bağlı 2000, 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayılarına göre kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı erkekler için 2010 yılında 44.616, 2020 yılında 61.076 ve 2030 yılında 89.117 olarak tahmin edilmektedir. Buna göre kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı kadınlarda 2010 yılı için 25.307, 2020 yılı için 31.099 ve 2030 yılı için 39.094 olarak tahmin edilmektedir (104).

2.1.1. Dünya’da Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kanser; türüne, hasta yaşına, cinsiyetine ve coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermekle birlikte, insidansı toplumda yüz binde 85 ile 350 arasında değişmektedir (45). Çizelge 1’de görüldüğü gibi meme kanseri dünyanın çeşitli ülkelerinde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür.

Çizelge 1: Çeşitli Ülkelerde ve Dünyada Kadınlarda Görülen Kansere Olgu Ve Ölüm Hızları (Olgu/ 100.000)*(45)

ÜLKELER	Olgu		Ölüm	
	KANSER	ASR (W)**	KANSER	ASR (W)
Türkiye	Meme	18.6	Meme	9.2
	Over	5.6	Mide	4.8
	Mide	5.0	Over	3.7
ABD	Meme	130.0	Akciğer	27.2
	Akciğer	55.5	Meme	21.2
	Kolon/rektum	51.7	Kolon/rektum	12.0
İngiltere	Meme	116.3	Meme	26.8
	Kolon/rektum	53.2	Akciğer	21.1
	Akciğer	44.8	Kolon/rektum	13.8
Mısır	Meme	29.4	Meme	13.3
	Serviks	14.0	Serviks	7.6
	Mesane	8.6	Mesane	4.7
İsrail	Meme	91.6	Meme	26.2
	Korpus uteri	44.7	Kolon/rektum	15.3
	Kolon/rektum	13.6	Akciğer	9.3
Kamboçya	Serviks	23.9	Serviks	12.8
	Meme	14.8	Karaciğer	10.5
	Akciğer	10.7	Akciğer	8.0
Dünya	Meme	34.9	Meme	12.5
	Serviks	15.7	Akciğer	9.5
	Kolon/rektum	14.8	Serviks	8.0

*IARC (International Agency for Research on Cancer) kayıtlarından derlenmiştir

**ASR (W) (Age-standardized Rate-World) Yaşa göre standardize edilmiş hız

2.1.2. Türkiye’de Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Ülkemizdeki mevcut verilere göre, meme kanserinin doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde ise 50/100.000 oranında bir sıklığının olduğu tahmin edilmektedir. Bu sıklık farkı kanser kayıtlarının yetersiz tutulmasına, doğu bölgelerimizde yaşayanların kanserin erken tanı hizmetlerinden daha az yararlanmasına ve halkın bu konudaki bilgi düzeyine bağlanmaktadır. Bu sıklık farkının, batı Türkiye’deki yaşamın Avrupa’dakine benzerliğinden de kaynaklanacağı düşünülmektedir (68).

Çizelge 2: Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kansere Türü (Yüz binde)

Organlar	Olgu Sayısı	%	Görülme sıklığı (İnsidans)
Meme	3354	24.96	10.02
Mide	836	6.22	2.50
Deri	797	5.93	2.38
Akciğer	692	5.15	2.07
Yumurtalık	634	4.72	1.89
Diğerleri	7124	53.02	35.80
Toplam	13437	100.0	40.16

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri, 2006, Ankara

Çizelge 2’de Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri verilerine göre, 2000 yılında Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü olarak meme kanseri %24.96 oranla birinci sırada yer almaktadır. Bunu mide, deri, akciğer ve yumurtalık kanseri takip etmektedir. Kadınlarda tüm kanserlerin toplam görülme sıklığı yüz binde 40.16 iken, meme kanserinin görülme sıklığı 10.02’dir (40).

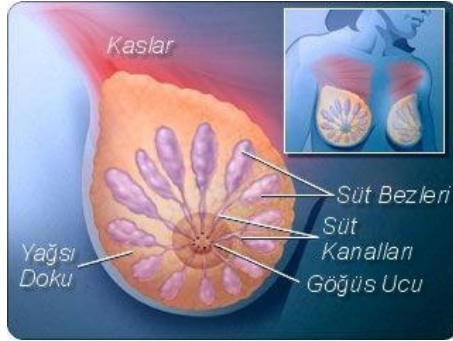
Çizelge 3: Eskişehir’de Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kansere Türü (93)

İlk beş kanser türü	Olgu sayısı	İnsidans (100.000’de)
Meme	146	40.77
Deri	47	13.12
Endometrium	33	9.21
Serviks	29	8.10
Over	28	7.82

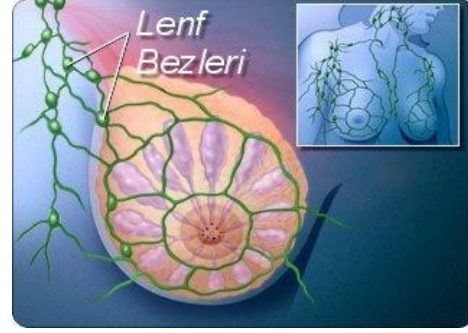
Eskişehir İl’inde 2003 yılına ait en sık görülen ilk 10 kanser türü sırasıyla; meme (n=146) akciğer (n=128), deri (n=93), mide (n=83), prostat (n=35), endometrium (n=33), mesane (n=61), kolon (n=47), larinks (n=36) ve rektum (n=34)’dur. 2003 yılında Eskişehir’de kadınlarda en sık görülen beş kanser türü olarak meme kanseri 40.77/100.000’lik insidans ile birinci sırada yer almaktadır. Bunu deri, endometrium, serviks ve over kanseri takip etmektedir (93)(Çizelge 3).

2. 2. Memenin Anatomik Yapısı

Şekil 1: Memenin yapısı (108)



Şekil 2 : Memenin lenfatik akımı (108)



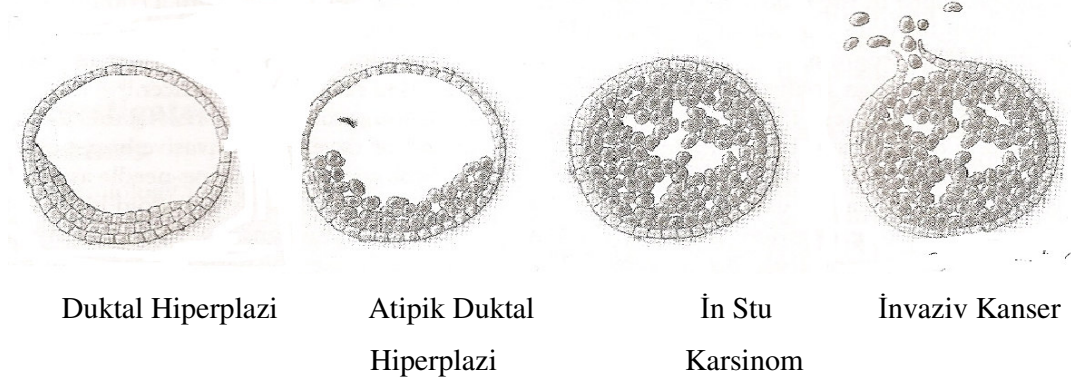
Memede salgı yapan hücreler tarafından oluşturulan lobül adı verilen birimler bulunmakta, lobüllerin birleşmesiyle de loblar oluşmaktadır. Lobüller birbirlerine süt kanalları ile bağlanmakta ve bu süt kanalları da meme başına doğru birleşerek gelmektedirler. Süt kanalları ise memenin ortasında areola denilen koyu renkli bölgede meme başına doğru açılmaktadırlar (19) (Şekil 1).

Lobüller ve kanallar arası boşluğu yağ dokusu doldurmaktadır. Meme dokusu içinde adale yoktur fakat, memenin hemen altında, kaburgaların üstünde adale dokusu bulunmaktadır. Her meme kan damarları ve içinde renksiz, lenf sıvısı taşıyan lenfatik damarlar içermektedir. Lenf damarları, lenf bezi denilen ve fasulye şeklinde küçük oluşumlarla sonlanmaktadır (108) (Şekil 2).

2.3. Meme Kanseri Nedir?

Meme kanseri, meme bezlerinin boşaltım kanallarını döşeyen endotel hücrelerinden (duktal karsinom) veya glandüler dokudan (lobüler karsinom) köken almaktadır (11).

Şekil 3: Duktal Hiperplazi, Atipik Duktal Hiperplazi, İn Stu Karsinom ve İnvaziv Meme Kanserinin Şekil ile Gösterilmesi (82)



Lobülleri ya da süt kanallarını oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalmalarına **“duktal hiperplazi”** denir. Daha sonra hücrelerde, hücre çekirdeklerinde değişiklikler başlar. Bu aşama **“atipik duktal hiperplazi”** olarak bilinir. Zamanla bu hücreler kanser hücrelerine değişim gösterir, ancak bu yalnızca kanalla sınırlı kalır. Bu duruma **“in stu karsinom”** denir. Daha sonraki aşamada hücreler, o kanalı döşeyen bazal membran denilen tabakanın da dışına çıkarak, **“invaziv kanser”** özelliğini kazanırlar (Şekil 3). Meme kanseri terimini kullanırken kastedilen durum, invaziv kanserdir (105). İnvaziv meme kanserlerinin yaklaşık %80'i duktal ve %5-10'u lobüler karsinomlardır (11).

2.4. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Bilimsel araştırmalar, **“risk faktörü”** adı verilen çeşitli etkenlerin, kadınların meme kanseri olma olasılığını artırdığını göstermektedir (62, 85). Meme kanseri riskinin olması, kanserin kaçınılmaz olduğu anlamına gelmemektedir. Risk faktörlerinin bilinip tanımlanabilmesi erken tanıyı kolaylaştırmaktadır (105). Kadınlarda meme kanseri görülme riskini arttıran faktörler şu şekilde sıralanmaktadır:

Cinsiyet: Kadın olmak meme kanseri riski için majör bir faktördür. Meme kanserinin kadınlarda görülen kanser türleri içinde ilk sıralarda yer aldığı çeşitli çalışmalarda belirtilmektedir (38,43,66). Meme kanseri, erkeklerde saptanan tüm organ kanserlerinin

%1'inden azını oluşturur (81). Ancak İzmir İl'inde meme kanseri tanısı alan 3897 olgunun %98.3'ünün kadın, %1.7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir (43).

Yaş: Meme kanserine yakalanma açısından ileri yaşın önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (80,82,99). 2005 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre meme kanserinin ortalama görülme yaşının erkeklerde 61.9, kadınlarda ise 56.1 olduğu tespit edilmiştir (23).

İrk: Beyaz kadınların Amerikalı Afrikalı kadınlara göre 40 yaşından sonra meme kanseri insidansı daha yüksektir. Tam tersine Afrikalı Amerikalı kadınların 40 yaşından önce meme kanseri insidansı daha yüksektir. Diğer ırk/etnik kökenli kadınların meme kanseri insidansı ve ölüm oranı Beyaz veya Amerikalı-Afrikalı kadınlardan daha düşüktür (5).

Kişisel Meme Kanseri Hikayesi: Daha önceden meme kanseri geçiren ve tedavi olan kadınların diğer memelerinde kanser gelişme olasılığının meme kanseri teşhisi konulmamış kadınlara göre 3-4 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (98). Bu konuda yapılan bir çalışmada, bir memesinde kanser olan kişilerin diğer memesinde de kanser gelişme oranı erkeklerde %5.5, kadınlarda %4.2 olarak bulunmuştur(23).

Fertil Çağ Süresi: Erken menarş ve geç menapoz ovülatuar siklus sayısını arttırarak kadınların daha çok östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır. Bunun ise, meme kanseri riskini arttırdığı bildirilmektedir (8,80,82). Erken menarş (12 yaşından önce) gören kadınların geç menarş (13 yaşından sonra) gören kadınlara oranla 4 kat daha fazla meme kanseri riski vardır. Genel olarak, menarşın her yıl gecikmesi meme kanseri riskini %20 oranında azaltır (15). Menapozun her bir yıl gecikmesi meme kanseri riskini %3 oranında arttırır (92,98).

Ailede Meme Kanseri Hikayesi: Meme kanserlerinin yaklaşık %5-10'u kansere kalıtsal yatkınlığı olan kadınlarda oluşmaktadır. Bundan BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki mutasyon sorumlu tutulmaktadır. Meme kanserlerinin diğer bir %15-

20'sinin, ailesel hastalık öyküsü olmasına rağmen kolayca tanımlanabilen bir kalıtım kalıbı olmayan kadınlarda da oluşmaktadır. Bu kanserlerin genetik ve çevresel etmenlerin bir birleşimi veya henüz tanımlanmamış genlere bağlı olması ihtimal dahilindedir (54). Genetik faktörler meme kanserlerinin yaklaşık %5'inden, 30 yaşından önce tanılanan kadınların %25'inden sorumludur (100, 101).

Daha Önce Meme Biyopsisi Yapılmış Olması: Hartmann ve ark.'larının Mayo Kliniklerinde 1967-1991 yılları arasında meme kanseri tanısı almış 9087 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada atipik hiperplazili kadınlarda ilk biyopsiden 10 yıl sonra aynı memede kanser gelişmiştir. Genç yaşta meme biyopsisi yapılan kadınların ileri yaşta meme biyopsisi yapılan kadınlara göre meme kanseri riski daha fazladır (41).

Bening Meme Hastalığına Sahip Olmak: Bening meme hastalığı meme kanseri için major risk faktörüdür. Biyopsi ile tanımlanan bening meme hastalığı çeşidi major risk belirleyicisidir. Yapılan bir çalışmada atipik hiperplazinin göreceli riskinin 4.24, atipik olmayan proliferatif hastalığın göreceli riskinin 1.88 ve nonproliferatif lezyonların göreceli riskinin ise 1.27 olduğu görülmektedir (41).

Doğurganlık Hikayesi: Doğurganlık arttıkça meme kanseri riski azalmaktadır. Çünkü, hamilelik boyunca yüksek östrojen ve progesteron hormonu seviyeleri meme epitelyumunun gelişmesini stimüle eder, epitelyel dokunun farklılaşmasını sağlar ve malignant dönüşüme yatkın epitelyel yapıları azaltır (92). İlk doğum yaşı da meme kanseri riskini etkilemektedir. İlk doğumu erken yaşta yapmak (20 yaşından önce) nullipar kadınlara göre meme kanseri riskini yaklaşık %50 oranında azaltmaktadır. İlk doğumu 30 yaşından sonra olan kadınların meme kanseri riski nullipar kadınlara göre daha fazladır (15,80).

Emzirme Hikayesi: Emzirmenin meme kanserinden koruyucu etkisi bilinmektedir. (82,92) Yapılan metaanaliz çalışmalarda, 12 ay ve daha fazla sürede emzirmenin premenapozal meme kanseri gelişimini azalttığı belirtilmektedir. Emzirmenin meme kanserinden koruyucu etkisinde rol alan mekanizmalar, hormonal değişiklikler, östrojen seviyesinin azalması, östrojenin meme salgısıyla memeden uzaklaştırılması, bazı

karsinojenlerin (Kolesterol- β -epoksit) süt salgısıyla uzaklaştırılması, meme dokusundaki fiziksel değişiklikler, ovülasyonun gecikmesi olarak sıralanabilir (57).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Almak: HRT osteoporozu, kalp krizini ve postmenapozal şikayetleri engellemesi yanında, meme kanseri riskinin artmasına neden olmaktadır (13,18). HRT, 5 yıldan kısa süreli kullanımlarda meme kanseri riskini arttırmamaktadır. 10 yıldan fazla kullanımlarda ise % 20-30'luk bir artış vardır. Bu ömür boyu riskin % 7'den % 9'a çıkması anlamına gelmektedir (94). Hormonlar hücre proliferasyonunu stimüle ettiği, hücre bölünmesini arttırdığı ve raslantısal mutasyonları tetiklediği için meme kanserinin hormonlara bağlı neoplazm olarak düşünülmesine neden olmaktadır (29). Bu nedenle HRT'nin meme kanseri ile ilişkisi göz önüne alınmalı, ancak tedaviyi engelleyici bir faktör olmamalıdır. HRT planlanırken bireysel özellikler mutlaka dikkate alınmalıdır (46). HRT kişisel meme kanseri hikayesi ve meme kanseri risk düzeyi yüksek olan kadınlarda kontraendikedir (44).

Doğum Kontrol Hapı Kullanılması: Doğum kontrol hapı kullanımı ile meme kanseri arasındaki ilişkinin varlığı uzun süreli tartışmalara neden olmuştur. Konu halen tartışmalı olmasına rağmen son zamanlarda doğum kontrol hapının kullanılması ile daha fazla lokalize premenapozal meme kanseri görülmektedir. Genç yaşta doğum kontrol hapı kullanmak meme kanseri riskini %20 arttırmaktadır. Her ne kadar bu hapları kullanan kadınlarda meme kanserine yakalanma açısından bir risk artışı olduğu ileri sürülse de, 10 yıl önce doğum kontrol hapı kullanmayı bırakmış olan kadınlarda bu riskin tamamen ortadan kalktığına da işaret edilmektedir (29, 85).

Alkol Kullanılması: Ulusal Kanser Enstitüsü çalışması alkolün toplam östrojen seviyesini ve memeye bağlanan serbest östradiol miktarını arttırdığını göstermiştir (7,29). Alkolü 30-60 g/d (yaklaşık olarak 2.3- 4.5 şişe bira, 2.8- 5.6 bardak şarap) tüketen kadınların hiç alkol tüketmeyen kadınlara göre invaziv meme kanseri riski % 41 daha fazla olduğu belirlenmiştir (84).

Sigara kullanılması: Sigara kullanımı ile meme kanseri arasında ilişki konusu 1960'lı yıllardan beri incelenmektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmekle birlikte, uzun süreli sigara kullanan, ilk miadında gebelikten önce sigara kullanan ve pasif sigara içicisi olan kadınlarda meme kanseri riskini arttırabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (14,74). Fakat pasif sigara içiciliği ve kadınlarda meme kanseri mortalitesinin incelendiği bir çalışmada, pasif sigara içiciliği ile meme kanseri mortalitesi açısından bir ilişki bulunamamıştır (103).

Yukarıdaki maddelere ilave olarak bazı kaynaklarda kişilerin, meme dansitesinin artmasının (52,68), postmenapozal kilo alımının (7,5), göğüs bölgesine yoğun radyasyon maruziyetinin (78,80) meme kanserine yakalanma açısından risk faktörleri olacağına değinilmektedir. Bu açıklamalarda da görüldüğü gibi, meme kanserine neden olan tek bir faktör bulunmamakta, birtakım risk faktörlerinin meme kanserine yakalanma ve meme kanseri gelişim sürecini hızlandırdığı bilinmektedir.

2.5. Meme Kanseri Belirtileri

Meme kanserinin bir takım belirtileri mevcuttur (110). Bu belirtiler;

Ağrı: Ağrı çoğunlukla meme kanserine eşlik eden bir bulgu değildir ve ağrıya daha çok kanserin geç evrelerinde rastlanmaktadır.

Kitle: Meme kanseri olan hastaların yaklaşık olarak %70'inde ilk bulgu kitledir. Kitle sert ve hareketsizdir; ancak etrafındaki meme dokusu ile birlikte hareket ettirilebilir. Kitlenin sınırları zor belirlenir ve ağrısızdır.

Deri retraksiyonu: Cooper bağlarına infiltre olan tümörlerde görülür. Başlangıçta hasta normal durumda iken görülmemekte, hasta kollarını yukarıya kaldırdığında fark edilmektedir.

Deride ödem: Bu belirti tümör hücrelerin lenf damarlarını tıkaması sonucu oluşmaktadır. Lenf akımı yavaşlayınca deri kalınlaşır ve kıl folikülleri içeri çekilir; bu

PDF Eraser Free

durum derinin portakal kabuğu gibi görünmesine (**peaud'orange** belirtisi) neden olmaktadır.

Meme derisinde ülserasyon: Meme derisinin beslenmesinin gittikçe daha çok bozulması sonucu ülserasyonlar meydana gelmektedir.

Meme başında çekilme: Meme başında içe batma ya da bir yana çekilme olmaktadır. Tümörün yerine göre santral tümörlerde meme başı içe batarken, üst dış kadrant tümörlerinde yukarı ve dışa dönebilmektedir.

Meme başında akıntı: Meme kanseri olan hastaların %10'unda meme başı akıntısı ilk belirti olmaktadır. Meme başı akıntısı spontan, tek taraflı ve kanlı ya da kanlı-serözür.

Kol ödemi: Tümör hücrelerinin koltuk altında bulunan lenf nodlarına yerleşmesiyle bölgenin lenfatik drenajının kesilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Enflamasyon bulguları: Hastaların %4'ünde kanser kendini enflamasyon bulguları ile ortaya koymaktadır. Meme bütünü ile büyür, derisi kızarır ve ödemlidir. Deride portakal kabuğu görünümü hakimdir.

Meme kanserinin en önemli belirtisi kitledir. Isparta yöresinde yapılan bir tarama çalışmasında malignite bulunan 36 olgudan 25 (%69.4) olguda ilk gelişinde tek memede ele gelen kitle tespit edilmiştir (97). Memede oluşan kitlelerin çoğunluğu kadınlar tarafından fark edilir. Atlı'nın çalışmasında memesinde kitle olan 19 kadından 9'u (%47.4) kitleyi tesadüfen tespit etmiştir (9). Afyon İl'inde memede kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınların %50'si kitleyi ağrı hissettiğinde ve dokunduğunda fark ettiğini belirtmiştir (39).

Haagensen'in 1943 ile 1980 yılları arasında Columbia Presbyterian Medical Center'da primer meme karsinomlu 2198 hastada saptadığı ilk semptom ve bulguların sıklık oranları çizelge 4'te gösterilmektedir (53).

Çizelge 4: Haagensen'in Primer Meme Karsinomlu 2198 hastada saptadığı ilk semptom ve bulguların sıklık dağılımı (53)

Semptomlar	%
Memede şişlik	65.3
Semptom yok	14.0
Ağrı	5.4
Meme cildinde retraksiyon	3.1
Meme başı akıntısı	1.8
Meme başında kabuklanma	1.1
Meme cildinde ülserasyon	0.2
Aksiler tümör	2.0
Toplam	100

2.6. Meme Kanserinin Erken Tanısı ve Önemi

Sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir olması, erken evrelerde günümüz koşullarında tanınmasının olanaklı olması, meme kanserinin önemini artırmaktadır (10).

Kanserin kontrolü ve önlenmesinde, kanser riski altında olanların saptanması ve erken tanı iki önemli faktördür. Meme kanseri vakalarının birçoğunun engellenemez oluşu nedeniyle, meme kanserinden olan ölümlerin önlenmesi ve memenin alınması ile sonuçlanan ameliyatlara azaltılması için meme kanserinin erken dönemde teşhis edilip, tedavi edilmesi en önemli strateji olarak kabul edilmektedir.

Amerikan kanser Cemiyeti 20 yaş sonrası herkesin meme kanseri yönünden risk altında olduğunu belirtmiştir. Amerikan Kanser Cemiyetinin meme kanserinin erken tanı önerilerini, 20 yaştan sonra her ay kendi kendine meme muayenesi, 20-39 yaş arası 3 yılda bir klinik meme muayenesi, 40 yaşından sonra her yıl hem klinik meme muayenesi hem de mamografi oluşturmaktadır (83) (Çizelge 5).

Çizelge 5: Amerikan Kanser Cemiyeti 2003 yılı Kanserde Erken Tanı Önerileri

Kanser tipi	Risk grubu	Test ya da işlem	Sıklık
Meme	20 yaş üzeri kadınlar	-Kendi kendine meme muayenesi	-20 yaşından sonra her ay
		-Klinik meme muayenesi	-20-39 yaş arası 3 yılda bir -40 yaşından sonra her yıl
		- Mamografi	-40 yaşından sonra her yıl

Tanıda gecikme, hastalığa bağlı semptomların ortaya çıkmasından tanı konulana kadar geçen süreyi tanımlamaktadır. Tanıda gecikmeyi belirleyen etkenlere ilişkin farklılıkların değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların cinsiyetlerinin, yaşlarının, medeni durumlarının, mesleklerinin, eşlerinin mesleklerinin, eğitim durumlarının, eşlerinin eğitim durumlarının, ikamet ettikleri yerlerin ve sağlık güvencelerinin sağlandığı kurumların bu süreyi belirleyen etkenler olmadığı saptanmıştır (70).

2.7. Meme Kanseriinde erken tanı yöntemleri

Bugün meme kanserinin erken tanısında kullanılan üç temel yöntem;

- 1- Mamografi,
- 2- Kendi kendine meme muayenesi,
- 3- Klinik meme muayenesidir (26).

2.7.1. Mamografi

Mamografi asemptomatik kadınlarda tarama amaçlı kullanılırken, semptomatik hastalarda tanısal amaçlı kullanılmaktadır. Mamografik tarama ile sağlanan erken tanı mortaliteyi %20-70 oranında azaltmaktadır. Bu nedenle mamografi meme kanserinin tanısında "**altın standart**" olarak kabul edilir (95).

Meme dokusunun yoğun ve radyasyonun zararlı etkilerine daha duyarlı olması ve meme kanseri sıklığının düşük olması nedeniyle mamografi, 40 yaş altında tarama yöntemi olarak kullanılmamaktadır (2,106).

Şekil 4: Sağlık Personeli Tarafından Mamografi Çekimi



Mamografi çekimi sırasında kaliteli görüntü elde etmek için memenin sıkıştırılması gerekmektedir ve bu ağrılı olabilen bir işlemdir (Şekil 4). Antalya’da yapılan bir çalışmada, kadınların % 53.5’inin mamografi işlemi sırasında ağrı hissettiği ve işlem öncesi mamografi hakkında kadınları bilgilendirmenin ağrı düzeyinde azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (3).

Mamografi çekimine bağlı ağrı ve kaygı düzeylerini azaltmak için işlem öncesi hasta eğitimi önemlidir. Ağrı beklentisi veya yüksek kaygı düzeyleri, kadınların mamografi tarama programlarına katılmalarını engelleyebilmektedir. Oysa ki tarama programlarının amacına ulaşması için yüksek oranda katılım şarttır.

Ülkemizde mamografi merkezlerinin sayıca yetersiz olması, mevcut olanlara kolay erişilememesi ve işlemin maliyeti göz önüne alınırsa mamografi çektiren kadınların genel kadın nüfusuna oranı çok düşük kalmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların mamografi çekirme oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (1,9,17,27,30,64,86).

2.7.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Meme kanserini tanımada KKMM'nin duyarlılığı % 26-41 arasındadır (98). Menstrüasyondan bir hafta sonra memelerin daha yumuşak olduğu dönem KKMM için en uygun dönemdir. Menapoz ve hamilelik dönemlerinde her ayın ilk günü muayene zamanı olarak planlanabilir. Düzenli KKMM yapmanın temel amacı, kadınların zamanla meme görünümüne, meme dokusunu ve koltuk altı lenf bezlerini hissetmeye alışmaları ve herhangi bir değişikliği kolayca tanyabilir hale gelmeleridir (2).

Şekil 5: KKMM'de gözlem (110)

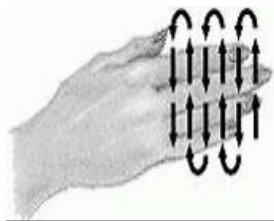


Şekil 6: KKMM'de elle muayene (110)



KKMM için önce bir aynanın karşısında kollar iki yanda iken ayakta durularak her iki meme gözlemlenir (Şekil 5). Çekilme, büzülme, çökme, çıkıntı, meme başından akıntı gibi alışılmışın dışında bir bulgu olup olmadığına bakılır. Ayrıca, öne doğru eğilerek, aynadan memelerde bir asimetri olup olmadığı kontrol edilebilir. Daha sonra, gizli kalmış bir şekil ya da kontur değişikliğini açığa çıkarmak için eller başın arkasında birleştirilip öne doğru bastırılarak aynadan meme gözlenir (Şekil 6)

Şekil 7: KKMM'de Elin Pozisyonu Şekil (110) 8: KKMM'de Elle Muayene Yönleri (110)



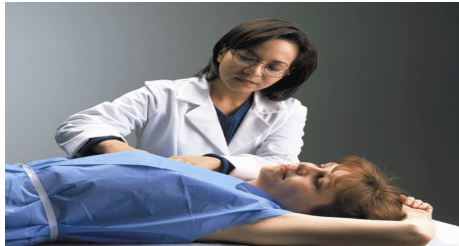
Yine aynı amaçla her iki el kuvvetle kalçaya bastırılırken dirsek ve omuzlar öne doğru getirilerek meme gözlenir. Sonra sol kol havaya kaldırılıp sağ elin 2. 3. ve 4. parmaklarıyla sol meme muayene edilir (Şekil 7). Parmakların düz kısımları dış konturlardan başlayıp içeriye, meme başına doğru, meme başı ve arkası da dahil olmak üzere, yuvarlaklar çizerek hafifçe bastırılır ve cilt altında ele gelen bir kitle olup olmadığı araştırılır (Şekil 8). İlaveten koltuk altında muayene edilip ele gelen bir kabarıklık olup olmadığına bakılır (2). Aynı işlem diğer meme için de tekrarlanır.

KKMM basit, uygulanabilir ve ucuz bir muayene olmasına rağmen yapılan çalışmalarda kadınların KKMM uygulama sıklığı oldukça düşüktür (17,53,59,107). Gökpinar Çevik'in çalışmasında KKMM'yi duyan kadınların hepsi memedeki kitleyi bilinçli olarak fark etmiştir (39).

2.7.3. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Meme kanserini tanımada KMM'nin duyarlılığı %40-69 arasındadır (98). Mamografi duyarlılık şüphesi olan genç ve yüksek riskli kadınların KMM ile taranması önemlidir (75).

Şekil 9: Sağlık Personeli Tarafından Klinik Meme Muayenesi Yapılması



Meme kanserinin teşhis edilmesinde hem sağlık profesyonelleri tarafından (hekim, hemşire) yapılan klinik meme muayenesi hem de mammografi çektilmesi meme kanserinden meydana gelen ölüm oranlarının azaltılmasında etkili olmaktadır (86,107) (Şekil 9). Somunoğlu'nun çalışmasında kadınların %46.7'sinin, Budakoğlu'nun çalışmasında kadınların %30.1'inin ve Zincir'in çalışmasında kadınların %21.1'inin KMM yaptırdığı tespit edilmiştir (17,86,107).

2.8. Meme Kanserinde Risk Belirleme ve Değerlendirme

Son yıllarda meme kanseri riskleri açısından toplumun bilinçlenmesi, mammografiye başlama yaşının ve hormon replasman tedavisinin alınıp alınmayacağı belirlenebilmesi, özellikle bazı hasta gruplarında profilaktik mastektomi ve tamoksifen ile meme kanserinden belirli ölçüde korunma sağlanabilmesi, meme kanseri risk belirleme yöntemlerinin pratikteki öneminin artmasına neden olmuştur (6,49). Bu amaçla meme kanseri açısından çeşitli risk faktörlerini ele alan risk değerlendirme modelleri geliştirilmiştir.

2.9. Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Modelleri

Meme kanseri risk değerlendirme modellerinden en çok kullanılanları Gail ve Claus modelleridir. Her model risk faktörlerinin farklı kombinasyonlarından oluşan kendine özgü karakteristikleri dikkate almaktadır (37).

Gail Modeli, BCDDP adı verilen ve tarama amaçlı mamografi yapılan 284.780 Amerikalı beyaz kadının verilerinden yola çıkılarak Gail ve arkadaşları tarafından 1989 yılında oluşturulmuştur (37). Orijinal Gail Modeli yıllık aralıklarla kontrol altındaki bir kadının tanımlı yaş aralığında invaziv ya da in situ kanser gelişimi açısından mutlak riskini hesaplamaktadır. Model daha sonra Breast Cancer Prevention Trial (BCPT) programına uygun olarak modifiye edilmiş ve Gail 2 Modeli olarak adlandırılmıştır. Gail 2 Modeli bir kadının yaşa özgü invaziv kanser gelişimi açısından mutlak riskini hesaplamış ve modifikasyonu Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) programıyla tamamlanmıştır (25).

Gail 2 Modeli yaş, menarş yaşı, ilk canlı doğum yapma yaşı, birinci dereceden akrabalarda meme kanseri öyküsü, daha önceden meme biyopsisi yapıp yapılmadığı ve yapıldı ise sayısı, biyopsi sonuçlarında atipik hiperplazi tanısı olup olmadığı ve ırkı sorgulamaktadır (54,79).

Gail 2 Modeli ile elde edilen bilgiler bir bilgisayar programı aracılığıyla (Bkz. EK-2) derlenerek hesaplanmakta ve o kadın için beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri risk olasılığı ortaya konulmaktadır (61,101). Gail 2 Modeline göre kadınların meme kanserine yakalanma riskinin %1.67'nin üzerinde olması meme kanseri açısından yüksek risk taşımaktadır. 1998'de BCPT, meme kanseri prevansiyonunda antiöstrojen bir ajan olan tamoksifen sitratın kullanımının yüksek riskli kadınlarda meme kanseri riskini %49 oranında azalttığını bildirmiştir (35). Aynı yıl FDA meme kanseri açısından yüksek riskli olan kadınlarda profilaktik tamoksifen kullanım endikasyonunu onaylamıştır (35,54,100).

Gail modelinin birkaç kısıtlaması mevcuttur. Major sınırlılığı yalnızca birinci derece akrabaları (anneler, kız kardeşler ve kız çocuklar) göz önüne aldığı ve meme kanseri tanısı konduğu anda hastanın yaşını hesaba katmadığı için ailesel meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri riskini %50 oranında düşük değerlendirilmesine neden olmaktadır (33). **Gail modeli bir dizi iyi kanıtlanmış risk faktörünü göz önünde bulundurduğundan, mamografik taramalardan geçmekle birlikte güçlü bir ailesel öyküsü olmayan genel bir kadın toplumunu en iyi değerlendirme aracıdır** (54).

Gail 1 ve Gail 2 Modeli'nin geçerliliği birçok klinik çalışma ile kanıtlanmıştır (22,36,76). Gail Modeli ile ilgili çalışmalara ülkemizde de rastlamak mümkündür. Karakayalı ve ark.ları Gail 2 Modeli'nin meme kanseri gelişimi açısından, bireysel risk hesaplamasında Türk toplumu için güvenilir bir model olduğu sonucuna varmıştır (49). Ulusoy meme kanseri olan grupla benign grubu karşılaştırdığı çalışmasında, Gail 2 Modelinin çalışma grubunda diyagnostik değerinin, sensitivite ve spesifitesinin düşük olduğunu bulmuştur (96).

Claus tarafından geliştirilen ve özellikle genetik geçiş değerlendirmesini esas alan diğer bir model, Claus Model'idir. Bu modelde, risk belirlemede, birinci ve ikinci derece akrabalarda (anne ve baba tarafından) görülen kanserler ve bunların ortaya çıktığı yaş kullanılmaktadır. Genel olarak Claus Model, birinci ve ikinci derecede akrabada meme kanseri olan kadınlar için daha yararlıdır. Oysaki Gail Model ailesel

meme kanseri hikayesinin dışındaki risk faktörlerine sahip olan kadınlar için daha uygundur (80). Gail ve Claus model BRCA1 VE BRCA2 genlerinin bulunmasından önce keşfedildiği için genetik mutasyon taşıyıcılığını göstermemektedir (75).

BRCAPRO (Breast Cancer Berry-Parmigiani-Aguilar) ve the Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm (BOADICEA) Model ise genetik testler ile güçlü aile anamnezine göre geliştirilmişlerdir. Bu modellerde yalnızca meme kanserli anne ve kız kardeş kullanılmaktadır. Bu modellerle kanser riskinin belirlenmesinde BRCA1 ve BRCA2 genetik testlerinin önemli bir yeri vardır (72). Dört meme kanseri risk değerlendirme modelinin karşılaştırılma özeti çizelge 6’da gösterilmiştir.

Çizelge 6: Meme Kanseri Risk Değerlendirme Modellerini İçeren Faktörlerin Dağılımı (72)

Faktör	Model			
	Gail	Claus	BRCAPRO	BOADICEA
Yaş	x	x	x	x
İrk	x	—	—	—
Ailesel meme kanseri hikayesi				
1. derece akraba	x	x	x	x
2. derece akraba	—	x	x	—
Kanser başlama yaşı	—	x	x	x
Bilateral meme kanseri	—	—	x	—
Erkek meme kanseri	—	—	x	—
Ailesel yumurtalık kanseri hormonal faktörler				
Menarş yaşı	x	—	—	—
İlk canlı doğum yaşı	x	—	—	—
Kişisel meme hastalığı				
Biyopsi sayısı	x	—	—	—
Atipik hiperplazi	x	—	—	—
Genetik faktörleri				
BRCA 1	—	—	x	x
BRCA 2	—	—	x	x

2.10. Meme Kanseri Risk Belirlemeye Yönelik Yapılan Çalışmalar

Ülkemizde yapılan meme kanseri risk değerlendirme çalışmalarında, Canbulat 35 yaşından büyük olan sağlık çalışanlarında (n=78) beş yıllık meme kanseri olma risk olasılık oranı ortalama %0.9 olarak belirlerken, Ulusoy bening (n=300) ve malign (n=200) meme kanserli kadınları incelediği çalışmasında her iki gruptaki kadınların beş yıllık risk ortalamasını %0.8 olarak belirlemiştir (20,96). Karahan ve ark.'ları yaşam boyu meme kanseri olma riskini hesapladığı hemşire grubunun (%10.4) normal popülasyonun taşıdığı riskten (%12.2) daha düşük risk olasılık oranına sahip olduğunu belirlemiştir (48).

2.11. Meme Kanserin Önlenmesi

Meme kanseri riski yüksek olan kadınlarda meme kanserini önleyici üç seçenek mevcuttur; uzun süreli izlem, profilaktik cerrahi ve tamoksifen ile kemoprevansiyon (58).

Uzun süreli izlem; yıllık mamografi, klinik meme muayenesi ve aylık kendi kendine meme muayenesini içermektedir. Genetik danışmalık, eğitim, psikososyal desteği içeren kapsamlı programlar faydalı olabilmektedir (58).

Profilaktik cerrahi; genetik mutasyonları olduğu bilinen hastalarda koruyucu mastektomi girişimi meme kanseri riskini en azından %90 oranında azaltmakta, fakat tamamen elimine etmemektedir. Profilaktik cerrahi tek başına 2.8- 6 yıl yaşamsal sağ kalım sağlamaktadır (80). Koruyucu oofektomi de, bu hastalarda over kanseri riskini %90'ı aşkın oranda azaltmaktadır. Menapozdan önce uygulandığında bu girişim meme kanseri riskini de %50 oranında azaltmıştır. Sonuçta genetik mutasyonları olduğu bilinen hastaların doğurganlık dönemleri geçtikten sonra koruyucu oofektomiyi düşünmeleri gerekmektedir (54).

Tamoksifen ile kemoprevansiyon; metastaz yapmış meme kanserli hastalarda antiöstrojen tedavide ilk seçenek tamoksifendir. Aynı zamanda tamoksifen, meme kanseri riski yüksek sağlıklı kadınlarda riskin azaltılmasında kullanılan ilk ilaç olarak bilinmektedir (21, 47,57). 1998'de BCPT, meme kanseri prevansiyonunda antiöstrojen bir ajan olan tamoksifen kullanımının yüksek riskli kadınlarda meme kanseri riskini %49 oranında azalttığını bildirmiştir (35). Aynı yıl FDA, yüksek risk grubundaki kadınlarda meme kanseri sıklığının azaltılması için tamoksifenin kullanımını onaylamıştır (34, 113). 20. yy.'da tamoksifenin hedeflenen kemoterapi olma sözü yerine getirilmiş ve 21. yy.'da koruyucu ilaç tedavisinde yeni çağın habercisi olduğu kanıtlanmıştır (60).

Meme kanserli hastalarda tamoksifen kullanımının endike olduğu durumlar ER (+) (Östrojen algılayıcı reseptörü pozitif) ve PR (+) (Progesteron algılayıcı reseptörü pozitif) olmasıdır. Meme kanserinde kanser hücresinin yaklaşık %60'nın östrojen ve progesteron algılayıcı reseptörü vardır. Meme kanseri hücrelerinin östrojen reseptörüne bağlanan tamoksifen, östrojen tarafından uyarılan replikasyonu engeller ve reseptöre bağlı kaldığı sürece bu hücrelerde DNA replikasyonu olmaz. Sonuç olarak kanser hücreleri ölmeye başlar ve tümör küçülür (58).

Her ilaçta olduğu gibi tamoksifen tedavisinin meme kanseri üzerine tartışılmaz olumlu etkileri varken, jinekolojik organlar üzerinde bir takım önemli yan etkileri vardır. Tamoksifen en önemli yan etkilerini endometrium üzerinde göstermektedir (24).

Günümüzde tamoksifen kullanımına bir ekip anlayışı ile yaklaşmak büyük önem kazanmıştır. Ekipte aktif rol alacak hekim ve hemşire hastaya, hem tedavisine uyum konusunda bilgi verebilir hem de erken tanıya yönlendirebilir. Birinci basamak sağlık hizmetinin henüz yürütülemediği ülkemizde hasta yönetimi ve bakımı bu basamakta değerlendirilmeye başlandığında, hasta bakım kalitesinin artması yönünde birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan bu kişiler sayesinde en fazla faydayı hasta ve hasta yakınlarının sağlayacağı düşünülmektedir (55).

2.12.Ülkemizde Meme Kanserinin Tarama ve Kayıt programı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanserin artan önemi ve maliyeti erken teşhis ve tanıyı ön plana çıkartmaktadır. Buna yönelik Sağlık Bakanlığı bünyesinde tarama programları uygulayacak, eğitim yoluyla halkın bilinçlenmesini sağlayarak kanser vakalarının erken evrelerde yakalanmasını sağlayacak merkezler oluşturulmaktadır. Bu kapsamda Kanser Savaş Daire Başkanlığı tarafından 36 ilde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) kurulmuş, ayrıca Bakanlığımız ve Avrupa Birliği ile ortak yürütülen projeler kapsamında 11 ilde Kanser Tarama ve Eğitim merkezi kurulmuş olup toplam 47 ilde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi faaliyet göstermektedir. Ayrıca 2005 yılından itibaren Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi bulunmayan illerde de bu merkezlerin kurulmasına karar verilmiştir (104). Gelişmişliğin ölçüsü ve Türk kadınının ihtiyacı olan bu program ve projelerin uygulanması; konunun kişisel değil ulusal bir dava olarak benimsenmesini, karşılaşılan güçlüklerle mücadele edilmesini, sabırlı-kararlı olmayı ve konu ile ilgili tüm birimlerin özverili desteğini gerektirmektedir (68).

2.13. Meme Kanseri Riski Altında Olan Kişilerin Saptanmasında Hemşirenin Rolü

Ülkemizde sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşireler, görevlerini daha çok tanısı konmuş hastaların tedavi ve bakımıyla sınırlandırmaktadır. Oysa hemşirelerin aynı zamanda sağlığı geliştirme ve koruyucu hizmetlerde de rol ve sorumlulukları vardır. Bu rol ve sorumluluklar, hemşirenin hastalıkları önleme ve erken tanıda yer almalarını gerektirmektedir (62,63).

Görevleri nedeniyle hemşireler sağlıklı bireyle, hasta ve ailesiyle daha yakından iletişim kurma olanağına sahiptirler. Hemşireler eğitici, destekleyici rolleri ve bilgileri nedeniyle kendi sağlık sorumluluklarının yanı sıra hasta ve sağlam bireylerin sorumluluğunu da taşımaktadırlar (50).

Meme kanserinin erken dönemde tanındığında tedavisinin olması ve sağ kalım oranının çok yüksek olması sağlık çalışanlarını, özellikle de hemşirelerin rolünü üst

sıralara çıkarmaktadır. Meme kanserine yönelik tarama programlarına katılmak, tarama davranışlarının (mamografi, KMM ve KKMM) düzenli sergilenmesini sağlamak ve bunlar için etkili sağlık eğitimi programları hazırlamak hemşirelerin önemli sorumluluklarındandır.

Hemşireler meme kanseri gelişiminde önemli olan riskleri, yüksek risk grubundaki kişileri ve meme kanseri tanısına götüren bulguları tanımlamalıdır. Hemşireler bireylerin meme kanseri riskini hesaplarırken, hangi risk değerlendirme modelini hangi bireye uygulayacağını da çok iyi bilmelidirler. Aynı zamanda hemşireler bireylerin meme kanseri riskini hesaplamakla kalmayıp, bireyleri risk durumlarından haberdar etmeli ve kontrol altına alınabilen risk faktörlerini belirlemelidirler. Meme kanseri riski altında olan bireylere hemşire tarafından meme kanseri riski, belirtileri, tanı ve tedavisine yönelik gereken uyarı ve eğitim verildiği zaman kişiler bu uyarıyı ciddiye alarak bir sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Böylece birey meme kanserinin taranması ve önlenmesinde pasif rolden aktif role geçirilmiş olmaktadır.

Tüm bunların başarıya ulaşması için hemşirelerin, hedef toplumun sosyoekonomik ve kültürel özellikleri ile toplumun sağlık eğitim ihtiyaçlarını bilmesi gereklidir. Hemşireler, içinde bulunduğu toplumda meme kanserine yönelik tarama davranışlarını engelleyen faktörleri belirleyerek, kadınların kanser tarama programlarına olan katılımını sağlamaları ile meme kanserinin erken tanısına katkıda bulunabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Eskişehir Merkez’de 40-69 yaş gurubu kadınlarda meme kanseri riskini ve meme kanseri bilgi düzeyini belirlemeye yönelik tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer

Eskişehir Türkiye’nin İç Anadolu Bölgesi’nde bulunmaktadır. 2008 yılında yapılan genel nüfus sayımı sonuçlarına göre ilin toplam nüfus sayımı 724.849’dur. İl nüfusunun 570.825’i merkeze, geriye kalan 99.396’sı ilçeler ve köylere yerleşmiştir. Nüfus yoğunluğu il genelinde %51, il merkezi’nde %195’tir. Okuma yazma oranı % 95, ilköğretimde okullaşma oranı % 100 dür. Kadın okur-yazar oranı ise % 89’dur (31).

Eskişehir İl’inin başta Tıp Fakültesi Hastanesi olmak üzere bir Askeri Hastane, üç Devlet Hastanesi ve üç Özel Hastanesi mevcuttur.

Eskişehir Sağlık Müdürlüğü’nün ve Büyükşehir Belediyesi’nin araç, ulaşım ve duyuru desteğinin olması nedeniyle bu çalışma Eskişehir İl’i içinde yaşayan kadınlara yönelik toplumsal tabanlı bir şehir çalışması olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Meme kanseri taramalarının başlama yaşını Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı (SBKDB), ülkemizde topluma yönelik meme kanseri taraması için hedef nüfusu, coğrafi olarak sınırları belirlenmiş bir alanda yaşayan 50-69 yaş grubu kadınlar olarak önermektedir. Konsensus kurulu bu öneriyi %37 uygun bulurken %59’u 40 yaş ve üstü kadınlarda tarama önermiştir (42). Kanser tanısı alan kadınlar (meme kanseri riski belirlendiğinden) ve 69 yaş üstü kadınlar (70 ve üzeri yaşta meme kanseri görülme

sıklığı azaldığından) araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırmanın evrenini; Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü 2007 yılı nüfus kayıtlarından elde edilen 40-69 yaş grubundaki 102.220 kadın oluşturmuştur.

Eskişehir İl'i Büyükşehir sınırları içinde bulunan toplam dört Toplum Sağlığı Merkezinin (TSM) tamamı ele alınmıştır. Bu dört TSM'nin sınırları içinde yer alan mahallelerin sayısı bilinmektedir. Buna göre; 1 Nolu Toplum Sağlığı Merkezi'nde 14 mahalle, 2 Nolu Toplum Sağlığı Merkezi'nde 9 mahalle, 3 Nolu Toplum Sağlığı Merkezi'nde 8 mahalle ve 4 Nolu Toplum Sağlığı Merkezi'nde 27 mahalle olmak üzere toplam 58 mahalle bulunmaktadır. Eskişehir ili dört Toplum Sağlığı Merkezindeki 58 mahallenin tümü araştırma örneklemini oluşturmuştur.

Örnekleme girecek 40-69 yaş grubu kadın sayısı bilindiğinden, evreni temsil edecek örneklem büyüklüğünü saptamak için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

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

N: Evrendeki hane sayısı; 102.220

n: Örnekleme alınacak hane sayısı; 1770

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı; %25

q: incelenen olayın görülmemiş sıklığı; % 75

t: belirlenen serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer; 1.96,

d: olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma; 0.02, olarak belirlenmiştir.

n= [(102220).(0.25).(0.75). (1.96)²] / [(102220-1).(0.02)² + (0.25).(0.75). (1.96)²]= **1770**
kadın örnekleme dahil edilmesi hesaplanmıştır. 1775 kadın ile çalışma tamamlanmıştır.

Örnekleme grubunun evreni temsil etme gücünün artırılması için, yaş gruplarının nüfusları dikkate alınarak, tabakalı örnekleme yöntemine göre örnekleme seçimi yapıldı. Bu yöntem uygun olarak her yaş grubundan çalışma evrenindeki oranına göre örnekleme sayısı alındı. Buna göre; 40-44 yaşta %22,4 oranıyla 356 kişi, 45-49 yaşta

PDF Eraser Free

%21,8 oranıyla 419 kişi, 50-54 yaşta %18,5 oranıyla 360 kişi, 55-59 yaşta %15,3 oranıyla 289kişi, 60-64 yaşta %11,9 oranıyla 190 kişi ve 65-69 yaşta %10,1 oranıyla 161 kişi alınması gerekmektedir. Bu durum TSM'lerde de dikkate alınmıştır (Çizelge 7).

Hangi gün hangi mahallelere ziyaret planlanacağı belirlenmiştir. Ev ziyaretlerine çıkılmadan önce TSM sorumlu hekimlerine ve Belediye otobüs işletmeciliğine haber verilmiştir. Mahallerin söz konusu yaş tabakalarındaki temsil oranları doğrultusunda tekrarlı ev seçimleri yapılmıştır. Mahallelerde öncelikle merkezi caddeyi kesen sokaklar seçilmiştir.

Meme kanseri kadınların yaşı ile ilişkili olduğundan kadınlar yaşa göre **tabakalanmış** ve yerleşim yerleri bakımından farklı özelliklere sahip kadınlar bir arada bulunduğundan kadınlar dört Toplum Sağlığı Merkezi'ne göre **kümelenmiştir**.

Çalışmamızda örnekleme alınan mahalleler EK-5'te sunulmuştur. Örnekleme alınan mahallelerin Toplum Sağlığı Merkezleri'ne göre dağılımı çizelge 7'deki gibidir.

Çizelge 7: Örnekleme Alanın Mahallelerin Toplum Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı

Örnekleme Toplam	4 Nolu TSM n	3 Nolu TSM n	2 Nolu TSM n	1 Nolu TSM n	%	N	Eskişehir ili
356	115	51	37	153	22,4	22.829	40-44 yaş
419	127	60	67	165	21,8	22.242	45-49 yaş
360	115	58	46	141	18,5	18.998	50-54 yaş
289	85	38	32	134	15,3	15.728	55-59 yaş
190	51	31	25	83	11,9	12.165	60-64 yaş
161	49	22	18	72	10,1	10.258	65-69 yaş
1.775	542	260	225	748	100,0	102.220	TOPLAM

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler;

-Kadınların meme kanseri risk faktörlerine ve belirtilerine ilişkin aldıkları toplam bilgi puan ortalamaları

-Kadınların invaziv meme kanseri olma olasılığı (Gail 2 Modeli'nden aldığı risk puanı)

Bağımsız değişkenler;

Yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, aile tipi, medeni durum, sosyal güvence durumu, göç etme durumu, doğurganlık özelliği, meme kanseri hakkında bilgi alma durumu, sigara kullanma durumu, menarş yaşı, ilk canlı doğum yaşı, biyopsi alınma durumu, ailede kanser öyküsü, OK (oral kontraseptif) kullanma durumu ve süresi, emzirme durumu ve süresi, menapoz yaşı ve HRT kullanma durumu.

3.5. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler

Meme kanseri ile ilgili literatür tarandıktan sonra, meme kanseri riski, risk faktörleri, belirtileri ile ilgili sorulardan oluşan anket formu hazırlanmıştır.

Anket formu (Bkz. EK-1): Anket formu beş bölümden ve toplam 51 sorudan oluşmaktadır. Anket formunun birinci bölümünde kadınların sosyodemografik özelliklerini içeren 9 soru, ikinci bölümde kadınların doğurganlık özelliklerini içeren 7 soru, üçüncü bölümde kadınların risk faktörlerini içeren 11 soru, dördüncü bölümde meme kanseri risk faktörleri bilgisine yönelik 15 soru ve beşinci bölümde ise meme kanseri semptom bilgisine yönelik 9 soru yer almıştır.

Araştırmaya katılan kadınlara yönelik hazırlanan anket formunda, meme kanseri risk faktörlerine yönelik bilgi sorularından maksimum 15 puan, meme kanseri semptomlarına yönelik bilgi sorularından maksimum 9 puan, her iki bölümden toplam 24 puan alınmaktadır. Minimum meme kanseri bilgi puanı ise her bölümde 0 puandır.

Meme Kanseri Risk Hesaplama Modeli (Gail 2 Modeli): Gail 2 Modeli yaş, menarş yaşı, ilk canlı doğum yapma yaşı, birinci dereceden akrabalarda meme kanseri öyküsü, daha önceden meme biyopsisi yapıp yapılmadığı ve yapıldı ise sayısı, biyopsi sonuçlarında atipik hiperplazi tanısı olup olmadığı ve ırkı sorgulayan sorular bir bilgisayar programı aracılığıyla (Bkz. EK-2) derlenerek hesaplanmış ve o kadın için beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri risk olasılığı ortaya konulmuştur.

Ayrıca Gail 2 Modeli'ne göre beş yıllık meme kanseri riski 1.67'nin altında kalan kadınlar meme kanseri yönünden düşük riskli, 1.67'nin üstünde kalan kadınlar ise yüksek riskli olarak kabul edilmiştir.

Meme kanseri Olasılık Oranı (OR) Hesaplaması: Bilgisayar programı yardımıyla kadınların Gail modeli'ne göre meme kanseri olasılık oranı hesaplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Süresi

Araştırmanın planlanması Eylül-2007'de başlamış, literatür taraması, anketin hazırlanması, uygulanması, verilerin kodlanıp bilgisayara girilmesi, değerlendirilmesi ve raporunun yazılması Şubat-2009'da tamamlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne tez önerisi verildikten sonra, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan çalışma için izin alınmıştır (Bkz. EK-3).

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne anketin uygulanması için İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınması için dilekçe yazılmıştır. Gerekli onay alındıktan sonra anket uygulamasına geçilmiştir (Bkz. EK-4).

Anket uygulaması ev ziyareti yöntemiyle yapılmıştır. Anket uygulaması için kadınlardan sözlü olarak izin alınmıştır.

Araştırma için gerekli insan gücü, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda 4. sınıfta (son sınıf) öğrenim gören, ev ziyareti konusunda bilgileri bulunan öğrencilerden oluşturulmuştur. Belirlenen öğrenciler bir gün süre ile eğitilmiştir. Bu eğitim kapsamında öğrencilere meme kanseri hakkında eğitim verilmiş, araştırmanın amacı, anketin özellikleri, dikkat edilmesi gereken konular irdelenmiş ve anket maddeleri tek tek açıklanmıştır. Daha sonra anket uygulamasında görev alacak 58 öğrenciye örneklem alanı dışında en az 3 görüşme yaptırılarak anket doldurma tekniği konusunda deneyim kazandırılmıştır. Anket uygulamasının 1/3'lük kısmı araştırmacı tarafından tamamlanmıştır.

3.7.1. Toplanan Verilerin Doğru ve Geçerli Olmasının Kontrolü

Veriler 30 iş gününde toplanmıştır. Öğrencilerin tamamlamış olduğu anket formları araştırmacı tarafından kontrol edilerek tüm soruların okunaklı ve anket maddelerinin tamamının cevaplanıp, tek işaret olarak netleştirilmesi sağlanmıştır. Yarım bırakılan anketler için kadınlara tekrar ulaşılarak tekrarlanması istenmiş ve tekrarlanamayan anketler (45 anket) çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows Version 13.0) paket istatistik programı ile veri analizi için bir veri tabanı oluşturulmuş ve bütün sorular veri tabanına girişinin kolaylaştırılması amacıyla kodlanmıştır. Araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesi Bursa Uludağ Üniversitesi Biyoistatistik Bölümü'nde yapılmıştır.

Hazırlanan anket formu ön deneme amacıyla 40 yaş üzeri ve sağlık personeli olmayan 30 kadına uygulanmıştır. Form tekrarı güvenilirlik yöntemi ile anket güvenilirliği bütün olarak değerlendirilmiştir. Anket güvenilirliği için yapılan analizde, ön uygulama ile son uygulama arasındaki korelasyon 0.825 ($P < 0.001$) olarak bulunmuştur. Anket oldukça güvenilir bulunmuştur.

Meme kanseri risk faktörleri bakımından anket güvenilirliği için yapılan analizde, ön uygulama ile son uygulama arasındaki korelasyon 0.714 ($P<0.001$) olarak bulunmuştur. Anket güvenilir bulunmuştur. Meme kanseri semptom bilgileri bakımından anket güvenilirliği için yapılan analizde, ön uygulama ile son uygulama arasındaki korelasyon 0.888 ($P<0.001$) olarak bulunmuştur. Anket güvenilir bulunmuştur.

Maddeler bazında ön test-son test karşılaştırması, McNemar testi ile yapıldı. Meme kanseri risk faktörü bilgi sorularından “Şişmanlık meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?” sorusu ($P>0.031$) dışında diğer bilgi sorularında ön test ve son test arasında anlamlı fark yoktur. ($P>0.05$).

Bilgi ölçen sorular her doğru cevaba 1 puan verilerek 24 puan üzerinden değerlendirilmeye alınmıştır. Araştırma kapsamındaki değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-wilk testi ile test edilerek, normal dağılım göstermemesi nedeniyle sürekli değer alan değişkenler Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U testi ile kategorik değer alan değişkenler Ki-kare testi ve Fisher's Ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Bazı değişkenlerin yüzdeliğinin hesaplanmasında yüzde dağılımı kullanılmıştır.

Elde edilen bilgiler bir bilgisayar programı aracılığıyla (Bkz. EK-2) derlenerek hesaplanmış ve her kadın için beş yıllık ve yaşam boyu invaziv meme kanseri riski ortaya konulmuştur. Ayrıca meme kanseri olasılık oranları da hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Eskişehir İl'inde 40-69 yaş arası kadınların meme kanseri risk düzeyini ve kadınların meme kanseri risk faktörleri ile belirtilerine yönelik bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçlayan ve 1779 kadın üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmada bulgular üç bölümde ele alınmıştır.

Birinci bölümde; çalışma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özelliklerine ve çocuk sahibi olan kadınların doğurganlık özelliklerine yönelik bulgular,

İkinci bölümde; kadınların meme kanseri bilgileri ile sosyodemografik özelliklerinin ve meme kanseri risk faktörlerinin dağılımına yönelik bulgular,

Üçüncü bölümde ise; kadınların Gail 2 Modeli'ne göre invaziv meme kanseri olma riski ile aldıkları bilgi puan ortalamalarının dağılımının ve meme kanseri risk faktörlerinin dağılımına yönelik bulgular yer almaktadır.

1. BÖLÜM

Tablo 1'de çalışma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelenmiştir. Buna göre; araştırma kapsamındaki 1779 kadının %43.6'sının 40-49 yaş grubunda, %75.7'sinin ilköğretim mezunu, %89.8'inin ev hanımı, %83.1'inin orta gelir düzeyine sahip, %90.4'ünün çekirdek aile, %83.2'sinin evli, %97.1'inin sosyal güvencesinin olduğu ve %63.2'sinin göç etmediği bulunmuştur.

Tablo 1: Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş	40-49 yaş	776	43.6
	50-59 yaş	649	36.5
	60-69 yaş	354	19.9
Eğitim Durumu	Okuma- yazması yok	97	5.5
	Okur- yazar	71	4.0
	İlköğretim	1347	75.7
	Lise	181	10.2
	Üniversite	83	4.7
Meslek	Ev hanımı	1598	89.8
	İşçi	21	1.2
	Memur	42	2.4
	Özel sektör	27	1.5
	Emekli	91	5.1
Gelir Düzeyi	Kötü	150	8.4
	Orta	1479	83.1
	İyi	150	8.4
Aile Tipi	Çekirdek	1609	90.4
	Geniş	167	9.4
	Parçalanmış	3	0.2
Medeni Durum	Evli	1480	83.2
	Bekar	27	1.5
	Dul	272	15.3
Sosyal Güvence Durumu	Var	1728	97.1
	Yok	51	2.9
Göç Etme Durumu	Evet	654	36.8
	Hayır	1125	63.2
	TOPLAM	1779	100.0

Tablo 2’de çocuk sahibi olan kadınların medeni durumlarına göre doğurganlık özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre, çocuk sahibi olan kadınların ilk doğum yaşı ortalama 21.1 ± 3.8 , gebelik sayısı ortalama 4.0 ± 2.1 , doğum sayısı ortalama 2.7 ± 1.3 , ölü doğum sayısı ortalama 0.1 ± 0.6 , yaşayan çocuk sayısı ortalama 2.5 ± 1.1 , düşük sayısı ortalama 0.4 ± 0.8 kürtaj sayısı ortalama 0.7 ± 1.1 ’dir.

Tablo 2: Çocuk Sahibi Olan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

Doğurganlık özelliği (n=1716)	X +SS
İlk doğum yaşı	21.1 ±3.8
Gebelik sayısı	4.0 ±2.1
Doğum sayısı	2.7 ±1.3
Ölü doğum sayısı	0.1 ±0.6
Çocuk sayısı	2.5 ±1.1
Düşük sayısı	0.4 ±0.8
Kürtaj sayısı	0.7 ±1.1

* 36 kadın nullipar ve 27 kadın ise bekarıdır.

2. BÖLÜM

Tablo 3'te kadınların meme kanseri belirtilerini bilme durumlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre; kadınlar meme kanseri belirtisi olarak en fazla memede kitle (%86.2), komşu lenf bezlerinde büyüme (%72.3) ve memede anormal büyümeyi (%70) bilirken, kadınların en fazla meme başında kanlı akıntı (%23.7), meme derisinde çekilme (%23.7) ve anormal kol şişmesi (%22.9) ile ilgili soruları bilmedikleri görülmüştür. Ayrıca kadınların meme derisinde çekilme (%13.2), memede asimetric çöküntü (%11.2), memede renk değişikliği ve anormal kol şişmesi (%11.1) ne ilişkin konularda en fazla kararsızlık yaşadıkları da görülmüştür.

Tablo 3: Kadınların Meme Kanseri Belirtilerini Bilme Durumlarının Dağılımı

Meme kanseri belirtileri	Bilen		Bilmeyen		Kararsız	
	n	%	n	%	n	%
Memede kitle	1534	86.2	167	9.4	78	4.4
Komşu lenf bezlerinde büyüme	1287	72.3	318	17.9	174	9.8
Memede anormal büyüme	1245	70,0	340	19.1	194	10.9
Meme başında çekilme	1218	68.5	369	20.7	192	10.8
Memede renk değişikliği	1218	68.5	364	20.5	197	11.1
Meme başından kanlı akıntı	1196	67.2	422	23.7	161	9.1
Memede asimetric çöküntü	1185	66.6	394	22.1	200	11.2
Anormal kol şişmesi	1175	66.0	407	22.9	197	11.1
Meme derisinde çekilme	1123	63.1	422	23.7	234	13.2

*Satır yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4'te kadınların meme kanseri risk faktörlerinin meme kanseri riskini nasıl etkilediğine dair düşüncelerinin dağılımı incelenmiştir. Buna göre; kadınların büyük çoğunluğu sigaranın (%83.6), radyasyona maruziyetin (%74.9) ve alkolün (%71.7) meme kanseri riskini arttıracığını belirtmiştir. Kadınlar meme kanseri majör risk faktörlerinden ailede meme kanseri olmasının (%69.5), bir memede kanser olmasının (%48.7), hiç doğum yapmamış olmanın (%45.4), ilk doğumun 30 yaş üzerinde olmasının (%38.1) ve yaşlanmanın (%34.7) meme kanseri riskini arttıracığını belirtmişlerdir.

Tablo 4: Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Meme Kanseri Riskini Nasıl Etkilediğine İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Meme kanseri Risk faktörleri	Arttırır		Azaltır		Etkilemez		Bilmiyorum	
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**
Yaşlanma *	618	34.7	64	3.6	238	13.4	859	48.3
Hiç doğum yapmama*	808	45.4	54	3.0	155	8.7	762	42.8
İlk doğumu 30 yaş üzerinde yapma*	677	38.1	60	3.4	158	8.9	884	49.7
Geç menapoz *	391	22.0	246	13.8	251	14.1	891	50.1
Erken adet görmek*	462	26.0	74	4.2	167	9.4	1076	60.5
İyi huylu meme hastalığı	647	36.4	72	4.0	248	13.9	812	45.6
Bir memede kanser olması*	867	48.7	16	0.9	174	9.8	722	40.7
Ailede meme kanseri olması*	1236	69.5	11	0.6	125	7.0	407	22.9
Şişmanlık	992	55.8	13	0.7	233	13.1	541	30.4
OK kullanımı	648	36.4	95	5.3	159	8.9	877	49.3
Emzirmek	82	4.6	1173	65.9	153	8.6	371	20.9
Radyasyon	1331	74.9	3	0.2	23	1.3	422	23.7
Alkol	1275	71.7	15	0.8	57	3.2	432	24.3
Sigara	1487	83.6	6	0.3	26	1.5	260	14.6
HRT kullanma	705	39.6	76	4.3	97	5.5	901	50.6

* Majör risk faktörleri

**Satur yüzdesi kullanılmıştır.

Kadınların meme kanseri bilgi puan ortalamalarına etki eden sosyo-demografik özellikler Tablo 5'te değerlendirilmiştir. Buna göre;

Kadınların minimum 0 puan, maksimum 24 puan alabilecekleri meme kanseri bilgi puan ortalamasından 13.7 ± 5.8 puan aldıkları saptanmıştır.

Kadınların eğitim durumlarına göre bilgi puan ortalamaları incelenmiştir. Kadınların %5.5'inin okuma-yazmasının olmadığı ve %75.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim düzeyleri arttıkça meme kanseri bilgi puan ortalamalarının artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$, $r=0.278$) (Tablo 5).

Kadınların medeni durumlarına göre bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%83.2) evli olduğu belirlenmiştir. Bekar kadınların bilgi puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Ancak evli, dul ve bekar kadınların meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.181$) (Tablo 5).

Kadınların gelir düzeylerine göre bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%83.1) orta gelir düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Kadınların gelir düzeyi arttıkça meme kanseri bilgi puan ortalamalarının da artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.000$, $r =0.012$) (Tablo 5).

Kadınların mesleklerine göre bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%89.8) ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Mesleklere göre meme kanseri bilgi puan ortalamaları değerlendirildiğinde, memur ile ev hanımı ($P= 0.000$), işçi ($P=0.000$) ve özel sektörde çalışanlar ($P=0.001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Memurların meme kanseri bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu da görülmüştür (Tablo 5).

Kadınların yaşadıkları aile tipi ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%90.4) çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir.

Çekirdek ailede yaşayan kadınların bilgi puan ortalamasının ($X=13.9\pm 5.8$) geniş ailede yaşayan kadınlardan ($X=12.0\pm 6.0$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($P=0.000$). Parçalanmış ailesi olan kadınların sayısı az olduğu için istatistiksel bir değerlendirme yapılamamıştır (Tablo 5).

Kadınların bilgi alma durumları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Meme kanseri hakkında bilgi alan kadınların (%55.9) bilgi puan ortalamaları bilgi almayan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.000$). Meme kanseri hakkında bilgi alan kadınların bilgi kaynaklarının dağılımına bakıldığında kadınların %38.6'sı sağlık çalışanından, %17.1'i kitap/broşür/dergiden, %62.3'ü TV/radyodan, %2.6'sı ise diğer bilgi kaynaklarından bilgi almıştır (Tablo 5).

Kadınların sigara kullanma durumları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların %76.8'i sigara kullanmamaktadır. Günde beş taneden az sigara kullanan kadınlar en yüksek, günde 20 taneden fazla sigara kullanan kadınlar en düşük bilgi puanını almışlardır. Yapılan çoklu karşılaştırmada, günde 5 taneden az sigara kullanan (15.6 ± 5.1) ve günde 5-10 tane sigara kullanan kadınların (15.2 ± 5.4) diğer gruplarda yer alan kadınlara göre aldıkları meme kanseri bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.005$) (Tablo 5).

Kadınların göç etme durumları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%63.2) göç etmediği belirlenmiştir. Kadınların göç etme durumları ile meme kanseri bilgi puanları arasında istatistiksel açıdan bir ilişki bulunamamıştır ($P=0.360$) (Tablo 5).

Tablo 5: Kadınların Meme Kanseri Bilgi Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		n	%	Ortalama (X+ SS)	İstatistiksel analiz
Eğitim durumu	Okuma-yazma yok	97	5.5	8.2 ±6.7	P=0.000 r=0.278
	Okur-yazar	71	4.0	11.0 ±6.7	
	İlköğretim	1347	75.7	13.7 ±5.6	
	Lise	181	10.2	15.8 ±4.8	
	Üniversite	83	4.7	18.1 ±4.1	
Medeni durum	Evli	1480	83.2	13.8 ±5.2	P=0.181
	Bekar	27	1.5	14.8 ±4.5	
	Dul	272	15.3	13.1 ±5.8	
Gelir düzeyi	Kötü	150	8.4	11.9 ±6.0	P=0.000 r=0.012
	Orta	1479	83.1	13.8 ±5.8	
	İyi	150	8.4	14.8 ±5.9	
Meslek	Ev hanımı	1598	89.8	13.5 ±5.8	P=0.000
	İşçi	21	1.2	13.6 ±5.8	
	Memur	42	2.4	18.5 ±4.6	
	Özel sektör	27	1.5	15.4 ±3.9	
	Emekli	91	5.1	15.4 ±5.3	
Aile tipi	Çekirdek	1609	90.4	13.9 ±5.8	P=0.000
	Geniş	167	9.4	12.0 ±6.0	
	Parçalanmış	3	0.2	10.6 ±9.2	
Bilgi alma durumu	Evet	994	55.9	15.0 ±5.3	P=0.000
	Hayır	785	44.1	12.1 ±6.1	
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyorum	1388	76.8	13.5 ±5.9	P=0.005
	Günde 5taneden az	100	6.4	15.6 ±5.1	
	Günde 5-10 tane	90	5.6	15.2 ±5.4	
	Günde 10-20 tane	139	7.8	13.7 ±5.5	
	20 taneden fazla	62	3.4	13.4 ±5.2	
Göç durumu	Göç etmiş	654	36.8	13.9 ±6.0	P=0.360
	Göç etmemiş	1125	63.2	13.7 ±5.7	
Toplam	Bilgi Puanı	1779	100.0	13.7 ±5.8	

Kadınların meme kanseri bilgi puan ortalamaları ile meme kanseri risk faktörlerinin dağılımı Tablo 6’da incelenmiştir. Buna göre;

Kadınların %43.6’sı 40-49 yaş grubunda yer almıştır. Kadınların yaşı ile meme kanseri bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş ilerledikçe bilgi puan

ortalamalarının da azaldığı görülmüştür. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.000$, $r = -0,155$) (Tablo 6).

Kadınların menarş yaşı ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların çoğunun (%48) menarş yaşı 12-13 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Menarş yaşı 11 yaş ve altında olan kadınların (14.0 ± 5.7) diğer yaş gruplarındaki kadınlara (13.5 ± 6.0) göre meme kanseri bilgi puan ortalaması daha yüksek olmasına karşın aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P=0.434$) (Tablo 6).

Kadınların ilk canlı doğum yapma yaşları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların çoğu (%47.5) 20-24 yaş grubunda ilk doğumlarını yapmışlardır. Kadınların ilk canlı doğum yapma yaşı arttıkça bilgi puanlarının artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P= 0.005$, $r=0.085$). Ayrıca ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan kadınlar ile ilk doğumunu 20-24 yaşında yapan ($P=0.007$) ve ilk doğumunu 25-29 yaşında yapan hatta nullipar olan kadınlardan ($P=0.004$) daha düşük puan almışlardır (Tablo 6).

Kadınların meme biyopsisi yaptırma durumları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların %95.1'ine daha önceden herhangi bir nedenle meme biyopsisi işlemi yapılmamıştır. Daha önce meme biyopsisi yaptıran kadınların (sırasıyla 15.3 ± 5.7 , 15.9 ± 4.3) meme biyopsisi yaptırmayan kadınlara (13.6 ± 5.8) göre meme kanseri yönünden daha bilgili olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.018$) (Tablo 6).

Kadınların ailesinde meme kanseri olma durumu ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların %4.2'sinin ailesinde (anne veya kız kardeşinde) meme kanseri öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan (sırasıyla 14.4 ± 4.3 , 14.7 ± 5.3) ve olmayan kadınların (13.7 ± 5.8) meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P=0.443$) (Tablo 6).

Kadınların OK kullanma durumları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların %86.7'si daha önce hiç OK kullanmamıştır. OK kullanan ve kullanmayan kadınların meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P=0.199$). OK kullanan kadınların %69.2'si 1-4 yıl OK kullanmıştır. Kadınların oral kontraseptif kullanma süreleri ile meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($P=0.554$) (Tablo 6).

Kadınların emzirme durumları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların sadece %5.7'si hiç çocuk emzirmemiştir. Emzirme öyküsü olan kadınlar ile olmayan kadınların meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($P=0.895$). Çocuk sahibi olan kadınların ($n=1678$) emzirme süreleri ile meme kanseri bilgi puan ortalamaları da karşılaştırılmıştır. Emzirme süresi 12 ay ve üzerinde olan kadınların (13.5 ± 5.9) diğer gruptaki kadınlara (14.7 ± 5.8 , 14.7 ± 5.4) göre meme kanseri bilgi puan ortalamasının düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.007$) (Tablo 6).

Kadınların menapoza girme durumları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kadınların %64.2'si menapoza girmiştir. Menapoza girmeyen kadınların ($n=636$) menapoza giren kadınlara ($n=1143$) göre aldıkları meme kanseri bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.000$). Ancak 50 yaşından önce ve 50 yaşından sonra menapoza giren kadınların meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($P=0.290$) (Tablo 6).

Menapoza giren kadınların ($n=1143$) HRT kullanma durumları ile bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Menapoza giren kadınların %87.8'i HRT kullanmamıştır. HRT kullanan kadınların (14.0 ± 5.5) HRT kullanmayanlara (13.2 ± 6.1) göre daha yüksek bilgi puan ortalamasına sahip olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P=0.241$) (Tablo 6).

Tablo 6: Kadınların Meme Kanseri Bilgi Puan Ortalamaları ile Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı

Risk Faktörleri		n	%	Ortalama (X+ SS)	İstatistiksel analiz
Yaş *	40-49	776	43.6	14.6 ±5.3	P=0.000 r = -0,155
	50-59	649	36.5	13.9 ±5.8	
	60-69	354	19.9	11.6 ±6.4	
Menarş yaşı*	11 yaş ve altı	102	5.7	14.0 ±5.7	P=0.434
	12-13 yaş	854	48.0	13.5 ±6.0	
	14 yaş üstü	823	46.3	13.5 ±5.9	
İlk canlı doğum yaşı*	20 yaş altı	626	35.2	13.1 ±6.1	P=0.005 r=0.085
	20- 24 yaş	845	47.5	14.0 ±5.6	
	25-29 veya nullipar	239	13.4	14.5 ±5.4	
	30 yaş üstü	69	3.9	14.4 ±5.9	
Biyopsi yaptırma durumu*	Biyopsi alınmamış	1691	95.1	13.6 ±5.8	P=0.018
	1 Biyopsi	70	3.9	15.3 ±5.7	
	2 veya daha fazla biyopsi	18	1.0	15.9 ±4.3	
Ailede kanser öyküsü*	Yok	1705	95.8	13.7 ±5.8	P=0.443
	Anne veya bir kız kardeşte var	69	3.9	14.7 ±5.3	
	Anne veya iki kız kardeşte var	5	0.3	14.4 ±4.3	
OK Kullanma Durumu	Kullanmamış	1542	86.7	13.8±5.9	P=0.199 P= 0.554
	1-4 yıl	164	69.2	13.4 ±5.5	
	5-9 yıl	34	14.3	14.3 ±4.8	
	10 yıl ve üstü	39	16.5	13.2 ±4.7	
Emzirme durumu	Hiç emzirmemiş	101	5.7	13.9 ±5.6	P=0.895 P=0.007
	1-5 ay	120	7.2	14.7 ±5.8	
	6-11 ay	177	10.5	14.7 ±5.4	
	12 ay ve üstü	1381	82.3	13.5 ±5.9	
Menapoz yaşı (n=1779)	Menopoza girmemiş	636	35.8	14.6 ±5.3	P=0.000 P= 0.290
	50 yaşından önce	790	44.4	13.4 ±5.9	
	50 yaşından sonra	353	19.8	12.9 ±6.3	
HRT kullanma Durumu(n=1143)	Kullanıyor	139	12.2	14.0 ±5.5	P=0.241
	Kullanmıyor	1004	87.8	13.2 ±6.1	
Toplam		1779	100.0		

* Gail 2 Model'inin ele aldığı risk faktörleri

P= Değişkene ait , P= Değişkenin süresine ait

3. BÖLÜM

Tablo 7’de 1779 kadının beş yıllık ve yaşam boyu invaziv meme kanseri olasılık oranı hesaplanmıştır. Kadınların beş yıllık meme kanseri olasılık oranı %0.9, yaşam boyu meme kanseri olasılık oranı ise %7.7 olarak bulunmuştur. Herhangi bir risk faktörü olmadan beş yıllık meme kanseri olasılık %1.3 iken yaşam boyu meme kanseri olasılık oranı %10.4 olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Kadınların Beş yıllık ve Yaşam Boyu İnvaziv Meme Kanseri Olma Riskinin Dağılımı

Meme Kanseri Riski (n=1779)	X +SS (%)	Min (%)	Max (%)	Medyan(%)
Beş yıllık risk	0.9 ±0.4	0.3	5.1	0.9
Beş yıllık risk*	1.3 ±0.5	0.5	1.3	1.3
Yaşam boyu risk	7.7 ±2.7	0.9	38.8	7.3
Yaşam boyu risk*	10.4±1.8	0.4	19.10	11

*Herhangi bir risk faktörü olmadan (normal popülasyonda)

Tablo 8’de kadınların invaziv meme kanseri olma riski ile meme kanseri bilgi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Meme kanseri riski düşük veya yüksek grupta alınabilecek minimum ve maksimum meme kanseri bilgi puanları alınmıştır. Meme kanseri olma riski düşük olan kadınların (13.8±5.8) riski yüksek olan kadınlara (13.3±6.0) göre aldıkları bilgi puan ortalamaları daha yüksektir. Kadınların meme kanseri risk faktörlerine ilişkin aldıkları bilgi puan ortalaması 7.5±3.8, meme kanseri semptomlarına yönelik aldıkları bilgi puan ortalaması 6.2±2.9, meme kanserine yönelik toplam bilgi puan ortalaması ise 13.7±5.8 olarak bulunmuştur. Ancak düşük veya yüksek riskli kadınların meme kanserine yönelik aldıkları bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (P=0.442, P= 0.750, P=0.603).

Tablo 8: Kadınların İnvaziv Meme Kanseri Olma Riski İle Meme Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

Bilgi puan türü	Düşük risk	Yüksek risk	Toplam	İstatistiksel
(n=1779)	X +SS	X +SS	X +SS	analiz
Risk faktörü bilgi puanı (min= 0,max= 15 puan)	7.5 ±3.8	7.2 ±3.7	7.5 ±3.8	P= 0.442
Semptom bilgi puanı (min= 0,max= 9 puan)	6.2 ±2.9	6.1 ±3.0	6.2 ±2.9	P=0.750
Toplam bilgi puanı (min= 0,max= 24 puan)	13.8 ±5.8	13.3 ±6.0	13.7 ±5.8	P=0.603

Tablo 9’da kadınların invaziv meme kanseri riski taşıma durumu ile meme kanseri risk faktörlerinin dağılımları incelenmiştir. Buna göre;

Düşük riskli grubun büyük çoğunluğunu 40-49 yaş arası kadınlar ve yüksek riskli grubun büyük çoğunluğunu 60-69 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların yaşı ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve ileri yaş grubundaki kadınların yüksek risk grubunda yer alması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**P=0.000**). Kadınların yaşı arttıkça meme kanseri riskinin de artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0.000, r=0.714). Ayrıca yüksek riskli grubu en fazla (%50.5) 60-69 yaş arası kadınların oluşturduğu, en yüksek meme kanseri olasılık oranına (%2.5) 40-49 yaş arası kadınların sahip olduğu bulunmuştur. Yüksek riskli kadınların yaşı ile meme kanseri risk olasılık oranları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (P=0.556). Yaş riskli grupta yer almayı etkilerken, yüksek risk grubundaki kadınların risk olasılık oranını etkilememektedir.

Düşük riskli ve yüksek riskli grubun büyük çoğunluğunun menarş yaşı 14 yaş ve üzerindedir. Kadınların menarş yaşı ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır

(**P=0.529**). Ayrıca yüksek riskli kadınların çoğunun (%50.5) menarş yaşı 14 yaş ve üzerinde olmasına rağmen, menarş yaşı 12-13 yaş aralığında olan kadınların meme kanseri olasılık oranının (%2.2) daha fazla olduğu bulunmuştur. Yüksek riskli kadınların menarş yaşı ile meme kanseri risk olasılık oranları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p=0.608$).

Düşük riskli ve yüksek riskli kadınların büyük çoğunluğu 20-24 yaş grubunda ilk doğumlarını yapmıştır. Kadınların ilk canlı doğum yaşı ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur (**P=0.000**). İlk canlı doğum yaşının 25 yaş ve üzerinde olması yüksek risk grubunda yer alma nedenidir. Ayrıca yüksek riskli kadınların %36.9'u ilk canlı doğumlarını 20-24 yaş aralığında yapmıştır. İlk canlı doğum yaşı 24 yaş ve altında olan kadınların (%2.4) meme kanseri açısından daha çok risk taşıdığı görülmüştür. Yüksek riskli kadınların ilk canlı doğum yaşı ile meme kanseri risk olasılık oranları karşılaştırılmıştır ve ilk canlı doğum yaşı arttıkça meme kanseri risk olasılık oranının azalması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.000$, $r=-0.320$).

Düşük riskli ve yüksek riskli kadınların büyük çoğunluğun meme biyopsisi yaptırılmamıştır. Kadınların meme biyopsi öyküsü ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve kadınların meme biyopsisi öyküsü olup olmaması ile biyopsi sayıları düşük riskli veya yüksek riskli grupta istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmıştır (**P=0.000**). Biyopsi öyküsü olan ve alınan biyopsi sayısı fazla olan kadınların risklerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca yüksek riskli kadınların çoğunluğu (%82.5) daha önce meme biyopsisi yaptırmamışken, en yüksek meme kanseri risk olasılık oranına (%2.6) bir meme biyopsisi yaptıran kadınların sahip olduğu bulunmuştur. Yüksek riskli kadınların biyopsi öyküsü ile meme kanseri risk olasılık oranları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($P=0.224$).

Düşük riskli ve yüksek riskli kadınların büyük çoğunluğunun ailesinde (anne veya kız kardeş) meme kanseri öyküsünün olmadığı tespit edilmiştir. Kadınların ailesinde meme kanseri öyküsü ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma

durumları karşılaştırılmıştır ve aile öyküsü pozitif olan kadınların risk olasılık oranlarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**P=0.000**). Ayrıca yüksek riskli kadınların ailesinde meme kanseri öyküsü (%54.4) yok iken, en yüksek meme kanseri olasılık oranına (%3.7) annesinde veya iki kız kardeşinde meme kanseri öyküsü olan kadınların sahip olduğu bulunmuştur. Yüksek riskli kadınların ailesinde meme kanseri öyküsü ile meme kanseri risk olasılık oranları karşılaştırılmıştır. Ailede meme kanserli kişi sayısı arttıkça meme kanseri olasılık oranında artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0.000, r= 0.673).

Düşük riskli kadınların büyük çoğunluğu OK kullanmamıştır. Kadınların OK kullanma durumu ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (**P=0.266**). Kadınların OK kullanma süreleri ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları da karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (P=0.897). Ayrıca yüksek riskli kadınların çoğu (%94) OK kullanmamıştır. OK'i 5-9 yıl kullanan kadınların (%10) meme kanseri olasılık oranı (%2.2) daha fazladır. Yüksek riskli kadınların OK kullanma durumları ile meme kanseri risk olasılık oranları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (P=0.906).

Düşük riskli ve yüksek riskli kadınların çoğu çocuklarını emzirmiştir. Kadınların emzirme öyküsü ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve emzirme öyküsü olan kadınların düşük riskli grupta yer alması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**P=0.000**). Kadınların toplam emzirme süreleri ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve kadınların riskli olma durumları ile emzirme süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (P=0.889). Ayrıca yüksek riskli kadınların %19.4'ü hiç emzirmemişken, emzirmeyen kadınların meme kanseri risk olasılık oranı daha azdır (P= 0.026). Yüksek riskli kadınların emzirme süreleri ile meme kanseri risk olasılık oranları da karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (P=0.722).

Düşük riskli kadınların büyük çoğunluğu (%98.6) menapoza girmemiş iken, yüksek riskli kadınların çok azı (%4.3) menapoza girmemiştir. Kadınların menapoza

girme durumları ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve menapoza girmemiş olan kadınların düşük risk grubunda yer alması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**P=0.000**). Kadınların elli yaşından önce veya sonra menapoza girme durumları ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($P=0.164$). Ayrıca yüksek riskli grupta menapoza girmemiş olan kadınlar (%4.3) daha fazla meme kanseri olasılık oranına (%2.2) sahiptir. Fakat yüksek riskli kadınların menapoza girme durumları ile meme kanseri risk olasılıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($P=0.859$). Yüksek riskli kadınların elli yaşından önce veya sonra menapoza girme durumları ile meme kanseri risk olasılık oranları da karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($P=0.344$).

Düşük riskli ve yüksek riskli grupta menapoza giren kadınların büyük çoğunluğu HRT kullanmamaktadır. Kadınların HRT kullanma durumları ile düşük riskli veya yüksek riskli grupta yer alma durumları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (**P=0.605**). Ayrıca yüksek riskli kadınların HRT kullanma durumları ile meme kanseri risk olasılık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. ($P=0.594$).

Tablo 9: Kadınların İnvaziv Meme Kanseri Riskli Olma Durumu ile Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımları

Meme kanseri risk faktörleri	Düşük risk			Yüksek risk			İstatistiksel analiz
	n	%	X±SS	n	%	X±SS	
Yaş* (X=52.0±7.8)							
40-49 yaş	764	45.6	0.7 ±0.2	12	11.7	2.5 ±1.0	P=0.000 P=0.556
50-59 yaş	610	36.4	0.9 ±0.2	39	37.9	2.0±0.3	
60-69 yaş	302	18.0	1.2 ±0.1	52	50.5	2.1±0.6	
Menarş yaşı*							
11 yaş ve altı	95	5.7	1.0±0.3	7	6.8	2.0 ±0.4	P=0.529 P=0.608
12-13 yaş	810	48.3	0.9 ±0.2	44	42.7	2.2 ±0.6	
14 yaş üstü	771	46.0	0.8 ±0.2	52	50.5	2.1 ±0.5	
İlk Canlı Doğum Yaşı* (X=21.1±3.8)							
20 yaş altı	618	36.9	0.8 ±0.2	8	7.8	2.4 ±0.5	P= 0.000 P=0.002
20- 24 yaş	807	48.2	0.9 ±0.2	38	36.9	2.4 ±0.7	
25-29 veya nullipar	204	12.2	1.0 ±0.2	35	34.0	1.9 ±0.5	
30 yaş üstü	47	2.8	1.1 ±0.2	22	21.4	1.9 ±0.3	
Biyopsi *							
Biyopsi alınmamış	1606	95.8	0.8 ±0.2	85	82.5	2.0 ±0.4	P=0.000 P=0.224
1 Biyopsi	59	3.5	1.1 ±0.2	11	10.7	2.6 ±1.0	
2 veya daha fazla biyopsi	11	6.1	1.2 ±0.2	7	6.8	2.3 ±0.8	
Ailede kanser öyküsü*							
Yok	1649	98.4	0.8 ±0.2	56	54.4	1.8 ±0.1	P=0.000 P=0.002
Anne veya bir kız kardeşte var	26	1.6	1.3 ±0.2	43	41.7	2.4 ±0.6	
Anne veya iki kız kardeşte var	1	0.1	1.3 ±0.0	4	3.9	3.7 ±0.8	
OK kullanımı							
Kullanmamış	1449	94.0	0.9 ±0.2	93	6.0	2.1 ±0.6	P=0.226 P=0.906
1-4 yıl	157	69.2	0.8 ±0.2	7	70.0	1.9 ±0.2	
5-9 yıl	33	14.5	0.9 ±0.3	1	10.0	2.2 ±--	
10 yıl ve üstü	37	16.3	0.8 ±0.2	2	20.0	2.0 ±0.3	
Emzirme süresi							
Hiç emzirmemiş	81	4.8	1.0 ±0.3	20	19.4	1.9 ±0.3	P=0.000 P= 0.026
0-6 ay	113	7.1	0.9 ±0.3	7	8.4	2.1 ±0.5	
7-11 ay	168	10.5	0.8 ±0.2	9	10.8	2.2 ±0.7	
12 ay ve üstü	1314	82.4	0.8 ±0.2	67	80.7	2.2 ±0.6	
Menapoz yaşı (X=45.9±5.4)							
Menapoza girmemiş	627	98.6	0.7 ±0.2	9	1.4	2.2 ±0.7	P=0.000 P=0.859
50 yaşından önce	731	69.7	0.9 ±0.2	59	62.8	2.1 ±0.6	
50 yaşından sonra	318	30.3	1.1 ±0.2	35	37.2	2.1 ±0.5	
HRT alma durumu							
Alıyor	126	12.0	0.9 ±0.2	13	3.8	2.0±0.4	P=0.605 P=0.594
Almıyor	923	88.0	1.0 ±0.2	81	86.2	2.1 ±0.6	
Genel toplam	1676	94.2	0.9 ±0.2	103	5.8	2.1 ±0.6	

*Gail modelinin ele aldığı risk faktörleridir. P: Risk düzeyi için P: Yüksek riskli grup için

Tablo 10’da kadınların Gail Modeli’ne göre risk faktörlerinin OR’ları hesaplanmıştır. Buna göre; 40-49 yaş, 11 yaş ve altı menarş, 30 yaş üstü ilk canlı doğum, iki veya daha fazla biyopsi ve anne veya iki kız kardeşte kanser öyküsü olan kadınların meme kanseri OR’ları yüksek bulunmuştur.

Tablo 10: Kadınların Risk Faktörlerine Göre Meme Kanseri Olasılık Oranları

Risk faktörü *		n	%	OR	Standart Sapma(±SS)
Yaş	40-49 yaş	776	43.6	0,68	0,30
	50-59	649	36.5	0,66	0,19
	60-69	354	19.9	0,63	0,23
Menarş yaşı	11 yaş ve altı	102	5.7	0,71	0,19
	12-13 yaş	854	48.0	0,68	0,26
	14 yaş üstü	823	46.3	0,64	0,24
İlk Canlı Doğum Yaşı	< 20	626	35.2	0,53	0,14
	20-24	845	47.5	0,69	0,28
	25-29 veya nullipar	239	13.4	0,82	0,18
	>=30	69	3.9	0,98	0,12
Biyopsi	Biyopsi alınmamış	1691	95.1	0,64	0,20
	1 Biyopsi	70	3.9	0,98	0,59
	2 veya daha fazla biyopsi	18	1.0	1,27	0,46
Ailede kanser öyküsü	Yok	1705	95.8	0,63	0,14
	Anne veya bir kız kardeşte var	69	3.9	1,40	0,23
	Anne veya iki kız kardeşte var	5	0.3	3,26	1,02

*Gail 2 Modeli’nin ele aldığı risk faktörleri

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın tartışma kısmı bulgular paralelinde üç bölüm halinde ele alınmıştır.

Birinci bölümde; çalışma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri ve çocuk sahibi olan kadınların doğurganlık özellikleri,

İkinci bölümde; kadınların meme kanseri bilgileri ile sosyodemografik özellikleri ve meme kanseri risk faktörleri,

Üçüncü bölümde ise; kadınların Gail 2 Modeli'ne göre invaziv meme kanseri olma riski ile aldıkları bilgi puan ortalamaları ve meme kanseri risk faktörleri tartışılmıştır.

1. BÖLÜM

Çalışmamızda Eskişehir İl Merkezi'ndeki kadınların %43.6'sının 40-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Türkiye'de meme kanserine yönelik yapılan çalışmalara baktığımızda; Ankara Gölbaşı İlçesi'ndeki kadınların %64.7'sinin ve Malatya İl Merkezi'ndeki kadınların %55.7'sinin 40-49 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (17,107). Türkiye'de 40 yaş ve üzeri kadınlar ile yapılan çalışmalarda 40-49 yaş grubundaki kadınların çoğunluğu oluşturduğu dikkati çekmektedir.

Modern toplumun en önemli gereklerinden biri olan eğitim, üretken ve kaliteli bir yaşamın önkoşuludur. Eğitim temel bir insan hakkı olup, eşitlik, kalkınma ve toplumsal barışın sağlanıp sürdürülebilmesi için de gerekli bir koşuldur (89). Eskişehir İl'i için kadın nüfusta eğitim durumuna baktığımızda; okuma yazma oranı %95, ilköğretimde okullaşma oranı %100'dür. Kadın okur-yazar oranı ise %89'dur (31). Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğu (%75.7) ilköğretim mezunudur. Kadınları okur yazar olan ve olmayanlar olarak değerlendirdiğimizde bu oran %94.5 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Bu sonuçlar doğrultusunda Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası

sözleşmeler ve çekincesiz kabul ettiği uluslararası belgelerde kadın okuryazarlığını %100 olarak gerçekleştirme sözünü Eskişehir İl'i için büyük ölçüde yerine getirdiğini söyleyebiliriz.

Son yıllarda, gelişmiş ülkelerde, kadınların işgücüne katılım oranları büyük ölçüde artmasına rağmen, birçok gelişmekte olan ülkede ve Türkiye'de azalma eğilimi göstermektedir (12,67). Nitekim çalışmamızda kadınların %89.8'i ev hanımıdır, yani ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (Tablo 1). Zincir'in çalışmasında kadınların %90.5'i, Budakoğlu'nun çalışmasında ise kadınların %88.8'i ev hanımıdır. Çalışma bulgumuz diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların çoğunun ev hanımı olmasının nedenini; küçük çocukların bakımı, piyasa koşullarının elverişli olmayışı, kısmi çalışma olanaklarının sağlanamayışı, çalışmayla ilgili yasal mevzuattaki eksiklikler ve sonuçta kadının çalışması ile ilgili gelenek ve göreneklerin değişim hızının kadının lehine yavaş seyretmesi biçiminde belirtebiliriz.

Çalışmamızda kadınların %83.1'i gelirlerinin orta seviyede olduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Fakat yüz yüze görüşme tekniği ile anket uyguladığımız çoğu kadın gelirin düşük seviyede olduğunu belirtmek istememiş ve orta seviyede geliri olduğunu belirtmiştir. Bu sebeple de kadınların gelir düzeyi ile ilgili bu bulgunun gerçeği yansıtmadığı düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda kadınların çoğu evli (%83.2) ve çekirdek ailede (%90.4) yaşamaktadır (Tablo 1). Budakoğlu (%88.8) ve Zincir'in (%81.0) çalışmalarında da kadınların çoğu evlidir. Daha önceleri Türk toplumunda geniş aile tipi yaygınken, çalışma sonucumuz doğrultusunda bu aile yapısının çekirdek aileye döndüğünü söyleyebiliriz.

Çalışmamızda kadınların çoğunun (%97.1) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Zincir'in çalışmasında kadınların %73.7'sinin, Budakoğlu'nun çalışmasında ise kadınların %65.6'sının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki kadınların Zincir ve Budakoğlu'nun çalışmalarına göre daha fazla

oranda sosyal güvencesi olması sağlık kuruluşlarından daha çok yararlanacaklarını düşündürmüştür.

Çalışmamızda kadınların çoğu (%63.2) göç etmemiştir (Tablo 1). Kadınların %18'i ülkemizin yedi bölgesinden biri olan İç Anadolu Bölgesi'nden Eskişehir'e göç etmiştir. Bu sonuca göre, Eskişehir'in en çok İç Anadolu Bölgesi'nden göç aldığını söyleyebiliriz.

İlk kez 1966 yılında Birleşmiş Milletler Genel Toplantısında "ailelerin kendi büyüklüklerini belirleme özgürlüğü" bir hak olarak kabul edilmiş ve bu tarihten sonra birçok ülke toplumsal kalkınma ve refahın bir unsuru olan aile planlamasını benimseyerek konuyla ilgili yasal düzenlemeleri gerçekleştirmiştir (51). Kadınların doğurganlık özellikleri o bölgedeki kadın sağlığı ile aile planlaması çalışmalarının etkinliğini göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında, çalışmamızda çocuk sahibi olan kadınların ilk doğum yaşı ortalama 21.1 ± 3.8 , gebelik sayısı ortalama 4.0 ± 2.1 , doğum sayısı ortalama 2.7 ± 1.3 , yaşayan çocuk sayısı ortalama 2.5 ± 1.1 olarak saptanmıştır (Tablo 2). Kaur ve ark.'larının çalışmasında kadınların ilk doğum yaşı ortalama 20.0 olarak saptanmıştır. Budakoğlu'nun çalışmasında kadınların ilk doğum yaşı ortalama 19.8 ± 3.5 , gebelik sayısı ortalama 6.3 ± 2.8 , canlı doğum sayısı ortalama 4.8 ± 2.1 , yaşayan çocuk sayısı ise ortalama 3.9 ± 1.4 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda kadınların ilk doğum yaşı Budakoğlu ile Kaur ve ark.'larının çalışmasına göre daha yüksek bulunurken; gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları Budakoğlu'nun çalışmasına göre daha düşük bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları Eskişehir'de aile planlamasına yönelik yapılan çalışmaların Ankara'daki çalışmalara göre daha etkin olduğunu düşündürmüştür. Kadınlarımızın aile planlamasına yönelik eğitimiyle birlikte anne ve çocuk sağlığı ölçütlerinin de iyileşeceği kaçınılmazdır.

2. BÖLÜM

Kadınların meme kanseri tanısına götüren semptomları tanımlamaları meme kanserinin erken tanısında önemlidir. Meme kanseri olan hastaların yaklaşık olarak %70'inde ilk bulgu kitledir (97,110). Çalışmamızda memede kitle %86.2'lik bir oranla en fazla bilinen meme kanseri semptomu olarak tespit edilmiştir (Tablo 3). Orhan, Zincir, Şen ve ark.'ları ve Atlı'nın çalışmalarında bu oran sırasıyla %77.8, %76.9, %75.0 ve %55.8 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda meme kanseri semptomu olarak en fazla memede kitlenin bilinmesi literatür sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Memede oluşan kitlelerin çoğunluğunun kadınlar tarafından bilinçli olarak ya da tesadüfen fark edildiği bilinmektedir. Bu durum göz önüne alındığında, çalışmamızdaki kadınların çoğunun memede kitleyi bilinçli olarak tespit edeceklerini ve erken tanı sürecinde etkin rol alacaklarını söyleyebiliriz.

Meme kanserinde yaşın önemli bir etken olduğu ve yaşın ilerlemesiyle birlikte meme kanserinin sıklığında artış olduğu, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlarda, bebeğini emzirmeyenlerde, hiç doğum yapmayanlarda, sigara içenlerde meme kanseri riskinin artmış olduğu bilinmektedir (5,6,85). Araştırma kapsamındaki kadınlara meme kanseri risk faktörleri sorulduğunda; kadınların %83.6'i sigara kullananlarda, %69.5'i ailesinde meme kanseri olanlarda, %65.9'u bebeğini emzirmeyenlerde, %45.4'ü hiç doğum yapmayanlarda ve %34.7'si ileri yaşta olanlarda meme kanseri riskinin arttığını ifade etmişlerdir (Tablo 4). Şen ve ark.larının çalışmasında kadınların %71'inin sigara kullanılmasını, %67.1'inin bebeğin az emzirilmesini, %64.5'inin hiç doğum yapmamayı, %64.1'inin yakın akrabada meme kanserinin olmasını ve %57.5'inin yaşlanmayı meme kanseri risk faktörü olarak görmüşlerdir. Zincir'in çalışmasında kadınların %61.2'si ailesinde meme kanseri olanlarda, %60.9'u yaşı ilerlemiş olanlarda ve %35.5'i hiç doğum yapmayanlarda meme kanseri riskinin arttığını ifade etmişlerdir. Orhan'ın çalışmasında kadınlara meme kanseri risk faktörleri sorulduğunda; kadınların %48'i bebeğini emzirmeyenlerde, %26.0'sı hiç doğum yapmayanlarda, %23.2'si ailesinde meme kanseri olanlarda, %24'ü sigara içenlerde daha sık görüldüğünü ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri risk faktörlerini değişik oranlarda bildikleri görülmektedir. Çalışmamızda

kadınların meme kanseri risk faktörü olarak birinci sırada sigarayı belirtmesi dikkat çekicidir. Bu sonuç kadınların son birkaç yıldır sigara kullanımının azaltılması üzerine yapılan düzenlemelerden etkilendiğini düşündürmüştür. Meme kanseri risk faktörlerinin kadınlar tarafından bilinip tanımlanabilmesi erken tanıyı kolaylaştıracaktır.

Çalışmamızda meme kanseri riski düşük veya yüksek grupta alınabilecek minimum ve maksimum meme kanseri bilgi puanları (semptom puanı, risk faktörü puanı, toplam puan) alınmıştır. Kadınların en fazla 24 puan alabilecekleri meme kanseri bilgi puan ortalamasından 13.7 ± 5.8 puan alması düşük bilgi puanı olarak değerlendirilmiştir (Tablo 5). Koçyiğit'in çalışmasında kadınların meme kanseri bilgi puan ortalaması ile Şen ve ark.'larının çalışmasında kadınların meme kanseri riski ve belirtileri bilgi puan ortalamaları da düşük bulunmuştur. Çalışma bulgumuz Koçyiğit ile Şen ve ark.'larının bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçları ülkemizde kadınların meme kanserine yönelik bilgilendirilmelerinin yetersiz olduğunu düşündürmüştür.

Sağlık alanında yüksekokul ve fakültelerin dışında meme kanserine yönelik formal bir eğitim programı uygulanmadığından üniversite mezunu kadınların bilgilerinin daha ziyade genel kültür düzeyleri, medya ve diğer bilgi kaynaklarına daha fazla ulaşma imkanlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (30). Çalışmamızda üniversite mezunu kadınların meme kanseri bilgi puanı daha yüksek bulunmuştur Bu sonuç doğrultusunda eğitim düzeyi ile bilgi düzeyi arasında önemli bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 5). Kadınların eğitim düzeyleri arttıkça meme kanseri bilgi puan ortalamalarının artması Şen ve ark.'larının çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda bekar olan veya çekirdek ailede yaşayan kadınların meme kanseri bilgi puanı yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Bu bulgu bekar olan veya çekirdek ailede yaşayan kadınların genç ve eğitim düzeyinin yüksek olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda kadınların gelir düzeyi arttıkça meme kanseri bilgi puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 5). Koçyiğit'in çalışmasında gelir düzeyini yeterli bulan kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mamografi hakkında ortalama bilgi

puanlarının aile gelirlerini yetersiz bulanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgumuz Koçyiğit'in çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Gelir düzeyi iyi olan kadınların meme kanseri yönünden bilgili olmaları, sağlık kuruluşu ve bilgi kaynaklarına ulaşım olanaklarından daha fazla yararlandıklarını düşündürmüştür.

Memurların meme kanseri bilgi puan ortalaması diğer meslek gruplarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Şen ve ark.'larının çalışmasında da, memurların meme kanseri riski, kanser belirtileri ve KKMM'ni bilme bilgi puanları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar memur olanların eğitim düzeylerinden ve sağlık kurumlarından yararlanma olanaklarının fazlalığından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda meme kanseri hakkında bilgi alan kadınların (%55.9) bilgi puan ortalamaları bilgi almayan kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 5). Akkaş'ın çalışmasında meme kanserinin erken tanısına ilişkin bilgi alanların (%55.5) bilgi puan ortalamaları bilgi almayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgumuz Akkaş'ın çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar kadınlara meme kanserine yönelik bilgi verilmesinin meme kanserine yönelik farkındalık yarattığını göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların %83.6'sı sigaranın meme kanseri riskini arttıracığını belirtmektedir (Tablo 4). Çalışmamızda günde 5 taneden az sigara kullanan kadınlar en yüksek meme kanseri bilgi puanını, günde 20 taneden fazla sigara kullanan kadınlar en düşük bilgi puanını almışlardır. Günde 5 taneden az sigara kullanan ve günde 5-10 tane sigara kullanan kadınların diğer gruplarda yer alan kadınlara göre (sigara kullanmayan, günde 10-20 tane sigara kullanan, günde 20 taneden fazla sigara kullanan) aldıkları meme kanseri bilgi puanları daha yüksektir (Tablo 5). Günde daha az sigara tüketen kadınların bilgi puanlarının daha yüksek olması, kadınların meme kanseri riskini azaltmak için daha az sigara kullandığını düşündürmüştür.

Çalışmamızda kadınların göç etme durumları ile meme kanseri bilgi puanları arasında anlamlı bir farkın bulunmaması, göç etmenin meme kanseri bilgi puan ortalaması üzerine etki etmediğini düşündürmüştür (Tablo 5).

Çalışmamızda kadınların yaşı ilerledikçe meme kanseri bilgi puanlarının düştüğü saptanmıştır (Tablo 6). Şen ve ark.'ları da çalışmalarında 55 ve üzeri yaş grubu kadınlarda meme kanseri bilgi puanının düştüğünü gözlemlemiştir. Çalışma sonuçları yaşlı kadınların meme kanserinin yaşı daha genç olanlarda ortaya çıktığını düşünmelerinin payı olduğunu ve genç kadınların meme kanseri açısından kendilerini risk altında gördüklerini düşündürmüştür.

Çalışmamızda kadınların ilk canlı doğum yapma yaşı arttıkça meme kanseri bilgi puan ortalamalarının artması meme kanseri bilgisine ilk canlı doğum yaşının etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 6).

Çalışmamızda meme biyopsi öyküsü olan kadınların biyopsi öyküsü olmayan kadınlara göre meme kanseri bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Bu bulgu, biyopsi alınan kadınların işlem öncesi doktorları tarafından bilgilendirilmeleri ve kadınların meme kanseri konusunda araştırmaya yönelmeleri ile açıklanabilir.

Kadınların birinci derece yakınında meme kanseri bulunma durumu ile meme kanserine yönelik aldıkları bilgi puanları arasında anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 6). Böyle bir sonuç, meme kanserinde birincil risk faktörü olan birinci derece yakınında meme kanseri olmasının meme kanseri bilgi düzeyine ve meme kanseri risk algılamasına etkisinin olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Nitekim, Atlı'nın çalışmasında meme kanseri riskinin algılamasının kadınların birinci derece yakınında meme kanseri bulunmasına bağımlı olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda kadınların %49.3'ü OK kullanımını meme kanseri risk faktörü olarak bilmediğini belirtmiştir (Tablo 4). OK kullanan ve kullanmayan kadınların meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6). Böyle bir sonuç OK kullanımının kadınlarda meme kanseri bilgisine etki etmediğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda kadınların %65.9'u emzirmenin meme kanseri riskini azaltacağını belirtirken, emzirme öyküsü olan ve emzirme öyküsü olmayan kadınların meme kanseri

bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4, Tablo 6). Bunun nedeni emzirmenin Türk toplumunda kabul görmesinden kaynaklanması olabilir.

Çalışmamızda menapoza giren kadınların meme kanseri bilgi puanları daha düşüktür (Tablo 6). Bunun nedeni, çalışmamızda kadınların yaşı ilerledikçe meme kanseri bilgi puan ortalamalarının da düşük olduğu sonucuyla bağlantılı olabilir.

Menapoza giren kadınların HRT kullanma durumları ile meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Menapoza giren kadınların %87.8'i HRT kullanmamaktadır (Tablo 6). Bu doğrultuda kadınların HRT kullanmamalarının nedeni, meme kanseri açısından bilinçli olmalarıyla açıklanamaz.

3. BÖLÜM

Çalışmamızda kadınların Gail 2 Modeli'ne göre beş yıllık meme kanseri risk olasılık oranı % 0.3-5.3 aralığında değişmektedir. Kaur ve ark.'larının çalışmasında bu oran 1.42-2.69 olarak bulunmuştur. Bu iki çalışmanın risk sonuçları arasındaki farklılığın, çalışmamızın herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmayan normal popülasyondaki kadınlarda, Kaur ve ark.'larının çalışmasının sağlık kuruluşuna başvuran mamografi çektiren kadınlarda yapılmasından kaynaklandığını düşündürmüştür. Çalışmamızda 1779 kadının Gail 2 Modeli'ne göre beş yıllık meme kanseri risk olasılık oranı ortalama %0.9 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Canbulat 35 yaşından büyük olan sağlık çalışanlarında (n=78) beş yıllık meme kanseri risk olasılık oranı ortalama %0.9 olarak belirlerken, Ulusoy bening (n=300) ve malign (n=200) meme kanserli kadınları incelediği çalışmasında her iki gruptaki kadınların beş yıllık risk ortalamasını %0.8 olarak belirlemiştir. Çalışma sonucumuz Canbulat'ın ve Ulusoy'un çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda çalışmamızda kadınların beş yıl içinde invaziv meme kanseri olmama olasılık oranı %99.1 olarak karşımıza çıkmaktadır. Her kadının yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski farklı olmasıyla beraber, Amerika'da bir kadının doğuştan meme kanserine yakalanma riski %12.8'dir (79). Karahan ve ark.'ları yaşam boyu meme kanseri olma riskini hesapladığı hemşire grubunun (%10.4) normal popülasyonun taşıdığı riskten (%12.2) daha düşük risk olasılık oranına sahip olduğunu belirlemiştir. Bu çalışmadaki kadınların yaşam

boyu meme kanseri risk olasılık oranı %7.7 iken herhangi bir risk faktörü olmadan meme kanseri risk olasılık oranı %10.4 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Bu bulgu Karahan ve ark.'nın çalışma bulgusuyla benzer niteliktedir. Bir başka deyişle her sekiz kadından biri yaşamının bir döneminde meme kanseri olacaktır (80). Yine çalışmamızda kadınların yaşam boyu invaziv meme kanseri olmama olasılık oranı %92.3 olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışma sonuçlarımız doğrultusunda 1779 kadının hem beş yıllık hem de yaşamı boyunca invaziv meme kanseri olmama olasılık oranı yüksek olduğu görülmüştür.

Meme kanseri yönünden düşük veya yüksek riskli kadınların meme kanseri belirtileri, risk faktörleri ve toplam bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Risk düzeyi yüksek olan kadınların (13.3 ± 6.0) risk düzeyi düşük olan kadınlara (13.8 ± 5.8) göre meme kanseri bilgi puan ortalamaları daha düşüktür (Tablo 8). Bu sonuç, meme kanseri risk olasılığı yüksek olan kadınların meme kanseri risk algılamalarının düşük olduğunu ve erken tanıyı geciktireceklerini düşündürmüştür.

Meme kanseri riskinin toplumda bilinmesi, etiolojisinde rol oynayabilecek faktörlerin araştırılması, saptanması ve yok edilmesine yardımcı olabileceği gibi, meydana gelebilecek meme kanserlerinin erken tanısına, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesine ve etkili tedavi yöntemlerinin saptanmasına da yardımcı olmaktadır (13, 37). Relatif meme kanseri risk dağılımı minimum risk, maksimum risk ve atfedilen risk olmak üzere üç analitik yaklaşımla gösterilmektedir. Bu risk oranları sırasıyla en iyi durumu, en kötü durumu ve temsili durumu ifade etmektedir (52). Çalışmamızda meme kanseri risk olasılık oranı kadınların %94.2 (n=1676)'sinde düşük ve %5.8'inde (n=103) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Eti Aslan'ın Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın kabul ettiği ve kullanımını önerdiği Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu'nu kullandığı çalışmasında, meme kanseri risk düzeyinin kadınların %98.5'inde (n=1069) düşük, %0.7'sinde (n=8) orta ve %0.8'inde (n=8) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Eti Aslan ile bizim çalışmamızda kullanılan meme kanseri risk değerlendirme aracının farklı olmasına karşın, her iki çalışmada da kadınların büyük çoğunluğunun meme kanseri risk olasılık oranının düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda kadınların %94.2'sinin meme kanseri olma riskinin düşük olması,

kadınların çoğunluğunun menarş yaşının 12-13 yaş arasında olması (%48.0), büyük çoğunluğunun ailesinde meme kanseri öyküsünün bulunmaması (%95.8), çoğunluğunun ilk doğumlarını 20-24 yaş arası yapmış olmaları ve büyük çoğunluğunun (%95.0) memesine herhangi bir nedenle invaziv girişimde (biyopsi) bulunmadığı sonucundan kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışma sonuçları doğrultusunda yüksek riskli kadınlar KMM, mamografi gibi daha ileri değerlendirmeler için hastanelere gönderilerek meme kanseri gelişiminin belirlenmesi için takip edilmelidir. Herhangi bir kliniğe başvurmayan çalışmamızdaki kadınları değerlendirirken, klinik olarak meme kanserli kadınların ancak %25'inde risk faktörlerinin tespit edildiğini unutmamak gerekir (52,101). Ayrıca meme kanseri prevalansı bilinse yüksek riskli meme kanseri olguları içinden meme kanseri olanlar belirlenerek, meme kanseri insidansı hesaplanabilir (22).

Ulusoy'un çalışmasında meme kanseri kendi içinde değerlendirildiğinde, Gail 2 Modeline göre yüksek riskli grupta yaş ortalamaları daha yüksek iken (Medyan 54) düşük riskli grupta yaş ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Medyan 51). Çalışmamızda Gail 2 Modeli'ne göre yüksek riskli kadınların yaş ortalaması 59.2 ± 6.7 (Medyan 60), düşük riskli kadınların ise yaş ortalaması 51.5 ± 7.7 (Medyan 50) olarak saptanmıştır. Bu bulgu Ulusoy'un çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar Türkiye'de meme kanseri olan kadınlardan riski yüksek olanların riski düşük olanlara göre ve meme kanseri olan kadınların olmayanlara göre yaş ortalamalarının daha yüksek oluşunu destekler niteliktedir. Çalışmamızda meme kanseri açısından yüksek riskli kadınların daha çok 40-49 yaş grubunda yer aldıkları ve diğer yaş gruplarına (50-59 yaş, 60-69 yaş) göre daha yüksek risk olasılık oranına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 9). Bu durum meme kanserinin 40-59 yaş arasında kadınlarda tüm kanserler içerisinde ilk ölüm nedeni iken, ileri yaşlarda ikinci veya üçüncü ölüm nedeni olmasıyla açıklanabilir (80). Aynı zamanda bu durum 40-49 yaş grubundaki kadınların Gail 2 Modeli'nin ele aldığı yaş dışındaki diğer risk faktörlerinden (biyopsi sayısı, meme kanserli akraba sayısı) etkilenmesi ile açıklanabilir.

Üreme kapasitesini oluşturan biyolojik değişiklikleri kapsayan puberte dönemi, adolesan dönemin içinde başlayıp biten, sekonder seks karakterlerinin başlaması ile ortaya çıkan; kızda menarş ile sonlanan dönemdir. Çeşitli etmenlerin etkilemesi nedeni

ile, bu döneme daha erken ya da daha geç yaşlarda girilebilir. Irk, vücutta hormonların salınmasını etkileyen etmenler, iklim, ailesel özellikler, beslenme durumu, çevresel uyarılar menarş yaşını etkileyebilir (90). Çalışmamızda kadınların %48.0'inin menarş yaşı 12-13 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Kaur ve ark.larının çalışmasında, kadınların %55'inin menarş yaşının 12-13 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Canbulat çalışmasında kadınların %48.5'inin menarş yaşını 12-13 yaş olarak belirlemiştir. Kadınların menarş yaşı Eti Aslan ve Gürkan'ın çalışmasında ortalama 13.29 ± 1.41 ve Tekgül'ün çalışmasında ortalama 13.3 ± 1.3 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular Kaur ve ark.ları ile Canbulat'ın belirlediği menarş yaşı ile uyumludur. Çalışmamızda kadınların menarş yaşı grupsal olarak ele alındığı için, kadınların menarş yaşı ortalaması belirlenememiştir. Fakat kadınların %48.0'inin menarş yaşının 12-13 yaş arasında olması, menarş yaş ortalamasının bu yaş aralığında bir değer alacağını söyleyebiliriz. Bu bağlamda çalışmamızdaki kadınların menarş yaş ortalaması Eti Aslan ve Gürkan ile Tekgül'ün çalışmalarında belirlediği menarş yaşı ortalamasına göre daha düşüktür. Bir çalışmada erken menarş ve geç menapozun meme kanseri gelişimini %30-50 oranında arttırdığı bulunmuştur (80). Literatürde menarşın erken yaşta görülmesinin meme kanseri gelişim riskini arttırdığı belirtilmektedir (13,15,80,82). Çalışmamızda bu bilgi meme kanseri risk olasılık oranı düşük olan (sırasıyla %1.0, %0.9, %0.8) kadınlarda doğrulanmasına karşın, meme kanseri risk olasılık oranı yüksek olan kadınlarda (sırasıyla %2.0,%2.2, %2.1) bu bilgi doğrulanmamaktadır (Tablo 9). Bu sonuç menarşın ağırlıklı olarak 12 yaş üzerinde olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olan kadınların ilk canlı doğum ortalama yaşının 21.1 ± 3.8 olduğu ve çok azının (%2.1) nullipar olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Kaur ve ark.larının çalışmasında ise kadınların ilk canlı doğum ortalama yaşının 20 olduğu ve kadınların çok azının nullipar olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. İlk doğumu erken yaşta yapmak (20 yaşından önce) nullipar kadınlara göre meme kanseri riskini yaklaşık %50 oranında azaltmaktadır. İlk doğum yaşının her bir yıl gecikmesiyle %4-6 oranında meme kanseri risk artışı vardır (13). İlk doğumu 30 yaşından sonra olan kadınların meme kanseri riski nullipar kadınlara göre daha fazladır (15,80). Gail 2 Modeli'ne göre nullipar kadınlar ilk canlı doğumunu 25-29

yaşında yapan kadınlarla aynı risk olasılığına sahiptir. Gail 2 Modeli'ne göre değerlendirme yaptığımız için nulliparite ile ilgili karşılaştırmalar yapılmamıştır. Düşük riskli kadınların ilk canlı doğum yaşı arttıkça meme kanseri risk olasılık oranı artmakta iken, yüksek riskli kadınların ilk canlı doğum yaşı arttıkça meme kanseri risk olasılık oranı azalmaktadır (Tablo 10). İlk canlı doğumunu 20 yaşından önce ve 20-24 yaşları arasında yapan kadınların meme kanseri risk olasılık oranının fazla olmasının nedeni; bu yaş gruplarındaki kadınların Gail 2 Modeli'nin ele aldığı biyopsi sayısı ve meme kanserli akraba sayısından daha fazla puan aldıkları ile yorumlanabilir.

Meme muayenesi, mamografi ve ultrasonografi gibi tanı yöntemlerinin hepsi meme kanserinin tanısında yardımcı olurlar, ancak bu yöntemlerle hiçbir zaman tam tanı konamaz. Tam tanı biyopsi ve histopatolojik tetkik ile konur (30). Eskişehir'de yaptığımız çalışmamızda kadınların %95.1'inin daha önceden meme biyopsisi yaptırmadığı saptanmıştır (Tablo 6). Atlı'nın İstanbul'da yaptığı bir çalışmada yetişkin kadınların %98.1'inin hiç meme biyopsisi yaptırmadığı görülmüştür. Canbulat Erzurum'da yaptığı çalışmasında kadınların %92.9'una herhangi bir nedenle invaziv girişimde bulunulmadığını tespit etmiştir. Çalışma bulgumuz Atlı ve Canbulat'ın çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun daha önce meme biyopsisi yaptırmamış olması, meme kanserli kadınların çalışma kapsamına alınmadığından kaynaklanmış olabilir. Mayo Kliniklerinde 1967-1991 yılları arasında meme kanseri tanısı almış 9087 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada atipik hiperplazili kadınlarda ilk biyopsiden 10 yıl sonra aynı memede kanser geliştiği gözlenmiştir (41). Kısaca meme biyopsisi alınması meme kanseri riskini arttırmıştır. Ulusoy'un 2007 yılında Gail Modeli'ni Türkiye'de uyguladığı çalışmasında, biyopsi öyküsü pozitif meme kanserli kadınlarda meme kanseri risk olasılık oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Yine aynı çalışmada biyopsi sayısının bir ya da birden fazla olmasının fark yaratmadığı sonucuna varılmıştır. 2008 yılında yaptığımız çalışmamızda risk düzeyi yüksek grupta biyopsi öyküsü pozitif olanların (1 biyopsi 2.6, 2 ve daha fazla biyopsi 2.3) negatif olanlara göre (2.0) meme kanseri risk olasılık oranları daha yüksektir (Tablo 9). Yine çalışmamızda biyopsi sayısının bir ya da birden fazla olması meme kanseri riski açısından anlamlı fark yaratmıştır. Biyopsi ile meme kanseri risk olasılık oranı bulgumuz Ulusoy'un çalışma bulgusunu desteklerken, biyopsi

sayısı ile meme kanseri risk olasılık oranı bulgumuz Ulusoy'un çalışma bulgusunu desteklememektedir.

Meme kanseri %5-10 oranında kadınlardaki BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonundan kaynaklanmaktadır. BRCA1 mutasyonunun %65, BRCA2 mutasyonunun %45 oranla 70 yaşına kadar meme kanseri gelişim riskine sahip olduğu tahmin edilmektedir. Bu genetik yatkınlığın varlığına rağmen, meme kanserlerinin büyük bir çoğunluğunun herhangi bir ailesel hastalık öyküsü olmayan kadınlarda da oluştuğunu bilmek önemlidir (5,54). Nitekim Ustaoglu'nun Isparta Yöresi'nde 1960 kadın üzerinde yaptığı tarama çalışmasında memede malignite tanısı alan 36 olgudan, 26'sında (%72.2) ailesinde veya kendisinde meme kanseri hikayesi yoktur. Karahan ve ark.larının İstanbul'da yaptıkları çalışmasında hemşirelerin %92.2'sinin birinci derece akrabasında meme kanseri öyküsü yoktur. Şen ve ark.larının Isparta'da yürüttükleri çalışmalarında kadınların %90'nında ailesinde meme kanseri öyküsü yoktur. Canbulat Erzurum'da yaptığı tez çalışmasında kadınların %78.6'sının birinci derece akrabasında meme kanseri öyküsü olmadığını tespit etmiştir. Eskişehir'de yürüttüğümüz çalışmamızda kadınların çoğunun (%95.8) ailesinde (anne veya kız kardeşinde) meme kanseri öyküsü yoktur (Tablo 6). Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Karakayalı ve ark.larının Türk toplumunda tüm risk faktörlerinin meme kanseri gelişmesi üzerine etkilerini inceledikleri çalışmalarında; meme kanseri gelişen ve gelişmeyen hastaları karşılaştırdıklarında en önemli risk faktörü, olasılık oranını 8.6 kat arttıran birinci derece akrabalarda meme kanseri hikayesi olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda birinci derece akrabalarında (anne veya kız kardeşinde) meme kanseri öyküsü olan kadınların (2.4, 3.7) olmayanlara (1.8) göre daha yüksek risk olasılık oranına sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Çalışmamızda birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan kadınların yüksek risk olasılığına sahip olması, birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü bulunmasının en önemli risk faktörü olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür.

OK kullanımı ile meme kanseri arasındaki ilişkinin varlığı uzun süreli tartışmalara neden olmuştur. Konu halen tartışmalı olmasına rağmen son zamanlarda OK kullanılması ile daha fazla lokalize premenapozal meme kanseri görülmektedir (29).

Bir metaanaliz çalışmasına göre OK kullanan kadınlar kullanmayanlara göre meme kanserine 1.24 kat daha fazla yakalanmaktadır (101). Beji ve ark.'şısı ile Kuru ve ark.'ları OK kullanımını Türk kadını için meme kanseri risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir. Türkiye'de yapılan bu iki çalışmanın aksine, çalışmamızda kadınların OK kullanma durumu, OK kullanma süresi ile meme kanseri riski arasında anlamlılık bulunmamıştır. Meme kanseri risk olasılık oranı yüksek olup OK kullanan 10 kadın bulunmaktadır (Tablo 10).

Emzirmenin meme kanserinden koruyucu etkisi bilinmektedir (82,92). Emzirmenin meme kanserinden koruyucu etkisinde rol alan mekanizmalar, hormonal değişiklikler, östrojen seviyesinin azalması, östrojenin meme salgısıyla memeden uzaklaştırılması, bazı karsinojenlerin (Kolesterol- β -epoksit) süt salgısıyla uzaklaştırılması, meme dokusundaki fiziksel değişiklikler, ovülasyonun gecikmesi olarak sıralanabilir (57,77). Romieu ve ark.'ları çalışmalarında pre-post menapozal kadınların hiç emzirmeyen kadınlara göre meme kanseri için iki kat daha fazla risk altında olduklarını tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada ilk doğumdaki emzirme süresinin meme kanserinden koruyuculuğunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir. En az üç ay emzirmek meme kanserinden korunmak için gerekli görülmüştür (77). Literatüre uyumlu olarak, çalışmamızda emzirme öyküsü olan kadınların düşük risk grubunda yer alması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 9). Emzirmenin meme kanseri riskini azaltmadaki etkisi düşünüldüğünde, çocuk sahibi olan kadınların %97.8'inin emzirmesi Eskişehir'deki kadınlar için avantaj olarak düşünülebilir (Tablo 6). Romieu ve ark.'larının çalışmalarında 12-24 ay arası emziren kadınlarla hiç emziremeyen kadınlar karşılaştırıldığında, emziren kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığını (OR=0.47) tespit etmişlerdir (77). Çalışmamızda çocuk sahibi olan kadınların (n=1714) maksimum emzirme süresi 13.6 \pm 8.6 ay iken toplam emzirme süresi 31.6 \pm 25.4 ay olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki kadınların 31.6 \pm 25.4 toplam emzirme süresi Avrupa ve Kuzey Amerika'da (24 ay üzeri) yapılan çalışmalara benzer, Asya'da (100 ay üzeri) yapılan çalışmalardan düşük bulunmuştur. Kuru ve ark.'larının Türk kadınlarında meme kanseri risk faktörlerini inceledikleri çalışmalarında, hiç emzirmemeyi uzun süreli emzirmeye göre meme kanseri risk faktörü olarak belirlemişlerdir (OR 0.321 95% CI 0.12-0.79). Kuru ve ark.'larının çalışma bulgusunun aksine, çalışmamızda kadınların

toplam emzirme süreleri ile düşük veya yüksek riskli grupta yer almaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 9). Yüksek riskli grupta beklenenin aksine emzirme süreleri daha uzun bulunmuştur. Ancak emzirme süreleri göz önüne alındığında emzirme sürelerinin her iki grupta da riski azaltan süre ortalamasının üzerinde olduğu dikkati çekmektedir.

Yaşamın bir dönemi olan menapoz; yaşlanma sırasında, overlerde folliküler aktivitenin kaybına bağlı menstruasyonun sonlanmasıdır. Bir kadın kesintisiz olarak 12 ay adet görmemesi durumunda menapoza girmiş sayılmakta ve postmenapozal periyot başlamaktadır (91). Çalışmamızda kadınların %64.2'sinin menapoza girdiği ve menapoza giriş yaşının ortalama 45.9 ± 5.4 olduğu belirlenmiştir (Tablo 6, Tablo 10). Tokuç ve ark.'larının çalışmasında kadınların menapoza giriş yaşı ortalama 45.8 ± 5.1 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma bulgumuz Tokuç ve ark.'larının çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Kadınların östrojene maruziyeti arttıran riskli menapoz yaşının ($50 \text{ yaş} <$) altında olması, meme kanseri ile geç menapozun olumsuz etkisinden zarar görmeyeceklerini düşündürmüştür.

Postmenapozal dönemde over fonksiyonlarının bozulmasıyla östrojen miktarı azalmaktadır. Postmenapozal dönemde sıcak basması, terleme ve çarpıntı gibi vazomotor; irritabilite, depresyon, uyku bozuklukları gibi psikolojik; ve vajinal akıntı, kuruluk, dispareni, vulvar kaşıntı, idrarda yanma gibi ürogenital semptomları önlemek amaçlı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de HRT kullanılmaktadır (46). HRT postmenapozal semptomları engellemesi yanında, meme kanseri riskinin artmasına da neden olmaktadır (18,29). HRT, 5 yıldan kısa süreli kullanımlarda meme kanseri riskini arttırmamaktadır. 10 yıldan fazla kullanımlarda ise % 20-30'luk bir artış vardır. Bu ömür boyu riskin % 7'den % 9'a çıkması anlamına gelmektedir (29,94) Çalışmamızda menapoza giren kadınların %12.2'sinin HRT aldığı tespit edilmiştir (Tablo 6). Tokuç ve ark.'larının çalışmasında ise kadınların %18.9'unun HRT aldığı belirlenmiştir. Menapoza giren kadınların HRT alma durumlarına yönelik çalışma bulgumuz Tokuç ve ark.'larının çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda menapoza giren ve yüksek riskli grupta yer alan 94 kadından 81'i (%86.2) HRT kullanmamaktadır (Tablo 9). Beji ve ark.'ları Türk kadınlarında meme kanseri risk faktörlerini

inceledikleri çalışmalarında 5 yıl ve üzeri HRT kullanımını meme kanseri risk faktörü olarak belirlemişlerdir (OR 1.94, 95% CI 1.15-3.29). Meme kanseri risk olasılık oranı yüksek olan kadınların çoğunun (%86.2) HRT kullanmaması, kadınların HRT ile meme kanserinin olumsuz ilişkisinden etkilenmeyeceğini düşündürmüştür. Çalışmamızda meme kanseri açısından yüksek riskli grupta HRT kullanmayan kadınlar daha yüksek meme kanseri olasılık oranına sahiptir (Tablo 9). Literatüre ters olan bu sonuç, Gail 2 Model'inin risk faktörü olarak HRT'ni ele almadığından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kadınların Gail Modelin'e risk faktörlerinin olasılık oranları 40-49 yaş grubunda, 11 yaş ve altı menarşta, 30 yaş üstü ilk canlı doğumda, iki veya daha fazla biyopside ve anne veya iki kız kardeşte kanser öyküsünde yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Çalışma bulgumuz sayılan risk faktörlerinin meme kanseri için majör risk faktörleri olmasını doğrulamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçlarının Eskişehir / Merkez'deki kadınların meme kanseri bilgisi ve meme kanseri risk düzeyi ile ilgili trendleri ortaya koyması açısından ilk olma özelliği taşıdığı düşünülmektedir. Eskişehir İl Merkez'inde yaşayan 40-69 yaş arası 1779 kadını kapsayan ve kadınların meme kanseri risk düzeyini ve meme kanserine yönelik bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmanın sonuçlarına göre:

Çalışmaya katılan 1779 kadının 776 (%43.6)'sı 40-49 yaş arası, 649 (%36.5)'ü 50-59 yaş arası ve 354 (%19.9)'ü 60-69 yaş arasındaydı. Kadınların %75.7'si ilköğretim mezunu, %83.2'si evli ve %89.8'i ev hanımıydı.

Meme kanseri hakkında genel bilgisi olduğunu belirtenlerin oranı %55.9'du. Kadınların meme kanseri bilgi puan ortalaması 24 puan üzerinden 13.7 ± 5.8 'di. Kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve belirtileri konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görüldü. Ailesinde meme kanseri olan ve ailesinde meme kanseri olmayan kadınların meme kanseri bilgi puan ortalamaları arasında fark olmadığı sonucuna varıldı.

Kadınların %94.2'sinin meme kanseri açısından düşük riske, %5.8'inin meme kanseri açısından yüksek riske sahip olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan kadınların hesaplanan meme kanseri riski ortalama %0.9, yaşam boyu meme kanseri olma riski ise %7.7 olarak hesaplandı. Herhangi bir risk faktörü olmadan 5 yıllık meme kanseri olma riski ortalama %1.3, yaşam boyu meme kanseri olma riski ise ortalama %10.4 olarak bulundu.

Eskişehirli kadınların meme kanseri risk faktörleri karşılaştırıldı. Buna göre yaş, ilk canlı doğum yaşı, biyopsi, ailede kanser hikayesi, emzirme ile meme kanseri gelişme riskinin belirgin arttığı, ancak erken menarş, geç menapoz, emzirme süresi, OK ve HRT kullanımı gibi hormonal faktörlerin Eskişehir toplumu için anlamlı bir risk artışına sebep olmadığı bulundu.

Araştırmamızın sonuçları ışığında aşağıdaki öneriler yapılabilir:

Kadınların meme kanseri bilgilerinin geliştirilmesine yönelik:

- Yazılı ve görsel kitle iletişim araçları vasıtasıyla meme kanserinden korunma ve meme kanserinin erken tanısı gibi konularda eğitici yayınlar yapılması amacıyla yerel medya ile işbirliği yapılması,

- Temel Sağlık Hizmeti anlayışı gereğince tüm sağlık kuruluşlarında meme kanserinin belirtileri, meme kanserinden korunma gibi konularda özellikle risk grubunu oluşturan kadınlar olmak üzere 40 yaş üzerindeki ve ailesinde meme kanseri olan tüm kadınlara birebir eğitim verilmesi,

-Meme kanseri ve erken tanısına yönelik broşür ve el kitapçıkları hazırlanıp özellikle 40 yaş üzeri kadınlara ücretsiz olarak dağıtılması,

-Verilen eğitimlerin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların planlanması önerilebilir.

Eskişehir’de belirlenen risk gruplarına yönelik:

* Beş yıllık Gail Modeli risk ortalaması %1.67’nin altında olan (düşük riskli) kadınlara;

- Yılda bir fizik muayene
- Yılda bir mamografiyle tarama (40 yaşından itibaren)
- Kendi kendine meme muayenesi için teşvik
- Riskin 2-3 yılda bir yeniden değerlendirilmesi önerilebilir (50).

* Beş yıllık Gail Modeli risk ortalaması %1.67’nin üstünde (yüksek riskli) olan kadınlara;

- Altı-12 ayda bir fizik muayene
- Kırk yaşından itibaren yılda bir mamografi
- Kendi kendine meme muayenesi için teşvik
- Meme kanserinden korunma amaçlı Tamoksifen Sitrat (Nolvadex) kullanımı önerilebilir (48).

Eskişehir’de bazı meme kanseri risk faktörlerinin literatüre göre çelişkili olması nedeniyle, kohort çalışması veya vaka-kontrol çalışması yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Akkaş, H., 2006, Ankara Etimesgut İlçesi Eryaman 3 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20 yaş üzeri kadınların meme kanserinin erken tanısına ilişkin bilgi ve davranışlarının saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 127 s.
2. Alimoğlu, M. K., Alimoğlu, E. ve Kabaalioğlu A., 2004, Meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemleri. Sendrom. Aralık. 73-79 s.
3. Alimoğlu, E., Alimoğlu, M. K., Kabaalioğlu, A., Çeken K., Apaydın, A., ve Lüleci, E., 2004, Mamografi çekimine bağlı ağrı ve kaygı. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji. 10, 213-217 s.
4. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures, http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_Ix_Cancer_Facts_Figures, (2007-11-10)
5. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2007-2008, <http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf>, (2008-11-09)
6. Armstrong, K., Eisen, A. at Weber, B., 2000, Assessing the risk of breast cancer. The New England Journal of Medicine, February, 24, 564-570 p.
7. Arnot, B., 1998, The breast cancer prevention diet. 1st Edition. Little, Brown and Company/ Boston Newyork London, 148-149 p.
8. Arnot, B., 1998, The breast cancer prevention diet: what makes breast cancer grow. 1st Edition, Little, Brown and Company/ Boston Newyork London., 27 p.
9. Atlı, Ö., 2002, Yetişkin kadınların meme kanserine yönelik bilgi düzeyleri ve risk algılamaları ile “kendi kendine meme muayenesi” eğitiminin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı,, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 158 s.
10. Aydınтуğ, S., 2004, Meme kanserinde erken tanı, STED, 13 (6), 226-228 s.
11. Barton, M. B., 2005, Breast cancer Screening, Postgraduate Medicine, 118(2), 27-28 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

12. Berber, M. ve Yılmaz Eser, B., 2008, Türkiye’de kadın istihdamı: ülke ve bölge düzeyinde sektörel analiz, “İş,Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 10 (2), ISSN: 1303-2860
13. Beji, N, K., Risk factors for breast cancer in turkish women: a hospital-based case-control study, European Journal of Cancer Care, 16, 178-184 p.
14. Bilir, N., 2007, (Ed. Tuncer M), Türkiye’de Kanser Kontrolü:Tütün ve kanser ilişkisi, ülkemiz açısından önemi, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 171-180 s.
15. Bonadonna, G., Hortobagy, G. N., Gianni, A., 2001, Textbook of breast cancer: a clinical guide to therapy: the epidemiology of breast cancer., Martin dunitz ltd. London, 1-13.
16. Boyacıoğlu, H., Güneri P., 2006, Sağlık alanında kullanılan temel istatistik yöntemler. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi, 30 (3), 33-39 s.
17. Budakoğlu, I. İ., 2003, Gölbaşı İlçesi Bahçelievler Mahallesi’ndeki 40 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve meme kanseri erken tanı yöntemleri bilgi düzeyi ve bu konuda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 105 s.
18. Bush, N. J., Griffin-Sobel, J. P. 2003, Hormone replacement therapy in postmenopausal women. Oncology Nursing Forum, 30 (5), 747-749 p.
19. Canadian Cancer Society. What is breast cancer? <http://cancer.ca>, (2008-02-20)
20. Canbulat, N., 2006, Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 83 s.
21. Cengiz, B., Demirel, C., Kurtay, G., 2002, Selektif östrojen reseptör modülatörlerinin klinik kullanımı, T Klin J Gynecol Obst, 12 s.
22. Costantino, J. P., Gail, M.G., Pee, D., Anderson, S., Redmond, C. K., Benichou, J. at Wieand, H. S. 1999, Validation studies for models projecting the risk of invasive and total breast cancer incidence, Journal of the National Cancer Institue, 91 (18), September 15, 1541-1547 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

23. Çalışkan, A., 2005, Erkeklerde meme kanseri: kadınlarda meme kanseri ile karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 71 s.
24. Çitil, İ., İyibozkurt, A. C., Saygılı, H., 2006, Tamoksifen ve endometrium üzerine Etkileri, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 16, 53-57 s.
25. Decarli, A., Cazla, S., Masala, G., Specchia, C., Palli, D. at Gail, M. H. 2006, Gail model for prediction of absolute risk of invasive breast cancer: independent evaluation in the florence-european prospective investigation into cancer and nutrition cohort, Journal of the National Cancer Institute, 98(23), December 6, 1686-1693 p.
26. Demir, G., 2003, Kanser tarama testleri. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri. Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi. No: 37, Aralık, 145-147 s.
27. Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N. ve Söylemez, A., 2007, Meme sağlığı: Ege Bölgesi'nde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları, Marmara Medical Journal, 20(1), 29-36 p.
28. Eaton, L., 2003, World cancer rates Set to Double by 2020, BMJ, 326, 728 p.
29. Erel, C. T., 2006, Meme kanseri ve hormon replasman tedavisi, Ovulasyon indüksiyon ajanları ve oral kontraseptiflerin etkileri, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Meme kanseri.Sempozyum Dizisi no 54, Aralık 43-48 s.
30. Ersöz, Berktaş N., 1999, Ankara'da bir kamu kuruluşunda çalışan kadınların meme kanserinin erken tanısı ile ilgili bilgi düzeyleri., Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 78 s.
31. Eskişehir (Şehir,) http://tr.wikipedia.org/wiki/Eski%C5%9Fehir_%28merkez%29, 2008.08.11.
32. Eti Aslan, F. ve Gürkan, A., 2007, Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi, Meme Sağlığı Dergisi, 3 (2), 63-68 s.
33. Evans, G. at Howell A., 2007, Breast cancer risk assessment models, Breast Cancer Research, 9(5), 1-8 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

34. Finkelstein, M. at Love, N., 2000 (çev: Postgraduate Medicine. When should Tamoxifen be Offered for Breast Cancer Prevention Vol: 105 (6)May-1999) meme kanseri prevansiyonunda tamoksifen ne zaman önerilmelidir?, Sendrom, Nisan, 70-77 s.
35. Fisher, B., Constantino, J.P., Wickerham, D.L., Redmond, C.K. et al, 1998, Tamoxifen for the prevention of breast cancer: report of the national surgical adjuvant breast and bowel project p-1 study. Journal of National Cancer Institute., 90 (18), 1371-1388 p.
36. Gail, M.G. at Costantino, J. P., 2001, Validating models for projecting the absolute risk of breast cancer, Journal of the National Cancer Institute, 93 (5) March 7, 334-335 p.
37. Gail, M. H., Brinton, L. A., Byar, D. P., Corle, D. K., Gren, S. B., Schairer, C. at Mulvihill, J. J. 1989, Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. J. Natl Cancer Inst, 81: 1879-1886 p.
38. Gököz, Doğu G., Çıtlı, R., Dikilitaş, M., Özkan, M., Er, Ö., Öztürk, A. ve Altınbaş, M, 2007, Kemoterapi alan hastaların sosyodemografik ve tanısal özellikleri, Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 29(2), 132-138 P.
39. Gökpınar, Çevik, C., 2003, Memede kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi düzeyleri ve kitlenin fark edilmesinde kendi kendine meme muayenesinin etkisi, Yüksek Lisans Tezi , Afyon Kocatepe Üniversitesi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 59 s.
40. Hamzaoğlu, O., Özcan, U., 2006, Türkiye Sağlık İstatistikleri Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı, Aralık 2005, 60 s.
41. Hartmann, L. C., Sellers, T. A ., Frost, M. H., Lingle, W., Dengim, A. C., Ghosh, K., Vierkant, R. A., Maloney, S. D., Pankratz, S., Hillman, D., W, Suman, V. J., Johnson, j., Blake, C., Tlsty, T., Vachon, C. M., Melton, L. J. at Visscher, D. W., 2005, Bening breast disease and the risk of breast cancer, The New England Journal of Medicine., 353(3), 229-237 P.
42. Haydaroğlu, A., 2007, Meme kanseri tarama yöntemleri, Meme Sağlığı Dergisi, 3 (2), 109-111 s. (15-19 Kasım 2006, I. Ulusal Meme Kanseri Konsensus Toplantısı, Topluma Yönelik Meme Kanseri Tarama Programları Üzerine Yapılan Tartışmaların ve Konsensus Kurulu Oylamalarının Raporudur)

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

43. Haydaroğlu, A., Dubova, S., Özşaran, Z., Bölükbaşı, Y., Yılmaz, R., Kapkaç, M. ve Özdedeli, E., 2005, Ege Üniversitesi'nde meme kanserleri: 3897 olgunun değerlendirilmesi, Meme Sağlığı Dergisi,1(1), 6-11 s.
44. Humphries, K. H. ve Gill, S., 2003, Risks and benefits of hormone replacement therapy: the evidence speaks, CMAJ, April 15, 168(8), 1001-1010 p.
45. İrgil, E., 2001, Meme kanseri epidemiyolojisi, meme hastalıkları, Ünal, G. ve Ünal, H. (ed). Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul, 227-233 s.
46. İyiboğurt, A. C. ve Salihoğlu, Y., 2005, Meme kanseri ve hormon replasman tedavisi. Endokrinolojide Diyalog Dergisi, 2 (3)
47. Jordan, V. G., O'Malley, B. V., 2007, Selective estrogen-receptor modulators and antihormonal resistance in breast cancer, journal of clinical oncology, 25, 5815-5824 p.
48. Karahan, A., Topuzoğlu, A. ve Harmancı, H., 2002, Hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çektirmeye yönelik davranışlarını etkileyen faktörler, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Diyarbakır. 23-28 Eylül, 666 s.
49. Karayakalı, F. Y., Ekici, Y., Sevmiş, Ş., Pehlivan, S., Arat, Z. ve Moray, G., 2007, Meme kanseri için risk belirlemede gail modeli, Ulusal Cerrahi Dergisi, 23(4), Ekim-Kasım-Aralık. 129- 135 s.
50. Karayurt, Ö., Coşkun, A. ve Cerit, K., 2008, Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. Meme Sağlığı Dergisi, 4(1), 15-20 s.
51. Karaoğlu L., Çetin F., Ilgar M., Tekiner S., Güneş G., Genç M., Eğri M., Pehlivan E. 2005, Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan evli kadınların doğurganlık özellikleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanımları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(2), 93-97 s.
52. Kaur, J. S., Roubidoux, M. A., Sloan, J. ve Novotny, P., 2004, Can the gail model be useful in american and alaska native populations? Cancer, 100, 906-912 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

53. Koçyiğit, O., 2007, Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mamografi hakkındaki bilgi düzeyi: il merkezinde yapılan bir çalışma, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, 81 s.
54. Korde, L. A., Calzone, K. A. ve Zujewski, J., 2004, Assessing breast cancer risk, Postgraduate Medicine, 116 (4), October, 20-29 p.
55. Köşgeroğlu N. ve Ayrancı Ü., 2005, Postmenapozal meme kanserinde tamoksifen kullanımı: avantajları, dezavantajları ve sosyal boyutu, Sendrom, 17 (10), 99-101 s
56. Kuru, B., Özasan, C., Özdemir, P., Dinç, S., Çamlıbel, M. ve Alagöl, H., 2002 Risk factors for breast cancer in turkish women with early pregnancies and long-lasting lactation: a case control study, Acta Oncologica, 41, 556-561 p.
57. Lipworth, L., Renee Bailey, L. ve Trichopoulos, D., 2000, History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. Journal of the National Cancer Enstitue, 92(4), February 16, 302-312 p.
58. Machia, J., 2001, Breast cancer: risk, prevention, tamoxifen. American Journal of Nursing. April.101(4), 26-35 p.
59. Merey, S., 2002, Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 103 s.
60. Morrow, M. at Jordan C., 2000, Tamoxifen for the prevention of breast cancer the high- risk woman, Annals of Surgical Oncology, 7(1), 67-71 p.
61. National Cancer Institue. Breast cancer risk assessment tool. Bethesda, MD. <http://bcra.nci.nih.gov/brc/q1.htm> on 31. (2008-01-23).
62. Nural, N. ve Akdemir, N., 2000, Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (2), 1-12 s.
63. Nural, N., 1995, Kanser riski altında olan kişilerin saptanmasında hemşirenin rolü, Doktora Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 79 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

64. Orhan, S., 2002, Kayseri İli Seçilmiş Kentsel Sağlık Ocağı bölgesindeki yetişkin kadınların meme kanseri konusundaki düşünce ve davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 168 s.
65. Özdamar, K., 2003, SPSS ile biyoistatistik, Kaan Kitabevi. Eskişehir. 5. Baskı
66. Özekinci, S., 2007, Patoloji arşivindeki 10 yıllık kanser (1991-2000) olgularının genel değerlendirmesi. Dicle Tıp Dergisi, 34 (3), 164-169 s.
67. Özer, M. ve Biçerli, K., 2003-2004, Türkiye’de kadın işgücünün panel veri analizi, Sosyal Bilimler Dergisi, 55-86 s.
68. Özmen,V., .2008, Breast cancer in the world and Turkey, Journal of Breast Health, 4 (2), 7-8 s.
69. Özmen, V., 2006, Dünya’da ve Türkiye’de meme kanseri tarama (screening) ve kayıt programları, Meme Sağlığı Dergisi., 2 (2), 55-58 s.
70. Öztürk, A., S., Yirmibeşoğlu, E., Erkal, H. Ş. ve Egehan İ., . 2005, Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecini etkileyen değişkenler, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(2), 83-87 s.
71. Palomares M., Machia, J., Lehman, C., Daling, C. at McTiernan, A. J., 2006, Mammographic density correlation with Gail Model breast cancer risk estimates and component risk factors. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the american association for cancer research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 15(7), ISSN: 1055-9965
72. Park, N. at Kang, D., 2006, Breast cancer risk and immune responses in healthy women, Oncology Nursing Forum, 33 (6), 1151-1159 p.
73. Parkin, DM., Bray, F., Ferlay, J., Pisani, P., 2005, Global Cancer Statistics 2002, CA Cancer J Clin, 55(2), 74-108 s.
74. Paul, D., Terry at Thomas, E., 2002, Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literature, Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, October 11, 953-971 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

75. Pichert, G., Bolliger, B., Buser, K. at Pagani, O., 2003, Evidence-based management options for women at increased breast/ovarian cancer risk, *Annals of Oncology*, 14, 9-19 p.
76. Rockhill, B., Spiegelman, D., Byrne, C., Hunter, D. J. at Colditz G. A. 2001, Validation of the Gail et al. Model of breast cancer risk prediction and implications for chemoprevention, *Journal of the National Cancer Institute*, 93(5), March 7, 358-366 p.
77. Romieu, I., Hernandez-Avila, M., Lazcano, E., Lopez, L. at Romero-Jaime, R., 1996, Breast cancer and lactation history in Mexican women, *American Journal of Epidemiology*, 143 (6), 543-552 p.
78. Ronckers, C M., Erdmann, C A. at Land, C E., 2005, Radiation and breast cancer: a review of current evidence. *Breast Cancer Res* , 7, 21-32 p.
79. Rubinstein, W. S. at O'Neill, M. S., 2004, Advanced therapy of breast diseases: Quantitative risk assessment., 2nd ed. BC Decker Inc. ISBN: 1-55009-262-6, 58-74 p.
80. Sakorafas, G. H., Krespis, E. at Pavlakis, G., 2002, Risk estimation for breast cancer development; a clinical perspective, *Surgical Oncology*, 10, 183-192 p.
81. Sevinç, İ. A., Canda, A. E., Atila, K., Canda, T., Harmancıoğlu, Ö., Saydam, S., Koçdor, M. A. ve Balcı, P., 2007, Erkeklerde meme kanseri: 22 Olgu., *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (1), 14-18 s.
82. Singletary S. E., Robb, G. L. at Hortobagay, G. N., 2004., Advanced therapy of breast diseases: epidemiology of breast cancer, 2nd ed. BC Decker Inc, ISBN: 1-55009-262-6, 58-74 p.
83. Smith, RA., Cokkinides, V. at Eyre, HJ., 2003, American cancer society guidelines for early detection of cancer, *CA Cancer J Clin*, 53, 27-43 p.
84. Smith-Warner, S., Spiegelman, D., Yaun, S., Brandt, P., Folsom, A. R., Goldbohm, A., Graham, S., Holmberg, L., Howe, G. R., Marshall, J. R., Miller, A. B., Potter, J. D., Speizer, F. E., Willett, W. C., Wolk, A. at Hunter, D. J., 1998, Alcohol and breast cancer in women, a pooled analysis of cohort studies, *JAMA*, 279 (7), 535-540 p.
85. Somunoğlu, S., 2007, Meme kanserinde risk faktörleri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*., 2(5), 1-12 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

86. Somunoğlu, S., 2004, Meme kanseri olan ve olmayan kadınların hastalığa ilişkin algıları: hacettepe üniversitesi hastanelerinde bir uygulama, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, 3256 s.
87. Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V., Biyoistatistik, Hatipoğlu Yayınları, 10. Baskı, Ankara. 2002
88. Şen, S., Öztürk, M. ve Kişioğlu N., 2008, Isparta'da 25-65 yaş grubu kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri, <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m139.htm>, (2008.05.15)
89. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008, Türkiye'de kadının durumu, Ankara, 1-39 s.
90. Tekgöl, N., Saltık, D. ve Şen, Y., 2005, 15-49 Yaş kadınlarda ortalama menarş yaşı, Sendrom, 14 (4), 76-79 s.
91. Tokuç, B., Kaplan, P. B., Balık G. Ö. ve Gül H., 2006, Trakya üniveritesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 3(4), 281-287 s.
92. Travis, R. C. ve Key, T. J., 2003, Oestrogen exposure and breast cancer risk, Breast Cancer Res, 5, 239-247 p.
93. Tuncer, A., M., 2007, Türkiye'de kanser kontrolü: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Epidemiyoloji ve Koruma Şube Müdürlüğü: Kanser kayıtlarında öncelik verilecek 8 il Raporu, Ankara, 96-99 s.
94. Turfanda, A., Büyükören, A., Akhan, E., 1997, Hormon replasman tedavisi ve meme kanseri, TKlin J Gynecol Ohsl, 191-196 s.
95. Turgut, A.T., 2000, Hasırcıoğlu, F. ve Koşar U., Meme hastalıklarının tanısında mamografi, STED
96. Ulusoy, C., 2007, Meme kanserinde bireysel risk öngörüsü: Gail Modeli'nin Türkiye'de uygulanması Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 61 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

97. Ustaoglu, C., 2000, Meme hastalıklarında görüntüleme yöntemleri ve Isparta yöresi meme kanseri tarama sonuçlarımız, Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, 117 s.
98. U.S. Preventive Services Task Force, 2002, Screening for breast cancer. recommendations and rationale, Annals of Internal Medicine, 137, 344-346 p.
99. Vogel, V. G. at Bevers, T., 2003, Handbook of breast cancer risk- assessment: evidence-based guidelines for evaluation, prevention, counseling and treatment: epidemiology of breast cancer. Jones and Bartlett publishers, ISBN: 0-7637-1860-2, 2-9 p.
100. Vogel, Victor G., 2003, Management of the high-risk patient, Surgical Clinic of North America, 83, 733-751 p.
101. Vogel, V G., 2000, (çev: Postgraduate Medicine Assessing Risk Of Breast Cancer , 105 (6)May-1999) Meme kanseri riskinin değerlendirilmesi, Sendrom, Nisan, 66- 69 p.
102. Vogel, V G ., 2000, Breast cancer prevention: a review of current evidence, CA Cancer J Clin, 50, 156-170 p.
103. Wartenberg, D., Calle, E. E., Thun, M. J., Heath, W. C., Lally, C., Woodruff, T., 2000, Passive smoking exposure and female breast cancer mortality, Journal of the National Cancer Institute, 92 (20) October 18, 1666-1673 p.
104. Yardım, N., Mollahaliloğlu, S., 2007, (Ed. Tuncer, A., M.), Türkiye’de kanser kontrolü: Türkiye’de kanser durumu ve uluslar arası göstergeler ile uyumunun değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 113-130 s.
105. Yıldız, S., 2005, Erken tanı ve tedavi ile sonlandırılabilen bir hastalık meme kanseri, Bilim ve Teknik Dergisi, Eylül, 6-7 s.
106. Yılmaz M. H., 2006, Meme kanserinde radyolojik tanı ve değerlendirme, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Meme Kanseri Sempozyum Dizisi. No: 54., Aralık, 27-30 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

- 107.Zincir, H., 1999, Malatya İl Merkezi'nde 40 yaş üzeri kadınların meme kanseri ve korunma konusunda bilgi, tutum ve davranışları, Yüksek Lisans Tezi , İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , 84 s.
- 108.<http://site.mynet.com/memekanseridestek/destek/id1.htm>, Meme kanseri tanımı, anatomisi, lenfler (2008-06-25)
- 109.<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/092.htm>, Türkiye'de en çok görülen onkanser türü, 1999 (2008-09-17)
- 110.<http://bsm.gov.tr/bugep/docs/kkmm.pdf>. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi (2008-09-18)
- 111.<http://www.saglik.gov.tr> (2008.09.20)
- 112.www.who.int/entity/cancer/en (2008.07.10)
- 113.<http://www.fda.gov/cder/news/tamoxifen/>, tamoxifen information (2009.02.24)

EK -1 (Anket formu)

**ESKİŞEHİR’DE 40-69 YAŞ ARASI KADINLARDA GAIL MODELİ
İLE MEME KANSERİ RİSK TARAMASI**

Bu anket formu “Eskişehir’de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Modeli İle Meme Kanseri Risk Taranması” başlıklı tez çalışması için hazırlanmıştır. Bu çalışmada kadınların meme kanseri risk düzeyini ve meme kanserine yönelik bilgi düzeyini belirlemek amaçlanmıştır. Sorulara vereceğiniz cevaplar çalışmanın sonuçlarını etkileyeceğinden hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Dr. Özlem ÖRSAL

Emine ÜRKMEZ

I. BÖLÜM

1-Yaşınız:...

2-Öğrenim düzeyiniz: Okuma yazması yok () Okur yazar () İlköğretim ()
Lise () Üniversite ()

3- Mesleğiniz:

Ev hanımı () İşçi () memur () özel sektör () Emekli ()

4- Medeni durumunuz:

Evli () Bekar () Dul ()

5-Aile tipiniz: Çekirdek () Geniş () Parçalanmış()

6-Göç ettiyseniz nereden geldiniz?

Doğu Anadolu () Güney doğu Anadolu() Ege () İç Anadolu () Karadeniz ()
Marmara() Akdeniz () Şehir içi göç() Göç etmemiş() Ülke Dışı göç ()

7- Gelir düzeyiniz: Kötü () Orta () İyi ()

8-Sağlık güvenceniz var mı? () Hayır () Evet

9- Sigara kullanma durumunuz

- Kullanmıyorum
 Günde 5 taneden az
 Günde 5-10
 Günde 10-20
 20'den fazla

II.BÖLÜM

10- Gebelik sayısı:....

11- Doğum sayısı:.....

12- Ölü doğum sayısı:....

13-Yaşayan çocuk sayısı:....

14-Düşük sayısı:....

15- Kürtaj sayısı:....

16-ilk doğum yaşı:....

III. BÖLÜM

17- İlk adet yaşınız: 14 ve üstü 12-13 yaş arası 11 yaş ve altı

18-Birinci canlı doğumda yaş

- < 20 20 – 24 25 - 29 veya nullipar >= 30

19- Meme kanserli akraba sayısı

- Anne veya kız kardeşlerde meme Ca yok
 Bir kız kardeşde veya annede var
 İki veya daha fazla kız kardeşde/annede var

20- Biyopsi sayısı

- Daha önce biyopsi alınmamış
 1 biyopsi
 2 veya fazla negatif biyopsi

21-Emzirme süresi (ay): 1() 2() 3() 4() 5() 6()

- 7() 8() 9() 10()

22- Menapoza girdiniz mi? Hayır () Evet ()

23-Menapoz yaşı:

24- Aile planlaması yöntemi olarak hormonlu bir yöntem kullandınız mı ?

- Evet Çeşidi ve süresi Hayır

25-Menopozla ilişkili hormon tedavisi (HRT) alıyor musunuz?

() Evet () Hayır

26- Meme kanseri hakkında bilgi aldınız mı?

Hayır ()

Evet () kaynak: sağlık çalışanı () kitap/ broşür/dergi ()
Arkadaş/ komşu () TV/radyo () Diğer ()

27- Sigara kullanma durumunuz

() Kullanmıyorum

() Günde 5 taneden az

() Günde 5-10

() Günde 10-20

() 20'den fazla

IV.BÖLÜM

28- Yaşlanma meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

29- Hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

30- İlk doğumunu 30yaşından sonra yapmış olmak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

31- Menapoza 50 yaşından sonra girmiş olmak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

32- İlk adetini 11 yaşından önce görmek meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

33- Meme kanseri olanlarda karşı memede de kanser görülme olma olasılığı nedir?

1). Artar 2). Azalır 3). Etkilenmez 4). Bilmiyorum

34-Ailede kanser hikayesi meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

35- Şişman olmak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

36- Doğum kontrol hapı kullanmak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

- 1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

37- Emzirmek meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

- 1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

38- Alkol kullanmak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

- 1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

39- Sigara içmek meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

- 1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

40- Radyasyona maruz kalmak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

- 1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

41-Benign meme hastalığına sahip olmak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

- 1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

42- Hormon replasman tedavisi almak meme kanseri olma olasılığını nasıl etkiler?

- 1). Arttırır 2). Azaltır 3). Etkilemez 4). Bilmiyorum

V.BÖLÜM

Meme kanseri olanlarda aşağıdaki semptomlar olur mu?

43- Meme başından kanlı akıntı 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

44- Meme de asimetrik çöküntü 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

45- Memede kitle 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

46- Komşu lenf nodlarında büyüme 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

47- Meme derisinde çekilme 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

48- Anormal kol şişmesi 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

49-Meme başında çekilme 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

50- Memede renk değişikliği 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

51- Memede anormal büyüme 1). Evet 2). Hayır 3) Bilmiyorum

EK-2 (Meme Kanseri Risk Hesaplama Örneği :Gail Modeli)

NATIONAL CANCER INSTITUTE

Breast Cancer Risk Assessment Tool
(<http://bcra.nci.nih.gov/brc/q1.htm>)



1.Does the woman have a medical history of any breast cancer or of ductal carcinoma in situ (DCIS) or lobular carcinoma in situ (LCIS)?

Yes or No **No**

2. What is the woman's age?

This tool only calculates risk for women 35 years of age older **50**

3.What was the woman's age at the time of her first menstrual period?

Unknown, 7-11, 12-13 or >14 years **7-11**

4. What was the woman's age at the time of her first live birth of a child?

Unknown, no births, <20, 20-24 or >=30 years **>=30**

5. How many of the woman's first-degree relatives –mother, sisters, daughters- have had breast cancer?

Unknown, 0, 1 or >1 **0**

6. Has the woman ever had a breast biopsy?

Unknown, no or yes **No**

7. How many breast biopsies (positive or negative) has the woman had?

1 or >1

8. Has the woman at least one breast biopsy with atypical hyperplasia?

Unkonown, no or yes

9.What is the woman's race/ehtnicity?

White, African American, Hispanic **White**

Asian or Pasific Islander,American Indian or

Alaska Native or Unknown

5-YEAR RISK

*Patient (age 50 years): 1.5 %

*Woman (age 50 years) same race and average risk factors: 1.3 %

Explanation

Based on the information provided, the woman's estimated risk for developing invasive breast cancer over the next 5 years is 1.5% compared to a risk of 1.3% for a woman of the same age and race/ethnicity. This calculation also means that the woman's risk of not getting breast cancer over the next 5 years is 98.5%.

LIFETIME RISK

*Patient (to age 85 years): 13.3 %

*Woman (to age 85 years); same race and average risk factors: 11.2 %

Explanation

Based on the information provided, the woman's estimated risk for developing invasive breast cancer over her lifetime (to age 90) is 13.3% compared to a risk of 11.2% for a woman of the same age and race/ethnicity.

EK-2 (Meme Kanseri Risk Hesaplama Örneği :Gail Modeli)

ULUSAL KANSER ENSTİTÜSÜ

*Meme Kanseri Riski Değerlendirme Aracı
(<http://bcra.nci.nih.gov/brc/q1.htm>)*



- 1. Kadının meme kanseri, duktal karsinoma in situ ya da lobular karsinoma in situ hikayesi var mı?**
Evet ya da Hayır **Hayır**
- 2. Kadının yaşı?**
Sadece 35 yaş üstü kadınların riskini hesaplar **50**
- 3. Kadının ilk menarş yaşı?**
Bilinmiyor, 7-11, 12-13 ya da 14 yaş üstü **7-11**
- 4. Kadının ilk canlı doğum yaşı?**
Bilinmiyor, nullipar, <20, 20-24 ya da ≥ 30 yaş **≥ 30**
- 5. Kadının meme kanseri olan birinci derece akraba (anne, kız kardeş, kız) sayısı?**
Bilinmiyor, 0, 1 ya da >1 **0**
- 6. Kadın daha önceden meme biyopsisi yaptırmış mı?**
Bilinmiyor, Hayır ya da Evet **Hayır**
- 6.a. Kadının meme biyopsisi (pozitif ya da negatif) sayısı?**
1 or >1
- 6.b. Kadının en az bir tane atipik hiperplazili meme biyopsi sayısı?**
Bilinmiyor, Hayır yada Evet
- 7. Kadının ırkı?**
*Beyaz, Afrikalı Amerikalı, Hispanik Asyalı ya da Pasifik Adalı,
Amerikalı Hintli ya da Alaska Yerlisi ya da Bilinmiyor* **Beyaz**

İnvaziv Meme Kanseri için 5 Yıllık Risk

*Hastanın Riski (50 yaşında): % 1.5

* Ek risk faktörü olmayan aynı ırktan kadınların 50 yaşındaki riski: %1.3

Açıklama

Mevcut verilere göre gelecek 5 yıldaki invaziv meme kanseri riski %1.5'dir. Ek risk faktörü olmayan aynı yaştaki bir kadın için ise aynı süre içindeki risk % 1.3'tür. bu aynı zamanda, gelecek 5 yıl içinde invaziv meme kanseri olmama olasılığının %98.5 olduğu anlamına gelir.

İnvaziv Meme Kanseri için Yaşam Boyu Risk

*Hastanın Riski (50 yaşında): % 13.3

* Ek risk faktörü olmayan aynı ırktan kadınların 50 yaşındaki riski: % 11.2

Açıklama

Meme kanseri için yaşam boyu risk (85 yaşında) % 13.3'tür.

Yaşamında ek bir risk faktörü olmayan bir kadın için yaşam boyu risk % 11.2'dir.

EK -3 (Etik kurul kararı)



**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul Kararları**

ETİK KURUL

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Klinisyen Doktor (Başkan Yardımcısı)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Tel: +90 222 239 29 79 / 1380 - 2709
Tel & Faks: +90 222 229 00 64
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr
E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Klinisyen Doktor
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı
Biyokimya Anabilim Dalı
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK
Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demeg@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap IŞIKSOY
Patoloji Uzmanı
Patoloji Anabilim Dalı
E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı (Raportör)
Farmakoloji Anabilim Dalı
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı
Deontoloji Anabilim Dalı
E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER
Eczacı
Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi
E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Sayı: 2008/206
Konu: Toplantı
Ref: MSW-Etik-Toplantı/2008-04-25

30 Nisan 2008

Sayın Öğr.Gör.Dr. Özlem ÖRSAL
Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tarafınızdan yürütülmekte olan "Eskişehir'de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Gail Modeli İle Meme Kanseri Risk Taraması" başlıklı proje hakkında alınan 25 Nisan 2008 gün ve 11 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

EK: Etik Kurul Kararı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tel: +222 239 37 70 - 239 29 79 / 4405 - 4406
Faks: +222 239 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik
Kurulu
Meşelik Kampüsü (Yerleşkesi)
26480 ESKİŞEHİR

25 Nisan 2008 tarihli Karar Özeti: ÖNERİ VE SONUÇ: Koşullu olarak uygundur, öneriler ve/veya çekinceler vardır.

EK-4 (Anket Uygulama İzni)

T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

30 Haziran 2008

Sayı : B.10.4.ISM.4.26.00.09-730.08-890 16/58
Konu: Anket uygulaması

VALİLİK MAKAMINA

İlimiz Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine ÜRKMEZ'in "Eskişehir'de 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri Riskinin Gail Modeli ile Taranması" tez konusu ile ilgili anket uygulamasını ev ziyaretlerinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Tasviyelerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Hüseyin Seyhan FİDAN
Sağlık Müdürü

OLUR
../06/2008

Dağıstan KILIÇASLAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

GELİŞEN BİRAK	
Geliş Tarihi:	07.07.2008
Geliş No:	1401
Eki:	1

İsmet İnönü Cad.No: 63 ESKİŞEHİR
Tel: 0222 230 27 86 Dahili: 115-125-126

Ayrıntılı bilgi için: Eğitim Şubesi
Fax: 0 222 230 80 49 eposta : egitimsube@essaglik.gov.tr

EK-5 (Örnekleme Alınan Mahalleler)

1. Akarbaşı Mahallesi
2. Alanönü Mahallesi
3. Arifiye Mahallesi
4. Aşağısöğütünü Mahallesi
5. Bahçelievler Mahallesi
6. Batıkent Mahallesi
7. Büyükdere Mahallesi
8. Cumhuriye Mahallesi
9. Çamlıca Mahallesi
10. Çankaya Mahallesi
11. Deliklitaş Mahallesi
12. Emek Mahallesi
13. Erenköy Mahallesi
14. Ertuğrulgazi Mahallesi
15. Esentepe Mahallesi
16. Eskibağlar Mahallesi
17. Fatih Mahallesi
18. Fevziçakmak Mahallesi
19. Gökmeşdan Mahallesi
20. Göztepe Mahallesi
21. Gündoğdu Mahallesi
22. Güllük Mahallesi
23. Gültepe Mahallesi
24. Hacı Alibey Mahallesi
25. Hacı Seyit Mahallesi
26. Hayriye Mahallesi
27. Hoşnudiye Mahallesi
28. Huzur Mahallesi
29. Işıklar Mahallesi
30. İstiklal Mahallesi
31. Kırmızıtoprak Mahallesi
32. Kumlubele Mahallesi
33. Kurtuluş Mahallesi
34. Mamure Mahallesi
35. Mustafa Kemal Paşa Mahallesi
36. Osmangazi Mahallesi
37. Orhangazi Mahallesi
38. Ömerağa Mahallesi
39. Sazova Mahallesi
40. Sümer Mahallesi
41. Sötlüce Mahallesi
42. Şarhöyük Mahallesi
43. Şeker Mahallesi
44. Şirintepe Mahallesi
45. Tunalı Mahallesi
46. Uluönder Mahallesi
47. Vişnelik Mahallesi
48. Yeni Mahallesi
49. Yenibağlar Mahallesi
50. Yenidoğan Mahallesi
51. Yenikent Mahallesi
52. Yeşiltepe Mahallesi
53. Yıldıztepe Mahallesi
54. Yukarısöğütünü Mahallesi
55. Zafer Mahallesi
56. Zincirlikuyu Mahallesi
57. 71 Evler Mahallesi
58. 75. yıl Mahallesi

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Bursa / Osmangazi’de doğan Emine ÜRKMEZ, 1990-1998 yılları arasında ilköğrenimini, lise öğrenimini ise 1998-2002 yılları arasında Bursa Çınar Lisesi’nde tamamlamıştır. 2002 yılında Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda lisans eğitime başlamıştır. 2006 yılı’nda “Çanakkale İlinde 0-12 Aylık Bebeğe Sahip Annelerin İshal Hakkındaki Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasında yer alarak lisans eğitimini tamamlamıştır.

2006 yılı güz döneminde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitime, 2007 yılı Ocak ayında BSK Özel Eskişehir Anadolu Hastanesi’nde göz ameliyathane hemşiresi olarak çalışmaya başlamıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir.

Hemşirelik eğitimi boyunca çeşitli kurs, kongre ve toplantılara katılmış olan araştırmacı Türk Hemşireler Derneği’nin üyesidir.