

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
İHH-YL-2015-0004

MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİNE
SAHİP OLMA DURUMU İLE
MAMOGRAFİ ÇEKTİRME DAVRANIŞI ARASINDAKİ
İLİŞKİ: RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRME

Filiz OKUR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Zeynep GÜNEŞ

AYDIN-2015

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Filiz OKUR tarafından hazırlanan “**Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumları ile Mamografi Çektirme Davranışı Arasındaki İlişki: Retrospektif Değerlendirme**” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:/...../2015

Üye (Tez Danışmanı): Doç. Dr. Zeynep GÜNEŞ Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Özgül KARAYURT Dokuz Eylül Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Sakine BOYRAZ Adnan Menderes Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında benden bilgisini, tecrubesini ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Doç. Dr. Zeynep GÜNEŞ'e, her birinden bir çok Şey öğrendiğim başta Prof. Dr. Sakine BOYRAZ olmak üzere tüm hocalarıma, kaynak desteği sağlayan hocam Prof. Dr. Zahit BOLAMAN'a, veri toplama aşamasında, başta Özlem ELGÜN olmak üzere bana destek olan çalışma arkadaşlarıma, Eğitimimin her sürecinde bana sabreden sevgili anneme, canım kızlarıma, sabrı, hoş görüsü, varlığı ve desteği ile yanımda olan biricik eşime teőekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI. | i |
| TEŞEKKÜR. | ii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ. | v |
| ŞEKİLLER DİZİNİ. | vi |
| TABLolar DİZİNİ. | vii |
| EKLER DİZİNİ | viii |
| ÖZET. | ix |
| ABSTRACT. | xi |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi. | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı. | 3 |
| 1.3. Araştırmanın Soruları | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Meme Dokusu. | 4 |
| 2.1.1. Memenin Anatomisi. | 4 |
| 2.1.2. Memenin Fizyolojisi | 5 |
| 2.1.3. Memenin Kan Damarları | 5 |
| 2.1.4. Memenin Lenfatik Drenajı. | 5 |
| 2.2. Kanserin Tanımı. | 6 |
| 2.2.1. Meme Kanseri Tanım ve Sınıflama | 6 |
| 2.2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi | 9 |
| 2.2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri | 9 |
| 2.2.4. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları | 17 |
| 2.2.5. Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı | 19 |
| 2.3. Mamografi. | 22 |
| 2.3.1. Mamografi bulgularının yorumlanmasına ilişkin standartlar. | 23 |
| 2.3.2. Türkiye'deki Mamografi Merkezleri | 25 |
| 2.3.3. Mamografi Çekilmesinde Hemşirelik Girişimleri | 25 |
| 2.3.4. Meme Kanseri Tarama Programlarında Hemşirenin Rolü. | 26 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 27 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi. | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 27 |
| 3.3. Araştırmanın Zamanı | 27 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 28 |
| 3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri..... | 28 |
| 3.6. Veri Toplama Formu | 28 |
| 3.7. Verilerin değerlendirilmesi | 30 |
| 3.8. Değişkenler | 30 |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 30 |
| 3.10. Araştırmanın Etik Yönü..... | 31 |
| 4. BULGULAR | 32 |
| 5. TARTIŞMA..... | 48 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 54 |
| 6.1. Sonuçlar | 54 |
| 6.2. Öneriler | 55 |
| KAYNAKLAR..... | 56 |
| EKLER..... | 64 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 73 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|--------|--|
| KETEM | : Kanser Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkezi |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| MRG | : Manyetik Rezonans Görüntüleme |
| OKS | : Oral Kontraseptif |
| HRT | : Hormon Replasman Tedavisi |
| SPSS | : Statistical Package for the Social Sciences |
| KKMM | : Kendi Kendine Meme Muayenesi |
| KMM | : Klinik Meme Muayenesi |
| USG | : Ultrasonografi |
| ACS | : American Cancer Society |
| ACR | : American College of Radiology |
| DNA | : Deoksiribonükleik Asit |
| DCIS | : İn Situ Duktal Karsinom |
| LCIS | : İn Situ Lobuler Karsinom |
| CA | : Kanser |
| IARC | : International Agency For Research On Cancer |
| ATM | : Ataxia Telangiectasia Mutated |
| TP53 | : Tümör Baskılayıcı Gen P53 Gen Mutasyonu |
| CHEK2 | : Checkpoint Kinaze 2 |
| PTEN | : Phosphatase And Tensin Homolog |
| DES | : Diethylstil bestrol |
| AICR | : American Institute for Cancer Research |
| BRCA1 | : Breast Cancer 1 |
| BRCA2 | : Breast Cancer 2 |
| ER+ | : Estrogen Receptor Positive |
| ER- | : Estrogen Receptor Negative |
| ASCO | : American Society of Clinical Oncology |
| CDH1 | : E-cadherin Geninin Mutasyonu |
| BIRADS | : Breast Imaging and Reporting Data System |

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın bağımlı değişkeni ve bağımsız değişkenleri yukarıda gösterilmiştir...30

TABLULAR DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü meme kanseri histolojik sınıflandırması..... | 7 |
| Tablo 2. Kadınlarda rölatif riske göre meme kanseri risk faktörleri..... | 10 |
| Tablo 3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları..... | 18 |
| Tablo 4. Amerika Kanser Birliği meme kanseri erken tanı rehberi..... | 20 |
| Tablo 5. Türkiye' de Sağlık Bakanlığının Önerdiği Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri..... | 20 |
| Tablo 6. BIRADS sınıflamasında mamografi bulguları..... | 23 |
| Tablo 7. Araştırma Çalışma Takvimi..... | 27 |
| Tablo 8. KETEM'e başvuran kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı..... | 32 |
| Tablo 9. KETEM'e başvuran kadınların meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımı..... | 33 |
| Tablo 10. KETEM'e başvuran kadınların eğitim düzeylerine göre bazı özelliklerinin dağılımı..... | 35 |
| Tablo 11. KETEM'e başvuran kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları..... | 36 |
| Tablo 12. KKMM yapan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı | 37 |
| Tablo 13. KKMM yapan kadınların meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımı..... | 38 |
| Tablo 14. KETEM'e başvuran kadınların düzenli mamografi çekirme durumlarıI | 39 |
| Tablo 15. Düzenli mamografi çekirme davranışına göre kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı..... | 40 |
| Tablo 16. Düzenli mamografi çekirme davranışına göre kadınlarda meme kanseri risk faktörlerinin dağılımı..... | 42 |
| Tablo 17. Düzenli mamografi çekirme davranışına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı..... | 44 |
| Tablo 18. Düzenli mamografi çekirme davranışını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi | 45 |
| Tablo 19. HRT değişkeni çıkartıldığında düzenli mamografi çekirme davranışını etkileyen faktörlerin çoklu regresyon analiz sonuçları..... | 46 |

EKLER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Ek 1. KETEM'e başvuran Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumları ve Kadınların Düzenli Mamografi Kullanımına İlişkin Bilgi Formu..... | 66 |
| Ek 2. Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanseri Erken Teşhis,Tarama ve Eğitim Merkezi (Ketem) Meme Hastası Değerlendirme Formu..... | 68 |
| Ek 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı Onayı..... | 69 |
| Ek 4. Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı..... | 71 |

ÖZET

MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİNE SAHİP OLMA DURUMU İLE MAMOGRAFİ ÇEKTİRME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRME

Okur F. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2015.

Bu araştırma kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları ile düzenli mamografi çektirme davranışı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmış retrospektif bir çalışmadır. Bu çalışmada, 2004-2011 yılları arasında Aydın Kanser Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'ne meme kanseri taraması için gelen 14027 kadına ait Meme Hastası Değerlendirme formuna ilişkin kayıtlar Mayıs-Kasım 2014 tarihleri arasında retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk testi, t-testi, tek yönlü varyans analizi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Pearson Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi, lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Katılımcıların yaş ortalamalarının $50,50 \pm 8,17$ olduğu, %91,2'sinin çalışmadığı, %97,4'ünün evli olduğu, %96,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %74,3'ünün 11 yıl ve altı eğitim gördüğü belirlendi. Kadınların risk faktörlerine sahip olma durumları incelendiğinde, %52,8'inin menapozda olduğu, ilk doğum yaşının $21,75 (\pm 4,09560)$ olduğu, %74,5'inin 12 yaş ve altında menarş olduğu, %3,9'unun hiç doğum yapmadığı, %6,7'sinin çocuklarını emzirmedeği, %27,5'sinin Oral Kontraseptif kullandığı, %11,6'sının Hormon Replasman Tedavisi(HRT) kullandığı, %12,7'sinde ailede meme kanseri öyküsü olduğu, %11,0'sinde jinekolojik rahatsızlık olduğu belirlendi. Düzenli mamografi çektirme davranışı ile yaş, eğitim ve çalışma durumu, Doğum sayısı, menstruasyon, HRT, ailede meme kanseri öyküsü, kendi kendine meme muayenesi, jinekolojik rahatsızlık geçirme ve mamografide şüpheli kitle (oluşum) saptanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p < 0,001$) bulundu. Yapılan ileri analizlerde düzenli mamografi çektirme davranışını etkileyen faktörler; eğitim (OR:1,324; % 95 GA:1,02-1,71), HRT kullanımı (OR:1,481;% 95 GA:1,24-1,76), ailede meme kanseri öyküsü (OR:1,613; % 95 GA:1,37-1,89), Kendi Kendine Meme Muayenesi (OR:1,221;% 95GA:1,07-1,39) ve memede şüpheli kitle bulunma durumu (OR:1,263; % 95GA:1,09-1,45) olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre kadınlara düzenli

mamografi çektirmenin önemi konusunda eğitimler verilmeli ve meme kanseri risk faktörlerinde farkındalıkları arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler; kadın, mamografi, meme kanseri risk faktörleri, sosyo-demografik özellikler, retrospektif değerlendirme

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN THE CONDITIONS THAT WOMEN HAVE THE RISK FACTORS OF BREAST CANCER AND THEIR REGULAR MAMMOGRAPHY SCREENING BEHAVIOR: RETROSPECTIVE EVALUATION

Okur F. Adnan Menderes University Health Sciences Institute of Medical Nursing Program Master Thesis, Aydın, 2015.

The aim of this study was to investigate the relationship between the conditions that women have the risk factors of breast cancer and their regular mammography screening behavior. In this retrospective study, the records on breast patient evaluation forms filled out by 14.207 women who applied to the early diagnosis-screening center for cancer in Aydın city between 2004-2011 were evaluated between May and November 2014. Data were analyzed using the definitive test, Man-Whitney U test, Kruskal Wallis test, Pearson qui-squared test, Fisher's exact test and Fisher-Freeman-Halton test, logistic regression analysis. The mean age of participants were 50.50 ± 8.17 years (Min 21- Max 87). 91.2 % were not working, 97.4 % were married, 96.3 % had health insurance, 74.3 % had education 11 years and under. When risk factors of women were investigated, it was determined that 52.8 % were in menopause, first age of pregnancy was 21.75 ± 4.09 years, 74.5 % had menarche at the age of 12 and under, 3.9 % had no delivery, 6.7 % had no breast fed to children, 27.5% used oral contraceptives, 11.6 % used hormone replacement therapy, 12.7 had a family history of breast cancer, 11 % had gynecologic disease. There were statistically significant differences between delivery number, menstruation, HRT, family history of breast cancer, manual breast examination, gynecologic disease history and suspicious mass (formation) image in mammography ($p < 0.001$). In further analysis, the factors which affect the regular mammography screening behavior were education (OR:1,324; % 95 GA:1,02-1,71) using of HRT (OR:1,481;% 95 GA:1,24-1,76), the presence of family history of breast cancer (OR:1,613; % 95 GA:1,37-1,89), breast self-examination (OR:1,221; % 95 GA:1,07-1,39) and suspicious mass in breast (OR:1,263; % 95 GA:1,09-1,45). According to these results, education for regular mammography screening to women should be given and the awareness for risk factors of breast cancer should be increased.

Key words: Women, mammography, the risk factors of breast cancer, socio-demographic features, retrospective evaluation

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri, dünyada kadınlarda en sık görülen, ölüme yol açan(Güler ve Akın, 2006) ve görülme oranı yıllara göre artış gösteren bir kanser türüdür(American Cancer Society:Cancer Facts and Figures,2015). Türkiye’de meme kanseri kadınlar arasında görülen kanserler içinde yüz binde 45,1 ile ilk sırada yer almakta ve görülme yaşı giderek düşmektedir (<http://sbu.saglik.gov.tr/: saglikistatistikleriyilligi>, 2012). Mevcut verilere göre Türkiye’de meme kanseri sıklığının, doğu bölgelerimizde 20/100 000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100 000 oranında olduğu tahmin edilmektedir(Özmen ve ark. 2009). Sağlık Bakanlığı verilerine göre kadın kanserleri arasında meme kanseri insidansı 1999 yılında yüzbinde 24.1 iken, 2006 yılında bu oran yüzbinde 37.6, 2008 yılında yüzbinde 41.6 olarak bulunmuştur (<http://sbu.saglik.gov.tr/: saglikistatistikleriyilligi>, 2010).

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi yüksek riskli grupların kansere bağlı ölümlerini önlemede ve azaltmada hayati önem taşımaktadır. Meme kanserinin erken tanınmasına yönelik dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın yaklaşımlar tarama programlarıdır(Özmen, 2008; Somunoğlu, 2009). Tarama programları sayesinde, bireylerin kansere yönelik farkındalıkları artar, meme kanseri erken evrede tespit edilebilir, sağkalım oranları artırabilir, tedavi maliyetleri ve mortalite oranları ciddi derecede düşürülebilir. Beş yıllık sağkalım oranı, lokalize meme kanseri için % 98 iken, metastatik hastalığı olan kadınlarda bu oran sadece % 27’dir (<http://seer.cancer.gov/ archive/csr/1975-2005/breast.>) Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranı, gelişmiş ülkelerde % 73 iken, gelişmekte olan ülkelerde % 53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde mamografi taraması sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir (Özmen ve ark. 2009).

Meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca tarama yöntemleri; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi ve mamografidir. Amerikan Kanser Enstitüsü tarafından Kendi kendine meme muayenesinin (KKMM) 20 yaşından sonra her ay(isteğe bağlı), mamografinin 40 yaşından sonra yıllık ve klinik meme muayenesinin 20-30’lu yaşlardan itibaren 3 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir yaptırılması önerilmektedir.

Aile öyküsü, genetik eğilim gibi risk faktörlerine sahip kadınlarda mamografiye ilave manyetik rezonans görüntüleme önerilmektedir (<http://www.cancer.org/cancerscreening/guidelines>, 2014).

Mamografi, memenin yağ ve glandüler yapılarını inceleyen yumuşak doku radyografi tekniğidir. Mamografi günümüzde meme kanserinin tanı ve tedavisinde en etkin, kolay ve ucuz yöntem olup hem tarama, hem de tanı amacı ile kullanılmaktadır. Mamografi memede ele gelen lezyonlara göre çok daha erken bir evrede olan, klinik olarak gizli durumdaki, palpe edilemeyen meme kanserlerini belirlemeye yaramaktadır. Mamografi taramasının meme kanseri mortalitesini % 16-36 arasında değişen oranlarda azalttığı bulunmuştur (<http://www.kanser.gov.tr>). Türkiye’de tanı sırasında Evre I meme kanserlerinin oranı % 27, Evre II meme kanserlerinin oranı % 44, Evre III’lerde bu oran % 21, Evre IV % 8 dir(Özmen, 2012).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2012 verilerine göre 40-69 yaş aralığındaki kadın sayısı 10.995.504 kişidir. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri ve diğer kurumlarda sürdürülen meme kanseri tarama programı kapsamında çekilen mamografi sayıları T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2010 yılı Türkiye verilerine göre toplam 1.369.466 kişidir. Türkiye’de meme kanseri görülme yaşı birçok batı ülkesine göre daha gençtir (% 40’ı 50 yaş altında). ve kanserler ileri evrede tespit edilmektedir (<http://www.kanser.gov.tr>: saglikistatistikleriyilligi,2010).1–28 Şubat 2010 tarihleri arasında Türkiye’deki 14 farklı tıbbi onkoloji kliniğine başvuran 535 hasta ile yapılan çalışmada elde edilen verilere göre hastaların % 85’i eline kitle gelmesi sonrası doktora başvurduğu ve 50 yaş üzeri hastaların % 27’si tanı anına kadar meme USG ve/veya mamografi çekmediği bildirilmektedir(Saip ve ark. 2011). İstanbul Bahçeşehirde yapılan "uzun dönem toplum tabanlı bahçeşehir meme kanseri tarama projesi"nin ilk dönem sonuçlarına göre asemptomatik kadınlarda yapılan tarama mamografisi ile toplam kanser saptama oranı 4.5/1000 olarak bulunduğu bildirilmektedir(Kayhan ve ark. 2012). Bu bilgiler kapsamında mamografi kullanımının ülkemizde düşük düzeyde olduğu, meme kanserinin erken evrede belirlenme oranının düşük olduğu anlaşılmaktadır. Literatürde mamografi kullanımına ilişkin farklılıkların eğitim, ekonomik nedenler, muayene ve mamografi olanaklarının daha fazla olması, menapoz klinikleri ve halkın öncelikleri ile ilgili olabileceği belirtilmektedir(Özmen, 2008).

Özetle mamografi kullanımının meme kanserinin erken tanınmasında, yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin artmasında önemli olduğu görülmektedir. Ancak Türkiye’de kadınlarda mamografi çekirme oranı oldukça düşüktür ve kadınların mamografi çekirmelerini etkileyen faktörlerin incelendiği geniş çaplı bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

Türkiye’de yapılmış bir örneğinin olmaması nedeniyle bu çalışma bize mamografinin kullanımına ilişkin önemli bilgiler sağlayacaktır. Türkiye’de mamografi kullanımının düşük düzeyde olmasını etkileyen davranışları bilmek mamografi kullanımını artırmada bize rehber olacaktır. Bu araştırma sonuçlarının mamografi kullanımını etkileyen faktörlerin ve mamografi kullanımına ilişkin bariyerlerin belirlenmesini sağlayarak, bu bariyerlerin ortadan kaldırılması için mevcut politika ve düzenlemelere yol göstereceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, 2004-2011 yılları arasında Aydın KETEM’e başvuran kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları ile mamografi çekirme davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla retrospektif olarak yapıldı.

1.3. Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır;

- 1- KETEM’e başvuran kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları nedir?
- 2- KKMM yapan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı nedir?
- 3- KKMM yapan kadınların meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımı nedir?
- 4- Düzenli mamografi çekirme davranışına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı nedir?
- 5- Kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları ile düzenli mamografi çekirme davranışı arasında ilişki var mıdır?
- 6- Kadınların demografik özelliklerinin, düzenli mamografi çekirme davranışı üzerine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Dokusu

Kadın memesi yüzyıllardır hem kadınlar hem de erkekler için önemli olmuştur. Meme, heykellerde bereket, doğurganlık ve verimlilik sembolü olarak vurgulanmıştır. Süt salgılayan bir organ olarak memeler işlevsel açıdan bebeğin yaşamı için önemlidir. Emzirme, doğumdan sonra ana için uterusun involüsyonunda yararlı olduğu gibi bebeğe sütle geçen bazı bağışıklık faktörlerinin geçişi yönünden önemlidir. Memeler emzirme işlevinin yanı sıra kadın cinselliğinin ayrılmaz bir parçasıdır(Kaymakçı, 2011).

2.1.1. Memenin Anatomisi

Meme, toraks duvarının üzerinde 2. ile 6. kostalar arasında ve sternum kenarı ile midaksiller hat arasında simetrik olarak yer alan bir çift bezdir (Bickley ve Hoekelman, 2004; Kaymakçı, 2011)

Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis major kası üzerinde, üçte birlik bölümü ise serratus anterior kası üzerinde bulunmaktadır (Kaymakçı, 2011; Karayurt, 2014). Memelerin büyüklüğü ve şekli kadının yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, gebelik, laktasyon ve menstruasyon durumuna bağlı olarak değişiklikler gösterir (Kaymakçı, 2011). Meme dıştan içe doğru deri, derialtı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur (Kaymakçı, 2011). Memelerin iki ana doku tipi glandüler doku ve destekleyici(stromal) dokulardır (<http://www.cancer.org/normal-breast-tissue>). Memenin esas glandüler dokusu parankima dokusudur, diğer destek dokular ise yağ dokusu ve fibröz bağ dokusudur (Kaymakçı, 2011). Her bir meme de 15-20 lob, her lobda 20-40 lobül, her lobül de ise 10-100 asinus(alveol) mevcuttur. (<http://www.mayoclinic.org/breast-anatomy>; Kaymakçı, 2011). Alveoller birleşip terminal duktus'a açılırlar. Meme derisinden derin fasya ya doğru uzanan ligamentlere “Cooper ligamentleri” denir. Bu ligamentler memeyi yerine tespit ederler, bu uzantı bazen ele gelen, hatta gözle görülebilen bir kitle oluşturabilir. Kanserin yayılması ve ilk belirtilerini ortaya koymada önem taşımaktadırlar(Berkarda, 2000; Canbulat, 2006). Areola meme başının çevresindeki alandır ve epitelinde küçük tüyler, yağ ve ter bezleri, aksesuar meme bezleri bulunur (Tükel, 2001; Değerli, 2002; Kılıç, 2002).

2.1.2. Memenin Fizyolojisi

Erişkin sağlıklı bir kadında memeler simetriktir. İntrauterin hayatta gelişmeye başlayan meme dokusunda, fetal yaşamda, çocuklukta, puberte ve adölesan dönemde, gebelikte, lohusalıkta, menapozda ve her ay adet dönemi boyunca değişiklikler görülür(Ünal, 2001). Meme üstüne etki eden 3 önemli hormon östrojen, progesteron ve prolaktindir. Östrojen duktal gelişmeyi başlatırken, progesteron epitelin farklılaşmasından ve lobüler gelişmeden sorumludur. Prolaktin gebeliğin geç evresinde ve doğum sonrası dönemde laktogenez için birincil uyarıcıdır, hormon reseptörlerinin artışı düzenler epitelyal gelişmeyi uyarır (Brunicardi, 2009).

2.1.3. Memenin Kan Damarları

Smeltzer (2010)'da "*memenin kanlanmasını sağlayan arterlerin interkostal arter, internal torasik arter ve lateral torasik arterler olduğu ve memenin %60'ına internal torasik arterin %30'una lateral torasik arterin kan sağladığını, memenin venlerinin ise; torasik internal ven, aksiller ven ve interkostal ven*" olduğunu belirtmiştir.

2.1.4. Memenin Lenfatik Drenajı

Lenfatik sistem vasküler sistemin bir parçasıdır. Hücreler arası aralıkta toplanan lenf sıvısı lenfatik kapillerlere geçer. Lenf kapilleri önce toplayıcı lenf damarlarına daha sonra lenf nodlarına drene olur. Lenf nodundan çıkan lenf damarları genişleyerek ve birleşerek venöz dolaşıma karışır(Kaymakçı, 2011). Memenin lenf yolları deri lenf yolları ve parankimal lenf yolları olmak üzere ikiye ayrılır. Lenf akımının %75'i aksiller lenf nodlarına, %25'i internal mammaria lenf nodlarına drene olur(Karayurt, 2014). Memenin lenfatik drenaj sisteminin izlediği primer yol, koltukaltı lenf nodülünden geçer(Kaymakçı, 2011). Kaymakçı'nın (2011) belirttiği üzere aksiller lenf nodları, anatomik olarak, pektoralis minör kasına yerleşimine göre üç gruba ayrılır.

“Düzey 1: Pektoralis minör kasının alt sınırının lateralinde ya da inferiorunda yer alan lenf nodlarıdır. Bu grupta, eksternal mammorial, aksiller ven ve skapular lenf nodları bulunur.

Düzey 2: Pektoralis minör kasının posteriorunda yer alan lenf nodlarıdır. Santral ve bir kısım supraklavikular lenf nodları bu grupta yer alır.

Düzey 3: Pektoralis minör kasının üst sınırının süperiorunda ve medialinde yer alan lenf nodları olup bu grupta supraklavikular lenf nodları bulunmaktadır”.

İnternal mammarial lenf nodları, toraks ön duvarında, ikinci-altıncı interkostal aralıklara denk gelen parasternal bölgede yerleşim gösteren lenf nodlarıdır (Kaymakçı, 2011).

2.2. Kanserin Tanımı

Vücudu oluşturan hücreler bir araya gelerek dokuları, dokular bir araya gelerek organları oluşturmaktadır. Organ ve dokular oluşurken hücreler belirli bir düzen içinde, belirli iş bölümleri yaparak bir araya gelirler. Organizmanın temel birimi olan hücreler belirli bir hızda ve kontrol altında çoğalırlar, yaşlanan hücreler de belirli bir hızda yıkılmaktadırlar (Erhan, 2000). İnsan vücudundaki bu hücreler, görevlerini DNA kontrolünde yerine getirmektedir. Çeşitli nedenlerle DNA üzerinde meydana gelen değişiklikler sonucu hücrelerin çoğalmasını denetleyen mekanizma ortadan kalkar ve hücrelerde kontrolsüz aşırı çoğalma başlar. Kontrol dışı çoğalmaya başlayan bu hücrelerin oluşturduğu klinik tabloya ‘kansere’ denir.

2.2.1. Meme Kanseri Tanım ve Sınıflama

Meme dokusu, birçok iyi huylu tümörün ve akut inflamasyonun görüldüğü en önemlisi ise kadınlarda kanserin geliştiği dokulardan biridir. Meme kanseri, meme dokusunda bulunan epitelyal kökenli hücrelerden kaynaklanan kötü huylu tümörlerin genel adıdır. En çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir ve noninvaziv (in situ) ya da invaziv olarak sınıflandırılır(Özmen, 2009).

Meme tümörlerinin histolojik sınıflaması 1982 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. 2003’te örgüt yeni bir histolojik sınıflandırma yayınlamıştır (IARC, 2003).

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü Meme kanseri Histolojik Sınıflandırması

| İN SİTU KARSİNOMLAR |
|---------------------------------|
| İn Situ Duktal Karsinom (DCIS) |
| İn Situ Lobuler Karsinom (LCIS) |
| İNVAZİV KARSİNOMLAR |
| İnvaziv Duktal Karsinom |
| İnvaziv Lobuler Karsinom |
| Tubuler Karsinom |
| İnvaziv Kribriform Karsinom |
| Medüller Karsinom |
| Müsinöz (Kolloid) Karsinom |
| İnvaziv Papiller Karsinom |
| İnvaziv Mikropapiller Karsinom |
| Apokrin Karsinom |
| Adenoid Kistik Karsinom |
| Metaplastik Karsinom |
| Nöroendokrin Karsinom |
| İnflamatuvar Karsinom |
| Paget's Karsinom |

Meme kanserleri, mikroskopik görünüm ve biyolojik özelliklerine göre başlıca iki ana gruba ayrılırlar:

-Noninvaziv (in situ) karsinomada malign hücreler çevre dokuya yayılmaksızın meme lobülleri ya da kanalları içinde çoğalırlar.

-İnvaziv karsinomada ise malign hücreler memenin kanallarında ortaya çıkar ve çevredeki meme dokusuna, lenf ve kan damarlarına yayılım gösterir.

1- İn Situ (Noninvaziv)Karsinomlar

- İn Situ Duktal Karsinom(DCIS): Meme duktusundan gelişen kanserdir. Genellikle bazal membranı geçmez, duktusla sınırlıdır. Uzak metastaz yapmaz, fakat duktus boyunca yayılarak meme başını ve aksiller lenf nodlarını tutabilir. Kolaylıkla tanı konulabilir ve tedavi edilmezse invaziv duktal karsinomaya dönüşebilir.

- *İn Situ Lobüler Karsinom(LCIS)*: Meme lobüllerinde gelişen kanserdir. Başlangıçta lobül içinde sınırlı kalır. Belirti ve kitle oluşturmaz, yavaş büyür, yıllarca sessiz kalabilir. Bu nedenle de tanı konulmayabilir. Biyopsi örneğinde tesadüfen tanınır. Sıklıkla çift taraflıdır. Genellikle genç kadınlarda görülür. Kanser gelişme riski yılda yaklaşık % 1 olup, vakaların %35'inde giderek invaziv hale gelir(Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014; <http://www.dicle.edu.tr>).

2- *İnvaziv Karsinomlar*

- *İnvaziv Duktal Karsinom*: En sık görülen ve prognozu en kötü olan tiptir. Tüm meme kanserlerinin %75'ini oluşturur. Metastazlarını genellikle aksiller lenf nodlarına yaparlar. Tipik olgularda tümör düzensiz sınırlı, kesit yüzeyi sert, pürüklü nitelikte olup çevre stromaya doğru ince uzantılar oluştururlar.

- *İnvaziv Lobüler Karsinom*: Tüm invaziv meme karsinomlarının %5-15'ini oluşturmaktadır ve hormon replasman tedavisi alan kadınlarda daha sık görülmektedir. Diğer tip invaziv meme karsinomlarına göre daha yüksek oranda bilateral ve multifokal olurlar (İlvan, 2006).

- *Medüller karsinom*: Meme karsinomlarının %1-5'ini oluşturur. Daha çok 50 yaş altındaki kadınlarda ve BRCA1 genini taşıyanlarda görülür. İyi sınırlı, yumuşak kıvamlı kitle oluşturur ve bu nedenle klinik ve radyolojik olarak fibroadenom gibi benign meme lezyonu olarak yorumlanabilir(İlvan, 2006).

- *Tübüler Karsinom*: Meme karsinomlarının %2'sini oluşturmaktadır. En iyi prognoza sahiptir.

- *İnflamatuvar Karsinom*: Meme kanserinin nadir tipi olup %1-2 oranında görülürler. Tümör yumuşak ve ağrılıdır. Belirtileri diğer meme kanserlerinden farklıdır. Meme derisinde ödem, kızarıklık, sıcaklık ve deride kalınlaşma bulguları vardır. Meme enfeksiyon görünümündedir ve prognozu oldukça kötüdür(Karayurt, 2014).

- *Paget's Karsinomu*: Özel bir morfolojik tip olmayıp, karakteristik klinik özelliğe sahip bir tümördür. Meme karsinomlu hastaların % 1-3'ünde görülür. Genellikle insitu duktal karsinom ile ilişkilidir. Başlangıçta meme başı ve areolada yanma hissi, kaşıntı, kabuklanma ve ülserasyon görülür. Daha sonra egzamatöz lezyonlar oluşur. Geç evrede invaziv hale

gelebilir. Enfeksiyon olarak tanımlanabilme şansı yüksektir. Prognozu oldukça iyidir (Griff ve Dershaw, 2002; Topuz ve ark. 2003; Duran, 2008).

Meme kanserinde en sık tutulan lenf nodülleri aksiller, internal meme ve supraklaviküler nodüllerdir. Bu bölgelerde tutulum sıklığı ve anlamının bilinmesi meme kanserinin evreleme ve tedavi planlamasında önem taşımaktadır. Meme kanseri tedavi edilmezse biyolojik davranışına göre, uzak organ metastazları yapar ve sonunda ölüme neden olur. Ölümün büyük çoğunluğu organ metastazlarından olur. Kemik metastazları ile daha uzun süre yaşanabildiği halde, beyin, karaciğer, akciğer metastazları ortaya çıktıktan sonra yaşamda kalma süresi ayları geçmemektedir. Uzak organ metastazları ortaya çıktıktan sonra bugün için bilinen küratif bir tedavisi bulunmamaktadır (Bavbek, 2003).

2.2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri Dünyada ve Türkiye de en sık görülen ve ölüme neden olan kanser türü olup kadınlarda 30-59 yaşları arasındaki en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Amerika Kanser Birliği(ACS) verilerine göre Amerika'da sağlıklı bir kadında yaşamı boyunca meme kanseri gelişme riski %12,8 olup her sekiz kadından birine meme kanseri tanısı konulacağı belirtilmektedir. Meme kanseri 50 yaşlarında artmakta ve 80 yaşına kadar sürmektedir. ACS verilerine göre, 2013 yılında yeni meme kanseri vakası insitu kanserlerde 64640, invaziv kanserlerde 232340 olarak tahmin edilmektedir. 2013 yılında yaklaşık 39620 kadının meme kanserinden ölmesi beklenmektedir (ACS, 2013).

Türkiye'de 2012 verilerine göre meme kanseri kadınlarda görülen ilk 10 kanser türünde birinci sırada (yüzbinde 45,10) yer almaktadır (<http://sbu.saglik.gov.tr/saglikistatistikleri/yilligi>, 2012). Türkiye'nin batısında insidans 50/100.000, doğusunda ise 20/100.000 oranındadır. Bu oranın batılılaşan yaşam; erken menarş, geç menapoz, ilk doğumun 30 yaş üstünde olması, daha az emzirme ve diğer risk faktörleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Özmen, 2008).

2.2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Çoğu kanser türünde olduğu gibi meme kanserinin etiyolojisinde de tek bir etkenden söz etmek mümkün değildir(Dean, 2008; Kaymakçı, 2011; Karayurt, 2014). Hastalığın

gelişiminde rol oynayan birçok faktör bulunmaktadır. Meme kanserinde risk faktörü hastalığın oluşma olasılığını etkileyen her şey olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan bazıları değiştirilemeyen risk faktörleridir ve bazıları da çevrede bulunan kansere yol açan maddelerdir. Diğer risk faktörleri ise yaşam tarzı ve kişisel davranışlarla ilgilidir. Kadınların yaklaşık %70'inde bilinmeyen nedenlerle meme kanseri gelişmektedir. Kadınlarda rölatif riske göre meme kanseri risk faktörleri Tablo 2'de verilmiştir (Karayurt, 2014).

Tablo 2. Kadınlarda Rölatif riske göre Meme Kanseri Risk Faktörleri

| Rölatif Risk | Meme Kanseri Risk Faktörleri |
|--------------|---|
| >4.0 | Cinsiyet Yaş(50 yaş ve üzerinde olmak) Biyopsi ile doğrulanmış atipik hiperplazi BRCA-1 ve BRCA-2 gibi gen mutasyonları Lobüler karsinoma insitu Mammografide doğrulanmış yoğun meme dokusu Bireysel meme kanseri öyküsü(40 yaş öncesi) İki veya daha fazla birinci derece yakınına erken yaşta meme kanseri tanısı konulması |
| 2.1-4.0 | Bireysel meme kanseri öyküsü(40 yaş sonrası) Postmenapozal dönemde yüksek endojen östrojen veya testesteron düzeyleri Göğüs duvarına yüksek doz radyasyon Birinci derece yakınlarında meme kanseri olması |
| 1.1-2.0 | Alkol Tüketimi Aşkenazi(Doğu Avrupa)Yahudileri Diethylstilbestrol ilacına maruz kalma Erken Menarş(12 yaş öncesi) Geç Menapoz(55 yaş sonrası) Boy uzunluğu Yüksek sosyoekonomik durum İleri yaş gebelik(30 yaş sonrası) Hiç çocuk emzirmeme Hiç gebe kalmama Obezite(Postmenapozal dönemde kilo artışı) Endometrium, over veya kolon kanseri öyküsü olma Uzun süreli, östrojen ve progesteron içeren menapozal hormon tedavisi Oral kontraseptif kullanımı |

Cinsiyet:

Meme hastalıkları her iki cinsiyette de görülmektedir. Ancak malign meme tümörlerinin % 99'u kadınlarda görülmektedir (Kaymakçı, 2011). Bunun nedeni kadınların

erkeklerden daha fazla meme dokusuna sahip olması ve kadınların gelişimsel dönemlerindeki östrojen ve progesteron hormonlarının düzeylerinin değişim göstermesidir(Karayurt, 2014).

Yaş:

İkinci en önemli risk faktörüdür. Over hormonlarına maruz kalma ile ilişkilidir. Meme kanseri 20 yaşından genç kadınlarda nadir görülmektedir ve yaş ilerledikçe görülme oranı artmaktadır. Bu artış, yaşam süresinin uzaması, HRT kullanımında artış ve obezite ile ilişkilendirilmiştir. Amerika'da yeni vakaların %79'u ve meme kanserinden ölümlerin %88'i 50 yaş ve üzerinde olmaktadır. Meme kanseri insidansı 85 yaş sonrasında azalmaktadır. Bu durumda, 80 yaş sonrasında tarama mamografinin azalması ile açıklanmaktadır(Karayurt, 2014).

Aile öyküsünde meme kanseri olması:

Kadınların birinci derece yakınlarından bir tanesinde meme kanseri olması riski yaklaşık iki kat arttırırken, birinci derece yakınlarından iki tanesinde meme kanseri olması riski yaklaşık üç kat arttırmaktadır(Bavbek, 2003). Birinci dereceden bir akrabasında (anne, kız kardeş, kendi kızı) meme kanseri olan kadınlarda, meme kanseri riski 2-3 kat daha yüksek olmaktadır. İkinci dereceden bir akrabasında meme kanseri olan kadınlarda da risk daha az düzeyde yükselmektedir. Özellikle hastalıktan etkilenen akraba kişinin annesi tarafındansa, akrabada bilateral meme kanseri varsa ve tanısı 50 yaşından önce konmuşsa bu risk yükselmektedir. Anne ve kız kardeşinde meme kanseri bulunan bir genç kadında hayat boyu meme kanseri gelişme riski yüzde 50'dir. Meme kanserinde artmış ailesel riskin ne oranda genetik etkenlere, ailesel yaşam tarzına veya beslenme alışkanlıklarına bağlı olduğunu söyleyebilmek mümkün olmamaktadır. Son yıllarda 17. kromozom üzerinde yer alan BRCA1 ve 13. kromozom üzerinde yer alan BRCA2 genleri üzerinde durulmaktadır(Bavbek, 2003).

Bireysel meme kanseri öyküsü:

Meme kanseri öyküsü olan kadınlarda, diğer memede kanser gelişme riski artar. Eğer erken yaşta (40 yaş altı) tanı konulmuşsa daha sonra meme kanseri gelişme riski yaklaşık olarak 4,5 kat artar (Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).

Irk:

Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir. Bu durum, her yaş grubundandaki beyaz kadınlara göre Afrika kökenli Amerikalı kadınlar daha az ER+(estrogen receptor positive) meme kanseri ve daha yüksek ER- (estrogen receptor negative)meme kanseri oranlarına sahip olmalarına bağlanabilir. Asya/Pasifik adasındaki yaşayan kadınlar düşük insidans ve ölüm oranına sahiptir (American Cancer Society, 2013-2014).

Genetik Mutasyon:

Kalıtsal meme kanserlerinin çoğunluğu (%50-60) 17 numaralı kromozomda bulunan BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinden birini etkileyen mutasyona bağlıdır. BRCA-1; östrojen reseptör aktivitesini düzenler, meme dokusunda proliferasyona neden olan östrojeni kontrol eder. DNA hasarlarını onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar. BRCA-2 ise sadece DNA'yı onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar. BRCA-1 ve BRCA-2 genleri normalde hücrelerin anormal şekilde büyümelerini önleyerek tümör oluşumunu engelleyen tümör baskılayıcı genlerdir. BRCA-1 ya da BRCA-2 genlerinde mutasyon bulunan kadınların mutasyon olmayan kadınlara oranla meme kanserine yakalanma risklerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı ailede BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonlarının varlığında meme kanseri riski yaklaşık %80 daha fazladır(Öztürk, 2006; Kaymakçı, 2011).

Kalıtımsal meme kanseri mutasyonlarının bazıları moleküler testler ile tanımlanabilir. Ancak, bu testler pahalı olup, her zaman sağlık sigortası tarafından karşılanmamaktadır. Ayrıca, testlerin yorumlanması komplikedir ve duygusal yük getirebilmektedir. Birçok üniversite ya da meme kanseri merkezi bulunan hastaneler meme kanseri gelişme riski yüksek olan kadınlar için programlar önermektedir. Bu programlar genellikle tıbbi, cerrahi onkoloji uzmanı, genetik konsültan, özel eğitilmiş hemşireleri ve jinekoloji uzmanları tarafından yürütülmektedir. ACS ve Amerika Klinik Onkoloji Derneği(ASCO) yüksek riskli bireylerin tanınmasının kesinlikle erken tanıyı arttıracaklarını belirtmekte ve genetik danışmanlık programları önermekte, insanları bu programlar için teşvik etmektedir.

Diğer genlerdeki değişiklikler:

ATM (Ataxia Telangiectasia Mutated): ATM geni normalde zarar gören DNA'nın onarılmasına yardım etmektedir. Bu genin iki parçasının mutasyonu ataksitelangiectasia hastalığına yol açarken, bir parçasının mutasyonu bazı ailelerde meme kanserine neden olmaktadır(American Cancer Society).

p53: Tümör baskılayıcı gen olan p53 gen mutasyonu Li-Fraumeni sendromuna neden olmaktadır. Bu hastalığı olan insanların lösemi, beyin tümörü, sarkoma gibi kanserlerle birlikte meme kanseri olma riski artmaktadır(American Cancer Society).

CHEK2 (Checkpoint Kinaze 2): CHEK2 hücre döngüsü kontrol noktasında DNA onarımından sorumlu kinaz genidir. Li-Fraumeni sendromu CHEK2 gen mutasyonu ile de gelişmektedir. Bu gen mutasyonu meme kanseri riskini iki kat arttırmaktadır(American Cancer Society).

PTEN (Phosphatase and Tensin Homolog): PTEN geni normalde hücre büyümesinin düzenlenmesine yardım etmektedir. Bu genin mutasyonu Cowden sendromuna neden olmaktadır. Bu durum sindirim sistemi, tiroid, uterus ve yumurtalıkların yanı sıra nadir olarak hem kötü hem de iyi huylu meme tümörlerinin riskini attırmaktadır(American Cancer Society).

CDH1(E-cadherin Geninin Mutasyonu): Bu genin mutasyonu kalıtsal mide kanserine neden olmaktadır. Bu gen mutasyonu olan kadınların invaziv lobüler meme kanseri riski de artmaktadır (American Cancer Society).

Yoğun Meme Dokusu:

Yoğun meme dokusu olan kadınlarda daha fazla meme dokusu (parankim dokusu) ve daha az yağ dokusu bulunmaktadır. Bağımsız bir faktör olarak artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Mamografik olarak yoğun meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4-5 kat artmış olduğu düşünülür(Özmen, 2008).

Hormonlar:

Hormonal durumun hastalığın gelişmesinde rol oynayan etkili bir faktör olarak gösterilmektedir. Hiç gebe kalmamış olmak, ilk gebeliğin 35 yaşından sonra olması ve erken

menarş hastalığının gelişmesinde etkilidir. Genel olarak menarşın bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin % 20 oranında azaldığı kabul edilmektedir. Doğal menopozun gecikmesi önemli bir risk faktörüdür. Menopoza 45 yaşından önce giren kadınlarda meme kanseri riski 55 yaşından sonra giren kadınların yarısı kadardır. Gebelik yaşının 20 yaşından önce olması meme kanserine karşı koruyucu olmaktadır. İlk doğum yaşı 30 yaşından büyük olan kadınlarda kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre dört kat daha fazladır. Yumurtalıkların 40 yaşından önce cerrahi olarak çıkarılmasının meme kanseri riskini % 75 oranında azalttığı bildirilmektedir(American Cancer Society). Postmenapozal dönemde endojen hormon düzeyleri(östrojen ve testesteron) yüksek olan kadınlarda, düşük düzeyde endojen hormon düzeyine sahip kadınlarla kıyaslandığında meme kanseri gelişme riski yaklaşık iki kat daha fazladır. Menstrual döngü sırasında ölçülen hormon düzeyleri, menopoz öncesi kadınlarda çok net değildir. Ancak menopoz öncesi kadınlarda testesteron düzeylerinin yüksek olması meme kanseri için bir risk oluşturur. Yapılan son çalışmalarda, menopoz öncesi kadınlarda total testesteron 1/5 oranından yüksek olan kadınlar karşılaştırılmış, testesteron oranı yüksek olan kadınların meme kanseri riski %80'lik bir artış göstermiştir (Zeleniuch-Jacquotte ve ark. 2012).

Postmenopozal Hormon Kullanımı(HRT):

Östrojen ve progesteron ile kombine menopozal hormonların 5 yıldan uzun kullanımı meme kanseri gelişme riskini ve meme kanseri sonucu ölümleri arttırmaktadır(Rossouw, 2002; Chlebowski ve ark. 2013). Menopoz başlangıcından kısa süre sonra HRT kullanan kadınlarda risk, HRT'yi daha sonra kullanmaya başlayan kadınlardan daha fazladır. Hormon kullanımına 5 yıl içinde son verilmesi riski azaltmaktadır. Ancak, HRT kullanımı durdurulmuş kadınlarda meme kanseri riski hiç HRT almayan kadınlardan daha fazladır(Chlebowski ve ark. 2010; Beral ve ark. 2011; Karayurt, 2014).

Oral Kontraseptif Kullanımı(OKS):

Birçok çalışma OKS kullanımının meme kanseri riskini yaklaşık %10-%30 oranında arttırdığını ortaya koymuş, bu riskin yüksek doz östrojen içeren OKS formlarından kaynaklandığı açıklanmıştır. Hiç OKS kullanmayan kadınlarla, 10 yıl ve üzerinde OKS kullanan kadınların, kullanımı bıraktıktan sonra meme kanseri riskinin benzer olduğu belirtilmiştir(Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).

Göğüs Duvarına Yüksek Doz Radyasyon:

Yüksek doz radyasyona maruz kalan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı bilinmektedir. Çocukluk ve gençlik dönemlerinde göğüs bölgesine radyoterapi alınması meme kanseri riskini ciddi oranda artırmaktadır. Radyoterapiden 8 yıl sonra meme kanseri riski başlamakta ve 25 yıl sonra en yüksek düzeye ulaşmaktadır(Travis ve ark. 2003). Tanı amacıyla uygulanan mamografi ve göğüs radyografisinin meme kanserini artırıcı bir risk taşımadığı belirtilmiştir (Kaymakçı, 2011).

İyi huylu meme hastalıkları:

Kadınlarda benign meme hastalığı varlığı meme kanseri olma riskini artırmaktadır. Bazı benign meme hastalıkları diğerlerine göre meme kanseri riskini daha çok arttırmaktadır. Bunlar risk derecesine göre üç grupta incelenir (Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).

1-Non-proliferatif Lezyonlar: Meme dokusunun fazla büyümesiyle ilişkili değildir. Meme kanseri riskini yok denecek kadar az etkilemektedir. Proliferatif olmayan lezyonlar; fibrokistik hastalıklar (fibrozlar ve/veya kistler), hafif hiperplazi, yağ nekrozları, mastitler gibi benign lezyonları içermektedir.

2-Atipik Olmayan Proliferatif Lezyonlar: Meme dokusundaki lobüllerde ve duktuslardaki hücrelerin aşırı büyümesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu lezyonlardan herhangi birine sahip olan kadının meme kanseri olma riski, sahip olmayan diğer kadınlara göre bir buçuk iki kat artmaktadır. Bu lezyonlar; duktal hiperplaziler, kompleks fibroadenomlar, çeşitli papillomalardır.

3-Atipik Proliferatif Lezyonlar: Bu lezyonlarda meme dokusundaki duktuslarda ve lobüllerdeki hücreler aşırı büyümektedir. Kadınların meme kanseri olma riskini normale göre dört beş kat arttırmaktadır. Bu lezyonlar; atipik duktal hiperplaziler ve atipik lobüler plazilerdir.

Lobüler karsinoma insitu(LCIS):

LCIS olan kadınlarda olmayan kadınlara göre invaziv meme kanseri gelişme olasılığı 7-12 kat daha fazladır. LCIS genellikle mamografi ile tespit edilememekte, biyopsi ile tanılabilmektedir(Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).

Gebelik Durumu:

Çocuk sahibi olmayan ya da ilk gebelik yaşı 30'dan büyük olan kadınların meme kanseri riski artmaktadır. Çocuk sahibi olma ve genç yaşta gebe kalma meme kanseri olma riskini azaltmaktadır. Gebelik yaşam boyu toplam menstural döngü sayısını azaltarak riski azaltmaktadır(Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).

Emzirme:

Çalışmaların çoğu bir yıl veya daha uzun süre emzirmenin bir kadının meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir. Emzirme süresinin uzaması ile risk azalmaktadır(Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014). Lancet (2002)"*Otuz ülkede yapılan 47 çalışmanın gözden geçirilmesi ile yapılan sistematik bir incelemede; 12 ay boyunca emziren kadınlarda meme kanseri riskinin %4,3 oranında azaldığı*" gösterilmiştir.

Alkol:

Çeşitli çalışmalarda kadınların günde 10 gr(yaklaşık 1 bardak) alkol tüketmesiyle meme kanseri riskini %7 ile %12 oranında artırdığı belirtilmiştir(Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014). Allen ve ark. (2009) "*Tüketilen alkolün türü ne olursa olsun meme kanseri riski içilen miktarla artmaktadır*". Alkol kullanımının Estrogen receptor-positive (ER+)meme kanseri riskini, Estrogen receptor-negative(ER-)'den daha fazla arttırdığı belirtilmektedir(Suzuki, 2008; Li, 2010).

Beslenme:

Meme kanseri ile yağ, et, sebze ve meyve tüketimi arasındaki ilişkisini inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Fakat diyetin meme kanseri üzerindeki etkileri ile ilgili kesin kanıt yoktur(Thomson, 2012; Vera-Ramirez, 2013).

Alexander (2010)"*Yirmibinden fazla meme kanseri hastasını içeren bir meta analiz, hayvansal yağ tüketimi ile meme kanseri arasında bir ilişki bulunmadığını*" göstermiştir.

Jung (2013) "*Sebze ve meyvenin yüksek oranlarda tüketiminin, hormon reseptörü negatif meme kanseri riskini azaltabileceği ile ilgili kanıtların arttığını*" bildirmiştir.

Fiziksel Aktivite:

Düzenli egzersiz yapan kadınlarda meme kanseri riskinin %10-%20 oranlarında daha düşük olduğu gösterilmiştir((Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014). American Kanser Derneği "*düzenli fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini azalttığı fakat bu egzersizin ne kadar olduğunun önemli olduğu ve fiziksel aktivite süresi uzadıkça riskin azaldığı*" belirtilmektedir.

Diethylstilbestrol İlacına Maruz Kalma:

Titus 'a (2001) göre "*Düşük riskini azalttığı düşünülen diethylstilbestrol (DES) ilacının 1940-1960 yılları arasında bazı hamile kadınlara verildiği ve bu kadınlarda DES almayan kadınlara oranla meme kanseri gelişiminin yaklaşık % 30 daha fazla olduğu*" saptanmıştır. Bazı çalışmalarda anneleri gebeliklerinde DES alan kadınlarda meme kanseri riskinin biraz daha arttığı bulunmuştur(Hoover, 2011).

Sigara:

Uluslararası Kanser Araştırma Kuruluşu 150 çalışmanın sistematik incelemesinde, kadınlarda sigara kullanımının meme kanserine neden olduğunu gösteren sınırlı kanıt olduğunu açıklamıştır(Secretan, 2009). ACS tarafından yakın zamanlarda yapılan bir meta analizde sigara içen kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin hiç içmeyenlerden %12 oranında daha fazla olduğu bulunmuştur(Gaudet, 2013).

Obezite:

Obezite postmenopozal meme kanseri riskini arttırmaktadır(AICR, 2007). Postmenopozal meme kanseri riski zayıf kadınlara göre kilolu kadınlarda 1,5 kat, obez olan kadınlarda 2 kat daha yüksektir(La Vecchia, 2011).

2.2.4. Meme Kanserin Belirti ve Bulguları

Meme kanserinin en sık görülen belirtileri kitle, meme başında retraksiyon, memede çukurlaşma, ağrı, portakal kabuğu görünüm, lenf nodlarında büyüme olarak sayılabilir (Smeltzer, 2010; Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).

Tablo 3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

| Belirti ve Bulgular | Yorum |
|--|---|
| Kitle | Ağrısızdır Hareketsizdir 1-2 cm büyüklüğündedir Tek taraflı ve sürekli Sınırları kısmen belirlenebilir Şekilsiz ve zor palpe edilir |
| Ağrı | Başlangıçta % 90 ağrısızdır Ağrı geç dönemde oluşur. |
| Meme Başı Akıntısı | Pek sık rastlanmaz Tek taraflıdır Genellikle kanlıdır |
| Forge Belirtisi | Tümör taşıyan göğsün yukarıda, dik ve dolgun olmasıdır. Memenin üst kadranlardaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olur. |
| Meme Üzerindeki Deride Ödem | Tümör hücreleri, Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur. |
| Meme Başında Retraksiyon veya Çökme | Tümörün büyüüp meme başını tutması sonucunda oluşur. |
| Deride Ülserasyon ve Eritem | Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyada sonra da M. pectoralis'e ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur. |
| Lenf Nodüllerinde Büyüme | Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonra da M. Pectoralis'e ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur. |
| Üst Kolda Anormal Şişlik | Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur. |

(Aydiner, 2007)

Meme kanserinin kadransına göre görülme olasılığı; üst dış kadranda %45 (fazla miktarda meme dokusu içerdiği için), meme ucu çevresinde %25, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %10, alt iç kadranda %5 oranındadır (Smeltzer, 2010; Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).

2.2.5. Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi yüksek riskli grupların kansere bağlı ölümlerini önlemede ve azaltmada hayati önem taşımaktadır. Meme kanserinin erken tanılanmasına yönelik dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın yaklaşımlar tarama programlarıdır(Özmen, 2008). Tarama programları sayesinde, bireylerin kansere yönelik farkındalıkları artar, meme kanseri erken evrede tespit edilebilir, sağkalım oranları artırabilir, tedavi maliyetleri ve mortalite oranları ciddi derecede düşürülebilir. Beş yıllık sağkalım oranı, lokalize meme kanseri için % 98 iken, metastatik hastalığı olan kadınlarda bu oran sadece % 27'dir (<http://seer.cancer.gov>.) Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranı, gelişmiş ülkelerde % 73 iken, gelişmekte olan ülkelerde % 53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde mamografi taraması sayesinde erken tanı ile ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir(Özmen ve ark. 2009).

Erken tanı için temelde önerilen birbirini tamamlayıcı üç yöntem olarak klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi ele alınmaktadır. ACS meme kanserinin erken tanılanması için, meme kanserinde farkındalığı sağlamak için 20 yaşından sonra kendi kendine meme muayenesi(KKMM) yapılması, 20 yaş ile 39 yaş arası 3 yılda bir klinik meme muayenesi, 40 yaşından sonra ise yıllık mamografi çekirme ve klinik meme muayenesi önermektedir. Meme dokusu 40 yaş öncesi yoğun olduğundan, mamografi ile kitle görüntülenemediğinden önerilmektedir. ACS'nin meme kanseri erken tanı rehberi Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Amerika Kanseri Birliği Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi

| Yaş Aralığı | Kullanılan Yöntem | Uygulama Sıklığı |
|-------------|---|-----------------------------|
| 20-39 | KKMM | 1 defa/Her ay(isteğe bağlı) |
| | Klinik Meme Muayenesi | 3 yılda bir defa |
| 40 ve üzeri | KKMM | 1 defa/Her ay(isteğe bağlı) |
| | Klinik Meme Muayenesi | Yılda bir defa |
| | Mamografi | Yılda bir defa |
| Riskli grup | KKMM | 1 defa/Her ay(isteğe bağlı) |
| | Klinik Meme Muayenesi | Yılda bir defa |
| | Mamografi | Yılda bir defa |
| | Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)(30 yaş) | Yılda bir defa |

(ACS Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014'den alınmıştır). Ulaşım tarihi 09.06.2015

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığında 10 Kasım 2012'de düzenlenen “Uluslararası Meme Kanseri Farkındalık” toplantısında mamografi taramasına ilişkin karar alınmış ve alınan karar 06.12.2012 tarih 1663 sayılı yazı ile illerdeki ilgili sağlık merkezlerine bildirilmiştir. Alınan kararlar doğrultusunda Meme Kanseri Ulusal Standartları oluşturulmuş ve mamografi çekilme aralığı 40 -69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir olarak bildirilmiştir (<http://www.kanser.gov.tr>)

Tablo 5. Türkiye' de Sağlık Bakanlığının Önerdiği Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri

| Yaş Aralığı | Kullanılan Yöntem | Uygulama Sıklığı |
|-------------|-----------------------|---|
| 20-39 | KKMM | 1 defa/Her ay(farkındalığı artırmak için) |
| | Klinik Meme Muayenesi | 3 yılda bir defa |
| 40-69 | KKMM | 1 defa/Her ay(farkındalığı artırmak için) |
| | Klinik Meme Muayenesi | Yılda bir defa |
| | Mamografi | 2 yılda bir defa |

(<http://www.kanser.gov.tr>)

Kendi Kendine Meme Muayenesi(KKMM):

Kendi Kendine Meme Muayenesi kadınların farkındalıklarını arttırmada rol oynadığı için KMM ve mamografi ile birlikte uygulanmaktadır. KKMM basit, ucuz ve kadının mahremiyetinin korunduğu, evinde tek başına rahatlıkla uygulayabileceği bir muayenedir. Menstrual siklus, gebelik ve menopoz gibi durumlarda çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. KKMM, menstrual dönemde meydana gelen bu değişiklikler sonucu doğru sonuçlar elde edilememesi riski nedeniyle her ay menstruasyonun başlangıcından itibaren 5-7. günlerde ya da postmenopozal dönemde her ayın kendi belirledikleri bir gününde yapılmalıdır (Karadakovan ve Eti Arslan, 2011).

Hemşireler, kadınları KKMM ile ilişkili potansiyel faydalar ve sınırlamalarla ilgili bilgilendirmeli, kadınlara kendi memelerini tanımaları, olası değişiklikleri erken saptayabilmeleri, farkındalığı artırmak için periyodik KKMM'ni öğretmelidirler. Kadınların mamografi yaptırmış olsalar bile KKMM sırasında herhangi bir değişiklik saptadıklarında sağlık profesyonellerine bildirmeleri konusunda eğitmelidirler(Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).

Klinik Meme Muayenesi(KMM):

Klinik meme muayenesi bu konuda eğitim almış bir hekim, ebe yada hemşire tarafından kadınlara yapılması gereken fizik muayenedir. KMM, hasta oturur ya da yatar pozisyonda olmak üzere iki aşamada yapılır. Muayenede inspeksiyon ve palpasyon yöntemleri kullanılır. Muayene ile memelerin şekil ve büyüklüğü, meme derisinde şişkinlik, çukurlaşma, renk değişikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı gözlemlenir. Palpasyon ile de bir kitle veya her hangi bir değişiklik olup olmadığı gibi meme kanseri belirtileri açısından kontrol edilir (Kaymakçı, 2011). DSÖ'nün Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi (IARC) Çalışma Grubunun Haziran 2015'deki değerlendirmesinde "*Fizik muayene (klinik meme muayenesi ya da kendi kendine meme muayenesi) ile meme kanseri taramasının nispeten ucuz ve basittir. Güncel literatürün değerlendirilmesinde klinik meme muayenesinin daha küçük boyutta ve erken evre tümör tespiti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bu tarama yönteminin meme kanserinden ölümlere etkisine dair bir veri henüz bulunmadığı*" belirtilmiştir.

2.3. Mamografi:

Meme Kanseri taramasında altın standart olan mamografi, memenin yağ ve glandüler yapılarını inceleyen yumuşak doku radyografi tekniğidir. Mamografi günümüzde meme kanserinin tanı ve tedavisinde en etkin, kolay ve ucuz yöntem olup hem tarama, hem de tanı amacı ile kullanılmaktadır. Mamografi memede ele gelen lezyonlara göre çok daha erken bir evrede olan, klinik olarak gizli durumdaki, palpe edilemeyen meme kanserlerini belirlemeye yaramaktadır. Mamografik taramasına bağlı meme kanseri mortalitesinde % 16-36 arasında değişen oranlarda azalma olduğu bulunmuştur (<http://www.kanser.gov.tr>) Türkiye’de meme kanseri görülme yaşı birçok batı ülkesine göre daha gençtir (% 40’ı 50 yaş altında) ve kanserler ileri evrede tespit edilmektedir (<http://www.kanser.gov.tr>). Türkiye’de meme kanserleri en çok Evre II(% 44)’de, sonra Evre I(% 27)’de, bunu takiben Evre III(% 21)’de ve EvreIV (% 8)’de belirlenmektedir(Özmen, 2012).

Mamografi'nin duyarlılığı deneyimli ellerde %85'in üzerinde olmasına rağmen, klinik uygulamada %70-75'e kadar düşmekte, hatta meme parankimi yoğun olan kadınlarda duyarlılık %30-48 olarak bildirilmektedir. Bu nedenle yeni görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Digital mamografi bunlar arasında en ümit vadeden olarak ortaya çıkmıştır. Digital mamografi ile ilgili en kapsamlı çalışma Amerikan Radyoloji Koleji(ACR) çatısı altında 2001-2003 yılları arasında çok merkezli olarak gerçekleştirilmiştir. Toplam 49528 asemptomatik olguyu ve farklı cihazları içeren bu çalışmada tüm olgularda hem konvansiyonel, hem digital mamografi çekilmiştir. İlk sonuçlar Eylül 2005'te yayınlanmıştır. Buna göre 50 yaş ve üzerindeki hastalarda ve genel popülasyonda iki yöntem eşdeğer bulunmuş, ancak pre ve perimenopozal dönemde, 50 yaşın altındaki kadınlarda, yoğun meme parankimi varlığında digital mamografi'nin anlamlı olarak üstün olduğu tespit edilmiştir(Pisano ve ark. 2005).

DSÖ'nün Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi(IARC) tarafından, 3 Haziran 2015 tarihinde 16 ülkeden 29 uluslararası uzmandan oluşan bir grup bilim insanının toplanıp, kanser erken önleme ve meme kanseri taramasında kullanılan yöntemlerin avantaj ve dezavantajları değerlendirmesinde, yüksek gelir düzeyine sahip (Avustralya, Avrupa ve Kuzey Amerika) ülkelerde yürütülen 20 kohort ve 20 vaka-kontrol çalışmasının verilerinin değerlendirilmesinde mamografi ile taranan 50-69 yaş arası kadınlarda yaklaşık %40'lık mortalite düşüşü olduğu gözlenmiştir. Birkaç çalışmada da 70-74 yaş arası kadınlarda mamografi ile taramanın meme kanserine bağlı ölümlerde anlamlı düşüş sağladığı

gözlenmiştir. Mamografi ile meme kanseri taramasının en önemli dezavantajları yalancı pozitif sonuçlar, fazla tanı (overdiagnosis) ve radyasyona bağlı kanser gelişimidir.

İstenmeyen etkiler ile ilgili Çalışma Grubunun önerileri;

"-Mamografi ile taramanın taranmayan kadınlarda kötü sonuçlara neden olacak ya da tanınamayacak meme kanserini tespit ettiğine dair yeterli kanıt vardır.

-Yanlış pozitif bir mamografi tetkikinin kısa süreli negatif psikolojik sonuçlara neden olduğuna dair yeterli kanıt vardır.

-50 yaş ve üzeri kadınlarda mamografi ile meme kanseri taramasına bağlı olarak radyasyona bağlı meme kanseri riskinin arttığına dair yeterli kanıt vardır; ancak bu risk meme kanserinden ölümlerin azalması düşünüldüğünde göz ardı edilebilir".

2.3.1. Mamografi bulgularının yorumlanmasına ilişkin standartlar

Meme görüntüleme, değerlendirmelerde standart terminoloji kullanılması ve raporlamanın belirli bir formatta yapılması ve bilgilerin depolanmasında standardizasyon çok önemlidir. ACR tarafından ilk olarak 1993'de tanımlanmış olan Breast Imaging and Reporting Data System sözcüklerinin ilk harflerinden oluşan BI-RADS sınıflaması Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. BIRADS sınıflamasında mamografi bulguları

| BIRADS | Mamografik Bulgular |
|----------|--|
| BIRADS-0 | <p>Ek inceleme ve/veya önceki mamogramlara gereksinim vardır.</p> <p>-Ek incelemeler gerektiren bir bulgu vardır. Bu durum hemen her zaman tarama mamografilerinde ortaya çıkmaktadır.</p> <p>-Spot kompresyon, magnifikasyon, özel mamografik projeksiyonlar ya da USG gerekebilmektedir.</p> <p>-Eğer inceleme negatif değilse ve tipik benign bulgular yoksa, önceki mamografilerle karşılaştırılmalıdır.</p> |

Tablo 6. BIRADS sınıflamasında mamografi bulguları (devamı)

| | |
|-----------------|--|
| BIRADS-1 | Normal bulgular -Negatif , Yorum yapacak bulgu yoktur. Memeler simetrik -Kitle, yapısal bozukluk veya kuşkulu kalsifikasyon yoktur. |
| BIRADS-2 | Benign Bulgular -Negatif bir mamografidir. -Yorumlayan kişi tamamen benign olan bir lezyonu belirtmek isterse bu kategoriyi kullanır. -Kalsifik fibroadenom, multipl sekretuar kalsifikasyonlar, yağ içerikli lezyonlar (yağ kisti, lipom, galatosel, karışık densiteli hamartomlar) gibi karakteristik görünümüleri olan lezyonlar bu kategoride belirtilir. -İntramammarian lenf nodu, implant, ameliyata bağlı yapısal bozulma da bu kategoride belirtilir. -Malignite kuşkusu olan hiçbir bulgu yoktur. |
| BIRADS-3 | Benign Olma Olasılığı Yüksek Bulgu -Kısa aralıklarla takip önerilir. -Malign olma olasılığının çok düşük (<%2) -Takip süresi içinde değişiklik göstermemesi beklenir. -Bu kategorideki bir lezyon kısa aralıklarla (6 aylık) uzun dönemde (2 yıl ya da daha uzun) stabilitesi kanıtlanıncaya kadar takip edilmelidir. -Eğer takip sırasında lezyonun boyutunda ve yaygınlığında değişiklik olursa biyopsi yapılmalıdır. -Bazen klinik veya hastaya bağlı nedenlerle takip yerine biyopsi de tercih edilebilir. |
| BIRADS-4 | Kuşkulu Bulgu -Biyopsi önerilir. -Bu lezyonlar, kanserin karakteristik özelliklerini taşımazlar ancak malign olma olasılıkları kategori 3'ten fazladır (%2-95 arasında) -Radyolog açısından biyopsi endikasyonu vardır. -4A, 4B, 4C olarak alt gruplara ayrılabilir. -4A: düşük risk -4B: orta risk -4C: yüksek risk -Biyopsi önerilen lezyonların büyük bir kısmı bu kategoride yer almaktadır. |
| BIRADS-5 | Büyük Olasılıkla Malign Lezyon -Biyopsi ve uygun yaklaşım yapılmalıdır. -Bu lezyonların malign çıkma olasılığı çok yüksektir (>%95) -Biyopsi ile histolojik tanı basamağı ayrı olarak yapılabileceği gibi, frozen ile çalışarak doğrudan ameliyat planlanabilir. |
| BIRADS-6 | Bilinen malignite -Uygun yaklaşım yapılmalıdır. -Bu kategori, biyopsi ile malignite tanısı konmuş ve kesin tedavi öncesi inceleme yapılacak hastalar için kullanılır. |

(Amerikan Radyoloji Derneği)

2.3.2. Türkiye'deki Mamografi Merkezleri

Türkiye'de Mamografi çekimi, mamografi cihazı bulunan; Üniversite hastanelerinde, Devlet hastanelerinde, Özel hastanelerde ve KETEM'lerde yapılmaktadır. KETEM'ler toplumun kanser ve kanserde erken teşhis ile taramanın önemi hakkındaki farkındalığını eğitim yoluyla artırmak, erken yakalanabilir kanserlerde erken teşhis ve toplum tabanlı tarama faaliyetlerini yürütmek, bulunduğu ilde kanser kontrolünde etkin rol almak, tüm bu faaliyetler sonucunda da önlenebilir ve erken yakalanabilir kanserlerin morbidite ve mortalitesini azaltmak amacıyla kurulmuştur. KETEM'lerin önemli çalışma alanlarından biri meme kanseri toplum farkındalığını artırarak meme taramasına katılan kişi yüzdesinde artış sağlamak, ileri evrede tanı alan meme kanseri olgularını azaltmak, meme kanseri mortalitesinde azalma sağlamaktır (<http://www.kanser.gov.tr>)

2.3.3. Mamografi Çekilmesinde Hemşirelik Girişimleri

Karayurt (2014), mamografiye yönelik hemşirenin sorumluluklarının:

“- Hastaya işlemin yapılma nedeni,

- Ne sıklıkla yapılacağı,

- Ne kadar radyasyona maruz kalacağı,

- Mamografi uygulama sırasında daha az radyasyon ile daha iyi bir görüntü elde edebilmek amacıyla memenin sıkıştırılması gerektiği,

- Kompresyon nedeni ile az da olsa ağrı ve rahatsızlık duyabileceği,

- Mamografi çekilirken belden yukarısı çıplak olması gerektiğinden çekime gelirken iki parça elbise giymesi,

- Filmi etkileyebileceğinden, koltuk altlarına deodorant, talk pudrası, krem ve losyon gibi şeylerin sürülmemesi konularında bilgi verilmesi,

- Ayrıca, işlem sırasında herhangi bir rahatsızlığı olursa mamografi çekimini yapan görevliye söylemesi için hastayı cesaretlendirilme” olduğunu belirtmiştir.

Kanser taramalarında uygulanacak yöntem kolay uygulanabilir, ucuz, maliyet etkinliği yüksek, güvenilir, kolay ulaşılabilir olmalıdır. Yapılan tarama yöntemlerinin etkinliği, elde edilen sonuçların doğruluğu önemlidir. Mamografi, meme kanserinin erken tespit edilmesinde kullanılan yöntemlerin en önemlisidir. Mamografi yanı sıra kadınların eğitimi, kendi kendine muayene, fizik muayene ve ultrasonografi en sık kullanılan diğer yöntemlerdir. Bu yöntemlerin iki veya üçünün beraber kullanılması taramaların etkinliğini arttırır. Mamografinin sensivitesi % 75-90, spesifitesi ise % 90-95 civarındadır.

2.3.4. Meme Kanseri Tarama Programlarında Hemşirenin Rolü

Tüm toplumlarda kadınlar arasında meme kanseri farkındalığını arttırmada hemşirenin anahtar rol oynadığı bildirilmektedir (Yousuf ve ark. 2012). Kanserden korunma erken tanı ve tarama yöntemlerinin kullanımında toplum ve bireyle sürekli iletişim halinde bulunan hemşirelerin sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirebilecekleri vurgulanmaktadır (Kanbur ve Çapık,2011). Karayurt(2014) 'ta meme kanserinin önlenmesi ve erken tanılanmasında hemşirelerin eğitici rolünün önemi üzerinde durmuştur. Hemşirelerin değiştirilebilir meme kanseri risk faktörleri(kilo kontrolü, beslenme, egzersiz, sigara ve alkol kullanımı, HRT kullanımı, OKS kullanımı) konusunda kadınların farkındalıklarını arttıran, meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri konusunda kadınları bilgilendiren eğitim programlarını planlanlama ve uygulama sorumlulukları bulunmaktadır (Jongudomkarn ve Macduff, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Aydın ilinde yaşayan kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları ile mamografi yaptırma davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmış, analitik ve retrospektif bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aydın Kanser Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkez’inde gerçekleştirilmiştir. Aydın KETEM 2003 yılında Aydın Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı olarak açılmış, 2007 yılı Mart ayında Aydın Devlet Hastanesine bağlanmış ve aynı yıl Kasım ayında da yeni hizmet binasına taşınmıştır. 2004 yılı Kasım ayından itibaren mamografi cihazı hizmete girmiş, 2008 yılı Mart ayında smear polikliniği, 2010 yılı Temmuz ayında Sigara Bıraktırma Polikliniği açılmıştır. Son olarak Aydın KETEM, 2012 Nisan ayında Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Haziran 2013 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgi Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Araştırma Çalışma Takvimi

| Araştırmanın Zamanı | Araştırmanın Aşamaları |
|---------------------|--|
| Haziran-Aralık 2013 | Araştırma konusunun belirlenmesi ve literatür tarama |
| Ocak-Şubat 2014 | Tez önerisi hazırlama ve Enstitü yönetim kuruluna sunma |
| Mart 2014 | İlgili kurum ve etik kurul onayı için başvurma |
| Mayıs - Kasım 2014 | Verilerin toplanması |
| Ocak - Nisan 2015 | Verilerin istatistik değerlendirmesi ve bulguların yazılması |
| Mayıs - Temmuz 2015 | Tez yazım ve basımı |
| Ağustos 2015 | Tez Savunması |

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ve örneklemini KETEM'de mamografi cihazının 2012 ve 2013 yıllarında düzenli hizmet verememesi nedeniyle 2004-2011 yılları arasında Aydın Kanser Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkezi'ne meme kanseri taraması için gelen kadınlara ait Meme Hastası Değerlendirme formuna ilişkin 14027 dosya kaydı oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Aydın KETEM'de 2004 - 2011 yılları arasında mamografi çekilen kadınların kayıtları çalışmaya dahil edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Formu

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından KETEM'e ait "Meme Hastası Değerlendirme Formu" örnek alınarak hazırlanan KETEM'e başvuran Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumları ve Kadınların Mamografi çektirmesine İlişkin Bilgi Formu ile toplanılmıştır.

KETEM'e başvuran Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumları ve Kadınların Düzenli Mamografi çektirmesine İlişkin Bilgi Formu: Üç bölüm toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

Birinci bölüm; Kadının sosyodemografik özelliklerine ilişkin (yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu) tanıtıcı bilgilerin yer aldığı sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölüm; Kadınlarda meme kanseri risk faktörlerinin bulunma durumuna yönelik sorulardan oluşmaktadır. Menopoz yaşı, menopoz durumu, doğum sayısı emzirme durumu, oral kontraseptif(OKS) kullanma durumu Hormon replasman tedavisi (HRT) kullanma durumu, ailede meme kanseri öyküsü olma durumu, Meme şikayet durumu, jinekolojik kanser yada kanser şüphesi öyküsü olma durumu, katılımcıların geçmişte meme hastalığı geçirme durumuna yönelik sorulardan oluşmaktadır. Düzenli alkol alan 2 ve düzenli aktif sigara içen 90 kadın olduğu için bizim örneklem sayımıza göre anlamsız düzeyde az olduğundan çalışmaya dahil edilmemiştir.

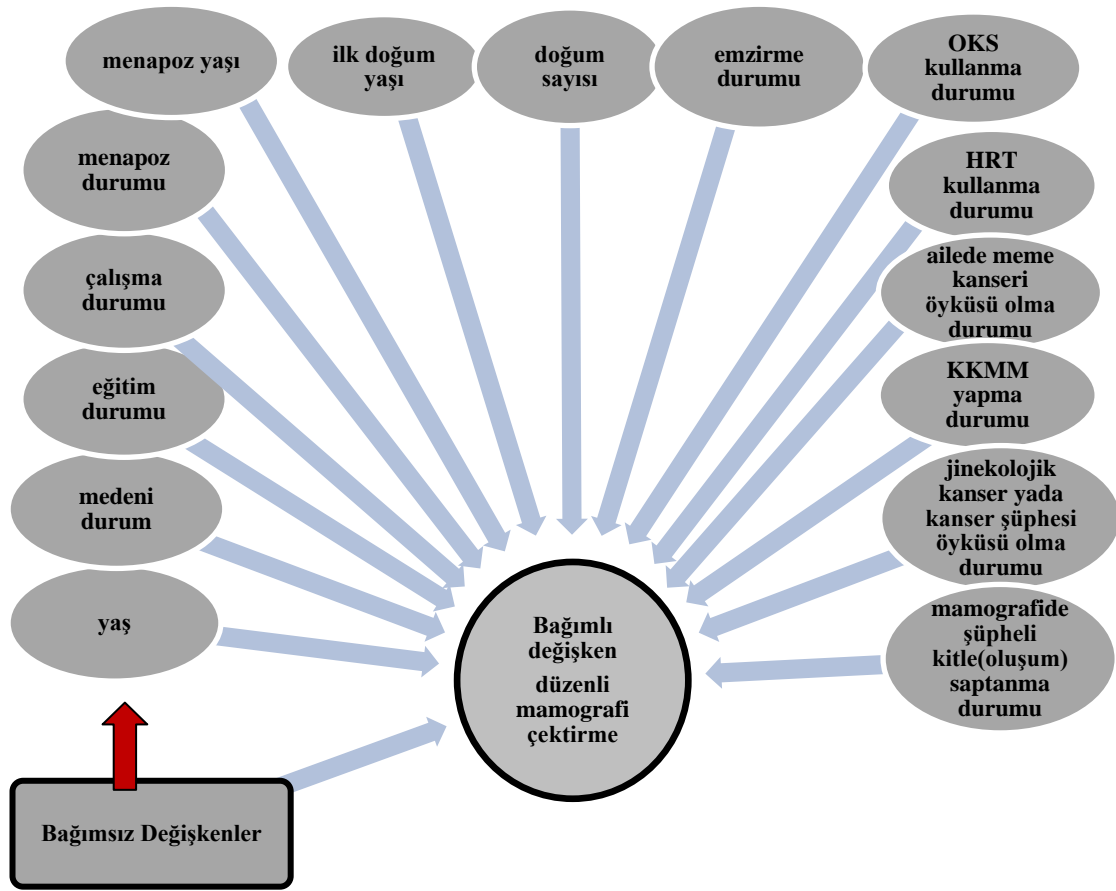
Üçüncü Bölüm; Mamografi çekirme durumuna yönelik sorulardan oluşmaktadır. Kaç kez mamografi çekirmeye geldiği ve mamografi tarihleri arasındaki geçen zamanın düzenli olup olmadığını gösteren sorulardan oluşmaktadır. Mamografi taraması için istenen aralıkta veya 2 yıldan önce tekrar mamografi çekirmeye gelinmesi düzenli mamografi çekirme olarak kabul edilmiştir.

3.7. Verilerin değerlendirilmesi:

Verilerin istatistiksel analizi, SPSS22.0 istatistik (PASW Inc., Chicago. IL.USA) paket programında bir istatistik uzmanı danışmanlığında yapılmıştır. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi 2'den fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Normal dağılmayan veri için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır.

Lojistik regresyon analizine bağımlı değişken olarak düzenli mamografi çekirme durumu alınırken, bağımsız değişken olarak; yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, menopoz durumu (Düzenli Adet Görüyor, Düzensiz Adet Görüyor, Postmenopoz), doğum sayısı (hiç doğum yapmayanlar, 1-2 doğum yapanlar, 3-4 doğum yapanlar, 5 veya daha fazla doğum yapanlar), ilk doğum yaşı 30'un üzerinde olma durumu, emzirme durumu, oral kontraseptif kullanım durumu, hormon replasman tedavisi kullanım durumu, ailede meme kanseri öyküsü olma durumu, memede şikayet olma durumu, kendi kendine meme muayenesi yapma durumu, jinekolojik kanser yada kanser şüphesi öyküsü olma durumu, mamografi sonucuna göre şüpheli oluşum saptanma durumu incelendi. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir.

3.8. Değişkenler



Şekil 1. Araştırmanın bağımlı değişkeni ve bağımsız değişkenleri yukarıda gösterilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma retrospektif yapıldığından sadece var olan kayıt bilgileri değerlendirilmiş ve dosyalardaki bazı eksik bilgiler değerlendirilememiştir. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı kadınların mamografi çekirmeme davranışlarına ait nedenlerin sorgulanamamasıdır. Aynı zamanda çalışmada bağımsız değişkenler sadece dosya kayıt bilgilerinden oluşmuştur. Bu durum araştırmacının farklı bilgilere ulaşamamasına neden olmuştur. Bu nedenle birebir anket uygulanarak çalışmanın yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

3.10. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın etik uygunluğu için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu ve gerekli onay (EK-3) alındı. Ayrıca Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli resmi izin (EK-4) alındı.

4. BULGULAR

Bu araştırmada, Aydın ilinde yaşayan kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları ile mamografi çekirme davranışlarına ait veriler 2004-2011 yılları arasında Mamografi taraması için Aydın KETEM' e başvuran toplam 14027 kadının bildirimlerinin yer aldığı arşiv dosyalarının retrospektif olarak değerlendirilmesi ile elde edilmiş ve aşağıda sunulan sonuçlara ulaşılmıştır:

Tablo 8. KETEM'e başvuran kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=14027)

| Yaş($\bar{x}\pm ss$) | 50,5040 \pm 8,17 | |
|--------------------------------|--------------------|------|
| Medeni durum | n | % |
| Evli | 13666 | 97,4 |
| Bekar | 337 | 2,4 |
| Bilgi olmayan | 24 | 0,2 |
| Sosyal güvencesi | | |
| Var | 13509 | 96,3 |
| Yok | 273 | 1,9 |
| Bilgi olmayan | 245 | 1,7 |
| Eğitim durumu | | |
| Okur-Yazar Olmayan | 1376 | 9,8 |
| Okur-Yazar | 354 | 2,5 |
| 11 yıl ve altı eğitim görenler | 10426 | 74,3 |
| 12 yıl ve üstü eğitim görenler | 1570 | 11,2 |
| Bilgi olmayan | 301 | 2,2 |
| alışma durumu | | |
| alışıyor | 1237 | 8,8 |
| alışmıyor | 12790 | 91,2 |

*Emekliler alışmayanlar grubuna alınmıştır.

2004-2011 yılları arasında Mamografi taraması için Aydın KETEM' e başvuran kadınların tanıtıcı özelliklerine ait bilgiler Tablo 8'de sunuldu. Kadınların ortalama yaşlarının 50,50 \pm 8,17 yıl olduğu, %91,2'sinin çalışmadığı (ev hanımı yada emekli), sadece %8,8'inin bir işte çalıştığı bulundu. Kayıtlardan elde edilen sonuçlara göre kadınların tamamına yakınının evli (%97,4) ve sosyal güvencesinin (%96,3) olduğu, çok azının sosyal güvencesinin

bulunmadığı (%1,9) ve evli olmadığı (%2,4); yaklaşık dörtte-üçünün (%74,3) 11 yıl ve altı, yaklaşık dokuzda-birinin (%11,2) 12 yıl ve üstü eğitim gördüğü, yaklaşık onda-birinin (%9,8) okuma-yazma bilmediği, çok azının (%2,5) okuma yazma bildiği fakat herhangi bir okuldan mezun olmadıkları belirlendi.

Tablo 9. KETEM'e başvuran kadınların meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımı

| | | |
|---|---------------|----------|
| Menopozagirmeyası($\bar{x}\pm ss$)(n=6926) | 45,83±5,43491 | |
| İlkdoğumyası($\bar{x}\pm ss$)(n=13133) | 21,75±4,09560 | |
| | n | % |
| Menstrüasyon durumu (n=13916) | | |
| Düzenli adet görenler | 3437 | 24,7 |
| Düzensiz adet görenler | 3126 | 22,5 |
| Menopozda olanlar | 7353 | 52,8 |
| İlk adet yaşı (n=12386) | | |
| 12 yaş ve altı | 9224 | 74,5 |
| 12 yaş üstü | 3162 | 25,5 |
| Doğum sayısı (n=13859) | | |
| 5 ve üzeri doğum yapanlar | 1214 | 8,8 |
| 3-4 doğum yapanlar | 4635 | 33,4 |
| 1-2 doğum yapanlar | 7475 | 53,9 |
| Hiç doğum yapmayanlar | 535 | 3,9 |
| Emzirme durumu (n=13828) | | |
| Var | 12908 | 93,3 |
| Yok | 920 | 6,7 |
| OKS kullanma durumu (n=13950) | | |
| Hayır | 10108 | 72,5 |
| Evet | 3842 | 27,5 |
| HRT kullanma durumu (n=13734) | | |
| | n | % |
| Hayır | 12141 | 88,4 |
| Evet | 1593 | 11,6 |
| HRT şuan kullanma durumu (n=13697) | | |
| Hayır | 13483 | 98,4 |
| Evet | 214 | 1,6 |
| Ailede meme kanseri öyküsü olma durumu (n=13925) | | |
| Yok | 12161 | 87,3 |
| Var | 1764 | 12,7 |
| Jinekolojik CA varlığı yada CA şüphesi olma durumu (n=14020) | | |
| Yok | 12477 | 89,0 |
| Var | 1543 | 11,0 |
| İlk doğum yaşı (n=13133) | | |
| 29 yaş ve altı | 12469 | 94,9 |
| 30 yaş ve üzeri | 664 | 5,1 |

HRT: Hormon Replasman Tedavisi; **OKS:** Oral Kontraseptif

Kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları Tablo 9' da verildi. Menstrüasyon durumu bilinen 13916 kadının yarısından fazlasının (%52,8) menapozda olduğu, düzenli adet görenler (%24,7) ve düzensiz adet görenlerin (%22,5) birbirine yakın oranlarda olduğu, ortalama menapoza girme yaşının 45,83(\pm 5,43491) yıl, ilk doğum yaşının 21,75(\pm 4,09560) yıl olduğu belirlendi. Bildirimde bulunan 12386 kadından 9224'ünün (%74,5) 12 yaş ve altında menarş olduğu belirlendi.

Doğum sayısı bilinen 13859 kadının 1214'ünün (% 8,8) 5 ve üzeri doğum yaptığı, üçtebirinin (%33,4) 3-4 doğum yaptığı, yarısına yakının(%53,9) 1-2 doğum yaptığı, çok azının (%3,9) hiç doğum yapmadığı belirlendi. Emzirme durumunu bildiren 13828 kadının çoğunun (%93,3) çocuklarını emzirdiği, az bir kısmının (%6,7) çocuklarını emzirmedeği belirlendi. OKS kullanma durumunu bildiğimiz 13950 kadının yaklaşık dörtteüçünün (%72,5) OKS kullanmadığı, yaklaşık dörttebirinin (%27,5) OKS kullandığı belirlendi. Bildirimde bulunan 13734 kadının %88,4'ünün HRT kullanmadığı, %11,6'sının kullandığı, çok azının (%1,6) KETEM'e başvurduğu tarihlerde HRT kullanmakta oldukları belirlendi. Ailede meme kanseri öyküsü durumunu bildiğimiz 13925 kadının %12,7'sinde ailede meme kanseri öyküsü olduğu belirlendi. Jinekolojik CA veya CA şüphesi olma durumunu bildiğimiz 14020 kadının %11,0'sinde jinekolojik CA veya CA şüphesi olduğu belirlendi.

Tablo 10. KETEM'e başvuran kadınların eğitim düzeylerine göre bazı özelliklerinin dağılımı*

| | Eğitim durumu | | | |
|---|---------------|------------|------------|-------------------|
| | ≥12 yıl | ≤11 | Okuryazar | Okuryazar olmayan |
| Yaş($\bar{x}\pm ss$)n=13725 | 48,33±0,16 | 49,62±0,07 | 56,44±0,51 | 56,72±0,26 |
| Çalışma Durumu, n=13726, n(%) | | | | |
| Çalışan | 788(50,2) | 433(4,2) | 3(0,8) | 9(0,7) |
| Çalışmayan | 782(49,8) | 9993(95,8) | 351(99,2) | 1367(99,3) |
| Doğum sayısı, n=13565, n(%) | | | | |
| 5 ve üzeri doğum yapanlar | 3(0,2) | 492(4,8) | 87 (24,6) | 528 (39) |
| 3-4 doğum yapanlar | 194(12,5) | 3630(35,2) | 171 (48,4) | 531(39,2) |
| 1-2 doğum yapanlar | 1254(81,1) | 5818(56,4) | 78(22,2) | 253(18,8) |
| Hiç doğum yapmayanlar | 96(6,2) | 372(3,6) | 17(4,8) | 41(3) |
| Emzirme durumu, n=13535, n(%) | | | | |
| Var | 1396(90,1) | 9611(93,5) | 328(94) | 1292(95) |
| Yok | 154(9,9) | 665(6,5) | 21(6) | 68(5) |
| OKS kullanma durumu, n=13655, n(%) | | | | |
| Hayır | 1191(76,5) | 7396(71,2) | 273(77,1) | 1045(77,1) |
| Evet | 365(23,5) | 2994(28,8) | 81(22,9) | 310(22,9) |
| HRT kullanma durumu, n=13439, n(%) | | | | |
| Hayır | 1272(82,4) | 9018(88,3) | 322(93,3) | 1259(94,2) |
| Evet | 272(17,6) | 1196(11,7) | 23(6,7) | 77(5,8) |
| İlk doğum yaşı, n=12861, n(%) | | | | |
| 29 yaş ve altı | 1256(87,2) | 9382(95,5) | 321(97,9) | 1241(97,6) |
| 30 yaş ve üzeri | 184(12,8) | 440(4,5) | 7(2,1) | 30(2,4) |
| KKMM yapma durumu, n=13637, n(%) | | | | |
| Yapmayan | 426(27,3) | 4256(41,0) | 213(61,0) | 1071(78,9) |
| Yapan | 1136(72,7) | 6112(59,0) | 136(39,0) | 287(21,1) |

HRT: Hormon Replasman Tedavisi;

OKS: Oral Kontraseptif

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 10'da KETEM'e başvuran 12 yıl ve daha uzun süre eğitim alan kadınların %50,2'sinin çalıştığı, diğer eğitim düzeyine sahip kadınların çalışma oranlarının ise oldukça düşük olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ile doğum sayısı karşılaştırıldığında; 12 yıl ve daha uzun süre eğitim alan kadınların büyük çoğunluğunun(%81,1) bir iki doğum yaptığı, eğitim seviyesi düştükçe doğum sayısının arttığı, 12 yıl ve daha uzun süre eğitim alan

kadınların diğer eğitim düzeylerine göre hiç doğum yapmama oranının daha fazla(%6,2) olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ile emzirme durumu karşılaştırıldığında; 12 yıl ve üstü eğitim alan kadınların %90,1'inin çocuklarını emzirdiği, %9,9'unun çocuklarını emzirmediği fakat eğitim seviyesi düştükçe kadınların çocuklarını emzirme oranının arttığı görülmektedir. Onbir yıl ve altı eğitim alan kadınların diğer eğitim düzeyine sahip kadınlara göre OKS kullanma durumunun daha yüksek(%28,8) olduğu görülmektedir. Oniki yıl ve daha uzun süre eğitim alan kadınların %17,6'sı, 11 yıl ve altında eğitim alan kadınların % 11,7'si, Okuryazar olan kadınların % 6,7'si, Okuryazar olmayan kadınların % 5,8'inin HRT kullandığı, eğitim düzeyi arttıkça HRT kullanım oranının arttığı görülmektedir. Oniki yıl ve üstü eğitim alan kadınların %12,8'inin ilk doğumunu 30 yaş ve üstünde yaptığı, bu oranın diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Oniki yıl ve daha uzun süre eğitim alan kadınların % 72,7'sinin KKMM yaptığı ve eğitim seviyesi düştükçe KKMM yapma oranında düştüğü görülmektedir.

Tablo 11. KETEM'e başvuran kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları

| | Sayı | % |
|---------------|-------|------|
| KKMM yapan | 7756 | 55,3 |
| KKMM yapmayan | 6179 | 44 |
| Cevapsız | 92 | 0,7 |
| Toplam | 14027 | 100 |

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Tablo 11'de KETEM'e başvuran kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumlarına ilişkin bulgular sunulmuştur. KETEM'e başvuran kadınların yarısından fazlasının (%55,3) kendi kendine meme muayenesi yaptığı yarıya yakının ise kendi kendine meme muayenesi yapmadığı görülmektedir.

Tablo 12. KKMM yapan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı*

| | KKMM | | | | Test istatistiği, Anlamlılık |
|--|-------------------------|----------|----------------------------|----------|--|
| | Yapan | | Yapmayan | | |
| Yaş ($\bar{x} \pm ss$) (n) | 49,45 \pm 7,33 (7755) | | 51,79 \pm 8,94 (6178) | | t=16,518 p=0,000** |
| | n | % | n | % | |
| Medeni durum (n,%) | | | | | |
| Evli | 6011 | 44,3 | 7568 | 55,7 | $X^2(1)=0,769$ |
| Bekar | 155 | 46,7 | 177 | 53,3 | P=0,381 |
| Eğitim durumu (n,%) | | | | | |
| Okur-Yazar Olmayan | 287 | 21,1 | 1071 | 78,9 | $X^2(3)=925,883$ |
| Okur-Yazar | 136 | 39,0 | 213 | 61 | |
| 11 yıl ve altı eğitim görenler | 6112 | 59,0 | 4256 | 41 | p=0,000** |
| 12 yıl ve üstü eğitim görenler | 1136 | 72,7 | 426 | 27,3 | |
| Sosyal güvence durumu (n=13693,%) | | | | | |
| Var | 7496 | 55,8 | 5928 | 44,2 | $X^2(1)= 11,751,$ p=0,001 |
| Yok | 122 | 45,4 | 147 | 54,6 | |
| Çalışma durumu(n,%) | | | | | |
| Çalışıyor | 856 | 69,5 | 375 | 30,5 | $X^2(1)=105,383$ p=0,000** |
| Çalışmıyor | 6900 | 54,3 | 5804 | 45,7 | |

* satır yüzdesi kullanılmıştır.

**p \leq 0,001 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

*** p \leq 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir

Tablo 12’de görüldüğü gibi yaşın, eğitimin, sosyal güvenceye sahip olma ve çalışma durumunun kendi kendine meme muayenesi yapma davranışı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. KKMM yapan kadınların yaş ortalaması 49,95 \pm 7,33 olup, yapmayan kadınların yaş ortalaması 51,79 \pm 8,94 bulunmuş olup aradaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.001). Eğitim düzeyi azaldıkça KKMM yapmayan kadınların oranının anlamlı bir şekilde düştüğü belirlenmiştir (p<0.001). On iki yıl ve üzeri eğitim görenlerin yaklaşık $\frac{3}{4}$ ’ü KKMM yaparken, bu oran 11 yıl ve daha kısa süre eğitim

alanlarda %59'a okuryazarlarda %39'a ve okuma yazması olmayanlarda %21'e düşmektedir. Sosyal güvencesi olan (%55,8) ve çalışan kadınların (%69,5) yarısından fazlasının KKMM yaptığı, sosyal güvencesi olmayan (%45,4) ve çalışmayan kadınlarda (%54,3) bu oranların daha düşük düzeyde olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13. KKMM yapan kadınların meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımı*

| | KKMM yapma durumu | | | | Test istatistiği, Anlamlılık |
|--|------------------------|-----------|-----------------------|----------|--|
| | Yapan | | Yapmayan | | |
| Menopoz yaş ($\bar{x}\pm ss$) | 45,87±5,34 (n=3606) | | 45,78±5,5 (n=3276) | | t=0-,702 p=0,483 |
| Menopoz durumu | n | % | n | % | |
| Düzenli Adet Gören | 2083 | 61 | 1329 | 39 | X ² (2)= 90,856 p=0,000** |
| Düzensiz Adet Gören | 1822 | 58,5 | 1292 | 41,5 | |
| Postmenapoz | 3797 | 52 | 3510 | 48,0 | |
| Doğum sayısı | | | | | |
| 5 ve üzeri doğum yapanlar | 347 | 28,9 | 855 | 71,1 | X ² (3)=524,838 p=0,000** |
| 3-4 doğum yapanlar | 2369 | 51,5 | 2233 | 48,5 | |
| 1-2 doğum yapanlar | 4649 | 62,5 | 2787 | 37,5 | |
| Hiç doğum yapmayanlar | 306 | 57,5 | 226 | 42,5 | |
| Emzirme durumu | | | | | |
| Var | 7122 | 55,5 | 5705 | 44,5 | X ² (1)= 2,179 p=0,140 |
| Yok | 531 | 58,0 | 384 | 42 | |
| OKS kullanma durumu | n | %n | % | | |
| Hayır | 5451 | 54,2 | 4600 | 45,8 | X ² (1)=32,629 p=0,000** |
| Evet | 2276 | 59,6 | 1541 | 40,4 | |
| HRT kullanma durumu | | | | | |
| Hayır | 6557 | 54,3 | 5516 | 45,7 | X ² (1)=69,964 p=0,000** |
| Evet | 1035 | 65,4 | 547 | 34,6 | |
| Ailede meme kanseri öyküsü olma durumu | | | | | |
| Yok | 6631 | 54,9 | 5458 | 45,1 | X ² (1)=30,107 p=0,000 |
| Var | 1086 | 61,8 | 671 | 38,2 | |
| Jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olma durumu | | | | | |
| Yok | 6879 | 55,5 | 5518 | 44,5 | X ² (1)=1,129 p=0,288 |
| Var | 872 | 56,9 | 660 | 43,1 | |
| Mamografide şüpheli kitle(oluşum) saptanma durumu | | | | | |
| Saptanmadı | 6079 | 55,8 | 4819 | 44,2 | X ² (1)=0,426 ^a p=0,514 |
| Saptandı | 1634 | 55,1 | 1331 | 44,9 | |
| İlk doğum yaşı | | | | | |
| 29 yaş ve altı | 6898 | 55,7 | 5497 | 44,3 | X ² (1)= 4,528 p=0,033*** |
| 30 yaş ve üzeri | 394 | 59,9 | 264 | 40,1 | |

HRT: Hormon Replasman Tedavisi;

OKS: Oral Kontraseptif

* satır yüzdesi kullanılmıştır.

**p≤0,001 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

*** p≤0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir

Düzenli (%61) ve düzensiz (58,5) adet görenler menapozdaki (%52) bireylere, hormon replasman tedavisi kullananlar (%65,4) kullanmayanlara (%54,3), ailede meme kanseri öyküsü olanlar (%61,8) olmayanlara (%54,9), memede şikayeti olanlar (%57,2) olmayanlara (%55,2), ilk doğumunu 30 yaş ve üzerinde (%59,9) yapanlar yapmayanlara (%55,7) göre anlamlı olarak daha fazla KKMM yapmaktadırlar ($p<0,005$). Beş ve üzerinde doğum yapanların, daha az sayıda ve hiç doğum yapmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük oranda KKMM yaptığı görülmektedir ($p<0,001$). Emzirme durumu, jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olma durumu ve mamografide şüpheli oluşum saptanma durumu ile KKMM yapma değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı Tablo 4.6’de görülmektedir.

Tablo 14. KETEM’e başvuran kadınların düzenli mamografi çektirme durumları*

| | Sayı | % |
|-------------|-------|------|
| Çektiren | 1327 | 9,5 |
| Çektirmeyen | 12700 | 90,5 |
| TOPLAM | 14027 | 100 |

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 14’de KETEM’e başvuran kadınların düzenli mamografi çektirme durumlarına ilişkin bulgular sunulmuştur. KETEM’e başvuran kadınların yaklaşık ondabirinin (%9,5) düzenli mamografi çektirdiği, büyük çoğunluğunun(%90,5) düzenli mamografi çektirmediği görülmektedir.

Tablo 15. Düzenli mamografi çektirme davranışına göre kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı*

| | Düzenli mamografi çektiren | | Düzenli mamografi çektirmeyen | | Test istatistiği, Anlamlılık |
|--------------------------------|----------------------------|----------|-------------------------------|----------|---|
| Yaş [$\bar{x}\pm ss$, (n)] | 51,02± 7,69 (1327) | | 50,44±8,22 (12698) | | t= 2,573 p<0,010** |
| Medeni Durum | n | % | n | % | |
| Evli | 1297 | 9.5 | 12369 | 90.5 | X ² (1) = 0.536 p=0,464 |
| Bekar | 28 | 8.3 | 309 | 91.7 | |
| Eğitim Durumu | | | | | |
| Okuryazar değil | 92 | 6.7 | 1284 | 93.3 | X ² (3)=16.342 p=0,001** |
| Okuryazar | 28 | 7.9 | 326 | 92.1 | |
| 11 yıl ve altı eğitim görenler | 1035 | 9.9 | 9391 | 90.1 | |
| 12 yıl ve üstü eğitim görenler | 142 | 9.0 | 1428 | 91 | |
| Çalışma Durumu | | | | | |
| Çalışıyor | 94 | 7.6 | 1143 | 92.4 | X ² (1)=5.487 p=0,019*** |
| Çalışmıyor | 1233 | 9.6 | 11557 | 90.4 | |

* satır yüzdesi kullanılmıştır

**p≤0,001 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

*** p≤0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiş

Tablo 15' de çalışmadaki kadınların düzenli mamografi çektirme davranışına göre sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin t (yaş değişkeni için) ve Ki-kare testi sonuçları bulunmaktadır. Düzenli mamografi çektirme davranışı ile yaş, eğitim ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir.

Düzenli mamografi çektirenlerin ortalama yaşı 51,02±7,69 (min:30;max:77) yıl, düzensiz mamografi çektirenlerin ortalama yaşı 50,44±8,22 (min:21;max:87) yıl olup, düzenli mamografi çektirenlerin ortalama yaşının çektirmeyenlere göre daha yüksek olduğu, düzenli mamografi çektirenlerde yaş aralığının düzensiz çektirenlere oranla daha dar olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli (p<0,005) olduğu bulundu.

Düzenli mamografi çekirme davranışı eğitim durumu açısından incelendiğinde 12 yıl ve daha fazla süre eğitim alanlar (%9.0) ile 11 yıl ve daha az süre (%9.9) eğitim alanların düzenli mamografi çekirme davranışının benzer oranlarda olduğu, formal eğitim almayan grupta (%7.9) ve okuryazar olmayanlarda (%6.7) ise bu oranların daha düşük düzeyde olduğu; düzenli mamografi çekirmeme oranının en fazla okuma yazma bilmeyen grupta olduğu, bunu sırası ile okuma yazma bilen ama formal eğitimi olmayan grubun takip ettiği, düzenli mamografi çekirme davranışına benzer olarak 12 yıl ve daha uzun süre (%91) ve 11 yıl ve daha az süre (%90.1) eğitim alanlarda bu oranların birbirine oldukça yakın olduğu ve gözlenen bu farklılıkların anlamlı olduğu ($X^2(3)=16.342$ $p<0,001$) görülmektedir (Tablo 15).

Çalışan kadınların %7.6'sı düzenli mamografi çektirirken, çalışmayan kadınlarda bu oranın %9.6'ya ulaşmakta olduğu ve gözlenen farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($X^2(1)=5.487$, $P<0,005$) Tablo 4.8'de görülmektedir.

Evli (%9.5) ve bekar (%8.3) kadınların düzenli mamografi çekirme davranışının düşük oranlarda, düzensiz mamografi çekirme davranışının ise yüksek oranlarda (evlilerde:%90.5; bekarlarda%91.7) olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 16. Düzenli mamografi çekirme davranışına göre kadınlarda meme kanseri risk faktörlerinin dağılımı *

| | Düzenli mamografi çekiren | | Düzenli mamografi çekirmeyen | | |
|--|---------------------------|----------|------------------------------|----------|---|
| Menopoz girme yaşı [(\bar{x} ±ss),(n)] | 46,09± 5,35 (742) | | 45,80± 5,44 (6184) | | t=1,388 p=0,165 |
| Menopoz Durumu | n | % | n | % | |
| Düzenli Adet Gören | 296 | 8,6 | 3141 | 91,4 | X ² (2)=27,515, p=0,000** |
| Düzensiz Adet Gören | 239 | 7,6 | 2887 | 92,4 | |
| Postmenopoz | 785 | 10,7 | 6568 | 89,3 | |
| Doğum Sayısı | | | | | |
| 5 ve üzeri doğum yapanlar | 89 | 7,3 | 1125 | 92,7 | X ² (3)=11,344 p=0,010*** |
| 3-4 doğum yapanlar | 413 | 8,9 | 4222 | 91,1 | |
| 1-2 doğum yapanlar | 752 | 10,1 | 6723 | 89,9 | |
| Hiç doğum yapmayanlar | 53 | 9,9 | 482 | 90,1 | |
| Emzirme Durumu | | | | | |
| Var | 1218 | 9,4 | 11690 | 90,6 | X ² (1)=0,319 p=0,572 |
| Yok | 92 | 10 | 828 | 90 | |
| OKS kullanma durumu | | | | | |
| Hayır | 931 | 9,2 | 9177 | 90,8 | X ² (1)=3,194 p=0,074 |
| Evet | 392 | 10,2 | 3450 | 89,8 | |
| HRT kullanma durumu | | | | | |
| Hayır | 1076 | 8,9 | 11065 | 91,1 | X ² (1)=45,465 p=0,000** |
| Evet | 225 | 14,1 | 1368 | 85,9 | |
| Ailede meme kanseri öyküsü olma durumu | | | | | |
| Yok | 1075 | 8,8 | 11086 | 91,2 | X ² (1)=44,779 p=0,000** |
| Var | 244 | 13,8 | 1520 | 86,2 | |
| Jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olma durumu | | | | | |
| Yok | 1138 | 9,1 | 11339 | 90,9 | X ² (1)=15,680 p=0,000** |
| Var | 189 | 12,2 | 1354 | 87,8 | |
| Mamografide şüpheli kitle(oluşum) saptanma durumu | | | | | |
| Saptanmadı | 985 | 9 | 9980 | 91 | X ² (1)=16,327 p=0,000** |
| Saptandı | 342 | 11,4 | 2646 | 88,6 | |
| İlk doğum yaşı | | | | | |
| 30 yaş ve altı | 1178 | 9,4 | 11291 | 90,6 | X ² (1)=0,050 p=0,823 |
| 30 yaş ve üzeri | 61 | 9,2 | 603 | 90,8 | |

HRT: Hormon Replasman Tedavisi; **OKS:** Oral Kontraseptif

**p≤0,001 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

*** p≤0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir

* satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 16'da kadınların düzenli mamografi çekirme davranışları ile meme kanseri risk faktörleri arasındaki ilişki incelendi. Doğum sayısı, menstürasyon, HRT, ailede meme kanseri öyküsü, kendi kendine meme muayenesi, jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olma durumu ve mamografide şüpheli kitle (oluşum) saptanma durumu ile düzenli mamografi çekirme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu.

Düzenli mamografi çekme davranışının en fazla menapozdaki kadınlarda (%10,7) gözlemlendiği, bunu sırası ile düzenli adet gören (%8,6) ve düzensiz adet gören (%7,6) kadınların izlediği, menapozdaki kadınlarda düzensiz mamografi çekme davranışının (%89,3) düzenli (%91,4) ve düzensiz adet gören (%92,4) kadınlara oranla daha düşük düzeyde olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu Tablo 16'da görülmektedir ($p<0.001$).

Bir-iki doğum yapan, doğum yapmayan, 3-4 doğum yapan, 5 ve üzeri doğum yapan kadınların belirtilen sıra ile düzenli mamografi çekme (%10,1; %9,9; %6,8; %4,1) veya düzensiz mamografi çekme (%89,9; %90,1; %91,1; %92,7) davranışları arasında orantısız farklılık olduğu ve farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,01$).

HRT alan kadınların %14,1'i düzenli mamografi çektirirken, %85,9'unun düzensiz mamografi çekmekte olduğu, HRT almayanlarda bu oranların belirtilen sıra ile %8,9, %91,1 olarak değiştiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Düzenli mamografi çektiren kadınların %13,8'inde ailede meme kanseri öyküsü olduğu, %86,2'sinde ise olmadığı, düzensiz mamografi çektirenlerin %8,8'inde ailede meme kanseri öyküsü olduğu, %91,2'unda olmadığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.001$).

Düzenli mamografi çektiren kadınların %11,4'ünün mamografi sonucunda şüpheli kitle olduğu, %88,6'sinde ise olmadığı, düzensiz mamografi çektirenlerin %9'unun mamografi sonucunda şüpheli kitle olduğu, %91'inde olmadığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Düzenli mamografi çektiren kadınların %12,2'si, düzensiz mamografi çektiren kadınların %9,1'i jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olma durumunu bildirmiş, jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olan kadınların düzenli mamografi çekme oranının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Düzenli mamografi çekme ve çekmeme davranışı ile emzirme durumu, OKS kullanma durumu, menapoz ortanca yaş değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 17. Düzenli mamografi çekirme davranışına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

| KKMM | Düzenli mamografi çekiren | | Düzenli mamografi çekirmeyen | | |
|----------|---------------------------|------|------------------------------|------|-----------------|
| | n | % | n | % | |
| Yapmıyor | 506 | 8,2 | 5673 | 91,8 | $X^2(1)=21,778$ |
| Yapıyor | 816 | 10,5 | 6940 | 89,5 | p=0,000 |

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesi yapan ve yapmayanlarda düzenli mamografi çekirme oranı oldukça düşük düzeyde (belirtilen sıra ile:%10,5; %8,2), düzenli mamografi çekirmeme oranı ise yüksek düzeyde (belirtilen sıra ile: KKMM yapanlarda %89,5; yapmayanlarda %91,8) saptanmış olup, aradaki fark istatistiksel olarak önemli düzeyde farklıdır ($p<0.001$), (Tablo 17).

Tablo 18. Düzenli mamografi çektirme davranışını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

| | B | SH | p | OR | 95% GüvenAralığı | |
|--|--------------|--------------|----------------|--------------|---------------------|--------------|
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Yaş | 0,009 | 0,005 | 0,087 | 1,009 | 0,999 | 1,020 |
| Medeni durum (Bekar) | 0,505 | 0,367 | 0,168 | 1,657 | ,808 | 3,400 |
| Eğitim durumu (okuryazar değil) | | | 0,095 | | | |
| (okuryazar) | 0,176 | 0,173 | 0,310 | 1,192 | 0,849 | 1,675 |
| (11 yıl ve altı eğitim görenler) | 0,281 | 0,133 | 0,034** | 1,324 | 1,021 | 1,718 |
| (12 yıl ve üstü eğitim görenler) | -0,027 | 0,251 | 0,913 | 0,973 | 0,595 | 1,592 |
| Çalışma durumu (Çalışmıyor) | 0,219 | 0,139 | 0,115 | 1,245 | 0,948 | 1,634 |
| Menapoz durumu (Düzenli adet görüyor) | | | 0,014 | | | |
| (Düzensiz adet görüyor) | -0,152 | B | 0,119 | 0,859 | 0,709 | 1,040 |
| (Postmenapoz) | 0,134 | 0,101 | 0,185 | 1,143 | 0,938 | 1,394 |
| Doğum sayısı (hiç doğum yapmayanlar) | | | 0,007 | | | |
| (1-2 doğum yapanlar) | -2,449 | 1,501 | 0,103 | 0,086 | 0,005 | 1,638 |
| (3-4 doğum yapanlar) | -2,302 | 1,496 | 0,124 | 0,100 | 0,005 | 1,876 |
| (5 veya daha fazla doğum yapanlar) | -2,111 | 1,494 | 0,158 | 0,121 | 0,006 | 2,264 |
| Emzirme Durumu (var) | 0,234 | 0,211 | 0,266 | 1,264 | 0,837 | 1,910 |
| Oral kontraseptif kullanım (evet) | 0,124 | 0,068 | 0,071 | 1,132 | 0,990 | 1,294 |
| Hormon replasman tedavisi kullanım (evet) | 0,393 | 0,091 | 0,000* | 1,481 | 1,240 | 1,769 |
| Ailede meme kanseri öyküsü (var) | 0,478 | 0,082 | 0,000* | 1,613 | 1,373 | 1,896 |
| Kendi kendine meme muayenesi yapma (yapıyor) | 0,200 | 0,066 | 0,003** | 1,221 | 1,072 | 1,391 |
| Jinekolojik CA varlığı yada şüphesi (var) | 0,108 | 0,099 | 0,273 | 1,114 | 0,918 | 1,353 |
| Mamografi sonucuna göre şüpheli oluşum (saptanan) | 0,233 | 0,072 | 0,001* | 1,263 | 1,096 | 1,456 |
| İlk doğum yaşı 30'un üzerinde olma durumu (30 üzeri) | 0,035 | 0,171 | 0,836 | 1,036 | 0,740 | 1,450 |

*p≤0,001 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.** p≤0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Yapılan lojistik regresyon analiz sonucuna göre düzenli mamografi çektirme davranışını etkileyen faktörler; Eğitim açısından incelendiğinde 11 yıl ve altı eğitim görenler okuryazar olmayanlara göre 1,324 kat(%95GA 1,02-1,71) daha fazla düzenli mamografi çektirdikleri, okur yazar olanların, 12 yıl ve üzeri eğitim görenlerin okur yazar olmayanlara göre düzenli mamografi çektirme davranışı anlamlı arasında bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir.

HRT almayanlara göre, HRT alanların 1,481 kat (%95GA 1,24-1,76), ailede meme kanseri öyküsü olanlar olmayanlara göre 1,613 kat (%95GA 1,37-1,89), KKMM yapanların yapmayanlara göre 1,221 kat (%95GA 1,07-1,39) ve mamografi sonucuna göre şüpheli oluşum saptananların saptanmayanlara göre 1,263 kat (%95GA 1,09-1,45) daha fazla düzenli mamografi çektirdikleri görülmektedir.

Tablo 19. HRT değişkeni çıkartıldığında düzenli mamografi çektirme davranışını etkileyen faktörlerin çoklu regresyon analiz sonuçları

| | B | SH | p | OR | 95% Güven Aralığı | |
|--|--------------|--------------|----------------|--------------|-------------------|--------------|
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Yaş | 0,008 | 0,005 | 0,122 | 1,008 | 0,998 | 1,019 |
| Medeni durum (Bekar) | 0,478 | 0,366 | 0,193 | 1,612 | 0,786 | 3,306 |
| Eğitim durumu (okuryazar değil) | | | ,076 | | | |
| (okuryazar) | 0,215 | 0,171 | 0,209 | 1,240 | 0,886 | 1,735 |
| (11 yıl ve altı eğitim görenler) | 0,306 | 0,131 | 0,020** | 1,358 | 1,050 | 1,755 |
| (12 yıl ve üstü eğitim görenler) | 0,029 | 0,243 | 0,904 | 1,030 | 0,640 | 1,657 |
| Çalışma durumu (Çalışmıyor) | 0,219 | 0,137 | 0,110 | 1,245 | 0,951 | 1,630 |
| Menapoz durumu (Düzenli adet görüyor) | | | 0,001* | | | |
| (Düzensiz adet görüyor) | -0,140 | 0,097 | 0,147 | 0,869 | 0,719 | 1,051 |
| (Postmenapoz) | 0,213 | ,098 | 0,030** | 1,237 | 1,021 | 1,500 |
| Doğum sayısı (hiç doğum yapmayanlar) | | | 0,004* | | | |
| 1-2 doğum yapanlar | -2,604 | 1,464 | 0,075 | ,074 | ,004 | 1,304 |
| -4 doğum yapanlar | -2,431 | 1,459 | 0,096 | ,088 | 0,005 | 1,534 |
| 5 veya daha fazla doğum yapanlar | -2,240 | 1,457 | 0,124 | ,106 | 0,006 | 1,851 |
| Emzirme Durumu (var) | 0,178 | 0,203 | 0,380 | 1,195 | 0,802 | 1,781 |
| Oral kontraseptif kullanım (evet) | 0,140 | 0,067 | 0,038** | 1,150 | 1,008 | 1,312 |
| Ailede meme kanseri öyküsü (var) | 0,472 | 0,081 | 0,001* | 1,603 | 1,367 | 1,880 |
| Kendi kendine meme muayenesi (yapıyor) | 0,218 | 0,066 | 0,001* | 1,244 | 1,093 | 1,414 |
| Jinekolojik rahatsızlık (var) | 0,184 | 0,095 | 0,052 | 1,202 | ,998 | 1,448 |
| Mamografi sonucuna göre şüpheli oluşum (saptanan) | 0,221 | 0,072 | 0,002** | 1,247 | 1,083 | 1,435 |
| İlk doğum yaşı 30'un üzerinde olma durumu (30 üzeri) | 0,024 | 0,171 | 0,888 | 1,024 | 0,733 | 1,433 |

*p≤0,001 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.** p≤0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonucuna göre düzenli mamografi çekirme davranışını etkileyen faktörler HRT değişkeni çıkartıldığında; eğitim durumu, menapoz durumu, OKS kullanımı, aile de meme kanseri öyküsü, KKMM ve memede şüpheli kitle tespit edilme durumu olarak belirlenmiştir.

Eğitim açısından incelendiğinde 11 yıl ve altı eğitim görenlerin okuryazar olmayanlara göre 1,358 kat(%95GA 1,05-1,75) daha fazla düzenli mamografi çektikleri, okur yazar olanların, 12 yıl ve üzeri eğitim görenlerin okur yazar olmayanlara göre düzenli mamografi çekirme davranışı arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir.

Menapozda olanlar düzenli adet görenlere göre 1,237 kat (%95GA 1,02-1,5), OKS alanların olmayanlara göre 1,150 kat (%95GA 1,00-1,31), ailede meme kanseri öyküsü olanların olmayanlara göre 1,603 kat (%95GA 1,36-1,88), KKMM yapanların yapmayanlara göre 1,244 kat(%95GA 1,09-1,41) ve mamografi sonucuna göre şüpheli oluşum saptananların saptanmayanlara göre 1,247 kat(%95GA 1,08-1,43) daha fazla düzenli mamografi çektikleri görülmektedir (Tablo 19).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Aydın ilinde yaşayan kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları ile mamografi çekirme davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmış olup, 2004-2011 yılları arasında KETEM'e başvuran 14027 kadının dosyası incelenerek, kadınların sosyodemografik özellikleri ve meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları meme hastası değerlendirme formundaki sorulara vermiş olduğu cevaplar değerlendirilerek, elde edilen bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisi ışığında tartışmaya sunulmuştur.

Araştırmamızda düzenli mamografi çektiren kadınların oranının oldukça düşük (%9.5) olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de meme kanseri başlangıcının genç yaşlarda olduğu, mamografinin meme kanserinin erken tanılanmasındaki rolü (<http://www.kanser.gov.tr> ; Özmen, 2012). dikkate alındığında, bu bulgu kadınlarımızın mamografi çektirmeye teşvik edilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özmen'in (2012) çalışmasında Türkiye'de tanı sırasında Evre I' de belirlenen meme kanserlerinin %27 oranında olduğu bulunmuştur.

Ki kare testi sonuçlarına göre araştırmamızdaki kadınlarda eğitim durumu, doğum sayısı, menapoz durum, HRT, ailede meme kanseri öyküsü, kendi kendine meme muayenesi, jinekolojik rahatsızlık geçirme ve mamografide şüpheli kitle (oluşum) saptanma durumu ile düzenli mamografi çekirme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. İleri analizler de eğitim düzeyinin, hormon replasman tedavisi kullanımının, mamografide şüpheli kitle saptanma durumunun, kendi kendine meme muayenesi yapma durumunun ve oral kontraseptif kullanım durumunun mamografi çekirme davranışının önemli bir yordayıcısı olduğu ortaya konmuştur.

Birçok batı ülkesine göre Türkiye'de meme kanseri başlangıcı genç yaşlarda olmakta (% 40'ı 50 yaş altında) ve kanserlerin ileri evrede tespit edildiği bildirilmektedir (<http://www.kanser.gov.tr> ; Özmen, 2012). Sağlık Bakanlığında 10 Kasım 2012'de düzenlenen "Uluslararası Meme Kanseri Farkındalık" toplantısında alınan kararlar doğrultusunda Meme Kanseri Ulusal Standartları doğrultusunda mamografi çekirme aralığı 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir olarak bildirilmiştir (<http://www.kanser.gov.tr>). Araştırmamızda değerlendirilen kayıt bilgileri kapsamında düzenli mamografi çektiren kadınların ortalama yaşlarının (51.02±7,69) düzensiz mamografi (50.44±8,22) çektirenlerin

yaş ortalamasından yüksek olduğu ve kay kare testine göre aradaki farkın önemli olduğu, ancak HRT değişkeni dışlanarak yapılan regresyon analizinde, tüm değişkenlerin dahil edildiği regresyon analizinde yaşın düzenli mamografi çektirmeyi etkileyen bir etmen olmadığı bulunmuştur. Farklı çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmış bazı çalışmalarda yaşın mamografi çektirme davranışını etkileyen önemli bir etmen olduğu vurgulanırken (Malley ve ark, 2001; Luengo-Matos ve ark. 2005; Wells ve ark. 2007; Kim ve ark. 2011), bazı çalışmalarda ise yaşın belirleyici bir etmen olmadığı (Hubbell, 1997; Goel, 2003; Abraido ve Lanza, 2004; David, 2005; Lees, 2005) ortaya konmuştur. Shah ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada yaş değişkeni ile farklı sonuçlara ulaşılmasının nedeni farklı çalışmalarda farklı yaş gruplarının değerlendirilmesi ile ilişkilendirmişlerdir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte mamografi çektirme oranında azalma olduğunu belirten araştırma sonuçları ile (Eisner ve ark. 2002; Bancej ve ark. 2005; Kagay, 2006) analiz çalışmalarımızın benzeşmediği söylenebilir. Bunun nedeni çalışmamıza katılan kadınların yaşlarının birbirine yakın olması ile açıklanabilir. Yaş ve düzenli mamografi çektirme davranışı arasında anlamlı bir ilişki olmaması, yaş aralıklarının birbirine yakın olması Türkiye’de mamografiyi sonlandırma yaşının 69 olarak kabul edilmesi ile de açıklanabilir (<http://www.kanser.gov.tr>).

Araştırmamızdaki Ki kare analiz sonucuna ilişkin veriler eğitim açısından incelendiğinde 11 yıl ve daha az süre eğitim alanların düzenli mamografi çektirme davranışının diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizinde 11 yıl ve daha kısa süre eğitim alanların okuryazar olmayanlara göre daha fazla düzenli mamografi çektirdikleri (OR:1,324-1,315 arasında değişim göstermekte) düzenli mamografi çektirme davranışları açısından farklı eğitim düzeyine sahip kadınlar arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Yıldırım ve Özyaydın'ın (2014) araştırmasına katılan kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe son iki yıl içinde mamografi çektirme oranının arttığı saptanmıştır [$\chi^2(4)=16,231, p=0,003$]. Dinçel ve arkadaşları (2010) mamografi çektirmeye gelen 300 kadın ile yaptıkları anket çalışmasında %69'unun 11 yıl ve altı eğitim gördüğünü, %18,7'sinin okuma-yazma bilmediğini, %7,3'ünün okuma-yazma bildiğini, %4,3'ünün 12 yıl ve üstü eğitim gördüğünü belirlemişlerdir. Sadıkoğlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da diğer eğitim düzeyine sahip kadınlara göre üniversite mezunlarında mamografi çektirme oranının daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi yükseldikçe mamografi çektirme davranışında artış olduğu belirtilmektedir (Qureshi, 2000; Jones, 2003; Sambamoorthi, 2003; Kakefuda, 2006). Bizim çalışmamızda 11 yıl ve daha az eğitim

düzeyine sahip bireylerin 12 yıl ve daha uzun süre eğitim alanlardan daha fazla düzenli mamografi yaptırdıkları belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe mamografi yaptırmama davranışının arttığını gösteren diğer çalışma sonuçlarına (Qureshi, 2000; Jones, 2003; Sambamoorthi, 2003; Dupont ve Ancelle-Park, 2005; Kakefuda, 2006; Kim ve ark. 2011) göre farklı çalışma sonucumuzun olmasının nedeni bizim çalışmamız kapsamında incelediğimiz 12 yıl ve daha uzun süre eğitim alan kadınların büyük çoğunluğunun (%50.2) çalışması ile açıklanabilir. Çalışan kadınlarda düzenli mamografi yaptırmama oranının çalışmayan kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğunu gösteren bulgumuz bu öngörümüzü destekler niteliktedir. Lee ve Kim (2015) part time çalışan kadınların tam zamanlı çalışan kadınlara oranla daha fazla düzenli mamografi yaptırdıklarını belirtmiştir. Gierisch ve arkadaşlarının (2009) 43-49 yaş arası 576 örnekleme yaptığı çalışmada kadınların %40,7'si yeterli zamanı olmamasının mamografi için bir bariyer oluşturduğunu belirtmişlerdir. Ki-kare analizindeki bulgular değerlendirildiğinde okuma yazma bilen fakat formal eğitime sahip olmayan ve okuma yazması olmayan grupta düzenli mamografi yaptırmama oranının oldukça düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu bulgu dikkate alındığında eğitimin düzenli mamografi davranışını etkileyen önemli bir etmen olduğu, ancak eğitim seviyesinin tek başına yeterli bir faktör olmadığı, aynı zamanda çalışma durumunun da etkili bir faktör olduğu söylenebilir.

Eğitim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranının anlamlı olarak arttığı, en fazla 12 yıl ve üzeri eğitim alanların, bunu 11 yıl ve altında eğitim alanların, okuma yazma bilen ve okuma yazma bilmeyen grubun KKMM yaptığı Ki-kare analizi sonucunda görülmektedir. Dişçigil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (2007) bizim çalışmamıza benzer bir sonuç elde edilmiş, KKMM yapma oranının en fazla 12 yıl ve üzeri eğitim alanlarda gözlendiği belirlenmiştir. KKMM yapmanın meme sağlığı ile ilgili farkındalığı artırarak düzenli mamografi yaptırmama davranışını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Kay kare analizi ve lojistik regresyon analiz sonuçlarımız bu öngörümüzü desteklemektedir. Tüm değişkenlerin dahil edilerek yapılan lojistik regresyon analizinde KKMM yapmanın düzenli mamografi yaptırmama davranışını 1,221 artırdığı (%95 GA: 1,07-1,39), HRT değişkeni hariç bırakılarak yapılan lojistik regresyon analizinde de KKMM yapmanın düzenli mamografi yaptırmama davranışını etkileyen önemli bir faktör olduğu ($p \leq 0,001$) belirlenmiştir. Çalışmamızda aynı zamanda çalışan kadınlarda KKMM yapma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu eğitim düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Araştırma kapsamında incelenen kayıtlarda çalışan kadınların büyük bölümünün 12 yıl ve daha fazla süre eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmamız kapsamında incelenen kayıtlarda kadınların yarıdan fazlasının menapozda olduğu (%52), menapozdaki kadınların, menapozda olmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha fazla (OR: 1,237; %95 GA: 1,02-150) düzenli mamografi çektiği belirlendi. Durdiyeva ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında KKTC Yakın Doğu Üniversite Hastanesinde Temmuz 2010 ile Temmuz 2013 tarihleri arasındaki üç yıllık sürede uygulanan erken tanı ve tarama programına katılarak taranan 2136 kadından 784'ü (%36) premenapozal, 1352'si (%64) postmenapozal dönemde olduğu bulunmuştur. Akdağ'ın (2014) yapmış olduğu araştırmada düzenli mamografi çektiren kadınların % 62,5'inin menapoz da olduğu, %28,1'inin düzenli adet gördüğü, %9,4'ünün düzensiz adet gördüğü bulunmuştur. Lee ve Kim (2015) yaptığı çalışmada menapozda olan kadınların %59,6'sının düzenli mamografi çektiğini, bu oranın menapozda olmayan kadınlarda %33'lerde olduğunu ve menapozun kadınların yaşamındaki önemli dönemlerden biri olduğu, bu nedenle menapozun sağlıkla ilgili farkındalığı artırarak düzenli mamografi çekme davranışını etkileyen önemli bir etmen olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmamızda kadınların daha fazla sağlık bakımı aldıkları durumlarda (HRT tedavisi alma, mamografide şüpheli oluşum saptanma, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunma) daha fazla düzenli mamografi çektikleri görülmektedir. Sağlıkla ilgili herhangi bir nedenle hekimle iletişim halinde olan kadınların hekimin olası önerisi üzerine düzenli mamografi çekme davranışını sürdürdükleri düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada hekim ile iletişim halinde olan kadınların mamografi kullanımının daha fazla olduğu (Shields ve Wilkins, 2009), bunun nedeninin hekimin mamografi çekme konusunda kadınları teşvik etmesinden kaynaklanabileceği vurgulanmıştır (Malley ve ark. 2001; Shields ve Wilkins, 2009). Lee ve Kim (2015) çalışmalarında HRT kullanımının sağlıkla ilgili farkındalığı artırarak düzenli mamografi çekme davranışını etkileyen bir faktör olduğunu vurgulamışlardır. Bizim çalışmamızda diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olarak (Banks ve ark. 2002; Borrayo ve ark. 2009; Shields ve Wilkins, 2009; Lee ve Kim, 2015) HRT kullanımının düzenli mamografi çekmeyi etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Yaptığımız lojistik regresyon analizinde HRT almayanlara göre, HRT alanların 1,481 kat(%95GA 1,24-1,76) daha fazla düzenli mamografi çektikleri görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada ailede meme kanseri öyküsü bulunanların bulunmayanlara göre 1,98 kat (%95 GA: 1,20-3,25) daha fazla, mamografide şüpheli oluşum saptananların saptanmayanlara göre 1,47 kat (%95 GA: 1-2.16) daha fazla düzenli mamografi çektikleri

vurgulanmıştır (Gierisch ve ark. 2009). Diğer çalışmalarda da ailede meme kanseri öyküsü bulunan ve/veya anormal mamografiye sahip kadınların daha fazla düzenli mamografi yaptırdıkları belirlenmiş olup (Akdağ, 2014; Açıköz ve ark. 2015), bizim bulgularımız bu sonuçlar ile uyumludur. Meme kanserinde aile öyküsü varlığı çok önemli bir risk faktörüdür. (Cook ve ark. 2009; Kim ve ark. 2011). Yapılan lojistik regresyon analizinde mamografide şüpheli oluşum saptananların saptanmayanlara göre 1,263 kat(%95GA 1,09-1,45) daha fazla düzenli mamografi yaptırdıkları görülmektedir. Akdağ'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada meme hastalığı öyküsü %35,9'u kist olan olguların, %10,9'u şüpheli kitle olanların düzenli mamografi yaptırdıkları saptanmıştır. Akdağ'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada olguların %20,7'sinde ailede meme kanseri hikayesi olduğu ve düzenli mamografi yaptıranların %34,4'ünün ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu bildirilmiştir. Sadıkoğlu ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada da ailede meme kanseri öyküsü olanların daha fazla düzenli mamografi yaptırdıkları belirlenmiştir. Carney ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada meme kanseri aile öyküsüne sahip olanların mamografi taramalarına katılım oranları iki kat artmıştır. Bostean ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların %91'i meme kanseri taramalarına katılmıştır. Ailede meme kanseri öyküsü bulunma, anormal mamografiye sahip olmanın meme kanseri ile ilgili endişeyi artırarak kadınları daha fazla düzenli mamografi yaptırmaya yönelttiği düşünülmektedir. Çalışmamızda aynı zamanda meme kanseri aile öyküsüne sahip kadınların %61,8'inin KKMM yaptığı belirlenmiştir. Consedine ve arkadaşları (2004) anksiyete ve korkunun kanser taramaları için bir bariyer oluşturabileceği gibi aynı zamanda kanser taramaları için teşvik eden bir faktör olduğunu vurgulamışlardır.

Araştırmamızda OKS kullanan ve HRT tedavisi alan kadınların KKMM yapma sıklığının OKS kullanmayan ve HRT almayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. HRT tedavisi alan ve OKS kullanan kadınların hekimle daha fazla karşılaşma olanağı bulunduğu, bu nedenle de sağlıkla ilgili farkındalıklarının arttığı ve daha fazla KKMM yaptıkları düşünülmektedir. Tria Tirona (2013)'da KKMM yapmanın memedeki değişikliklerle ilgili farkındalığı artırdığını vurgulamıştır.

Araştırmamızda KETEM'e mamografi için gelen doğum sayısını bildiğimiz 13859 kadının % 8,8'inin 5 ve üzeri doğum yaptığı, %33,4'ünün 3-4 doğum yaptığı, %53,9'unun 1-2 doğum yaptığı, %3,9'unun hiç doğum yapmadığı belirlendi. Doğum sayısı ve düzenli mamografi yaptırmada olumlu bir ilişki olduğunu ortaya koyan Ki-kare analiz sonucu

ile doğum sayısının düzenli mamografi çektirme davranışı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koyan lojistik regresyon analiz sonucumuz arasındaki farklılık eğitim düzeyi ile açıklanabilir. Çalışmamızda on iki yıl ve daha uzun süre, 11 yıl ve daha az süre eğitim alanların büyük bölümünün 1-2 doğum yaptığı, diğer eğitim düzeyine sahip kadınlarda ise 3-4 ve/veya beş ve üzeri doğum yapma oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda Jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olma durumunu bildiğimiz 14020 kadının %11,0'sinde jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olduğu belirlendi. Düzenli mamografi çektiren kadınların %14,2'si, düzensiz mamografi çektiren kadınların %10,7'si jinekolojik CA varlığı yada CA şüphesi olduğunu bildirmiş, Jinekolojik CA varlığı yada şüphesi olan kadınların düzenli mamografi çektirme oranının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$). Yapılan lojistik regresyon analiz sonucuna göre jinekolojik CA varlığı yada CA şüphesi olan kadınlar düzenli mamografi çektirme davranışını etkileyen faktörler arasında yer almamaktadır. Bunun nedeni mevcut hastalıkları nedeni ile takiplerine 2. ya da 3. basamak hastanelerde devam ediyor olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Aydın ilinde yaşayan kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları ile mamografi çektirme davranışı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 2004-2011 yılları arasında KETEM'e gelen 14027 kadının dosyası incelenerek yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Düzenli mamografi çektiren kadınların oranının oldukça düşük olduğu,
- Düzenli mamografi çektiren kadınların ortalama yaşlarının $51.02 \pm 7,69$ olduğu,
- On bir yıl ve daha az süre eğitim alanların düzenli mamografi çektirme davranışının diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksek düzeyde olduğu,
- Çalışan kadınlarda düzenli mamografi çektirme oranının çalışmayan kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu,
- Kadınların eğitim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranının anlamlı olarak arttığı,
- Çalışan kadınlarda KKMM yapma oranının daha yüksek olduğu,
- Çalışan kadınların büyük bölümünün 12 yıl ve daha fazla süre eğitim düzeyine sahip olduğu,
- Araştırmamızdaki kadınların yarıdan fazlasının menapozda olduğu, menapozdaki kadınların, menapozda olmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha fazla düzenli mamografi çektirdiği,
- HRT alan kadınların, HRT almayan kadınlara göre düzenli mamografi çektirme oranlarının yüksek olduğu,
- Mamografide şüpheli oluşum saptanan kadınların, saptanmayanlara göre düzenli mamografi çektirme oranlarının daha yüksek olduğu,
- Ailede meme kanseri öyküsü bulunan kadınların, bulunmayanlara göre düzenli mamografi çektirme oranlarının daha yüksek olduğu,
- Meme kanseri aile öyküsüne sahip kadınların daha fazla oranda KKMM yaptığı,
- OKS kullanan ve HRT tedavisi alan kadınların KKMM yapma sıklığının OKS kullanmayan ve HRT almayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Aydın ilinde yaşayan kadınların meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumları ile mamografi çekirme davranışı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 2004-2011 yılları arasında KETEM'e gelen 14027 kadının dosyası incelenerek yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Düzenli mamografi çekirme oranını artırmak için, mamografi çektiren kadınların belirtilen aralıklarda gelmesini sağlamanın yolları düşünülmeli, teknolojik gelişimlerden faydalanılmalı(sms,e-posta,yerel medya vb.),
- Çekilen iki mamografi zaman aralığında bile meme kanserinin gelişebileceği düşünülürse, düzenli mamografinin önemini vurgulayan eğitimler yapılmalı,
- Toplumdaki tüm kadınlara ulaşılmaya çalışılarak, eğitim seviyesinin daha düşük olduğu bölgelere kadar eğitimler planlanmalı, tarama programlarına katılımlar artırılmalı,
- Çalışan kadınların mamografi hizmetinden faydalanabilmeleri için işverenlere ve kurum amirlerine, tarama programlarını desteklemeleri konusunda sosyal medyadan yararlanılmalı,
- Kadınlara meme kanseri risk faktörleri konusunda eğitimler verilmeli,
- Farkındalığı sağlamak ve KKMM yapma oranlarını artırmak için KKMM'nin önemini vurgulayan eğitimler yapılmalı,
- Meme kanserinde en önemli unsur olan erken tanının önemi yapılacak eğitimlerde, kamu spotlarında sürekli vurgulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abraido-Lanza AF, Chao MT, Gammon MD. Breast and cervical cancer screening among Latinas and non-Latina whites. *Am Journal Public Health*. 2004, 94, 1393-1398.

Açıköz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi *Journal Breast Health* 2015; 11: 31-38.

Alexander DD, Morimoto LM, Mink PJ, Lowe KA. Summary and meta-analysis of prospective studies of animal fat intake and breast cancer. *Nutrition Research Reviews* 2010, 23, 169-79.

Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, Green J. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *Journal of the National Cancer Institute*. 2009, 101(5), 296-305.

American Cancer Society. (Erişim Tarihi: 25.06.2015).

<http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>, last revised: 29.10.2014.

American Cancer Society, What is normal breast tissue and what does it do?, Last Revised: 10/06/2015, (Erişim Tarihi: 25.06.2015).

<http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/womenshealth/non-cancerousbreastconditions/non-cancerous-breast-conditions-normal-breast-tissue>.

American Cancer Society:Cancer Facts and Figures, 2015, (Erişim Tarihi: 25.06.2015).

Aydiner A, Topuz E. Meme Kanseri Tanı Tedavi Takip. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2007.

Bancej CM, Maxwell CJ, Onysko J, Eliasziw M. Mammography utilization in Canadian women aged 50-69: identification of factors that predict initiation and adherence. *Canadian Journal of Public Health* 2005, 96(5): 364-368.

Banks E, Beral V, Cameron R, Hogg A, Langley N, Barnes I, Bull D, Reeves G, English R, Taylor S, Elliman J, Harris CL. Comparison of various characteristics of women who do and do not attend breast cancer screening. *Breast Cancer Research* 2002, 4:R1, 1-6.

Bavbek S. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler. Meme Kanseri (Ed.) Topuz E, Aydın A, Dinçer M, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2003: 72-89.

Beral V, Reeves G, Bull D, Green J. Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy. *Journal of the National Cancer Institute* 2011, 103(4), 296–305.

Berkarda B. Meme Kanseri, İstanbul İ.Ü Basımevi, 2000: 5-87.

Bickley LS, Hoekelman RA. Meme ve Aksilla, In: Fizik Muayene Rehberi, Çeviri Ed: Özsüt H, Tetikkurt C, Vatansever S, Nobel Matbaacılık, 2004: 333-338.

Borrayo EA, Hines L, Byers T, Risendal B, Slattery ML, Sweeney C, Baumgartner KB, Giuliano A; Characteristics Associated with Mammography Screening among Both Hispanic and Non-Hispanic White Women. *Journal Of Women's Health* 2009, 18(10), DOI: 10.1089=jwh.2008.1009.

Bostean G, Crespi CM, McCarthy WJ. Associations among family history of cancer, cancer screening and lifestyle behaviors: a population-based study. *Cancer Causes Control* 2013, 24, 1491–1503.

Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014 (Erişim Tarihi: 03.05.2015)

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf>

Brunicaardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews and Pollock RE. Schwartz's Principles of Surgery. 8th ed. 2009: 473-519.

Canbulat N. Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mammografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2006.

Carney PA, O'Malley JP, Gough A, Buckley DI, Wallace J, Fagnan LJ, Morris C, Mori M, Heintzmana JD, Lieberman D. Association between documented family history of cancer and screening for breast and colorectal cancer. *Prev Med* 2013, 57, 679–684.

Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, Lane DS, Aragaki AK, Kuller LH, Manson JE, Stefanick ML, Ockene J, Sarto GE, Johnson KC, Wactawski-Wende J, Ravdin PM, Schenken R, Hendrix SL, Rajkovic A, Rohan TE, Yasmeen S, Prentice RL. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA* 2010, 304(15), 1684–1692.

Chlebowski RT, Manson J.E, Anderson G.L, Cauley JA, Aragaki AK, Stefanick ML, Lane DS, Johnson KC, Wactawski-Wende J, Chen C, Qi L, Yasmeen S, Newcomb PA, Prentice RL. Estrogen Plus Progestin and Breast Cancer Incidence and Mortality in the Women’s Health Initiative Observational Study, Advance Access publication. *Journal of the National Cancer Institute* 2013, 105, 526–535.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002, 360(9328), 187-95.

Cook NR, Rosner BA, Hankinson SE, Colditz GA. Mammographic screening and risk factors for breast cancer. *Am Journal Epidemiol* 2009, 170, 1422-1432.

David MM, Ko L, Prudent N, Green EH, Posner MA, Freund KM. Mammography use. *Journal of the National Medical Association* 2005, 97, 253-261.

Dean A. Primary Breast Cancer: Risk Factors, Diagnosis and Management. *Nurs Stand* 2008, 22 (40):47-55.

Değerli Ü. Genel Cerrahi, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2002: 356-371.

Demir Yıldırım A, Nilüfer Özyayın A. İstanbul / Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. *Journal Breast Health* 2014, 10, 47-56.

Diñçel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, Şahin M, Taşova V, Akkuş MA. İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler. *The Journal of Breast Health* 2010, 6, 3, 113-117.

Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi Davranış Ve Uygulamaları *Marmara Medical Journal* 2007, 20(1), 29-36.

Duran Ö. Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançları ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi, Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2008.

Eisner EJ, Zook EG, Goodman N, Macario E. Knowledge, attitudes, and behavior of women ages 65 and older on mammography screening and medicare: results of a national survey. *Women Health* 2002, 36(4), 1-18.

Erhan Y, Kumar V, Cotran RS, Robins SL. (Ed.), Temel Patoloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2000: 623-635.

Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Diver WR, Hannan LM, Thun MJ. Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute* 2013, 105(8), 515-25.

Gierisch JM, O'Neill SC, Rimer BK, DeFrank JT, Bowling JM. Factors associated with annual-interval mammography for women in their 40s; *Cancer Epidemiology* 2009, 33,72–78.

Goel MS, Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Metsger QN, Phillips RS. Racial and ethnic disparities in cancer screening: the importance of foreign birth as a barrier to care. *Journal of General Internal Medicine* 2003, 18, 1028-1035.

Griff SK, Dershaw DD. Breast Cancer, Chapter: 16, Bragg GD, Rubin P, Hricak H (Ed). *Oncologic imaging*(2nd ed). Philadelphia: W.B Saunders Company, 2002: 265-293.

Güler C, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. I. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.

Hoover RN, Hyer M, Pfeiffer RM, et al. Adverse health outcomes in women exposed in utero to diethylstilbestrol. *TheNew England Journal of Medicine* 2011, 365(14), 1304-14.

<http://www.dicle.edu.tr/Contents/ebfe7385-9a82-4461-adfd-b131be04bf9f.pdf>.

(Erişim Tarihi: 03.05.2015)

Hubbell FA, Mishra SI, Chavez LR, et al.. The influence of knowledge and attitudes about breast cancer on mammography use among Latinas and Anglo women. *Journal of General Internal Medicine* 1997, 12, 505-508.

İlvan Ş. Meme Karsinomu Patolojisi, Meme Kanseri Sempozyum Dizisi No:54 Aralık 2006: 65-71.

Jones AR, Caplan LS, Davis MK. Racial/ethnic differences in the selfreported use of screening mammography. *Journal Community Health* 2003, 28, 303-316.

Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a Family Nursing Model for Prevention of Cancer and Other Noncommunicable Diseases through an Appreciative Inquiry. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2014, 15 (23), 10367-10374.

Jung S, Spiegelman D, Baglietto L, et al. Fruit and vegetable intake and risk of breast cancer by hormone receptor status. *Journal of the National Cancer Institute* 2013, 105(3), 219-236.

Kagay CR, Quale C, Smith-Bindman R. Screening mammography in the American elderly. *Am Journal Prev Med* 2006, 31, 142-149.

Kakefuda I, Stallones L. Comparisons of Colorado women's cancer screening practices by residence: metropolitan, non-metropolitan, and farm. *Journal Agric Saf Health* 2006, 12, 59-69.

Kanbur A, Çapık C, Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 61-72.

Karayurt Ö. Meme Kanseri, In: Onkoloji Hemşireliği, 1. baskı, Can G (Ed), Nobel Tıp Kitabevi , 2014: 617-649.

Kayhan A, Özkan Gürdal S, Özaydın N, Öztürk E, Cabioğlu N, Arıbal E, Özmen V. Uzun Dönem Toplum Tabanlı Bahçeşehir Meme Kanseri Tarama Projesinin İlk Dönem Sonuçları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2012, 8(4), 180-183.

Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2.baskı, Karadakovan A, Eti Arslan F.(Ed), Nobel Matbacılık, 2011: 975-987.

Kılıç H. Genel Cerrahi, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002 : 166-185.

Kim O, Kyong O, Li CY, et al (2011). Breast cancer screening practice and health-promoting behavior among Chinese women. *Asian Nur Res*, 5, 157-163.

La Vecchia C, Giordano SH, Hortobagyi GN, Chabner B. Overweight, obesity, diabetes, and risk of breast cancer: interlocking pieces of the puzzle. *Oncologist*. 2011;16(6):726-729.

Lee CH, Kim YI. Effects of Attitude, Social Influence, and Self-Efficacy Model Factors on Regular Mammography Performance in Life- Transition Aged Women in Korea. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2015, DOI : <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.8.3429>.

Lees KA, Wortley PM, Coughlin SS. Comparison of racial/ethnic disparities in adult immunization and cancer screening. *Am Journal Prev Med* 2005, 29, 404-411.

Li CI, Chlebowski RT, Freiberg M, et al. Alcohol consumption and risk of postmenopausal breast cancer by subtype: the women's health initiative observational study. *Journal of the National Cancer Institute* 2010, 102(18), 1422-1431.

Luengo-Matos S, Polo-Santos M, Saz-Parkinson Z. Mammography use and factors associated with its use after the introduction of breast cancer screening programmes in Spain. *European Journal of Cancer Prevention* 2006, 15(3), 242-248.

Malley MS, Earp JAL, Hawley ST, Schell MJ, Mathews HF, Mitchell J. The Association of Race/Ethnicity, Socioeconomic Status and Physician Recommendation for Mammography: Who Gets the Message About Breast Cancer Screening? *American Journal of Public Health* 2001, 91(1), 49-53.

Mayo Clinic, Breast Anatomy, <http://www.mayoclinic.org/breast-anatomy/img-20007078>, (Erişim Tarihi: 25.06.2015).

National Cancer Institute SEER Cancer Statistics Review, 1975-2005 http://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2005/results_merged/sect_04_breast.pdf. (Erişim Tarihi: 25.06.2015).

Özmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *Journal Breast Health* 2008, 4, 7-12.

Özmen V. Türkiye'de Meme Kanseri 2012

http://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Dunyada_ve_Turkiyede_Meme_Kanseri%23Vahit_Ozmen.pdf. (Erişim Tarihi:15.05.2014).

Özmen V., Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması: Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009, 5(3), 125-134.

Öztürk M. Meme Kanserinin Genetiği ve Risk Faktörleri. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No: 54 . Aralık 2006; ss: 15 -26 <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/54/5402.pdf>.

Pisano ED, Gatsonis CA, Yaffe MJ, et al. ACR Imaging Network Digital Mammographic Screening Trial: Objectives and Methodology. *Radiology* 2005; 236:404-412 (2a-B).

Qureshi M, Thacker HL, Litaker DG, et al. Differences in breast cancer screening rates: an issue of ethnicity or socioeconomic. *J Womens Health Gend Based Med.* 2000;9:1025-1031.

Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002, 288(3), 321-333.

Sadıkoğlu G, Özçakır A, Doğan F, Gökgöz Ş, Bilgel N. Mammography Utilization among Turkish Women. *Asian Pacific Journal Cancer Prev* 2010, 11, 377-381.

Saip P, Keskin S, Özkan M, Kaplan MA, Aydoğan F, Gönüllü Demirağ G, Uzunoğlu S, Engin H, Başaran G, Güler N, Uygun K, Demirkan B, Özdemir F, Çubukçu E, Salepçi T, Çiçin İ. Türkiye’de Meme Kanseri Hastalarının Tanı ve Tedavi Yöntemlerine Ulaşım Hızı; Çok Merkezli Gözlemsel Çalışma. *Meme Sağlığı Dergisi* 2011, 7 (2), 109-116.

Sambamoorthi U, McAlpine DD. Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev Med* 2003, 37, 475-484.

Secretan B, Straif K, Baan R, et al. A review of human carcinogens—Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol.* 2009, 10(11), 1033-1034.

Shah V, Hernandez H, Irene Ng, Gao K; An Investigation of Factors Influencing Mammography Screening Participation in British Columbia; *J Cancer Prev Curr Res* 2014, 1(3): 00017.

Shields M, Wilkins K. An update on mammography use in Canada ; Statistics Canada. Health Reports 2009, 20(3), Catalogue no. 82-003-XPE.

Smeltzer SC, Bare, BG.,Hinkle LJ, Cheever KH, Assessment and Management of Patients with Breast Disorders.In: Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 12th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2010: 1471-1501.

Somunoğlu S. Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009, 4(10), 103-122.

Suzuki R, Orsini N, Mignone L, Saji S, Wolk A. Alcohol intake and risk of breast cancer defined by estrogen and progesterone receptor status—a meta-analysis of epidemiological studies. *Int Journal Cancer* 2008, 122(8), 1832-1841.

T.C. Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri yillığı 2010.ss:28. (Erişim Tarihi:20.06.2015).
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf>.

T.C. Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri yillığı 2012. (Erişim Tarihi:20.06.2015)
<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>.

Tavasoli F, DevilleP. WHO classification of tumours, Tumours of the Breast and Female Genital Tract, ed. Tavasoli F,Deville P, IARC Pres, 2003: 9-113.

Thomson CA. Diet and breast cancer: understanding risks and benefits. *Nutrition in Clinical Practice* 2012, 27(5), 636-650.

Titus-Ernstoff L, Hatch EE, Hoover RN, et al. Long-term cancer risk in women given diethylstilbestrol (DES) during pregnancy. *British Journal of Cancer* 2001, 84(1), 126-133.

Topuz E, Aydınar A, Dinçer M, Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2003.

Travis LB, Hill DA, Dores GM, Gospodarowicz M, Van Leeuwen FE, Holowaty E, Glimelius B, Andersson M, Wiklund T, Lynch CF, Van't Veer MB, Glimelius I, Storm H, Pukkala E, Stovall M, Curtis R, Boice JD, Gilbert E. Breast cancer following radiotherapy and chemotherapy among young women with Hodgkin disease. *JAMA* 2003, 290(4), 465-475.

Tria Tirona M, Breast Cancer Screening Update. *Am Fam Physician* 2013, 87(4), 274-278.

Tükel S. Meme Görüntüleme Yöntemleri, Antıp Yayınevi, Ankara 2001 :1-26.

Ünal G. Memenin Cerrahi Anatomisi. Ünal G, Ünal H. (Ed.). Meme Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2001: 10-28.

Vera-Ramirez L, Ramirez-Tortosa MC, Sanchez-Rovira P, et al. Impact of diet on breast cancer risk: a review of experimental and observational studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 2013, 53(1), 49-75.

Wells KJ, Roetzheim R. Health disparities in receipt of screening mammography in Latinas: A critical review of recent literature. *Cancer Control* 2007;14:369–379.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: AICR, 2007, 26-403.

Yousuf SA, Al Amoudi SM, Nicolas W, Banjar HE, Salem SM. Do Saudi Nurses in Primary Health Care Centres have Breast Cancer Knowledge to Promote Breast Cancer Awareness. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, 13 (9), 4459-4464.

Zeleniuch-Jacquotte A, Afanasyeva Y, Kaaks R, Rinaldi S, Scarmo S, Liu M, Arslan AA, Toniolo P, Shore RE, Koenig KL; Premenopausal serum androgens and breast cancer risk: a nested case-control study. *Breast Cancer Research* 2012; 14/1/R32.

EKLER

- Ek 1.** KETEM'e başvuran Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumları ve Kadınların Düzenli Mamografi Kullanımına İlişkin Bilgi Formu
- Ek 2.** Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (Ketem) Meme Hastası Değerlendirme Formu
- Ek 3.** Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı Onayı
- Ek 4.** Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı

Ek1: KETEM'e başvuran Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumları ve Kadınların Düzenli Mamografi Kullanımına İlişkin Bilgi Formu

I BÖLÜM: KADININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SORULAR

1. Kadının yaşı:.....

1()40-45 2()46-51 3()52-57 4()58-63 5()64-69

2. Medeni durumu:

1()Eveli 2()Bekar

3. Sosyal güvencesi:

1()Var 2()Yok

4. Eğitim Düzeyi:

1()Okur-yazar değil

2()Okur-yazar

3()İlkokul mezunu

4()Ortaokul mezunu

5()Lise mezunu

6()Üniversite ve üstü eğitim

5. Çalışma durumu:

1()Çalışıyor 2()Çalışmıyor

II. BÖLÜM MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİNİN BULUNMA DURUMUNA YÖNELİK SORULAR

6. Kadının menapozal durumu:

1()Premenapozal 2()Postmenapozal ise menapoz yaşı:

7. İlk adet yaşı:.....

1()12 yaş ve altı 2()12 yaşın üstü

8. Kadının;

Doğum sayısı:..... İlk doğum yaşı:..... Düşük:..... Küretaj:.....

9. Kadının emzirme durumu:

1()Yok 2()Var ise Ortalama süresi:.....

10. Oral kontraseptif kullanım durumu:

1()Hayır 2()Evet ise süresi:.....

Şu anda kullanım durumu: 1() Evet 2()Hayır

11. Hormon Replasman tedavisi kullanım durumu:

1()Hayır 2()Evet ise süresi:.....

Şu anda kullanım durumu: 1() Evet 2()Hayır

12. Jinekolojik ameliyat olma durumu:

Histerekтоми: 1()Hayır 2()Evet ise Tarihi:.....

Ooforoktomi: 1()Hayır 2()Evet ise Tarihi:.....

13. Aile de Meme kanseri öyküsü bulunma durumu:

1() Yok 2() Var ise yakınlık derecesi:..... Teşhis yaşı:.....

14. Geçmişte kendisinde Meme Hastalığı bulunma durumu:

1() Yok 2()Var ise Teşhis yaşı:.....

15. Alkol kullanma durumu:

1()Yok 2()Var ise sıklığı:.....

16. Sigara kullanma durumu:

1()Yok 2()Var ise sıklığı:..... 3() Bırakmış

17. Kadının meme ile ilgili bir şikayetinin olup olmama durumu:

1()Yok 2()Var ise şikayeti:.....

III: BÖLÜM DÜZENLİ MAMOGRAFİ ÇEKTİRME DURUMUNA YÖNELİK SORULAR

18. 2004 ve sonrası ilk mamografi çektilme yılı (gün,ay,yıl).....

19. İkinci/üçüncü/dördüncü kez mamografi çektilmiş mi?

1() Evet (gün,ay,yıl):.....2() Hayır

1() Evet (gün,ay,yıl):.....2() Hayır

1() Evet (gün,ay,yıl):.....2() Hayır

20. Mamografi çektilme aralığında periyodiklik veya düzenlilik

1. ve ikinci mamografi arasında 1() Var 2() Yok

2. ve üçüncü mamografi arasında 1() Var 2() Yok

3. ve dördüncü mamografi arasında 1() Var 2() Yok

21. Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu:

1() Yapıyor ise Hangi sıklıkla:..... Nereden öğrendiği:.....

2() Yapmıyor

Ek 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı Onayı



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



Sayı : 56989545/050.04-94
Konu : Çalışmanız hk.

11.04.2014
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Zeynep GÜNEŞ
ADÜ ASYO
Hemşirelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.04.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 1 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KAYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

KARAR 1

Protokol No : 2014/366
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Zeynep GÜNEŞ
ADÜ ASYO
Hemşirelik Bölümü

ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Zeynep GÜNEŞ'in "Meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumu ile mamografi yaptırma davranışı arasındaki ilişki" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınması ve izin belgesinin dosyaya konulması şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ENSTİTÜ
YÖNETİM KURULUNUN 07/03/2014 TARİH ve 05 SAYILI OTURUMUNDA ALINAN
V NOLU KARAR SURETİ AŞAĞIDA ÇIKARILMIŞTIR**

KARAR V

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının; Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Filiz OKUR'un tez konusunun ve haftalık ders programının belirlenmesi ile ilgili 13/02/2014 tarih ve 300-007 sayılı yazısı görüşüldü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Filiz OKUR'un tez konusunun ve haftalık ders programının aşağıda gösterildiği şekilde yürütülmesine oy birliği ile karar verildi.

| Öğrencinin Adı Soyadı | Programı | Tez Konusu |
|-----------------------|---------------|---|
| Filiz OKUR | Yüksek Lisans | Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumu İle Mamografi Yaptırma Davranışı Arasındaki İlişki: Retrospektif Değerlendirme |

| Dersin Kodu | Dersin Adı | Gün | Saati | Tez Danışmanı |
|----------------|---------------------|----------|----------------------------|---------------------|
| 227001YTIHH704 | Tez Çalışması | Salı | 13.30-14.15 | Doç.Dr.Zeynep GÜNEŞ |
| 227001YUIHH703 | Uzmanlık Alan Dersi | Perşembe | 08.30-12.15 13.30-17.15 | |



Ek 4. Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 19504407/300-476
Konu : Filiz OKUR


12/05/2014

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 02/05/2014 tarih ve 605.01 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Filiz OKUR'un araştırma izni hakkındaki ilgi yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Doç.Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü a.
Enstitü Müdür Yrd.

| | |
|----------|------------|
| Tarih | 14.05.2014 |
| Kayıt No | 026 |
| Duruş No | 300 |

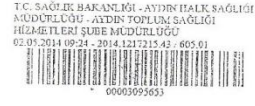
Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sms: 0182000 Dışarı Telefon: 0111715 Fax: (256) 2123657

09100- AYDIN

www.akademik.edu.edu.tr/enstitu/saglik/



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 19866188/605.01
Konu : Araştırma İzni

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 22.04.2014 tarih ve 2932 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Filiz OKUR' un "Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumu ile Mamografi Yaptırma Davranışı Arasındaki İlişki: Retrospektif Değerlendirme" konulu tez çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)' de Nisan 2014 - Ağustos 2014 tarihleri arasında yapma talepleri Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilmiştir.

Birinci basamakta sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilecek olan araştırmalarda sağlık kuruluşunun işleyişine ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, söz konusu tez çalışması için yararlanılacak hasta kayıtlarının kurum içinde ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından incelenmesi gerekmektedir.

Söz konusu çalışma yukarıdaki ilkelere bağlı kalmak koşuluyla uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçları içeren raporun Müdürlüğümüze gönderilmesi ve talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Güvenli Elektronik İmza ile
Aşlı ile Aynadır

22.04.2014
Matice KARHAN
Evrak Memuru

Dr. Şenol OKUR
Halk Sağlığı Müdürü

| | |
|--------|-------------|
| Tarih | 05/05/2014 |
| Dünya | 605.01 |
| Kayıt | 7259 |
| Havale | Dr. H. OKUR |

Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü - Efeler Mah./AYDIN
Ayrıntılı bilgi için: Sağ. Memuru: T.ACAR Telefon: (256) 227 01 66 / 422
e-mail: tshbirimi@hotmail.com

SATILIK R. OKUR
Fax: (256) 227 06 32

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 309a1b13-c52e-435c-91a3-0fb89dce99ee kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : OKUR Filiz
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Alaşehir/ 1977
Telefon : 0 505 265 94 86
E-mail : İlbeyli@hotmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

| Derece | Kurum | Mezuniyet tarihi |
|--------|--|------------------|
| | Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü | 2011 |
| Lisans | Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü | 2000 |

İŞ DENEYİMİ

| Yıl | Yer/Kurum | Ünvan |
|-------------------|---|--|
| 2005-Ağustos 2013 | Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uyg.Hastanesi | Hemşirelik ve Sorumlu Hemşirelik |
| 2013- Kasım 2014 | Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü KETEM | Hemşire |
| Şubat 2015-Halen | Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği | Hemşire |

AKADEMİK YAYINLAR

Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiri:

Okur F, Güneş Z. Individual Breast Cancer Risk Factors and Regular Mammography use in Women who has been Living in a City Center of West Anatolia: Retrospective Cohort Study. *First Annual International Conference on Nursing*, 111-112, 4-7 Mayıs 2015, Athens, Greece.