

**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FARKLI MESLEK GRUPLARINA MENSUP 15–65 YAŞ ARASI KADINLARIN,
MEME VE SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA İLE İLGİLİ
BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arş. Gör. Yeter DURGUN OZAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Melikşah ERTEM

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DİYARBAKIR
2007**

T.C
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

“Farklı meslek gruplarına mensup 15–65 yaş arası kadınların, meme ve serviks kanserinden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi” isimli bu tez 10.07.2007 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Melikşah ERTEM

Tezi Teslim Eden : Yeter DURGUN OZAN

Jüri Üyesinin

	Ünvanı	Adı Soyadı	Üniversitesi
Başkan	: Prof. Dr.	Perran TOKSÖZ	Dicle Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr.	Melikşah ERTEM	Dicle Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr.	Nuran ELMACI	Dicle Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr.	Umur KUYUMCUOĞLU	Dicle Üniversitesi
Üye	: Doç. Dr.	Günay SAKA	Dicle Üniversitesi

Yukarıdaki imzalar tasdik olunur.

...../...../.....

Prof. Dr. Yusuf NERGİZ
Dicle Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Akademik yaşamımda önemli bir başlangıç olmasını yürekten dilediğim bu çalışmanın ortaya çıkmasında pek çok kişinin değerli katkıları bulunmaktadır.

Başta tez danışmanım sayın Prof. Dr. Melikşah ERTEM'e, çalışmanın başlangıç aşamasından sonuna kadar desteğini esirgemeyen sayın Prof. Dr. Ersen İLÇİN'e ve bütün Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof Dr. Perran TOKSÖZ, Prof Dr. Nuran ELMACI, Doç Dr. Günay SAKA, Doç. Dr. Ali CEYLAN ve Yrd. Doç.Dr. Veysi ÖZKAYNAK'a, deneyimlerini benimle paylaştığı için Prof. Dr. Umur KUYUMCUOĞLU'na manevi desteklerinden dolayı Atatürk Sağlık Yüksekokulu Araştırma Görevlileri Altun BAKSİ, Funda CAMUZ, Gülbeyaz BARAN, Hamdiye ARDA'ya ve aileme, sabırla sorularımı cevaplandıran ev kadınlarına, öğretmenlere, avukatlara, polislere ve öğrencilere

Sonsuz teőekkürler...

Saygılarımla...

10 Temmuz 2007, Diyarbakır

Yeter DURGUN OZAN

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	I
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	II
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	III
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VIII
TÜRKÇE ÖZET.....	IX
İNGİLİZCE ÖZET.....	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Meme.....	5
2.1.1. Meme Yapısı.....	5
2.1.2. Meme Kanseri	5
2.1.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	8
2.1.4. Meme Kanseri Belirtileri.....	12
2.1.5. Meme Kanserinden Korunma Yöntemleri.....	12
2.2. Serviks.....	19
2.2.1. Serviks'in Anatomisi ve Yerleşimi.....	19
2.2.3. Serviks Kanseri.....	19
2.2.4. Serviks Kanseri Risk Faktörleri.....	20
2.2.5. Serviks Kanseri Belirtileri.....	22
2.2.6. Serviks Kanserinden Korunma Yöntemleri.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırma Yerinin Seçimi.....	29
3.2. Araştırmanın Tipi.....	29
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.5. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç.....	31

İÇİNDEKİLER

3.6. Gerekli İnsan Gücünün Sağlanması.....	31
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	31
3.8. Verilerin Analizi.....	32
3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	33
3.10. Etik Konular ve Araştırma ile İlgili İzinler.....	33
3.11. Araştırmanın sınırlılıkları.....	33
3.12. Araştırmanın Yazım Kuralları.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	35
4.2. Meme Kanseri ile İlgili Bulgular.....	43
4.3. Serviks Kanseri ile İlgili Bulgular.....	49
4.4. Meme ve Serviks Kanseri ile İlgili Değer ve Tutumlar.....	56
4.5. Meme ve Serviks Kanseri ile İlgili Genel Bilgiler.....	57
7. TARTIŞMA.....	58
8. SONUÇ.....	64
9. ÖNERİLER.....	65
10. KAYNAKLAR.....	66
11. EKLER.....	72
12. ÖZGEÇMİŞ.....	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa no
Şekil 2. 1 Süpürme tarzı kendi kendine meme muayenesi.....	17
Şekil 2. 2 Pap smear uygulaması.....	27

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa no

Tablo 2. 1. Meme kanseri erken tanısında izlenecek yol.....	16
Tablo 2. 2 Serviks kanseri premaling lezyonları klasifikasyonu.....	28
Tablo 3. 1. Diyarbakır İlinde Araştırmada Seçilen Farklı Meslek.....	30
Gruplarında Olan Kadınların, Meslek Gruplarına Göre Kadın Nüfusları	
Tablo 4. 1. 1. Farklı Meslek Gruplarında Olan Kadınların; Ev Kadını,.....	35
Öğretmen, Polis, Avukat ve Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	
Tablo 4.1.2 Kadınların Medeni Durumlarının Farklı Meslek	37
Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	
Tablo 4.1.3 Kadınların Öğrenim Durumlarının Farklı Meslek Gruplarına.....	38
Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	
Tablo 4. 1. 4 Kadınların, Sosyal Güvence Durumlarının Farklı Meslek.....	39
Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	
Tablo 4. 1. 5 Kadınların İlk Adet Yaş Gruplarının Farklı Meslek.....	40
Gruplarına Göre Dağılımı(Diyarbakır 2007)	
Tablo 4. 1. 6 Kadınların, Evlenme Yaş Gruplarının Farklı Meslek.....	41
Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	
Tablo 4. 1. 7 Kadınların Doğurganlık Bilgilerinin Farklı Meslek.....	42
Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	

TABLolar DİZİNİ

Sayfa no

Tablo 4. 2. 1. Meme Kanseri ile İlgili Bazı Risk Gruplarının, Farklı Meslek.....44 Gruplarına Göre Dağılımı(Diyarbakır 2007)	44
Tablo 4. 2. 2. Kadınların Meme Kanseri Bilgilerinin Farklı Meslek.....45 Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	45
Tablo 4. 2. 3. Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeylerinin Farklı Meslek.....46 Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	46
Tablo 4. 2. 4. Kadınların Meme Kanserinden Korunma ile İlgili Davranışlarının.....48 Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	48
Tablo 4. 3. 1. Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörleri ile İlgili Bilgilerinin.....50 Farklı Meslek Gruplarında Olan Dağılımı(Diyarbakır 2007)	50
Tablo 4. 3. 2. Kadınların Serviks Kanserinin Risk Faktörleri ile İlgili Bilgi.....51 Düzeylerinin Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı(Diyarbakır 2007)	51
Tablo 4. 3. 3. Kadınların Serviks Kanserinin Belirtileri ile İlgili Bilgilerinin.....52 Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	52
Tablo 4. 3. 4. Kadınların Serviks Kanserinin Belirtileri ile İlgili Bilgi Düzeylerini.....53 Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	53
Tablo 4. 3. 5. Kadınların Serviks Kanserinden Korunma ile İlgili Davranışlarının.....54 Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	54
Tablo 4. 4. 1. Kadınların Meme ve Serviks Kanserinden Korunma.....56 ile İlgili Değer ve Tutumlarının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	56
Tablo 4. 5. 1. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri İle İlgili Genel Bilgilerinin.....57 Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)	57

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

WHO	World Health Organization
ACS	American Cancer Society
NBCCEDP	National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KTEM	Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi
AB	Avrupa Birliği
KETEM	Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi
HRT	Hormon Replasman Terapi
NCI	National Cancer Institute
HIP	Health Insurance Plan
BCDDP	Breast Cancer Detection Demonstration Project
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
NCCC	National Cancer Cervix Coalition
HPV	Human Papiloma virüs
HIV	Human Immunodeficiency Virus
FDA	Food and Drug Administration
Pap test	Papanicolaou test
BSE	Breast Self Examination
HBV	Hepatit B virüsü
CIN	Cervical Intraepithelial neoplasia
LGSIL	Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions
HGSIL	High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions
ASCUS	Atypical Squamous Cells

ÖZET

FARKLI MESLEK GRUPLARINA MENSUP 15–65 YAŞ ARASI KADINLARIN, MEME VE SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA İLE İLGİLİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Kadınlarda en sık görülen kanser türü sırayla meme ve serviks kanserleridir. Bu araştırmayla kadınlarda en çok görülen meme ve serviks kanserleri ile ilgili, Diyarbakır ilinde farklı meslek gruplarında olan 15–65 yaş arasındaki kadınların meme, serviks kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, meme kanserinde erken tanı yöntemi olan kendi kendine meme muayenesi yapma ve serviks kanserinde erken tanı yöntemi olan Pap smear yaptırma oranının belirlenmesi planlanmıştır. Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. 350 ev kadını, 200 öğretmen, 91 polis, 66 avukat, 300 Üniversite Öğrencisi toplam 1007 kadına ulaşılmıştır. Kadınların %42,3'ü kendi kendine meme muayenesini yaptığını ve bunlarında %58,0'ının kendi kendine meme muayenesini düzenli yaptığı saptanmıştır. Kadınların en çok bildiği meme kanseri bulgusu %65'1 ile memede kitle ve en çok bildiği serviks kanseri bulgusu %34,9 ile adet dışı kanamanın olması olarak belirlenmiştir. Meslek grupları arasında kendi kendine meme muayenesi yapma ve Pap test yaptırma oranında istatistiksel olarak fark saptanmıştır. Kendi kendine meme muayenesi yapma oranı en düşük ev kadınları en yüksek öğretmenler olarak belirlenmiştir. Pap smear yaptırma oranı en düşük avukatlar, en yüksek polisler olarak saptanmıştır.

Meme ve serviks kanserinden korunma bilgisi ve davranışları bakımından meslek ve eğitim seviye grupları arasında fark saptanmıştır. Daha düşük eğitim düzeyindeki kadınlarda kanserden korunma bilgi düzeyi daha kötü bulunmuştur. Örgütlü yapılarına ve eğitilmiş olmalarına rağmen çalışan kadınlara bile meme ve serviks kanseri konusunda yeterli eğitim verilememiştir. Kadınların büyük bir kısmı ikincil korunma önlemlerini uygulayamamaktadır. Sağlık çalışanlarının meme ve serviks kanserinden korunma ile ilgili eğitim ve tarama yapma duyarlılığı artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, Serviks kanseri, Korunma, Diyarbakır

ABSTRACT

THE EVALUATION OF THE KNOWLEDGE AND ATTITUDE THAT 15 TO 65 YEAR-OLD WOMEN HAVE, FROM VARIOUS PROFESSIONS, ABOUT BREAST CANCER AND THE CANCER OF CERVIX PREVENTION.

The types of cancer that are seen most commonly in women are breast cancer and the cancer of cervix respectively. In this research, it was planned to evaluate the knowledge, attitude and behaviours of the women living in the city of Diyarbakır, aged 15-65 years, from various professions, about the breast and cervical cancers, which are seen most commonly in women. Besides it was planned to find out the rate of women performing breast self-examination, which is a method of early diagnosis in the breast cancer, and of those having pap-smear test done, which is used in the early diagnosis of cervical cancer. This research is a descriptive cross-sectional study. For this research, the accounts of 350 housewives, 200 teachers, 91 policewomen, 66 lawyers, 300 university students, 1007 women in total have been reported. It was found out that %42,3 of the women do breast self-examination, and %58,0 of them do it regularly. The symptom that the women knew best about the breast cancer was a mass in the breast with %65 and they knew best about the cervical cancer were the menstrual abnormalities. It was observed that there were statistical differences between the different professions in the proportion of the breast self-examination and having pap-smear test. It was seen that the housewives were at the lowest level in breast self-examination and the teachers were at the highest level. As for the pap-smear test, it was the lawyers who were at the lowest level and the policewomen were at the highest.

There were seen differences between job groups and education groups in terms of the information and attitude that they have with regard to the prevention of cancers of breast and cervix. In those women who had lower level of education, the knowledge that they had about the protection from cancer was found at the lowest rate. Despite their education they received and capability to organize, it was found out that the working women had had little education about the breast cancer and the cancer of cervix. A majority of women are not able to perform the secondary protection measures. The sensitivity of the health personnel must be enhanced so as to search and educate women to protect themselves from the breast cancer and the cancer of cervix.

Key Words: Breast cancer, Cervical cancer, Prevention, Diyarbakır

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanserin aileler ve toplumlar üzerindeki etkisi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Kanseri; toplumda genç- yaşlı, zengin-fakir, kadın-erkek-çocuk ayrımı yapmadan bütün toplumu etkisi altına alan ve toplumlar üzerine oldukça büyük bir yük getiren bir grup hastalıktır. Kanseri, dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (WHO 2006). 2005 yılında dünyada meydana gelen 58 milyon ölümün 7,6 milyonunu (%13)kanseri oluşturmaktadır ve bu ölümlerin %70'ini düşük ve orta gelirli ülkelerdeki ölümleri oluşturmaktadır. Dünya Sağlık örgütü tarafından yapılan tahminler kanserden ölümlerin giderek arttığını, 2015 yılında 9 milyon ve 2030 yılında 11,4 milyon kişinin kanserden öleceğini göstermektedir (WHO 2006).

Kanseri, hücrelerin anormal, kontrolsüz büyümesi ve dağılımı ile karakterize bir grup hastalıktır (ACS 2007). Yayılım, kontrol altına alınmazsa ölümle sonuçlanmaktadır. Kansere dış faktörler ve iç faktörler neden olmaktadır. Dış faktörler; beslenme, sigara, radyasyon, kimyasallar, bulaşıcı hastalıklardır. İç faktörler ise; hormonlar, kalıtsal mutasyonlar, bağışıklık durumudur. Bu faktörler bazen tek başına etkili olduğu gibi bazen de ikisi birden etkili olmaktadır.

Kanserin nedenleri ve tipleri farklı coğrafi bölgelere göre değişmektedir. Ülkelerin çoğunda kanseri hastası olmayan bir ailenin bulunması çok zordur. Dünyada 2002 yılında kansere bağlı ölümlerin çoğu doğu Asya (2,016.300) ve güney Asya ülkelerinde (845,200) görülmüştür ve bu oranın giderek artacağı belirtilmektedir (WHO 2005). Bazı kanseri türleri ülkelerin gelişmişlik durumuna göre de bölgesel olarak farklılık göstermektedir. Kronik enfeksiyonlara bağlı olarak gelişen karaciğer, mide ve serviks kanseri daha çok geri kalmış ülkelerde görülmektedir. Meme, prostat ve kolon kanserleri daha çok gelişmiş ülkelerde görülmektedir (WHO 2005).

Tütün kullanımı, dünyada kanserin tek ve en büyük önlenbilir nedenidir. Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve sigara kullanmama ile kanserlerin %40'ı önlenbilir (WHO 2006).

Amerikan Kanser birliğinin istatistiklerine göre 2007 yılında sigara içmeye bağlı 168,000 insanın öleceği ve 559,560 kansere bağlı ölümün üçte birinin ŐiŐmanlık ve obezite ile ilgili olacağı bildirilmiştir(ACS 2007). Dünyada görülen kanserlerin beŐte biri kronik enfeksiyonlara bağlı olarak geliŐmektedir. HPV virüsü serviks kanserine, HBV karaciğer kanserine, Helicobacter pylori mide kanserine, Schistosomia mesane kanserine neden olmaktadır (WHO 2006).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılı verilerine göre 49,387 kanser vakası saptanmıŐ olup yaŐa ve cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. 49,387 kanser vakasının 28,189’unu erkekler, 21,198’ini ise kadınlardan oluşturmaktadır. Kanserinin lkemizde ve tüm dünyada çok önemli bir halk sağlığı sorunu olmasının nedenlerinden biri kanser hastalarının tedavisinin olduğu fazla maddi yk getirmesidir. ACS’nin verilerine göre 2006 yılında Amerika’da kanserlerin ülke ekonomisine getirdiği maddi yk 206,3 milyon dolardır. Bunun 78,2 milyonu doğrudan medikal harcamalar, 17,9 milyonu üretkenliğin azalmasına bağlı olarak meydana gelen ekonomik kayıplar, 110,2 milyonu ise erken ölümlerin üretkenliği yok etmesi ve buna bağlı olarak meydana gelen ekonomik kayıpları kapsamaktadır.

Dünyada en çok görülen kanser türleri incelendiğinde, cinsiyetler arasında farklılıklar görülmektedir. Erkeklerde en çok akciğer , mide , karaciğer, kolorektal, özefagus ve prostat kanserleri görülürken, kadınlarda en çok meme, akciğer, mide, kolorektal ve serviks kanseri görülmektedir (WHO 2006). Meme kanseri kadınlarda en sık teşhis edilen kanserdir. 2001–2003 yılları arasında meme kanserinin artıŐ gösterdiği ve gelecek yirmi yıl içerisinde daha da artacağı bildirilmektedir (ACS 2007). Amerika’da yapılan araştırmalar sonucunda 2007 yılında kadınlarda 178,480 yeni meme kanseri vakası olacağı, erkeklerde 2,030 yeni meme kanseri görüleceği ve 40,910 (40,460 kadın, 450 erkek) kişinin meme kanserinden öleceği tahmin edilmektedir (ACS 2007). Amerikan kanser birliğinin verilerine göre 2007 yılında 11,150 yeni Serviks kanseri vakası ve 3,670 ölüm tahmin edilmektedir (ACS 2006 a).

Türkiye’de 2003 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda en çok görülen on kanser arasında meme ve serviks kanseri yer almaktadır. 5634 meme kanserli ve 763 serviks kanserli kadın olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda meme ve serviks kanserinin insan hayatında çok büyük bir tehlike olduğu bildirilmiŐ olup bu tehlikenin giderek arttığı ve bu artıŐın her geçen yıl daha da fazla olacağının tahmin edildiği bildirilmiştir.

Dünya sağlık örgütünün verilerine göre kanserlerin %40'ı önlenebilir. Bu amaçla meme ve serviks kanserinden korunmada eğitim ve erken tarama olanakları yaygınlaştırılarak bu kanserlerden korunma sağlanabilir. 1991'den beri Amerika'da NBCCEDP(National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program) ile düşük gelirlili, sosyal güvencesi olmayan, meme kanseri için 40–64 yaş arası, serviks kanseri için 18–64 yaş arası kadınlara KMM (Klinik Meme Muayenesi), mamografi ve pap test uygulanmaktadır. 1991'den beri NBCCEDP ile 2,9 milyon kadına ulaşılmış, 29,000 meme kanserli kadın, 1,800 serviks kanserli kadın tespit edilmiştir. 2005 yılında 392,788 kadına mamografi uygulanmış ve 4,920 meme kanseri tespit edilmiştir, 340,542 kadına pap test uygulanmış ve 4,915 servix kanseri saptanmıştır (CDC 2007 a). Mamografi tetkiki 50–69 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri mortalitesini % 20–35, 40–49 yaş arasında ise % 20 azaltmaktadır. (CDC 2007 b).Finlandiya'da KKMM yöntemi öğretilen 28,785 kadın ile öğretilmeyenler karşılaştırıldığında kanserin evresinde fark bulunmamasına rağmen mortalite hızında azalma tespit edilmiştir. ACS pap test ile serviks kanseri mortalitesinin son birkaç dekada % 70 oranında düştüğü ve mamografi kullanımı ile meme kanseri mortalitesinin %20 oranında azaldığı belirtilmiştir. Japonya'da serviks kanseri taramaları sonucunda yapılan birçok çalışmada Pap testin mortaliteyi %65 gibi önemli bir oranda azalttığı da bildirilmektedir.(ACS 2006 b).

Kanserden korunmanın ve kanserin erken dönemde teşhisinin sağlanmasında önemli noktalardan birisi de kanserlerin belirtilerinin ve risk faktörlerinin bilinmesinin gerekliliğidir. Bu nedenle kadınlarda en çok görülen iki kanser türü olan meme ve serviks kanserinin belirtileri ve risk faktörleri konusunda kadınlar bilinçlendirilmelidir.

Meme kanserinde erken tanıda önemli bir yere sahip olan KKMM (kendi kendine meme muayenesi), KMM ve mamografi uygulamaları ile serviks kanserinde ise erken tanıda çok önemli bir yere sahip olan Pap smear testinin öneminin kadınlar tarafından fark edilmesini sağlamak önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araştırmanın amaçları;

1. Diyarbakır ilinde farklı meslek gruplarında ve farklı eğitim seviyesine sahip 15–65 yaş arasındaki kadınların meme ve serviks kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi
2. Meme kanserinde erken tanı yöntemi olan kendi kendine meme muayenesi yapma, mamografi çekirme sıklığının belirlenmesi
3. Serviks kanserinde, erken tanı yöntemi olan Pap smear yaptırma sıklığının belirlenmesidir.

2.GENEL BİLGİLER:

2.1. MEME

2.1.1. MEME YAPISI

Meme, kadının yaşamı boyunca sürekli bir değişim içinde bulunur. Pubertedeki çarpıcı değişikliği her bir menstrüel siklustaki, gebelikteki, laktasyondaki değişiklikler ve nihayet, menopozdaki involüsyon izler. Bütün bu dönemlerde memenin makro ve mikro anatomisi farklı özellikler gösterir (İnce 1997).

Memenin dış görünümü: Memenin dış görünümünde normalin tanımlanması güçtür. Memenin biçimini genetik etkenler belirler. Diskoid, hemisferik, konik ve benzeri biçimlerde olabilir. Ortalama bir meme, laktasyon dışında, 150–400 g ağırlıkta, 10–12 cm çapındadır; kalınlığı, orta kısmında 5–7 cm.dir. Laktasyonda ağırlık 500 gramın üstüne çıkar. Sarkmamış memede, meme başı 4. interkostal aralık hizasındadır. Bunun çevresinde bulunan pigmentli areola 15–60 mm çapındadır. Areolanın dış sınırına yakın olarak çepeçevre yerleşmiş küçük kabartılar vardır (İnce 1997).

Memenin sınırları ve yerleşimi: Erişkin kadın memesi üstte ikinci kosta ya da üçüncü kostonun üst sınırından başlar; alta altınca kosta hizasında biter. İç sınırı orta veya ön koltuk altı çizgisindedir. Meme dokusunun ana kitlesi genellikle üst yarıda ve daha çok dış kadranda yerleşmiştir. Bu nedenle, meme kanseri ve başlıca benign lezyonlar daha çok dış kadranda görülür (İnce 1997).

2.1.2. MEME KANSERİ

Epidemiyolojisi: Meme kanseri tüm dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanser olup, 2007 yılında Amerika'da 178.480 yeni meme kanser vakasının olacağı tahmin edilmektedir. 2007 yılında erkeklerde yaklaşık 2.030 yeni kanser vakasının olacağı tahmin edilmektedir. 2007 yılında 40.910 (40.460 kadın, 450 erkek) kişinin meme kanserinden öleceği tahmin edilmektedir (ACS 2007). Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılı verilerine göre; Türkiye'de kadınlarda en çok görülen 10 kanser türü arasında 5634 (% 26,58) ile meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2003).

Türkiye’de meme kanseri ile ilgili yapılan çalışmalar

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur (Sağlık Bakanlığı 2003). Günümüzde bazı kanserlerden korunmak mümkün olup, birçok kanser türleri de tedavi edilebilir hastalıklar arasındadır. Kanserle mücadelenin en önemli ilkelerinden biri erken tanıdır. Kanser, tüm doku ve organları tutan bir hastalık olması nedeniyle, erken tanı ancak periyodik kontrollerle sağlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘ Herkese Sağlık’ programı çerçevesinde ülkemizde de kanserde hedef; “ 2020 yılına kadar 65 yaş altı nüfusta tüm kanserleri % 10, 2030 yılına kadar akciğer kanserini %25, tüm kanserleri %15 azaltmaktır.” Ülkemizde kadın kanserleri arasında birinci sırada olan meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyinin artırılması ve riskli yaş gruplarına mamografi uygulaması sonucu meme kanserinin topluma getirdiği yük azaltılabilir.

Bu amaca yönelik olarak Sağlık Bakanlığınca 2005 yılına kadar 26 ilde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi kurulmuştur. Ayrıca AB projesi ile 11 ilde de Kanser Tarama ve Eğitim Merkezleri 2004 yılında açılmıştır. Şimdi ise 2005–2006 yılları içerisinde ‘Kansersiz Yaşam’ projesi kapsamında 14 ilde daha KTEM (Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi) açılacaktır. 2005 yılında itibaren her ilde 1 KTEM kurulması çalışması başlamıştır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından açılan bu merkezlerin amacı;

- Toplumun meme kanseri konusunda farkındalığını artırmak
- Erken evrede yakalanan meme kanseri olgularının toplam meme kanseri içerisindeki yüzdesini arttırmak
- Meme kanserinden ölümleri azaltmak

Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının 2004 yılında ‘ Meme Kanseri Kontrol Programı’ çerçevesinde gerçekleştirilen KKMM (kendi kendine meme muayenesi) eğitimi sonucunda; 30 ilde 10.672 sağlık personeli, 1.583.717 15–49 yaş arası kadına KKMM eğitimi verilmiş olup muayene sırasında memede kitle tespit edilen kadın sayısı 2259 olarak saptanmıştır (Meme Kanseri Kontrol Programı 2001).

Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği ortak protokolleri ile Türkiye’de 11 ilde (İzmir, Ankara, İstanbul, Balıkesir, Trabzon, Diyarbakır, Gaziantep, Sivas, Erzurum, Adana) 10.02.2006 tarihinde KETEM (Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi)’lerin resmi açılışları yapılmıştır.

Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezleri projesinde; meme, serviks ve cilt kanseri taramaları ile mortalite ve morbiliteyi düşürmek hedeflenmiştir. Diyarbakır’da bulunan KETEM; Şehitlik Ali Gaffar Okan Sağlık Ocağının ikinci katında bulunmaktadır. Bu merkezde yeterli personel ve teknik donanım mevcuttur. Merkezin çalışma şekli; 35–69 yaş arası her kadın meme ve serviks taramaları için ve 60 yaş üzeri erkekler cilt kanseri taramaları için merkeze başvurmaktadır.

Hiçbir şikâyet ve semptomu olmayan kişilerin başvurduğu merkezde şu uygulamalar da yapılmaktadır.

- Hemşire tarafından merkezi tanıtıcı ve yapılacak hizmetlerle ilgili danışmanlık hizmeti
- Sertifikalı ebe tarafından 18 yaş üstü her kadına KKMM eğitimi
- Sertifikalı doktor tarafından ilk muayene ve klinik meme muayenesi (KMM)
- Sertifikalı doktor tarafından Jinekolojik muayene ve Pap smear alınması
- 35–69 yaş arası her kadına smear uygulaması
- 50 yaş üstü kadınlara mamografi çekimi

Diyarbakır’da bulunan KETEM’e yapılan başvuru sayısı 1603, alınan pap smear sayısı 1066, mamografi çekimi 312, ultrasonografi 73, kolposkopik inceleme 16, halk eğitimi için ulaşılan kişi sayısı 2280, KKMM eğitimi verilen kadın sayısı 1727 dir (Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi 2006).

2.1.3. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

1.Cinsiyet: Kadınlarda en çok görülen kanser meme kanseridir. Amerika da cilt kanseri dışında kadınlarda teşhis edilen her 3 kanserden biri meme kanseridir. Erkeklerde bu risk daha düşüktür (ACS 2005–2006).

2.Yaş: Yaşla meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır(ACS 2005–2006).Meme kanserinde yaş en önemli bağımsız risk faktörüdür. 1998 ve 2002 yılları arasında yeni meme kanseri vakalarının %95'i ve meme kanserinden ölenlerin %97'si 40 ve üzeri yaş grubundaki kadınlar oluşturmaktadır. Menopoz öncesi meme kanseri sık görülmemektedir (NCI 2005).

3.Irk: Meme kanseri beyaz kadınlarda, Latin Amerika ve Afrikalı kadınlardan daha sık görülmektedir (ACS 2005- 2006; NCI 2005; Smigal ve ark. 2006).

4.Aile öyküsü: Anne, kız kardeş ve kızı gibi ailesinde meme kanseri olanlarda meme kanseri olma riski çok yüksektir. Ailesinde 40 yaşın altında meme kanseri olanlarda risk daha da artmaktadır. Diğer akrabalarda meme kanseri varlığı da riski arttırmaktadır (ACS 2005- 2006; NCI 2005).Meme kanseri aile hikâyesi olan kişilerde meme kanserinin ortaya çıkma yaşı daha erken olup, hastalık bilateral olmaya eğilimlidir. Hastalığın erken ortaya çıkışı annesinde meme kanseri olanlarda daha belirgindir (Onat 1997).

5.Bireysel meme kanseri öyküsü: Bir memesinde kanser olan bir kadının diğer memesinde de kanser olma ihtimali yüksektir (ACS 2005- 2006; NCI 2005).

6.Genetik değişiklikler: BRCA1, BRCA2 gibi bazı genlerdeki değişiklikler meme kanseri riskini artırmaktadır. Aynı zamanda atypical hiperplasi ve lobular carsinoma in situ (LCIS) gibi bazı anormal hücrelere sahip olan kadınların meme kanseri olma riski artmaktadır (ACS 2005- 2006; NCI 2005) .

7. Meme dokusunun yoğunluğu: Mamografide meme dokusunun yoğun ve yağlı olması meme kanseri riskini artırmaktadır.(NCI 2005; Yaffe ve ark. 1998).

8.Üreme sistemi ve menstrual öykü;

Menarş yaşı: Menarş yaşının 12'nin altında olması meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS 2005- 2006; NCI 2005; Onat 1997). Genel olarak menarşın her bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin % 20 azaldığı kabul edilmektedir.

Fakat meme kanseri riski yönünden mensturasyon başlama yaşı yanında ilk düzenli mensturasyon yaşı da önemlidir. Menarşı takiben düzenli mensturasyonların 1 yıl içinde başlaması, düzenli mensturasyonları 1 yıldan geç başlayanlara göre risk iki katına çıkmaktadır. Menarşı erken (12 yaş ve öncesi) başlayan ve kısa sürede düzenli menstrual dönemlere geçen kişilerde kanser riskinin menarşı geç başlayan (13 yaş veya üzerinde)ve uzun süre düzensiz menstrual dönemleri olan kişilere göre 4 kat fazla olduğu kabul edilmektedir.

Menopoz yaşı: Meme kanseri riski ile menopoz yaşı arasında da bir ilişki mevcuttur. 45 yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski, 55 yaşından sonra menopoza giren kadınların yarısı kadardır. Yani aktif mensturasyon dönemi 40 yıl veya daha fazla süren kadınlarda risk aynı dönemi 30 yıl veya daha az olan kadınların iki katıdır (Onat 1997; ACS 2005- 2006; NCI 2005).

İlk hamilelik ve ilk doğum yaşı: Geç yaşta çocuk sahibi olanlar da meme kanseri olma olasılığı daha fazladır (ACS 2005- 2006; NCI 2005). İlk olarak Mac Mahan hamileliğin ve ilk hamilelik yaşının meme kanseri riski ile ilişkili olduğuna dikkatleri çekmiş ve evlenmemiş veya hiç doğum yapmamış kadınlarda, kanser riskinin doğum yapmış kadınlara göre 1,4 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma ve takip eden çalışmalar hamileliğin getirdiği koruyucu etkinin özellikle ilk hamilelik yaşına bağlı olduğunu vurgulamışlardır.

İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadında kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat daha fazladır. Hiç doğum yapmamış kadınlarda ise 20 yaşından önce doğum yapanlara göre riskin 2 kat fazla olması paradoks bir şekilde; evli fakat geç doğum yapan kadınlarda meme kanseri riskinin hiç doğum yapmamış kadınlara göre daha fazla olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Onat 1997).

Laktasyon: Emzirmenin meme kanseri riskini azaltmadaki etkisi düşüktür. Ancak emzirme süresi artııkça risk azalmaktadır (WHO 2006; ACS 2005- 2006). Çin'de yapılan bir çalışmada toplam 5 yıllık emzirme süresinin meme kanseri riskini % 30 oranında azaltığı bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada ise 4–12 ay arası emziren kadınlarda riskin % 11; iki sene veya daha fazla emzirenlerde ise % 15 oranında azaldığı gösterilmiştir (Darendeliler 1997).

9. Çevresel etkenler;

Beslenme: Beslenmenin ve özellikle yağdan zengin beslenmenin deney hayvanlarında meme tümörleri oluşturduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. Dünya üzerinde meme kanseri görölme sıklığının ülkeden ülkeye değişmesi ve göç eden insanlarda artan meme kanseri sıklığının sadece genetik etkenlerle açıklanamaması, dikkatlerin çevresel etkenler ve özellikle beslenme şekli üzerine toplanmasına neden olmuştur. Anne karnındaki beslenme tarzı ile bile meme kanseri arasında ilişki saptanmıştır (Lagıou P 2006). Soya Akdeniz ürünlerinden elde edilmiş n–3 asitleri, yeşil çay, izotiyosiyanatlar (isothiocyantes), vit. D ve kalsiyum tüketiminin meme kanserinden koruyucu olduğu belirtilmiştir (Gago 2007). Meme kanseri ile beslenme arasındaki korelasyonların irdelendiği çalışmada yağlı yeme alışkanlığıyla 0,69, hayvansal proteinlerle 0,66, karbonhidratlarla -0,87, bitkisel proteinlerle -0,77 korelasyon katsayıları saptanmış ve beslenme ile meme kanseri arasındaki ilişki ortaya konulmuştur (Harasima E. 2007).

Obesite: Obesite, premenopozal dönemde değil, postmenopozal dönemde meme kanseri riskini artırmaktadır. ACS'nin yaptığı son çalışmalarda şişman olan (BMI>25) kadınlardan meme kanserinden ölme riski normal kilolu (BMI=18,5–24,9)kadınlara göre 1,3 ile 2,1 arasında artmaktadır (ACS 2005- 2006)

Fiziksel aktivite: Yapılan son çalışmalar ile fiziksel aktivitenin meme kanserinden korunmada küçük bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Adolesan ve erişkin dönemde yapılan egzersizlerin meme kanseri riski üzerine etkisini araştıran çalışmalarda, egzersizin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiş ve haftada 4 saat veya daha fazla egzersiz yapan kadınlarda kanser riskinin hiç egzersiz yapmayan kadınlara göre %60 daha az olduğu bildirilmiştir (ACS 2005- 2006; NCI 2005).

Hormonlar: Oral kontraseptiflerin kullanımı meme kanseri riskini çok az ve uzun süre kullanım sonucu artırmaktadır. 10 yıl süre ile oral kontraseptif kullanan ve kullanmayı bırakan kadın ile hiç oral kontraseptif kullanmayan aynı riske sahiptir. HRT (Hormon Replasman Terapi) tedavisi ile meme kanseri riski artmaktadır, kullanım süresi artıkça meme kanseri riski de artmaktadır (WHO 2006; ACS 2005-2006, Onat 1997).

Alkol: Alkol kullanımı meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS 2005- 2006; NCI 2005). Kırktan fazla epidemiyolojik araştırmaların meta analizi sonucunda günde 21gr alkol alımı meme kanseri olma riskini %21 artırmaktadır. Meme kanseri riski alınan alkolün dozu artıkça artmaktadır ve aynı zaman da bütün alkollü içecekler bu riski aynı oranda artırmaktadır. (ACS 2005- 2006).

Sigara: Yapılan birçok çalışmalarda aktif sigara içme ile meme kanseri arasında bir ilişki bulunamamış. Ancak aktif sigara içen ve çevresel olarak ta sigara dumanına maruz kalanlar ile aktif olarak sigara içmeyen ve sigara dumanına maruz kalmayanlarda yapılan karşılaştırılmalı çalışmalar sonucunda sigaranın meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir, fakat bu araştırmalar tartışılmalı olarak kalmıştır (ACS 2005- 2006; NCI 2005).

İyonizan Radyasyon: İyonizan radyasyonun dokular üzerindeki etkileri erken ve geç olmak üzere iki türdür. Geç etkiler somatik geç etkiler ve genetik geç etkiler şeklindedir. Matürasyonunu tamamlamamış meme dokusu radyasyona çok duyarlı olup, radyasyona maruz kalma sonrası gelişme bozuklukları ve meme kanseri oluşabilir. Akciğer tüberkülozu nedeniyle çok sık tekrarlanan floroskopik tetkiklere maruz kalan hastalarda da artmış meme kanseri sıklığı bildirilmiştir. Genel diagnostik radyolojide meme kanseri riski %1'den azdır (Onat 1997). Uluslar arası kanser enstitüsünün (NCI) verilerine göre; 30 yaşından önce göğüse uygulanan (meme dâhil) radyasyon tedavisi meme kanseri riskini arttırmaktadır. Hodgkin lenfomada radyasyon tedavisi alan kadınlar meme kanseri yönünden risk altındadır. Genç kadınların radyasyon tedavisi aldıkları zaman ileri yaşlarında meme kanseri olma riskleri yüksektir. (NCI 2005).

İlaçlar: 1940 ve 1971 yıllarında gebelerde kullanılan DES (diethylstilbestrol)'in meme kanseri riskini artırdığı gösterilmiştir (NCI 2005).

2.1.4. MEME KANSERİ BELİRTİLERİ

Meme kanseri tipik olarak erken evrede semptomsuz ilerlemektedir. Meme kanserinin belirtilerini bilmek ve erken dönemde bu belirtilerin farkında olmak önemlidir. Kanser, belirtilerini meme üzerinde gösterdiğinde en önemli fiziksel meme kanseri belirtisi ağrısız kitledir (ACS 2005- 2006).

Meme kanserinin belirtileri;

- Memede ağrısız kitle
- Meme ucundan kanlı akıntı gelmesi
- Meme dokusunda buruşukluk
- Meme ucunda çukurlaşma
- Memenin renginde değişiklik
- Memelerden birinde anormal büyüme
- Bir memenin diğer memeden anormal bir şekilde büyük olması
- Meme komşu lenf nodlarında büyüme
- Üst kolda anormal şişlik (NCI 2005).

2.1.5.MEME KANSERİNDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ

1.BİRİNCİL KORUNMA:

Risk altındaki grupların eğitimi:

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

Bu gruplar:

1. Yaşla beraber meme kanseri görülme sıklığı arttığından ileri yaştaki kadınlar
2. Ailesinde meme kanseri öyküsü olanlar
3. Memelerinden birinde meme kanseri öyküsü olanlar
4. BRCA1, BRCA2 gibi bazı genlerin pozitif olması
5. Yoğun ve yağlı meme dokusuna sahip olanlar
6. Menarş yaşı 12'nin altında olanlar
7. 55 yaşından önce menopoza girenler
8. Geç yaşta çocuk sahibi olanlar (ACS 2005–2006; NCI 2005).

Meme kanserinden korunmak için alkol kullanımının azaltılması, şişmanlığın engellenmesi, fizik egzersizin artırılması gerekmektedir. Erken yaşta iyonizan radyasyondan kaçınmak, iyonizan radyasyon kontrol önlemleri almak.

Tamoksifen ve raloksifen'in post menopozal kadınlarda meme kanseri insidansını %49 azalttığı saptanmıştır. (Smith I E. 2007). Ancak bu ilaçların trombotik vasküler olayları (akciğer embolisi, felç, derin ventrombozu) ve kataraktı provoke ettiğinden korunma amaçlı kullanımı sınırlandırılmalıdır.

Aromatase inhibitörleri de kanserden korunmada etkili bulunmuştur. Ancak bunlarda kemik mineral yoğunluğunda olumsuz etkilere neden olmaktadır. Ailede güçlü öykü olan kadınlara profektik bilateral mastektomi ve BRCA gen mutasyonu olan kadınlara ooferektomi de önerilmektedir. Haftada 4 saatin üstündeki fizik egzersizin korunmada etkili olduğu belirtilmiştir. A, D, E, C, folik asit, B₆, B₁₂, vitaminlerinin besinlerle alınmaları sağlanmalı, antioksidan kapasiteleri yüksek gıdaların tüketimini sağlamakta sadece meme kanseri değil tüm kanserlerden koruyucu olduğu için önemlidir (Lajous ve ark. 2006a, Lajous ve ark.2006b).

2. İKİNCİL KORUNMA: Bu dönemde alınacak koruma önlemleri erken tanı, uygun tedavi ve sakatlıkların sınırlandırılmasından oluşur. Hastalığın başlangıç döneminde, daha doğrusu ilk belirtilerin saptanabildiği dönemde uygulanacak olan erken tanı ve tedavi gibi koruyucu yöntemleri kapsamaktadır. Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en emin yolu erken tanı ve tedavidir. Meme kanserinde erken evrede tanı koymak prognozu iyi yönde etkilediği, mortaliteyi azalttığı gibi uygun olgularda meme koruyucu cerrahi yapabileme imkânı sağlamaktadır. Sekonder koruma; taramaları ve risk altındaki grupların eğitimini kapsamaktadır.

İkincil korunmada taramalar: Tarama programlarının amacı hiçbir şikâyeti olmayan kadınlarda, çeşitli yöntemlerle memesinde anormallikleri olanları olmayanlardan ayırmaktır. Hedef, meme kanserini biyolojik olarak başlamasından sonra klinik olarak belirti vermeden önce tespit edilmesidir. WHO'nun 58. kanserden koruma ve kontrol derlemesine göre; kanser kontrol programları düzenlenirken kanserlerin tipleri dikkate alınmalıdır.

Kanserler aşağıdaki şekilde sınıflandırılarak kontrol programları düzenlenmelidir.

- Tümör oluşumu önlenabilir kanserler: Akciğer, kolon, cilt, rektum ve karaciğer kanseri gibi kanser tipleri sigara, düzensiz beslenme, aşırı alkol tüketimi, güneş ışınları gibi risk faktörlerinden sakınarak ya da risk faktörlerini en aza indirgeyerek önlenabilir kanserlerdir.
- Erken tanı ve tedaviye yatkın kanserler: Serviks, meme ve prostat kanseri gibi kanser tipleri erken tanı ve tedaviye yatkın olduklarından kanserden kurtulma şansını artırır, yaşam kalitesini artırır ve mortaliteyi azaltır.
- Tedavi ile yaşam süresi uzatılabilir kanserler: çocukluk dönemi akut lösemi gibi kanser tiplerinin ancak tedavisi ile hastaların yaşam kalitesi artırılabilir ve mortalite azaltılabilir.
- İlerlemiş kanserler: bu tip kanserler de ancak hastaların ağrıları dindirilir, hastaların yaşam kaliteleri artırılır. (WHO 58. derleme)

WHO' nun kanser sınıflandırma sistemi dikkate alınarak etkin bir tarama sistemi oluşturulabilir ancak tarama sistemlerini düzenlerken taramada meydana gelecek problemleri de saptamak gerekmektedir.

Tarama programları, taramaya ihtiyacı olanları içine almayı hedeflemelidir. Taranan hastalıkta risk altında olanlar ve hastalığın görülme sıklığı artan gruplar tercih edilmelidir. Taramada birinci problem, tarama gruplarının seçimidir. Tarama etkili olmalı ve tarama yapılan grupta mortaliteyi azaltmalıdır. Meme kanserinin %60-65'inin 50 yaş üzerindeki kadınlarda görülmesi nedeniyle bu grupta tarama yapılması önerilmektedir. İkinci problem, taramanın hangi sıklıkta ve ne kadar süre yapılacağıdır. İki tarama arasında meydana gelen kanserlere interval kanserler denmektedir. İki tarama arasında süre arttıkça interval kanser oranı artar. Bu nedenle tarama programları arasındaki sürenin çok iyi ayarlanması gerekmektedir.

Tarama programları pahalıdır. Maliyet / yarar oranı yönünden değerlendirilmesi gerekir. Bulunan her kanserin maliyeti ilk taramada düşük olmasına rağmen daha sonraki taramalarda artar. Tarama programlarının yürütülebilmesi için eğitilmiş hemşire ve hekime ihtiyaç vardır. Eğitilmiş personel taramaya katılanları kanser konusunda aydınlatmalı ve endişelerini giderecek bilgiye sahip olmalıdır.

Bu şekilde erken tanı ve tedavi ile meme kanserindeki mortalite ve morbiditeyi azaltmak mümkün olmaktadır. 1963- 1967 yılları arasında ilk kez meme kanseri için tarama programı New York'ta yapılmış ve Health Insurance Plan (HIP) çalışması sonuçlarına göre meme kanseri mortalitesinde %30 azalma tespit edilmiştir. Meme kanseri taramasında, kendi kendine meme muayenesi, fizik muayene ve mamografi en sık kullanılan yöntemlerdir.

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kadınların, memelerini “ kendi kendine muayene” yöntemi ile kontrol etmeleri hem ucuz hem de risksiz bir işlemdir. Mamografinin geniş bir şekilde kullanılmasından önce meme kanserinin % 90'ı kadınlar tarafından tespit edilmekteydi. Günümüzde mamografi ile palpabl olmayan kanserlerin de tespit edilebilmesi ile bu oran düşmüştür. Kadınların memelerinde bir kitle bulma endişesi ve kanser korkusu nedeniyle ancak %25'i düzenli meme muayenesi yapmaktadır.

Ülkemizde bu oran daha düşüktür. Basın, yayın organları, televizyon ile “kendi kendine meme muayene” yöntemi öğretilerek meme kanserine erken dönemde tanı koymak mümkün olmakta ve bu yolla meme kanserinin mortalitesi azalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, meme kanserinin erken tanısını sağlamak için kendi kendine meme muayene yöntemini tavsiye etmektedir.

ACS, 20 yaş ve üzeri kadınlara her ay düzenli KKMM önermektedir. KKMM yöntemi olan birçok tarama programında, olamayanlardan daha düşük mortaliteye sahip oldukları tespit edilmiştir. Bununla birlikte KKMM'nin meme kanserinden ölümleri azaltmadığı saptanmıştır (Knutson D. 2007). Her ne kadar ölümlerde azalma saptanmamış olsa da KKMM ile birçok kadının kendi memesindeki kitleyi ikl fark eden olması nedeniyle KKMM önerilir (Gren BB. 2003).

KKMM yönteminde de bazı problemler vardır. Kadınların hepsi KKMM yöntemini aynı kalitede yapmamakta, terk etmekte, hatta normal ve anormal yapıları fark edemediklerini ileri sürmektedirler.

Bu sorunlar eğitimle giderilebilir. KKMM yöntemi mamografi ve fizik muayene kadar duyarlı olmamasına rağmen, sıfır maliyet ve düşük riski nedeniyle diğer tarama yöntemleri ile birlikte kadınlara öğretilmeli ve yapmaları için ikna edilmelidir. ACS'nin taramada tavsiye ettiği yaşlar ve süreler aşağıdaki tabloda (tablo 2.1.) gösterilmiştir.

Tablo 2. 1. Meme kanseri erken tanısında izlenecek yol

Yaş grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20–39	KKMM	Her ay
	Klinik Muayene	3 yılda bir
40–49	KKMM	Her ay
	Klinik Muayene	Her yıl
	Mamografi	1–2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	KKMM	Her ay
	Klinik Muayene	Her yıl
	Mamografi	Her yıl

Memelerin muayenesi için en uygun zaman, menturasyon bitiminden sonraki 2. ve 3. gündür. Bu günler; memelerde şişme hassasiyetin en az olduğu günlerdir.

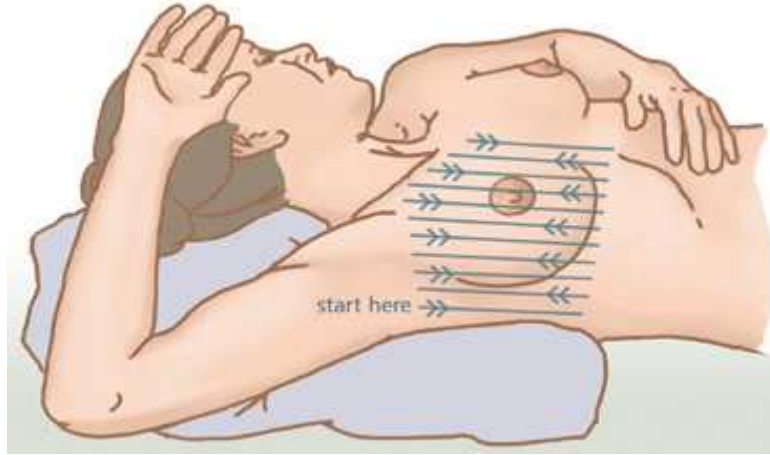
Menopoza girmiş kadınlar ise; muayene için her ayın ilk günü gibi bir gün seçebilirler. Düzenli yapılan muayeneler memelerin normal yapılarının öğrenilmesini ve oluşan bir değişikliğin erken bir evrede fark edilmesini sağlar.

KKMM'nin çeşitleri;

Saat kadranı yöntemi: Bu yöntemde birey ayna karşısına geçer memesini saat yüzü gibi düşünerek sol elini sırtına koyar. Sağ el memenin en üstüne saat 12 hizasına konur. Üç parmakla küçük daireler yapılarak muayene yapılır. Tüm bu işlem tekrar saat 12 hizasına gelinceye kadar sürdürülür. Sonra daha küçük dairelerle meme muayene edilir.

Üçgen şeklinde ilerleyen tip muayene: Meme parçaları üçgen kesilmiş dilimler olarak düşünülür. Yine sol el sırta konulur sağ elin orta üç parmağı ile küçük yuvarlaklar yapılarak tüm üçgenler muayene edilir.

Süpürme tarzı muayene: Sol el sırttayken sağ el köprücük kemiğinden meme ucuna doğru süpürülerek muayene edilir. Muayene sırasında parmaklar yürüme hareketi yapar. Aynı muayene koltuk altına da uygulanır.(şekil 2. 1)



<http://www.aafp.org>

Şekil 2. 1 Süpürme tarzı kendi kendine meme muayenesi

Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Meme kanserinin erken belirlenmesi için ACS, 20–40 yaşlarındaki asemptomatik kadınların her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından fizik muayenesini önermektedir.

Premenopozal kadınlar için fizik muayenenin hem yoğunluk, hem de hassasiyet yönünden en uygun olduğu zaman menstrasyondan sonraki ilk haftadır. Meme kanseri taramasında fizik muayenenin önemi birçok çalışmada gösterilmiştir.

The Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) çalışmasında, özellikle 40–49 yaş arası kadınlarda, meme kanserinin erken belirlenmesinde KMM önemli rol oynamıştır. Asemptomatik kadınlarda ideal tarama programında, kendi kendine meme muayenesi, memenin fizik muayenesi ve mamografi birlikte olmalıdır (İğci 1997).

Mamografi

Memedeki kitleyi palpabl olmadan önce belirlemenin en iyi yöntemi mamografidir. Mamografi meme kanserini palpabl olmadan 2 yıl önce belirleyebilmektedir. Meme kanseri prognozunda tümör çapı ve aksiller lenf nodu tutulumu en önemli parametredir.

1963 HIP çalışması ile birlikte ilk kez tarama programlarına girmiştir. Bundan sonra yapılan tarama programlarında ya tek başına ya da fizik muayene ve kendi keline meme muayene ile birlikte kullanılmıştır. HIP çalışmasında kadınlara mamografi ve fizik muayene ile 4 yıllık tarama yapılmış, 7 yıl sonra kontrol grubuna göre tarama grubunda meme kanserine bağlı mortalitede %23'lük azalmanın devam ettiği tespit edilmiştir. Amerikan kanser birliği ve Uluslar arası kanser enstitüsünün desteklediği The Breast Cancer Detection Demonstration Project (BCDDP) çalışmasında randomize edilmemiş 280.000 kadına tarama yapılmış, 3557 kanser tespit edilmiştir. Bunların % 90'ına mamografi ile, %56'sına fizik muayene ile tanı konmuştur. ACS, 40–49 yaş arası 1–2 yılda bir, 50 yaş ve üzeri her yıl mamografi çekilmesini tavsiye etmektedir. Sonuç olarak, tarama mamografisi meme kanserini erken evrede tespit etmesi, mortaliteyi azaltması, meme koruyucu cerrahi yapma oranını artırması ve sistemik tedavi oranının azaltılması gibi avantajların yanında, gereksiz biyopsi oranının ve gereksiz tanısal işlemlerin sayısını arttırması gibi dezavantajlara sahiptir (İğci 1997).

ÜÇÜNCÜL KORUNMA: Bu düzeydeki bir koruma medikal rehabilitasyonu ve sosyal rehabilitasyonu kapsamaktadır. Amaç erken dönemde komplikasyonları önlemek, ağrının giderilmesini ve yaşam süresinin uzatılmasını sağlamaktır

2.2. SERVİKS

2.2.1. Serviks' in anatomisi ve yerleşimi: Serviks (rahim ağzı), kadının üreme sistemi içerisine yer alan rahimin aşağı bölümüdür. Erişkinde uterusun alt 1/3 kısmını oluşturan serviks uteri yaklaşık 2–4 cm' dir. Çapı apekte 2,5, tabanda 3cm'dir ve hemen hemen silindir şeklindedir. Servix önde mesaneden gözele yağlı bir doku ile ayrılır, yanda ise serviksin damar ve lenfatiklerinin bulunduğu ligamentum kardinale ve parametriumlar bulunur (Atasü ve Şahmay 2001).

2.2.2. SERVİKS KANSERİ

Epidemiyolojisi: Jinekolojik kanserler kadın üreme organlarında (uterus, overler, fallop tüpleri, serviks, vulva ve vagina) görülen kanserlerdir. 2003 yılında Amerika da 72,000 den fazla kadının üreme organlarında kanser teşhisi konulmuş yine 27,000 den fazla kadın bu jinekolojik kanserlerden birine bağlı olarak hayatını kaybetmiştir (CDC 2007 a). ACS 2007 yılında 11,150 yeni serviks kanseri olgusunun olacağını ve aynı yıl içinde 3,670 kadının serviks kanseri nedeniyle öleceğini belirtmektedir (ACS 2007).

NCCC (National Cervical Cancer Coalition) her yıl Amerika'da 14,000 kadına serviks kanseri tanısını konulduğunu ve 3,900 kadının yine bu kanser nedeniyle hayatını kaybettiğini belirtmektedir (NCCC 2007).Tüm dünyada serviks kanseri kadınlarda, meme kanserinden sonra ikinci en yaygın kanserdir. WHO, güncel olarak tüm dünyada iki milyondan fazla kadının serviks kanseri olduğunu tahmin etmektedir. Her yıl 490,000 yeni serviks kanseri olgusuna tanı koyulmaktadır ve bu da günde 1300 den fazla yeni olgu demektir. WHO'ya göre 2006'da her gün 650 den fazla kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de serviks kanseri kadınların hayatını tehdit etmektedir. 2003 yılı Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre kadınlara da en çok görülen on kanserin içinde Servix kanseri de yer almaktadır. Türkiye'de 763 serviks kanserli kadın olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2003). serviks kanseri tanısı konulan tüm kadınların yaklaşık %50'si 35–55 yaşları arasındadır.

Diyarbakır'da bulunan KETEM'e yapılan başvuran kadınlara sertifikalı doktor tarafından Jinekolojik muayene ve Pap smear alınması, 35–69 yaş arası her kadına smear uygulaması yapılmaktadır. Alınan pap smear sayısı 1066 olup 8 serviks kanserli kadın tespit edilmiştir (Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi 2006).

2.2.3. SERVİKS KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

HPV virüsü (Human Papilloma virüs): Serviks kanserinde en önemli risk faktörü HPV virüsü ile enfekte olmaktır. HPV enfeksiyonu genç seksüel aktif kadınlarda çok yaygındır. Prevalansı %11-20'dir. Genç seksüel aktif kadınlarda HPV enfeksiyonu, ilk koitus ile adolesan çağdan başlayarak doğurganlık çağında ve daha az olarak da ileri yaşlarda görülebilir. 118 HPV tipi tanımlanmıştır. 40 HPV tipi genital traktusu enfekte eder. 9 ülkede, 11 vaka- kontrol çalışmada, HPV DNA kanser vakalarının %90,7'sinde, kontrol olgularının %13,4'ünde HPV pozitif bulunmuştur. Yüksek risk HPV tipleri 14 adettir (16.18.31.35.39.45.51.52.58.59.68.73.82). Muhtemel yüksek risk HPV tipler 26,53,66 dır. Dünyada en sık rastlanan HPV tiplerinin %70'ini HPV 16–18 oluşturmaktadır. HPV virüsünün bu iki tipi Squamöz hücreli serviks kanserine neden olmaktadır.

HPV'in insandan insana bulaşması cinsel ilişki yolu ile olmaktadır. Korunmasız cinsel ilişkilerde, birden fazla cinsel partneri olan kadınlarda HPV ile enfekte olma riski çok yüksektir. HPV enfeksiyonu, başlangıçta squamöz epitelde bazale yakın ve bazal hücrelerdedir. En önemli bulgu koilositotik atipidir. Nükleer atipi yanısıra perinükleer halo görülür. Servikste bu değişiklikler tedavi edilmezse kansere neden olmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar, > %99 invaziv serviks kanserinde, yüksek risk HPV varlığını göstermektedir. Preinvaziv lezyonların invaziv serviks kanserine dönüşmesi için yüksek risk HPV varlığı gerekmektedir. Genital traktusun diğer kanserlerinde de (vulva, vagen, penil kanserler) HPV önem taşımaktadır.

HPV infeksiyonlarının %70–90'ı geçici olup klinik bulgu vermeden 12–30 ay içerisinde spontan olarak infeksiyondan arınırlar. Pap testi ile HPV virüsünün servikste hücrelerde neden olduğu değişiklikler saptanabilir (ACS 2006 d; ACS 2007).

HPV serviks kanseri için önemli bir risk faktörü olsa bile, bu virüsle enfekte olmuş kadınların birçoğu serviks kanseri olmazlar. Araştırmacılar serviks kanserinin oluşumunda diğer risk faktörlerinin de etkili olduğunu vurgulamaktadırlar(ACS 2006 d; ACS 2007).

Çok eşlilik / partnerin çok sayıda eşinin olması ve cinsel hayatın erken başlaması: Cinsel partnerin çok sayıda kadınla ilişki kurması ve çok eşlilik HPV virüsü ile karşılaşma olasılığını arttırdığından serviks kanseri riskini artırmaktadır. 16 yaşından önce cinsel hayatın başlaması serviks kanseri riskini artırmaktadır (Bidus ve ark. 2007)

Sigara: Sigara kullanımı vücuttaki kimyasal madde miktarını arttırarak serviksteki DNA hasarına neden olur bu da serviks kanseri riskini artırmaktadır (ACS 2006 d). Sigara içen kadınların diğer kadınlara göre daha rahat bir yaşam tarzları olması bu kadınların daha sık cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanması riski oluşmasına neden olmaktadır. Bu da HPV'yi çağırıştırır.

HIV virüsü (Human Immunodeficiency Virus): HIV virüsü AIDS'e neden olmaktadır, ancak HIV pozitifli kadınlarda immun sistem düşük olduğu için HPV virüsüne karşı direnç gösteremez ve serviks kanserine yakalanma riski artmaktadır (ACS 2006 d).

Chlamydia enfeksiyonu: Kadının üreme sisteminde diğer bakteri enfeksiyonlarına göre daha sık görülen bir bakteri türüdür. Cinsel yola bulaşan bir hastalıktır, kadınların çoğu Pap test yapmayana kadar bu bakterinin varlığını fark etmezler. Yapılan bazı çalışmalar chlamydia enfeksiyonu olan veya geçmişte bu enfeksiyonu geçirmiş olan kadınların serviks kanseri olma risklerinin arttığını belirtmektedirler (ACS 2006 d).

Beslenme: Meyve ve sebzeden fakir dietle beslenenlerde serviks kanseri riski artmaktadır. Aynı zamanda şişman ve obez kadınlarda serviks kanseri olma yönünden yüksek risk gurubundadır (ACS 2006 d).

Doğum kontrol hapı: Uzun süreli doğum kontrol hapı kullanımı serviks kanseri riskini artırmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar 5 yıl ve daha fazla doğum kontrol hapı kullanma servix kanseri riskini yüksek oranda artırmaktadır (ACS 2006 d).

Birden fazla gebelik öyküsü ve ilk gebelik yaşı: Birden fazla gebelik öyküsü olan ve ilk gebelik yaşı erken olan kadınlarda serviks kanseri riski artmaktadır (ACS 2006 d).

Düşük sosyoekonomik düzey: Sağlıklı yaşam olanaklarına sahip olmadıklarından fakir kadınlar serviks kanseri olma yönünden yüksek riske sahiptirler (ACS 2006 d).

DES (diethylstilbestrol) : 1940 ve 1971 yıllarında düşük tehlikesi olan gebelerde DES kullanılmaktaydı. DES kullanan annelerin kızlarında vagina ve serviks kanseri riski artmıştır (ACS 2006 d).

Aile öyküsü: Yapılan son çalışmalarda annesi ve kız kardeşi serviks kanseri olan kadınların serviks kanseri olma riskinin arttığını göstermektedir (ACS 2006 d).

2.2.4. SERVİKS KANSERİ BELİRTİLERİ

Serviks kanseri erken evrede, asemptomatiktir. Bu nedenle doktora başvurmak için semptomların ortaya çıkmasını beklememek gerekmektedir. Ancak enfeksiyonlar ve diğer üreme sistemi hastalıkları da benzer semptom ve bulguları gösterebilir. Bu nedenle serviks kanseri ve diğer jinekolojik hastalık belirtileri arasındaki ayrımı iyi yapmak gerekmektedir.

Serviks kanseri belirtileri;

- Anormal vaginal kanama
 - Düzenli menstrasyon periyotları arasında kanamanın olması
 - Cinsel ilişki sonrası kanamanın olması
 - Menopoz sonrası kanamanın olması
- Artmış vaginal akıntı
- Pelvik ağrı

Cinsel ilişki anında ağrı (Bidus ve ark. 2007, NCI 2005 b).

2.2.5. SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ

Amerika'da kadınların %11'i düzenli olarak jinekolojik kontrollere gitmediklerini belirtmişlerdir (NCCC 2007). Serviks kanserlerinin çoğu önlenebilir. Serviks kanserinden korunmada iki yol vardır. Bunlar risk faktörlerinden (HPV ile enfekte olmamak gibi) kaçınmak ve pap smear testin düzenli olarak yaptırılmasıdır.

Pap smear testi %75– 80 duyarlılık ile serviksin premalingn lezyonları saptanabilir. Gerekli vakalarında, kolposkopi ve kolposkopik yönlendirilmiş servikal punch biyopsi ile histolojik değerlendirme yapılarak serviksin premaling/ preinvaziv lezyonlarının uygun tedavisi yapılabilir.

BİRİNCİL KORUNMA: Sağlığın daha iyiye götürülmesini ve serviks kanserinden koruyucu önlemleri kapsamaktadır.

1.Risk altındaki grupların eğitimi:

Erken tanının sağlanması kadınların bu konuda eğitimi, bilgilendirilmesi ile olur. Eğitim ve bilgilendirme, çeşitli eğitim toplantıları, basın –yayın organlarında bilgilendirici programlar ile sağlanabilir.

Bu programlar daha çok risk altında olan grupları kapsamalıdır. Bu gruplar:

1. HPV virüsü ile enfekte olanlar
2. Çok eşli olan kadınlar veya eşinin birden fazla cinsel partneri olan kadınlar
3. HIV virüsü bulaşmış olanlar
4. Chlamydia enfeksiyonu bulaşmış olanlar
5. Birden fazla gebelik öyküsü olanlar ve ilk gebelik yaşı erken olanlar
6. Ailesinde serviks kanseri öyküsü olanlar
7. Düşük sosyoekonomik düzeyde olanlar (ACS 2006 d)

2. HPV enfeksiyonundan korunma:

a. HPV aşısı: HPV virüsünün özellikle 16-18 tipleri serviks kanserine neden olmaktadır (Kuyumcuoğlu 2007). HPV virüsü genç kadın ve erkeklerde, batı ülkelerinde yaygın olarak görülmektedir. Birden fazla cinsel partneri olan kadınlara HPV virüsü bulaşma riski daha fazladır. Cinsel partner sayısının artması ile risk de artmaktadır.

Cinsel aktivitenin 16 yaş ve altında başlaması ve partnerin çok eşliliği de HPV riskini artırmaktadır (ACS HPV Vaccines 2007). CDC (Centers for Disease Control and Prevention)'i cinsel aktif kadınların en az %50'sinin hayatlarının herhangi bir döneminde HPV ile enfekte olacağını ve her yıl Amerika'da 6,2 milyon kadının HPV ile enfekte olduğunu bildirmektedir. ACS 2006 9,700 kadına serviks kanseri tanısı konulduğunu ve bunlardan 3,600 kadının serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybedeceğini belirtmektedir. Haziran 2006 tarihinde FDA tarafından HPV aşısı onaylanmıştır. Onaylanan Quadrivalent aşı serviks kanserlerinin %70'ine neden olan HPV virüsünün iki tipi (HPV 16 ve 18) ve %90 genital siğillere neden olan HPV virüsünün iki tipi (HPV 6 ve 11) için uygulanmaktadır. Quadrivalent aşı ise genital siğillere neden olan HPV 6 ve 11 ile yüksek onkojenik HPV 16 ve 18'in neden olduğu klinik hastalıklardan korunmada %100 etkindir (Kuyumcuoğlu 2007).

HPV aşısını tek başına hayat boyu kanser riskini %43 azalttığı saptanmıştır. Aşının pap smear ile kombine edilmesi hayat boyu kanser olma riskini %60 azalttığı rapor edilmiştir. 12 yaşın altında aşı yaptırmak ve 35-45 yaş arası 3 kez pap test yaptırmamanın maliyet etkin olduğu sonucuna varılmıştır (Goldie 2007). HPV'nin diğer tipleri için bu aşının koruyucu etkisi bulunmamaktadır (ACS HPV Vaccines 2007). HPV aşısı ideal olarak cinsel aktif olmayan kadın / erkeğe bir yıl içinde 3 doz şeklinde uygulanmaktadır. FDA HPV aşısını 9-26 yaş grubu kızlara uygulanmak üzere onaylamıştır. HPV aşısı 11-12 yaşları arasında uygulanması önerilmektedir ancak 9 yaşındaki genç kızlara da uygulanabilmektedir. Aynı zamanda HPV aşısı 13-26 yaş grubu kadınlara da önerilmektedir (CDC 2007 b).

HPV aşısının uygulama şekli: Quadrivalent HPV aşısı HPV'nin 6, 11, 16, 18 tipleri üzerinde etkilidir. 9-26 yaş arası kız ve kadınlar için önerilmektedir. 0,5ml'lik üç ayrı doz şeklinde uygulanır. Birinci doz belirlenen tarihte, ikinci doz birinci dozdan iki ay sonra, üçüncü doz birinci dozdan altı ay sonra uygulanması önerilmektedir. Aşı intramüsküler olarak uygulanmalıdır.

b. Kondom yada spermisid kullanılması HPV riskini 0,4 kat azaltmaktadır.

c. Çok partnerlilik yada eşin çok partnerliliğinin azaltılması HPV ile enfekte olma riskini azaltır. Serviks kanserlerinin %90'ının nedeninin HPV olması ve HPV'nin cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olması nedeniyle serviks kanserini engelleme cinsel yaşamın düzenlenmesi ile mümkün olabilmektedir. Erken cinsel hayat, çok eşlilik ya da cinsel partnerin çok eşli olması, güvenli cinsel yaşamın olmaması (kondom kullanılmaması) gibi faktörlerin ortadan kaldırılması serviks kanserinden koruyucu önlemlerdir.

3. Jinekolojik ve sitolojik periyodik muayene: Daha çok serviks kanserini erken dönemde yakalamaya yöneliktir ve ikincil korumada önemlidir.

4. Sigara kullanımının önlenmesi: Gerek pasif içicilik gerek sigara içiciliği HPV pozitif olan kadınlarda HGSIL riskini 4 kat artırmaktadır (NCI 2007).

5. Üreme davranışları

a. Yüksek doğurganlık: HPV enfeksiyonlu bireylerde 7 ve üzeri gebelik sayısı servikal neoplazi riskini 4 kat artırmaktadır. Korunmada doğurganlığın azaltılması etkilidir (NCI 2007).

b. Doğum kontrol hapi: Uzun süreli doğum kontrol hapi kullanımı serviks kanseri riskini artırmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar 5 yıl ve daha fazla doğum kontrol hapi kullanma serviks kanseri riskini yüksek oranda artırmaktadır (ACS 2006 d).

6. Beslenme: Beslenmenin iyileştirilmesi birçok kanserde olduğu gibi servikal kanserden korunmada da etkilidir (ACS 2007, Shannon ve ark. 2002)C vitamini ve A vitamini içeren besinleri yeterli tüketen bireylerde serviks kanseri daha az sıklıkta görülmektedir (Vitamin A and Beta Carotene 2005). Yüksek doz trans yada cis lycopene yüksek riskli HPV virüsün temizlenmesinde etkili olduğu rapor edilmiştir (Sedjo 2003a). Düşük β karoten ve kriptoksatin düzeylerinin HPV'nin temizleme süresini azatlığı (Giuliano 1997) ve B₁₂ vitamini ile yine HPV arasında anlamlı bir ilişki saptandığı çalışmalar bulunmaktadır (Sedjo 2002 a, Sedjo 2003b). Turpgillerde olan indol-3-karbinol'ün östrojene bağlı kanserlerin örneğin; endometrium, over ve serviks kanserlerinde etkili olduğunu gösteren deneysel çalışmalarda bulunmaktadır (Auborn 2003).

Sonuç olarak kanıt düzeyi çok yüksek olmasa da serviks kanserinden korunmada beslenmeye ilişkin öneri ve eğitimler yapılması birincil korunmada ele alınmalıdır.

İKİNCİL KORUNMA: Bu düzeyde alınacak koruma önlemleri erken tanı, uygun tedavi ve sakatlıkların sınırlandırılmasından oluşur. İkincil koruma taramaları ve risk altındaki grupların eğitimini kapsamaktadır.

İkincil korunmada taramalar: Tarama programlarının amacı ise hiçbir şikâyeti olmayan kadınlarda, çeşitli yöntemlerle serviksteki anormalliklerin saptanmasıdır. HPV nin normal toplum ve populasyondaki insidans veya prevalansı bilinmelidir. Tarama programında hangi tanısal tekniğin daha iyi olduğu bilinmelidir.

Pap (smear) test: Pap smear testi ile serviks kanserinin öncül lezyonları (premalign lezyonları) saptanabilir. CIN veya SIL olarak adlandırılan bu lezyonların tespiti ve uygun tedavisi ile serviks kanseri gelişimi önlenmiş olur.

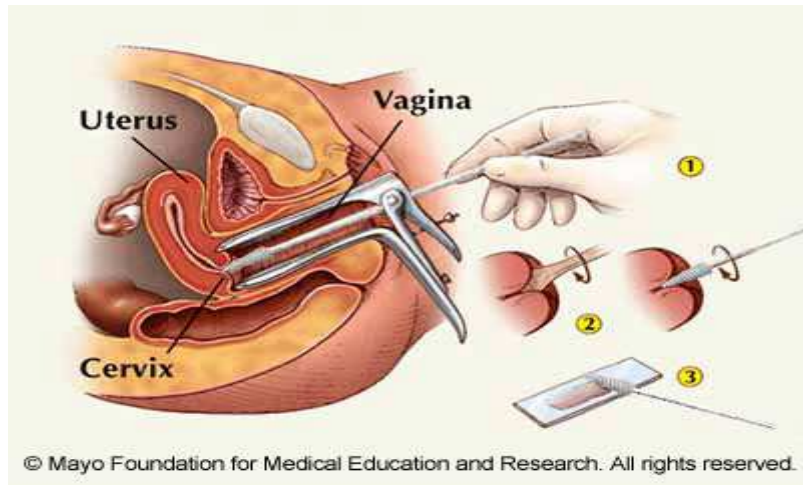
ACS'nin pap testte tavsiye ettiği yaşlar ve süreler aşağıda gösterilmiştir.

- Seksüel aktivite başladıktan 3 yıl sonra veya en geç 21 yaşında başlaması gerekir
- Pap testi düzenli olarak her yıl yapılmalıdır
- 30 yaşına kadar 3 normal pap testi olan kadınlar, 2 veya 3 yılda bir pap test yaptırabilirler
- Belirli risk faktörlerine (HIV virüsü, immün sistem yetmezliği) sahip olan kadınlar her yıl pap test yaptırmalı
- 70 yaş ve üzeri 3 düzenli yapılan pap testin sonucunda ve son on yıl içerisinde anormal pap testi olamayan kadın isterse pap test yapmaya devam etmeyebilir, ancak serviks kanseri olan ve ciddi risk altında olan kadınlar düzenli pap test yapmaya devam etmeli
- Total histerektomi olan kadınların pap test yaptırmalarına gerek yok, ancak subtotal histerektomi olan kadınlar pap teste devam etmelidirler (ACS 2006 d)

Pap (smear) test yaptırmadan önce dikkat edilmesi gereken noktalar:

- Vajinal kanamanın olmadığı zamanlarda yapılmalı
- Cinsel ilişkiden 48 saat sonra yapılmalı
- Pap testen 48 saat önce vaginaya ilaç, köpük, jel gibi maddeler uygulanmamalı(ACS 2006 d).

Pap smear uygulanması: Pap smear testi ile serviks ve buradan dökülen hücreler bir fırça yardımıyla örneklenerek inceleme amacıyla hücresel incelemeye gönderilir (Şekil 2. 2).



<http://www.mayoclinic.com/health/pap-smear/>

Şekil 2. 2 Pap smear uygulaması

Eğer Pap test anormal ise gerekli vakalarında, kolposkopi ve kolposkopik yönlendirilmiş servikal punch biyopsi ile histolojik değerlendirme yapılarak serviksin premaling/ preinvaziv lezyonlarının uygun tedavisi yapılabilir. Kolposkopi gerektiren servikal smear ;

- Persiste eden yetersiz smear
- 6 ay sonra smear tekrarında LGSIL
- HGSIL
- Glandüler lezyon şüphesi
- İnvaziv karsinom şüphesi (Kuyumcuoğlu 2007).

Pap smear testi tarama programlarında oldukça etkili bir yöntemdir. Pap testin duyarlılığı % 75-80'dir. HPV tiplemesi ile yapılan pap test taramalarında duyarlılığın %96 olduğu bildirilmiştir. HPV tiplemesi yapılarak duyarlılık artırılmış ve ileri tedaviden kaçınılmış olunur. Sitolojik taramada yalancı negatiflik oranı azaltılır.

Yüksek riskli ve düşük riskli grup ayrımı yapılır. HPV- DNA taramaları da sitolojik taramalara ilave edilerek uygulanmaktadır. Yüksek riskli virüslerin saptanması ile bu vakaların erken tanısı ve triyajı sağlanmaktadır. Ancak HPV – DNA'nın hangi sıklıkta, hangi yaş grubuna uygulanacağı ve ne zaman sonlandırılacağı konularında araştırmalar sürmektedir. Kost efektif olduğuna dair bulgular bulunmaktadır (Kim 2005). Yalancı servikal sitolojide hata nedenleri; servikal örneklem hataları, kullanılan malzemelerden ve personelden kaynaklanan hatalardır(Kuyumcuoğlu 2007, Mc Corory 2000). Pap smearin başarısı yeterli ve güvenli materyal alınmasına bağlıdır.

Pap smear sonucuna göre serviks kanseri sınıflandırılması: Serviks kanseri premaling lezyonları klasifikasyonu

Tablo 2. 2 Serviks kanseri premaling lezyonları klasifikasyonu

Modifiye Papanicolaou	Displazi	CIN	Bethesda
I	Normal	Normal	Normal/Benign
II	Atipi	Atipi	ASCUS / LGSIL
III	Hafif displazi	CIN I	LGSIL
III	Orta displazi	CIN II	HGSIL
III	Ağır displazi	CIN III	HGSIL
IV	CIS	CIN III	HGSIL
V	Kanser	Kanser	Kanser

CIN Lezyonlarında Takip

- Uygun yöntemlerle smear alınmalı
- İlk ziyaret 4-6. aylarda sitoloji, kolposkopi
- 12 ay sonra smear tekrarı
- İlk 2 yıl çok önemli sitoloji, kolposkopi
- İlk 5 yıl; Her yıl, Sonrasında 3 yılda bir smear alınmalıdır (Kuyumcuoğlu 2007).

ÜÇÜNCÜL KORUNMA: Serviks kanserinde bu düzeydeki bir koruma medikal rehabilitasyonu ve sosyal rehabilitasyonu kapsamaktadır. Amaç erken dönemde komplikasyonları önlemek, ağrının giderilmesini ve yaşam süresinin uzatılmasını sağlamaktır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM:

3. 1. Araştırmanın Yerinin Seçimi

Araştırma Diyarbakır ili merkezinde çeşitli meslek gruplarında bulunan kadınlar üzerinde yapılmıştır. İlin kadın nüfusu 741.637 kent nüfusu 1.179.992'dir. Araştırma Diyarbakır ili merkezinde, beş farklı meslek grubundaki ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve üniversite son sınıf öğrencilerini kapsamaktadır.

3. 2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Bu nedenle, neden ve sonuç birlikte incelenmiştir. Meme ve serviks kanseri ile ilgili risk durumu değerlendirilirken meslek grupları arasında farklılıkların olup olmadığı analiz edilmiştir.

3. 3. Araştırmanın Değişkenleri

Aşağıdaki değişkenlere ilişkin veriler toplanmıştır.

1. Meslek: ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve öğrencilere ait sosyo-demografik özellikler (yaş, medeni durum, doğurganlık öyküsü, öğrenim durumu, sosyal güvence, ilk adet yaşları ve evlenme yaşları)
2. Meme kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ait bilgiler;
 - a. Önceden geçirilmiş meme hastalığı öyküsü, oral kontraseptif kullanma, bebeklerini emzirme durumu, sigara içme durumu, meme kanseri yakın akraba öyküsü
 - b. Meme kanserinin belirtilerine ait bilgiler
3. Serviks kanseri risk faktörleri ve belirtilerine ait bilgiler
 - a. Serviks kanserinin risk faktörlerine ait bilgiler
 - b. Serviks kanserinin belirtilerine ait bilgiler

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

“ Farklı Meslek Gruplarına mensup 15–65 Yaş Arası Kadınların Meme ve Serviks Kanserinden Korunma ile ilgili Bilgi, ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmanın evreni, Diyarbakır ili merkezinde görev yapan kadın öğretmenlerin, polislerin, avukatların, Dicle Üniversitesi son sınıfta okuyan kız öğrencilerin ve Yeni Kapı Sağlık Ocağı bölgesinde oturan ev kadınlarının tümüdür. Araştırmada seçilen farklı meslek gruplarının kadın nüfusları birbirinden farklıdır. Bu nedenle araştırmada seçilen meslek gruplarında kadınların tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Tablo 3. 1.'de, farklı meslek gruplarına göre kadın nüfusları sunulmuştur.

Tablo 3. 1. Diyarbakır ilinde araştırmaya alınan farklı meslek gruplarında olan kadınların, meslek gruplarına göre dağılımları

Meslek Grupları	Evren	Araştırmanın Gerçekleşme Yüzdesi	Her Grupta Araştırmaya Alınan Kişi Sayısı
Ev Kadını	Yeni Kapı Sağlık Ocağı bölgesindeki 15–65 yaş arası kadınların tümü	6853	% 5 350
Öğretmen	Diyarbakır kent merkezindeki 15–65 yaş arası kadın öğretmenlerin tümü	2579	% 8 200
Polis	Diyarbakır kent merkezindeki 15–65 yaş arası kadın polislerin tümü	181	% 50 91
Avukat	Diyarbakır kent merkezindeki 15–65 yaş arası kadın avukatların tümü	110	% 60 66
Öğrenci	Dicle Üniversitesi son sınıfta okuyan kız öğrencilerin tümü	1033	% 29 300

“ Farklı Meslek Gruplarına mensup 15–65 Yaş Arası Kadınların Meme ve Servix Kanserinden Korunma İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” araştırması 1007 kadın üzerinde yapılmıştır. Diyarbakır ili merkezinde yapılan bu araştırma kapsamında 350 ev kadını, 200 öğretmen, 91 polis, 66 avukat ve 300 öğrenci bulunmaktadır. Ev kadınları, Yeni Kapı Sağlık Ocağı bölgesinde oturan ve her hangi bir nedenle sağlık ocağına başvuran 6853 kadın arasından 350 olarak belirlenmiştir. Öğretmenler, Diyarbakır il Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı merkez ilköğretim, orta öğretim ve lisede görev yapan 2579 kadın öğretmen arasından 300 olarak belirlenmiştir.

Kadın Polisler Diyarbakır İli Emniyet Müdürlüğüne bağlı olarak il merkezinde görev yapan 181 kadın polis arasından 91 olarak belirlenmiştir. Kadın avukatlar Diyarbakır İli Barosuna bağlı olarak il merkezinde görev yapan 110 kadın avukat arasından 66 olarak belirlenmiştir. Kız öğrenciler ise Dicle Üniversitesi son sınıfta olan 1033 kız öğrenci arasından 300 olarak belirlenmiştir.

3. 5. Araştırmada Kullanılan Araç- Gereçler

Araştırmada daha önce meme kanseri, serviks kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve Pap smear ile ilgili yapılan bilimsel yayınların ışığında hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Kullanılan soru formu Ek I' de sunulmuştur.

3.6. Gerekli İnsan Gücünün Sağlanması

Bu çalışma, birebir kadınlarla yüz yüze görüşme şeklinde yapılmıştır. Araştırma sırasında, kadınlarla yapılan görüşmeler ve verileri analiz etmek üzere toplanması araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.7 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce araştırma süresince oluşacak aksaklıkları önlemek için ön çalışma yapılmıştır. Çalışmanın ev kadınlarına uygulama aşaması; Ev kadınları ile görüşme yapmadan önce sağlık ocağı sorumlu hekimi ile görüşerek kadınlarla uygun bir görüşme odası belirlenmiştir.

Yeni Kapı Sağlık Ocağı bölgesinde oturan ve herhangi bir nedenle sağlık ocağına başvuran kadınlarla yüz yüze görüşülmüştür.

Öğretmenlere uygulama aşaması; Milli Eğitim Müdürlüğünden okullarda Öğretmenler ile görüşmek için gerekli izin verilmeyince, Öğretmenlere ev ziyaretleriyle ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu nedenle öğretmenlerde yeterli örnek hacmine ulaşılamamıştır.

Polislere uygulama aşaması; Emniyet Müdürlüğünden polislerle görüşmek için gerekli izin verilmiştir. Verilen izin kapsamında sadece Emniyet müdürlüğünün bünyesindeki sağlık ocağına başvuran kadın polislerle görüşülmüştür.

Avukatlara uygulama aşaması; Diyarbakır ili Barosundan Avukatlarla görüşmek üzere gerekli kurum izni alınmıştır. Avukatların büro adreslerine giderek soru formu doldurulmuştur.

Öğrencilere uygulama aşaması; Dicle Üniversitesi Rektörlüğü'nden üniversite son sınıfta okuyan kız öğrencilerle görüşme izni alınmıştır. Araştırmacı tarafından ders aralarında, sınıfta öğrencilerle görüşerek soru formu doldurulmuştur.

Bu araştırmada yapılan bütün görüşmelerde, bireylerin araştırmaya katılma konusunda olurları alınmıştır. Bu çalışmayı istedikleri an terk edebilecekler, bu çalışma sonucunda herhangi bir kazanımlarının olmayacağı ve gönüllü oldukları yönünde olurları alınmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırmanın analiz aşamasında, ilgili soru formu için Epi-info paket programında veri tabanı oluşturulmuştur. Soru formu ile ilgili veri tabanı yukarıda bahsedilen ve her bir değişken için ayrı olarak oluşturulan veri formlarıdır. Tüm analizler Epi-info paket programında yapılmıştır.

Kadınların, meme ve serviks kanserinin belirtilerini, risk faktörlerini bilme durumları puanlandırılmıştır. Sorulan sorulara verilen her doğru cevaplara 2 puan verilmiş, yanlış yanıtlara 0 puan verilmiş ve kadınların elde ettikleri puanlar toplanmıştır. Buna göre meme kanseri için; 0–4 puan arası alan meme kanserinin belirtilerini bilmiyor, 6–12 puan arası alan meme kanserinin belirtilerini kısmen biliyor, 14–18 arası puan alanlar meme kanserinin belirtilerini biliyor şeklinde gruplandırılmıştır.

Serviks kanseri için; 0–2 puan arası alan serviks kanserinin risk faktörlerini/belirtilerini bilmiyor, 4–6 puan arası alan serviks kanserinin risk faktörlerini/belirtilerini kısmen biliyor, 8 puan alan serviks kanserinin risk faktörlerini/belirtilerini biliyor şeklinde gruplandırılmıştır.

3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Çalışmanın hazırlık dönemi Ocak 2006- Mart 2007 tarihleri arasında, verilerin toplanması Nisan 2007-Haziran 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.10. Etik Konular ve Araştırma ile ilgili izinler

Dicle Üniversitesi Etik Kurulu tarafından araştırmanın yürütülmesi konusunda gerekli izinler alınmıştır. Etik kurul kararı Ek II' de sunulmuştur. Araştırmada ev kadınları, polisler, avukatlar ve öğrenciler için gerekli kurum yetkililerinden sözel olarak izin alınmıştır. Öğretmenler için gerekli kurum izni verilmemiştir. Görüşülen kurumların yetkilileri, yazılı bir izine gerek olmadığını ifade etmiştir. Araştırma sonunda kurum yetkililerinin araştırma sonuçları ile ilgili bilgilendirilmesi yapılmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın gerçekleşme yüzdesi sınırlı kalmıştır.

Bunun da temel nedenleri ev kadınlarında; soru formunu cevaplandırmak istemeyişleri ve yeterli insan gücünün olmayış nedeniyle sadece sağlık ocağına gelen kadınlarla sınırlı kalınmasıdır.

Öğretmenlerde; Diyarbakır İl Milli Eğitim Müdürlüğünden bu çalışmayı kadın öğretmenlerde uygulama konusunda “ Öğretmenleri ilgilendiren ve Öğretmenlerle çalışmayı gerektiren bir sorun değildir” gerekçesi ile gerekli izin verilmemiştir. Milli Eğitim Müdürlüğü'nün bütün kadınları ilgilendiren bu kadar önemli bir sağlık sorunu konusunda öğretmenleri ilgilendirmez gibi bir tutum göstermesi bu denli duyarsızlığı Öğretmenlerde istenilen örnek hacmine ulaşılmasına engel olmuştur.

Diyarbakır İl Emniyet Müdürlüğü kadın polisler için, ilk yapılan resmi yazışmada “Kadın Polislerin iş yoğunluğu” gerekçesi ile çalışmanın uygulanması reddedilmiştir. Araştırmacının ısrarı sonucunda sadece Emniyet Müdürlüğünün içinde bulunan sağlık ocağına başvuran kadın polislerle görüşme izni verilmiştir. Emniyet Müdürlüğünün bu kısıtlamasından dolayı çalışma sadece sağlık ocağına başvuran kadın polislerle sınırlı kalmıştır.

Diyarbakır Barosu bu çalışmanın kadın avukatlarla yapılması için gerekli izin vermiştir. Barodan alınan kadın avukatların adresleri doğrultusunda görüşülmüştür. Ancak kadın avukatların bir kısmı görüşmeyi reddetmiş, bir kısmı yapılan adres değişikliğini baroya bildirmediğinden yanlış adreslere gidilmiştir. Bu nedenle kadın avukatlar da istenilen örnek hacmine ulaşamamıştır.

Özellikle soru formunda yer alan serviks kanseri ile ilgili soruları cevaplandırmak istemediklerinden görüşmeyi reddetmişler ve araştırmanın uygulama aşaması öğrencilerin sınav dönemlerine denk geldiğinden öğrencilerin tümüne ulaşamamıştır.

1. Yeterli İnsan Gücünün Olmayışı

Çalışmanın sadece araştırmanın yürütücüsü tarafından yapılmış olması kadınların tümüne ulaşmada yetersiz kalmıştır.

3.12. Araştırmanın Yazım Kuralları

Bu araştırmanın yazım kuralları Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez yazım kılavuzuna göre yazılmıştır.

4.BULGULAR:

4. 1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde farklı meslek gruplarında olan kadınların; Ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve öğrencilerin tanımlayıcı bilgileri sunulmuştur.

Tablo 4. 1. 1 Farklı Meslek Gruplarındaki Kadınların; Ev Kadını, Öğretmen, Polis, Avukat ve Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Yaş Grupları	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen [^] n (*%)	Polis ^μ n (*%)	Avukat ^β n (*%)	Öğrenci ^{εε} n (*%)	
19 ve altı	21 (6,0)					21 (2,1)
20–24 y.	55 (15,7)	10 (5,0)	2 (2,2)	17 (25,8)	247 (82,3)	331 (32,9)
25–29 y.	71 (20,3)	71 (35,5)	46 (50,5)	14 (21,2)	53 (17,7)	255 (25,3)
30–34 y.	46 (13,1)	46 (23,0)	30 (33,0)	19 (28,8)		141 (14,0)
35–39 y.	52 (14,9)	31 (15,5)	8 (8,8)	11 (16,7)		102 (10,1)
40–44 y.	38 (10,9)	27 (13,5)	1 (1,1)	1 (1,5)		67 (6,7)
45–49 y.	29 (8,3)	11 (5,5)	4 (4,4)	2 (3,0)		46 (4,6)
50 ve üzeri	38 (10,9)	4 (2,0)		2 (3,0)		44 (4,4)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

	Ev kadını	Öğretmen	Polis	Avukat	Öğrenci
Alt-üst sınır:	17–65	22–60	22–47	20–59	20–29
Ort. Yaş:	33,7(±10,6)	33,1(±7,1)	30,5(±4,9)	30,4 (± 7,3)	23,0(±1,7)

$$\hat{\alpha} = p > 0,05, \quad \mu = p < 0,05, \quad \beta = p < 0,05, \quad \epsilon = p < 0,05$$

Tablo 4. 1. 1' de kadınların yaşlarının mesleklere göre dağılımı, yüzdelik dilimleri, alt ve üst sınırları, ortalamaları ve standart sapmaları gösterilmiştir. Araştırmanın yapıldığı meslek gruplarında tespit edilen 1007 kadının % 2,1'i 19 ve altı; %32,9'u 20–24; %25,3'ü 25–29; %14,0'ı 30–34; %10,1'i 35–39; %6,7'si 40–44; %4,6'sı 45–49; % 4,4'ü 50 ve üzeri yaş grubundadır. Kadınların meslek gruplarına göre yaş ortalamaları; ev kadınları 33,7(±10,6), öğretmenler 33,1(±7,1) , polisler 30,5(±4,9) , avukatlar 30,4 (± 7,3) , Öğrenciler 23,0(±1,7)'dir. Ev kadınları ile polis, avukat ve öğrencilerin yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p < 0,05$), Ev kadınları ve Öğretmenleri yaş dağılımları farklı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.1.2 Kadınların Medeni Durumlarının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Medeni Durum	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen n (*%)	Polis n (*%)	Avukat n (*%)	Öğrenci n (*%)	
Evli	274 (78,3)	146 (73,0)	85 (93,4)	35 (53,0)	6 (2,0)	546 (54,2)
Bekâr	55 (15,7)	52 (26,0)	6 (6,6)	31 (47,0)	294 (98,0)	438 (43,5)
Dul	21 (6,0)	2 (1,0)				23 (2,3)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,09)

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi **p<0,05**

Tablo 4. 1. 2'de kadınların medeni durumlarına göre yüzdelik dağılımları gösterilmiştir. Araştırmaya alınan kadınların %54,2'si evli, % 43,5'i bekâr'dır. Kadınların medeni durumları arasında fark saptanmıştır(p<0,05).

Tablo 4.1.3 Kadınların Öğrenim Durumlarının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Öğrenim Durumu	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen n (*%)	Polis n (*%)	Avukat n (*%)	Öğrenci n (*%)	
Okur – yazar değil	113 (32,2)					113 (11,2)
Okur – yazar	41 (11,7)					41 (4,1)
İlkokul mezunu	121 (34,6)					121 (12,0)
Ortaokul mezunu	41 (11,7)					41 (4,1)
Lise mezunu	34 (9,7)		45 (49,5)			79 (7,8)
Yüksek okul mezunu		200 (100,0)	46 (50,5)	66 (100,0)		312 (31,0)
Üniversite son sınıf					300 (100,0)	300 (29,8)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*sıra yüzdesi ** sütun yüzdesi

Tablo 4. 1. 3’de kadınların öğrenim durumlarına göre yüzdeler dağılımları gösterilmiştir. Ev kadınlarının % 11,2’si okur-yazar değil; % 9,7’sinin lise mezunu olduğu anlaşılmıştır. Polislerin %49,5’i lise mezunu, öğretmenlerin ve avukatların tümü yüksek okul mezunu, öğrencilerin tümü üniversite son sınıf öğrencisi olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. 1. 4 Kadınların, Sosyal Güvence Durumlarının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Sosyal Güvence Durumu	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (**%)	Öğretmen n (**%)	Polis n (**%)	Avukat n (**%)	Öğrenci n (**%)	
Emekli sandığı	21 (6,0)	200 (100,0)	91 (100,0)	3 (4,5)	83 (27,7)	398 (39,5)
SSK	81 (23,1)			52 (78,89)	111 (37,0)	244 (24,2)
Bağ-Kur	22 (6,3)			4 (6,1)	44 (14,7)	70 (7,0)
Yeşil Kart	153 (43,7)				4 (1,3)	157 (15,6)
Yok	73 (20,9)				36 (12,0)	109 (10,8)
Diğer				7 (10,6)	22 (7,3)	29 (2,9)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,1)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

**satur yüzdesi ** sütun yüzdesi

Tablo 4. 1. 4'te kadınların sosyal güvence durumlarına göre yüzelik dağılımları gösterilmiştir. Ev kadınlarının %20'sinin, öğrencilerin % 12,0'ının sosyal güvencesi yok, öğretmen ve polislerin tümünün sosyal güvencesi Emekli Sandığı, avukatların %78,89'u SSK'dır. Diğer; özel sağlık sigortalarını ve Dicle Üniversitesinin Öğrencilere sağladığı sağlık sigortasını ifade etmektedir.

Tablo 4. 1. 5 Kadınların İlk Adet Yaşının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı(Diyarbakır 2007)

İlk Adet Yaş grupları	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen [^] n (*%)	Polis ^μ n (*%)	Avukat ^β n (*%)	Öğrenci ^{εε} n (*%)	
12 ve altı	79 (22,6)	52 (26,0)	6 (6,6)	12 (18,2)	57 (19,0)	206 (20,5)
13–14 y.	176 (50,3)	121 (60,5)	51 (56,0)	35 (53,0)	201 (67,0)	584 (58,0)
15 ve üzeri	95 (27,1)	27 (13,5)	34 (37,4)	19 (28,8)	42 (14,0)	217 (21,5)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*sattır yüzdesi

**sattır yüzdesi

** sütun yüzdesi

Ev kadını Öğretmen Polis Avukat Öğrenci

Alt-üst sınırlar: 9–18 10–16 12–18 9–17 10–17

Ort. İlk. Adet. Yaş: 13,5(±1,7) 13,2(±1,1) 14,2(±1,3) 13,6(±1,5) 13,4(±1,0)

[^] = p<0,05 , ^μ = p<0,05 , ^β = p>0,05 ^{εε} = p>0,05

Tablo 4. 1. 5' kadınların ilk adet yaşının dağılımları gösterilmiştir. Kadınların % 20,05'i 12 yaş ve altı; %58,0'ı 13–14 arası; %27,1'i 15 yaş ve üzeridir. Ev hanımları ile öğretmenler, polisler arasında fark saptanmıştır.(p<0,05). Ev hanımları ile avukatlar, öğrenciler arasındaki fark anlamlı değil (p>0,05).

Tablo 4. 1. 6 Kadınların, Evlenme Yaş Gruplarının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Evlenme Yaş Grupları	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen [^] n (*%)	Polis ^μ n (*%)	Avukat ^β n (*%)	Öğrenci ^{εε} n (*%)	
Bekârlar çıkarılmıştır (n= 438)						
1.18 ve altı	204 (58,3)	2 (1,0)		1 (1,5)		207 (20,6)
2.19–23 y.	77 (22,0)	50 (25,0)	47 (51,6)	13 (19,7)	5 (1,7)	192 (19,1)
3.24 ve üzeri	14 (4,0)	96 (48,0)	38 (41,8)	21 (31,8)	1 (0,3)	170 (16,9)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*sattır yüzdesi ** sütun yüzdesi

	Ev kadını	Öğretmen	Polis	Avukat	Öğrenci
Alt-üst sınır:	13–29	18–33	19–37	18–32	20–25
(n=569)					
Ort. Evl. Yaş. :	17,8(±2,8)	24,5(±2,6)	23,6(±3,2)	23,8(±2,9)	22,8(±1,6)

[^] = p<0,05 , ^μ = p <0,05 , ^β = p<0,05 , εε= p<0,05

Tablo 4. 1. 6’da kadınların % 20,6’sı 18 yaş ve altı; % 16,9’u 24 yaş ve üzerinde evlenmişler. Kadınların meslek gruplarına göre evlenme yaş ortalamaları; Ev kadını 17,8(±2,8) , öğretmen 24,5(±2,6) , polis 23,6(±3,2) , avukat 23,8(±2,9) , öğrenci 22,8(±1,6)’dır. Ev kadınları ile diğer meslek grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Ev kadınlarının % 58,3’ü 18 yaş ve altında evlendiklerini belirtmiştir.

Tablo 4. 1. 7 Kadınların Doğurganlık Bilgilerinin Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Doğurganlık bilgileri	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (%%)	Öğretmen [^] n (%%)	Polis ^μ n (%%)	Avukat ^β n (%%)	Öğrenci ^{εε} n (%%)	
Toplam gebelik sayısı (n= 523)						
0	68 (19,4)	70 (35,0)	17 (18,7)	32 (48,5)	297 (99,0)	484 (48,1)
1-2 y.	60 (17,1)	81 (40,5)	63 (69,2)	25 (37,9)	3 (1,0)	232 (23,0)
3-4 y.	64 (18,3)	40 (20,0)	11 (12,1)	6 (9,1)		121 (12,0)
5'ten fazla	158 (45,1)	9 (4,5)		3 (4,5)		170 (16,9)

*sattır yüzdesi ** sütun yüzdesi

	Ev kadını	Öğretmen	Polis	Avukat	Öğrenci
Toplam gebelik Sayısı(n=523)					
Alt-üst sınır:	0-14	0-7	0-4	0-6	0-2
Ort.Gebelik.Say.:	4,2 (± 3,4)	1,5(±1,5)	1,4(±1,0)	1,0(±1,4)	-
	1.^ = p<0,05	, μ = p<0,05	, β = p<0,05	, εε= p<0,05	

Tablo 4. 1. 7'de Kadınların % 48,1'i hiç gebe kalmamış, % 12,8'i 5'ten fazla gebelik geçirmişler. Kadınların ortalama gebelik sayıları; Ev kadını 4,2 (± 3,4), öğretmen 1,5(±1,5), polis 1,4(±1,0), avukat 1,0(±1,4)'dır. Ev kadınları ile öğretmenlerin, polislerin, avukatların ve öğrencilerin gebelik sayıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0,05).

4. 2. Meme kanseri ile ilgili bulgular

Bu bölümde farklı meslek gruplarında olan kadınların; meme kanserinden korunma yollarına ilişkin davranışları, meme kanseri ile ilgili bazı risk faktörleri ve meme kanserinin belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri sunulmuştur.

Tablo 4.2.1 'de ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve öğrencilerin meme kanseri ile ilgili bazı risk faktörlerine göre yüzde dağılımları gösterilmiştir. Meme hastalığı geçirmiş olma en yüksek avukatlarda %12,1 ve en düşük polislerde %2,2 bulunmuştur. Kadınların % 26,7'si oral kontraseptif kullanmış, en çok %36,6 ile öğretmenler, en az %8,0 ile ev kadınlarının kullandığı belirlenmiştir. Kadınların % 10,0'u bebeklerini hiç emzirmemiş,% 38,8'i 12–24 ay arası bebeklerini emzirmiştir. Kadınların %65,6'sı sigara içmiyor, %13,2'si ara sıra içiyor, geri kalanları ise günde bir paket ve üzeri sigara içtiklerini ifade etmiştir. En çok sigara içen grup %46,5 ile öğretmenler, en az içen grup %24,0 ile öğrenciler olarak saptanmıştır. Yakınlarında meme kanseri olanlar %24,2 ile en fazla avukatlar, %3,3 en az ile polisler olarak belirlenmiştir. Meme kanseri bazı risk faktörlerine sahip olmak farklı meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo4. 2. 1 Meme Kanseri ile İlgili Bazı Risk Faktörlerinin, Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Meme Kanseri ile İlgili Bazı Risk Faktörleri	Meslek Grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen n (*%)	Polis n (*%)	Avukat n (*%)	Öğrenci n (*%)	
1.Meme hastalığı geçirenler	20 (5,7)	16 (8,0)	2 (2,2)	8 (12,1)	9 (3,0)	55 (5,5)
2.Oral kontraseptif kullananlar	128 (36,6)	24 (8,0)	27 (29,7)	20 (30,3)	24 (8,0)	269 (26,7)
3.Emzirme (gebe olmayanlar çıkarılmıştır n= 438)						
Emzirmeyenler	16 (5,4)	19 (12,8)	14 (16,5)	4 (11,4)	4 (66,7)	57 (10,0)
3ay ve altı	13 (4,4)	10 (6,8)	7 (8,2)			30 (5,3)
4-7 ay	24 (8,1)	20 (13,5)	18 (21,2)	8 (22,9)		70 (12,3)
8-11 ay	57 (19,3)	42 (28,4)	17 (20,0)	11 (31,4)		127 (22,3)
12 -24 ay	135 (45,8)	56 (37,8)	17 (20,0)	12 (34,3)	1 (16,7)	221 (38,8)
24 ay ve üzeri	50 (16,9)	1 (0,7)	12 (14,1)		1 (16,7)	64 (11,2)
4.Sigara						
Sigara içmeyenler	219 (62,6)	107 (53,5)	62 (68,1)	45 (68,2)	228 (76,0)	661 (65,6)
Ara sıra içenler	44 (12,6)	35 (17,5)	7 (7,7)	8 (12,1)	39 (13,0)	133 (13,2)
10 tane ve altı	54 (15,4)	25 (12,5)	13 (14,3)	7 (10,6)	13 (4,3)	112 (11,1)
11-20 tane arası	30 (8,6)	24 (12,0)	7 (7,7)	3 (4,5)	20 (6,7)	84 (8,3)
21 tane ve üzeri	3 (0,9)	9 (4,5)	2 (2,2)	3 (4,5)		17 (1,7)
Meme kanseri yakın akraba öyküsü						
5. Yakınları meme kanseri olanlar	53 (15,1)	33 (16,5)	3 (3,3)	16 (24,2)	50 (16,7)	155 (15,4)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

* satır yüzdesi ** sütun yüzdesi 1.p<0,05 2.p<0,05 3.p<0,05 4.p<0,05 5.p<0,05

Tablo 4. 2. 2. Kadınların Meme Kanseri Bilgilerinin Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Meme kanserinin belirtileri	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (%%)	Öğretmen n (%%)	Polis n (%%)	Avukat n (%%)	Öğrenci n (%%)	
1.Meme ucundan kanlı akıntı gelmesi	128 (36,6)	81 (40,5)	32 (35,2)	23 (34,8)	99 (33,0)	372 (36,9)
2.Memede kitle	205 (58,6)	150 (75,0)	54 (59,3)	52 (78,8)	193 (64,3)	656 (65,1)
3.Meme dokusunda buruşukluk	64 (18,3)	43 (21,5)	7 (7,7)	10 (15,2)	34 (11,3)	165 (16,4)
4.Meme ucunda çukurlaşma	90 (25,7)	56 (28,0)	13 (14,3)	18 (27,3)	62 (20,7)	246 (24,4)
5.Meme renginde değişiklik	123 (35,1)	66 (33,0)	23 (25,3)	24 (36,4)	94 (31,3)	335 (33,5)
6.Memelerden birinde anormal büyüme	154 (44,0)	117 (58,5)	34 (37,4)	30 (45,5)	146 (48,7)	490 (48,7)
7.Bir memenin diğerinden anormal bir şekilde büyük olması	154 (44,0)	102 (51,0)	20 (22,0)	28 (42,4)	133 (44,3)	444 (44,1)
8.Meme komşu lenf nodlarında büyüme	103 (29,4)	93 (46,5)	29 (31,9)	29 (43,9)	109 (36,3)	370 (36,7)
9.Üst kolda anormal şişlik	104 (29,7)	80 (40,0)	27 (29,7)	14 (21,2)	84 (28,0)	317 (31,5)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*satur yüzdesi ** sütun yüzdesi

1.p>0,05 2.p<0,05 3.p<0,05 4.p<0,05 5.p>0,05 6.p<0,05

7.p<0,05 8.p<0,05 9.p<0,05

Tablo 4.2.2’de kadınların meme kanserinin belirtilerine ilişkin bilgi düzeylerinin yüzde dağılımları gösterilmiştir. % 65,1 ile en çok bilinen meme kanseri belirtisi memede kitle, % 16,4 ile en az bilinen meme kanseri belirtisi meme dokusunda buruşukluktur. Meslek grupları arasında, meme ucundan kanlı akıntı gelmesi ve meme renginde değişiklik olan meme kanseri belirtileri ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki fark anlamlı değildir($p>0,05$). Diğer belirtiler ile ilgili bilgi düzeyleri arasında fark saptanmıştır.($p<0,05$).

Tablo 4. 2. 3. Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeylerinin Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

1.Meme kanseri belirtileri ile ilgili bilgi düzeyi	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen [^] n (*%)	Polis ^u n (*%)	Avukat ^β n (*%)	Öğrenci ^{εε} n (*%)	
Bilmiyor	159 (45,4)	65 (32,5)	49 (53,8)	26 (39,4)	126 (42,0)	425 (42,2)
Kısmen biliyor	138 (39,4)	102 (51,0)	35 (38,5)	34 (51,5)	145 (48,3)	454 (45,1)
Biliyor	53 (15,1)	33 (16,5)	7 (7,7)	6 (9,1)	29 (9,7)	128 (12,7)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*satur yüzdesi ** sütun yüzdesi

1. $p<0,05$

Sorulan sorulara verilen her doğru yanıtta 2 puan verilmiş, yanlış yanıtlara 0 puan verilmiş ve kadınların elde ettikleri puanlar toplanmıştır. Buna göre; 0–4 puan arası alan meme kanserinin belirtilerini bilmiyor, 6–12 puan arası alan meme kanserinin belirtilerini kısmen biliyor, 14–18 arası puan alanlar meme kanserinin belirtilerini biliyor şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo 4.2.3’de Kadınların meme kanseri bilgi düzeylerinin farklı meslek gruplarına göre yüzde dağılımları sunulmuştur. Buna göre her meme kanseri belirtisini bilene iki puan, meme kanseri belirtisini bilmeyene sıfır puan verilmiştir. Araştırmaya alınan kadınların; %42,2’si 0–4 arası puan almış, %45,1’i 6–12 arası, %12,7’si 14–18 arası puan almıştır. Meslek grupları arasında meme kanserinin belirtilerini bilme durumları bakımından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Öğretmenlerin %16,5’i 14–18 arası puan alırken, polislerin %7,7’si 14–18 puan arası almıştır.

Tablo 4. 2. 4. Kadınların Meme Kanserinden Korunma ile İlgili Davranışlarının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

KKMM Yapma	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (%%)	Öğretmen n (%%)	Polis n (%%)	Avukat n (%%)	Öğrenci n (%%)	
1. KKMM yapanlar	98 (28,0)	141 (70,0)	42 (46,2)	32 (48,5)	113 (37,7)	426 (42,3)
2.KKMM yapma sıklıkları (KKMM yapmayanlar çıkarıldı n=581)						
Ara sıra	51 (52,0)	85 (60,3)	21 (50,0)	17 (53,1)	73 (64,6)	247 (58,0)
Ayda bir defa	37 (37,8)	37 (26,2)	11 (26,2)	8 (25,0)	28 (24,8)	121 (28,4)
Altı ay ve üzeri sıklıkta yapanlar	10 (10,2)	19 (13,5)	10 (23,8)	7 (21,9)	12 (10,6)	58 (13,6)
3.KKMM yapmayı nereden öğrendiği (KKMM yapmayanlar çıkarıldı n=581)						
Sağlık personeli	62 (63,3)	83 (58,9)	20 (47,6)	14 (43,8)	57 (50,4)	236 (55,4)
Diğer	36 (36,7)	58 (41,1)	22 (52,4)	18 (56,3)	56 (49,6)	190 (44,6)
4.KKMM' yi nasıl uyguladığı (KKMM yapmayanlar çıkarıldı n=581)						
Aynada gözle muayene	4 (4,1)	6 (4,3)			3 (2,7)	13 (3,1)
Sadece elle muayene	57 (58,2)	50 (35,5)	20 (47,6)	11 (34,4)	57 (50,4)	195 (45,8)
Ayna karşısında elle muayene	37 (37,8)	85 (60,3)	22 (52,4)	21 (65,6)	53 (46,9)	218 (51,2)
5.Mamografi çektirme						
Mamografi çektirenler ψ	40 (11,4)	56 (28,0)	12 (13,2)	15 (22,7)	11 (3,7)	134 (13,3)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	60 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*satur yüzdesi ** sütun yüzdesi

1. $p < 0,05$, 2. $p > 0,05$, 3. $p > 0,05$, 4. $p < 0,05$, 5. $p < 0,05$

Tablo 4.2.4'de ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve öğrencilerin, kendi kendine meme muayenesi yapma(KKMM) durumlarının dağılımı gösterilmiştir. Farklı meslek gruplarında olan kadınların %42,3'ü KKMM yaptığını ifade etmiştir ve meslek gruplarındaki kadınlarda KKMM yapma bakımından fark saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya alınan ve KKMM yapan kadınların %28,4'ü KKMM'yi ayda bir defa düzenli uyguladıklarını belirtmiştir ve %55,4'ü KKMM yapmayı sağlık personellerinden öğrendiklerini belirtmiştir. KKMM yapan kadınlara KKMM'yi nasıl uyguladıkları sorulduğunda kadınların %51,2'si KKMM'yi ayna karşısında elle muayene ettiklerini belirtmiştir. Kadınların %13,3'ü mamografi çektirdiklerini belirtmişler. Meslek grupları arasında mamografi çektirme bakımından fark anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

3. 3. Serviks kanseri ile ilgili bulgular

Bu bölümde farklı meslek gruplarında olan kadınların; serviks kanserinden korunma yollarına ilişkin davranışları, serviks kanseri ile ilgili bazı risk faktörleri ve serviks kanserinin belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri sunulmuştur.

Tablo 4. 3. 1. Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörleri ile İlgili Bilgilerinin Farklı Meslek Gruplarında Olan Dağılımı(Diyarbakır 2007)

Serviks kanserinin risk faktörleri	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (%%)	Öğretmen [^] n (%%)	Polis ^u n (%%)	Avukat ^β n (%%)	Öğrenci ^{εε} n (%%)	
1.Rahim ağzındaki iyileşmeyen yaralar	189 (54,0)	112 (56,0)	35 (38,5)	37 (56,1)	161 (53,7)	562 (55,8)
2.Sebebi açıklanmamış kanama	146 (41,7)	92 (46,0)	26 (28,6)	22 (33,3)	131 (43,7)	444 (44,1)
3.Çok eşlilik	120 (34,3)	51 (25,5)	15 (16,5)	14 (21,2)	106 (35,3)	334 (33,2)
4.Sigara içme	183 (52,3)	85 (42,5)	27 (29,7)	29 (43,9)	142 (47,3)	492 (48,9)
Serviks kanseri yakın akraba öyküsü						
5.Yakınlarında rahim ağzı kanseri olanlar	29 (8,3)	12 (6,0)	1 (1,1)	6 (9,1)	13 (4,3)	61 (6,1)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*sıtr yüzdesi ** sütün yüzdesi

1.p>0,05 2.p<0,05 3.p<0,05 4.p<0,05 5. p<0,05

Tablo 4. 3. 1. de ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve öğrencilerin, serviks kanserinin risk faktörlerine ilişkin bilgilerinin yüzde dağılımları sunulmuştur. Kadınların en çok bildiği serviks kanseri risk faktörü % 55,8 ile serviksdeki iyileşmeyen yaralar, en az bilinen risk faktörü %33,2 ile çok eşliktir. Serviks kanseri yakın akraba öyküsü %6'dır. Meslek grupları arasında yakın akrabalarında serviks kanseri olma bakımından fark saptanmıştır(p<0,05). Yakın akrabasında en çok serviks kanseri olan % 9,1 ile avukatlar, en az % 1,1 ile polisler olarak bulunmuştur.

Tablo 4. 3. 2. Kadınların Serviks Kanserinin Risk Faktörleri ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyi	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (**%)	Öğretmen [^] n (**%)	Polis ^u n (**%)	Avukat ^β n (**%)	Öğrenci ^{εε} n (**%)	
Bilmiyor	147 (42,0)	93 (46,5)	57 (62,5)	32 (48,5)	128 (42,7)	457 (45,4)
Kısmen biliyor	156 (44,6)	80 (40,0)	28 (30,8)	31 (47,0)	129 (43,0)	424 (42,1)
Biliyor	47 (13,4)	27 (13,5)	6 (6,6)	3 (4,5)	43 (14,3)	126 (12,5)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*satur yüzdesi ** sütun yüzdesi $p<0,05$

Sorulan sorulara verilen her doğru yanıtta 2 puan, yanlış yanıtlara 0 puan verilmiş ve kadınların elde ettikleri puanlar toplanmıştır. Buna göre; 0–2 puan arası alanlar serviks kanserinin risk faktörlerini bilmiyor, 4–6 puan arası alanlar serviks kanserinin risk faktörlerini kısmen biliyor, 8 puan alanlar serviks kanserinin risk faktörlerini biliyor şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo 4. 3. 2.'de kadınların serviks kanserinin risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerinin gruplandırılmasının yüzde dağılımları sunulmuştur. Araştırmaya alınan kadınların; %45,4'ü 0–2 arası puan (serviks kanserinin risk faktörlerini bilmiyor), %42,1'i 4–6 arası puan (serviks kanserinin risk faktörlerini kısmen biliyor), %12,5'i ise 8 puan almış ve serviks kanserinin risk faktörlerini biliyor olarak değerlendirilmiştir. Meslek grupları arasında serviks kanserinin risk faktörlerini bilme durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Öğretmenler % 13,5'i 8 puan alırken, avukatlar %4,5'i 8 puan almıştır.

Tablo 4. 3. 3.Kadınlarm Serviks Kanserinin Belirtileri ile İlgili Bilgilerinin Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Serviks kanserinin belirtileri	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen [^] n (*%)	Polis ^μ n (*%)	Avukat ^β n (*%)	Öğrenci ^{εε} n (*%)	
1.Cinsel ilişki esnasında ağrı	82 (23,4)	42 (21,0)	14 (15,4)	8 (12,1)	66 (22,0)	236 (23,4)
2.Cinsel ilişki anında veya sonrasında kanamanın olması	83 (23,7)	53 (26,5)	13 (14,3)	9 (13,6)	69 (23,0)	251 (24,9)
3.Adet dışı kanamanın olması	123 (35,1)	69 (34,5)	21 (23,1)	18 (27,3)	96 (32,0)	351 (34,9)
4.Artmış vaginal akıntı	90 (25,7)	40 (20,0)	19 (20,9)	17 (25,8)	68 (22,7)	258 (25,6)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*satur yüzdesi ** sütun yüzdesi

1.p>0,05 2.p>0,05 3.p>0,05 4.p>0,05

Tablo 4. 3. 3. 'de ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve öğrencilerin, serviks kanserinin belirtilerine ilişkin bilgi düzeylerinin yüzde dağılımları sunulmuştur. Kadınların en çok bildiği serviks kanseri belirtisi %34,9 ile adet dışı kanamanın olması, en az bilinen ise serviks kanseri belirtisi ise %24,9 ile cinsel ilişki anında veya sonrasında kanamanın olmasıdır.

Tablo 4. 3. 4. Kadınların Serviks Kanserinin Belirtileri ile İlgili Bilgi Düzeylerini Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Serviks kanseri belirtileri ile ilgili bilgi düzeyi	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen [^] n (*%)	Polis ^u n (*%)	Avukat ^β n (*%)	Öğrenci ^{εε} n (*%)	
Bilmiyor	229 (65,4)	136 (68,0)	74 (81,3)	51 (77,3)	203 (67,7)	693 (68,3)
Kısmen biliyor	108 (30,9)	51 (25,5)	13 (14,3)	13 (19,7)	82 (27,3)	267 (26,5)
Biliyor	13 (3,7)	13 (6,5)	4 (4,4)	2 (3,0)	15 (5,0)	47 (4,7)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*satur yüzdesi ** sütun yüzdesi **p<0,05**

Sorulan sorulara verilen her doğru yanıtta 2 puan, yanlış yanıtlara 0 puan verilmiş ve kadınların elde ettikleri puanlar toplanmıştır. Buna göre; 0–2 puan arası alanlar serviks kanserinin risk faktörlerini bilmiyor, 4–6 puan arası alanlar serviks kanserinin risk faktörlerini kısmen biliyor, 8 puan alanlar serviks kanserinin risk faktörlerini biliyor şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo 4. 3. 4.'de kadınların serviks kanserinin belirtilerine ilişkin bilgi düzeylerinin gruplandırılmasının yüzde dağılımları sunulmuştur. Araştırmaya alınan kadınların %68,3'ü 0–2 arası puan (serviks kanserinin belirtilerini bilmiyor), %26,5'i 4–6 arası puan (serviks kanserinin belirtilerini kısmen biliyor), %4,7'si 8 puan almış ve serviks kanserinin belirtilerini biliyor olarak kabul edilmiştir. Meslek grupları arasında serviks kanserinin belirtilerini bilme durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur(p<0,05). Öğretmenler %6,5'i 8 puan, avukatlar % 5,0'ı ise 8 puan almıştır.

Tablo 4. 3. 5. Kadınların Serviks Kanserinden Korunma ile İlgili Davranışlarının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (**%)	Öğretmen [^] n (**%)	Polis ^u n (**%)	Avukat ^β n (**%)	Öğrenci ^{εε} n (**%)	
1.Vaginal muayene olanlar	179 (51,1)	115 (57,5)	55 (60,4)	23 (34,8)	1 (0,3)	373 (37,0)
2. Pap smear aldırانlar	50 (14,2)	33 (16,5)	18 (19,7)	5 (7,5)	1 (0,3)	107 (10,6)
En son ne zaman pap smear yaptırdıkları (Pap smear yaptırmayanlar çıkarılmıştır n=900)						
12 ay ve altı	19 (38,0)	18 (54,5)	7 (38,9)	4 (80,0)	1 (100,0)	49 (45,8)
13–24 ay arası	13 (26,0)	8 (24,2)	3 (16,7)			24 (22,4)
25–36 ay arası	4 (8,0)	3 (9,1)	3 (16,7)			10 (9,3)
37 ve üzeri	14 (28,0)	4 (12,1)	5 (27,8)	1 (20,0)		22 (22,4)
3.Pap smear yaptırma sıklıkları						
Hiç yaptırmayanlar	300 (85,7)	167 (83,5)	73 (80,2)	61 (92,4)	299 (99,7)	900 (89,3)
Şimdiye kadar 1–3 defa pap smear yaptıranlar	45 (12,9)	26 (13,0)	15 (16,5)	3 (4,5)		89 (8,8)
6 ayda bir pap smear yaptıranlar		2 (1,0)			1 (0,3)	3 (0,3)
12 ayda bir pap smear yaptıranlar	5 (1,4)	5 (2,5)	3 (3,3)	2 (3,0)		15 (1,5)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*satur yüzdesi ** sütun yüzdesi 1. p<0,05 2. p<0,05

Tablo 4. 3. 5.'de ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve öğrencilerin, serviks kanserinden korunmada etkili bir yöntem olan Pap smear yaptırma sıklıkları, en son ne zaman yaptırdıkları gösterilmiştir. Kadınların % 37,0'ı daha önce vaginal muayene olduklarını belirtmişler. Meslek grupları arasında vaginal muayene yaptırmaları bakımından fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların % 10,6 Pap smear yaptıklarını belirtmişler, meslek grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur($p<0,05$). En çok %19,7'i ile polisler, en az %7,5 ile avukatlar Pap smear yaptırdıklarını belirtmiştir. Kadınların %89,3'ü hayatları boyunca hiç Pap smear yaptırmadıklarını, kadınların çok küçük bir kısmı ise düzenli aralıklarla Pap smear yaptırdıklarını belirtmişlerdir.

4. 4 Meme ve serviks kanseri ile ilgili değer ve tutumlar

Bu bölümde farklı meslek gruplarında olan kadınların; meme ve serviks kanseri ile ilgili tutumları sunulmuştur.

Tablo 4. 4. 1. Kadınların Meme ve Serviks Kanserinden Korunma ile İlgili Değer ve Tutumlarının Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen [^] n (*%)	Polis ^u n (*%)	Avukat ^β n (*%)	Öğrenci ^{εε} n (*%)	
1.KKMM gerekli mi her kadın KKMM yapmalı mı?	281 (80,3)	200 (100,0)	87 (95,6)	60 (90,0)	272 (90,7)	900 (89,4)
Pap smear yaptırma ile ilgili kadınların tutumları						
2.Yaptırmasına gerek yok	44 (12,6)	8 (4,0)	6 (6,6)	4 (6,1)	16 (5,3)	78 (7,7)
3.Yaptırması iyi olur	180 (51,4)	59 (29,5)	30 (33,0)	26 (39,4)	121 (40,3)	416 (41,3)
4.6 ve altı ayda bir Pap smear yaptırsın	62 (17,7)	81 (40,5)	25 (27,5)	14 (21,2)	59 (19,7)	241 (23,9)
5.7-12 ayda bir Pap smear yaptırsın	59 (16,9)	48 (24,0)	27 (29,7)	20 (30,3)	93 (31,0)	247 (24,5)
6.13 ve üzeri ayda bir Pap smear yaptırsın	5 (1,4)	4 (2,0)	3 (3,3)	2 (3,0)	11 (3,7)	25 (2,5)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*satur yüzdesi ** sütun yüzdesi

Tablo 4. 4. 1.'de ev kadını, öğretmen, polis, avukat ve öğrencilerin, meme ve serviks kanserinden korunma ile ilgili tutumlarının dağılımları gösterilmiştir. Kadınların %89,4'ü KKMM'nin gerekli olduğunu ve her kadının KKMM yapması gerektiğini, %41,3'ü Pap smear yaptırmanın iyi olduğunu, %59,9'u düzenli aralıklarla Pap smear yaptırılması gerektiğini, küçük bir kısmı ise Pap smear yaptırmanın gerekli olmadığını belirtmişlerdir.

4. 5.Meme ve serviks kanseri ile ilgili genel bilgiler

Bu bölümde farklı meslek gruplarında olan kadınların; meme ve serviks kanseri ile ilgili genel bilgileri sunulmuştur.

Tablo 4. 5. 1. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri İle İlgili Genel Bilgilerinin Farklı Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır 2007)

Meme ve Serviks kanseri ile ilgili genel bilgiler	Meslek grupları					Toplam n (**%)
	Ev Kadını n (*%)	Öğretmen n (*%)	Polis n (*%)	Avukat n (*%)	Öğrenci n (*%)	
1.Ailede Serviks veya meme kanseri öyküsü olanlar risk altındadır	210 (60,0)	176 (88,0)	58 (63,7)	46 (69,7)	187 (62,3)	677 (67,2)
2.Meme ve serviks kanserleri erken teşhiste önlenabilir	237 (67,7)	117 (88,5)	61 (67,0)	53 (80,3)	239 (79,7)	767 (76,2)
3.Diyarbakır'da KETEM' olduğunu ve yerini bilenler	41 (11,7)	41 (20,5)	4 (4,4)	11 (16,7)	24 (8,0)	121 (12,0)
Toplam	350 (34,8)	200 (19,9)	91 (9,0)	66 (6,6)	300 (29,8)	1007 (100,0)

*sıra yüzdesi ** sütun yüzdesi

1. p<0,05 2. p<0,05 3. p<0,05

Tablo 4. 5. 1.'de Kadınların % 67,2'si ailede meme veya serviks kanseri öyküsü olanların risk altında olduğunu, %76,2'si meme ve serviks kanserlerinin erken teşhiste önlenbilir hastalıklar olduğunu belirtmişler, %12,0'ı ise Diyarbakır'da KETEM (Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi) olduğunu bildiklerini ifade etmişler. Farklı meslek gruplarında olan kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili genel bilgileri arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur.(p<0,05).

6.TARTIŞMA

Tüm dünyada, kadınlarda en çok görülen ve erken dönemde teşhis edildiğinde tedavi edilen kanser türlerinden birisi meme kanseridir. Kadınlar kendileri için büyük bir risk oluşturan bu kanser türünün risk faktörleri, belirtileri ve erken tanı yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Bu çalışma sonucunda; incelediğimiz farklı meslek gruplarında meme kanserinin belirtileri ve korunma yöntemleriyle ilgili olarak kadınların bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır (Tablo 4.2.3 ve 4.2.4). Hatta yüksek okul mezunu kadınların bile önemli düzeyde konuyla ilgili bilgilenmeye gereksinim duydukları saptanmıştır. Dünyada ve ülkemizde kadınlar arasında yapılan araştırmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmiş genelde bu konuda kadınların ciddi bilgi eksikliklerinin olduğu göze çarpmıştır (Clareann ve ark. 2006; Aydemir 1990 a; Günel ve ark. 1995).Dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre meme kanserinden korunma ile ilgili bilgi düzeyleri farklılıklar göstermektedir. Nijerya’da yapılan çalışmalarda, kadınlar %21,4’ü, en çok bilinen meme kanseri belirtisi olan memede kitleyi bilirken diğer meme kanseri belirtilerinin çok azını bildiği rapor edilmiştir (Clareann ve ark. 2006). Kadınlar, meme kanserinin belirtilerinin bazılarını bilmekte olup, memede kitle dışındaki belirtiler hakkında ise daha az bilgiye sahiptirler. Örneğin, öğretmenler ile ilgili yapılan bir çalışmada, % 53,2 sinin en çok bildiği meme kanseri belirtisinin memede kitle varlığıdır. Diğer meme kanseri belirtilerini ise daha az oranda bildikleri rapor edilmiştir (Odusanya 2001).

Diğer bir çalışmada ise kadınların % 73,7’si meme kanserinin belirtilerini bilmedikleri bildirilmiştir (Oluwatosin ve ark. 2006). Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye’de yapılan çalışmalara baktığımızda, bir sağlık ocağına başvuran kadınlarla yapılan bir araştırmada, kadınlar %75,0 ile en çok bilinen bulgu olarak memede kitle, en az bilinene bulgu olarak ise meme dokusundaki buruşukluk olduğu rapor edilmiştir (Serpil şen ve ark.).

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

Otuz yaş ve üzeri kadınlarda yapılan bir araştırmada kadınların, sadece %74,0'ının meme kanseri belirtilerini bildikleri (Aydemir ve ark. 1994b), iki ayrı çalışmada ise meme kanserinin lokal belirtilerini bilen kadın oranının sırasıyla %34,0 ve %48,0 olduğu belirtilmektedir (Aydemir 1990a; Günel ve ark. 1995). Çalışmamızda da kadınlar tarafından en çok bilinen meme kanseri belirtisi, % 65,1 ile memede kitle, en az bilinen bulgu meme derisinde buruşukluk olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).

Meme kanseri belirtilerinin bilinmesinin yanı sıra, kadının KKMM yapabilmesi de büyük önem taşımaktadır. Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde meme kanserinin saptanması için ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkin bir yöntemdir. Meme kanseri olgularında memedeki kitlenin ilk önce kadının kendisi tarafından fark edildiği dikkate alındığında, KKMM'sinin meme kanserinin erken tanısı için etkin bir yöntem olduğu söylenebilir.

Meme kanseri erken tanısında çok önemli bir yeri olan KKMM'nin dünyada ve ülkemizde kadınlar tarafından pek bilinmediği ve yeterince kullanılmadığı birçok çalışmada gösterilmiştir. KKMM yapma sıklığı değişik çalışmalarda incelenmiştir. KKMM ülkeler göre incelendiğinde Arabistan da %12,7 (Bener ve ark. 2001), Brezilya Goianiya da %51,0 (Freitas ve ark. 2006), Çin de % 53,2 (Su ve ark. 2006), New York ta % 34,0 (Islam ve ark. 2006), Vietnam da %55,0 (Ho ve ark. 2005 M-10) kadın KKMM yapmaktadır. Yapılan başka bir çalışmada, kadınların %58,1'i daha önce KKMM yaptıklarını ve bunların da %46,3'ü her ay düzenli KKMM yaptığını bildirmiştir (Lee ve ark. 2006).

Görüldüğü gibi İslam ülkelerinde daha yetersiz olmak üzere kadınların KKMM yapma durumlarının istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır (Rashidi ve ark. 2000). Bunun yanında düzenli olarak KKMM yapıyor olmada da yetersizlikler gözlenmiştir. Örneğin, meme kanserli kadınlarda yapılan bir araştırmada kadınların %10,4'ü KKMM yaptığını ve bunların ancak %2,7'si her ay düzenli olarak yaptığını belirtmektedir. (Abdel- Fattah ve ark. 2000). Ülkemizde de kadınların KKMM yapma durumu pekiyi değildir.

30 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların % 53,7'si KKMM yöntemini bilmekte ancak aynı çalışmanın sonuçlarında ise bu kadınların sadece %39,0'unun KKMM uyguladığı belirtilmektedir (Aydemir ve ark. 1994b). Çalışmamızda kadınların %42,3'ü KKMM yaptığını belirtmiş ancak bu kadınların

%28,4'ü her ay düzenli KKMM yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2.4). KKMM yapanların ise yarısının KKMM'sini doğru uyguladıkları belirlenmiştir.

KKMM' nin nereden öğrenildiği konusunu incelediğimizde, sağlık personelinin önemli rol üstlendiği anlaşılmıştır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında sağlık personelinin önemli bir rolü vardır. Örneğin, aile planlamasında modern yöntem kullanan kadınların %58'inde modern yöntemlerin kaynağını kamu sektörü oluşturmaktadır (TNSA 2003). Mısır'da meme kanserli kadınların %21'i KKMM yapmayı sağlık personelinin, %32,2'si akrabalarından ve arkadaşlarından öğrendiği saptanmıştır (Abdel- Fattah ve ark. 2000). Sağlık personeline verilen eğitimin kadınlarda meme kanseri ve KKMM ile ilgili bilgi ve bu bilginin davranışa etkisini araştırmayı amaçlayan bir çalışmada, eğitim öncesi kadınların sadece %45,3'ü "meme kanseri belirtileri hakkında bilgim var" yanıtını verirken, eğitim sonrası kadınların tamamı bu konuda bilgisi olduğunu belirtmiştir (Parlar S. ve ark. 2004). Çalışmamızda KKMM yapanların yarısı, KKMM yapmayı sağlık personelinin öğrendiğini belirtmiştir. KKMM ile ilgili verilerimiz ülkemizdeki ve dünyadaki diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında birbirine oldukça yakın bulunmuştur (Tablo 4.2.4).

Bizim çalışmamızda olduğu gibi dünyada farklı meslek ve eğitim seviyelerindeki kadınlarda KKMM yapma sıklığı araştırılmıştır. 200 öğretmen ile yapılan bir çalışmada öğretmenlerin %62,0'ı KKMM yapmakta ancak bunların %11,0'ı her ay düzenli KKMM yapmaktadır.(Odusanya 2001).

Arabistan'da 6380 orta öğretim öğrencisinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %14,4'ü KKMM yapmakta ve %7,1'i KKMM'sini doğru zamanda ve doğru şekilde uygulamaktadır (Milat 2000). Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da öğrencilerin %66,0'ı KKMM yaptıklarını bildirmişlerdir (Alsaif 2004). Hemşireler ve öğretmenlerle yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin öğretmenlerden daha fazla meme kanserinden korunmaya dikkat ettikleri bildirilmiştir (Madanat ve ark.2002).

Ülkemizde 125 hemşire ve 164 öğretmen ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin KKMM'si ile ilgili bilgilerinin öğretmenlerden daha fazla olduğu hemşirelerin %81,5'inin öğretmenlerin ise %41,5'inin KKMM yaptığı bildirilmiştir (Demirkıran ve ark. 2007). Ebeler ve hemşireler ile ilgili yapılan bir çalışmada ebe ve hemşireler arasında KKMM yapma açısından farkın olmadığı ancak beklenen uygulama düzeyinden düşük olduğu bildirilmiştir (Çeper E. ve ark. 2005).

KKMM eğitimi verilen kadınların bilgi ve tutumunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (Beydağ ve ark. 2007; Parlar ve ark. 2004). Farklı meslek gruplarına sahip olan kadınlarla yaptığımız çalışmada meslekler arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır. Çalışmada KKMM'sinin en az ev kadınları en fazla öğretmenler tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Öğretmenlerin %70'i KKMM yaptığını ve bunların %26,2'si KKMM'sini her ay düzenli olarak uyguladığını belirtmiştir. Meme kanseri belirtileri ile ilgili bilgi düzeylerine baktığımızda, meme kanseri belirtileri en fazla öğretmenler en az ise polislerin bildiği belirlenmiştir. Bunun nedeni polislerin yaklaşık yarısının lise mezunu olmasına karşın öğretmenlerin tümünün yüksek öğrenim görmeleri ile açıklanabilir. Kadınların %89,4'ü KKMM'sinin gerekli olduğunu ve her kadın tarafından uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu durum, gelecekte kadınlara sağlık personeli tarafından yapılacak olan eğitimin meme kanserinden korunmada etkili olacağını göstermektedir. Araştırmaların sonuçlarına paralel olarak bu çalışmada da beklenen KKMM uygulama ve meme kanseri belirtileri ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur.

Kadınlarda en çok görülen ve en çok ölüm nedeni olan kanserlerden biri de serviks kanseridir. Bu kanser, erken dönemde teşhis edilirse önlenebilir kanser türlerindedir. Kadınlar kendileri için büyük bir risk oluşturan serviks kanserinden korunma konusunda bilgili olmalıdır. Pap testi, ucuz ve kolay olması, hastalar tarafından kolay kabul edilebilmesi ve toplumsal taramalarda kullanılarak serviks kanserinden ölümlerin yaklaşık %65 düşürülebilmesi ile eşsiz bir tarama yöntemidir (ACS 2006 a).

Buna rağmen serviks kanserlerinin %50'den fazlasının daha önce hiç Pap testi yaptırmamış ve %60'tan fazlasının da son 5 yıl içinde hiç tarama yaptırmamış kadınlar da ortaya çıktığını gösteren çalışmalar vardır (Zemheri ve ark 2005). 570 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların %81'i son üç yıl içinde Pap test yaptığını belirtilmiştir (Green ve ark. 2002). 519 örneklemlili bir çalışmada kadınların %76,1'i son üç yıl içinde pap test yaptırdığını ve %49,5'i ise son bir yılın içinde Pap test yaptığını belirtmiştir.(Risendal ve ark. 1999).

Pap test yaptırma sıklığı değişik çalışmalarda rapor edilmiştir; Vietnam'da yapılan bir çalışmada kadınların %67'si Pap test yaptırdığını ve bunların %89'u son bir yıl içinde yaptırdığı (Ho ve ark. 2005 M) , New York'ta %67,0'ı Pap test yaptırdığını ve % 13,0'ı son bir yıl içerisinde yaptırdığı(Islam N. ve ark. 2006) , Tayvan'da kadınların %40'ı Pap test yaptırdığını ve bunların %14'ünün son bir yıl içinde yaptırdığı(Wang ve ark. 1996) bildirilmiştir. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi kadınların Pap test yaptırmaları yetersiz olmasının yanında, son bir yıl içinde pap test yaptırmaları dikkate alındığında bu oranın daha da düştüğü görülmüştür. Çalışma örneğimizde de Pap test yaptırma oranı %10,6 ile istenilen düzeyde değildir (Tablo 4.3.5).

Serviks kanserinden korunma ülkeler ve meslekler arasında farklılıklar göstermektedir. Ancak genel olarak kadınların bu konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları belirtilmektedir. Nijerya'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin yalnızca %5,7'sinin Pap smear yaptırdığı (Udigwe 2006), Uganda' sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada kadınların %87'sinin hiç Pap test yaptırmadığı (Mutyaba ve ark. 2006) , yine Nijerya'da sağlık çalışanları ile ilgili yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının %9,0'ının Pap test yaptırdığı belirtilmektedir (Anya ve ark. 2005).

Ibadan'da üniversite mezuniyet öncesi 421 öğrenci ile yapılan çalışmada %81,5'inin cinsel aktif olduğunu ve bu öğrencilerin %8,3'ünün Pap test yaptırdığı aynı zamanda tıp öğrencilerinin ve evli kadınların bu konuda daha bilgili oldukları belirtilmektedir (Ayinde ve ark. 2004). Sonuç olarak sosyal ve ekonomik yönden geri kalmış ülkelerde sağlık çalışanları da dâhil olmak üzere Pap test yaptırma oranının düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ise kadınların literatürdeki çalışmalar da olduğu gibi, bir bölümü Pap test yaptırırken bunlarında küçük bir bölümünün son bir yıl içinde veya düzenli Pap test yaptıkları saptanmıştır.

Kadınların %10'u Pap test yaptırdığını ve bunların da yaklaşık yarısının son bir yıl içerisinde Pap test yaptırdığı belirlenmiştir. Meslek grupları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur, Pap test yaptırma oranı %19,7 ile en yüksek polislerde olduğu belirlenmiş bunu %16,5 ile öğretmenler, %14,2 ile ev kadınları, %7,5 ile avukatlar takip etmiştir (Tablo 4.3.5.).

Kadınların serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine baktığımızda %68,3'ünün serviks kanseri belirtilerini bilmediği saptanmıştır (Tablo 4.3.4) . Cerrahpaşa tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde tedavileri yapılan 131 serviks kanseri olunda görülen belirtiler ile ilgili yapılan bir çalışmada, serviks kanserli kadınların % 69,5'inde kanama, % 38,2'sinde akıntı, % 19,1'inde cinsel ilişki sonrası kanama, %16,8'inde ağrı, %0,8'inde cinsel ilişki sonrasında ağrı belirtileri ile doktora başvurdıkları rapor edilmiştir. (Atasü ve Şahmay 2001).

Araştırma olgularında en çok bilinen serviks kanseri belirtisi adet dışı kanamadır (Tablo 4.3.3). Serviks kanseri belirtilerini en fazla bilen grup öğretmenlerdir. Bütün bu araştırmalardan da anlaşılacağı gibi kadınların serviks kanserinden korunma konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları ve bu konuda eğitime gereksinim duydukları anlaşılmaktadır. Araştırmanın sonucunda kadınların bilgi düzeylerine ve davranışlarına eğitim düzeyleri, yaş, medeni durum ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerin etkili olduğu tespit edilmiştir.

Gerek meme kanseri ve gerekse de serviks kanserinde eğitimin ve yapılan taramaların olumlu sonuçlar gösterdiği birçok araştırmada belirtilmektedir. (Dignan ve ark. 1996; 1991–2002 National Report; Florence 2006). Kadınlarda meme ve serviks kanserinden korunma konusunda birçok çalışma yapıldığı gibi ülkemizde hatta ilimizde de bu konu ile ilgili ciddi girişimler yapılmakta olup 2004 yılında KETEM kurulmuştur.

Ancak yaptığımız bu çalışmanın sonuçlarına göre araştırma kapsamına alınan kadınların yalnızca %12,0'ı Diyarbakır'da KETEM'in olduğunu ve yerini bildiğini belirtmiştir. Araştırmanın sonuçlarından yola çıkılarak, kadınların bu iki kanser türünden korunma konusunda yeterli bilgiye sahip olmayışı, ilimizde bulunan bu merkezin halka yeterince hizmet götüremediğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir (Tablo 4.5.1).

7. SONUÇ

1. Kadınların meme kanseri belirtileri ile ilgili bilgi düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Meme kanseri belirtileri ile ilgili bilgi düzeylerinde meslekler arasında fark saptanmıştır.
2. Araştırma kapsamına alınan kadınların az bir kısmının KKMM yaptığı belirlenmiş, KKMM yapanların da bunu düzenli ve doğru bir şekilde yapamadıkları saptanmıştır. Kadınların KKMM yapma konusundaki eğitiminde sağlık personelinin etkinliği belirlenmiştir. Meslek grupları arasında KKMM yapma bakımından fark saptanmıştır.
3. Serviks kanseri risk faktörleri ve belirtileri ile ilgili kadınların bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu anlaşılmış, meslek grupları arasında risk faktörlerini ve serviks kanseri belirtileri ile ilgili bilgileri arasında fark saptanmıştır.
4. Pap test yaptıran kadınların oranının düşük olduğu anlaşılmış, kadınların çok küçük bir kısmının düzenli olarak Pap test yaptırdığı saptanmıştır. Pap test yaptıрма bakımından meslek grupları arasında fark saptanmıştır.
5. Kadınların KKMM yapma ve Pap test yaptıрма konusunda olumlu görüşlere sahip oldukları ortaya çıkmış, kanser tarama ile ilgili birinci basamakta bulunan Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi'den haberdar olmadıkları saptanmıştır.

8. ÖNERİLER

1. Kadınlara bu iki kanser türünden korunma konusunda gerekli eğitimler verilmelidir.
2. Çalışma grubumuzu oluşturan polisler, avukatlar, öğretmenler, öğrenciler örgütlü bir arada kolayca toplanabilen eğitim düzeyi yüksek gruplardır. Bu meslek üyesi kadınlar yüksekokul mezunu olmalarına rağmen serviks ve meme kanseri konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Bu kadınlara kendi meslek birlikleri ya da çalıştıkları kurumlarda kolayca ulaşılabilir ve eğitim verilebilir.
3. Verilecek eğitim programlarında kadınların eğitim düzeyleri dikkate alınmalıdır.
4. Kadınlara düzenli ve periyodik aralıklarla pratik yapma sorumluluğu kazandırılmalı ve kadın sağlığı açısından büyük önem taşıyan bu konudaki eğitimler yaygınlaştırılmalıdır.
5. Sağlık personelinin kanserden korunmada önemi büyük olup bu personel her fırsatta kadınlara meme kanseri ve serviks kanserinden birincil ve ikincil korunmada eğitim vermeleri konusunda duyarlı hale getirilmelidir.

9.KAYNAKLAR

ABDEL- FATTAH, ZAKİ A, BASSİLİ A, EL-SHAZLY M, TOGNONİ G (2000). Breast Self- Examination Practice and Its İmpact on Breast Cancer Diagnosis in Alexandria, Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal 6 (1) : 34–40

All About Cervical Cancer 2006 (b). 30/ 11 / 2006

Erişim: <http://www.cancer.org/docroot/CRI>

ALSAİF AA (2004). Breast Self-Examination Among Saudi Famel Nursing Students in Saudi Arabia. Saudi Med. J. Nov; 25 (11): 157–8

American Cancer Society How Many Women Get Cancer of the Cervix? 2006 (a).

Erişim: http://www.cancer.org/docroot/CRI_30/11/2006

American Cancer Society Report Finds At Least Half of All Cancer Deaths Preventable 2006 (c). 11.30.2006

Erişim: <http://www.cancer.org/docroot/home>

American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2005–2006

Erişim: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005BrF.pdf>

American Cancer Society What causes Cancer of The cervix 2006 (d). 11.30.2006

Erişim:<http://www.cancer.org/docroot/CRI>

American Cancer Society Cancer Facts & Figures 2007

Erişim: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf>

Assembly, WHA58.22 Cancer Prevention and Control, The Fifty-eighth World Health

Erişim: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf>

ATASÜ T, ŞAHMAY S (2001). Jinekoloji Yenilenmiş ve genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi. s: 257–281.

AYDEMİR G. (1990 a). 15 – 49 Yaş Evli Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 6 (3) : 1–10

AYDEMİR G, SAÇAKLIOĞLU F, ALTINER N, YALÇIN S, VATANSEVER K, KILINÇ G, ÇETİN A, (1994 b). 30+ Yaş Grubu Kadınların Meme Kanseri Belirtileri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili Bilgilerin Değerlendirilmesi, 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim, 638-640

AYİNDE OA, OMİGBODUN AO, ILESANMİ AO (2004). Awareness of Cervical Cancer, Papanicolau’s Smear and Its Utilisation Among Female Undergraduates in Ibadan. Afr J Report Health. Dec; 8 (3) : 80–68.

AYNA SE, OSHİ DC, NWOSU SO, AYNA AE (2005). Knowledge, Attitude and Practice of Female Health Professional Regarding Cervical Cancer and Pap Smear. Niger J Med. Jul-Sep; 14 (3): 238–6.

AUBORN KJ, FAN S, ROSEN EM, GOODWIN L, CHANDRASKAREN A, WILLIAMS DE, CHEN D, CARTER TH. 2003. Indole-3-carbinol is a negative regulator of estrogen. J Nutr. 2003 Jul;133(7 Suppl):2470S-2475S.

BENER A, ALWASH R, MİLLER CJ, DENİC S, DUNN EV (2001). Knowledge, Attitudes and Practices Related to Breast Cancer screening: A Survey of Arabic Women. J Cancer Educ. Winter; 16 (4): 215- 2

BEYDAĞ K.D, KARAOĞLAN H (2007), Kendi Kendine Meme Muayenesinin Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6 (2) :106–111

BIDUS M.A. , ELKAS J.C. 2007 Gynecology Berek & Novak's sf: 1403–1457

Cancer About the NBCCEDP 2007(a) 03.12.2007

Erişim: http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/reducing_risk.htm

Cervical Cancer Screening Saves Lives Erişim: <http://www.nccc-online.org/>

Cancer Fact sheet N°297 February 2006

Erişim:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

CLARENN H.B. , FRİDAY E.O. , USIFO O. (2006). Knowledge, Attiude and Practice of Nigerian Women Towards Breast Cancer : A Cross- Sectional Study. World J Surg. Oncol 4: 11

ÇEPER E, SOYER MT, ÇİÇEKOĞLU M, CİMAT S (2006). Breast Cancer Risk Perception on Nurses and Midwives in Bornova Health District in Turkey. Cancer Nursing May-June 29 (3): 224-249

DEMİRKIRAN F, AKDOLUN BALKAYA N, MEMİŞ S, TURK G, OZVURMAZ S, TUNÇYUREK P (2007). How do Nurses and Teachers Perform Breast Self- Examination: are They Reliable Soueces of İnformation?. BMC Public Health Jun 5; 7 (1) :96

DİGNAN M, MİCHİELUTTE R, BİLSON K, WELLS HB, CASE LD, SHARP P, DAVİS S, KONEN J, MC QUELLON RP (1996). Effectiveness of Health Education to İncrease Screening For Cervical Cancer Among Eastern-Band Cherokee Indian Women in North Carolina. J Natl. Cancer Inst. Nov 20; 88 (22): 1670–6.

DOUG KNUTSON MD. ELIZABETH STEINER, MD 2007. Screening for Breast Cancer: Current Recommendations and Future Directions

Erişim: <http://www.aafp.org>

FLORENCE KL TANGKA, JOSEP DALAKER, SAJAL K CHATTOPADHYAY, JAMES G GARDNER, JANET ROYALTY, INGRID JE HALL, AMY DEGROFF, DONALD K BLACKMAN, RALPH J. COATES (2006). Meeting the Mammography Screening Needs of Underserved Women: The Performance of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program in 2002–2003 (United States). Cancer Cause Control 17: 1145–1154

FREİTAS R, KOİFMAN S, SANTOS NR, NUNES MO, de MELO GG, RİBERİO AC, de MELO AF (2006). Knowledge and Practice of Breast Self- Examination in Goiania. Rev Assoc Bras. Sep.-Oct;52 (5) : 337–41

Frequently Asked Questions About Human Papilloma Virus (HPV) Vaccines 2007 01.18.2007

Erişim: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6x_FAQ_HPV_Vaccines.asp

GAGO D.M. , JIANG X. , CASTELAO JE. , 2007. Lipid peroxidant, oxidative stres genes and dietary factors in breast cancer protection: a hypotesis. Breast Cancer Res. 9 (1):201

GIULIANO AR, PAPPENFUSS M, NOUR M, CANFIELD LM, SCHNEIDER A, HATCH K
1997 Antioxidant nutrients: associations with persistent human papillomavirus infection. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 6:917-23.

Global Action Against Cancer 2005 Erişim:

<http://www.who.int/cancer/media/Action%20Mondiale%20Contre%20le%20CancerCover.pdf>

GREEN EH, FREUND KM, POSNER MA, DAVID MM (2005). Pap Smear Rates Among
Haitian Immigrant Women in Eastern Massachusetts. *Mar-Apr; 120(2):133–9.*

GÜNEL N. , ÖZTAŞ D. , ÜNER D. , YAMAÇ D. , AKI Z. , ÇOŞKUN U. (1995). 20 ve
Üzeri Yaş Grubu Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* , 10 (2) : 60

GOLDIE SJ. , KIM JJ. , KOBUS K. , GOLDBERGER-FIEBERT JD. , SALOMON J. 2005.
Cost effectiveness of HPV 16,18 vaccination in Brazil. *Epub ahead of print*

GREEN BB. , TOPLIN SH. 2003. Breast cancer screening controversies. *J. Am Board Fam
Pract* 16(3):233–41

Gynecologic Cancer Awareness 2007 (a). 03.06.2007

Erişim: <http://www.cdc.gov/cancer/cervical/gynecologic.htm>

HARASIMA E. , NAKAGAWA Y. , URATA G. , TSUJI K. , SHIRATAKA M. ,
MATSUMURA Y. 2007. Time-lag estimate between dietary intake and breast cancer mortality in
Japan. *Aisa Pas J Clin Nutr.* 16(1):193-8

HO V, YAMAL JM, ATKINSON EN, BASEN- ENQUIST K, TORTOLERO- LUNA G,
FOLLEN M (2005). Predictors of Breast and Cervical Screening in Vietnamese Women in Harris
County, Houston, Texas. *Cancer Nurs.* Mar- Apr; 28 (2) : 119 – 29

ISLAM N, KWON SC, SENIE R, KATHURIA N (2006). Breast and Cervical Cancer
Screening Among South Asian Women in New York City. *J Immigr Minor Health* Jul; 8 (3) : 211–21

İNCE Ü, DARENDELİLER E, ONAT H, İÇCİ A, ÜNAL M, (1997). Meme Kanseri,
Biyoloji, Tanı, Evreleme, Tedavi, TOPUZ E. İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3.
s:1–128

Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi

Erişim: <http://www.ddh.gov.tr/ketem.html>

KIM JJ. , WRIGHT TC. , GOLDIE SJ. 2007. Cost effectiveness of Human Papilloma virus
DNA testing in the United Kingdom, The Netherlands, France and Italy *Journal of the National Cancer
Institute* 97(12):888-95

KNIGHT JA, LESOSKY M, BARNETT H, RABOUND JM, VIETHR (2007). Vitamin D
and Reduced Risk of Breast Cancer: a Population – Based Case- Control Study. *Cancer Epidemiol
Biomarkers Prev.* Mar;16(3):422–9

KNUTSON D. , STEINER E. 2007. Breast cancer current recommendation and future
direction. *American Family Physician* 75 (11):1660-66

KUYUMCUOĞLU U. , 2007. Dicle Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Dersi HPV
ve aşı ders notu.

LAGIOU P. , ADAMI HO. , TRICHOPOULOS D. , 2006. Early life diet and risk for adult breast cancer. *Nutr. Cancer* 56 (2):158–61

LAJOUS M, ROMIEU I, SABIA S, BOUTRON- RUAULT MC, CLAVEL- CHAPELON F (2006 a). Folate, Vitamin B12 and Postmenopausal Breast Cancer in a Prospective Study of French Women. *Cancer Cause Control*. Nov;17(9):1209–13.

LAJOUSE M, LAZCANO-PONCE E, HERNANDEZ-AVILA M, WILLETT W, ROMIEU I (2006 b). Folate, Vitamin B6 and Vitamin B12 İntake and The Risk of Breast Cancer Among Mexican Women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Mar;15(3):443–8.

LEE EE, FOGG LF, SADLER GR (2006). Factor of Breast Cancer Screening Among Korean İmmigrants in the United States. *J Immigr Minor Health* Jul; 8 (3): 223-33

MADANAT, HALA MS, MERİLL, RAY M. PHD, MPH (2002) . Breast Cancer Risk – Factor and Screening Awareness Among Women Nurses and Teachers in Amman, Jordan. *Cancer Nursing* Aug; 25 (4): 276–282

Mc CRORY DC. , MYERS ER. 2000. Axxuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med*. 132(10) :810-9

Meme Kanseri Kontrol Programı 2001

Erişim:http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kontrol_strateji.pdf

MİLAAT WA (2000). Knowledge of Secondary- School Female Students on Breast Cancer and Breast Self- Examination in Jeddah, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. Mar-May; 6 (2–3): 338–44.

MUTYABA T, MMIRO FA, WEİDERPASS E (2006). Knowledge, Atitudes and Practices on Cervical Cancer Screening Among The Medical Workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Med. Educ*. Mar ; (1) 13–6

National Cancer Institue 2005 07.30.2005

Erişim: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/breast/page4>

1991–2002 National Report. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. Erişim: <http://www.cdc.gov>

NİELSEN LR, MOSEKİLDE L (2007). Vitamin D and Breast Cancer . *Ugeskr Laeger* Apr 2; 169(4):1299–302

ODUSYAN OO. (2001). Breast Cancer : Knowledge, Attitudes and Practices of Female Schoolteachers in Lagos, Nigeria. *Breast J*. May – Jun ; 7 (3) : 171- 5

OLUWATOSİN O.A. , OLADEPO O. (2006). Knowledge of Breast Cancer and Its Early Detection Measures Among Rural Women in Akinyele Local Government Area, Ibadan, Nigeria. *BMC cancer* 6: 271

Pap smear: Screening test for cervical cancer 06.07.20007

Erişim:<http://www.mayoclinic.com/health/pap-smear/>

PARLAR S, İ. BOZKURT A, OVAYOLU N (2004). Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili Eğitimin Değerlendirilmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8 (2).

RASHİDİ A, RAJARAM SS. 2000. Middle Eastern Asian Islamic women and breast self-examination. Needs assessment. Cancer Nurs. Feb;23(1):64-70

Reducing Risk 2007 (b). 03.12.2007

Erişim: http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/reducing_risk.htm

RİSENDAL B, DE ZAPIEN J, FOWLER B, PAPENFUSS M, GIULIANO A (1999). Pap Smear Screening Among Urban Southwestern American Indian Women .Prev. Med. Dec; 29 (6) : 520-8.

Sağlık Bakanlığı Kanseri İstatistikleri 2003.

Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/KSDB/>

SEDJO RL, PAPENFUSS MR, CRAFT NE, GIULIANO AR 2003a. Effect of plasma micronutrients on clearance of oncogenic human papillomavirus (HPV) infection (United States). Cancer Causes Control 14:319-26.

SEDJO RL, INSERRA P, ABRAHAMSEN M, 2002b et al Human papillomavirus persistence and nutrients involved in the methylation pathway among a cohort of young women. Cancer Epidemiol Biomark Prev 11:353-9

SEDJO RL, FOWLER BM, SCHNEIDER A, HENNING SM, HATCH K, GIULIANO AR 2003c Folate, vitamin B12, and homocysteine status. findings of no relation between human papillomavirus persistence and cervical dysplasia. Nutrition 19:497-502.

SHANNON J, THOMAS DB, RAY RM, KESTIN M, KOETSAWANG A, KOETSAWANG S, CHITNARONG K, KIVIAT N, KUYPERS J (2002). Dietary risk Factors for Invasive and In-situ Cervical Carcinomas in Bangkok, Thailand. Cancer Cause Control. Oct;13(8):691-9

SMITH IE. , DOWSETT M. 2007. Aromatase inhibitors in breast cancer . N Engl J Med 348(24):2431-42

SMİGAL C, JEMAL A, WARD E, COKKİNİDES V, SMİTH R, HOW HL, THUN M (2006).Trends in Breast Cancer by Race and Ethnicity: Update . CA Cancer j Clin May-Jun; 56 (3) : 168-83

SU X, MA GX, SEALS B, TAN Y, HAUSMAN A (2006). Breast Cancer Early Detection Among Chinese Women in the Philadelphia Area. J Womens Health (Larchmt). Jun; 15 (5) : 507 -19

ŞEN S, ÖZTÜRK M, KİŞİOĞLU A.N. (2000). Isparta'da 25-65 Yaş Grubu Kadınların Meme Kanserinin Risk Faktörleri ve Belirtilerine İlişkin Bilgi Düzeyleri

55.UDİGE GO (2006). Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening (pap smear) among female nurses in Nnewi, South Eastern Nigeria. Niger J Clin Pract. Jun ; 9 (1) : 40-3.

Use of Mammograms Among Women Aged \geq 40 Years---United States, 2000—2005 Jan; 56(03):49-51 (b) Erişim:<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5603a1.htm>

Vitamin A and Beta Carotene 2005. 06.01.2005

Erişim:http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO_5_3X_Vitamin_A

WANG PD, LİN RS (1996). Sociodemographic Factors of Pap Smear Screening in Taiwan. Public Health. Mar; 110 (2): 123–7.

YAFFE MJ, BOYD NF, BYNG JW, JONG RA, FİSHELL E, LOCKWOOD GA, LİTTLE LE, TRİCHLER DL (1998). Breast Cancer Risk and Measured Mamographic Density. Eur J Cancer Prev. Feb;7 Suppl 1: S47–55

ZEMHERİ E, KOYUNCUER A (2005). Servikal Kanserlerin Erken Tanısın Pap Testinin Önemi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 14: 1–4

ZİEGLER RG, JONES CJ, BRİNTON LA, NORMAN SA, MALLİN K, LEVİNE RS, LEHMAN HF, TRUMBLE AC, ROSENTHAL JF (1991). Diet and the Risk of in situ Cervical Causes Control Jan; 2(1):17–29

Ek I.

15-65 YAŞ KADINLARIN MEME KANSERİ, RAHİM AĞZI (SERVİKS) KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE BELİRTİLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

1.) YAŞ:

2.) MEDENİ DURUMU: a) Evli b) Bekâr c) Dul

3.) EĞİTİM DURUMU: a) OYD b) OY c) İLK d) ORTA e) LİSE
f) YÜKSEKOKUL

4.) SOSYAL GÜVENCE: a) Emekli sandığı b) SSK c) Bağ –Kur d) Yeşil kart e) Yok
f.) Diğer

5.) MESLEĞİ : a) Öğretmen b) Avukat c) Polis d) Ev hanımı e) Öğrenci

6.) İLK ADET YAŞINIZ: yaş

7.) KAÇ YAŞINDA EVLENDİNİZ: yaş

8.) İLK DOĞUMUNUZU KAÇ YAŞINDA YAPTINIZ: yaş

9.)

1.) Gebelik sayısı	2.) Canlı doğum sayısı	3.) Toplam düşük sayısı	4.) İstemli düşük	5.) İstemsiz düşük	6.) Ölen çocuk sayısı	7.) 1yaşımı doldurmadan ölen çs	8.) 1-5yaş arası ölen çs

10.) MENOPOZA GİRDİNİZ Mİ? a.) Evet b) Hayır

11.) DAHA ÖNCE HERHANGİ BİR MEME HASTALIĞI GEÇİRDİNİZ Mİ?
a) Evet b) Hayır

12.) DOĞUM KONTROL HAPI KULLANDINIZ MI ? a) Evet b)
Hayır

12-1) Evet iseay

13.) GENELLİKLE NE KADAR SÜRE EMZİRİYORSUNUZ?

a) 0-3 ay b) 4-7 ay c) 8-11 ay d) 12-24 ay e) 24 ay ve üzeri

14.) SİGARA KULLANIYORMUSUNUZ? a) Evet b) Hayır

14-1.) Evet ise ; a) Nadiren b) Ara sıra c) TanePaket

15.) YAKINLARINIZDA MEME KANSERİ OLAN VAR MI? a) Evet b) Hayır

15-1.) Evet ise; yakınlık derecesi

- a.) 1.derece akraba
- b) 2.derece akraba
- c) uzak akraba

16.) K.K.M.M (KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ) HİÇ YAPTINIZ MI?

a) Evet b) Hayır

16-1.) Evet ise, hangi sıklıkta;

- a.) ayda 1 defa
- b.) 6 ayda bir defa
- c.) yılda bir defa
- d.) ara sıra
- e.) nadiren

16-2.) Evet ise, nereden öğrendiği; a) TV, gazete b) Sağlık personeli c) Diğerleri

16-3) Evet, ise, nasıl yapıyorsunuz;

- a) Ayna karşısında
- b) Elle dokunarak
- c.) Her ikisini de uyguluyorum

16-4.) Hayır, ise neden yapmadığı?

- a) Bilmiyorum
- b) Gereksiz görüyorum
- c) Zamanım yok
- d) Ailede meme kanseri yok
- e) Memelerin büyük olması
- f) Kötü bir şey çıkar diye yapmaya korkuyorum

17.) SİZCE K.K.M.M (KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ) GEREKLİMİ, HER KADIN MEME MUAYENESİ YAPMALIMI?

a) Evet b) Hayır

18.) MEME KANSERİNİN BELİRTİLERİ İLE BİLDİKLERİNİZİ İŞARETLEYİNİZ?

MEME KANSERİ BELİRTİLERİ	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1.)Meme ucunda kanlı akıntı meme kanserinin belirti simidir?			
2.)Memedede kitle meme kanserinin belirti simidir?			
3.)Meme dokusunda buruşukluk meme kanserinin belirti simidir?			
4.)Meme ucunda çukurlaşma meme kanserinin belirti simidir?			
5.)Meme renginde değişiklik meme kanserinin belirti simidir?			
6.)Memelerden birinde anormal büyüme meme kanserinin belirtirsimidir?			
7.)Bir memenin diğerinden anormal şekilde büyük olması meme kanserinin belirti simidir?			
8.)Meme komşu lenf nodlarında büyüme meme kanserinin belirti simidir?			
9.)Üst kolda anormal şişlik meme kanserinin belirti simidir?			

19.) DAHA ÖNCE HİÇ MEME FİLMİ (MAMOGRAFİ) ÇEKTİRDİNİZ Mİ?

a) Evet b) Hayır

19-1.) Evet, ise ne zaman..... Ay önce

20.)RAHİM AĞZI (SERVİKS) KANSERİ İLE İLGİLİ

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1.)Rahim ağzındaki iyileşmeyen yaralar sizce kanser olabilir mi?			
2.)Sebebi açıklanmamış kanama rahim ağzı kanseri olabilir mi?			
3.)Birden fazla eşi olanlarda rahim ağzı kanseri daha yaygındır?			
4.)Sigara içen kadınlarda daha yaygındır?			

21.) AİLENİZDE RAHİM AĞZI KANSERİ OLAN VAR MI? a) Evet b)Hayır

21-1.) Evet ise yakınlık derecesi

- a.) 1.derece akraba
b.) 2.derece akraba
c.) uzak akraba

22.) RAHİM AĞZI KANSERİNİN BELİRTİLERİN İLE İLGİLİ BİLDİKLERİNİZİ İŞARETLEYİNİZ?

RAHİM AĞZI KANSERİNİN BELİRTİLERİ	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1.)Cinsel ilişki esnasında ağrı rahim ağzı kanserinin belirti simidir?			
2.)Cinsel ilişki anında veya sonrasında kanamanın olması rahim ağzı kanserinin belirti simidir?			
3.)Adet dışı kanamanın olması rahim ağzı kanserinin belirti simidir?			
4.)Sulu kötü kokulu akıntının olması rahim ağzı kanserinin belirti simidir?			

23.) AŞAĞIDAN- ALTAN MUAYENE OLDUNUZ MU? a) Evet b) Hayır

23-1.) Evet ise; bu muayene sırasında sizden rahim ağzı kanseri için parça-numune alındı mı?

- a) Evet b) Hayır

23-2.) Evet ise ; ne zaman alındıAy önce

24.) SİZCE BİRKADIN NE SIKLIKTA RAHİM AĞZI KANSERİ KONTROLÜ YAPTIRMALI?

- a.) Yaptırmasına gerek yok
b.) Yaptırması iyi olur
c.)Ayda
d.)Yılda

25.) SİZ NE SIKLIKTA RAHİM(SERVİKS) KANSERİ TARAMASI YAPTIRIRSINIZ?

- a.) Hiç yaptırmam
b.) Şimdiye kadar.....defa
c.)Yılda
d.)Ay

26.)

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1.)Ailesinde rahim ağzı kanseri olan kişinin risk altında olduğunu biliyor musunuz?			
2.) Meme, rahim ağzı ve cilt kanserlerinin erken teşhiste önlene bilir kanserler olduğunu biliyor musunuz?			

27.) ALİ GAFFAR OKAN SAĞLIK OCAĞINDA KANSER TARAMA VE EĞİTİM MERKEZKEZİNİN OLDUĞUNU BİLİYORMUSUNUZ?

a) Evet b) Hayır

28-1.) Evet ise; nereden öğrendiniz? a) TV, gazete
b) arkadaşım
c) sağlık ocağına gittiğimde sağlık

personeli yönlendirdi

Ek. II

ÖZGEÇMİŞ

Adı: Yeter

Soyadı: DURGUN OZAN

Doğum tarihi: 20.09.1981

Doğum yeri: Hazro/ Diyarbakır

Medeni hali: Evli

Eğitimi:

2001–2005: Dicle Üniversitesi

Diyarbakır Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Hemşirelik Bölümü

2005–2007: Dicle Üniversitesi

Tıp Fakültesi Halk sağlığı A.B.D

Yüksek Lisans

Çalıştığı Kurumlar:

2005'te Dicle üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu'nda Araştırma görevlisi