Original Article / *Özgün Araştırma*

Bezmialem Science 2016; 1: 19-24
DOI: 10.14235/bs.2015.674

Knowledge and Behaviors Related to Breast Cancer Screening in Bozkır Konya: A Cross-Sectional Questionnaire Study

Konya İli, Bozkır İlçesinde Meme Kanseri Tarama İle İlgili Bilgi ve Davranışların Değerlendirilmesi, Kesitsel Anket Çalışması

Fatih BAŞAK

Clinic of General Surgery, Ümraniye Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

ABSTRACT

Objective: Breast cancer is the most common cancer in women, and early diagnosis and treatment can be lifesaving. Screening methods for the early detection of breast cancer is purposed. This study aimed to measure breast cancer screening for women in Bozkir, Konya and to determine their attitudes and behaviors related to screening.

Methods: Eighty-six women of >35 years of age who were admitted to the general surgery outpatient clinic for nonbreast problems in the community hospital of Konya province, Bozkır district between June and July 2008 were enrolled in this study. Demographic data, education, occupation, marital status, and place of residence were to be filled in the questionnaire. In addition, knowledge regarding breast self-examination, clinical breast examination, and mammography as well as breast cancer screening information was present in the questionnaire.

Results: The mean age of the patients was 49.2±11.6 (range, 35–79 years). Totally, 67.5% of patients had elementary school education, 30.2% had high school education, and 2.3% did not have any school education. The ratio of cases who perform routine breast self-examination was 20.9% (n=18). This number was lower in patients who had age >55 years, had no education, and were settled in the village (p=0.018, 0.001 and 0.001, respectively). Seven patients (8.1%) were found to have regular clinical breast examinations, and 16.9% of patients of age >40 had at least one mammography.

Conclusion: It was found that awareness of breast cancer screening was low in women in rural settings. Health care providers have great tasks such as to boost this awareness.

Keywords: Breast cancer, screening, rural settings

ÖZ

Amaç: Meme kanseri kadınlarda görülen en sık kanser olup, erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcı olabilir. Meme kanseri erken tanısına yönelik tarama yöntemleri mevcuttur. Bu çalışmada Konya ili Bozkır ilçesinde yaşayan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek ve tarama ile ilgili tutum ve davranışlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntemler: Konya ili, Bozkır ilçesi, Devlet Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine 2008 yılı haziran ve temmuz aylarında, meme dışı bir neden ile başvuran 35 yaş üstü 86 kadın hasta çalışmaya alındı. Demografik veriler, eğitim durumu, meslek, medeni hali ve ikamet yeri bilgisi dışında, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi ve meme kanseri tarama bilgi sorularını içeren anket uygulandı.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 49,2±11,6 yıl, yaş aralığı 35-79 yıl arasında değişmekteydi. Eğitim durumları sorgulandığında %67,5'in ilkokul ve %2,3 lise mezunu olduğu, %30,2'sinin ise okuryazar olmadığı tespit edildi. Kendi kendine meme muayenesi yapma oranı %20,9 (n=18) idi ve bu uygulamanın özellikle 55 yaş üstü, okur yazar olmayan ve kasaba ve köyde ikamet eden kişilerde yapılmadığı görüldü (sırasıyla p değeri 0,018, 0,001 ve 0,001). Yedi (%8,1) olgunun düzenli klinik meme muayenesine gittiği tespit edildi. Kırk yaş üstü %16,9 olgunun en az bir kez mamografi tetkikini yaptırdığı görüldü.

Sonuç: Kırsal kesimlerdeki kadınlarda meme kanseri tarama farkındalığının düşük olduğu görüldü. Bu farkındalığı arttırmak adına sağlık çalışanlarına büyük görev düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, tarama, kırsal şartlar

Giriş

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanserlerden biridir. Her sekiz kadından birinin hayatı boyunca meme kanseri olma olasılığı söz konusudur (1). Türkiye Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 verilerine göre kadınlarda meme kanseri insidansı 2009 yılında 100.000'de 40,6'dır ve kadınlarda %23,4 oranıyla en sık görülen kanser tipidir (2).

Amerikan Kanser Derneği meme kanserinin erken tarama kılavuzunda; kadınlarda 20 yaşından itibaren kadınların aylık kendi kendine meme muayenesi (KKMM); 20-40 yaş arasında üç yılda bir klinik meme muayenesi (KMM), 40 yaşından

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Fatih BAŞAK; Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye E-posta: fatihbasak@gmail.com

Received / Geliş Tarihi : 02.09.2015
Accepted / Kabul Tarihi: 02.10.2015

©Copyright 2016 by Bezmialem Vakif University - Available online at www.bezmialemscience.org
©Telif Hakkı 2016 Bezmialem Vakif Üniversitesi - Makale metnine www.bezmialemscience.org web sayfasından ulaşılabilir.

itibaren yıllık KMM ve mamografi (MMG) önerilmektedir (1).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı tarafından meme kanserini erken tanıma adına meme kanseri tarama programı ulusal standartları belirlenmiştir. Bu standartlarda kadınlarda 20 yaşından itibaren aylık KKMM; 20 yaş üzerinde iki yılda bir KMM, 40 yaşından itibaren iki yılda bir KMM ve MMG önerilmektedir (3, 4). Ancak tüm dünyada olduğu gibi bazı sorunlar tarama programına uyumu düşürebilmektedir. Bu sorunlar; farkındalık ve ulaşım sorunları, insan kaynağı eksikliği (radyolog, patolog, yeterli röntgen teknisyeni olmaması ve bayan teknisyen isteği), cihaz maliyetleri ve işletme sorunları, kalite kriterlerinin uygulanması, ortak kullanılacak bir yazılımın olmaması, tarama sonrası teşhis merkezleri kurulması, kesin tanı ve evrelendirme için hastaların patoloji sonuçlarına ulaşılamaması olarak sayılabilir (4). Bu sorunlardan, farkındalık ve ulaşım sorunları ilçe ve köylerde yaşayan insanlar için en önemlileri olabilmektedir.

Meme kanseri için yüksek risk taşıyan kadınların belirlenmesi ve gelişebilecek kanser durumlarında erken evrede tanı konulabilmesi sayesinde uygun tedaviler ile başarı daha mümkün görülmektedir. Ayrıca bu kadınlara koruyucu bazı tedavi yöntemleri önerilebilmektedir. Bu sebeplerden ötürü meme kanseri riskini tahmin etmede değişik modeller oluşturulmuştur. Gail modeli meme kanseri risk belirlemede pratikte sıklıkla kullanılan bir modeldir. Bu model 1989 yılında tarama amaçlı yapılan 284.780 MMG verileri kullanılarak oluşturulmuştur (5, 6).

Bu çalışmada Konya'nın Bozkır ilçesinde yaşayan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek, tarama ile ilgili tutum ve davranışlarını belirlemek ve Gail modeli ile risk değerlendirmesini yapmak amaçlanmıştır.

Yöntemler

Bu çalışma Konya ili, Bozkır ilçesinde kesitsel çalışma olarak yapıldı. Çalışmanın evrenini 35 yaş ve üzeri 7.863 kadın oluşturdu (2007 yılı Konya ili Bozkır ilçesi 35 yaş üstü kadın nüfusu verisi (7). %10 farklılığın tespit edilebilmesini %90 doğrulukta öngörmek üzere örneklem grubu 86 olarak saptandı.

Konya ili, Bozkır ilçesi, Devlet Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğinde 2008 yılı haziran ve temmuz aylarında çalışmanın yapılması planlandı. Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumlardan izin alındı. Meme hastalığı dışında bir şikayet ile başvuran 35 yaş ve üzeri kadın hastalar, bilgilendirilmiş onam sonrası ardışık olarak çalışmaya alındı.

Kesitsel olan bu çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket form ile toplandı. Anket formu olguların demografik özellikleri, eğitim durumu, meslek, medeni hali ve ikamet yeri (köy, ilçe merkezi) bilgisi dışında, KKMM, KMM, MMG ve meme kanseri tarama hakkında bilgi sorularını içerdi. Ayrıca meme kanseri risk değerlendirme (Modifiye Gail modeli) hakkında bilgi sorguları da soruldu (Tablo 1) (5). Bilgiler kayıt edildikten sonra, elde edilen veriler National Cancer Institute tarafından internet ortamında (http://www.cancer.gov/bcrisktool/) modifiye Gail (model 2) modeli kullanarak hazırlanmış olan meme kanseri risk belirleme aracına aktarıldı (8). Bu araç ile olguların 5 yıllık tahmini meme kanseri gelişme riski belirlendi ve kayıt edildi. Beş yıllık meme kanseri gelişme riski %1,66 ve üzeri olgular yüksek riskli olarak tanımlandı (6). Geriye kalan, %1,66'nın altında riski olan olgular düşük riskli olarak tanımlandı.

İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS 22 (IBM Statistical Package for the Social Sciences Statistics, New York, ABD) programı kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik veriler için ise sayı ve yüzde kullanıldı. Çalışmada normal dağılım gösteren veriler değerlendirilirken parametrik verileri karşılaştırmasında t-test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher's exact test kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Toplam 86 olgu çalışmaya alındı. Olguların yaş ortalaması 49,2±11,6 yıl, yaş aralığı 35-79 yıl arasında değişmekteydi. Eğitim düzeyi değerlendirildiğinde olguları %30,2'sinin okuryazar olmadığı, %67,5'inin ilkokul mezunu ve %2,3'ünün lise mezunu olduğu tespit edildi. Meslekler değerlendirildiğinde %2,3'ünün çalışan, %97,7'sinin ev hanımı olduğu görüldü. Medeni hali değerlendirmesinde olguların %81,4'ü evli ve %18,6'sı evli değil idi. Olguların 19,8'i ilçe merkezinde, %20,9'u kasabada ve %59,3'ü köyde yaşamaktaydı.

Düzenli KKMM yapan olgu oranı %20,9 (n=18) idi. KKMM yapan olguların yapmayanlara göre yaş, iş durumu, medeni hali arasında fark saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 2). Ancak 55 yaş altı ve üstü yaş grupları arası, eğitim durumu ve ikamet yeri ile belirgin farklar saptandı (p değeri sırasıyla 0,018, 0,001 ve 0,001). Özellikle bu farkın 55 yaş üzerindeki, okuryazar olmayan ve kasaba veya köyde yaşayan insanların KKMM yapmadığından kaynaklandığı gözlendi.

Yedi (%8,1) olgunun düzenli KMM yaptırdığı görüldü. KMM yaptıran olguların yaptırmayanlara göre yaş, eğitim durumu, iş durumu, medeni hali ve ikamet yeri arasında fark saptanmadı (tümü için $p>0,05$, Tablo 2).

Mamografi yapılma durumu için kırk yaş üstü olgular (n=65) değerlendirildi. On bir olgunun (%16,9) en az bir kez MMG yaptırdığı görüldü. İleri yaştaki olguların (55 yaş ve üstü) yüksek oranda MMG yaptırmadığı görüldü ($p=0,005$). MMG yaptıran olguların yaptırmayanlara göre eğitim durumu, iş durumu, medeni hali ve ikamet yeri arasında fark saptanmadı (tümü için $p>0,05$, Tablo 3).

Meme kanseri için tarama yapılması konusunda bilgisi olan olgu sayısı 19 (%22,1) idi. Tarama bilgisi olan olguların olmayanlara göre yaş, eğitim durumu, iş durumu, medeni hali ve yaşadığı yer arasında fark saptanmadı (p>0,05, Tablo 3).

Risk hesaplaması sonrası, 5 yıllık meme kanseri gelişme riski 68 olguda (%79,1) düşük, 18 olguda (%20,9) yüksek bulundu. 5 yıllık meme kanseri riski düşük ve yüksek olan olgular, iki grup olarak değerlendirildiğinde; gruplar arasında KKM, KMM, MMG, meme kanseri tarama bilgisi, iş durumu, medeni hali ve ikamet yeri açısından fark saptanmadı (p>0,05, Tablo 2-4). Olguların yaşları ve yaş grupları (55 altı ve üstü) ayrı ayrı değerlendirildiğinde, yüksek riskli olgular daha çok ileri yaşlarda saptandı (p her ikisi içinde 0,001). Okur yazar olmayan olgularda ilkokul ve lise mezunlarına göre daha fazla oranda yüksek risk görüldü (p=0,018).

Tablo 1. Modifiye Gail modeli

Yaş
İlk menstruasyon yaşı
İlk canlı doğum yaşı
Daha önceki meme biyopsisi sayısı (atipik hiperplazi sayısı)
Birinci derece akrabalarda (anne, kardeş, kız) meme kanseri sayısı
Irk

Tartışma

Bu çalışmada, il merkezinden 150 km (kişisel motorlu araç ile 1,5 saat) uzaktaki bir ilçede ve kırsal alanda yaşayan kadınların meme kanseri taraması konusundaki davranış, tutum ve bilgilerinin değerlendirilmesi için yapılmış ve meme kanserinde tarama yöntemi olarak yaygın kullanılan KKMM, KMM ve MMG durumu değerlendirilmiştir. Çalışmamızda KKMM yapan kadın oranı %20,9, KMM yaptıran kadın oranı %8,1 ve MMG yaptıran kadın oranı %16,9 olarak saptandı.

Meme kanseri tarama yöntemlerinde önerilen KKMM muayenesi uygulaması ile meme kanserinde sağ kalıma bir katkı saptanmamıştır. Ancak bu uygulama ile meme kanseri konusunda farkındalığın arttırılabileceği ve devamında KMM ve MMG uygulamasına geçişte uyum açısından daha iyi sonuçlar kaydedileceği düşünülmektedir (9-11).

Uluslararası literatürde KKMM'nin uygulama sıklığı %43 ile %58 arasında farklılıklar göstermektedir (12, 13). Şirin ve ark. (14) Ankara ilinde yaptığı çalışmada kadınların %22'sinin bilgisi olduğu halde hiç KKMM yapmadığı görüldü.

Tablo 2. Kendi kendine meme muayene ve klinik meme muayenesi durumunun değerlendirmesi

	KKMM			KMM		
	Evet (n=18)	**Hayır (n=68)**	**p[α]**	**Evet (n=7)**	**Hayır (n=79)**	**p[α]**
Yaş (Ort±SS)	46,2±8,9	50±12,1	0,216	41,9±7,1	49,8±11,7	0,0812
	n (%)	n (%)	pβ	n (%)	n (%)	p[β]
Yaş aralığı						
35-54	17 (27,9)	44 (72,1)	0,018*	7 (11,5)	54 (88,5)	0,101
55 ve sonrası	1 (4)	24 (96)		0 (0)	25 (100)	
Eğitim durumu						
Okur yazar değil	0 (0)	26 (100)	0,001*	0 (0)	26 (100)	0,096
İlkokul + Lise	18 (30)	42 (70)		7 (11,7)	53 (88,3)	
İş durumu						
Ev hanımı	16 (20)	64 (80)	0,601	7 (8,8)	73 (91,3)	1,000
Çalışan	2 (33,3)	4 (66,7)		0 (0)	6 (100)	
Medeni hali						
Evli	17 (24,3)	53 (75,7)	0,174	7 (10)	63 (90)	0,339
Evli değil	1 (6,2)	15 (93,8)		0 (0)	16 (100)	
İkamet yeri						
Kasaba + Köy	8 (11,6)	61 (88,4)	0,001*	5 (7,2)	64 (92,8)	0,621
İlçe Merkezi	10 (58,8)	7 (41,2)		2 (11,8)	15 (88,2)	
5 yıllık meme kanseri gelişme riski						
Düşük risk	16 (23,5)	52 (76,5)	0,340	7 (10,3)	61 (89,7)	0,337
Yüksek risk	2 (11,1)	16 (88,9)		0 (0)	18 (100)	

KKMM: kendi kendine meme muayenesi; KMM: klinik meme muayenesi; Ort: ortalama; SS: standart sapma; α t-test, β Fisher's exact testi, *p<0,05

Tablo 3. Mamografi ve meme kanseri tarama hakkında bilgi durumunun değerlendirmesi

	MMG[µ]			Meme kanseri tarama hakkında bilgi durumu		
	Evet (n=11)	**Hayır (n=54)**	**p[α]**	**Evet (n=19)**	**Hayır (n=67)**	**p[α]**
Yaş (Ort±SS)	45,8±5,1	54,9±10,3	0,006*	49,3±8,7	49,2±12,3	0,974
	n (%)	n (%)	p[β]	n (%)	n (%)	p[β]
Yaş aralığı						
35-54	11 (27,5)	29 (72,5)	0,005*	15 (24,6)	46 (75,4)	0,568
55 ve sonrası	0 (0)	25 (100)		4 (16)	21 (84)	
Eğitim durumu						
Okur yazar değil	2 (7,7)	24 (92,3)	0,492	2 (7,7)	24 (92,3)	0,078
İlkokul + Lise	9 (15)	51 (85)		17 (28,3)	43 (71,7)	
İş durumu						
Ev hanımı	11 (13,8)	69 (86,3)	1,000	17 (21,2)	63 (78,8)	0,610
Çalışan	0 (0)	4 (100)		2 (33,3)	4 (66,7)	
Medeni hali						
Evli	8 (11,4)	62 (88,6)	0,422	16 (22,9)	54 (77,1)	1,000
Evli değil	3 (18,8)	13 (81,3)		3 (18,7)	13 (81,3)	
İkamet yeri						
Kasaba + Köy	10 (14,5)	59 (85,5)	0,685	13 (18,8)	56 (81,2)	0,191
İlçe Merkezi	1 (5,9)	16 (94,1)		6 (35,3)	11 (64,7)	
5 Yıllık meme kanseri gelişme riski						
Düşük risk	10 (14,7)	58 (85,3)	0,445	14 (20,6)	54 (79,4)	0,532
Yüksek risk	1 (5,6)	17 (94,4)		5 (27,8)	13 (72,2)	

[µ]Kırk yaş ve üzeri olgular için değerlendirilmiştir, MMG: mamografi, [α] t-test, [β] Fisher's exact testi; Ort: ortalama; SS: standart sapma, *p<0,05

Yine aynı çalışmada kadınların %24,6'sının aklına geldikçe KKMM yaptığı ve aylık düzenli olarak yapanların oranının %4,6 olduğu görüldü. Bizim çalışmamızda KKMM yapan kadın oranı %20,9 olarak saptandı. Ülkemizde yapılan çalışmalarda KKMM uygulama sıklığı %4-39 arasında bildirilmiştir (14-16). Ancak çalışmamızda kişilerin uyguladıkları KKMM yöntemi kalitesi sorgulanmamış ve kişilerin bu konudaki bilgilerinin doğruluğu detaylı olarak irdelenmemiştir. Bu nedenle kırsal bölgede bu bilgilerin güvenirliğini sorgulayacak yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Kendi kendine meme muayenesi uygulaması ve eğitim seviyesi arasındaki ilişki, çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Kılıç ve ark. (17) yaptığı bir çalışmada eğitim seviyesinin artmasıyla KKMM uygulamasının arttığı gösterilmiştir. Çalışmamızda KKMM'nin daha sık olarak, ileri yaş grubu (55 üstü), düşük eğitim seviyesi (okuryazar olmayan) olanlar ve kasaba veya köyde ikamet edenlerde yapılmadığı gözlendi. Bu nedenle kırsal kesimde yaşayan, düşük eğitim seviyeli ileri yaştaki insanlara, meme kanseri tarama eğitimlerinin faydalı olacağı kanısındayız.

Meme kanseri tarama yöntemi olarak, KMM özgüllüğü yüksek bir yöntemdir (11). Çeşitli çalışmalarda kadınların KMM yaptırma oranları %30-80 arasında değişik oranlarda bildirilmiştir (18, 19). Birçok çalışmada KMM uygulama durumu çalışmış ve yaş, medeni durum, eğitim durumu ve kültürel özellikler ile ilişkili farklı sonuçlar saptanmıştır (16, 20). Ülkemizde, kırsal bölgede yapılan bir çalışmada KMM oranı %3,3 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada meme kanseri konusunda farkındalığın arttırılması gerekliliğine ve bu konuda sağlık çalışanlarına büyük görevin düştüğünün altı çizilmektedir (21). Çalışmamızda kadınların %8,1 oranında KMM yaptırdığı görüldü. Bu oranın arttırılması konusunda farkındalık oluşturma hedefiyle, kırsal bölgede görev yapan sağlık çalışanlarına büyük görev düşmektedir.

Çalışmalarda kentsel ve kırsal bölgeler karşılaştırıldığında, kentsel bölgede yaşayan, 35-49 yaş arası ve eğitim seviyesi yüksek olan kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini daha sık kullandıkları bildirilmiştir (22, 23). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada MMG yapılma oranının kentsel bölgede yaşayan kadınlarda, kırsal bölgede yaşayanlara oranla daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (15). Dişcigil ve ark. (11) yaptığı çalışmada MMG yapılma oranı %40 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda kadınların MMG yaptırma oranı %16,9 olup, literatürdeki oranlardan düşüktür. Bunun sebebi olarak en önemli faktörün; kırsal kesimdeki tetkik imkanlarının eksik-

Tablo 4. Modifiye Gail modeli ile 5 yıllık meme kanseri risk değerlendirmesi sonrası incelemeler

	5 yıllık meme kanseri gelişme riski		
	Düşük risk %1,66'in altında (n=68)	Yüksek risk %1,66 ve üzerinde (n=18)	p[a]
Yaş (Ort±SS)	44,9±8,3	65,1±7,9	0,001*
	n (%)	n (%)	p[β]
Yaş aralığı			
35-54	60 (98,4)	1 (5,6)	
55 ve sonrası	8 (32)	17 (94,4)	0,001*
Eğitim durumu			
Okur yazar değil	16 (61,5)	10 (38,5)	
İlkokul + Lise	52 (86,7)	8 (13,3)	0,018*
İş durumu			
Ev hanımı	62 (77,5)	18 (22,5)	
Çalışan	6 (100)	0 (0)	0,336
Medeni hali			
Evli	57 (81,4)	13 (18,6)	
Evli değil	11 (68,8)	5 (31,3)	0,310
İkamet yeri			
Kasaba + Köy	56 (81,2)	13 (18,8)	
İlçe Merkezi	12 (70,6)	5 (29,4)	0,336

Ort: ortalama; SS: standart sapma, [a] t-test, [β] Fisher's exact test, *p<0,05

liği ve kişilerin il merkezine ulaşım sorunları olduğu düşünülebilir. Meme kanseri taramasında 40 yaş ve üzeri kişilerde KMM ve MMG eş zamanlı geçmektedir. Ancak kırsal alandaki hastanemizde MMG imkanı bulunmamaktadır. Ek olarak ulaşım sorunları olan kişilerde, her iki yöntemin de birlikte terk edilebileceği düşünülebilir. Ayrıca kırsal bölgelerin düşük kültür, ekonomik seviye ve inanış tutumları gibi kısıtlamaları sorgulayacak yeni çalışmalar gerekmektedir.

Çalışmamızda Gail yöntemi kullanılarak olguların 5 yıllık meme kanseri riskleri hesaplanmış ve %20,9 hastada yüksek risk saptandı. Düşük ve yüksek riskli kişiler arasında KKMM yapma, KMM ve MMG yaptırma durumları arasında fark görülmedi. Meme kanseri konusunda bilgi kaynağı olarak öncelikle televizyon ve ardından sağlık çalışanları ifade edilmiştir (11). Ancak risk değerlendirme sonucunda, riski yüksek olan kişilerde meme kanseri tarama konusunda farkındalığın daha yüksek olmadığı görüldü. Bu sebeple mevcut kırsal kesimde meme kanseri tarama konusunda farkındalığın arttırılmasına yönelik televizyon veya sağlık çalışanı gibi kaynakların geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca Gail yöntemi kullanılarak kişilerin ileri dönemdeki meme kanseri risklerinin belirlenmesi, bu konuda bilgilendirilmesi ve gerekli yönetimin eyleme geçirilmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmayı kısıtlayan faktörler; olguların hastaneye başka nedenle başvuran hastalardan seçilmesi nedeniyle incelenen bölgeyi kısmen yansıtması ve KKMM yapma doğruluğunu yapılandırılmış kapsamlı bir ölçek ile değerlendirilmemesi olarak sayılabilir. Bir diğer kısıtlayıcı faktörde, kırsal bölgede Gail yönteminin kullanımdaki kısıtlamalar şeklinde ifade edilebilir. Kırsal kesimlerdeki kadınların meme sağlığı ile ilgili bölgesel veya yurt çapında, tüm kadınları yansıtabilecek daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Kırsal alanda meme kanseri farkındalığının düşük olduğu görüldü. Özellikle eğitim seviyesi düşük olan, kasaba ve köylerde ikamet eden ileri yaştaki kadınlara yönelik olmak üzere meme kanseri tarama konusunda eğitimlerin verilmesi, gerekli broşür ve afişlerin hazırlanması aşamasında kırsal alandaki sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir.

Ethics Committee Approval: No approval was retrieved due to type of study (questionnaire).

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Author declared no conflict of interest available.

Financial Disclosure: The author declared that this study has received no financial support.

Etik Komite Onayı: Anket çalışması olduğu için etik komite onayı alınmamıştır.

Hasta Onamı: Çalışmaya katılan kişilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

1. American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2015, http://www.cancer.org/Research/CancerFactsStatistics/cancerfacts-figures2015/cancer-facts-and-figures-2015, son erişim tarihi: 26.08.2015
2. T.C. Sağlık Bakanlığı – Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf, son erişim tarihi: 26.08.2015
3. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf, son erişim tarihi: 26.08.2015
4. Dünyada ve Türkiye'de Meme Kanseri Tarama Programları http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/DunyadaveTurkiyedeMamografiProgramlari.pdf, son erişim tarihi: 26.08.2015
5. Gail MH, Brinton LA, Byar DP, Corle DK, Gren SB, Schairer C, et al. Projecting individualized probabilities of developing breast

cancer for white females who are being examined annually. J. Natl Cancer Inst 1989; 81: 1879-86. [CrossRef]
6. Karakayalı FY, Ekici Y, Sevmiş Ş, Pehlivan S, Arat Z, Moray G. Meme kanseri için risk belirlenmesinde Gail modeli. Ulus Cerrahi Derg 2007; 23: 129-35.
7. Türkiye İstatistik Kurumu, http://www.tuik.gov.tr/, son erişim tarihi: 26.08.2015
8. The Breast Cancer Risk Assessment Tool, National Cancer Institute. http://www.cancer.gov/bcrisktool/, son erişim tarihi: 26.08.2015
9. McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. Breast selfexamination and breast awareness: a literature review. J Clin Nurs 2005; 14: 570-8. [CrossRef]
10. Jebbin NJ, Adotey JM. Attitudes to, knowledge and practice of breast self-examination (BSE) in Port Harcourt. Niger J Med 2004; 13: 166-70.
11. Dişcigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007; 20: 29-36.
12. Alam AA. Knowledge of breast cancer and its risk and protective factors among women in Riyadh. Ann Saudi Med 2006; 26: 272-7.
13. Su X, Ma GX, Seals B, Tan Y, Hausman A. Breast cancer early detection among Chinese women in the Philadelphia area. J Womens Health 2006; 15: 507-19. [CrossRef]
14. Şirin A, Atan SU, Tasci E. Protection from cancer and early diagnosis applications in Izmir, Turkey: a pilot study. Cancer Nurs 2006; 29: 207-13. [CrossRef]
15. Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006; 43: 161-71. [CrossRef]
16. Aslan A, Temiz M, Yiğit Y, Can R, Canbolant E, Yiğit F. Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 193-8.
17. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, İnce S, Ergüvenli Ö, Yıldırım A, ve ark. Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 200-4.
18. Pasket ED, Tatum C, Rushing J, Michielutte R, Bell R, Foley KL, et al. Racial differences in knowledge, attitudes, and cancer screening practices among a triracial rural population. Cancer 2004; 101: 2650-9. [CrossRef]
19. Davis C, Emerson JS, Husaini BA. Breast cancer screening among African American women: adherence to current recommendations. J Health Care Poor Underserved 2005; 16: 308-14. [CrossRef]
20. Achat H, Close G, Taylor R. Who has regular mammograms? Effects of knowledge, belief, socioeconomic status, and health-related factors. Prev Med 2005; 41: 312-20. [CrossRef]
21. Dündar PE, Özmen D, Özturk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006; 6: 43. [CrossRef]
22. Hsairi M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N. Knowledge, attitudes and behaviors of women towards breast cancer screening. East Mediterr Health J 2003; 9: 87-98.
23. Dinçel O, Başak F, Pektaş B, Kınacı E. Eğitim seviyesi düşük kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve risk hesaplaması. J Kartal TR 2014; 25: 181-6. [CrossRef]