

MEME KANSERİ VE MEME KANSERİ TARAMASINA İLİŞKİN TÜRK KADINLARININ BİLGİ, TUTUM VE GÖRÜŞLERİ

*Neriman ÇETİN, *Nevhayat TULAY, *A. Ramazan BENLİ, *Nevgül DEMİR,
*Jan KARTOUNIAN

(*) Özgürlük Üniversitesi (VUB), Aile Hekimliği Departmanı, Brüksel, Belçika

ÖZET

Meme kanseri, 50-69 yaş arası kadınlarda en önemli ölüm nedenidir. Meme kanserinin neden(ler)i tam olarak tanımlanamadığından dolayı, meme kanseri mortalitesini azaltmaya yönelik en uygun girişim, izini sürüp erken dönemde ortaya çıkarmaktır. Flaman hükümeti, bu hastalıkla ilişkili mortaliteyi azaltabilmek amacıyla, 50-69 yaş arası kadınlarda meme kanserinin sistematik olarak araştırılmasını benimsemiştir. Bu yaş grubundaki her kadın, 2 yılda bir ücretsiz olarak mamografi yaptırabilmektedir. Toplum düzeyinde meme kanserinden ölümlerin azaltılabilmesi için, hedef kitleden yeterli oranda (%60-70) bireyin, bu tarama programına iştirak etmesi zorunludur. Bu tür korunmaya yönelik programlara, yabancı uyruklu kadınların katılımının oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Bu çalışma, Belçika'da yaşayan Türk kadınlarının, meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin bilgi, tutum ve görüşlerini tespit etmeye yönelik

bir çabadır. Bu amaçla, bir yandan bir literatür taraması, diğer yandan Belçika'daki birinci kuşak Türk kadınlarıyla yapılan görüşmelerin analizi yapılmıştır.

Çalışmaya katılanlar, çevremizde yaşayan kişilerdir. Bu kişilerin tümü, oldukça düşük eğitim seviyesine sahiptiler. %84'ü sağlığa ilişkin bilgilerini, Türkçe televizyon kanallarına borçluydu. Aile hekimleri ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarını ziyaret oranları da düşük idi. Çoğu, kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yaptıklarını ifade ettiler. Bir hekim tarafından yıllık meme muayenesi oranı oldukça düşük idi. Yarısından fazlası bir kez mamografi yaptırmıştı. Bu tetkiklerin yalnızca %15'i koruyucu nitelikte idi. Mamografiye karşı olumlu bir tutum sergilemelerine karşın, çalışma popülasyonumuzda, meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin belirgin bilgi eksikliği tespit ettik. Çoğu, bir

Dirim 2007, 82 (1): 311-321

Yazışma Adresi: Neriman ÇETİN

Özgürlük Üniversitesi (VUB), Aile Hekimliği

Departmanı, Brüksel, Belçika

erkek hekim tarafından muayene edilmenin inançlarına aykırı olmadığını ifade etmelerine karşın, yine de bir bayan hekim tarafından muayene edilmeyi tercih etmekteydiler.

Çalışma popülasyonunun taramaya katılımını engelleyen unsurlar şöylece sıralanabilir: Düşük eğitim seviyesi, hekime başvuru sıklığının oldukça düşük olması, şikayetlerinin bulunmaması, meme kanseri ve taramasına ilişkin bilgi eksikliği, taramanın önemini kavrayamamış olma, dil sorunu, hekimin erkek oluşu, utangaçlık, öncelikler arasında görmeme ve destekten yoksunluk. Korkunun, katılımı engelleyici bir etkisi yoktu. Sağlık teşkilatının bu noktalara dikkat etmesi, söz konusu kitlenin katılımını artırmak amacıyla adapte edilmiş tarama programlarının planlanması zorunludur.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, meme kanseri taraması, mamografi, Türk popülasyon.

SUMMARY

Breast cancer is the most important mortality cause in women aged between 50-69 years. Because of the fact that the exact etiology is unknown, best manner to decrease the mortality rate of breast cancer is to screen and detect it in a early period. Thus, in order to decrease its mortality rate, Flemish government has decided to screen breast cancer systematically among women aged between 50-69 years. Each woman in this age group may have a mammography free of payment each two years. To be able to

decrease the mortality rate of breast cancer in the society, an adequate percentage (60-70%) of the target population should join this screening program. It is determined that the immigrant women do not have the tendency to join such screening programs. This study is planned to determine the knowledge, attitude and vision of Turkish women living in Belgium about breast cancer and breast cancer screening. We collected our data in two ways; by way of literature search and by way of analysing the interviews with the first generation Turkish women in Belgium.

Women who joined the study were selected between the population around us and all had a very low educational level. 84% of them has obtained their knowledge about health from Turkish television channels. The percentage of visiting their family physicians and gynecologists was also low. Most of them expressed that they regularly did self examination. Annual examination by a physician was also very low. More than the half had already once a mammography. Only 15% of these examinations was preventive. In spite of their positive attitude against mammography, we determined an obvious lack of knowledge about breast cancer and breast cancer screening in our study population. In spite of the fact that being examined by a male physician is not contrary to their religious beliefs, they preferred to be examined by a female physician.

Factors that hinder their joining such a screening program were; low educational level, very low frequency of their visiting

the physicians, having no complaints, lack of knowledge about breast cancer and breast cancer screening, being unaware of the importance of the screening program, language problems, male gender of the physician, shame, not seeing the subject as a priority, and lack of support. Fear had no hinder effect to join. Health professionals should be aware of these hindrances and it is obliged to plan adapted screening programs to increase the joining rate of such populations.

GİRİŞ

Meme kanseri, diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, Flaman bölgesinde de önemli bir sağlık sorunudur. 1992 yılında, Flaman bölgesinde 3130 kadında meme kanseri teşhis edildi; bu rakam kadınlardaki tüm tümörlerin %32'sini oluşturmaktadır. Meme kanseri kadında görülen en sık kanser türüdür ve 50-69 yaş grubunda en sık ölüm nedenidir. Günümüzde, meme kanserine yakalanan 3 kadından biri hayatını kaybetmektedir. Belçika veri bankalarının verilerine göre, 75 yaşından genç olan 14 kadından birinde meme kanseri teşhis edilmektedir. Meme kanseri riski, kadının yaşı ilerledikçe artmaktadır; dört tümörden üçü, 50 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır (Leo Pas, 2001) (1). Meme kanserinden ölüm riski, tümörün büyümesiyle artmakta ve meme kanseri ne kadar erken teşhis edilirse, iyileşme şansı o kadar yükselecektir (Kansere karşı Flaman Birliği, 2002) (2). Birçok vakada meme kanserinin kesin nedeni ortaya konamamaktadır, sadece, meme kanserine yakalanma riski-

ni artıran kimi nedenlerden bahsedilebilir: kalıtım, üremeye ilişkin faktörler (meme dokusunun östrojene maruz kalma süresi, genç yaşta gebelik, parite, çok genç yaşta oral kontraseptif kullanımına başlanması, hormonal replasman tedavisi), diyet (özellikle adolesan dönemde beslenme alışkanlıkları, ileri yaşlarda obezite), diğer risk faktörleri (alkol, yüksek dozda iyonize edici ışınlarla maruziyet, özgeçmişte endometrium, over veya meme kanseri ya da benign atipik hiperplazi varlığı) (morbiditeler: günümüzde meme kanserinin durumu, 1996) (3) (4).

Meme kanserinin kesin nedeni net olarak tespit edilemediğinden, mortalite oranını düşürebilmek için en uygun yaklaşım, erkenden tetkik yapılmasıdır (Joan L. Bottorff, 1998) (5). Çalışmalar, iyi organize edilmiş erken dönemde ve sistematik tetkikin, 50-69 yaş grubu kadınlardaki meme kanseri mortalitesinde %30-35 azalma sağladığını ortaya koymuştur. Belçika'da 2001 yılında benzer bir programa başlanmıştır (Sağlık anketi, Belçika, 2001) (22). Meme kanseri mortalitesini azalttığı ispat edilmiş olan yegane yaklaşım biçimi, 50-69 yaş grubu kadınlarda 2 yıllık aralarla mamografi yapılması suretiyle sistematik tarama yapılmasıdır. Mamografi ile, aslında, 1 ila 2 mm boyutlarındaki küçük lezyonların %100 kesinlikte doğru teşhisini sağlamada yetersiz kalmaktadır (duyarlılığı %83-95, özgüllüğü %93.5-99.1) (Leo Pas, 2001) (1). Sağlık anketi yoluyla, tüm toplumu temsil edecek ölçüde geniş bir kitleye ait bilgi toplanabilmiştir ve meme kanserinin erken dönemde tetkikini

yaptıran kadın oranları tespit edilebilmiştir. Yaş ilerledikçe ve eğitim seviyesinin artmasıyla muayene sıklığının arttığı gözlenmiştir. 30 yaşından itibaren kadınların yarısı, yıllık meme muayenelerini yaptırmaktadırlar. 15 yaş ve üstü kadınların %30'u, geçen iki yıl içinde mamografi yaptırmışlardır; hedef kitle olan 50-69 yaş grubunda ise bu oran %57'dir (Sağlık anketi, Belçika, 2001) (22).

Flaman hükümeti, öncelikli olarak 50-69 yaş grubu kadınlarda meme kanseri taramasının sistematik olarak yapılmasına karar vermiştir. Erken tetkik sayesinde iyileşme şansı daha yüksektir ve sıklıkla, girişimin sınırları daraltılarak hastaya yardımcı olunabilmektedir.

Düzenli olarak tarama programı 15 Haziran 2001'de başlatılmıştır ve 50-69 yaş grubundaki her kadın, 2 yıllık aralarla, ücret ödemesiz mamografi yaptırmaya olanağına sahiptir (Kansere karşı Flaman Birliği) (2). Taramaya katılım, Flaman bölgesinde Aile hekimlerinin, 50-69 yaş arasına dahil tüm kadınlardan oluşan hedef kitleyi mamografi için sevk etmeye teşvik etmeleri ve bölgesel tarama merkezleri tarafından hedef kitlenin doğrudan mamografik tetkiki için davet edilmeleri şeklinde iki kanaldan organize edilmiştir (Leo Pas, 2001) (1).

Toplumsal düzeyde meme kanserinden ölümü azaltabilmek için hedef kitleden yeterli oranda katılım (%60-70) zorunludur. (Leo Pas, 2001) (1). Bu tür korunmaya yönelik programlara yabancı uyruklu kadınların katılımı oldukça düşüktür (www.mdf.be/els2003/a100.htm).

Popülasyona spesifik tarama programlarının oluşturulmasında, söz konusu kitlenin konuya ilişkin bilgi, tutum ve görüşleri hakkında anlayış sahibi olmak oldukça önemlidir (Georgia R. Sadler, 2001) (6). Tarama programları, kültürel olarak kabul edilebilir, kitle tarafından algılanabilir ve teşvik edici niteliklere sahip olmalıdır (Clarke, 1997) (7).

Soru formülasyonumuz şöyledir: Meme kanseri ve taraması üzerine Türk kadınlarının bilgi, tutum ve görüşleri nelerdir?

Çalışma metodolojisi 2 kanallıdır: Literatür taraması (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez) ve birinci kuşak Türk kadınlarla yapılmış olan yapılandırılmış görüşmeler (bu kadınlar çevremizde yaşayan kişilerdir).

MATERYAL VE METOD

Literatür taraması için Medline/Pubmed (adres: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez); giriş sözcükleri 'attitude AND culture AND religion AND breast cancer AND breast cancer screening' kullanıldı.

Yapılandırılmış görüşmelere 45 Türk kadını dahil edildi, her biri ile görüşme süresi yaklaşık 20 dakika idi, görüşmeler kendi ortamlarında bizim tarafımızdan gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, 35-70 yaş grubunda olmak ve meme kanseri olmayan birinci kuşak göçmen Türk kadını olmak idi. Vakaları kendi çevremizden seçtik ve çalışma için onaylarını aldık. Görüşmelerin amacı, Türk kadınlarının meme kanseri ve taraması hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerini öğrenmektir. Bu bilgilerin, spesifik tarama programlarının yapılandırılmasına rehber-

lik edebileceğini düşünmekteyiz. Görüşmeler, 4 ana madde içermekteydi: Meme kanseri ve taramasına ilişkin bilgi ve tutum, meme kanserinin nedenleri, İslam ve meme kanseri taraması, meme kanseri taramasına katılımı etkileyen faktörler.

SONUÇLAR

1) Literatür taraması: Kaliforniya'da yaşayan düşük sosyoekonomik ve eğitim seviyesine sahip 1197 Latin Amerikalı kadınla yapılan bir çalışmada, bu kitlenin meme kanseri tarama programlarına katılımının olağandan düşük olduğu tespit edildi (Valdez et al, 2001) (9). Valdez ve grubu, bu popülasyonun taramaya ilişkin bilgisinin yetersiz ve tutumunun da negatif olduğunu tespit etmiştir. Bu duruma yol açan faktörlerin; yanlış anlamalar, yaş, düşük gelir ve eğitim seviyesi, ABD'ye yeni göç etmiş olmak olduğunu ileri sürmüşlerdir. Birçok kadının ise mamografi ve meme kanserine ilişkin belirli bir bilgisi olmasına karşın, mamografinin ilkelerine ilişkin spesifik bilgileri yetersiz bulunmuştur. Bilgilendirme ve aynı hekimin takibinin sürekliliği katılımı artırmaktaydı. Yine ABD'de, 123 Koreli kadının dahil edildiği bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu popülasyonun, eğitici programlarla motive edilmesi gerektiği, önceden yapılmış kimi çalışmalarda belirtildiğinin aksine utangaçlığın herhangi bir rolünün olmadığı belirtilmiştir. Yine önceden Koreli kadınlarla yapılmış kimi çalışmalarda, bu kitlenin meme kanserinin nedenlerine ilişkin bilgilerinin yanlış olduğu tespit edilmiştir (Hava kirliliği,

memeye darbe, vb.). Programların bilgi verici, açıklayıcı, eğitici nitelik taşıması bu durumda hayli önemlidir (G. R. Sandler, 2001) (10).

Hawai'de 40-73 yaş grubundaki yerli 15 kadının dahil edildiği kalitatif bir çalışmada ise çoğunlukla geleneksel tıbbi yöntemlerin tercih edildiği, bir hekim tarafından periyodik olarak muayene edilmektense kendi kendine meme muayenesinin tercih edildiği ve hepsinin en az bir kez mamografi yaptırdığı ortaya konmuştur. Mamografi yaptırmaktan kaçınma nedenleri ise korku, bilgisizlik, ağrı, hekimin erkek oluşu, utangaçlık ve şikayetlerinin olmayışı şeklinde sıralanmıştır. Bu çalışmayı planlayan ekibin görüşü, bu faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik öznel planlamaların yapılması ile katılımın artacağı yönündedir (N. İshida, 2001) (13).

Ottawa-Carleton'da yapılmış 50-69 yaş grubunda 383 vaka içeren diğer bir çalışma, mamografi taramasına katılım oranının yüksek gelir düzeyi, önceden mamografi yaptırmış olmak, teşvik, meme kanseri konusunda bilgi düzeyinin yüksek oluşu, meme kanserli bir yakının olması, mamografinin anlamsız olduğu şeklinde negatif bir tutumun olmayışı gibi faktörlerle pozitif bir korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Taramaya teşvik ve taramanın önemi konusunda bilgilendirmenin katılımı artıracığı bildirilmiştir (O'Connor AM, 1995) (11).

Meme kanseri tarama programlarına katılım ve devam etmeyi sağlayacak olan faktörlerin anlaşılması amacıyla Barselona'da yapılmış bir diğer çalışma (PAM) 50-70 yaş

grubu kadınların iki yılda bir mamografi yaptırmaları, 6 aylık aralarla muayene olmaları için bir mektup ve tanıtıcı broşür yoluyla davet edilmeleri şeklinde planlanmıştır. Daveti unutmuş olmak, ailesel-kişisel sorunlarla uğraşmak, diğer tıbbi olanaklarla meşgul olmak, taramanın önemsiz olduğunu düşünmek, katılımı ve programa devam etmeyi engelleyen faktörler olarak tespit edilmiştir (Carmen Rodriguez, 1995) (12).

Birleşik Arap Emirlikleri'nde 25-45 yaş arası 41 kadını içeren bir çalışmada katılımı engelleyen faktörler ise korku, meme kanserine ve tarama programlarına ilişkin bilgi eksikliği, utangaçlık, sağlık sektörüne güvensizlik ve kadere inanmak şeklinde bildirilmiştir (Bener, 2002) (14).

Sağlık konusuna bakış açısı ve kültürel yapı, tarama programlarına katılımı, tıbbi yardım isteme ve tedaviyi kabullenmede belirleyici role sahiptir. Farklı kültürlerde sağlık konusuna bakış açısı da farklıdır ve tıbbi yardım sağlayan sektör bu durumu daima göz önünde bulundurmalıdır (Joy L. Johnson et al, 1999) (5). Meme kanseri taramasında da benzer şekilde kültürel farklılıklar, özellikle de etnik azınlıklar söz konusu olduğunda, tarama engelleyici niteliğe bürünebilmektedir. Tıba geleneksel bakış açısı, cinsellik, üreme organları ve bedene ilişkin duyulan utangaçlık, tıbbi bakımın aileden beklenmesi, bu tür tarama programlarına katılımı engelleyen bakış açılarına örnek oluşturmaktadır. Geleneksel doğu tıbbi, batılı yaklaşımın aksine daha az invazif ve daha doğal yöntemlere dayandığından bu

kültürün insanları tarafından tercih edilmektedir. Boulton, Asya kökenli Amerikalıların bir yıl boyunca hekime başvuru sıklığının, beyaz Amerikalılara kıyasla çok daha düşük olduğunu tespit etmiştir ve söz konusu azınlık mensuplarının, korunmadan ziyade acil sağlık sorunları nedeniyle hekime başvurduğunu ortaya koymuştur. Dil sorunu, taramalara katılımı engelleyen diğer bir önemli faktördür (Tricia S. Tang) (15).

50 yaş ve üstü 259 asemptomatik kadını içeren bir meme kanseri taraması çalışmasında, Afroamerikalıların mamografiden kaçınma nedenlerinin sıklıkla korku ve kaygı kökenli olduğu, beyaz Amerikalılarda aşırı meşgul olma, külfet ve ertelemenin ön planda olduğu tespit edilmiştir (Friedman LC) (16).

Yine ABD'de yapılmış 682 Afroamerikalı kadını içeren bir diğer çalışmada, çoğunluğun, tanrının doktorları meme kanserini iyileştirmekle görevlendirdiğine inandığı, az bir kısmının ise tıbbi yardımın gereksiz olduğuna çünkü sadece tanrının kanseri iyileştirmeye muktedir olduğuna inandığı ortaya konmuştur (Tedavi yoluyla dinin müdahalesi - tedavi yerine dinin müdahalesi). İkinci grubun taramayı neden reddettiği açıktır (Mitchell J, 2002) (17).

Meme kanseri taramasına katılımı kolaylaştıran İslami prensipler yanı sıra engelleyici nitelikte olanlar da söz konusudur: Cinsiyet, utangaçlık, patriarkal inançlar (Rajaram SS, 2003) (18).

Kalitatif bir çalışmada, Müslüman kadınların meme kanseri taramasını önemli bulduğu ancak organize ediliş biçiminin, kadınlar

açısından İslami inanç ve alışkanlıklarla bağdaşmaz bulunması nedeniyle katılmayı tercih ettikleri ortaya konmuştur (Underwood SM, 1999) (19).

İran'da 410 müslüman kadınla yapılmış bir çalışmada, %90'ı kendi kendine meme muayenesinin inançlarına aykırı olmadığını, %58'i fizik muayenenin bir kadın hekim tarafından yapılmasının zorunlu olduğunu, %47'si erkek hekim tarafından muayene edilmenin İslami inanca aykırı olmadığını ifade etmişlerdir (Montazeri A, 2003) (20).

2) Görüşme sonuçları:

Sosyodemografik veriler: Görüşmeler, 45 Türk kökenli birinci kuşak göçmen kadınla yapıldı. Ortalama 27 yıldır Belçika'da yaşamaktaydılar. İkiisi hariç hepsi evliydi. Hepsinin çocukları vardı (minimum 2, maksimum 7). Eğitim düzeyleri oldukça düşüktü (%60'ı hiç okula gitmemiş, %40'ı ilköğretim). Kimisi sezonluk işçi olarak çalışmakla beraber esasta hepsi evhanımıydı (%20). Flamanca diline hakimiyet genelde düşüktü (%64) ya da hiç yok denecek düzeydeydi (%36). Sigara içimi %5, alkol tüketimi %0 idi, sportif aktiviteleri yoktu ve kilolu idiler (70-105 kg arası). Sağlığa ilişkin bilgi edinme kaynakları, Türk televizyon kanalları (%84), aile (%10), arkadaşlar (%5) ve gazeteler (%1) olarak tespit edilmiştir.

Aile hekimini ziyaret oranları, ayda bir (%4), 3 ayda bir (%21), daha nadir (%75); kadın hastalıkları ve doğum uzmanını ziyaret oranları ise, 6 ayda bir (%1), yılda bir (%5), daha nadir (%94) şeklindeydi.

Tarama protokollerine uyum (grup 1: 35-49 yaş, grup 2: 50-70 yaş)

45 kadından 16'sı 35-49 yaş arası, 29'u 50-70 yaş arasındaydı (genç ve yaşlı grup). Tarama protokollerine uyumları sorgulanırken, Public Health Nursing'deki 'Asian Indian Women: Knowledge, attitudes and behaviours toward breast cancer early detection (Sadler G)' başlıklı makalede önerilmiş olan tablo, uyarlanmış haliyle kullanıldı. Bu tabloyla karşılaştırıldığında, çalışmamıza dahil olan Türk kadınlarının çok daha sık kendi kendine meme muayenesi yaptıkları (genç grubun %81'i, yaşlı grubun %69'u ayda en az bir kez olmak üzere), çok daha az sıklıkta klinik muayeneye başvurdukları gözlemlendi (genç grubun %13'ü, yaşlı grubun %3'ü son bir yıl içinde bir kez).

Genç grubun %56'sı bir kez mamografi yaptırmıştı (%70'i 'birşey', %25'i ağrı hissetmişlerdi; %5'inde meme başı akıntısı olmuştu). Yaşlı grupta bu oran %69 idi (%50 yumru hissi, %25 ağrı, %10 meme başı akıntısı, %15 korunma amaçlı).

Türk kadınlarının meme kanseri ve taramasına ilişkin bilgisini tespit amacıyla 'Correlates of Breast Cancer Screening among Low-income, Low-education Latinas' isimli makalede kullanılmış olan tablo, uyarlanmış haliyle kullanıldı (doğru cevap 1, yanlış cevap 0 puan), doğru cevaplar sayılıp yüzdeler hesaplanmak suretiyle 'bilgi indeksi' oluşturuldu.

Genç grubun %81'i, yaşlı grubun %59'u meme kanseri sıklığının yaşla arttığını; genç grubun %75'i, yaşlı grubun %69'u meme kanserinin sık gözlemlendiğini; genç grubun %69'u, yaşlı grubun ise %66'sı, erken teşhisin şifa olasılığını artırdığını; genç grubun %44'ü, yaşlı grubun %34'ü, yakın

aile bireyinde meme kanseri varlığının meme kanserine yakalanma riskini artırdığını biliyorlardı. Her iki grubun %38'i, mamografinin elle hissedilemeyecek kitleleri tespit edebileceğini; genç grubun %50'si, yaşlı grubun %38'i, memedeki tüm kitlelerin elle hissedilemeyeceğini; genç grubun %38'i, yaşlı grubun %34'ü, meme kanserinin erken teşhisinde en iyi metodun mamografi olduğunu; genç grubun %31'i, yaşlı grubun %34'ü, emzirmenin, meme kanserinden koruyucu bir faktör olduğunu biliyordu. Bilgi indeksi, genç

olması halinde 0 puan); puanların toplanması ve yüzdelerin hesaplanması yoluyla bir 'korku indeksi' oluşturuldu. Genelde mamografiye karşı tutumun, orta düzeyde olumlu olduğu gözlemlendi; Genç grubun %25'i, yaşlı grubun %34'ü mamografiye zararlı; genç grubun %19'u, yaşlı grubun %14'ü ağrısız olarak değerlendirdi. Genç grubun %38'i, yaşlı grubun %48'i bir sorun olmadıkça mamografinin gereksiz olduğunu ifade ettiler. Genç grubun %38'i, yaşlı grubun %41'i kanser teşhisiyle karşı karşıya kalacakları gerekçesiyle mamografiden

	35-49 YAŞ		50-70 YAŞ	
1. Meme kanseri riski yaşla artmaktadır	13	81%	17	59%
2. Meme kanseri, kadında sık rastlanır	12	75%	20	69%
3. Aile yakınında kanser varlığı, kansere yakalanma riskini artırır	7	44%	10	34%
4. Erken teşhis, şifa oranını artırır	11	69%	19	66%
5. Mamografi, hissedilemeyen kitleleri tespit eder	6	38%	11	38%
6. Kadın, memesindeki tüm kitleleri hissedemez	8	50%	11	38%
7. Mamografi, erken teşhis için en iyi metoddür	6	38%	10	34%
8. Emzirme, meme kanserinden korur	5	31%	10	34%
Toplam	16		29	
Bilgi indeksi		53%		47%

Tablo 1- Türk kadınlarının bilgi indeksi

grup için %53, yaşlı grup için %47 idi (Tablo 1).

Türk kadınlarının meme kanseri ve taramasına ilişkin tutumunu belirlemek amacıyla, 'Correlates of Breast Cancer Screening among Low-income, Low-education Latinas' isimli makalede kullanılmış olan tablo, uyarlanmış haliyle kullanıldı (açıklamaya taraf olması halinde 1, karşı

korktuklarını ifade ettiler. Korku indeksi, genç grup için %30, yaşlı grup için %34 idi. Meme kanserinin nedeni sorulduğunda, oranlar, genç ve yaşlı grupta sırasıyla stres (%31.3 - %34.5), kötü beslenme alışkanlığı (%12.5 - %13.8), kader (%18.8 - %20.7), ilaçlar (%12.5 - %10.3), yaş (%6.9 - %6.3), genetik (%12.5 - %3.4), travma (%0 - %3.4), bilmiyor (%6.3 - %6.9) şeklinde idi.

Genç grubun %75'i, yaşlı grubun %60'ı bir erkek hekim tarafından muayene edilmenin inançlarına aykırı olmadığını bildirmesine rağmen, yine de, genç grubun %80'i, yaşlı grubun ise %87'si muayene olmak için bir bayan hekimi tercih edebileceklerini bildirdiler.

Meme kanseri tarama programlarına katılımlarını en çok hangi faktörün engellediği sorulduğunda, oranlar, genç ve yaşlı grupta sırasıyla; kişisel sağlığını ihmal etmesi (%38 - %31); şikayetlerinin olmaması nedeniyle gereksiz görme (%25 - %24); dil problemi (%19 - %21); utangaçlık (%6 - %14) ve destekten yoksunluk (%13 - %10) olarak tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Meme kanseri, 50-69 yaş grubu kadınlarda en sık ölüm nedenidir. Meme kanserinin nedeni kesin olarak bilinmediğinden, meme kanseri mortalitesini azaltmanın en iyi yolu, erkenden araştırıp ortaya çıkarmaya çalışmaktır.

Çalışmalar, erken dönemde yapılacak iyi planlanmış araştırma programlarının 50-69 yaş grubu kadınlarda mortaliteyi %30 - 35 oranında azalttığını göstermişlerdir. Belçika'da benzer bir program 2001 yılında başlatılmıştır.

Meme kanserinden ölümlerin, toplumsal düzeyde azaltılabilmesi için bu programlara hedef kitleden yeterli katılımın sağlanması (%60-70) zorunludur.

Yabancı uyruklu kadın gruplarının bu türden koruyucu programlara katılımı oldukça düşüktür. Bu grupların meme kanseri ve taramasına ilişkin bilgi, tutum

ve görüşlerinin bilinmesi, popülasyona spesifik tarama programlarının geliştirilebilmesi için oldukça önemlidir.

Çeşitli çalışmalarda eğitim seviyesinin düşüklüğü, katılımı olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktördür.

Görüşme sonuçlarına göz attığımızda, bizim çalışma grubumuzda, Belçika toplumuyla kıyaslandığında memenin klinik muayenesi ve mamografi sıklığının daha düşük, kendi kendine muayene sıklığının ise daha yüksek olduğunu tespit ettik. Çeşitli çalışmalarda, sağlık kuruluşlarına düzenli olarak başvurmanın mamografi oranını artırdığı tespit edilmiştir. Belçika toplumunda, aile hekimine yıllık ziyaret sayısı ortalama 6.5'tur, oysa bizim çalışma grubumuzda bu oran çok daha düşüktü.

Literatür taramasında gözden geçirilen çalışmalarda, kadınların genelde şikayetleri olduğunda sağlık kuruluşlarına başvurduğu tespit edilmiştir; bizim popülasyonumuz da benzer eğilime sahipti, koruma amaçlı mamografi talep oranı sadece %15 idi.

Meme kanseri ve taramasına ilişkin bilgi eksikliği, katılımı engelleyen diğer bir unsur idi. Yapılmış kimi çalışma sonuçlarına benzer şekilde, bizim çalışma grubumuz da, meme kanseri ve taramasına ilişkin belli düzeyde bilgi sahibi olmasına karşın, tarama protokollerine ilişkin spesifik bilgiye sahip değildiler. Çoğu, tarama programlarının ve mamografinin erken teşhisteki öneminden habersizdi. Büyük kısmı, kendilerinin, elle, memedeki tüm kitleleri hissedebileceklerini düşünüyorlardı.

Biz, bu kitlenin, eğer konuya ilişkin bilgileri artırılırsa, tarama-korunma programlarına katılımlarının da artacağını öngörmekteyiz. Programlar planlanırken bu hususun dikkate alınması oldukça önemli gözükmektedir.

Çalışma popülasyonumuzun ülke dili olan Flamancaya hakimiyeti çok düşük idi, dolayısıyla Flamanca hazırlanmış programların bu kitleye ulaşmasını beklemek gerçekçi değildir. Diğer yandan bilgi kaynağı olarak oldukça yaygın kullanılan Türk kanalları, bu programları iletme konusunda duyarlılığa davet edilebilir.

Destekten yoksunluk da bizim grubumuzda önemli bir faktördür, bu kadınların büyük çoğunluğu tek başına hekimle iletişim kurma kapasitesinden yoksundur (dil sorunu, ulaşım). Yapılmış birçok çalışmayla benzer şekilde bizim grubumuzda da, cinsellik ve üreme organlarıyla ilişkili utangaçlık ve hekimin cinsiyeti, katılımı engelleyici diğer faktörlerdir. Çalışmaya katılan Türk kadınlarının, kişisel sağlıklarına gereken özeni göstermemeleri de katılımı engelleyici bir faktördür; mamografiye karşı tutumları orta düzeyde olumludur ve korku, belirleyici değildir. Sonuçta tarama ve korunma programlarını sunan sağlık kuruluşlarının, tüm bu faktörleri dikkate alarak popülasyona spesifik tarama-korunma programları oluşturmaları, bu programların başarılı ve sağlıklı bir şekilde yürütülebilmeleri ve sonuçlandırılabilmesi için zorunludur.

KAYNAKLAR

1. Bart Garmyn, Leo Pas 2000/2001.

Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van borstkanker.

2. Vlaamse liga tegen kanker Borstkanker screening in Vlaanderen: Een handleiding bij de video voor allochtone vrouwen.

3. Dirk Devroey 2003, *Kanker preventie.*

4. Volksgezondheid 1998, *Morbiditeit: Actuele toestand borstkanker, wetenschappelijk instituut.*

5. Joy L. Johnson, Joan L. Bottorf, Linda G. Balneaves, Sukhdev Grewal, Radhika Bhagat, B. Ann Hilton, Heather Clarke. *Patient education and counseling 37 (1999) 243-254. South Asian women's views on the causes of breast cancer: images and explanations.*

6. Georgia Robins Sadler, Sharanjeet Kaur Dhanjal, B.S. Neeta Bhatia Shah. *Public Health Nursing Vol. 18 No. 5, p. 357-363, 2001. Asian Indian women: Knowledge, attitude and behaviour toward breast cancer early detection.*

7. Clarke HF. *Research in nursing and cultural diversity: Working with first nations' people. Canadian Journal of Nursing Research 1997, 29 (2), 11-25.*

8. Bastiaens H, Bouhout M. *Vierde eerste lijns symposium 2003. Op welke wijze kunnen allochtone vrouwen gemotiveerd worden om een screeningsmammografie te laten nemen?*

9. Armando Valdez, Kakoli Banerjee, Lynn Ackerson. *Preventive medicine 33, 495-502 (2001). Correlates of Breast cancer screening among low-income, low-education latinas.*

10. Georgia R. Sadlet, Lisa T. Ryujiin. *BMC public health 2001, 1:7. Korean women:*

breast cancer knowledge, attitudes and behaviours.

11. O'Connor AM, Perrault DJ. Importance of physician's role highlighted in survey of women's breast screening practices. *Can J Public Health*. 1995 Jan-Feb; 86 (1): 42-5.

12. Carmen Rodriguez, Antoni Plasencia, Dirk G. Schroeder. *Soc. Sci. Med. Vol. 40 No. 8, p. 1155-1160, 1995. Predictive factors of enrollment and adherence in abreast cancer screening program in Barcelona (Spain).*

13. Dianne N. Ishida, Tusitala F. 7th biennial symposium on minorities, the medically underserved and cancer, 2000. *Beliefs and attitudes of Samoan women toward early detection of breast cancer and mammography utilisation.*

14. Bener A, Honein G, Carter AO. *Oncology nursing forum*, 2002, Oct; 29 (9): 91-8. *The determinants of breast cancer screening behaviour; a focus group study of women in the United Arab Emirates.*

15. Tricia S. Tang, Laira J. Solomon. *Preventive medicine* 31, 575-583 (2000). *Cultural barriers to mammography, clinical breast exam and breast self-exam among Chinese-American women 60 and older.*

16. Friedman LC, Webb JA, Weinberg AD. *J Cancer Education* 1995 winter; 10 (4): 213-6. *Breast cancer screening: racial/ethnic differences in behaviours and beliefs.*

17. Mitchell J, Lannin DR, Mathews HF, Swanson MS. *J Womens Health*, 2002 Dec; 11 (10): 907-15. *Religious beliefs and breast cancer screening.*

18. Rajaram SS, Rashidi A. *Women Health*.

1999; 28 (3): 45-58. *Asian-Islamic women and breast cancer screening: A sociocultural analysis.*

19. Underwood SM, Shaikha L. *Cancer Pract*. 1999 Nov-Dec; 7 (6): 285-90. *Veiled yet vulnerable. Breast cancer screening and the muslim way of life.*

20. Montazeri A, Haji-Mahmoodi M, Jarvandi S. *J. Public Health Med*. 2003 Jun; 25 (2): 154-5. *Breast self-examination: Do religious beliefs matter? A descriptive study.*

21. *Million women study found increased breast cancer risk among women who use hormonal replacement therapy (Dateline August 15, 2003) Imaginis. Com breast Health News.*

22. *Gezondheidsenquête, Belgie, 2001.*