



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE
MEME KANSERİ TANISI ALMIŞ HASTALARIN
TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE TANI SÜRECİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. BAYRAM ALİ ÜNER

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer F. GEMALMAZ

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE
MEME KANSERİ TANISI ALMIŞ HASTALARIN
TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE TANI SÜRECİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. BAYRAM ALİ ÜNER

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer F. GEMALMAZ

AYDIN-2014

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR DİZİNİ	iii
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Meme Hakkında Genel Bilgiler	7
2.2. Meme Hastalıkları	8
2.2.1. Memenin Benign Hastalıkları	9
2.2.2. Memenin Malign Hastalıkları	10
2.2.3 Diğer Malign Meme Lezyonları.....	12
2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	13
2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri	14
2.5. Meme Kanseri Tanı	17
2.5.1. Dünyada Ve Ülkemizde Meme Kanseri Tanısı	19
2.5.2. Dünyada Ve Ülkemizde Erken Tanı Yöntemleri	21
2.5.3. Meme Kanseri Tanı Gecikmesi	23
2.5.3.1. Hastaya Bağlı Faktörler.....	23
2.5.3.2. Hekime Bağlı Faktörler	24
2.6. Meme Kanseri Alternatif Tedavi.....	25
3. GEREÇ-YÖNTEM.....	27
3.1. Çalışma Tasarımı	27
3.2. Veri Toplama Formu	28
3.3. İzinler.....	28
3.4. İstatistiksel Değerlendirme.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Meme Biyopsi Sonuçları.....	29
4.2. Katılımcılar.....	31
4.3. Hastaların Demografik Özellikleri.....	31
4.3. Hastaların Meme Kanseri Risk Faktörleri	34
4.4. Hastaların Tarama Davranışı	36
4.5. Meme Kanseri Tanısı.....	36

4.6. Hastalığın Evresi	39
4.7. Tanı Sırasındaki Hastalık Evresini Etkileyen Faktörler	49
4.8. Hastaların Bilgi Durumu	46
4.9. Hastaların Tanı Sürecinin Değerlendirmesi	47
4.10. Hastaların Tanı Sürecinde Yaşadıkları Zorluklar	53
4.11. Aile Hekimiyle İletişim	54
4.12. Hastaların Alternatif Yöntem Kullanma Durumları	56
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ-ÖNERİLER	68
ÖZET	70
İNGİLİZCE ÖZET	72
KAYNAKLAR	74
EKLER	85

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACS: American Cancer Society

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BIRADS: Breast Imaging Reporting and Data System

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DKİS: Duktal Karsinoma İnsutu

HMOK: Herediter Meme Ve Over Kanseri

İDK: İntra Duktal Karsinom

KETEM: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

USG: Ultrasonografi

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Meme biyopsisi sonuçlarının histopatolojik dağılımları.....	30
Tablo 2: Malign meme biyopsisi sonuçlarının histopatolojik dağılımları	31
Tablo 3: Tanı yılına göre yaş ortalamaları	32
Tablo 4: Katılımcıların demografik özellikleri	33
Tablo 5: Hastaların meme kanseri risk faktörleri açısından durumları	35
Tablo 6: Ailede meme kanseri öyküsü	35
Tablo 7: Hastaların tarama davranışları	36
Tablo 8: Katılımcıların tanı öncesi şikayetleri	36
Tablo 9: Hastaların tanı alma şekli.....	37
Tablo 10: Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile tarama davranışı durumlarının ilişkisi.....	38
Tablo 11: Hastalığın evresi ile sosyodemografik verilerin ilişkisi.....	40
Tablo 12: Hastalığın evresi ile risk faktörleri arasındaki ilişki	41
Tablo 13: Hastalığın evresi ile tarama davranışları ilişkisi	42
Tablo 14: Hastalığın evresi ile tarama amaçlı mamografi ile tanı konması ilişkisi	42
Tablo 15: Hastalığın evresini etkileyen diğer faktörler.....	43
Tablo 16: Hastaların erken evrede tanı alma durumu ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlerin logistik regresyon analizi sonuçları	44
Tablo 17: Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri	45
Tablo 18: Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ile tanı tarihi ilişkisi.....	45
Tablo 19: Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ile evre ilişkisi	46
Tablo 20: Hastaların meme kanseri risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyi	46
Tablo 21: Hastaların tanı alana kadar yaşadıkları gecikme süreleri.....	47

Tablo 22: Hastaların ilk başvurdukları kurum ve hastalıktan ilk şüphelenen doktorlar.....	48
Tablo 23: Hastaların tanı sürecinde başvurdukları doktor sayıları.....	48
Tablo 24: Hastalaya ait gecikme süresi ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi.....	49
Tablo 25: Sisteme ait tanı gecikme süresi ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisi.....	50
Tablo 26: Hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu ile sisteme ait tanı gecikme süresi ilişkisi.....	51
Tablo 27: Hastalıktan ilk şüphelenen doktor ile sisteme ait tanı gecikme süresi arası ilişki.....	51
Tablo 28: Sisteme ait tanı gecikme sürelerini etkileyen diğer faktörler.....	52
Tablo 29: Hastaların tanı sürecinde yaşadıkları zorluklar.....	53
Tablo 30: Sosyodemografik özelliklerin tanı sürecinde sorun yaşamak ile ilişkisi.....	54
Tablo 31: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile aile hekimine haber verme ilişkisi.....	55
Tablo 32: Aile hekimiyle iletişimin tanı alma süresi ile ilişkisi.....	56
Tablo 33: Hastaların kullandıkları alternatif tedavi yöntemleri.....	56
Tablo 34: Alternatif tıp kullanımı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi	57
Tablo 35: Alternatif tedavi kullanmayla ilişkili diğer faktörler	58
Tablo 36: Tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanma ile tanı gecikme süresi ilişkisi.....	59

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Meme Kanserinin Yaşa Özel Hızlarının Dağılımı	13
Şekil 2. Meme Kanseri Evrelerinin Yüzde Dağılımları	14
Şekil 3. Yıllara göre meme biyopsisi sayıları.....	29
Şekil 4. Yıllara göre meme biyopsisi ve meme kanseri tanısı sayıları	30
Şekil 5. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı	32
Şekil 6. Hastalığın tanı sırasındaki evreleri.....	39
Şekil 7. Yayılıma göre hastalık oranları.....	39

EKLER DİZİNİ

Ek-1: Özgeçmiş.....85

Ek-2: Veri Toplama Formu.....86

1. GİRİŞ

Kanser son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Meme kanseri, tüm insanlarda akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir. Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen kadın kanseridir. Kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin de başında gelmektedir (1). Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. ABD ve Kanada yılda yüz binde 80-90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, bu değer Japonya’da yüz binde 12-15 arasındadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır (2). Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre her 8 kadından biri yaşam boyu meme kanseri ile karşı karşıya kalacaktır (3).

Meme kanseri insidansı dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır (2). Ülkemizde 1999 yılında 8.879 olan meme kanseri tanısı almış kadın sayısı, 2003 yılında 12.772’ye yükselmiştir (4). En son verilere göre 2009 yılında 17178 kişi meme kanseri tanısı almıştır. Ülkemizde meme kanseri yaş dağılımı incelendiğinde vakaların %42,5’inin 15-49 yaşları arasında olduğu görülmektedir. İnsidans hızları 35-39 yaş grubunda 50,8 (100000 kişide kaba hız), 40-44 yaş grubunda 81,1 (100000 kişide kaba hız) ve 45-49 yaş grubunda 109,1 (100000 kişide kaba hız) olarak gözlenmektedir (5). Doğumda beklenen yaşam süresinin artması, yaşam tarzındaki değişiklikler, tanı testlerinde ve kanser olgularının bildirimindeki artışlar meme kanseri insidansında artışa yol açan başlıca nedenler arasında sayılmaktadır (4). Türkiye’deki mevcut veriler, meme kanserinin kadınlarda görülen tüm kanser olguları içinde %23,4 ile ilk sırada olduğunu göstermektedir (5). Türkiye’de hastanelere yatan kanser hastaları içinde meme kanseri hastaları ilk sırada yer almaktadır (4). Meme kanseri evreleri incelendiğinde birleşik veri tabanında yer alan invaziv vakaların sadece %8,4’ü uzak evrededir. Meme kanseri olgularının %44 ü bölgesel, %47,6 sı lokalize evrededir. Tanı konulduğu zaman lokalize olan vakaların 5 yıllık sağkalım oranı ülkemizde %90’dır (5).

Meme kanserinde yaş ilerledikçe hastalığa yakalanma riski artar. Yaş, diğer kanserlerde olduğu gibi önemli bir risk faktörüdür. 30 yaş altındaki kadınlarda görülme sıklığı çok düşükken, insidans 35-39 yaşlarında artış göstermekte, 75-79 yaşları arasında pik yapmakta ve 80 yaşlarında bu artış durmaktadır (6). Yaş ilerledikçe ileri evre hastalık riski de artmaktadır (7). Meme kanserinde östrojen maruziyetinin etkilerini araştırman bir çalışmaya

göre menopoz yaşı ve doğurganlık yaşı meme kanseri risk faktörlerindendir. Meme kanseri riski bir kadının yaşam boyu geçirdiği toplam ovulatuvar menstruel siklusların sayısı ile ilişkilidir. Risk; menarş yaşı ile ters orantılı olup, menopoza girme yaşının artmasıyla artış göstermektedir. Erken menarş, meme hücre proliferasyonunu daha erkene çeker ve böylece daha hücreler diferansiye değilken östrojene ve diğer karsinojenlere maruziyet süresi artar (8). Erken yaşta doğum, riski belirgin olarak azaltır. Nulliparitede ise risk artar. Bir memede kanser varlığı, diğer memede kanser gelişme riskini normal popülasyona göre 2-6 kat artırır. Aile öyküsü ile kişisel meme kanseri riski arasında da ilişki gösterilmiştir (9). Otuzaltı çalışmalık bir metaanalizde birinci derece akrabasında (anne, kızkardeş ve kız çocuk) meme kanseri olan bir kadında riskin 3 kat arttığı gösterilmiştir (10). Meme kanserli kadınların %15'inden daha azında aile öyküsü vardır. Bunların ortalama %5-10'unda ise aile öyküsü olmakla birlikte kanıtlanmış genetik yatkınlık yoktur (10).

Erken yaşta canlı doğum sonrası laktasyon ne kadar erken başlarsa meme epitelinin diferansiasyonu o kadar erken tamamlanır ve karsinojenlerden o oranda az etkilenilir (8). Hiç emzirmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında herhangi bir zamanda ve sürede emziren kadınların meme kanseri riski 0,5-1,1 kat azalmaktadır (9).

Oral kontraseptif kullanımının meme kanseri gelişimindeki etkisi net değildir ancak hormon replasman tedavileri riski artırmaktadır. Beden kitle indeksi 25 kg/m²'den büyük olan postmenopozal kadınlarda riskin 1,3-2,1 oranında arttığı gösterilmiştir (11). Tanı öncesi kilo alımı yüksek riskle birlikteyken (12), tanı sonrası ve tedavi sırasında kilo alımı ise kötü prognoz ve artmış nüks hızıyla birlikte (13). Santral obezitenin de nüks hızı ve mortalite hızıyla doğru orantılı bir ilişkisi vardır (14). Fiziksel aktivitenin, sedanter yaşam tarzına oranla meme kanseri riskini %20-30 oranında azalttığı düşünülmektedir (15). Elli üç çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde sigara ile meme kanseri arasında ilişki bulunmamıştır (16). Ağır alkol alımının (günde 45 gramdan fazla) hiç içmemeye göre riski 1,46 oranında artırdığı gösterilmiştir. Nedeni tam açıklanamamakla birlikte, alkol alımıyla karsinojenik olabilecek toksik ürünlerin ortaya çıktığı düşünülmektedir (16).

Meme kanserinde sağlığı koruma/geliştirmenin, morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yolu erken tanı ve tedavidir. Erken tanının sağlanması da bu konuda kadınların eğitimi, bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile olur.

Erken tanı ve tedavi yüksek riskli grupların kansere bağlı ölümlerini önlemede ve azaltmada hayati önem taşımaktadır. Dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın yaklaşımlar tarama programlarıdır. Bu programlarla bireylerin kansere yönelik farkındalık durumunun artırılması, erken tanının öneminin anlaşılması ve uygun tedavinin yapılması sağlanmaktadır.

Erken tanının sağlanması da bu konuda kadınların eğitimi, bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile olabilmektedir. Tarama yöntemlerinin en önemli faydası; hastalıkların, dönem dönem yapılan taramalar sonucunda teşhis edilmesine ve hayatta kalma olasılığının yüksek olmasına olanak tanınmasıdır. Tarama yöntemleri ile kanseri henüz başlangıç aşamasında yakalamak mümkün olduğu için de son derece faydalı olarak nitelendirilmektedir. Bunun sonucunda, hastalığın morbidite ve mortalitesinin en aza indirilerek, yaşam kalitesinin önemli ölçüde yükseltilebileceği belirtilmektedir. Meme kanseri vakalarının birçoğunun engellenemez bir özellik taşıması, meme kanserinden olan ölümlerin önlenmesi ve memenin alınması ile sonuçlanan ameliyatların azaltılması yönündeki beklentiler, hastalığın erken dönemde tanınması ve tedavisini sağlayan tarama yöntemlerinin kullanılmasını önemli stratejilerden biri haline getirmiştir. Her yıl dünya genelinde birçok kadının meme kanseri nedeni ile hayatını kaybettiği düşünüldüğünde, tarama yöntemlerinin kullanılmasının meme kanserine bağlı ölümlerin azaltılması konusunda ne kadar etkili olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sağlık harcamalarının artan maliyeti de, meme kanserinde önleyici ve erken tanıya yönelik çabaların gerçekleştirilmesini gündeme getirmiştir.

Ülkemizde de ulusal düzeyde meme kanseri farkındalığının artırılması ve taramanın alt yapısının oluşturulması için ilk olarak 2004 yılında ardından 2009 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından meme kanseri tarama standartları yayınlanmıştır. Bu standartlara göre 50-69 yaş arasındaki kadınlara 2 yılda bir çift yönlü mamografi çekilmesi öngörülmektedir (17). Daha sonra 2012 yılında tarama başlama yaşı 40 olarak revize edilmiş ve aile hekimlerinin tarama programlarına hastalarını dahil etmesini sağlamak amacıyla yönlendirme yapmadıkları durumda negatif performans uygulaması başlatılmıştır.

Meme kanseri tanılma sürecindeki bakımın koordinasyonunda, birinci basamaktan başlayan bir sağlık arayışının olması oldukça önemlidir. Aile hekimliği, sağlık kaynaklarının etkili kullanımını; bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar (18). Buradan da anlaşılacağı üzere aile hekimleri birinci basamakta koordinatör olarak çalışmak için idealdirler; çünkü sağlık sisteminin bütün aşamalarını iyi bilirler ve hastaları yalnızca hastalıkları ile değil aileleri, yaşadıkları ortam ve kültürleri bağlamında en iyi tanıyabilecek hekimlerdir (19). Birinci basamak koordinatör olarak görevini yapmadığında hastalıkların tanı sürecinde

gecikmeler beklenmektedir. Tanısal süreçte hastaların bütün olarak değerlendirildiği birinci basamak hastanın olası hastalıkla yüzleşme aşamasında da hastayı hazırlamakla yükümlüdür.

Dünyada hastalıkların tanı sürecine baktığımızda ülkeden ülkeye değişen farklı uygulamaların olduğunu görmekteyiz. Birleşik Krallık ve Hollanda'da aile hekimlerince değerlendirilmeden diğer basamaklara ulaşımın oldukça sınırlı olduğu, sevk zincirinin etkin uygulandığı bir sistem varken; Fransa ve diğer birçok Avrupa ülkesinde sistem uzmanlarına ve hastanelere doğrudan başvurmak olasıdır (20). Birleşik Krallık'ta meme kanseri için birinci basamakta, meme muayenesi ile saptanan hangi durumlarda, nasıl sevk yapılacağına ilişkin rehber geliştirilmiştir. Burada 15 gün içerisinde sevk edilmesi gereken durumlar belirlemiştir (21). Ülkemizde de sistem uzmanlarına ve hastanelere doğrudan başvurmak olasıdır. 2010 yılında tüm ülkede aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Tarama çalışmalarının etkili ve sürekli olarak yapılabileceği birinci basamağın, sevk zincirinin uygulanmaması nedeni ile etkisiz hale getirilmesi, ülkemizde meme kanseri de dahil olmak üzere onkolojik ve kronik hastalıkların tanı sürecine olumsuz olarak yansımaktadır. Bu olumsuzluğun giderilmesine yönelik olarak DSÖ tarafından tarama yapılması önerilen kanserlerde, toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Ülkemizde 81 ilde 84 adet KETEM bulunmaktadır. KETEM'lerin görevleri; sağlık personeline ve halka, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenerek farkındalığın artırılması, tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla erken dönemde tanı konulması, kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanmasıdır (17).

Batı ülkelerinde meme kanseriyle ilgili risk faktörleri, risk belirleme yöntemleri ve tarama programları ile ilgili geniş çaplı araştırmalar yapılmıştır. Son çalışmalar daha çok, yüksek riskli kadınlara neler yapılabileceği, etkili koruyucu önlemlerin neler olabileceği yönünde yoğunlaşmaktadır. Ülkemizde bu konularla ilgili tıbbi çalışmalar ve verilerin kısıtlı olduğu görülmektedir. Halen genel risk faktörleriyle ilgili kapsamlı istatistiki bilgiler, yerleşmiş tarama programları yoktur. Bir kadın hastalığı olarak kabul edebileceğimiz meme kanseri hakkında kadınlar yeteri kadar aydınlatılamamaktadır. Hastalığın tedavisine göre daha basit ve ucuz olan tarama yöntemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması ülkemiz için şarttır. Bu da batı ülkelerinin değil, ülkemizin verileri ile kadınlarımızın risk faktörlerini belirlemek ve bunlara göre programlar ve düzenlemeler yapmakla mümkündür.

Son yıllarda kanser tarama programlarının uygulanması konusunda ülkemizde önemli gelişmeler olmasına rağmen hala gelişmiş ülkeler düzeyine ulaşamamıştır. Ülkemizin doğusunda meme kanseri sıklığı 20/100.000 kadar iken, bu oran batı bölgelerimizde 50/100.000'e ulaşmaktadır. Bu önemli farkın batı bölgelerimizde yaşamın batı toplumlarına benzemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Erken menarş, geç doğum, laktasyon süresinin kısalması, geç menopoz, diyet, obezite, hormon replasman tedavisi, doğum kontrol hapı kullanılması, yaşam süresinin uzaması gibi toplumdaki endokrin, kültürel ve sosyal değişiklikler kısaca yaşamın batılılaşması (*westernizing life*) meme kanseri sıklığını arttırmaktadır (22).

Türkiye'de meme kanserinin tanı sırasındaki evresi de bölgelere göre farklılık göstermektedir. Doğu Anadolu'da lokal ileri evre meme kanseri oranı %50'nin üzerinde iken, Batı Anadolu'da bu oran %20'nin altındadır (23). Görüldüğü üzere ülkemizde meme kanseri sıklığı, tarama ve tanı evresi açısından bölgesel farklılıklar mevcuttur. Aydın Ege bölgesinde bulunan büyük bir şehirdir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi bölgesinde meme kanseri tarama ve tedavisi konusunda gelişmiş ve çevreden refere edilen bir merkezdir. Bölgemizde hastaların tarama programlarına dahil olmama nedenlerini, tanı ve tedavi gecikmelerinin olası nedenlerini ve tanısal süreçte hastaların karşılaştıkları sorunları ve zorlukları ortaya çıkarmayı amaçlayan çalışmalara literatürde rastlanmamıştır.

Bu çalışma ile;

1. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı alan hastaların tanısal süreçlerinin değerlendirilmesi
2. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı alan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi
3. Tanı sürecinde birinci basamağın etkisinin saptanması
4. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı almış hastaların tarama davranışlarının değerlendirilmesi beklenmektedir.

Buradan hareketle çalışmamız aşağıdaki sorulara yanıt aramaktadır.

Araştırma soruları:

1. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı almış hastaların tanı sürecinde yaşadığı zorluklar nelerdir?
2. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı almış hastaların sosyodemografik özellikleri nelerdir?

3. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı almış hastaların meme kanseri açısından risk faktörleri nelerdir?
(H: Hastaların çoğu meme kanseri açısından yüksek riskli grup içerisinde.)
4. Meme kanserli hastalar nasıl tanı almışlardır?
(H: Meme kanserli hastaların az bir kısmı tarama yöntemleri ile tanı almışlardır.)
- 4A. Tarama yöntemleri ile tanı alan hastaların sosyodemografik özellikleri farklı mıdır?
5. Meme kanseri taramasını yaptırmasını hastalara kim önerdi?
H: Tarama yaptıranlar daha çok doktor-sağlık çalışanı önerisi ile yaptırmaktadır.
6. Meme kanseri tanısı almış olanların meme kanseri tarama yöntemleri, risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi nasıldır?
H: Meme kanseri tanısı almış hastalar meme kanseri hakkında yeterince bilgi sahibi değildir.
7. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı almış hastalar tanı konulma sürecinde ilk nereye başvurdu, kaç doktor dolaştı ve tanı konulana kadar ne kadar süre geçti?
H: Meme kanseri tanısı alma sürecinde hastalar çoğunlukla devlet hastanesine başvurmaktadır.
H: Meme kanseri tanısı alma sürecinde aile hekiminin rolü çok azdır .
H: Meme kanseri tanısı alma süreci beklenenden daha uzun zaman almıştır.
8. Hastalara hangi evredeyken tanı konuldu?
- 8A. İleri evrede tanı alan hastaların sosyodemografik özellikleri farklı mıdır?
9. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı almış hastalar tanı sürecinde aile hekimiyle iletişime geçmiş midir?
- 9A. Aile hekimi tanı sürecinde ve tedavi sürecinde koordinasyon görevi yaptı mı?
10. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanma oranları ve sosyodemografik özellikleri nasıldır?

Bu sorulardan yola çıkarak amacımız: Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı alan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi ve hastaların tarama programlarına dahil olmama nedenlerini, tanı ve tedavi gecikmelerinin olası nedenlerini ve tanısal süreçte hastaların karşılaştıkları sorunları ve zorlukları ortaya çıkarmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Hakkında Genel Bilgiler

Meme glandı süt üretimi gibi özel bir görevi olan modifiye bir apokrin ter bezidir. Memeler ektodermal orjinli cilt glandlarıdır. Memenin şekil, büyüklük ve durumu kadının hayatı boyunca sürekli bir değişim içerisinde. Ayrıca ırk ve yaş faktörleri yanında; doğum, menstruasyon, gebelik, emzirme ve menopoza gibi çeşitli fizyolojik faktörlerle de değişiklik gösterir. Puberteden sonra her bir menstruel siklusa, ayrıca gebelik ve laktasyonda değişiklikler ve son olarak menopozda memelerde involüsyon izlenir. Bütün bu dönemlerde memenin makro ve mikroanatomi farklı özellikler gösterir. Memenin dış görünümünün değerlendirilmesinde normalin tanımlanması güçtür. Memenin dış görünümünü genetik etkenler belirler. Diskoid, hemisferik, konik ve benzeri biçimlerde olabilir. Her yaşta memede pitozis görülebilir (24,25,26). Meme genellikle hiç doğurmamış kadınlarda koniktir. Doğurmuş kadınlarda ve yaş ilerledikçe, belirgin yağlanma yoksa gevşer, daha sarkık bir biçim alır. Ortalama bir meme laktasyon dışında 150- 400 gr ağırlığında, 10- 12 cm çapındadır. Kalınlığı orta kısımda 5- 7 cm dir. Laktasyonda ağırlığı 500 gramın üzerine çıkar (24,25).

Normal erişkin kadın meme dokusu epitelyal ve stromal elemanlardan oluşur. Dallanan duktus yapıları ile birleşen lobüller epitelyal komponenti oluştururken; değişik oranlardaki adipoz ve fibröz bağ dokusu, stromal komponenti meydana getirir. Yaş ve hormonların etkisi altında meme dokusunun belirgin bir iç dinamiği vardır (27).

Meme reproduktif sistemin fonksiyonel yönden bir parçası olmakla beraber yapı ve gelişim açısından deriye bağlı bir çeşit apokrin bezdir.

Meme dokusu üç temel yapıdan oluşur: cilt, cilt altı yağ dokusu ve meme dokusu (parankim ve stroma) (24).

Erişkin kadın memesi üstte, ikinci kosta ya da üçüncü kostonun üst sınırından başlar. Altta, altıncı kosta hizasında biter. İç sınırı sternumun kenarında, dış sınırı orta veya ön aksiller hattadır (28,29). Meme üst dış ucunda, pectoralis major kasının alt kenarı boyunca koltuk altına doğru uzanır (Spence'in aksiller kuyruğu). Bu uzantı bazen ele gelen, hatta gözle görülebilen bir kitle oluşturabilir. Meme dokusunun ana kitlesi genellikle üst yarıda ve daha çok dış kadranda yerleşmiştir. Bu nedenle lezyonlar daha sık üst dış kadranda görülür (27).

Meme göğüs ön duvarında yüzeysel fasya içerisinde yer alır. Yüzeysel fasyanın yüzeysel veya subkutan tabakası hemen dermisin altındadır. Bu tabakadan başlayan fibröz lifler deriye ve meme başına uzanır. Bunlar memenin üst kısmında daha fazla gelişmiş olup Cooper ligamentlerini oluşturur.

Arteriyel dolaşım üç kaynaktan gelir. İnternal torasik arterin iki, üç ve dördüncü anterior perforan dalları göğüs duvarını sternumun kenarından delerek memenin medialini ve orta kısımlarını besler. Bunlar memenin en büyük damarlarıdır. Laktasyon sırasında büyük oranda genişlerler. Torasik aortadan çıkan iki, üç, dört ve beşinci posterior interkostal arterlerin perforan dalları göğüs kafesi yanında kasları deldikten sonra ikiye ayrılırlar. Ön dallar meme derisini ve parankiminin lateralini beslerken, arka dallar da kaslara gider. Aksiller arterin dalları daha çok üst dış kadranı ve memenin kuyruğunu besler. Başlıca dört adet dal vardır. Bunlar lateral torasik arter, süperior torasik arter, torakoakromial arterin pektoral dalı ve subskapular arterdir. Memenin yaklaşık olarak % 60'ını internal torasik arterin perforan dalları, % 30'unu da lateral torasik arter besler. Ancak tüm arterler arasında yaygın anastomozlar vardır (28). Memenin venöz akımı genel olarak aksillaya doğrudur.

Memenin lenfatik drenajı başlıca üç yoldan olur. Aksiller lenf nodları, meme lenf akımının % 75- 97'si aksiller lenf nodlarına olmaktadır. Parasternal (mammaria interna) lenf nodları, memenin toplam lenfatik akımının % 3- 25'ini alır. Posterior interkostal lenf düğümleri kalan lenfatik akımı drene eder(29).

2.2. Meme Hastalıkları

Memede görülen hastalıklar yerleşim ve tutulum lokalizasyonlarına göre gruplandırılırsa; Meme derisinde görülen hastalıklar; Epidermal ve sebase kistler, nörofibromatozis, Mondor hastalığı, steatositoma multipleks, inflamatuvar karsinoma, deri nekrozu, piyoderma gangrenozum, candidal intertrigo, herpes zoster enfeksiyonu (zona), sifiliz ve melanomdur. Meme başı- areola kompleksinde görülen hastalıklar; dermatit, meme başı adenomu, hidradenitis süpürativa, leomyom, paget hastalığı. Majör subareoler duktuslarda; duktal ektazi, soliter papillomlar, papiller karsinom olarak görülmektedir (30). Terminal duktuslarda; Duktal hiperplaziler, multiple periferik papillomlar, radyal skar ve kompleks sklerozan lezyonlar, duktal adenom, duktal insitu karsinom, invaziv duktal karsinom, tübüler karsinom, müsinöz karsinom, medüller karsinom, invaziv kribriform karsinom, adenoid kistik karsinom, yassı hücreli kanser, metaplastik karsinom ve sekretuar karsinom şeklinde görülebilir (30). Meme lobüllerinin hastalıkları; Kistler, galaktosel, juvenil papillomatozis, fibroadenomlar ve kompleks fibroadenomlar, filloides tümör, tübüler adenom,

laktasyon adenomu, sklerozan adenozis, lobüler neoplaziler ve invaziv lobüler karsinomdur (30). Memenin stromasında ise; yağ nekrozu, lipom, fibroadenolipom (hamartom), fibrozis, mastit ve meme absesi, pseudoanjomatöz stromal hiperplazi, sütür kalsifikasyonu, hemanjiom, diabetik fibröz meme hastalığı görülebilir(30).

2.2.1. Memenin Benign Hastalıkları

Benign meme hastalıkları tüm meme hastalıklarının yaklaşık olarak % 90'ını oluştururlar. Benign meme lezyonları palpe edilebilir olmaları ya da radyografik bulgu vermelerinin yanı sıra bu lezyonları takiben gelişecek meme kanseri riskini belirlemeleri nedeniyle de önemlidir (29).

Fibrokistik hastalık en sık görülen meme hastalığıdır. 30 yaş üstü kadınların yaklaşık yarısında görülür (31,32,33). Kadınların büyük bir kısmında puberteden sonra gelişen parankimal bir değişikliktir. Klinik spektrumu oldukça geniştir. Asemptomatik olabilir ya da hasta ağrı, hassasiyet veya değişik boyutlarda memede ele gelen kitle şikayeti ile gelebilir (34). Fibroadenom fibrokistik hastalıktan sonra en sık görülen meme hastalığıdır. Fibroadenomlar puberteden sonra ve genellikle 25-30 yaşından önce ortaya çıkan östrojene duyarlı yavaş büyüyen benign tümörlerdir. 30-35 yaşından küçük kadınlarda en sık rastlanılan meme kitleleridir. Olguların % 10-20'si multipl olup, bilateral olabilir. Gebelik ve laktasyon sırasında boyutları artarken, menopozdan sonra geriler (34). Juvenil Fibroadenom puberteden hemen sonra görülen ve çok hızlı büyüyen dev fibroadenomlardır. Bazen dev boyutlara ulaşp tüm memeyi kaplayabilirler, hızlı büyüme göstermelerine karşın malign potansiyel taşımazlar (34). Sistosarkoma Filloides intrakanaliküler fibroadenomun dev bir formudur. Fibroadenom ile farkı boyut ve hücre sayısıdır (34). Çoğu benign karakterde olup % 5'den az oranda malign transformasyon gelişebilir.

Papillom en sık subareolar alandaki geniş duktusların içerisinde gelişir. Memenin papiller lezyonları biyopsi yapılan benign meme neoplazmalarının % 10'undan daha azı ve meme karsinomlarının % 1-2 sine karşılık gelir. Memenin papiller lezyonları benign veya malign olabilirler (35). Lipomlar asemptomatik, yavaş büyüyen, düzgün konturlu, mobil kitlelerdir. Fibroadenolipom (Hamartoma) lipomun oldukça nadir bir varyantıdır. Lipomatö dokunun içerisinde fibröz ve adenomatöz doku proliferasyonları mevcuttur. Lezyon ince bir kapsülle çevrilidir. Mamografik olarak yuvarlak veya ovoid, keskin sınırlı ve düzgün konturlu, nonhomojen, iç yapısı salam dilimine benzer, stromal meme lezyonlarıdır (36).

Memede yağ nekrozu genellikle travmaya sekonder gelişir. Biyopsi veya operasyon geçirmiş memelerde sıklıkla görülür. Hematomlar en sık memeye yapılan cerrahi müdahale

veya biyopsilerden sonra görülür. Akut mastit genellikle laktasyonda görülen memenin enfeksiyonudur. Abse ve diğer kronik hastalıklarla da ilişkilidir. Radyolojik görünümü inflamatuvar karsinomu taklit eder. Yaygın parankimal yoğunluk artışı, cilt kalınlaşması ve aksiller lenfadenopati bulguları saptanır. Akut abse antibiyotik tedavisine hızlı bir şekilde yanıt verir. Mamografik olarak abse düzensiz konturlu kitle, çevresinde distorsiyon ve cilt kalınlaşması şeklinde görülür (29). Granümatöz mastit (granümatöz lobülit) etyolojisi bilinmeyen, klinik olarak meme kanserini taklit eden, memenin nadir görülen inflamatuvar bir hastalığıdır. Çoğunlukla genç kadınlarda ve hamilelikten sonra 6 yıl içinde görülür.

Adenozis memenin glandüler elemanlarını ilgilendiren bir lezyonu tarif eder. Mamografilerde benign kalsifikasyonlar izlenir. Sklerozan adenozis ve mikroglandüler adenozis olmak üzere iki tipi vardır (30).Galaktosel içerisinde süt dolu meme kistleridir. Süt veren veya hamile kadınlarda palpable kitle izlenir, laktasyondan sonra yıllarca kalabilir.

Fibroma iyi huylu ve düzgün konturludur ve memenin glandüler dokusunda yer alır. Leomyoma memenin nadir görülen nonepitelyal tümörlerinden biridir.

Duktal ektazi (Plazma Hücreli Mastit) memenin subareoler bölgesindeki toplayıcı kanallarının dilatasyonu ve etraflarında iltihabi reaksiyon ve fibrozis ile karakterizedir. İlk şikayet meme başı akıntısıdır. Koyu ve renkli bir akıntı oluşur. Hastalık ilerledikçe periduktal fibrozis ve iltihabi lenfosit infiltrasyonu oluşur. Genişleyen duktuslar palpasyon ile hissedilebilir,ileri dönemlerde gelişen fibroze bağlı olarak meme başı retraksiyonu görülebilir.

Hemanjiom memenin stromal vasküler lezyonudur. Mamografide iyi sınırlı, makrolobüle kitle ile beraberinde punktat kalsifikasyonlar izlenir, % 1,2-11 oranında görülür (22). Radyal skar santral skleroz ve değişen derecelerde epitelyal proliferasyon, apokrin metaplazi ve papilloma formasyonu ile karakterizedir. Fokal meme fibrozisi skarlar veya diabet mastopatisi ile ilgilidir. Memeye yönelik girişimsel işlemlerden sonra oluşabilir(30).

2.2.2 Memenin Malign Hastalıkları

Duktal karsinoma in situ memenin primer malign neoplazmıdır. DCIS tüm meme kanserlerinin % 0.8- 5'ini oluşturmaktadır. Teşhis konulduğunda genellikle klinik olarak palpe edilebilir dönemdedir. Bu lezyonlar duktusun içerisinde çoğalarak duktus boyunca yayılırlar ve bazal membranı aşmazlar (37). İntraduktal karsinomların % 60'ı kalsifikasyon içerir, mamografide karakteristik olarak pleomorfik küme yapan mikrokalsifikasyonlar ile saptanabilirler. Nadiren palpasyon bulgusu verirler (30,37).

Lobüler Karsinoma in situ histopatolojik olarak terminal duktuslarda ve asinüslerde proliferasyonla beraber kohezyon kaybı ve az sayıda mitoz gösteren oval veya yuvarlak çekirdekli hücrelerdir. Lobüler karsinoma in situ çoğunlukla benign veya malign bir lezyona yönelik yapılan meme biyopsilerinde tesadüfen saptanır. Tüm kanserlerin % 1-6'sını noninvaziv kanserlerin %30'unu oluşturur. Multifokal ve bilateral olup genellikle mamografik ve klinik bulgu vermez. Lobüler karsinoma in situ saptanan hastalarda infiltratif duktal ve infiltratif lobüler karsinom gelişme riski normal popülasyona göre 9 kat daha fazladır (32-38).

İnvaziv duktal karsinomlar memenin en sık görülen (%70–80), ancak invaziv karsinomların diğer hiçbir kategorisine, yani özel tipler denen diğer histolojik tiplerine uymayan malign tümördür. Tipik olgularda tümör düzensiz sınırlı, kesit yüzeyi sert, pürüklü nitelikte olup çevre stromaya doğru ince uzantılar oluştururlar. Mikroskopik olarak sıklıkla lenfatik ve perinöral invazyon mevcuttur.

İnvaziv lobüler karsinom görülme sıklığı çeşitli serilerde %1–20 arasında belirtilmekle birlikte ortalama %5–10 arasındadır. Genellikle invaziv duktal karsinoma göre çevre doku sınırları daha düzensiz tümörlerdir. Boyutları çok değişkendir. Bazen gözle görülür bir kitle oluşturmaz ve makroskopik tanı konulamaz. Multifokalite, multisentrisite ve bilateralite sıklığı invaziv duktal karsinoma göre daha yüksektir. Mikroskopik özelliklerine göre klasik invaziv lobüler karsinoma dışında solid, alveolar, pleomorfik, tübülolobüler, taşlı yüzük hücreli ve mikst tipleri de vardır (38).

Müsinöz (kolloid) karsinom genellikle postmenopozal kadınlarda %1–6 oranında görülür ve yıllar içerisinde yavaşça büyür. Saf müsinöz olgularda lenf nodu metastazı insidansı çok düşüktür (<%20). Kısa dönemde prognoz, özellikle tümör çapı 3 cm.den küçük ise çok iyidir. Mikst tümörlerde (müsinöz+invaziv duktal karsinom) ise saf tipe göre prognoz daha kötüdür (30).

Medüller karsinom 50 yaşından önce daha sıklıkla görülür ve genellikle BRCA1 geni mevcuttur. Meme kanserlerinin %1'inden azını oluştururlar. Mikroskopik olarak nekroz ve kanama sıktır. Özel tip olmayan meme karsinomlarından hafifçe daha iyi bir prognoza sahiptirler. Atipik medüller karsinomda ise hastalığın prognozu invaziv duktal karsinoma benzer.

İnvaziv papiller karsinom %1'den de az görülen, nadir bir tiptir. Genellikle in situ tümörlerdir ve sıklıkla postmenopozal kadınlarda görülür. Birçok olguda beraberinde papiller veya kribriform tipte in situ duktal karsinom bulunur. Genel prognozu diğer tiplere göre daha iyidir.

Tübüler karsinom meme karsinomlarının %0,4-8'ini oluştururlar. Makroskopik olarak tipik İDK ile aynı görünüme sahip ancak genellikle daha küçük tümörlerdir. 2 cm.den küçüktürler. Sert kıvrımları ve düzensiz sınırları malignite kuşkusu doğurur. Prognozları çok iyidir.

Paget karsinomu özel bir tip olmayıp, karakteristik klinik özelliğe sahip bir tümördür. Meme karsinomlu hastaların %12'sinde görülür. Genellikle DKİS ile ilişkilidir, ancak invaziv meme kanseri ile birlikte görülebileceği gibi nadir de olsa memede kitle olmaksızın sadece meme başı ve areolada Paget hastalığının klinik bulguları ile de ortaya çıkabilir. Stromal invazyon da var olabilir. Meme başında kısmen krutlu, ekzamatoid lezyon şeklinde görülür. Daha sonra areolayı tutabilir, ancak seyrek olarak birkaç cm.yi geçebilir. Şüpheli olgularda kesin tanı meme başı ve areoladan tam kat deri biyopsisi ile konur. Tedavi ve prognoz zemindeki tümörün invaziv olup olmadığına, boyutuna ve lenf nodlarının durumuna bağlıdır.

İnflamatuvar karsinom da Paget karsinomu gibi morfolojik tip değildirler. Memede ödem, hiperemi, hassasiyet ile karakterize tümörler için bu deyim kullanılır. Tümörün dermal lenfatiklere yaygın invazyonu bu görünüme neden olur. Ancak dermal invazyon olmadan da inflamatuvar karsinom görünümü olabilir, ayrıca aksine dermal lenfatik invazyonlarına rağmen bu görünüm oluşmayabilir (39).

2.2.3 Diğer Malign Meme Lezyonları

Memenin primer non-hodgkin lenfoması memenin malign lezyonlarının % 0,1- 0,5'ini oluşturur (40). Lenfomatöz veya lösemik depozitler genellikle dissemine ve multisentrik hastalığın infiltrasyonlarıdır (30). Lenfomalar aksiller veya intramammar lenfadenopatiler oluşturabilir ya da iyi veya kötü sınırlı meme nodülleri şeklinde görülebilirler. Skuamöz ve sarkomatöz metaplaziler en sık invaziv duktal karsinomlarda, primer meme sarkomlarında ve phylloid tümörde görülebilen yassı hücreli, spindle hücreli ya da heterolog mezenşimal büyüme gibi patolojik bulgulardır. Genellikle az diferansiye tümörlerde görülürler ve kötü prognoz gösterirler. Meme kanserlerinde metaplastik değişiklikler seyrek (39). Fibrosarkomlar en sık primer meme sarkomlarıdır. Fibroadenoma benzerler, ancak düzensiz konturlu, lokal infiltrasyon gösteren ve çok hızlı büyüyen kitlelerdir (32).

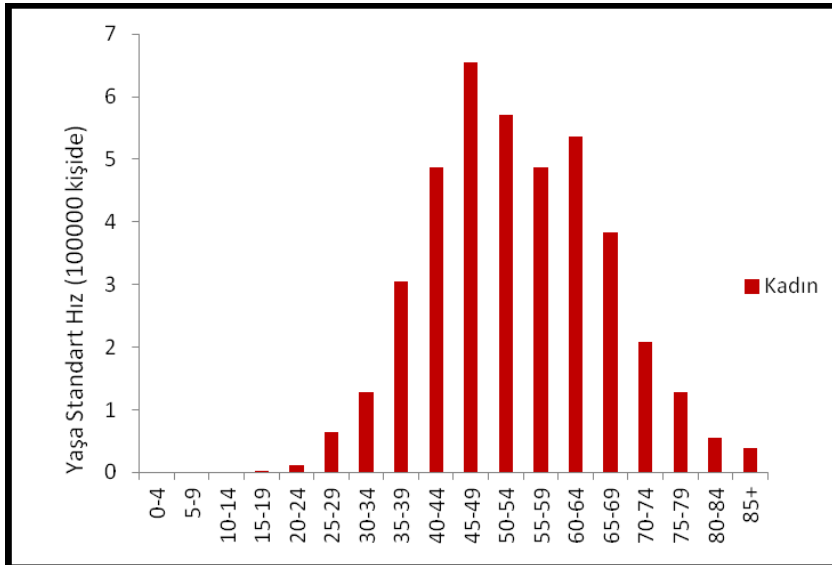
Memeye metastazlar, meme malignitelerinin % 1-2'sini oluşturur (38). Mamografik görüntüleri fibroadenoma benzeyen iyi sınırlı bir kitle şeklinde olabilir. Memeye en sık karşı memeden, lenfoma, melanom, yumusak doku sarkomları, granülositik sarkoma, akciğer bronş karsinomu, mide, prostat, over ve serviks malignitelerinin metastazları görülür. Daha az sıklıkla memeye metastatik tranzisyonel hücreli karsinoma metastazı bildirilmiştir (39).

Meme kanserlerinin kendi metastazları ise sıklıkla, akciğer, karaciğer, kemik, plevra, sürrenal ve böbreklere olmaktadır. Daha az sıklıkla metastazlar dalak, pankreas, over, beyin, temporal kemik ve tiroide izlenmektedir (40).

2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

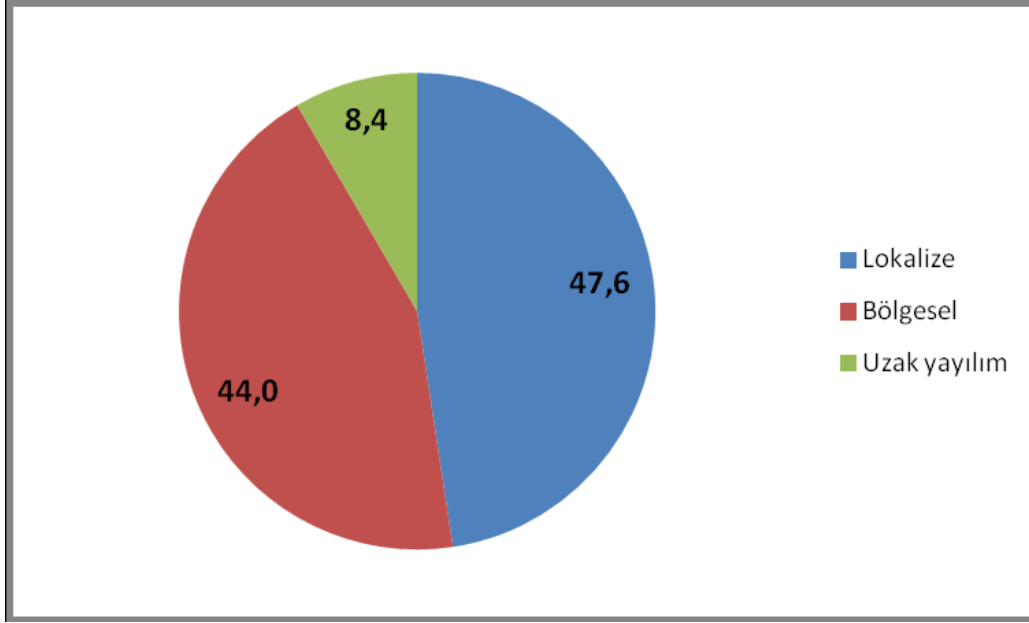
Meme kanseri, tüm insanlarda akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (1). Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen kadın kanseridir. Kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin de başında gelmektedir. Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre her 8 kadından biri yaşam boyu meme kanseri ile karşı karşıya kalacaktır (3).

Meme kanseri insidansı dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır (2). Ortalama yaşam süresinin artması, yaşam tarzındaki değişiklikler, tanı testlerinde ve kanser olgularının bildirimindeki artışlar meme kanseri insidansında artışa yol açan başlıca nedenler arasında sayılmaktadır. Türkiye’deki mevcut veriler, meme kanserinin kadınlarda görülen tüm kanser olguları içinde %23,4 ile ilk sırada olduğunu göstermektedir. Türkiye de en sık 45-49 yaş arasında görülmektedir (5). Meme kanserinin yaşa göre dağılımı Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. Meme Kanserinin Yaşa Özel Hızlarının Dağılımı (Birleşik Veri Tabanı, 2009)(5)

Türkiye’de hastanelere yatan kanser hastaları içinde meme kanserinin ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir (5). Meme kanseri evreleri incelendiğinde veri tabanında yer alan invaziv vakaların sadece %8,4’ü ileri evrededir. Meme kanseri olgularının %44’ü bölgesel %47,6 sı lokalize evrededir. Hastaların tanı sırasındaki evrelerine göre dağılımı Şekil 2’de verilmiştir. Tanı konulduğu zaman lokalize evrede olan vakaların 5 yıllık sağkalım oranı ülkemizde %90’dır (5).



Şekil 2. Meme Kanseri Tanı Evrelerinin Yüzde Dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009) (5)

2.4. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

1-Cinsiyet: Tüm meme kanserli hastaların %99'u kadın, %1'i ise erkektir. Önceleri bunun kromozomal nedenlerle olduğu düşünülse de şimdilerde neredeyse kesin olarak hormonal nedenlerle ilişki kurulmaktadır (41).

2-Yaş: Batı ülkelerinde yaşam süresinin uzaması yaşlı nüfusun artmasıyla sonuçlanmaktadır. Çoğu kanser türünün yaşlılarda görülme sıklığının arttığı bilinmektedir ve son zamanlarda yaşlılıkta tanı alan hasta sayısı da artmaktadır (42). Genel olarak yaşla kanser sıklığının artması mevcut çevresel, kimyasal ve hormonal etkilere maruziyetin artması ile ilişkilendirilmektedir. Meme kanserinde de yaş ilerledikçe hastalığa yakalanma riski artar. Yaş, diğer kanserlerde olduğu gibi en önemli risk faktörüdür. 30 yaş altındaki kadınlarda görülme olasılığı çok düşükken, insidans 35-39 yaşlarında artış göstermekte, 75-79 yaşları arasında pik yapmakta ve 80 yaşlarında bu artış durmaktadır (43). Bir çalışmada 1996-2000 yılları arasında tanı alan kadınlar incelendiğinde %44,2'sinin tanı anında 65 yaş ve üzerinde olduğu, %22,5'inin 75 yaş ve üzerinde olduğu gösterilmiştir (44).

3-Genetik yatkınlık ve aile öyküsü: Aile öyküsü ile kişisel meme kanseri riski arasındaki ilişki gösterilmiştir. Otuzaltı çalışmalık bir metaanalizde birinci derecede akrabasında (anne, kızkardeş ve kız çocuk) meme kanseri olan bir kadında riskin 3 kat arttığı gösterilmiştir (45). Meme kanserli kadınların %15'inden daha azında aile öyküsü vardır.

Bunların ortalama %5-10'unda ise aile öyküsü olmakla birlikte kanıtlanmış genetik yatkınlığı yoktur. Bu kanserlerin genetik ve çevresel etkilerin kombinasyonu ya da henüz tanımlanmamış gen mutasyonlarına bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (46). Bütün olguların ise ortalama %5-10'unun genetik yatkınlığa bağlı olduğu saptanmıştır. Bu olguların da büyük çoğunluğunu BRCA-1 ve 2 genlerinin mutasyonlarının izlendiği "herediter meme ve over kanseri" (HMOK) sendromunun oluşturduğu bilinmektedir (46).

4-Doğurganlık ve hormonal faktörler: Meme kanseri gelişiminde hormonal ve doğurganlıkla ilgili faktörlerin etkili olduğu gösterilmiştir (47). Meme kanseri riski bir kadının yaşam boyu geçirdiği toplam ovulatuvar menstruel siklusların sayısı ile ilişkilidir. Risk menarş yaşı ile ters orantılı olup, menopoza girme yaşının artmasıyla artış göstermektedir. Erken menarş meme hücre proliferasyonunu daha erkene çeker böylece daha hücreler diferansiye değilken östrojene ve diğer karsinojenlere maruziyet süresi artar (48). Menarşda her bir yıllık gecikme başına premenopozal meme kanseri riskinde %9 oranında, menopoz sonrası ise %4 oranında azalma sağlanır (49).

Erken yaşta doğum meme kanseri riskini belirgin olarak azaltır. Nulliparitede ise risk artar. Ne kadar erken canlı doğum yapılır ve laktasyon başlarsa meme epitelinin diferansiasyonu o kadar erken tamamlanır ve karsinojenlerden o kadar az etkilenir. Yirmi yaşından daha önce çocuk doğuran bir kadının riski, nullipar veya ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran bir kadının yaklaşık olarak yarısıdır (50).

Emzirmenin bebek gelişiminde yararları bilinmekte ve anneler bu konuda her zaman teşvik edilmektedirler. Meme kanserinden koruduğunu gösterdiğine dair ilk çalışma ise 1970'te yapılmıştır (51). Hiç emzirmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında herhangi bir zamanda ve sürede emziren kadınların meme kanseri riski 0,5-1,1 kat azalmaktadır. (52). Laktasyon ve meme kanseri arasındaki ters ilişki çeşitli mekanizmalarla açıklanmaktadır. Bir tanesi laktasyon sırasında prolaktinin etkisiyle hipofizer ovaryan aksın baskılanması sonucu seks hormonlarına maruziyetin azalmasını esas almaktadır. Östrojen ve progesteronun meme hücrelerinde mitotik aktiviteyi artırdığı bilinmektedir (48).

Ekzojen hormonlar da (oral kontraseptif ajanlar ve hormon replasman tedavileri) sıklıkla çalışılmış bir konudur. Östrojen ve progesteronla kombine hormon replasman tedavisinin meme kanseri riskini %26 oranında artırdığı yaklaşık 160000 postmenopozal kadının izlendiği Women's Health Initiative çalışmasında gösterilmiştir (53). HRT verilme süresi arttıkça riskin arttığı bilinmektedir. Beş yıldan daha uzun hormon replasmanı riski %10 civarında artırmaktadır (relatif risk=1.57). Kombine preparatlar, tek başına östrojen içeren preparatlardan daha riskli olarak görülmektedir (54). Oral kontraseptif kullanımının etkisi

daha çelişkilidir. Anovulatuvar siklusa neden oldukları için koruyucu gibi görünmektedirler fakat östrojen ve progesteron kombine preparatlar memede mitotik aktiviteyi tetikleyebilirler. Oral kontraseptiflerin kesilmesini takiben 10 yıl sonrasında risk, kullanmayanlarla aynı seviyeye inmektedir (54).

5-Yaşam tarzı ve çevresel faktörler: Değiştirilebilir olduğundan yaşam tarzı faktörleri önemli bir risk sınıfını oluşturur. Obezite bu açıdan en çok çalışlandır. Vücut yağ dokusu arttıkça endojen östrojen üretimi artmaktadır. Çünkü bilindiği gibi yağ dokuları androjenleri östrojenlere metabolize eder. Ayrıca obezite steroid hormon bağlayan globulin düzeylerini de azaltır, bu da serbest östrojen düzeylerini artırır (55).

Beden kitle indeksi 25 kg/m^2 'den büyük olan postmenopozal kadınlarda riskin 1,3-2,1 oranında arttığı gösterilmiştir. Tanı öncesi kilo alımı, yüksek riski belirler. Tanı sonrası ve tedavi sırasında kilo alımı ise kötü prognoz ve artmış nüks hızıyla birliktedir(56). Santral obezitenin de nüks hızı ve mortalite hızıyla doğru orantılı bir ilişkisi vardır (56). Bir çalışmada ise tümör büyüklüğü ile santral obezitenin ilişkisi gösterilmiştir (57).

Fiziksel aktivitenin sedanter yaşam tarzına oranla meme kanseri riskini %20-30 oranında azalttığı düşünülmektedir. Haftada 3 kez yapılan düzenli egzersizle yağ dokusu, dolayısıyla endojen östrojen üretimi azalmaktadır (15).

Ağır alkol alımının (günde 45 gramdan fazla) hiç içmemeye göre riski 1,46 oranında artırdığı gösterilmiştir. Nedeni tam açıklanamamakla birlikte, alkol alımıyla karsinojenik olabilecek toksik ürünlerin ortaya çıktığı düşünülmektedir (16).

Sigara içimi antiöstrojenik etkisiyle meme dokusunun çoğalmasını azaltır, meme dansitesini düşürür. Erken yetişkin dönemde sigara kullanımı meme dansitesini, geç yaşta başlamaya oranla daha fazla etkiler(60). Elli üç çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde sigara içme ile meme kanseri arasında ilişki bulunmamıştır (61).

6-Sosyoekonomik faktörler: Sosyoekonomik faktörlerin hem meme kanseri, hem de meme kanserinden ölümlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sosyoekonomik düzeyin belirlenmesinde ekonomik gelir, eğitim düzeyi, populasyon yoğunluğu, meslek, yoksulluk düzeyi gibi ölçütler ve birbirleriyle kombinasyonları kullanılır. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kişilerde sağlık kalitesi belirgin olarak yüksektir. Son 20 yılda sosyoekonomik farklılıkların, kanserde sağkalım oranları ve kansere bağlı komplikasyonlarla doğrudan ilişkisi olduğu gösterilmiştir (59).

2.5. Meme Kanserinde Tanı

Meme kanserinde tanı; anamnez fizik muayene, görüntüleme ve biyopsi ile konmaktadır (60).

1- Hasta Öyküsü (Anamnez): Yakınmaların meme kanseri olabileceğini, hastanın risk gruplarına girip girmediğini değerlendirmeye yönelik olmalıdır. Hastanın yaşı, adet durumu, menopoz durumu, gebelikleri ve doğumları ile hormon ve gebelikten koruyucu ilaç alıp almadığı dikkatle araştırılmalıdır. Kendisinin daha önce meme kanserinden tedavi görmesi yanında, yakın akrabalarında meme kanseri olup olmadığı da büyük önem taşımaktadır. Yakınmaları değerlendirirken memede ağrı, meme başı akıntısı, gerginlik hissi her ne kadar benign meme hastalıkları ile ilgili ise de kanser olasılığını tümüyle dışlamaz (61).

2- Fizik Muayene: Memelerin fiziki muayanesi dikkatle ve özenle, çok iyi bir ışık altında hastanın belden yukarı çıplakken yapılmalıdır (60). Meme kanserli hastalarda, memede saptanabilen semptom ve bulgulardan bazıları aşağıda sıralanmıştır.

- Meme üzerine basıtırıldığında hassasiyet
- Memede büyüme, büzülme, küçülme
- Meme cildi ile ilgili bulgular: Çöküntü, ödem, ülserasyon, satellit nodüller, genişlemiş venler
- Meme başı ve areola ile ilgili bulgular: Akıntı, retraksiyon, meme başı inversiyonu, meme başı yön değiştirmesi, meme başında kaşıntı, ülserasyon
- Aksiller tümör
- Kol ödemi

İnspeksiyon: İnspeksiyonla memelerde büyüklük, şekil ve pozisyon yönünden bir anormallik, şişlik, meme derisinde kızarıklık-retraksiyon-ödem-ülserasyon-ekzema satellit nodüller, meme başında akıntı, areolada pigmentasyon-şekil, büyüklük ve renk bakımından değişiklik, büyümüş montgomery follikülleri, kolda ödem, aksillada kızarıklık-şişlik-apse değerlendirilir.

Palpasyon: Hasta önce oturur sonra yatar duruma getirilerek muayene yapılır. Kitle hissedildiğinde, kitlenin çapı, şekli, yoğunluğu, mobilitesi, sınırları, lokalizasyonu, yumuşaklığı tespit edilir. Aksiller ve supraklaviküler lenf nodları muayene edilir (61).

3- Görüntüleme: Mamografi ve meme ultrasonografisi en sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir.

Mamografi: Mamografi, eksik yanlarının olmasına rağmen, meme kanseri tanısında en iyi görüntüleme yöntemidir. Günümüzde mamografinin meme kanserindeki asıl rolü,

tarama amaçlı olarak kullanımıdır. Ucuz olması, geniş kapsamlı bilgi vermesi ve radyasyon dozunun düşük olması avantajlarından bazılarıdır. Radyologlar ortak dil kullanmak amacıyla mamografi sonuçlarını BI-RADS sınıflamasına göre yaparlar (62). Mamografide BIRADS sınıflaması aşağıda verilmiştir.

BI-RADS-0: Teknik yönden yetersiz inceleme, kinetik değerlendirme veya diğer tanı yöntemleri ile karşılaştırma gereken olgular

BIRADS-1: Negatif: Normal meme, hiçbir lezyon bulunmamaktadır. Memeler simetriktir ve kitle, distorsiyon veya şüpheli kalsifikasyonlar yoktur. Bu gruptaki lezyonlarda yıllık mamografik tarama yeterlidir.

BIRADS-2: Benign bulgular: Kalsifiye fibroadenom, multipl sekretuar kalsifikasyonlar, yuvarlak kalsifikasyonlar, lipom, yağ kisti gibi yağ içerikli lezyonlar, galaktosel ve miks dansiteli hamartomlar gibi benign bulgular mevcuttur. Yaşa göre rutin yıllık izlem yeterlidir.

BIRADS-3: Yüksek olasılıkla benign bulgular: Kesin tanısal olmayan ancak benign özellikler gösteren, nonkalsifiye yuvarlak solid kitleler, fokal asimetri ve yuvarlak (punktat) mikrokalsifikasyon kümeleri gibi lezyonlardır. Bu grupta % 2 den az oranda malignite olasılığı vardır ve bu nedenle ilk tespitinden sonraki 6. ayda kontrol edilmeli değişiklik olmazsa 1 yıl sonra rutin kontrollere devam edilmelidir. Takipte amaç benign morfolojiye sahip malignitelere erken tanı koymak ve gereksiz biyopsileri önlemektir.

BIRADS-4: Şüpheli bulgular: Malignite için klasik bulgular göstermeyen ancak kategori 3'e göre artmış malignite olasılığı olan lezyonlardır. Nonpalpable ve biyopsi yapılan lezyonların çoğu bu gruba girer. Bu grup lezyonlarda malignite oranı % 2-95 arasındadır.

BIRADS-5: Yüksek olasılıkla malign bulgular: Morfolojik olarak tipik malign görünümde, malignite olasılığı % 95 ve üstü olan ve kesin biyopsi endikasyonu bulunan lezyonlardır. Düzensiz ve ışımsal sınırlı kitle lezyonu, pleomorfik kalsifikasyon kümeleri örnek olarak verilebilir.

BIRADS-6: Kanıtlanmış malignite: Biyopsi ile doğrulanmış kanserlerdir. Biyopsi ile kanıtlı olgularda evreleme, kalıntı tümör saptanması, tedaviye yanıt değerlendirilmesi (62).

Ultrasonografi: Memenin kistik lezyonlarının ortaya konmasında yardımcıdır. Doğruluk oranı mamografiden azdır. Küçük lezyonlar izlenemez. Meme doku yoğunluğu yüksek olan gençlerde ve solid- kistik lezyonları ayırmada avantajlıdır (63). Ultrasonografi; yüksek hasta uyumu olan noniyonize bir tetkiktir. Ancakmamografi kadar yüksek rezolusyona sahip değildir. Ultrasonografik inceleme ile cilt-cilt altı yağ dokusu, glandüler yapı, gland

arkasındaki yağlı planlar, pektoral adale, kotlar ve anterior göğüs duvarı görüntülenir. USG ile lezyonun solid-kistik ayrımı yapılır (63).

Manyetik Rezonans: Meme kanserinde tek başına kullanabilecek bir görüntüleme yöntemi değildir. Sadece problemlili olgularda, klinik ve mamografik bulgularla korele edilerek manyetik rezonans görüntülemeyen faydalanılmaktadır (64). Manyetik Rezonans, mamografik olarak memeleri yoğun olan ve meme koruyucu cerrahi girişim düşünülen hastalarda operasyon öncesi tümör varlığının gösterilmesinde kullanılır. Özellikle genetik çalışmalarla meme kanserine yakalanma açısından yüksek risk grubunda yer aldıkları tespit edilen ve mamografide meme parankimi yoğun olan kadınlarda malignite varlığını araştırmada kullanılır. Mamografide saptanan düzensiz, silik, sınırlı, asimetrik yoğunluklar gibi şüpheli görünümünün daha iyi değerlendirilmesinde kullanılır (63).

4- Biyopsi: Doktor hastanın anamnezini aldıktan ve fizik muayenesini yaptıktan sonra, tanıyı doğrulayacak tüm uygun radyolojik tetkikleri yaptırmalıdır. Bu aşamada kitlenin palpable veya nonpalpable olmasına göre uygulanacak biyopsinin şekline karar verilmelidir. Memede oluşan lezyonların, özellikle meme kanserinin kesin tanısı ancak biyopsi ile konur. Şüpheli radyolojik bulgular, şüpheli fizik muayene bulguları, uygun tedaviye rağmen 15 gün içinde iyileşmeyen meme başı ve areoladaki egzamatiform lezyon, erozyon ve ülserasyonlar, palpable aksiller lenf nodlarının varlığı, geçirilmiş meme kanseri, ailesel meme kanseri öyküsü gibi durumlar biyopsi yapmak için güçlü sebepleri oluştururlar (64).

2.5.1. Dünyada Ve Ülkemizde Meme Kanseri Tanısı

Meme kanserini kesin önleyen bir yöntem henüz yoktur. Günümüzde bilinen tek yöntem erken tanıdır. Erken tanı sayesinde, meme kanserinin getirdiği sorunlar büyük oranda çözülebilmektedir. Meme kanserine erken evrede tanı konması, tedavi seçeneklerinin sayısını, tedavinin başarıya ulaşma ve hastanın hayatta kalma şansını önemli oranda artırır. Bireysel ve toplumsal hasarlar en aza indirilebilir, yaşam süresi ve kalitesi önemli ölçüde artırılabilir.

Meme kanseri tanısı sürecindeki bakımın koordinasyonunda, birinci basamaktan başlayan bir sağlık arayışının olması oldukça önemlidir. Aile hekimliği sağlık kaynaklarının etkili kullanımını; bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar(18). Buradan da anlaşılacağı üzere aile hekimleri birinci basamakta koordinatör olarak çalışmak için idealdirler; çünkü sağlık sisteminin bütün aşamalarını iyi bilirler ve hastaları yalnızca hastalıkları ile değil aileleri, yaşadıkları ortam ve kültürleri bağlamında en iyi tanıyabilecek hekimlerdir. Birinci

basamak koordinatör olarak görevini yapmadığında hastalıkların tanı sürecinde gecikmeler beklenmektedir. Tanısal süreçte hastaların bütün olarak değerlendirildiği birinci basamak hastanın olası hastalıkla yüzleşme aşamasında da hastayı hazırlamakla yükümlüdür.

Dünyada hastalıkların tanı sürecine baktığımızda değişik uygulamaların mevcut olduğunu görmekteyiz. Birleşik Krallık ve Hollanda'da aile hekimlerince değerlendirilmeden diğer basamaklara ulaşımın oldukça sınırlı olduğu, sevk zincirinin etkin uygulandığı bir sistem varken; Fransa ve diğer birçok Avrupa ülkesinde sistem uzmanlarına ve hastanelere doğrudan başvurmak olasıdır (20). Birleşik Krallık'ta meme kanseri için birinci basamakta, meme muayenesi ile saptanan hangi durumlarda, nasıl sevk yapılacağına ilişkin rehber geliştirilmiştir. Burada 15 gün içerisinde sevk edilmesi gereken durumlar belirlemiştir (21).

Acil sevk gerektiren durumlar (2 hafta içinde)

- Memede kitle bulunan, 30 yaş ve üzerindeki kadınlar,
- Meme kanseri olma olasılığı çok yüksek olan meme bulguları;
- Ülserasyon
- Deride nodül
- Deride distorsiyon
- Meme başında egzema
- 3 aydan kısa sürede gelişmiş olan meme başı retraksiyonu veya distorsiyonu
- Tek taraflı meme başı akıntısı (giyside leke bırakan)

Sevk gerektiren, ancak acil olmayan durumlar

- Memede kitle bulunan, 30 yaş ve altındaki kadınlar
- Menstruasyondan sonra muayene tekrarlandığında, sebat eden asimetric nodülarite
- Apse
- İnatçı, tekrarlayan kistler
- Memede, basit yaklaşımlara (rahat sütyen kullanma veya parasetamol gibi ağrı kesicilerin kullanılması v.b.) yanıt vermeyen, kolay kontrol edilemeyen ağrı
- 50 yaşın altındaki kadınlarda, giysilerde leke yapacak kadar, bilateral meme başı akıntısı
- 50 yaşın altındaki kadınlarda kanlı meme başı akıntısı (tek taraflı ise acil sevk)
- 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda, herhangi bir meme başı akıntısı

Ülkemizde de sistem uzmanlarına ve hastanelere doğrudan başvurmak olasıdır. 2010 yılında tüm Türkiye'de tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Sevk zincirinin getirilmesi denenmiş olsa da ertelenmiştir. Bu yüzden ülkemizde meme kanseri tanı sürecince

birinci basamak etkin rol oynamamaktadır. Buradan hareketle DSÖ tarafından tarama yapılması önerilen kanserlerde, toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Ülkemizde 81 ilde 84 adet KETEM bulunmaktadır. KETEM'lerin görevleri; Sağlık personeline ve halka, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (farkındalığın arttırılması), tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla erken dönemde tanı konulması ve kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanmasıdır. Ülkemizde hastalar bir sağlık sorunu olduğunda ilk olarak genellikle sistem uzmanlarına başvurmaktadır. Tarama amacıyla ise aile hekimlerinin önerisiyle ya da direkt olarak KETEM'lere başvurarak tarama programlarına katılmaktadır (17).

2.5.2. Dünyada Ve Ülkemizde Erken Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde taramalar ilk olarak 1960 yılında mamografi kullanımı ile başlamıştır (65). Çalışmalarda meme kanserinin mamografi ile yapılan taramalar ile erken tanınabileceğinin gösterilmesi ve erken tanının mortaliteyi azalttığının saptanmasıyla kullanılması zaman içerisinde artmaya başladı ve dünyada meme kanseri tarama programları oluşturulmaya başlandı. Avrupa'da meme kanseri taramaları kamunun önderliğinde yapılmaktadır. Değişik ülkelerde ücretli ya da ücretsiz tarama uygulamaları mevcuttur. ABD'de ise toplumun meme kanseri taraması amacıyla hiçbir bütçe ayrılmamaktadır. ABD'de devlet otoritesi sadece mamaografi kalitesi için düzenleyici rol oynamaktadır. Geliştirdikleri rehberde fırsatçı tarama şeklinde düzenlenmiş öneriler mevcuttur.

ACS Meme Kanseri Erken Tanı Kılavuzu, 2004 Derlemesi (65)

Ortalama riskli kadınlarda:

1-40 yaşında yıllık mamografi taramasına başlanması,

2-20 yaşından itibaren bir klinisyen tarafından 3 yılda bir meme muayenesinin yapılması,

3-40 yaşından sonra yılda bir kez bir klinisyen tarafından meme muayenesinin yapılması,

4-20 yaşından itibaren kadınlara kendi kendine muayenesinin yarar ve kısıtlılıklarının anlatılması, bu muayeneyi yapmayı kabul edenlerin tekniklerinin klinisyenlerce periyodik olarak kontrolü,

Yaşlı kadınlarda:

O anki sağlık durumları ve yaşam beklentilerine göre tarama programının bireysel olarak düzenlenmesi, (tedaviye aday olabilecek her kadın yıllık mamografi taramasına devam eder.)

Yüksek riskli kadınlarda:

Ortalama riskli kadınlara önerilenler değiştirilerek uygulanabilir, (daha erken yaşta, daha sık olarak tarama yapılması, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi yöntemlerinin eklenmesi gibi.)

Türkiye’de Meme Kanseri Taraması

Ülkemizde tarama programları devlet tarafından desteklenen ve uygulanan bir yapıdadır. 20 Temmuz 2004 tarihinde “Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları” yayınlamıştır. Buna göre ideal yöntemin iki yılda bir uygulanacak mamografi ile tarama olduğu belirtilmiştir.

- 50-69 yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir, her iki meme için, birisi medyolateral oblik, diğeri ise kraniokaudal olmak üzere ikişer poz mamografi filmi çekilmelidir.
- Mamografi filmleri iki radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmelidir.
- Asıl tarama metodu mamografi olmakla beraber, taramaya katılan her kadına hekim tarafından klinik meme muayenesi de yapılmalıdır (17).

Daha sonra 2012 yılında tarama başlama yaşı 40 olarak revize edilmiş ve aile hekimlerinin tarama programlarına hastalarını dahil etmesini sağlamak amacıyla yönlendirme yapmadıkları durumda negatif performans uygulaması başlatılmıştır.

Aile Hekimlerinin Meme Kanseri Tarama Programındaki Görevleri

Bilindiği gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetler bağışıklama, aile planlaması hizmetleri, erken tanı, kemoproflaksi, kişisel hijyen, sağlık eğitimi ve yeterli beslenme alt başlıklarında toplanır. Aile hekimliği uygulamasının erken tanı, kemoproflaksi ve kişisel hijyen başlıklarını karşılayabileceği düşünülebilir (66). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre; “kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarının (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapılması Aile Hekimlerinin görevidir” denilmektedir (67). Ayrıca sağlık eğitimi her hekimin görevi olmakla birlikte, sadece muayeneye gelen yani hizmet talep eden kişilere sağlık eğitimi vermekle “topluma sağlık eğitimi hizmeti vermekteyiz” denemeyeceği açıktır. Eğitimin önemli ilkeleri vardır ve halk

eğitimi ise belki de en zor gerçekleştirilecek eğitim türlerindendir. Başarılı bir halk eğitimi çıktılarını halkın eğilim ve davranışlarından izlemek yani bir değişim meydana getirmek gerekir. Sık tekrarlanması, pek çok sağlık alışanınca vurgulanması ile verilen eğitimin başarısı artacaktır (66).

2.5.3. Meme Kanseriinde Tanı Gecikmesi

Memede kitlesi olan her 10 kadından 9'u tümörü kendisi bulur (68). %80- 90 ilk kez hastanın kendi tarafından ortaya konmuştur (69). Meme hastalıklarında en uygun tedavi yönteminin seçilebilmesi ancak hastalığa doğru ve kesin bir tanının konulması ile mümkündür. Memede lezyon tespit edildiği zaman, her şeyden önce lezyonun yapısının kesin bir şekilde anlaşılması gerekir. Bu da hastanın durumunun iyi değerlendirilmesi ve kesin tanının konulmasıyla gerçekleşir. Hastalığa kesin tanı konamaması; tedavi planlanmasını, uygulanacak tedavinin tipini ve tedavi sonuçlarını etkiler. Erken bir evrede teşhis ve tedavi edilen meme kanserli hastalarda iyileşme ve kanserden kurtulma oranı oldukça yüksektir. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde; meme kanseri görülme sıklığında artma olmasına rağmen, meme kanserinden ölüm oranlarında azalma olmuştur. Bunun nedeni; meme hastalıkları ve özellikle meme kanseri konusunda toplumun eğitilmiş olması ve kadınların konunun önemini kavrayarak daha erken evrelerde hekime başvurmalarıdır. Özellikle 1980 sonrasında nonpalpable, okült meme kanseri tanısında belirgin artış olmuştur (70). Bununla beraber meme kanseri olasılığı olan için hasta değerlendirilmesi bugün de hasta öyküsü ve fizik muayeneye dayanmaktadır. Bizim lkemizde ise; birçok hasta memelerinde bir anormallik farketmelerine rağmen hemen hekime başvurmamakta ve çok önemli bir süreyi boşa harcamaktadır.

Meme kanserinde tanı gecikmesi süreleri üç şekilde gruplanmaktadır.

1. **Hastaya ait gecikme süresi** ilk semptomun farkedilmesinden doktora gidinceye kadar geçen süre

2. **Sisteme ait gecikme süresi** doktora ilk gidilen tarihten tedaviye başlanıncaya kadar geçen süre

3. **Toplam gecikme süresi** ilk semptomun farkedilmesi ile tedaviye başlanıncaya kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır.

Tanı gecikmesinin nedenleri ise iki başlık altında toplanabilir (71).

2.5.3.1. Hastaya bağlı faktörler

Tanı gecikmesine yol açan faktörlerin başında eğitim eksikliği gelmektedir. Kadınlar bir kitle hissettiklerinde bunun önemini kavrayamamakta ve erken evrede tedavi olmazsa ne

gibi sorunlar çıkacağını düşünememektedirler. Ancak memelerindeki kitle zamanla büyük boyutlara ulaştığı veya ülserasyon gibi başka belirtilere yol açtığı zaman hekime başvurmaktadırlar. Gecikme nedeni olarak da ağrının olmamasını ya da rahatsız olmadıklarını ifade etmektedirler. Meme kanserinde hastaya bağlı tanı gecikmesinin ikinci önemli nedeni; psikolojik nedenlerdir. Kötü bir sonuçla karşılaşmaktan korkma ya da doktora gitmekten utanma ya da kadınlık özelliklerini kaybetmekten korkma sayılabilir. Meme kanserinde tanı gecikmesine neden olan diğer bir neden ise ekonomik faktörlerdir; parasal sorunlar bazı fakir hastaların tedavi için erken dönemde hekime gitmelerini engellemektedir. Tanı gecikmesinde hastaya bağlı nedenler aşağıda sıralanmıştır.

Tabular: Meme kanseri tanısı konulan aile bireyini bir taraf koymak, meme kanserli kadınların lanetlenmesi, meme kanserli kadınların susturulması

Mitler: Ağrı yok kanser yok, ailede yok bende olmaz, meme kanseri yaşlılık hastalığıdır.

İnançlar: Dini liderlerin geleneksel iyileştiricileri daha etkilidir! Tanrıdan gelmiş, tanrı iyileştirir.

İletişim: Memenin grafikler ve resimlerle gösterilmesi kültürel olarak uygun olmayabilir.

Karar vericiler: Kadının kendisinin hastalığı ve tedavisi konusunda karar verememesi, eşinin, aşiret reisinin karar vermesi

Farkındalık: Eğitim materyallerinin ve eğitimcilerin yetersizliği, uyumsuzluğu

2.5.3.2. Hekime bağlı faktörler

Hekime bağlı faktörler de meme kanseri tanısının gecikmesine yol açabilir. Memedeki karsinomatöz bir tümörün yanlışlıkla meme enfeksiyonuna benzetilmesi, memedeki ağrının ya da akıntının önemsenmemesi gibi nedenler sayılabilir (70).

Meme kanserli hastalarda tanı ve tedavide gecikme süreleri ve neden olan faktörleri saptamak amaçlı yapılan uluslararası bir anket çalışması ülkemizdeki süreci diğer ülkelerle karşılaştırmıştır. Buna göre ülkemizde ortalama hastaya bağlı gecikme süresi 4,8 hafta ,sisteme bağlı gecikme süresi 10,5 hafta, toplam gecikme süresi 13,8 hafta olarak saptanmıştır (75). Gelişmiş ülkelerde toplam gecikme süreleri İngiltere’de 6 hafta Danimarka’da ise 7 haftadır. Rusya, Polonya gibi ülkelerde ise bizimle benzer süreler vardır. Hastaya ait tedavide gecikme nedenleri sağlık sistemine ve başarılı bir tedaviye inanmamak, ortaya çıkan semptomları kabullenmemek, kendi kendine meme muayenesi yapmamak, eğitimsizlik, ev kadını olmak aile, akraba ve dostlarında kanser olmaması, nüfusu < 100.000 olan bir şehirde yaşamak olarak saptanmıştır. Sisteme bağlı gecikme sebepleri ise sağlık sisteminden destek

görmemek, uyarılmamak, sistemden mamografi daveti almamak, ilk olarak aile hekimine, devlet hastanesine veya özel hastaneye başvurmak olarak belirtilmiştir (71).

Meme kanserinin erken teşhisi üzerine yapılmış ulusal programların başarısı katılım oranlarına bağlıdır. Meme kanserinden korunma için önerilenleri uygulama oranı ise; kadınların risk faktörleri hakkındaki bilinç düzeyi ve kanser korkusu ile doğrudan ilgilidir (72). Kanser hakkında yanlış bilgilendirmeler, tarama programlarına katılımı azaltmaktadır (73). Eğitim düzeyi arttıkça kadınların meme kanseri hakkında bilgileri de artmaktadır. 1000 katılımcısı olan bir çalışmaya göre erken tarama programlarının en sıkı takipçileri beyaz, iyi eğitilmiş, şehirde yaşayan ve ortalama 60 yaş civarındaki kadınlardır (74).

Kadınlara bireysel özelliklerine göre birinci derece sağlık hizmeti vermek onlara ulaşmada en yararlı çözüm gibi görünmektedir. Oysaki bir çalışmada klinisyenlerin, beyaz, evli, iyi eğitilmiş ve iyi geliri olan kadınlara mamografiyi daha fazla özendirdikleri belirlenmiştir. Halbuki beyazlarda meme kanseri mortalitesi giderek azalırken siyahlarda artmaktadır. Bu yüzden siyah, daha az eğitilmiş kadınların bilinçlendirilmesinde değişik stratejiler ve yeni düzenlemeler yapılması gerektiği açıktır (75).

Kadınlardaki meme kanseri riskinin anket yöntemiyle belirlenmeye çalışıldığı bir araştırmada, genç kadınların yaşlılardan daha fazla bilgilendirmeye istekli oldukları, yaşlıların risk faktörlerini saklamaya veya unutmaya eğilimli oldukları, iyi eğitilmiş kadınların kişisel riskleri açısından daha bilgili oldukları görülmüştür (76). Kitleli iletişim araçları (televizyon, radyo, internet, yazılı basın) ile jinekologlar ve 1. Basamak hekimleri başta olmak üzere tüm doktorlara, erken tarama programlarında önemli roller düşmektedir. Bilgilendirme yolu ise bireysel olmalı, yaş, eğitim düzeyi, sosyal sınıf ve aile öyküsü gibi özelliklere göre değişebilmelidir (77).

2.6. Meme Kanseri Alternatif Tedavi

Tamamlayıcı tedavi, bilimsel tıba destek amaçlı yapılan tedavilerdir. Yaşam kalitesini geliştirmek, semptomları ve ilaçların yan etkilerini azaltmak, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak amacıyla uygulanır. Alternatif tedavi ise, bilimsel tıbbi uygulamalar yerine yapılan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış tedavilerdir (78,79).

NCCAM tamamlayıcı ve alternatif tedavileri beş başlık altına toplamıştır.

1. Alternatif ve medikal sistemler (homeopati, naturopati, ...)
2. Beden-zihin müdahaleleri(müzik, terpi, dua,...)
3. Biyolojik temelli tedaviler (bitkiler, diyet destek ürünleri,...)
4. Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, osteopati,...)
5. Enerji tedavileri (reiki, qigong,)

Kanserde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı giderek artmaktadır ve literatürde çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda kullanım sıklığının %7 ile %64 arasında olduğu (ortalama %31.4) belirtilmektedir (80). Gelişmiş ülkelerde TAT kullanımı Amerika’da 42,1 Fransa’da %49,3 Kanada’da %70,4 iken Çin’de %70 Afrika ülkelerinde %80 oranındadır. Ülkemizin de içinde olduğu 14 Avrupa ülkesinde yürütülen çalışmada kanserli hastalarda TAT kullanım oranının %36 olduğu ve %15-%73 arasında geniş bir dağılım gösterdiği belirlenmiştir (18). Türkiye’de kanserli hastalarda TAT yöntemlerinin kullanımı %22,1 ile %84,1 arasında değiştiği ortalama %46,2 olduğu tesbit edilmiştir (79). Türkiye’de değişik bölgelerde kanserli hastalarda TAT kullanım sıklığına ait veriler hastaların %36-%80,2’sinin en az bir kez Tat kullandığını göstermektedir (78). Meme kanserli hastaların TAT kullanımı ülkemizde yapılan bir çalışmada %48,8 olarak saptanmıştır (79). Ülkemizde kanserli hastalarda TAT kullanım konusuna ilgi giderek artmaktadır ve bu yöntemlerin hastalar tarafından yaygın olarak kullanıldığına inanılmaktadır. En sık kullanılan yöntemin bitki karışımları olduğu ve en yaygın olarak kullanılan bitkinin ise “ısırgan otu” olduğu belirlenmiştir. Kullanılan diğer yöntemler ise dua, dini uygulamalar, vitamin/özel diyetlerdir. Alternatif tedavi kullanma nedeninin araştırıldığı çalışmalarda, hastaların çoğunluğunun TAT yöntemlerini hastalığa karşı her şeyi yapmak için, kanser tedavisi için ve faydasına inandıkları için kullandıkları; etkili olma durumunun çalışmalarda farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmalarda TAT kullanan hasta ve/veya yakınlarının çoğunluğunun doktor/hemşireye bilgi vermediği belirtilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Tasarımı

Çalışma tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlandı. Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda 01 Ocak 2010-30 Haziran 2013 tarihleri arasında yapılan 1651 meme biyopsisi sonucu tek tek incelendi ve 503 hastaya meme kanseri tanısı konulduğu saptandı. Çalışmanın evrenini meme kanseri tanısı alan 503 hasta oluşturdu ve evrenin tümü çalışmaya dahil edildi. Beş yüz üç hastanın dosya kayıtları incelenerek kendilerinin ve/veya yakınlarının telefon ve adres bilgileri elde edildi. Telefon ve adres bilgileri yanlış, eksik veya değişmiş olan 109 hastaya ulaşılamadı. Ulaşılan 394 hastanın 19'u ölmüştü, 93 hasta ise çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Sonuçta çalışma evreninin %56'sı olan 282 hastaya anket uygulandı.

Araştırmanın katılımcı erişim şeması



Gerekli izinlerin alınmasını takiben 1 Kasım 2013-30 Mayıs 2014 tarihleri arasında hastalardan randevu alındıktan sonra yüzyüze görüşülerek araştırmacılar tarafından

oluşturulmuş olan ve hastaların demografik verilerini, risk faktörlerini, tarama davranışlarını ve tanılal süreçlerini sorgulayan anket formu dolduruldu ve onam formu imzalatıldı.

3.2. Veri Toplama Formu

Veri toplama formu olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan 40 soruluk anket kullanılmıştır. Anket formunun ilk kısmında demografik bilgilerin yer aldığı yedi soru bulunmaktadır. Ardından risk faktörlerini sorgulayan sorular gelmektedir. Bunlardan bazıları sigara ve alkol alışkanlıkları, oral kontraseptif kullanımı, hormon replasman tedavisi alıp almadığı, gebelik ve laktasyon bilgileri, ilk mensturasyon yaşı, menopoz durumu, birinci derece yakınlarda meme kanseri öyküsü, başka akrabada kanser öyküsü gibi sorulardır. Sonrasında sorulan kendi kendine meme muayenesi, klinikte meme muayenesi, mamografi çekirme, meme ultrasonu çekirme, tarama yaptırmayı öneren kişi soruları tarama davranışlarını saptamaya yöneliktir. Anketin son bölümünde tanı sürecini irdelemeye yönelik hastalığın fark edilmesi, ilk yakınmalar, yakınmaların başlamasını takiben doktora başvuru kadar geçen süre, kaç doktora ve hangi hastanelere gittiği, ilk doktora başvurduktan sonra tanı alana kadar geçen süre, tanı sürecindeki zorluklar ve sorunları kapsayan sorular bulunmaktadır. Veri toplama formu Ek-2’de sunulmuştur.

3.3. İzinler

Araştırmanın etik uygunluk onayı için ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulmuş, dosya kurulun 27.08.2013 tarihli toplantısında 2013/256 protokol no ile incelenmiş ve 12 no’lu karar ile onay verilmiştir. Ayrıca ADÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği’nden, ADÜ Patoloji Anabilim Dalı kayıtlarına ve araştırma evrenindeki hastaların dosya kayıtlarına ulaşmak için gerekli olan idari izin alınmıştır. ADÜ Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı ve ADÜ Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı’ndan da arşiv kayıtlarına ulaşmak için gerekli izinler alınmıştır.

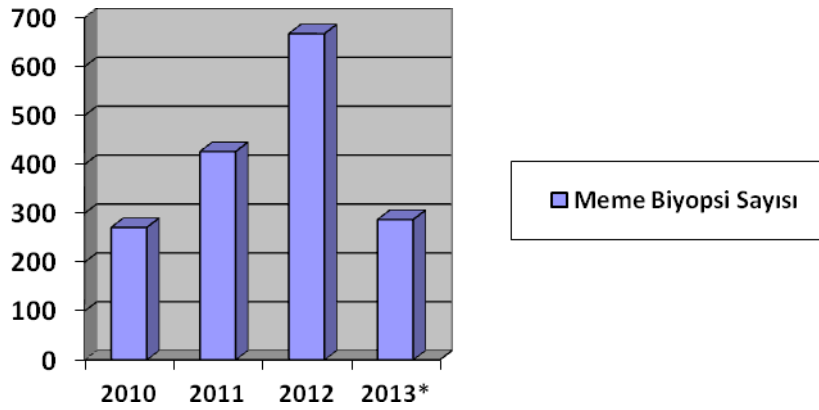
3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Toplam 282 katılımcıdan elde edilen verilerin analiz programına girilmesinin ardından istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı analizlerde yüzdelere, ortalama ve standart sapma; gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi, student-t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi, post-hoc bonferroni, post-hoc tukey testi, lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Meme Biyopsi Sonuçları

Çalışmanın evrenini oluşturan meme kanseri tanısı alan hastaları saptamak amacıyla ADÜ Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda 01 Ocak 2010-30 Haziran 2013 tarihleri arasında incelenen 1651 adet meme biyopsisi sonucu değerlendirildi. Toplam 1651 adet meme biyopsisinin 271'i 2010, 426'sı 2011, 667'si 2012 yılına ve 287'si 2013 yılının ilk altı ayına aittir. Yıllara göre biyopsi sayılarına bakıldığında her yıl bir önceki yıla oranla %50'den fazla artış olduğu görülmüştür. Yıllara göre meme biyopsisi sayıları Şekil 3'de verilmiştir.



*2013 yılı ilk altı ay

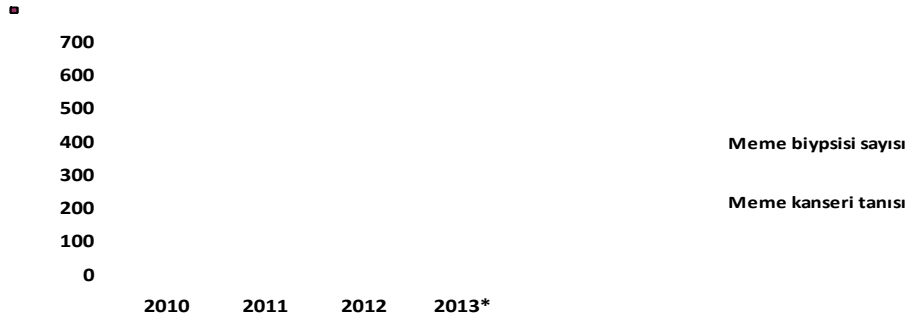
Şekil 3: Yıllara göre meme biyopsisi sayıları

1651 biyopsinin incelenmesi sonucunda 503 (%30,5) hastaya meme kanseri tanısı konulduğu saptanmıştır. Meme biyopsilerinin %26,9'u fibroadenom, %18,2'si kistik yapı, %17,0'ı normal meme-yağ dokusu olarak rapor edilmiştir. Meme biyopsi sonuçlarının histopatolojik dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Meme biyopsi sonuçlarının histopatolojik dağılımları

Biyopsi Sonucu	Sayı	%
Malign	503	30,5
Fibroadenom	445	26,9
Fibrokist	301	18,2
Normal meme dokusu	280	17,0
Diğer (apokrin metaplazi, sklerozan adenozis, mastit...	122	7,4
Toplam	1651	100

Kanser tanılarının yıllara göre dağılımına bakıldığında 2010 yılında 96, 2011 yılında 139, 2012 yılında 148 ve 2013 yılında 120 hastanın meme kanseri tanısı konulduğu görülmektedir (Şekil 4).



Şekil 4. Yıllara göre meme biyopsisi ve meme kanseri tanısı sayıları

Meme kanseri tanıları kanser tiplerine göre değerlendirildiğinde en sık olarak toplamda %67,3 oranıyla invaziv duktal karsinom görüldü. Ardından %19,1 invazi lobüler karsinom, %5,2 müsinöz karsinom, %4,8 inflamatuvar meme kanseri tanıları gelmekteydi. Yıllara göre baktığımızda da her yıl en sık invaziv duktal karsinom görülmektedir. Malign meme biyopsisi sonuçlarının histopatolojik dağılımları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Malign meme biyopsisi sonuçlarının yıllara göre histopatolojik dağılımları

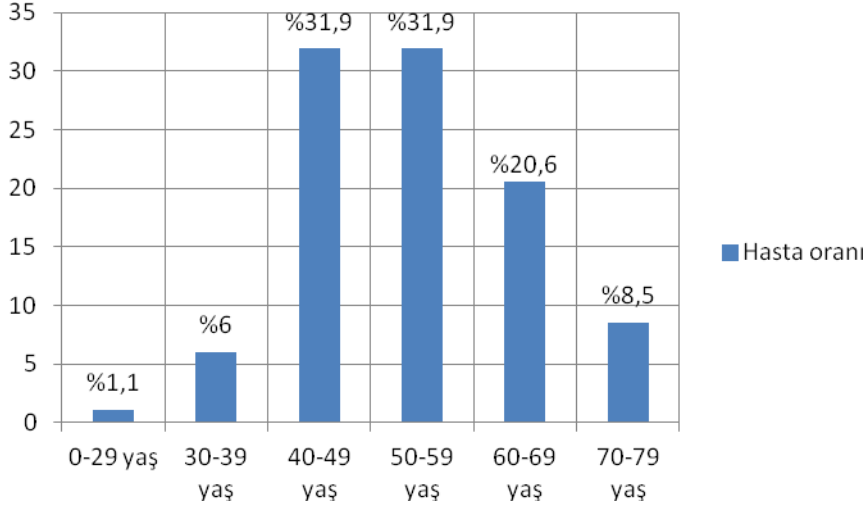
	2010		2011		2012		2013		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Biyopsi Sonucu										
İnvaziv duktal karsinom	66	68,8	93	66,9	100	67,6	80	63,3	339	67,3
İnvaziv lobüler karsinom	18	18,7	25	18,0	30	20,3	23	19,2	96	19,1
Müsinöz karsinom	5	5,2	8	5,8	7	4,7	6	5,0	26	5,2
İnflamatuvar meme kanseri	4	4,2	6	4,3	7	4,7	7	5,8	24	4,8
Diğer (metastaz, lenfoma)	3	3,1	7	5,0	4	2,7	4	3,3	18	3,6
Toplam	96	100	139	100	148	100	120	100	503	100

4.2. Katılımcılar

Meme kanseri tanısı konan 503 hasta çalışmanın evrenini oluşturmaktadır ve evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak telefon ve adres bilgileri yanlış veya eksik olan 109 hastaya ulaşılamadığı, ulaşılan 394 hastanın 19'u ölmüş olduğu ve 93 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya 282 hasta dahil edilebilmiştir. Ulaşılabilirlik oranımız %78,3 iken yıllara göre ulaşılma durumlarını incelediğimizde 2010 yılında tanı alanların %73,9'una, 2011 yılındakilerin %63,3'üne, 2012 ve 2013 yıllarında sırasıyla %85,8 ve %90'ına ulaşıldığını görmekteyiz. Son iki yıldaki ulaşılma oranlarındaki yüksekliğin bilgilerin ve telefon numaralarının güncel olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ulaşamadığımız hastalar olması nedeniyle mortalite oranı verilememektedir. 93 (%18,5) hasta katılmayı kabul etmedi. Kabul etmeyen hastaların fazla olması zor bir tedavi sürecinde sık aralıklarla sağlık çalışanlarıyla karşılaşan hastaların bıkkınlığından kaynaklanmış olabilir.

4.3. Hastaların Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılanların yaş ortalamaları $53,6 \pm 10,7$ ve yaş aralığı 28-78 olarak saptandı. Yaş gruplarına baktığımızda en çok hasta %31,9 oranıyla 40-49 ve 50-59 yaş grubunda bulunmaktaydı. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 5'de verilmiştir.



Şekil 5. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Tanı alınan yıla göre yaş ortalamalarını değerlendirdiğimizde, 2010, 2011, 2012 ve 2013 yılında tanı alanların yaş ortalaması sırasıyla $53,0 \pm 9,5$, $54,2 \pm 10,4$, $54,9 \pm 9,9$ ve $52,1 \pm 12,3$ olarak saptandı. Tanı alınan yıl ile yaş ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($F=1,171$; $p:0,32$). Tanı yılına göre yaş ortalamaları Tablo 3’de verimiştir.

Tablo 3. Tanı yılına göre yaş ortalamaları

Tanı yılı	Sayı	Yaş ortalaması	F=1,171 p:0,321
2010	44	$53,0 \pm 9,5$	
2011	46	$54,2 \pm 10,4$	
2012	107	$54,9 \pm 9,9$	
2013	85	$52,1 \pm 12,3$	
Toplam	282	$53,6 \pm 10,7$	

Çalışmaya katılanların %84’ü evli, %16’sı bekar idi. Dul ve boşanmış olanlar da bekar olarak kabul edildi. Çalışmaya katılanların %50’si (s=141) 5-8 yıl arasında; %16’sı (s=45) 9-12 yıl arasında eğitim almışlardı. %15,2 (s=43)’si sadece okuma yazma biliyordu. Çalışmaya katılanları mesleklerine göre gruplandırdığımızda %76,2’si (s=215) ev hanımı, %8,9’u (s=25) işçiydi. Katılımcıların 209’unun (%74,1) aylık toplam geliri 901 ile 3000 TL, 59’unun (%20,9) 3001-9000 TL arasında idi. Çalışmaya katılanların %63,5’i (s=179) Aydın şehir merkezinde ve ilçe merkezlerinde (kentsel bölge), %36,5’i (s=103) belde ve köylerde (kırsal bölge) oturmaktaydı. Sosyal güvencelerine göre gruplandırdığımızda katılımcıların 22’sinin (%7,8)

yeşilkartı,58'inin (%91,5) SGK kapsamında sağlık güvencesi vardı. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler		Sayı	%
Medeni durum	Evli	237	84
	Bekar	45	16
Eğitim	Okuryazar değil	20	7,1
	Okuryazar	43	15,2
	5-8 yıl (ilköğretim)	141	50,0
	9-12 yıl (lise)	45	16,0
	13 yıl ve üzeri	33	11,7
Meslek	Ev hanımı	215	76,4
	İşçi	25	8,9
	Memur	17	6,0
	Serbest çalışan	8	2,8
	Sağlık çalışanı	15	5,3
	Diğer	2	0,7
Gelir (aylık)	900 TL ve altı	14	5,0
	901-3000 TL	209	74,1
	3001-9000 TL	59	20,9
	9001 TL üstü	0	0
Yerleşim yeri	Kentsel bölge	179	63,5
	Kırsal bölge	103	36,5
Sağlık güvencesi	SGK	258	91,5
	Yeşil kart	22	7,8
	Yok	2	0,7

Çalışmaya katılanların mesleklerine göre eğitim durumları değerlendirildiğinde ev hanımlarının %61,4'ü (s=132) 5-8 yıl, %15,3'ü (s=33) 9-12 yıl eğitim almıştı; %9,3'ü (s=20) ise okuryazar değildi. Ev hanımları içinde üniversite mezunu olan yoktu. Diğer mesleklerin %49,3'ü üniversite mezunuydu. Ev hanımları diğer meslek gruplarına göre daha az eğitilmişti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=136,835$; $p<0,001$).

Yaşanılan yer ve gelir düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda kentsel bölgede yaşayanların %25,1'inin (s=45) aylık geliri 3001 TL üstünde iken kırsal bölgede oturanların ancak %13,6'sının (s=14) 3001 TL üstünde idi. Kentsel bölgede oturanların gelir düzeyi kırsalda yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti ($\chi^2=5,269$; $p=0,023$).

Yaşanılan yer ve eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde kentsel bölgede yaşayan 179 kişinin %35,8'i lise veya üniversite mezunu iken kırsal bölgede bu oran sadece %13,6 idi. Okuryazar olmayanların %75'i de kırsalda yaşıyordu. Kentsel bölgede yaşayanların eğitim düzeyleri kırsal alandakilerden anlamlı olarak yüksekti ($\chi^2=16,048$; $p<0,001$).

Aylık gelir düzeyine göre eğitim durumuna baktığımızda 900 TL'nin altında geliri olanların hepsi ya okumamış ya da 5-8 yıl eğitim almıştı ($\chi^2=5,033$; $p=0,018$). Diğer gelir düzeylerinde eğitim durumuna göre anlamlı fark yoktu.

Çalışmaya katılanların %46,5'i başka hastalığı olmadığını ifade etmişti. %53,5'i başka hastalıkları olduğunu belirtmişti ve bunlardan en sık olanı hipertansiyon ve diyabetti.

4.3. Hastaların Meme Kanseri Risk Faktörleri

Çalışmaya katılanların tanı almadan önceki beden yapısı sorulduğunda katılımcıların % 12,1'i kendisini zayıf, %34,0'ı normal kiloda ve %53,9'u şişman olarak tanımlamıştı. Katılımcıların %94,0'ı alkol kullanmıyordu ve %69,5'i hiç sigara kullanmamıştı. % 29,4'ü daha önce sigara kullanmış ama bırakmıştı.

Hastaların %14,2'si oral kontraseptif ilaç kullanmıştı. Kullandıkları süreler hakkında yeterli veriler elde edilemedi. Hastaların yalnızca %3,2'si hormon replasman tedavisi almıştı. Hastaların %70,6 (s=199) 'sı post menopozal, %29,4 (s=83)'ü premenopozal dönemde tanı almıştı. Hastaların ortalama adet yaşı $12,06\pm0,85$ idi ve %71,4'ü 12 yaş altında adet görmeye başlamıştı. Hastaların ortalama gebelik sayıları $2,23\pm0,94$ idi, %84,8'i (s=239) en az bir kez doğum yapmıştı. Çocuğunu emzirenlerin oranı %72,3 (s=204) idi ve ortalama emzirme süresi $3,03\pm1,58$ yıldır. Hastaların risk faktörlerine ilişkin durumları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Hastaların meme kanseri risk faktörleri açısından durumları

Risk faktörü		Sayı	%
Beden yapısı	Zayıf	34	12,1
	Normal	96	34,0
	Şişman	152	53,9
Alkol	Sosyal içici	17	6,0
	Kullanmıyor	265	94,0
Sigara	Kullanıyor	3	1,1
	Bırakmış	83	29,4
	Hiç kullanmamış	196	69,5
OKS	Kullanmış	40	14,2
	Kullanmamış	242	85,8
HRT	Kullanmış	9	3,2
	Kullanmamış	273	96,8
Menopoz	Post menopozal	199	70,6
	Pre menopozal	83	29,4
Doğum	Yapmış	239	84,8
	Yapmamış	43	15,2
Emzirme	Emzirmiş	204	72,3
	Emzirmemiş	78	27,7

Hastaların %18,4'ünde (s=52) birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü, %37,2'sinde başka akrabalarında meme kanseri öyküsü vardı. Hastaların aile öyküsü Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Ailede meme kanseri öyküsü

		Sayı	%
Birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü	Var	52	18,4
	Yok	230	81,6
Başka akrabada meme kanser öyküsü	Var	105	37,2
	Yok	177	62,8

4.4. Hastaların Tarama Davranışı

Hastaların tanı öncesindeki dönemlerde tarama davranışları incelendiğinde %59,2'sinin (s=167) kendi kendine meme muayenesi yaptığı, %56,4'ünün (s=159) klinik meme muayenesi yaptırdığı saptandı. Hastaların %31,6'sı (s=89) tarama amaçlı mamografi çektiymişti. Hastaların tarama davranışları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7.Hastaların tarama davranışları

Tarama davranışı *	Sayı	%
Kendi kendine meme muayenesi	167	59,2
Klinik meme muayenesi	159	56,4
Tarama amaçlı mamografi	89	31,6
Meme ultrasonografisi	97	34,4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastalardan tarama yaptıranların %55'i aile ve arkadaş önerisiyle tarama yaptırmaya karar vermişti. Hastaların %37,5'i tarama yaptırmaya kendisi karar vermişti. Hastaların yalnız %7,5'i doktor önerisi ile tarama yaptırmıştı.

4.5. Meme Kanseri Tanısı

Tanı öncesinde herhangi bir şikayeti olmayan 56 kişi (%19,9) vardı. 226 kişi (%80,1) şikayetleri nedeniyle doktora başvurmuş ve tanı almıştı. Şikayeti olanların %65,4'ü (s=148) kitle, %26,1'i (s=59) memede ağrı, %4,8'i (s=11) meme başında akıntı, %3,5'i (s=8) meme cildinde bozukluğu en belirgin şikayetleri olarak ifade ettiler (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların tanı öncesi şikayetleri

	Sayı	%
Şikayet yok	56	19,9
Memede ya da koltuk altında kitle	148	65,4
Memede ağrı	59	26,1
Meme başında akıntı	11	4,8
Meme cildinde değişiklik	8	3,5
Toplam	282	100

Meme kanseri tanısını ne şekilde aldıklarını sorguladığımızda sadece 74 kişi (%26,2) tarama amaçlı yapılan mamografi ile tanı aldığını belirtti. Diğerleri ise kendi kendine meme muayenesi ile şüphelenip ya da şikayetleri sonucu doktora gidip tanı almıştı. Hastaların tanı alma durumları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Hastaların tanı alma şekli

Tanı şekli*	Sayı	%
Kendi kendine meme muayenesi	117	41,5
Klinik meme muayenesi	128	45,4
Mamografi	37	13,1
Tarama amaçlı mamografi	74	26,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

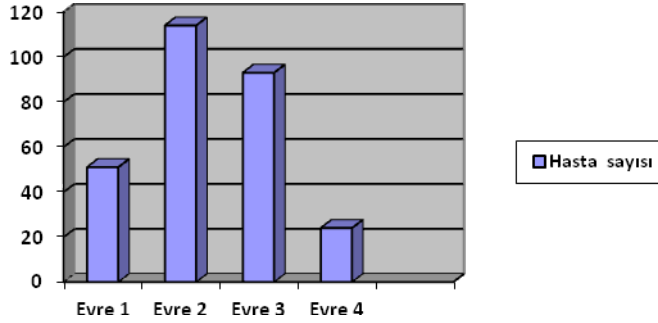
Tarama amaçlı mamografi ile tanı alan 74 hastanın sosyodemografik özelliklerini incelediğimizde meslek ve eğitimin tarama davranışı üzerinde anlamlı etkisinin olduğu saptandı. Mesleğe göre farklılık sağlık çalışanlarından kaynaklanıyordu. Sağlık çalışanları diğer mesleklerle göre anlamlı oranda fazla tarama yaptıyordu ($\chi^2=16,632$; $p=0,027$). Eğitim düzeyine göre tarama yaptırma oranları değişiyordu. Lise ve üstü eğitim alanlar diğerlerinden anlamlı olarak daha fazla tarama yaptıyordu ($\chi^2=22,342$; $p=0,001$). Hastaların sosyodemografik özellikleri ile tarama yöntemi kullanma durumlarının ilişkisi Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile tarama davranışı durumlarının ilişkisi

Sosyodemografik Özellikler		Tarama Yaptıranlar		Tarama Yaptırmayanlar		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Oturdıkları Yer	Kentsel	52	29,0	127	71,0	179	100	0,258
	Kırsal	22	21,3	81	78,6	103	100	
Eğitim	Okur Yazar	1	5,0	19	95,0	20	100	0,001
	Değil							
	Okur Yazar	8	18,6	35	81,4	43	100	
	İlköğretim (5-8 yıl)	34	24,1	107	75,9	141	100	
	Lise	23	51,1	22	48,9	45	100	
	Üniversite	8	24,2	25	75,8	33	100	
Meslek	Ev Hanımı	53	24,6	162	74,6	215	100	0,027
	İşçi	5	20,0	20	80,0	25	100	
	Memur	5	29,4	12	70,6	17	100	
	Sağlık Çalışanı	10	58,8	7	41,2	17	100	
	Serbet Meslek	1	12,5	7	87,5	8	100	
Medeni Durum	Evli	64	27,0	173	73,0	237	100	0,504
	Bekar	10	22,0	35	78,0	45	100	
Sağlık Güvencesi	Yeşilkart	4	18,1	18	81,9	22	100	0,508
	SGK	70	26,9	190	71,1	260	100	
Gelir Düzeyi	900 TL ve altı	1	7,1	13	92,9	14	100	0,064
	901-3000 TL	52	24,8	157	75,2	209	100	
	3001-9000 TL	21	35,5	38	64,5	59	100	
Toplam		74	26,2	208	73,8	282	100	

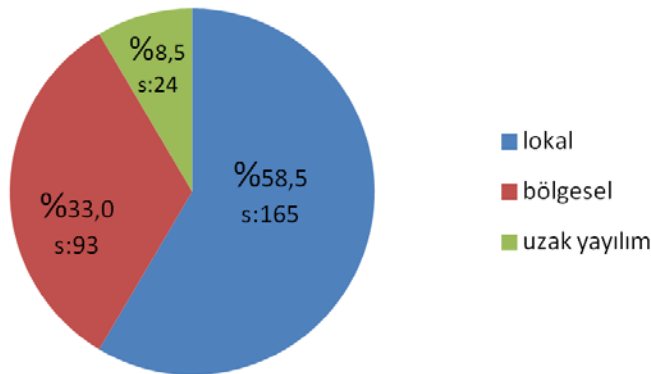
4.6. Hastalığın Evresi

Katılımcıların tanı konulduğu hastalık evrelerine baktığımızda hastalara en çok evre 2’de tanı konduğunu gördük. Evre 1,2,3 ve 4’de tanı alan sırasıyla 51 (%18,1), 114(40,4), 93(32,9) ve 24(8,5) hasta bulunmaktaydı. Tanı sırasındaki hastalık evrelerinin dağılımı Şekil 6’da verilmiştir.



Şekil 6. Hastalığın tanı sırasındaki evreleri

Meme kanseri lokal, bölgesel, uzak yayılım yapması bakımından sınıflandığında tanı sırasında en fazla lokal kanser (erken evre) bulunmaktaydı. Yayılıma göre hastalık oranları Şekil 7’de verilmiştir.



Şekil 7. Yayılıma göre hastalık oranları

4.7. Tanı Sırasındaki Hastalık Evresini Etkileyen Faktörler

Hastalık evrelerini Evre 1 ve 2’yi “erken evre”, Evre3 ve 4’ü “ileri evre” şeklinde gruptladıktan sonra yaptığımız analizlerde tanı sırasındaki hastalık evresinin hastaların eğitim düzeylerinden etkilendiğini saptadık. Üniversite mezunlarına göre 8 yıl ve daha az eğitim alanlar ve eğitimsizlerde tanı sırasındaki hastalık evresi anlamlı olarak farklıydı. Eğitim süresi az olanlar daha ileri evrede tanı alıyorlardı ($p<0,001$).

Mesleğin de hastalığın evresinde etkisi olduğu saptandı. Ev hanımları diğer meslek gruplarına göre anlamlı olarak ileri evrede tanı almışlardı. Hastaların sağlık güvenceleri ve gelir düzeyleri de tanı sırasındaki hastalık evresini etkiliyordu. Hastalığın evresi ile sosyodemografik verilerin ilişkisi Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Hastalığın evresi ile sosyodemografik verilerin ilişkisi

Sosyodemografik Özellikler		Erken Evre		İleri Evre		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Oturdıkları Yer	Kentsel	103	58,8	72	41,2	175	100	0,226
	Kırsal	62	57,9	45	42,1	107	100	
Eğitim	Okur Yazar	12	60,0	8	40,0	20	100	0,001
	Değil							
	Okur Yazar	12	27,9	31	72,1	43	100	
	İlköğretim (5-8 yıl)	86	60,9	55	39,1	141	100	
	Lise	27	60,0	18	40,0	45	100	
	Üniversite	28	84,8	5	15,2	33	100	
Meslek	Ev Hanımı	115	53,4	100	46,6	215	100	0,001
	İşçi	19	76,0	6	24,0	25	100	
	Memur	14	82,5	3	17,5	17	100	
	Sağlık Çalışanı	16	69,5	7	30,5	23	100	
	Serbet Meslek	1	50,0	1	50,0	2	100	
Medeni Durum	Evli	136	57,3	101	42,7	237	100	0,378
	Bekar	29	64,4	16	35,6	45	100	
Sağlık Güvencesi	Yeşilkart	5	22,7	17	77,3	22	100	0,002
	SGK	170	65,3	90	34,7	260	100	
Gelir Düzeyi	900 TL ve Altı	4	28,5	10	71,5	14	100	0,049
	901-3000 TL	123	51,4	86	48,6	209	100	
	3001-9000 TL	38	64,4	21	35,6	59	100	

Hastaların birinci derece akrabalarında meme kanseri olması hastaların daha erken evrede tanı almalarına sebep oluyordu ($p<0,001$). Diğer yakınlarında kanser olmasının hastalığın tanı sırasındaki evresi üzerinde etkisi yoktu ($p>0,05$). Sigara kullanmamış hastalar daha erken evrede tanı alıyorlardı ($p<0,001$). Şişman hastaların diğerlerine göre erken evrede tanı alma oranları düşüktü ($p<0,033$). Hastalığın evresi ile risk faktörleri arasındaki ilişki Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Hastalığın evresi ile risk faktörleri arasındaki ilişki

Risk Faktörleri		Erken Evre		İleri Evre		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	Yüzde	Sayı	%	
Birinci Derece Akrabada Kanser	Evet	42	84,5	10	15,5	50	100	0,001
	Hayır	123	53,4	107	46,6	230	100	
Başka Akrabada Kanser	Evet	67	63,8	38	36,2	105	100	0,164
	Hayır	98	55,3	79	44,7	177	100	
OKS	Evet	21	52,5	19	47,5	40	100	0,238
	Hayır	145	59,9	97	40,1	242	100	
HRT	Evet	6	66,6	3	33,4	9	100	0,614
	Hayır	159	58,2	114	41,8	273	100	
Sigara	Kullanmamış	102	62,1	94	37,9	164	100	0,001
	Bırakmış	63	82,4	20	17,6	114	100	
Alkol	Sosyal İçici	14	82,3	3	17,7	17	100	0,040
	Kullanmıyor	151	56,9	114	43,1	265	100	
Beden Yapısı	Zayıf	20	58,8	14	41,2	34	100	0,033
	Normal	66	68,7	30	31,3	96	100	
	Şişman	79	51,9	73	42,1	152	100	

Hastalığın evresi ile önceki tarama yaptıрма davranışları incelendiğinde beklendiği üzere tarama yaptıranlar daha erken evrede tanı almaktaydı ($p=0,034$). Klinik meme muayenesi yaptıрма ile hastalık evresi arasındaki ilişki anlamlı değildi. Ancak kendi kendine meme muayenesi yapanlar, mamografi çektirenler ve meme ultrasonu çektirenler daha erken evrede tanı alıyorlardı. Hastalığın evresi ile tarama davranışları ilişkisi Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Hastalığın evresi ile tarama davranışları ilişkisi

Tarama Davranışı		Erken Evre		İleri Evre		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KKKM	Evet	107	64,1	60	35,9	167	100	0,022
	Hayır	58	50,4	57	49,6	115	100	
KMM	Evet	96	60,4	63	39,6	159	100	0,469
	Hayır	69	56,1	54	43,9	123	100	
Mamografi	Evet	64	71,9	25	28,1	89	100	0,002
	Hayır	101	52,3	92	43,7	193	100	
USG	Evet	73	75,3	24	24,7	97	100	0,001
	Hayır	92	49,7	93	50,3	185	100	

Tarama amaçlı mamografi ile tanı alanlar en sık Evre 2’de tanı almışlardı ve Evre 4’de tanı alan hiç hasta yoktu. Diğerleri sıklıkla evre 3’te tanı almıştı. Tablo 14’de tarama yaptırmama ile tanı evresi ilişkisi verilmiştir.

Tablo 14: Hastalığın evresi ile tarama amaçlı mamografi ile tanı konması ilişkisi

Hastalığın Evresi	Tarama Yaptıranlar		Tarama Yaptırmayanlar		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evre 1	23	45,0	28	55,0	51	100	0,001
Evre 2	28	24,5	86	75,5	114	100	
Evre 3	23	24,7	70	75,3	93	100	
Evre 4	0	0,0	24	100,0	24	100	
Toplam	74	26,2	208	73,8	282	100	

Hastalığın evresi ilk başvuru şikayeti arasındaki ilişkiye baktığımızda kitle şikayeti ile başvuruların daha erken evrede tanı alındığını belirledik. Ağrı şikayeti ile başvurular ise daha ileri evrede tanı alıyorlardı ($p<0,001$). Daha ileri evrede tanı alan hastaların çoğunun devlet hastanesi ilk başvuru yeri olmuştu. İlk aile hekimine başvuranların hepsi erken evrede tanı

almışlardı. Daha ileri evrede tanı alan hastaların çoğu doktora başvurmaya ailesiyle karar vermişti. Erken evrede tanı alanların çoğu doktora başvurmaya kendisi karar vermişti. Hastalığın evresi ile ilişkili diğer faktörler Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. Hastalığın evresini etkileyen diğer faktörler

		Erken Evre		İleri Evre		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Şikayet	Yok	42	75,0	14	25,0	56	100	0,001
	Ağrı	27	45,7	32	54,3	59	100	
	Kitle	93	62,8	55	37,2	148	100	
	Akıntı	3	27,2	8	42,8	11	100	
	Cilt Değişikliği	0	0,0	8	100,0	8	100	
İlk Başvuru Yeri	ASM	9	100,0	0	0,0	9	100	0,001
	Devlet Hastanesi	83	47,1	93	52,9	176	100	
	KETEM	31	83,7	6	16,3	37	100	
	Üniversite	27	90,0	3	10,0	30	100	
	Özel	15	50,0	15	50,0	30	100	
İlk Başvurulan Doktor	Aile Hekimi	12	100,0	0	0,0	12	100	0,001
	Genel Cerrahi	111	56,0	87	44,0	198	100	
	Dahiliye	0	0,0	8	100,0	8	100	
	Kadın Doğum	11	47,8	12	52,2	23		
	Diğer	31	75,6	10	24,4	41	100	
Doktora Başvurma Kararı	Kendisi	96	65,7	50	34,3	146	100	0,001
	Aile	34	40,0	51	60,0	85	100	
	Arkadaş	29	70,7	12	29,3	41	100	

Hastaların erken evrede tanı alma durumunu bağımlı değişken, yaşanılan yer, eğitim durumu, medeni hal, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, beden yapısı, ailede kanser olması, tarama yaptırmama durumunu bağımsız değişken kabul ederek yapılan logistik regresyon analizi sonuçları Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Hastaların erken evrede tanı alma durumu ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlerin logistik regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Regresyon Katsayısı	Wald İstatistiği	P	OR	%95 Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Yaşanılan Yer Kentsel Kırsal (referans)	-0,369	1,661	0,198	1,85	0,395	1,212
Medeni Hal Evli Bekar(referans)	-0,162	0,163	0,686	0,85	0,393	1,850
Eğitim Durumu 8 yıl ve altı 9 Yıl ve üstü(referans)	0,020	0,003	0,955	1,02	0,507	2,052
Sağlık Güvencesi Yeşilkart SGK (referans)	-2,232	13,612	0,001	0,15	0,033	0,351
Gelir 900 TL ve altı 901 TL ve üstü(referans)	-1,155	2,812	0,094	0,31	0,082	1,215
Meslek Ev hanımı Diğer (referans)	-0,197	6,770	0,009	0,37	0,181	0,786
Beden Yapısı Normal Şişman (referans)	0,752	6,911	0,009	2,12	1,211	3,717
Birinci Derece Yakında Kanser Var Yok (referans)	1,153	6,054	0,014	3,16	1,264	7,930
Tarama Yaptırma Evet Hayır (referans)	0,191	0,336	0,562	1,21	0,635	2,307

Tabloya göre hastaların erken evrede yakalanma şanslarını birinci derece akrabada meme kanseri olması 3,16 kat, tarama yaptırma 1,21 kat, normal kiloda olmak 2,12 kat, kentsel bölgede yaşamak 1,85 kat arttırmaktadır.

Tedavi yöntemlerini sorguladığımızda hastaların %97,2'si cerrahi müdahale geçirdiğini, %70,6'sı radyoterapi aldığını, %73'ü kemoterapi aldığını ifade etti. Hastaların büyük çoğunluğu kombine tedavi almıştı (Tablo 17).

Tablo 17. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri

Tedavi yöntemi	Sayı	%
Cerrahi	274	97,2
Kemoterapi	206	73,0
Radyoterapi	199	70,6
Cerrahi+ Kemoterapi	203	72,0
Cerrahi+ Radyoterapi	199	70,6
Kemoterapi+ Radyoterapi	179	63,5
Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi	179	63,5

Tanı tarihi ve tedavi şekli arasındaki ilişkiyi incelediğimizde 2013 yılında tanı konan hastalara diğer yıllara göre anlamlı olarak daha az oranda cerrahi ve radyoterapi uygulandığını görmekteyiz (sırasıyla $\chi^2=13,469$; $p=0,004$ ve $\chi^2=16,056$; $p=0,001$) (Tablo 18)

Tablo18. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ile tanı tarihi ilişkisi

Tedavi yöntemi		2010	2011	2012	2013	P	χ^2
		Kişi	Kişi	Kişi	Kişi		
Cerrahi	Evet	44	45	107	78	0,004	13,469
	Hayır	0	1	0	7		
Kemoterapi	Evet	36	35	81	54	0,101	6,229
	Hayır	8	11	26	31		
Radyoterapi	Evet	38	35	79	47	0,001	16,056
	Hayır	6	11	28	38		

Hastalık evresi ve tedavi şekli arasındaki ilişkiye baktığımızda Evre 2'deki hastalara anlamlı olarak daha fazla oranda kemoterapi ve radyoterapi uygulandığını saptadık (sırasıyla $\chi^2=20,279$; $p=0,000$ ve $\chi^2=19,000$; $p=0,000$). Cerrahi tedavi uygulamasının evreyle ilişkisi anlamlı değildi (Tablo 19).

Tablo19. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ile evre ilişkisi

Tedavi Şekli		Erken Evre		İleri Evre		P	χ^2
		Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde		
Cerrahi	Evet	160	97,0	114	97,4	0,816	0,054
	Hayır	5	3,0	3	2,6		
Kemoterapi	Evet	104	63,0	102	87,2	0,000	20,279
	Hayır	61	37,0	15	12,8		
Radyoterapi	Evet	100	60,6	65	39,4	0,000	19,000
	Hayır	99	84,6	18	15,4		

4.8. Hastaların Bilgi Durumu

Hangi yaş grubunda tarama yapılmalıdır diye sorulduğunda 234 hasta bu soruya cevap vermişti. Cevap verenlerin %74,8'i erişkin tüm kadınlarda tarama yapılması gerektiğini, %15,0'ı ailesinde meme kanseri olanların tarama yaptırması gerektiğini, %7,7'si 40 yaşından sonra her kadının tarama yaptırması gerektiğini, yalnız %2,6'sı sadece şikayeti olan hastaların tarama yaptırması gerektiğini belirtmişlerdi. Hastalara meme kanserinin hangi yaş grubunda daha sık görüldüğü sorulduğunda cevap veren 232 hastanın %51,3'ü her yaşta, %27,0'ı 40 yaş üstünde, %5,6'sı 20-30 yaş arasında, %10,3'ü 30-40 yaş arasında daha sık görülebileceğini ifade etti.

Meme kanseri için risk faktörleri sorgulandığında hastaların %39,7'si yaşın, %31,9'u ailede kanser öyküsü olmanın, %19,1'i hiç emzirmemiş olmanın, %17,7'si geç doğum yapmanın, %11,0'ı doğum yapmamanın, %15,2'si kilolu olmanın, %7,4'ü sigara kullanmanın ve %6,4'ü alkol kullanmanın meme kanseri açısından risk faktörü olduğunu belirtmişti (Tablo 20).

Tablo 20. Hastaların meme kanseri risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyi

Risk faktörü*	Sayı	%
Yaş	112	39,7
Geç doğum yapmak	50	17,7
Kilolu olmak	43	15,2
Hiç emzirmemek	54	19,1
Doğum yapmamak	31	11,0
Aile öyküsü olmak	90	31,9
Sigara içmek	21	7,4
Alkol kullanmak	18	6,4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.9. Hastaların Tanı Sürecinin Değerlendirmesi

Hastaya ait gecikme süresi hastanın ilk semptomu fark etmesi ile doktora gidinceye kadar geçen süre, sisteme ait gecikme süresi doktora gittiği tarihten tedaviye başlayıncaya kadar geçen süre ve toplam gecikme süresi ilk semptomun farkedilmesi ile tedaviye başlayıncaya kadar geçen süre olarak tanımlanmıştır. Buna göre çalışmamızda hastaya ait gecikme süresi ortalama $8,05 \pm 11,00$ hafta, sisteme ait gecikme süresi ise ortalama $3,53 \pm 3,49$ hafta olarak saptanmıştır. Tablo 21’de tanı gecikme süreleri verilmiştir.

Tablo 21.Hastaların tanı alana kadar yaşadıkları gecikme süreleri

	Ortalama $\pm$ SS*	Ortanca $\pm$ SS*	Min- Max*
Hastaya ait gecikme süresi**	$8,05 \pm 11,00$	$2 \pm 3,49$	1-48
Sisteme ait gecikme süresi	$3,53 \pm 3,50$	$2 \pm 11,0$	1-24
Toplam gecikme süresi**	$11,62 \pm 11,53$	$8 \pm 11,53$	2-52

*hafta, ** 264 hasta yanıt vermiştir

Hastaların doktora başvurmaya nasıl karar verdikleri sorgulandığında en sık kendilerinin karar verdiği saptanmıştır. Hastaların %51,8’i kendisi, %30,1’i aile önerisiyle, %14,2’si arkadaşlarının önerisiyle %3,9’u televizyonun etkisiyle doktora başvurmaya karar vermişlerdi.

Hastalar ilk başvuru yeri olarak en çok devlet hastanesini, en az ASM’leri tercih etmişlerdi. Hastalıktan ilk şüphelenen doktor en sık genel cerrahi uzmanı idi. Tablo 22’de ilk başvuru kurum ve ilk şüphelenen doktor listelenmiştir.

Tablo 22. Hastaların ilk başvurdukları kurum ve hastalıktan ilk şüphelenen doktorlar

İlk Başvurulan Kurum	Sayı	%
Devlet Hastanesi	176	62,4
KETEM	37	13,1
Özel Hastane	30	10,6
Üniversite Hastanesi	30	10,6
ASM	9	3,2
İlk Şüphelenen Doktor		
Genel Cerrah	198	70,2
Aile Hekimi	12	4,3
Kadın Doğum Uzmanı	23	8,2
Dahiliye Uzmanı	8	2,8
KETEM Doktoru	41	14,5

Hastalar tanı sürecinde ortalama $2,1 \pm 0,8$ (1-4) doktora başvurmuştu. Hastaların %46,1'i iki doktora başvurduktan sonra tanı almıştı. Tanı sürecinde başvurulmuş doktor sayıları Tablo 23'de verilmiştir.

Tablo 23: Hastaların tanı sürecinde başvurdukları doktor sayıları

Doktor sayısı	Sayı	Yüzde
Bir	65	23,0
İki	130	46,1
Üç	74	26,3
Dört	13	4,6
Toplam	282	100

Başvurulan doktor sayısı, hastanın yaşı ve tanı gecikme süreleri arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; yaş arttıkça başvurulmuş doktor sayısının azaldığını ($r=-0,141$, $p=0,018$), yaş arttıkça hastaya ait gecikme süresinin uzadığını ($r=0,196$, $p=0,001$) bulduk. Gidilen doktor sayısı arttıkça sisteme ait gecikme süresi de uzuyordu ($r=0,455$, $p<0,001$).

Hastaya ait gecikme süresini etkileyen faktörlere baktığımızda yaşanan yerin etkisini belirledik. Kırsal bölgede oturan hastalar, 900TL ve altında geliri olanlar doktora anlamlı olarak daha geç başvuru yapıyorlardı. Lise eğitimi alanların okuma yazama bilenlerden daha kısa sürede başvuru yaptığı ($p=0,05$), okuryazar olmayanların diğerlerine göre daha geç başvuru yaptığı saptandı. Meslek, medeni durum, sağlık güvencesi şikayetten sonra doktora başvuru süresini etkilemiyordu ($p>0,05$). Hastaya ait gecikme süresi ile sosyodemografik verilerin ilişkisi Tablo 24’de verilmiştir.

Tablo 24. Hastalaya ait gecikme süresi ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi

S: 264		Hastaya ait gecikme süresi (hafta)			
Sosyodemografik Özellikler		Ortalama	Standart sapma	F	P
Oturdıkları Yer	Kentsel	6,16	9,4	13,997	0,001
	Kırsal	11,29	12,7		
Eğitim	Okur Yazar Değil	4,30	4,1	2,626	0,035
	Okur Yazar	11,79	13,8		
	İlköğretim (5-8 yıl)	8,33	11,3		
	Lise	4,88	5,6		
	Üniversite	7,33	10,9		
Meslek	Ev Hanımı	8,80	11,5		0,219
	İşçi	7,72	11,3		
	Memur	4,35	5,8		
	Sağlık Çalışanı	3,17	6,6		
	Serbet Meslek	5,25	4,5		
Medeni Durum	Evli	8,52	11,2		0,109
	Bekar	5,58	9,2		
Sağlık Güvencesi	Yeşilkart	9,36	15,8		0,558
	SGK	7,93	10,4		
Gelir Düzeyi	900 TL ve altı	20,93	16,1	10,916	0,001
	901-3000 TL	7,39	10,7		
	3001-9000 TL	7,06	7,9		

Sisteme ait tanı gecikme süresi ile ilişki faktörler incelendiğinde hastaların yaşları arttıkça tanı süresinin kısaldığını saptadık ($r=-0,135$, $p<0,023$). Kırsal bölgede oturmanın da tanı süresini kısalttığı saptandı ($f=7,140$, $p<0,008$). Gelir düzeyi arttıkça tanı süresi kısalıyordu ($f=6,008$, $p<0,003$). Sosyodemografik özelliklerin sisteme ait tanı gecikme süresi ile ilişkisi Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 25: Sisteme ait tanı gecikme süresi ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisi

		Tanı süresi (hafta)			
Sosyodemografik Özellikler		Ortalama	Standart sapma	F	P
Oturdıkları Yer	Kentsel	3,95	3,78	7,140	0,008
	Kırsal	2,81	2,84		
Eğitim	Okur Yazar Değil	5,45	5,97	2,287	0,060
	Okur Yazar	2,72	2,25		
	İlköğretim (5-8 Yıl)	3,60	3,79		
	Lise	3,58	2,57		
	Üniversite	3,06	2,06		
Meslek	Ev Hanımı	3,67	3,82		0,159
	İşçi	2,04	1,51		
	Memur	3,82	2,24		
	Sağlık Çalışanı	3,06	1,39		
	Serbet Meslek	5,00	2,67		
Medeni Durum	Evli	3,50	3,54		0,709
	Bekar	3,71	3,24		
Sağlık Güvencesi	Yeşilkart	5,23	0,96	3,059	0,049
	SGK	3,38	0,21		
Gelir Düzeyi	900 TL ve altı	4,57	4,34	6,008	0,003
	901-3000 TL	3,84	3,77		
	3001-9000 TL	2,19	1,22		

Hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu sisteme ait tanı gecikme süresini anlamlı olarak etkilemekteydi ($f=3,994$; $p<0,004$). Bu etkinin nerden kaynaklandığı incelendiğinde (post-hoc tukey testi) ;devlet hastanesine gidenlerin tanı süresinin üniversite hastanesine gidenlere göre anlamlı olarak uzun olduğu görüldü ($p<0,005$). KETEM’e ilk başvuru yapanların tanı süresi üniversite hastanesine başvuranlardan ($p<0,008$) daha uzundu. İlk olarak KETEM’e başvuranların tanı süresi en uzun, üniversite hastanesine başvuranların ise en kısa olarak saptandı. Hastaların ilk başvurdukları merkez ile tanı süresi arasındaki ilişki Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26. Hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu ile sisteme ait tanı gecikme süresi ilişkisi

	Tanı gecikme süresi (hafta)		
Başvuru yeri	Ortalama süre	Standart sapma	P
ASM	3,33	1,00	0,004
Devlet Hastanesi	3,86	4,06	
KETEM	4,32	2,17	
Üniversite Hastanesi	1,50	0,68	
Özel Hastane	2,70	2,45	

Hastalıktan ilk şüphelenen doktorun uzmanlık alanı ile sisteme ait tanı gecikme süresi arasında anlamlı fark vardı ($F=3,960$; $p<0,004$). Farkın nerden kaynaklandığı incelendiğinde (post-hoc tukey testi); kadın doğum uzmanı ile genel cerrah arasında anlamlı fark vardı. ($p<0,020$). Aile hekimi ilk şüphelenen doktor olduğunda tanı süresi en kısa, kadın hastalıkları uzmanı ilk şüphelenen doktor olduğunda tanı süresi en uzun olarak saptandı (Tablo 27).

Tablo 27. Hastalıktan ilk şüphelenen doktor ile sisteme ait tanı gecikme süresi arası ilişki

	Tanı gecikme süresi (hafta)		
İlk Şüphelenen Doktor	Ortalama süre	Standart sapma	P
Aile Hekimi	2,75	1,35	0,004
Genel Cerrahi Uzmanı	3,12	3,74	
Kadın Hast. Uzmanı	5,43	3,40	
Dahiliye Uzmanı	3,25	1,03	
KETEM Doktoru	4,73	2,33	

Tarama yaptırmanın sisteme ait tanı gecikme süresine etkisine bakıldığında tarama yaptıranlar ile yaptırmayanların tanı süresi arasında anlamlı fark saptanmadı. Doktora başvurmaya karar verme şekline göre incelendiğinde; doktora başvurmaya kendisi karar verenlerin tanı süresinin daha uzun olduğu saptandı. İlk şikayet ile sisteme ait tanı gecikme süreleri arasında anlamlı ilişki vardı. Meme başında akıntı şikâyeti olanların tanı süresi en uzun, memede kitle şikâyeti ile başvuranların tanı süresi en kısaydı. Memede akıntı şikâyeti

olanların tanı süresi ise en uzundu ($p<0,001$). Birinci derece yakınında kanser olması ya da başka yakınında kanser olması tanı süresini etkilemiyordu. Tanı şekilleriyle tanı süresi arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hastaların tanı sürelerini etkileyen faktörlerin analizi Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Sisteme ait tanı gecikme sürelerini etkileyen diğer faktörler

		Tanı gecikme süresi (hafta)			
		Ortalama süre	Standart sapma	F	P
Tarama sonucu tanı	Evet	3,32	2,52		0,553
	Hayır	3,61	3,84		
Doktora başvurma kararı	Kendim	4,14	4,40	3,434	0,017
	Aile	2,68	1,94		
	Arkadaşlar	2,28	1,81		
	TV	3,91	2,42		
Şikayet	Yok	3,32	2,28	6,593	0,001
	Ağrı	3,90	2,89		
	Akıntı	8,36	10,07		
	Kitle	3,08	3,08		
	Cilt değişikliği	4,00	4,00		
Birinci derece akrabada kanser	Var	3,48	2,40		0,908
	Yok	3,54	3,07		
Başka akrabada kanser	Var	3,33	2,19		0,468
	Yok	3,65	4,08		
Tanı şekli	Kendi kendine meme muayenesi	3,45	4,21		0,128
	Klinik meme muayenesi	3,85	3,22		
	Mamografi	2,68	1,84		

4.10. Hastaların Tanı Sürecinde Yaşadıkları Zorluklar

Hastaların %11,3'ü tanı sürecinde zorluk yaşadığını belirtti. Hastalar tanı sürecinde en sık maddi zorluklar yaşamıştı. Hastaların tanı sürecinde yaşadıkları zorluklar Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 29. Hastaların tanı sürecinde yaşadıkları zorluklar

	Sayı	%
Maddi sıkıntı	10	31,3
Ulaşım zorluğu	6	18,7
Stresle baş etme	6	18,7
Refakatci bulamama	4	12,5
Biyopsiden korkma	3	9,4
Sonuctan korkma	3	9,4
Toplam	32	100

Tanı sürecinde sorun yaşayıp yaşamamakla sosyodemografik özelliklerin ilişkisine bakıldığında kırsal bölgede yaşayan, okuma yazama bilmeyen, bekar olan, yeşil kartlı olan ve gelir düzeyi düşük olanlar daha fazla sorun yaşıyorlardı. Tanı sürecinde sorun yaşayanların sosyodemografik özellikleri Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30. Sosyodemografik özelliklerin tanı sürecinde sorun yaşamak ile ilişkisi

Sosyodemografik Özellikler		Sorun yaşayan		Sorun yaşamayan		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Oturdıkları Yer	Kentsel	15	8,3	164	91,7	179	100	0,038
	Kırsal	17	16,5	86	83,3	103	100	
Eğitim	Okur Yazar Değil	3	15,0	17	85,0	20	100	0,028
	Okur Yazar	9	20,9	34	79,1	43	100	
	İlköğretim 5-8 Yıl	10	7,0	131	93,0	141	100	
	Lise	3	6,6	42	93,4	45	100	
	Üniversite	7	21,2	26	78,8	33	100	
Meslek	Ev Hanımı	21	9,7	194	92,3	215	100	0,001
	İşçi	1	4,0	24	96,0	25	100	
	Memur	7	41,1	10	58,9	17	100	
	Sağlık Çalışanı	0	0,0	17	100,0	17	100	
	Serbet Meslek	3	37,5	5	62,5	8	100	
Medeni Durum	Evli	23	9,7	214	92,3	237	100	0,004
	Bekar	9	20,0	36	80,0	45	100	
Sağlık Güvencesi	Yeşilkart	8	36,3	14	63,7	22	100	0,001
	SGK	24	9,2	236	90,8	260	100	
Gelir Düzeyi	900 TL ve altı	5	35,7	9	64,3	14	100	0,009
	901-3000 TL	23	11,0	186	89,0	209	100	
	3001-9000 TL	4	7,2	55	92,7	59	100	

4.11. Aile Hekimiyle İletişim

Hastaların %56,7 (s=160)'si hastalığını aile hekimine haber vermişti, Aile hekimine haber verme ile sadece gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki vardı. 3001-9000 TL kazananlar 900TL ve altında kazananlara göre anlamlı olarak fazla oranda aile hekimine haber vermişti (Tablo 31).

Tablo 31. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile aile hekimine haber verme ilişkisi

Sosyodemografik Özellikler		Aile hekimine haber veren		Aile hekimine haber vermeyen		Toplam		P
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Oturdıkları Yer	Kentsel	106	66,3	73	33,7	179	100	0,268
	Kırsal	54	59,8	49	40,2	103	100	
Eğitim	Okur Yazar Değil	16	80,0	4	20,0	20	100	0,114
	Okur Yazar	26	60,4	17	39,6	43	100	
	İlköğretim (5-8 yıl)	81	57,4	60	42,6	141	100	
	Lise	21	46,6	24	53,4	45	100	
	Üniversite	16	48,4	17	51,6	33	100	
Meslek	Ev Hanımı	121	56,2	94	43,8	215	100	0,060
	İşçi	14	56,0	11	54,0	25	100	
	Memur	12	70,5	5	29,5	17	100	
	Sağlık Çalışanı	12	70,5	5	29,5	17	100	
	Serbet Meslek	1	12,5	7	87,5	8	100	
Medeni Durum	Evli	130	54,8	107	45,2	237	100	0,143
	Bekar	30	66,6	15	33,4	45	100	
Sağlık Güvencesi	Yeşilkart	11	6,9	11	93,1	22	100	0,506
	SGK	149	57,3	111	42,3	260	100	
Gelir Düzeyi	900 TL ve altı	4	28,5	10	71,5	14	100	0,013
	901-3000 TL	115	55,0	94	45,0	209	100	
	3001-9000 TL	41	70,6	18	29,4	58	100	

Hastaların aile hekimleri ile olan iletişimleri hastaya ve sisteme ait tanı gecikme sürelerini anlamlı olarak etkilemişti. Hem hastaya, hem de sisteme ait tanı gecikme süreleri aile hekimiyle iletişimde olanlarda anlamlı olarak daha kısaydı Benzer şekilde toplam tanı alma süresi de kısalıyordu. Aile hekimiyle iletişimde olanların tanı sürecinde başvurdukları doktor sayısı da daha azdı. Ama aradaki fark anlamlı değildi (Tablo 32).

Tablo 32. Aile hekimiyle iletişimin tanı gecikme süresi ile ilişkisi

	Aile hekimi ile iletişimde olanlar		Aile hekimi ile iletişimde olmayanlar		F	P
	Ortalama süre (hafta)	SS	Ortalama süre (hafta)	SS		
Hastaya ait tanı gecikme süresi	6,33	8,46	10,27	13,32	8,563	0,004
Sisteme ait tanı gecikme süresi	3,15	3,69	4,03	3,16	4,460	0,036
Toplam tanı gecikme süresi	9,57	9,73	14,27	13,07	11,247	0,001
Başvurduğu doktor sayısı	2,08	0,83	2,18	0,79	1,023	0,313

4.12. Hastaların Alternatif Yöntem Kullanma Durumları

Hastaların % 25,2'si tedavilerinin yanında alternatif tedavi yöntemlerini de kullanmışlardı. En sık kullanılan alternatif tedavi yöntemi bitkisel ilaç kullanımı ve ısırgan otu kullanımıydı. Hastaların %16,9'u bitkisel ilaç, %16,9'u ısırgan otu kullanıyordu. Tablo 33'de hastaların kullandıkları alternatif tıp yöntemleri verilmiştir.

Tablo 33. Hastaların kullandıkları alternatif tedavi yöntemleri

Alternatif Tedavi Yöntemi	Sayı	%
Bitkisel ilaç	12	16,9
Isırgan otu	12	16,9
Çörek otu	3	4,2
Kantaron otu	3	4,2
Acı kayısı	3	4,2
Ihlamur	2	2,8
Kara lahana	2	2,8
Hirudoterapi	3	4,2
Omega	3	4,2
Belirtmedi	28	39,4

Alternatif tedavi kullananların demografik verileri incelendiğinde yalnız oturdukları yer açısından anlamlı fark vardı. Kırsal bölgede oturanların %49,2'si alternatif tedaviye yönelirken kentsel bölgede oturanların yalnız %24,4'ü alternatif tedavi kullanmışlardı. ($\chi^2=30,702$; $p<0,033$). Hastaların alternatif tedavi yöntemleri kullanma durumları ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi Tablo 34'de verilmiştir.

Tablo 34. Alternatif tıp kullanımı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi

Sosyodemografik Özellikler		Alternatif Tıp Kullananlar		Alternatif Tıp Kullanmayanlar		Toplam		P
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Oturdukları Yer	Kentsel	33	19,4	135	80,6	168	100	0,033
	Kırsal	34	33,0	69	67,0	103	100	
Eğitim	Okur Yazar	4	20,0	16	80,0	20	100	0,187
	Değil							
	Okur Yazar	11	25,5	32	74,5	43	100	
	İlköğretim	32	22,6	109	77,4	141	100	
	Lise	10	22,2	35	77,8	45	100	
	Üniversite	14	42,4	19	57,6	33	100	
Meslek	Ev Hanımı	52	45,2	163	54,8	115	100	0,218
	İşçi	10	40,0	15	60,0	25	100	
	Memur	5	29,4	12	70,6	17	100	
	Sağlık Çalışanı	4	23,5	13	76,5	17	100	
	Serbet Meslek	0	0	8	100	8	100	
Medeni Durum	Evli	61	25,7	176	74,3	237	100	0,618
	Bekar	10	22,2	35	67,8	45	100	
Sağlık Güvencesi	Yeşilkart	4	18,1	18	81,9	22	100	0,514
	SGK	67	25,9	191	74,1	258	100	
Gelir Düzeyi	900 TL ve altı	6	42,8	8	57,2	14	100	0,194
	901-3000 TL	48	22,9	161	77,1	209	100	
	3001-9000 TL	17	28,8	42	71,2	59	100	

Hastalardan birinci derece akrabalarında kanser olanlardan yalnız iki kişi (% 3,8) alternatif tedavi yöntemleri kullanıyordu. Birinci derece akrabalarında kanser olanlar anlamlı derece az oranda alternatif tedavi kullanıyorlardı ($\chi^2=15,400$; $p<0,001$). Tarama yaptırmayan hastaların alternatif tedavi kullanma oranları tarama yaptıranlara göre anlamlı derecede fazla saptandı ($\chi^2=4,272$; $p<0,039$). Doktora başvurmaya karar verme şekilleri ile alternatif tedavi

kullanma davranışı arasında anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=10,631$; $p<0,014$). Burada fark doktora başvurmaya ailesiyle karar verenlerden kaynaklanıyordu ($\chi^2=6,611$; $p<0,010$). Hastalığın evresi ile alternatif tedavi kullanma davranışı arasında anlamlı ilişki yoktu. Hastaların başka akrabalarında kanser olması, ilk nereye başvurduğu, beden yapısı ile alternatif tedavi kullanma davranışları arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 35).

Tablo 35. Alternatif tedavi kullanmayla ilişkili diğer faktörler

		Alternatif tedavi kullananlar		Alternatif tedavi kullanmayanlar		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Birinci Derece Akrabada Kanser	Var	2	3,8	50	96,2	52	100	0,001
	Yok	69	30,0	161	70,0	230	100	
Başka Akrabada Kanser	Var	30	42,2	41	57,8	71	100	0,312
	Yok	75	35,5	136	64,5	211	100	
İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu	ASM	3	33,3	6	66,7	9	100	0,111
	Devlet Hast.	44	25,0	132	75,0	176	100	
	KETEM	4	10,8	33	89,2	37	100	
	Üniversite	12	40,0	18	60,0	30	100	
	Özel	8	26,6	22	73,4	30	100	
Doktora Gitmeye Karar Verme	Kendim	35	23,9	111	76,1	146	100	0,014
	Aile	30	35,2	55	74,8	85	100	
	Arkadaş	6	15,0	34	85,0	40	100	
	TV	0	0	11	100	11	100	
Evre	Erken	36	50,7	35	49,3	71	100	0,123
	İleri	129	61,1	82	38,9	211	100	
Tarama Yaptırma	Evet	12	16,4	62	83,6	73	100	0,039
	Hayır	59	28,3	149	81,7	208	100	
Beden Yapısı	Zayıf	10	29,4	24	70,6	34	100	0,723
	Normal	25	26,0	71	84,0	96	100	
	Şişman	36	23,6	116	76,4	152	100	

Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri kullananların hastaya ait tanı gecikme süresi anlamlı derecede uzun olduğu saptandı. Bu uzama toplam tanı gecikme süresinin de uzamasına neden olmuştu. Tablo 36’da tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanma ile tanı gecikme süreleri arasındaki ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo 36. Tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanma ile tanı gecikme süresi ilişkisi

	Alternatif Tıp Kullananlar		Alternatif Tıp Kullanmayanlar		F	P
	Ortalama süre (hafta)	ss	Ortalama süre (hafta)	ss		
Hastaya ait gecikme süresi	14,16	1,75	5,922	0,60	31,586	0,001
Doktora ait gecikme süresi	3,31	2,65	3,61	3,74	0,381	0,537
Toplam gecikme süresi	17,52	14,62	9,57	9,42	26,382	0,001

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda ADÜ Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda 01 Ocak 2010-30 Haziran 2013 tarihleri arasında incelenen 1651 adet meme biyopsisinden 503'üne malignite tanısı konduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen malign biyopsi sonuçları incelendiğinde %67,3 orayıyla en sık invaziv duktal karsinom tanısı konmuş olduğu görüldü. Türkiye'de yapılan çalışmada da duktal tümörlerin en sık görüldüğü, duktal tümörler içinde ise invaziv duktal karsinomun %60,6 oranı ile ilk sırada bulunduğu gösterilmiştir (81). Tunus'ta 729 hastada gerçekleştirilen bir çalışmada olguların % 90'ı, İskoçya' da 35 yaş ve altında tanı konulan 113 hastada gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise hastaların % 94'ü invazif duktal karsinom olarak rapor edilmiştir (82). Pakistan'da yapılmış olan çalışmada ise invaziv duktal tümörlerin payı % 81 olarak bulunmuştur (83). Türkiyede kanser veri tabanı üzerinden yapılan çalışmada % 75 oranında invaziv duktal karsinom %7 invaziv lobuler karsinom saptanmıştır (84). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde meme biyopsilerinde en sık invaziv duktal karsinom saptanmıştır.

Meme kanserinin etiyolojisinde birçok risk faktörü tanımlanmaktadır. Ülkemizde meme kanserli hastalarda risk faktörlerinin dağılımı ile ilgili yapılan geniş seriler bulunmaktadır (85,86). Bu risk faktörleri arasında; cinsiyet, yaş, daha önce malign ya da benign meme kanseri öyküsünün olması, aile öyküsü, ırk, menstrual öykü (erken menarş ve geç menopoz), ilk gebelik yaşı, alkol tüketimi, yağdan zengin diyet ile beslenme, obezite, oral kontraseptif kullanımı ve menopoz sonrası hormon replasman tedavisi yer almaktadır (85,86,87).

Literatür incelemelerinde; meme kanseri gelişiminde yaş arttıkça meme kanseri riski arttığından yaşı tek başına en önemli bağımsız risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (87,88,89). Yapılan uluslararası çalışmalar incelendiğinde; meme kanseri tanısı konulan hastaların ilk tanı yaşı ortalamaları Nijerya için 42,7, Finlandiya için 58,7 olarak bulunmuştur (90). İzlanda'da 1120 meme kanserli hastanın saptandığı bir prospektif kohort araştırmasında ise hastaların tanı yaşı 26 ile 90 arasında değişmektedir ve % 8,7'sinin tanı yaşı 40 yaşın altında, % 58,6'sının ise 55 yaşın üstündedir (87). Pakistan'da yapılan iki ayrı çalışmada hastaların ortalama tanı yaşı 47,8 ve 48,0 yaş olarak bildirilmiştir (83,91).

Ülkemizde ise 2002 yılında Aslan ve ark.'nın 1085 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; araştırma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalaması 34,8 iken (85), Kılıç ve ark.'nın yaptıkları başka bir çalışmada ise hastaların meme kanseri tanısı aldıkları andaki yaş ortalaması $50,0 \pm 12,1$ şeklinde rapor edilmiştir (89). Kanser veri kayıtlarından yapılan çalışmada hastaların yaş ortalamalarının $51,6 \pm 12,6$ bunların % 17,0'ının 40 yaşın altında, % 31,1'inin 41–50 yaş arasında, % 48,7'sinin ise 50 yaşın üzerinde olduğu rapor edilmiştir (92).

Çalışmamızda ise hastalarımızın tanı anında yaş ortalaması $53,63 \pm 10,73$ idi ve %39,0'u 15-49 yaş arasında, % 31,9'u 50-59 yaş arasında, %29,1'i 60 yaş üzerindeydi. Litaratüre göre bakıldığında yaş ortalamaları biraz yüksek çıkmıştır (84). Yaş gruplarına göre bakıldığında Türkiye geneli ile benzer bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. ABD meme kanseri yaş gruplarına göre karşılaştırdığımızda ise ABD de 40 yaşın altındaki kanser oranı %5 tir. Çalışmamızda ise bu oran %7,1 olarak saptanmış ve Türkiye'de genç nüfusun fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Nahçıvan ve ark.'nın 2002 yılında İstanbul'da yaptıkları çalışmada sağlık güvencesine sahip olanların oranının % 58,9 olduğu, bu hastaların çoğunun da Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan hizmet aldığı belirtilmiştir (93). Edirne de 2007-2011 yılları arasındaki 5 yıllık hasta dosyalarının tarandığı çalışmada hastaların % 98,6 gibi yüksek oranda sağlık güvencesine sahip olduğu ve bu hastaların % 45,7'sinin SSK'dan hizmet aldıkları tespit etmiştir (94). Şu an Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında tek çatıda toplanan sosyal güvence durumuna göre bizim çalışmamızda % 99,3'ü sağlık güvencesine sahiptir ve bunların %91,6'sı SGK'lıdır.

Haydaroğlu ve ark.'nın 1992–2003 yılları arasında Ege Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran ve meme kanseri tanısı alan 3897 olguyu; yaşadıkları bölgeleri kentsel ve kırsal alan olarak incelemeleri sonucunda, %70,5'inin kent merkezinde oturduklarını rapor etmişlerdir (81). Benzer şekilde Edirne'de yapılan çalışmada hastaların % 82,3 gibi büyük bir oranı kent merkezinde ikamet etmekteydi (94). Bizim çalışmamızda kentsel bölgede oturma oranı %63,5 olarak bulunmuş olup litaratüre göre düşük orandadır.

Sosyoekonomik düzeyin artması sağlık kurumlarına ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda düzenli şekilde tarama yaptırmaya bağlı olarak erken evrede tanı aldıkları bulunmuştur (95). Litaratürle uyumlu olarak çalışmamızda da lise ve üstü eğitim alanlar anlamlı oranda fazla tarama yaptıırıyordu ve eğitim süreleri fazla olanlar daha erken evrede tanı alıyorlardı. Heck ve arkadaşlarının bir çalışmasında ise eğitim düzeyi ile postmenopozal meme kanseri insidansı arasında ters yönde

korelasyon olduğu ve eğitim düzeyi düştükçe kanser sıklığının arttığı gösterilmiştir (96). Bizim çalışma grubumuzun da yaklaşık dörtte biri okul eğitimi almamıştı.

Otuz altı çalışmalık bir metaanalizde birinci derecede akrabasında (anne, kız kardeşler ve kız çocukları) meme kanseri olan bir kadında riskin 3 kat arttığı gösterilmiştir (10). Meme kanserli kadınların %15'inde aile öyküsü vardır. Ülkemizde Ankara'da yapılan çalışmada hastaların %48,9'unun yakınlarında meme kanseri öyküsü vardı (97). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer oranda hastaların %18,4'ünün birinci derece yakınlarında ve %37,2'sinin başka akrabalarında aile öyküsü vardı.

Elli üç çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde sigara ile meme kanseri arasında ilişki bulunmamıştır (16). Ağır alkol alımının (günde 45 gramdan fazla) hiç içmemeye göre riski 1,46 oranında artırdığı gösterilmiştir. Ankara'da yapılan çalışmada meme kanserli hastalarda sigara içme oranı %40,1, alkol alım oranı %11,2 saptanmıştı (97). Hastalarımızın alkol ve sigara kullanım oranları literatüre göre oldukça düşük saptanmıştır.

Nulliparitede meme kanseri riski arttığı bilinmektedir (98)Yirmi yaşından daha önce çocuk doğuran bir kadının riski, nullipar veya ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran bir kadının yaklaşık olarak yarısıdır (99). Hastalarımızın %71,4'ü 12 ve 12 yaştan önce adet gördüğünü ifade etmiştir. Erken menarşın önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (98). Erken menarşın sıcak bölgelerde gözlenmesi bölgemizin de sıcak bölge olması erken menarşın nedeni olabilir. Çalışmamızda hastaların %70,6'sı postmenopozal dönemdeydi ve büyük çoğunluğunu (%47,4) 44-50 yaş arasında menopoza giren hasta grubu oluşturmaktaydı. Literatürde 55 yaşından sonra menopoza girmenin meme kanseri riskini 2 kat artırdığı gösterilmiştir (99). Bizim katılımcılarımızda 55 yaş üzerinde menopoza giren hasta yoktu. Halen kombine oral kontraseptif preparatları kullananlarda, genç olup uzun zamandır kullananlarda (6 yıldan fazla) ve erken yaşta başlayanlarda (25 yaşından önce) meme kanseri riskinin artabileceği belirtilmiştir (100). Bizim hastalarımızın %14,2'si hayatının herhangi bir döneminde oral kontraseptif kullandığını belirtmiştir. Edirne'de yapılan çalışmada meme kanserli kadınlarda oral kontraseptif kullanım oranı %19,0 (94), Ankara'da yapılan çalışmada (97) ise %24,9 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda oral kontraseptif kullanım oranı daha düşüktür. Östrojen ve progesteronla kombine hormon replasman tedavisinin meme kanseri riskini %26 oranında artırdığı yaklaşık 160000 postmenopozal kadının katıldığı Women's Health Initiative çalışmasında gösterilmiştir (53). Bizim çalışmamızda hormon replasman tedavisi kullanan hastalar %3,2 gibi düşük bir orandadır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınlarda tanı öncesi en sık rastlanan ilk başvuru yakınmaları sorgulandığında memede ağrısız kitle %79,1 oranıyla ilk sıradaydı.

Memede ağrılı kitle %12,8 ve memede yalnızca ağrı %3 ile ikinci ve üçüncü sıklıkta görülen başvuru nedenleri idi (81). Edirne’de yapılan çalışmada olguların % 77,9’unda memede ağrısız kitle, %8,8’inde memede ağrı ve kitle en sık başvuru nedenleriydi (94). Çalışmamızda da benzer olarak en sık başvuru yakınması %52,5 oranıyla memede kitle olarak saptandı.

Hastaların meme kanseri yakınmaları ile gidip ilk tanı aldıkları merkez de önemlidir. Özgün ve ark.’nın yaptığı üniverisitemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalına başvuran meme kanseri tanılı hastaların incelendiği çalışmada ilk tanı yerleri % 79,0 Adnan Menderes Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği, %13,6 Genel Cerrahi uzmanı ve %7,4 aile hekimi olarak sınıflanmıştır (69). Edirne’de yapılan başka bir çalışmada ise araştırmaya dahil edilen hastaların ilk tanı yeri; % 59,2 devlet hastanesi, % 29,6 üniversite hastanesi, % 10,9 özel hastane ve % 0,3 SSK Hastanesi şeklinde sıralanmaktadır (94). Bizim çalışmamızda da ilk başvuru yeri olarak devlet hastanesi ilk sırada yer alıyordu. Ardından son dönemde sıklaşmış olan KETEM’lerin ilk başvuru yeri olarak ikinci sırada yer alması olumlu bir sonuç olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ilk başvurulacak doktor olarak önceki çalışmalara benzer şekilde genel cerrahi uzmanı ilk sıradadır. Aile hekimine başvuranların yok denecek kadar az olması da düşündürücü bir sonuçtur.

Meme kanseri tedavisinde farklı medikal ve cerrahi tedavi teknikleri kullanılmaktadır (81). Haydaroğlu ve ark.’nın 1992–2003 yılları arasında, Ege Üniversitesi Hastanesi’ne başvuran ve meme kanseri tanılı 3897 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; uygulanan tedavi şekilleri, % 94,6’sı cerrahi, % 33,3’ü radyoterapi, % 35,6’sı da kemoterapi olarak tespit edilmiştir (81). Çalışmamızda da hastaların tamamına yakını cerrahi tedavi almıştı ve literatüre göre daha yüksek oranlarda radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştı.

Türkiye’de daha önce yapılan bazı çalışmalar, halkımızın meme kanseri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu, çoğu kadının erken tanı tarama yöntemlerini kullanmadığını ortaya koymuştur (88). Topluma yönelik meme kanseri bilgi düzeyi ile ilgili bir çok çalışma olmasına rağmen kanser hastalarının konu ile ilgili bilgi düzeyi hakkında fazla çalışmaya raslanmamıştır. Çalışmamızda özellikle ailede meme kanseri olmasının risk faktörü olduğunun bilinme oranının düşük saptanması hastalarımızı bilgilendirme konusunda eksik kaldığımızı düşündürmüştür.

Yirmibinden fazla kadının katıldığı bir çalışmanın sonuçlarına göre kendi kendine muayenesi ve erken tanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (101). Başka bir çalışmaya göre de kendi kendine muayene meme kanserinden ölüm hızını azaltmamaktadır (102). Ancak ülkemiz gibi sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı ülkelerde kadınların bedenlerini tanımaları

ve değişiklikleri farketmeleri açısından önemli olabileceği düşünölmektedir. ACS'nin meme kanseri erken tanı kılavuzu 2003 derlemesinde, kendi kendine muayenenin kişilere önerilebileceği fakat kadınların bu konuda serbest bırakılması söylenmektedir. Bunun bir erken tanı yöntemi olmadığı, çünkü çoğu kadının memesindeki değişiklikleri fark ettiğinde, hastalığın da ilerlemiş olduğu belirtilmiştir. Belirli bir teknik ve tarife içeren bu muayeneler yerine, kadınların meme dokularının nasıl göröndüğünü ve değişiklikleri bilmeleri yeterli görölmüştür. Ayrıca düzenli aylık muayene yapmaktayken hastalığı kendinin saptadığını belirten kadınların birçoğunun da bunu tesadüfen, örneğin giyinirken farkettiği belirtilmiştir. Asıl önerilen erken tanı metodu, meme kanserinden ölümleri %18 azalttığı gösterilen mamografidir (103). Çalışmamızda katılımcıların %59,2'sinin kendi kendine meme muayenesi yaptığını ve yalnız %31'inin mamografi çektiğini saptadık. Ülkemizde kendi kendine meme muayenesi yaptırma oranı % 5,5 ile % 32 arasında değişmektedir (104). Ülkemizde mamografi çekirme oranları Manisa'da %10,6, Kayseri'de %11, İstanbul'da %25 olarak bulunmuştur (104,105,106). Mamografi çekirme oranını arttırmak amaçlı kampanyalar devam etmektedir. Hastalarımızda meme muayenesi yaptırma ve mamografi çekirme oranları literatüre göre yüksek orandaydı. Hastaların düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapıp yapmadığının sorulmaması çalışmamızın eksikliği olarak kalmıştır.

Doğu Anadolu'da tanı sırasındaki evrenin daha çok lokal ileri ve metastatik meme kanseri olduğunu söyleyebiliriz. Dicle Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada Evre I ve II meme kanseri oranı %21, Evre III ve IV meme kanseri oranı ise %79'dur (107). İstanbul Tıp Faköltesi Meme Ünitesi'ndeki verilere göre Evre I ve II meme kanseri oranı %83 olup (60), bu oran batı ölkelerindekine benzerdir. İzmir'deki çalışmada olguların % 34,6'sının (81), Antalya'da (89) ise % 62,1'inin erken evrede olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda da erken evrede tanı alma oranı %58,5 olarak saptanmıştı. Hastaların %58,5'i lokal evre %8,5'i ise uzak yayılım yapmışken tanı almıştı. Türkiye kanser verilerinde ise bu oran lokalize evrede %47,6 uzak yayılımda ise %8,4 'tür. Çalışmamız Türkiye verileri ile benzer olmakla beraber lokalize yayılım gösteren kanser oranı literatürdekilerden daha yüksektir. Yurt dışı çalışmalarda, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan ölkelerdeki durum bizim sonuçlarımızdan ve ülkemizdeki diğer çalışma verilerinden oldukça farklıdır. Hindistan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün sonuçlarına bakıldığında, hastaların % 76'sında tanı sırasındaki evre; evre III ve IV'tür. Batı Afrika ölkesi olan 20 milyon nüfuslu Gana'da da hastaların nerdeyse tamamının ileri evrede tanı aldıkları tespit edilmiştir (84).

Meme kanserli hastalarda tedavide gecikme süreleri ve neden olan faktörleri saptamak amaçlı yapılan uluslararası bir çalışma ülkemizdeki kanser tanı sürecini diğer ölkelerle

karşılaştırmıştır. Buna göre ülkemizde ortalama hastaya bağlı gecikme süresi 4,8 hafta, sisteme bağlı gecikme süresi 10,5 hafta ve toplam gecikme süresi 13,8 hafta olarak saptanmıştır. Aydın’da yapılan bir çalışmada hastaya bağlı gecikme süresi 5,09 hafta olarak saptanmıştır (79). Gelişmiş ülkelerde toplam gecikme süreleri İngiltere’de 6 hafta, Danimarka’da ise 7 haftadır. Rusya, Polonya gibi ülkelerde de bizimki ile benzer süreler vardır (84). Bizim çalışmamızda hastaya bağlı gecikme süresi ortalama 8,05 hafta, sisteme bağlı gecikme süresi ortalama 3,53 hafta olarak saptanmıştır. Toplam gecikme süresi ise 11,62 hafta olarak bulunmuştur. Ortalama tanı süremiz Türkiye ortalamasından daha kısadır. Özellikle sisteme bağlı gecikme süresi belirgin olarak kısa bulunmuştur. Bu durum çalışmanın yapıldığı Aydın ilinde sağlık kuruluşlarına ulaşımın daha rahat olması ve üniversite hastanemizin yoğunluğunun nispeten az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Meme kanserli hastaların tanı sürecini inceleyen Türkiye’de yapılmış çok merkezli çalışmaya göre (103) daha yoğun nüfusa sahip olan illerde sosyoekonomik açıdan daha yüksek olmalarına rağmen tanı süreleri daha uzun bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaya bağlı gecikme süresine bakıldığında belirgin oranda yüksek bir oran saptanmıştır. Türkiye genelinde yapılan çalışmada 2 haftadan daha az süreler saptanmıştır (103). Rayson ve ark.ları 2004 yılında Kanada’da ilk saptama-biyopsi süresini 14 gün olarak bildirmişlerdir (108). Reed ve ark.ları 6418 hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında ilk saptama-biyopsi süresini ortalama 17 gün olarak tespit etmişler ve tanı ve tedavi sürecinde yaşanan gecikmelerin nedenlerini genç yaş, memede kitlenin yokluğu, memedeki kitlenin yeri, etnisite ve aile öyküsünde meme hastalığının yokluğu olarak belirtmişlerdir (109). Mayo ve ark.’larının Kanada’da bildirdikleri çalışmalarında hastalığın ilk fark edildiği tarihten ameliyata kadar geçen süre 34 gün olarak tespit edilmiştir. Bu süre 1992 yılında 29 gün iken 1998 yılında 42 güne kadar uzamıştır (110). Kanada’da bildirilen iki ayrı çalışmada hastalığın ilk tanısından adjuvan tedavi başlanmasına kadar geçen zaman ortalama 91 ve 96 gün olarak edilmiştir (111,112). Richards ve ark.ları 101954 hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında tanıya üç ay ve daha uzun süreli gecikmenin hastalığın ileri evrelerde tanı konulmasına neden olduğunu ve sağkalımı kısalttığını göstermişlerdir (113). Arndt ve ark.ları ise tanıya 3 aydan fazla gecikmenin kötü diferansiye tümör oranında 3.4 kat artışa neden olduğunu tespit etmişlerdir (114). Daha düşük sosyoekonomik düzeyi olan İran’da yapılan çalışmalarda hastaya bağlı gecikme süreleri olguların %25’inde 6 ayı, %42’sinde ise 3 ayı geçmektedir (115,116).

Genel olarak baktığımızda ülkemiz ortalamalarından daha kısa bir tanı alma süresi olmasına rağmen hala gelişmiş ülkelerdeki tanı sürelerini yakalayamadığımız görülmektedir.

Özellikle birinci basamak hekimliğin daha gelişmiş olduğu İngiltere, Hollanda, Danimarka gibi ülkelerde tanı sürecinin çok kısa olduğu dikkat çekicidir (84). Çalışmamızda da aile hekimleri ile iletişimde olanların tanı süresi anlamlı oranda kısa olduğunu saptadık. Özellikle hastaya bağlı gecikme süresi aile hekimleri ile iletişimde olmayanlarda çok uzundu. Bizim hastalarımızın sadece %56,6'sı birinci basamakla iletişim halindeydi. Bu düşük oran tanı süremizin gelişmiş ülkelerdeki süreden daha uzun olmasına neden olmuş olabilir. "Türkiye Sağlık Raporu 2012" kitabında da özellikle belirtildiği üzere; temel sağlık hizmetleri yaklaşımı çerçevesinde koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin önemi nedeniyle bu tür hizmetlerin sağlık kuruluşlarına başvurmayan kişileri de kapsamı gerekmektedir (117). Bu konuda gözden kaçırılmaması gereken bir nokta; bu hizmetleri vermesi gereken AH biriminin hizmet verdiği nüfusun fazla olduğu ve bunun da nitelikli ve kapsayıcı hizmet verilmesini güçleştirici bir etken olduğudur. Kadınların düzenli olarak tanı ve tarama yöntemlerini (KKMM, KLMM ve mammografi) uygulanmasını sağlayacak ve başvurudaki gecikmeleri ortadan kaldıracak çalışmalara hız verilmelidir. Bu da gezici sağlık hizmetlerinin ve 15-49 yaş kadın izlemelerinin geliştirilmesiyle olanaklı olabilecektir. Şimşek ve ark.'nın 2009 yılında yaptıkları çalışmaya göre ülkemizde aile hekimliği uygulaması ile birlikte birinci basamak kurumlarında kişi başına yıllık muayene sayılarında artış olduğu bildirilmekle birlikte, bazı risk gruplarına yönelik izlemlerin yetersiz olduğu belirtilmektedir (118). Nesanır ve Erkman'ın 2010 yılında yaptıkları çalışmada sağlık ocağında yılda iki kez izlenmesi beklenen 15-49 yaş kadınların aile hekimliği uygulamasında böyle bir zorunluluk olmaması nedeniyle izlenme oranlarının azalma eğilimi gözlenmektedir (119). Edirne'de yapılan bir çalışmada hastaların yalnızca %15,0'ına aile hekimi tarafından klinik meme muayenesi yapıldığı, %15,1'inin aile hekimleri tarafından mammografi ile ilgili bilgi verildiği, %14,9'unun ise aile hekimleri tarafından KETEM'e yönlendirilmiş olduğu tespit edilmesi de hastaların aile hekimlerine başvurmadıklarını ve/veya birinci basamakta koruyucu hekimlik girişimlerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir (94).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada hastaya ait tedavide gecikme nedenleri medikal sistem ve başarılı bir tedaviye inanmamak, ortaya çıkan semptomları kabullenmemek, kendi kendine meme muayenesi yapmamak, eğitimsizlik, ev kadını olmak aile, akraba ve dostlarında kanser olmaması, nüfusu 100.000'den az olan bir merkezde yaşamak olarak saptanmıştır. Sisteme bağlı gecikme sebepleri ise sağlık sisteminden destek görmemek, uyarılmamak, sistemden mamografi daveti almamak, ilk olarak aile hekimine, devlet hastanesine veya özel hastaneye başvurmak olarak belirtilmiştir (92). Amerika'da yapılan çalışmada tanı sürecinde hastaların önündeki en büyük engel maliyet korkusu olarak

saptanmıştır. Aynı çalışmada mamografi çektirmenin önündeki en büyük engel de maliyet korkusu olarak saptanmıştır (120). Yunanistan’da yapılan bir çalışmada da bilgi eksikliği ve mamografi işleminden korkma tarama ve tanı sürecindeki gecikmelere sebep olarak saptanmıştır (121). Bizim çalışmamızda da hastaya ait gecikme süresini uzatan nedenler benzer olarak kırsal bölgede oturmak, eğitim düzeyinde düşüklük ve maddi yetersizlik olarak saptandı. Toplam gecikme süresine etkili faktörler de literatürle uyumluydu ve ilk olarak devlet hastanesine ve KETEM’e gitmek, kadın doğum uzmanına başvurmak, meme başında akıntı şikayeti ile başvurmak toplam tanı süresini uzatıyordu.

Edirne’de yapılan çalışmada tanı süreci sırasında karşılaşılan sorunlar incelendiğinde sorun yaşayanlar %41,4 olarak saptanmış ve en sık sorun olarak maddi zorluklar belirtilmişti. Hastaların %95’i cepten para harcamak zorunda kalmışlardı (94). Bizim çalışmamızda ise sorun yaşama oranı %11,3 ile daha düşüktür. Yine literatürle benzer şekilde ilk sırada maddi sorunlar ardından ulaşım sorunları gelmekteydi.

Litaratüre bakıldığında alternatif tedavi yöntemlerinin gelişmiş ülkelerde kullanımı Amerika’da %42,1; Fransa’da %49,3 iken Kanada’da %70,4; Çin’de %70, Afrika ülkelerinde %80 oranındadır.(78) Türkiye’de kullanım sıklığını Ceylan ve arkadaşları %60,1 (122) Işıkhan ve arkadaşları %39,2 (123) olarak bildirmişlerdir. Türkiye’de kanserli hastalarda alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı %22,1 ile %84,1 arasında değişmekte olup ortalama %46,2 oranında kullanılmaktadır (78). Çalışmamızda da hastaların % 25,2’si tedavilerinin yanında alternatif tedavi yöntemlerini de kullanmışlardı. En sık alternatif tedavi yöntemi bitkisel ilaç kullanımı ve ısırgan otu kullanımıydı. Çalışmamızda alternatif tedavi kullananların daha az tarama yaptırdığını saptadık. Litaratürde de taramaya girmeyen gruplar arsında alternatif ve tamamlayıcı tedavi kullananların sık olduğu saptanmıştır (124).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde Ocak 2010-30 Haziran 2013 tarihleri arasında meme kanseri tanısı alan hastalarla yaptığımız çalışmanın amacı; hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi, tanı gecikmelerinin olası nedenlerini ve tanısal süreçte hastaların karşılaştıkları zorlukları ortaya çıkartmaktır. Bu bağlamda çalışmamızda ulaşılan sonuçlar şunlardır.

1. Meme kanseri hastalarının üçte birinden fazlasının 50 yaşın altında olması meme kanserinin toplum açısından önemini göstermektedir.
2. Hastaların ancak dörtte birinin tarama sonucunda tanı almış olması önemli bir veridir. Bununla birlikte, tarama yaptırmaya karar vermede sağlık çalışanlarının etkisi oldukça az saptanmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve özellikle kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti vermek ile yükümlü olan aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerinde meme kanseri erken tanı yöntemleri, meme kanserinin belirtileri ve risk faktörleri, bu hizmetin hangi merkezlerden ve ne şekilde alınabileceği eğitimi öncelikli konular arasında yer almalıdır. Ayrıca aile hekimlerinin kendilerinde kayıtlı meme kanseri için risk taşıyan kadınlara bireysel riskleri konusunda danışmanlık vermeleri, özellikle taramalarını aksatmamalarını sağlamaları gerekmektedir. Verilecek bu hizmetlerin aile hekimlerinin performanslarını değerlendirecek kriterler arasına eklenmesi konuya verilecek önemi arttıracaktır.
3. Hastaların meme kanseri ile ilgili bilgi sorularına yeterli cevap alınamaması hastalara verdiğimiz bilgileri sorgulamamızı gerekli kılmaktadır. Özellikle ailede meme kanseri olmasının önemli bir risk faktörü olduğunu hastaların bilmemesi, birinci derece yakınlarının tarama programlarına dahil olmamasına sebep olabilir. Meme kanserli hastaların birinci derece yakınlarına yönelik yapılandırılmış bir tarama programı hazırlanması için çalışmalar yapılması yararlı olacaktır.
4. Çalışmamızda ilk başvuru yeri olarak devlet hastanesi ilk sırada yer alıyordu. Ardından son dönemde sayıları artırılmış olan KETEM'lerin ilk başvuru yeri olarak ikinci sırada yer alması olumlu bir sonuçtur. Çalışmamızda ilk başvuru doktor olarak genel cerrahi uzmanı ilk sıradadır. Aile hekimine başvuranların yok denecek

kadar az olması da üzücü bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Hastaların sadece yarıya yakınının aile hekimiyle iletişim halinde olmasının nedenleri irdelenmelidir.

5. Çalışmamızda ortalama tanı gecikme süresini Türkiye ortalamasından daha kısa olarak bulunmuştur. Özellikle sisteme bağlı gecikme süresi belirgin olarak kısa saptanmıştır. Bunun da çalışmanın yapıldığı Aydın ilinin sağlık ulaşımı açısından daha rahat olması ve üniversite hastanemizin yoğunluğunun nisbeten az olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Birinci basamak için önemli bir veri olarak aile hekimleriyle iletişim halinde olanların tanı süreçlerin daha hızlı olduğunun saptanmasıdır. Aile hekimlerinin koordinasyon görevinin önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır.
6. Hastalarımızın çoğunluğunun erken evrede tanı almış olduğu saptanmasına rağmen hala tanı sırasında uzak yayılım yapan hastaların olması beklenen hedeflere ulaşılamadığının bir göstergesidir. Hastaların erken evrede yakalanma şanslarını birinci derece akrabada meme kanseri olması, tarama yaptıрма, normal kiloda olmak, kentsel bölgede yaşamak arttırmaktadır.
7. Hastaların tanı sürecinde az bir kısmının zorluk yaşadığını belirtmesi olumlu bir sonuç olarak saptanmıştır. Bakıldığında beklendiği gibi kırsal bölgede yaşayan, okuma yazma bilmeyen, bekar olan, yeşil kartlı olan, gelir düzeyi düşük olanlar daha fazla sorun yaşıyorlardı. Hastalarımız tanı sürecinde en sık maddi zorluklar yaşamıştı. Ulaşımın, bölgemiz açısından önemli bir sorun olmadığı saptanmıştır. Bu durum bölgemizin coğrafi koşullarının zorlu olmamasına ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmasına bağlanmıştır.
8. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullananların hastaya bağlı gecikme sürelerinin anlamlı derecede uzun olduğunun saptanması tıp dışı yöntemleri kullanan hastaların erken tanı alamamak, tarama yaptırmamak için risk grubunda olduğunu düşündürmüştür.

ÖZET

Bir Üniversite Hastanesinde Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Ve Tanı Süreci

Giriş

Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde meme kanseri tanısı alan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi ve hastaların tarama programlarına dahil olmama nedenlerini, tanı ve tedavi gecikmelerinin olası nedenlerini ve tanısal süreçte hastaların karşılaştıkları sorunları ortaya çıkarmak hedeflenmiştir.

Materyel Metod

Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel bir araştırma olarak tasarlandı. Çalışmanın evreni Adnan Menderes Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı'nda, 01 Ocak 2010-30 Haziran 2013 tarihleri arasında meme biyopsisi sonucunda meme kanseri tanısı alan hastalardan oluşturuldu. Bu tarihler arasında tanı alan 503 hastadan 282 hastaya ulaşıldı. Hastalardan randevu alındıktan sonra yüzyüze görüşülerek, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan; hastaların demografik verilerini, tarama davranışlarını ve tanısal süreci sorgulayan anket formu dolduruldu ve onam formu imzalatıldı. Veriler istatistik programıyla oluşturulan veri tabanına işlenerek istatistiksel değerlendirme yapıldı.

Bulgular

Çalışmadaki hastaların yaş ortalamaları $53,6 \pm 10,7$ idi (28-78). Hastaların %18,4'ünün birinci derece yakınlarında meme kanseri vardı. Hastaların tanı öncesindeki dönemlerde tarama davranışları incelendiğinde %59,2'sinin (s=167) kendi kendine meme muayenesi yaptığı, %56,4'ünün (s=159) klinik meme muayenesi yaptırdığı saptandı. Hastaların %31,6'sı (s=89) tarama amaçlı mamografi çektiydi. Hastaların yalnız %7,5'i doktor önerisi ile tarama yaptırmıştı. Tanı öncesinde herhangi bir şikayeti olmayan 56 kişi (%19,9) vardı. Şikayeti olanlar arasında memede kitle %65,4 ile ilk sıradaydı. Hastalar tanı için ortalama 2,1 kere doktora başvuruyorlardı. Hastaların %62,4'ü ilk olarak devlet hastanesine ve %70,2'si genel cerrahi uzmanına başvuruyorlardı. Hastaların %58,5'i erken evrede tanı almışlardı. Ev

hanımları diğer meslek gruplarına göre anlamlı olarak daha ileri evrede tanı alıyorlardı. Birinci derece akrabada meme kanseri olması, tarama yaptıрма, normal kiloda olmak, kentsel bölgede yaşamak erken evrede tanı alma şansını arttırmaktaydı. Çalışmamızda hastaya bağlı gecikme süresi ortalama 8,05 hafta, sisteme bağlı gecikme süresi ise 3,53 hafta olarak saptandı. Hastaların yaşı arttıkça tanı alma süreleri kısalıyordu. Kırsal bölgede oturmak, düşük gelire sahip olmak, daha az eğitilmiş olmak, daha çok doktora başvurmak, ilk olarak KETEM'e başvurmak, ilk olarak kadın doğum uzmanına başvurmak tanı sürecini uzatıyordu. Aile hekimleriyle tanı sürecinde iletişim kuranların hastaya bağlı gecikme süresi, sisteme bağlı gecikme süresi anlamlı olarak daha kısaydı. Hastaların % 25,2'i tedavilerinin yanında alternatif tedavi yöntemlerini de kullanmışlardı. En sık olarak beslenmeyi destekleyici bitkisel ilaç ve ısırgan otu kullanımı saptandı. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullananların tanı sürecinde hastaya bağlı gecikme süresinin uzun olduğu saptandı.

Sonuç

Çalışmamıza göre bölgemizde ortalama tanı süresi Türkiye ortalamasının altındadır. Özellikle sisteme bağlı gecikme süresi belirgin olarak kısa saptanmıştır. Buna rağmen tanı süresi halen gelişmiş ülkeler düzeyinde değildir. Çalışmamızda aile hekimleri ile iletişim düşük oranda saptanmıştır. Birinci basmağın güçlenmesinin tanı sürecinde hasta kaynaklı gecikmeyi azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: meme kanseri, tarama, tanısal süreç

ABSTRACT

Descriptive Characteristics And Diagnostic Process of Patients Diagnosed With Breast Cancer At An University Hospital

Introduction And Aim

The aim of the study is to identify the descriptive features, causes not to participate screening programs, stage at diagnosis and possible reasons of diagnosis and treatment delay in patients diagnosed with breast cancer at an university hospital.

Materials and Metods

This is a cross sectional descriptive study of breast cancer patients diagnosed with breast biopsy in the Department of Pathology in Adnan Menderes University Medical School between 01 January 2010-30 June 2013. The study population consisted of 282 patients out of 503, who accepted to participate. A questionnaire questioning the patients' demographic data, screening and diagnostic process was filled by face to face interview and consent form was signed.

Results

The mean age of the patients was 53.6 ± 10.7 (28-78) years and 18.4% had a family history of breast cancer. Scanning behavior in the period before the diagnosis of patients examined 59.2% (n = 167) of breast self-examination of his, 56.4% (n = 159) revealed that clinical breast examination. 31.6% of patients (n = 89) had mammography screening purposes. Only 7.5% of patients with a doctor recommends screening had built. Of the total, 45.4% was diagnosed by clinical breast examination Of the patients, 62.4% initially admitted to state hospital and 70.2% preferred general surgery department. Average time for going to a doctor after the first symptoms appear was 8 weeks and the time elapsed from the date going to the doctor up to the beginning of the treatment was 3.5 weeks. 58.5% of the patients had diagnosed at an early stage. Housewives diagnosed significantly at later stages compared to others ($p < 0.004$). Having breast cancer in first-degree relatives, having mamograms regularly, being at normal weight, living in urban areas increases the chance of getting diagnosed at

early stage. Living in rural region, having lower income, being less educated, referring to the obstetrician initially was prolonging the diagnostic process. In addition to 25.2% of the patients treated were also used alternative treatments. Most commonly the use of nutrition support and nettle herbal medicines detected. Patients use complementary and alternative therapies in the diagnostic process was found to be due to the long duration of the delay.

Conclusion

According to our study the average time to diagnosis in our region is below the average in Turkey. In particular, significantly shorter delay time depends on the system has been identified. However, while the diagnosis is still not at the level of developed countries. In our study, the low rate was found in contact with family physicians. Strengthening of primary care patient-related delay in the diagnosis process is expected to reduce.

Keywords: breast cancer, screening, diagnostic process

KAYNAKLAR

1. International Agency for Research on Cancer, Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx Erişim: 30.12.2013.
2. Topuz E, Aydiner A, Dinçer M. Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi, 2003, 14-23.
3. American Cancer Society Breast Cancer Facts&Figures 2013-2014. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002;137(5 Part 1):347-60.
4. Kaymakçı S. Meme Hastalıkları, Ed. Karadakovan A. ve Aslan F.E., Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. İstanbul, Özyurt Matbaacılık, 2010, 22-30.
5. Türkiye Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanseri İstatistikleri. editör Gültekin M, Boztaş G, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf erişim:27.03.2014.
6. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch., 2004.
7. Yancik R, Wesley MN, Ries LA, Havlik RJ, Edwards BK, Yates JW. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. JAMA 2001; 285(7):885-92.
8. Pike MC, Spicer DV, Dahmouch L, Press MF. Estrogens, progestogens, normal breast cell proliferation, and breast cancer risk. Epidemiol Rev 1993;15(1):17-25.
9. Mincey BA. Genetics and the management of women at high risk for breast cancer. Oncologist 2003;8(5):466-73.
10. Pharaoh. PD. Day. NE. Duffy. SE. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and metaanalysis. Int J. Cancer 1997;71:800-09.
11. McTiernan A. Behavioral risk factors in breast cancer: can risk be modified? Oncologist 2003;8(4):326-34.
12. Ballard-Barbash R, Schatzkin A, Taylor PR, Kahle LL. Association of change in body mass with breast cancer. Cancer Res 1990;50(7):2152-5.

13. Lees AW, Jenkins HJ, May CL, Cherian G, Lam EW, Hanson J. Risk factors and 10-year breast cancer survival in northern Alberta. *Breast Cancer Res Treat* 1989;13(2):143-51.
14. Kumar NB, Cantor A, Allen K, Cox CE. Android obesity at diagnosis and breast carcinoma survival: Evaluation of the effects of anthropometric variables at diagnosis, including body composition and body fat distribution and weight gain during life span, and survival from breast carcinoma. *Cancer* 2000;88(12):2751-7.
15. Lee IM. Physical activity and cancer prevention-data from epidemiologic studies. *Med Sci Sports Exerc* 2003 Nov;35(11):1823-7.
16. Hamajima N, Hirase K, Tajima K. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58.515 women with breast cancer and 95.067 women without the disease. *Br J Cancer* 2000;87(11):1234-45.
17. Tuncer M. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanserele Programı 2009-2015. http://www.tapdk.gov.tr/tutunalkolkontrol/Ulusal_Kanserele_Kontrol_Program2009-2015.pdf (Erişim Tarihi:29.01.2013).
18. Başak O, Saatçi E, Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, Ankara, 2011.
19. The European definition of General Practice /Family Medicine. A description of the core competencies of the general practitioner/family physician. WONCA Europe, 2011.
20. Kara S, Öngel K, Mergen H. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği Hasta Profili Ve Sevk Zinciri. *Turkish Family Physician* 2010 ; 1(3):71-79.
21. Improving Outcomes in Breast Cancer: Manual Update. National Institute for Clinical Excellence 2002. www.nice.org.uk
22. Özmen V, Anderson BO. The Challenge of Breast Cancer in Low- and Middle-income Countries—Implementing the Breast Health Global Initiative Guidelines. *US Oncology, Touch Briefing*. 2008;76-79.
23. Özmen V. Dünyada ve Ülkemizde Meme Kanseri Tarama ve Kayıt Programları, İçinde: Tuncer M (ed), Türkiye’de Kanserele Kontrolü. Sağlık Bakanlığı Yayınları, No: 707, Ankara, 2007:335–43.

24. Sayek İ. Meme anatomisi ve fizyolojisi. Temel Cerrahi 2. Baskı 1996:835.
25. Osborne MP. Breast development and anatomy. In: Harris JR, Hellemen S, Henderson IC, Kinne DW, eds. Breast Disease. 2nd edition. Philadelphia: J.B Lippincott, 1991:1-13.
26. İnce Ü. Memenin anatomisi. Meme kanseri. (derleyen)Topuz E, İstanbul, İ.Ü.Onkoloji Enstitüsü Yayınları 1997;1-15.
27. Hammond CB, Scott JR, Diosio PJ, et al. Danforth Obstetrics and Gynecology, 7th ed. Philadelphia, J.B. Lippincott Co. 1994:771-789.
28. Beller F: Development and Anatomy the Breast. In: Mitchell Jr GW, Basset LW, eds. The female breast and its disorders. First Edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1990: 1-122.
29. Harold E: Anatomy the Breast. In Isaacs JH, ed. Textbook Breast Disease. St. Louis: Mosby Year Book, 1992:1-14.
30. Cardenosa G. Breast İmaging Companion. First edition. Philadelphia, Lippincott- Raven, 1997:178- 291.
31. Bernardi S, Londero AP Breast-feeding and benign breast disease J Obstet Gynaecol 2012;32(1):58-61
32. Özmen V, Dağoğlu T Fibrokistik hastalık tedavisinde bromokriptin http://www.turkpath.org/pdf/pdf_TPD_743.pdf erişim:22.07.2014
33. Memiş A. Meme Lezyonlarında Mamografik Değerlendirme. Türkiye Klinikleri Yayınları Radyoloji Dergisi 1997;1(1):12- 25.
34. Skaane P, Engedal K. Analysis of Sonographic Features in the Differentiation of Fibroadenoma and Invaziv Ductal Carcinoma. Am J Roentgenol 1998;170:109- 14.
35. Liberman L, Bracero N. Percutaneous Large- core Biopsy of Papillary Breast Lesions. Am J Roentgenol 1997;172:331- 37.
36. Wolfgang D. Radiology Rewiev Manual. Third Edition. Baltimore. Williams & Wilkins, 1996:397- 418.
37. Santen RJ, Mansel R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353(3): 275- 85.

38. Liberman L. Lobular Carcinoma In Situ at Percutaneous Breast Biopsy: Surgical Biopsy Findings. *Am J Roentgenol* 1999;173:291-9.
39. Belton AL. Mammographic and Sonographic Findings in Metastatic Transitional Cell Carcinoma of the Breast. *Am J Roentgenol* 1997;168:511-2.
40. Topuz E, Aydın A. Meme Kanseri. Biyoloji, Tanı, Evreleme Tedavi. 1. basım. İstanbul: Nobel Kitabevi, 2000;136-8.
41. Hultborn R, Hanson C, Kopf I, Verbiene I, Warnhammar E, Weimarck A. Prevalence of Klinefelter's syndrome in male breast cancer patients. *Anticancer Res* 1997;17(6D):4293-7.
42. Edwards BK, Howe HL, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden. *Cancer* 2002;94(10):2766-92.
43. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch. 2004. <http://seer.cancer.gov/popdata/> erişim :23.06.2014
44. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL. SEER Cancer Statics Review, 1975-2000. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2003.
45. Pharaoh. PD. Day. NE. Duffy. SE. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and metaanalysis. *Int J. Cancer* 1997;71:800-09.
46. Mincey BA. Genetics and the management of women at high risk for breast cancer. *Oncologist* 2003;8(5):466-73.
47. Vogel VG. Management of the high-risk patient. *Surg Clin North Am* 2003;83(4):733-51.
48. Pike MC, Spicer DV, Dahmouch L, Press MF. Estrogens, progestogens, normal breast cell proliferation, and breast cancer risk. *Epidemiol Rev* 1993;15(1):17-35.
49. Clavel-Chapelon F, Gerber M. Reproductive factors and breast cancer risk. Do they differ according to age at diagnosis? *Breast Cancer Res Treat* 2002;72(2):107-15.
50. Colditz GA. Fat, estrogens, and the time frame for prevention of breast cancer. *Epidemiology* 1995;6(3):209-11.

51. MacMahon B, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, Salber EJ, Trichopoulos D, Valaoras VG, Yuasa S. Lactation and cancer of the breast. A summary of an international study. *Bull World Health Organ* 1970;42(2):185- 94.
52. Furberg H, Newman B, Moorman P, Millikan R. Lactation and breast cancer risk. *Int J Epidemiol* 1999 Jun;28(3):396-402.
53. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(3):321-3.
54. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996;347(9017):1713-27.
55. McTiernan A. Behavioral risk factors in breast cancer: can risk be modified? *Oncologist* 2003;8(4):326-34.
56. Ballard-Barbash R, Schatzkin A, Taylor PR, Kahle LL. Association of change in body mass with breast cancer. *Cancer Res* 1990;50(7):2152-5.
57. Senie RT, Rosen PP, Rhodes P, Lesser ML, Kinne DW. Obesity at diagnosis of breast carcinoma influences duration of disease-free survival. *Ann Intern Med* 1992;116(1):26-32.
58. Baquet CR, Commiskey P. Socioeconomic factors and breast carcinoma in multicultural women. *Cancer* 2000;88(5 Suppl):1256-64.
59. Haagensen CD. Womens role in recognizing the symptoms of breast disease. In: Haagenson CD, ed. *Diseases of the breast*. Third edition. Philadelphia, London: W.B. Saunders, 1986:501-15.
60. Topuz E. Meme Kanseri Biyolojisi, Tanı, Evreleme, Tedavisi. *İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayınları*, 1997:218-24.
61. Akınoğlu A. Meme Kanserinde Yeni Tanı ve Tedavi Seçenekleri, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşivi Kaynak Tarama Dergisi 2002:215-24.

62. ACR,BIRADS-Mammography, fourth edition,. <http://www.acr.org/quality-safety/accreditation/mammography2003>, 194-7 erişim:16.3.2014
63. Cosgrove DO, Kedar RP, Bamber JC et al. Breast diseases: Color Doppler US in differential diagnosis. Radiology 1993;189:99-104.
64. A. Goldhirsch, J. H. Glick, R. D. Gelber, A. S. Coates, B. Thu'rlimann, H.-J. Senn & Panel Members. Meeting Highlights: International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2005. Annals of Oncology 2005;16:1569–83.
65. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Costanza ME, Evans WP. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: Update 2004. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2004;53(3):141-69.
66. Yüksel H. Aile Hekimliği Modeli Bireye Yönelik Korunmayı Gerçekleştirebilir mi? Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım. Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Model midir? Eskiocak M (Editör). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2007:95-6.
67. Aile Hekimliği uygulama Yönetmeliği. http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat/Aile_Hekimligi_Uygulama_Yonetmeliği_25_Ocak_2013.pdf(Erişim tarihi:10.02.2013).
68. Feig SA. Breast Masses: Mamographic Evaluation. Radiol Clin Nort A 1992;30:67-92.
69. Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P. Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. The Journal of Breast Health 2009;2;87-91.
70. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, 2001:29-36.
71. Jassem J, Ozmen V, et al. ASCO 2012(J Clin Oncol 2012; 30 [15S]: 578s), and San Antonio Breast Cancer Symposium 2012.
72. Paepke S, Schubert R, Hüttner C, Biohmer JU, Lichtenegger W. Awareness and preventional behaviour of the female population of Berlin and Hildesheim, Germany regarding breast cancer – resultsof a cross sectional study of 2110 women. Geb Fra 2000; 60:620-4.

73. Rutledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Bookbinder M. Breast cancer detection: knowledge, attitudes, and behaviors of women from Pennsylvania. *Oncol Nurs Forum* 2001;28(6):1032-40.
74. Coleman EA, O'Sullivan P. Racial differences in breast cancer screening among women from 65 to 74 years of age: trends from 1987-1993 and barriers to screening. *J Women Aging* 2001;13(3):23-39.
75. Pohls UG, Renner SP, Fasching PA, Lux MP, Kreis H, Ackermann S, Bender HG, Beckmann MW. Awareness of breast cancer incidence and risk factors among healthy women. *Eur J Cancer Prev* 2004;13(4):249-56.
76. Yılmaz M, Seki Z. Bir Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi *DEUHYO ED* 2010;3(2),65-71.
77. Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *Br J Gen Pract* 1998;48(433):1509-14.
78. Kav S, Hanoğlu Z, Algier S. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: literatür taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2008;18(1):32-8.
79. Meryem Y. Meme Kanserli Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27(5):680-6.
80. Ernst E, Cassileth B. The prevalence of complementary/ alternative medicine in cancer: A systematic review. *Cancer* 1998;83:777-82.
81. Haydaroğlu A, Dubova S, Özşaran Z, Bolukbaşı Y, Yılmaz R, Kapkaç M, et al. Ege Üniversitesinde Meme Kanseri: 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2005;1(1):6-11.
82. Ben AS, Aloulou S, Bibi M, Landolsi A, Nouira M, Ben FL, et al. Breast cancer prognosis in Tunisian women: analysis of a hospital series of 729 patients. *Sante Publique* 2002;14(3):231-41.
83. Siddiqui MS, Kayani N, Sulaiman S, Hussainy AS, Shah SH. Muzaffar S. Breast carcinoma in Pakistani females: a morphological study of 572 breast specimens. *J Pak Med Assoc* 2000;50(6):174-7.

84. Özmen V. Breast cancer in the world and Turkey. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(1):7-12.
85. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3(2):63-8.
86. Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvıcık S, Gürbüz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. International Journal of Hematology and Oncology 2010;1(20):27-33.
87. Sant M, Francisci S, Capocaccia R. Time trends of breast cancer survival in Europe in relation to incidence and mortality. Int J Cancer 2006;119:2417-22.
88. Onat H, Başaran M. Meme kanseri risk faktörleri ve koruma. Topuz E, Aydınır A Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2003:90-107.
89. Kılıç S, Tezcan S, Kömürcü S, Özet A, Çakır B, Arpacı F. Characteristics of survival of female breast cancer patients followed at the Gulhane Military Medical Academy Department of Medical Oncology between 1992–2002. Turk J Hematol Oncol 2004;14:1–13.
90. Ikpat OF, Kuopio T, Ndoma-Egba R, Collan Y. Breast cancer in Nigeria and Finland: epidemiological, clinical and histological comparison. Anticancer Res 2002;22(5):3005-12.
91. Malik IA. Clinico-pathological features of breast cancer in Pakistan. J Pak Med Assoc 2002;52(3):100–4.
92. Ozmen V. Data from Breast Cancer Registry Program. Turkish Federation of Breast Disease Societies (17.000 breast cancer patients). The Journal of Breast Health 2008;4(1):7-12.
93. Nahcıvan NO, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(1):33-8.
94. Seçgin E. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi'ne 2007-2011 Yılları Arasında Başvuran Meme Kanseri Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, 2012.
95. Çakmak Z. Kırıkkale ilinde meme patolojileri prevalansı. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Ankara, 2005:406.

96. Ishida DN, Toomata-Mayer TF, Braginsky NS. Beliefs and attitudes of Samoan women toward early detection of breast cancer and mammography utilization. *Cancer* 2001;91(1):262–6.
97. Harman Ö. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümüne Başvuran Meme Kanseri Hastalarda Risk Faktörlerinin Dağılımı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları, Ankara, 2007.
98. Apter D, Vihko R. Early menarche, a risk factor for breast cancer, indicates early onset of ovulatory cycles. *J Clin Endocrinol Metab* 1983;57(1):82-6.
99. MacMahon B, Cole P, Lin TM, et al. Age at first birth and breast cancer risk. *Bull World Health Organ* 1970;43(2):209-21.
100. Pike MC, Spicer DV, Dahmouch L, Press MF. Estrogens, progestogens, normal breast cell proliferation, and breast cancer risk. *Epidemiol Rev* 1993;15(1):17-35.
101. Tu SP, Reisch LM, Taplin SH, Keuter W, Elmore JG. Breast self examination: self reported frequency, quality, and associated outcomes. *J Cancer Educ* 2006;21(3):175-81.
102. Gao DL, Hu YW, Wang WW, et al. Evaluation on the effect of intervention regarding breast self examination for decreasing breast cancer mortality. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2006;27(11):985-90.
103. Özmen V, Türkiye’de meme kanserli hastaların tanı ve tedavi yöntemlerine ulaşım hızı; çok merkezli gözlemsel çalışma. *The Journal of Breast Health* 2011;7(2):12-6
104. Dündar P.E, Özmen D, Öztürk B, 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;6:43-51.
105. Orhan S, Cetinkaya F. Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı bölgesindeki yetişkin kadınların meme kanseri konusundaki düşünce ve davranışları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2003;12:11-16.
106. Seçginli S, Nahcıvan N.O. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*:2006;43:161-7.

107. Işıkdogan A, Zincirlioğlu B. Meme Kanseri Olgularımız Diyarbakır Yöresindeki Hastaların Demografik Özellikleri. Dicle Üniversitesi Dergisi 2002;30(1):8-10
108. Rayson D, Saint-Jacques N, Younis T , Meadows J, Dewar R. Comparison of elapsed times from breast cancer detection to first adjuvant therapy in Nova Scotia in 1999/2000 and 2003/04. CMAJ 2007;176:327-332. (PMID:17261829)
109. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. Can J Public Health 2004;95:341-45. (PMID:15490922)
110. Mayo NE, Scott SC, Shen N, Hanley J, Goldberg MS, MacDonald N. Waiting time for breast cancer surgery in Quebec. CMAJ 2001;167 :1133-38. (PMID:11338798)
111. Rayson D, Chiasson D, Dewar R. Elapsed time from breast cancer detection to first adjuvant therapy in a Canadian province, 1999-2000. CMAJ 2004;170:957-61. (PMID:15023922)
112. Saint-Jacques N, Younis T, Dewar R, Rayson D. Wait times for breast cancer care. Br J Cancer 2007;96:162-68. (PMID:17179986)
113. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet 1999;353:1119-26. (PMID:10209974)
114. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany-a population based study. Br J Cancer 2002;86:1034-40. (PMID:11953844)
115. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed presentation in breast cancer: A study in Iranian women. BMC Womens Health 2003;19(3):4-9 (PMID: 12846932)
116. Harirchi I, Ghaemmaghami F, Karbakhsh M, Moghimi R, Mazaherie H. Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: An Iranian study. Public Health 2005; 119:885-91. (PMID: 15913679)
117. HASUDER Türkiye Raporu 2012. Türkiye’de Sağlık Politikaları ve İstihdam. http://hasuder.org.tr/anasayfa/images/stories/dosyalar/salk_politikalar_1.pdf(ErişimTarihi:29.01.2013).

118. Şimşek, E. Düzce’de Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında 4. Yıl. Aile Hekimliği Dergisi 2009;3(3):47–9.
119. Nesanır N. Düzce’deki ölü doğumların ve bebek ölümlerinin sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı, Ankara, 2008:285.
120. Swann AA. Breast Cancer Disparities in South Carolina: Early Detection, Special Programs, and Descriptive Epidemiolog. JSC Med Assoc. 2006;102(7): 231–39.
121. Trigoni M. Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete. BMC Women's Health 2008;8:20.
122. Ceylan S, Hamzaoglu O, Kömürcü S, ve ark. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. Complement Ther Med 2002;10:94-99.
123. Işıkhani V, Kömürcü Ş, Özet A, et al. The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey. Cancer Nurs 2005;28:355-62.
124. Yıldız İ. Kansere Hastalarında Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 2006.

EKLER

Ek-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Bayram Ali Ünner

Doğum yeri, tarihi: Denizli , 26.06.1984

Medeni durumu: Evli, 1 çocuk babası

İletişim:

Adres: ADÜ Aile Hekimliği A.D. Aydın

e-mail: ali-uner@hotmail.com

telefon: 05057990348

Eğitim:

Mimar Sinan İlkokulu, Denizli

Denizli Anadolu Lisesi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezunu (2009)

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. Araştırma görevlisi (giriş:26.08.2011)

Sertifikalar:

Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi, Ankara , 7-13 Temmuz 2011

Sağlık Bakanlığı Rahim İçi Araç Uygulama Kursu, Aydın, 3-21 haziran 2013.

Sağlıkta Araştırma Kursu, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Aydın, 7-10 Kasım 2014

Tütün bağımlılığı tedavisi ve eğitimi 22 haziran 2013

Kanıtı dayalı tıp Kursu, 4. Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, 7-10 Kasım 2013

İş deneyimi:

2009-2011 Samsun Vezirköprü Devlet Hastanesi Acil Servisi

2011- Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

EK 2: Veri Toplama Formu

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE MEME KANSERİ TANISI ALMIŞ HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE TANI SÜRECİ

AÇIKLAMA: Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Bayram Ali Üner'in tez çalışmasıdır. Çalışma Bir üniversite hastanesinde meme kanseri tanısı almış hastaların tanımlayıcı özellikleri ve tanı sürecini değerlendirilmeyi amaçlamıştır. Elde edile veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Ayfer Gemalmaz

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ANKET FORMU

BİRİNCİ BÖLÜM

1-Yaş: ...

2-Medeni Durum: (1)Evli (2) Bekar (3) Diğer (Belirtiniz).....

3-Mesleği

(1) Ev Hanımı (2) İşçi (3) Memur (4) Serbest Çalışan

(5) Sağlık Çalışanı (6) Diğer
(Belirtiniz).....

4-Gelir Düzeyi (Aylık, Ailenin Geliri)

(1) 900 TL Ve Altı (2) 901 TL – 3000 TL

(3)3001 TL-9000 TL (4) 9000 TL Üstü

5-Eğitim Düzeyi

(1) Okuryazar Değil (2) Okuryazar (3) İlköğretim(8 yıl)

(4) Lise (12yıl) (5) Üniversite (2- 4 Yıl)

6-Sağlık Güvencesi Var Mı?

(1) Evet (Yeşil Kart) (2)Evet (SGK) (3)Hayır

7- Oturduğu Yer

(1) Kentsel Bölge (2) Kırsal Bölge

8- Tanı öncesi beden yapınız nasıldı? (1) zayıf (2)normal (3)şişman

9-Alkol Kullanıyor Musunuz?

(1)Düzenli kullanıyorum (2)Sosyal içiciyim (3)Kullanmıyorum

10-Sigara Kullanıyor Musunuz?

(1)Kullanıyorum (2)Hiç kullanmadım (3)Kullanıyordum,bıraktım

11- Başka Bir Hastalığınız Var Mı? (1) Evet (2) Hayır

Evet ise belirtiniz

12- Meme Kanseri Tanı Tarihi: __/__/__

Tanı sırasında Evresi :

13-Tedavi: (1) Kemoterapi (2) Radyoterapi (3) Cerrahi

14-Tanı alma şekli: (1) Kendi kendine muayene ile
(2) Doktor muayenesi ile
(3) Rutin mamografi ile

15-Oral Kontraseptif Kullanımı: (1) Var (2) Yok

16-Hormon Replasman Tedavisi : (1) Var (2) Yok

17-İlk adet yaşı:..... Menopoz yaşı:.....

Gebelik: Laktasyon süresi:

18-Anne veya kız kardeşinizde meme kanseri var mı? (1) Evet (2) Hayır

19- Kan bağınız olan başka akrabanızda meme kanseri var mı? (1) Evet (2) Hayır

20- Hiç kendi kendinize meme muayenesi yaptınız mı? (1) Evet (2) Hayır

21-klinikte meme muayenesi yaptırdınız mı? (1) Evet (2) Hayır

22-Tarama amaçlı mamagrafi yaptırdınız mı? (1) Evet (2) Hayır

23-Tarama amaçlı meme ultrasonu yaptırdınız mı? (1) Evet (2) Hayır

24-Tarama yaptırmanızı kim önerdi?

(1) Kendim (2) Aile-Arkadaşlar (3) Doktor-Sağlık Çalışanı (4) Tv-Dergi-Gazete

25- Sizce kimler kendi kendine meme muayenesi yapmalı?

(1) Erişkin tüm kadınlar (2) Ailesinde meme kanseri olanlar
(3) 40 yaşından sonra her kadın (4) Şikayeti olanlar (5)Diğer.....

26-Sizce meme kanseri hangi yaş grubunda daha sık görülür?

(1)Her yaşta kadında (2) 20-30 yaş arası (3) 30-40 yaş arası (4) 40 yaşından sonra

27 -Meme kanseri için risk faktörü olanları işaretleyiniz (istediğiniz kadar işaretleyebilirsiniz)

- | | | |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------|
| 1- Yaş | 2- İlk doğumu 35 yaş sonrası yapmak | 3- Kilolu olmak |
| 4- Çocuk emzirmemek | 5-Ailesinde meme kanseri olmak | 6-Sigara |
| 7-Alkol | 8-Doğum yapmamış olmak | 9-Diğer |

MEME KANSERİ TANI SÜRECİ

28-Tanı Konulma Sırasında Ne Şikayetiniz Vardı?

- (1) Şikayetim Yoktu (2) Ağrı (3) Meme Başı Akıntısı (4) Kitle
(5)Memede Cilt Değişikliği (6) diğer....

29-Tarama Sırasında mı Tanı Konuldu? (1)Evet (2)Hayır

30- Şikayetten Ne Kadar Süre Sonra Doktora Başvuru Yaptınız?

.....

31-Doktora Başvurmaya Nasıl Karar Verdiniz?

- (1)Kendim (2)Aile (3)Arkadaşlar (4)Tv-Dergi-Gazete-internet

32-İlk olarak nereye başvurdunuz?

- (1)ASM (2)Devlet hastanesi (3)KETEM (4)Üniversite

33- Hangi Bölüm Doktoru Şüphelendi?

- (1)Aile Hekimi (2)Genel Cerrahi (3)Dahiliye (4)Kadın Doğum Uzmanı (5)Diğer

34-Tanı Alana Kadar Kaç Doktora Başvurdunuz?.....

35-Tanı Alma Süreci Ne Kadar Sürdü?.....

36-İlk Semptomdan Tanıyı Alana Kadar Geçen Süreniz Ne Kadardır?.....

37- Hangi Evredeyken Tanı Konuldu?

38- Tanı sürecinde yaşadığınız en büyük zorluk nedir?.....

39-Aile hekiminiz ile tanı sürecinde iletişim kurdunuz mu ? (1) Evet (2) Hayır

40- Tıbbi tedavilerden başka tedavi yöntemlerini denediniz mi?

- (1)Evet ise..... (2)Hayır