



**T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ
KADINLARIN MEME KANSERİ VE
TARAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE
FARKINDALIKLARI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HÜSEYİN ÖLMEZ**

**DANIŞMAN
PROF. DR. SERPİL DEMİRAĞ**

AYDIN-2021

**T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ
KADINLARIN MEME KANSERİ VE
TARAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE
FARKINDALIKLARI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HÜSEYİN ÖLMEZ**

**DANIŞMAN
PROF. DR. SERPİL DEMİRAĞ**

AYDIN-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ve tez sürecimin her aşamasında beni destekleyen, motive eden, cesaretlendiren, ve gösterdiği sabır, verdiği destek ve emek ile kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini bizimle paylaşan, asistanı olmaktan gurur duyduğum, değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Serpil Demirağ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam bölüm başkanımız Prof. Dr. Okay Başak'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan ve tezimi belirlemede bana yardımcı olan ve emekliye ayrılan değerli hocam Prof. Dr. Güzel Dişçigil'e,

Birlikte çalıştığım tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında yanımda olup desteğini hiç esirgemeyen bu günlere gelmemde en büyük katkısı olan canım annem Sezgin Ölmez ve canım babam İbrahim Ölmez'e,

Son olarak; her zaman yanımda olan, benim için hayatı daha yaşanılır ve güzel kılan biricik güzel eşim Emine Ölmez'e sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Hüseyin Ölmez

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
EKLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Meme Embriyolojisi, Fizyolojisi, Anatomisi	3
2.1.1. Meme Embriyolojisi	3
2.1.2. Meme Fizyolojisi	4
2.1.3. Meme Anatomisi.....	5
2.2 Meme Kanseri Tarihçesi	6
2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	8
2.4. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	11
2.5. Meme Kanseri Klinik Bulgular	18
2.6. Meme Kanseri Tarama ve Tanı	19
2.6.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi:.....	20
2.6.2. Klinik Meme Muayenesi:.....	21
2.6.3. Tanı ve Tarama Amaçlı Mamografi:.....	21
2.6.4. Ultrasonografi:	23
2.6.5. Manyetik rezonans görüntüleme:	23
2.6.6. Patolojik İnceleme:	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
4. BULGULAR	26
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Veriler	26
4.2. Katılımcıların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgilerine Ait Veriler	32
4.3. Meme Kanseri Taramaları Hakkındaki Bilgi ve Farkındalıkları	37
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUŞ VE ÖNERİLER.....	57
7. ÖZET	58
8. KAYNAKLAR.....	61
9. EKLER DİZİNİ	70
EK 1: ANKET FORMU	70
EK 2:.....	73

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I: Kızlarda Tanner’e Göre Meme Gelişim Evreleri (1).....	4
Tablo II: En Sık Görülen Beş Kansere Türü, 2018, DSÖ (1)	9
Tablo III: Yaşa Göre Standardize Kansere İnsidans Oranı, 100 bin kişide, DSÖ (23).....	10
Tablo IV: Mamografi Yaptırma Oranları, 2018, Eurostat (23, 24).....	10
Tablo V: Sosyodemografik özelliklere göre dağılım	26
Tablo VI: Yaşam tarzı risk faktörleri	27
Tablo VII: Sosyodemografik özelliklere göre BKİ.....	28
Tablo VIII: Alışkanlıklara göre BKİ.....	29
Tablo IX: Sosyodemografik özelliklere göre daha önce meme rahatsızlığı durumu	30
Tablo X: Sosyodemografik özelliklere göre sağlığı koruma.....	31
Tablo XI: Yaşam tarzına göre daha önce meme rahatsızlığı durumu	32
Tablo XII: Daha önce meme ile ilgili rahatsızlık durumu.....	33
Tablo XIII: Meme ile ilgili yakınma olursa ilk başvuru	33
Tablo XIV: Meme kanseri ile ilgili bilginin kaynağı	33
Tablo XV: Sosyodemografik özelliklere göre meme kanseri bilgi durumları	34
Tablo XVI: Meme kanserinde görülebilecek belirtilere katılımcıların düşünceleri.....	34
Tablo XVII: Meme kanseri riski faktörleri hakkındaki bilgi durumu	35
Tablo XVIII: Toplam belirti ve risk skoru durumu.....	35
Tablo XIX: Sosyodemografik özelliklere göre semptom bilgi düzeyleri	36
Tablo XX: Sosyodemografik özelliklere göre risk bilgi düzeylerinin karşılaştırılması	37
Tablo XXI: KKMM ve mamografi hakkında bilgi farkındalık ve davranış	38
Tablo XXII: Meme kanseri taramaları sıklığı hakkında düşünceleri	38
Tablo XXIII: Meslek ve meme kanseri taramaları sıklığı düşünceleri	39
Tablo XXIV: Eğitim durumu ve meme kanseri taramaları sıklığı düşünceleri.....	39
Tablo XXV: Sosyodemografik özelliklere göre KKMM* yapma durumu.....	40
Tablo XXVI: KKMM ve Mamografi durumu	41
Tablo XXVII: Sosyodemografik özelliklere göre mamografi durumu	41

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KKMM	Kendi kendine meme muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
DMG	Dijital mamografi
UKAA	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
DSÖ	Dünya sağlık örgütü
BKİ	Beden kitle indeksi
RIA	Rahim içi araç
HRT	Hormon replasman tedavisi
ABD	Amerika birleşik devletleri
BIA-ALCL	Meme implantıyla ilişkili anaplastik büyük hücreli lenfoma
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkez
mSv	Milisievert
AGD	Avrupa görüntüleme derneği
BIRADS	Meme Görüntüleme, Rapor ve Kayıt Sistemi
US	Ultrasonografi
MRG	Manyetik rezonans görüntüleme
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
s	Sayı

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Anket Formu

Ek 2. Etik Kurul Onayı



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, çağımızın giderek artan en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olup, sebebi bilinen ölümler arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almakta ve 2018'de tahmini 9,6 milyon ölümden sorumludur. Küresel olarak, yaklaşık altı ölümden biri kansere bağlı meydana gelmekte olup bu durum ülkemizde her beş ölümden biri şeklinde olmaktadır (1-3).

Kanserde benzer seyir devam ettiği takdirde, 2030 yılında 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması ve birinci sıraya yerleşmesi öngörülmektedir (2, 3).

Kanser yükünün bu hızlı artışı, dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri açısından bir sorun-kriz teşkil etmektedir. Gelecekte, kaynakları bol olan ülkeler ve birçok ülke için, tanı konacak çok sayıdaki kanser hastasının tümünün tedavisi ve bakımı (palyatif, destekleyici ve ölüm aşamasındaki) için yeterli ödenekleri temin etmek önemli bir sorun olacak gibi durmaktadır (2).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (UKAA) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2020 verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanserin Türkiye ve dünyada meme kanseri olduğu görülmektedir. Türkiye’de bunu sırasıyla tiroid ve kolorektal kanser takip etmektedir (4).

Ülkemiz kadınlarının meme kanseri insidansı yaklaşık olarak 10 binde beş ve tüm kanser hastalarının yaklaşık %25’i meme kanseridir ve her yıl yaklaşık 15 bin kadın meme kanseri olmaktadır.

Diğer yandan kanseri önleme konusunda başarı şansı bulunmaktadır ve bu oran günümüzde %30-50 civarındadır. Bu, risk faktörlerinden kaçınma ve mevcut kanıta dayalı tarama-önleme stratejilerini uygulama yoluyla başarılabilir (koruyucu hekimlik). Birçok kanserin iyileşme olasılığı, erken tanı konmuş ve uygun şekilde tedavi edilmiş ise yüksektir (2). Meme kanseri de koruyucu hekimliğin etkinliğini gösterdiği en önemli hastalıklardan biridir (5).

Önlenebilir kanserlerde en önemli adım koruyucu sağlık hizmeti verebilmektir. Bu bağlamda toplumda hastalık riskine neden olan etmenlerden kaçınmak (birincil korunma) ve söz konusu hastalığın erken teşhisi için taramalar yapmak (ikincil korunma) koruyucu sağlık hizmetlerinin bileşenleri arasında yer almaktadır. Bu kapsamda hastalara danışmanlık hizmeti

verilmelidir ve bu adının en önemli aktörleri aile hekimleridir. Aile hekimleri hastalıklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini uygular ve tarama yapar/yönlendirirler.

Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018’de belirtildiği gibi aile hekimlerinin düzenli takip ettiği nüfusunun olması ve bu nüfusun aile ve çevresi ile bütüncül yaklaşabilmesi, kanser taramalarının danışmanlığı, tarama ve takiplerinde aile hekimini eşsiz bir konuma getirmektedir (3). Bundan dolayı kanser stratejisinin bir bölümü olarak uygulanan toplumu kapsayan tarama programlarında aile hekimleri çok önemli bir rol üstlenmektedir. Aile hekimlerinin bu yaklaşımı hastalıkların erken tanı ve tedavi edilmesini ve komplikasyonlarının azaltılmasını sağlar (5).

Meme kanserinin oluşumunu engelleyen bir yöntem günümüzde mevcut değildir. Ulusal kanser tarama programında yer alan meme kanseri için 40-69 yaş kadınlara iki yılda bir mamografi ve 20 yaşından başlayarak düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi önerilmektedir (6).

Türkiye’de meme kanseri tarama yöntemlerinin etkili düzeyde kullanılmaması, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde, aile hekimleri için üzerinde durulması ve çözülmesi gereken önemli sorun niteliğindedir. Buna rağmen özellikle aile hekimliği alanında kanser tarama yöntemleri hakkında toplumda bilgi düzeyi ve farkındalık durumlarını etkileyen faktörlerin saptanması üzerine çalışmaların yetersizliği gözlenmiştir. 2018 yılında Türkiye’de kadınların %34,8’i mamografi yaptırmış ve bu oran; birçok Avrupa ülkesine göre oldukça düşüktür (6).

Bu çalışmanın amacı; öncelikli olarak Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri ve taramaları hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini değerlendirip bu konuya dikkati çekerek bilgilendirmektir. İkincil amaç olarak, bu araştırmadan elde edilecek sonuçlarla fakültemizde ve ülkemizde meme kanseri farkındalığını artırmak amaçlı yapılacak eğitim ve müdahale programları için öncü bir çalışma olarak bu konuya genel bir dikkat çekilmesi ve yeni araştırmalara zemin oluşturmaktır. Son olarak da, anket sonrası bilgilendirilerek katılımcıların farkındalıklarının arttırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Embriyolojisi, Fizyolojisi, Anatomisi

2.1.1. Meme Embriyolojisi

Meme gelişimi embriyolojisi çeşitli evrelerde gerçekleşmektedir. Meme dokusu tek bir ektodermal tomurcuktan gelişir. Fetal hayatın 5.- 6. haftasında ektodermal bir kabartı olarak aksilladan pelvise dek uzanan bir süt çizgisi şeklinde (galaktik bant) belirir. 9. haftada pektoral bölgedeki meme kabartısı dışındaki oluşumlar atrofiye uğrar. Bu bölge bazal hücrelerden oluşan meme başı tomurcuğudur. 12. haftada yassı epitelyal hücreler yüzeyden meme başı tomurcuğuna göç ederler. Epitelyal hücreler meme duktusları şeklinde aşağı doğru büyüyüp lobüler tomurcuklar şeklinde sonlanırken, mesenkimal hücreler meme başı ve areolanın düz kas hücrelerine farklılaşır. 16-24. haftalarda ise laktifer duktuslar mesodermal bağ dokusuna ilerler. Bu aşamalarda olan eksiklikler bazo-konjenital anomalilere yol açar. En sık (%1- 6) aksillada ektopik meme dokusuna rastlanır. Bu dokuda hem fibrokistik değişiklikler hem de kanser oluşabilir. Bu anomali 9. haftada süt çizgisinin tam olarak atrofi olamamasından kaynaklanır.

İkinci trimesterde ter bezleri, sebasöz bezler ve meme başı etrafında Montgomery bezlerine dönüşecek apokrin bezleri oluşur. Epitelyal tomurcuklar 15-25 arası dallanma gösterir. Bu zamana kadarki tüm değişiklikler plasental hormonların etkisi olmadan gerçekleşmiştir. 3. trimesterde bu plasental hormonlar fetal kan sirkülasyonuna girebilir ve dallanmış epitelize dokuların kanalizasyonunu sağlar. Bu dalların sonlanmaları kolostrum içeren lobüloalveoler yapılara dönüşür. Bu kolostrial süt, doğum sonrası 4-7. günlerde hem erkek hem de kız yenidoğan bebeklerde meme başlarından akabilir. Gebelikte son haftalarda meme dokusu dört katına çıkar ve meme başı/areola kompleksi ve pigmente hale gelir. Doğumdan plasental hormonların çekilmesiyle beraber fetustaki kolostrum salgılanması durur ve meme dokusunun involüsyonu başlar. Doğum sonrası meme dokusu gelişimi vücudun büyümesiyle beraber biraz daha devam eder. Erken çocukluk döneminde veziküller biraz daha kanalize olur ve dallanır; ama puberteye kadar önemli bir değişiklik olmaz (7).

2.1.2. Meme Fizyolojisi

Meme reproduktif sistemin fonksiyonel 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). Meme dokusunun çoğunluğu sıklıkla üst kadranda ve daha çok da dış kadranda yerleşmiştir. Bu nedenle özellikle meme kanseri en çok üst dış kadranda görülür. Gelişmiş meme; asinüs, duktus ve stroma elemanlarından oluşur. Asinüsler, memenin salgıyı sağlayan birimidir. Asinüslerin birleşmesiyle lobüller, lobüllerin birleşmesiyle de loblar oluşur. Her meme yaklaşık 15-20 lobdan meydana gelir. Tüm loblar meme başına ayrı ayrı açılır ve açılmadan önce areola altında laktiferöz sinüsler denilen genişlemeleri yapar (8).

Fetal hayatın 5-6. haftalarından itibaren başlayan meme dokusunda anatomik ve fizyolojik değişim, intrauterin yaşamdan, bebeklik, çocukluk, ergenlik, gebelik, lohusalık ve menapoza kadar ve her ay menarş döneminden yaşamın sonuna kadar devam etmektedir. Puberte ile birlikte kadınlarda meme, meme başı ve areolada meme elemanları, yağ ve bağ dokusundaki artışa bağlı olarak önemli değişiklikler meydana gelir. Menarşın başlamasından 12-18 ay sonra memenin lobüler ve kanal sistemi gelişimini tamamlanır (Tablo I). Menstrual sikluslar süresince östrojen ve progesteron hormonlarının düzeyinde olan değişiklikler meme dokusunda değişimlere neden olur. Menarş döneminde memede büyüme olur, gerginlik ve hassasiyet hissedilir. Östrojen miktarındaki artış memenin kan akımını ve hacmini artırır (9, 10).

Tablo I: Kızlarda Tanner’e Göre Meme Gelişim Evreleri (1)

Evre 1	Memeler henüz büyümeye başlamamıştır.
Evre 2	Areola ve papilla ufak bir yumru yaparak belirginleşmiş ve areola çapı artmıştır.
Evre 3	Meme büyümüş, areola çapı daha fazla genişlemiştir. Areola ve meme konturları birbirinden ayrı değil.
Evre 4	Areola ve papilla büyümüş olan meme kitlesi üzerinde ikinci bir kabarıklığa neden olmuştur.
Evre 5	Meme erişkin büyüklüğünde olup, areola geri çekilip meme kitlesi ile birleşmiş ve papilla dışa doğru belirginleşmiştir.

Memede dolgunluk ve ağrı menstrüasyondan 5-7 gün sonra en az hissedilir. Bu yüzden meme muayenesi ve memede kitle tespiti bu dönemde en kolaydır. 14. güne kadar östrojen etkisiyle meme epitelinde proliferasyon ön plandayken; 14. günden sonra progesteron etkisiyle duktuslarda dilatasyon, alveol epitelinde diferansiyasyon ve sekresyon görülür. Sonraki günlerde memenin kanlanması artar, bir miktar memede ödem olur. Bu durum memede premenstürel büyüme, dolgunluk ve hassasiyete neden olur. Menstrüasyonun başlangıcında östrojen ve progesteron hormonlarının hızlıca azalmasıyla değişiklikler geri döner (involüsyon). Her siklusa ve memenin değişik bölümlerinde farklı miktarlardaki proliferasyon-involüsyon döngüsü adet gören kadınlarda memede nodüleritenin ortaya çıkmasına neden olabilir (8, 11). Doğum yapmamış kadında meme gelişimi tamamlanmış sayılmaz. Duktus epiteli daha fazla, alveol epiteli daha az olur. Gebelik sırasında ise değişen östrojen ve progesteron hormonları sebebiyle memeler görünüm olarak değişir. Östrojen meme kanal dokusunun büyümesini uyarırken; progesteron lob, lobül ve alveollerin gelişimini indükler. Bu hormonların yanı sıra prolaktin ve plasental laktojenin artmasıyla meme büyümesi hızlanır. Doğumdan sonra memelerde süt yapımı ve salgılanması başlar. Emzirme döneminin bitmesinden sonra ise meme dokusu gebelik öncesi durumuna geri döner (11).

Yaşın ilerlemesiyle memenin glandüler elemanları kaybedilerek yerini yağ dokusuna bırakır. Menopoz ile bu kayıp hızla artar ve atrofi, hyalinizasyon ve dejenerasyon gelişir. Bazı lobüllerde süt kanalları genişleyebilir, silendir epiteli olmayan asinusların büyümesi sonucu makro kistler oluşur. Menopoz dönemindeki kadının memeleri asimetrik ve palpasyonla düzensiz yapılar ele gelebilir. Yaşlanma ile memede yağ dokusu ve destek dokusu azalır, memeler küçülür ve formunu kaybeder (12, 13).

Erkeklerde meme dokusu puberteye kadar kadında olduğu gibi gelişir. Puberte ile östrojen ve progesteron hormonlarının olmaması nedeniyle lobüler yapı gelişmez ve rudimenter kalır. Meme dokusunda alveoler yapı yoktur, duktuslardan oluşur. Bu yüzden erkeklerde meme kanseri gelişirse histolojisi duktal karsinomdur (9).

2.1.3. Meme Anatomisi

Meme dokusu hem erkeklerde hem kadınlarda olmasına rağmen meme bezleri sadece postpartum dönemde fonksiyonel olmakta ve yenidoğan bebeği beslemeye yönelik süt

salgılanmaktadır. İnsanlarda meme dokusu meme bezlerinin yanısıra yağ (büyüklüğü oluşturan asıl komponent) ve bağ dokusundan oluşur. Meme bezleri subkutan yerleşimli olup anterior ve lateral torasik duvarda lokalizedir. Her meme, her birinde birçok lobül bulunan 15-20 lobtan meydana gelir. Her bir lob 20-40 arasında lobül ve 10-100 arasında asinüsten oluşur. Üretilen süt asinüs ve lobüllerin açıldığı duktuslar vasıtasıyla meme başına ulaştırılır. Memenin apeksindeki meme başını çevreleyen koyu pigmentli alana “areola” denmektedir. Meme pektoral fasyanın önünde lokalizedir ve normalde submammaryan bir alanla pektoral fasyadan ayrılır. Bu alanın varlığı, pektoral fasyanın altında bulunan pektoralis major, serratus anterior ve eksternal oblik kas gruplarıyla ilişkili olarak memenin rahat hareket etmesini sağlamaktadır. Meme laterale doğru sternumun lateral kenarından orta koltukaltı çizgisine kadar ve yukarıdan aşağıya doğru 2. kottan 6. kota kadar uzanır. “Spence’in kuyruğu” adı verilen memenin kuyruk bölümü koltukaltına dek uzanmaktadır (7).

Memenin kanlanması internal mammarian arterin perforan dalları, arka interkostal arterlerin yan dalları, aksiller arterin bazı dallarından sağlanır. Memenin derin venleri internal torasik venin perforan dalları, interkostal venlerin perforan dalları ve aksiller vene drene olan dallardır (14).

Memenin innervasyonu genellikle 4. 5. ve 6. interkostal sinirlerin anterior ve lateral kutaneöz dalları ile olmakta ve 4. interkostal sinirin dalları memebaşını innerve etmektedir. Ayrıca 2. 3. ve 6. interkostal sinirlerin lateral ve anterior kutaneöz dalları ile C3 ve C4’ten gelen supraklaviküler sinirler memenin innervasyonuna katılabilirler. Birçok kutaneöz sinir areoladan derin pleksusa doğru uzanmaktadır. Hangi interkostal sinirlerin memeyi innerve ettiği kişiden kişiye değiştiği gibi aynı kişide memeler arasında dahi değişebilmektedir (15, 16).

Memenin lenf drenajı %75 aksilladaki lenf nodlarına olur. Geriye kalan lenfatik drenajın çoğu ise internal torasik arterin çevresindeki lenf nodlarına olur (internal mammarian lenf nodları, parasternal lenf nodları). Aksillada genelde 20-50 adet lenf bezi bulunur (14).

2.2 Meme Kanseri Tarihçesi

Kadın memesi tarih boyunca kutsallığın güzelliğin ve kadınlığın bir sembolü olmuştur. Hastalık olarak ise, antik çağlardan itibaren hekimlerin ilgisini çekmiş ve adeta hekimlere meydan okumuştur.

Meme vücuttaki yeri itibarıyla kolay tanımlanabilen bir organ olduğu için, ilk çağlardan itibaren meme kanseriyle ilgili yazılı kaynakların ve örneklerin oluşu çok da şaşırtıcı değildir.

Kansere dair ilk yazılı kaynak olan Edwin Smith Papirüsü meme kanseri hakkında idi ve milattan önce 3000–2500 yıllarına, yani günümüzden yaklaşık 5000 sene öncesine aitti. Bu papirüste meme kanseri ve ameliyatına hakkında özgün açıklamalar mevcuttur. Meme aşırı hassas durumda, şiş ve kanser memenin her yanına yayılmış olduğunda hastalığın iyileştirilemez olduğu nitelendirilmiştir. Eski çağlarda Yunanistan’da meme hastalıklarından kurtulmak için Tanrı’ya dua edilirmiş. Bu da Yunan tapınaklarında, Yunan Mitolojisi’nde Tıbbın ve Sağlığın Tanrısı olan Asklepios’a meme şeklinde sunulan adaklarla kanıtlanmaktadır. M.Ö. 1600’lerde antik Mısır parşömenlerinde koterizasyonla (dağlama) tedavi edilen 8 meme kanseri hastası tanımlanmaktadır. Milattan önce 400’de Tıbbın Babası Yunanlı filozof Hipokrat, kanserin sebebi olarak insan vücudundaki dört sıvının (kan, balgam, sarı ve siyah safra) dengesizliği görüşünü ortaya atmıştır. Özellikle siyah safranin kansere yol açtığı fikri bin yılı aşkın süre önde gelen görüşlerden biri olmuştur.

M.S. 1. yüzyılda İskenderiyeli Aziz Leonidas, meme tümörlerinin ustalıkla ve cesaretle cerrahi olarak çıkarılması ve koter (dağlama) yaklaşımlarını ayrıntılı bir şekilde açıklamış. Bedende geniş bir kesi ile belli bir boyuttaki tümörler çıkarılarak, günümüzün onkolojik cerrahi uygulamalarındaki prensiplerin temelleri bu yıllarda atılmıştır. M.S. 200’de Galen meme kanserini atfederek, kanda siyah safra birikiminin sistemik bir hastalık olduğu sonucuna varmıştır.

Ebu’l-Kasım da cerrahide koter uygulamasını oldukça desteklemiştir. Tümörü yok etmek ve ameliyat edilebilir hale getirmek için yakıcı macun kullanımı ise günümüzde büyük meme kanserlerinde kemoterapi kullanımı ile aynı mantığı düşündürmektedir.

Ülkemizde ilk meme kanseri cerrahileri çok erken denilebilecek bir dönemde 1890’ların sonuna doğru, Türkiye’de modern cerrahinin kurucu hekimi olarak bilinen Dr. Cemil Topuzlu tarafından gerçekleştirilmiştir (17).

Radikal mastektominin meme kanseri tedavisinde uygulanması 20. yüzyılda hemen hemen herkes tarafından kabul edilen bir yöntem niteliğini kazandı. Modifiye radikal

mastektomi 1970’li yıllarda uygulanmaya başlandı. Meme koruyucu cerrahi ve radyoterapinin radikal mastektomi kadar etkili olduğu 1976’da yapılan bir çalışmayla kanıtlandı. Buna göre lokal ve erken evre hastalığın kontrolü açısından birincil tümörün çıkarılmasının ardından tüm memenin ışınlanması en az total mastektomi kadar etkiliydi. Ayrıca radikal mastektomiye göre belirgin kozmetik avantajlar sağlamaktaydı. Bu bilgiler ışığında meme koruyucu cerrahi 1990’larda, evre 1 ve 2 meme kanserlerinde tercih edilen tedavi şekli oldu. Sonraki yıllarda sentinel lenf nodü biyopsisi yapılmasıyla gereksiz aksiller lenf nodü diseksiyonu yapılmasının da önüne geçildi. Bu uygulama ile aksiller diseksiyon yapılmadan meme kanserlerinin evrelendirilmesi mümkün kılınyordu (18).

2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüm nedeni olan kanserdir (19, 20). Kanser kayıtçılığı yapan 184 ülkenin kansere ilişkin tahminlerine dayanarak UKAA, 4 Aralık 2020’de küresel kanser yüküne dair yeni tahminlerle güncellenmiş Globocan 2020’yi yayınladı ve 2020’de 19,3 milyon vakaya ve 10 milyon kanser ölümüne yükseldiğini belirtti. Bu sayı 2018’de 18,1 milyon vaka ve 9,6 milyon ölüm şeklindeydi. 2040 yılında ön görülen yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ise 29,5 milyon olarak tahmin edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde ise 2019 yılında yeni tanı konulan meme kanseri sayısının 271.270, meme kanserinden ölen hasta sayısının ise 42.260 olduğu tahmin edilmektedir (19, 21)

UKAA dünya genelinde beş kişiden birinin yaşamları boyunca kansere yakalandığını ve 8 erkekten 1’inin ve 11 kadından 1’inin hastalıktan kaybedildiğini tahmin etmektedir. Bu yeni tahminler, 50 milyondan fazla insanın geçmişte bir kanser teşhisi konduktan sonraki beş yıl bu hastalıkla yaşadığını gösteriyor. Küresel ölçekte sosyo-ekonomik risk faktörleri ve yaşlanan nüfus, bu artışı tetikleyen başlıca faktörler arasında yer almaktadır.

Meme kanseri, dünya çapında kadınlar arasında tanı konulan her 4 kanserden 1’ini temsil ediyor. Kolorektal, akciğer, servikal ve tiroid kanserleri de kadınlar arasında diğer yaygın olan kanser türleridir (4, 21).

Meme kanserinin dünyada kıtalar arası sıklık sıralaması ise çoktan aza doğru Asya, Avrupa, Kuzey Amerika, Latin Amerika, Afrika ve en son sırada ise Avustralya olarak gözlenmektedir (22).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Türkiye'ye ilişkin verilerini incelediğimizde; kanser verilerini Ankara, İzmir, Antalya, Bursa, Eskişehir, Edirne, Erzurum, Samsun ve Trabzon şehirlerinde bulunan kanser kayıt merkezlerinden almaktadır.

DSÖ'nün hazırladığı verilere göre Türkiye'de 2018 yılında 210.537 yeni kanser vakası görüldü. Bunların %56,5'ini erkek hastalar oluşturdu. 2018'de kanser nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı 116.710 olurken ölenlerin yaklaşık %64'ü ise erkek hastalardan oluşmuştur. Bu verilere dayanarak Türkiye'de kadınlara nazaran erkeklerde kanser vakasına ve ölümüne daha sık rastlandığını söylemek mümkündür.

Bununla birlikte Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanser türleri sırasıyla akciğer, prostat, kolon, mesane ve mide kanseridir. Dünya geneline baktığımızda ise Türkiye'ye benzer şekilde erkeklerde en sık rastlanan kanser türlerinin sıralamasının değişmediğini görüyoruz.

Bunun yanı sıra Türkiye'de kadınlarda en sık tanısı konan kanser türleri sırasıyla meme, tiroid, kolon, rahim ağzı ve akciğer kanseridir (Tablo II).

Tablo II: En Sık Görülen Beş Kanser Türü, 2018, DSÖ (1)

Kadın (Dünya)	Kadın (Türkiye)	Erkek (Dünya)	Erkek (Türkiye)
Meme	Meme	Akciğer	Akciğer
Kolon	Tiroid	Prostat	Prostat
Akciğer	Kolon	Kolon	Kolon
Serviks	Serviks	Mide	Mesane
Tiroid	Akciğer	Karaciğer	Mide

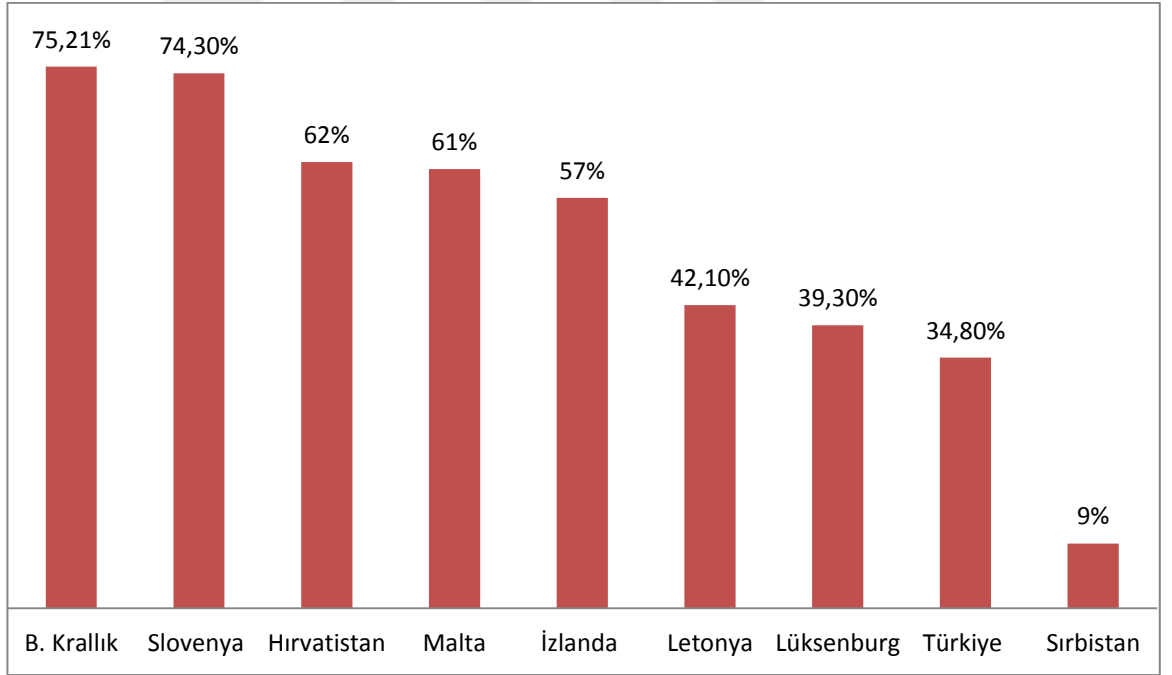
Öte yandan 100 bin kişide yaşa göre standardize edilmiş insidans oranlarına baktığımızda, dünyaya benzer şekilde Türkiye'de de erkeklerde kanser teşhisinin kadınlara göre daha yüksek bir oranda olduğunu görüyoruz. Bununla birlikte Türkiye'de erkeklerde kanser görülme sıklığı dünya ortalamasının üzerinde seyrederken kadınlarda bu oran, dünya ortalamasına yakın gerçekleşmiştir. ABD ve Avrupa'da ise hem kadınlarda hem de erkeklerde kanser görülme sıklığı ise Türkiye'ye kıyasla çok daha yüksek bulunmuştur (Tablo III).

Tablo III: Yaş'a Göre Standardize Kanser İnsidans Oranı, 100 bin kişide, DSÖ (23)

	Kadın	Erkek
Dünya	182,6	218,6
Türkiye	182,3	284,2
Avrupa	253,3	323,7
ABD	321,2	393,2

Son olarak Eurostat'ta ülkelere göre kadınların mamografi yaptırma yüzdesine baktığımızda, 2018 yılında Türkiye'de kadınların %34,8'i mamografi yaptırmıştır. Bu oran, birçok Avrupa ülkesine göre oldukça düşük gözükmemektedir. Bunun yanı sıra Slovenya ve Birleşik Krallık başlarda yer alırken Sırbistan önceki yıllara benzer şekilde sıralamada yine son sırada gelmiştir. (Tablo IV)

Tablo IV: Mamografi Yaptırma Oranları, 2018, Eurostat (23, 24)



Meme kanserli vakalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde %83 iken, gelişmekte olan ülkelere %53 olarak bildirilmiştir. Aradaki ciddi fark, gelişmiş olan ülkelere tarama yöntemlerini kullanımının daha fazla olması, erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Dünyada yaklaşık her üç dakikada bir kadına yeni

meme kanseri tanısı konulmakta ve her 11 dakikada bir kadın meme kanseri nedeni ile hayatını kaybetmektedir (25).

2.4. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Gelişmiş ülkelerde, her 8 kadından birinde hayatı boyunca meme kanseri gelişeceği öngörülmektedir. Ancak görülme sıklığındaki artışa rağmen mortalitede azalma dikkat çekmektedir. Bunun aksine düşük ve orta gelirli ülkelerde meme kanseri sıklığındaki artış mortalitedeki artış ile birlikte seyreder. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2018 yılı için ülkemizde Batı ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nde meme kanseri sıklığı 50/100.000 ve 20/100.000 olarak bildirilmektedir. Bölgeler arasındaki bu fark, yaşam tarzı değişikliği ile açıklanmaktadır. Özellikle dünya genelinde 45-54 yaş aralığında meme kanseri sıklığının daha fazla olduğu dikkat çekmektedir (26, 27).

Meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı net olarak bilinmemektedir. Çevresel, genetik, hormonal, psikolojik ve sosyo-biyolojik etkenlerin rol oynadığı kabul edilmektedir (28). Tüm dünyada yapılan araştırmalar neticesinde bazı özelliklere sahip kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (29, 30). Bu özelliklere de kısaca "risk faktörü" denilmektedir (31, 32). Belirlenen birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme kanserinin, risk faktörlerinin artmasına ve azalmasına göre, görülme sıklığı da farklılık gösterebilmektedir (33, 34). Ancak kadın meme kanserlerinin %66'sında belirlenen bir risk faktörü bulunamamaktadır (35). Bilinen risk faktörleri;

Cinsiyet: Meme kanserinin başlıca risk faktörü kadın olmaktır. Erkeklerde de meme kanseri görülebilmektedir fakat kadınlarda erkeklere göre 100 kat daha sık görülür. Ülkemizde 2005-2011 yılları arasında meme kanserli 13.240 hastanın incelendiği çalışmada vakaların %99,9'u kadındı (36, 37).

İleri yaş: Meme kanseri gelişme olasılığı yaş arttıkça artış göstermekte ve 35-39 yaşlarında bu risk %0,3 oranındayken, 40-45 yaş aralığında %0,6'ya, 75-79 yaş aralındaysa %2,1 ile daha yüksek oranlara erişmektedir (38, 39). Amerikan Kanser Enstitüsünün yayınladığı bir araştırmaya göre, 20 yaşında bir kadının önündeki 10 yıl içerisinde meme kanseri olma ihtimali 2187 de birdir; yani 2187 tane 20 yaşındaki kadından 10 yıl içinde 1 tanesinin meme kanserine yakalanma olasılığı vardır. Bu oran 30 yaş için 258, 40 yaş için 67,

50 yaş için 38, 60 yaş için 29, 70 yaş için 25 kadından birinde olacak şekilde yaş ilerledikçe artış göstermiştir (40).

Genetik: Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel geçişli olduğu bilinmektedir (22,28). Kalıtsal meme kanseri ile ilişkili çeşitli genler bulunmuştur. Bu genler içinde en önemlileri Herediter Meme Over Kanseri Sendromundan sorumlu BRCA1/BRCA2 genleridir. Diğer önemli genler ise TP53 ve PTEN'dir (41, 42). Genel popülasyonda BRCA1 mutasyonu sıklığı 6/10.000'dir. BRCA1 pozitifliği olan bir kadında hayat boyu meme kanserine yakalanma riski %85, over kanserine yakalanma riski ise %40-60 olarak bulunmuştur. Genel popülasyonda BRCA2 mutasyonu sıklığı ise 2,2/10.000'dir. Bunun yanında BRCA2'nin erkeklerde meme kanseri ve prostat kanseri ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. BRCA2 pozitifliği olan bir kadında hayat boyu meme kanseri olma riski %40-45, over kanseri olma riski ise %15'dir (43).

Aile öyküsü: Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Ailede aynı tip kanserin görülmesi kalıtsal kanser, farklı tip kanserlerin görülmesi durumunda ise kanser ailesi olarak adlandırılmaktadır. Bir adet birinci derece akrabada (anne, kız kardeş, kızı) meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1,8 kat artırırken, iki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2,9 kat artmaktadır. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı konmuş ise risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra tanı almış ise risk 1,5 kat artar (43, 44).

Kişisel meme kanseri öyküsü: Bir meme kanseri geçiren kadınların yaşamları boyunca ikinci kez meme kanseri geçirme riski %25-30'dur. Bir hastada kişisel meme kanseri öyküsü varsa, tedavi sonrası kalan meme dokusunda ve diğer memede kanser gelişme riski 3-4 kat artmaktadır. Bu durum, önceki kanserin tekrarlamasından farklı bir durumdur (37, 45, 46). In-situ lezyonlar için kontralateral invazif meme kanseri gelişme riski 10 yıllık süre içinde %5'dir (47). İnvazif meme kanseri olanlarda ise kontralateral meme kanseri gelişme riski premenopozal kadınlar için yıllık %1 ve postmenopozal kadınlarda her yıl %0,5 artar (43).

Etnik Yapı ve Irk: Meme kanseri ile ilgili önemli paradokslardan bir tanesi de beyaz kadınlarda görülme sıklığının siyahi kadınlara oranla %20 daha fazla olmasına rağmen,

mortalite oranlarının siyahi ırkta daha fazla olmasıdır. Etnik farklılıkların büyük oranda sosyoekonomik ve yaşam tarzı durumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir (43).

Uzun Boylu Olmak: Birçok çalışma, uzun boylu kadınların daha kısa kadınlara göre daha yüksek meme kanseri riskine sahip olduğunu bulmuştur. Bunun nedenleri tam olarak net değil, ancak erken yaşta beslenme gibi erken büyüme faktörlerinin yanı sıra genetik veya hormonal faktörlerle bir ilgisi olabilir (37).

Dens Meme Yapısı: Bağımsız bir faktör olarak artmış meme kanseri riski ile ilişkili bulunmuştur. Mamografik olarak dens meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4-5 kat artmış olduğu düşünülmektedir (48-50). Ne yazık ki yoğun meme dokusu, kanserleri mamogramlarda görmeyi de zorlaştırmaktadır. Yaş, genetik, gebelik, menopoz durumu ve belirli ilaçların kullanımı (menopozal hormon tedavisi dahil) gibi faktörler meme yoğunluğunu etkileyebilir (37).

Benign Meme Hastalıkları: Bazı benign (kanser dışı) meme rahatsızlıkları tanısı konan kadınlarda meme kanseri riski daha yüksek olabilir. Bu koşullardan bazıları meme kanseri riskiyle diğerlerinden daha yakından ilişkilidir. Meme kanseri riskini nasıl etkilediklerine bağlı olarak genellikle iyi huylu meme hastalıklarını 3 gruba ayırırız. Bunlar;

- **Proliferatif olmayan lezyonlar:** Bu koşullar meme kanseri riskini etkilemiyor gibi görünmektedir veya etkiliyorsa bile riskteki artış çok azdır. Lipom, soliter papillom, fibrokistik değişiklik, adenosis (sklerozan olmayan), hamartom gibi.
- **Atipik içermeyen proliferatif lezyonlar (hücre anormallikleri):** Bu lezyonlarda memenin kanallarında veya loblarında aşırı hücre büyümesi vardır, ancak hücreler çok anormal görünmez. Bu lezyonlara sahip bir kadının meme kanseri riskinde hafif bir artışa neden olmaktadır. Fibroadenom, intraduktal papillom, sklerozan adenozis gibi.
- **Atipik proliferatif lezyonlar:** Bu lezyonlarda ise meme dokusunun kanallarındaki veya lobüllerindeki hücreler aşırı büyür ve bazıları artık anormal görünmeye başlar. Bunlar atipik duktal hiperplazi ve atipik lobuler hiperplazidir. Bu değişikliklere sahip kadınlarda meme kanseri riski normalden yaklaşık 4 ila 5 kat daha

fazladır. Bir kadının ayrıca ailesinde meme kanseri öyküsü varsa ve hiperplazi veya atipik hiperplazi eşlik ediyorsa, meme kanseri riski katlanarak yükselmektedir.

Erken Menarş, Geç Menopoz: Östrojen hormonuna maruz kalınan sürenin artması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir (erken menarş [12 yaşından önce], geç menopoz [55 yaşından sonra]). Östrojene maruz kalınan sürede azalma ise koruyucu olduğu kabul edilmektedir (43, 51, 52).

Reprodüktif Dönem: Tam dönem gebelik ile ilişkili olan meme epitelinin terminal diferansiasyonu koruyucudur. Bu nedenle ilk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Nulliparite meme kanseri rölatif riskinde 1,2-1,7 artışa neden olurken; multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise net değildir (53). İndüklenmiş veya spontan düşük yapmanın meme kanseri ile bir ilişkisi gösterilememiştir (54-59). İnfertilitenin meme kanseri riskini azalttığı yönündeki veriler ve infertilite tedavisinin meme kanseri riskini ne yönde etkilediği ise çelişkilidir (60, 61). Laktasyon meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiş ve bu etki beklendiği üzere özellikle premenapozal kadınlarda daha belirgindir (43, 62-66).

Erken yaşlarda göğüsün radyasyona maruz kalması: Genç yaşlarda herhangi bir kanser (Hodgkin veya non-Hodgkin lenfoma gibi) nedeniyle göğsüne radyasyon tedavisi gören kadınlar, meme kanseri için önemli ölçüde daha yüksek riske sahiptir. Bu risk, göğüsler hala gelişirken, genç veya genç yetişkin radyasyon almış kadınlar için risk en yüksektir. Yaşlı kadınlarda (yaklaşık 40 ila 45 yaşından sonra) radyasyon tedavisi meme kanseri riskini artırmıyor gibi görünmektedir (37). Tanısal amaçla yapılan uygulamalara bağlı olarak oluşan radyasyona maruziyetin ise meme kanseri riski ile ilişkisi tartışmalıdır. Genetik geçiş riski olanlar dışında bu risk yok veya dikkate alınmayacak kadar düşük olduğu kabul edilmektedir (43).

Sosyoekonomik düzey: Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişimi açısından 2 kat artmış riski ifade etmektedir. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olmaktan çok; reproduktif alışkanlıklardaki değişiklikler ve beslenme şekillerinin farklılığı gibi nedenlerle ortaya çıktığı düşünülür (67).

Demografik özellikler: Sağlık Bakanlığı'nın verileri ve Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu'nun veri tabanındaki vakalar incelendiğinde de ülkemizin batısında meme kanseri insidansının doğusuna oranla yaklaşık 2 kat fazla olduğu görünmektedir. Ülkenin doğusu ile batısı arasındaki sıklığın farklı olmasının nedeni, Türkiye'nin batı bölgelerindeki yaşam tarzının, batı toplumlarındakine benzemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (43, 68).

Doğum Kontrolü: Çoğu çalışma, oral kontraseptif kullanan kadınların, hiç kullanmayan kadınlardan biraz daha yüksek meme kanseri riskine sahip olduğunu bulmuştur. İlaçlar kesildikten sonra, bu risk yaklaşık 10 yıl içinde normale dönüyor gibi görünüyor. Doğum kontrolü için her 3 ayda bir verilen enjekte edilebilir bir progesteron formu olan Depo-Provera için bazı araştırmalar, meme kanseri riskinde bir artışa sebep olduğunu bulmuştur.

Rahim içi cihazlar (RİA'lar), doğum kontrol implantları, vajinal halkalar, deri yamaları gibi doğum kontrol biçimleri aynı zamanda teoride meme kanseri büyümesini tetikleyebilecek hormonları da içerir. Bazı çalışmalar, hormon salgılayan RİA kullanan kadınlarda meme kanseri riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir, ancak çalışmaların sayısı oldukça azdır (37). Ailede meme kanseri öyküsü olan 25 yaşın altındaki kadınlar, hormonal kontraseptif kullanımı konusunda uyarılmalıdır (69). Bu hastalara diğer kontrasepsiyon yöntemleri önerilmelidir.

Hormon Replasman Tedavisi (HRT): HRT alan kadınlarda, verilen tedavinin tipinden ve yönteminden bağımsız olarak hayatı tehdit eden meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur. HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri riski, 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoz, aşırı kilo (BMI >30 kg/m²), alkol kullanımı gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir. HRT kullanımı, mamografi etkinliğini azalttığı için meme kanseri tanısı gecikebilir. Bir kadının meme kanseri riski, tedaviyi tamamen bıraktıktan sonraki 5 yıl içinde azalır (37, 43, 70, 71). Artmış meme kanseri riskinin yanı sıra, kombine hormon tedavisinin kardiyovasküler ve serebrovasküler olay riskini de artırdığı görülmektedir (25).

Alkol Tüketimi: Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin meme kanseri riskindeki artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin östrojenin serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Bazı çalışmalarda orta düzeyde alkol alımının (her gün 1-2 kadeh) meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olabileceği gösterilmiştir (72). Toplum-bazlı çalışmalarda artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (73). Alkol, diğer kanser türlerinin de artmış riskiyle ilişkilidir (25).

Artmış Beden Kitle İndeksi (BKİ): Menopozdan önce overler östrojenin çoğunu üretir ve yağ dokusu toplam miktarın yalnızca küçük bir kısmını üretir. Menopozdan sonra ise overlerden üretim bittiği için, bir kadının östrojeninin çoğu yağ dokusundan gelir. Bu yüzden menopozdan sonra fazla kilolu veya obez olmak meme kanseri riskini artırır. Menopozdan sonra daha fazla yağ dokusuna sahip olmak östrojen seviyelerini yükseltebilir ve meme kanserine yakalanma şansını artırabilir. Ayrıca, aşırı kilolu ve obezitesi olan kadınlar daha yüksek kan insülin seviyelerine sahip olma eğilimindedir. Yüksek insülin seviyeleri, meme kanseri de dahil olmak üzere kanserlerle ilişkilendirilmiştir. Yine de, BKİ ile meme kanseri riski arasındaki bağlantı karmaşıktır. Örneğin, yetişkin olarak kilo almış kadınlar için postmenopozal meme kanseri riski daha yüksek bulunmuşken; obezitesi olan kadınlarda premenopozal risk aslında daha düşüktür. Burada paradoksta etiyoloji net değildir (37).

Sedanter yaşam: Fizik aktivitede artış özellikle menopoz öncesi kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir (74-78). Fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini tam olarak nasıl azaltabileceği net değildir, ancak vücut ağırlığı, metabolik iltihaplanma, hormonlar ve enerji dengesi üzerindeki etkilerinden kaynaklanıyor olabilir. Amerikan Kanser Derneği, yetişkinlerin haftada 150 ila 300 dakika orta yoğunlukta veya en az 75-150 dakika şiddetli yoğunlukta aktivite (veya bunların bir kombinasyonu) almasını önermektedir. 300 dakikalık üst sınıra ulaşmak veya bu sınırı geçmek en ideal olanıdır (25, 43).

Diyetteki yağ ve lif: Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin, serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu açıklayan bazı kanıtlar vardır (43). ABD’de yapılan bazı çalışmalarda ise meme kanserinin kadınların

tükettiği yüksek yağlı yiyeceklerle ilişkili olmadığı belirtilmekle birlikte bu konuda henüz fikir birliği sağlanamamıştır (37). Düşük lif ve yüksek yağlı beslenme diğer bazı kanserlerle de ilişkisi saptanmıştır.

Çevre kirliliği: Çevrede östrojen benzeri özelliklere sahip kimyasallar son yıllarda özel ilgi konusudur. Örneğin, bazı kozmetiklerde ve kişisel bakım ürünlerinde, bazı plastiklerde böcek ilaçlarında gibi maddelerde bulunan içeriğin bu tür özelliklere sahip olduğu görülmektedir. Teorik olarak, bunlar meme kanseri riskini artırabilir. Ancak daha fazla araştırmaya gereksinim vardır. (37).

Tütün kullanımı: Meme kanseri ve sigara arasındaki ilişki de çelişkilidir. Çalışmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmekle birlikte, eşlik eden bazı diğer risk faktörleriyle birlikte riski artırdığı düşünülmektedir (79-83).

Gece vardiyası çalışması: Birkaç çalışma, hemşireler gibi gece vardiyasında çalışan kadınların meme kanseri riskinin artabileceğini ileri sürdü. Bazı araştırmacılar, etkinin vücudun ışığa maruz kalmasından etkilenen bir hormon olan melatonin seviyelerindeki değişikliklerden kaynaklanabileceğini düşünüyor, ancak diğer hormonlar üzerinde de çalışmalar devam etmektedir.

Göğüs implantları: En yaygın meme kanseri türlerinin artmış riski ile ilişkili görünmemektedir. Bununla birlikte, implantın etrafındaki skar dokusunda gelişebilen, meme implantıyla ilişkili anaplastik büyük hücreli lenfoma (BIA-ALCL) adı verilen nadir bir non-Hodgkin lenfoma türüne bağlanmışlardır. Bu lenfoma, pürüzsüz yüzeylerden ziyade dokulu (pürüzlü) yüzeylere sahip implantlarda daha sık görülmüştür. Bir implanttan sonra BIA-ALCL meydana gelirse, implantın yakınında bir sıvı birikimi, şişlik ağrı, yumru veya göğsün boyutunda veya şeklinde bir değişiklik olarak ortaya çıkabilir (37).

Diğer tartışılabilir risk faktörleri: Az sayıda çalışmada, koltukaltı için kullanılan ter önleyici losyon ve sütyen kullanmanın, mesleki olarak elektromanyetik alana maruz kalmanın, lenf akışını engelleyerek meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir. Ancak, tartışmalar halen devam etmektedir (37, 46).

2.5. Meme Kanserinde Klinik Bulgular

Bir hastanın kendi göğüslerinin normalde nasıl görüldüğünü ve nasıl hissettiğini bilmesi meme sağlığının önemli bir parçasıdır. Meme kanseri için düzenli tarama testleri yaptırmak önemli olsa da, mamogramlar her meme kanserine rastlayamaz. Buda hastanın göğüslerindeki değişikliklerin farkında olmasının ve meme kanserinin belirti ve semptomlarını bilmesinin ne kadar önemli olduğunu bize göstermektedir.

Meme kanserinin en yaygın kliniği yeni bir yumru veya kitledir. Düzensiz kenarlara sahip sert, ağrısız bir kitlenin kanser olma olasılığı daha yüksektir, ancak meme kanserleri yumuşak veya yuvarlak, hassas, hatta acı verici bile olabilirler. Bu nedenle, herhangi bir yeni kitle, yumru veya meme değişikliğini deneyimli bir sağlık hizmetleri uzmanı tarafından kontrol edilmesi önemlidir (84).

Ayrıca kitle; kanserli vakaların yaklaşık yarısında üst dış kadranda yer almaktadır. Daha az oranda ise sırasıyla meme başı ve areola, üst iç kadranda, alt iç veya alt dış kadranda yerleşim gösterebilir (8).

Göğüs kanserinin diğer olası semptomları şunlardır:

- Memenin tamamının veya bir kısmının şişmesi (yumru hissedilmese bile)
 - Göğüs veya meme başı ağrısı
 - Meme ucu retraksiyonu (içe dönük)
 - Ciltte çukurlaşma (bazen portakal kabuğu gibi görünür)
 - Meme başı akıntısı (anne sütü dışında)
 - Kırmızı, kuru, pullanan veya kalınlaşmış meme ucu veya göğüs cildi
 - Büyümüş lenf düğümleri (Bazen memedeki orijinal tümör hissedilecek kadar büyük olmadan önce lenf nodlarında bir yumru veya şişmeye neden olabilir.)
- (84).

Erken evrelerinde meme kanseri, herhangi bir belirti veya semptoma neden olmayabilir. Belirti ve semptomlar genellikle tümör memede bir yumru olarak hissedilebilecek kadar büyüdüğünde veya doku, organ veya iskelet sistemine metastaz yaptığına ortaya çıkar. Diğer sağlık koşulları meme kanseri ile aynı semptomlara neden olabilir.

Kanser büyüdükçe veya metastaz vücudun diğer bölgelerine yayıldıkça geç belirtiler ve semptomlar ortaya çıkar. Meme kanserinde geç belirtiler şunları içerir:

- İştah kaybı
- Mide bulantısı
- Kilo kaybı
- Kemik ağrısı
- Kas Güçsüzlüğü
- Sarılık
- Öksürük
- Nefes darlığı
- Baş ağrısı
- Çift görme (46).

2.6. Meme Kanserinde Tarama ve Tanı

Tarama, bir toplumda hızla uygulanabilen testler ve muayenelerle asemptomatik vakaların ortaya çıkarılmasıdır. En ideal tarama için hastalığın toplum içerisinde önemli bir sağlık problemi olması, asemptomatik hastalığın bu yöntem ile saptanabilir olması, erken tanının tedavi açısından avantaj sağlaması ve mortaliteyi azaltması gerekir. Uygulanacak tarama yönteminin, etkili ve doğru olması, aynı zamanda taramaya katılanlar tarafından kabul edilebilir, kolay uygulanan, maliyeti düşük ve yüksek yararlı olması gerekmektedir (85).

Meme kanserinin erken tanısını koymak ve son teknoloji kanser tedavisi almak, meme kanserinin mortalitesini azaltmak için en önemli stratejilerdir. Erken saptanmış, küçük boyutlu ve metastatik olmayan meme kanserinin başarılı bir şekilde tedavi edilmesi daha kolaydır. Meme kanserinin erken tanısında da en güvenilir yol düzenli tarama testlerinin yapılmasıdır.

Tarama muayeneleri ve testleri sırasında bulunan meme kanserlerinin hala meme ile sınırlı olma ve daha küçük olma olasılığı daha yüksektir. Bir meme kanserinin boyutu ve ne kadar yayıldığı, yani hastalığın evresi bu hastalığa sahip bir kadının prognozunu tahmin etmede en önemli faktörlerden biridir (25).

Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği meme kanseri tarama programı;

- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlık hizmeti verilmesi
- Yılda bir klinik meme muayenesi (KMM)
- 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mammografi çekimi şeklindedir (6)

Bunlardan sadece mammografi meme kanserine bağlı mortaliteyi azaltırken, KKMM ve KMM meme kanseri farkındalığını artırmaktadır (86).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar mamografinin meme kanserinden ölümleri %20-%40 oranlarında azalttığını göstermiştir. Bu nedenle tüm dünyada mammografi, meme kanseri için tarama yöntemi olarak kullanılmakta ve bu yöntemin toplum tabanlı ve organize olarak uygulandığı ülkelerde meme kanserine erken tanı konulduğu ve mortalitenin giderek azaldığı gözlenmektedir. Meme kanserinde mortalitenin azalmasında taramanın katkısı 2/3 iken, tarama yöntemi olmadan tanı konulan meme kanserli olgularda tedavi edici yöntemlerin etkisi 1/3 olarak tahmin edilmektedir (87, 88).

Tarama sürecinin etkili olması, yani; meme kanserinde mortalitenin azalması şeklindeki amaca ulaşılabilmesi için, hedef nüfusun %70'ten fazlasının taramaya katılmış olması gerekmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Dünya Sağlık Örgütü temsilcileri ile çalışmalar yaparak fırsatçı tarama yerine toplum tabanlı organize tarama programları yapılmasına karar vermiş ve Ulusal Meme Kanseri Tarama Rehberini hazırlamışlardır. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından tüm illerimizde kurulan Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkez'lerinde (KETEM) uygulanmakta olan fırsatçı tarama uygulamalarının yerine organize tarama programlarına geçilmesi hedeflenmiştir (88, 89). KETEM kuruluşunda ilk olarak 11 ilde, daha sonra 4 Şubat 2009 tarihi itibarıyla 81 ilde olmak üzere 122 KETEM kurulmuştur. Günümüzde ise 250 bin nüfusa bir KETEM hedefi çerçevesinde 218 sabit, 36 mobil olmak üzere toplam 254 KETEM faaliyet göstermektedir (90).

2.6.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi:

Menopoz öncesi dönemde her ay menstrüel siklusun 5–7. gününde, postmenopozal dönemde her ayın aynı günü yapılması önerilir. Kadınlara KKMM'nin yararları ve kısıtlılıkları hakkında danışmanlık verilmelidir. Memelerinin görünümünde veya KKMM'de bir değişiklik fark eden kadınların bunu hemen doktorlarına bildirmeleri söylenmelidir.

Farkındalık açısından ulusal tarama programı olmayan toplumlarda halen KKMM'nin yapılması önerilmektedir (91).

2.6.2. Klinik Meme Muayenesi:

Eğitimli sağlık personeli ya da uzman hekim tarafından yapılan anamnez ve fizik muayenedir. Ülkemizde kadınlara 20 yaşından sonra 2 yılda bir, 40-69 yaş arasında yılda bir, sağlık personeli tarafından meme muayenesi yapılması önerilmektedir (92). Bir tarama yöntemi olarak tek başına meme kanseri mortalitesini düşürdüğüne dair yeterli veri bulunmasada, mamografi ile yapılan taramalara ek yöntem olarak uygulanmasıyla mamografinin duyarlılığını ve seçiciliğini arttırdığı gözlenmiştir (93, 94).

2.6.3. Tanı ve Tarama Amaçlı Mamografi:

Tarama mamografisi; yakınması olmayan kadınlarda meme kanserinin erken teşhisi için yapılır. Tarama sırasında her iki meme için standart olarak birisi kraniyokaudal, diğeri medyolateral oblik olmak üzere iki planda film çekilmelidir. Avrupa Görüntüleme Derneği (AGD), taramanın fosfor-plak bilgisayarlı radyografi veya geleneksel mamografi ile değil, dijital mamografi (DMG) ile yapılmasını öncelikli olarak önermektedir. DMG'nin, özellikle yoğun fibroglandüler dokuya sahip kadınlarda geleneksel mamografiye göre duyarlılığı daha yüksektir. DMG geleneksel mamografiye işleyiş olarak benzer bir incelemedir. Görüntünün elektronik bir detektör ile yakalanıp bilgisayara aktarılmasını ve depolanmasını içerir. Düşük radyasyon, yüksek görüntü kalitesi, görüntü işleme ve arşivleme gibi avantajları vardır. Bu yüzden AGD yeni görüntüleme ünitelerinin direkt dijital teknoloji bazlı olmaları ve güncellenebilir özellikte olmalarını önermektedir (89). Günümüzde kullanılan DMG yöntemi ile hem daha düşük radyasyon dozu kullanılarak (0.4mSv) daha net bir görüntü alınmakta hem de hastalık çok erken evrelerde iken tanı konulabilmektedir. Çekilirken alınan radyasyon dozu, günde 1 paket sigara içen bir kişiden 40 kat daha düşüktür (86).

Mamografi görüntülerinin raporlanmasında Amerikan Radyoloji Derneği tarafından geliştirilen BIRADS (Meme görüntüleme, rapor ve kayıt sistemi) sınıflaması kullanılmaktadır. Memede saptanan lezyonlar ve memenin parankimi BIRADS sınıflamasına göre kategorize edilir.

BIRADS Sınıflaması

Kategori 0: Ek inceleme gereken lezyon

Kategori 1: Normal (%0)

Kategori 2: Benign lezyon (%0-0,1 malign potansiyel)

Kategori 3: Büyük ihtimalle benign lezyon (%0,2-2 malign potansiyel)

Kategori 4: Şüpheli bulgular (%3-94 malign potansiyel)

- **Kategori 4a:** Malignite açısından düşük derecede şüpheli lezyon
- **Kategori 4b:** Malignite açısından orta derecede şüpheli lezyon
- **Kategori 4c:** Malignite açısından ileri derecede şüpheli lezyon

Kategori 5: Yüksek ihtimalle malign lezyon (%95-99,5)

Kategori 6: Biyopsi ile kanıtlanmış malign lezyon (%100) (25).

Mamografi ile meme kanserinin palpabl olmadan 2 yıl önce belirlenmesi, küçük bir kitlenin invazyon yapmadan ve meme dışına yayılmadan önce saptanması mümkün olmaktadır. Ayrıca tarama ve tanının dışında meme kanseri tedavisinden sonra, hastanın takibinde de önemli bir yeri bulunan mamografinin, premenopozal kadınlar için menstrüasyon dönemi bitimini izleyen hafta içinde yapılması önerilmektedir. Mamografinin, 30 yaşın altındaki kadınlarda kullanılması, meme parankiminin yüksek, yağ oranının düşük olması nedeniyle sınırlıdır. Kadının ailesinde meme kanseri öyküsü veya genetik predispozan bulgular var ise yıllık mamografi taramalarına daha erken yaşlarda başlanması gerektiği vurgulanmaktadır (8). Amerikan Kanser Derneği'ne göre 40-44 yaş arası kadınlar, her yıl mamografi ile taramaya başlama seçeneğine sahiptir. 45 ile 54 yaşlarındaki kadınlar her yıl mamografi yaptırmalı; 55 yaş ve üstü kadınlar her iki yılda bir mamografiye geçebilir veya yıllık mamografilere devam etmeyi seçebilirler. Tarama, bir kadının yaşam beklentisi 10 yıl ve üzeri olduğu sürece devam etmelidir (25). Ailede çok genç yaşlarda meme kanseri görülmüş ise bir onkoloğa danışarak 30-35 yaşlarında, hatta bazı ailevi meme kanseri durumlarında 25 yaşında dahi tarama mamografisine ihtiyaç olabilir. Tarama mamografisinin meme kanserini erken evrede belirlemek, meme koruyucu cerrahi girişim oranını arttırmak ve sistemik tedavi oranını azaltmak ve mortaliteyi azaltmak gibi yararları bulunmaktadır. Düzenli mamografi taramaları ile meme kanseri morbidite ve mortalite oranlarının önemli ölçüde azaldığı birçok araştırmada kanıtlanmış olmasına karşın gelir düzeyinin ve eğitim seviyesinin düşük olması, bilgi eksikliği, çok acı vereceği ve çok fazla radyasyona maruz kalacağı düşüncesi, bireylerin mamografi yaptırmasına engel oluşturan sebepler olabilir (95).

2.6.4. Ultrasonografi:

Ultrasonografi (US), ses dalgaları aracılığıyla vücudun bir bölgesinin görüntülenmesidir. Günümüzde US, mamografi ile birlikte kullanılabilen iyi bir yöntem haline gelmiştir. Mamografideki lezyonun solid/kistik ayrımının yapılmasında, ele gelen kitle, ağrı yakınması olan 30 yaş altı hastalar ile gebelik ve laktasyon dönemindeki hastalarda ve mamografi görüntü alanına girmeyen lezyonlarda, ilk tanı yöntemi olarak kabul edilir. Ayrıca palpe edilemeyen lezyonlarda ince iğne aspirasyonu, tel ile işaretleme, kor biyopsi, kist aspirasyonu gibi girişimsel işlemlerde de yardımcı yöntemdir. Ancak US rutin tarama için uygun bir yöntem değildir. Mamografiyle birlikte tarama amaçlı olarak kullanılabilir. 1000 tane meme kanseri riski yüksek hastada, mamografiye ek olarak US ile sadece mamografi ile saptanan kansere ilaveten binde 1,1-1,7 oranında kanser tespit edilmiştir; fakat US'nin yalancı pozitif sonuçları artırdığı da bildirilmektedir (96).

2.6.5. Manyetik rezonans görüntüleme:

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) X ışınları yerine kuvvetli mıknatıslar ve radyo dalgaları kullanılır ve bilgisayara aktararak bu dalgalar son derece detaylı bir görüntü haline getirilir. Meme MRG; mamografik ve ultrasonografik olarak belirsiz lezyonların değerlendirilmesinde, meme implantlarının değerlendirilmesinde, meme kanseri için yüksek riskli hastaların taranmasında, meme koruyucu cerrahi uygulanacak hastalarda çok odaklı tümörlerin tesbiti ve rekonstrüksiyonunda, lokal ileri tümörlü hastada cerrahi öncesi neoadjuvan tedaviye yanıtın incelenmesinde, biyopsi ile kanıtlanmış meme kanserinin lokal yayılımının saptanmasında kullanılır. Yüksek riskli kadınlarda mamografiye ek olarak MRG kullanıldığında duyarlılık oldukça yüksek olup %93–100 arasındadır (91).

2.6.6. Patolojik İnceleme:

Diğer testler olası meme kanserini işaret ettiğinde genellikle biyopsiye ihtiyaç duyulur. Meme kanseri tanısında en çok kullanılan biyopsi türleri;

- İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi
- Kor (Tru-Cut) Biyopsi
- Vakum Destekli Biyopsi
- Cerrahi Biyopsi (İnsizyonel ve eksizyonel biyopsi) (18, 25).

2.7. Meme Kanseri Tedavisi

Tedavi kararı; hastanın yaşı (menopozda olup olmadığı), genel sağlık durumu ve tercihleri meme kanserinin evresi ve biyolojik özellikleri (hormon reseptör ve HER2 durumu), her bir tedavi protokolü ile ilişkili risk ve yararlar göre en uygun tedavi değerlendirildikten sonra hasta ve hekim tarafından verilir. Cerrahi uygulama meme kanserinin birincil tedavisidir. Cerrahi tedavi ile birlikte genellikle kemoterapi, hormon tedavisi ve radyoterapi de uygulanmaktadır (97).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki araştırmamız 01.03.2020–28.02.2021 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda gönüllülük esasına dayalı olarak yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır.

Anket formu öncesinde 20 kişilik ön çalışma grubuna uygulanmış olup gerekli düzenlemeler sonrasında son hali verilmiştir. Anket formu: literatür taranarak hazırlanan anket formumuz katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, meme kanseri ve taramaları hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerini değerlendirmek amacıyla hazırlanan toplam üç bölüme ayrılmış 28 sorudan oluşmaktadır. İlk bölüm sosyodemografik bilgileri sorgulayan 14 sorudan (yaş, kilo, boy, medeni hal, eğitim durumu, meslek, yaşanılan bölge, aylık hane geliri ve gelir algısı, spor, beslenme alışkanlıkları vb.), ikinci bölüm son bir yıl içinde gebelik hariç kaç kere doktora gittiği, sadece tarama için doktora gidip gitmedikleri, daha önce meme kanseri hakkında bilgi alıp almadığı; eğer aldıysa nereden bilgi edindiği, önceden geçirilmiş meme ile ilgili rahatsızlığı olup olmadığı, yakınması olursa ilk nereye başvuracağı ve meme kanseri taramaları hakkında bilgi alıp almadığı ve uygulayıp uygulamadığını saptamak amacıyla sorulan 10 sorudan, son bölüm ise meme kanseri taramalarının yaptırma sıklığını sorgulayan çoktan seçmeli bir soru (yöntemler hakkında bilgisi olmayan hastalara, bu uygulamaların nasıl yapıldıkları hakkında bilgi verildikten sonra sizce ne sıklıkta olmalıdır şeklinde soru tekrar yineleni), meme kanserinde olabilecek yakınmaları sorgulayan birden

fazla seçeneği işaretlenebilecek bir soru ve meme kanserinde olabilecek risk faktörlerini içeren birden fazla seçeneğin seçilebileceği bir sorudan oluşmaktadır.

Meme kanseri belirtileri ve risk faktörleri hakkında birden fazla seçeneklerin işaretlenebileceği yedişer bilgi sorusuna, her birine birer puan verilerek birden yediye kadar skora yapıldı ve ortalama ve standart sapmadan yararlanarak gruplar bilgi düzeyi yeterli ve yetersiz şeklinde iki gruba ayrıldı.

Araştırmanın evreni Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlar olup anket doldurmayı kabul eden tüm katılımcılardan sözlü onam alınıp çalışmaya dahil edilmiştir ve katılımcıların isimleri alınmamış olup anonim bırakılmıştır. Anket sorularına cevap vermeye engel oluşturabilecek psikiyatrik veya dil sorunu olan, anket sorularını tam doldurmayan ve anket doldurmayı kabul etmeyenler çalışmadan hariç tutulmuştur. Araştırmanın etik kurul onayı Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Ayrıca, araştırma sırasında Helsinki deklarasyonuna uyulacağı tarafımızca taahhüt edilmiştir.

Anket bitiminde çalışmaya katılan kadınlara meme kanseri ve taramaları hakkında bilgi verildi. Katılımcılara meme kanserinden korunma ve yaşlarına uygun tarama yöntemleri hakkında eğitim verildi. Taramalarını yaptırmamış olan kadınlardan isteyenler mamografi çekimi için yönlendirildi.

İstatistiksel analiz

Verilerin analizinde SPSS 18.0 istatistik programından yararlanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, minimum, maksimum değerleri ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Kategorik yapıdaki verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı ve beklenen değerler %20 üzeri çıktığında, minimum değer 5'in altındaysa Fisher kesin testi dikkate alındı. Çalışmada p değeri 0,05'den küçük değerler, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Veriler

Anket çalışmamız 18-70 yaş arası 218 kişinin katılımı ile gerçekleşmiş olup katılımcıların yaş ortalaması $37,0 \pm 14,6$; evli olan 138 katılımcının yaş ortalaması $43,5 \pm 14,1$; bekar olan 80 katılımcının ise yaş ortalaması $25,7 \pm 6,3$ idi. Kilo ortalaması $62,0 \pm 11,7$; BKİ ortalaması $25,3 \pm 4,9$ olup 46 yaş ve üzeri grubun BKİ ortalaması ise $27,6 \pm 4,4$ 'tür.

Tablo V: Sosyodemografik özelliklere göre dağılım

	Ort. $\pm$ SS*	Minimum-Maksimum
Yaş	37,0 $\pm$ 14,6	18-70
Kilo	62,0 $\pm$ 11,7	42-98
BKİ**	25,3 $\pm$ 4,9	16,2-37,3
Yaş grupları	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
18-45	158	72,5
46 ve üzeri	60	27,5
Beden kitle indeksi		
Zayıf ve normal kilolu	116	53,2
Fazla kilolu ve obez	102	46,8
Medeni hal		
Evli	138	63,3
Bekar	80	36,7
Eğitim durumu		
12 yıl ve altı	110	50,5
Yükseköğrenim	108	49,5
Meslek		
Ev hanımı	79	36,2
Aktif çalışan	139	63,8
Çocuk		
Var	130	59,6
Yok	88	40,4
Yaşadığı bölge		
Şehir merkezi	176	80,7
Diğer	42	19,3
Gelir		
5000 lira altı	104	47,7
5000 lira ve üzeri	114	52,3
Gelir algısı		
Gelir gidere yetmiyor	19	8,7
Gelirim giderime denk	165	75,7
Gelirim giderimden fazla	34	15,6
Toplam	218	100

*Ort: Ortalama, SS: Standart sapma **BKİ: Beden Kitle İndeksi

Katılımcıların %72,5'i (s=158) 18-45 yaş arası, %46,8'inin (s=102) BKİ'ne göre fazla kilolu veya obez (BKİ 25 kg/m² üzeri olanları fazla kilolu veya obez, 25 kg/m² ve altı olanları zayıf veya normal kilolu olarak sınıflandırıldı), %18,8'i (s=41) obez, %63,3'ünü (s=138) evli

kadınlar oluşturmaktadır. %49,5'inin (s=108) eğitim durumu yükseköğrenim, ev hanımı olanlar %36,2 (s=79) olup, %63,8'i aktif çalışan kadınlardı ve katılımcıların %40,4'ü (s=88) çocuk sahibi değildi. %80,7'si (s=176) şehir merkezinde oturuyor, %52,3'ünün (s=114) aylık hane geliri 5000 lira ve üzerindeydi. %75,7'si (s=165) gelirinin giderine denk, %8,7'si (s=19) ise gelirinin giderinden az olduğunu belirtti (Tablo V).

Katılımcıların %56'sı (s=122) karbonhidrat ağırlıklı kızartma, hamur işi şeklinde, %34,4'ü (s=75) kırmızı et ağırlıklı besleniyordu. %35,8'inin (s=78) ise sebze meyve tüketimi yoktu. %52,3'ü (s=114) günlük işleri dışında hiç spor yapmıyordu. %88,1'i (s=192) sigara hiç içmemiş, %88,1'inin (s=192) alkol kullanımı yoktu. Detaylı veriler katılımcıların yaşam tarzı risk faktörleri adlı Tablo VI'da yer almaktadır.

Tablo VI: Yaşam tarzı risk faktörleri

Sebze-meyve ağırlıklı	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
Evet	140	64,2
Hayır	78	35,8
Karbonhidrat ağırlıklı		
Evet	122	56,0
Hayır	96	44
Kırmızı et ağırlıklı		
Evet	75	34,4
Hayır	143	65,6
Spor yapma		
Evet	104	47,7
<150 dk/hf	38	36,5
≥150 dk/hf	66	63,5
Hayır	114	52,3
Sigara		
Evet	26	11,9
Hayır	192	88,1
Alkol		
Evet	26	11,9
Hayır	192	88,1
Toplam	218	100

Katılımcılarda 18-45 yaş arası fazla kilolu veya obezitesi olanların oranı %38 (s=60) iken; 46 yaş ve üzeri kadınlarda bu oran %70 (s=42) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Katılımcılardan evli olanlardan fazla kilolu veya obezitesi olanların oranı %60,1 (s=83), bekarlarda ise bu oran %23,8 (s=19) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Fazla kilolu veya obezitesi olan ev hanımlarının oranı %72,2 (s=57), çalışan kadınlarda bu oran %32,4 (s=45) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak

anlamlıydı ($p<0,001$). Eğitim durumu 12 yıl ve altı olanlarda fazla kilolu veya obez olanların oranı %62,7 ($s=69$) iken; bu oran yükseköğrenim grubunda %30,6 ($s=33$) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Aylık gelir 5000 lira altı olanlarda 25 kg/m² üzeri olanların oranı %61,5 ($s=64$), 5000 lira ve üzeri gelire sahip kadınlarda ise %33,3 ($s=38$) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Çocuk sahibi olup fazla kilolu veya obezitesi olanların oranı %62,3 ($s=81$) iken çocuğu olmayanlarda bu oran %23,9 ($s=21$) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Detaylı veriler katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre beden kitle indekslerinin karşılaştırılması adlı Tablo VII’de yer almaktadır.

Tablo VII: Sosyodemografik özelliklere göre BKİ

		Beden kitle indeksi						P* değeri
		25 kg/m ² ve altı		25 kg/m ² üzeri		Total		
		s	%	s	%	s	%	
Yaş	18-45 arası	98	62,0	60	38,0	158	72,4	<0,001
	46 ve üzeri	18	30,0	42	70,0	60	27,6	
Medeni hal	Evli	55	39,9	83	60,1	138	63,3	<0,001
	Bekar	61	76,3	19	23,8	80	36,7	
Meslek	Ev hanımı	22	27,8	57	72,2	79	36,2	<0,001
	Çalışan	94	67,6	45	32,4	139	63,8	
Eğitim durumu	12 yıl ve altı	41	37,3	69	62,7	110	50,5	<0,001
	Yükseköğrenim	75	69,4	33	30,6	108	49,5	
Bölge	Şehir merkezi	99	56,3	77	43,7	176	80,7	>0,05
	Diğer	17	40,5	25	59,5	42	19,3	
Gelir	5000 lira altı	40	38,5	64	61,5	104	47,7	<0,001
	5000 lira ve üzeri	76	66,7	38	33,3	114	52,3	
Çocuk	Var	49	37,7	81	62,3	130	59,6	<0,001
	Yok	67	76,1	21	23,9	88	40,4	

Katılımcılarda kızartma, hamur işi tarzında karbonhidrat ağırlıklı beslenme şekline sahip olanlarda 25 kg/m^2 üzeri olanların oranı %59 (s=72) olup, bu oran sebze meyve veya kırmızı et ağırlıklı olarak beslenenlere göre istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Fazla kilolu veya obezitesi olup alkol tüketimi olanların oranı %23,1 (n=6) iken; alkol tüketimi olmayanlarda bu oran %50 (s=96) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,010$). Detaylı verilere Tablo VIII’de yer verilmiştir.

Tablo VIII: Alışkanlıklara göre BKİ

		Beden kitle indeksi						P* değeri
		25 kg/m ² ve altı		25 kg/m ² üzeri		Total		
		s	%	s	%	s	%	
Karbonhidrat ağırlıklı	Evet	50	41,0	72	59,0	122	55,9	<0,001
	Hayır	66	68,8	30	31,2	96	44,1	
Sebze meyve ağırlıklı	Evet	81	57,9	59	42,1	140	64,2	>0,05
	Hayır	35	44,9	43	55,1	78	35,8	
Kırmızı et ağırlıklı	Evet	40	53,3	35	46,7	75	34,4	>0,05
	Hayır	76	53,1	67	46,9	143	65,6	
Sigara	Evet	13	50,0	13	50,0	26	11,9	>0,05
	Hayır	103	53,6	89	46,4	192	88,1	
Alkol	Evet	20	76,9	6	23,1	26	11,9	0,010
	Hayır	96	50,0	96	50,0	192	88,1	

*ki-kare testi

Katılımcılarda eğitim durumu 12 yıl ve altı grupta daha önce meme rahatsızlığı olanlar %10,0 (s=11) iken yükseköğrenim grubunda %25,0 (s=27) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,003$). Çocuk sahibi olan katılımcılarda daha önce meme rahatsızlığı olanların oranı %27,7 (s=36) iken çocuk sahibi olmayanlarda bu oran %2,3 (s=2) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Detaylı veriler Tablo IX’da yer almaktadır.

Tablo IX: Sosyodemografik özelliklere göre daha önce meme rahatsızlığı durumu

Daha önce meme rahatsızlığı	Var s (%)	Yok s (%)	P* değeri
Yaş grupları			
18-45 yaş arası	30 (19,0)	128 (81,0)	>0,05
46 yaş ve üzeri	8 (13,3)	52 (86,7)	
BKİ**			
Zayıf veya normal kilolu	25 (21,6)	91 (78,4)	>0,05
Fazla kilolu veya obez	13 (12,7)	89 (83,7)	
Medeni hal			
Evli	29 (21,0)	109 (79,0)	>0,05
Bekar	9 (11,3)	71 (88,8)	
Eğitim durumu			
12 yıl ve altı	11 (10,0)	99 (90,0)	0,003
Yükseköğrenim	27 (25,0)	81 (75,0)	
Meslek			
Ev hanımı	12 (15,2)	67 (84,8)	>0,05
Çalışan	26 (18,7)	113 (81,3)	
Bölge			
Şehir merkezi	27 (15,3)	149 (84,7)	>0,05
Diğer	11 (26,2)	31 (73,8)	
Çocuk			
Var	36 (27,7)	94 (72,3)	< 0,001
Yok	2 (2,3)	86 (97,7)	

*ki-kare testi**BKİ: Beden Kitle İndeksi

Katılımcılara son bir yıl içinde gebelik hariç kaç kere doktora gittiklerini sorulduğunda; 18-45 yaş arası kadınların %42,4'ü (s=67) hiç doktora gitmediğini belirtirken 46 yaş ve üzeri kadınlarda bu oran %21,7 (s=13) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p= **0,008**). Beden kitle indeksine göre bakıldığında; 25 kg/m² ve altı grupta hiç doktora gitmeyen %47,4 (s=55) kişi iken; 25 kg/m² üzeri katılımcılarda bu oran %24,5 (s=25) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<**0,001**). Evli katılımcılar arasında iki ve daha fazla doktora gidenler %54,3 (s=75) iken; bekar katılımcılarda bu oran %30 (s=24) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=**0,002**). Ev hanımı grubunda iki veya grubunda iki veya daha fazla kez doktora gidenler %60,8 (s=48) iken çalışan kadınlarda bu oran %36,7 (s=51) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=**0,012**). Eğitim durumuna göre bakıldığında 12 yıl ve altı grubunda iki veya daha fazla doktora gidenler %55,5 (s=61) iken; yükseköğrenim grubunda bu oran %35,2 (s=38) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<**0,001**). Yaşanılan bölge açısından karşılaştırıldığında şehir merkezinde ikamet eden grupta hiç doktora gitmeyenler %40,3 (s=71) iken şehir merkezi dışında ikamet eden grupta hiç doktora gitmeyenler %21,4 (s=9) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=**0,004**). Aylık hane geliri ile doktora gitme sayısına bakıldığında, 5000 lira altı olan grupta hiç doktora gitmeme oranı %24,5 (s=23) iken 5000 lira

Tablo X: Sosyodemografik özelliklere göre sağlığı koruma

Son 1 yıl içinde gebelik hariç kaç kere doktora gittiği	Hiç s (%)	Bir s (%)	İki ve fazlası s (%)	P* değeri
Yaş grupları				
18-45 yaş arası	67 (42,4)	26 (16,5)	65 (41,1)	0,008
46 yaş ve üzeri	13 (21,7)	13 (21,7)	34 (56,6)	
BKİ**				
Zayıf veya normal kilolu	55 (47,4)	25 (21,6)	36 (31,0)	<0,001
Fazla kilolu veya obez	25 (24,5)	14 (13,7)	63 (61,8)	
Medeni hal				
Evli	43 (31,2)	20 (14,5)	75 (54,3)	0,002
Bekar	37 (46,3)	19 (23,8)	24 (30,0)	
Meslek				
Ev hanımı	25 (31,6)	6 (7,6)	48 (60,8)	0,012
Çalışan	55 (39,6)	33 (23,7)	51 (36,7)	
Bölge				
Şehir merkezi	71 (40,3)	34 (19,4)	71 (40,3)	0,004
Diğer	9 (21,4)	5 (11,9)	28 (66,7)	
Eğitim durumu				
12 yıl ve altı	38 (34,5)	11 (10,0)	61 (55,5)	<0,001
Yükseköğrenim	42 (38,9)	28 (25,9)	38 (35,2)	
Gelir				
5000 lira altı	23 (24,5)	21 (22,3)	50 (53,2)	<0,001
5000 lira ve üzeri	57 (50,0)	18 (15,8)	39 (34,2)	
Çocuk				
Evet	16 (20,3)	19 (24,1)	44 (55,6)	<0,001
Hayır	45 (51,1)	19 (21,6)	24 (27,3)	
Spor				
Hiç	38 (33,3)	18 (15,8)	58 (51,8)	0,007
< 150 dk/hf	9 (23,6)	5 (13,2)	24 (63,2)	
150 dk/hf ve fazlası	33 (50,0)	16 (24,2)	17 (25,8)	
Sigara				
Evet	9 (34,6)	2 (7,7)	15 (57,7)	>0,05
Hayır	71 (37,0)	37 (19,3)	84 (43,8)	
Alkol				
Evet	7 (26,9)	9 (34,69)	10 (38,5)	>0,05
Hayır	73 (38,0)	30 (15,6)	89 (46,4)	
Sebze meyve ağırlıklı beslenme				
Evet	54 (38,6)	28 (20,0)	58 (41,4)	>0,05
Hayır	26 (33,3)	11 (14,1)	2 (52,6)	
Karbonhidrat ağırlıklı beslenme				
Evet	41 (33,6)	6 (4,9)	75 (61,5)	<0,001
Hayır	39 (40,6)	33 (34,4)	24 (25,0)	
Kırmızı et ağırlıklı beslenme				
Evet	32 (42,7)	14 (18,7)	29 (38,7)	>0,05
Hayır	48 (33,6)	25 (17,4)	70 (49,0)	

*ki-kare testi **BKİ: Beden Kitle İndeksi

ve üzeri grupta %50 (s=57) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Çocuk sahibi katılımcıların iki kere ve daha fazla doktora gitme oranı %55,6 (s=44), çocuğu olmayanlarda bu oran %27,3 (s=24) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı

($p<0,001$). Hiç spor yapmayan grupta iki ve daha fazla doktora gidenler 58 kişi iken (%51,8) en az 150 dk/hf spor yapanlar 17 kişi (%25,8) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,007$). Karbonhidrat ağırlıklı beslenenlerde iki ve daha fazla doktora gidenlerin oranı %61,5 ($s=75$), bu şekilde beslenmeyen grupta bu oran %25 ($s=24$) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Daha detaylı veriler Tablo X’da yer almaktadır.

Spor yapan katılımcılarda daha önce meme rahatsızlığı olma oranı %23,1 ($s=24$) iken spor yapmayan katılımcılarda bu oran %12,3 ($s=26$) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,035$) Sigara içen katılımcılarda daha önce meme rahatsızlığı olma oranı %46,2 ($s=12$), içmeyenlerde bu ise bu oran %13,5 ($s=26$) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Detaylı veriler Tablo XI’de yer almaktadır.

Tablo XI: Yaşam tarzına göre daha önce meme rahatsızlığı durumu

Daha önce meme rahatsızlığı	Var s (%)	Yok s (%)	P* değeri
Sebze-meyve ağırlıklı beslenme			
Evet	20 (14,3)	120 (85,7)	>0,05
Hayır	18 (23,1)	60 (76,9)	
Kırmızı et ağırlıklı beslenme			
Evet	18 (24,0)	57 (76,0)	>0,05
Hayır	20 (14,0)	123 (86,0)	
Karbonhidrat ağırlıklı beslenme			
Evet	21 (17,2)	101 (82,8)	>0,05
Hayır	17 (17,7)	79 (82,3)	
Spor			
Evet	24 (23,1)	80 (76,9)	0,035
Hayır	14 (12,3)	100 (87,7)	
Sigara			
Var	12 (46,2)	14 (53,8)	<0,001
Yok	26 (13,5)	166 (86,5)	
Alkol			
Var	3 (11,5)	23 (88,5)	>0,05
Yok	35 (18,2)	157 (81,8)	

*ki-kare testi

4.2. Katılımcıların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgilerine Ait Veriler

Katılımcılara daha önce meme ile ilgili rahatsızlıkları olup olmadığı sorulduğunda, yakınması olmayanlar katılımcıların %78’i ($s=170$) idi. Fibroadenom, kist veya şüpheli kitle yakınması olanlar %12,4 ($s=27$), mastit veya meme apsesi geçirenler %11 ($s=5$) olup, meme kanseri olan katılımcı yoktu (Tablo XII).

Tablo XII: Daha önce meme ile ilgili rahatsızlık durumu

Geçirilmiş meme hastalığı	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
Yok	180	82,6
Şüpheli kitle, kist	27	12,4
Mastit, meme apsesi	11	5,0
Meme kanseri	0	0
Toplam	218	100

Meme ile ilgili yakınmanız olduğunda nereye başvurursunuz sorusuna ise %61,9 (s=135) katılımcı aile hekimine, %24,8'i (s=54) üniversite hastanesine, %11'i (s=24) devlet hastanesine, diğer katılımcılar ise özel muayenehaneye gideceklerini belirttiler (Tablo XIII).

Tablo XIII: Meme ile ilgili yakınma olursa ilk başvuru

	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
Aile hekimi	135	61,9
Üniversite hastanesi	54	24,8
Devlet hastanesi	24	11,0
Özel muayenehane	5	2,3
Toplam	218	100

Katılımcıların %69,3'ü (s=151) daha önce meme kanseri hakkında bilgi almıştı ve bunların %53,6'sı (s=81) televizyon, sosyal medya, gazete gibi alanlardan bilgilendirilmişti, %41,7'si (s=63) aile hekimi veya başka bir sağlık personeli tarafından bilgi edinmiş ve %26,5'i (s=40) arkadaş ortamlarında bilgi sahibi olmuştu (Tablo XIV).

Tablo XIV: Meme kanseri ile ilgili bilginin kaynağı

Daha önce meme kanseri hakkında bilgi	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
Evet	151	69,3
Televizyon/sosyal medya/gazete	81	53,6
Aile hekimi veya başka sağlık personeli	63	41,7
Arkadaş çevresi ve diğer	40	26,5
Hayır	67	30,7
Toplam	218	100

18-45 yaş arası katılımcılarda daha önce meme kanseri hakkında bilgi alanların oranı %77,8 (s=123) iken 46 yaş ve üzeri olan grupta bu oran %46,7 (s=28) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Eğitim durumu 12 yıl ve altı grupta meme kanseri hakkında bilgi alanlar %40,9 (s=45) iken yükseköğrenim grubunda bu oran %98,1 (s=106) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). KKMM yapan grupta meme

kanseri hakkında bilgi alanlar %93,8 (s=45) iken KKMM yapmayan grupta %62,4 (s=106) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Mamografi yaptıran grupta meme kanseri hakkında bilgi alanların oranı %87,5 (s=28) iken mamografi yaptırmayan grupta bu oran %66,1 (s=123) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Daha detaylı veriler Tablo XV’de verilmiştir.

Tablo XV: Sosyodemografik özelliklere göre meme kanseri bilgi durumları

Yaş grupları	Evet s (%)	Hayır s (%)	P* değeri
18-45 yaş arası	123 (77,8)	35 (22,2)	0,0001
46 yaş ve üzeri	28 (46,7)	32 (53,3)	
Medeni hal			
Evli	94 (68,1)	44 (31,9)	>0,05
Bekar	57 (71,3)	23 (28,8)	
Meslek			
Ev hanımı	45 (57,0)	34 (43,0)	>0,05
Çalışan	106 (76,3)	33 (23,7)	
Bölge			
Şehir merkezi	124 (70,5)	52 (29,5)	>0,05
Diğer	27 (64,3)	15 (35,7)	
Beden kitle indeksi			
25 kg/cm ² ve altı	84 (72,4)	32 (27,6)	>0,05
25 kg/cm ² üzeri	67 (65,7)	35 (34,3)	
Eğitim durumu			
12 yıl ve altı	45 (40,9)	65 (59,1)	0,0001
Yükseköğrenim	106 (98,1)	2 (1,9)	
Çocuk			
Var	87 (66,9)	43 (33,1)	>0,05
Yok	64 (72,7)	24 (27,3)	
KKMM yapma			
Evet	45 (93,8)	3 (6,3)	<0,001
Hayır	106 (62,4)	64 (37,6)	
Mamografi			
Evet	28 (87,5)	4 (12,5)	<0,001
Hayır	123 (66,1)	63 (33,9)	

*ki-kare testi

Katılımcılara meme kanserinde olabilecek belirtiler sorulduğunda, %84,4 (s=184) katılımcı memede şişlik olabileceğini, %55,5 (s=121) kişi de memede renk değişikliği oluşabileceğini belirtti. Detaylı veriler meme kanserinde görülebilecek belirtilere katılımcıların düşünceleri adlı Tablo XVI’da yer almaktadır.

Tablo XVI: Meme kanserinde görülebilecek belirtilere katılımcıların düşünceleri

	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
Memede şişlik	184	84,4
Koltuk altında beze	165	75,7
Memede şekil bozukluğu	157	72,0
Memede ağrı	154	70,6
Meme başından kanlı akıntı	147	67,4

Meme başında çökme/yükselme	139	63,8
Memede renk değişikliği	121	55,5

Meme kanseri risk faktörleri hakkında katılımcıların bilgilerini sorulduğunda %91,7'si (s=200) ailede meme kanseri görülmesinin, %20,6'sı (s=45) da geç menopoza girmenin (55 yaş sonrası) riski arttırabileceğini belirtti. Ayrıca katılımcıların %83,9'u (s=183) emzirmenin risk faktörü olmayacağını aksine meme kanserinden koruyucu olduğunu belirtti. Daha detaylı veriler katılımcıların meme kanserinde riski faktörleri hakkındaki bilgi durumu adlı Tablo XVII'de yer verilmiştir.

Tablo XVII: Meme kanseri riski faktörleri hakkındaki bilgi durumu

	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Ailede meme kanseri olması	200	91,7
Emzirmemek (uzun süre emzirmek meme kanseri riskini arttırmaz, aksine korur.)	183	83,9
Yaşın ilerlemesi	121	55,5
Postmenopozal hormon tedavisi	98	45,0
Yağdan zengin gıdalarla beslenmek	83	38,1
Erken yaşta adet olma (12 yaş öncesi)	53	24,3
Geç yaşta menopoza girmek (55 yaş sonrası)	45	20,6

Katılımcıların belirti skorlarına bakıldığında ortalama $4,8 \pm 2,4$; risk skoru ise $3,6 \pm 1,4$ idi. Katılımcıların %49,6'sı (s=108) belirti skorlarından tam puan almışken; risk skorlarından sadece %0,9 (s=2) kişi tam puan alabilmişti. Daha detaylı veriler tablo XVIII'de verilmiştir.

Tablo XVIII: Toplam belirti ve risk skoru durumu

	Ort. $\pm$ SS*	Minimum-Maksimum
Toplam belirti skoru	$4,8 \pm 2,4$	1-7
Toplam risk skoru	$3,6 \pm 1,4$	1-7

Toplam belirti skor grupları	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
1	38	17,4
2	21	9,6
3	20	9,2
5	15	6,9
6	16	7,3
7	108	49,6

Toplam risk skor grupları	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
1	2	0,9
2	73	33,4
3	23	10,6
4	52	23,9
5	47	21,6
6	19	8,7

7	2	0,9
Toplam	218	100

*SS: Standart Sapma

Katılımcıların meme kanseri belirtileri hakkındaki toplam bilgi skorları kategorize edildiğinde ve sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; 18-45 yaş arası kadınlarda yeterli bilgi düzeyi %69,6 (s=110) oranında iken 46 yaş ve üzeri katılımcılarda bu oran %48,3 (s=29) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=**0,004**). Evli katılımcılarda yeterli bilgi düzeyi %58,7 (s=81), bekarlarda ise %72,5 (s=58) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=**0,041**). Eğitim durumu 12 yıl ve altı olan grupta bilgi düzeyi yeterli olanlar %45,5 (s=50) iken yükseköğrenim grubunda bu oran %82,4 (s=89) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<**0,001**). Daha önce meme kanseri hakkında bilgi alanlarda meme kanseri belirtileri hakkındaki bilgi düzeyi yeterli olanlar %80,1 (s=121), daha önce bilgisi olmayanlar %26,9 (s=18) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<**0,001**). Daha detaylı verilere Tablo XIX’da yer verilmiştir.

Tablo XIX: Sosyodemografik özelliklere göre semptom bilgi düzeyleri

Yaş grupları	Yetersiz s (%)	Yeterli s (%)	P* değeri
18-45 yaş arası	48 (30,4)	110 (69,6)	0,004
46 yaş ve üzeri	31 (51,7)	29 (48,3)	
Beden kitle indeksi			
25 kg/cm ² ve altı	38 (32,8)	78 (67,2)	>0,05
25 kg/cm ² üzeri	41 (40,2)	61 (59,8)	
Medeni hal			
Evli	57 (41,3)	81 (58,7)	0,041
Bekar	22 (27,5)	58 (72,5)	
Eğitim durumu			
12 yıl ve altı	60 (54,5)	50 (45,5)	< 0,001
Yükseköğrenim	19 (17,6)	89 (82,4)	
Meslek			
Ev hanımı	34 (43,0)	45 (57,0)	>0,05
Çalışan	45 (32,4)	94 (67,6)	
Yaşanılan bölge			
Şehir merkezi	66 (37,5)	110 (62,5)	>0,05
Diğer	13 (31,0)	29 (69,0)	
Meme kanseri hakkında daha önce bilgi			
Evet	30 (19,9)	121 (80,1)	< 0,001
Hayır	49 (73,1)	18 (26,9)	
KKMM yapma			
Evet	16 (33,3)	32 (66,7)	>0,05
Hayır	63 (37,1)	107 (62,9)	
Mamografi yaptırma			
Evet	13 (40,6)	19 (59,4)	>0,05
Hayır	66 (35,5)	120 (64,5)	

*ki-kare testi

Katılımcıların meme kanserinin bazı risk faktörleri hakkındaki toplam bilgi skorları kategorize edildiğinde ve sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; 18-45 yaş arası katılımcılarda bilgi düzeyi yetersiz olanlar %63,3 (s=100) iken 46 yaş ve üzeri katılımcılarda bu oran %83,3 (s=50) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,003). Eğitim durumu 12 yıl ve altı grupta yeterli bilgi düzeyi olanların oranı %17,3 (s=19) iken; yükseköğrenim grubunda bu oran %45,4 (s=49) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Meme kanseri hakkında bilgi alan grupta yeterli bilgi düzeyi olanlar %41,7 (s=63) iken; meme kanseri hakkında daha önce bilgilendirilmeyen grupta bu oran %7,5 (s=5) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Daha detaylı veriler Tablo XX’de yer almaktadır.

Tablo XX: Sosyodemografik özelliklere göre risk bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Yaş grupları	Yetersiz n (%)	Yeterli n (%)	P* değeri
18-45 yaş arası	100 (63,3)	58 (36,7)	0,003
46 yaş ve üzeri	50 (83,3)	10 (16,7)	
Beden kitle indeksi			
25 kg/cm ² ve altı	77 (66,4)	39 (33,6)	>0,05
25 kg/cm ² üzeri	73 (71,6)	29 (28,4)	
Medeni hal			
Evli	90 (65,2)	48 (34,8)	>0,05
Bekar	60 (65,0)	20 (25,0)	
Eğitim durumu			
12 yıl ve altı	91 (82,7)	19 (17,3)	<0,001
Yükseköğrenim	59 (56,4)	49 (45,4)	
Meslek			
Ev hanımı	60 (75,9)	19 (24,1)	>0,05
Çalışan	90 (64,7)	49 (35,3)	
Yaşanılan bölge			
Şehir merkezi	119 (67,6)	57 (32,4)	>0,05
Diğer	31 (73,8)	11 (26,2)	
Meme kanseri hakkında daha önce bilgi			
Evet	88 (58,3)	63 (41,7)	<0,001
Hayır	62 (92,5)	5 (7,5)	
KKMM yapma			
Evet	31 (64,6)	17 (35,4)	>0,05
Hayır	119 (70,0)	51 (30,0)	
Mamografi yaptırma			
Evet	26 (81,3)	6 (18,8)	>0,05
Hayır	124 (66,7)	62 (33,3)	

*ki-kare testi

4.3. Meme Kanseri Taramaları Hakkındaki Bilgi ve Farkındalıkları

Katılımcıların %61,5’i (s=134) KKMM hakkında daha önce bilgi aldığını, bilgi alan 134 kişinin ise %35,8’i (s=48) KKMM yapmaktaydı ve bu kadınların sadece %14,5’i (s=7) düzenli olarak ayna karşısında ayda bir KKMM’yi yapmaktaydı. %48,6’sı (s=106) mamografi

hakkında daha önce bilgi almıştı ve bilgi alan 40 yaş üzeri 70 kişiden %45,7'si (s=32) mamografi yaptırmıştı. Detaylı veriler Tablo XXI'de verilmiştir.

Tablo XXI: KKMM ve mamografi hakkında bilgi farkındalık ve davranış

KKMM hakkında bilgi	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
Evet	134	61,5
Hayır	84	38,5
KKMM yapma		
Hayır	170	78,0
Ayda bir düzenli	7	3,2
Ayda birden daha seyrek, arada bir	41	18,8
Mamografi hakkında bilgi		
Evet	106	48,6
Hayır	112	51,4
Mamografi yaptıрма (40 yaş üzeri)		
Evet	32	45,7
Hayır	38	54,3

Katılımcıların %16,5'i (n=36) KKMM'nin altı ayda bir, %49,5 (s=108) kişi ayda bir, diğerleri her banyo yapıldığında akla geldikçe yapılması gerektiğini belirtti. KMM hakkında %30,7 (s=67) katılımcı toplam bir kere yaptırmamanın yeterli olduğunu, %29,3'ü 1-6 ay arası bir sıklıkta, diğerleri de 1-2 yıl arasında yaptırmamanın yeterli olacağı düşüncesindeydi. Mamografi için katılımcıların %50'si (s=109) iki yılda bir yaptırmamanın yeterli olacağını belirtti. Daha detaylı veriler katılımcıların meme kanseri taramaları sıklığı hakkında düşünceleri adlı Tablo XXII'de yer almaktadır.

Tablo XXII: Meme kanseri taramaları sıklığı hakkında düşünceleri

KKMM sıklığı	Sayı (s)	Yüzdelik (%)
Her banyo yaptığında, akla geldikçe	74	34,0
Ayda bir	108	49,5
Altı ayda bir	36	16,5
KMM sıklığı		
Bir kere yaptırmak yeterli	67	30,7
1-6 ayda bir	64	29,3
1-2 yılda bir	87	39,9
Mamografi sıklığı		
Bir kere yaptırmak yeterli	18	8,3
Altı ayda bir	10	4,6
Yılda bir	35	16,1
İki yılda bir	109	50,0
Beş yılda bir	46	21,1

Ev hanımlarına KKMM sıklığı hakkında bilgilerini sorulduğunda %30,4'ü (s=24) ayda bir, çalışan kesimin ise %60,4'ü (s=84) ayda bir yapılması gerektiği belirtti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Detaylı veriler Tablo XXIII'de verilmiştir.

Tablo XXIII: Meslek ve meme kanseri taramaları sıklığı düşünceleri

KKMM sıklığı	Ev hanımı s (%)	Çalışan s (%)	P* değeri
Her banyoda ya da akla geldikçe	43 (54,4)	31 (22,3)	<0,001
Ayda bir	24 (30,4)	84 (60,4)	
6 ayda bir	12 (15,2)	24 (17,3)	
KMM sıklığı			
1-6 ayda bir	25 (31,6)	39 (28,1)	>0,05
1-2 yılda bir	30 (38,0)	57 (41,0)	
Toplam bir kez yaptırmak yeterli	24 830,4	43 (30,9)	
Mamografi sıklığı			
6 ayda bir	1 (1,3)	9 (6,5)	>0,05
Yılda bir	20 (25,3)	15 (10,8)	
2 yılda bir	37 (46,8)	72 (51,8)	
5 yılda bir	19 (24,1)	27 (19,4)	
Toplam bir kez yaptırmak yeterli	2 (2,5)	16 (11,5)	

*ki-kare testi

Katılımcıların eğitim durumları ile meme kanseri tarama programlarının sıklığı hakkındaki bilgi durumlarını karşılaştırdığımızda; 12 yıl ve altı grupta ayda bir KKMM yapılmalıdır diyenlerin oranı %19,1 iken yükseköğrenim grubunda ise bu oran %80,6 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). KMM'yi 1-2 yılda bir yapılmalıdır diyenler 12 yıl ve altı grupta %30,9, yükseköğrenim grubunda ise %49,1 idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Yükseköğrenim grubunda mamografi sıklığını iki yılda bir diyenlerin oranı %61,1 iken 12 yıl ve altı grupta ise bu oran %39,1 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,008). Daha detaylı veriler Tablo XXIV'te yer almaktadır.

Tablo XXIV: Eğitim durumu ve meme kanseri taramaları sıklığı düşünceleri

KMM sıklığı	12 yıl ve altı s (%)	Yükseköğrenim s (%)	P* değeri
Her banyoda ya da akla geldikçe	64 (58,2)	10 (9,3)	<0,001
Ayda bir	21 (19,1)	87 (80,6)	
6 ayda bir	25 (22,7)	11 (10,2)	
KMM sıklığı			
1-6 ayda bir	26 (23,6)	38 (35,2)	<0,001
1-2 yılda bir	34 (30,9)	53 (49,1)	
Toplam bir kez yaptırmak yeterli	50 (45,5)	17 (15,7)	
Mamografi sıklığı			
6 ayda bir	1 (0,9)	9 (8,3)	0,008
Yılda bir	25 (22,7)	10 (9,3)	
2 yılda bir	43 (39,1)	66 (61,1)	
5 yılda bir	23 (20,9)	23 (21,3)	

Toplam bir kez yaptırmak yeterli	18 (16,4)	0 (0)	
----------------------------------	-----------	-------	--

*ki-kare testi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre KKMM yapma durumlarına bakıldığında; 18-45 yaş arası grupta KKMM yapanlar %27,2 (s=43) iken 46 yaş ve üzeri olanlarda bu oran %8,3 (s=5) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Katılımcıların gelirim giderimden fazla diyen kısımda KKMM yapma durumu %20,6 (s=7), gelirim giderime denk diyenlerde %17,0 (s=28), gelirim giderimden az diyen kısımda ise %68,4 (s=13) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Yükseköğrenim grubunda KKMM yapmama durumu %72,2 (s=78), 12 yıl ve altı grupta ise %83,6 (s=92) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,042$). KKMM yapma durumu daha önce meme ile ilgili rahatsızlık geçirenlerde %40,7 (s=11) iken geçirmeyenlerde %21,2 (s=36) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,027$). Daha detaylı veriler Tablo XXV’te yer almaktadır.

Tablo XXV: Sosyodemografik özelliklere göre KKMM* yapma durumu

Yaş grupları	Evet s (%)	Hayır s (%)	P** değeri
18-45 yaş arası	43 (27,2)	115 (72,8)	<0,001
46 yaş ve üzeri	5 (8,3)	55 (91,7)	
Medeni hal			
Evli	36 (26,1)	102 (73,9)	>0,05
Bekar	12 (15,0)	68 (85,0)	
Meslek			
Ev hanımı	22 (27,8)	57 (72,2)	>0,05
Çalışan	26 (18,7)	113 (81,3)	
Bölge			
Şehir merkezi	35 (19,9)	141 (80,1)	>0,05
Diğer	13 (31,0)	29 (69,0)	
Gelir algısı			
İyi	7 (20,6)	27 (79,4)	<0,001
Orta	28 (17,0)	137 (83,0)	
İyi değil	13 (68,4)	6 (31,6)	
Eğitim durumu			
12 yıl ve altı	18 (16,4)	92 (83,6)	0,042
Yükseköğrenim	30 (27,8)	78 (72,2)	
Meme ile ilgili rahatsızlık geçiren / olan			
Evet	11 (40,7)	16 (59,3)	0,027
Hayır	36 (21,2)	134 (78,8)	

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi **ki-kare testi

Çalışmamızdaki kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini uygularken KKMM yapan kadınların %12,5’i (s=6) daha önce en az bir kere mamografi çektiymişti (Tablo XXVI).

Tablo XXVI: KKMM ve Mamografi durumu

		Mamografi				P* değeri
		Evet		Hayır		
		s	%	s	%	
KKMM	Evet	6	12,5	42	87,5	>0,05
	Hayır	26	15,3	144	84,7	

*ki-kare testi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre mamografi yaptıрма durumlarına baktığımızda 18-45 yaş arası grupta daha önce en az bir kere mamografi yaptıran %4,4 (s=7) iken 46 yaş ve üzeri grupta %41,7 (s=25) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Evli olan katılımcıların %23,2'si (s=32) daha önce en az bir kere mamografi yaptırmışken bekarlarda bu oran %0 (s=0) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Ev hanımlarında mamografi yaptıranlar %25,3 (s=20) iken aktif çalışan grupta bu oran %8,6 (s=12) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Şehir merkezinde yaşayan kadınların %11,4'ü (s=20) daha önce en az bir kere mamografi yaptırmışken kırsal kesimde yaşayanlarda bu oran %28,6 (s=12) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,005$). Detaylı veriler Tablo XXVII'de verilmiştir.

Tablo XXVII: Sosyodemografik özelliklere göre mamografi durumu

Yaş grupları	Evet s (%)	Hayır s (%)	P* değeri
18-45 yaş arası	7 (4,4)	151 (95,6)	<0,001
46 yaş ve üzeri	25 (41,7)	35 (58,3)	
Medeni hal			
Evli	32 (23,2)	106 (76,8)	<0,001
Bekar	0 (0)	80 (100)	
Meslek			
Ev hanımı	20 (25,3)	59 (74,7)	<0,001
Çalışan	12 (8,6)	127 (91,4)	
Bölge			
Şehir merkezi	20 (11,4)	156 (88,6)	0,005
Diğer	12 (28,6)	30 (71,4)	
Gelir algısı			
5000 lira altı	15 (16,0)	79 (84,0)	>0,05
5000 lira ve üzeri	17 (14,9)	97 (85,1)	
Eğitim durumu			
12 yıl ve altı	19 (17,3)	91 (82,7)	>0,05
Yükseköğrenim	13 (12,0)	95 (88,0)	
Meme ile ilgili rahatsızlık			

geçiren / olan			
Evet	8 (21,1)	30 (78,9)	>0,05
Hayır	24 (13,3)	156 (86,7)	

*ki-kare testi

5. TARTIŞMA

Aile Hekimliği polikliniğe başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve taramaları hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini araştırdığımız çalışmamızda, 218 katılımcıya ait demografik verilere ek olarak bilgi ve farkındalık düzeyi ile ilgili anlamlı ve önemli sonuçlar elde edilmiştir. Elde edilen bulgular çeşitli literatür ve araştırmalarla birlikte tartışılmıştır.

Meme kanseri risk faktörlerine baktığımızda en önemli faktörün kadın cinsiyetten sonra ileri yaş olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki meme kanseri teşhisi konulan kadınların %44,5'i 50-69 yaş arasındayken %40,7'si 25-49 yaş aralığındadır ve ortalama teşhis konma yaşının 53 olduğu belirtilmiştir (98). Genel popülasyona baktığımızda Türkiye'de 2019 yılında 32,4 olan ortalama yaş, 2020 yılında 32,7'ye yükseldi. 15 yaş ve üzeri cinsiyete göre incelendiğinde, ortalama yaşın 2020 yılında ülkemizdeki erkeklerde 31,7'den 32,1'e, kadınlarda ise 33,1'den 33,4'e yükseldiği görüldü (99). Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda farklı yaş ortalamaları bildirilmiştir. 1992-2007 arasında meme kanseri tanısıyla ameliyat edilmiş 13,240 olgunun incelendiği bir çalışmada, tanı sırasındaki yaş grupları dağılımlarına bakılmış ve 45-49 yaş grubu %16,7'lik bir değerle en yüksek bulunmuştur. 65-69 yaş grubunda bu oran %7,6'ya düşmüş ve daha sonra ise tekrar yükseldiği saptanmıştır (100). Ege bölgesinde yapılan bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 43,1±10,8 bulunmuş (101). 2017'de kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelendiği bir çalışmada yaş ortalaması 43,0±7,3 olarak saptanmış (102). Bir başka çalışmada 317 kadının yaş ortalaması 39,0±14,9 idi (103). 2014 yılında İstanbul'da bir mahallede yaşayan 169 kadının meme kanseri riskleri ve KKMM eğitiminin etkinliğinin incelendiği çalışmada yaş ortalaması 43,1±12,7 (104), meme kanseri risk düzeylerinin ve KKMM ile ilişkisinin incelendiği 604 kadınla yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 38,2±13,4 (105), KETEM'e başvuran kadınlarla yapılan bir çalışmada ortalama yaş 41,1±10,7 (106), 2004 yılında

Ankara’da 301 kadın ile yapılan bir çalışmada yaş ortalaması $35,1 \pm 10,5$ şeklinde bulunmuştur (107).

Literatürdeki yaş ortalamaları çalışmanın yapıldığı ülkeye, çalışmanın evrenine göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $37,0 \pm 14,6$ (min:18, mak:70) ve ortalama yaşı 35’ti. Yaş meme kanserinin en belirgin risk faktörüdür. Ülkemizde nüfusumuz yaşlanmaya ve doğuşta beklenen yaşam süresi artmaya devam etmektedir. Ülkemizde 2007 yılında 65 ve üzeri yaştaki nüfusun oranı %7,1 iken 2020’de %9,5’e yükseldi. Doğuşta beklenen yaşam süresi, 2019 sonuçlarına göre; Türkiye geneli için toplamda 78,6 yıl, kadınlarda 81,3 yıl, erkeklerde 75,9 yıl oldu (99). Ülkemiz kadınlarının ortalama yaşı 2018’de 32,7 iken 2050’de 41,7’ye, 2080’de ise 46,3’e yükselmesi beklenmektedir (108). Bu durum meme kanseri riski açısından yaşlanmanın önemini daha da artıracaktır.

Çalışmamız katılanların yaklaşık yarısı yükseköğrenim düzeyine sahipti. Ülkemizde, 25 ve daha yukarı yaşta olan ve en az bir eğitim düzeyini tamamlayanların toplam nüfus içindeki oranı, 2008 yılında %81,1 iken 2019 yılında %91,0 oldu. Cinsiyete göre incelendiğinde; 2008 yılında, kadınlarda %72,6, erkeklerde %89,8 olan bu oran, 2019 yılında sırasıyla %85,7 ve %96,4 oldu. En az üniversite mezunu olan 25 ve daha yukarı yaştaki nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2008 yılında %9,8 iken 2019 yılında %20,8 oldu. Bu oran cinsiyete göre incelendiğinde; 2008 yılında 25 ve daha yukarı yaşta olup en az üniversite mezunu olan kadınların oranı %7,6, erkeklerin oranı %12,1 iken bu oran 2019 yılında kadınlarda %18,5, erkeklerde ise %23,1 oldu (112). Bu durumun polikliniğimiz üniversite hastanesi bünyesinde hizmet vermesi ve hasta popülasyonumuzun sosyokültürel seviyesinin yüksek olmasına bağlı olduğu düşünüldü. 2018’de 7663 kadınla yapılan vaka kontrol çalışmasında, kontrol grubunun eğitim düzeyi anlamlı yüksek bulunmuştur (113). Eğitim düzeyi arttıkça kadınların meme kanseri farkındalığı artmaktadır. Bu sayede kadınların tarama oranları ve dolayısıyla meme kanserinde erken tanı oranları da artmaktadır.

Yaş grubuna göre doğurganlık hızı incelendiğinde, 2001 yılında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı binde 144 ile 20-24 yaş grubunda iken 2019 yılında binde 122 ile 25-29 yaş grubunda görüldü. Bu durum, doğurganlığın kadının daha ileri yaşlarında gerçekleştiğini gösterdi (114). Bir çalışmada kadınların %82,8’i ilk doğumunu otuz yaş öncesinde yaptığı belirlenmiştir (115). Başka bir çalışmada, bu oran %60,9 olarak bulunmuştur (116). İlk doğumunu otuz yaş öncesinde yapanların sıklığının yüksek olduğu ülkemizde, bu açıdan

meme kanseri gelişme riskinin düşük olduğunu gösteren bir durumdur. Bizim çalışmamızda yarısından fazla katılımcı çocuk sahibi idi. Devam eden çalışmalarda ilk çocuğu doğurma yaşı da sorulursa meme kanseri riski açısından daha anlamlı bulgular elde edilebilir.

Yapılan araştırmalarda erişkin dönemde kilo alımının özellikle menopoza sonrası dönemde meme kanseri riskini artırdığı gösterilmiştir (117). Fakat bunun yanında menopoza öncesi dönemde insidans zayıf kadınlarda daha fazladır (118). Obezite ile meme kanseri insidansı arasındaki ilişkiyi saptamak üzere yapılan bir çalışmada 337.819 kadın takip edilmiş, 4385 vakada meme kanseri ortaya çıkmıştır. Postmenopozal 80 kg üzerinde vücut ağırlığına sahip kadınlarla 60 kg altındaki kadınlar karşılaştırıldığında meme kanseri ortaya çıkmasının rölatif riski 1,25; premenopozal kadınlarda ise 0,58 olarak saptanmış ve kilo arttıkça özellikle menopoza sonrası dönemde riskin arttığı belirlenmiştir (119). 2017’de Orta Afrikalı 522 kadınla yapılan, meme kanserinde davranışsal risk faktörlerini inceleyen vaka kontrol çalışmasında, BKİ ≥ 30 olan kadınların, < 25 olan kadınlara göre meme kanseri riskinin 3,11 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (120).

Obezitenin meme kanserinin önlenabilir en önemli risk faktörlerinden biri olduğu düşünüldüğünde bu çalışmada obeziteye ayrı önem verilmiştir ve obez hastaların sadece meme kanseri için değil sağlığı korumada da riskli olduğu görülmüştür. Elde ettiğimiz bulguların diğer çalışmalara destek vereceği düşüncesindeyiz. Ülkemizde 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2016 yılında %19,6 iken, 2019 yılında %21,1 oldu. Cinsiyet ayrımında bakıldığında; 2019 yılında kadınların %24,8’inin obez ve %30,4’ünün fazla kilolu, erkeklerin ise %17,3’ünün obez ve %39,7’sinin fazla kilolu olduğu görüldü. Obezitesi olanların en yoğun olduğu yaş grubu 55-64 yaş grubu olduğu görüldü (112). TURDEP-II çalışmasında obezite sıklığı, genel toplumda %35 (kadın %44, erkek %27) bulunmuştur. Çalışma sonuçları, TURDEP-I popülasyonuna göre standardize edildiğinde, 1998 ile 2010 yılı karşılaştırıldığında Türkiye’de yetişkin toplumda obezite prevalansının %22,3’ten %31,2’ye yükseldiği görülmüştür. Obezite prevalansı kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında artmıştır. Obezite prevalansı, 20’li yaşlardan itibaren artarak kadınlarda 45-74 yaş grubunda %50’yi ve erkeklerde 45-64 yaş grubunda %30’u aşmakta, ileri yaşlarda ise azalma eğilimi göstermektedir. İleri yaşlarda azalmanın yağ kaybından ziyade kas ve kemik kaybından ileri geldiği düşünülmektedir (121). Çalışmamızda yarıya yakın katılımcı fazla kilolu iken obez olanlar daha azdı. Yaşa göre bakıldığında ise yaş arttıkça obezite oranı da diğer çalışmalara

benzer şekilde artmaktaydı. Yapılan diğer çalışmalarda da bulgular birbirine benzerdi. Ankara'da 290 meme kanserli kadınla yapılan, meme kanseri risk faktörlerinin incelendiği çalışmada, kadınların %0,3'ü zayıf, %30,7'si normal ve %69'u kilolu bulunmuştur (122). KETEM'e başvuran 5000 kadının meme kanseri risklerinin incelendiği çalışmada, katılımcıların %75,9'u kiloludur (118). Ankara'da 317 kadının incelendiği çalışmada ise katılımcıların %70,1'i kiloludur (103). 2010'da yapılan bir çalışmada kadınların %8,2'sinin şişman olduğu saptanmıştır (123). 20 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri risk faktörlerini değerlendirildiği bir çalışmada kadınların %47,7'sinin fazla kilolu veya obez olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda menopoz sonrası kadınların %73'ünde kilo alımı tespit edilmiştir (124). Bazı çalışmalara ve TÜİK verilerine göre obezitesi olanların oranının düşük çıkması çalışmanın genç popülasyon, yüksek sosyoekonomik düzey ve Ege bölgesi olması itibariyle Akdeniz tipi beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı ve fiziksel aktivite ile ilişkili olabilir. Çalışmamızdaki fazla kiloluların oranının TÜİK çalışmasından yüksek çıkmasının sebebi; TÜİK çalışmasında 15 yaş ve üstü kişilerin çalışmaya alınması olabilir.

Öğrenim düzeyi arttıkça obezite oranı azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada, okur-yazar olmayanların %64'ünün, okuryazar olanların %41,7'sinin, ilkokul mezunu olanların %42,4'ünün, ortaokul mezunu olanların %25,6'sının, lise mezunu olanların %13,7'sinin, yüksekokul mezunu olanların %17,2'sinin obez olduğu belirlenmiştir (125). Bizim çalışmamızda da eğitim durumu 12 yıl ve altı olanlarda fazla kilolu veya obez olanların oranı %62,7 iken bu oran yükseköğrenim grubunda yarı yarıyaydı. Bu anlamlılık, eğitilmiş kişilerin sağlıklı olmaya özen göstermesinden ve fiziksel aktiviteye karşı olan ilgi, farkındalık ve bilginin daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Bazı çalışmalarda kırmızı et tüketiminden kaynaklı meme kanseri görülme sıklığında bir yükselme olduğunu belirtilmiş (128). Diğer bazı araştırmada ise meme kanseri ve kırmızı et tüketimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (129). Ülkemizde yapılan kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların %46,1'inin beslenme tercihi beyaz et, sebze ve meyve ağırlıklı, %3'ünün çoğunlukla kırmızı et tercih ettiği ve sadece %1,2'sinin yağlı yiyecekleri tükettiği saptanmıştır (130). Bizim çalışmamızda sık sık kırmızı et tüketenler %34,4, karbonhidrat ağırlıklı beslenenler yaklaşık yarı kesim idi. Bu durum yüksek sosyoekonomik düzey ile alakalı olabilir. Çalışmamızda hamur işi, kızartma, tatlı ve benzeri karbonhidrat ağırlıklı beslenme ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki varken

sebze-meyve tüketimi ve kırmızı et tüketimi arasında anlamlı bir fark yoktu. Yine alkol kullanan grupta fazla kilolu veya obez olma oranı, alkol almayan gruba göre daha az idi. Yani alkol alan bireyler daha zayıf bulunmuştur. Bu duruma Aydın ilinde alkol tüketenler, çoğunlukla az ve sık alkol tüketim paternine sahip olabilirler veya alkol kullananların yaş ortalamasının düşük olması BKİ'lerinin düşük çıkmasına sebep olabilir. Danimarka'da yapılan bir çalışmada tüketilen alkol miktarı ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ancak, az miktarda ve sıkça alınan alkol ile BKİ arasında ters bir ilişki saptanmıştır (131). Buradan anlaşıyor ki, toplam tüketilen alkol miktarı arttıkça BKİ artmakla birlikte, az ve sık alkol tüketimi BKİ'yi azaltıyor olabilir.

Yapılan bazı çalışmalarda düzenli fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini %14 oranında azalttığı belirtilmiş (133). Çalışmamıza katılan kadınların %30,2'sinin ≥ 150 dk/hf spor yaptıkları, %52,3'ünün günlük işleri dışında spor yapmadığı görülmüştür. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019'a göre 15 yaş ve üzeri kadınların %61,1'i düşük fiziksel aktiviteye sahipti (134). Katılımcılarımızın spor yapma oranlarının yüksek olmasının sebebi yükseköğrenim düzeyinin fazla olması ve yüksek sosyoekonomik düzey ile ilgisi olabilir.

Çalışmamızda kadınların %88,1'i sigara içmediğini belirtmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada %78,3'ü, diğer çalışmada %72,5'sinin sigara içmediği ya da bıraktığı bildirilmiştir (92, 102). Ayrıca Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019'a göre 15 yaş ve üzeri sigara kullanan bireylerde kişi başına düşen sigara miktarının uluslararası karşılaştırılmasında Türkiye %17,1 ile 2. sırada yer almaktadır (134). Bu durum maruziyet açısından riskli görünmektedir. 2017'de 102.927 kadınla yapılan, sigara kullanımının meme kanseri riskine etkisini araştıran çalışmada; katılımcılardan %8,3'ü halen sigara içmekte, %27,5'i sigarayı bırakmış, %64,1'i ise hiç içmemiştir. Bu çalışmada sigara içenlerin içmeyenlere göre meme kanseri riskinin 1,14 kat arttığı tespit edilmiştir (135). Çalışmamızda sigara içmeme oranının yüksek olması sevindirici olup, bunun nedeninin kadınların eğitim düzeyi, sosyoekonomik ve sosyokültürel sebeplerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların son bir yıl içinde gebelik hariç kaç kere doktora gittikleri, sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırıldı. Burada sağlığı korumada gruplar arasında ne gibi farklılıklar olduğunu araştırmak amaçlandı. Aralarındaki anlamlı ilişki yaş arttıkça, BKİ arttıkça doğru orantılı şekilde artmaktaydı. Yani ileri yaşta olanlar ve fazla kilolu veya obezitesi olanlar sağlığı korumada daha başarısız görünmektedir. Evli olanlar, ev hanımı olanlar, kırsal kesimde yaşayanlar, çocuk sahibi olanlar ve düşük gelirli olanlarında anlamlı

bir şekilde daha fazla doktora gittikleri saptanmıştır. Bu grubun daha fazla fiziksel inaktif olması ve eğitim durumunun bunu etkileyebileceği düşünüldü.

Yükseköğrenim grubunun sağlığı korumada daha başarılı olduğunu saptandı. Eğitim düzeyinin meme kanseri üzerinde de daha bilinçli olma ve koruyucu etkisi olacağı söylenebilir. Hiç spor yapmayanlar ile haftada 150 dakika ve üzeri spor yapanlar arasında sağlığı koruma açısından anlamlı bir fark varken 150 dakikadan daha az spor yapanlar ile anlamlı fark saptanmadı. Yine karbonhidrat ağırlıklı beslenenler sağlığı korumada daha başarısız saptanmıştır. Bu anlamlı ve önemli bilgiler, daha geniş kapsamlı kesitsel ve müdahale çalışmalarına konu olabilir.

Katılımcıların daha önce meme rahatsızlığı geçirip geçirmediğine bakıldığında; 2009'da kadın öğretmenlerle yapılan bir çalışmada %15,7'si meme problemi yaşadığını belirtmişlerdir (136). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada %11'inde kanser dışı meme hastalığı olduğu tespit edilmiştir (137). Bu araştırmada meme rahatsızlığı yaşayan kadınların oranı diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzer bulgulara rastlanmıştır. Çalışmamızda yüksek eğitim düzeyine sahip olma meme rahatsızlığı geçirme açısından koruyucu bulundu. Ayrıca çocuk sahibi olan katılımcılarda daha fazla meme rahatsızlığı görülmüştür. Bu farkın çocuk sahibi olanların yaş ortalamasının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir ve yine emzirme ile memede olan mikro travmalar sonucu mastit, meme apsesi gibi durumlara yol açabileceği düşüncesindeyiz. Spor yapanlarda ve sigara içmeyenlerde daha az meme hastalığı görünmekteydi. Çalışmamızda sigara içenlerle meme hastalıkları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Sigara ve meme kanseri arasındaki ilişki net değildir, fakat sigaranın memenin beslenmesini bozması, yakınmalar açısından başlıca neden olabilir. Daha önceden meme rahatsızlığı olanlarda yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmasada, genç grupta daha fazla görülmesi beslenme alışkanlıklarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. 46 yaş ve üzeri kesimin küçük yaşlarda tatlandırıcı vb. gibi gıdalarla beslenme ihtimali daha zayıf olduğundan bunu görüyor olabiliriz. Ayrıca sigara içme yaşının da giderek azalması buna neden olabilir. Bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çekirme durumu ile bunları etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada kadınların %3,6'sında meme hastalığı vardır (138). KETEM'e başvuran kadınlarla yapılan bir başka çalışmada ise %42,3'ü meme problemi yaşadığını belirtmiştir ve bu araştırmada meme problemi yaşayan kadınların oranı çalışmalarla karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmadan da

meme hastalığı geçirenlerin farkındalıklarının daha fazla olduğunu söyleyebiliriz (106). Çalışmalardaki bu farklılığın çalışılan evrenin farklı olması ile ilgisi olabilir.

Katılımcılara meme ile ilgili yakınması olursa ilk nereye başvuracağı sorulduğunda yarısından fazlası ilk olarak aile hekimine başvuracağını belirtti. Sırasıyla üniversite hastanesine, devlet hastanesine ve özel muayenehanelere gideceklerini belirttiler. 2014'te yapılan bir çalışmada katılımcıların %57,1'i ilk olarak genel cerrahi uzmanına, %31,5'i ise ilk olarak aile hekimine gideceklerini ifade etmişler (139). Çalışmamızda aile hekimlerine başvuru oranının yüksek olması, meme kanseri belirtilerinin tespitinde, riskli grupların bulunmasında, erken teşhis ve tarama yöntemlerinin önemi hakkında hastaların bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi konularında aile hekimlerine önemli görevler düştüğünü düşündürmektedir. Çalışmanın aile hekimliği polikliniğinde yapılması da bu oranın yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Araştırmada katılımcıların yaklaşık üçte biri meme kanseri hakkında daha önce hiç bilgi almamıştı. Ayrıca katılımcıların daha önce meme kanseri hakkında bilgi alma durumu yaş ve eğitim durumu ile anlamlı bir farklılık göstermiştir ve KKMM yapan ve mamografi çektirenler anlamlı bir şekilde daha fazla bilgi sahibiydi. Eğitim durumu arttıkça meme kanseri bilgi düzeyi artmış, yaş ile azalmıştır. Yaş ve bilgi durumunun ters orantılı olmasını çalışmamızdaki yaş arttıkça eğitim düzeyinin azalması ile açıklayabiliriz. Farkındalıkları daha yüksek olan kadınların daha önce meme kanseri hakkında bilgilendirildikleri düşünülmüştür. Türkiye'nin batısında kırsal bölgede yaşayan kadınların KKMM ve mamografi ile ilgili bilgi ve tutumu ile ilgili yapılan bir çalışmada, 20–64 yaş arası kadınların %23,3'ünün meme kanseri ile ilgili hiçbir bilgi duymadığını belirlemişlerdir (140). Kadın öğretmenlerle yapılan bir çalışmada, öğretmenlerin %72,7'sinin meme kanseri ile ilgili bilgi almadıkları bulunmuştur (141). Mamografi ünitesine başvuran 29–82 yaş arası kadınların ilk mamografi yaşına etki eden faktörlerine bakmak için yapılan bir çalışmada, kadınların %52'sinin meme kanseri ile ilgili hiçbir şey duymadıklarını bulunmuştur (142). Çalışmalar arası bu farklılıklar çalışmaların farklı evrenlerinin, farklı sosyokültürel ve eğitim düzeyleri ile alakası olabilir.

Çalışmada katılımcıların yarısından fazlası televizyon ve sosyal medyadan, sonra sırasıyla aile hekimi veya sağlık personelinin ve arkadaş çevresinden bilgi aldıklarını belirtti (birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir). Ege bölgesinde yapılan araştırmada, kadınların 64,7'sinin televizyon, %28,7'sinin doktordan, %22,9'unun yazılı medyadan meme kanseri ile

ilgili bilgi aldıklarını saptamışlardır (101). Almanya’da yakın zamanda yapılan serviks ve meme kanseri ve taramaları hakkında kadınların bilgilerinin araştırıldığı bir çalışmada kadınların bilgi kaynağı sorusunun yanıtlarına bakıldığında %82,4’ü hekim, %24,9’u televizyon, %39,1 yazılı basın, %16,9’u sosyal çevre şeklindeydi (birden fazla seçenek işaretlenmiştir) (143). Ülkemizde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi hekim veya sağlık çalışanının, bilgi kaynağı olarak daha az sıklıkta olduğu belirtilmiştir. Bu durum çalışmanın yapıldığı evrenin farklı sosyokültürel yapısı ile alakalı olabilir.

2008 yılında Türkiye Ulusal Meme Toplulukları Federasyonunun ulusal meme kanseri kayıt programına kayıtlı 11.000’den fazla meme kanserli hasta incelenmiştir. Bu çalışmada hastaların ilk başvuru semptomu incelendiğinde, hastaların %89,91’inin yalnızca meme de kitle yakınması ile başvurduğu tespit edilmiştir ayrıca hastaların %4,28’i asemptomatik iken yapılan taramalarda tanı almıştır (26). Özgün ve arkadaşlarının 2009 yılında Aydın’da meme kanseri tanısı alan 162 hastanın başvuru semptomlarını incelediği çalışmada, hastaların %77,8’i ağrısız kitle ile %14,2’si ağrılı kitle ile başvurmuştur. Bu çalışmada hastaların %88,9’u sorunu ilk kendisinin fark ettiğini belirtmiştir (144). Bir çalışmada katılımcıların %72,4’ü, Bursa’da yapılan bir çalışmada katılımcıların %80,1’i, İngiltere’de 67-73 yaş aralığındaki yaşlı kadınlarla yapılan çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunu oluşturan %93,3’ü memede ele gelen kitlenin meme kanseri belirtisi olabileceğini belirtmiştir (92, 145, 146). Çalışmamıza katılan kadınların büyük bir çoğunluğu diğer çalışmalara benzer şekilde meme kanserinde ele gelen kitlenin olabileceğini belirtti. Bu durum diğer çalışmalarla benzer eğitim düzeyi ile alakalı olabilir.

Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları adlı bir çalışmada katılımcıların %71,1’i, Diyarbakır’da yapılan çalışmada ise katılımcıların %64,9’u, İngiltere’de yapılan çalışmada ise katılımcıların %86,1’inin koltuk altında ele gelen şişliğin meme kanseri semptomu olabileceğini bildikleri belirlenmiştir (92, 146, 147). Çalışmamızda da benzer şekilde katılımcılar (2. en sık verilen cevap) meme kanseri belirtisi olarak koltuk altında ele gelen şişliğin olabileceğini belirtirken yine benzer eğitim düzeyi bu durumu açıklayabilir.

Erciyes’te yapılan bir çalışmada kadınların %38,7’sinin, Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada kadınların %36’sının, meme başının içe çekilmesinin meme kanseri belirtisi olabileceğini bildikleri saptanmıştır (148, 149). Çalışmamızda katılımcıların memede şekil bozukluğu, meme başında içe çökme-yükselmenin diğer çalışmalardan yüksek oranda meme

kanserinde görülebileceğini belirtti. Yüksek eğitim düzeyi bizim çalışmamızdaki yüksek oranları açıklayabilir.

Hastanede çalışan kadınlarla yapılan çalışmada %32,9'u, Pamukkale Üniversitesinde yapılan çalışmada %40,9'u, İranlı kadınlarla yapılan çalışmada %16'sı, Kuveytli öğretmenlerle yapılan çalışmada % 66,3'ü, İngiltere'de 67-73 yaş aralığındaki yaşlı kadınlarla yapılan çalışmada katılımcıların %53,4'ü memede veya koltuk altında ağrı olmasının meme kanseri belirtisi olabileceğini belirtmişlerdir (92, 139, 146, 150, 151). Çalışmamızda katılımcılar diğer çalışmalardan daha yüksek oranda memede ağrı olmasının meme kanseri belirtisi olabileceğini belirtmiştir. Yükseköğrenim oranının yüksek olması bunu açıklayabilir.

2011'de İzmir'de yapılan bir çalışmada kadınların %61,8'i, ASM'ye başvuran kadınların meme kanseri hakkında bilgi tutum ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada %55,5'i, başka bir çalışmada %46,2'si, Diyarbakır'da bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada kadınların %49,7'si, İran'da yapılan bir çalışmada kadınların %8'i, 67-73 yaş aralığındaki 712 yaşlı kadınla yapılan bir çalışmada kadınların %71,9'u meme başından gelen akıntının meme kanseri belirtisi olabileceğini bildikleri belirlenmiştir (92, 146-148, 150, 152). Çalışmamızda katılımcılar Linsell ve arkadaşlarının çalışması hariç diğer çalışmalardan yüksek oranda meme başından gelen kanlı akıntının bir kanser belirtisi olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu durum yüksek eğitim durumu ile açıklanabilir. Linsell ve arkadaşlarının çalışmasında ise daha yüksek eğitim düzeyi yoktu ancak meme kanseri hakkında önceden daha fazla bilgi almışlardı.

Katılımcıların yaklaşık yarısı, memede gelişen renk değişiminin kanser belirtisi olabileceği belirtildi. Meme kanserinin erken tanısında farkındalığın önemini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların %29,1'i, Suudi kadınlarla yapılan çalışmada %16'sı, Kuveytli öğretmenlerle yapılan çalışmada %61,5'i, başka bir çalışmada %27,5'i, meme derisindeki renk değişiminin meme kanseri belirtisi olabileceğini bildiklerini ifade etmişler (145, 149, 151, 152). Bulgular genel olarak literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Katılımcılara meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgileri sorulduğunda, büyük çoğunluk ailede meme kanseri görülmesinin meme kanserinde riski arttıracaklarını belirtti. Sonra sırasıyla emzirmemenin, yaşın ilerlemesinin, menopoza sonrası hormon tedavisinin, yağdan zengin gıdalarla beslenmenin, 12 yaşından önce adet olmanın ve 55 yaş sonrası menopoza girmenin meme kanserinde riski arttıracakları görüşündeydi. Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeylerini araştıran bir çalışmada en iyi bilinen risk grubu

‘ailede meme kanseri öyküsü’ (%96,3) iken en az bilinen ‘erken menarş grubu’ (%31,7) idi ve bu çalışma bizim çalışmamızla benzer bulgulara sahipti (115). Başka bir çalışmada 35–70 yaş arası Türk göçmen kadınların meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin bilgi, tutum ve görüşleri ile ilgili yaptıkları araştırmada, 35–49 yaş arası kadınların %81’i meme kanserinin yaşla birlikte arttığını, %44’ü ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların meme kanseri riskini arttırdığını, 50–70 yaş arası kadınların %59’u meme kanserinin yaşla birlikte arttığını, %34’ü ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların meme kanseri riskini arttırdığı konusunda bilgili olduklarını saptamışlardır (153). Genel olarak bakıldığında en sık bilinen risk faktörleri literatür ile uyumlu olup çalışmamızdaki kadınların emzirmemenin risk faktörü olmasını yüksek oranda bilmesi sevindiriciydi. Bu durumu yüksek eğitim düzeyi ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda toplam belirti skorlarından bilgi düzeyi tam olanlar yarıya yakınken risk skorlarında bu oran yüzde bir civarındaydı. Katılımcıların üçte ikisine yakını meme kanseri semptomları hakkında yeterli bilgiye sahipken üçte birine yakını risk faktörleri hakkında yeterli bilgi durumuna sahipti. Bu bize toplumda meme kanseri belirti ve bulguları hakkında daha fazla bilgi düzeyi varken risk faktörleri hakkında bilgi düzeyinin ciddi anlamda düşük olduğunu düşündürmektedir. Bilgi düzeyini ölçen, benzer soruları içeren çalışmalarla bakıldığında; 2009’da 1000 Asyalı kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların %57,3’ünün meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (154). Manisa’da yapılan çalışmada, kadınların %56,1’inin meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir (140). 2014 yılında yayınlanan Kuveytli kadınlarla yapılan çalışmada katılımcıların %43,1’inin meme kanseri risk faktörleri, semptomları, meme muayenesi ve mamografi konularında iyi düzeyde bilgiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada bizim çalışmamızın aksine 50 yaş ve üstündekilerin daha bilgili oldukları saptanmıştır (155). Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre meme kanseri semptomları ve risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerine baktığımızda yaş grupları, eğitim düzeyi, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. Semptom bilgi düzeyinde buna ek olarak medeni hal ile anlamlı fark görülmüştür. Eğitim durumu arttıkça bilgi düzeyi artmakta, yaş ile azalmaktaydı. Yine bekar olanların bilgi düzeyi daha yeterli idi. Bu durum yaş azaldıkça eğitim düzeyinin artması ve bekar katılımcıların yaş ortalamasının daha az olması dolayısıyla eğitim durumunun artması ile açıklanabilir. Ayrıca daha önce meme kanseri hakkında bilgi alanlar, almayanlara göre daha fazla bilgi düzeyine sahipti ve bu fark istatistiksel olarak

anlamliydi. Yine bilgi alan kesimin semptomlar ve risk faktörleri hakkında yeterli bilgi aldığını düşündürmektedir. 2014 yılında yayınlanan Arap kadınlarla yapılan çalışmada; meme kanseri hakkında katılımcıların %5'inin iyi, %14,6'sının çok kötü, geriye kalanların orta ve kötü düzeyde bilgiye sahip oldukları bildirilmiştir. Bu çalışmada bizimkinde olduğu gibi gençlerin yaşlı kadınlara oranla daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu da belirlenmiştir (156). Çalışmalardaki eğitim düzeyinin gençlerde daha yüksek olması bu duruma sebep olabileceği düşüncesindeyiz.

Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi KKMM hakkında daha önce bilgi aldığını ve bu yöntemin erken tanıda faydalı olabileceğini belirtti. Ancak katılımcıların yarısı ayda bir düzenli KKMM yapılması gerektiğini biliyordu. Ankara'nın kırsal bölgesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınlarla yapılan kesitsel bir araştırmada erken tanı yöntemleri ile ilgili kadınların %45,5'i KKMM, %63,2'si KMM ve %9,5'i mamografi yanıtını verdiğini saptamışlardır (157). Pamukkale'de 2014 yılında yapılan bir çalışmada kadınların KKMM ile ilgili bilgi düzeyleri sorgulandığında %59,1'i kimlerin uygulaması gerektiğini, %33,1'i KKMM sıklığını bilmekteydi (139). Aydın'da çalışan hemşire ve kadın öğretmenler arasında yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %81,5'inin, kadın öğretmenlerin %45,1'inin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir (158). Kadın öğretmenlerle yapılan bir başka çalışmada %62,5'i KKMM hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir (141). 2018'de sağlık alanları dışında eğitim gören 1114 kız öğrenciyle yapılan çalışmada, katılımcıların %79,9'u KKMM'ye başlama yaşını, %9,2'si aylık KKMM yapılması gerektiğini bilmekteydi (159). 2015'de Samsun'da yaşayan 711 kadınla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %25,3'ü KKMM'nin sıklığını doğru bilmekteydi (160). Diyarbakır'da 2018'de yapılan çalışmada KKMM'nin 20 yaşından itibaren yapılması gerektiğini bilen %34,9, düzenli olarak ayda bir kez yapılması gerektiğinin bilen %35,4 kişi olduğu ifade edildi (147). Nijerya'da 2017'de 160 kadın sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %8,1'i 20 yaşından sonra KKMM yapılması gerektiğini, %58,1'i aylık KKMM yapılması gerektiğini bilmekteydi (161). 2006'da yapılan bir araştırmaya göre ise %72,1 katılımcı KKMM yapmayı duymuş olduklarını belirtmiştir (140). 2017 yılında Ankara'da 564 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %21,1'i meme muayenesinin tarama yöntemi olduğunu bilmemiştir (162). Bulgular genel olarak literatür ile uyumlu olup farklılıklar çalışmanın evrenine ve eğitim durumuna bağlı olarak değişebilmektedir.

Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi KKMM hakkında bilgi almış olup bilgi alan katılımcıların ise yarısına yakını KKMM yapmaktaydı ve bunların da sadece üçte biri düzenli olarak ayna karşısında ayda bir KKMM yapmaktaydı. Genel olarak baktığımızda ise KKMM yapanların oranı %22, ayda bir düzenli yapanların oranı ise %3,2 idi. 2019 Sağlık İstatistikleri Yıllığı Raporuna göre 15 yaş ve üzeri kadınların ayda bir KKMM yapma oranı 2016'da %19,7 iken 2019'da %22,1'e; 3 ayda bir yapma oranı %7,9'dan %8,1'e, 3 aydan daha uzun sürede bir yapma oranı %11,9'dan %15,4'e gelmiştir. Hiç yapmama oranı ise %60,6'dan %54,3'e gerilemiştir. Kadınların kanser tarama programlarını kullanma sıklıkları birçok araştırmaya konu olmuştur. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınların KKMM yapma oranı; İran'da %12,9, Ürdün'de %26, Kore'de %29,3, Nijerya'da %34,9, Hong-Kong'da %48 olarak belirlenmiştir (163). Ülkemizde kadınların KKMM yapma oranlarını inceleyen çalışmaların sonuçları, çalışmaların yapıldığı evrene göre farklılıklar göstermektedir. KKMM yapma sıklığı 2017'de Bingöl'de ev hanımları ve hemşirelerle yapılan çalışmada %87,3 iken (164) 2018'de sağlık alanı dışında eğitim gören 1114 kız öğrenci ile yapılan çalışmada ise %3,4 olarak tespit edilmiştir (159). Ege bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre kadınların 61,7'sinin KKMM yaptığı bulunmuş olup düzenli yapanların oranı ise %17,9 olarak belirlenmiştir (101). Kadın öğretmenlerle yapılan bir çalışmada %44,3'ünün KKMM yaptığı ve bunların %24,3'ü ayda bir düzenli yaptığı saptanmıştır (141). Başka bir araştırmaya göre kadınların %40,9'u KKMM yaptığı bunların ise sadece %10,2'sinin düzenli KKMM yaptığı bulunmuştur (140). Bir başka araştırmada 35–49 yaş arası kadınların %82'si ayda en az bir kez KKMM yapmakta, 50–70 yaş arası kadınların %69'u ayda en az bir kez KKMM yapmakta olduğunu saptamışlardır (153). Bahçeşehir'de kadınlarla yapılan araştırmaya göre kadınların %84'ü KKMM yaptığını ancak yalnızca %15,6'sının ayda bir düzenli yaptıklarını bulunmuştur (115). 2017'de Gaziantep'te 233 kadınla yapılan çalışmada ise %21,5 olarak bulunmuştur (102). Çalışmamızın ortalama KKMM yapma oranı genel literatüre ve sağlık istatistiklerine göre düşük bulunmuştur. Katılımcıların farkındalıklarının az olması bu duruma neden olabilir. Sonraki çalışmalarda KKMM yapmama nedenleri veya engeller açısından değerlendirilirse daha iyi fikir sahibi olabiliriz.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre KKMM yapma durumlarını karşılaştırdığımızda medeni hal, yaşanılan bölge ve meslek durumu KKMM yapma durumunu değiştirmezken yaş grupları, eğitim durumu, gelir algısı ile arasında anlamlı bir ilişki vardı. Eğitim durumu arttıkça ve yaş azaldıkça KKMM yapma durumu artmaktaydı. Bunda yaş

azaldıkça artan eğitim durumunun bir ilgisi olabilir. Gelir algısı iyi olmayanların, iyi olanlara göre anlamlı bir şekilde KKMM'yi yaptıkları görülmüştür. (Gelir ile gelir algısı karşılaştırıldığında geliri 5000 lira ve üzeri olanların anlamlı bir şekilde gelir algısı daha iyiydi.) Ayrıca daha önce meme hastalığı geçiren kadınların farkındalığı daha yüksek olup KKMM yapma durumları, meme hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Yapılan bir araştırmada bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim düzeyi KKMM yapmayı etkilemezken, evli ve 35 yaşın üstündekilerin KKMM'yi daha çok uyguladıkları görülmüş (165). 2007 yılında İstanbul'da 438 kadınla yapılan çalışmada aile hikâyesi, eğitim durumu, ekonomik ve meslek durumu KKMM yapmayı değiştirmezken, bizim çalışmamızla benzer olarak 40 yaş altı kadınlarla KKMM yapma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak çalışmamızdan farklı olarak medeni hal ile KKMM yapma arasında anlamlı fark bulunmuş olup evli olanlarda daha fazla oranda bulunmuştur (166). Yapılan başka bir çalışmada bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaş arttıkça KKMM yapma oranının azaldığı, eğitim düzeyi yüksek olanların daha yüksek oranda KKMM yaptığı, ailede meme kanseri öyküsüyle KKMM yapma arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (102). Diğer bir araştırmadaysa 40 yaş üstü, evlilerin, ailede meme kanseri öyküsü ve eğitim düzeyi yüksek olanlarla KKMM yapma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (167). Çalışmalar arası farklılığın, araştırmanın evreninden kaynaklı olabileceği düşüncesindeyiz.

Katılımcıların yarısına yakını daha önce mamografi hakkında bilgi almıştı ve yaklaşık %40'ı KMM'nin 1-2 yılda bir yapılması gerektiğini biliyordu. Mamografi hakkında tüm katılımcılara yöntem hakkında bilgi verildikten sonra sıklığını sorduğumuzda %50 katılımcı 2 yılda bir yapılması gerektiği düşüncesindeydi. 2014'te yılında yayınlanan çalışmada kadınların %16'sının mamografinin hangi yaşta yapılacağını, %14'ünün mamografinin hangi sıklıkla yapılacağını bildiği belirlenmiştir (168). 2010 yılında yapılan ve hastanede çalışan hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamalarını araştıran bir çalışmada, hemşirelerin %67,8'i mamografinin rutin olarak hangi yaş grubuna, %45,2'si ne sıklıkla yapılmalı sorularına doğru yanıt verdikleri saptanmıştır (169). Bir başka bir çalışmada kadınların %53,1'i mamografi hakkında bilgi sahibiydi (109). Hastanede çalışan kadınlarla yapılan çalışmada kadınların %64'ü mamografi hakkında bilgisi olduğu belirtilmiştir (92). Kuveytli kadınlar yapılan çalışmada kadınlara mamografi ile taramanın kaç yaşından sonra önerildiği sorulmuş olup kadınların %31,2'si 20-30 yaş arasında, %41,6'sı 30-40 yaş arasında, %22,9'u 40 yaş üzerinde olduğunu belirtmişlerdir (155). 2012 yılında

yayınlayan çalışmada kadınların %49,1'i mamografinin ne zaman çekileceğini bilmişlerdi (170). Bahçeşehir'de kadınlarla yapılan araştırmaya göre mamografi çekirme sıklığına kadınların %11,5'i iki yılda bir çektirilmeli demiş, %83,8'i yılda bir çektirilmeli demiş olduklarını bulmuşlardır (115). Ankara'nın kırsal kesiminde yaşayan 40 yaş üzeri kadınlarla yapılan kesitsel bir araştırmada, kadınların %42,5'inin hiç mamografiyi duymadığını bulunmuşlardır (171). 2006'da yapılan bir araştırmaya göre kadınların %56'sının mamografiyi duymadıkları saptanmıştır (166). 2007'de yapılan araştırmaya göre kadınların %27,9'u mamografiyi duymadıkları saptanmıştır (140). 2014 yılında Kahramanmaraş'ta KETEM'e başvuran 96 kadınla yapılan çalışmada ise katılımcıların %2,1'i meme kanserinin erken tanısında ne yapıldığını bilmediğini belirtilmiştir (163). 2017 yılında Ankara'da 564 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %22,3'ü mamografinin tarama testi olduğunu bilmemiştir (162). Çalışmalar arasındaki bu farklılık, çalışmanın evrenine ve katılımcıların eğitim düzeyine bağlı olarak değişiklik gösterdiği düşünülmektedir.

2019 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre 15 yaş ve üzeri kadınlarda hayatı boyunca en az bir kere mamografi çekirme durumu %34,9, iki yıl içinde çekirme durumu %18,7 olarak belirtilmiştir. Çalışmada ise 40 yaş üzeri kişilerin en az bir kere mamografi çekirme durumu %45,7 iken 18 yaş ve üzeri değerlendirildiğinde ise %14,6 bulunmuştur. Bazı ülkelere bakacak olursak Birleşik Krallık'ta %75,2, Finlandiya'da %84 oranında katılım sağlandığı bildirilmektedir. Finlandiya'da tüm meme kanseri vakalarının neredeyse üçte ikisi taramada tespit edilmektedir (24, 134, 172). Ege bölgesinde yaşayan 18-78 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %40,6'sının hayatları boyunca en az bir kez mamografi çekitirdikleri saptanmıştır (101). 2011'de meme ve serviks kanserinde erken tanı yöntemlerinin kullanımı konusunda kadınların bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyen bir çalışmada kadınların %52,5'i hayatları boyunca en az bir kez mamografi çekitirdiğini belirtmiştir (173). 2007'de yapılan çalışmada, 35-49 yaş arası kadınların %56'sının mamografi çekitirdikleri, 50-70 yaş arası kadınların %69'unun mamografi çekitirdikleri saptanmışlardır (153). Hastanede çalışan kadınlarla yapılan çalışmada mamografi çekirme oranı %22,3 olarak bulunmuş (92). 2018 yılında birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü olan kadınlarda yapılan çalışmada ise mamografi çekirme oranı %17 olarak belirlenmiştir (174) 2018 yılında yapılan başka bir çalışmada mamografi çekirme oranı ise %15,8 olarak belirtilmiş (175). 2006 yılında 20-64 yaş arası kadınlarla yapılan kesitsel araştırmaya göre kadınların %5,1'i son iki yıl içinde mamografi çekitirdikleri saptanmışlardır

(140). Kütahya’da yapılan çalışmada ise mamografi çekirme oranı %16,6 olarak bulunmuş (170). 2007’de ilk mamografi yaşına etki eden faktörleri araştıran tanımlayıcı araştırmada kadınların %32,3’ünün düzenli aralıklarla mamografi çektiği saptanmıştır (142). 20–70 yaş arası kadınlarla yapılan kesitsel araştırmaya göre kadınların %25’inin hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektiği saptanmıştır (166). Ülkemizde toplum tabanlı mamografi çekirme hedefinin %70 olduğu düşünüldüğünde, bu oranlar hem bizim çalışmamızda hem de diğer çalışmalarda hedefin oldukça altındadır. Çin kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan bir çalışmada ise mamografi çekirme oranı %74 olarak belirlenmiştir (176). Bu farklılıkların sebebini çalışmanın yapıldığı popülasyonun sosyokültürel yapısına eğitim durumuna bağlı olabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızdaki kadınlarda ileri yaşta, evli, ev hanımı olan ve kırsalda yaşayanların hayatında en az bir kere mamografi çekirme durumu istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuşken ekonomik durum, eğitim durumu ve daha önce meme hastalığı geçirmekle mamografi çekirme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İstanbul’da kentsel bölgede yapılan bir araştırmada, kadınların eğitim düzeyi yüksek, geliri fazla ve sosyal güvencesi olanların daha fazla mamografi yaptırdıkları, çalışmamızdan farklı olarak medeni durumunun mamografi yaptırmada etkisi olmadığı saptanmıştır (178). Samsun ilinde yapılan bir çalışmada mamografi çekirme oranında, artan yaşın etkili bir değişken olduğu bildirilmiştir (160). Kayseri ilinde kentsel bir bölgede yaşayan kadınlarla yapılan araştırmada yaş ile mamografi çekirme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (179). Çalışmamız Samsun ve Kayseri’de yapılan çalışmalar ile ileri yaş ve mamografi ilişkisi açısından benzerlik göstermiştir. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engelleri araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak evli olanların mamografi çekirme durumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (109). Manisa’da kırsal bölgede yaşayan kadınlarda yapılan bir çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak evlilik durumu ve yaşın artmasının mamografi yaptırmayı etkilemediği saptanmıştır (140). Yine bu çalışmada çalışmamıza benzer olarak eğitim düzeyinin mamografi yaptırmayı etkilemediği saptanmıştır.

Çalışmanın sınırlılıkları tek merkezli bir çalışma olması, katılımcıların beyanına dayalı olması ve gönüllülük esasına dayalı olması sayılabilir. Ayrıca, amacımızda olmadığı için, meme kanseri risk faktörlerinin katılımcılarımızda bulunup bulunmadığına yer verilmemiştir.

Ancak, kendi popülasyonumuzda böyle bir çalışmanın ilk defa yapılıyor olması, çalışmamızın güçlü yönüdür.

6. SONUŞ ve ÖNERİLER

Hastalığa erken tanı koymada, mortalitenin ve morbiditenin azalmasında kilit nokta, kadınlarda kanser taramaları konusunda farkındalığın artırılmasıdır. Bu noktadan yola çıkarak çalışmamızda, ADÜ Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran kadınların meme kanseri bulgu ve belirtileri, riskleri, tarama yöntemleri hakkında bilgi ve farkındalıkları incelenmiş ve kadınların meme kanseri, belirtileri, olası risk faktörleri ve erken tanı yöntemleri konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı gözlenmiştir.

Katılımcılarda sağlığı korumada; ileri yaş, fazla kilolu veya obez olanlar, evli, ev hanımı, düşük eğitim ve gelir düzeyi olanlar, kırsal kesimde yaşayanlar, çocuk sahibi olanlar, spor yapmayanlar ve karbonhidrat ağırlıklı beslenenler daha başarısız olarak bulunmuştur. Aile hekimleri hasta görüşmelerinde fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam ve beslenme konusunda bireyleri bilgilendirmelidir. Böylelikle, hem genel sağlığı koruma ve geliştirme, hem de önlenabilir risk faktörlerinin erken tespiti ve önlenmesi mümkün olabilecektir.

Katılımcılar arasında, taramalar hakkında bilgi sahibi olanlar dahil, KKMM yapma ve mamografi yaptıрма davranışları oldukça düşük oranda bulunması nedeniyle, kadınlara daha önce bilgisi olsun olmasın meme kanserinin ciddiyeti, taramalarının yarar ve zararları hakkında farkındalıklarının arttırılması adına eğitimler planlanması uygun olacaktır. Bu konuda, daha fazla çok merkezli araştırma planlanabilir.

Hastaların herhangi bir nedenle hekim başvurusu meme kanseri bilgilendirmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmeli, riskli gruplar belirlenmeli ve her kadına en azından değiştirilebilir risk faktörlerinden uzaklaşması konusunda danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiği düşünülmüştür. Özellikle, yaş ile obezitenin artması hem kanser hem de diğer hastalıklar ve genel sağlık açısından risk oluşturmaktadır. Bu nedenle, aile hekimlerinin görüşmelerde bu açıdan danışmanlık vermesi uygun olacaktır. Ayrıca çalışmamızda ileri yaşta, evli ve ev hanımı olanlar obezite açısından riskli bulunmuş olup bu grup, daha yakından takip edilmelidir.

Katılımcıların eğitim durumu ile tarama yöntemlerini bilme arasında güçlü ilişki bulunmuştur. Katılımcılarımız bilgi kaynağı olarak hekim veya sağlık çalışanlarından daha az yararlanmaktadır. Bu durumu ortadan kaldırmak amacıyla, hastaların herhangi bir nedenle hekim başvurusu meme kanseri bilgilendirmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. afiş Böylece, kadınların sosyal çevreden yanlış bilgi edinmelerinin önüne geçilebilir.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Türkiye ve dünyada meme kanseri kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sıradadır. Kanser nedenli ölümlerde ise, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Öte yandan meme kanserini önleme ve erken tanı imkanı vardır. Ülkemiz, Sağlık Bakanlığı tarafından, meme kanseri taramasında, mamografi, klinik meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi önerilmektedir. Taramalarla, hem tedavi kolaylaşmakta hem de hastanın yaşam süresi uzamaktadır. Bu araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran kadınların meme kanseri ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi ve farkındalıklarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri 218 kadın katılımcı ile yapılmıştır. Veriler anket yöntemi kullanılarak katılımcılarla yüz yüze görüşme şeklinde alınmıştır. Gözlemsel nitelikte, kesitsel, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Verilerin değerlendirmesinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel analizlerin (ortalama, standart sapma, frekans, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasındaki ki-kare testi ve Fisher kesin testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya 218 kadın katılmış olup, yaş ortalaması $37,0 \pm 14,6$ 'dır. Katılımcıların %61,5'i KKMM hakkında bilgi sahibiydi ve %22,0'ı KKMM'yi yapmaktaydı. Kadınların yalnızca %3,2'si ayda bir kez yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %14,6'sı mamografi yaptırmışken 40 yaş üzeri ise bu oran %45,7 idi. Kadınların çoğunluğunun bu yöntemlerden hiçbirini uygulamadığı gözlenmiştir. Katılımcıların meme kanseri taramaları

bilgi düzeyi ile eğitim düzeyleri arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Mamografi yaptırmaya ile medeni durum, meslek, yaş grupları, yaşanan bölge arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$; $p=0,005$).

Sonuç: Katılımcılar arasında taramalar hakkında bilgi sahibi olanlar dahil, KKMM yapma ve mamografi yaptırmaya davranışları oldukça düşük oranda olup, meme kanseri, erken tanı ve tarama yöntemleri hakkında planlı eğitimler yapılarak meme kanserine karşı kadınların bilgi ve farkındalığı geliştirilmelidir. Televizyon ve yazılı basınının daha sık bilgi vermek amacıyla kullanılmalı ve böylece kadınların sosyal çevreden yanlış bilgi edinmelerinin önüne geçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kadınlar, meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, mamografi

7. ABSTRACT

INFORMATION AND AWARENESS ABOUT BREAST CANCER AND SCREENING OF WOMEN AGES 18 AND OVER APPLYING TO AYDIN ADNAN MENDERES UNIVERSITY HOSPITAL FAMILY MEDICINE OUTPATIENT CLINIC

Background and Aim: Breast cancer is the most common type of cancer in women in Turkey and in the world. It ranks second in cancer-related deaths after lung cancer. On the other hand, there is the possibility of prevention and early diagnosis of breast cancer. In our country, the Ministry of Health recommends mammography, clinical breast examination and breast self-examination for breast cancer screening. With screening, treatment becomes easier and the patient's life expectancy is prolonged. This research was conducted to determine the knowledge and awareness of women who applied to the Family Medicine outpatient clinic of Aydın Adnan Menderes Hospital.

Materials and Method: This descriptive study was conducted with 218 female patients over the age of 18 who applied to the Aydın Adnan Menderes University Hospital Family Medicine Outpatient Clinic. The data were collected using the face-to-face questionnaire method. It is an observational, cross-sectional, descriptive study. SPSS 18.0 package program was used to evaluate the data. Descriptive statistical analyses, chi-square test and Fisher exact test were used.

Results: 218 women participated in the study and the mean age was 37.0 ± 14.6 years. 61.5% of the participants had knowledge about BSE and 22.0% were performing BSE. Only 3.2% of women stated that they were applying it once a month. While 14.6% of the participants had mammography, this rate was 45.7% for those over the age of 40. It has been observed that the majority of women do not apply any of these methods. A strong association was found between the breast cancer screening knowledge level of the participants and their educational level ($p < 0.001$). A significant relationship was found between having mammography and marital status, occupation, age groups, and region of residence.

Conclusion: Among the participants, including those who had knowledge about screening, the behavior of performing BSE and having mammography had a very low rate, and women's knowledge and awareness of breast cancer should be improved by conducting planned trainings on breast cancer, early diagnosis and screening methods. Television and social media should be used to provide information more frequently and thus women should be prevented from obtaining misinformation from the social environment.

Key Word: Women, breast cancer, breast self-examination, mammography

8. KAYNAKLAR

1. Organization, W.H. cancer. 2021; <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> 10.01.2021.
2. Müdürlüğü, T.C.S.B.H.S.G. Türkiye kanser istatistikleri. 2018; https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf 13.02.2021.
3. S, Ö., et al., Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu yayınları, Ankara, 2018: p. 18-56.
4. 2020, G. New Global Cancer Data. 2020; <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data> 13.02.2021.
5. Yarış, F., M. Şahin, and M. Dikici, Aile Hekimliğinde Meme Kanserlerine Yaklaşım-approach to breast cancer in family medicine. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2014. 5(2): p. 46-54.
6. başkanlığı, T.C.S.b.h.s.g.m.k.d. kanser taramaları. 2021; <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>.
7. Cabioğlu, N., Memenin anatomisi ve fizyolojisi. Özmen, V., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Utkan, Z., Müslüman oğlu, M.(ed), Meme Hastalıkları Kitabı.(syf: 7-17). Ankara: Güneş Kitap Evi, 2012.
8. Malya, F.Ü. and S. İ., Genel Cerrahi 4. Baskı Cilt 1 Meme Kanseri. 2013, Güneş Tıp Kitabevi: Ankara
9. Tarhan, Ö.R. Meme Anatomisi. 2021; <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/meme-anatomisi/> 14.02.2021.
10. Göncü, N., Normal puberte gelişimi ve puberte prekoks. Hacettepe Tıp Dergisi, 2009. 40: p. 164-168.
11. Ünal M, İ.A., Meme Anatomisi ve Gelişmesi. . Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara. , 2002: p. 534-535.
12. Farrar, W., M. Walker, and J. Minton, *Physiology of the breast. Cancer of the breast. Ed: Donegan WL, Spratt JS.* 1995, WB Saunders USA.
13. Haagensen, C., *The normal physiology of the breast. Chapter 2. Disease of the breast. Ed: Haagensen CD.* 1986, WB Saunders Philadelphia.
14. Başoğlu, M., Memenin Anatomisi, Embriyolojisi, Histoloji ve Fizyolojisi. Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics, 2010. 3(3): p. 1-7.
15. Sarhadi, N., J. Shaw-Dunn, and D. Soutar, Nerve supply of the breast with special reference to the nipple and areola: Sir Astley Cooper revisited. Clinical Anatomy: The Official Journal of the American Association of Clinical Anatomists and the British Association of Clinical Anatomists, 1997. 10(4): p. 283-288.
16. Schlens, I., et al., The sensitivity of the nipple-areola complex: an anatomic study. Plastic and reconstructive surgery, 2000. 105(3): p. 905-909.
17. Özdoğan, M. Meme ve Meme Kanseri Tarihçesi. 2021; <https://www.drozdogan.com/memenin-ve-meme-kanserinin-tarihi/> 18.02.2021.

18. Baskan, S., Meme Hastalıkları Tarihçesi, Meme Hastalıkları Kitabı 2012. 2012. p. Kısım:39 Bölüm:31 Sayfa:281-289
19. Siegel, R.L., K.D. Miller, and A. Jemal, Cancer statistics, 2019. CA: a cancer journal for clinicians, 2019. 69(1): p. 7-34.
20. Bray, F., et al., Erratum: Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 2020. 70(4): p. 313.
21. 2020, G. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates Of Incidence and Mortality Worldwide For 36 Cancers In 185 Countries. <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data> 22.01.2021.
22. Organization, W.H. Graph production: IARC 2021; <https://gco.iarc.fr/today> 22.01.2021.
23. Organization, W.H. Cancer country profiles 2021; https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_2 26.01.2021.
24. Eurostat. Cancer statistics. 2021; https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics_-_specific_cancers#Breast_cancer Erişim tarihi: 26.01.2021.
25. Society., A.C. Breast Cancer Facts & Figures. 2020; <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html> 17.12.2021.
26. Ozmen, V., Breast cancer in the world and Turkey. J Breast Health, 2008. 4(2): p. 6-12.
27. Dogan, N. and D. Toprak, Female breast cancer mortality rates in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2014. 15(18): p. 7569-7573.
28. Özgültekin, R., Meme kanserinde etyoloji ve risk faktörleri. Meme Hastalıkları, Editörler: Ünal G., Ünal H., 233-245, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.
29. Driedger, S.M. and J. Eyles, Organochlorines and breast cancer:: the uses of scientific evidence in claimsmaking. Social science & medicine, 2001. 52(10): p. 1589-1605.
30. Campbell, J.B., Breast cancer-race, ethnicity, and survival: a literature review. Breast cancer research and treatment, 2002. 74(2): p. 187-192.
31. Smith, R.A., V. Cokkinides, and H.J. Eyre, American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. CA: a cancer journal for clinicians, 2003. 53(1): p. 27-43.
32. Bottorff, J.L., et al., Beliefs related to breast health practices: the perceptions of South Asian women living in Canada. Social science & medicine, 1998. 47(12): p. 2075-2085.
33. Manjer, J., et al., Breast cancer incidence in relation to smoking cessation. Breast cancer research and treatment, 2000. 61(2): p. 121-129.
34. Bentley, J.R., et al., Differences in breast cancer stage at diagnosis between non-Hispanic white and Hispanic populations, San Diego County 1988–1993. Breast Cancer Research and Treatment, 1998. 50(1): p. 1-9.
35. Lacey, J.V., et al., Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. BMC cancer, 2009. 9(1): p. 1-8.
36. Özmen, V., Breast cancer in Turkey: clinical and histopathological characteristics (analysis of 13.240 patients). The journal of breast health, 2014. 10(2): p. 98.
37. Society, A.C. Breast Cancer 2020; <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html> 27.01.2021.
38. Berg, W.A., Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next? American Journal of Roentgenology, 2009. 192(2): p. 390-399.
39. Berg, W.A., Beyond standard mammographic screening: mammography at age extremes, ultrasound, and MR imaging. Radiologic Clinics of North America, 2007. 45(5): p. 895-906.
40. Vakfi, T.M. meme hastalıkları, meme kanseri risk faktörleri. 2021; <https://www.memekanseri.org.tr/meme-sagligi/meme-kanseri-risk-faktorleri/> 18.02.2021.

41. Network, N.C.C., NCCN clinical practice guidelines in oncology: genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian. Fort Washington: National Comprehensive Cancer Network, 2016: p. 1-105.
42. Lynch, H.T., et al., Clinical/genetic features in hereditary breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 1990. 15(2): p. 63-71.
43. KOÇAK, Ş., et al., Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2011. 7(2): p. 47-67.
44. Cancer, C.G.o.H.F.i.B., Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *The Lancet*, 2001. 358(9291): p. 1389-1399.
45. Institute, N.C. Breast Cancer Risk. 2021; <http://www.cancer.gov/> 26.01.2021.
46. Society, C.C. Causes of Breast Cancer. 2021; <http://www.cancer.ca/> Erişim tarihi: 26.01.2021.
47. Fisher, B., et al., Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-24 randomised controlled trial. *The Lancet*, 1999. 353(9169): p. 1993-2000.
48. Boyd, N.F., et al., Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *New England journal of medicine*, 2007. 356(3): p. 227-236.
49. McCormack, V.A. and I. dos Santos Silva, Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2006. 15(6): p. 1159-1169.
50. Boyd, N.F., et al., Mammographic breast density as an intermediate phenotype for breast cancer. *The lancet oncology*, 2005. 6(10): p. 798-808.
51. Hsieh, C.C., et al., Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case-control study. *International journal of cancer*, 1990. 46(5): p. 796-800.
52. Colditz, G.A. and B. Rosner, Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. *American journal of epidemiology*, 2000. 152(10): p. 950-964.
53. Rosner, B., G.A. Colditz, and W.C. Willett, Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study. *American journal of epidemiology*, 1994. 139(8): p. 819-835.
54. Beral, V., et al., Collaborative group on hormonal factors in breast cancer: breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83000 women with breast cancer from 16 countries. *Lancet*, 2004. 363(9414): p. 1007-1016.
55. Melbye, M., et al., Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 1997. 336(2): p. 81-85.
56. Michels, K.B., et al., Induced and spontaneous abortion and incidence of breast cancer among young women: a prospective cohort study. *Archives of internal medicine*, 2007. 167(8): p. 814-820.
57. Reeves, G.K., et al., Breast cancer risk in relation to abortion: Results from the EPIC study. *International journal of cancer*, 2006. 119(7): p. 1741-1745.
58. Erlandsson, G., et al., Abortions and breast cancer: Record-based case-control study. *International journal of cancer*, 2003. 103(5): p. 676-679.
59. Paoletti, X. and F. Clavel-Chapelon, Induced and spontaneous abortion and breast cancer risk: results from the E3N cohort study. *International journal of cancer*, 2003. 106(2): p. 270-276.
60. Rossing, M.A., et al., Risk of breast cancer in a cohort of infertile women. *Gynecologic oncology*, 1996. 60(1): p. 3-7.
61. Modan, B., et al., Cancer incidence in a cohort of infertile woman. *American journal of epidemiology*, 1998. 147(11): p. 1038-1042.

62. Jernstrom, H., et al., Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2004. 96(14): p. 1094-1098.
63. Tryggvadóttir, L., et al., Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *American journal of epidemiology*, 2001. 154(1): p. 37-42.
64. Zheng, T., et al., Lactation and breast cancer risk: a case-control study in Connecticut. *British journal of cancer*, 2001. 84(11): p. 1472-1476.
65. Cancer, C.G.o.H.F.i.B., Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *The lancet*, 2002. 360(9328): p. 187-195.
66. Stuebe, A.M., et al., Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Archives of internal medicine*, 2009. 169(15): p. 1364-1371.
67. Kelsey, J.L., et al., Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1981. 67(2): p. 327-333.
68. Ozmen, V., C. Fidaner, and E. Aksaz, Meme Sağlığı Dergisi. Dünya 'da ve Türkiye 'de Meme Kanseri, Editörden, 2009.
69. Darendeliler, E. and F. Ağaoğlu, Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. İçinde: Meme Kanseri (Ed: Topuz E, Aydınar A, Dinçer M) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: p. 13-33.
70. Collaborators, M.W.S., Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *The Lancet*, 2003. 362(9382): p. 419-427.
71. Chlebowski, R.T., et al., Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *Jama*, 2003. 289(24): p. 3243-3253.
72. Terry, M.B., et al., Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. *Annals of epidemiology*, 2006. 16(3): p. 230-240.
73. Suzuki, R., et al., Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a prospective cohort study. *Journal of the National Cancer Institute*, 2005. 97(21): p. 1601-1608.
74. Tehard, B., et al., Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: results from the E3N cohort study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2006. 15(1): p. 57-64.
75. Lahmann, P.H., et al., Physical activity and breast cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2007. 16(1): p. 36-42.
76. Howard, R.A., et al., Physical activity and breast cancer risk among pre-and postmenopausal women in the US Radiologic Technologists cohort. *Cancer Causes & Control*, 2009. 20(3): p. 323-333.
77. Bernstein, L., et al., Lifetime recreational exercise activity and breast cancer risk among black women and white women. *Journal of the National Cancer Institute*, 2005. 97(22): p. 1671-1679.
78. Mahoney, M.C., et al., Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2008. 58(6): p. 347-371.
79. Al-Delaimy, W.K., et al., A prospective study of smoking and risk of breast cancer in young adult women. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2004. 13(3): p. 398-404.
80. Reynolds, P., et al., Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 2004. 96(1): p. 29-37.
81. Lissowska, J., et al., Tobacco smoking, NAT2 acetylation genotype and breast cancer risk. *International journal of cancer*, 2006. 119(8): p. 1961-1969.
82. McElroy, J.A., et al., Cadmium exposure and breast cancer risk. *Journal of the National Cancer Institute*, 2006. 98(12): p. 869-873.

83. Cui, Y., A.B. Miller, and T.E. Rohan, Cigarette smoking and breast cancer risk: update of a prospective cohort study. *Breast cancer research and treatment*, 2006. 100(3): p. 293-299.
84. Society, A.C. breast cancer Signs and Symptoms. 2021; <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms.html> Erişim tarihi: 20.02.2021.
85. Wilson, J.M.G., G. Jungner, and W.H. Organization, Principles and practice of screening for disease. 1968.
86. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, G.v.S.T.D.D.B., Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi 2020. 2021.
87. Niell, B.L., et al., Screening for breast cancer. *Radiologic Clinics*, 2017. 55(6): p. 1145-1162.
88. Özmen, V., et al., TÜRKİYE'DE MEME KANSERİ ERKEN TANI VE TARAMA PROGRAMLARININ HAZIRLANMASI" Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu". *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*, 2009. 5(3).
89. TRD Yeterlilik Kurulu, R.v.S.K., Meme Kanseri Tarama Rehberi. Türk Radyoloji Derneği, 2011.
90. Bakanlığı, T.C.s. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri El Kitabı. 2021; https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KETEM_EL_KITABI.pdf erişim tarihi: 29.04.2021.
91. ÖZÇELİK, M.F., TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ YETERLİLİK (BOARD) OKULU DERS NOTLARI. Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2018.
92. Açıkgöz, A., R. Çehreli, and H. Ellidokuz, Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*, 2015. 11(1).
93. Güllüoğlu, B.M., Meme hastalıklarına yaklaşım: "Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri". *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2008. 12(1): p. 9-17.
94. Barton, M.B., R. Harris, and S.W. Fletcher, Does this patient have breast cancer?: The screening clinical breast examination: should it be done? How? *Jama*, 1999. 282(13): p. 1270-1280.
95. Gençtürk, N., Meme kanserinde korunma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2007. 10(4): p. 72-82.
96. Shah, S.K., S.K. Shah, and K.V. Greatrex, Current role of magnetic resonance imaging in breast imaging: a primer for the primary care physician. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 2005. 18(6): p. 478-490.
97. Yaşamak, K. Meme Kanseri. 2021; <http://www.kanserleyasamak.org/> Erişim tarihi: 21.02.2021.
98. Kurumu, T.H.S., Türkiye kanser istatistikleri, Ankara. 2015.
99. Kurumu, T.İ., Türkiye yıllık yaş ortalaması 2020.
100. Özmen, V., Türkiye'de Meme Kanseri: Klinik ve Histopatolojik Özellikler (13.240 Olgunun Analizi). *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*, 2014. 10(2).
101. Dişçigil, G., et al., MEME SAĞLIĞI: EGE BÖLGESİNDE YAŞAYAN BİR GRUP KADININ BİLGİ, DAVRANIŞ VE UYGULAMALARI. *Marmara Medical Journal*, 2007. 20(1): p. 29-36.
102. SOHBET, R. and F. KARASU, Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017. 6(4): p. 113-121.
103. Türk, R., et al., An Example from the Rural Areas of Turkey: Women Breast Cancer Risk Levels and Application and Knowledge Regarding Early Diagnosis-Scan of Breast Cancer. *The journal of breast health*, 2017. 13(2): p. 67.
104. Gür, K., H. Kadioğlu, and A. Sezer, İstanbul'da Bir Mahallede Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Riskleri ve KKMM Eğitiminin Etkinliği. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*, 2014. 10(3).

105. Kutlu, R. and Ü. Biçer, Evaluation of breast cancer risk levels and its relation with breast self-examination practices in women. The journal of breast health, 2017. 13(1): p. 34.
106. Hacer, G. and İ.A. AVCI, Kanseri tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2009. 4(2): p. 244-258.
107. Göçgeldi, E., et al., Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2008. 13(4): p. 261-265.
108. Türkiye İstatistik Kurumu, T., Türkiye yıllık yaş ortalaması 2018.
109. Aksoy, Y.E., et al., Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. J Breast Health, 2015. 11: p. 26-30.
110. Bakanlık, T.C.Ç.v.Ş. Kentsel- Kırsal Nüfus Oranı. 2018; <https://cevreselgostergeler.csb.gov.tr/kentsel---kirsal-nufus-orani-i-85670> erişim tarihi: 12.05.2021.
111. Kurumu, T.İ. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları,2016. 2016; www.tuik.gov.tr erişim tarihi: 12.05.2021.
112. türkiye İstatistik Kurumu, T. İstatistiklerle Kadın, 2020. 2020; <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221#:~:text=Kad%C4%B1n%20n%C3%BCfusun%20oran%C4%B1%2C%2060%2D74,grubunda%20%73%2C%20oldu.&text=Hayat%20tablolar%C4%B1%2C%202017%2D2019%20sonu%C3%A7lar%C4%B1na,erkeklerde%2075%2C%20y%C4%B1l%20oldu> erişim tarihi: 12.05.2021.
113. Tan, M.-M., et al., A case-control study of breast cancer risk factors in 7,663 women in Malaysia. PloS one, 2018. 13(9): p. e0203469.
114. türkiye İstatistik Kurumu, T. Doğum İstatistikleri, 2019. 2019; <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2019-33706> erişim tarihi: 12.05.2021.
115. ÖZAYDIN, A.N., et al., Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi, 2009. 5(4): p. 214-224.
116. Aslan, F.E. and A. Gürkan, Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi, 2007. 3: p. 63-68.
117. Hopper, J.L., et al., Age-specific breast cancer risk by body mass index and familial risk: prospective family study cohort (ProF-SC). Breast Cancer Research, 2018. 20(1): p. 1-11.
118. Eroglu, C., et al., Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi, 2010. 20(2).
119. Van den Brandt, P.A., et al., Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. American journal of epidemiology, 2000. 152(6): p. 514-527.
120. Balekouzou, A., et al., Behavioral risk factors of breast cancer in Bangui of Central African Republic: A retrospective case-control study. PLoS One, 2017. 12(2): p. e0171154.
121. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; Obezite, D., Hipertansiyon Çalışma Grubu, Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu, 8.Baskı, Ankara 2019; s:978-605-4011-31-5. 2019.
122. ÇAKIR, S., et al., Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 2016. 2(3): p. 186-194.
123. Tümer, A. and H. Baybek, Çalışan kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi, 2010. 6(1): p. 17-21.
124. Yılmazel, G. Çorum ili kırsalında yaşayan 20 yaş ve üzerindeki kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları ve meme kanseri risk faktörlerinin belirlenmesi. . 2013; https://www.researchgate.net/publication/255988565_3_Yilmazel_G_Corum_ili_kirsalinda_yasayan_20_yas_ve_uzerindeki_kadinlarin_kendi_kendine_meme_muayenesi_yapma_duru

[mlari ve meme kanseri risk faktorlerinin belirlenmesi J Breast Health 2013 9 82-87](#)
erişim tarihi: 12.05.2021.

125. ATAĞ, N.T.D. and A.Y. ÇAYIR, *Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite sıklığı ve etkili faktörlerin belirlenmesi (Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İbn’i Sina Eğitim ve Araştırma Hastanesi)*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı.
126. Satman, I., et al., Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*, 2002. 25(9): p. 1551-1556.
127. SAVAŞHAN, Ç., et al., İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2015. 19(1): p. 14-21.
128. Farvid, M.S., et al., Dietary protein sources in early adulthood and breast cancer incidence: prospective cohort study. *Bmj*, 2014. 348.
129. Missmer, S.A., et al., Meat and dairy food consumption and breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. *International journal of epidemiology*, 2002. 31(1): p. 78-85.
130. Alpteker, H. and A. Avcı, KIRSAL ALANDAKİ KADINLARIN MEME KANSERİ BİLGİSİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ UYGULAMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 2010. 6(2).
131. Tolstrup, J., et al., The relation between drinking pattern and body mass index and waist and hip circumference. *International journal of obesity*, 2005. 29(5): p. 490-497.
132. Bulut, S., Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Turkish Bulletin of Hygiene & Experimental Biology/Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji*, 2013. 70(4).
133. Kruk, J., Lifetime physical activity and the risk of breast cancer: A case–control study. *Cancer detection and prevention*, 2007. 31(1): p. 18-28.
134. Bakanlığı, T.C.S. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 2019; <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html> erişim tarihi: 28.05.2021.
135. Jones, M.E., et al., Smoking and risk of breast cancer in the Generations Study cohort. *Breast Cancer Research*, 2017. 19(1): p. 1-14.
136. Avcı, I.A. and S. Gozum, Comparison of two different educational methods on teachers’ knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 2009. 13(2): p. 94-101.
137. Karayurt, Ö., A. Coşkun, and K. Cerit, HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİNE İLİŞKİN İNANÇLARI VE UYGULAMA DURUMU. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 2008. 4(1).
138. Özer, A., et al., Kahramanmaraş’ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. Ocak-Nisan, 2009. 28: p. 14-18.
139. Edirne, T. and A.A. Kaya, PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HONAZ ORGANİZE SANAYİ BÖLGESİ SEMT POLİKİNLİĞİNE BAŞVURAN 20-70 YAŞ ARASI KADINLARIN MEME KANSERİ VE TARAMA YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. 2014.
140. Dündar, P.E., 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(1): p. 1-9.
141. Kabataş, M.S., H. Kızıl, and D. Duman, BAYAN ÖĞRETMENLERİN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ.
142. Dinçel, E., et al., İLK MAMOGRAFİ YAŞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 2010. 6(3).
143. Klug, S.J., M. Hetzer, and M. Blettner, Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *The European Journal of Public Health*, 2005. 15(1): p. 70-77.

144. Özgün, H., A. Soyder, and P. Tunçyürek, MEME KANSERİNDE GEÇ BAŞVURUYU ETKİLEYEN FAKTÖRLER. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 2009. 5(2).
145. Yılmaz, H.B. and H. Aksüyek, BURSA İLİNDE MEME KANSERİNİN ERKEN TANISINDA FARKINDALIĞIN ÖNEMİ-ALAN ÇALIŞMASI. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 2012. 8(2).
146. Linsell, L., C. Burgess, and A. Ramirez, Breast cancer awareness among older women. British journal of cancer, 2008. 99(8): p. 1221-1225.
147. Nazlıoğlu, E.İ. Diyarbakır ili Kayapınar ilçesi 9 no'lu aile sağlığı merkezi bölgesinde 30-69 yaş arası kadınların meme ve serviks kanseri konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. 2018; <http://acikerisim.dicle.edu.tr/xmlui/handle/11468/4656> erişim tarihi: 14.05.2021.
148. Özen, B., et al., Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 2013. 9(4).
149. Radi, S.M., Breast cancer awareness among Saudi females in Jeddah. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2013. 14(7): p. 4307-4312.
150. Montazeri, A., et al., Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. Asia Pacific family medicine, 2008. 7(1): p. 1-7.
151. Alharbi, N.A., et al., Knowledge, awareness, and practices concerning breast cancer among Kuwaiti female school teachers. Alexandria Journal of Medicine, 2012. 48(1).
152. SÖNMEZ, Y. The Knowledge, Attitude and Behavior of the Applicants of the Women and Family Health Center Regarding the Early Diagnosis of Breast Cancer. 2012; <https://arastirmax.com/tr/system/files/dergiler/206951/makaleler/3/2/arastirmax-kadin-aile-sagligi-merkezine-basvuranlarin-meme-kanseri-erken-tanisi-konusunda-bilgi-tutum-davranislari.pdf> erişim tarihi: 14.05.2021.
153. Benli, A., N. Çetin, and N. Tülay, Meme Kanseri ve Meme Kanseri Taramasına İlişkin Türk Kadınlarının Bilgi, Tutum ve Görüşleri. Dirim, 2007.
154. Sim, H., M. Seah, and S. Tan, Breast cancer knowledge and screening practices: a survey of 1,000 Asian women. Singapore medical journal, 2009. 50(2): p. 132.
155. Saeed, R.S., Y.Y. Bakir, and L.M. Ali, Are women in Kuwait aware of breast cancer and its diagnostic procedures? Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2014. 15(15): p. 6307-6313.
156. Elobaid, Y.E., et al., Breast cancer screening awareness, knowledge, and practice among Arab women in the United Arab Emirates: a cross-sectional survey. PloS one, 2014. 9(9): p. e105783.
157. Budakoglu, I.I., et al., The effectiveness of training for breast cancer and breast self-examination in women aged 40 and over. Journal of Cancer Education, 2007. 22(2): p. 108-111.
158. Demirkiran, F., et al., How do nurses and teachers perform breast self-examination: are they reliable sources of information? BMC Public health, 2007. 7(1): p. 1-8.
159. Gümüş Şekerci, Y. and R. Sohbət, The Effect of Education Breast Cancer and Early Diagnosis Methods on the Students' Health Knowledge, Belief And Practice*. 2019. 5(3): p. 204-212.
160. Aker, S., H. Öz, and E. Kaynar Tunçel, Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. J Breast Health, 2015. 11: p. 115-22.
161. Madubogwu, C.I., et al., Breast cancer screening practices amongst female tertiary health worker in Nnewi. Journal of cancer research and therapeutics, 2017. 13(2): p. 268.
162. Kaya, C., et al., Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal, 2017. 17(1).

163. Keten, H.S., Knowledge, attitudes and behavior about breast cancer in women presenting to Early Cancer Diagnosis, Screening and Education Centre in Kahramanmaraş, Turkey. *Gaziantep Med J* 2014;20(3):212-216, 2014.
164. Bulut, A. and A. Bulut, Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 2017. 9: p. 163.
165. Güçlü, S. and R.S. Tabak, IMPACT OF HEALTH EDUCATION ON IMPROVING WOMEN'S KNOWLEDGE AND AWARENESS OF BREAST CANCER AND BREAST SELF EXAMINATION. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 2013. 9(1).
166. Nahcivan, N.O. and S. Secginli. *Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women*. in *Oncology nursing forum*. 2007.
167. Yılmazel, G., Determining practising of breast self-examination and breast cancer risk factors in women aged twenty years and over living in a rural area of Corum. 2013.
168. Koç, Z., et al., Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 2014. 10(3).
169. Özdemir, Ö. and N. Bilgili, Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kansellerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010. 9(6).
170. Şen, S. and F. Başar, KÜTAHYA BÖLGESİNDE YAŞAYAN KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ VE MEME KANSERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 2012. 8(4).
171. Maral, I., et al., Behaviors toward methods of breast cancer early detection in women over 40 years in a rural region of Ankara, Turkey. *Journal of Cancer Education*, 2009. 24(2): p. 127-128.
172. Altobelli, E., et al., Breast cancer screening programmes across the WHO European region: differences among countries based on national income level. *International journal of environmental research and public health*, 2017. 14(4): p. 452.
173. Sönmez, Y., Meme ve serviks kanserinde erken tanı yöntemlerinin kullanımı konusunda kadınların bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. 2011.
174. Kırca, N., A. Tuzcu, and S. Gözümlü, Breast cancer screening behaviors of first degree relatives of women receiving breast cancer treatment and the affecting factors. *European journal of breast health*, 2018. 14(1): p. 23.
175. Nacar, G., KADINLARDA MEME KANSERİ ENDİŞE DÜZEYİ İLE ERKEN TANI UYGULAMA DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2018. 6(2): p. 44-53.
176. Tu, S.P., et al., Mammography screening among Chinese-American women. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 2003. 97(5): p. 1293-1302.
177. Ozmen, V., et al., Survey on a mammographic screening program in Istanbul, Turkey. *The breast journal*, 2011. 17(3): p. 260-267.
178. YILDIRIM DEMİR, A. and A.N. ÖZAYDIN, Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/İstanbul and their attendance to breast cancer screening. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2014. 10(1): p. 47-56.
179. Sönmezer, H., F. Çetinkaya, and M. Naçar, Kayseri İlinde Seçilmiş Kentsel Bir Bölgede Kadınların Olumlu Sağlık Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012. 11(5).

9. EKLER DİZİNİ

EK 1: ANKET FORMU

POLİKLİNİĞE BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA MEME KANSERİ VE TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİ

Sayın Katılımcılar,

Dünyada ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen, en fazla ölüme neden olan kanser türü meme kanseridir.

Sizi “Polikliniğe başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri ve taramaları hakkında bilgi ve farkındalık düzeyi ” konulu ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Size ait herhangi bir kimlik bilgisi hiçbir şekilde kullanılmayacaktır.

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr. Serpil Demirağ danışmanlığında Dr. Hüseyin Ölmez tarafından yürütülecek olan çalışmayla ilgili, gerek duyduğunuz bilgileri istediğiniz takdirde, size doğru ve anlaşılır cevaplar verilecektir (Aile Hekimliği Anabilim Dalı).

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

GENEL BİLGİLER

1. Yaşınız: 2. Kilonuz:kg
3. Boyunuz:cm 4. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar
5. Eğitim durumunuz: a) 5yıl b) 8 yıl c) 12 yıl d) yükseköğrenim
6. Mesleğiniz: a) Ev hanımı c) Diğer
7. Yaşadığınız bölge a) Şehir merkezi b) İlçe/köy
8. Aylık hane geliri a) Asgari ücret ve altı b) Asgari ücret- 5000 c) >5000
9. Gelir algısı a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime denk c) Gelirim giderimden fazla

10. Çocuğunuz var mı a) Hayır b) Evet (Varsa kaç çocuğunuz var.....)

11. Günlük işleriniz dışında haftada kaç saat spor yapıyorsunuz?

a) Yapmıyorum b) <150 dk/hf c) ≥150 dk/hf

12. Sigara kullanıyor musunuz ? a) Hayır b) Evet.....paket/yıl

13. Alkol kullanıyor musunuz? a) Hayır b) Evet

14. Beslenme şekliniz nasıldır? a) Sebze, meyve ağırlıklı b) Yağlı (kızartma), karbonhidratlı (hamurışı)
c) Kırmızı et ağırlıklı (* birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

15. Son bir yıl içerisinde gebelik dışında herhangi bir nedenle kaç kez doktora gittiniz?

a) Hiç b) 1 c) 2 d) 3 e) 3' den fazla

16. Son bir yıl içerisinde hasta olmadığınız halde yalnızca sağlık taraması için doktora gittiniz mi?

a) Evet b) Hayır

MEME KANSERİ VE TARAMALARI

17. Meme kanseri hakkında daha önce bilgi aldınız mı? a) Evet b) Hayır

18. Cevabınız “evet” ise bilginizin kaynağı nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) TV/Radyo/Gazete/Dergi/Broşür/Sosyal medya b) Sağlık personeli / Aile Hekimi d) Arkadaşlar çevresi

19. Önceden geçirilmiş meme hastalığınız var mı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) Yok b) Apse, meme iltihabı c) Şüpheli kitle, kist d) Meme kanseri

20. Memeniz ile ilgili yakınmanız olduğunda nereye başvurursunuz?

a) Aile hekimi b) Devlet Hastanesi c) Üniversite Hastanesi/Eğitim Araştırma Hastanesi

d) Özel Hastane/muayenehane

21. Kendi kendine meme muayenesi hakkında daha önce bilgi aldınız mı? a) Evet b) Hayır

22. Kendi kendine meme muayenesi yapar mısınız? a) Hayır b) Evet, ayda bir düzenli c) Arada bir, seyrek

24. Mamografi (meme röntgeni) hakkında daha önce bilgi aldınız mı? a) Hayır b) Evet

25. Daha önce mamografi yaptırdınız mı? (40 yaş ve üzeri için geçerli) a) Hayır b) Evet

26. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yaptırma sıklığı nasıl olmalıdır?

Kendi kendine meme muayenesi yaptırma sıklığı nasıl olmalıdır?
• Her banyo yapıldığında
• Ayda bir kez
• 6 ayda bir kez
• Akla geldikçe
• Gerek yok çünkü meme kanserini erken saptamaya yaramaz
Klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı nasıl olmalıdır?
• Ayda bir kez
• 6 ayda bir kez
• Yılda bir kez
• Bir kez yaptırmak yeterli
• Gerek yok çünkü meme kanserini erken saptamaya yaramaz

Mamografi ektirme sıklığı nasıl olmalıdır? (40 yaş ve üzeri için geçerli)
• 6 ayda bir kez
• Yılda bir kez
• İki yılda bir kez
• Beş yılda bir kez
• Bir kez yaptırmak yeterli

27. Meme kanserinde aşağıdakilerden hangileri olur? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a) Memede şişlik
b) Memede ağrı
c) Meme başında çökme/yükselme
d) Memede renk değişikliği
e) Meme başından kanlı akıntı
f) Koltuk altında beze
g) Memede şekil bozukluğu

28. Meme kanseri yakalanma riskini arttıran nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a) Ailede meme kanseri olması
b) Yaşın ilerlemesi
c) Erken adet olmak
d) Geç yaşta adetten kesilmek/menopoza girmek
e) Kısırlık (infertilite)
f) Emzirmemek (uzun süre emzirmek meme kanseri riskini arttırmaz, aksine korur.)
g) Yağdan zengin gıdalarla beslenmek
h) Adet kesildikten sonra hormon tedavisi görmek

EK 2: Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onay yazısı





T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Serpil DEMİRAG
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.03.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 5 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR :5

Protokol No: 2020/50
Sorumlu Yürütücü: Doç.Dr. Çağdaş AKGÜLLÜ
Kardiyoloji AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serpil DEMİRAG'ın "Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri ve taramaları hakkında bilgi ve farkındalık düzeyi" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde tasahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te) ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir..