



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MEME KANSERİ
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI**

Dr. Furkan URCAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÜRÜN ÜNAL

KONYA-2024

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MEME KANSERİ
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI**

Dr. Furkan URCAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÜRÜN ÜNAL

KONYA-2024

i. ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Tüm uzmanlık eğitimim boyunca yetişmemde katkısı olan, uzmanlık tezimin hazırlanmasında ve tüm aşamalarında yardım ve katkılarını esirgemeyen, tez sürecimin her aşamasında beni destekleyen, motive eden, cesaretlendiren, ve gösterdiği sabır, verdiği destek ve emek ile kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini bizimle paylaşan, saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi sayın Bahar Ürün ÜNAL' a teşekkür ederim.

Tüm uzmanlık eğitimim boyunca yetişmeme katkıda bulunan, uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerini paylaşan saygıdeğer hocalarım Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı sayın Doç. Dr. Duygu İlke YILDIRIM' a teşekkür ederim.

Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki ve rotasyon yaptığım tüm branşlardaki bilgi ve becerilerini benden esirgemeyen, sabırla ve güler yüzle tüm bilgilerini bana aktaran tüm hocalarıma ve asistanlığımı daha güzel geçirmemi sağlayan , birlikte çalışmaktan keyif aldığım, desteklerini esirgemeyen ve beni aile ortamında hissettiren değerli asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde sevgi ve fedakârlıklarıyla arkamda olan en büyük destekçilerim, bugünlere gelmemde en büyük emeklerin sahibi, değerli annem Aysel URCAN 'a ve kıymetli babam Cafer URCAN' a,

Her adımında yanımda olan abim Mustafa URCAN'a ve ablam Ayşenur ATICI'ya,

Bana en büyük sabrı gösteren, her durumda bana yanımda olduğunu ve olacağını gösteren, desteğini her şartta ve koşulda daima hissettiğim, sevgisi ve sabrıyla bana güç veren, hayatımın anlamı, yol arkadaşım, güzel eşim Şükriye URCAN' a,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

ii. İÇİNDEKİLER

i.ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	i
ii.İÇİNDEKİLER.....	ii
iii. TABLOLAR LİSTESİ.....	v
iv. ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
v. SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Meme kanseri nedir?	4
2.2.Meme Kanseri Epidemiyolojisi	4
2.3.Meme Kanseri Etiyolojisi	6
2.4.Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	7
2.4.1.Yaş ve Cinsiyet	8
2.4.2.Irk.....	9
2.4.3.Aile Öyküsü.....	9
2.4.4.Genetik	9
2.4.5.Yoğun Meme Dokusu	10
2.4.6.Benign Meme Hastalıkları.....	10
2.4.7.Menarş, Menopoz, Nulliparite, Doğum Yaşı ve Laktasyon	11
2.4.8.Oral Kontraseptif Kullanımı ve Hormon Replasman Tedavisi	12
2.4.9.Sigara ve Alkol	12
2.4.10.Egzersiz,Obezite ve Beslenme Alışkanlığı	13
2.4.11.Sosyoekonomik Seviye	14
2.4.12.Radyasyon maruziyeti	14
2.5.Meme Kanserin Tipleri	14

2.5.2. İnvaziv Meme Kanseri	15
2.6.Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları	17
2.7.Meme Kanseri Tanı Yöntemleri	18
2.7.1.Anamnez.....	19
2.7.2.Fizik Muayene.....	19
2.7.3.Görüntüleme Yöntemleri.....	19
2.7.4.Biyopsi	25
2.8.Meme Kanserinden Korunma	26
2.8.1.Birincil Korunma	26
2.8.2.İkincil Korunma.....	28
2.8.3.Üçüncül Korunma.....	33
2.9.Meme kanserinde evreleme	34
2.10.Meme Kanserinde Tarama	35
2.11.Meme Kanserinde Tedavi	36
2.11.1.Lokal Tedavi Yöntemleri	36
2.11.2.Sistemik Tedavi Yöntemleri	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih, Yer ve Evreni	39
3.3.Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Yapılması	41
3.4.İstatiksel Analiz.....	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA.....	64
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	80
7. KAYNAKLAR	84
8. ÖZET	90
9. ABSTRACT	92

10. EKLER.....	94
10.1. EK-1: Anket Bilgi Formu	94



iii. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1:Meme Kanserinde TNM Evreleme

Tablo 4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.2.Sınıflara Göre Öğrencilerin Meme Kanseri İle İlgili En Sık Kullandığı Bilgi Kaynaklarının Karşılaştırılması

Tablo 4.3.Sınıflara Göre Katılımcıların Meme Kanseri Hakkında Bilgi Düzeyine İlişkin Algıları

Tablo 4.4.Sınıflara Göre Meme Kanseri Erken Tanısını Koymak Mümkün Mü Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Tablo 4.5.Sınıflara Göre KKMM Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.6.Sınıflara Göre KKMM Yapılma Tekniğini Bilme Durumlarının Karşılaştırılması(Kendi Beyanlarına Göre)

Tablo 4.7.Sınıflara Göre KKMM Yapılma Sıklığı Ne Olmalıdır Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Tablo 4.8.Preklinik-Klinik Sınıflara Göre KKMM Yapılma Dönemi Karşılaştırılması

Tablo 4.9.Preklinik-Klinik Sınıflara Göre Meme Kanseri Risk Faktörü Sorularına Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Tablo 4.10.Cinsiyete Göre Meme Kanseri Risk Faktörü Sorularına Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Tablo4.11.Alkol ve Sigara Kullanımına Göre Kendini Meme Kanseri Risk Grubunda Görme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 4.12.Birinci Derece Yakınında Meme Kanseri Olma Durumuna Göre Kendini Meme Kanseri Risk Grubunda Görme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 4.13.Meme Kanseri Hakkında En Fazla Kullanılan Kaynağa Göre KKMM Hakkındaki Düşüncelerin Karşılaştırılması

Tablo 4.14.Cinsiyete Göre Kendini Meme Kanseri Risk Grubunda Görme Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.15.Sigara ve Alkol Kullanım Durumuna Göre KKMM Yapma Sıklığı Ne Olmalıdır Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Tablo 4.16.Cinsiyete Göre Bu Anket Sayesinde Meme Kanseri Ve Riskleri Hakkındaki Farkındalık Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Tablo 4.17.Birinci Derece Yakında Meme Kanseri Varlığına Göre Birinci Derece Yakında Meme Kanseri Varlığı Meme Kanseri Riskini Arttırır Mı Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması



iv. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Dünyada, Gelişmekte Olan Ülkelerde ve Gelişmiş Ülkelerde Tahmini Kanser Ölümleri

Şekil 2: T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi 2020

Şekil 3: Türkiye Kanser İstatistikleri,2018

Şekil 4: T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi 2020

Şekil 5: T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi 2020

v. SİMGELER ve KISALTMALAR

BIRADS :Breast Imaging Reporting And Data System

DCIS: Duktal Carsinoma In Situ

GLOBOCAN: Global Cancer Observatory

HER: Human Epidermal Growth Factor Receptor

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

IDC: İnvaziv Duktal Carsinom

ILC: İnvaziv Lobüler Carsinom

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

LCIS: Lobuler Carsinoma In Situ

MG: Mamografi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

OKS: Oral Kontraseptif

SBSİY: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı

USG: Ultrasonografi

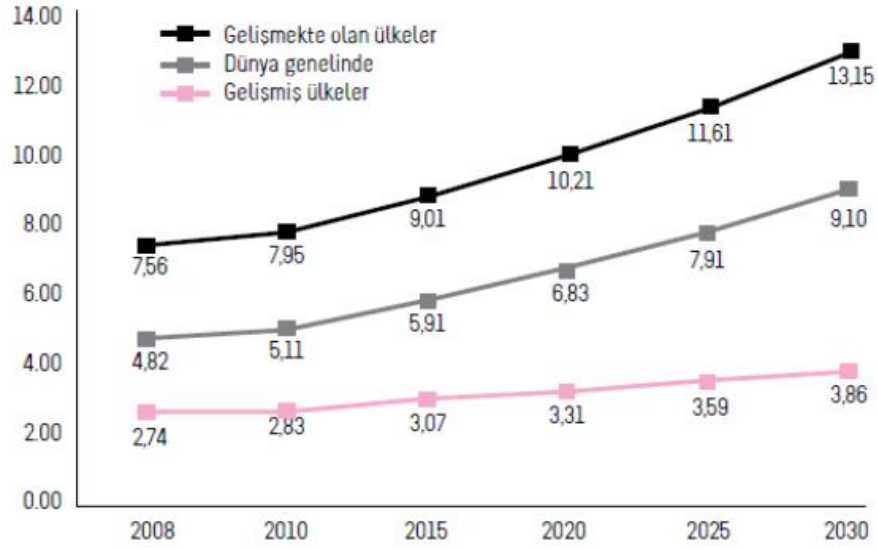
VKİ: Vücut Kitle İndeksi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri, dünya çapında kadınlar arasında en sık rastlanan kanser türlerinden biridir ve kanser kaynaklı ölümler arasında ikinci sırada gelmektedir. Her yıl milyonlarca kadın meme kanseri teşhisi almakta ve bu durum, erken tanı ve tedavi süreçlerinin önemini vurgulamaktadır (Qasim ve ark., 2020).

Kanserle mücadelede izlenmesi gereken üç temel strateji vardır; risk faktörlerinden (örneğin sigara ve alkol gibi bağımlılıklardan) uzak durmak, düzenli kanser taramalarına katılmak ve kanserin erken belirtilerini fark ederek hızlı tanı koymak (Boyle ve Levin, 2008).

Küresel Kanser Verisi, dünya genelindeki kanser yüküyle ilgili bir rapor yayımladı. Bu raporda, yeni teşhis edilen meme kanseri vaka sayısının 2.088.849 (%11,6) olduğu ve meme kanseri nedeniyle ölüm sayısının ise 626.679 (%6,6) olarak raporlandığı bildirilmiştir (Liu ve ark., 2020).



Şekil 1.Dünyada, Gelişmekte Olan Ülkelerde ve Gelişmiş Ülkelerde Tahmini Kanser Ölümleri(Özmen, 2014).

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (SBSİY) 2016 verilerine göre ülkemizde kişilerin meme kanserinde muayene ve tarama yüzdelerinin istenilen oranda olmadığı görülmektedir. SBSİY bilgilerine göre; 15 yaş ve üzeri kadınların sadece %19,7'sinin düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığı, %60,9'unun ise hiçbir zaman klinik meme muayenesi yaptırmadığı, 40 yaş üstü kadınların %71,1'inin ise hiç mamografi çekmediği tespit edilmiştir (Taylan ve Çelik, 2020).

Meme kanserinde erken tanı almak mümkündür ve bu kanser türü Türkiye' de kanser tarama programlarında yer almaktadır. Erken teşhis, meme kanserinin tedavi edilebilme şansını ve hayatta kalma oranlarını önemli derecede yükseltmektedir. Bu çerçevede, sağlık çalışanlarının ve tıp fakültesi öğrencilerinin meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları oldukça önemlidir.

Tıp fakóltesi öğrencileri, gelecekte toplumun sağlık gereksinimlerini karşılayacak olan doktor adaylarıdır. Bu nedenle, meme kanseri gibi yaygın ve önemli bir sağlık sorunu hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları, halk sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir. Birçok çalışma, tıp fakóltesi öğrencilerinin meme kanseri farkındalığı ve bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını ortaya koymaktadır.

Bu araştırma, tıp fakóltesi öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarını değerlendirmeyi hedeflemektedir. Araştırma sonucunda elde edilecek bulgular, eğitim programlarının iyileştirilmesi ve meme kanseri farkındalığını artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır. Ayrıca, öğrencilerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi, gelecekte toplumda meme kanseri farkındalığını arttırmaya ve erken teşhis oranlarını yükseltmeye yardımcı olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Meme kanseri nedir?

Meme kanseri, adenokanser türlerinden olup, genellikle lobül ile terminal duktusun birleşimindeki epitel hücrelerinden gelişir. Çoğunlukla %40'ı üst-dış kadranda başlar ve yavaş bir büyüme gösterir. Hastaların %70'inde tümörün büyüklüğü 2 ila 9 ay içinde iki katına çıkabilir. Meme kanseri oluşmadan önce duktal epitelde atipik duktal hiperplazi ve duktal karsinoma in situ gibi öncül aşamalar görülür, bu süreç ise yıllarca sürebilir.

Öncelikle, süt kanallarında bulunan kanser hücreleri, zamanla bazal membranı geçerek çevre bağ dokusuna yayılır. Bu aşamada, tümör hücreleri kan damarları ve lenf sistemi ile etkileşime geçerek metastaz yapma potansiyeline sahip hale gelirler.

Meme kanseri tedavi edilmezse, biyolojik özelliklerine bağlı olarak uzak organlara metastaz yapar ve nihayetinde ölümle sonuçlanır (Aydıntuğ, 2004). Meme kanserinin en sık metastaz yaptığı organlar arasında; kemik (%71), akciğer (%69), karaciğer (%65), plevra (%51), adrenal bezler (%49), cilt (%30) ve beyin (%20) yer alır. Meme kanserinin ana komplikasyonları arasında perikardiyal sıvı birikimi, plevral sıvı birikimi, lenfödem, omurilik baskısı ve hiperkalsemi bulunmaktadır (Boğa, 2010).

2.2.Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri, dünya çapında kadınlar arasında en sık görülen kanserdir. Kadınlarda kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %18'i meme kanseri nedeniyle gerçekleşmektedir. 30 yaşından önce düşük bir görülme oranına sahip olan meme kanseri, bu yaştan sonra ve reproduktif dönemde belirgin bir artış göstermektedir (Bingöl ve ark., 2019).

Günümüzde bir kadının yaşamı boyunca non-invazif meme kanseri geliştirme olasılığı 1/6, invazif meme kanseri geliştirme olasılığı ise 1/8'dir. Bu riskin büyük bir kısmı, ilerleyen yaşla birlikte artış göstermektedir (Kankaya ve ark., 2019).

Meme kanseri, günümüzde en sık teşhis edilen kanserlerden biridir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2020 verilerine göre meme kanseri, dünya çapında tahminen yaklaşık 2.3 milyon yeni vaka ile kansere bağlı ölümlerin beşinci en yaygın nedenidir. Meme kanseri, dünya genelinde kadınlarda yalnızca en yaygın kanser türü olmakla kalmayıp aynı zamanda ölümlerin de önde gelen nedenlerinden biridir (Sung ve ark., 2021).

Son otuz yılda meme kanseri insidansı ve ölüm oranları artmış, Kuzey Amerika ve Batı Avrupa gibi gelişmiş lokasyonlarda daha yüksek oranlar görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelere göre meme kanseri görülme sıklığı, gelişmiş ülkelere göre daha düşük olmasına rağmen, meme kanserine bağlı ölüm oranları daha yüksektir. Bu fark, gelişmekte olan ülkelere meme kanseri tarama, teşhis ve tedavi olanaklarının gelişmiş ülkelere kıyasla yetersiz kalmasına bağlanabilir (Awogbayila ve ark., 2023).

Düşük ve orta gelirli ülkelere, batılılaşma yaşam tarzlarının (gecikmiş gebelikler, emzirmenin azalması, düşük menarş yaşları, fiziksel aktivite eksikliği ve kötü beslenme vs.) yaygınlaşması, daha iyi kanser kayıtları ve kanser tespitiyle birlikte meme kanseri insidansının artmasına yol açabilir (Łukasiewicz ve ark., 2021).

Türkiye'de kadınlarda görülen kanserlerin yaklaşık %24,4'ünü meme kanseri oluşturmaktadır. 2018 yılında, ülke genelinde toplam 22.345 yeni meme kanseri vakası teşhis edilmiştir (Taylan ve Çelik, 2020). Tahminler, 2030 yılında yaklaşık 23.552 kadına meme kanseri tanısı konacağını söylemektedir (TÜİK, 2017).

Sağlık Bakanlığı verileri ve Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu'nun kayıtlarına göre, Türkiye'nin batı bölgelerinde meme kanseri görülme oranı, doğu bölgelerine kıyasla yaklaşık iki kat daha fazladır. Bu farklılık, batıdaki yaşam tarzının, Batı toplumlarındaki alışkanlıklara daha çok benzemesi ile ilişkilendirilmektedir (Kankaya ve ark., 2019).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 2015 Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri kılavuzuna göre:

- 20 yaş ve üzerindeki kadınlara, meme kanserine karşı farkındalığı artırmak amacıyla kendi kendine meme muayenesinin (KKMM) önemi anlatılmalı ve bu muayenenin her ay düzenli olarak yapılması önerilmelidir.
- 20-40 yaş arası kadınlar için, kendi kendine meme muayenesinin yanı sıra, birinci derece akrabalarında meme kanseri hikayesi olanlar her yıl, olmayanlar ise iki yılda bir doktor tarafından rutin klinik muayeneden geçirilmelidir.
- 40-69 yaş aralığındaki tüm kadınların yılda bir kez doktor tarafından rutin klinik muayeneye tabi tutulması ve her iki yılda bir kez mamografi çekilmesi gerekmektedir (Erişim linki: Periyodik_Muayene_Rehberi.pdf (saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 10.05.2024).

2.3.Meme Kanseri Etiyolojisi

Meme kanseri, genetik, hormonal, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinin etkileşimi sonucu oluşur. BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki kalıtsal mutasyonlar ve aile geçmişi önemli rol oynar. Bu mutasyonlar meme kanseri vakalarının %5-10'unu oluşturur (Majeed ve ark., 2014).

2.4.Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme Kanseri Risk Faktörleri
İleri yaş (>50 yaş)
Erken menarş (<12 yaş), geç menopoz (>55 yaş)
Doğum yapmamış olmak
İleri yaşta doğum yapmış olmak (>35 yaş)
Emzirmemiş olmak
Çocukluk çağında toraks duvarına radyoterapi uygulanması
Uzun süreli postmenopozal hormon replasman tedavisi (>5.6 yıl)
Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı (>10 yıl)
Kronik alkol kullanımı
Postmenopozal obezite
Benign proliferatif meme hastalığı olan bireyler
Önceki biyopsilerinde atipik hiperplazi ya da LCIS saptanan hastalar
Mamografide dens meme parankimi olan kadınlar
Ailesel ve genetik meme kanseri olan kadınlar

Şekil 2:T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi 2020

Risk faktörleri arasında özellikle BRCA 1/2 gen mutasyonu öyküsü, meme veya over kanseri olan birinci derece akrabaların varlığı, geçmişte toraks bölgesine radyoterapi uygulanması ve atipik hiperplazi bulunması önemli ölçüde yüksek risk taşımaktadır.

Meme kanserinin risk faktörleri iki ana kategoride incelenebilir:

1. Değiştirilemeyen risk faktörleri:

- Yaş ve Cinsiyet
- Irk
- Genetik faktörler (BRCA1 ve BRCA2 mutasyonları gibi)
- Ailede meme kanseri öyküsü

- Kişisel meme kanseri öyküsü
- Diğer kanser türleriyle ilişkili öyküler (örneğin, meme kanseri dışında kanser öyküsü)
- Düzgün meme yapısı
- Benign meme hastalıkları öyküsü
- Gebelik ve doğum öyküsü
- Laktasyon (emzirme) öyküsü

2. Yaşam tarzı ile ilişkili risk faktörleri:

- Oral kontraseptif(OKS) kullanımı
- Hormon replasman tedavisi(HRT)
- Sigara içme ve alkol tüketimi
- Obezite
- Beslenme alışkanlıkları
- Egzersiz alışkanlıkları
- Sosyoekonomik seviye
- Radyasyon maruziyeti

Bu faktörlerin kombinasyonu, bireyin meme kanseri riskini etkiler ve bu nedenle hem genetik yatkınlık hem de yaşam tarzı faktörlerinin değerlendirilmesi önemlidir (Özçelik, 2018).

2.4.1.Yaş ve Cinsiyet

Meme kanserinin en önemli risk faktörü, kadın cinsiyetidir ve kadınlarda bu kanser türü, erkeklere oranla yaklaşık 100 kat daha fazla görülmektedir. Tüm meme kanseri vakalarının %99'u kadınlarda, sadece %1'i ise erkeklerde ortaya çıkmaktadır (Özmen, 2014).

Yaş arttıkça risk artar; 35-39 yaş arasında %0,3, 40-45 yaş arasında %0,6 ve 75-79 yaş arasında %2,1'dir (Berg, 2009). Meme kanseri insidansı 50 yaş ve 70 yaş olmak üzere 2 farklı dönemde pik yapmaktadır (Jatoi ve ark., 2008). Bu nedenle, yaş bir meme kanseri risk faktörü olarak önemli bir rol oynar.

2.4.2.İrk

Meme kanseri beyaz kadınlarda %20 daha sık görülürken, siyahi kadınlarda mortalite oranları daha yüksektir. Bu etnik farklılık, büyük ölçüde sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinden kaynaklanır (Koçak ve ark., 2011).

2.4.3.Aile Öyküsü

Ailede meme kanseri öyküsü olması, önemli bir risk faktörüdür. Özellikle 50 yaşından önce tanı almış akraba, riski artırır. Birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü olması, riski dört kat; iki veya daha fazla akrabada olması ise beş kat artırır. Bu nedenle, aile öyküsü olan kişilerin düzenli tarama ve takip yaptırması önerilir.

Meme kanserine yakalanmış olan akrabanın 30 yaşından önce tanı konmuş olması durumunda risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra tanı almış olması durumunda ise risk 1,5 kat artar. Bu nedenle, aile öyküsü meme kanseri riskini tespit etmede önemli bir parametredir ve bu kişilerin düzenli olarak meme kanseri taraması ve takibi yapılması önerilir (Koçak ve ark., 2011).

2.4.4.Genetik

Kalıtsal meme kanserleri tüm meme kanserlerinin %5 ila %10 kadarını oluşturur. Bu kalıtsal kanserlerin en yaygın sebebi BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki

genetik mutasyonlardır (Schwartz ve ark., 2008) . Özellikle BRCA2 mutasyonları erkeklerde meme kanseri riski ile ilişkilidir.

BRCA1 pozitifliği olan bir kadının yaşam boyu meme kanseri geliştirme riski %85, over kanseri geliştirme riski ise %40-60 olarak belirlenmiştir. BRCA2 pozitifliği olan bir kadının yaşam boyu meme kanseri riski %40-45, over kanseri riski ise %15'tir (Koçak ve ark., 2011). Bu nedenle, BRCA1 ve BRCA2 mutasyonları taşıyan bireylerin düzenli meme kanseri taraması ve takibi yapılması önemlidir.

2.4.5.Yoğun Meme Dokusu

Yoğun meme dokusu, daha fazla fibroglandüler ve bağ dokusu içermesi ve daha az yağ dokusu bulunmasıyla tanınır. Yoğun meme dokusu, östrojen gibi hormonların etkilerine daha fazla maruz kalabilir. Östrojen, meme hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını teşvik eder, bu da kanser gelişme riskini 4-5 kat artırabilir (Boyd ve ark., 2007). Premenapozal hastaların yoğun meme dokusuna sahip olması kanserin ileri evrede tanı almasına neden olmaktadır (Özmen, 2014).

2.4.6.Benign Meme Hastalıkları

Benign meme hastalıkları, çeşitli belirtilerle ortaya çıkabilen veya mikroskop altında tespit edilebilen farklı lezyonlardır. Görülme sıklığı 20'li yaşlarda artmaya başlar ve 40-50 yaşlarında en yüksek seviyeye ulaşır. Benign meme hastalığı olanlarda, meme kanseri riski artar. Kişisel meme kanseri öyküsü olanlarda ise tedavi sonrası kalan meme dokusunda ve diğer memede kanser gelişme riski 5 kat artar (Storm ve Jensen, 1986).

Nonproliferatif meme hastalıkları (fibrokistik değişiklikler, duktal ektazi, benign filloid tümör, yağ nekrozu, papillom, mastit, lipom, hamartom, nörofibrom ve basit fibroadenom) meme kanseri riskini ya hiç artırmaz ya da sadece minimal bir artış

gösterir. Atipisiz proliferatif meme hastalıkları (duktal hiperplazi, kompleks fibroadenom, sklerozan adenozis, papillamatozis ve radyal skar) risk oranını 1,5 ila 2 kat artırırken, atipik duktal hiperplazi ve atipik lobüler hiperplazi gibi atipili proliferatif meme hastalıkları riski 4 ila 6 kat artırmaktadır. Karsinoma in situ (LCIS(lobüler karsinoma insitu), DCIS(duktal karsinoma insitu)) ise meme kanseri riskini 8 ila 10 kat yükseltmektedir (Açıkgöz Aylin ve Yıldız, 2017).

2.4.7.Menarş, Menopoz, Nulliparite, Doğum Yaşı ve Laktasyon

İlk adet yaşı 12'den daha erken olan ve menopoz yaşı 55'ten daha geç olan kadınların meme kanseri riski artmaktadır. Bu artış, kadınların östrojen ve progesteron hormonlarına daha uzun süre maruz kalmalarına bağlanmaktadır. Ayrıca, erken menarşın geç menopoza göre daha fazla risk oluşturduğu düşünülmektedir (Dall ve Britt, 2017).

Menstrüel döngülerin sayısı arttıkça meme kanseri riski de yükselmektedir. İlk adet yaşının her bir yıl gecikmesi, riskin yaklaşık %15 azalmasına yol açarken, menopozun her bir yıl gecikmesi ise riskin %3 artmasına neden olmaktadır (Boyle ve Levin, 2008).

Nulliparite, meme kanseri riskini artırır. Doğum, meme dokusunu olgunlaştırarak meme hücrelerini kanserojen etkilere karşı daha dirençli hale getirir. Doğum yapmamış kadınlar bu koruyucu etkiden mahrum kalabilirler.

İlk doğumu 30 yaşından sonra yapan kadınlar, daha erken yaşta doğum yapanlara göre daha yüksek meme kanseri riski altındadır. Erken gebelik, meme hücrelerini stabil hale getirir ve menstrual döngünün ikinci yarısında hücre çoğalmasını azaltarak meme kanseri riskini düşürür (Henderson, 1993). 30 yaş sonrası doğum yapan kadınların meme kanseri riski, 20 yaş öncesi doğum yapanlara göre iki kat fazladır (Evans ve Lalloo, 2002).

Uzun süreli, özellikle 12 aydan fazla emzirme, prolaktin hormonunu artırıp östrojen seviyelerini düşürerek meme kanseri riskini azaltır(Cancer, 2012).

İndüklenmiş veya spontan düşük yapmanın meme kanseri ile bir ilişkisi gösterilememiştir (Path ve ark., 2016).

2.4.8.Oral Kontraseptif Kullanımı ve Hormon Replasman Tedavisi

Oral kontraseptiflerin meme kanseri riskini artırmadığı, ancak ilk tam dönem hamilelik öncesinde veya beş yıldan uzun süre kullanıldığında riski artırabileceği belirlenmiştir (Kanadys ve ark., 2021).

Kombine östrojen ve progesteron hormon replasman tedavisinin, meme kanseri riskini artırdığı tespit edilmiştir. Bu tedavi şekli, yalnızca östrojen kullanımına kıyasla 2 ila 4 kat daha fazla risk artışıyla ilişkilendirilmiştir (Salman ve ark., 2005).

Hormon replasman tedavisi (HRT) ile ilgili yapılan büyük boyutlu bir çalışma, HRT kullanımının meme kanseri riskini artırdığını göstermektedir. HRT' nin kullanım süresi uzadıkça meme kanseri riski de artmaktadır. Özellikle beş yıldan uzun süre HRT kullanımı, meme kanseri riskini belirgin şekilde yükseltmektedir (Yoo ve ark., 2020).

2.4.9.Sigara ve Alkol

Sigara içme süresi ve miktarı arttıkça meme kanseri riski de artar. Bu, sigara dumanındaki karsinogenlerin birikmesiyle meme dokusunda kanser riskinin artmasından kaynaklanır (Chausserie ve ark., 2015).

Sigara içen genç kadınlarda, belirli meme kanseri türlerinden birinin gelişme riski, hiç sigara içmeyen kadınlara kıyasla yaklaşık %30 daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu artış, sigaranın meme dokusu üzerindeki zararlı etkileriyle ilişkilendirilmektedir (Kawai ve ark., 2014).

Breast Cancer Research and Treatment dergisinde yayınlanan başka bir araştırma, sigara kullanımının meme kanseri gelişimindeki rolünü incelemiş ve sigara içmenin hormon reseptörü pozitif meme kanseri riskini artırdığını bulmuştur (Yoo ve ark., 2020).

Günde 10 ml'den fazla alkol tüketimi meme kanseri riskini artırabilir. Toplum temelli yapılan bir çalışmada artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (Suzuki ve ark., 2005). Araştırmalar, özellikle yüksek alkol tüketen kadınlarda östrojen ve progesteron reseptörü pozitif tümörlerde risk artışının daha belirgin olduğunu göstermektedir (Boyle ve Boffetta, 2009).

2.4.10.Egzersiz,Obezite ve Beslenme Alışkanlığı

Düzenli egzersiz, özellikle postmenopozal dönemde meme kanseri riskini azaltabilir. Egzersiz (haftada 150 dakika orta yoğunlukta), vücut yağ kitlesini düzenleyerek dolaşımdaki östrojen ve androjen düzeylerini etkiler, bağışıklık sistemini güçlendirir ve insüline duyarlılığı artırır (Yılmaz M ve Atak, 2014).

Menopoz sonrası kadınlarda, yağ dokusu vücuttaki östrojenin ana kaynağı haline gelir. Bu durumda obezite, vücuttaki östrojen düzeyini artırarak, östrojenin neoplazm oluşumunu tetikleyici etkisini güçlendirebilir (Amadou ve ark., 2013).Aşırı kilolu veya obez kadınlarda postmenapozoal meme kanseri daha sık görülmektedir (Mahoney ve ark., 2008).

Yüksek yağ içeren besinlerin uzun süreli tüketiminin serum östrojen seviyelerini artırarak meme kanseri riskini yükselttiğine dair bazı bulgular vardır, ancak bu konuda yapılan araştırmaların sonuçları tutarsızdır. Ayrıca, bazı çalışmalarda haftada beş kez kırmızı et tüketmenin meme kanseri riskini artırdığı öne sürülmüştür (Cho ve ark., 2006).

2.4.11.Sosyoekonomik Seviye

Sosyoekonomik olarak daha üst düzeyde olan kadınlarda meme kanseri insidansı artmaktadır. Buna karşın, düşük sosyoekonomik düzeydeki kadınlarda insidans daha düşük olsa da, kanser teşhisi konulduğunda mortalite oranları genellikle daha yüksektir (Utkan, 2018).

2.4.12.Radyasyon maruziyeti

Meme dokusunun gelişiminin aktif olduğu 10-15 yaş aralığında radyasyona maruz kalmak, meme kanseri riskini artırmaktadır. Ayrıca, yaşamın ilk 30 yılı içinde göğüs bölgesine uygulanan tedavi amaçlı radyoterapi de benzer bir şekilde meme kanseri riskini yükseltir. Ancak, 45 yaş ve sonrasında radyasyona maruz kalmanın ya da radyoterapinin meme kanseri riskini etkilemediği ifade edilmektedir (John ve Kelsey, 1993).

2.5.Meme Kanserin Tipleri

2.5.1. Non-invaziv (in situ) meme kanseri

Meme kanseri non-invaziv (veya in situ) olarak adlandırıldığında, kanserin başladığı meme dokusunun ötesine yayılmadığı anlaşılır. İnvaziv olmayan meme

kanserleri, prekanseröz durumlar olarak da bilinir. İki ana non-invaziv meme kanseri türü şunlardır:

a) DCIS: Süt kanallarında başlayan ve kanalların dışına yayılmayan invaziv olmayan bir meme kanseri türüdür. DCIS yaşamı tehdit etmez, ancak invaziv meme kanserinin öncüsü olarak kabul edilir ve ilerleyen dönemlerde invaziv meme kanseri gelişme riskini artırabilir. Tüm meme kanseri teşhislerinin yaklaşık %16'sını DCIS oluşturur.

b) LCIS: Lobüllerde başlayan ve lobüllerin dışına yayılmayan non-invaziv bir meme kanseridir. Adına rağmen, LCIS benign bir meme hastalığı olarak kabul edilir.

2.5.2. İnvaziv Meme Kanseri

Meme kanseri invaziv (veya infiltratif) olarak tanımlandığında, bu kanserin meme dokusuna yayıldığı ve çevrelediği anlamına gelir. Meme dokusunun hangi bölgesinde büyümeye başladıklarına göre en yaygın iki invaziv meme kanseri türü şunlardır:

a) İnvaziv duktal karsinom (IDC), meme süt kanallarında başlayan bir invaziv meme kanseri türüdür, en sık meme kanseri invaziv duktal karsinomdur ve tüm meme kanserlerinin yaklaşık %80'ini oluşturur. Erkeklerde görülen meme kanserlerinin çoğunluğu invaziv duktal karsinomlardır.

b) İnvaziv lobüler karsinom (ILC), memede süt üreten bezler olan lobüllerde başlayan invaziv meme kanseri türüdür. Bu, tüm invaziv meme

kanserlerinin yaklaşık %10'unu oluşturur ve en sık görülen ikinci meme kanseri türüdür.

Bazı invaziv meme kanseri türleri, nasıl geliştiklerini ve nasıl tedavi edildiklerini etkileyen özelliklere sahiptir:

-Üçlü negatif meme kanseri: Östrojen reseptörleri ve progesteron reseptörleri için negatif olan ve ekstra HER2 proteinlerine sahip olmayan agresif bir invaziv meme kanseri türüdür. Bu kanser türü, hormonal tedavilere ve HER2 hedefli tedavilere yanıt vermez, bu nedenle tedavi seçenekleri sınırlıdır. Tüm invaziv meme kanserlerinin yaklaşık %12'si üçlü negatiftir.

-Üçlü pozitif meme kanseri: Östrojen reseptörleri ve progesteron reseptörleri için pozitif olan ve çok fazla HER2 proteinine sahip olan bir invaziv meme kanseri türüdür. Bu tür kanserler, hem hormonal tedavilere hem de HER2 hedefli tedavilere yanıt verebilir. Tüm meme kanserlerinin yaklaşık %10'u üçlü pozitifdir (Types of Breast Cancer).

İnflamatuvar meme kanseri, invaziv meme kanserinin nadir ve agresif bir türüdür. Bu kanser türü, meme dokusunda eritem ve portakal kabuğu görünümü oluşturarak genellikle 3 ay gibi kısa bir sürede gelişir ve prognozu kötüdür. Uzak metastaz yapma oranı diğer meme kanserlerine oranla daha yüksektir. Lokal ileri meme kanseri, mastit ve radyasyon dermatiti ile ayırıcı tanısının yapılması önemlidir (Kebudi ve Deveci, 2012).

Metastatik meme kanseri, aynı zamanda evre IV meme kanseri olarak da bilinir ve kemikler, karaciğer, akciğerler veya beyin gibi vücudun memeden uzak kısımlarına yayılmış olan invaziv meme kanseridir.

Memenin Paget hastalığı, nadir görülen bir meme kanseri türüdür ve kanser hücrelerinin meme ucunda veya çevresinde birikmesiyle karakterizedir (Kanseri, 2006).

Histolojik Tip (n=10090)	Yüzde (%)
Duktal ve Lobüler	94.5
Infiltratif Duktal Karsinom	84.2
Lobuler Karsinom	7.1
Intraduktal Karsinom ve İn Situ Lobuler Karsinom	1.9
Infiltratif Duktal Mikst/Karışık Diğer Tür Karsinom	3.1
Infiltratif Duktuler Karsinom	0.2
Medüller Karsinom	0.8
Infiltratif Lobuler Mikst/ Karışık Diğer Tür Karsinom	0.4
Diğer	2.2
Müsinöz	1.6
Adenokarsinom	1.6
Kompleks epitelyal	1.3
Yassı Hücreli	0.5
Fibroepitelyal	0.2
Deri ekleri	0.1
Diğer*	0.2
Toplam	100,0

Şekil 3: Türkiye Kanser İstatistikleri,2018(Erişim linki: Kanser İstatistikleri (sağlık.gov.tr) Erişim tarihi:14.05.2024)

2.6.Meme Kanserin Belirti ve Bulguları

Meme kanserinin en yaygın belirtisi, memede fark edilen bir kitledir; hastaların yaklaşık %80'i bu şikayetle sağlık kuruluşlarına başvurur. Bu kitlelerin çoğunluğu üst dış bölgelerde bulunur. Kistler menstrual dönemlerinde büyüyebilir ve genellikle ağrılıdır. Solid kitleler ise farklı bir doku ile doludur. Ultrasonografi kist ve solid kitleyi ayırt etmek için en güvenilir yöntemdir. Kistlerin kansere dönüşme olasılığı solid kitlelere göre daha düşüktür. Eğer kitle ağrısız, sert ve düzensiz sınırlara sahipse, bu durum malignite lehine değerlendirilir (Gürbüz, 2003).

Aksiller lenf nodu tutulumu, kadınlarda prognozun belirlenmesinde ve tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde kritik bir rol oynar. Aksiller lenf nodlarında yaygın tutulum varsa, supraklavikular lenf bezlerinde metastaz gözlenebilir, bu da genellikle ileri evreyi ve kötü bir prognozu işaret eder. Lenf nodlarının sert ve hareketsiz olması

metastaz olasılığını artırabilir (Özmen ve ark., 2012b). Erken evre meme kanserinde, tekrarlama riski ve sağkalım açısından en önemli prognostik gösterge, aksiller lenf nodlarına metastazın varlığıdır (Özpulat ve ark., 2017).

Fizyolojik meme ağrısı, adet döneminden yaklaşık bir hafta önce başlayarak, menstrüasyon sona erdiğinde azalır. Meme hastalıkları genellikle ağrısızdır, ancak ileri evre meme kanseri, mastit ve meme apsesi gibi durumlarda ağrı yaşanabilir. Özellikle memede tek taraflı, sürekli ve yoğun bir ağrı, meme kanseri ihtimalini düşündürebilir (Noroozian ve ark., 2015).

Patolojik meme başı akıntısı demek için tek taraflı, tek duktustan, spontan, kanlı veya seröz olması gerekir (GürleyİK, 2013). Akıntının rengi ve görünümü önemlidir; siyah, kahverengi, berrak veya kan renginde olabilir. Meme kanseri olan hastaların %90'ında meme ağrısı görülmez; genellikle ileri dönemlerde, bıçak saplanır tarzında bir ağrı olabilir (Topuz, 2003).

Meme derisindeki yüzeysel lenf nodlarının tümör hücreleri tarafından metastaz yapması sonucunda lenf akışı engellenebilir ve ödem gelişebilir. Bu tıkanıklık devam ederse, meme derisinin beslenmesi bozulabilir ve kızarıklık ile ülserasyonlar oluşabilir. Yüzeysel lenf bezlerindeki yavaşlama, derinin kalınlaşmasına ve kıl foliküllerinin içeri doğru çekilmesine yol açabilir, bu da portakal kabuğu görüntüsüne benzer bir doku oluşumuna neden olabilir (Topuz, 2003).

2.7.Meme Kanseri Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde tanı anamnez, fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve biyopsi yardımıyla konur(Özmen ve ark., 2012b).

2.7.1.Anamnez

Hastanın detaylı bir şekilde sorgulanması önemlidir. Meme hastalıklarıyla ilgili en sık görülen başvuru sebeplerinin başında ele gelen kitle, meme ağrısı (mastalji), ve meme başı akıntısı gelmektedir.

Meme kanseri açısından risk durumu değerlendirilmeli ve bunun için yaş, alkol tüketimi, gebelik ve emzirme geçmişi, menopoz durumu, kullandığı ilaçlar gibi potansiyel risk faktörleri de sorulmalıdır. Ayrıca hastanın kanser öyküsü de detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Genetik yatkınlık açısından ailede meme kanseri geçmişinin olup olmadığı da araştırılmalıdır (Özmen ve ark., 2009).

2.7.2.Fizik Muayene

Menopoza girmemiş kadınlarda meme muayenesi için en uygun dönem adet başlangıcından 5-7 gün sonrasıdır. Bu dönemde meme dokusu en az gergin durumdadır. Benign kitleler çoğunlukla iyi sınırlı, hareketli, sert veya yumuşak olup, üzerindeki deride değişikliklere neden olmazlar. Fibrokistler genellikle simetrik kalınlaşma şeklinde bulgu verirler. Ancak kitle sert, hareketsiz, sınırları düzensiz ve çevre dokuya fikse ise malignite şüphesi artar (Malya ve Sayek, 2013).

Kanlı akıntı, meme başında çekilme ve deride çökme gibi bulgular, maligniteyi işaret edebilir. Kızarmış, dokunmakla ağrılı ve gergin lezyonlar ise genellikle mastit gibi enfeksiyöz durumları düşündürmektedir. Ancak, bu semptomların inflamatuvar meme kanserlerinde de görülebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Malya ve Sayek, 2013).

2.7.3.Görüntüleme Yöntemleri

Mamografi

Memenin temel görüntüleme yöntemi mamografidir. Mamografi, etkin bir tarama aracı olmasının yanı sıra tanısal amaçlarla da sıkça kullanılır. Tanısal mamografi meme başı akıntısı, ele gelen kitle ve lokalize ağrı gibi klinik bulguları olan hastalarda veya tarama mamografisinde anormallik saptanan durumlarda uygulanır (Ernst ve Roukema, 2002). Meme kanserinde mortaliteyi azaltan en önemli tarama yöntemidir (Açıkgöz Ayla ve ark., 2015a).

Biyopsi öncesinde yapılan mamografinin amacı, klinik olarak tespit edilen anormallikleri daha iyi ortaya koymak ve lezyonların detaylarını inceleyerek multifokal karsinom veya invaziv karsinomun intraduktal komponentlerini saptamaktır.

Mamografinin tanı değeri, meme dokusunun yapısına göre değişiklik gösterir. Mamografinin duyarlılığı yağlı bir memede yaklaşık %100'e kadar çıkabilirken, parankim ve stromadan zengin, yoğun bir meme dokusunda tanı değeri düşebilir (Ernst ve Roukema, 2002). Mamografinin duyarlılığı yaklaşık %85-90 oranındadır ayrıca yalancı negatiflik %10-15 oranındadır. Yoğun meme yapısı mamografide yanlış negatifliğin en sık sebebidir (Rızalar ve Altay, 2010).

Mamografide kalsifikasyonlar, saptanabilen en küçük yapılar arasında yer alır. Mikrokalsifikasyonların maligniteyi düşündüren belirtileri şunlardır:

- Pleomorfik özellik (farklı şekil ve boyutlarda olmaları),
- Segmenter dağılım veya duktal dizilim,
- Asimetrik bir şekilde tek bir memenin tek bir bölgesinde bulunmaları,
- Mikrokalsifikasyon, yapısal distorsiyon, dansite artışı,
- Mikrokalsifikasyon kümesinin dış konturunun düzensizliği,

Bu özellikler, mamografide saptanan mikrokalsifikasyonların malign olabileceğini düşündürür ve biyopsi gerekliliğini ortaya koyar (Ernst ve Roukema, 2002).

Amerikan Radyoloji Derneği (American College of Radiology - ACR) tarafından 1993'te geliştirilen "Breast Imaging Reporting and Data System" (BIRADS), mamografi raporlarında terminolojinin standardize edilmesi, meme lezyonlarının kategorize edilmesi ve tarama mamografilerinde saptanan nonpalpabl lezyonların yönetimini kolaylaştırmak amacıyla kullanılan bir sistemdir (Ernst ve Roukema, 2002).

BIRADS Sınıflaması

BIRADS, mamografi ve diğer görüntüleme yöntemleri ile saptanan meme lezyonlarını sınıflandırmak için kullanılan bir sistemdir. İşte BIRADS sınıflamasının genel hatları:

BIRADS 0: Ek tetkik gereklidir. Mamografi veya diğer görüntüleme yöntemleri sonrasında yeterli bilgi elde edilememişse verilen geçici bir sınıflandırmadır.

BIRADS 1: Normal bulgular. Hiçbir anormal bulgu saptanmamıştır.

BIRADS 2: Benign bulgular. Anormallikler var ancak malignite riski düşüktür.

BIRADS 3: Olasılıkla benign. Lezyonun benign olasılığı yüksektir, ancak sık aralıklarla izlem önerilir.

BIRADS 4: Malignite açısından şüpheli. Biyopsi önerilir. Bu kategori, şüphe derecesine göre alt kategorilere ayrılır:

- **BIRADS 4a:** Malignite şüphesi düşük.
- **BIRADS 4b:** Malignite şüphesi orta.
- **BIRADS 4c:** Malignite şüphesi yüksek.

BIRADS 5: Malignite şüphesi kuvvetli. Biyopsi önerilir.

BIRADS 6: Bilinen malignite. Lezyon, biyopsi ile malign olarak kanıtlanmıştır.

Bu sınıflandırma sistemi, radyologların mamografi sonuçlarını raporlarken ve klinik hekimlerin tedavi yönetimini planlarken kullanılan standart bir dil sağlar. Her bir sınıf, lezyonun potansiyel malignite riskini belirtir ve tedavi sürecinde alınacak adımları yönlendirir (Baskan ve ark., 2012).

Ultrasonografi (USG)

USG, meme kanseri teşhisinde önemli bir yardımcı görüntüleme yöntemidir. Özellikle mamografinin yeterli olmadığı durumlarda veya tamamlayıcı bilgi gerektiren durumlarda kullanılır. USG' nin meme kanseri teşhisindeki rolü ve avantajları:

1. Özel Durumlar ve Gruplar:

- Gebelik ve Emzirme Dönemi: Radyasyon içermemesi nedeniyle mamografiden daha güvenlidir.
- 30 Yaş Altı Kadınlar: Mamografinin etkinliği düşük olduğu için ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir.
- Palpabl Kitleler: Elle tespit edilebilen kitlelerin değerlendirilmesinde ilk tercih edilen yöntemdir.
- Erkek Meme Kanseri: Erkeklerde meme doku yapısının farklılığı nedeniyle değerlendirme için idealdir.

2. Kullanım Alanları:

- Solid-Kistik Ayrımı: Kitlelerin iç yapısını detaylı olarak gösterir, solid (katı) ve kistik (sıvı dolu) kitleleri ayırt etmede yardımcı olur.

- İğne Biyopsi: Elle hissedilemeyen kitlelerin yerlerini belirlemede ve iğne biyopsi yapılacak kitlelerin yönlendirilmesinde kullanılır.

- Doku Yapısı ve Mamografiden Üstünlüğü: Parankim ve stromadan zengin, yoğun memelerde USG ile mamografinin birlikte kullanılması, kanser tespit edebilme oranını artırabilir. Dokuların üst üste gelmediği için daha net değerlendirme yapılabilir.

3. Sınırlamaları:

- Mikrokalsifikasyonların Gösterimi: Mamografi kadar küçük kalsifikasyonları göstermede etkili değildir.

- Operatör Bağımlılığı: Sonucun değerlendirilmesi, USG'yi yapan kişiye göre değişebilir.

USG, meme kanseri tarama ve tanısında mamografi ile birlikte kullanıldığında, daha kapsamlı bir görüntüleme sağlayarak kanserin erken dönemde tespit edilmesine yardımcı olabilir (Özmen ve ark., 2009).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

MRG meme görüntülemeye çok yönlü bir kullanım sağlayan bir tekniktir ve belirttiğiniz durumlar doğru bir şekilde açıklanmıştır:

1. Yüksek Duyarlılık: MRG, özellikle meme dokusunun yoğun olduğu durumlarda, örneğin genetik yatkınlığı olan kadınlarda veya mamografide yoğun parankim görünümü olan hastalarda daha yüksek duyarlılık sağlar. Bu durumlarda mamografi veya ultrasonografi ile tespit edilmesi zor olan küçük tümörler veya malign lezyonlar, MRG ile daha iyi görüntülenebilir.

2. Operasyon Öncesi Planlama: Meme koruyucu cerrahi düşünülen hastalarda MRG, tümör varlığını ve yayılımını daha net bir şekilde gösterebilir. Bu, cerrahi planlamanın doğru yapılmasını sağlar ve cerrahın tümörü tam olarak çıkarmasına yardımcı olur.

3.Şüpheli Görünümlerin Değerlendirilmesi: Mamografide şüpheli olarak değerlendirilen düzensiz, silik veya sınırlı yoğunluklar gibi lezyonlar MRG ile daha ayrıntılı olarak incelenebilir. Bu, lezyonun doğası hakkında daha fazla bilgi sağlayarak biyopsi kararı verme sürecine katkıda bulunur.

4. Kemoterapi Yanıtının Değerlendirilmesi: Kemoterapi alan hastalarda MRG, tümörün tedaviye yanıtını değerlendirmede kullanılır. Tedavi öncesi ve sonrası MRG görüntüleri karşılaştırılarak tümörün boyutlarındaki değişim (regresyon veya progresyon) takip edilebilir.

MRG' nin bu çeşitli kullanım alanları, meme kanseri tanısında ve takibinde önemli bir rol oynamasını sağlar. Ancak MRG' nin yüksek maliyeti ve bazı durumlarda invaziv olması, rutin tarama için geniş ölçekte kullanılmasını kısıtlayabilir. Bu nedenle, hangi hasta gruplarında ve hangi durumlarda MRG' nin kullanılacağı dikkatlice belirlenmelidir (Tunacı, 2012) .

MRG endikasyonları;

1. Primeri bilinmeyen metastatik odakların incelenmesi: Metastatik lezyonların hangi primer odaktan kaynaklandığı araştırılırken mamografi ile odak %50 oranında atlanabilmektedir. Meme MRG, aksiller lenf noduna metastaz varlığında primer meme tümörünü %75-85 oranında yakalamaktadır (Schorn ve ark., 1999).

2. MG(mamografi) ve USG ile net tanı konulamayan vakalarda: MG ve USG'de benign ve malignite için net ayırım yapılamayan vakalarda MRG devreye

girmektedir. MRG’de net değeriendirilemeyen mikrokalsifikasyonlarda eğer şüphe varsa biyopsi önerilmektedir(Van Goethem ve ark., 2006).

3. Ameliyat öncesi evreleme: USG ve MG, tümör boyutu 2 cm büyük kitleleri daha küçük gösterebilmektedir. Doğru ölçüyü MRG vermektedir. Ameliyat öncesi evreleme yapılırken, meme dokusu yoğun memelerde her ikisi için odağın tespitinde kullanılır (Kuhl, 2007).

4. Meme koruyucu cerrahi sonrası cerrahi sınır değeriendirilmesinde

5. Neoadjuvan amacıyla verilen kemoterapiye cevabın değeriendirilmesinde

6. Meme implantlarının değeriendirilmesinde (Özmen ve ark., 2009).

2.7.4.Biyopsi

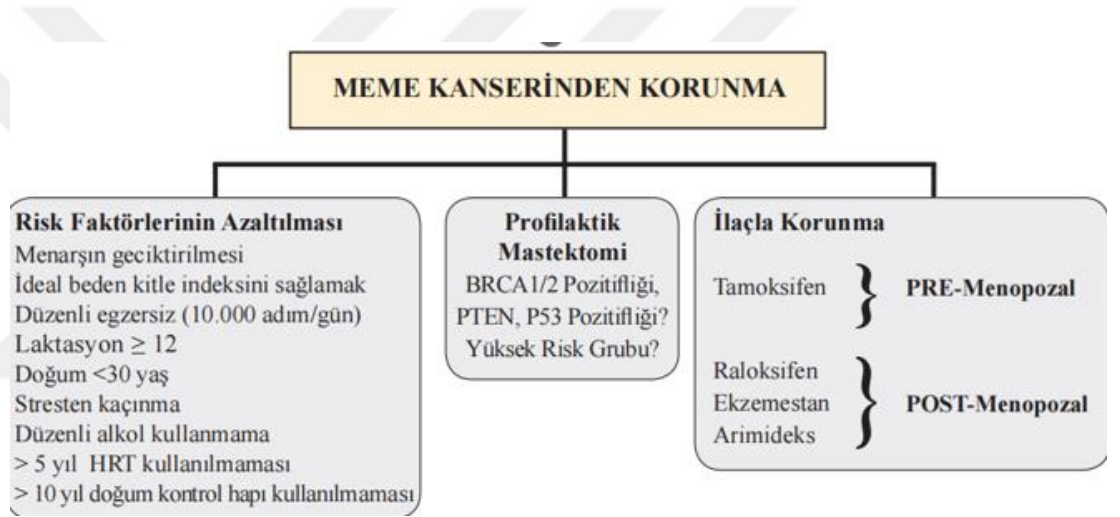
Meme hastalıklarının değeriendirilmesinde genellikle klinik ve radyolojik yöntemler yeterli bilgi sağlasa da, malignite şüphesi olduğunda kesin tanı için patolojik inceleme de zorunludur. Bu, lezyonun biyopsi veya başka uygun yöntemlerle alınarak histopatolojik olarak incelenmesini gerektirir. Böylece, hastalığın doğası daha net bir şekilde belirlenebilir ve uygun tedavi planı oluşturulabilir.

Meme kanserinin kesin tanısı biyopsi ile konulmaktadır. Dört tip biyopsi vardır.

- 1- İnce iğne aspirasyon biyopsisi:** İnce iğne vasıtası ile kitleden alınan parçanın incelenmesidir. Hızlı, pratik ve ucuz bir işlemdir. Sonuç hızlı çıkar. Kanserinvaziv olup olmadığı konusunda yanlış sonuçlar verebilir (Ernst ve Roukema, 2002).
- 2- İnsizyonel biyopsi:** Memedeki kitleden bir parça alınıp patolojik inceleme yapılmasıdır.
- 3- Eksizyonel biyopsi:** Memedeki kitlenin tamamı çıkarılarak patolojik değeriendirme için gönderilmesidir.

4- Core biyopsi (tru-cut biyopsi): Kor biyopsi iğnesi ile memedeki lezyondan farklı noktalardan küçük doku örnekleri alınır. Bu örnekler yaklaşık 2 cm uzunluğunda ve 1 mm kalınlığındadır. Bu yöntemle kanserli dokunun tipi, grade'i ve tedavi kararını etkileyen reseptör bilgileri elde edilebilir. Son yıllarda, yumuşak doku tümörlerinde açık biyopsi yerine tru-cut biyopsinin tercih edilme oranı artmış, bu yöntem yüksek özgüllük ve duyarlılık göstermiştir (Berner ve ark., 2003).

2.8.Meme Kanserinden Korunma



Şekil 4:T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi 2020

2.8.1.Birincil Korunma

Birincil korunma, meme kanseri riskini azaltmak için alınan önlemleri ifade eder. Bu önlemler, değiştirilebilir risk faktörlerinin etkilerini azaltmayı ve bu faktörleri ortadan kaldırmayı hedefler. İşte birincil korunma için önerilen bazı yöntemler:

1. Sağlıklı Diyet: Dengeli ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmek, özellikle yağ ve kalori alımını sınırlamak, sebze ve meyve tüketimini artırmak önemlidir.
2. Alkol ve Sigaradan Kaçınma: Alkol tüketimini sınırlamak veya mümkünse bırakmak, sigara içmekten kaçınmak meme kanseri riskini azaltabilir.
3. Fiziksel Aktivite: Düzenli egzersiz yapmak, sedanter yaşam tarzından uzaklaşmak, kiloyu kontrol altında tutmak meme kanseri riskini azaltabilir.
4. Doğum ve Emzirme: 30 yaş altında ilk doğumu yapmak ve emzirmek meme kanseri riskini azaltabilir.
5. Hormon Replasman Tedavisi ve Kontraseptifler: Hormon replasman tedavisini ve uzun süreli oral kontraseptif kullanımını sınırlamak veya uygun olmayan durumlarda alternatif yöntemler araştırmak önemlidir.
6. Radyasyondan Korunma: Göğüs bölgesinin gereksiz radyasyona maruz kalmaması, meme kanseri riskini azaltmada önemli bir faktördür.
7. Genetik Yatkınlık ve Aile Öyküsü: Yüksek risk grubunda olan kadınlar, özellikle aile öyküsü veya genetik yatkınlık nedeniyle, bilateral mastektomi gibi radikal önlemleri veya tamoksifen gibi koruyucu tedavileri düşünebilirler.

Birincil korunma stratejileri, bireyin yaşam tarzı, genetik durumu ve kişisel risk faktörlerine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Her kadının meme kanseri riskini azaltmak için alabileceği adımlar farklılık gösterebilir. Bu nedenle düzenli sağlık kontrolleri, doktor önerileri ve kişisel risk değerlendirmeleri önemlidir (Gençtürk, 2007).

2.8.2. İkincil Korunma

2012 Tanıma Önerileri	AAFP	ACOG	ACS	USPSTF	Diğer Yönlendirmeler
Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)	Karşı öneride bulunuyor	Kişinin meme ile ilgili farkındalığın bir parçası olabilir	20+ : KKMM opsiyoneldir; faydaları ve sınırlılıkları konusunda eğitim verin	Yetersiz kanıt	USPSTF, AAFP, ACS ve ACOG meme ile ilgili farkındalığı ve/veya memedeki değişikliklerin erken bildirilmesini teşvik etmektedirler.
Klinik meme muayenesi (KMM)	Yetersiz kanıt	40+ : yıllık 20-39 : her 1-3 yılda bir	40+ : yıllık 20-39 : her 1-3 yılda bir	Yetersiz kanıt	Ortak 3 parmağın iç yüzlerinin kullanılması; bir biriyle örtüşecek şekilde demir para büyüklüğünde dairesel hareketlerle, ardışık olarak hafif, orta ve şiddetli basınç uygulanması önerilmektedir
Mamografi	40-49: bireyselleştir 50-74: 2 yılda bir 75+: yetersiz kanıt	40+ : yıllık öneri 75+ : bireyselleştir	40 dan sonra sağlıklı tüm yaşlar süresince yıllık öneri	<50 bireyselleştir 50-74: 2 yılda bir tarama 75+, kanıt eksik	Meme yoğunluğu tespit etme becerisini etkiler.
MRG	Yüksek riskte düşün	Normal risk taraması için değil	Normal risk taraması için değil	Normal risk taraması için yetersiz kanıt	MRG, küçük kitleleri algılamada çok yüksek hassasiyet sağlayabilir; ancak, yüksek maliyetlidir, IV kontrast riskleri ile ilişkilidir, mamografinin tespit ettiği her göğüs kanserini tespit edemez ve rehberliğinde biyopsi her zaman yapılamayabilir.
Yüksek riskli kadınlar	Aile öyküsü nedeniyle yüksek riskli olanları genetik danışmanlığa ve BRCA testine sevk et	Erken dönemde genişletilmiş tarama	30+ yüksek riskli kadınlar senelik mammogram + MRG	Erken dönemde genişletilmiş tarama	Yüksek risk, geçerli bir tahmin modelinde BCRA pozitif $\pm \geq 20\%$ risk olarak kabul edilir.

AAFP (Amerikan Aile Hekimliği Birliği) American Association of Family Practitioners ACOG, (Amerikan Obstetrik ve Jinekolojistler Okulu) American College of Obstetricians and Gynecologists; ACS, (Amerikan Kanser Derneği) American Cancer Society; USPSTF: (ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü) United States Preventative Services Task Force.

Şekil 5: T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi 2020

İkincil korunmada, meme kanserini erken evrede yakalamak ve tedavi sürecini başarıyla yönetmek önemli bir stratejidir. Bu amaçla kullanılan tarama yöntemleri; kişinin kendi kendine yaptığı meme muayenesi, sağlık personeli tarafından yapılan klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografidir.

- 1. KKMM:** Kadınların kendi kendilerine yapabilecekleri basit bir muayene yöntemidir. Her ay düzenli olarak yapılması önerilir. Kadınlar meme dokusunda herhangi bir değişiklik veya kitle fark ederlerse, bu durumu sağlık profesyonellerine bildirmelidirler.
- 2. KMM:** Hekim tarafından yapılan detaylı bir meme muayenesidir. Genellikle yılda bir kez düzenli olarak yapılması önerilir. Uzmanlar meme dokusunda herhangi bir anormallik veya şüpheli bulgu tespit ederlerse, ileri tetkikler için yönlendirme yaparlar.

- 3. Mamografi:** Meme kanserini erken evrede tespit etmek için etkili bir görüntüleme yöntemidir. Özellikle 40 yaş ve üzeri kadınlara yılda bir mamografi çekilmesi önerilir. Mamografi, meme dokusundaki mikrokalsifikasyonlar gibi erken kanser belirtilerini gösterebilir.

Bu tarama yöntemleri sayesinde meme kanseri erken evrede yakalanabilir. Kadınların düzenli olarak bu tarama yöntemlerini uygulamaları, meme kanserinin erken evrede teşhis edilmesi ve tedavi edilmesinde kritik bir rol oynar (Gençtürk, 2007).

1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKMM, meme kanserinin erken belirtilerini fark etmek için kadınlar tarafından kendi kendilerine yaptıkları düzenli muayenedir.

1. Amaç: Meme dokusunda herhangi bir değişiklik veya anormalliği fark etmek ve erken dönemde meme kanseri belirtilerini tespit etmektir.
2. Uygulama:

- KKMM, invaziv olmayan ve alet gerektirmeyen bir işlemdir.

- Herhangi bir yaş sınırı yoktur, ancak genellikle 20 yaşından itibaren başlanması önerilir.

- KKMM için en uygun zaman, adet gören kadınlar için adet döneminden sonra 5 ila 7. günlerdir. Menopozda olan kadınlar için her ay belirli bir gün tercih edilmelidir. OKS kullanan kadınlar ise yeni paketlerine geçtikleri ilk gün bu muayeneyi yapmalıdır.

- Hamilelik ve emzirme döneminde de uygulama devam ettirilmelidir. Emzirme sonrasında KKMM yapılması daha uygun olabilir.

3. Nasıl Yapılır:

- Ayakta veya yatarak, ayna karşısında veya duşa yapılabilecek bir muayenedir.

- Meme dokusunda herhangi bir şişlik, sertlik, ciltte kızarıklık veya şekil değişikliği gibi belirtileri araştırılır.

- Her iki meme ve koltuk altı lenf bezleri de kontrol edilmelidir.

KKMM, meme sağlığı için önemli bir adımdır ancak tek başına bir tarama yöntemi olarak yeterli değildir. Düzenli olarak yapılması, diğer tarama yöntemleriyle birlikte kullanılması ve herhangi bir değişiklik fark edildiğinde sağlık uzmanına danışılması önemlidir (Kılıç Selim ve ark., 2006).

KKMM' nin gözle ve elle yapılan iki basamağı vardır:

Gözle Değerlendirme:

1. **Aydınlık Odada Gözlem:** Aydınlık bir odada, ayna karşısında, belden yukarısı çıplak şekilde durulmalıdır.
2. **Eller Serbest:** Eller iki yanda serbest olarak havada, sonra kalçaların üzerinde, ardından öne doğru eğilerek gözlemlenmelidir.
3. **Gözlemlenen Belirtiler:**
 - Meme ve meme başı çevresindeki dokularda şişlik
 - Kızarıklık
 - Meme başı akıntısı
 - Renk değişikliği
 - Yüzeysel damarlarda belirginleşme
 - Meme çekilmesi
 - Asimetri
 - Portakal kabuğu görüntüsü (deride portakal kabuğu gibi pürüzlü bir görünüm)
 - Yara, kuruma, pullanma gibi değişiklikler (İğci ve Asoğlu, 2003).

Elle Yapılan Meme Muayenesi:

1. **Muayene Edilecek Bölge:** Göğüs kemiğinin ortasından koltukaltına kadar yatay, köprücük kemiğinden memenin birkaç cm altına kadar dikey olarak.
2. **Parmak Kullanımı:** Muayene için elin orta üç parmağının iç kısımları kullanılır.
3. **Muayene Tekniği:**

Temelde 3 şekildedir: Dairesel hareketlerle, dikey tarayarak veya merkezden dışa doğru.

Her iki memede, hafif, orta ve şiddetli basınçla üç kez tekrarlanır.

KKMM ile ilgili olarak, 1985 yılında Leningrad ve Moskova'da yapılan çalışmalar, KKMM' nin maliyet-etkin bir yöntem olduğunu göstermiştir. Maliyet-etkinlik, bir sağlık hizmetinin maliyetinin, sağladığı fayda ile orantılı olarak düşük olması anlamına gelir. Bu çalışmalar, KKMM' nin invazif olmayan, alet gerektirmeyen, basit ve ekonomik bir yöntem olması sebebiyle, meme kanseri taramasında maliyet-etkin bir seçenek olarak değerlendirilebileceğini ortaya koymuştur (Koroltchouk ve ark., 1990).

Kanada Koruyucu Sağlık Hizmeti Görev Kuvveti gibi kurumlar, KKMM'nin rutin olarak yapılmasının kadınlarda anksiyeteye sebep olduğunu ve gereksiz yere doktor ziyaretlerini ve biyopsi sayısını artırabileceğini öne sürmektedirler. Bu nedenle, KKMM'nin zararlı olabileceğini ve meme kanseri taramasında önerilen bir yöntem olmadığını belirtmektedirler. Bu tür kurumlar genellikle, tıbbi uygulamaların yararlarını ve zararlarını değerlendirerek sağlık politikalarını şekillendirmeye çalışırlar. KKMM konusunda yapılan eleştiriler, yöntemin doğruluğu ve anlamlı biyopsi sonuçlarına yol açma yeteneği konusunda güçlü kanıtlar olmadığına dayanmaktadır. Bununla birlikte, kadınların meme sağlığı hakkında bilinçlenmelerini teşvik etmek ve

memelerindeki değişiklikleri fark etmelerini sağlamak için düzenli doktor kontrolü ve eğitim önem taşımaktadır (Bradbury, 2001).

2-Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi, bir hekim tarafından gerçekleştirilen bir muayene yöntemidir. Bu muayene sırasında genellikle anamnez ve fiziksel muayene yapılarak meme dokusu incelenir. Klinik meme muayenesi, meme dokusunda herhangi bir anormallik veya lezyonun erken tespiti için önemli bir tarama yöntemidir.

Ülkemizde genel olarak kadınlara 20 yaşından sonra 2 yılda bir KMM yapılması önerilmektedir. Ancak 40-69 yaş arasındaki kadınlarda ise yılda bir kez KMM yapılması tavsiye edilmektedir. Bu yaş grubunda yıllık muayene, meme kanserinin erken teşhisinde ve tedavi edilebilir evrede yakalanmasında önemli bir rol oynamaktadır (Açıkgöz Ayla ve ark., 2015b).

Bir tarama yöntemi olarak tek başına meme kanseri mortalitesini düşürdüğüne dair yeterli veri bulunmasa da, mamografi ile yapılan taramalara ek yöntem olarak uygulanmasıyla mamografinin duyarlılığını ve seçiciliğini arttırdığı gözlenmiştir (Barton ve ark., 1999).

3-Mamografi

Mamografi, meme kanserinin erken teşhisinde etkili olan ve yaygın olarak kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Ancak, bazı dezavantajları da bulunmaktadır:

1.Radyasyon Maruziyeti: Mamografi sırasında alınan radyasyon dozu, uzun vadeli meme kanseri riskini artırabilir. Özellikle genç kadınlarda bu risk daha belirgin olabilir.

2.Yanlış Pozitif ve Negatif Sonuçlar: Mamografi, bazen benign lezyonları kanser olarak gösterebilir (yanlış pozitif sonuçlar) veya gerçek maligniteyi kaçırabilir (yanlış negatif sonuçlar).

3.Anksiyete Oluşturması: Yanlış pozitif sonuçlar, hastalarda endişe ve anksiyeteye yol açabilir. Bu durum, gereksiz biyopsi ve tedavi süreçlerine neden olabilir.

4.Yetersizlik: Özellikle meme dokusu yoğun olan kadınlarda veya genç yaşta kadınlarda mamografi, kanseri yakalamada yetersiz olabilir. Bu durumda ek görüntüleme yöntemleri veya tetkikler gerekebilir.

Mamografi, tarama için önemli bir araç olmasına rağmen, bu dezavantajlar göz önünde bulundurularak kullanılmalı ve gerekirse diğer görüntüleme yöntemleri ile desteklenmelidir. Özellikle risk faktörleri taşıyan veya yoğun meme dokusu olan kadınlarda ek tetkiklerin değerlendirilmesi önemlidir (Smith ve ark., 2010).

Sağlık Bakanlığı, 40 yaş altında olup risk taşıyan kadınlar hekimlerin belirleyeceği sıklıkta, 40-69 yaş arası için iki yılda bir mamografi çekilmesini önermektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları (Erişim linki: Kanser Taramaları (saglik.gov.tr) Erişim tarihi: 17.06.2024)).

2.8.3.Üçüncül Korunma

Üçüncül korunmanın temel amacı, tedavi sonrası yaşam kalitesini artırmak ve hastalığın etkilerini minimize etmektir. Bu aşama, şu başlıklar altında önem taşır:

2.Bilgilendirme ve Eğitim: Hastaya ve yakınlarına hastalık hakkında doğru bilgi verilmesi, tedavi süreçlerinin anlaşılması ve tedavi sonrası izlenmesi gereken prosedürlerin öğretilmesi önemlidir. Bu sayede hasta, kendi sağlığını yönetme ve tedavi sürecine aktif katılım sağlama konusunda desteklenir.

4.Fiziksel Rehabilitasyon: Tedavi sonrası fiziksel yeterliliğe kavuşmak için rehabilitasyon programları uygulanabilir. Özellikle cerrahi sonrası hareket yeteneğinin geri kazanılması, kas güçlenmesi gibi hedeflerle fizyoterapi önemli bir rol oynar.

2.9.Meme kanserinde evreleme

34

primer tümörün boyutunu, N, bölgesel lenf nodlarını ve M, uzak metastazı temsil eder (Tablo 2.1)(Amin ve ark., 2017).

Tablo 2.1:Meme Kanserinde TNM Evrelemesi

EVRE	T	N	M
Evre 0	Tis	N0	M0
Evre I	T1	N0	M0
Evre IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Evre IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
	T3	N2	M0
Evre IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0

2.10.Meme Kanserinde Tarama

Tarama yöntemleri arasında en sık kullanılan kendi kendine meme muayenesi KKMM, KMM ve mamografidir (Çehrelı ve ark., 2019). Mamografi meme kanserine bağılı mortaliteyi azaltırken, KKMM ve KMM meme kanseri farkındalığını artırmaktadır. Kendi kendine meme muayenesi, kadınlara öğretilmiş bir yöntem olarak kişinin kendi tarafından yapılan titiz bir şekilde düzenli aylık elle dokunarak muayenesi olarak tanımlanmaktadır (O'mahony ve ark., 2017).

Türkiye’de kadınların 20 yaşından sonra KKMM ayda bir kez önerilmektedir. Buna ilave düzenli olarak 20-40 yaş içindeki kadınların 2 yılda bir, 40-69 yaş içindeki kadınların her yıl KMM’ nin bir kez hekim tarafından yapılması ve 40-69 yaş içindeki kadınların her 2 yılda bir mamografi çekirtmesi tavsiye edilmektedir (Taylan ve Çelik, 2020).

2.11.Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinin primer tedavisi lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılabilir.

2.11.1.Lokal Tedavi Yöntemleri

Cerrahi Tedavi: Meme kanserinde tedavinin ilk adımı genellikle cerrahidir. Modifiye radikal mastektomi, en yaygın uygulanan cerrahi yöntemdir, ancak günümüzde meme koruyucu cerrahilerin sayısı artmaktadır. Dünya genelinde bu alanda bir eğilim gözlemlenmektedir. Erken evre meme kanseri vakalarında, meme koruyucu ameliyatlara tercih edilmektedir. Bu aşamada tedavi süreci, çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. Meme kanseri tedavisinde iki ana cerrahi yöntem bulunmaktadır: meme koruyucu cerrahi ve mastektomi (Müslümanoğlu, 2003).

- 1- Meme Koruyucu Cerrahi:** Meme koruyucu cerrahi, memenin tüm dokusunun çıkarılmadığı ve sadece tümörün alındığı bir ameliyattır. Bu cerrahi yöntemler arasında; tümör dokusunun bir miktar normal meme dokusuyla birlikte çıkarıldığı lumpektomi, tümörün bulunduğu kadranın çıkarıldığı kadranektomi ve memenin dörtte birinin tümörüyle birlikte alındığı parsiyel mastektomi bulunmaktadır (Müslümanoğlu, 2003).
- 2- Mastektomi:** Mastektomi işlemleri üç ana yöntemle gerçekleştirilir:

- 1) Basit Mastektomi: Bu yöntem, meme dokusunun tamamının çıkarıldığı, ancak altındaki kas tabakasının ve koltuk altındaki lenf bezlerinin korunduğu bir prosedürdür.
- 2) Modifiye Radikal Mastektomi: Günümüzde sıklıkla uygulanan bu yöntemde, meme dokusu ve meme derisinin tamamı ile koltuk altındaki lenf bezlerinin bir kısmı veya tamamı alınmaktadır.
- 3) Radikal Mastektomi: Bu, memenin tamamen çıkarıldığı, pektoralis minör ve majör kaslarının yanı sıra koltuk altındaki lenf bezlerinin de tamamen alındığı bir ameliyattır

Hastalık evrelerine göre tedavi seçenekleri değişiklik göstermektedir. I. ve II. evrelerde, henüz metastaz yapılmadığı için basit mastektomi ve modifiye radikal mastektomi gibi büyük cerrahi müdahaleler yapılabilir. Ayrıca, lumpektomi ve parsiyel mastektomi de uygulanabilmektedir. III. evrede ise genellikle basit veya modifiye radikal mastektomi tercih edilirken, IV. evrede metastaz varlığında sistemik tedavi olarak kemoterapi ve hormonal tedavi uygulanmaktadır (Müslümanoğlu, 2003).

Radyoterapi:

Ameliyat öncesi tümörün boyutunu azaltmak ve ameliyattan sonra memede, göğüs duvarında ya da koltuk altında kalabilecek veya tekrar çoğalabilecek kanser hücrelerini ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan tedavi yöntemidir (Yılmaz, 2018).

2.11.2.Sistemik Tedavi Yöntemleri

Kemoterapi

Adjuvan Kemoterapi: Primer tümörün çıkarılmasından sonra lokal lüks veya metastaz riskini azaltmak için mikrometastazların ortadan kaldırılmasına yönelik tedaviye denir (Karar, 2018).

Neo-adjuvan Kemoterapi: Uzak metastazları bulunmayan yalnızca lokal nedenlerle inoperabl olan meme kanserleri uygun kemoterapik ilaçların verilmesi ile çıkarılabilir hale gelebilmesi için uygulanan bu tedaviye neo-adjuvan kemoterapi denir (Karar, 2018).

Hormonal Tedavi: Bu alanda en yaygın şekilde kullanılan ilaç, tamoksifendir. Östrojen reseptörlerini bloke eden bu ilaç, östrojenin tümör hücreleri üzerindeki olumlu etkilerini engellerken aynı zamanda sitotoksik özellikler taşır. Nüksü ve sağ kalım oranlarını doğrudan etkiler ve etkilenmemiş memenin korunmasına yardımcı olur(Karar, 2018). Raloksifen, ikinci nesil bir selektif östrojen reseptör modülatörü olup, yapısı tamoksifenden farklıdır ve benzer antiöstrojenik etkiler sunarken daha az endometrial yan etkiye neden olur. FDA, osteoporozu olan kadınlar ile postmenopozal dönemindeki meme kanseri riski yüksek kadınlar için, meme kanseri riskini azaltmak amacıyla kullanılmasına onay vermiştir (Meijers-Heijboer ve ark., 2001).

İmmunoterapi: Vücudun kanser hücrelerine karşı bağışıklık sisteminin çeşitli ajanlarla güçlendirilmesi yöntemidir. Bu yöntemde en sık kullanılan ajan trastuzumabtır. Tedavinin hastalarda olumlu sonuç verdiği görülmüştür (Karar, 2018).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu tanımlayıcı kesitsel nitelikteki çalışmada, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan tüm sınıflardaki öğrencilerin meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri ile tutumlarının değerlendirilmesi ve geleceğin sağlık profesyonelleri olan tıp fakültesi öğrencilerinin, meme kanseri konusundaki bilgi ve tutumlarını belirleyerek, bu alanda farkındalığı arttırmak, bilemedikleri noktalarda bilgilendirmek ve eğitim programlarının geliştirilmesine katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

Çalışma hakkında tüm öğrencilere bilgi verilip onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulandı. Anket bitimi sonrası katılımcıların özellikle meme kanseri ile ilgili bilgi sorularına yanlış cevap verdikleri kısımlarda doğru bilgilendirmeler yapılarak farkındalıklarının arttırılması sağlandı.

Anketler, öğrencilerin meme kanseri hakkında sahip oldukları bilgileri, bu konuda gösterdikleri tutumları ve olası eğitim ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Bu yöntemle, öğrencilerin bilgi düzeyleri ve tutumları hakkında kapsamlı ve detaylı veriler elde edilmesi hedeflendi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih, Yer ve Evreni

Bu tanımlayıcı kesitsel çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aralık 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında yapıldı. Bu araştırma projesi Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 22.11.2023 tarihinde 2023/534 sayılı karar ile onaylandı.

Çalışma hakkında tüm öğrencilere bilgi verilip onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulandı (EK-1).Anketlerin toplanması sonrası öğrencilere meme kanseri ve risk faktörleri ile ilgili kısa ve eğitici açıklamalarda bulunuldu.

Herhangi bir nedenle derslerine devam etmemek, akademik tatilde olmak (boş yıl vb.) ve çalışmaya katılmayı reddetmek dışlama kriteri olarak kabul edildi.

Veri toplama sırasında, tıp fakültesine kayıtlı, gönüllü olan ve bilgilendirilmiş onam imzalayıp dışlama kriterlerini karşılamayan tüm öğrencilerin çalışmaya dahil edilmesi planlandı ve bu nedenle hedeflenen bir örneklem büyüklüğü veya grubu oluşturulmadı.

Çalışma sırasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kayıtlı toplam 1497 öğrenci bulunmaktaydı. Bunlardan 254 öğrenci dışlama kriterlerinden en az birini karşıladığı için analizlere dahil edilmedi. Analizler toplam 1243 katılımcı (tüm öğrencilerin %83,03'ü) üzerinde tamamlandı. Bunların 198'i birinci sınıf (tüm birinci sınıf öğrencilerinin %80,08'i), 225'i ikinci sınıf (tüm ikinci sınıf öğrencilerinin %80,6'sı), 198'ü üçüncü sınıf (tüm üçüncü sınıf öğrencilerinin %81,4'ü), 252'si dördüncü sınıf (tüm dördüncü sınıf öğrencilerinin %82'si), 175'i beşinci sınıf (tüm beşinci sınıf öğrencilerinin %81,7'si) ve 195'i altıncı sınıf (tüm altıncı sınıf öğrencilerinin %92,8'si) öğrencisiydi.

3.3.Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Yapılması

Veriler, sosyodemografik özellikleri içeren ve literatür doğrultusunda hazırlanmış olan 38 soruluk anket formu ile elde edildi. Araştırmacı hekim tarafından öğrencilere yüz yüze görüşme tekniği ile anket yapılarak araştırmanın verileri toplandı.

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti , sınıfı, aile yapısı, babasının ve annesinin öğrenim düzeyi, sigara ve alkol kullanım durumu, kendi sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, birinci derecede yakınlarında meme kanseri öyküsü durumu, kendini meme kanseri risk grubunda görüp görmediği, meme kanseri için kendini yeterli bilgi düzeyinde görüp görmediği ve meme kanseri hakkında bilgiyi en fazla aldığı kaynak sosyodemografik verilerin içinde sorgulandı. Anketin devamında katılımcılara kendi kendine meme muayenesi ile ve meme kanseri risk faktörleri ilgili bilgi soruları yönlendirildi. Ankette yer alan son soruda, anketin katılımcılar üzerinde meme kanseri ve riskleri konusunda farkındalık yaratıp yaratmadığı soruldu.

3.4.İstatiksel Analiz

Tüm veriler IBM SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. Kategorik değişkenler için gruplar arası analizler Pearson Ki-kare, Fisher's exact veya Fisher-Freeman-Halton testleri ile yapıldı.

Verilere ilişkin tanımlayıcı analizlerde normal dağılan değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler için ise frekans (n) ve yüzdelik (%) olarak tanımlandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

1.,2. ve 3. sınıflar preklinik;4.,5. ve 6.sınıflar klinik sınıf olarak kategorize edildi.

4. BULGULAR

Araştırmamıza 702 kız öğrenci (%56,5), 541 erkek öğrenci (%43,5) dahil oldu. Katılımcıların yaş ortalaması $21,41 \pm 2,16$ idi. Maksimum yaş 32, minimum yaş 17 idi. Öğrencilerin %15,9'u (n=198) 1. sınıf, % 18,1'si (n=225) 2. sınıf, %15,9'si (n=198) 3.sınıf, %20,3'ü (n=252) 4. sınıf, %14,1'i (n=175) 5. sınıf, %15,7'si (n=195) 6.sınıfta eğitim görmekteydi.

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %88,4'ünün (n=1099) çekirdek aile yapısında olduğu, %63,3'ünün (n=787) baba öğrenim düzeyinin yüksekokul/üniversite düzeyinde olduğu, %37,2'sinin (n=462) anne öğrenim düzeyinin yüksekokul/üniversite düzeyinde olduğu görüldü. Katılımcıların %11,2'sinin (n=139) alkol, %16,3'ünün (n=202) ise sigara kullandığı saptandı. Katılımcıların %58,2'si (n=723) kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiğini belirtti. %3,2'si (n=40) birinci derece yakınlarında (anne baba kardeş) meme kanseri olduğunu beyan etti. Katılımcıların %87,2'si (n=1084) kendisini meme kanseri risk grubunda görmediğini belirtti. %86'sının (n=1069) meme kanseri için kendini yeterli bilgi düzeyinde görmediği saptandı. Meme kanseri hakkında bilginin en fazla alındığı kaynak olarak %48,1 (n=598) ile en çok dersler olurken onu %31,4 (n=390) ile internet takip etti. Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı sosyodemografik verileri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n	Ort±Ss (min-max)	%
Yaş(Yıl)		21,41 ±2,16(17-32)	
Cinsiyet			
Kadın	702		56,5
Erkek	541		43,5
Sınıf			
1.sınıf	198		15,9
2.sınıf	225		18,1
3.sınıf	198		15,9
4.sınıf	252		20,3
5.sınıf	175		14,1
6.sınıf	195		15,7
Aile Yapısı			
Çekirdek aile	1099		88,4
Geniş aile	106		8,5
Anne-Baba boşanmış/Ebeveyn kaybı	38		3,1
Baba öğrenim düzeyi			
Okuryazar değil	4		0,3
Okuryazar	20		1,6
İlköğretim	155		12,5
Lise	277		22,3
Yüksekokul veya üniversite	787		63,3
Anne öğrenim düzeyi			
Okuryazar değil	24		1,9
Okuryazar	34		2,7
İlköğretim	396		31,9
Lise	327		26,3
Yüksekokul veya üniversite	462		37,2
Alkol kullanımı			
Var	139		11,2
Yok	1104		88,8
Sigara kullanımı			
Var	202		16,3
Yok	1041		83,7
Kendi sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği			
Çok iyi	205		16,5
İyi	723		58,2
Orta	284		22,8
Kötü	31		2,5

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Birinci derece yakınlarında (anne baba kardeş) meme kanseri olma durumu		
Evet	40	3,2
Hayır	1203	96,8
Kendini meme kanseri risk grubunda görme durumu		
Evet	159	12,8
Hayır	1084	87,2
Meme kanseri için kendini yeterli bilgi düzeyinde görme durumu		
Yeterli	174	14,0
Kısmen yeterli	773	62,2
Yetersiz	296	23,8
Meme kanseri hakkında bilgiyi en fazla aldığı kaynak		
Dersler	598	48,1
İnternet	390	31,4
Televizyon/gazete/dergi	82	6,6
Sağlık çalışanları	139	11,2
Arkadaşlar	34	2,7
Toplam	1243	100,0

Sınıflara göre öğrencilerin meme kanseri ile ilgili en sık kullandığı bilgi kaynaklarını karşılaştırdığımızda 4. (%61,1), 5. (%81,7) ve 6.sınıfların (%70,3), 1. (%11,6), 2. (%16,0) ve 3. sınıflara (%53,0) göre derslerden daha fazla yararlandığı saptandı. Dersleri kaynak kullanma oranının en düşük 1.sınıflarda olduğu görüldü. 1.sınıfların en fazla kullandığı kaynağın internet (%65,2) olduğu görüldü. Ayrıca 1. (%65,2) ve 2.sınıfların (%51,6) en fazla interneti; 3. (%53,0), 4. (%61,1), 5. (%81,7) ve 6.sınıfların (%70,3) ise en fazla dersleri kaynak olarak kullandığı saptandı. Bu bulguların hepsinde istatistiksel anlamlılık tespit edildi($p<0,001$)(Tablo 4.2.).

Tablo 4. 2. Sınıflara Göre Öğrencilerin Meme Kanseri İle İlgili En Sık Kullandığı Bilgi Kaynaklarının Karşılaştırılması

	Dersler n(%)	İnternet n(%)	Televizyon/gazete/ dergi n(%)	Sağlık çalışanları n(%)	Arkadaşlar n(%)	X ²	p değeri
1.sınıf	23(11,6)	129(65,2)	22(11,1)	14(7,1)	10(5,1)	443,746	<0,001
2.sınıf	36(16,0)	116(51,6)	38(16,9)	24(10,7)	11(4,9)		
3.sınıf	105(53,0)	71(35,9)	4(2,0)	16(8,1)	2(1,0)		
4.sınıf	154(61,1)	43(17,1)	9(3,6)	39(15,5)	7(2,8)		
5.sınıf	143(81,7)	7(4,0)	4(2,3)	18(10,3)	3(1,7)		
6.sınıf	137(70,3)	24(12,3)	5(2,6)	28(14,4)	1(0,5)		
Toplam	598(48,1)	390(31,4)	82(6,6)	139(11,2)	34(2,7)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Sınıflara göre katılımcıların meme kanseri hakkında bilgi düzeyine ilişkin algılarına bakıldığında 5. (%30,9) ve 6.sınıfların (%33,3) ‘yeterli’ cevabını verme oranı, diğer sınıflara göre daha yüksek bulundu. Ayrıca yetersiz cevabını verme oranı en çok %40,9 (n=81) ile 1.sınıflardaydı. 1.sınıftan 6.sınıfa doğru gittikçe yeterli cevabını verme oranının da arttığı bulundu. Tüm bu sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi ($p<0,001$). Kısmen yeterli cevabını verme oranının 1.sınıftan 3.sınıfa doğru gittikçe arttığı, 4.sınıftan 6.sınıfa doğru gittikçe azaldığı tespit edildi ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Sınıflara Göre Katılımcıların Meme Kanseri Hakkında Bilgi Düzeyine İlişkin Algıları

	Yeterli n(%)	Kısmen yeterli n(%)	Yetersiz n(%)	X²	p değeri
1.sınıf	6(3,0)	111(56,1)	81(40,9)	222,583	<0,001
2.sınıf	9(4,0)	132(58,7)	84(37,3)		
3.sınıf	9(4,5)	146(73,7)	43(21,7)		
4.sınıf	31(12,3)	162(64,3)	59(23,4)		
5.sınıf	54(30,9)	110(62,9)	11(6,3)		
6.sınıf	65(33,3)	112(57,4)	18(9,2)		
Toplam	174(14,0)	773(62,2)	296(23,8)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Sınıflara göre meme kanseri erken tanısını koymak mümkün mü sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında; 1.sınıfların (%9,1) ve 2.sınıfların (%12,4) hayır deme oranı diğer sınıflara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Sınıflara Göre Meme Kanseri Erken Tanısını Koymak Mümkün Mü Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

	Evet n(%)	Hayır n(%)	X²	p değeri
1.Sınıf	180(90,9)	18(9,1)	35,695	<0,001
2.Sınıf	197(87,6)	28(12,4)		
3.Sınıf	191(96,5)	7(3,5)		
4.Sınıf	246(97,6)	6(2,4)		
5.Sınıf	172(98,3)	3(1,7)		
6.Sınıf	186(95,4)	9(4,6)		
Toplam	1172(94,3)	71(5,7)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Sınıflara göre KKMM hakkındaki düşüncelerin karşılaştırılmasına bakıldığında; 5.sınıfların (%97,1) ve 6.sınıfların (%93,8) diğer sınıflara göre ‘KKMM her ay düzenli olarak yapılmalıdır’ cevabını vererek doğru bilme oranı istatistiksel olarak yüksek bulundu. ‘KKMM yapmak için bilgimin yeterli olmadığı’ cevabını en çok veren sınıf ise %66,2 (n=131) ile 1.sınıflar oldu. Bu bulgu da istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Sınıflara Göre KKMM Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

	Düzenli olarak her ay yapmak gerektiği n(%)	KKMM yapmak için bilgimin yeterli olmadığı n(%)	X²	P değeri
1.Sınıf	67(33,8)	131(66,2)	284,383	<0,001
2.Sınıf	149(66,8)	76(33,2)		
3.Sınıf	157(79,3)	41(20,7)		
4.Sınıf	210(83,3)	42(16,7)		
5.Sınıf	170(97,1)	5(2,9)		
6.Sınıf	183(93,8)	12(6,2)		
Toplam	936(75,3)	307(24,7)		

* Ki-kare testi kullanıldı.

Sınıfların kendi beyanlarına göre KKMM yapılma tekniğini bilme durumlarının karşılaştırılmasına bakıldığı zaman; ‘hiç bilmiyorum’ deme oranı 1.sınıfta (%61,6) en fazla iken, ‘iyi biliyorum’ deme oranı 6.sınıfta (%52,3) en fazlaydı. Ayrıca ‘iyi biliyorum’ deme oranı 1.sınıfta (%7,1) en az olarak saptandı. ‘Az biliyorum’ deme oranı %70,7 (n=140) ile 3.sınıfta en fazlaydı. Tüm bu sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Sınıflara Göre KKMM Yapılma Tekniğini Bilme Durumlarının Karşılaştırılması(Kendi Beyanlarına Göre)

	İyi biliyorum n(%)	Az biliyorum n(%)	Hiç bilmiyorum n(%)	X²	p değeri
1.Sınıf	14(7,1)	62(31,3)	122(61,6)	404,980	<0,001
2.Sınıf	22(9,8)	123(54,7)	80(35,6)		
3.Sınıf	16(8,1)	140(70,7)	42(21,2)		
4.Sınıf	66(26,2)	155(61,5)	31(12,3)		
5.Sınıf	73(41,7)	97(55,4)	5(2,9)		
6.Sınıf	102(52,3)	84(43,1)	9(4,6)		
Toplam	293(23,6)	661(53,2)	289(23,3)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Sınıflara göre KKMM yapılma sıklığı ne olmalıdır sorusuna verilen cevaplara bakıldığında; ‘ayda bir’ deme oranının %52,5 (n=104) ile en az 1.sınıfta, %88,6 (n=155) ile en fazla 5.sınıfta olduğu görüldü. ‘Şikayeti oldukça’ deme oranının ise en fazla %21,7 (n=43)ile 1.sınıfta olduğu saptandı. Tüm bu sonuçlarda istatistiksel anlamlılık bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Sınıflara Göre KKMM Yapılma Sıklığı Ne Olmalıdır Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

	Ayda bir n(%)	6 ayda bir n(%)	Şikayeti oldukça n(%)	X²	p değeri
1.Sınıf	104(52,5)	51(25,8)	43(21,7)	96,321	<0,001
2.Sınıf	132(58,7)	57(28,3)	36(16,0)		
3.Sınıf	143(72,2)	38(19,2)	17(8,6)		
4.Sınıf	199(79)	30(11,9)	23(9,1)		
5.Sınıf	155(88,6)	12(6,9)	8(4,6)		
6.Sınıf	156(80)	22(11,3)	17(8,7)		
Toplam	889(71,5)	210(16,9)	144(11,6)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

KKMM yapılması için en uygun dönem için verilen cevaplara bakıldığında; sınıflar prelinik-klinik olarak kategorize edildiğinde, ‘adet döneminin sonunda’ deme oranı %52,6 (n=327) ile klinik sınıflarda prekliniğe göre daha fazlaydı. ‘Zamanı fark etmez’ ve ‘şikayeti oldukça’ deme oranı ise sırasıyla %20,5 (n=127) ve %54,8 (n=340) ile prelinikte daha fazlaydı. Tüm bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Preklinik-Klinik Sınıflara Göre KKMM Yapılma Dönemi Karşılaştırılması

	Adet döneminin sonunda n(%)	Adet döneminin başında n(%)	Adet döneminde n(%)	Zamanı fark etmez n(%)	Şikayeti oldukça n(%)	X ²	p değeri
Preklinik	111(17,9)	31(5,0)	12(1,9)	127(20,5)	340(54,8)	179,659	<0,001
Klinik	327(52,6)	31(5,0)	17(2,7)	87(14,0)	160(25,7)		
Toplam	438(35,2)	62(5,0)	29(2,3)	214(17,2)	500(40,2)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Sınıfları preklinik ve klinik olarak kategorize ettikten sonra meme kanseri ile çeşitli risk faktörü sorularına verilen yanıtları karşılaştırdığımızda;

1-Yoğun meme dokusu, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %45,8 (n=285) ile preklinik sınıflardan (%34,8) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

2-Erken yaşta adet görmek, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %67,4 (n=419) ile preklinik sınıflardan (%21,3) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

3- Alkol kullanımı, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %67,5 (n=420) ile preklinik sınıflardan (%58,5) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

4- Sigara kullanımı, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %80,2 (n=499) ile preklinik sınıflardan (%69,6) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

5- Menopoz dönemi 6 aydan fazla HRT kullanımı, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %73 (n=454) ile preklinik sınıflardan (%42,5) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

6- İleri yaşta menopoza girmek, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %60,6 (n=377) ile preklinik sınıflardan (%32,9) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

7- İyonize radyasyon, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %85 (n=529) ile preklinik sınıflardan (%80) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

8- Fiziksel egzersiz, meme kanseri riskini azaltır deme oranı klinik sınıflarda %67 (n=417) ile preklinik sınıflardan (%51,7) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

9- Birinci derece yakında meme kanseri varlığı, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %96,8 (n=602) ile preklinik sınıflardan (%83,4) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

10-Obezite, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %72 (n=448) ile preklinik sınıflardan (%47,2) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

11-Hiç doğum yapmamak, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %74,8 (n=465) ile preklinik sınıflardan (%17,6) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

12-Daha önce düşük yapma öyküsü, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %18,0(n=112) ile preklinik sınıflardan(%9,2) anlamlı olarak daha yüksek bulundu(p<0,001).

13-Memede ele gelen şişlik ya da kitle, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %96,1 (n=598) ile preklinik sınıflardan (%81,6) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

14-Koltuk altında ele gelen şişlik, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %92 (n=572) ile preklinik sınıflardan (%74,7) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

15-Çocukluktan beri bir memenin diğerinden büyük olması, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %33,3 (n=207) ile preklinik sınıflarda (%27,5) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

16-Yaş arttıkça, meme kanseri riski artar deme oranı klinik sınıflarda %79,6 (n=495) ile prelinik sınıflardan (%63,6) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

17-BRCA mutasyonu, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %91,8 (n=571) ile prelinik sınıflardan (%34,3) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

18-Elektromanyetik maruziyet, meme kanseri riskini arttırır deme oranı klinik sınıflarda %75,6 (n=470) ile prelinik sınıflardan (%74,1) daha yüksek bulundu. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,545$)(Tablo 4.9.).



Tablo 4.9. Preklinik-Klinik Sınıflara Göre Meme Kanseri Risk Faktörü Sorularına Verilen Cevapların Karşılaştırılması

		Preklinik n(%)		Klinik n(%)		X ²	p değeri
Yoğun meme dokusu riski artırır mı?	Evet 216(34,8)	Hayır 72(11,6)	Fikrim yok 333(53,6)	Evet 285(45,8)	Hayır 127(20,4)	Fikrim yok 210(33,8)	52,565 <0,001
Erken yaşta adet görmek riski artırır mı?	Evet 132(21,3)	Hayır 62(10,0)	Fikrim yok 427(68,8)	Evet 419(67,4)	Hayır 46(7,4)	Fikrim yok 157(25,2)	276,689 <0,001
Alkol kullanımı riski artırır mı?	Evet 363(58,5)	Hayır 35(5,6)	Fikrim yok 223(35,9)	Evet 420(67,5)	Hayır 43(6,9)	Fikrim yok 159(25,6)	15,692 <0,001
Sigara kullanımı riski artırır mı?	Evet 432(69,6)	Hayır 14(2,3)	Fikrim yok 175(28,2)	Evet 499(80,2)	Hayır 20(3,2)	Fikrim yok 103(16,6)	24,527 <0,001
Menopoz dönemi 6 aydan fazla HRT kullanımı riski artırır mı?	Evet 264(42,5)	Hayır 17(2,7)	Fikrim yok 340(54,8)	Evet 454(73,0)	Hayır 25(4,0)	Fikrim yok 143(23,0)	132,152 <0,001
İleri menopoza girmek riski artırır mı?	Evet 204(32,9)	Hayır 34(5,5)	Fikrim yok 383(61,7)	Evet 377(60,6)	Hayır 98(15,8)	Fikrim yok 147(23,6)	187,629 <0,001
İyonize radyasyon riski artırır mı?	Evet 497(80,0)	Hayır 3(0,5)	Fikrim yok 121(19,5)	Evet 529(85,0)	Hayır 17(2,7)	Fikrim yok 76(12,2)	21,076 <0,001

Tablo 4.9.(Devam) Preklinik-Klinik Sınıflara Göre Meme Kanseri Risk Faktörü Sorularına Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Fiziksel egzersiz riski azaltır mı?	Evet 321(51,7)	Hayır 62(10,0)	Fikrim yok 238(38,3)	Evet 417(67,0)	Hayır 78(12,5)	Fikrim yok 127(20,4)	48,072	<0,001
Birinci derece yakında meme ca varlığı riski artırır mı?	Evet 518(83,4)	Hayır 17(2,7)	Fikrim yok 86(13,8)	Evet 602(96,8)	Hayır 6(1,0)	Fikrim yok 14(2,3)	63,400	<0,001
Obezite riski artırır mı?	Evet 293(47,2)	Hayır 13(2,1)	Fikrim yok 315(50,7)	Evet 448(72,0)	Hayır 31(5,0)	Fikrim yok 143(23,0)	104,379	<0,001
Hiç doğum yapmamak riski artırır mı?	Evet 109(17,6)	Hayır 92(14,8)	Fikrim yok 420(67,6)	Evet 465(74,8)	Hayır 41(6,6)	Fikrim yok 116(18,6)	412,768	<0,001
Daha önce düşük yapmak riski artırır mı?	Evet 57(9,2)	Hayır 77(12,4)	Fikrim yok 487(78,4)	Evet 112(18,0)	Hayır 141(22,7)	Fikrim yok 369(59,3)	52,954	<0,001
Memede ele gelen şişlik ya da kitle riski artırır mı?	Evet 507(81,6)	Hayır 4(0,6)	Fikrim yok 110(17,7)	Evet 598(96,1)	Hayır 8(1,3)	Fikrim yok 16(2,6)	78,954	<0,001
Koltuk altında ele gelen şişlik riski artırır mı?	Evet 464(74,7)	Hayır 10(1,6)	Fikrim yok 147(23,7)	Evet 572(92,0)	Hayır 6(1,0)	Fikrim yok 44(7,0)	67,802	<0,001

Tablo 4.9. (Devam) Preklinik-Klinik Sınıflara Göre Meme Kanseri Risk Faktörü Sorularına Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Çocukluktan beri bir memenin diğerinden büyük olması riski arttırır mı?	Evet 171(27,5)	Hayır 123(19,8)	Fikrim yok 327(52,7)	Evet 207(33,3)	Hayır 205(33,0)	Fikrim yok 210(33,8)	49,419	<0,001
Yaş arttıkça risk artar mı?	Evet 395(63,6)	Hayır 26(4,2)	Fikrim yok 200(32,2)	Evet 495(79,6)	Hayır 34(5,5)	Fikrim yok 93(14,9)	51,377	<0,001
BRCA mutasyonu riski arttırır mı?	Evet 213(34,3)		Hayır 408(65,7)	Evet 571(91,8)		Hayır 51(8,2)	441,141	<0,001
Elektromanyetik maruziyet riski arttırır mı?	Evet 460(74,1)		Hayır 161(25,9)	Evet 470(75,6)		Hayır 152(24,4)	0,366	0,545

*İstatistiksel olarak anlamlı bulunan parametrelere ait p değerleri koyu yazıldı.

**Ki-kare testi kullanıldı.

Cinsiyete göre meme kanseri ile çeşitli risk faktörü sorularına verilen yanıtları karşılaştırdığımızda;

1- Yoğun meme dokusu, meme kanseri riskini artırır deme oranı erkeklerde %40,9 (n=221) ile kadın öğrencilere (%39,9) göre daha fazlaydı ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,882).

2- Erken yaşta adet görmek, meme kanseri riskini artırır deme oranı kadınlarda %46,4 (n=326) ile erkek öğrencilere (%41,6) göre daha fazlaydı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,231).

3- Alkol kullanımı, meme kanseri riskini artırır deme oranı %66,7 (n=468) ile kadınlarda erkek öğrencilere (%58,2) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,006).

4-Sigara kullanımı, meme kanseri riskini artırır deme oranı kadınlarda %77,8 (n=546) ile erkek öğrencilere (%71,2) göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,005).

5- Menopoz dönemi 6 aydan fazla HRT kullanımı, meme kanseri riskini artırır deme oranı %64,7 (n=454) ile kadın öğrencilerde erkeklere (%48,8) göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0,001).

6- İleri yaşta menopoza girmek, meme kanseri riskini artırır deme oranı %49,4 (n=267) ile erkeklerde kadın öğrencilere (%44,7) göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,004).

7- İyonize radyasyon, meme kanseri riskini artırır deme oranı kadın öğrencilerde %84,2 (n=591) ile erkek öğrencilere (%80,4) göre daha fazla bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,185).

8- Fiziksel egzersiz, meme kanseri riskini azaltır deme oranı %62,8 (n=441) ile kadın öğrencilerde erkeklere (%54,9) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,006).

9- Birinci derece yakında meme kanseri varlığı, meme kanseri riskini artırır deme oranı kadın öğrencilerde %93,6 (n=657) ile erkeklere (%85,6) göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001).

10-Obezite meme kanseri riskini arttırır deme oranı %60,4 (n=424) ile kadınlarda erkeklere (%58,6) göre daha fazlaydı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,808).

11-Hiç doğum yapmamak, meme kanseri riskini arttırır deme oranı erkek öğrencilerde %46,3 (n=325) ile kadınlara (%46,0) göre daha yüksek bulundu ancak anlamlı değildi (p=0,216).

12-Daha önce düşük yapma öyküsü, meme kanseri riskini arttırır deme oranı %15,7 (n=85) ile erkeklerde daha fazlaydı ancak anlamlılık saptanmadı (p=0,068).

13-Memede ele gelen şişlik ya da kitle, meme kanseri riskini arttırır deme oranı %92,3 (n=648) ile kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

14-Koltuk altında ele gelen şişlik, meme kanseri riskini arttırır deme oranı %87 (n=611) ile kadınlarda erkeklere (%78,6) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001).

15-Çocukluktan beri bir memenin diğerinden büyük olması, meme kanseri riskini arttırır deme oranı erkeklerde %34,4 (n=186) ile kadınlara (%27,4) göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,018).

16-Yaş arttıkça, meme kanseri riski artar deme oranı kadınlarda %71,9 (n=505) ve erkeklerde % 71,2 (n=385) olmakla birlikte iki cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,946).

17-BRCA mutasyonu, meme kanseri riskini arttırır deme oranı kadın öğrencilerde %64,2 (n=451), erkeklerde %61,6 (n=333) olmakla beraber iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,265).

18-Elektromanyetik maruziyet, meme kanseri riskini arttırır deme oranı %76,9 (n=540) ile erkeklerde kadın öğrencilere (%72,1) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,004) (Tablo 4.10.)

Tablo 4.10. Cinsiyete Göre Meme Kanseri Risk Faktörü Sorularına Verilen Cevapların Karşılaştırılması

		Kadın n(%)			Erkek n(%)			X ²	p değeri
Yoğun meme dokusu artırır mı?	memeriski	Evet 280(39,9)	Hayır 111(15,8)	Fikrim yok 311(44,3)	Evet 221(40,9)	Hayır 88(16,3)	Fikrim yok 232(42,9)	0,251	0,882
Erken yaşta adet görmek artırır mı?	adetriski	Evet 326(46,4)	Hayır 58(8,3)	Fikrim yok 318(45,3)	Evet 225(41,6)	Hayır 50(9,2)	Fikrim yok 266(49,2)	2,932	0,231
Alkol kullanımı riski artırır mı?	kullanımıriski	Evet 468(66,7)	Hayır 36(5,1)	Fikrim yok 198(28,2)	Evet 315(58,2)	Hayır 42(7,8)	Fikrim yok 184(34,0)	10,189	0,006
Sigara kullanımı riski artırır mı?	kullanımıriski	Evet 546(77,8)	Hayır 12(1,7)	Fikrim yok 144(20,5)	Evet 385(71,2)	Hayır 22(4,1)	Fikrim yok 134(24,8)	10,465	0,005
Menopoz dönemi 6 aydan fazla HRT kullanımı riski artırır mı?	dönemiriskisi	Evet 454(64,7)	Hayır 22(3,1)	Fikrim yok 226(32,2)	Evet 264(48,8)	Hayır 20(3,7)	Fikrim yok 257(47,5)	32,048	<0,001
İleri yaşta(50 yaş üstü) menopoza girmek artırır mı?	menopoza riskisi	Evet 314(44,7)	Hayır 92(13,1)	Fikrim yok 296(42,2)	Evet 267(49,4)	Hayır 40(7,4)	Fikrim yok 234(43,3)	10,869	0,004

Tablo 4.10. (Devam) Cinsiyete Göre Meme Kanseri Risk Faktörü Sorularına Verilen Cevapların Karşılaştırılması

İyonize radyasyon riski artırır mı?	Evet 591(84,2)	Hayır 9(1,3)	Fikrim yok 102(14,5)	Evet 435(80,4)	Hayır 11(2,0)	Fikrim yok 95(17,6)	3,371	0,185
Fiziksel egzersiz riski azaltır mı?	Evet 441(62,8)	Hayır 80(11,4)	Fikrim yok 181(25,8)	Evet 297(54,9)	Hayır 60(11,1)	Fikrim yok 184(34,0)	10,299	0,006
Birinci derece yakında meme ca varlığı riski artırır mı?	Evet 657(93,6)	Hayır 8(1,1)	Fikrim yok 37(5,3)	Evet 463(85,6)	Hayır 15(2,8)	Fikrim yok 63(11,6)	22,010	<0,001
Obezite riski artırır mı?	Evet 424(60,4)	Hayır 24(3,4)	Fikrim yok 254(36,2)	Evet 317(%58,6)	Hayır 20(3,7)	Fikrim yok 204(37,7)	0,426	0,808
Hiç doğum yapmamak riski artırır mı?	Evet 325(46,3)	Hayır 66(9,4)	Fikrim yok 311(44,3)	Evet 249(46,0)	Hayır 67(12,4)	Fikrim yok 225(41,6)	3,067	0,216
Daha önce düşük yapmak riski artırır mı?	Evet 84(12,0)	Hayır 134(19,1)	Fikrim yok 484(68,9)	Evet 85(15,7)	Hayır 84(15,5)	Fikrim yok 372(68,8)	5,364	0,068
Memede ele gelen şişlik ya da kitle riski artırır mı?	Evet 648(92,3)	Hayır 3(0,4)	Fikrim yok 51(7,3)	Evet 457(84,5)	Hayır 9(1,7)	Fikrim yok 75(13,9)	20,069	<0,001
Koltuk altında ele gelen şişlik riski artırır mı?	Evet 611(87,0)	Hayır 8(1,1)	Fikrim yok 83(11,8)	Evet 425(78,6)	Hayır 8(1,5)	Fikrim yok 108(20,0)	16,082	<0,001

Tablo 4.10. (Devam) Cinsiyete Göre Meme Kanseri Risk Faktörü Sorularına Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Çocukluktan beri bir memenin diğerinden büyük olması riski arttırır mı?	Evet 192(27,4)	Hayır 200(28,5)	Fikrim yok 310(44,2)	Evet 186(34,4)	Hayır 128(23,7)	Fikrim yok 227(42,0)	8,010	0,018
Yaş arttıkça risk artar mı?	Evet 505(71,9)	Hayır 34(4,8)	Fikrim yok 163(23,2)	Evet 385(71,2)	Hayır 26(4,8)	Fikrim yok 130(24,0)	0,111	0,946
BRCA mutasyonu riski arttırır mı?	Evet 451(64,2)	Hayır 3(0,4)	Fikrim yok 248(35,3)	Evet 333(61,6)	Hayır 6(1,1)	Fikrim yok 202(37,3)	2,653	0,265
Elektromanyetik maruziyet riski arttırır mı?	Evet 540(76,9)	Hayır 19(2,7)	Fikrim yok 143(20,4)	Evet 390(72,1)	Hayır 35(6,5)	Fikrim yok 116(21,4)	11,081	0,004

*İstatistiksel olarak anlamlı bulunan parametrelere ait p değerleri koyu yazıldı.

**Ki-kare testi kullanıldı.

Alkol ve sigara kullanım durumuna göre kendini meme kanseri açısından risk grubunda görme durumu karşılaştırıldığında; alkol kullanmayanların %88'i (n=971) kendini risk grubunda görmüyorken, alkol alanların ise %81,3'ü (n=113) kendini risk grubunda görüyordu. İki grup arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,038$). Sigara kullanımı ile kendini meme kanseri risk grubunda görme arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Alkol ve sigara kullanımına göre kendini meme kanseri risk grubunda görme durumunun karşılaştırılması

		Kendinizi meme kanseri için risk grubunda görüyor musunuz?		X ²	p değeri
		Evet n(%)	Hayır n(%)		
Alkol kullanımı	Var	26(18,7)	113(81,3)	4,327	0,038
	Yok	133(12,0)	971(88,0)		
Sigara kullanımı	Var	26(12,9)	176(87,1)	0,001	0,970
	Yok	133(12,8)	908(87,2)		
Toplam		159(12,8)	1084(87,2)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Birinci derece yakında meme kanseri varlığına göre kendini meme kanseri risk grubunda görme durumu karşılaştırıldığında; birinci derece yakında meme kanseri olan katılımcıların (%60) olmayanlara (%11,2) göre kendini risk grubunda görme oranı istatistiksel olarak daha fazla bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Birinci derece yakınında meme kanseri olma durumuna göre kendini meme kanseri risk grubunda görme durumunun karşılaştırılması

		Kendinizi meme kanseri için risk grubunda görüyor musunuz?		X ²	p değeri
Birinci derece yakında meme kanseri var mı?		Evet n(%)	Hayır n(%)		
	Evet	24(60,0)	16(40,0)	78,255	<0,001
	Hayır	135(11,2)	1068(88,8)		
Toplam		159(12,7)	1084(87,3)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Dersleri (%91) ve sağlık çalışanlarını (%83,5) kaynak olarak kullananların, diğer kaynakları kullananlara göre daha sık ‘KKMM her ay düzenli yapılmalıdır’ cevabını verdiği görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Meme kanseri hakkında en fazla kullanılan kaynağa göre KKMM hakkındaki düşüncelerin karşılaştırılması

		Düzenli olarak her ay yapmak gerektiği n(%)	KKMM yapmak için bilgimin yeterli olmadığı n(%)	X²	P değeri
Dersler		544(91,0)	54(9,0)	201,959	<0,001
En fazla kullanılan kaynak	İnternet	214(54,9)	176(45,1)		
	Televizyon/gazete/dergi	42(51,2)	40(48,8)		
	Sağlık çalışanları	116(83,5)	23(16,5)		
	Arkadaşlar	20(58,8)	14(41,2)		
Toplam		936(75,3)	307(24,7)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Cinsiyete göre kendini meme kanseri risk grubunda görme durumları karşılaştırıldığında; kadın öğrencilerin (%19,7) erkeklere (%3,9) göre daha fazla oranda kendini risk grubunda gördüğü bulundu. Bu, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.14. Cinsiyete göre kendini meme kanseri risk grubunda görme durumlarının karşılaştırılması

	Kendinizi meme kanseri risk grubunda görüyor musunuz?		X ²	p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)		
Kadın	138(19,7)	564(80,3)	68,170	<0,001
Erkek	21(3,9)	520(96,1)		
Toplam	159(12,8)	1084(87,2)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Sigara ve alkol kullanım durularına göre ‘KKMM yapma sıklığı ne olmalıdır’ sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında; sigara kullanmayanların (%73,1) kullananlara (%63,4) göre ‘ayda bir’ cevabını vererek doğru cevaplama oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Alkol kullanmayanların (%72,3) kullananlara (%65,5) göre ayda bir cevabını vererek doğru cevaplama oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,021$) (Tablo 4.15.).

Tablo 4.15. Sigara ve alkol kullanım durumuna göre KKMM yapma sıklığı ne olmalıdır sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		KKMM Yapma Sıklığı Ne Olmalıdır?			X ²	p değeri
		Ayda bir n(%)	6 ayda bir n(%)	Şikayeti oldukça n(%)		
Sigara Kullanımı	Var	128(63,4)	35(17,3)	39(19,3)	14,684	0,001
	Yok	761(73,1)	175(16,8)	105(10,1)		
Alkol Kullanımı	Var	91(65,5)	22(15,8)	26(18,7)	7,756	0,021
	Yok	798(72,3)	188(17,0)	118(10,7)		
Toplam		889(71,5)	210(16,9)	144(11,6)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Cinsiyete göre bu anket sayesinde meme kanseri ve riskleri hakkında farkındalık sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında; kendi beyanlarına göre kadın öğrencilerin (%89,9) farkındalık oranı, erkeklerden (%79,9) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.16.).

Tablo 4.16 .Cinsiyete göre bu anket sayesinde meme kanseri ve riskleri hakkındaki farkındalık sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Fikrim yok n(%)	X ²	p değeri
Kadın	631(89,9)	40(5,7)	31(4,4)	24,922	<0,001
Erkek	432(79,9)	59(10,9)	50(9,2)		
Toplam	1063(85,5)	99(8,0)	81(6,5)		

*Ki-kare testi kullanıldı.

Birinci derece yakınında meme kanseri varlığına göre birinci derece yakınında meme kanseri varlığı meme kanseri riskini arttırır mı sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında; birinci derece yakınında meme kanseri olanların (%95,0) olmayanlara (%89,9) göre daha yüksek oranda arttırır cevabı verdiği görüldü ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Birinci derece yakında meme kanseri varlığına göre birinci derece yakında meme kanseri varlığı meme kanseri riskini arttırır mı sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

	Riski arttırır n(%)	Riski arttırmaz n(%)	p değeri
Var	38(95,0)	2(5,0)	0,421
Yok	1082(89,9)	121(10,1)	
Toplam	1120(90,1)	123(9,9)	

*Ki-kare testi kullanıldı.

5. TARTIŞMA

Son yıllarda artan kanser vakaları, insanların zihinsel, fiziksel ve sosyal durumları üzerindeki etkileri nedeniyle; kanseri çağımızın en önemli sorunlarından biri haline getirmiştir.

Az gelişmiş ülkelerde meme kanseri oranı yaklaşık %5 artış gösterirken, gelişmiş ülkelerde bu oran %1 ile %2 arasında değişmektedir (Ataollahi ve ark., 2015).

Meme kanseri taramalarında KKMM, hekim tarafından yapılan meme muayenesi ve mamografi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Kozan ve Tokgöz, 2016).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, tıp fakültesi müfredatının meme kanseri farkındalığı üzerindeki etkilerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda, öğrencilerin meme kanseri ve KKMM konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve sınıf seviyelerine ve cinsiyetlere göre farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması hedeflenmektedir. Bu bağlamda, öğrencilerin meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması için müfredatta yapılabilecek iyileştirmeler ve ek eğitim programları önerilmektedir.

Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencileri arasında meme kanseri hakkında bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında, derslerin en sık başvurulacak kaynak olduğu (%48,1) ve internetin bunu takip ettiği (%31,4) görülmektedir. Bu durum, öğrencilerin meme kanseri konusunda en güvenilir ve sistematik bilgiye dersler aracılığıyla eriştiğini, ancak internetin de önemli bir bilgi kaynağı olduğunu göstermektedir. Özellikle günümüzde dijital kaynakların yaygın kullanımı, öğrencilerin ders dışında ek bilgiye erişme ihtiyacını karşılamada önemli bir rol oynadığını vurgular. Bununla birlikte, internetin potansiyel olarak yanıltıcı veya güvenilirliği düşük bilgileri de barındırabileceği göz önünde bulundurularak, derslerin hala en güvenilir bilgi kaynağı olarak öne çıkması, tıp eğitiminin önemini bir kez daha ortaya koyar.

Çalışmamızda baba öğrenim düzeyinin yüksekokul/üniversite düzeyinde olması (%63,3) ve anne öğrenim düzeyinin de önemli bir kısmının (%37,2) bu seviyede olması, katılımcıların genellikle eğitilmiş ailelerden geldiğini göstermektedir. Ebeveynlerin öğrenim düzeyinin yüksek olması, çocuklarının sağlık bilinci ve bilgi düzeyini olumlu yönde etkileyebilir. Bu durum, öğrencilerin meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri ve farkındalıkları üzerinde etkili bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %11,2'sinin alkol, %16,3'ünün ise sigara kullandığı saptandı. Bu oranlar, tıp fakültesi öğrencilerinde alkol ve sigara kullanımının hala yaygın olduğunu göstermektedir. Meme kanseri risk faktörleri arasında alkol ve sigara kullanımının önemli yer tuttuğu göz önünde bulundurulduğunda, tıp öğrencilerinin kendi sağlıklarını koruma konusunda daha bilinçli olmaları gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, bu oranlar gelecekte sağlık profesyonelleri olacak bu grubun, hem kendi sağlıklarını koruma hem de topluma örnek olma sorumluluklarının altını çizmektedir.

Bizim çalışmamızda öğrencilerin %3,2'si (n=40) birinci derece yakınlarında (anne baba ve kardeş) meme kanseri olduğunu beyan etti. Buluz G'nin 345 tıp fakültesi öğrencisinde yaptığı çalışmaya göre birinci derece yakınlarında meme kanseri olma oranı %0,9 gelmiştir (Buluz, 2021). Bu farklılık, diğer çalışmadaki evrenin daha küçük ve az sayıdaki öğrenciden seçilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bizim çalışmamıza dahil olan katılımcıların %56,5'i (n=702) kadın, %43,5'i (n=541) erkek öğrenci idi. Buluz G'nin yaptığı çalışmaya katılan öğrencilerin %55,4'ü (n=191) kadın, %44,6'sı (n=154) erkek olduğu tespit edilmiştir (Buluz, 2021). Her iki çalışmada da kadınların erkeklerden daha fazla oranda katılmasının nedeni, kadınların sağlıkla ilgili konulara daha fazla ilgi göstermesi ve kültürel olarak bu tür araştırmalara daha duyarlı olmaları olabilir. Ayrıca, her iki araştırmada da katılım oranlarının benzer olması, çalışmaların benzer öğrenci gruplarını hedeflemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda yaş ortalaması $21,41 \pm 2,16$ idi. Benzer olarak Buluz G'nin Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 345 tıp fakültesi öğrencisinde yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $21 \pm 1,1$ olarak bulunmuştur (Buluz, 2021). Yaş ortalamalarının ve standart sapmaların benzerliği, tıp fakültelerindeki öğrenci gruplarının yaş aralığının genellikle sabit olması ve örneklem gruplarının homojenliği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda sınıflara göre öğrencilerin meme kanseri hakkındaki bilgi kaynaklarının değişiklik gösterdiği tespit edildi. Klinik sınıfların preklinik sınıflara kıyasla anlamlı olarak daha fazla oranda 'dersler' kaynağını belirttiği görüldü. Palas Karaca ve Genç Koyucu'nun 2017'de Balıkesir'de 117 sağlık hizmetleri kız öğrencisinde yaptığı çalışmada; çalışmamızdan farklı olarak, öğrencilerin yarısına yakını (%39,3) meme kanseri için kullandığı bilgi kaynağını gazete-dergi, radyo ve televizyon olarak belirtmiştir (Palas Karaca ve Genç Koyucu, 2020). Bu farklar, çalışmanın yapıldığı dönemin sosyal ve teknolojik gelişmeleri, öğrencilerin öğrenim gördüğü branşlar, yerel medya alışkanlıkları ve eğitim yaklaşımlarının farklılığından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, sınıf seviyesi yükseldikçe öğrencilerin bilgi kaynağı olarak derslere anlamlı olarak daha fazla yöneldiği, ancak 6. sınıfta bu kaynağın kısmen sağlık çalışanlarına kaydığı gözlemlendi. Bunun nedeni, 5. sınıf öğrencilerinin uzmanlık sınavına odaklanmaları ve 6. sınıf öğrencilerinin klinik ortamda daha fazla deneyim kazanarak sağlık profesyonelleriyle (doktorlar, sağlık personeli ve hocaları) birebir etkileşimlerinin artması olarak düşünülebilir. Bu durum, öğrencilerin eğitimlerinin ilerleyen yıllarında, daha sistematik ve derinlemesine bir tıp eğitimi almalarının, bilgi kaynaklarının dersler gibi resmi eğitim araçlarına kaymasına yol açtığını göstermektedir. Aynı zamanda, 6. sınıf öğrencilerinin klinik sorumluluklarının artmasıyla birlikte, pratik deneyimler ve sağlık çalışanlarıyla olan etkileşimlerinin daha önemli bir bilgi kaynağı haline geldiği anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda sınıflara göre katılımcıların meme kanseri hakkında bilgi düzeyine ilişkin algılarına bakıldığında 5. ve 6. sınıfların ‘yeterli’ cevabını verme oranı (sırasıyla %30,9 ve %33,3), diğer sınıflara göre anlamı olarak daha yüksek bulundu. Ayrıca ‘yetersiz’ cevabını verme oranı (%40,9) en çok 1.sınıflardaydı. 1. sınıftan 6. sınıfa doğru gittikçe ‘yeterli’ cevabını verme oranının da anlamlı olarak arttığı bulundu. Çalışmamızla benzer olarak Miskeen ve arkadaşının 2022 yılında 391 tıp öğrencisinde yaptığı çalışmada 1. sınıftan 6 .sınıfa doğru gittikçe meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi algılarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür (Miskeen ve Al-Shahrani, 2023). Bu sonuçlar, 1. sınıftan 6. sınıfa gittikçe meme kanseri ile ilgili hem teorik hem pratik bilginin arttığını buna bağlı olarak öğrencilerin bilgi düzeyinin ve buna ilişkin algılarının arttığını göstermektedir. Buluz G’nin yaptığı çalışmada da benzer olarak, 5.sınıflar (%55,8), 4. ve 3. sınıflara göre anlamlı olarak daha fazla ‘yeterli’ cevabını vermiştir ($p<0,001$) (Buluz, 2021). Bu durum, özellikle 4. sınıftan itibaren genel cerrahi stajı ve 5. sınıfta uzmanlık sınavlarına hazırlık süreçlerinin, öğrencilerin meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerini artırmada önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir.

‘Meme kanserinde erken teşhis mümkün müdür?’ sorusuna verilen cevaplara bakıldığında; bizim çalışmamızda tıp dışı fakültelerle karşılaştırılmamış olsa da tıp fakültesi içerisinde, 1. ve 2.sınıfların diğer sınıflara göre anlamlı olarak daha az oranda ‘mümkündür’ cevabını verdikleri görüldü ($p<0,001$). Omar ve arkadaşlarının 2020’de 407 kadın tıp fakültesi öğrencisinde yaptığı çalışmada klinik sınıfların preklinik sınıflara göre meme kanseri hakkında daha fazla erken tanı farkındalığı ve bilgi düzeyinde oldukları istatistiksel anlamlı olarak tespit edilmiştir (Omar ve ark., 2020). Rezano ve arkadaşlarının 2022 yılında Endonezya’da 100 tıp öğrencisinde yaptığı bir çalışmada sınıf seviyesi arttıkça bilgi düzeyleri ve erken tanı farkındalığının anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir (Rezano ve ark., 2022). Bunun nedeni erken teşhisin, KKMM’nin, mamografi ve KMM gibi tespit yöntemlerinin bilinmesine dolayısıyla tüm bu konuların ilerleyen sınıf müfredatlarında daha detaylı anlatılıyor olmasına bağlı olabilir.

Bizim çalışmamızda sınıflara göre KKMM hakkındaki düşüncelerin karşılaştırılmasına bakıldığında; 5. ve 6.sınıfların diğer sınıflara göre ‘KKMM her ay düzenli olarak yapılmalıdır’ cevabını verme oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Mavi Aydoğdu ve Karapelit’in 2017 yılında Amasya’da 93 ebelik öğrencisinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre KKMM yapma durumları incelendiğinde, benzer olarak sınıf düzeyine paralel olarak KKMM yapma oranlarının anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür ($p<0,05$) (Aydoğdu ve Karapelit, 2017). Yılmaz ve arkadaşlarının Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 273 öğrencide yaptığı çalışmada KKMM yapmayı bilme ile sınıf düzeyi arasında literatürün aksine anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Yılmaz Sevdâ ve ark., 2020). Bu farklılık evrenin bizim çalışmamıza göre daha küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Buluz G’nin yaptığı çalışmada ise 5 .sınıflar , 4. ve 3. sınıflara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda ‘KKMM’yi her ay düzenli yapmak gerekir’ cevabını vermiştir (Buluz, 2021). Bu sonuçlar, tıp eğitiminde sınıf ilerledikçe öğrencilerin meme kanseri konusunda daha bilinçli hale geldiklerini göstermektedir. Bu durum, üst sınıfların genel cerrahi stajı ve uzmanlık sınavlarına hazırlık süreçlerinde edindikleri bilgilerin, KKMM'nin önemine dair farkındalıklarını artırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Bizim çalışmamızda öğrencilerin kendi beyanlarına göre KKMM yapılma tekniğini bilme durumlarının karşılaştırılmasına bakıldığı zaman; KKMM yapmayı ‘hiç bilmiyorum deme’ oranı 1. sınıfta anlamlı olarak en fazla iken, iyi biliyorum deme oranı 6.sınıfta anlamlı olarak en fazlaydı. Yüksekol ve arkadaşlarının 2022’de Türkiye’de bir kamu üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören 168 öğrencide yaptığı çalışmada öğrencilerin sınıf seviyeleri arttıkça KKMM yarar ve öz-etkililik puanlarının anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür (Yüksekol ve ark., 2022). Yine çalışmamızla benzer olarak, Buluz G’nin yaptığı çalışmaya göre KKMM yapılma tekniğini 3.sınıflar, 4. ve 5. sınıflara göre anlamlı olarak daha az ‘biliyorum’ cevabını vermiştir (Buluz, 2021). Çalışmamız, literatürdeki çoğu çalışmayla uyumlu olacak şekilde tıp fakültesi öğrencilerinin KKMM konusundaki bilgi düzeylerinin sınıf düzeylerine göre değiştiğini ve bu değişimin, eğitim sürecindeki bilgi ve deneyim kazanımı ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bizim çalışmamızda KKMM yapılması için en uygun dönem için verilen cevaplara bakıldığında, ‘adet döneminin sonunda’ deme oranı klinik sınıflarda prekliniğe göre anlamlı olarak daha fazlaydı, ‘zamanı fark etmez’ ve ‘şikayeti oldukça’ deme oranı ise preklinikte anlamlı olarak daha fazlaydı. Buluz G’nin 345 tıp fakültesi öğrencisinde yaptığı çalışmasında ise 5.sınıflarda, 4. sınıflara göre daha yüksek oranda ‘adetin 5 ila 7. günlerinde’ cevabı verilmiştir (Buluz, 2021). Bu literatürle uyumlu benzer bulgular, tıp eğitiminin ilerleyen aşamalarında öğrencilerin KKMM yapılması için en uygun zaman dilimini daha iyi kavradıklarını göstermektedir. Klinik sınıflardaki öğrencilerin bu konuda daha doğru bilgiye sahip olmaları, eğitim süreçlerinde daha fazla pratik bilgi edinmeleri ve klinik deneyim kazanmalarıyla ilişkilendirilebilir. Bu da tıp fakültesi müfredatının, öğrencilerin teorik bilgilerini pratiğe dökmeleri konusunda etkili olduğunu göstermektedir.

Bizim çalışmamızda ‘yoğun meme dokusu, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı klinik sınıflarda prelinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G’nin yaptığı çalışmaya göre; benzer olarak, kişide yoğun meme dokusunun meme kanseri üzerindeki etkisine 5.sınıflar, 3. ve 4.sınıflardan istatistiksel olarak daha yüksek oranda ‘arttırır’ cevabını vermiştir (Buluz, 2021). Klinik sınıfların daha fazla klinik deneyim kazanması ve kanserin patofizyolojisine dair daha fazla bilgiye erişmeleri, tıp eğitiminin ilerleyen aşamalarında daha yoğun radyoloji eğitimi almaları bu farkın istatistiksel anlamlılık kazanmasına yol açmış olabilir.

‘Alkol kullanımı, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı klinik sınıflarda prelinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G’nin çalışmasında, çalışmamızdan farklı olarak alkol kullanımının meme kanseri riski üzerindeki etkisi sorusuna yanıt vermede sınıflar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Buluz, 2021).

Çalışmamızda ‘ileri yaşta menopoza girmek, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı klinik sınıflarda prelinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G’nin çalışmasında da benzer olarak ‘ileri yaşta (50 yaş ve üzeri) menopoza girmek meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı 3.sınıflarda (%50), 4. ve 5.sınıflara

göre (sırasıyla %72,6 ve %77) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Buluz, 2021). Bu farklılığın kaynağı, öğrencilerin eğitim sürecinde ilerledikçe daha kapsamlı bilgiye erişmeleriyle ve klinik sınıf öğrencilerinin meme kanseri ve menopoiz ilişkisi, hormonal değışikliklerin patofizyolojisi konusunda daha detaylı eğitim almasıyla açıklanabilir.

Bizim çalışmamızda ‘iyonize radyasyon, meme kanseri riskini artırır’ deme oranı klinik sınıflarda preklinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmamızdan farklı olarak Buluz G’nin çalışmasında ‘kişinin daha önceden iyonize radyasyon alması meme kanseri riski üzerindeki etkisi’ sorusuna sınıfların verdikleri cevaplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Buluz, 2021). Bu iki benzer çalışmada iyonize radyasyon sorusunda farklılığın olmasının muhtemel nedeni öğrencilerin radyasyon hakkında verilen eğitim veya farkındalık düzeylerinin farklı olması olabilir.

Çalışmamızda ‘birinci derece yakında meme kanseri varlığı, meme kanseri riskini artırır’ deme oranı klinik sınıflarda preklinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G’nin çalışmasında ‘birinci derecede yakınında meme kanseri riski üzerindeki etkisi’ sorusuna sınıflar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Buluz, 2021). İki çalışma arasındaki fark, eğitimin içeriğı, öğrencilerin deneyim düzeyleri ve çalışma metodolojilerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Bizim çalışmamızda ‘menopoiz dönemi 6 aydan fazla HRT kullanımı, meme kanseri riskini artırır’ deme oranı klinik sınıflarda preklinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G’nin çalışmasında da benzer olarak ‘menopoiz dönemi HRT kullanımının meme kanseri riski üzerindeki etkisi’ sorusuna 5.sınıflar (%85), 3.sınıf (%58,3) ve 4.sınıflara (%79) göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda ‘evet, artırır’ cevabını vermiştir (Buluz, 2021). Özellikle klinik dönemde öğrencilerin hasta vaka incelemeleri, doktor gözlemleri veya vaka bazlı eğitimlerin bu farklılığa katkısı büyük olabilir.

Bizim çalışmamızda ‘obezite, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı klinik sınıflarda preklinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G’nin çalışmasında benzer olarak ‘obezitenin meme kanseri riski üzerindeki etkisi’ sorusuna ‘evet, arttırır’ cevabını 5.sınıflar (%87,6), 3. ve 4. sınıflara göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda vermiştir (Buluz, 2021). Klinik sınıflarda hastaların fiziksel durumlarını gözlemlene, risk faktörlerini analiz etme ve hasta hikayelerini derinlemesine inceleme fırsatları, öğrencilerin obezite gibi modifiye edilebilir risk faktörlerinin farkındalığını arttırmaktadır.

Çalışmamızda ‘hiç doğum yapmamak, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı klinik sınıflarda preklinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G’nin çalışmasında da benzer olarak ‘kadının nullipar oluşunun meme kanseri riski üzerindeki etkisi’ sorusuna ‘evet, arttırır’ cevabını 5.sınıflar (%90,3), 4. ve 3.sınıflara istatistiksel olarak daha yüksek oranda vermiştir (Buluz, 2021). Klinik sınıfta öğrenciler, vaka incelemeleri ve hastaların öykülerini gözlemleyerek nulliparitenin meme kanseri ile ilişkisini daha iyi anlamaktadır. Bu da onların risk faktörleri ile ilgili olarak daha güçlü bir bilgi temeli edinmelerine yol açar.

Çalışmamızda ‘daha önce düşük yapma öyküsü, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı klinik sınıflarda preklinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G’nin çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak daha önce düşük doğum öyküsünün meme kanseri riski üzerindeki etkisi sorusuna ‘hayır, arttırmaz’ cevabını 5.sınıflar (%46,9), 3. ve 4. sınıflara göre daha yüksek oranda vermiştir (Buluz, 2021). Literatürde spontan veya indüklenmiş abortun meme kanseri riskini etkilemediği belirtilmektedir (Özmen ve ark., 2012a). Çalışmamızda literatürden farklı olarak klinik sınıflardaki öğrencilerin düşük yapma öyküsünün meme kanseri riskini arttırdığına dair yanlış bir algıya sahip olması mezuniyet sonrası eğitimlerinde düzeltilmesi gereken bir bilgi eksikliğine işaret edebilir.

Bizim çalışmamızda ‘sigara kullanımı, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı klinik sınıflarda preklinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz

G'nin çalışmasında ise farklı olarak, sigaranın meme kanseri riski üzerindeki etkisine sınıfların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Buluz, 2021). Bunun olası nedenleri, öğrencilere sigara ve meme kanseri ilişkisi hakkında yeterince bilgi verilmemiş olması ya da bu bilginin tüm sınıflar düzeyinde eşit seviyede sunulmuş olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda 'BRCA mutasyonu, meme kanseri riskini artırır' deme oranı klinik sınıflarda prelinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buluz G'nin çalışmasında da benzer olarak kişide BRCA gen mutasyonun meme kanseri riski üzerindeki etkisi sorusuna 'evet, artırır' cevabını 5.sınıflar (%99,1), 4. ve 3.sınıflara göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda vermiştir (Buluz, 2021). BRCA mutasyonu gibi genetik risk faktörlerinin klinik uygulama ve teorik derslerle derinlemesine işlendiği üst sınıf eğitimleri, öğrencilerin bu risk faktörlerini tanımasını ve önemini anlamasını artırır.

Çalışmamızda 'kişinin elektromanyetik alanlara maruz kalması meme kanseri riski üzerindeki etkisi' sorusuna sınıfların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark yoktu. Buluz G'nin çalışmasında da benzer olarak kişinin elektromanyetik alanlara maruz kalması meme kanseri riski üzerindeki etkisi sorusuna sınıfların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Buluz, 2021). Elektromanyetik alanların meme kanseri üzerindeki etkisiyle ilgili bilimsel kanıtların sınırlı ve çelişkili olması, öğrencilerin bu konuda net bir bilgiye sahip olmamalarına ve sınıf düzeyleri arasında fark olmamasına yol açmış olabilir. Öğrenciler, konuyla ilgili bilimsel belirsizlik nedeniyle bu riski değerlendirirken benzer yanıtlar vermiş olabilirler.

Yine, Buluz G'nin çalışmasına benzer olarak bizim çalışmamızda da erken yaşta adet görmenin meme kanseri riskini artırdığını, fiziksel egzersizin meme kanseri riskini azalttığını, birinci derece yakınında meme kanseri varlığının riski artırdığını ve memede veya koltuk altında ele gelen şişliğin meme kanseri riskini artırdığını belirten cevaplar, klinik sınıflarda prelinik sınıflardan anlamlı olarak daha yüksek

bulundu. Bu bulgular, klinik eğitimlerin ve stajların öğrencilerin meme kanseri farkındalığını artırmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Özer ve arkadaşlarının 2009'da Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören 137 öğrencide yaptığı çalışmaya göre öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre meme kanserinin belirti ve bulgularına yönelik sorulara verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında; çalışmamıza benzer olarak sınıflar aralarındaki fark anlamlı bulunmuş, birinci sınıftaki öğrencilerin bilgi ve uygulamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu, sınıf seviyesi yükseldikçe öğrencilerin bilgi ve uygulamalarının da arttığı belirtilmiştir (Özer ve ark., 2009). Öğrenciler, alt sınıflarda temel bilgilerle tanışırken, ileri sınıflarda kazanılan bilgilerin klinik pratiğe dönüşmesi sayesinde hastalık belirtilerini daha hızlı tanıyabilir ve kanser risk faktörlerine yönelik daha kapsamlı bir değerlendirme yapabilirler.

Ayrıca, yaşın artmasıyla birlikte meme kanseri riskinin arttığını ve çocukluktan beri bir memenin diğerinden büyük olmasının meme kanseri riskini artırabileceğini belirten cevapların da klinik sınıflarda anlamlı olarak daha yüksek oranda verilmiş olması, klinik eğitimin meme kanseri farkındalığı üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Bu farklılıkların, klinik sınıflarda verilen eğitimlerin daha kapsamlı ve derinlemesine olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızda 'alkol kullanımı, meme kanseri riskini artırır' deme oranı kadınlarda erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmamızda 'sigara kullanımı, meme kanseri riskini artırır' deme oranı kadınlarda erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Kadın öğrencilerin, alkol ve sigara kullanımının meme kanseri riskini artırdığına yönelik farkındalıklarının erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunması, literatürde kadınların alkol tüketiminin meme kanseri riskini artırdığına dair bilgilere daha fazla maruz kaldıklarını ve bu bilgilere daha fazla önem verdiklerini göstermektedir. Bu farkındalık, kadınların sağlıkla ilgili eğitim programlarına ve kampanyalara daha duyarlı olduklarına da işaret edebilir.

Çalışmamızda ‘menopoz dönemi 6 aydan fazla HRT kullanımı, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı kadın öğrencilerde erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Bu bulgu, kadınların hormonal değişiklikler ve tedaviler konusundaki farkındalıklarının yüksek olduğunu ve bu konuda daha bilinçli olduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda ‘İleri yaşta menopoza girmek, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı erkeklerde kadın öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Bu durum, erkek öğrencilerin ileri yaşla ilgili meme kanseri risk faktörleri konusunda daha fazla bilgi sahibi olduklarını veya bu konulara daha fazla dikkat ettiklerini gösterebilir.

Çalışmamızda ‘Fiziksel egzersiz, meme kanseri riskini azaltır’ deme oranı kadın öğrencilerde erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu farkın muhtemel nedeni, kadınların, özellikle meme sağlığı konularında genellikle kendi vücutlarıyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmasından ve egzersizin genel sağlık üzerindeki etkilerine de daha fazla önem vermelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bizim çalışmamızda ‘Birinci derece yakında meme kanseri varlığı, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı kadın öğrencilerde erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Bu bulgu, kadınların ailede meme kanseri öyküsü konusunda daha duyarlı olduklarını ve genetik risk faktörleri hakkında daha bilinçli olduklarını göstermektedir.

‘Memede ele gelen şişlik ya da kitle, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Koltuk altında ele gelen şişlik, meme kanseri riskini arttırır deme oranı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu farkındalık, kadınların KKMM ve erken tanı yöntemleri konusunda daha bilinçli olduklarını ve bu konulara daha fazla önem verdiklerini işaret etmektedir.

‘Çocukluktan beri bir memenin diğerinden büyük olması, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Bu bulgu, erkek öğrencilerin vücut asimetrisi ve meme kanseri risk faktörleri konusunda daha fazla bilgi sahibi ve farkındalıklarının olduğunu gösterebilir.

‘Elektromanyetik maruziyet, meme kanseri riskini arttırır’ deme oranı erkeklerde kadın öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu, erkek öğrencilerin çevresel risk faktörleri konusunda daha bilinçli olduklarını ve bu tür riskler hakkında daha fazla bilgi sahibi olduklarını düşündürebilir.

Diğer risk faktörü sorularına verilen cevaplar için cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunamadı. Buluz G’nin yaptığı çalışmada meme kanseri riskini etkileyen faktör sorularına kız ve erkek öğrencilerin verdiği cevapların hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Buluz, 2021). Çalışmamızda daha geniş bir örneklem kullanılmış olabilir, bu da daha küçük farkların istatistiksel olarak anlamlı hale gelmesine olanak tanır. Buluz G’nin çalışmasında daha küçük bir örneklemle çalışılmış olabilir ve bu, istatistiksel güç eksikliğine yol açarak farkların anlamlı bulunmamasına neden olabilir.

Çalışmamızda alkol ve sigara kullanım durumuna göre kendini meme kanseri açısından risk grubunda görme durumu karşılaştırıldığında; alkol kullanmayan öğrencilerin %88’inin kendilerini risk grubunda görmemesi, alkol tüketiminin meme kanseri riskine dair farkındalığı arttırmış olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, alkolün meme kanseri riskini artırdığına dair bilgilendirmenin etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda sigara kullanımı ile kendini meme kanseri risk grubunda görme arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktu. Bu sonuç, sigara kullanımının meme kanseri risk faktörü olarak algılanma düzeyinin, alkol kullanımı kadar yaygın

olmadığını ya da sigara kullanımının meme kanseri riskine etkisi hakkında yeterli farkındalık oluşturulamadığını göstermektedir. Sigaranın genel sağlık üzerindeki olumsuz etkileri yaygın olarak bilinmekle birlikte, meme kanseri özelinde risk farkındalığının artırılması gerektiği anlaşılmaktadır.

Bizim çalışmamızda ‘birinci derece yakınında meme kanseri olan katılımcıların kendini risk grubunda görme’ oranı birinci derece yakınında meme kanseri olmayanlara göre istatistiksel olarak daha fazla bulundu. Literatürde çalışmamızla ilgili birebir araştırma olmamakla birlikte Kılıç Dilek ve arkadaşlarının Atatürk Üniversitesinde 200 öğrencide 2009’da yaptığı çalışmada ailesinde meme kanseri olan öğrencilerin meme kanserine karşı algılanan ciddiyet, duyarlılık ve öz yeterlilikleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Kılıç Dilek ve ark., 2009). İlhan ve arkadaşlarının 2014 yılında İstanbul’da bir vakıf üniversitesinin Hemşirelik Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Yüksekokulunda 336 kız öğrenci arasında yaptığı çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olanların KKMM’yi anlamlı olarak daha fazla yaptığı saptanmıştır (İlhan ve ark., 2014). Taylan ve Çelik’in yaptığı çalışmada ailesel meme kanseri öyküsü olan kadınların aile öyküsü olmayan kadınlara göre düzenli olarak KKMM yaptığı, KMM yaptırdığı, 40 yaş üstü aile öyküsü olan kadınların da mamografi çektiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Taylan ve Çelik, 2020). Bu bulgular, ailede meme kanseri öyküsünün bireylerin risk algısını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki farkındalığını artırarak, onları düzenli tarama ve erken teşhis konusunda daha dikkatli olmaya yönlendirebilir. Bu farkındalık, genetik yatkınlık ve ailesel geçiş hakkında bilgi sahibi olmanın bir sonucudur ve bireyleri daha fazla önlem almaya sevk eder.

Çalışmamızda meme kanseri hakkında dersleri ve sağlık çalışanlarını kaynak olarak kullananların, diğer kaynakları kullananlara göre anlamlı olarak daha fazla ‘KKMM her ay düzenli yapılmalıdır’ cevabını verdiği görüldü. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunması, meme kanseri farkındalığı ve KKMM bilgi düzeyinin, kullanılan bilgi kaynakları ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Dersler ve sağlık çalışanları, bilimsel ve güvenilir bilgi sağlama açısından kritik öneme sahiptir.

Tıp fakültesi öğrencileri, bu kaynaklardan edindikleri bilgileri daha doğru ve kapsamlı olarak kabul etmekte, bu da onların KKMM gibi önemli tarama yöntemlerini daha doğru bilmelerine katkı sağlamaktadır. Sağlık çalışanlarından alınan bilgiler, uygulamaya dayalı ve tecrübeye dayalı olduğundan, öğrencilere daha pratik ve uygulanabilir bilgiler sunmaktadır. Bu da, öğrencilerin KKMM'yi her ay düzenli yapma gerekliliğini daha iyi anlamalarına katkı sağlamaktadır.

Cinsiyete göre kendini meme kanseri risk grubunda görme durumları karşılaştırıldığında; kadın öğrencilerin erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla oranda kendini risk grubunda gördüğü bulundu. Bu bulgu, bu hastalığın erkeklerde nadir görülmesi ve dolayısıyla erkeklerin bu konuda daha az bilgi sahibi olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanım durumlarına göre 'KKMM yapılma sıklığı ne olmalıdır' sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında; sigara kullanmayanların kullananlara göre 'ayda bir' cevabını vererek doğru cevaplama oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Alkol kullanmayanların ise kullananlara göre 'ayda bir' cevabını vererek doğru cevaplama oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Sevindik ve arkadaşlarının 2011'de Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan 300 ebelik ve hemşirelik öğrencisinde sigara içmeyenlerin KKMM yapma oranları anlamlı yüksek bulunmuştur (Sevindik ve ark., 2011). Bakır ve Demir'in yaptığı çalışmaya göre; sigara içmeyen bireylerin sağlık motivasyonu ve KKMM öz etkililiği alt boyutu puan ortalamasının, sigara içenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan bireylerin duyarlılık ve sağlık motivasyonu alt boyutları puan ortalamalarının, ailesinde meme kanseri olmayanların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bakır ve Demir, 2020). Buluz G'nin yaptığı çalışmaya göre sigara kullanma ile KKMM yapılma sıklığı karşılaştırılmış sigarayı günde 1-10 tane (n=5) ve günde 10-20 tane kullananlar(n=1), kullanmayanlara göre (n=79) istatistiksel olarak daha düşük oranda 'ayda bir' cevabını vermiş (p=0,029) (Buluz, 2021). Bu bulgular, sigara ve alkol kullanımının sağlıklı davranışlar üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulamaktadır. Bu durum, sigara ve alkol

kullanımı ile sağlığa y6nelik farkındalık ve sorumluluk d6zeylerinin d6ř6k olabileceğini g6stermektedir. Sigara ve alkol6n genel sağlık 6zerindeki olumsuz etkileri iyi bilinmektedir. Bu maddelerin kullanımı, bireylerin genel sağlık bilinci ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimseme olasılığını azaltabilir. Sigara ve alkol kullanmayan bireylerin bu t6r 6nleyici sağlık davranışlarını daha sık benimsemeleri, onların sağlık farkındalıklarının ve sorumluluk duygularının daha y6ksek olduğunu g6stermektedir.

Çalışmamızda bu anket sayesinde ‘meme kanseri ve riskleri hakkında farkındalık’ sorusuna verilen cevaplar cinsiyete g6re karşılaştırıldığında; kendi beyanlarına g6re kadın 6đrencilerin farkındalık oranı, erkeklerden anlamlı olarak daha y6ksek bulundu. Bu durum, tıp eğitimi sırasında kadın 6đrencilerin meme kanseri konusunda daha fazla bilgi edinme gereksinimi hissetmeleriyle de ilişkili olabilir. Meme kanseri kadınlar arasında daha yaygın bir hastalık olduğu için, kadın 6đrencilerin bu hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ve farkındalık geliştirmeleri beklenen bir durumdur. Kadınların kişisel olarak bu riskle daha yakından ilişkili olmaları, onların farkındalık d6zeylerini artırabilir. Ayrıca toplumda meme kanseri farkındalığı ve 6nemi konusunda yapılan kampanyalar genellikle kadınları hedef almaktadır. Bu t6r kampanyaların etkisi, kadın 6đrencilerde farkındalığın daha y6ksek olmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda ‘Birinci derece yakınında meme kanseri varlığına g6re birinci derece yakınında meme kanseri varlığı meme kanseri riskini arttırır mı’ sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında; birinci derece yakınında meme kanseri olanların olmayanlara g6re daha y6ksek oranda ‘arttırır’ cevabı verdiği g6r6ld6 ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. G6n6m6zde meme kanserine dair farkındalık kampanyaları ve eğitim programları oldukça yaygın olması, ailede meme kanseri 6yk6s6 olmayan bireylerde de bu risk fakt6r6n6n farkındalığını arttırmış olabilir. Bu da istatistiksel farkın ortaya çıkmasını engellemiş olabilir.

Çalışmamıza katılanların %86'sının (n=1069) meme kanseri için kendini yeterli bilgi düzeyinde görmediği saptandı. Bu bulgu, tıp fakültesi öğrencileri arasında bile meme kanseri hakkında bilgi eksikliğinin yaygın olduğunu göstermektedir. Bu da müfredatta meme kanseri ve diğer önemli sağlık konularının daha kapsamlı ve etkili bir şekilde işlenmesi gerektiğini işaret etmektedir. Bu eksikliğin giderilmesi, gelecekte sağlık profesyonellerinin hastalarına doğru bilgi vermeleri ve toplumda meme kanseri farkındalığını artırmaları açısından kritik öneme sahiptir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık alanındaki ilerlemelerle birlikte, tıp fakültesi öğrencilerinin meme kanseri tarama yöntemlerine olan ilgisi ve farkındalığı artmıştır. Bu gelişmeler sayesinde, erken tanı olanakları genişlemiş ve hastalığın erken evrede müdahale edilmesi mümkün hale gelmiştir. Bu da meme kanserine bağlı mortalite oranlarında belirgin bir azalma sağlamıştır. Ancak, bu olumlu gelişmelere rağmen, meme kanseri dünya genelinde kadın sağlığı üzerinde ciddi bir tehdit oluşturmaya devam etmektedir. Erken tanı ve müdahalenin başarıya ulaşmasında kritik bir faktör, tıp fakültesi öğrencilerinin meme kanseri taramaları ve erken tanı yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmalarıdır. Bu kapsamda, çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin meme kanseri risk faktörleri, tarama yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve bu konulara yönelik tutum ve davranışları incelenmiştir.

1243 tıp fakültesi öğrencisi arasında yaptığımız çalışmamızda öne çıkan sonuçlar şunlardır;

1. Tıp fakültesi öğrencilerinin meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi düzeylerinin sınıf seviyelerine göre farklılık gösterdiği tespit edildi. Meme kanseri bilgi düzeyinin sınıf geçtikçe arttığı fark edilmekte olup bunda prelinik yıllarda öğrencilerin daha çok temel tıp bilgileriyle ilgilenmeleri ve klinik vakalarla henüz karşılaşmadıkları için meme kanseri ve KKMM gibi spesifik hastalıklar konusunda farkındalıkları sınırlı olması etkili olabilir. Klinik sınıf öğrencileri, özellikle 5. ve 6. sınıflarda klinik alanlarda çalışmaya başlarlar ve meme kanseri gibi konularda doğrudan sağlık çalışanları ile birlikte pratik yaparlar. Bu, sadece teorik bilgiyi değil, aynı zamanda pratik bilgi ve farkındalığı da artırır.
2. Klinik sınıflardaki öğrencilerin meme kanseri farkındalığı ve KKMM konusundaki bilgilerinin prelinik sınıflardaki öğrencilere göre daha yüksek bulunması eğitimin ilerleyen aşamalarında öğrencilerin daha fazla bilgiye sahip olduklarını ve farkındalıklarının arttığını göstermektedir.

Özellikle KKMM'nin klinik önemi bu sınıflarda daha fazla vurgulanır. Bu da sınıflar arası farklılık olmasının temel nedenlerinden biridir.

3. Sigara ve alkol kullanımı ile KKMM ve meme kanseri farkındalığı arasında belirgin farklar görüldü. Sigara ve alkol kullanımının meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Ancak bu risk faktörlerinin farkındalığı ve bu konuda bilgi sahibi olma, sigara veya alkol kullanan bireylerde yeterince gelişmiş olmayabilir. Bu da, KKMM'yi düzenli olarak yapma alışkanlığı kazanamamalarına ya da meme kanseri konusunda daha az bilgi sahibi olmalarına yol açabilir.
4. Kadın öğrencilerin meme kanseri risk faktörleri ile ilgili soruların çoğuna doğru cevap vermeleri ve meme kanseri farkındalığının erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğunun tespit edilmesi, kadınların meme kanseri konusunda daha duyarlı olduklarını gösterebilir.
5. Birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü olan öğrencilerin, kendilerinde meme kanseri riskini daha fazla algıladıkları görüldü. Bu durum, kişisel veya ailevi meme kanseri öyküsünün bireylerin farkındalığını artırabileceğini göstermektedir.
6. Çalışmamızda literatürü destekler şekilde meme kanseri hakkında bilgi kaynakları sorusuna klinik sınıf öğrencilerinin preklinik sınıflara göre daha fazla 'dersler' yanıtı verdikleri tespit edildi. Klinik sınıflarda meme kanseri gibi hastalıklar üzerinde yapılan çalışmalar ve dersler, tanı, tedavi, prognoz gibi daha geniş yelpazede bilgi sunar. Bu durum, klinik sınıf öğrencilerinin 'dersler' yanıtını verme oranını artırabilir, çünkü derslerde kazandıkları bilgiyi pratikte de kullanmaya başlarlar.
7. Tıp fakültesi müfredatında meme kanseri ve KKMM konularının daha erken sınıflarda daha kapsamlı bir şekilde ele alınması, farkındalığın artırılması açısından faydalı olabilir.

8. Çalışmamıza katılan öğrenciler arasında sigara kullanım oranı %16,3 ve alkol kullanım oranı %11,2 tespit edildi.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

1. Tıp fakültesi müfredatında meme kanseri konularının erken sınıflarda daha kapsamlı bir şekilde ele alınması sağlanmalıdır. Özellikle, genel cerrahi stajı öncesi öğrencilere temel meme kanseri bilgisi verilmesi, 4. ve 5. sınıfta ise bu bilginin detaylandırılması gerekmektedir.
2. Öğrencilerin farkındalık düzeyini artırmak için prelinik sınıflarda meme kanseri ve KKMM konularına daha fazla yer verilmelidir. Bu, öğrencilerin klinik sınıflara geçtiklerinde bu konularda daha donanımlı olmalarını sağlayacaktır. Klinik sınıflara geçiş öncesinde, farkındalık düzeyini artırıcı seminer ve uygulamalı eğitim programlarının geliştirilmesi ve bu programların düzenli olarak uygulanması önem arz etmektedir.
3. Sigara ve alkol kullanımının olumsuz sağlık etkileri hakkında daha yoğun bir eğitim programı uygulanmalıdır. Özellikle KKMM ve meme kanseri konularında bu öğrencilerin bilgilendirilmesi için özel oturumlar düzenlenmelidir. Ayrıca, bu risk faktörlerine yönelik farkındalık yaratacak öğrenci merkezli projeler, kampanyalar ve atölye çalışmaları düzenlenmelidir. Bu eğitimlerin müfredata entegrasyonu ile bu konudaki bilgi düzeyinin arttırılması hedeflenmelidir.
4. Özellikle erkek öğrencilerin meme kanseri konusunda farkındalıklarını artırmak amacıyla özel eğitim programları geliştirilmelidir. Bu programlar, erkeklerde de meme kanseri riskinin bulunduğu dair bilgi vermeyi hedeflemelidir. Bu programların, tıp fakültelerinin müfredatında yer alması sağlanmalı ve her iki cinsiyetin de bu konudaki bilinç düzeyinin arttırılması hedeflenmelidir.

5. Meme kanseri öyküsü olan bireylerin farkındalığını artırmak amacıyla, kişisel ve ailevi meme kanseri öyküsüne sahip öğrenciler için özel farkındalık programları düzenlenmelidir.
6. Preklinik sınıflarda da meme kanseri eğitimi derslerde daha fazla vurgulanmalıdır. Bu, öğrencilerin sosyal medya ve internet gibi güvenilir olmayan bilgi kaynaklarına yönelmelerini engelleyecektir.
7. Tıp öğrencilerinin güvenilir bilgi kaynaklarına erişimini artırmak için dijital platformlarda eğitim verilmelidir. Bu eğitimler, özellikle sosyal medya ve internet kullanımının eleştirel analizini içermelidir. Özellikle, dijital platformlarda doğruluk kontrolü yapma yetkinliğinin kazandırılması ve bu konuda öğrencilere yönelik spesifik eğitim modüllerinin müfredata dahil edilmesi önem arz etmektedir.
8. Meme kanseri ve KKMM konularının tıp fakültesi müfredatında erken sınıflarda daha kapsamlı bir şekilde ele alınması sağlanmalıdır. Ayrıca, sigara ve alkol kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine dair farkındalık eğitimleri müfredatın bir parçası haline getirilmelidir.
9. Sigara ve alkol kullanımını azaltmak ve meme kanseri riskini minimize etmek amacıyla, tıp fakültesi öğrencilerine yönelik farkındalık programları düzenlenmelidir. Bu programlar, öğrencilerin sigara ve alkol kullanımını bırakmalarını teşvik edici içerikler içermelidir.
10. Meme kanseri, kadınlar arasında en yaygın kanser türü olup yüksek mortalite oranlarına sahiptir. Bu nedenle, tüm tıp öğrencilerine meme kanserinden korunmanın ve erken teşhisin önemini öğretmek gereklidir. Ayrıca, tüm doktor adaylarına KKMM'nin nasıl gerçekleştirileceği öğretilmeli ve erken tanı sürecindeki rolü vurgulanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- Açıkgöz A, Çehreli R , Ellidokuz H. 2015a. Determination of knowledge and behavior of women working at a hospital on breast cancer early detection methods, and investigation of efficiency of planned education. *The Journal of Breast Health* 11;31.
- Açıkgöz A, Çehreli R , Ellidokuz H. 2015b. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 11.
- Açıkgöz A , Yıldız EA. 2017. Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 5;45-56.
- Amadou A, Ferrari P, Muwonge R, et al. 2013. Overweight, obesity and risk of premenopausal breast cancer according to ethnicity: a systematic review and dose - response meta - analysis. *Obesity reviews* 14;665-78.
- Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al. 2017. The eighth edition AJCC cancer staging manual: continuing to build a bridge from a population - based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA: a cancer journal for clinicians* 67;93-9.
- Ataollahi M, Sharifi J, Paknahad M , Paknahad A. 2015. Breast cancer and associated factors: a review. *Journal of medicine and life* 8;6.
- Awogbayila M, Onasoga O, Jibril U, Oluwafemi F , Orok E. 2023. Assessment of breast cancer risk perception, knowledge, and breast self-examination practices among market women in Owo, Ondo State, Nigeria. *BMC Women's Health* 23;556.
- Aydıntuğ S. 2004. Meme kanserinde erken tanı. *Sted* 13;226-9.
- Aydoğdu SGM , Karapelit Z. 2017. Ebelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Androloji Bülteni* 19;78-85.
- Bakır N , Demir C. 2020. Hemşirelerin meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin inançlarının belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 7;266-71.
- Barton MB, Harris R , Fletcher SW. 1999. Does this patient have breast cancer?: The screening clinical breast examination: should it be done? How? *Jama* 282;1270-80.
- Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P , Yavuz E. 2012. MEME KANSERİNDE TARAMA VE TANI (İSTANBUL MEME KANSERİ KONSENSUS KONFERANSI 2010). *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 8.
- Berg WA. 2009. Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next? *American Journal of Roentgenology* 192;390-9.
- Berner A, Davidson B, Sigstad E , Risberg B. 2003. Fine - needle aspiration cytology vs. core biopsy in the diagnosis of breast lesions. *Diagnostic cytopathology* 29;344-8.
- Bingöl D, Kılıcıkesen E, Aydemir C , Büyükkayacı Duman N. 2019. Yaşlı kadınlara yönelik meme kanseri taramalarında güncel yaklaşımlar. *Büyükkayacı Duman N (ed) Yaşlılık ve Kadın Sağlığı* 1;15-8.

- Boğa S. 2010. Beyin metastazı olan meme kanseri hastalarının klinikopatolojik özellikleri.
- Boyd NF, Guo H, Martin LJ, et al. 2007. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *New England journal of medicine* 356;227-36.
- Boyle P , Boffetta P. 2009. Alcohol consumption and breast cancer risk. *Breast cancer research* 11;S3.
- Boyle P , Levin B. 2008. Dünya Kanser Raporu: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi.
- Bradbury J. 2001. Stop teaching breast self-examination, say Canadian experts. *The Lancet Oncology* 2;461.
- Buluz G. 2021. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi ve Tutumlarının Saptanması. Uzmanlık Tezi, İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi İstanbul.
- Cancer CGOHFIB. 2012. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *The lancet oncology* 13;1141-51.
- Chausserie S, Levillain R, Puvinel J, et al. 2015. Seasonal variations do not affect the superiority of fecal immunochemical tests over guaiac tests for colorectal cancer screening. *International Journal of Cancer* 136;1827-34.
- Cho E, Chen WY, Hunter DJ, et al. 2006. Red meat intake and risk of breast cancer among premenopausal women. *Archives of internal medicine* 166;2253-9.
- Çehreli R, Açıkgöz A , Ellidokuz H. 2019. Kadınların meme kanseri bilgisinin beslenme durumu ve yaşam biçimlerine olan etkisinin risk analizi ile incelenmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 47;56-66.
- Dall GV , Britt KL. 2017. Estrogen effects on the mammary gland in early and late life and breast cancer risk. *Frontiers in oncology* 7;110.
- Ernst M , Roukema J. 2002. Diagnosis of non-palpable breast cancer: a review. *The Breast* 11;13-22.
- Evans D , Lalloo F. 2002. Risk assessment and management of high risk familial breast cancer. *Journal of Medical Genetics* 39;865-71.
- Gençtürk N. 2007. Meme kanserinde korunma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 10;72-82.
- Gürbüz C. 2003. Kadınlar için meme sağlığı bilgileri. İstanbul: Türkiye Meme Vakfı Yayınları;4-47.
- Gürleyik G. 2013. Birinci Basamakta Meme Hastalıklarına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics* 4;28-34.
- Henderson IC. 1993. Risk factors for breast cancer development. *Cancer* 71;2127-40.
- İğci A , Asoğlu O. 2003. Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. İçinde: Meme Kanseri (Ed: Topuz E, Aydın A, Dinçer M) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri;113-23.
- İlhan N, Çöl AG, Tanboğa E, Şengül A , Batmaz M. 2014. Sağlıkla İlgili Bölümlerde Okuyan Üniversite Öğrencilerinin Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 10.
- Jatoi I, Anderson WF , Rosenberg PS. 2008. Qualitative age-interactions in breast cancer: a tale of two diseases? *American journal of clinical oncology* 31;504-6.
- John EM , Kelsey JL. 1993. Radiation and other environmental exposures and breast cancer. *Epidemiologic reviews* 15;157-62.

- Kanadys W, Barańska A, Malm M, et al. 2021. Use of oral contraceptives as a potential risk factor for breast cancer: A systematic review and meta-analysis of case-control studies up to 2010. *International journal of environmental research and public health* 18;4638.
- Kankaya B, Büyükaşık S, Kapan S , Alış H. 2019. Meme Kanseri Tedavisinde Güncel Yaklaşım/Current Management in Breast Cancer. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi* 2;7-10.
- Kanseri M. 2006. Meme Karsinomu Patolojisi.
- Karar I. 2018. ANKARA UNivEnsirBsi rrp rerur, rnsi.
- Kawai M, Malone KE, Tang MTC , Li CI. 2014. Active smoking and the risk of estrogen receptor - positive and triple - negative breast cancer among women ages 20 to 44 years. *Cancer* 120;1026-34.
- Kebudi A , Deveci U. 2012. İLTİHABİ MEME KANSERİ. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 8.
- Kılıç D, Sağlam R , Kara Ö. 2009. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE MEME KANSERİ FARKINDALIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 5.
- Kılıç S, Uçar M, Seymen E, İnce S , Kuru N. 2006. Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* 48.
- Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak SD, Tükün A, Yalçın B. 2011. MEME KANSERİNDE RISK FAKTÖRLERİ, RISKİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE PREVANSİYON: İSTANBUL 2010 KONSENSUS RAPORU. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 7.
- Korolchouk V, Stanley K , Stjernswärd J. 1990. The control of breast cancer a World Health Organization perspective. *Cancer* 65;2803-10.
- Kozan R , Tokgöz V. 2016. Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7.
- Kuhl C. 2007. The current status of breast MR imaging part I. Choice of technique, image interpretation, diagnostic accuracy, and transfer to clinical practice. *Radiology* 244;356-78.
- Liu N, Li P, Wang J, et al. 2020. Psychometric properties of the Breast Cancer Awareness Measurement among Chinese women: a cross-sectional study. *BMJ open* 10;e035911.
- Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R , Stanisławek A. 2021. Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. *Cancers (Basel)* 13.
- Mahoney MC, Bevers T, Linos E , Willett WC. 2008. Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *CA: a cancer journal for clinicians* 58;347-71.
- Majeed W, Aslam B, Javed I, et al. 2014. Breast cancer: major risk factors and recent developments in treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 15;3353-8.
- Malay Ü , Sayek İ. 2013. Meme Kanseri. *Temel Cerrahi* 4;1103-18.
- Meijers-Heijboer H, Van Geel B, Van Putten WL, et al. 2001. Breast cancer after prophylactic bilateral mastectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. *New England Journal of Medicine* 345;159-64.

- Miskeen E , Al-Shahrani AM. 2023. Breast Cancer Awareness Among Medical Students, University of Bisha, Saudi Arabia. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 15;271-9.
- Müslümanoğlu M. 2003. Meme Koruyucu Cerrahi Sonrası Görülen Lokal Nükslerde Cerrahi Yaklaşım. Topuz E, Aydın A, Dinçer M (Editörler). *Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul*;471-5.
- Noroozian M, Stein LF, Gaetke-Udager K , Helvie MA. 2015. Long-term clinical outcomes in women with breast pain in the absence of additional clinical findings: mammography remains indicated. *Breast cancer research and treatment* 149;417-24.
- O'mahony M, Comber H, Fitzgerald T, et al. 2017. Interventions for raising breast cancer awareness in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Omar A, Bakr A , Ibrahim N. 2020. Female medical students' awareness, attitudes, and knowledge about early detection of breast cancer in Syrian Private University, Syria. *Heliyon* 6.
- Özçelik MF. 2018. TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ YETERLİLİK (BOARD) OKULU DERS NOTLARI.
- Özer GF, Beydağ KD , Özbay C. 2009. Hemşirelik öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgileri ve meme muayenesini uygulama durumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*.
- Özmen V. 2014. Breast cancer in Turkey: clinical and histopathological characteristics (analysis of 13.240 patients). *The journal of breast health* 10;98.
- Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, et al. 2012a. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu Meme Hastalıkları Kitabı. *Güneş Tıp Kitabevleri*;55-65.
- Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, et al. 2012b. Meme hastalıkları kitabı. *Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul*;73-6.
- Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, et al. 2009. Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu”. *Meme sağlığı dergisi* 5;125-34.
- Özpulat F, Kabasakal E , Baş MT. 2017. Adolescents’ opinions and thoughts about consanguineous marriages: A Turkey sample. *Journal of Human Sciences* 14;105-12.
- Öztek Z , Kubilay G. 1993. *Toplum Sağlığı ve Hemşireliği*. Somgür Yayıncılık, Ankara.
- Palas Karaca P , Genç Koyucu R. 2020. Sağlık hizmetleri öğrencilerinin meme kanseri konusunda bilgilerinin değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni* 22;94-102.
- Path RPMKM, Roberto Chuit M, Eduardo Abalo M , Antonio Lorusso M. 2016. Breast cancer in Argentina: analysis from a collaborative group for the study of female breast cancer. *J Can Epi Treat* 1;5-16.
- Qasim S, Tayyab H, Zulqadar K, Masood S, Qasim TB , Zubair Z. 2020. Breast Cancer knowledge and perceived barriers to help seeking among pre-clinical and clinical female medical students of King Edward Medical University, Lahore: a cross-sectional study. *BMC Medical Education* 20;1-9.
- Rezano A, Utama MS, Wiraswati HL, et al. 2022. Knowledge level towards breast cancer and breast self-examination among medical students of Indonesia. *Global Medical and Health Communication* 10;35-42.
- Rızalar S , Altay B. 2010. Meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 5;73-87.
- Salman MC, Gültekin M, Taşkiran Ç , Ayhan A. 2005. Hormon ve meme. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 8;37-53.

- Schorn C, Fischer U, Luftner-Nagel S, Westerhof J, Grabbe E. 1999. MRI of the breast in patients with metastatic disease of unknown primary. *European radiology* 9;470-3.
- Schwartz GF, Hughes KS, Lynch HT, et al. 2008. Proceedings of the international consensus conference on breast cancer risk, genetics, & risk management, April, 2007. *Cancer* 113;2627-37.
- Sevindik F, Çelebi E, Öner ÖĞ , Oğuzöncül F. 2011. HEMĞRELĞK VE EBELĞK ÖĞRENCİLERİNGN MEME KANSERİNE İLGİKĞN RĞSK FAKTÖRLERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. *e-Journal of New World Sciences Academy* 6;4B0003.
- Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D , Brawley OW. 2010. Cancer screening in the United States, 2010: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA: a cancer journal for clinicians* 60;99-119.
- Storm H , Jensen O. 1986. Risk of contralateral breast cancer in Denmark 1943-80. *British journal of cancer* 54;483-92.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. 2021. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians* 71;209-49.
- Suzuki R, Ye W, Rylander-Rudqvist T, Saji S, Colditz GA , Wolk A. 2005. Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a prospective cohort study. *Journal of the National Cancer Institute* 97;1601-8.
- Taylan S , Çelik GK. 2020. Ailesel meme kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınlarda meme kanseri tanılama davranışları. *Cukurova Medical Journal* 45;1467-75.
- Topuz E. 2003. Meme kanseri: Nobel.
- Tunacı M. 2012. Meme radyolojisi: MRG. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, et al (editörler). *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;125-39.
- Utkan NZ. 2018. Meme kanseri. Editör: Mehmet Faik Özçelik, Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları, Bölüm 29;298-313.
- Van Goethem M, Tjalma W, Schelfout K, Verslegers I, Biltjes I , Parizel P. 2006. Magnetic resonance imaging in breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 32;901-10.
- Yılmaz M , Atak N. 2014. Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health* 12;51-60.
- Yılmaz S, Emre N , Aykota MR. 2020. Tıp fakültesi öğrencilerinin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Pamukkale Medical Journal* 13;351-6.
- Yılmaz T. 2018. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi ve davranışları. *Ankara Üniversitesi (Turkey)*
- Yoo T-K, Han KD, Kim D, Ahn J, Park W-C , Chae BJ. 2020. Hormone replacement therapy, breast cancer risk factors, and breast cancer risk: a nationwide population-based cohort. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 29;1341-7.
- Yükseköl ÖD, Nazik F, Yılmaz AN, Erbek Ö , Tanrıkulu Ş. 2022. PANDEMİ SÜRECİNDE HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE KENDİ KENDİNE

MEME MUAYENESİ DAVRANIŞ VE İNANÇLARININ BELİRLENMESİ.
Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 7;683-700.



8. ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MEME KANSERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI

Hazırlayan: Dr. Furkan URCAN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ/Konya, 2024

Amaç: Bu çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgi seviyelerini ve tutumlarını değerlendirmek amaçlanmaktadır. Bu sayede, araştırma sonucunda elde edilecek bulguların, eğitim programlarının iyileştirilmesine ve meme kanseri farkındalığını artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunması hedeflenmektedir. Ayrıca, öğrencilerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi, gelecekte toplumda meme kanseri farkındalığını arttırmaya ve erken teşhis oranlarını yükseltmeye yardımcı olacaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı kesitsel çalışma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aralık 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 22.11.2023 tarihli 2023/534 sayılı kararı ile onaylandı. Tüm öğrencilere çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi, bilgilendirilmiş onam alınarak anketler yüz yüze uygulandı. Derslere devam etmeme, akademik tatil durumu ve çalışmaya katılmayı reddetme dışlama kriterleri olarak belirlendi. Çalışmada toplam 1497 öğrenciden 254'ü dışlama kriterlerine uyması nedeniyle analize dahil edilmedi. Örneklem büyüklüğü belirlenmedi, gönüllü ve katılım kriterlerine uygun tüm öğrenciler çalışmaya dahil edildi. 1243 öğrenci (%83,03) analizlerde yer aldı. Öğrenciler sınıflarına göre 1. sınıfta %80,08, 2. sınıfta %80,6, 3. sınıfta %81,4, 4. sınıfta %82, 5. sınıfta %81,7, 6. sınıfta %92,8 oranında katılım gösterdi. Anketlerin ardından öğrencilere meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgilendirici açıklamalar yapıldı.

Bulgular: Araştırmamıza 702 kız öğrenci (%56,5), 541 erkek öğrenci (%43,5) dahil oldu. Katılımcıların yaş ortalaması $21,41 \pm 2,16$ idi. En büyük yaş 32, en küçük yaş 17 idi. Katılımcıların %88,4'ünün(n=1099) çekirdek aile yapısında olduğu, %63,3'ünün(n=787) baba öğrenim düzeyinin yüksekokul/üniversite düzeyinde olduğu, %37,2'sinin(n=462) anne öğrenim düzeyinin yüksekokul/üniversite düzeyinde olduğu görüldü. Katılımcıların %11,2'sinin(n=139) alkol, %16,3'ünün(n=202) ise sigara kullandığı saptandı. Katılımcıların %58,2'si(n=723) kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiğini belirtti. %3,2'si(n=40) birinci derece yakınlarında (anne baba kardeş) meme kanseri olduğunu beyan etti. Katılımcıların %87,2'si(n=1084) kendisini meme kanseri risk grubunda görmediğini belirtti. %86'sının(n=1069) meme kanseri için kendini yeterli bilgi düzeyinde görmediği saptandı. Meme kanseri hakkında bilginin en fazla alındığı kaynak olarak %48,1(n=598) ile en çok dersler idi. Klinik sınıfların preklinik sınıflara göre derslerden daha fazla yararlandığı saptandı. Dersleri kaynak olarak kullanma oranının en düşük 1.sınıflarda olduğu görüldü. 1.sınıfların en fazla kullandığı kaynağın internet(%65,2) olduğu görüldü. Ayrıca 1(%65,2) ve 2.sınıfların(%51,6) en fazla interneti, diğer sınıfların ise en fazla dersleri kaynak olarak kullandığı saptandı. Bu bulguların hepsinde istatistiksel anlamlılık tespit edildi($p<0,001$).

Klinik öğrencilerde adet döneminin sonunda KKMM yapılması gerektiğini bilenlerin oranı (%52,6), preklinik öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Ayrıca, meme kanseri

risk faktörleri hakkında klinik öğrencilerin preklinik öğrencilere göre daha fazla bilgiye sahip olduğu görüldü. Yoğun meme dokusunun, erken adet görmenin, alkol kullanımının ve menopoz sonrası hormon replasman tedavisinin meme kanseri riskini artırdığına dair farkındalık klinik grupta belirgin şekilde yüksekti ($p<0,001$).

Risk faktörleri açısından cinsiyet karşılaştırmalarında, kadın öğrencilerin alkol ve sigara kullanımının meme kanseri riskini artırdığı konusunda erkeklerden daha bilinçli oldukları saptanmıştır ($p=0,006$ ve $p=0,005$). Ayrıca, birinci derece yakında meme kanseri öyküsü olanların, meme kanseri riskini arttıran faktörlere daha duyarlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kadın öğrencilerin %19,7'si kendini risk grubunda görürken, erkeklerde bu oran %3,9'dur ($p<0,001$). Ayrıca, sigara ve alkol kullanmayanların KKMM'yi doğru şekilde uygulama oranı, kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışma, tıp fakültesi öğrencilerinin meme kanseri ve KKMM konularındaki bilgi düzeylerini, tutumlarını ve farkındalıklarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Sonuçlar, öğrencilerin sınıf düzeylerine göre bu konulardaki bilgi seviyelerinin farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle klinik sınıflardaki öğrencilerin, preklinik sınıflara kıyasla daha yüksek farkındalığa sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu durum, klinik eğitim süreçlerinin öğrencilerin meme kanseri risk faktörlerini daha iyi anlamalarına ve KKMM'nin önemini kavramalarına olan katkısını göstermektedir.

Bu çalışma, tıp eğitimi sürecinde meme kanseri ve KKMM konularına daha erken aşamalarda daha fazla yer verilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle preklinik sınıflarda farkındalığı arttırmaya yönelik seminerler, atölyeler ve uygulamalı eğitimlerin müfredata entegre edilmesi, meme kanseri farkındalığının daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlayacaktır.

Sonuç olarak, meme kanseri dünya genelinde kadın sağlığını tehdit eden en yaygın kanser türlerinden biri olmaya devam etmektedir. Bu nedenle, erken tanının ve müdahalenin önemini kavrayan doktor adaylarının yetiştirilmesi, sağlık alanında büyük bir fark yaratacaktır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, tıp öğrencileri, farkındalık

9. ABSTRACT

T.C.

SELÇUK UNIVERSITY

MEDICAL SCHOOL

KNOWLEDGE LEVELS AND ATTITUDES OF MEDICAL FACULTY STUDENTS ABOUT BREAST CANCER

Prepared by: Furkan URCAN

Department of Family Medicine

SPECIALIZATION IN MEDICINE THESIS/Konya, 2024

Objective: The aim of this study is to evaluate the level of knowledge and attitudes of medical students about breast cancer. In this way, it is aimed that the findings of the study will contribute to the improvement of educational programmes and the development of strategies to increase breast cancer awareness. In addition, eliminating the knowledge deficiencies of the students will help to increase breast cancer awareness and early diagnosis rates in the society in the future.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted at Selçuk University Faculty of Medicine between December 2023 and April 2024. The study was approved by the Selçuk University Faculty of Medicine Ethics Committee with the decision numbered 2023/534 dated 22.11.2023. All students were informed about the purpose of the study, informed consent was obtained and the questionnaires were administered face-to-face. After the questionnaires, students were given informative explanations about breast cancer and risk factors.

Absenteeism, academic holiday status and refusal to participate in the study were determined as exclusion criteria. In the study, 254 out of a total of 1497 students were not included in the analysis because they met the exclusion criteria, and 1243 students (83.03%) were included in the analyses. According to their grades, 80.08% of the students participated in 1st grade, 80.6% in 2nd grade, 81.4% in 3rd grade, 82% in 4th grade, 81.7% in 5th grade, and 92.8% in 6th grade. Sample size was not determined, all volunteer and eligible students were included in the study.

Results: Our study included 702 female students (56.5%) and 541 male students (43.5%). The mean age of the participants was 21.41 ± 2.16 years. The oldest age was 32 and the youngest age was 17. It was seen that 88.4% (n=1099) of the participants were in nuclear family structure, 63.3% (n=787) of the participants' father's education level was at the college/university level, 37.2% (n=462) of the participants' mother's education level was at the college/university level. It was found that 11.2% (n=139) of the participants used alcohol and 16.3% (n=202) smoked. 58.2% (n=723) of the participants stated that they evaluated their own health status as good. 3.2% (n=40) stated that their first-degree relatives (parents, siblings) had breast cancer. 87.2% (n=1084) of the participants stated that they did not consider themselves in the breast cancer risk group. 86% (n=1069) of the participants did not consider themselves to have sufficient knowledge about breast cancer. The most common source of information about breast cancer was lectures with 48.1% (n=598). It was found that clinical classes benefited from lectures more than preclinical classes. The lowest rate of using lectures as a source was observed in the first grades. It was seen that the most used resource by the 1st grades was the internet (65.2%). In addition, it was determined that the 1st (65,2%) and 2nd grades (51,6%) used the internet the most, and the other grades used the lessons the most as a resource. Statistical significance was found in all of these findings ($p < 0.001$).

The proportion of clinical students who knew that breast self-examination should be performed at the end of the menstrual period (52.6%) was significantly higher than preclinical students ($p<0.001$). In addition, it was observed that clinical students had more knowledge about breast cancer risk factors than preclinical students. The awareness that dense breast tissue, early menstruation, alcohol use and postmenopausal hormone replacement therapy increase the risk of breast cancer was significantly higher in the clinical group ($p<0.001$).

In gender comparisons in terms of risk factors, female students were more aware of the fact that alcohol and smoking increase the risk of breast cancer than male students ($p=0.006$ and $p=0.005$). In addition, those with a history of breast cancer in first-degree relatives were found to be more sensitive to factors that increase the risk of breast cancer ($p<0.001$). 19.7% of female students considered themselves in the risk group, while this rate was 3.9% in males ($p<0.001$). In addition, the rate of correct breast self-examination was significantly higher in non-smokers and alcohol users than in smokers ($p<0.001$).

Conclusion: This study was conducted to examine the knowledge levels, attitudes and awareness of medical students about breast cancer and breast self-examination. The results revealed that the knowledge levels of the students on these subjects differed according to their class levels. In particular, it was observed that students in clinical classes had higher awareness compared to preclinical classes. This shows the contribution of clinical education processes to students' better understanding of breast cancer risk factors and the importance of breast self-examination.

In addition, the negative relationship between smoking and alcohol use and knowledge of breast self-examination indicates that awareness of the negative effects of smoking and alcohol on health should be increased. The fact that female students had higher awareness than male students emphasises the importance of educational programmes to increase awareness that breast cancer risk can affect both genders.

In conclusion, breast cancer remains one of the most common types of cancer threatening women's health worldwide. Therefore, training doctor candidates who understand the importance of early diagnosis and intervention will make a big difference in the field of health.

Keywords: Breast cancer, medical students, awareness

10. EKLER

10.1. EK-1: Anket Bilgi Formu

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MEME KANSERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI

ANKET FORMU

Bu anket formu, meme kanseri konusundaki bilgi ve görüşlerinizi belirlemeye yönelik bir çalışmadır. Değerli katılımcı; **anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız**. Anket formu bilimsel amaçlarla hazırlanmış ve sadece bu amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olabilmesi; anketi **eksiksiz** biçimde cevaplandırmanıza bağlıdır. Araştırmadan toplanacak bütün veriler **toplu olarak** değerlendirilecek ve **tamamen gizli** tutulacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Dr. Furkan URCAN

S1)YAŞ:

S2)CİNSİYET: a) Kadın b) Erkek

S3)DÖNEM: a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 f)6

S4)Aile Yapısı

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile
- c) Anne-Baba boşanmış/Ebeveyn kaybı

S5)Babanızın öğrenim düzeyi nedir?

a)Okuryazar değil b) Okuryazar c)İlköğretim d)Lise e) Yüksekokul veya üniversite

S6)Annenizin öğrenim düzeyi nedir?

a)Okuryazar değil b) Okuryazar c)İlköğretim d)Lise e) Yüksekokul veya üniversite

S7)Alkol Kullanımı: a)Var b)Yok

S8)Sigara Kullanımı: a)Var b)Yok

S9)Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

a)Çok iyi b) İyi c)Orta d) Kötü

S10)Birinci derece yakınlarınızda (anne baba kardeş) meme kanseri varmı?

a) Evet b) Hayır

S11)Kendinizi meme kanseri için risk grubunda görüyor musunuz?

a) Evet b)Hayır

S12)Meme kanseri hakkında bilginiz sizce yeterli mi?

a) Yeterli b) Kısmen yeterli c) Yetersiz

S13)Meme kanseri hakkında bilgiyi en fazla aldığınız kaynak nedir?

a)Dersler b)İnternet c)Televizyon/gazete/dergi d)Sağlık çalışanları
e)Arkadaşlar

S14)Meme kanserine erken tanı koymak mümkün müdür?

a)Evet b)Hayır c)Fikrim yok

S15)Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkındaki düşünceniz nedir?

a) Düzenli olarak her ay yapmak gerektiği

b) Genç kadınların yapmasına gerek olmadığı

c) KKMM yapmak için bilginin yeterli olmadığı

S16)Kendi kendine meme muayenesinin yapılma tekniğini biliyor musunuz?

a) İyi biliyorum b) Az biliyorum c) Hiç bilmiyorum

S17)Kendi kendine meme muayenesi hangi sıklıkla yapılmalıdır?

a) Haftada bir b) Ayda bir c) 6 ayda bir d)Şikayeti oldukça

S18) Kendi kendine meme muayenesi hangi dönemde yapılmalıdır?

a)Adet döneminin sonunda

b)Adet döneminin başında

c)Adet döneminde

d)Zamanı fark etmez

e)Fikrim yok

S19)Meme kanseri riskini artıran nedenleri biliyor musunuz?

a)Evet b)Hayır c)Fikrim yok

S20)Kişide yoğun meme dokusu bulunması meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S21)Kişinin erken yaşta adet görmesi (9-11 yaş)meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S22)Alkol kullanmak meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S23)Kişinin sigara içmesi meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S24)Menopoz dönemi 6 aydan fazla kullanılan hormon replasman tedavisi meme

kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S25)Kişinin ileri yaşta (50 ve üstü) menopoza girmesi meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S26)Kişinin iyonize radyasyon alması meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S27)Fiziksel egzersiz meme kanseri riskini azaltır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S28)Birinci derece yakınında meme kanseri olan kişilerde meme kanseri riski

artar mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S29)Obezite meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S30)Kişinin hiç doğum yapmaması meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S31)Kişinin daha önce düşük yapması meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S32)Memede ele gelen şişlik ya da kitle meme kanseri belirtisi olabilir mi?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S33)Koltuk altında ele gelen şişlik meme kanseri belirtisi olabilir mi?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S34)Çocukluğundan bu yana bir memenin diğer memeden büyük olması meme kanseri belirtisi olabilir mi?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S35)Yaş artıkça meme kanseri riski artar mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S36)BRCA gen mutasyonu meme kanser riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S37)Kişinin elektromanyetik alanlara (cep telefonu, radyo, bilgisayar) maruz

kalması meme kanseri riskini artırır mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

S38)Bu anket sayesinde meme kanserinin ve risklerinin önemli olduğuna dair sizde bir fikir uyandı mı?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok