



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA NUMUNE SAğLIK UYGULAMA ve ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ANKARA NUMUNE EğTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ KETEM
POLİKLİNİğİ'NE MEME KANSERİ TARAMASI İÇİN BAşVURAN
HASTALARIN DEğERLENDİRİLMESİ ve MEME KANSERİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİNDE AİLE HEKİMLERİNİN ROLÜ

Dr. Ayşenur Merve TURAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA 2018



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA NUMUNE SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KETEM
POLİKLİNİĞİ'NE MEME KANSERİ TARAMASI İÇİN BAŞVURAN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ ve MEME KANSERİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİNDE AİLE HEKİMLERİNİN ROLÜ

Dr. Ayşenur Merve TURAN

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. İsmail KASIM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA 2018

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bize yol gösteren, ilgi ve desteğini esirgemeyen, fikirlerimize değer veren kıymetli hocam, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya,

Çalışkanlığı, azmi ve açık fikirliliği ile eğitim sürecimizde desteğini esirgemeyen hocam Doç. Dr. Rabia KAHVECİ ve eğitimimiz ve hayatımıza tecrübeleri ve tavsiyeleri ile yön veren, hayata ve mesleğe bakış açımı geliştiren hocam Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER'e,

Bilgi ve tecrübeleri ile akademik yolumuzu aydınlatan ve farklı bakış açılarıyla ufukumuzu açan başasistanımız ve tez danışmanım Uzm. Dr. İsmail KASIM'a ve Uzm. Dr. İrfan ŞENCAN'a, ve tezime fikir ve önerileriyle katkı sağlayan Yrd. Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ'a,

Üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber yürüdüğümüz, her zaman yanımda ve yardımımda olan dostum Dr. Öznur SARGIN'a, her şeyde olduğu gibi tez sürecimde de yardımına koşan dostum Dr. Fahire Gökür AKARCA'ya ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Beni yetiştiren, hayatımı şekillendirmeme yardım eden ve tüm eğitimim boyunca desteğim olan annem Yaşar SÖNMEZ ve babam Tahsin SÖNMEZ'e,

Varlığı, sevgisi ve sabrıyla en büyük desteğim eşim Dr. Çağrı TURAN'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Ayşenur Merve TURAN

Ankara 2018

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI ve ÜLKEMİZDEKİ TARİHÇESİ.....	3
2.2. KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA ve EĞİTİM MERKEZİ.....	4
2.3. MEME ANATOMİSİ ve HİSTOLOJİSİ	4
2.4. MEMEDE SEMPTOMLAR	5
2.4.1. Memede Kitle.....	5
2.4.2. Memede Ağrı (Mastodini)	5
2.4.3. Meme Başı Akıntısı	5
2.5. MEMENİN BENİGN HASTALIKLARI	5
2.6. MEME KANSERİ	6
2.6.1. Risk Faktörleri ve Risk Değerlendirmesi.....	6
2.7. MEME KANSERİNDE TANI ve TARAMA	8
2.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Klinik Meme Muayenesi.....	8
2.7.2. Mamografi, Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme.....	8
2.7.3. Breast Imaging Reporting and Data Systems	9
2.7.4. Doku tanısı	9

2.7.5. Gen analizi	9
2.7.6. Kan tetkiki	10
2.7.7. Dünyada Meme Kanseri Tarama Programları ve Önerileri	10
2.7.8. Türkiye’de Meme Kanseri Tarama Programı	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	42
KAYNAKLAR	51
EKLER	55
Ek-1. Hastalara Uygulanan Anket Formu	55
Ek-2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	59
ÖZGEÇMİŞ	62

KISALTMALAR

BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data Systems
BRCA	Breast Cancer Gene
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme
VKİ	Vücut Kitle İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Dünyada Meme Kanseri Tarama Programı Örnekleri	11
Tablo 2.2. Ortalamadan Yüksek Riskli Kadınlarda Tarama Örnekleri.....	14
Tablo 2.3. Ortalama Riskteki Kadınlar İçin Meme Kanseri Tarama Programlarının Kendi Kendine ve Klinik Meme Muayenesi Önerileri	14
Tablo 4.1. Hastaların Boy, Ağırlık, Vücut Kitle İndeksi ve İlk Başvurularındaki Yaş Ortalama, Ortanca, En Düşük ve En Yüksek Değerleri.....	19
Tablo 4.2. Hastaların Vücut Kitle İndeksi Dağılımları	19
Tablo 4.3. Hastaların Eğitim Durumu.....	20
Tablo 4.4. Son Mamografi Sonuçları.....	20
Tablo 4.5. Son Ultrasonografi Sonuçları.....	21
Tablo 4.6. Hastaların Meme Kanseri Hakkında Bilgi Edindiği Kaynaklar	22
Tablo 4.7. En Az Bir Sağlık Çalışanından Meme Kanseri Hakkında Bilgi Alınma Durumu	23
Tablo 4.8. Bir Sağlık Çalışanından Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Alınma Durumu	23
Tablo 4.9. Hastaların Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Aldığı Sağlık Çalışanı Dağılımı	24
Tablo 4.10. Katılımcıların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığı.....	26
Tablo 4.11. “Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi’nden Nasıl Haberdar Oldunuz?” sorusuna verilen cevaplar.....	27
Tablo 4.12. İlk Başvuru Anında Meme Semptomu Olan Hastaların Semptomlarının Dağılımı	27
Tablo 4.13. Sonuçların Aile Hekimi ile Paylaşılma Durumu	28
Tablo 4.14. Tekrar Tarama Zamanını Hastaya Söyleyen Sağlık Çalışanı	28
Tablo 4.15. Tekrar Tarama Zamanını Aksatan Hastaların Sayısı ve Aksatma Nedenleri.....	29
Tablo 4.16. Eğitim Durumuna Göre Hastaların Aile Hekimlerini Yıllık Ziyaret Sayısı	29
Tablo 4.17. Hastaların Aile Hekimlerini Yıllık Ziyaret Sayısına Göre Vücut Kitle İndeksleri.....	30

Tablo 4.18. Eğitim Durumuna Göre Vücut Kitle İndeksi.....	30
Tablo 4.19. Aile Hekimini Yıllık Ziyaret Sayıları ve Eğitim Durumuna Göre Hastaların Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Kaynakları	31
Tablo 4.20. Bir Sağlık Çalışanıyla Tarama Öncesi Meme Kanseri ile İlgili Konuşma Durumunu, Aile Hekimini Yıllık Ziyaret Sayısına ve Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırması.....	32
Tablo 4.21. Hastaların Tekrar Tarama Zamanını Bilmeleri ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması	33
Tablo 4.22. Hastaların Tarama Öncesi Bir Sağlık Çalışanıyla Meme Kanseri ile İlgili Konuşma Durumu ile Görüntüleme Tetkik Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.23. Hastaların Mamografi, Ultrasonografi ve Patoloji Sonuçları ile İlk Başvuruda Semptom Varlığının Durumu.....	35
Tablo 4.24. Hastaların Taramalarını Hatırlatılarak ya da Kendisi Planlayabilme Durumunun Değişik Değişkenlerle Karşılaştırılması	36
Tablo 4.25. Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamasını Bilme ile Eğitim Durumu ve Sağlık Çalışanından Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.26. Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulaması ile Eğitim Durumu ve Sağlık Çalışanından Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.27. Hastaların Tarama Zamanını Aksatma Durumu ile Eğitim Durumu ve Sağlık Çalışanından Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Alma Durumunun Karşılaştırılması	39
Tablo 4.28. Hastanın Sonuçlarını Aile Hekimi ile Paylaşma Durumuna Göre Aile Hekimini Yıllık Ziyaret Sayısının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.29. Hastalara Tekrar Tarama Zamanı Hakkında Bilgi Verilmesi ile Hastaların Tekrar Tarama Zamanını Bilme Durumlarının Karşılaştırılması	40
Tablo4.30. Hastanın Tekrar Tarama Zamanını Bilme Durumlarına Göre Tekrar Tarama Yaptırabilmesi İçin Hatırlatılarak ya da Kendisi Planlayarak Yaptırabilme Durumu	40

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'nden Şüpheli Mamografi ya da İleri Tetkik Nedeniyle Yönlendirilen Hastaların Takip Algoritması	18
Şekil 4.1. Hastaların Patoloji Sonuçları	22
Şekil 4.2. Aile Hekiminden Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Alınma Oranı.....	24
Şekil 4.3. Aile Hekiminden Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Öneri Alınma Oranı.....	25
Şekil 4.4. Katılımcıların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamayı Öğrendiği Kaynakların Oranı.....	25

ÖZET

Meme kanseri, ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve 2. en sık mortalite nedeni olan kanserdir. Primer ve sekonder korunma bu kanser türünde oldukça değerlidir. Çalışmamızda Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'nde şüpheli veya ek tetkik gerektiren mamografi sonucu olup Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH)'ne başvuranların tetkik sonuçlarının, tarama davranışlarına etki eden bilgilerinin kaynağının, aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanları ile bu konudaki iletişimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Ankara Numune EAH KETEM Polikliniği'ne 28.05.2015 - 31.08.2017 tarihlerinde Meme Kanseri Tarama Programı kapsamında başvuran 40-69 yaş arasındaki 188 hasta değerlendirildi. Ulaşılamayan/anket çalışmamıza katılmak istemeyen 71'ine anket uygulanamadı, sadece sistemdeki tetkik sonuçları değerlendirildi. Çalışmamıza katılmayı kabul eden 117 hastanın anket ve tetkik sonuçları değerlendirildi. Veriler IBM SPSS Statistics Ver. 23 ile analiz edildi, $p < 0.05$ anlamlı farklılık olarak alındı.

Biyopsi alınanların %11,1'inde atipisiz proliferatif, %11,1'inde atipili proliferatif lezyon, %11,1'inde karsinoma in situ, %33,3'ünde invaziv karsinom saptanmıştı. %82,1'ine meme kanseri hakkında bir sağlık çalışanı tarafından bilgi verilirken (çoğunlukla KETEM) %41,9'u meme kanseri risk faktörleri hakkında bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirilmediğini, sadece %9,4'üne aile hekimlerince meme kanseri risk faktörleri hakkında önerilerde bulunduğu belirtti. %82,1'i kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyor, %23,1'i ayda 1 uyguluyordu. %72,6'i tarama için KETEM'e aile hekimi tarafından yönlendirilmişlerdi. %87,2'si sonucunu öğrendiği vizitte tekrar tarama zamanının kendisine söylendiğini, %80,3'ü tekrar tarama zamanını bildiğini, %75,2'si bundan sonraki taramalarını hatırlatmaya gerek olmaksızın kendisinin planlayabileceğini belirtti.

Hastalar çoğunlukla aile hekimleri tarafından KETEM'e yönlendirilmekte fakat sadece ulusal kanser tarama programındaki gibi yaşı dikkate almaktadırlar. İşyükleri oldukça fazla olan ve kısa zaman ayırabilen aile hekimlerinin bireysel risk faktörlerini irdelemediği, gerek hastalıkla, gerekse koruyucu olabilecek önerilerle ilgili danışmanlık yapmadığı görülmüştür. Tarama yaptıran kesimin bile yeterli

eğitim/danışmanlık almadığı ve yeterli bilinç düzeyine ulaşmadığı görölmektedir. Daha detaylı standart protokoller ile tarama programı bireyselleştirilebilir ve daha etkin kullanılabilir.

KISA ÖZET

Çalışmamızda Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'nde şüpheli veya ek tetkik gerektiren mamografi sonucu olup Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH)'ne başvuranların tetkik sonuçlarının, tarama davranışlarına etki eden bilgilerinin kaynağının, aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanları ile bu konudaki iletişimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, tarama, kanser tarama, aile hekimliği

**THE EVALUATION OF PATIENTS ATTENDING TO THE
OUTPATIENT CLINIC KETEM (CANCER EARLY DIAGNOSIS,
SCREENING AND EDUCATION CENTER) OF ANEAH
(ANKARA NUMUNE TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL)
FOR BREAST CANCER SCREENING AND THE ROLE OF
THEIR FAMILY PHYSICIANS ON THEIR BREAST CANCER
AWARENESS**

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer and the second most common cause of cancer mortality in women. Primer and secondary preventions are very valuable in this type of cancer. In the present study, it was aimed to evaluate the results of the examination, the source of information affecting their screening behaviors and communication with family physicians and/or other health professionals of the patients who have suspicious results or requiring advanced investigations in Cancer Early Diagnosis, Screening and Education Center (KETEM) and hence those referred to Ankara Numune Training and Research Hospital.

188 patients who are between the ages of 40-69 and presented to the KETEM outpatient clinic in Ankara Numune Training and Research Hospital between 28.05.2015 - 31.08.2016 due to the breast cancer screening program were evaluated. The questionnaires were not applied to 71 patients who could not reach or who did not want to participate, thus they were evaluated with just examination results in the system. The results of the questionnaires and examinations of 117 patients who agreed to participate in our study were analyzed with IBM SPSS Statistics Ver. 23, $p < 0.05$ was considered as significant difference.

Respectively, proliferative lesion with atypia, without atypia, carcinoma in situ and invasive carcinoma were found as 11.1%, 11.1%, 11.1% and 33,3% of the patients performed a biopsy. 82.1% of the patients be informed about breast cancer was given by a health professional (commonly by KETEM) and 41.9% were not informed by a health professional about breast cancer risk factors. Only 9.4% of the

patients were advised concerning breast cancer risk factors by family physicians. 82.1% of the patients knew how to do self-examination, but 23.1% of them continued it monthly. 72.6% of the patients were referred to KETEM for screening by a family physician. 87.2% of the patients had been informed about the next screening test in the last examination appointment, 80.3% knew the time of re-screen, and 75.2% said that they could plan themselves without recalling their subsequent screening.

Patients are often referred to KETEM by family physicians, but they are referred only according to age as in the National Cancer Screening Program. It has been seen that the family physicians who have a lot of workloads and who can spare limited time to the patients, can not evaluate the individual risk factors and give consultation regarding neither the diseases nor the preventive advice. Despite the study population was screened patients they did not have enough education or counseling and did not reach sufficient level of consciousness. The screening program can be individualized and used more effectively with more detailed standard protocols.

SHORT ABSTRACT

In the present study, it was aimed to evaluate the results of the examination, the source of information affecting their screening behaviors and communication with family physicians and/or other health professionals of the patients who have suspicious results or requiring advanced investigations in Cancer Early Diagnosis, Screening and Education Center (KETEM) and hence those referred to Ankara Numune Training and Research Hospital.

Keywords: Breast cancer, screening, cancer screening, family medicine

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile hekimlerinin birçok görev ve sorumluluklarından biri de kayıtlı hastalara yönelik koruyucu sağlık hizmeti vermektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bileşenleri arasında hastalığın oluşmasındaki riski arttırabilecek olan etkenleri ortadan kaldırmak (primer korunma) ve söz konusu hastalığın erken tanısı için taramalar yapmak (sekonder korunma) bulunmaktadır. Bu kapsamda hastalara danışmanlık hizmeti verir, eğer varsa hastalıklara yönelik koruyucu uygulamaları yapar ve tarama yapar/yönlendirir. Bu yaklaşım hastalıkları tedavi etmeye göre daha kolay ve ucuzdur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi mortalite ile morbiditeyi azaltır (1). Koruyucu hekimliğin etkinliğini gösterdiği en önemli hastalıklardan biri de meme kanseridir (2).

Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018’de belirtildiği gibi “Aile hekimlerinin kendine ait düzenli takip ettiği bir nüfusunun olması, takip ettiği nüfusa ailesi ve çevresi ile bütünsel yaklaşabilmesi, kanser taramaları gibi toplumun genelini ilgilendiren hastalıkların danışmanlığı, taraması ve takiplerinde aile hekimini eşsiz bir konuma getirmektedir” (3).

Meme kanseri, dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve en sık 2. mortalite nedeni olan bir kanser çeşididir (3). Ülkemizde kadınlardaki insidansı 43/100.000’dir, tüm kanser hastalarının yaklaşık %25’ini kapsamaktadır (4) ve her yıl yaklaşık 15.000 kadın meme kanserine yakalanmaktadır. Ülkemizde 40-69 yaş arasındaki kadınlar her iki yılda bir mamografi ile taranmaktadırlar (3). Risk faktörü olanlarda ise daha sık ve/veya değişik yöntemler kullanılabilir. Taramaların asıl amacı asemptomatik iken tespit edilebilen bu hastalıkta erken tanı konulması ve tedavi sürecinin olabildiğince erken başlamasıdır. Tanı anındaki hastalık evresi mortalite ve sağkalımı etkileyen en önemli faktörlerden biridir (3).

Bu çalışma ile Ankara’da Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)’nde şüpheli ya da meme ultrasonografi veya meme biyopsisi gibi ek tetkik gerektiren mamografi sonucu olan kadınlardan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH)’ne sevk edilenlerin tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi, bu hastaların KETEM’e başvurmaları, tarama davranışları ve davranışlarına etki eden bilgilerinin kaynağının araştırılması, hastaya özel danışmanlık hizmeti alımını, aile

hekimleri ve diğer sağlık çalışanları ile bu konuda iletişimlerinin incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu sonuçlarla meme kanseri danışmanlık ve tarama programı kapsamının nasıl uygulandığı incelenecektir. Kapsamın genişletilmesi ve daha kaliteli programların geliştirilmesi ile ilgili çözümlere ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada cevabını aradığımız sorular, “Ankara’da KETEM’de şüpheli ya da ek tetkik gerektiren mamografi sonucu olan kadınlardan Ankara Numune EAH’ne sevk edilenlerin tetkik sonuçları nedir? Bu hastaların, tarama davranışları nedir ve davranışlarına etki eden bilgilerinin kaynakları kimlerdir, aile hekimleri/diğer sağlık çalışanlarının bu konudaki rolü nedir? Bu süreçte hastaya özel danışmanlık hizmeti alımı oranı nedir?”

Çalışmamızın tanımlayıcı kısmı için bir hipotez kurulmadı. Hastaların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynakları, tarama ile ilgili tutumları, aile hekimlerine ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerini inceleyen kısım için hipotezimiz, “Ankara’da KETEM’de şüpheli ya da ek tetkik gerektiren mamografi sonucu olan kadınlardan Ankara Numune EAH’ye sevk edilenlerin bu tarama kapsamında aile hekimleri tarafından bilgilendirme ve yönlendirme oranları yüksektir.” şeklinde-dir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI ve ÜLKEMİZDEKİ TARİHÇESİ

“Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır” (5). Bu disiplinde 6 çekirdek yeterlilikte toplanan 11 temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar;

1. Birinci basamak yönetimi (sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını olması, açık-sınırsız giriş sağlaması, tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmesi ve bireye sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla çalışarak, gerektiğinde gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlaması),
2. Kişi merkezli bakım (bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirmesi, kendine özgü bir hastayla görüşme süreci olması, bu sürecin etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlaması, sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumlu olması)
3. Özgün problem çözme becerileri (rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci olması, hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetmesi)
4. Kapsamlı yaklaşım (gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetmesi, uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirmesi)
5. Toplum yönelimli olma (toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenmesi)
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme (sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alması) (5).

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması pilot uygulama olarak Düzce ilinde hakkındaki 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi gazetede yayınlanan yönetmelikte belirtilen hususlarla başlamıştır (6). Tüm illerimizde aile hekimliği uygulamasına hakkındaki 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de

yayınlanan yönetmelik ile aynı yılın sonlarına doğru geçilmiştir (7). Geçilme sürecinde yapılan çalışmalarla Sağlık Bakanlığı uygulamanın nasıl olacağını açıklamıştır (8).

Ülkemizde aile hekimliği görevini sözleşmeli olarak hem pratisyen hem de aile hekimi uzmanları yapmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne girmiş 1985 yılında başlamıştır. Sözleşmeli pratisyen hekimler de Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 02-03.01.2014 tarih ve 406 sayılı kararı ile Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimi alabilmektedir (9).

2.2. KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA ve EĞİTİM MERKEZİ

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın kanser mortalite ve morbiditesini azaltmak için hayata geçirdiği Ulusal Kanser Kontrol programının bir parçası olarak kurulmuş ve işletilmektedir (10). Ülkemizde 2014 yılında KETEM'de 350 bin kadına meme kanseri, 500 bin kadına rahim ağzı kanseri ve 800 bin kişiye kolorektal kanser taraması yapılmıştır (11).

2.3. MEME ANATOMİSİ ve HİSTOLOJİSİ

Meme dokusu göğüs ön duvarında, pektoralis major kası üzerinde ikinci ve yedinci kaburgalar arasında erişkin laktasyon döneminde olmayan bir kadında yaklaşık 150-200 gramdır. Olgun bir memede 15-25 adet glanduler lop, her lopta 20-40 arasında lobül ve her lobülde 10-100 kadar alveol bulunur. Alveoller içinde süt yapımından sorumlu asiner hücreler ve süt kanalları etrafında mioepitelyal hücreler bulunur (12; 13).

Memelerin yaklaşık orta bölümünde rastlayan kısımda meme başı ve pigmentçe daha zengin areola bulunur. Areolada Montgomery Bezleri bulunur ve yağ salgılar (12; 13).

Over kaynaklı hormonlar (kortikosteroidler, somatotropin, prolaktin ve progesteron) etkisiyle puberte döneminde meme bezi yarımküre biçimini alır, hamilelikte ise lobüloalverolar sistemin büyümesini sağlar. Her menstrual siklusta meme yapısında da siklik değişiklikler olur. Menapozda ise meme dokusu atrofiye uğrar (12; 13).

2.4. MEMEDE SEMPTOMLAR

2.4.1. Memede Kitle

Sert, sınırları ve şekli düzensiz ve çevre dokuya fikse, ciltte çekilme yapan kitleler malignite düşündürür. Benign adenoma sert, sınırları düzgün ve mobildir, ciltte çekilme yapmaz. Kistler ise sınırları düzgün ve mobildir (14).

2.4.2. Memede Ağrı (Mastodini)

%90 benign nedenli iken %10'u kanserle ilişkilidir. Devamlılığı, bilateralitesi, menstrüel siklusa göre seyri ve başka semptomları sorgulanmalıdır (14; 15).

2.4.3. Meme Başı Akıntısı

Bilateralite, provakasyonla ortaya çıkması, birden çok kanaldan gelmesi ve beyaz-yeşil renkte olması benign özellikleridir. Spontan, laktasyon dışı, devamlı, kanlı, tek bir kanaldan geliyorsa intraduktal papillom ya da fibrokistik hastalık olabileceği gibi malignite de düşünülmelidir (2; 14; 15).

2.5. MEMENİN BENİGN HASTALIKLARI

Yaşı 30'dan küçük olanlarda en sık rastlanan memede kitle nedeni fibroadenomdur. Hormonların etkisiyle gebelikte büyürken menapoz sonrası küçülür. Puberte sonrası hızla büyüyen fibroadenomlara Juvenil (Giant) fibroadenom denir.

Yaş aralığı 35-50 olan kadınlarda ise en sık görülen meme hastalığı fibrokistik hastalıktır. Fibröz bağ dokunun aşırı proliferasyonu, duktus epitel ve lobüllerinde hiperplazi bulunur.

Sistosarkoma Filloides'te kistik dejenerasyon ve kanama odakları bulunur. %6,2 malign dönüşüme uğrayabilir.

Intraduktal papillom, duktus içinde epitel proliferasyonu ile oluşur. Kanlı meme başı akıntısına neden olabilir.

Lipom yavaş büyür. Muayenesinde ele gelen kitle düzgün kenarlı ve mobildir.

Yağ nekrozu travma sonrası oluşabilir. Meme kanseriyle hem muayene hem

de mamografi görüntüsü ile karışabilir.

Duktal ektazi, toplayıcı kanalların dilatasyonu sonucu etrafında inflamasyon gelişmesi ve fibrozisle sonuçlanmasıdır. Meme başı akıntısı ve retraksiyonu görülebilir.

Apse, adenozis, galaktosel, hemanjiom, Mondor hastalığı memenin diğer benign hastalıklarıdır (15).

2.6. MEME KANSERİ

Meme kanseri dünyada kadınlarda en sık tanısı konan malignitedir ve kanser ölümünün 2. en önde gelen nedenidir (16). Ülkemizde de meme kanseri meme kanseri insidansı 100 binde 43 olup her yıl yaklaşık 15.000 kadın meme kanserine yakalanmaktadır (3). Türkiye Kanser İstatistiği 2017 verilerine göre, kanser tanısı alan her 4 kadından biri meme kanseridir ve bu oranın gün geçtikçe artacağı düşünülmektedir (17). Amerika'da 2018'de 266.120 kadının yeni vaka olacağı ve 40.920 kadında ölüm nedeni olacağı tahmin edilmektedir (18).

Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'i 50-69 yaş arasında, %40,4 ünün ise 25-49 yaş aralığında yer almaktadır (17).

Tanısı ya küçükken asemptomatik dönemde yapılan taramalar ile ya da en sık olarak ağrısız ele gelen kitle ile seyreden semptomatik dönemde yapılan tetkikler ile saptanır. Meme derisinde kalınlaşma ve portakal kabuğu görünümü, ödem, ülserasyon, aerolada renk değişikliği, çekilme, spontan unilateral meme başı akıntısı gibi daha birçok tablo ile prezente olabilir (2).

Glandüler doku üst dış kadranda daha fazla olduğundan, meme kanseri de daha çok burada oluşur (2).

2.6.1. Risk Faktörleri ve Risk Değerlendirmesi

Yaşın ileri olması, kadın cinsiyet, ailede meme, over kanseri veya diğer herediter meme ve over sendromları ile ilişkili kanser öyküsü, bilinen gen mutasyonu, beyaz ırk, uzun boy, artmış östrojen seviyesi ve maruziyet süresi (erken menarş, geç menapoz, menapoz sonrası hormon tedavisi, oral kontraseptif kullanımı), nulliparite, insulin büyüme faktörü-1 artışı, biyopsi sonucunda özellikle atipili meme lezyonları ve karsinoma in situ olması, ilk doğum zamanı, emzirmeme,

kilo (postmenapozdaki ve vücut kitle indeksi (VKİ) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olanlarda risk artar), alkol alımı, sigara kullanımı, 10-30 yaş arasında göğüs bölgesine yüksek doz radyasyon tedavisi alma, azalmış fiziksel aktivite, az sebze tüketme, artmış meme kanseri riski ile ilişkilendirilebilecek değişkenlerdir (18-27).

Risk değerlendirmesinin amacı, yüksek riskli kadınlarda ile ortalama riskli kadınları ayırmaktır. Birçok risk değerlendirme modeli mevcuttur. Herediter meme kanseri işareti olanlarda Breast Cancer Gene (BRCA) 1 veya 2 gen mutasyonu saptanması, aynı akrabada hem over hem meme kanseri görülmesi, birinci derece akrabada senkron bilateral meme kanseri olması, erkekte meme kanseri olması ve 40 yaş altında en az bir birinci dereceden akrabada meme kanseri görülmesi) genetik mutasyon varlığı da içeren analizler önerilirken (mutasyon riskini hesaplayan Couch, Shattuck-Eidens, Frank ve BRCA-PRO), non-herediter meme kanseri riski değerlendirebilmek için başlıca Gail ve Claus modellerinden bahsedilebilir. İki testin de hitap ettiği nüfus farklı olduğundan ilk vizitte hangisinin kullanılacağı detaylı bir anamnez ile belirlenmelidir.

- Gail Modeli: Yalnızca 35 yaş üstü kadınlarda, kuvvetli aile öyküsü olanlarda kullanılabilirken, daha önce invaziv ya da non-invaziv meme kanseri tanısı almış kişilerde kullanılamamaktadır. Sorguladığı değişkenler; ırk, birinci derece akrabalarından meme kanseri öyküsü olanların sayısı, menarş yaşı, ilk doğum yaşı, yapılmış meme biyopsisi sayısı ve atipik hiperplazi varlığı. İnternet ortamından ücretsiz olarak erişilebilmektedir (28; 29).
- Claus Modeli: Meme kanserinde genetik yatkınlığı işaret eder, yüksek geçişli genlerin prevalanslarını baz alır. Kuvvetli aile öyküsü olan ama mutasyon saptanmamış kişilerde kullanılır. Sadece aile öyküsünü detaylı inceler, diğer değişkenleri göz ardı eder. Sorguladığı değişkenler; yaş, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı ve bu akrabaların tanı yaşları (29).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2005 yılında Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi’nde önerdiği ama 2009 yılı güncellemesinde bulunmayan risk değerlendirmesinde ise hastaların yaş, aile öyküsü, özgeçmiş, ilk doğum yaşı, menarş yaşı, vücut tipine göre puanlar verilerek hesaplanır (30).

2.7. MEME KANSERİNDE TANI ve TARAMA

2.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Klinik Meme Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), 20 yaşından itibaren menapoz öncesi dönemde her ay menstruasyon 7-10. günlerinde menapozdan sonra ise her ayın belirli bir gününde yapılmalıdır. Emzirme döneminde ise emzirmeden sonra uygulanır.

Önce iyi aydınlatılmış bir odada ayna karşısında, eller kalçada, yanda salınırken, havada, önde avuçlar sıkılıken ve vücut öne doğru serbest eğilmişken memede şişkinlik, portakal kabuğu görünümü, meme ucu çekintisi, kızarıklık, asimetri vs bulguların gözlenir. En son meme ucu hafifçe sıkılarak akıntı kontrol edilir.

Elle muayenede ise, yatay olarak göğüs kemiğinin ortasından koltuk altına kadar, dikey olarak ise köprücük kemiği ile memenin birkaç cm altının arasında kalan bölge, elin orta üç parmağının iç kısımları ile dairesel, dikey ya da merkezden dışa hem yatarak hem de ayakta yapılır. Yatarak yaparken incelenecek meme tarafındaki omzun altına ince yastık yerleştirilir ve kol başın altına konur, ayakta ise incelenecek meme tarafındaki el enseye yerleştirilir, aynı şekilde muayene edilir. Duşta eller sabunlu iken yapılması önerilir. Her memede hafif, orta ve şiddetlice bastırılarak üç kere tekrarlanır (31).

Klinik meme muayenesi (KKM), hekim tarafından yapılan muayenedir. Muayene ayakta, otururken ve yatar pozisyonda ayrı ayrı değerlendirilir. En uygun zaman menstruasyondan sonraki 7–10. günler arasındadır (31).

2.7.2. Mamografi, Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme

Bilateral çift yönlü, kraniokaudal ve mediolateral oblik, çekilen mamografi günümüzde tarama programlarında kullanılır. Seçiciliği %93-100'dür (32). Ultrasonografi yaş gruplarına göre duyarlılığı değişse de genelde mamografi ile kombine edilebilmektedir.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'nin seçiciliği %81-99'dür. Yapılan çalışmalarda mamografi ile ultrasonografinin birlikte duyarlılığı %52 fakat mamografi ve MRG birlikteliğinde duyarlılık %92,7 olarak bulunmuştur. Bu yüzden

yüksek riskli hastalarda mamografiye ek olarak ultrasonografiden ziyade MRG tercih edilmelidir. Ayrıca ultrasonografiye bir üstünlüğü de kanseri duktal karsinoma in situ aşamasında saptayabilmesidir (32; 33).

2.7.3. Breast Imaging Reporting and Data Systems

Breast Imaging Reporting and Data Systems (BI-RADS), meme görüntüleme tetkiklerinde kullanılan ve içinde lezyon için şüphe derecesini, biyopsi yapılması gerekliliğini, takip-tedavi yönünden tavsiyeleri barındıran standardize ortak bir dil olması amacıyla American Collage of Radiology tarafından geliştirilmiştir. Meme yoğunluğu, simetrisi, kitle varsa şekli / kenar düzeni / yoğunluğu / eko paterni, kalsifikasyon varsa yeri/şekli/dağılımı gibi birçok özelliğin değerlendirilmesi sonucunda meme tetkik sonuçlarını 7 kategoriye ayırır.

Kategori 0: Ek görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç var (tek yöntem ile kesin karar verilemeyen olgular)

Kategori 1: Negatif

Kategori 2: Benign bulgular

Kategori 3: Muhtemelen benign bulgular (malignite riski <%2)

Kategori 4: Şüpheli bulgular (malignite riski %2-95)

4A: Malignite için düşük derecede şüpheli (malignite riski % 2-10)

4B: Malignite için orta derecede şüpheli (malignite riski % 10-50)

4C: Malignite için ileri derecede şüpheli (malignite riski % 50-95)

Kategori 5: Yüksek olasılık ile malignite düşündürülen bulgular (malignite riski % 95-99)

Kategori 6: Malign olduğu bilinen olgular (doku tanısı ile kanıtlanan malignite varlığı) (2; 34).

2.7.4. Doku tanısı

Muayene ve görüntüleme yöntemleri ile bir öntanı oluşturulsa da kesin tanı doku tanısı ile konur.

2.7.5. Gen analizi

BRCA 1 ve BRCA 2 gen mutasyonları meme kanseri ile ilişkilidir (35). Fakat

genetik mutasyonun saptanması o kişide mutlaka meme kanseri gelişeceğini göstermez. Bu konuda karışıklık yaşanmaması için analiz öncesi ve sonrası genetik danışmanlık hizmeti titizlikle verilmelidir (29).

2.7.6. Kan tetkiki

Kan dolaşımında bulunan proteinler ve deoksiribonükleik asit aracılığıyla meme kanserini tarama amaçlı kullanılabilir bir test geliştirildi. Duyarlılığı %33 özgüllüğü >%99 ile bu yeni test ya da varyasyonları belki ileri dönemlerde tarama programlarında kendine yer bulabilir (36).

2.7.7. Dünyada Meme Kanseri Tarama Programları ve Önerileri

Dünyada meme kanseri için tarama programı örnekleri aşağıdaki tablolarda özetlenmiştir

Tablo 2.1. Dünyada Meme Kanseri Tarama Programı Örnekleri

Tarama programları	40-49 yaş arası ortalama riskli kadınlar	50-74 yaş arası ortalama riskli kadınlar	75 yaş üstü ortalama riskli kadınlar	Meme dokusu yoğun kadınlar
United States Preventive Task Force 2016 (37)	50 yaşına kadar olan kişilerde taramaya başlama kararı bireysel olmalıdır. Potansiyel yararlar zarardan fazlaysa 40-49 yaş arasında iki yılda bir olarak başlanabilir. (Kanıt düzeyi C)	İki yılda bir mamografi önerilmektedir. (Kanıt düzeyi B)	Güncel kanıtlar 75 yaş ve üstü kadınlarda mamografiyle taramanın yarar ve zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz. (Kanıt düzeyi I)	Güncel kanıtlar meme kanseri taramasında yoğun meme dokusu olduğu saptanan kadınlarda meme ultrasonografi, MRG veya başka yöntemlerle birleşik tarama yapmanın yarar ve zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz. (Kanıt düzeyi I)
American Cancer Society 2015 (38)	40-45 yaş arasındaki kadınlar isterlerse yıllık mamografi ile taramaya başlamayı seçebilmeliler. Taramanın zararları da potansiyel faydaları kadar gözönünde bulundurulmalı. 45-49 yaş arasındaki kişilere her yıl mamografi çektirmeli.	50-54 yaş arası kadınlar her yıl mamografi çektirmeli. 55 yaş ve üstü kadınlar 2 yılda 1 mamografi çektirmeli veya yıllık taramaya devam etmeyi seçebilmeli.	Kadınlar sağlıklı oldukları ve beklenen yaşam süreleri 10 yıl ve daha fazla olduğu sürece tarama devam ettirilmeli.	Yıllık MRG taramasını önermek ya da karşı çıkmak için öneri yapmak için yeterli kanıt yoktur.

American College of Obstetricians and Gynecologists 2017 (21)	Mamografi ve klinik meme muayenesi ile yıllık ya da 2 yılda bir tarama yapılmalı.	Mamografi ve klinik meme muayenesi ile yıllık veya 2 yılda bir tarama yapılmalı.	Klinisyenlerine de danışarak kadın mamografi taramasına devam etme ya da etmeme kararı vermelidir.	MRG taramasını önermek ya da karşı çıkmak için öneri yapmak için yeterli kanıt yoktur.
International Agency for Research on Cancer 2015 (39)	Taramayı önermek ya da taramaya karşı çıkmak için kanıtlar yetersiz.	50-69 yaş arasındaki kadınlar için mamografi ile tarama önerilmekte. 70-74 yaş arasındaki kadınlar için kanıtlar mamografi ile taramanın meme kanserinden ölüm riskini önemli derecede azalttığını gösterse de tarama güncel olarak önerilmemektedir.	Ele alınmadı.	Taramaya karşı çıkmaya ya da önerme için yeterli kanıt yok.
American Collage of Radiology (40)	Yıllık mamografi ile tarama önerilir.	Yıllık mamografi ile tarama önerilir.	Mamografi ile tarama yaş veya komorbid durumlar nedeniyle beklenen yaşam süresi 5-7 yıldan az kaldığında durdurulmalı.	Mamografiye ek olarak ultrasonografi göz önünde bulundurulabilir.
American Collage of Physicians (41)	Yarar ve faydaları kişi ile konuş ve eğer istiyorsa her 2 yılda 1 mamografi ile tarama öner	Klinisyenler ortalama riskli kadınları her iki yılda bir mamografi taraması için teşvik etmeli	Tarama önerilmemekte.	Ele alınmadı.

American Academy of Family Physicians 2016 (42)	50 yaşına kadar olan kişilerde taramaya başlama kararı bireysel olmalıdır. Potansiyel yararlar zarardan fazlaysa 40-49 yaş arasında iki yılda bir olarak başlanabilir.	İki yılda bir mamografi önerilmektedir.	Güncel kanıtlar mamografiyle taramanın yarar ve zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz.	Güncel kanıtlar meme kanseri taramasında meme ultrasonografi, MRG, başka yöntemlerle birleşik tarama yapmanın yarar ve zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz.
Canadian Task Force on Preventive Health Care (43)	Rutin tarama önerilmiyor	Her 2-3 yılda 1 (50-69 arası için orta kalitede kanıt, 70-74 arası için düşük kalitede kanıt)	Rutin tarama önerilmiyor.	
Avustralya Tarama Programı (44)	Ücretsiz taranabilir ama davet mektubu gönderilmemekte.	Her 2 yılda bir	Ücretsiz taranabilir ama davet mektubu gönderilmemekte.	
National Health Services Breast Screening Programme (45)	70 yaşının üzerinde rutin tarama yapılmıyor.	70 yaşına kadar her 3 yılda 1	70 yaşının üzerinde rutin tarama yapılmıyor.	

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

Tablo 2.2. Ortalamadan Yüksek Riskli Kadınlarda Tarama Örnekleri

Tarama programları	Ortalamadan Yüksek Riske Sahip Kadınlar
United States Preventive Task Force 2016 (37)	Anne, kardeş veya çocuğu meme kanseri olan kadınlar meme kanseri için daha yüksek riske sahiptir ve bu yüzden 40'lı yaşlarında taramaya başlamak ve daha sık taramak ortalama riskli kadınlara göre daha faydalı olabilir.
American Cancer Society 2015 (38)	Kesin faktörlere dayalı meme kanseri için yüksek riskli kadınlar 30 yaşından itibaren MRG ve mamografiyi her yıl çekirmeli. (anne, kardeş ya da çocuğunun BRCA 1 veya BRCA 2 gen mutasyonuna sahip olması gibi)
International Agency for Research on Cancer 2015 (39)	Kanıtlar yetersiz

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme, **BRCA:** Breast Cancer Gene

Tablo 2.3. Ortalama Riskteki Kadınlar İçin Meme Kanseri Tarama Programlarının Kendi Kendine ve Klinik Meme Muayenesi Önerileri

Tarama programları	KKMM	KMM
Canadian Task Force on Preventive Health Care (43)	Rutin önerilmiyor	Rutin önerilmiyor
United States Preventive Task Force 2016 (37)	Rutin önerilmiyor	Yeterli kanıt yok
Avustralya Tarama Programı (44)	Veri yok	Veri yok
International Agency for Research on Cancer 2015 (39)	Yetersiz veri	Mortalite azaltmada yetersiz veri
American Collage of Obstetricians and Gynecologists 2017 (21)	Veri yok	25-39 yaş arasındakilere 1-3 yılda bir ve 40 yaş ve üstüne yılda bir önerilebilir
American Cancer Society 2015 (38)	Veri yok	Önerilmiyor.

KMM: Klinik Meme Muayenesi, **KKMM:** Kendi Kendine Meme Muayenesi

2.7.8. Türkiye’de Meme Kanseri Tarama Programı

Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018’de kadınların 40-69 yaş arasında her iki yılda bir mamografi ile rutin tarama yapılması önerilmektedir (3). Ülkemizde toplum tabanlı taramalar KETEM tarafından yürütülmekte, fırsatçı taramalar ise hastaneye başvuran kişilere yapılmaktadır. Ayrıca Gezici Mamografi Projesi ile ulaşım nedeniyle başvuramayan kişilere hizmet vermektedir. Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018’de belirtildiği gibi “Aile hekimleri kanser tarama programında;

- Programın topluma anlatılmasında, aktarılmasında ve katılımın artırılmasında,
- Programa katılacak hedef nüfusun davet edilmesinde,
- Tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde,

anahtar fonksiyona sahiptir (3).”

Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018’de tarama için sadece iki yılda bir mamografi çekilmesinden söz edilirken, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015 yılında yayınlanan ve aile hekimlerine öneriler getiren Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri kitapçığında ve 2005’te yayınlanan Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi dijital/konvansiyonel mamografiye ek olarak 20 yaş üstü kadınlara kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi vermek ve ayda bir kez uygulamasını önermek ve 20-40 yaş arası kadınların birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlarda yılda bir, olmayanlarda iki yılda bir hekim tarafından rutin klinik meme muayenesi yapılması önerilmektedir (30; 46).

Hastanelere başvuran kişiler sonuçları tekrar hastaneye giderek öğrenilirken, KETEM’ne başvuran kişilerin sonuçlarını aile hekimleri de görebilmektedir, böylece kişiler KETEM’e tekrar başvuru yükünden kurtulmaktadır (3).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Meme kanseri taramaları; KETEM aracılığıyla yapılmaktadır. Tarama için mamografi kullanılmaktadır. Tarama programında 40-69 yaş arası kadınlar taranır. Taranacak bireyler randevu usulü ile aile hekimlikleri, belediye lokalleri gibi yerlerden toplu olarak gelebildikleri gibi bireysel başvuru da yapabilmektedirler.

Ülkemizde meme kanseri taraması için 2 yılda bir mamografi çekilmesi önerilmektedir (3). Normal sonucu olan hastalar normal tarama programına devam ederken ileri tetkik gereksinimi duyulan hastalar Ankara'da 4 merkeze sevk edilir.

- Ankara Numune EAH
- Ankara Dışkapı EAH
- Ankara Onkoloji EAH
- Ankara Atatürk EAH

Hastanemize sevk edilen hastalar, Aile Hekimliği Kliniği'mize bağlı KETEM Polikliniği'mizde ayaktan muayene ve tetkikleri yapılmaktadır. Hastaların sonuçlarına göre tarama programına devam edilir ya da ileri tetkik ve tedavi amacıyla Genel Cerrahi Meme-Endokrin Bölümü'ne konsülte edilmektedir (Şekil 3.1).

Mamografi tekrar yorumlanması/tekrarlanması, meme ultrasonografi ve meme MRI tetkikleri Radyoloji Bölümü'nce yapılmakta, biyopsiler Genel Cerrahi bölümünce alınmakta ve Patoloji bölümünce değerlendirilmektedir.

Çalışmamız Meme Kanseri Tarama Program kapsamında KETEM'de çekilen mamografi sonucu şüpheli ya da yetersiz gelen ve Ankara Numune EAH KETEM Polikliniğimize gönderilen hastaların incelendiği tanımlayıcı kısmı da olan bir vaka serisi çalışmasıdır. Bu hastaların mamografi, ultrasonografi, MRI ve patoloji sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Ayrıca hastalara ulaşılarak kliniğimiz konseylerinde tartışılarak oluşturulan anketimiz uygulandı. Anket formumuz Ek-1'de verilmiştir. Anketin uygulanma amacı bu vakaların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynaklarını ve aile hekiminin bu konuda oynadıkları rolü incelemektir.

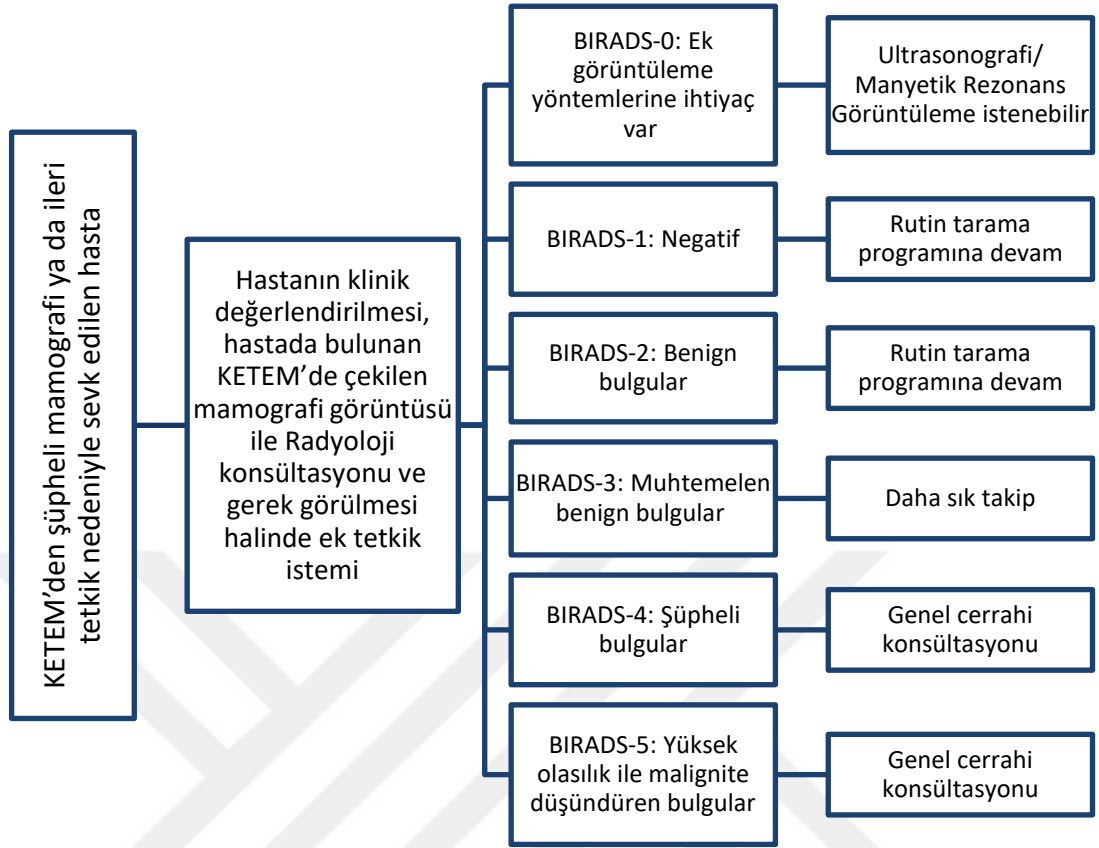
Araştırmamız için 11.10.2017 tarihli 1559/2017 sayılı belgede belirtildiği gibi etik kurul onayı alınmıştır (Bkz. Ek-2). Ayrıca Radyoloji, Genel Cerrahi, Patoloji ve Onkoloji klinikleri eğitim ve idari sorumlularından alınan gerekli izinler de etik kurul dosyasına eklendi.

Hastanemizde KETEM Polikliniği'mizin açıldığı 28.05.2015 tarihinden

31.08.2017 tarihine kadar meme kanseri tarama program kapsamında başvuran 40-69 yaş aralığındaki 188 kadın hasta değerlendirildi. Her hastaya elektronik hasta kayıtlarındaki telefon numarasından ulaşılmaya çalışıldı. Ulaşılamayan hastalar birer hafta aralıkla en az 5 kez arandı. Buna rağmen telefona cevap vermeyen, telefon numarası yanlış olan, sistemde olmayan veya anket uygulamasını yapmak istemeyen toplam 71 hastaya anket uygulanamadı, bu hastaların sadece sistemdeki sonuçları değerlendirmeye alınabildi. Ulaşılan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 117 hastanın hem anket sonuçları hem de tetkik sonuçları değerlendirildi.

Ankara'daki diğer merkezlerle, kendilerine başvuran hastaların çalışmamıza dâhil edilmesi için görüşüldü. Ancak bu grup hastalar için ayrı bir poliklinik olmaması, hastaların belirli bir kliniğin düzenli takibinde olmaması nedeniyle bu hastalar ayırt edilemeyeceğinden çalışmaya eklenemedi.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro - Wilk testi ile incelendi. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verilmiştir. Normal dağılıma uymayan veya kategorik olan gruplar nonparametrik testlerle değerlendirildi. Tüm istatistiksel analiz ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics Ver. 23 programı kullanıldı. İstatistiksel analiz sonuçlarının değerlendirilmesinde $p < 0.05$ anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edildi.



Şekil 3.1. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'nden Şüpheli Mamografi ya da İleri Tetkik Nedeniyle Yönlendirilen Hastaların Takip Algoritması

4. BULGULAR

Hastane veritabanı taraması ile ulaşılan 188 hastanın tetkik sonuçları ve sistemdeki iletişim bilgileri ile ulaşılan ve anketimizi cevaplayan 117 hastanın bilgileri değerlendirildi. Yaş, boy, ağırlık, VKİ değerleri ve VKİ dağılımları Tablo 4.1 ve 4.2 de belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Boy, Ağırlık, Vücut Kitle İndeksi ve İlk Başvurularındaki Yaş Ortalama, Ortanca, En Düşük ve En Yüksek Değerleri

Değişkenler	Ortalama	Ortanca	Standart sapma	En düşük	En yüksek
Yaş	50,90	51	6,78	40	68
Boy (cm)	159,59	160	6,35	140	173
Ağırlık (kg)	77,20	75	14,83	50	120
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	30,36	29,38	5,80	17,51	51,37

Tablo 4.2. Hastaların Vücut Kitle İndeksi Dağılımları

Vücut kitle indeksi değerleri	Sayı	%
Zayıf (<18,59 kg/m ²)	1	0,87
Normal (18,59-24,99 kg/m ²)	22	19,13
Fazla kilolu (25-29,99 kg/m ²)	37	32,17
1. derece obez (30-34,99 kg/m ²)	34	29,57
2. derece obez (35-39,99 kg/m ²)	14	12,17
3. derece obez (>40 kg/m ²)	7	6,09
Toplam	115	100

Hastaların %93,2'si (109 hasta) evli, %6,8'i (8 hasta) eşini kaybetmişti ve çoğunluğu ilkokul mezunu idi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Eğitim Durumu

Eğitim durumu	Sayı	%
Okuryazar değil	6	5,1
Okuryazar	4	3,4
İlkokul	71	60,7
Ortaokul	13	11,1
Lise	14	12,0
Yüksekokul ve üstü	9	7,7
Toplam	117	100

Hastane bilgi sisteminde bulunan ve hastanemiz radyoloji bölümünde yorumlanmış 113 (%72,9) mamografi raporu bulunurken, 42 (%27,1) sonuca poliklinik kayıtlarından ulaşıldı. 33 hastanın sonucuna ise sistemden ulaşılamadı. Mükerrer çekimlerde en son tetkikin raporu değerlendirmeye alındı. Bu tetkiklerin sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Son Mamografi Sonuçları

BI-RADS dereceleri	Sayı	%
BI-RADS 0	123	79,4
BI-RADS 1	7	4,5
BI-RADS 2	11	7,1
BI-RADS 3	3	1,9
BI-RADS 4	6	3,9
BI-RADS 5	5	3,2
Toplam	155	100

BI-RADS: Breast Imaging Reporting and Data System

Mükerrer meme ve aksilla ultrasonografi çekimlerinde en son rapor değerlendirmeye alınmıştır ve sonuçlar Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Son Ultrasonografi Sonuçları

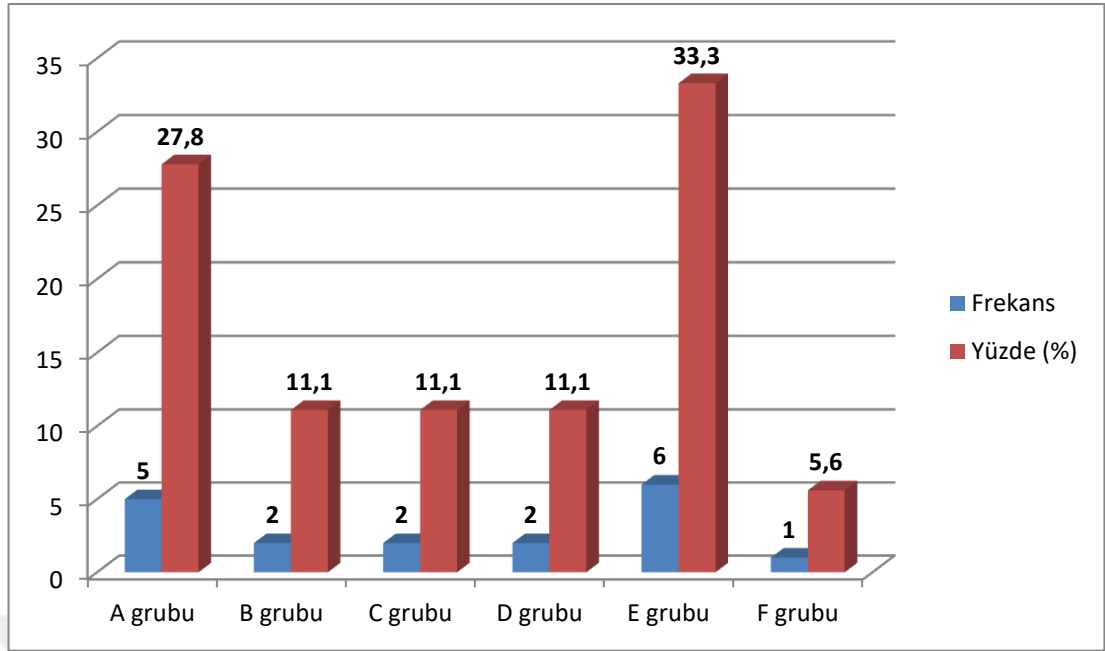
BI-RADS dereceleri	Sayı	%
BI-RADS 0	6	3,8
BI-RADS 1	16	10,0
BI-RADS 2	60	37,5
BI-RADS 3	59	36,9
BI-RADS 4	12	7,5
BI-RADS 5	6	3,8
BI-RADS 6	1	0,6
Toplam	160	100

BI-RADS: Breast Imaging Reporting and Data System

Hastaların 8'ine MRI önerilmişti. 3'ü merkezimizde çekilmişti ve 2'si BIRADS-3, 1'i BIRADS-4 idi.

Doku tanısı önerilen 22 hastanın 16'sına hastanemizde doku örnekleme yapılmış, 2 hastanın da dış merkezde yaptırdığı öğrenilmiştir. Patoloji sonuçları 6 gruba ayrıldı (47).

- A grubu; reaktif, inflamatuvar, non-proliferatif lezyonlar (meme kanseri riskini <1,5 kat arttıranlar)(mastit, yağ nekrozu, adenomlar, adenozisler, papillomlar)
- B grubu; proliferatif atipisiz lezyonlar (meme kanseri riskini 1,5-2 kat arttıranlar) (atipisiz duktal veya kolumnar hiperplaziler)
- C grubu; atipili lezyonlar (meme kanseri riskini 3-5 kat arttıranlar) (Atipili duktal veya lobüler hiperplaziler, papillomlar)
- D grubu; karsinoma in situ (meme kanseri riskini 8-10 kat arttıranlar) (duktal veya lobüler karsinoma in situ)
- E grubu; invaziv karsinom
- F grubu; diğer olarak gruplandırıldı. Sonuçlar Şekil 4.1 'de verilmiştir.



Şekil 4.1. Hastaların Patoloji Sonuçları

Hastaların kayıtlı oldukları aile hekimlerine yıllık ziyaret sayısı en fazla 52'ye kadar çıkarken ortalama $10,27 \pm 10,87$, ortancası 6 idi.

“Meme kanseri hakkındaki bilgilerinizi nereden edindiniz?” şeklindeki birden fazla seçeneği işaretleyebildiği soruda anketimizi dolduran katılımcıların çoğu KETEM olarak cevaplamıştı. Aile hekimleri ise 2. sırada idi. Diğer cevaplar ise Tablo 4.6'da belirtilmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Meme Kanseri Hakkında Bilgi Edindiği Kaynaklar

Bilgi edinilen kaynaklar	Frekans	%
Aile hekimi	32	27,4
Aile hekimi haricinde bir hekim	7	6,0
Aile hekimliğindeki hemşire	4	3,4
Medya	22	18,80
Sağlık çalışanı olan yakını	3	2,82
Sağlık çalışanı olmayan yakını	16	13,67
KETEM	64	54,70
Belediye lokaline gelen sağlık çalışanı	7	6,0

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

Katılımcıların çoğu en az bir sağlık çalışanından tarama öncesi meme kanseri hakkında bilgi almışken (Tablo 4.7), konu risk faktörleri olarak daraltıldığında bu oran yarıya düşüyordu (Tablo 4.8). Bilgilendikleri kaynak genelde KETEM'di (Tablo 4.9).

Tablo 4.7. En Az Bir Sağlık Çalışanından Meme Kanseri Hakkında Bilgi Alınma Durumu

Bilgi alınma durumu	Sayı	%
Alındı	96	82,1
Alınmadı	21	17,9
Toplam	117	100

Tablo 4.8. Bir Sağlık Çalışanından Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Alınma Durumu

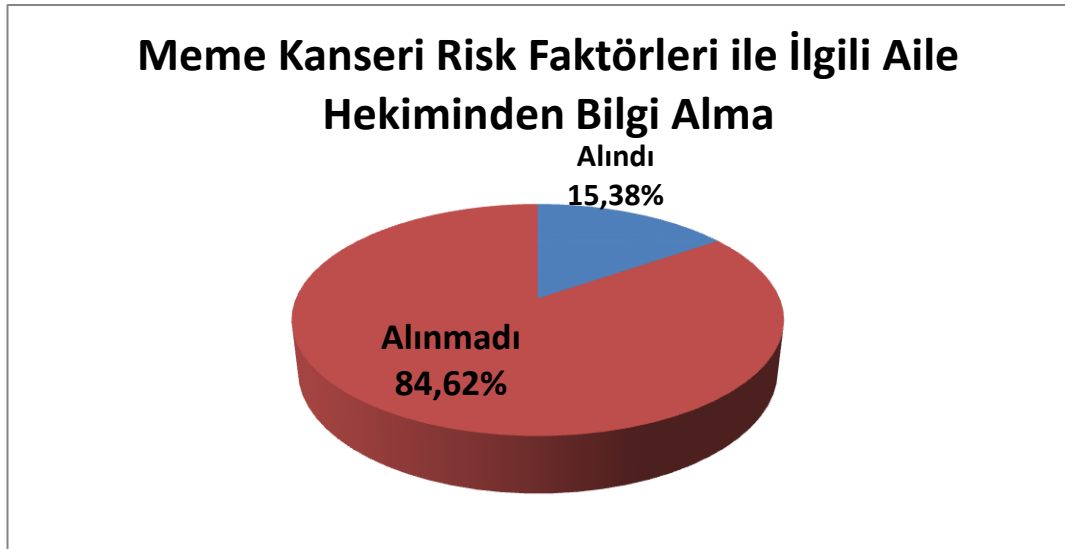
Bilgi alınma durumu	Sayı	%
Alındı	68	58,1
Alınmadı	49	41,9
Toplam	117	100

Tablo 4.9. Hastaların Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Aldığı Sağlık Çalışanı Dağılımı

Bilgi alınan sağlık çalışanı	Sayı	%
Aile hekimi	13	20,0
Aile hekimi haricinde bir hekim	4	6,2
KETEM	43	66,2
Aile hekimliğindeki hemşire	2	3,1
Belediye lokaline gelen sağlık çalışanı	3	4,6
Toplam	65	100

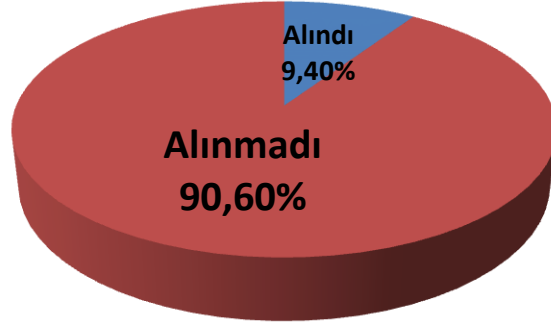
KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

Anketimize katılan hastaların 18'i (%15,4) aile hekimleri ile meme kanseri risk faktörleri hakkında konuşulurken (bu 18 hastadan 5'i aile hekimliğinde yüzeysel bilgilendirildiklerini detaylı bilgilendirmeyi KETEM'den aldıklarını söyleyerek risk faktörleri hakkında bilgi alınan kaynağı KETEM olarak belirtmişlerdi), 99'u (%84,6) bu konuda aile hekimleri konuşmadıklarını belirtti. 11 hasta (%9,4) aile hekimlerinden meme kanseri risk faktörleri hakkında öneri aldığını, 106 hasta (%90,6) bu konuda aile hekimlerinden öneri almadıklarını belirtti (Şekil 4.2 ve 4.3).



Şekil 4.2. Aile Hekiminden Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Alınma Oranı

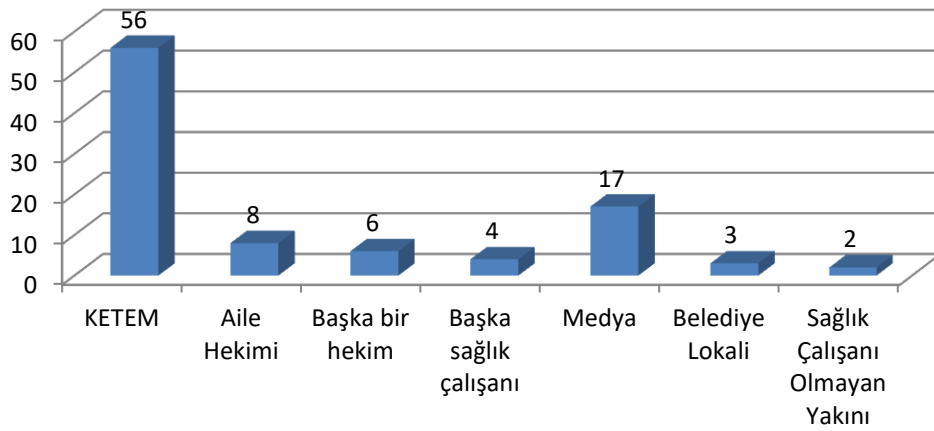
Meme Kanseri Risk Faktörleri ile İlgili Aile Hekiminden Öneri Alma



Şekil 4.3. Aile Hekiminden Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Öneri Alınma Oranı

Anketimize katılan hastaların %82,1'iyle (96 hasta) kendi kendine meme muayenesi yapmayı bilirken, %17,9'u (21 hasta) bilmemekteydi. Bilen 96 hastanın öğrenme kaynakları incelendiğinde %58,3'ü bunu KETEM'den, %8,3'ü aile hekimlerinden, %6,3'ü aile hekimi haricinde başka bir hekimden, %4,2'si başka sağlık çalışanından, %17,7'si medyadan, %3,1'i belediye lokaline gelen bir sağlık personelinden, %2,1'i sağlık çalışanı olmayan yakınından öğrenmişti (Şekil 4.4). Uygulama sıklıkları ise Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Kişilerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamasını Öğrendiği Kaynaklar



Şekil 4.4. Katılımcıların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamayı Öğrendiği Kaynakların Oranı

Tablo 4.10. Katılımcıların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığı

KKMM uygulama sıklığı	Sayı	%
Uygulamıyor	37	31,6
Ayda 1	27	23,1
Hatırladıkça	53	45,3
Toplam	117	100

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Katılımcılardan 21 hasta bilmediği için, 16 hasta ise bildiği halde toplam 37 hasta KKMM uygulamıyordu.

Katılanların %79,5'ine (93 hasta) KMM uygulanmış, %20,5'ine (24 hasta) uygulanmadığını belirtti. Uygulandığını beyan edenlerin;

- %2,2'si (2 hasta) ilk defa aile hekimliğinde,
- %60,2'si (56 hasta) ilk defa KETEM'de,
- %32,2'ü (30 hasta) ilk defa Numune EAH'nde,
- %5,4'ü (5 hasta) ilk defa diğer sağlık kuruluşlarında KMM uygulandığını belirttiler.

Hastaların birden fazla kişiyi söyleyebilecekleri “KETEM'den nasıl haberdar oldunuz” sorusuna büyük çoğunluk aile hekimini belirtmişti. 1 hasta ise eşinin işyerine gelen KETEM görevlilerine ismini yazdırması neticesinde taramaya katılmıştı (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. “Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi’nden Nasıl Haberdar Oldunuz?” sorusuna verilen cevaplar

KETEM’den nasıl haberdar oldunuz?	Sayı	%
Aile hekimi	85	72,6
Aile hekimi hemşire	8	6,8
Medya (televizyon, internet)	5	4,2
Sağlık çalışanı olan yakını	3	2,6
Sağlık çalışanı olmayan yakını	10	8,5
Belediye lokaline gelen sağlık çalışanı	10	8,5
Diğer	1	0,85

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

Anketimizi cevaplayan 117 hastanın %35’i (41 hasta) KETEM’e ilk başvurusunda meme şikâyeti varken, %65’inde (76 hasta) meme şikâyeti yoktu. Meme şikâyetlerinin dağılımı Tablo 4.12’de incelenmiştir.

Hastanemizde yapılan tetkikleri ve durumunu kendi aile hekimleri ile paylaşan hastaların oranı %62,4 idi (Tablo 4.13)

Tablo 4.12. İlk Başvuru Anında Meme Semptomu Olan Hastaların Semptomlarının Dağılımı

Semptomlar	Sayı	%
Memede ağrısız kitle	17	41,5
Memede ağrılı kitle	2	4,8
Memede ağrı	17	41,5
Memede şişkinlik	2	4,8
Diğer	3	7,3

Tablo 4.13. Sonuçların Aile Hekimi ile Paylaşılma Durumu

Sonuçların aile hekimi ile paylaşılma durumu	Sayı	%
Paylaşıldı	73	62,4
Paylaşılmadı	44	37,6
Toplam	117	100

İnvaziv meme kanseri saptanan 6 hastanın 3'ünün (%50) ailesine meme kanseri hakkında kendileri açısından danışmanlık verilmemişti. Diğer 3 hastanın 2'si (%33) genel cerrah tarafından, 1'i (%16,6) ise sağlık çalışanı bir yakını tarafından bilgilendirilmişti.

Hastaların %87,2'si (102 hasta) sonucunu öğrendiği vizitte tekrar tarama zamanının kendisine söylendiğini, %12,8'i (15 hasta) ise söylenmediği belirtti. Kendisini bu konuda bilgilendiren sağlık çalışanlarının dağılımı Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Tekrar Tarama Zamanını Hastaya Söyleyen Sağlık Çalışanı

Tekrar tarama zamanını hastaya söyleyen sağlık çalışanı	Sayı	%
Numune poliklinik doktoru	73	71,6
KETEM	15	14,7
Aile hekimi	5	4,9
Dış merkez	9	8,8
Toplam	102	100

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

Hastaların %80,3'ü (94 hasta) tekrar tarama zamanını bildiğini veya bir yere kaydettiğini söylerken, %19,7'si (23 hasta) ise bilmediğini ve bir yere de kaydetmediğini belirtti (bilmeyen 23 hastanın 15'i kendisine bunun hiç söylenmediğini, 8'i ise söylendiğini fakat unuttuğunu belirtti).

Tekrar tarama zamanını 117 hastanın 81'i aksatmamış 36'sı aksatmıştı. Aksatma nedenleri Tablo 4.15'te belirtilmiştir.

Tablo 4.15. Tekrar Tarama Zamanını Aksatan Hastaların Sayısı ve Aksatma Nedenleri

Tekrar tarama zamanının aksatma durumu ve aksatma nedenleri	Sayı	%
Aksatmamış	81	69,2
Tarama zamanının söylenmemesi	2	1,7
Tarama zamanı söylendiği fakat unutulması	2	1,7
Başka işleri nedeniyle erteleme	12	10,3
Başka işleri nedeniyle erteleme ve daha sonra unutulması	4	3,4
Şikayeti yok ve daha önceki de temiz olduğundan önemsememesi	11	9,4
Diğer	5	4,3

Hastalara bundan sonraki taramalarını yaptırabilmeleri için hatırlatılması gerekliliği sorgulandığında, hastaların %24,8'i (29 hasta) hatırlatılmasının gerekli olduğunu , %75,2'si (88 hasta) ise kendisinin planlayabileceğini belirtti.

Tablo 4.16. Eğitim Durumuna Göre Hastaların Aile Hekimlerini Yıllık Ziyaret Sayısı

Eğitim durumu	Yıllık aile hekimi ziyaret sayısı						p*
	0	1-4	5-8	9-12	12 üstü	Toplam	
İlkokul ve altı	1	34	8	16	22	81	0,018
Ortaokul ve üstü	4	14	3	12	3	36	
Toplam	5	48	11	28	25	117	

* $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Yıllık aile hekimi ziyaret sayısı eğitim süresi yükseldikçe azalmaktaydı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,018$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Hastaların Aile Hekimlerini Yıllık Ziyaret Sayısına Göre Vücut Kitle İndeksleri

Vücut kitle indeksi	Yıllık aile hekimi ziyaret sayısı					Toplam	p*
	0	1-4	5-8	9-12	12 üstü		
Normal (18,5-29,9)	4	21	7	17	10	59	0,284
Anormal	1	26	4	11	14	56	
Toplam	5	47	11	28	24	115	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların VKİ değerleri ile aile hekimi yıllık ziyaret sayılarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,284) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Eğitim Durumuna Göre Vücut Kitle İndeksi

Vücut kitle indeksi	Eğitim Durumu			p*
	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	Toplam	
Zayıf (<18,5 kg/m ²)	0	1	1	0,024
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	10	12	22	
Fazla kilolu(25-29,9 kg/m ²)	26	11	37	
1.derece obez (30-34,9 kg/m ²)	24	10	34	
2.derece obez (35-39,9 kg/m ²)	12	2	14	
3.derece obez (>40 kg/m ²)	7	0	7	
Toplam	79	36	115	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Eğitim durumuna göre vücut kitle indekslerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,024) (Tablo 4.18). İlkokul ve altı eğitim düzeyine sahip hastalarda obezite oranı daha fazlaydı.

Tablo 4.19. Aile Hekimini Yıllık Ziyaret Sayıları ve Eğitim Durumuna Göre Hastaların Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Kaynakları

Aile hekimi yıllık ziyaret sayıları	Meme kanseri ile ilgili bilgi kaynağı					p*
	Aile hekimi veya hemşire	Başka sağlık çalışanı	Medya/sağlık çalışanı olmayan yakını	KETEM	Toplam	
0	0	2	0	3	5	0,142
1-4	14	5	6	23	48	
5-8	4	0	5	2	11	
9-12	10	3	3	12	25	
12 üstü	8	3	5	9	25	
Eğitim Durumu						
İlkokul ve altı	20	11	14	36	81	0,158
Ortaokul ve üstü	16	2	5	13	36	
Toplam	36	13	19	49	117	

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
 *p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynaklarına aile hekimini yıllık ziyaret sayısına (p=0,142) ve eğitim durumuna (p=0,158) göre bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Bir Sağlık Çalışanı ile Tarama Öncesi Meme Kanseri ile İlgili Konuşma Durumunu, Aile Hekimini Yıllık Ziyaret Sayısına ve Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırması

Aile hekimi yıllık ziyaret sayıları	Sağlık çalışanıyla meme kanseri konuşma durumu			p*
	Evet	Hayır	Toplam	
0	5	0	5	0,097
1-4	40	8	48	
5-8	6	5	11	
9-12	25	3	25	
12 üstü	20	5	25	
Eğitim durumu				
İlkokul altı	64	17	81	0,153
Ortaokul ve üstü	32	4	36	
Toplam	96	21	117	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Meme kanseri hakkında bir sağlık çalışanı ile konuşma durumu ile aile hekimi yıllık ziyaret sayıları (p=0,097) ve eğitim durumu (p=0,153) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.20).

Hastaların tekrar tarama zamanını bilmeleri ile bir sağlık çalışanıyla meme kanseri ile ilgili konuşma durumu (p=0,199), eğitim durumu (p=0,408) ve vücut kitle indeksleri (p=0,282) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Hastaların Tekrar Tarama Zamanını Bilmeleri ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

Bir sağlık çalışanıyla meme kanseri hakkında konuşma durumu	Hastanın tekrar tarama zamanını bilme durumu			p*
	Evet	Hayır	Toplam	
Evet	79	17	96	0,199
Hayır	15	6	21	
Toplam	94	23	117	
Eğitim Durumu				
İlkokul ve altı	66	15	81	0,408
Ortaokul ve üstü	28	8	36	
Toplam	94	23	117	
Vücut kitle indeksi				
Zayıf (<18,5 kg/m²)	1	0	1	0,282
Normal (18,5-24,9 kg/m²)	14	8	22	
Fazla kilolu (25-29,99 kg/m²)	32	5	37	
1.derece obez (30-34,9 kg/m²)	29	5	34	
2.derece obez (35-39,9 kg/m²)	12	2	14	
3.derece obez (>40 kg/m²)	5	2	7	
Toplam	93	22	115	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 4.22. Hastaların Tarama Öncesi Bir Sağlık Çalışanı ile Meme Kanseri ile İlgili Konuşma Durumu ile Görüntüleme Tetkik Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tetkik sonuçları	Sağlık çalışanıyla meme kanseri konuşma durumu			p*
	Evet	Hayır	Toplam	
Mamografi sonucu				
BI-RADS 0	60	12	72	0,527
BI-RADS 1	5	1	6	
BI-RADS 2	5	3	8	
BI-RADS 3	3	0	3	
BI-RADS 4	4	1	5	
BI-RADS 5	3	2	5	
Toplam	80	19	99	
Ultrasonografi sonucu				
BI-RADS 0	5	0	5	0,166
BI-RADS 1	9	2	11	
BI-RADS 2	23	9	32	
BI-RADS 3	34	4	38	
BI-RADS 4	6	2	8	
BI-RADS 5	4	1	5	
BI-RADS 6	0	1	1	
Toplam	81	19	100	

BI-RADS: Breast Imaging Reporting and Data System

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların bir sağlık çalışanıyla konuşma durumu ile son mamografi sonuçları (p=0,527) ve son ultrasonografi sonuçları (p=0,166) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Hastaların Mamografi, Ultrasonografi ve Patoloji Sonuçları ile İlk Başvuruda Semptom Varlığının Durumu

Tetkik sonuçları	İlk başvuruda meme semptomu var mı?			p*
	Yok	Var	Toplam	
Mamografi sonucu				
BI-RADS 0	49	23	72	0,135
BI-RADS 1-2-3	13	4	17	
BI-RADS 4-5-6	4	6	10	
Ultrasonografi Sonucu				
BI-RADS 0	3	2	5	0,766
BI-RADS 1-2-3	54	27	81	
BI-RADS 4-5-6	8	6	14	

BI-RADS: Breast Imaging Reporting and Data System

***p<0,05** istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların ilk başvuruda semptom varlığı ile son mamografi sonuçları (p=0,135) ve son ultrasonografi sonuçları (p=0,766) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Hastaların Taramalarını Hatırlatılarak ya da Kendisi Planlayabilme Durumunun Değişik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Değişkenler	Hastaların taramalarını hatırlatarak ya da kendisi planlayarak yaptırabilme durumu			p*
	Hatırlatma gerekli	Kendisi planlayabilir	Toplam	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	19	62	81	0,389
Ortaokul ve üstü	10	26	36	
Yıllık aile hekimi ziyaret sayısı				
0	2	3	5	0,660
1-4	9	39	48	
5-8	3	8	11	
9-12	9	19	28	
12 üstü	6	19	25	
Bir sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma				
Evet	22	74	96	0,231
Hayır	7	14	21	
KKMM uygulama sıklığı				
Uygulamıyor	14	23	37	0,021
Ayda 1	2	25	27	
Hatırladıkça	13	40	53	
İlk başvuruda semptom varlığı				
Asemptomatik	21	55	76	0,230
Semptomatik	8	33	41	

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

***p<0,05** istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların taramalarını hatırlatarak ya da kendisi planlayarak yaptırabilme durumu ile eğitim durumu ($p=0,389$), yıllık aile hekimlerini ziyaret sayıları ($p=0,660$), bir sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma durumu

($p=0,231$) ve ilk başvurularında semptom varlığı ($p=0,230$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Fakat KKMM uygulama sıklığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,021$). Ayda bir düzenli olarak KKMM yapan hastalar meme kanseri taramalarını tekrar yaptırmak için hatırlatmaya ihtiyaç duymadıklarını, kendileri planlayabileceklerini belirtmişlerdi (Tablo 4.24).

Tablo 4.25. Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamasını Bilme ile Eğitim Durumu ve Sağlık Çalışanından Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması

Eğitim durumu	Kendi kendine meme muayenesi uygulamasını bilme			
	Evet	Hayır	Toplam	p*
İlkokul ve altı	61	20	81	0,002
Ortaokul ve üstü	35	1	36	
Bir sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma				
Evet	83	13	96	0,013
Hayır	13	8	21	

* $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların kendi kendilerine meme muayenesi uygulamasını bilme durumu ile eğitim durumu arasında ($p=0,002$) ve sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma durumu arasında ($p=0,013$) istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Ortaokul ve üstü eğitim durumuna sahip ve bir sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alan hastaların KKMM bilme oranı daha yüksekti (Tablo 4.25).

Tablo 4.26. Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulaması ile Eğitim Durumu ve Sağlık Çalışanından Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması

Eğitim durumu	Kendi kendine meme muayenesini uygulama			
	Uygulamıyor	Uyguluyor	Toplam	p*
İlkokul ve altı	29	52	81	0,106
Ortaokul ve üstü	8	28	36	
Bir sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma				
Evet	28	68	96	0,167
Hayır	9	12	21	

* $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların kendi kendilerine meme muayenesi uygulamasını uygulama durumu ile eğitim durumu arasında ($p=0,106$) ve sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilme alma durumu arasında ($p=0,167$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.26).

Hastaların tarama zamanını aksatma durumu ile eğitim durumu arasında ($p=0,405$) ve sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma durumu arasında ($p=0,289$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.27).

Hastaların yıllık aile hekimini ziyaret sayılarına göre sonucunu aile hekimi ile paylaşma durumuna bakıldığında aralarında ($p=0,042$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu fark aile hekimine hiç gitmeyen ve dolayısıyla aile hekimi ile paylaşmayan 5 kişiden kaynaklanmaktadır (Tablo 4.28).

Tablo 4.27. Hastaların Tarama Zamanını Aksatma Durumu ile Eğitim Durumu ve Sağlık Çalışanından Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Alma Durumunun Karşılaştırılması

Eğitim durumu	Hastanın tarama zamanını aksatma durumu			
	Aksatmamış	Aksatmış	Toplam	p*
İlkokul ve altı	55	26	81	0,405
Ortaokul ve üstü	26	10	36	
Bir sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma				
Evet	68	28	96	0,289
Hayır	13	8	21	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 4.28. Hastanın Sonuçlarını Aile Hekimi ile Paylaşma Durumuna Göre Aile Hekimini Yıllık Ziyaret Sayısının Karşılaştırılması

Aile hekimini yıllık ziyaret sayısı	Sonucunun aile hekimi ile paylaşma durumu			
	Paylaşmış	Paylaşmamış	Toplam	p*
0	0	5	5	0,042
1-4	30	18	48	
5-8	6	5	11	
9-12	20	8	28	
12 üstü	17	8	25	
Toplam	73	44	117	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 4.29. Hastalara Tekrar Tarama Zamanı Hakkında Bilgi Verilmesi ile Hastaların Tekrar Tarama Zamanını Bilme Durumlarının Karşılaştırılması

Hastaların tekrar tarama zamanını bilmesi	Tekrar tarama zamanının hastaya söylenmesi			
	Evet	Hayır	Toplam	p*
Evet	94	0	94	<0,001
Hayır	8	15	23	
Toplam	102	15	117	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastalara tekrar tarama zamanı hakkında bilgi verilmesi göre hastaların tekrar tarama zamanını bilme durumlarına bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 4.29). Hastalara tekrar tarama zamanı hakkında bilgi verildiğinde hastalar bu bilgiyi çoğunlukla ya bir yere not etmiş ya da hatırlıyorlardı.

Tablo4.30. Hastanın Tekrar Tarama Zamanını Bilme Durumlarına Göre Tekrar Tarama Yaptırabilmesi İçin Hatırlatılarak ya da Kendisi Planlayarak Yaptırabilme Durumu

Tekrar tarama zamanının hastaya söylenmesi	Tekrar tarama yaptırabilmesi için			
	Hatırlatma gerekli	Kendisi Planlayabilir	Toplam	p*
Evet	15	87	102	<0,001
Hayır	14	1	15	
Hastaların tekrar tarama zamanını bilmesi				
Evet	8	86	94	<0,001
Hayır	21	2	23	
Toplam	29	88	117	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların tekrar tarama zamanının söylenmesi ve bilmeleri ile tekrar tarama

yaptırabilmeleri için hatırlatılarak ya da kendisi planlayarak yaptırabilme durumlarına bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**p<0,001**) (Tablo 4.30).



5. TARTIŞMA

Yapılan literatür taramasında çalışmamıza benzer toplum tabanlı çalışmalar olsa da bizim çalışmamızdaki evrene benzer bir evrenle yürütülmüş ve meme kanseri ile ilgili hastaların bilgi kaynaklarını detaylıca inceleyen bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların boy ortalaması $159,59 \pm 6,35$ cm idi. Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre 45-54 ve 55-64 yaş arası kadınların boy ortalaması 160,35 cm'dir (48). Çalışma grubumuzun boy uzunluğu yaklaşık olarak toplum ile benzerdi.

Çalışmamıza katılan kadınların ağırlık ortalaması $77,20 \pm 14,84$ kg idi. Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre 45-54 ve 55-64 yaş arası kadınların ağırlık ortalaması 75,55 kg'dır (48). Çalışma grubumuzun vücut ağırlığı ortalaması yaklaşık olarak toplum ile benzerdi fakat meme kanseri konusunda farkındalığı olan çalışma grubumuzun diğer sağlık parametresi olan VKİ dağılımlarının daha olumlu olmasını beklerken böyle olmadığı görüldü. Çalışmamıza katılan kadınların %0,87'si zayıf, %19,13'ü normal, %32,17'si fazla kilolu, %47,93'ü obezdi. Sağlık İstatistiği Yıllığı 2016 verilerine göre; Türkiye'de 15 yaş üstü kadınların VKİ'ne göre dağılımları %5,6 düşük, %40,4'ü normal, %30,1'i fazla kilolu, %23,9'u obezdir (4). Obezite oranı çalışma grubumuzda daha fazlaydı. Bunun nedeni Türkiye'deki verilerin 15 yaş üstü fakat çalışmamızdaki kadınların 40-69 yaş arası olması yanında çalışmamızın sadece Ankara ili içindeki küçük bir grup olmasından da kaynaklanabilir.

Türkiye ortalamasına göre katılımcılarımızın eğitim durumunun daha yüksek olduğunu tahmin ediyorduk, çünkü yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığının eğitim durumu ile doğru orantılı olduğu gösterilmiştir (49). Üner'in meme kanseri tanısı alanlar arasında yaptığı tez çalışmasında lise ve üstü eğitim durumu olanlar anlamlı olarak daha fazla tarama amaçlı mamografi çektiriyordu (50). Bizim çalışmamızda ise anketimizi cevaplayan hastaların %5,1'i okuryazar değildi, TÜİK 2016 verilerine göre ise toplumda 25 yaş üstü kadınlarda okuryazar olmayan kişilerin oranı %5,8 idi (51). Katılımcılarımızın %7,7'si yüksekokul veya daha üstü bir okuldan mezun iken bu oran 25 yaş üstü kadınlar için TÜİK verilerinde %15,5 idi (51). Eğitim durumuna göre vücut kitle indekslerine bakıldığında eğitim durumu düşük olanların obezite oranları istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,024$). Bu durum eğitimin sağlıklı yaşam tarzı konusundaki önemini göstermektedir.

Kayhan ve arkadaşları tarafından yapılan ve 2012 yılında yayınlanan İstanbul'da yaşayan bir toplumdan örneklem seçilerek yapılan toplum tabanlı bir çalışmada, yapılan mamografilerin sadece %18,4'ü BI-RADS 0 ve %75,9 u BI-RADS 1 veya 2 iken (52) bizim çalışmamızda bu oran sırasıyla %79,4 ve %11,6 idi. Bunun sebebi muhtemelen çalışmamızdaki örneklemin normal ve benign olan kitlenin elenerek şüpheli ya da ek tetkik gerektiren hastalardan oluşmasıydı. Bu yüzden malignite riski yüksek BI-RADS 4 ve BI-RADS 5 oranları toplum tabanlı bu çalışmada %0,5 iken bizim çalışmamızda sırasıyla %3,9 ve %3,2 idi. Aynı çalışmada kanser saptama oranı %0,45 iken bizim çalışmamızda %4,3'tü. Bizim çalışmamızda malignite lehine olguların daha yüksek oranda olması tarama programının başarısını gösterebilir. 2016 yılında yayınlanmış olan Alan ve arkadaşlarının Diyarbakır'da 3. basamak iki hastanede yapılan mamografilerin retrospektif analizinde de BI-RADS 0 %53,6, BI-RADS 1 %29,2 BI-RADS 2 %9,4, BI-RADS 3 %6,6, BI-RADS 4 %0,7 ve BI-RADS 5 %0,5 ile toplum tabanlı diğer çalışmaya yakın oranları vardı (53). Fakat bu çalışmada hastaların mamografi çekirme amaçları (tarama ya da tanı) belirtilmemiştir.

Çalışmamızda sağlık çalışanı ile meme kanseri konusunda konuşma durumu ile mamografi ($p=0,527$) ve ultrasonografi ($p=0,166$) sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu. İlk başvuruda semptomu olma durumu ile mamografi ($p=0,135$) ve ultrasonografi ($p=0,766$) sonuçları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Yani hastaların başlangıçta hiç şikâyeti olmasa da taramada semptomu olanlar kadar meme patolojisi saptanması, bununla birlikte başvuruda asemptomatik olan 4 hastanın mamografi sonuçlarının malignite riski yüksek olan BI-RADS 4-5-6 olması ve yine asemptomatik olan 8 hastanın ultrasonografi sonucunun BI-RADS 4-5-6 olması meme kanserinin mutlaka semptomlardan bağımsız olarak taranmasının gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda sadece 8 hastaya MRI önerilmişti. Şüpheli olarak yönlendirilen hastalarda bile MRI gereklilik durumunun düşük olması, bu tetkiki 1. basamak tarama merkezi olarak kullanılan KETEM için çok gerekli olmadığını düşündürmektedir. Fakat dünyada meme kanseri açısından yüksek riskli kişilerin yıllık MRI takibi önerileri düşünüldüğünde, hastanın yönlendirileceği merkez açısından, hastalardan dikkatli bir anamnez alarak risk değerlendirmesi yapmak önemli olmaktadır.

18 doku tanısından 6 hasta (%33,3) invaziv meme kanseri tanısı olarak

tedavilerine başlamışlardı. Karsinoma in situ saptanan 2 hasta (%11,1), atipili lezyon saptanan 2 hasta (%11,1) ile birlikte invaziv meme kanseri tanısı alanların aile bireylerinin de risk değerlendirilmesi ve gelecekteki taramaları açısından bilgilendirilmeleri ve danışmanlık almaları önemlidir. Fakat invaziv meme kanseri tanılı hastaların yakınlarından sadece yarısı bu konuda bilgilendirilmişti. Kişileri bilgilendirenlerin 2'si genel cerrah idi ve tüm aileyi takip eden aile hekimleri bu konuda bir rol üstlenmemişti. Bu, riskler ve danışmanlık konusuna sağlık çalışanlarının ve özellikle aile hekimlerinin daha fazla eğilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hastaların aile hekimlerine yıllık ziyaret sayısı en fazla 52'ye kadar çıkarken ortalama $10,27 \pm 10,87$ idi. Sağlık İstatistik Yıllığı 2016 verilerine göre 2,7 idi (4). Bu hastaların sevk zincir sistemine uyma bilincinden çok sağlık hizmetlerini gerektiğinden fazla kullanmasından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü yapılan görüşmelerde bazı hastalarda haftada bir aile hekimine gitme sıklığına rastlandı ve ayrıca bu kişiler profesyonel sağlık hizmetinin şart olmadığı çeşitli sağlık problemleri için de aile hekimlerine gittiklerini belirttiler. Kolay ve açık erişim ülkemizde maalesef böyle bir probleme yol açabiliyor ve hasta yoğunluğu arttıkça verilen sağlık hizmetinin kalitesini sorguluyor. Zira çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre bu aşırı vizit sayısı hastaların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynaklarına ($p=0,142$), bir sağlık çalışanıyla meme kanseri konuşma durumuna ($p=0,097$), VKİ'lerine ($p=0,284$), meme kanseri taramasını kendisi planlayarak yaptırabilme bilincine ($p=0,660$) istatistiksel olarak anlamlı bir etki yapmamıştı. Sadece aile hekimi ile sonucunu paylaşma durumunu etkilemekteydi ($p=0,042$) ki bunun nedeni aile hekimine hiç gitmeyen 5 kişilik bir grubun olmasıydı, diğer vizit sayısı grupları arasındaki fark anlamlı değildi.

Yıllık aile hekimi ziyaret sayısı eğitim süresi yükseldikçe istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ($p=0,018$) düşüyordu. Bunun nedeni eğitim seviyesi yüksek hastaların aile hekimlerini tercih etmeyerek direk 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurması olabileceği gibi, ciddi olmayan sağlık sorunlarında doktora hiç başvurmaması da olabilir.

Anketimize katılan hastaların %82,1'ine meme kanseri hakkındaki bilgi bir sağlık çalışanı tarafından verilirken, %17,9' u meme kanseri hakkında bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirilmediğini belirtti. %17,9'luk bu oran taramaya gelen bir grup için oldukça yüksekti. Ayrıca bu hastaların sadece %27,4'ü aile hekiminden

bilgilendirilmişti. En büyük çoğunluğun %54,70 ile KETEM'den konferans şeklinde bilgilendirilmesi zamandan tasarruf sağlasa da hastanın ailesel, sosyokültürel ve kişisel öyküsünü bilen bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirmesi kadar etkili olamayacağını düşünüyoruz. Mamografi taraması basamağını da geçerek hastanemize gelen hastaların %17,9'una ise hala bir sağlık çalışanı tarafından bilgi verilmemiş olması düşündürücüdür, zira bu şekilde sağlık çalışanları haricinde farklı kaynaklardan bilgilenen hastalar ileride uygun olmayan sağlık davranışlarını da bu şekilde kazanabilirler. Bunun için hem yetkili hastalar bilgilendirme konusunda titiz davranmalı, hem de internet/ televizyon/ gazete gibi medya organlarının sağlık davranışları konusunda verdiği bilgi ve önerilerin içerikleri yetkili kişilerce dikkatle incelenmelidir.

Anketimize katılan kişilerin %82,1'ine bir sağlık çalışanı meme kanseri hakkında bilgi verirken, %41,9' u (49 kişi) risk faktörleri konusunda bir sağlık çalışanından bilgilendirilmediğini belirtti. Kişilere bireysel risk belirlenmediği gibi, risk azaltılmasında öncü olabilecek bir eğitim maalesef sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilen kişilere dahi verilmemişti. Buna bağlı olarak risk faktörlerinin engellenmesine yönelik uygun öneri verilen kişi sayısı da oldukça düşüktü (%9,4). Aile hekimlerinin kişileri KETEM'de taramaya yönlendirmesi oldukça yüksek (%72,6) olması sekonder korumaya önem verildiğini gösterirken değiştirilebilir risk faktörleri için aynı önemin gösterilmemesi primer korunmanın göz ardı edildiğini düşündürmektedir. Tetkik sonuçlarını aile hekimleri ile paylaşma oranı %62,4 oranıyla oldukça yüksektir. Bu oran hastaların aile hekimlerine güvenini ve 1. basamakta bakımın sürekliliği açısından önemli olmakla birlikte sağlıklı yaşam için aile hekimlerinden gelecek önerilerin hastalar üzerinde daha etkili olabileceğini gösterebilir.

Anketimizi cevaplayan ve kendi kendine meme muayenesi yapmayı bilen 96 hastadan %80,2'si bunu bir sağlık çalışanından öğrenmişti fakat Güner ve arkadaşlarının sağlık merkezine herhangi bir sebeple başvuran kadınlarda yaptığı bir çalışmada ise sadece %35,2'si bu muayeneyi sağlık çalışanından öğrenmişti (54). Bizim çalışma grubumuzda KETEM'de verilen eğitimin rolü en yüksekti (%58,3).

Çalışmamıza katılanların %31,6'sı KKMM uygulamıyor, %23,1'i ayda 1, %45,3'ü hatırladıkça uyguladığını belirtti. Sağlık İstatistiği Yıllığı 2016'da belirtilen 2016 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üstü kadınların %60,6'sı hiç KKMM uygulamadıkları, %19,7 si ayda 1, %7,9'u 3 ayda 1 ve % 11,9'u 3 aydan daha fazla

periyotlarla KKMM uyguladıkları belirtilmiştir (4). Çalışmamızda katılımcıların %79,5'i KMM uyguladığını belirtti. Bu hastaların %2,2'si ilk defa aile hekimliğinde, %60,2'si ilk defa KETEM'de, %32,2'si ilk defa Numune EAH'de, %5,4'ü ilk defa diğer sağlık kuruluşlarında KMM uyguladığını belirttiler. Birçok uluslar arası kuruluş KMM'ni yeterli veri olmadığı için artık güçlü bir kanıt düzeyiyle önermemekte ve KKMM için yapılmamasını, bazı kuruluşlar ise sadece major değişiklikler için kadının memesine yabancı olmaması maksadıyla önermektedir. Bu yüzden aile hekimlerinde bu oran çok düşük olabilir.

Ülkemizdeki meme kanseri ile ilgili birinci basamağa yönelik iki kaynaktaki bilgiler çelişmektedir. Türkiye Kanser Kontrol Planı'nda klinik meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bir öneri bulunmazken Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi'nde ve Ulusal Aile Planlaması ve Hizmet Rehberi'nde ayda bir KKMM yapması için kadınların eğitilmesi ve yılda bir KMM yapılması önerilmektedir. Bu durum hem ülkedeki meme kanseri taramasının standartlarını uygulayanlara bağlı olarak değiştirmekte hem de kafa karışıklarına neden olmaktadır.

KKMM uygulamasını bilme, eğitim durumu ($p=0,002$) ve bir sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma durumu ($p=0,013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken, bu fark uygulama konusunda yoktu (sırasıyla $p=0,106$ ve $P=0,167$). KKMM uygulamasını ayda 1 şeklinde doğru olarak uygulayanlar, bundan sonraki taramalarını kendileri planlayabileceklerini belirtmişlerdi ($p=0,021$). Eğitimin etkili olması ve kişilerin bilgileri benimseyip hayatlarına uygulamaları için daha etkili yöntemler araştırılmalıdır.

Hastaların %87,2'si sonucunu öğrendiği vizitte tekrar tarama zamanının kendisine söylendiğini, %12,8'i (15 hasta) ise söylenmediğini ve %80,3'ü (94 hasta) tekrar tarama zamanını bildiğini veya bir yere kaydettiğini söylerken, %19,7'si (23 hasta) ise bilmediğini ve bir yere de kaydetmediğini belirtti. Bu bilmeyen 23 hastanın 15'i kendisine bunun hiç söylenmediğini, 8 hasta ise söylendiğini fakat unuttuğunu belirtti. Hastalara bundan sonraki taramalarını yaptırabilmeleri için hatırlatılması mı gerekli yoksa kendisi planlayabilir mi diye sorulduğunda hastaların %24,8'i hatırlatılmasının gerekli olduğunu, %75,2'si ise kendisinin planlayabileceğini belirtti. Hastalara tekrar tarama zamanı hakkında bilgi verilmesi, hastaların tekrar tarama zamanlarını bilmesi ve tekrar tarama yaptırabilmeleri için hatırlatılarak ya da kendisi planlayarak yaptırabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmıştı (her biri arasındaki farkta $p < 0,001$). Hastalara mevcut durumu ile ilgili bilgilendirmek, hastalarının kendi sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olması, doğru sağlık davranışını yapmakta oldukça önemlidir. Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden en son eklenen ‘patient empowerment’ için en önemli ayaklardan biri de hastanın detaylıca bilgilendirilmesidir. Bilgilendirme hastaların kendi sağlıkları için inisiyatif almalarını sağlar ve sağlık hizmetlerinin daha bilinçli kullanımını sağlayabilir. Hastaların tekrar tarama zamanlarını bilme ve kendileri planlayarak yaptırabilme durumları ile eğitim durumu ($p=0,408$) arasındaki fark ise anlamlı değildi.

Hastaların eğitim durumu ile tarama zamanını aksatma durumları arasında ($p=0,405$) anlamlı bir fark saptanmamıştı. Üner ve arkadaşlarının yaptığı, meme kanseri olan hastaların ele alındığı bir çalışmada ise eğitim düzeyine göre tarama yaptırma oranları değişiyordu, lise ve üstü eğitim alanlar diğerlerinden anlamlı olarak daha fazla tarama yaptırıyordu (50).

Toplum tabanlı yapılan çalışmalarda mamografi oranlarının düşük olması meme kanseri taramasında aksatılma oranlarının da yüksek olduğunu düşündürmektedir (4). Çalışmamızın tarama izlemi açısından dar bir zamanı kapsamaması nedeniyle taramayı aksatma oranları düşük görülebilir. Fakat aksatan bu kesimin (%30,8) aksatma nedenleri arasındaki en büyük oranlardan birisinin (%9,4) “Şikayeti olmadığı ve önceki tetkiklerinin de temiz olduğu için önemsemediği” olması bu konuda tarama yaptıran kesimin bile yeterli eğitim/danışmanlık almadığı ve yeterli bilinç düzeyine ulaşmadığının göstergesi olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca eğitim durumu ($p=0,405$) ve sağlık çalışanından meme kanseri ile ilgili bilgi alma ($p=0,289$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Sağlık çalışanlarının hastaları bilgilendirilmesi üzerine özel bir ilgi ile eğilmeli, sağlık çalışanı müdahaleleri ile uygunsuz sağlık davranışlarının engellemesi sağlamalıdır. Fransa’da meme kanseri tarama programının dahil olduğu koruyucu önlemleri içeren bir çalışmada, performans sistemi meme kanseri taraması yaptırılması üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildi (55). Geniş çaplı çalışmalar ile bunun nasıl sağlanabileceği düşünölmeye değer bir konudur.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından ilki az sayıda katılımcıya ulaşabilmemizdi. Bunun nedenleri KETEM’den yönlendirilen diğer hastanelerin kayıtlarında bu hastalar için ayrı bir poliklinik olmamasının yanında hastanemize kayıt yapan hastaların iletişim bilgilerinin eksik alınması ve güncellenmemesiydi. Poliklinik

kayıtlarının ve tetkik sonuçlarının yeterince detaylı yazılmaması eksik verilere sebep oldu. İlk başvuru zamanındaki bilgileri katılımcılara geriye yönelik olarak sormak, yanlış hatırlamaları ya da hiç hatırlayamamaları dolayısıyla hatalı beyana yol açabilme ihtimali vardı. Hastaların neyi ne kadar bildikleri ölçülmedi. Ölçebilen daha detaylı araştırmalar ile verilen bu kısıtlı danışmalıkların hastaların üzerindeki etkileri daha detaylı olarak incelenebilir ve danışmanlık içerikleri buna göre düzenlenebilir. Meme kanseri tarama kapsamının arttırılması ve bu kapsamın daha kaliteli, daha faydalı ve etkili olması için yapılacak çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.



6. SONUÇLAR

Ülkemizde KETEM meme kanseri taramasında büyük rol oynamaktadır. Ücretsiz ve gereken yerlere mobil olarak götürülen kanser tarama hizmeti sayesinde hasta ayırt etmeksizin geniş bir kitleye tarama yapılmasına olanak sağlanmıştır. Anketimize katılan hastaların meme kanseri ile ilgili bilgi kaynaklarının başında da KETEM gelmektedir. Günümüzde sağlık konusunda pek çok spekülasyonlara neden olan ve özellikle medyada yanlış yönlendirmelere neden olan haber ve bilgilendirmelere karşı hastaların bir sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirilmesi çok önemlidir. KETEM bu konudaki ihtiyacın büyük bölümünü üstlenmektedir.

Aile hekimlerinin çalışmamıza katılanların meme kanseri açısından bireysel risk faktörlerini irdelemediği, gerek hastalıkla ilgili, gerekse koruyucu olabilecek öneriler açısından danışmanlık yapmadığı görülmüştür. Belki ileride yapılabilecek risk değerlendirmeleri ile tarama programı bireyselleştirilebilir ve tarama programları daha etkin kullanılabilir. Ayrıca kanser ya da risk faktörünü arttıran lezyonlar saptanan hastaların ve yakınlarının aile hekimlerine gönderilebilecek bir geri bildirimlerle ve de Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde hatırlatıcı uyarılar ile gözden kaçmaması sağlanabilir ve etkili bir danışmanlık hizmeti verilebilir. Bireysel risk değerlendirmesi hem zaman ve para kaybını azaltırken, daha çok vakanın daha erken yakalanmasını da sağlayabilir.

Çalışmamızda meme kanserini aksatan kesimin aksatma nedenleri arasındaki en büyük oranlardan birisinin “Şikâyeti olmadığı ve önceki tetkiklerinin de temiz olduğu için önemsemediği” olması bu konuda tarama yaptıran kesimin bile yeterli bilinç düzeyine ulaşmadığının göstergesi olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca tarama sonucunda yapılan biyopsi sonuçlarına göre meme kanseri bireysel ve ailesel olarak riski arttıran lezyonları bulunanlara gereken bilgilendirmenin eksik yapıldığı veya hiç yapılmadığı gözlenmiştir. Hepsini içine alan güncel bir eğitim materyali ve protokol, tarama programlarının daha etkin olmasını sağlayabilir.

Kişilerin aile hekimlerine yıllık vizit sayıları Türkiye’de oldukça yüksekken, çalışmamızda daha da yüksekti. Yoğun hasta yükü ve sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı, yapılması elzem danışmanlık ve eğitim hizmetlerine vakit ayıramamayı getirmektedir. Bu nedenle hastalar sağlık davranışlarını benimsemeyerek hayatlarına yerleştiremiyor olabilirler. Hâlbuki hastalara en basit olarak tekrar taramaya ne zaman geleceği söylendiğinde, hastalar bunu büyük oranda hatırlamakta ve

kendilerine hatırlatmaya gerek duymaksızın planlayarak gelebileceğini beyan etmektedirler. Bu yüzden sağlık davranışları için emek verilmelidir. Buna uygun stratejiler ve standart protokollerle daha az emekle ulaşılabilir. Bunun için yeni ve detaylı araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamıza katılan hastalar çoğunlukla aile hekimleri tarafından KETEM'e yönlendirilmektedir. Fakat bunu yaparken sadece ulusal kanser tarama programındaki gibi yaşı dikkate almaktadırlar. Klinik meme muayenesi kimi aile hekimlerince yapılmakta fakat çoğunluk tarafından yapılmamaktadır. Bunun nedeni periyodik sağlık muayene rehberinde klinik meme muayenesi periyodik olarak önerilirken, gerek güncel literatürde, gerek diğer ülke taramalarında gerekse ulusal kanser tarama programında yeri olmaması olabilir. Aynı yıllarda Sağlık Bakanlığı'ndan bu iki farklı protokolün yayınlanması ikiliği getirmekte ve standart rutin tarama uygulamasında kafa karışıklığına yol açmaktadır. Bu konuda yapılacak çalışmalar ile uygulamada teklife gidilmesi harcanacak kaynakların ve zamanın başka sorunların çözümüne kaydırılması açısından faydalı olabilir.

Ülkemizde insidans ve mortalitesi yüksek olan meme kanseri ile ilgili birinci basamağa yönelik kaynaklardaki bilgilerin çelişkilerin giderilmesi ve kanıt düzeyi yüksek olan koruyucu tedbirler, tarama programları ve tedavi edici önlemler konusunda Sağlık Bakanlığı ile Aile Hekimliği, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Onkoloji gibi disiplinlerin uzmanlık dernekleri ve meslek örgütlerinin ulusal ve uluslar arası yapılan güncel çalışmalar ve kılavuzlarla uyumlu ortak ulusal kılavuz hazırlanması konusunda işbirliği yapmaları sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US, 1980–1995. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:412-22
2. Yarış F, şahin MK, Dikici MF. Aile Hekimliğinde Meme Kanserlerine Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014;5(2):46-54
3. Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018, Meme Kanseri Taramaları. http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf (Erişim Tarihi: 24.01.2018)
4. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 [İnternet]. Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Erişim Tarihi: 24.01.2018). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
5. Wonca Europa 2002. Aile Hekimliği/Genel Pretisyenlik Avrupa Tanımı (Çeviri: O. Başak) Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları 2003 No:3
6. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050706-7.htm> (Erişim Tarihi: 25.01.2018)
7. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm> (Erişim Tarihi: 25.01.2018)
8. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara Mavi Ofset Yayınları; 2004:35-40
9. Tıpta Uzmanlık Kurulu Karar Tutanağı. http://tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/kararlar/karar_406_degisik.pdf (Erişim tarihi: 30.01.2018)
10. Ketem El Kitabı. <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/ketem-el-kitabi.pdf> (Erişim tarihi: 20.01.2018)
11. Kanser Taramaları Kısa Rapor-2014. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/1444-kanser-taramalar%C4%B1-k%C4%B1sa-rapor-2014.html> (Erişim tarihi: 21.01.2018)
12. Kuzey GM. Temel Patoloji: Güneş Tıp Kitabevi; 2007:705-719.
13. Sayek İ. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi, Temel Cerrahi'de. Güneş Tıp Kitabevi; 1996:835
14. Çay F. Meme. Candan İ (Editör) Muayeneden Tanıya'da. Ankara: Antıp A.Ş.; 2005:393-402
15. Coşkun A. Meme Hastalıkları. Nafız B (Editör). Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi'de. Adana: Adana Nobel Kitabevi; 2010:910-912.
16. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015;65:87-108
17. Türkiye Kanser İstatistikleri-2017 [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Erişim Tarihi: 31.01.2018) http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf
18. Siegel RL MK, Jemal A. Cancer Statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* 2018;68:7-30
19. R.M. Parks MGMT, E. Bastiaannet, K.L. Cheung. Breast Cancer Management for Surgeons. Springer; 2018:21-25.
20. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin* 2017;67: 7-30.

21. Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women. <https://www.acog.org/-/media/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins----Gynecology/Public/pb179.pdf?dmc=1&ts=20180130T1655420488> (Erişim Tarihi: 31.01.2018)
22. Ritte R, Lukanova A, Tjønneland A, Olsen A, Overvad K, et al. Height, age at menarche and risk of hormone receptor-positive and-negative breast cancer: A cohort study. *Int J Cancer* 2013;132:2619-29
23. Control CfD, Prevention. Vital signs: racial disparities in breast cancer severity--United States, 2005-2009. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 2012;61:922
24. Van Den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun S-S, Adami H-O, Beeson L, et al. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 2000;152:514-27
25. Hormones TE, Group BCC. Insulin-like growth factor 1 (IGF1), IGF binding protein 3 (IGFBP3), and breast cancer risk: pooled individual data analysis of 17 prospective studies. *Lancet Oncol* 2010;11:530
26. Farhat GN, Cummings SR, Chlebowski RT, Parimi N, Cauley JA, et al. Sex hormone levels and risks of estrogen receptor-negative and estrogen receptor-positive breast cancers. *J Natl Cancer Inst* 2011;103:562-70
27. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2012;156:635-48
28. Breast Cancer Risk Assesment Tool. <https://www.cancer.gov/bcrisktool/> (Erişim Tarihi: 30.01.2018)
29. Güllüoğlu BM. Meme hastalıklarına yaklaşım: "Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri". *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2008;12:9-17
30. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Dördüncü Basım, Damla Matbaası 2005:1:85-116
31. Kapıcıbaşı EA. Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları Ve Sağlık İnançları. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi*. 2016:29-31.
32. Demirkazık FB. Yüksek Riskli Kadınlara Yaklaşım: Risk Nedir? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı? *Türk Radyoloji Seminerleri* 2014;2:206-16
33. Warner E, Messersmith H, Causer P, Eisen A, Shumak R, Plewes D. Systematic review: using magnetic resonance imaging to screen women at high risk for breast cancer. *Ann Intern Med* 2008;148:671-9
34. ACR BI-RADS Atlas Fifth Edition. <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/BI-RADS/BIRADS-Poster.pdf> (Erişim tarihi: 16.01.2018)
35. Karakuş N. Meme Kanserinde BRCA1 ve BRCA2 Gen Mutasyonlarının Rolü. 1. Uluslararası Kadın, Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, 14-15 Nisan 2016. Kocaeli, Türkiye
36. Cohen JD, Li L, Wang Y, Thoburn C, Afsari B, et al. Detection and localization of surgically resectable cancers with a multi-analyte blood test. *Science*: 2018;359(6378):926-930.

37. Siu AL. Screening for breast cancer: US preventive services task force recommendation Statement Screening for breast cancer. *Ann Intern Med* 2016;164:279-96
38. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *JAMA* 2015;314:1599-614
39. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, et al. Breast-cancer screening—viewpoint of the IARC Working Group. *N Eng J Med* 2015;372:2353-8
40. Lee CH, Dershaw DD, Kopans D, Evans P, Monsees B, et al. Breast cancer screening with imaging: recommendations from the Society of Breast Imaging and the ACR on the use of mammography, breast MRI, breast ultrasound, and other technologies for the detection of clinically occult breast cancer. *J Am Coll Radiol* 2010;7:18-27
41. Wilt TJ, Harris RP, Qaseem A. Screening for Cancer: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2015;162:718-25
42. AAFP Summary of Recommendations For Clinical Preventive Services. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf (Erişim Tarihi: 15.01.2018)
43. Canadian Task Force Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *Canadian Medical Association Journal* 2011;183:1991-2001
44. National Cancer Prevention Policy in Australia. <http://www.cancer.org.au/policy-and-advocacy/prevention-policy/national-cancer-prevention-policy.html> (Erişim Tarihi: 17.01.2018)
45. National Health Services Breast Screening Programme. <https://legacyscreening.phe.org.uk/breastcancer> (Erişim Tarihi: 17.01.2018)
46. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında nerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri 2015. <http://arsiv.adanasm.gov.tr/uploads/files/30062015.pdf> (Erişim Tarihi: 18.01.2018)
47. Stuart J. Schnitt LCC (eviri: Karaveli Fē, Kapucuoğlu N). Meme Biyopsilerinin Yorumu. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri 2015;25-282
48. Türkiye Sağlık Araştırması, 2016 [İnternet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi: 27.01.2018). <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24573>
49. Aslantekin F, Yumrutaē M. Sağlık Okuryazarlığı ve lm. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014;13(4):327-334
50. ner BA. Bir niversite Hastanesinde Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Tanımlayıcı zellikleri Ve Tanı Süreci (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi;2014.
51. İstatistiklerle Kadın, 2016 [İnternet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi: 17.01.2018). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24643>
52. Kayhan A, Gürdal S, zaydın N, ztrk E, Cabıoğlu N, et al. 2012. Uzun Dönem Toplum Tabanlı Bakeēehir Meme Knaseri Tarama Projesinin İlk Dönem Sonuçları. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 2012;8(4):180-184

53. Alan B, Kapan M, Girgin S. Üçüncü Basamak Bir Üniversite Hastanesinde Yapılan 5100 Mammografi Görüntülemesinin Retrospektif Analizi. Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi 2016;43(2):339-343.
54. Güner İÇ, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi 2007;13:55-60
55. Sicsiz J FC. Impact assessment of a pay-for-performance program on breast cancer screening in France using micro data. Eur J Health Econ 2017;18:609-21



EKLER

Ek-1. Hastalara Uygulanan Anket Formu

Anket No:

"Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KETEM Polikliniği'ne Meme Kanseri Taraması İçin Başvuran Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Meme Kanseri Farkındalık Düzeylerinde Aile Hekimlerinin Rolü"

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli katılımcı;

Yapmayı planladığımız bu anket çalışmasının amacı meme kanseri taraması yaptıran kişilerin farkındalık oluşumunda aile hekimlerinin rolünün değerlendirilmesidir.

Anketi cevaplamak yaklaşık 5 dakikanızı alacaktır. Anketimiz kişisel bilgileri içermektedir. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır, herhangi bir yaptırımı olmaksızın istediğiniz zaman araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir.

Sizden istenilen her soruyu dikkatlice dinleyip sizin için uygun olan cevabı vermenizdir. Yanıtlarınız konuyla ilgili sorunların saptanmasına ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

Katılımcıya Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamalar okundu. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızasıyla katılmayı kabul ediyor.

Kabul etmiyor.

Kabul etmiyorsa nedeni.....

“Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KETEM Polikliniği'ne Meme Kanseri Taraması İçin Başvuran Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Meme Kanseri Farkındalık Düzeylerinde Aile Hekimlerinin Rolü”

ADLI TEZ ÇALIŞMASI ANKET FORMU

1. Yaşı:

2. Boy:..... cm **3. Ağırlık:**.....kg **4.VKİ:**.....

5. Eğitim durumu:

(1) Okuryazar değil (2) Okuryazar (3) İlkokul (4) Ortaokul (5) Lise (6) Yüksekokul ve üstü

6. Medeni durum: (1) Bekâr (2) Evli (3) Dul

7. Mamografi sonucu:

8. Varsa ultrasonografi sonucu:

9. Varsa MRI sonucu:

10. Varsa patoloji sonucu:

11. Aile hekiminize yılda kaç defa gidersiniz:

12. Meme kanseri ile ilgili bilgilerinizi nereden edindiniz?

- (1) Aile hekimi
(2) Başka bir hekim
(3) Hemşire
(4) Medya
(5) Sağlık çalışanı olan bir yakını
(6) Sağlık çalışanı olmayan bir yakını
(7) Diğer

13. Bir sağlık çalışanı ile hiç meme kanseri hakkında konuştunuz mu?/ Kiminle:

- (1) Evet (2) Hayır

14. Bir sağlık çalışanı ile hiç meme kanseri risk faktörleri hakkında konuştunuz mu?/Kiminle:

- (1) Evet (2) Hayır

15. Aile hekiminizle risk faktörleriniz hakkında konuştunuz mu?

- (1) Evet (2) Hayır

16. Risk faktörleri hakkında aile hekiminiz önerilerde bulundu mu?

- (1) Evet (2) Hayır

17. Kendi kendinize meme muayenesini uygulamayı biliyor musunuz?/ Kimden

öğrendiniz: (1) Evet..... (2) Hayır

18. Yapıyor musunuz? Ne sıklıkla?(1) Evet: (2) Ayda 1 (3) Yılda birkaç defa (4)

Hatırladıkça

(5) Hayır

19. Klinik meme muayenesi yapıldı mı?/ kim tarafından? (1) Evet.....

(2) Hayır

20. KETEM'e kim aracılığı ile gittiniz / nasıl haberdar oldunuz?

(1) Aile hekimi

(2) Başka bir hekim

(3) Hemşire

(4) TV

(5) İnternet

(6) Yazılı Medya

(7) Sağlık çalışanı olan bir yakını

(8) Sağlık çalışanı olmayan bir yakını

(9)Diğer

21. KETEM'e ilk başvurduğunuzda memenizde semptomunuz var mıydı?

(1) Hayır (2)Evet.....

22. Tarama sonucunu aile hekimlerinize bildirdiniz mi?/Soruldu mu?

(1) Evet (2) Hayır

23. Meme kanseri çıkmış ise diğer aile bireylerinin danışmanlık aldı mı? Kim tarafından verildi?

(1) Evet /tarafından (2) Hayır

24. Size tarama için tekrar ne zaman başvurmanız gerektiği söylendi mi?

(1) Evet /tarafından (2) Hayır

25. Ne zaman tekrar başvurmanız gerektiğini biliyor musunuz/ kaydettiniz mi?

(1) Evet (2) Hayır

26. Tarama zamanını aksatmışsa; neden aksattınız?

(1) Ne zaman tekrar başvurmam gerektiği söylenmedi.

(2) Ne zaman tekrar başvurmam gerektiği söylendi fakat unuttum.

(3) Başka işlerim nedeniyle vakit bulamadım, erteledim.

(4) Diğer.....



27. Meme kanseri tarama programı konusunda farkındalığa sahip biri olarak size hangisi daha uygundur?

(1) Bundan sonraki takiplerimi yaptırabilmem için bana tekrar hatırlatılması/söylenmesi gerekir.

(2) Bundan sonraki takiplerimi kendim planlayabilirim, söylenmesi/hatırlatılmasına gerek yok.



**Ek-2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik
Kurul Başkanlığı Onayı**




**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

Sayı : E.Kurul –E-17-1559

1559-no’lu çalışma

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği’nden “Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KETEM Polikliniği’ne Meme Kanseri Taraması için Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi ve Meme Kanseri Farkındalık Düzeylerinde Aile Hekimlerinin Rolü” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

11.10.2017


Prof. Dr. Hürrem Bodur
Etik Kurul Başkanı


Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Etik Kurul EKadioğlu
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 5158-5174

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KETEM Polikliniği'ne Meme Kanseri Taraması için Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi ve Meme Kanseri Farkındalık Düzeylerinde Aile Hekimlerinin Rolü	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Numune SUAM Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Eğitim Merkezi Danışma Birimi B Blok -1.Kat Altındağ Ankara
	TELEFON	0312508 5158-5174
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	aneahetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm.Dr.İsmail Kasım			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Numune SUAM			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diger ise belirtiniz: Analitik Çalışma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR

İmza: 

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1559/2017	Tarih: 11.10.2017					
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Numune SUAM Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm.Dr.Ismail Kasım sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr. Ayşenur Merve Turan'ın tezi olan "Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KETEM Polikliniği'ne Meme Kanseri Taraması için Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi ve Meme Kanseri Farkındalık Düzeylerinde Aile Hekimlerinin Rolü" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Işıl ÖZKOÇAK TURAN	Anestezi ve Reanimasyon	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Özlem EVREN KEMER	Göz Hastalıkları	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Doğan ÜNCÜ	Tıbbi Onkoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tanju TÛTÛNCÛ	Genel Cerrahi	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Şeniz S. SULUBULUT	Tıbbi Farmakoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	RAPORLU
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selma KOBAL	İş İdaresi	Emekli	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza:

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ayşenur Merve Turan

Doğum yeri ve tarihi: Çankaya / 02.01.1990

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

E-posta: aysenurmerve.turan@sbu.edu.tr

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2017-....: SBÜ Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Bölümü

2015-2017: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü

2008-2014: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

2007-2008: Ankara Üniversitesi İngilizce Hazırlık Bölümü

2004-2007: Özel Ahmet Ulusoy Fen Lisesi

2003-2004: Özel Samanyolu İlköğretim Okulu

1996-2003: Namık Kemal İlköğretim Okulu

III- Ünvan:

2014-....: Asistan doktor

IV- Mesleki Deneyimi

2014-2015: Balıkesir Bandırma Devlet Hastanesi Acil, Pratisyen Doktor

2015-2018: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Asistan Doktor

V- Bilimsel Yayınları:

Turan AM. Sargın Ö. Kasım İ. (Mayıs 2017), *Milyarya Kristalina*[Poster], 11. İstanbul Aile Hekimliği Kongresi, İstanbul

VI- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

1. Tütün Bağımlılığı ve Sigara Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi
2. Aile Planlaması ve Rahim İçi Araç (RİA) Uygulama Eğitimi

