T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

KONYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİRİNCİ DERECE YAKINI MEME KANSERİ OLAN VE OLMAYAN KADINLARDA MEME KANSERİ BİLGİ DÜZEYLERİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

DR. DİLEK KORKUSUZ

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2017

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

KONYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİRİNCİ DERECE YAKINI MEME KANSERİ OLAN VE OLMAYAN KADINLARDA MEME KANSERİ BİLGİ DÜZEYLERİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

DR.DİLEK KORKUSUZ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR.MEHMET ALİ ERYILMAZ

KONYA, 2017

TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, hastanemiz başhekimi ve Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Genel Cerrahi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mehmet Ali ERYILMAZ'a, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ruhuşen KUTLU'ya, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU'na, asistanlık sürecimde bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşan, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Doç. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a, olmak üzere eğitimimde emeği ve katkısı bulunan tüm hocalarıma teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmamda yardımcı olan, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Uzm. Dr. Selma Pekgör'e, verilerin toplanmasında emeği geçen Meme Polikliniği ekibine ve KETEM sorumlusu Dr. Seher CİVCİK ve ekibine, ayrıca asitanlığımın altı ayını geçirdiğim 78 No'lu Eğitim ASM ekibine saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İhtisas sürem boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli uzmanlarıma ve pek çok şey paylaştığım asistan arkadaşlarıma, güler yüzüyle hep yanımızda olan çalışma arkadaşımız Zübeyde ÇOBAN'a teşekkürlerimi sunarım. Hayatımın her anında yanımda olan, can yoldaşım, değerli eşim Mehmet KORKUSUZ'a, kızım Elif KORKUSUZ'a, her fırsatta desteğini esirgemeyen kardeşim Demet İSLAMBAY'a vetüm eğitim ve öğretim hayatım boyunca daima yanımda olan, bana her zaman sevgiyle destek olan ve emek harcayan sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

.

Dr. Dilek KORKUSUZ

Konya, 2017

ÖZET

BİRİNCİ DERECE YAKINI MEME KANSERİ OLAN VE OLMAYAN KADINLARDA MEME KANSERİ BİLGİ DÜZEYLERİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

DR. DİLEK KORKUSUZ

UZMANLIK TEZİ

KONYA 2017

Amaç: Meme kanseri hem hastanın kendisi için hem yakınları için psikososyal açıdan sıkıntılı bir süreçtir. Bu çalışma birinci derece yakını meme kanseri olan kadınların meme kanseri hakkında bilgi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yakını meme kanseri olmayan kadınlarla karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve metod: Çalışmamız analitik tipte bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Ocak 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülen çalışmamıza vaka grubu olarak meme kanseri yakını ile Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne veya kemoterapi ünitesine gelen birinci derece yakını (anne, kız kardeş, kız evlat) meme kanseri olan 127 gönüllü kadın, Meme Polikliniği ve KETEM'e başvuran birinci derece yakını meme kanseri olmayan 120 gönüllü kadın dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik form, Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (GKMKBT), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verilerek doldurmaları istendi. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 22.0 paket programı ile değerlendirildi.

Bulgular: Vaka ve kontrol grupları yaş ve medeni durum açısından benzer tutuldu. Vaka grubunun yaş ortalaması 39,7±1,1 (min:18, max:65) yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 40,4±0,9 (min:18, max:65) idi.

Vaka grubunda GKMKBT faktör bir ortalaması 7,1±0,1, faktör iki skoru ortalaması 5,0±0,1, toplam puan skor ortalaması 12,2±0,2idi. Kontrol grubunda ise GKMKBT faktör bir ortalaması 6,8±0,1, faktör iki skoru ortalaması 4,6±0,1, toplam puan skor ortalaması 11,5±0,2

olarak hesaplandı. Gruplar arasında GKMKBT faktör bir, faktör iki ve toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p>0,05).

BAÖ skoru ortalaması vaka grubunda 13,8±0,8, kontrol grubunda 10,9±0,7 idi. Anksiyete düzeyleri vaka grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,023). BDÖ ortalaması ise vaka grubunda 12,7±0,7, kontrol grubunda 9,7±0,6 saptandı. Yine depresyon düzeyleri de vaka grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,002).

Anksiyetesi pozitif olan grup vaka grubunda %38,6 (n=49), kontrol grubunda %28,3 (n=34) oranındaydı ancak bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Ancak literatüre göre BDÖ eşik değerine (17 puan) göredepresyon açısından pozitif kabul edilen hasta sayıları değerlendirildiğinde vaka grubunun %32,3'ü (n=41), kontrol grubunun %15'i (n=18), BDÖ skoru eşik değerinin üzerinde bulundu (p=0,001). Vaka grubunda depresyon eşik değerini aşanlar anlamlı olarak sayıca daha fazlaydı.

Sonuç: Birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlar meme kanseri hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip değildir ve anksiyete ve depresyon açısından yakını meme kanseri olmayan kadınlara göre daha fazla risk altındadır. Yaşadıkları fiziksel ve psikolojik problemler nedeniyle sağlık çalışanlarının desteğine ihtiyaç duyarlar. Bu bakımdan sağlık çalışanlarının risk altındaki birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlara meme kanseri hakkında bilgi vermesi, psikososyal açıdan değerlendirmesi ve destek olması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri birinci derece yakınları, meme kanseri bilgi düzeyi, anksiyete, depresyon

ABSTRACT

THE COMPARISON OF BREAST CANCER KNOWLEDGE, ANXIETY, AND DEPRESSION LEVELS OF WOMEN WITH AND WITHOUT FIRST DEGREE RELATIVES HAD BREAST CANCER DIAGNOSIS

DR. DİLEK KORKUSUZ

THE MASTER THESIS

KONYA 2017

Aim: Breast cancer is an adversity in terms of psychosocial aspects for both the patient and his / her relatives. This study was conducted to compare the levels of breast cancer knowledge, anxiety and depression of women whose first degree relatives had breast cancer diagnosis and women who had no relatives who had breast cancer diagnosis.

Material and method: Our study is an analytical type case-control study. The study was conducted between January and June 2017 in Konya Education and Research Hospital Breast Policlinic and KETEM. The participants were 120 women who do not have any breast cancer diagnosis and 127 women whose first degree relatives (mother, sister or daughter) had breast cancer diagnosis coming to the Department of Medical Oncology Polyclinics or chemotherapy unit. Participants who accepted voluntary participation filled the sociodemographic form, Comprehensive Breast Cancer Knowledge Test (CBCKT), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Beck Depression Inventory (BDI). The data were analyzed with the help of SPSS 22 package program.

Findings: Participants in the case and control groups were similar in terms of age and marital status. The mean age of the case group was 39.7 ± 1.13 and the mean age of the control group was 40.4 ± 0.9. In the case group, the mean score of CBCKT factor 1 was 7.1 ± 0.1, factor 2 score was 5.0 ± 0.1, and total score was 12.2 ± 0.2. In the control group, the mean score of CBCKT factor 1 was calculated as 6.8 ± 0.1, factor 2 score mean was 4.6 ± 0.1, and total average score was 11.5 ± 0.2. There was no statistically significant difference between groups in terms of CBCKT factor 1 score, factor 2 score, and total score ($p > 0.05$). The mean BAI score was 13.8 ± 0.8 in the case group and 10.9 ± 0.7 in the control group. Anxiety levels were significantly higher in the case group ($p=0,023$). The mean BDI was 12.7

± 0.7 in the case group and 9.7 ± 0.6 in the control group. Depression levels were also significantly higher in the case group (p=0,002).

The group in which participants had higher anxiety levels (positive anxiety) than others consisted of 38.6% (n=49) participants from the case group and 28.3% (n=34) participants from the control group, but this finding was not statistically significant (p>0,05). However, when the number of patients considered to be positive in terms of anxiety according to BDI threshold (17 points) was examined, 32.3% (n=41) of the case group, and 15% (n=18) of the control group participants significantly had higher scores than BDI threshold value (p=0,001). In the case group, those who exceeded the threshold level of depression were significantly higher in number .

Conclusion: According to results, women who have first degree relative with breast cancer diagnosis do not have enough knowledge about breast cancer and are at higher risk of anxiety and depression than other women. They need the support of health workers because of their physical and psychological problems.In this respect, it is important for health professionals to provide information about breast cancer, psychosocial aspects and support to women at risk whose first degree relatives had breast cancer diagnosis.

Keywords: Breast cancer, first degree relatives, breast cancer knowledge level, anxiety, depression

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
ÖZET ii
ABSTRACT iv
İÇİNDEKİLER vi
ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ viii
SİMGELER VE KISALTMALAR ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. Memenin Anatomisi 2
2.1.1. Memenin Dolaşımı 2
2.1.2. Memenin İnnervasyonu 2
2.2. Meme Lezyonları 3
2.2.1. Memenin Benign Lezyonları 3
2.2.1.1. Yapısal Meme Lezyonları 4
2.2.1.2. İltihabi Meme Lezyonları 4
2.2.2. Memenin Premalign Lezyonları 5
2.2.3. Memenin Malign Lezyonları 6
2.3. Meme Lezyonları Teşhis Yöntemleri Ve Meme Kanserinde Tarama 7
2.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) 7
2.3.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM) 7
2.3.3. Mamografi (MG) 8
2.3.4. Ultrasonografi (US) 9
2.3.5. Manyetik rezonans görüntüleme(MRG) 9
2.3.6. Meme Kanserinde Tarama 10
2.4. Meme Kanseri 11
2.4.1. Meme kanserinin tanımı 11
2.4.2. Epidemiyolojisi 12
2.4.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri 12
2.4.4. Meme Kanseri Evrelemesi 13
2.4.5. Meme Kanserinde Tedavi 16
2.4.6. Erkek Meme Kanseri 17
2.5. Kanser ve Psikoloji 17
2.5.1. Psikososyal Onkoloji 18
2.5.2. Birinci Derece Yakını Meme Kanseri Olanlar 18

3. GEREÇ VE YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Şekli ve Yapıldığı Yer 20
3.2. Verilerin Toplanması 20
3.3. Kullanılan Ölçekler 21
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu 21
3.3.2. Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi 21
3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği 22
3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği 22
3.4. İstatistiksel Analiz 22
4. BULGULAR 23
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 23
4.2. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Değerlendirilmesi 29
4.3. Gruplarda sosyodemografik özelliklerin uygulanan testlere etkisi 33
4.4. Gruplarda anksiyete ve depresyon dağılımı ve KKMM yapmanın anksiyete ve depresyona etkisi 37
5. TARTIŞMA 40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 49
6.1. SONUÇLAR 49
6.2. ÖNERİLER 51
7. KAYNAKÇA 53
8. EKLER 62
Ek-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 62
Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu 64
Ek-3 Genişletilmiş Meme Kanseri Bilgi Testi 67
Ek-4 Beck Anksiyete Ölçeği 68
Ek-5 Beck Depresyon Ölçeği 69

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ

Şekil-1: Memenin yapısı 2
Tablo 1: BI-RADS Sınıflaması (American College of Radiology, 1998)....3
Tablo 2: Meme Kanseri TNM Evrelemesi (AJCC 7. Edition) 15
Tablo 4.1.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 23
Tablo 4.1.2. Katılımcıların sigara içme davranışları....24
Tablo 4.1.3. Grupların ilk doğum yaşı ve emzirme sürelerinin karşılaştırılması....24
Tablo 4.1.4 Grupların meme kanseri ile ilgili bilgi alma durumları ve bilgi kaynakları....25
Tablo 4.1.5. Vaka ve kontrol gruplarının meme kanseri tarama ve meme görüntülemesi konusundaki davranışları....25
Tablo 4.1.6. Grupların tarama/görüntüleme yapma sıklık ve nedenleri....26
Tablo 4.1.7. Gruplarda kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmama nedenleri 27
Tablo 4.1.8. Vaka ve kontrol gruplarında 40 yaş ve üzerindeki katılımcıların mamografi (MG) yaptırma durumları 28
Tablo 4.1.9. Vaka grubunun yakını olduğu meme kanseri vakasının tedavi şekli 28
Tablo 4.2.1 Uygulanan ölçeklerin ortalama, standart hataları ve bunların karşılaştırması 29
Tablo 4.2.2. Meme kanseri ile ilgili bilgi alanlarda ölçek skorlarının karşılaştırılması....29
Tablo 4.2.3. Bilgi kaynaklarına göre mamografi çektirme durumu....30
Tablo 4.2.5. KKMM, Klinik Meme Muayenesi ve meme ultrasonu yaptırma durumlarına göre GKMKBT skorları....31
Tablo 4.2.6. Vaka grubunda GKMKBT ile anksiyete-depresyon arasındaki korelasyon (n = 127)....32
Tablo 4.2.7. Kontrol grubunda GKMKBT ile anksiyete-depresyon arasındaki ilişki (n=120) 32
Tablo 4.3.1. Sosyodemografik özelliklerin meme kanseri bilgi düzeyine etkisi 33
Tablo 4.3.2. Vaka grubunda anksiyetenin sosyodemografik verilere göre dağılımı (n=127) 34
Tablo 4.3.3. Kontrol grubunda anksiyetenin sosyodemografik verilere göre dağılımı (n=120) 35
Tablo 4.3.4. Vaka grubunda depresyonun sosyodemografik verilere göre dağılımı (n=127) 36
Tablo 4.3.5. Kontrol grubunda depresyonun sosyodemografik verilere göre dağılımı (n=120) 37
Tablo 4.4.1. Vaka ve kontrol grubunda anksiyete ve depresyon oranları ve karşılaştırması 37
Tablo 4.4.2. KKMM yapanlarda anksiyete düzeyleri....38
Tablo 4.4.3. Gruplarda KKMM yapma durumu ve sıklığı ile depresyon ilişkisi 39

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS	: Amerikan Kanser Topluluğu
AJCC	: Amerikan Kanser Ortak Komitesi
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BI-RADS	: Breast İmaging Reporting And Data Systems
BRCA	: Meme Kanseri Geni
CD 20	: B lenfosit markerı
CSİMÖ	: Champion Sağlık İnanç Modeli Örneği
DCIS	: Duktal Karsinoma İn Situ
ER	: Estrojen reseptörü
GKMKBT	: Geniş Kapsamı Meme Kanseri Bilgi Testi
İDK	: İnvaziv Duktal Karsinom
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KT	: Kemoterpi
LCIS	: Lobuler Karsinoma İn Situ
LHRH	: Luteininize Hormon Releasing Hormon
MG	: Mamografi
MKBT	: Meme Kanseri Bilgi Testi
MKC	: Meme Koruyucu Cerrahi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
PPD	: Pozitif Prediktif Değer
RT	: Radyoterapi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
US	: Ultrasonografi
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadınlarda en sık görülen kanser olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır (Özmen, 2013). Yaşamı boyunca her 8 kadından birinin meme kanseri olması beklenmektedir (Anderson, 2008). Sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir olması ve erken tanının mümkün olması meme kanserinin önemini daha da arttırmaktadır.

Meme kanseri erken tanısı açısından tarama programlarına doğru zamanda başlanması gereklidir. 20 yaşına gelen her kadının aylık menstrüasyonu başladıktan 4-7 gün sonra, menstrüasyon olmayan kadınların ise her ayın belli gününde kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması sağlanmalıdır ve kadınlara KKMM eğitimi verilmelidir. 40 yaşına gelen her asemptomatik kadının mamografi taraması kapsamına alınması gerekmektedir. Ailesinde meme kanseri olan veya daha önce yapılan biyopsilerinde proliferatif lezyonlar saptanan kadınların 40 yaşından önce rutin doktor kontrolüne alınması önemlidir (Aydıntuğ, 2004).

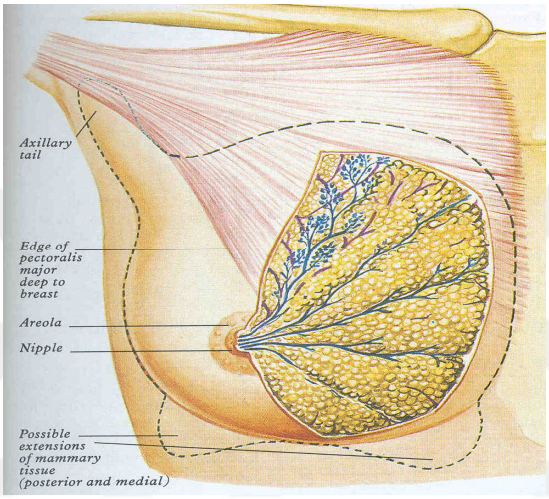
Yapılan araştırmalar sonucu meme kanserinin tanı ve tedavi sürecinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, ölüm korkusu gibi pek çok psikolojik sorunlara yol açabileceği saptanmıştır (Albayrak ve Kurt, 2014). Kanser tanısı alan birey kadar, aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin de stresinin arttığı bilinmektedir. Genetik yatkınlıktan dolayı, meme kanserinin ailedeki diğer kadınlarda da ortaya çıkma olasılığı, aile üyelerinde korku ve endişelere yol açabilmektedir (Gümüş, 2006). Birinci derece akrabası meme kanseri olan sağlıklı kadınların, aile öyküsü olmayan kadınlara göre meme kanseri ile ilgili sıkıntıları daha yüksek düzeylerde tecrübe ettiği rapor edilmiştir (Erblich ve ark., 2000).

Mevcut çalışmamızda meme kanseri hakkında bilgi, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından, birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlar ile yakını meme kanseri olmayan sağlıklı gönüllü kadınları kıyaslamaya çalıştık. Bu sonuçlar eşliğinde birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri farkındalığının arttırılması ve psikososyal destek açısından yeni öneriler geliştirilmesini amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Anatomisi

Meme bezleri subkutan olarak anterior ve lateral torasik duvarda lokalizedir. Her meme, her birinin içindelobüller bulunan 15-20 lobdan oluşmaktadır. Meme başının etrafındaki koyu pigmentli alana "areola" denmektedir. Meme laterale doğru sternumun lateral kenarından orta koltukaltı çizgisine kadar ve yukarıdan aşağıya doğru 2. kottan 6. kota kadar uzanmaktadır. "Spence'in kuyruğu" adı verilen meme kuyruk bölümü ise koltukaltına dek uzanmaktadır (Özmen ve ark., 2012).



Şekil-1:Memenin yapısı

2.1.1.Memenin Dolaşımı

Memenin arteryel kanlanması aksiller arterin dalları, internal torasik arter (anterior interkostal dalları aracılığıyla) ve bazı posterior interkostal arterler tarafından sağlanır. Memenin venöz drenajı areola çevresindeki pleksustan başlar ve parankimal dokudan devam ederek arterlere eşlik eder; ancak ek yüzeyel venöz bir pleksus da vardır.

Memenin lenfatik akımı başlıca aksiller lenf nodlarına olur. Daha nadir olarak nonaksiller lenf nodları olan mammaria interna arteri ve veni boyunca lokalize mammaria interna lenf nodlarına da akım olabilir (Özmen ve ark., 2012).

2.1.2. Memenin İnnervasyonu

Memenin innervasyonu genelde başlıca 4. 5. ve 6. interkostal sinirlerin anterior ve lateral kutaneöz dalları ile olmaktadır. Meme başını 4. interkostal sinir dalları innerve etmektedir (Özmen ve ark., 2012).

2.2. Meme Lezyonları

Meme lezyonları benign, premalign va malign lezyonlar olarak sınıflandırılabilir.

Meme lezyonlarının tanımlanmasında radyologlar ve klinisyenlerin ortak bir dil kullanması adına BI-RADS (Breast Imaging Reporting And Data Systems) sınıflama sistemi kullanılmaktadır.

Tablo 1: BI-RADS Sınıflaması (American College of Radiology, 1998)

Kategori 0	Tamamlanmamış değerlendirmeyi tanımlar. Ek pozisyon ve US gibi ek incelemeler ya da önceki tetkiklere gereksinim vardır.
Kategori 1 (negatif bulgular)	Memelerde mamografik olarak lezyon ya da kuşkulu bulgu saptanmamıştır.
Kategori 2 (benign bulgular)	Maliginite kuşkusu taşıyan bir bulgu yoktur. Kalsifik fibroadenom, yağ içerikli lezyonlar (lipom, galaktosel, yağ kisti, hamartom gibi), sekretuar kalsifikasyonlar gibi karakteristik görünümleri olan benign lezyonların saptanması durumunda bu kategori kullanılır. İntramamarian lenf bezi ve ameliyata bağlı yapısal bozulma da bu kategoride yer alır.
Kategori 3 (muhtemelen benign bulgular)	Malignite olasılığı çok düşük olan (%2'den az) lezyonları tanımlar. Kalsifiye olmamış keskin sınırlı solid kitle, fokal asimetri ve küme yapmış yuvarlak kalsifkasyonlar bu grupta yer almaktadır. Bu kategoride değerlendirilen lezyonlara 6 aylık kısa aralıklı takip önerilir. Yıllık takipte stabil ise kategori 2 lezyon kabul edilir ve rutin takibe geçilir. Takip sırasında lezyonun boyut ya da yaygınlığında değişiklik olursa biyopsi önerilir.
Kategori 4 (kuşkulu bulgular)	Bu kategorideki lezyonlarda maliginite olma olasılığı kategori 3'den fazladır ve biyopsi endikasyonu vardır. Malign olma olasılıklarına göre 4A, 4B ve 4C olarak alt gruplara ayrılabilir.
Kategori 5 (muhtemelen malign bulgular)	Bu grup lezyonların malign olma olasılıkları çok yüksektir (%95'in üzerinde). Biyopsi ve uygun tedavi yaklaşım gereklidir.
Kategori 6 (bilinen malignite)	Bu kategori biyopsi ile malignite tanısı konmuş ve kesin tedavi öncesi inceleme yapılan hastalar için kullanılır.

2.2.1. Memenin Benign Lezyonları

Meme ile ilgili herhangi bir şikâyeti olan hastayı değerlendirmenin ilk amacı semptomların kanser kaynaklı olup olmadığının belirlenmesidir (Morrow, 2000). Meme patolojilerinin %90'ı benign lezyonlardır.

2.2.1.1. Yapısal Meme Lezyonları

Fibrokistik Değişiklikler: En sık görülen meme hastalığı ve histopatolojik olarak fibrokistik olan değişiklik; kist, adenozis, fibrozis ve duktal ektaziyi içeren dört ayrı komponentten oluşur (Onat, 2016). Bu değişiklikler genellikle üreme çağındaki kadınları etkiler. Fibrokistik değişiklikler atipili epitelyal proliferatif değişiklikler bulunmadıkça meme kanseri için risk taşımaz. Tek başına kistlerin bulunması meme kanseri riskini arttırmaz fakat kistlerle birlikte aile öyküsü varsa risk yaklaşık üç kat artar (Özmen ve ark., 2012).

Fibroadenom: Fibroadenom memenin en sık görülen solid ve benign lezyonudur. 20-30 yaş arası kadınlarda daha sık görülür. Ancak 50 yaş üzerindeki kadınlarda tüm meme lezyonlarının %1,4 ünü oluşturur. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte normal lobüllerin hiperplazisi ve distorsiyonu sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Gerçek bir tümör değildir (Arslan ve Şahin, 2013). BI-RADS sınıflamasında 2. ve 3. kategoride yer alırlar. BI-RADS 2 lezyonları takibe gerek yoktur. BI-RADS 3 lezyonlar takip edilmelidir. BI-RADS 4 lezyonlardan ise patolojik inceleme yapılması gerekir (Özmen ve ark., 2012).

Yağ Nekrozu: Yağ nekrozu genellikle travmayabağlı olarak memenin yağ dokusundan gelişen nonsüpüratif benign bir lezyondur (Bouroumane ve ark., 2016). Meme kanseri ile ayırıcı tanı açısından önem taşır. BI-RADS 4 olarak tanımlanır ve biyopsi ile örnekleme önerilir.

Radyal Skar: Fibrozis ve elastozis gösteren bir merkez çevresinde dışa doğru duktus ve lobüllerin ışınsal dizilimi ile karakterize yıldızsı görünümlü benign meme lezyonudur. Spiküler uzanımları nedeniyle radyolojik ve histolojik olarak meme kanserine benzemesi nedeniyle önemlidir (Özmen ve ark., 2012). BI-RADS 4 olarak tanımlanır ve biyopsi alınarak histopatolojik olarak tanısı konur.

Sklerozan adenozis: : Hastalığın olmadığı lobülde bulunan asini sayısının artmış olmasıdır. Normal lobüler yapı bozulmamıştır. Stromal fibrozis nedeniyle histolojik görünümü invazif karsinomaya benzeyebilir. Ele gelen kitle, radyolojik densite veya kalsifikasyon olarak kendini gösterebilir (Stricker ve ark., 2007). Duktal epitelyal hiperplazi, lipom, hamartom memenin diğer benign yapısal lezyonlarındandır.

2.2.1.2.İltihabi Meme Lezyonları

Granülomatöz mastit: Nedeni tam olarak belli olmayan, idiyopatik olduğu düşünülen, üreme çağında daha sık görülen ve meme kanserine benzer bulgular veren kronik inflamatuar bir hastalıktır. Çoğunlukla tek taraflı, sınırları belirgin ve sert bir kitle olarak

klinik bulgu verir. Kesin tanısı patolojik olarak konur (Nuralina ve ark., 2006). 20-30'lu yaşlarda daha çok görülür. Abse mevcut ise drene edilmelidir. Kendiliğinden iyileşebileceği gibi birçok yayın tedavisi için eksizyon ve steroid de önermiştir.

Subaereolar Abse: Subareolar meme abseleri retro ve periareolar alanlarda lokalize olur. Laktiferöz duktusların aşırı skuamöz epitele dönüşmesini takiben duktusun sellüler debrisler ile tıkanması sonucu duktusun kistik dilatasyonu, fistülizasyonu veya rüptürü ile sonuçlanabilir. Klinik olarak inflamatuar meme karsinomu ile karışabilen bu tablonun tanısında, ince iğne aspirasyon sitoloji materyalinde çok sayıda nötrofil, makrofaj, keratinöz içerik, kolesterol kristalleri, parakeratotik ve nükleus içermeyen skuamöz hücreler görülür (Özmen ve ark., 2012).

Meme Başı Akıntısı: Meme başı akıntısı meme ile ilgili şikâyeti olan hastaların %4,8'inde görülür, %48'i spontanoluşurken, %52'si sıkmakla oluşur (Goksel ve ark., 2005). Meme başı akıntısı spontan değilse klinik olarak çok önemli değerlendirilmez. Yaygın kabul gören değerlendirmelere göre, unilateral, tek bir kanal sisteminden gelen, spontan oluşan, seröanjinöz veya hemorajik akıntılar "patolojik" nitelikte olarak kabul edilmektedir (Polatcı, 2015). Galaktore, mekanik uyarım sonucu fizyolojik akıntı, periduktal mastit, subareolar abse, fibrokistik değişiklik, duktal ektazi, intraduktal papillom ya da karsinom adenozis gibi nedenleri vardır.

Laktasyon Mastiti (Puerperal Mastit): Laktasyon mastiti meme dokusu içindeki interlobüler yumuşak dokunun selülitidir. Genellikle doğum sonrasındaki ilk altı haftada oluşur. Anne sütü ile beslenmenin son yıllarda teşvik edilmesiyle daha sık görülmeye başlanmıştır. Hastalar genellikle ateş, tek taraflı meme hassasiyeti, ağrı, eritem ile başvururlar. Tedavisinde antibiyoterapi kullanılır. Laktasyon mastiti durumunda emzirme kesilmemelidir (SPencer, 2008).

Galaktosel: Sıklıkla laktasyon döneminde veya hamile kadınlarda görülen içi süt dolu meme kistleridir.

2.2.2. Memenin Premalign Lezyonları

İntraduktal Papillom: Papillomlar benign epitel hücreleri ile örtülü, santralinde fibrovasküler doku bulunan intraduktal tümörlerdir. Tüm meme lezyonlarının %1-2'sini oluşturan papillomlar hayatın 4. ve 5. dekatlarındadaha çok görülür (Arslan, 2015). BI-RADS 4 olarak tanımlanıp, görülmesi durumunda biyopsi alınması önerilir.

Atipik Duktal Epitelyal Hiperplazi: Morfolojik olarak düşük evreli duktal karsinoma in situya benzeyen tipte duktal hiperplaziyi tanımlamak için kullanılır. Atipik duktal veya lobular hiperplazinin meme kanseri riski vardır (Erel, 2010).

Atipik Lobuler Hiperplazi: Atipik lobüler hiperplazi lobüler ünitenin genişlemesi ve asininin yarısından azının neoplastik hücreler ile dolmasıdır. Lobüler karsinoma in situ ile benzer histolojisi olup farkları daha az asiner tutulumdur (Erel, 2010).

Duktal Karsinoma In Situ (DCIS): DCIS meme duktuslarını döşeyen epitel hücrelerden köken alan non-invaziv meme kanseridir. DCIS; düşük grade lezyonlardan yüksek grade lezyonlara kadar geniş bir spekturumu ifade eder. Tamamen asemptomatik olabileceği gibi, memede kitle ve meme başında değişiklik gibi klinik görünümlere de yol açabilir (Tanas, 2013).

Lobuler Karsinoma İn Situ (LCIS): DCIS'a göre daha nadir görülen, karakteristik olarak bilateral ve multifokal olma eğiliminde olan ve genelde hastalarda bulgu vermeyen non-invaziv meme lezyonudur (Özmen ve ark., 2012). Filloides tümör, papiller neoplazi, papillomatozis, lobüler neoplazi, duktal neoplazi memenin diğer premalign hastalıklarındandır.

2.2.3. Memenin Malign Lezyonları

İnvaziv Duktal Karsinom (İDK): İnvaziv duktal karsinom, invaziv meme karsinomlarının en geniş grubunu oluşturur. İçinde nekroz, kanama ve kistik dejenerasyon bulundurabilir (Gıynaş, 2010). Mamografide İDK, daha çok fokal bir kitle veya yapısal bozulma alanı olarak ortaya çıkar. İDK'nın klasik MG görüntüsü spiküler bir kitle olmakla beraber düzgün veya lobule bir kitle olarak da görülebilir (Onat, 2016).

İnvaziv Lobuler Karsinom: Meme malignitelerinin % 7-10 unu oluşturur. Bilateral ve multisentrik olma sıklığı infiltratif duktal karsinomdan iki kat fazladır, % 20 oranında bilateraldir. Bu kanser türünde bazen mamografik olarak bulgu saptanamayabilir. Ayrıca hastalar klinik olarak asemptomatik olabilir, böylece fizik muayene ve mamografi incelemelerinde gözden kaçırılabilir (Polatcı, 2015).

Amerikan Kanser Derneği'nde bahsedilen diğer nadir görülen meme kanseri tipleri de aşağıdaki gibidir:

- Adenoid Kistik Karsinom
- Metaplastik Karsinom

- Medüller Karsinom
- Müsinöz Karsinom
- Papiller Karsinom
- Tubuler Karsinom
- İnflamatuar Meme Kanseri
- Meme başının Paget Hastalığı
- Filloides Tümör
- Anjiosarkom

2.3. Meme Lezyonları Teşhis Yöntemleri Ve Meme Kanserinde Tarama

Meme lezyonlarının teşhisinde kullanılan en temel yöntemler, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM), mamografi olarak sıralanabilir. Gereken durumlarda ise ultrasonografi ve MR ile meme biyopsisinden faydalanılır.

2.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM yöntemi, mamografi ve fizik muayene kadar duyarlı olmamakla birlikte bütün kadınlar için uygulanması kolay, ekonomik, özel araç gerektirmeyen, güvenli, invaziv olmayan bir işlem olup ayrıca meme kanseri için etkili bir erken tanı yöntemi olabilmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 20 yaşından sonra tüm kadınların her ay KKMM yapmasını önermektedir. KKMM yapan kadınların meme kanserini % 95, erken evre meme kanserini ise % 65 oranında kendilerinin tespit ettiklerini ve bu sayede mortalitede %18 oranında azalma sağladıklarına yönelik çalışmalar mevcuttur (Arslan ve Şahin, 2013).

2.3.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Latin Amerika'da birçok ülke klinik meme muayenesi ve KKMM ile mamografiyi birlikte öneren ulusal kılavuzlara sahiptir (Lauby-Secretan ve ark., 2015).

Amerikan Kanser Derneği (ACS) güncel kılavuzunda herhangi bir yaşta ortalama risk taşıyan kadınlar arasında meme kanseri taraması için klinik meme muayenesi önermemekteydi, fakat bu öneri geçerliliğini yitirmiştir; çünkü bu değişikliğin etkisi hiçbir zaman incelenmemiştir. ACS klinik meme muayenesi yapılmamasına dair tavsiyelerini, kadınların önerilen mamografi taramasından geçtiklerini varsayıyor olmasına dayandırmaktaydı. Ancak taranması gereken kadınların yaklaşık üçte biri bu hizmetlere

erişememektedir (Anderson ve ark., 2016). Bu yüzden klinik meme muayenesini önermek gerekmektedir.

Yanlış pozitif klinik meme muayenesi oranı (% 2,2-%5,7), mamografi (% 6,5-%8) ile karşılaştırıldığında iyi bir orandadır, ancak yanlış pozitif bir klinik meme muayenesinin etkisi yanlış pozitif mamografi taramasından daha az zararlıdır. Palpe edilen kitleleriyi huylu olduğunda, hem hasta hem de klinisyene klinik izlem ve gelecekteki çalışmalar için iyi bir yol göstermektedir. Mamografiden farklı olarak meme kanseri gereksiz/aşırı tedavisi klinik meme muayenesi yapılmasında önemli bir sorun değildir. Klinik meme muayenesi ile saptanan kitlelerden en az %95'i 2 cm'den büyük invaziv kanserler olup lenf nodu pozitifliği şansı %30'dan fazladır ve bu nedenle erken teşhis ve tedaviyi garanti eder (Anderson ve ark., 2016).

2.3.3. Mamografi (MG)

Mamografi meme kanseri mortalitesini azaltan tarama yöntemidir. Meme kanserinin erken tanısında mamografinin etkinliği kanıtlanmış olup, bu yöntem topluma yönelik meme kanseri taramalarında uluslararası kurumlar tarafından önerilmektedir (Eryılmaz ve ark., 2010).

Mamografinin tarama ve tanı amaçlı olmak üzere iki temel kullanım alanı vardır. Tarama mamografisi, herhangi bir belirti ve şikâyeti olmayan kadınlarda meme kanserinin erken teşhisi için yapılan görüntülemedir (Seçginli, 2011). Mamografi taramasının başlangıç yaşı 40 olarak kabul edilmektedir.

Mamografide en sık saptanan iyi sınırlı kitle lezyonları kist ve fibroadenomdur. Meme patolojilerinde karşılaşılan mamografik bulgular arasında; kitle, yapısal distorsiyon, asimetrik dansite, kalsifikasyon, deri, meme başı ve trabekülasyonda izlenen değişiklikler, aksiler lenf nodu patolojileri yer almaktadır. Memede kalsifikasyonlar da sıkça saptanır. Erken dönem kanserde görülen küme şeklinde mikrokalsifikasyonlar ise ileri düzey araştırma gerektirmektedir (Gıynaş, 2010).

Mamografi ile meme kanseri erken tanı yönteminin en önemli handikapı yanlış pozitif sonuçlar, aşırı teşhisve muhtemelen radyasyonun indüklediği meme kanseridir. Yanlış pozitif sonuçların kümülatif riskinin diğer tarama yöntemlerinden farklı olduğu tahmin edilmektedir. 50-70 yaş arasında 10 kez mamografi çekilen bir kadın için kümülatif risk, tahmini tarama yöntemleri için %20 civarındadır. Yanlış pozitif taramaların %5'inden azı invaziv yöntemler ile sonuçlanır.

Meme kanseri kaynaklı ölümler mamografi taraması ile geniş bir yaş aralığında engellenmektedir. Mamografi kaynaklı radyasyon nedeniyle oluşan meme kanserinde ölüm riski, yaş ve tarama süresine bağımlı olarak yüzbinde 1 ile 10 arasında tahmin edilmektedir. Bu oran meme kanseri ölüm tahminlerinden en az 100 kat daha küçüktür (Lauby-Secretan ve ark., 2015).

2.3.4. Ultrasonografi (US)

Yüksek rezolusyonlu US' nin pratikte kullanılmaya başlanması ile birlikte, özellikle dens memelerde ultrason da bir tarama yöntemi olarak ortaya çıkmaktadır (Eryılmaz ve ark., 2010). Özellikle 40 yaş altı semptomatik hastaların incelenmesinde ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemidir. Lezyonlar değerlendirilirken şekli, meme parankimi içerisindeki uzanımı, iç eko paterni ve arka akustik gölgelenmesi lezyonun değerlendirilmesinde önemlidir. Oval şekilli, düzgün konturlu, cilde paralel uzanımlı, an/hiper-ekoik karakterli lezyonlar daha benign karakter sergilerken; yuvarlak şekilli, düzensiz, lobule veya spiküle konturlu, kenar açılanması gösteren, ekojenik halosu bulunan ve heterojen kompleks yapıdaki lezyonlar daha çok malign olma eğilimindedir (Kılıç ve Yılmaz, 2014). Aksillanın değerlendirilmesinde de ultrasonografi iyi bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dens memede US'nin meme kanseri saptama duyarlılığı mamografiden daha yüksektir. Mamografide meme parankiminin %60'ından fazlasının dens olduğu kadınlarda meme kanseri riskinin yaklaşık 4-6 kat fazla olduğu da bildirilmiştir. Çalışmalarda, dens memede mamografiye ek olarak yapılan US taramanın kanser saptama oranını binde 2,3-4,6artırdığı, ancak US'nin özgüllüğü ve pozitif öngörü değeri (PPD)'nin mamografiye göre daha düşük olduğu bildirilmektedir. Ultrasonografide özgüllük düşük olduğu için gereksiz biyopsi oranı ve takip edilen kadın sayısı artmaktadır. Bu nedenle rutin tarama programlarında ek US incelemesi önerilmemektedir (Kayhan ve Arıbal, 2014).

2.3.5. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yüksek kontrast rezolüsyonuna sahip olması, çok planlı görüntü alabilme yeteneği, iyonize radyasyon içermemesi açısından faydalı bir görüntüleme yöntemidir. MRG'de kullanılan kontrast madde, iyotlu kontrast maddelere oranla daha güvenilirdir. Bu nedenle konvansiyonel yöntemlere ek olarak özellikle seçilmiş olgularda uygulanabilen tanı koydurucu ve problem çözücü bir yöntem konumuna ulaşmıştır. Maliyetinin yüksekliği, inceleme süresinin uzunluğu, kontrast madde enjeksiyonu gerekliliği, ulaşılabilirliğinin sınırlı olması meme manyetik rezonans görüntülemenin önemli

dezavantajlarıdır. Yöntemin invaziv kanserleri tespit etmedeki duyarlılığı %90-100 iken, özgüllüğü %75 civarındadır. Bu durum özellikle şüpheli klinik ve radyolojik görüntüleme bulguları nedeniyle manyetik rezonans görüntüleme yapılan olgularda yanlış pozitiflik oranının yüksek olmasına neden olmaktadır. Yöntemin özgüllüğünü arttırarak negatif biyopsi oranını azaltabilmek amacıyla ileri MR görüntüleme yöntemleri (Difüzyon MR, MR spektroskopi, perfüzyon MRG) üzerinde çalışılmaktadır (Kul, 2014).

Meme manyetik rezonans görüntüleme; preoperatif evreleme, primeri bilinmeyen kanser, cerrahi sınırların değerlendirilmesi, memede rekonstrüksiyon, yüksek riskli olguda tarama, meme koruyucu cerrahi (MKC) öncesi ve sonrasında odak varlığını saptamada kullanılabilir (Balcı, 2014).

2.3.6. Meme Kanserinde Tarama

Meme kanseri, dünyada ve ülkemizde kadınlarda kanser nedeniyle en sık; gelişmiş ülkelerdeki kadınlarda kanser nedeniyle ikincil ölüm nedenidir (Lauby-Secretan ve ark., 2015).Türkiye kadın meme kanserlerinin sık görüldüğü bir ülke olmamasına rağmen, meme kanseri kadınlar arasında %24'lük oran ile en sık görülen kanserdir (Eroğlu ve ark., 2010). Taramanın amacı meme kanserini erken evrede yakalamak ve mortalitesini düşürmektir. Ayrıca taramanın meme kanserine bağlı ölüm oranını %25-30 oranında azalttığı saptanmıştır (Güllüoğlu, 2008).

Mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca tarama yöntemleridir (Seçginli, 2011). Mamografi rutin taramada ve meme semptomları olanlarda yüksek sensitivite oranlarına sahiptir. USG ile birlikte kullanılması ise mamografinin sensitivitesini arttırmaktadır (Eryılmaz ve ark., 2010).

Günümüzde tarama amaçlı mamografinin yaygınlaşması ile asemptomatik meme lezyonları ve elle hissedilemeyen meme kanserleri erken evrede görüntülenebilmektedir. Mamografi, KKMM ve klinik meme muayenesi ile birlikte meme kanserinin erken tanısı için uzun yıllardır önerilen bir yöntem olup, meme kanseri taramasında seçiciliği ve duyarlılığı daha iyi olan başka bir tarama yöntemi bulunmamaktadır (Seçginli, 2011).

Amerikan Kanser Topluluğu (ACS) tarafından yayınlanan rehberde, kişilerin kendi yapacakları meme muayenelerine kendi tercihlerine bağlı olarak 20 yaşından itibaren başlanması önerilmektedir. 40 yaşından itibaren ise sağlık merkezine meme muayenesi ve danışma için yıllık başvuru önerilir. Mamografik taramanın ise yine 40 yaşından itibaren

uygulanması önerilir. Türkiye Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) tarafından uygulanmaktadır. Buna göre 20 yaşından itibaren kişilerin kendi kendine meme muayenesi uygulaması için eğitim verilir. Semptomsuz kişilere ise 40 ila 69 yaşlar arasında iki yılda bir mamografik görüntüleme uygulanır (Mokhtare, 2015).

Tümü gelişmiş ülkelerde (Avusturalya, Kanada, Avrupa veya ABD) yapılan 20 kohort ve 20 vaka kontrol çalışmasında da mamografi taramasının çoğunlukla iki yıllık aralıklarla yapılması önerilmektedir (Lauby-Secretan ve ark., 2015).

Amerikan Kanser Derneği meme kanseri tarama önerileri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

1.Meme kanseri için ortalama risk taşıyan 45 yaş üstü tüm kadınlara düzenli olarak mamografi çekinmelidir. (Güçlü tavsiye)

1a.45-54 yaş arası kadınlar her yıl taranmalıdır. (Nitelikli tavsiye)

1b. 55 yaş ve üstü kadınlar yılda bir taramaya devam etmelidir. (Nitelikli tavsiye)

1c.40-44 yaş arası kadınlar yıllık taramaya başlama fırsatı bulmalılardır. (Nitelikli tavsiye)

1. Genel sağlık durumu iyi olan ve beklenen ömür süresi 10 yıl ve daha üzeri olan kadınlar mamografi taramasına devam etmelidirler. (Nitelikli tavsiye)

2. ACS, herhangi bir yaşta ortalama risk taşıyan kadınlar arasında meme kanseri taraması için klinik meme muayenesi önermemektedir. (Nitelikli tavsiye) (Oeffinger ve ark., 2015).

2.4. Meme Kanseri

2.4.1. Meme kanserinin tanımı

Meme kanseri meme dokusunun malign bir tümorüdür. Memenin farklı kısımlarından kaynaklanabilir. Büyük kısmını duktuslardan kaynaklanan duktal karsinom, bir kısmını da lobüllerden kaynaklanan lobüler karsinomlar oluşturur. Ayrıca memenin diğer dokularından kaynaklanan daha nadir medüller, tübüler, müsinöz gibi tipleri de vardır (THSK,http://kanser.gov.tr/).

2.4.2. Epidemiyolojisi

Meme kanseri görülme sıklığı, yaş, cinsiyet, etnisite, çevresel faktörlere göre değişmektedir. Meme kanseri, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadınlarda en sık görülen kanserdir (Özmen ve ark., 2012). Meme kanseri dünyada görülen kanserlerin %30'unu oluştururken ülkemizde tüm kanserlerin %23,4'ünü oluşturmaktadır. Türkiye'de meme kanseri insidansı 2013 yılında 100.000 kişide 45,9 olarak saptanmıştır (Gündoğdu, 2016).Erkek meme kanseri ise erkeklerdeki tüm kanserlerin %1'den daha azını ve tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur (Temelli ve ark., 2015).

2.4.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Meme kanseri etyolojisinde cinsiyet, yaş, emzirme, ilk menarş yaşı, obezite, erken menarş, geç menopoz, etnisite, sigara kullanımı, çevresel etkenler, birinci derece yakınında meme kanseri görülmesi gibi durumlardan bahsedilmektedir. Fakat meme kanseri vakalarının %75'inde bu risk faktörlerinin hiçbiri görülememiştir (Eroğlu ve ark., 2010).

Yaş: Meme kanseri gelişiminde, yaş arttıkça meme kanseri riski arttığından yaş tek başına en önemli bağımsız risk faktörüdür (Eroğlu ve ark., 2010).

Cinsiyet: Kadın cinsiyet meme kanseri için bilinen en önemli risk faktörüdür. Meme kanseri %99 kadınlarda, %1 ise erkeklerde görülmektedir (Durmuş, 2015). Bunun sebebinin meme hücre gelişimini destekleyen östrojen ve progesteronun erkeklerde daha düşük seviyelerde olduğu düşünülmektedir.

Meme Kanseri Öyküsü: Meme kanseri olanlarda, diğer memede kanser gelişme oranı meme kanseri olmayanlara göre beş kat fazladır (Aslan ve Gürkan, 2007). Daha önce meme biyopsisinde LCIS saptanmış olması her iki memede kanser görülme olasılığını genel popülasyona göre yaklaşık on kat artırır. Yine atipik düktal veya lobüler hiperplazi saptanmış olması kişinin riskini 4-5kat artırır (Güllüoğlu, 2008).

Meme kanseri aile öyküsü olanlarda meme kanseri olma riski, birinci derecede akrabalarında (anne, kız kardeş, kız evlat) meme kanseri olanlarda 2-3 kat artar (Eroğlu ve ark., 2010).

Menarş ve Doğurganlık: Maruz kalınan östrojen ve progesteron miktarıyla orantılı olarak ilk adet yaşının erken olması ve geç menopoza girmek meme kanseri için kabul edilen risk faktörleridir. İlk adet yaşının her bir yıl gecikmesi meme kanser riskini % 20 oranında azaltmaktadır (Sönmez, 2014). Erken ilk gebelik yaşı ve erken ilk doğum yaşı da meme

kanseri riskini azaltır. Bu korelasyon çoğunlukla postmenopozal dönemde teşhis edilen hormona bağlı (ER pozitif) meme kanseri olan kadınları ilgilendirir. Benzer koruyucu etkinlik, meme kanseri oluşum riskini azaltarak, uzun süre emzirme ile sağlanmaktadır (McPherson ve ark., 2000).

Ailesel faktörler: Aile hikâyesi meme kanseri açısından önemli bir faktördür. Hastaların % 27'sinin meme kanseri gelişiminde genetik geçmiş önemli bir rol oynamaktadır. Mutat BRCA1 ve BRCA2 genlerinin taşıyıcıları meme kanserinde çok yüksek risk taşımakta fakat hastalık taşıyan kadınların çok az bir kısmında görülmektedir. Birinci dereceden akrabalarda meme kanseri varlığı riski 3 kat artırmaktadır. Birinci dereceden akraba iki kişide meme kanserinin olması durumunda riskin 4–6 kat arttığı saptanmıştır (Erdoğdu, 2015). Ayrıca BRCA, p53, ATM, PTEN gibi genlerin meme kanseri oluşumunda rol aldığı bilinmektedir.

Çevresel faktörler: Meme kanseri gelişmiş ülkelerde tüm kanserler arasında % 23 oranı ile en sık görülen kadın kanseri tipi iken, gelişmekte olan ülkelerde daha nadir görülmektedir (Tanas, 2013). Sigara ve alkol tüketimi ve erken yaşta alınan radyasyon öyküsü de bilinen diğer çevresel faktörlerdendir.

Obezite: Obezite birçok kanser türünde olduğu gibi meme kanseri için de risk faktörleri arasında kabul edilmektedir (Yılmazel, 2013).

Hormonoterapi: Oral kontraseptif kullanan kadınlarda, meme kanseri gelişme riski küçük oranda (1,24 kat) artmaktadır. Oral kontraseptif kullanımının bırakılması ile bu risk azalmakta ve 10 yıl sonra ortadan kalmaktadır. Kombine östrojen ve progesteron replasman tedavisinde ise meme kanseri riskinde artış saptanmış ve tek başına östrojen kullanımından 2-4kat fazla olduğu bulunmuştur (Akbaş Kaya, 2014). Ayrıca literatürde dens meme yapısı, uzun boy, kemik dansitesinin yüksek olması gibi risklerden de bahsedilmektedir.

2.4.4. Meme Kanseri Evrelemesi

Meme kanseri evrelemesinde sık kullanılan yöntemlerden biri de Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC)'nin belirlediği TNM sistemidir. AJCC 7. edisyona göre evreleme şu şekildedir (Lee ve ark., 2014):

Primer Tümör: T

Tx: Değerlendirilemeyen primer tümör

T0: Primer tümöre ait bulgu yok

Tis: İn situ karsinom

Tis(DCIS): Duktal karsinoma in situ

Tis(LCIS): Lobüler karsinoma in situ

TİS(Paget): Meme başında Paget hastalığı (primer başka tümör yok)

T1: En büyük çapı ≤ 20 mm tümör

T1mic: En büyük çapı ≤ 1 mm (mikroinvaziv tümör)

T1a: Tümör çapı >1 mm cm ancak ≤ 5 mm

T1b: Tümör çapı > 5 mm ancak ≤ 10 mm

T1c: Tümör çapı > 10 mm ancak ≤ 20 mm

T2: Tümör çapı > 20 mm ancak ≤ 50 mm

T3: Tümör çapı > 50 mm

T4: Boyutu ne olursa olsun, göğüs duvarı veya cilde direkt yayılan tümör

T4a: Pektoralis major kası dışında göğüs duvarına yayılım

T4b: Ödem, cilt ülserasyonu, aynı memede satellit cilt nodülleri, portakal kabuğu görünümü

T4c: T4a + T4b

T4d: Enflamatuar karsinom

Bölgesel lenf nodları: N

Klinik sınıflandırma

Nx: Değerlendirilemeyen nodal tutulum

N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1: Hareketli ipsilateral bölgesel lenf nodu metastazı

N2: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial nodal metastaz

N2a: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı

N2b: Aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial nodal metastaz

N3: İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metastazı veya klinik + radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı veya supraklaviküler lenf nodu metastazı

N3a: İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metaastazı

N3b: Klinik + radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mamarial lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı

N3c: Supraklaviküler lenf nodu metastaz

Uzak metastaz: M

Mx: Değerlendirilemeyen uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

Tablo 2:Meme Kanseri TNM Evrelemesi(AJCC 7. Edition)

Evre	**T**	**N**	**M**
0	Tis	N0	M0
IA	T1*	N0	M0
IB	T0 T1*	N1mi N1mi	M0 M0
IIA	T0	N1 †	M0
	T1*	N1 †	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	T1-4	N3	M0
VI	T1-4	N0-3	M1

T1*: mikroinvazyon içeren T1

N1 †: nodal mikrometastaz

2.4.5. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanseri tedavisinde cerrahi, medikal tedavi ve radyoterapi kullanılmaktadır.

Medikal tedavi: Adjuvan kemoterapi, neoadjuvan kemoterapi, hedefe yönelik tedavi, adjuvan ve neoadjuvan hormon tedavilerini içerir.

Adjuvan sistemik tedaviler, meme kanserinde lokal kontrol sonrası sistemik mikrometastatik hastalık için uygulanır. Siklofosfamid, metotreksat ve 5-fluorourasil içeren kemoterapi rejimlerini takiben antrasiklin içeren kombinasyonlar ile mortalite ve rekürrens riskinde anlamlı azalma sağlanmıştır. Günümüzde ise taksanların eklenmesi ile benzer oranda bir katkı sağlanmış ve geniş bir kullanım alanı bulmuştur (Demirci ve ark., 2014).

Neoadjuvan tedavi; cerrahi düşünülen hastada tümör yükünü azaltmak amacıyla uygulanan kemoterapilerdir.

Hedefe yönelik tedavide spesifik enzim molekül hedeflendirmeleri, büyüme faktörü reseptörleri, sinyal transdüktörleri, onkogenik hücresel çalışmalar ve diğer translasyonel tedavi seçenekleri vardır. EGFR (Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü), HER2 (İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü-2), VEGFR (Vasküler Endotel Büyüme Faktörü Reseptörü), CTLA4 (Sitotoksik T Lenfosit Aracılı Antijen 4), PD1 (Programlanmış Hücre Ölüm Proteini 1), HER3 (İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü-3) ve CD20 meme kanserinde görülen bazıreseptörlerdir. Meme kanserinde HER-2aşırı ekspresyonu, kötü prognoz ile daha agresif bir hastalık ortaya çıkarır. Bu yüzden HER-2 pozitif kanserlerde trastuzumab kullanılmaktadır (Küçük, 2016).

Meme kanseri hücreleri östrojen ve progesteron reseptörleri bulundurabilmektedir. Selektif östrojen reseptör düzenleyicisi olan tamoksifen, aromataz inhibitörü olan letrozol, anastrozol, ekzemestan ve LHRH agonistleri (goseralin veya leuprolide) hormonal tedavide kullanılmaktadır (Akbaş Kaya, 2014).

Cerrahi Tedavi: Meme kanserinin cerrahi tedavisinde meme koruyucu cerrahi (MKC) veya mastektomi yapılmaktadır. MKC parsiyel mastektomi veya lumpektomi olarak da bilinir. MKC'nin lokalize veya bölgesel kanserler için uygun bir şekilde kullanıldığında ve radyoterapi ile takip edildiğinde, uzun süreli sağkalımı mastektomi ile aynıdır. Meme koruyucu cerrahiye uygun olmayan hastalara mastektomi uygukanır. Daha iyi kozmetik görünüm sağlamak için mastektomi uygulanan kadınlara salin ya da silikon implant, doku flebi ya da bunların kombinasyonu ile meme rekonstrüksiyonu da yapılabilmektedir (DeSantis ve ark., 2014).

Kadın meme kanseri hastalarının beş yıllık göreli sağkalım oranı, 1975 yılında % 74,8 iken, 2003 yılında %90,3'e yükselmiştir. Bu artış, büyük oranda meme kanseri taramasında mamografinin yaygın bir şekilde kullanılması ile daha erken evrede teşhis ve tedavide (kemoterapi, hormon terapisi ve hedefe yönelik tedavi) iyileşmeye dayanmaktadır. Meme kanseri için 10 yıllık ve 15 yıllık göreli sağkalım oranları sırasıyla %83,1 ve %77,8'dir (Edwards ve ark., 2014).

Lokalize meme kanseri tanısı alan kadınlar için göreceli sağkalım oranı 5 yıl için % 98,6 iken bölgesel ve ileri evre meme kanseri olanlarda sağkalım oranı sırasıyla % 84,4 ve % 24,3'e gerilemektedir. Hastalığın evrelerine ek olarak, sağ kalımı etkileyen kansere bağlı faktörler, tümör derecesi, hormon reseptör durumu ve insan epidermal büyüme faktörü reseptör 2 (HER-2)'yi içerir (Edwards ve ark., 2014).

2.4.6. Erkek Meme Kanseri

Erkek meme kanseri tüm meme kanserlerinin yaklaşık %0,6'sını, erkeklerde görülen kanserlerin ise %1'inden azını oluşturur. İnsidansı 100.000 erkekte 1'dir. Erkek ve kadınlardaki meme kanseri tiplerinin dağılımı, erkek memesinde lobüllerin bulunmaması sebebiyle farklılık gösterir. Erkek meme kanserleri çoğunlukla duktal orjinlidir, çünkü erkek memesi normalde sadece duktuslar içerir, lobül yapısı bulunmaz. Bu nedenle, erkek meme kanserlerinin yaklaşık %90'ı invaziv duktal karsinom iken kalan %10'u noninvaziv duktal karsinoma in-situ'dur (Aydıncı, 2011).

2.5. Kanser ve Psikoloji

Meme; kadınlarda dişiliği ve cinselliği sembolize eder. Meme kanseri sebebiyle bu uzvun kaybı kadının ruhsal durumunu etkilemektedir. Dolayısıyla kadınlarda meme kanseri, biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel boyutları olan bir olgudur. Yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde; meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, ölüm korkusu gibi pek çok psikolojik sorunların ortaya çıkabildiği görülmektedir (Albayrak ve Kurt, 2014).

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluğun depresyon olduğu ve sıklığının % 4,5 - %58 gibi çok geniş bir aralıkta görüldüğü bildirilmiştir (Kavradım ve Özer, 2014).

Araştırmalar, meme kanserli hastaların birinci derece akrabalarının da meme kanserli hastanın deneyimlerini paylaştıklarını, kendilerini de risk altında olarak kabul ettiklerini

göstermiştir. Wellisch ve arkadaşları (1999) yaptıkları araştırmada birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan yüksek riskli kadınlara (n=33) verilen destek grup danışmanlığının kadınların anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma sağladığını bulmuşlardır (Karayurt ve Zorukoş, 2008). Kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin de stresinin arttığı bilinmektedir.

2.5.1. Psikososyal Onkoloji

Psikososyal onkoloji, kanserin tüm aşamalarda sosyal, psikolojik, duygusal, ruhsal ve işlevsel yönlerinin anlaşılması ve tedavisiyle ilgili bir uzmanlık alanıdır ve kanserden etkilenen bireyler ve onların yakınları için yaşam kalitesini en iyi şekilde artırabilen ya da optimize edebilen, ihtiyaçları gideren, kanser tedavisine bütüncül bir yaklaşımı içerir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayınlanan raporunda; onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin ulusal kanser bakımı planının bir parçası olması ve psiko-onkoloji hizmetlerinin kanser tedavisi servisinde sunulması gerekliliğini bildirmektedir. Kanser hastaları ve yakınlarına tedavi sırasında ve sonrasında psikososyal onkoloji danışmanlığı hizmeti ile bir dizi psikososyal desteğin sağlanmasına vurgu yapılmaktadır. Psikososyal onkolojinin ilgi alanları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Ülger ve ark., 2014):

- Kanser ve tedavisinin hastalar, yakınları ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini araştırmak ve psikolojik destek sunmak,
- Psikolojik ve davranışsal etmenlerin, kanser riski ve seyrindeki etkilerini araştırmak ve bu alanda tanı ve tedavi konusunda araştırmalar yapmak,
- Kanser olgusunun ya da tedavi yöntemlerine ilişkin ortaya çıkan psikolojik reaksiyonların çözümlenmesi, hasta-aile-tedavi ekibinde ortaya çıkabilecek iletişim sorunlarının çözümlenmesini sağlamak,
- Öyküsünde psikiyatrik yönden riskli olan bilgilerin önceden belirlenip izlenmesi, akut tedavi döneminin dışında izlenme ve kontrol döneminde, psikiyatrik bakımın sağlanması ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek ruhsal sorunların çözülmesini sağlamak.

2.5.2. Birinci Derece Yakını Meme Kanseri Olanlar

Meme kanserli kadınların yakınları da anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi psikolojik sorunları sıklıkla yaşamaktadır. Çocuklar ve eşler bu durumdan etkilenen en yakın kişilerdir. Bu süreçte eşlerin yaşadığı sorunların nedeni, genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duygularıdır. Aynı zamanda çocuklar, gelişimsel düzeylerine bağlı olarak farklı korku ve

kaygılara sahip olabilmekte ve bu zorlu ve stresli süreçten hassasiyetleri nedeniyle kolayca etkilenebilmektedir. Meme kanserinin aile üyelerinde yarattığı diğer bir kaygı nedeni ise, hastalığın kalıtsal özellik taşımasıdır. Genetik yatkınlıktan dolayı, meme kanserinin ailedeki diğer kadınlarda da ortaya çıkma olasılığının olması, aile üyelerinde korku ve endişelere yol açabilmektedir (Gümüş, 2006).

Ailede meme kanseri öyküsü olan yüksek risk altındaki kadınların korku, endişe, öfke, belirsizlik, umutsuzluk yaşadıkları ifade edildi. Ayrıca, kadınların meme kanseri nedeniyle kendilerini kocalarına ve çocuklarına hissettikleri kaygı veya korkuyu yansıttığı ve bu nedenle meme kanserinin ailenin hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların risk algılarının kaygıya neden olduğu bildirilmiştir. Yüksek düzeyde kanser kaygısı ve aşırı duyarlılık, sıklıklakendi kendine meme muayenesi yapılmasına veya kendi kendine muayeneden kaçınılmasına neden olabilir (Andıç ve Karayurt, 2012).

Ayrıca diğer bir çalışmada yine birinci derece akrabası meme kanseri olan sağlıklı kadınların, aile öyküsü olmayan kadınlara göre meme kanseri ile ilgili sıkıntıları daha yüksek düzeylerde sergilediği rapor edilmiştir (Erblich ve ark., 2000).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Yapıldığı Yer

Araştırmamız kesitsel tipte bir vaka-kontrol çalışması olarak planlandı. Çalışmamıza Ocak - Haziran 2017 ayları arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Meme Polikliniği ve KETEM'e başvuran birinci derece yakını meme kanseri olmayan 120 gönüllü kadın, meme kanseri yakını ile Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne veya kemoterapi ünitesine gelen birinci derece yakını (anne, kız kardeş, kız evlat) meme kanseri olan 127 gönüllü kadın dahil edildi.

Vaka grubu için gönüllülerin araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- 18-65 yaş arası kadın olmak
- Anketi doldurabilecek kadar okuma yazması olmak
- Birinci derece yakını (annesi, kız kardeşi veya kızı) meme kanseri olmak
- Bilinen kronik veya psikiyatrik bir hastalığı olmamak
- Bilinen malignitesi olmamak olarak belirlenmiştir.

Meme kanseri yakını 5 yıl içinde tanı alanlar çalışmaya dâhil edilmiştir.

Kontrol grubu için ise;

- 18-65 yaş arası kadın olmak
- Anketi doldurabilecek kadar okuma yazması olmak
- Birinci derece yakınlarında meme kanseri olmaması
- Bilinen psikiyatrik bir hastalığı olmamak
- Bilinen bir malignitesi olmamak çalışmaya dâhil edilme kriteri olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya bilinen kronik hastalığı, malign hastalığı, psikiyatrik hastalığı olanlar; 18 yaş altı ve 65 yaş üstü kadınlar dâhil edilmemiştir. Meme kanseri hakkında bilgi seviyesini etkileyeceği düşünülerek sağlık çalışanları da çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.2. Verilerin Toplanması

Katılımcılara sözlü bilgilendirme sonrası imzalı onam amacıyla Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Bkz. Ek-1), sosyodemografik özellikleri için Sosyodemografik Bilgi Formu, meme kanseri hakkında bilgi düzeyini saptamak amacıyla Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (GKMKBT), psikolojik durum analizi için de

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verildi ve doldurmaları istendi.

3.3. Kullanılan Ölçekler

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmada katılımcıların yaş, meslek, medeni durum, eğitim, meme kanseri ile ilgili farkındalık gibi özelliklerini saptamak için Sosyodemografik Bilgi Formu (Bkz. Ek-2) uygulanmıştır. Meme kanseri tarama yöntemlerinin uygulanma durumu, vaka grubu için yakını oldukları meme kanseri hastasının tedavi şekli, tanı konulduktan itibaren geçen süre gibi sorular da sosyodemografik formda yer almıştır.

3.3.2. Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi

GKMKBT (Bkz. Ek-3) geçerlilik güvenilirliği 1993 yılında Stager tarafından yapılmış olup Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2015 yılında Başak tarafından yapılmıştır (Stager, 1993, Başak, 2015).

Mooney ve McCance tarafından 1987 yılında Meme Kanseri Bilgi Testi (MKBT) geliştirilmiştir. Bu çalışmanın sadece tarama ve algılama alt ölçekleri vardı. GKMKBT; güvenilirliği artırmak için iki alt ölçek (genel bilgi ve tedavi edilebilirlik) olarak gözden geçirilerek meme kanseri bilgi testi üzerine kurulmuştur. Başlangıçta meme kanseri hakkında genel bilgi, epidemiyoloji ile ilgili 17 madde, tedavi edilebilirlik ile ilgili 7 madde içeriyordu. Birçok uzman ve araştırmacı tarafından bu 24 maddenin 4 ‘ü literatür gözden geçirilerek çıkarıldı ve 12 genel bilgi ve epidemiyoloji, 8 tedavi edilebilirlik maddesi kullanılmaya karar verildi. Bizim çalışmamızda genel bilgi alt faktörü faktör bir; tedavi edilebilirlik alt faktörü faktör iki olarak tanımlandı. Verilen her doğru cevap için 1 puan; yanlış cevap ve boş bırakılan maddeler için 0 puan verildi. Testte 12 doğru, 8 yanlış madde bulunmaktadır.

Güvenilirlik testi, 182 kadından oluşan rastgele bir örnek üzerinde yürütülmüştür. Test sonrası genel bilgi alt ölçeği için iç tutarlılık güvenilirliği 0,60 ve tedavi edilebilirlik alt ölçeği için 0,62 idi. Toplam alfa katsayısı 0,71 idi. Bu alt ölçekler bir kadının meme kanseri hakkındaki bilgilerini tanımlamak için kullanılabilecek nitelikteydi (Stager, 1993).

GKMKBT’nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik ise Başak tarafında 152 kadın üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. Çalışmada GKMKBT Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSMİÖ) ile kullanılmıştır. Elde ettikleri verilerle Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi

Testi'nin kriter geçerliğine sahip olduğunu, Türk toplumu için kullanılabilecek bir ölçek olduğu gösterilmiştir (Başak, 2015).

3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (Bkz. Ek-4). Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastaya sorulan sorularla sıkıntı hissinin onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26 ve üzeri puan şiddetli düzeyde anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır (Özcan ve ark., 2013). Çalışmamızda minimal ve hafif anksiyete anksiyete yokluğu; orta ve şiddetli anksiyete anksiyete varlığı olarak değerlendirilmiştir.

3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği

Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir (Bkz. Ek-5). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ülkemizde ve dünyada bu kesme değeri ile yapılan çalışmalar mevcuttur (Bostancı ve ark., 2005). Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (Hisli, 1989).

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, 1. tip hata 0.05 olarak SPSS 22.0 paket programı ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak; sayısal değişkenler ortalama, standart hata, median, çeyrek değerler şeklinde sunuldu. Tekli gruplarda, betimsel istatistiklerve sürekli verilerde dağılıma uyumluluk testlerinden Kolmogorov-Smirnov ile Shapiro-Wilk analizleri kullanıldı. İki grup karşılaştırmalarında sürekli verilerde parametrik olmayan testlerden Mann Whitney-U testive ilişki seviyelerinin ölçümünde Pearson ile Spearman korelasyon analizleri ve kategorik değişkenlerde ki-kare testi kullanıldı. İkiden fazla grup karşılaştırmalarında ise parametrik olmayan testlerden Kruskall-Wallis varyans analizi ve 2 li karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. İstatistiksel hesaplamalardan tanı testlerinden ROC analizine de yer verildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza vaka grubu olarak birinci derece yakını meme kanseri olan 127 gönüllü kadın, kontrol grubu olarak da birinci derece yakını meme kanseri olmayan 120 gönüllü kadın dâhil edildi. Vaka grubunun yaş ortalaması 39,7±1,1(min:18- max:65 median:41) yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 40,4±0,9 yıl (min:18- max:65, median:41) idi. Gruplar yaş bakımından benzerdi.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Vaka(n=127)		Kontrol(n=120)		p
		n	%	n	%	
Yaş	**≤41**	68	53,5	56	46,7	0,280
	>41	59	46,5	64	53,3	
Medeni durum	**Evli**	93	73,2	95	79,2	0,274
	Bekâr	34	26,8	25	20,8	
Eğitim düzeyi	**≤İlkokul**	55	43,2	64	53,4	0,285
	Ortaöğrenim	37	29,2	28	23,3	
	Yüksekokul	35	27,6	28	23,3	
Gelir düzeyi	**<1500 TL**	65	51,2	54	45,0	0,610
	1500-5000 TL	57	44,9	60	50,0	
	>5000 TL	5	3,9	6	5,0	
Meslek	**Ev hanımı**	91	71,7	89	74,2	0,479
	İşçi	7	5,5	10	8,3	
	Memur	17	13,4	15	12,5	
	Öğrenci	12	9,4	6	5,0	
İkamet yeri	**Köy**	3	2,4	2	1,6	0,817
	Kasaba-İlçe	14	11,0	11	9,2	
	Şehir	110	86,6	107	89,2	

Vaka grubunun %73,2'si (n=93) evli, %26,8'i (n=34) bekâr; kontrol grubunun ise %79,2'si (n=95) evli, %20,8'i (n=25) bekârdı.

Vaka grubunun %43,2 si (n=55) ilkokul ve altı, %29,2'si (n=37) ortaöğretim, %27,6'sı (n=35) yüksekokul düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanlardan oluşuyordu. Kontrol grubunun ise %53,4'ü (n=64) ilkokul ve altı, %23,3'ü (n=28) ortaöğrenim, %23,3'ü (n=28) yüksekokul düzeyinde eğitim seviyesine sahipti.

Katılımcıların gelir düzeyine bakıldığında vaka grubunun %51,2'sinin (n=65) gelirinin 1500 lira ve altı, %44,9'unun (n=57) 1500-5000 lira, %3,9'unun (n=5) 5000 lira üstü olduğu

görüldü. Kontrol grubunda ise %45,0'ının (n=54) 1500 lira ve altı, %50,0'ının (n=60) 1500-5000 lira ve %5,0'ının (n=6) 5000 lira ve üzeri olduğu saptandı.

Vaka grubunun %71,7'sı (n=91) ev hanımı, %5,5'i (n=7) işçi, %13,4'ü (n=17) memur, %9,4'ü (n=12) öğrenciydi. Kontrol grubunun ise %74,2'sini (n=89) ev hanımı, %8,3'ünü (n=10) işçi, %12,5'ini (n=15) memur, %5,0'ını (n=6) öğrenci oluşturmaktaydı.

Katılımcılara yaşadıkları yer sorulduğunda vaka grubunun %2,4'ü (n=3)köy, %11'i (n=14) kasaba-ilçe, %86,6'sı (n=110) şehir; kontrol grubunun ise %1,6'sı (n=2) köy, %9,2'si (n=11) kasaba-ilçe, %89,2'si (n=107) ise şehir cevabını verdi. Gruplar arasında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, meslek ve ikamet yeri gibi sosyodemografik veriler açısından fark yoktu (p>0,05).

Tablo 4.1.2. Katılımcıların sigara içme davranışları

		Vaka (n=127)		Kontrol (n=120)		p
		n	%	n	%	
Sigara	İçmiyor	103	81,1	91	75,8	0,467
	Bırakmış	7	5,5	6	5,0	
	İçiyor	17	13,4	23	19,2	

Sigara içme durumu ise vaka grubunda %81,1 (n=103) hiç içmemiş, %5,5 (n=7) bırakmış, %13,4 (n=17) içiyor; kontrol grubunda ise %75,8 (n=91) hiç içmemiş, %5,0 (n=6) bırakmış ve %19,2 (n=23) ise içiyor şeklindeydi. Vaka ve kontrol grubu arasında sigara içme davranışı konusunda da fark yoktu (p> 0,05).

Tablo 4.1.3. Grupların ilk doğum yaşı ve emzirme sürelerinin karşılaştırılması

	Vaka (Ort±SE)*	Kontrol (Ort±SE)	p
İlk doğum yaşı (yıl)	21,7±0,3	22,1±0,4	0,966
Emzirme süresi (ay)	35,6±2,8	38,9±2,7	0,206

*Ortalama±Standart Hata

Vaka grubunda ilk doğum yaşı ortalaması 21,7±0,3, kontrol grubunda ise 22,1±0,4 olarak bulunmuştur. Emzirme süresi ortalaması ise vaka grubunda 35,6±2,8 ay, kontrol grubunda ise 38,9±2,7 ay idi. Gruplar arasında ilk doğum yaşı, doğum sayısı ortalaması ve emzirme süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

Doğum sayısı ortalaması vaka grubunda 2,58±1*, kontrol grubunda 2,6±2 idi. İstatistiksel olarak fark yoktu (p>0,05).

*Ort± Inter Quartile Range

Tablo 4.1.4Grupların meme kanseri ile ilgili bilgi alma durumları ve bilgi kaynakları

		Vaka		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Meme kanseri ile ilgili bilgi alma durumu	**Evet**	72	56,7	46	38,3	**0,004**
	Hayır	55	43,3	74	61,7	
Bilgikaynağı	**Sağlık çalışanı**	59	82,0	32	71,1	**0,002**
	Medya	7	9,7	13	28,9	
	Aile-yakın	6	8,3	0	0,0	

Vaka grubunun %56,7'si (n=72) meme kanseri hakkında bilgi aldınız mı sorusuna evet, %43,3'ü (n=55) hayır olarak cevap vermiştir. Kontrol grubunda ise evet cevabını verenlerin oranı %38,3 (n=46), hayır diyenlerin oranı ise %61,7 (n=74) idi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,004). Gruplara bilgiyi kimden aldıkları sorulduğunda vaka grubunun %82,0'ı (n=59) sağlık çalışanı, %9,7'si (n=7) medya, %8,3'ü (n=6) aile-yakın cevabını vermiştir. Kontrol grubunda ise bu oranlar sırasıyla %71,1 (n=32), %28,9 (n=13) ve %0,0 idi.Gruplarda meme kanseri hakkında bilgiyi alma kaynakları arasında da anlamlı farklılık vardı (p=0,002). Birinci derece yakını meme kanseri olanların meme kanseri hakkında bilgiyi daha çok sağlık çalışanından aldığı görüldü.

Tablo 4.1.5.Vaka ve kontrol gruplarının meme kanseri tarama ve meme görüntülemesi konusundaki davranışları

		Vaka (n=127)		Kontrol (n=120)		p
		n	%	n	%	
KKMM	**Evet**	65	51,2	70	58,3	0,259
	Hayır	62	48,8	50	41,7	
Klinik meme muayenesi	**Evet**	53	41,7	43	35,8	0,342
	Hayır	74	58,3	77	64,2	
Meme ultrasonu	**Evet**	50	39,4	39	32,5	0,261
	Hayır	77	60,6	81	67,5	
Mamografi	**Evet**	39	30,7	34	28,3	0,683
	Hayır	88	69,3	86	71,7	

KKMM yapma oranı vaka grubunda %51,2 (n=65), kontrol grubunda ise %58,3'tü (n=70). Klinik meme muayenesi yaptırma oranı vaka grubunda %41,7 (n=53), kontrol grubunda %35,8 (n=43) idi. Katılımcılara meme görüntülemesi yaptırıp yaptırmadıkları da soruldu. Vaka grubunun %39,4'ü (n=50) meme ultrasonu çektirmişti. Kontrol grubunda ise

ultrason çektirme oranı %32,5 (n=39) idi. Vaka grubunda mamografi yaptırma oranı %30,7 (n=39) idi. Kontrol grubunda ise MG çektirme oranı %28,3 (n=34) idi. Bu bulgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

Tablo 4.1.6. Grupların tarama/görüntüleme yapma sıklık ve nedenleri

		Vaka		Kontrol		p
		n	%	n	%	
KKMM yapma sıklığı	**Ayda bir kez düzenli**	20	30,8	14	20	0,456
	Yılda birkaç kez	7	10,8	11	15,8	
	Aklıma geldikçe	38	58,4	45	64,2	
Klinik meme muayenesi sebebi	**Ailede meme kanseri öyküsü**	12	22,6	0	0,0	**0,001**
	Ağrı	4	7,5	8	18,6	
	Tarama/kontrol	25	47,3	23	53,5	
	Ele gelen kitle-kist	12	22,6	12	27,9	
US çektirme sebebi	**Ağrı**	3	5,9	7	18,0	0,075
	Ele gelen kitle	15	29,4	10	25,6	
	Kontrol /tarama	25	49,0	21	53,8	
	Kist/takip	8	15,7	1	2,6	
MG çektirme sebebi	**Ağrı**	2	5,1	3	8,8	0,625
	Kontrol/tarama	29	74,4	27	79,4	
	Hekim isteği	7	17,9	4	11,8	
	Kist	1	2,6	0	0,0	

Katılımcılara KKMM yapma sıklığı sorulduğunda vaka grubunun %30,8'i (n=20) ayda bir kez düzenli, %10,8'i (n=7) yılda birkaç kez, %58,4'ü (n=38) ise aklına geldikçe KKMM yaptığını belirtmiştir. Kontrol grubunun ise %20'si (n=14) ayda bir kez düzenli, %15,8'i (n=11) yılda birkaç kez, %64,2'si aklına geldikçe kendi kendine meme muayenesi yapıyordu. Gruplar arasında KKMM yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

Vaka grubunda klinik meme muayenesi yaptırma sebebi %22,6 (n=12) ailede meme kanseri olması, %7,5 (n=4) memede ağrı olması, %47,3 (n=25) kontrol/tarama amaçlı ve %22,6 (n=12) ele gelen kist olarak belirtilmiştir. Kontrol grubunun ise %18,6'sı (n=8) ağrı, %53,5'i (n=23) kontrol/tarama %27,9'u (n=12) ele gelen kitle nedeniyle klinik meme muayenesi yaptırmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0,001).

Vaka grubunda yakını meme kanseri olmasından dolayı klinik meme muayenesi yaptıranların sayısı anlamlı olarak artmıştı.

Ultrason çektirme sebebi vaka grubunda %29,4 (n=15) ele gelen kitle, % 15,7 (n=8) kist/takip, % 49,0 kontrol/tarama, %5,9 (n=3) ağrı idi. Kontrol grubunda ise %25,6 (n=10) ele gelen kitle, %2,6 (n=1) kist, %53,8 (n=21) kontrol/tarama, %18 (n=7)ise ağrıydı. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

Katılımcılara mamografi yaptırma sebebi sorulduğunda vaka grubunun %2,6'sı (n=1) kist, %74,4'ü (n=29) tarama/kontrol, %5,1'i (n=2) ağrı, % 17,9'u (n=7) ise doktorunun istemesi cevabını verdi. Kontrol grubunun ise %79,4'ü (n=27) kontrol/tarama amaçlı yaptırdığını, %8,8'i (n=3) ağrı sebepli ve %11,8'i (n=4) muayene oldukları hekimin istediğini belirtmiştir. Bu bulgular da istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

Tablo 4.1.7.Gruplarda kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmama nedenleri

	Vaka (n=62)		**Kontrol (n=50)**		**P**
	n	**%**	**n**	**%**	
Nasıl yapıldığını bilmiyorum	16	25,8	18	36,0	0,145
Unutuyorum	8	12,9	7	14,0	
Önem vermedim	24	38,7	22	44,0	
Beni korkutuyor	10	16,1	3	6,0	
Diğer	4	6,5	0	0,0	

Katılımcılara KKMM yapmama sebepleri de soruldu. Vaka grubunun %25,8'i (n=16) nasıl yapıldığını bilmediğini, %12,9'u (n=8) unuttuğunu, %38,7'si (n=24) önem vermediğini, %16,1'i (n=10) kendisini korkuttuğunu, %6,5'i (n = 4) ise diğer sebepleri olduğunu belirtti. Kontrol grubunun ise %36,0'ı (n=18) nasıl yapıldığını bilmediğini, %14,0'ı (n=7) unuttuğunu, %44,0'ı (n=22) önem vermediğini, %6,0'ı (n=3) ise kendisini korkuttuğunu belirterek KKMM yapmadığını söyledi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.1.8. Vaka ve kontrol gruplarında 40 yaş ve üzerindeki katılımcıların mamografi (MG) yaptırma durumları

	Vaka(n=68)		Kontrol(n=74)		p
	n	%	n	%	
MG yaptıran	36	52,9	31	41,8	**<0,001**
MG yaptırmayan	32	47,1	43	58,2	

Vaka ve kontrol gruplarında 40 yaş ve üzeri olan katılımcıların mamografi çektirme durumuna baktığımızda vaka grubunda %52,9 (n=36), kontrol grubunda %41,8 (n=31)'lik kısmın mamografi çektirdiğini tespit ettik. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Yakını meme kanseri olan kadınlarda mamografi taraması daha yüksek oranlarda yaptırılmıştı.

Sosyodemografik veri formunda sadece vaka gurubuna yöneltilen sorular da bulunmaktaydı. Vaka grubunun yakınlarının tanı alma süre ortalaması 28,7±2,5* ay; meme kanseri tanısı alma ortalama yaşı ise 51,0±0,9* olarak hesaplandı. (*Ortalama±standart hata)

Birinci derece yakınlarından bir kişinin meme kanseri tanısı aldığı grup %86,6 (n=110), iki ve daha fazla kişinin tanı aldığı grup %13,4 (n=17) kısmı oluşturuyordu. Yakınlarından meme kanseri nedeniyle ölenlerin olduğu grup %21,3'tü (n=27). Ayrıca vaka grubunun %46,5'i (n=59) yakınları meme kanseri tanısı aldıktan sonra KKMM yapmaya başladıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.1.9. Vaka grubunun yakını olduğu meme kanseri vakasının tedavi şekli

	Vaka	
	n	%
Ameliyat	30	23,8
Kemoterapi	16	12,7
Ameliyat+Kemoterapi	42	33,3
Ameliyat+ Kemoterapi+Radyoterapi	38	30,2

Birinci derece yakınının tedavi şekli sorulduğunda ise %23,8 (n=30) ameliyat, %12,7 (n=16) kemoterapi, %33,3 (n=42) ameliyat ve kemoterapi, %30,2 (n = 38) ameliyat, kemoterapi ve radyoterapi cevabını vermiştir.

4.2.Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Tablo 4.2.1 Uygulanan ölçeklerin ortalama, standart hatalarıve bunların karşılaştırması

	Vaka (Ort±SE)*	Kontrol (Ort±SE)	p
GKMKBT Faktör 1	7,1±0,1	6,8±0,1	0,094
GKMKBT Faktör 2	5,0±0,1	4,6±0,1	0,098
GKMKBT Toplam	12,2±0,2	11,5±0,2	0,051
BAÖ	13,8±0,8	10,9±0,7	**0,023**
BDÖ	12,7±0,7	9,7±0,6	**0,002**

*Ort±SE: Ortalama±standart hata

Vaka grubunda GKMKBT faktör bir ortalaması 7,1±0,1, faktör iki skoru ortalaması 5,0±0,1, toplam puan skor ortalaması 12,2±0,2 idi. Kontrol grubunda ise GKMKBT faktör bir ortalaması 6,8±0,1, faktör iki skoru ortalaması 4,6±0,1, toplam puan skor ortalaması 11,5±0,2 olarak hesaplandı. Gruplar arasında GKMKBT faktör bir, faktör iki ve toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p>0,05).

BAÖ skoru ortalaması vaka grubunda 13,8±0,8, kontrol grubunda 10,9±0,7 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,023). BDÖ ortalaması ise vaka grubunda 12,7±0,7, kontrol grubunda 9,7±0,6 saptandı. Bu bulgular da istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,002). Vaka grubunda Beck anksiyete ve Beck depresyon skorları anlamlı olarak yüksek bulundu.

Tablo 4.2.2. Meme kanseri ile ilgili bilgi alanlarda ölçek skorlarınınkarşılaştırılması

	Meme kanseri hakkında bilgi alan		p
	Vaka (n=72) (Ort±SE)*	Kontrol (n=46) (Ort±SE)	
GKMKBT Faktör 1	7,3±0,1	6,5±0,2	**0,025**
GKMKBT Faktör 2	5,4±0,2	5,1±0,2	0,255
GKMKBT Toplam	12,8±0,2	11,7±0,3	**0,023**
BAÖ skoru	14,3±1,2	11,3±1,3	0,126
BDÖ skoru	12,8±0,9	9,7±1,0	**0,037**

*Ort±SE: Ortalama±standart error

Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanların GKMKBT faktör bir ortalaması 7,3±0,1, kontrol grubunda ise 6,5±0,2 idi. Vaka grubunda GKMKBT genel bilgi düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,025). Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanların GKMKBT faktör iki ortalaması 5,4±0,2, kontrol grubunda 5,1±0,2 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanların GKMKBT toplam skor ortalaması 12,8±0,2, kontrol grubunda

11,7±0,3 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,023). Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanlarda BAÖ skor ortalaması 14,3±1,2 iken kontrol grubunda 11,3±1,3 olarak hesaplandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Yine vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanlarda BDÖ skoru ortalaması 12,8±0,9, kontrol grubunda ise 9,7±1,0 bulundu. Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanlarda BDÖ skor ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,037).

Tablo 4.2.3.Bilgi kaynaklarına göre mamografi çektirme durumu

Vaka (n = 127)						
		Mamografi çektirmiş		**Mamografi çektirmemiş**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	
Bilgi kaynağı	**Sağlık çalışanı**	22	91,7	37	77,1	0,175
	Medya	2	8,3	5	10,4	
	Aile-yakın	0	0,0	6	12,5	
Kontrol (n = 120)						
		Mamografi çektirmiş		**Mamografi çektirmemiş**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	
Bilgi kaynağı	**Sağlık çalışanı**	11	68,8	21	72,4	0,795
	Medya	5	31,2	8	27,6	
	Aile-yakın	0	0,0	0	0,0	

Gruplarda katılımcıların meme kanseri hakkında bilgi aldıkları kaynaklara göre mamografi çektirme oranına bakıldı. Vaka grubunda mamografi çektirenlerin %91,7'si (n=22) bilgiyi sağlık çalışanından; %8,3'ü (n=2) medyadan almıştı. Mamografi çektirmeyenlerin ise %77,1'i (n=37) sağlık çalışanından, %10,4'ü (n=5) medyadan, %12,5'i (n=6) aile veya yakınından bilgi edinmişti. Kontrol grubunda mamografi çektirenler %68,8 (n=11) oranda sağlık çalışanından, %31,2 (n=5) oranda medyadan bilgi edinmişti. Kontrol grubunda mamografi çektirmeyenlerin %72,4'ü (n=21) sağlık çalışanından; %27,6'sı (n=8) medyadan bilgi almıştı. Her iki grupta da bilgi kaynağına göre mamografi çektirme durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4.2.4. GKMKBT toplam skoru ile anksiyete ve depresyon skorları arasındaki korelasyon

	BAÖ		BDÖ	
	r	p	r	p
GKMKBT(vaka) (n = 127)	0,076	0,398	-0,038	0,673
GKMKBT(kontrol) (n = 120)	0,178	0,052	0,037	0,686

Vaka grubunda GKMKBT ile BAÖ skorları arasında pozitif yönde zayıf bir bağ vardı. GKMKBT ile BDÖ skorları arasında negatif yönde zayıf bir bağ vardı ancak bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Yine kontrol grubunda GKMKBT toplam skorları ile Beck anksiyeteve Beck depresyon skorları arasında pozitif yönde zayıf bir bağ vardı. Bu sonuçlar da istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

Tablo 4.2.5. KKMM, Klinik Meme Muayenesi ve meme ultrasonu yaptırma durumlarına göre GKMKBT skorları

		GKMKBT		
		Vaka (Ort±SE)*	Kontrol (Ort±SE)	p
KKMM	Yapıyor	12,5±0,3	11,5±0,3	0,294
	Yapmıyor	11,9±0,3	11,5±0,3	
KMM	Yaptırmış	12,2±0,3	11,5±0,4	0,916
	Yaptırmamış	12,2±0,3	11,4±0,3	
Ultrason	Yaptırmış	12,2±0,3	11,6±0,4	0,709
	Yaptırmamış	12,2±0,2	11,4±0,2	
Mamografi	Çektirmiş	11,7±0,4	11,6±0,4	0,348
	Çektirmemiş	12,5±0,2	11,4±0,2	

*Ort±SE: Ortalama±standart error

Katılımcıların meme kanseri tarama ve görüntüleme yaptırma durumları ile meme kanseri hakkında bilgi düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildi. Genel olarak vaka grubunda kendi kendine meme muayenesi yapan, klinik meme muayenesi yaptıran, ultrason veya mamografi çektirenler kontrol grubuna göre daha yüksek ortalamalara sahipti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

Tablo 4.2.6. Vaka grubunda GKMKBT ile anksiyete-depresyon arasındaki korelasyon(n = 127)

		GKMKBT Faktör 1	GKMKBT Faktör 2	GKMKBT Toplam	BAÖ	BDÖ
GKMKBT Faktör 1	**r**	1				
	p					
GKMKBT Faktör 2	**r**	0,133	1			
	p	0,136				
GKMKBT Toplam	**r**	0,680*	0,796*	1		
	p	**<0,001**	**<0,001**			
BAÖ	**r**	0,171	-0,06	0,076	1	
	p	0,054	0,501	0,398		
BDÖ	**r**	0,044	-0,170	-0,038	0,610	1
	p	0,626	0,356	0,673	**<0,001**	

Vaka grubunda genişletilmiş meme kanseri bilgi testi(GKMKBT) toplam skoru ile GKMKBT faktör bir ve faktör iki arasında pozitif yönde kuvvetli bir korelasyon vardı. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlıydı (p<0,001). GKMKBT faktör bir veya iki düzeyleri arttıkça toplam skor da artmaktaydı. Yine BAÖ skorları ile BDÖ skorları arasında da güçlü bir korelasyon vardı. Bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Diğer parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı (p>0,05).

Tablo 4.2.7.Kontrol grubunda GKMKBT ile anksiyete-depresyon arasındaki ilişki(n=120)

		GKMKBT Faktör 1	GKMKBT Faktör 2	GKMKBT Toplam	BAÖ	BDÖ
GKMKBT Faktör 1	**r**	1				
	p					
GKMKBT Faktör 2	**r**	-0,005	1			
	p	0,959				
GKMKBT Toplam	**r**	0,679	0,679	1		
	p	**<0,001**	**<0,001**			
BAÖ	**r**	0,094	0,124	0,178	1	
	p	0,305	0,177	0,052		
BDÖ	**r**	0,057	-0,026	0,037	0,580	1
	p	0,536	0,777	0,686	**<0,001**	

Yine kontrol grubunda davaka grubunda benzer olarak GKMKBT toplam skoru ile GKMKBT faktör bir ve faktör iki arasında pozitif yönde kuvvetli bir korelasyon vardı. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlıydı (p<0,001). GKMKBT faktör bir veya iki düzeyleri arttıkça toplam skor da artmaktaydı. Yine BAÖ skorları ile BDÖ skorları arasında da güçlü bir korelasyon vardı. Bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Diğer parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı (p>0,05).

4.3. Gruplarda sosyodemografik özelliklerin uygulanan testlere etkisi

Tablo 4.3.1. Sosyodemografik özelliklerin meme kanseri bilgi düzeyine etkisi

		GKMKBT Toplam	**GKMKBT Toplam**	**p**
		Vaka (Ort±SE)*	**Kontrol (Ort±SE)**	
Yaş	**≤41 yıl**	13,2±0,3	11,9±0,3	**0,002**
	>41 yıl	11,2±0,3	11,1±0,3	
Eğitim düzeyi	**≤İlkokul**	11,0±0,3	11,0±0,3	**<0,001**
	Ortaöğrenim	12,3±0,5	12,5±0,3	
	Yüksekokul	14,1±0,5	11,7±0,6	
Meslek	**Ev hanımı**	11,7±0,3	11,3±0,3	**0,020**
	İşçi	11,7±0,7	12,4±0,9	
	Memur	14,1±0,5	11,9±0,9	
	Öğrenci	14,2±0,5	11,8±0,8	
Medeni durum	**Evli**	12,0±0,3	11,4±0,3	**0,011**
	Bekar	13,0±0,4	12,0±0,6	
Gelir düzeyi	**<1500 TL**	12,1±0,3	11,3±0,4	0,345
	1500-5000 TL	12,5±0,3	11,8±0,4	
	>5000 TL	12,6±1,3	11,0±0,5	
İkamet yeri	**Köy**	11,7±1,9	11,0±0,0	0,996
	İlçe	11,8±0,5	11,5±0,7	
	Şehir	12,3±0,3	11,5±0,3	
Sigara	**Hiç içmemiş**	12,2±0,3	11,5±0,3	0,984
	Bırakmış	12,6±1,1	12,3±1,0	
	İçiyor	12,4±0,6	11,4±0,5	

*Ort±SE: Ortalama±standart hata

Gruplar arasında sosyodemografik özelliklerin meme kanseri bilgi düzeyine etkisine bakıldı. Vaka grubunda 41 yaş ve altında GKMKBT toplam skor ortalaması 13,2±0,3 iken kontrol grubunda 11,9±0,3 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,002). Yaş azaldıkça bilgi düzeyi artmaktaydı. Yine vaka grubunda eğitim düzeyi arttıkça GKMKBT toplam skorları da artma eğilimindeydi ve bu fark da kontrol grubunda göre anlamlı derecedeydi (p<0,001). Yine gruplar arasında mesleğin bilgi düzeyine etkisine bakıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0,020). Vaka grubundaki katılımcıların bekar olanların GKMKBT skor ortalaması 13,0±0,4 iken kontrol grubunda 12,0±0,6 olarak hesaplandı. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,011). Gruplar arasında gelir düzeyi, ikamet yeri, sigara kullanımının meme kanseri bilgi seviyesine etkisi saptanamadı (p>0,05).

Tablo 4.3.2. Vaka grubunda anksiyetenin sosyodemografik verilere göre dağılımı (n=127)

		Anksiyete (-)		Anksiyete (+)		p
		n	%	n	%	
Yaş	**≤41 yıl**	43	55,1	25	51,0	0,651
	>41 yıl	35	44,9	24	49,0	
Eğitim düzeyi	**≤İlkokul**	31	39,7	24	49,0	0,591
	Ortaöğrenim	24	30,8	13	26,5	
	Yüksekokul	23	29,5	12	24,5	
Meslek	**Ev hanımı**	57	73,1	34	69,4	0,738
	İşçi	3	3,8	4	8,2	
	Memur	10	12,8	7	14,3	
	Öğrenci	8	10,3	4	8,2	
Medeni durum	**Evli**	57	73,1	36	73,5	0,961
	Bekar	21	26,9	13	26,5	
Gelir düzeyi	**<1500 TL**	37	47,4	28	57,1	0,259
	1500-5000 TL	39	50,0	18	36,7	
	>5000 TL	2	2,6	3	6,1	
İkamet yeri	**Köy**	1	1,3	2	4,1	0,553
	İlçe	8	10,3	6	12,2	
	Şehir	69	88,5	41	83,7	
Sigara	**Hiç içmemiş**	64	82,1	39	79,6	0,197
	Bırakmış	6	7,7	1	2,0	
	İçiyor	8	10,3	9	18,4	

Vaka grubunda anksiyete olup olmaması yaş, eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet edilen yer ve sigara içip içmeme durumu gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Tablo 4.3.3. Kontrol grubunda anksiyetenin sosyodemografik verilere göre dağılımı (n=120)

		Anksiyete (-)		Anksiyete (+)		p
		n	%	n	%	
Yaş	**≤41 yıl**	35	40,7	21	61,8	**0,037**
	>41 yıl	51	59,3	13	38,2	
Eğitim düzeyi	**≤İlkokul**	46	53,5	18	53,0	0,527
	Ortaöğrenim	22	25,6	6	17,6	
	Yüksekokul	18	20,9	10	29,4	
Meslek	**Ev hanımı**	65	75,6	24	70,6	0,950
	İşçi	7	8,1	3	8,8	
	Memur	10	11,6	5	14,7	
	Öğrenci	4	4,7	2	5,9	
Medeni durum	**Evli**	71	82,6	24	70,6	0,146
	Bekar	15	17,4	10	29,4	
Gelir düzeyi	**<1500 TL**	37	43,0	17	50,0	0,688
	1500-5000 TL	44	51,2	16	47,1	
	>5000 TL	5	5,8	1	2,9	
İkamet yeri	**Köy**	2	2,3	0	0,0	0,664
	İlçe	8	9,3	3	8,8	
	Şehir	76	88,4	31	91,2	
Sigara	**Hiç içmemiş**	67	77,9	24	70,6	0,699
	Bırakmış	4	4,7	2	5,9	
	İçiyor	15	17,4	8	23,5	

Kontrol grubunda 41 yaş ve altında anksiyete saptanma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,037). Anksiyete olup olmaması eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet edilen yer ve sigara içip içmeme durumu gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0,05).

Tablo 4.3.4. Vaka grubunda depresyonun sosyodemografik verilere göre dağılımı (n=127)

		Depresyon(-)		Depresyon(+)		p
		n	%	n	%	
Yaş	**≤41 yıl**	49	57,0	19	46,3	0,261
	>41 yıl	37	43,0	22	53,7	
Eğitim düzeyi	**≤İlkokul**	36	41,9	19	46,3	0,620
	Ortaöğrenim	24	27,9	13	31,7	
	Yüksekokul	26	27,9	9	22,0	
Meslek	**Ev hanımı**	60	69,8	31	75,6	0,855
	İşçi	5	5,8	2	4,9	
	Memur	13	15,1	4	9,8	
	Öğrenci	8	9,3	4	9,8	
Medeni durum	**Evli**	64	74,4	29	70,7	0,661
	Bekar	22	25,6	12	29,3	
Gelir düzeyi	**<1500 TL**	43	50,0	22	53,7	0,833
	1500-5000 TL	40	46,5	17	41,5	
	>5000 TL	3	3,5	2	4,9	
İkamet yeri	**Köy**	2	2,3	1	2,4	0,666
	İlçe	8	9,3	6	14,6	
	Şehir	76	88,4	34	82,9	
Sigara	**Hiç içmemiş**	73	84,9	30	73,2	0,216
	Bırakmış	3	3,5	4	9,8	
	İçiyor	10	11,6	7	17,1	

Vaka grubunda depresyon olup olmaması yaş, eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet edilen yer ve sigara içip içmeme durumu gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Tablo 4.3.5. Kontrol grubunda depresyonun sosyodemografik verilere göre dağılımı (n=120)

		Depresyon(-)		Depresyon(+)		p
		n	%	n	%	
Yaş	**≤41 yıl**	49	48	7	38,9	0,473
	>41 yıl	53	52,0	11	61,1	
Eğitim düzeyi	**≤İlkokul**	55	53,9	9	50,0	0,889
	Ortaöğrenim	24	23,5	4	22,2	
	Yüksekokul	23	22,5	5	27,8	
Meslek	**Ev hanımı**	74	72,5	15	83,3	0,562
	İşçi	10	9,8	0	0,0	
	Memur	13	12,7	2	11,1	
	Öğrenci	5	4,9	1	5,6	
Medeni durum	**Evli**	82	80,4	13	72,2	0,431
	Bekar	20	19,6	5	27,8	
Gelir düzeyi	**<1500 TL**	43	42,2	11	61,1	0,246
	1500-5000 TL	53	52,0	7	38,9	
	>5000 TL	6	5,9	0	0,0	
İkamet yeri	**Köy**	2	2,0	0	0,0	0,698
	İlçe	10	9,8	1	5,6	
	Şehir	90	88,2	17	94,4	
Sigara	**Hiç içmemiş**	82	80,4	9	50,0	**0,001**
	Bırakmış	6	5,9	0	0,0	
	İçiyor	14	13,7	9	50,0	

Depresyon skorları kontrol grubunda yaş, eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet edilen yer gibi sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0,05). Ancak sigara içme ile depresyon görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,001).

4.4. Gruplarda anksiyete ve depresyon dağılımı ve KKMM yapmanın anksiyete ve depresyona etkisi

Tablo 4.4.1. Vaka ve kontrol grubunda anksiyete ve depresyon oranları ve karşılaştırması

	Vaka (n=127)		Kontrol (n=120)		p
	n	%	n	%	
Anksiyete yok	78	61,4	86	71,7	0,088
Anksiyete var	49	38,6	34	28,3	
Depresyon yok	86	67,7	102	85,0	**0,001**
Depresyon var	41	32,3	18	15,0	

Vaka grubunda anksiyete olmayanların oranı %61,4 (n=78), anksiyete olanların oranı %38,6 (n=49) idi. Kontrol grubunda ise %71,7 (n=86) anksiyetesi olmayan, %28,3 (n=34) oranda anksiyeteye sahip kadın vardı. Gruplar arasında anksiyete olup olmaması açısından anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). Vaka grubunda Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon olmayanlar %67,7 (n=86), depresyon olanlar %32,3 (n=41) oranındaydı. Kontrol grubunda ise depresyonu olmayanların oranı %85,0 (n=102), depresyon olanların oranı %15,0 (n=18) idi. Vaka grubunda depresyon olanların oranı istatistiksel olarak anlamlı derede fazla tespit edildi (p=0,001).

Tablo 4.4.2. KKMM yapanlarda anksiyete düzeyleri

		Vaka (n=127)				p	Kontrol (n=120)				p
		Anksiyete (-)		Anksiyete (+)			Anksiyete (-)		Anksiyete (+)		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
KKMM	**Yapıyor**	38	58,5	27	41,5	0,222	48	68,6	22	31,4	0,189
	Yapmıyor	40	64,5	22	35,5		38	76,0	12	24,0	
KKMM yapma sıklığı	**Ayda bir kez**	12	15,4	8	16,3	0,565	10	11,6	4	11,8	0,821
	Yılda birkaç kez	3	3,8	4	8,2		7	8,1	4	11,8	
	Aklıma geldikçe	63	80,8	37	75,5		69	80,2	26	76,5	

Katılımcıların KKMM yapma durumu ve sıklığı ile anksiyete olup olmaması değerlendirildi. Vaka grubunda kendi kendine meme muayenesi yapanların %58,5'inde (n=38) anksiyete saptanmazken; %41,5'inde (n=27)anksiyete saptandı. KKMM yapmayanların ise %64,5'inde (n=40) anksiyete yokken, %35,5'inde (n=22) anksiyete tespit edildi. KKMM yapılması veya yapma sıklığı ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05). Yine kontrol grubunda da KKMM yapanların %68,6'sında (n=48) anksiyete tespit edilmezken%31,4'ünde (n=22) anksiyete tespit edildi. KKMM yapmayanların ise %76,0'ında (n=38) anksiyete yokken; %24'ünde (n=12) anksiyete vardı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Kontrol grubunda da KKMM yapılması ve sıklığı ile anksiyete arasında ilişki bulunamadı (p>0,05).

Tablo 4.4.3. Gruplarda KKMM yapma durumu ve sıklığı ile depresyon ilişkisi

		Vaka (n=127)				p	Kontrol (n=120)				p
		Depresyon (-)		Depresyon (+)			Depresyon (-)		Depresyon (+)		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
KKMM	**Yapıyor**	43	66,2	22	33,8	0,700	59	84,3	11	15,7	0,795
	Yapmıyor	43	69,4	19	30,6		43	86,0	7	14,0	
KKMM yapma sıklığı	**Ayda 1 kez**	17	85,0	3	15,0	0,666	11	78,6	3	21,4	0,698
	Yılda birkaç kez	4	57,1	3	42,9		9	81,8	2	18,2	
	Aklıma geldikçe	65	65,0	35	35,0		82	86,3	13	13,7	

Vaka grubunda kendi kendine meme muayenesi yapanların %66,2'sinde (n=43) depresyon yokken %33,8'inde (n=19) depresyon vardı. KKMM yapmayanların ise %69,4'ünde (n=43) depresyon yokken %30,6'sında (n=19) depresyon vardı. Kontrol grubunda ise KKMM yapanların %84,3'ünde (n=59) depresyon saptanmazken %15,7'sinde (n=11) depresyon saptandı. Kontrol grubunda KKMM yapmayalarda ise depresyon yokluğu oranı %86 (n=43) iken depresyon %14,0'ında (n=7) vardı. Her iki grupta da KKMM yapılması veya sıklığı ile depresyon varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p>0,05).

5. TARTIŞMA

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda görülen en sık kanser tipidir. Meme kanseri hastanın kendisi kadar hasta yakınlarını da etkilemektedir. Meme kanseri için bilinen kuvvetli risk faktörlerinden birisi de birinci derece yakınında meme kanseri bulunmasıdır. Daha önce de belirtildiği üzere, meme kanserli kadınların yakınları anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Ailesinde meme kanseri olan kadınların risk algılarının kaygıya neden olduğu tespit edilmiştir (Andıç ve Karayurt, 2012). Literatürde birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlarda anksiyetenin arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Lindberg ve Wellisch, 2001, Epstein ve ark., 1997, Cohen, 2002). Yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeylerinin yüksek, düşük olduğu belirtilen çeşitli veriler de mevcuttur (Koçyiğit ve ark., 2011, Öztürk ve ark., 2000). Mevcut tez çalışmasında meme kanserli hastaların birinci derece kadın yakınlarının meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi, anksiyete ve depresyon düzeylerini sağlıklı kadınların verileriyle karşılaştırmayı amaçladık.

Meme kanseri hastasının birinci derece yakını olmak meme kanseri hakkında daha bilgili olmak ve tarama programlarına daha yüksek oranda katılma oranını öngörmektedir. Çalışmamızda bu kesimi hedefleyerek sağlıklı grupla bilgi düzeyi, anksiyete ve depresyon düzeylerini kıyasladık. Araştırmamızda vaka grubunun yaş ortalaması 39,7±1,1 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 40,4±0,9 yıl idi. Gruplar yaş bakımından benzerdi.

Çalışmamızda grupların meme kanseri ile ilgili bilgi alma durumları ve bilgiyi nereden temin ettikleri soruldu. Vaka grubunda bilgi alma oranı %56,7; kontrol grubunda %38,3'tü. Ayrıca vaka grubunun %81,9'u (n=59), kontrol grubunun %71,1 i (n=32) bilgiyi sağlık personelinden almışlardı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Vaka grubunun yakınının meme kanseri olması katılımcıları meme kanseri hakkında sağlık çalışanlarından daha fazla bilgi almaya yönlendirmiş olabilirdi. Guvenç ve arkadaşlarının tarama mamografisi için başvuran kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %50,2'sinin meme kanseri hakkında bilgiyi sağlık personelinden aldığı görülmüştür (Guvenç ve ark., 2012). Yapılan diğer bir çalışmada kadınların %19,8'inin sağlık personelinden, %18,8'inin televizyon/radyodan meme kanseri hakkında bilgi edindikleri görülmüştür (Koçyiğit ve ark., 2011). Almanya'da yapılan bir çalışmada ise kadınların %82,4'ünün jinekologlardan, %9,4'ünün aile hekimlerinden, %39,1'inin gazete/dergi/broşürlerden, %24,1'inin televizyon/radyodan bilgi aldıkları bulunmuştur (Klug ve ark., 2005). Biz de çalışmamızda literatürdeki bulgulara paralel olarak kadınlar arasında meme kanseri hakkında bilginin sağlık çalışanlarından daha fazla alındığını tespit ettik.

KKMM bireyin kendisi tarafından uygulanan, basit, maliyetsiz, noninvaviz uygulanan ve yan etkisi olmayan bir yöntem olması nedeni ile meme kanserinin erken tanısında oldukça önemlidir (Gür ve ark., 2014). Grupların meme kanseri tarama konusundaki davranışları irdelendiğinde vaka ve kontrol grubu arasında KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma, meme ultrasonu çektirme ve mamografi çektirme açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Cohen; 80 birinci derece yakını meme kanseri olan, 47 birinci derece yakını meme kanseri olmayan kadınla yaptığı çalışmada yakını meme kanseri olan kadınlarda KKMM yapma oranını anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur (Cohen, 2002). Yine Özaydın'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada birinci ve ikinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların olmayanlardan biraz daha fazla mamografi çektirdikleri ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Özaydın ve ark., 2009). Ailelerinde meme kanseri olan kadınların, olmayanlara göre mamografi taramasını daha çok yaptırdıkları yine bir başka çalışmada gösterilmiştir (Madlensky ve ark., 2005). Bununla birlikte, birinci derece akrabalarında meme kanseri olan kadınların erken teşhis uygulamalarına katılımları açısından farklı sonuçlar da gösterilmiştir (Chalmers ve ark., 1996; Rees ve Bath, 2000; Norman ve Brain, 2005). Aile öyküsü olan kadınlar ile ailede meme kanseri öyküsü olmayan kadınlar arasında erken teşhis uygulamalarına uyum açısından fark bulunmadığı tespit edilen çalışmalar da mevcuttur (Chalmers ve ark., 2003). Biz de meme kanseri birinci derece yakınlarında meme kanseri tarama ve görüntüleme açısından kontrol grubuyla arasında bir fark bulamadık. Bunun sebebi katılımcı sayımızın yeterli olmaması olabilirdi.

KKMM yapma sıklığı vaka grubunun %30,8'inde ayda bir kez, %58,5'inde aklıma geldikçe, %10,8'inde de yılda birkaç kez yapıyor şeklindeydi. Kontrol grubunda ise bu oranlar sırasıyla %20, % 64,3 ve %15,8 idi. Norman ve Brain, İngiltere'de aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmadıklarını bildirmiştir (Norman ve Brain, 2005). Seçginli ve arkadaşlarının çalışmasında ise aylık düzenli KKMM yapanların sıklığı %17 idi (Seçginli ve Nahcivan, 2006). Konya'da 20 yaş ve üzeri 867 kadınla yapılan çalışmada kadınların %75,5'inin KKMM yapmadığı gösterilmiştir (Kutlu ve Biçer, 2017). Çalışmamızda vaka grubunda aylık KKMM yapma oranı daha yüksek olmasına rağmen genel olarak bakıldığında oranlar yetersizdi. Amerikan Kanser Birliği, tüm kadınların 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak KKMM yapmasını önermektedir. Bunun için de adet kanamasından 5-7 gün sonra, memelerin gergin ve hassas olmadığı zaman uygundur. Menopoz sonrası dönemde ve adetleri düzenli olmayan kadınlarda ve gebelerde her ayın aynı günü yapılması önerilir (ACS, http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer).

Gruplar arasında KKMM yapmama nedenleri arasında da fark bulunamamıştır. Vaka grubunun %25, kontrol grubunun %36'sı nasıl yapıldığını bilmediklerini, vaka grubunun %12,9'u, kontrol grubunun %14'ü unuttuklarını, vaka grubunun %38,7'si, kontrol grubunun %44'ü önem vermediğini ve kalan kısmın da kendisini korkuttuğu için KKMM yapmadığını tespit ettik. Akbaş Kaya yaptığı çalışmada KKMM yapmayan kadınların çoğunluğunun (%37,9) nasıl yapıldığını bilmediği için, ikinci sıklıkta (%37,4) şikâyeti olmadığı için, en az sıklıkla (%0,6) ise muayene sırasında bir şey bulurum diye korktuğu, vakit ayıramadığı ve doktora muayene yaptırdığı için kendi kendine meme muayenesi yapmadıklarını saptamıştır (Akbaş Kaya, 2014). İran'da 1402 kadınla yapılan bir çalışmada ise kadınların %64,0'ının KKMM ve önemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için yapmadıkları bildirilmiştir (Montazeri ve ark., 2008).

Amerikan Kanser Birliği, tüm asemptomatik kadınların 20–39 yaşları arasında her 3 yılda bir klinik meme muayenesinden geçmesini, 40 yaş ve üstünde ise yıllık klinik meme muayenesi yaptırmalarını önermektedir (ACS, http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer). Çalışmamızda KMM yaptırma oranı vaka grubunda %41,7; kontrol grubunda %35,8 idi. İzmir'de sağlık ocağına başvuran 656 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %37,4'ünün şimdiye kadar hiç meme muayenesi olmadıkları belirtilmiştir (Seçginli ve Nahcivan, 2006). Cohen ise yürüttüğü çalışmada kadınların çoğunluğunun klinik meme muayenesi ve mamografi hizmeti almadığını ortaya çıkarmıştır (Cohen, 2006). Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde kadınlarda KMM yaptırma oranları düşük olarak bulunmuştur.

Klinik meme muayenesi yaptırma sebebi vaka grubunda %22,6 oranda ailede meme kanseri olması, %25 tarama/kontrol amaçlı diğer sebepler ise memede ağrı, kist idi. Kontrol grubunda KMM yaptırma nedeni %53,5 oranla tarama/kontrol amaçlı nedenden oluşuyordu. Kontrol grubunda tarama amaçlı klinik meme muayene sebebinin yüksek olması katılımcıların bir kısmının KETEM'e tarama için başvuran kadınlardan oluşması olabilirdi.

Çalışmamızda 40 yaş ve üzeri kadınların mamografi çektirme oranı vaka grubunda %52,9, kontrol grubunda %41,8 idi. Pamukkale Üniversitesi'nde yapılan çalışmada 40 yaş üstü kadınların %32,8'inin mamografi çektirdiği saptanmıştır (Akbaş Kaya, 2014). New York'ta, 2006'da Güney Asyalı kadınlarla yapılan çalışmada da çalışmaya dâhil olan 40 yaş üzerindeki kadınların %70,0'ının mamografi çektirdiği, %56,0'ının son 2 yıl içinde mamografi çektirdiği bildirilmiştir (İslam ve ark., 2006). Elobaid ve ark.'nın 40 yaş üzeri 247 Arap kadınla yaptıkları çalışmada Arap kadınların %44,9'unun mamografi çektirdiğini

bildirmiştir (Elobaid ve ark., 2014). Almanya'da yapılan başka bir çalışmada ise Alman kadınların %55.5'inin daha önce mamografi çektirdiği belirtilmiştir (Klug ve ark., 2005). İstanbul Bahçeşehir'de yapılan bir çalışmada da birinci ve ikinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların olmayanlardan biraz daha fazla mamografi çektirdikleri görülmüştür (Özaydın ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda hedef kitlenin yarısından fazlasının tarama mamografisi yaptırmasına rağmen oranlar düşüktü. Bu durum genel olarak eğitim düzeyinin düşüklüğünden veya meme kanseri eğitim programlarının eksik uygulanmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda bilgi kaynaklarına göre mamografi çektirme oranlarına bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark yoktu. İstanbul Bahçeşehir'de 908 kadının katıldığı bir çalışmada mamografi bilgisinin kaynağını doktor olarak belirtenlerin daha fazla mamografi çektirdikleri, mamografi bilgisinin kaynağını televizyon ve arkadaş/akraba olarak belirtenlerin ise anlamlı olarak daha az mamografi çektirdikleri görülmüştür (Özaydın ve ark., 2009). Koçyiğit ve ark.'nın 511 hastayla yaptığı çalışmada da kadınların mamografi hakkındaki bilgilerini öğrenme kaynağı meme kanseri bilgilerini öğrenme kaynağı ile aynı bulunmuştur. Kadınların yarıya yakını (%45,6), mamografi hakkındaki bilgilerini sağlık çalışanlarından aldığınıbildirmiştir ve bu grubun mamografi çektirme oranı daha yüksek tespit edilmiştir (Koçyiğit ve ark., 2011).Yine yapılan başka bir çalışmada bilgi kaynağı olarak doktorları belirten katılımcıların, tüm meme kanseri tarama yöntemlerini daha fazla kullandıkları belirtilmiştir (Dişcigil ve ark., 2007). Çalışmamızda bilgi kaynağına göre mamografi çektirme durumunun farklı olmaması yaş ortalamasının meme kanseri tarama yaşı olması olabilir. 40 yaşın altında da katılımcılar bulunması oranları düşürmüş olabilir.

Sigaranın meme kanseri de dâhil birçok kansere sebep olduğu bilinmektedir. Meme kanseri riski ile olan bir ilişki, tütün dumanında bulunan kanserojenlerin kan dolaşımına karışması ve memeye taşınabilmesi nedeniyledir (Hamajima ve ark., 2002). Yeni Zelanda' da yapılan bir çalışmada sigara içilmesi ile artmış meme kanseri riski ilişkili bulunmuştur (Mc Kenzie ve ark., 2013). 2001 yılında Framingham'da Murabita'nun 683 kanserli hasta yakını olan ve olmayan kadında yapılan çalışmada kadınların %20'den azının sigara içtiği belirtilmiştir. Ve bunların meme kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınlar arasında farklılık göstermediği bulunmuştur (Murabito ve ark., 2001). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer olarak vaka ile konrol grubu arasında sigara içme açısından fark yoktu.

Emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı ve emzirmeyen kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğu da bilinmektedir (Aslan ve Gürkan, 2007). Kore'li 20 yaş ve üzeri

110,604 kadın ile yapılan çalışmada, kadınların % 51,9'unun çocuklarını emzirdiğini; emziren kadınlarda meme kanseri riskinin düştüğü belirlenmiştir (Lee ve ark., 2003). Chowdhury ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde 12 aydan fazla emziren kadınlarda meme kanseri oranı emzirmeyenlere göre %26 daha az bulunmuştur (Chowdhury ve ark., 2015). İsrail'de 1999-2005 yılları arasında yeni tanılı 256 meme kanserli ve 536 sağlıklı kadında emzirme ve meme kanseri ilişkisi için yapılan çalışmada emzirmeyen ya da ilk emzirme yaşı ileri olan ve yetersiz süre emziren kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı tespit edilmiştir (Shema ve ark., 2007).

İlk doğum yaşının da meme kanseri riskini etkileyen önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Erken yaşta bir tam süreli gebeliğin, tümör başlatma olasılığını azaltabileceği, daha sonraki bir yaşta tam dönem hamilelik mevcut tümör hücrelerinin büyümesini artıracağı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda 18 yaşın altındaki ilk çocuk sahibi kadınların meme kanseri riskinin, ilk doğumları 35 yaşına kadar ertelenenlere kıyasla yaklaşık üçte biri kadar olduğu görülmüştür (Kapil ve ark., 2014).

Hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde rölatif olarak 1,2-1,7 kat artışa neden olur. Multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışmalıdır (Koçak ve ark., 2011). Ursin ve arkadaşlarının Amerikalı ve Afrikalı kadınlarda meme kanseri risk faktörlerini araştırmaya yönelik 2004 yılında yaptıkları çalışmada, invaziv meme kanseri olan 4567 kişi ve kontrol grubu olarak 4668 kişi alınmıştır. Her iki grupta tam süreli gebeliklerin sayısı arttıkça meme kanseri riskinin önemli ölçüde azaldığını gözlemişlerdir (Ursin ve ark., 2004). Bizim çalışmamızda gruplar arasında emzirme süresi, ilk doğum yaşı, doğum sayısı açısından fark yoktu.

Literatürde meme kanseri ile ilgili bilgi, farkındalık düzeyi ölçen birçok çalışma mevcuttur. Geçmişinde ailesinde meme kanseri görülen kişilerde meme kanseri için kişisel risk algısının yüksek ve bu algının da depresyon, anksiyete ve keder gibi duygulara yol açabileceği bilinmektedir (Esplen ve Hunter, 2002). Çalışmamızda meme kanseri bilgi düzeyini ölçtüğümüz GKMKBT skor ortalaması vaka grubunda 12,2±0,2; kontrol grubunda ise 11,5±0,2 idi. Bilgi seviyesi genel olarak yüksek değildi. Ahmed'in Pakistan'da hemşireler arasında yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %35'inin meme kanseri hakkında iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir (Ahmed ve ark., 2006). Nijerya'da 207 sağlık personelini kapsayan bir araştırmada da katılımcıların %29'unun meme kanseri risk faktörleri hakkında çok çok iyi bilgiye, %3'ünün çok iyi bilgiye, %45'inin iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu; %37'sinin de yetersiz düzeyde bilgiye sahip olduğu belirtilmiştir (İbrahim ve Odusanya,

2009). ABD'de Wisconsin'de yapılan bir çalışmada da ailesinde meme kanseri olan kadınlar belirgin olarak daha bilgili bulunmuştur (Lippert ve ark., 1999). Manisa'da 244 kadınla yapılan bir çalışmada ise kadınların %56,1'inin meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir (Dündar ve ark., 2006). Mısır'da hemşireler arasında yapılan bir bilgi düzeyi tespit çalışmasında farklı meme kanseri risk faktörleri ve erken teşhis hakkında bilgi doğru yanıtların oranı % 32,5 -% 73,4 arasında değişmektedir (Elshamy ve Shoma, 2010). Ceber'in hemşire ve ebelerde yaptığı eğitimin meme kanseri ve meme kanseri tarama programları hakkında bilgi düzeyine etkisini araştırdığı çalışmada ortalama toplam bilgi puanını, deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur (Ceber ve ark., 2010). Birinci derece yakını meme kanseri olan 25, yakını meme kanseri olmayan 26 kişide yapılmış bir çalışmada da yakını meme kanseri olan grupta meme kanseri bilgi düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Hailey 2000). Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi'nde herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran kadınlarda yapılan meme kanseri bilgi düzeyi tespit çalışmasında birinci derece yakını meme kanseri kadınlarda bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Koçyiğit ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda yakını meme kanseri olan kadınların bilgi düzeyi olmayanlardan fazla bulunmadı. Bunun sebebinin çalışmamıza katılan katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olması, hasta yakınlarına yönelik meme kanseri farkındalığının arttırılmaması olabilir.

Yaş ile meme kanseri hakkında bilgi ile alakalı literatürde çeşitli veriler mevcuttur. 30-70 yaş arası 624 kadınla yapılan bir çalışmada meme kanseri hakkında bilgi, inanç, algılanan risk değerlendirilmesi yapılan bir anket doldurtulmuş. Genel olarak bilgi seviyesi yaşla negatif korele bulunmuştur (Dolan ve ark., 1997). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011 yılında yapılan bir çalışmada ise yaş arttıkça bilgi düzeyinin arttığı görülmüştür (Koçyiğit ve ark., 2011). Saeed ve ark.'nın 2014 yılında yayınlanan Kuveytli kadınlarla yaptıkları çalışmasında katılımcıların %43,1'inin meme kanseri risk faktörleri, semptomları, meme muayenesi ve mamografi konularında iyi düzeyde bilgiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada 50 yaş ve üstündekilerin daha bilgili oldukları saptanmıştır (Saeed ve ark., 2014). Yapılan diğer bir çalışmada ise meme kanseri hakkında bilginin yaş arttıkça azaldığı bulunmuştur (Lukwago ve ark., 2003). Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu olarak yaş arttıkça meme kanseri bilgi düzeyinin azaldığını tespit ettik.

Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça meme kanseri hakkında bilgi düzeyinin arttığı bildirilmiştir (Dolan ve ark., 1997, Koçyiğit ve ark., 2011). Lukwago ve arkadaşları eğitim düzeyi ve gelir azaldıkça meme kanseri hakkında bilgi seviyesinin de azaldığını

belirtmişlerdir (Lukwago ve ark., 2003). Biz de çalışmamızda literatüre benzer olarak eğitim düzeyi arttıkça meme kanseri hakkında bilgi düzeyinin arttığını tespit ettik.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011 yılında yapılan bir çalışmada gelir düzeyi yüksek olanlarda, şehirde yaşayanlarda bilgi seviyesi daha yüksek bulunmuştur (Koçyiğit ve ark., 2011). Yine İstanbul'da 2009'da eğitim düzeyi yüksek bir grup kadınla yapılan çalışmada meme kanseri ile ilgili bilgi ve farkındalık oldukça yüksek bulunmuştur (Özaydın ve ark., 2009). Denizli'de yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek, il merkezinde yaşayan ve çalışan kadınların KKMM'yi bilme oranları daha yüksek bulunmuş (Akbaş Kaya, 2014). Bizim çalışmamızda da eğitim ve gelir düzeyi arttıkça bilgi düzeyi artmakta fakat şehirde yaşamanın bilgiye etkisi görülmemekteydi. Bu; örneklemimizin %85'in üzerinde şehirde yaşayanlardan oluşmasına bağlı olabilir.

Literatür anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik verilerin ilişkisi hakkında geniş içeriklere sahiptir. Turgut ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meme şikayeti ile başvuran hastalarda tanı öncesi ve sonrası bakılan anksiyete düzeyi ile medeni durum ve eğitim seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak 50 yaşın altındakilerde, çalışan bayanlarda, kentte yaşayanlarda anlamlı ilişki bulunmuş. Ailesinde meme kanseri olanlarda ise anksiyete düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir (Turgut ve ark., 2009).Yine yapılan bir çalışmada kanserli hasta yakınlarının depresyon durumu yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaya yakınlık derecesinden etkilenmezken, ilkokul mezunlarında depresyon daha fazla görülmüştür (Çivi ve ark., 2011). İspanya'da meme kanseri hastalarında yapılan çalışmada eğitim durumu, medeni durum, meslek ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış; yaş arttıkça depresyonun azaldığı bildirilmiştir (Ell ve ark., 2005). Norveç'te yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon ile yaş arasında ilişki bulunamamıştır (Haug ve ark., 2004). Yine Türkiye'de öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada köyde yaşayanlarda şehirde yaşayanlara göre; gelir düzeyi kötü olanlarda iyi olanlara göre anksiyete ve depresyon daha yüksek bulunmuştur (Bayram ve Bilgel, 2008). Meme veya jinekolojik kanserli hastalarda yapılan bir tez araştırmasında da sosyodemografik değişkenler ile anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (Nasr, 2017). Bizim çalışmamızda da her iki grupta yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet yeri gibi sosyodemografik verilerle anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir bağ yoktu. Sönmez ve arkadaşları, kanserli hasta yakınlarının BDÖ puan ortalamalarını 12.9±7.7 olarak bulmuşlardır(Sönmez ve ark., 2004). Biz de çalışmamızda vaka grubunun BDÖ skor ortalamasını Sönmez'in çalışmasına benzer olarak 12,7±0,7, kontrol grubunun ortalamasını 9,7±0,6 tespit ettik.

Aile öyküsü önemli bir meme kanseri risk faktörüdür ve kadınlarda kaygı uyandıran faktörlerden biridir (Brewer ve ark., 2017). Literatürde meme kanseri ve diğer kanser hastalarında ve yakınlarında anksiyete-depresyon düzeylerinin arttığını belirten birçok çalışma mevcuttur (Çivi ve ark., 2011, Turgut ve ark., 2009, Cvetković ve Nenadović, 2016). Lindberg 2001'de yaptığı çalışmada ailevi bir riski hedef alan programlara katılan meme kanseri yakını olan kadınlarda daha yüksek anksiyete düzeyleri tespit etmiştir (Lindberg ve Wellisch, 2001). Yeni tanı konmuş meme kanserli hastaların birinci derece yakınlarında yapılan bir çalışmada birinci derece yakınlarda meme kanseri gelişme kişisel riskinin endişe yaratabileceği belirtilmiştir (Epstein ve ark., 1997). Cohen birinci derece akrabaları meme kanseri olan kadınlarda yüksek düzeyde durumluk kaygı düzeyleri tespit etmiştir (Cohen, 2002). Turgut'un 112 hasta üzerinde yaptığı çalışmada ailede meme kanseri görülmesiyle anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır (Turgut ve ark., 2009). Kadınlarda meme kanseri gelişme riski yüksek olan birinci derece yakınların endişelerinin günlük işlerliklerinde etki yarattığından bahsedilmiştir (Trask ve ark., 2001). Yapılan bir çalışmada birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlarda kontrol grubuna göre meme kanseri hakkında anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Hailey ve ark., 2000).Yine Wellisch ve arkadaşları meme kanseri riski yüksek kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, standartlaşmış bir test grubuna kıyasla, depresif belirtilerin ve duygusal yabancılaşmanın duygusal düzeyini daha yüksek bulmuştur (Wellisch ve ark., 1999). Biz de çalışmamızda meme kanseri yakını olan grubun anksiyete ve depresyon düzeylerini literatürle uyumlu olarak anlamlı derecede yüksek bulduk.

Literatürde meme kanseri hakkında bilgi ile anksiyete depresyon ilişkisini belirten çok sayıda çalışma bulunmamaktadır. Chirico ve arkadaşları kadınlarda meme kanseri hakkında bilgi düzeyi azaldıkça, anksiyete ve depresyon skorlarının yükseldiğini bildirmiştir (Chirico ve ark., 2015). Kanser hastalarında yapılan bir çalışmada da bilgi düzeyinin artması ile kaygı ve depresyon skorlarının azaldığı tespit edilmiştir (Ateşçi ve ark., 2003). Yine Gümüş tarafından bilgi eksikliğinin pek çok meme kanserli hasta tarafından anksiyete ve korku kaynağı olarak değerlendirildiği belirtilmiştir (Gümüş, 2006). Biz de çalışmamızda genişletilmiş meme kanseri bilgi testi genel bilgi (faktör bir) ve toplam skorları arasında ilişki tespit ettik. Çalışmamızda bilgi düzeyi ile anksiyete ve depresyon arasında korelasyon tespit edilememiştir.

Stager 1993'te rastgele seçilen 50 yaş ve üzeri 182 kadınla yaptığı çalışmada KKMM yapma ile tedavi edilebilirlik sonuçlarını istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Klinik meme

muayenesi ve mamografi yaptırmak ile GKMKBT arasında korelasyon bulunamamıştır. Tarama yöntemlerinin kullanımı ve sıklığı ile alt ölçekler arasındaki korelasyonlar tespit etmiş (Stager, 1993). Biz çalışmamızda KKMM yapma ile GKMKBT alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptayamadık. Bunun sebebi daha düşük sosyoekonomik düzey ve olabilir.

Meme kanseri yakınlarında yapılan çalışmada kadınların önerilen tarama programlarına uyma konusunda istekli oldukları ve bir hekim tarafından mamografi yaptırmalarının önerildiği belirtilmiştir. Yapılan bu çalışmadan çıkan sonuç, aile öyküsü olan kişilerin meme kanseriyle ilgili tarama programlarına uyumunun, kadınların bilgisi, eğilimleri, hekim önerileriyle ilişkili olduğudur (Lippert ve ark., 1999). Meme kanseri tarama programlarına katılmak ile anksiyete arasındaki ilişki için çeşitli bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalara ilesinde meme kanseri olan kadınlarda yüksek endişenin kadınları KKMM'den uzaklaştırdığına; bazıları ise kaygı ile KKMM arasında uyum olduğuna işaret ediyor (Brain ve ark., 1999). Meme kanseri yakını olan kadınlarda yapılan çalışmalarda anksiyete ile KKMM ve mamografi uygulamalarının arasında pozitif ilişki bulmuştur (Stefanek, 1990, Brain ve ark., 1999, Cohen, 2002). Lindberg ise ailesel meme kanseri riski olan kadınlarda taramaya uyum ile anksiyete arasında ilişki bulamamıştır (Lindberg ve Wellisch, 2001). Özaydın ise meme kanseri yakını olanların biraz daha fazla mamografi çektirdiğini bildirmiştir (Özaydın ve ark., 2009). Wisconsin'de yapılan çalışmadan çıkan sonuç ise aile öyküsü olan kişilerin meme kanseriyle ilgili tarama programlarına uyumunun, kadınların bilgisi, eğilimleri, hekim önerileriyle ilişkili olduğudur (Lippert ve ark., 1999). Biz de çalışmamızda kendi kendine meme muayenesi yapanlarda Beck anksiyete skorlarını literatürle benzer şekilde anlamlı olarak yüksek bulduk.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmamız birinci derece yakınları meme kanseri olan kadınların yakını meme kanseri olmayanlara göre meme kanseri bilgi düzeyi, anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak ve bu konuda öneriler getirmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Gönüllü katılımcılara sosyodemografik form, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği verilerek uygulanmıştır. Elde ettiğimiz veriler sonucunda;

- Çalışmaya katılan vaka grubunun yaş ortalaması 39,7±1,1 yıl (min = 18, max=65), kontrol grubunun yaş ortalaması40,4±0,9 yıl (min = 18, max=65) idi. Gruplar yaş bakımından benzerdi (p>0,05).
- Vaka ve kontrol gruplarında diğer sosyodemografik parametreler, sigara kullanımı, emzirme süresi, ilk doğum yaşı gibi başlıklarda anlamlı fark yoktu (p>0,05).
- Çalışmaya katılan birinci derece yakını meme kanseri olan grupta meme kanseri hakkında bilgi alma oranı anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,004).
- Çalışmaya katılan vaka grubunda kontrol grubuna göre sağlık çalışanından bilgi alma oranı anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,002).
- Çalışmaya katılan gruplar arasında meme kanseri tarama davranışları ve görüntüleme yaptırma konusunda anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).
- Çalışmaya katılan gruplar arasında KKMM yapma oranlarında bir fark yokken (p>0,05), klinik meme muayenesi yaptırma oranı yakını meme kanseri olanların grubunda anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,001).
- Çalışmaya katılanlar arasında 40 yaş ve üzerinde olanlarda mamografi çektirme oranı vaka grubunda anlamlı düzeyde yüksekti (p<0,001).
- Çalışmaya katılan gruplar arasında KKMM yapmama nedenleri açısından anlamlı bir fark yoktu (p>0,005).
- Çalışmaya katılan birinci derece yakını meme kanseri olan grubun GKMKBT faktörbir skoru ortalaması 7,1±0,1, faktör iki skoru ortalaması 5,0±0,1, toplam puan skor ortalaması 12,2±0,2idi. Kontrol grubunun GKMKBT faktör bir skor ortalaması 6,8±0,1, faktör iki skoru ortalaması 4,6±0,1, toplam puan skor ortalaması 11,5±0,2 olarak hesaplandı.
- Çalışmaya katılan gruplar arasında meme kanseri bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

- Çalışmaya katılan vaka grubunun BAÖ skor ortalaması 13,8±0,8, kontrol grubunun BAÖ skor ortalaması 10,9±0,7 olarak hesaplandı.
- Çalışmaya katılan birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlarda BAÖ skoru kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,023).
- Çalışmaya katılan vaka grubunun BDÖ skor ortalaması 12,7±0,7, kontrol grubunun BDÖ skor ortalaması 9,7±0,6 olarak hesaplandı.
- Çalışmaya katılan birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlarda BDÖ skoru kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,002).
- Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanların GKMKBT faktör bir ortalaması 7,3±0,1, kontrol grubunda ise 6,5±0,2 idi. Vaka grubunda GKMKBT genel bilgi düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,025).
- Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanların GKMKBT faktör iki ortalaması 5,4±0,2, kontrol grubunda 5,1±0,2 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).
- Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanların GKMKBT toplam skor ortalaması 12,8±0,2, kontrol grubunda 11,7±0,3 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,023).
- Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanlarda BAÖ skor ortalaması 14,3±1,2 iken kontrol grubunda 11,3±1,3 olarak hesaplandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).
- Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanlarda BDÖ skoru ortalaması 12,8±0,9, kontrol grubunda ise 9,7±1,0 bulundu. Vaka grubunda meme kanseri hakkında bilgi alanlarda BDÖ skor ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,037).
- Gruplar arasında meme kanseri hakkında bilgi alınan kaynak ile mamografi çektirme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05).
- Çalışmaya katılan gruplar arasında KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma, meme ultrasonu yaptırma, mamografi çektirne durumları ile GKMKBT toplam skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05).
- Çalışmaya katılan gruplar arasında anksiyete pozitifliği açısından anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).
- Vaka grubunda depresyon pozitif olanların oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla tespit edildi (p=0,001).

- Çalışmaya katılan birinci derece yakını meme kanseri olan grupta yaş azaldıkça meme kanseri bilgi düzeyi artıyordu (p=0,002).
- Çalışmaya katılan birinci derece yakını meme kanseri olan grupta eğitim düzeyi arttıkça bilgi seviyesi artmaktaydı (p>0,001).
- Vaka grubunda anksiyete olup olmaması yaş, eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet edilen yer ve sigara içip içmeme durumu gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermedi (p >0,05).
- Kontrol grubunda 41 yaş ve altında anksiyete saptanma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,037).
- Çalışmaya katılan yakını meme kanseri olmayan kadınlarda anksiyete olup olmaması eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet edilen yer ve sigara içip içmeme durumu gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0,05).
- Vaka grubunda depresyon olup olmaması yaş, eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet edilen yer ve sigara içip içmeme durumu gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0,05).
- Çalışmaya katılan kontrol grubunda sigara içme ile depresyon görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,001).
- Kontrol grubunda depresyon skorları yaş, eğitim, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, ikamet edilen yer gibi sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0,05).
- Çalışmaya katılan gruplarda KKMM yapma ve sıklığı ile anksiyete ve depresyon olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

6.2. ÖNERİLER

Meme kanseri Türkiye'de ve dünyada kadınlar arasında sıklığı giderek artan, en sık görülen kanserdir. Kadınlar tarafından hem yaşamın hem de kadın benliğinin tehdit altında algılandığı bir hastalık olan meme kanserinin tanı ve tedavi sürecinde multidisipliner yaklaşımla ele alınması gerekir.

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi mortalite oranını azaltmak açısından önemlidir. Hastaların ilk olarak meme kanseri bilgi düzeyi ve farkındalığı artırılmalıdır. Gerek sağlık bakanlığının girişimleriyle, gerekse medya-sosyal medya aracılığıyla kadınlar bilinçlendirilmelidir. 20 yaşından itibaren her kadının ayda bir kez KKMM yapması meme

kanseri erken tanısında önemlidir. 40 yaşından itibaren de asepmtomatik kadınlarda iki yılda bir yapılacak mamografi ve klinik meme muayenesi erken tanı oranını daha da arttıracaktır.

Aile öyküsü önemli bir meme kanseri risk faktörüdür ve kadınlarda kaygı uyandıran faktörlerden biridir. Meme kanseri hastalarının birinci derece yakınlarının da en az kanser hastaları kadar psikososyal destek kapsamı içine alınması gerekmektedir. Çalışmamızda birinci derece yakını meme kanseri olan kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Meme kanseri hastalarına ve birinci derece kadın yakınlarına istedikleri zaman onlarla iletişim kurma, duygularını ifade etme ve soru sorma fırsatları olduğu hissettirilmelidir ve oluşabilecek psikolojik sorunları önlemek için danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Hekimler kadın hastalar için önemli bir meme kanseri bilgi kaynağıdır. Bu nedenle birinci basamak hekimleriyle düzenli temas halinde olan kadınlar, meme kanseri risk faktörleri ve taramanın yararları hakkında diğer kadınlara göre daha iyi bilgilendirilebilirler. Birinci basamak sağlık hizmeti ayarında meme kanseri eğitim çabalarını hedeflemek yaşa uygun tarama uygulamalarını arttırabilir.

7. KAYNAKÇA

Ahmed, F., Mahmud, S., Hatcher, J., ve Khan, S. M. (2006). Breast cancer risk factor knowledge among nurses in teaching hospitals of Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. BMC nursing, 5(1), 6.

Akbaş Kaya A. "Pamukkale Üniversitesi Honaz organize sanayi bölgesi semt polikinliğine başvuran 20-70 yaş arası kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi." [Uzmanlık Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.

Aksoy, Y. E., Turfan, E. Ç., Sert, E., ve Mermer, G. (2015). Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. J Breast Health, 11, 26-30.

Albayrak, A. ve Kurt, E. (2016). Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzuv Kaybına (Mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık İle İlişkisi Dokuz Eylül Ünivesitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Özel Sayı, 41-81.

Aydıntuğ, S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. Sted, 13(6), 226-229.

American Cancer Society. Breast Cancer Early Detection. http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer Erişim tarihi: 03.08.2017

American Cancer Society (https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html) Erişim tarihi: 03.08.2017

American College of Radiology. BI-RADS Committee. (1998). Breast imaging reporting and data system. American College of Radiology.

American College of Radiology. (2003). ACR BI-RADS—Mammography, Ultrasound & Magnetic Resonance Imaging, Reston, VA: Amer. Coll. Radiol.

Anderson, B. O., Yip, C. H., Smith, R. A., Shyyan, R., Sener, S. F., Eniu, A. ve ark. (2008). Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries. Cancer, 113(S8), 2221-2243.

Anderson, B. O., Bevers, T. B., ve Carlson, R. W. (2016). Clinical breast examination and breast cancer screening guideline. Jama, 315(13), 1403-1404.

Andic, S., ve Karayurt, O. (2012). Determination of information and support needs of first degree relatives of women with breast cancer. Asian Pac J Cancer Prev, 13(9), 4491-4499.

Arslan, M., ve Şahin, D. A. (2013). Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ile İlgili Bilgi Durumlarına Eğitimin Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi, 1(1).

Arslan, S. (2015)."Malign ve Benign Meme Lezyonlarının Ayırımında Sonoelastografinin Tanıya Katkısı." [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aslan, F. E., ve Gürkan, A. (2007). Kadinlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağliği Dergisi, 3, 63-68.

Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., ve Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarinda psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Turk Psikiyatri Derg, 14, 145-152.

Aydıncı, Z. (2011). Erkek meme hastalıklarının değerlendirilmesinde ultrasonografinin rolü (Doctoral dissertation, SDÜ Tıp Fakültesi).

Aydıntuğ, S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. Sted, 13(6), 226-229.

Balcı, P. (2014). Meme Manyetik Rezonans Görüntüleme Endikasyonları ve Yorumu Zor Olan Bulgular. Türk Radyoloji Seminerleri 2: 252-267

Başak, Ş. C. (2015). "Üniversite öğrencilerinde meme kanseri bilgi seviyesi: geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması" [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Okan Üniversitesi Psikoloji Bölümü.

Bayram, N., ve Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 43(8), 667-672.

Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N. K., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N., ve ark. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. Croat med J,46(1), 96-100.

Bouroumane, M. R., Khalil, R., ve Hind Khalil, H. J. (2016). Breast lipoma with central fat necrosis: case report. The Pan African Medical Journal, 25.

Brain, K., Norman, P., Gray, J., ve Mansel, R. (1999). Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer.Psychosomatic medicine, 61(2), 181-187.

Brewer, H. R., Jones, M. E., Schoemaker, M. J., Ashworth, A., ve Swerdlow, A. J. (2017). Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. Breast Cancer Research and Treatment, 1-8.

Ceber, E., Turk, M., ve Ciceklioglu, M. (2010). The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs of nurses and midwives. Journal of clinical nursing, 19(15-16), 2363-2371..

Chalmers, K., Thomson, K., ve Degner, L. F. (1996). Information, support, and communication needs of women with a family history of breast cancer. Cancer Nursing, 19(3), 204-213.

Chalmers, K., Marles, S., Tataryn, D., ve Scott-Fındlay, S. (2003). Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. European Journal of Cancer Care, 12(1), 81-90.

Chirico, A., Lucidi, F., Mallia, L., D'Aiuto, M., ve Merluzzi, T. V. (2015). Indicators of distress in newly diagnosed breast cancer patients. PeerJ, 3, e1107.

Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ve ark. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatrica, 104(S467), 96-113.

Cohen, M. (2002). First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination. Behavioral Medicine, 28(1), 15-22.

Cohen, M. (2006). Breast cancer early detection, health beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without a family history of breast cancer. Psycho-Oncology, 15(10), 873-883.

Cvetković, J., ve Nenadović, M. (2016). Depression in breast cancer patients.Psychiatry research, 240, 343-347.

Çivi, S., Kutlu, R., ve Çelik, H. H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gulhane Medical Journal, 53(4).

Demirci, A., Demirci, U., Coşkun, U., Demir, H., Algın, E., Başal, F., ve ark. (2014). Meme Kanserinde Adjuvan Tedavide Ardışık Antrasiklin ve Taksan İçeren Tedavilerin Tolerabilitesi: Tek Merkez Deneyimi. Acta Oncologica Turcica, 47(2), 8-15.

DeSantis, C. E., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Siegel, R. L., Stein, K. D., Kramer, J. L., ve ark. (2014). Cancer treatment and survivorship statistics, 2014.CA: a cancer journal for clinicians, 64(4), 252-271.

Dişcigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., ve Söylemez, A. (2007). Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal, 20(1), 029-036.

Dolan, N. C., Lee, A. M., ve McDermott, M. M. (1997). Age-related differences in breast carcinoma knowledge, beliefs, and perceived risk among women visiting an academic general medicine practice. Cancer, 80(3), 413-420.

Durmuş, T. (2015). ‘’Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri risk düzeyi ve tarama davranışlarına yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi’’ [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Dündar, P. E., Özmen, D., Öztürk, B., Haspolat, G., Akyıldız, F., Çoban, S., ve ark. (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC cancer, 6(1), 43.

Edwards, B. K., Noone, A. M., Mariotto, A. B., Simard, E. P., Boscoe, F. P., Henley, S. J., ve ark. (2014). Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer.Cancer, 120(9), 1290-1314.

Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P. J., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., ve ark. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. Journal of Clinical Oncology, 23(13), 3052-3060.

Elobaid, Y. E., Aw, T. C., Grivna, M., ve Nagelkerke, N. (2014). Breast cancer screening awareness, knowledge, and practice among Arab women in the United Arab Emirates: a cross-sectional survey. PloS one, 9(9), e105783.

Elshamy, K. F., ve Shoma, A. M. (2010). Knowledge and practice of breast cancer screening among Egyptian nurses. African Journal of Haematology and Oncology, 1(4).

Epstein, S. A., Lin, T. H., Audrain, J., Stefanek, M., Rimer, B., Lerman, C., ve High-Risk Breast Cancer Consortium. (1997). Excessive breast self-examination among first-degree relatives of newly diagnosed breast cancer patients. Psychosomatics, 38(3), 253-261.

Erblich, J., Bovbjerg, D. H., ve Valdimarsdottir, H. B. (2000). Looking forward and back: distress among women at familial risk for breast cancer. Annals of Behavioral Medicine, 22(1), 53.

Erdoğdu, B. (2015).‘’Meme Kanseri Hastalarında Vücut Kitle İndeksinin Klinik Özellikler Ve Sağkalım İle İlişkisi’’ [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Erel, S. (2010). Memenin Benign Proliferatif Lezyonları ve Kanser Riski. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 19(3).

Eroglu, C., Eryilmaz, M. A., Civcik, S., ve Gurbuz, Z. (2010). Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararasi Hematoloji Onkoloji Dergisi, 20(2).

Eryılmaz, M. A., Karahan, Ö., Sevinç, B., Ay, S., ve Civcik, S. (2010). Meme kanseri taramalarının etkinliği. J Breast Health, 6, 145-149.

Esplen, M. J., ve Hunter, J. (2002). Grief in women with a family history of breast cancer.

Gıynaş, N. (2010).‘’Meme kanserinde prognostik faktörlerin retrospektif olarak değerlendirilmesi ve mamografideki mikrokalsifikasyonların prognostik ve kemik metastazı gelişimindeki prediktif değerlerin araştırılması’’ [Uzmanlık Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi.

Gilbar, O. (1998). Coping with threat: Implications for women with a family history of breast cancer. Psychosomatics, 39(4), 329-339.

Gilbert, F. J., Cordiner, C. M., Affleck, I. R., Hood, D. B., Mathieson, D., ve Walker, L. G. (1998). Breast screening: the psychological sequelae of false-positive recall in women with and without a family history of breast cancer.European Journal of Cancer, 34(13), 2010-2014.

Goksel, H. A., Yagmurdur, M. C., Demirhan, B., Isıklar, I., Karakayali, H., Bilgin, N., ve ark. (2005). Management strategies for patients with nipple discharge. Langenbeck's Archives of Surgery, 390(1), 52-58.

Guvenc, I., Guvenc, G., Tastan, S., ve Akyuz, A. (2012). Identifying women's knowledge about risk factors of breast cancer and reasons for having mammography. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 13(8), 4191-4197..

Güllüoğlu, B. M. (2008). Meme hastalıklarına yaklaşım:“Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 12(1), 9-17.

Gümüş, A. B. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2(3), 108-114.

Gündoğdu, K. (2016). ‘’Meme kanserinde serum hipoksi indüklenebilir (ınducıble) faktör-1 (HIF-1) vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 (ıgf-1)'in prognostik değeri ve önemi’’. [Uzmanlık Tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Gür, K., Kadıoğlu, H., ve Sezer, A. (2014). İstanbul'da Bir Mahallede Yaşayan Kadınaların Meme Kanseri Riskleri ve KKMM Eğitiminin Etkinliği. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 10(3).

Hailey, B. J., Carter, C. L., ve Burnett, D. R. (2000). Breast cancer attitudes, knowledge, and screening behavior in women with and without a family history of breast cancer. Health Care for Women International, 21(8), 701-715.

Hamajima, N., Hirose, K., Tajima, K., Rohan, T., Calle, E. E., Heath Jr, C. W., ve ark. (2002). Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer Alcohol, tobacco and breast cancer–collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. Br J Cancer, 87(11), 1234-1245.

Haug, T. T., Mykletun, A., ve Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. Psychosomatic medicine, 66(6), 845-851.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji dergisi, 7(23), 3-13.

Humpel, N., Magee, C., ve Jones, S. C. (2007). The impact of a cancer diagnosis on the health behaviors of cancer survivors and their family and friends. Supportive Care in Cancer, 15(6), 621-630.

Islam, N., Kwon, S. C., Senie, R., ve Kathuria, N. (2006). Breast and cervical cancer screening among South Asian women in New York City. Journal of Immigrant and Minority Health, 8(3), 211-221.

Ibrahim, N. A., ve Odusanya, O. O. (2009). Knowledge of risk factors, beliefs and practices of female healthcare professionals towards breast cancer in a tertiary institution in Lagos, Nigeria. BMC cancer, 9(1), 76.

Kapil, U., Bhadoria, A. S., Sareen, N., Singh, P., ve Dwivedi, S. N. (2014). Reproductive factors and risk of breast cancer: A Review. Indian journal of cancer, 51(4), 571.

Karayurt, Ö., ve Zorukoş, S. N. (2008). Feel of women at a high risk for breast cancer and meeting, their needs for knowledge and support. J Breast Hlth, 4(2), 56-61.

Kash, K. M., Holland, J. C., Halper, M. S., ve Miller, D. G. (1992). Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 84(1), 24-30.

Kavradım, S. T., ve Özer, Z. C. (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(2).

Kayhan, A., ve Arıbal, E. (2014). Meme Kanseri Taraması: Neden Yapıyoruz? Ne Zaman? Değerlendirmede Yaşanan Sorunlar. Türk Radyoloji Seminerleri 2: 230-40

Kılıç, F., ve Yılmaz, M. H. (2014). Meme Biyopsisi: Hasta ve Yöntem Seçimi; Hangi Lezyonda Ne Yapalım?. Türk Radyoloji Seminerleri 2: 140-157

Klug, S. J., Hetzer, M., ve Blettner, M. (2005). Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. The European Journal of Public Health, 15(1), 70-77.

Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A., ve Yalçın, B. (2011). MEME KANSERİNDE RISK FAKTÖRLERİ, RİSKİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE PREVANSİYON: İSTANBUL 2010 KONSENSUS RAPORU. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 7(2).

Koçyiğit, O., Erel, S., Kısmet, K., Kılıçoğlu, B., Sabuncuoğlu, M. Z., ve Akkuş, M. A. (2011). Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. Assessment, 26, 29. Nobel Med. 7(2): 19-25

Kul, S. (2014). Meme Manyetik Rezonans Görüntülemede Yeni Teknolojiler: Difüzyon Görüntüleme ve Spektroskopi. Türk Radyoloji Seminerleri 2: 129-139

Kutlu, R., ve Biçer, Ü. (2017). Evaluation of Breast Cancer Risk Levels and Its Relation with Breast Self-Examination Practices in Women. The Journal of Breast Health, 13(1), 34.

Küçük, E. (2016). "Medikal Onkoloji Polikliniğinde Tedavi Alan Hastalarda Hedefe Yönelik Tedavi ile İlgili Sorunların Belirlenmesi ve Önlenmesinde Klinik Eczacının Rolü." [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Benbrahim-Tallaa, L., Bouvard, V., Bianchini, F., ve ark. (2015). Breast-cancer screening—viewpoint of the IARC Working Group. New England Journal of Medicine, 372(24), 2353-2358.

Lee, S. Y., Kim, M. T., Kim, S. W., Song, M. S., ve Yoon, S. J. (2003). Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study.International journal of cancer, 105(3), 390-393.

Lee, S. C., Jain, P. A., Jethwa, S. C., Tripathy, D., ve Yamashita, M. W. (2014). Radiologist's role in breast cancer staging: providing key information for clinicians. Radiographics, 34(2), 330-342.

Lindberg, N. M., ve Wellisch, D. (2001). Anxiety and compliance among women at high risk for breast cancer. Annals of Behavioral Medicine, 23(4), 298-303.

Lippert, M. T., Eaker, E. D., Vierkant, R. A., ve Remington, P. L. (1999). Breast cancer screening and family history among rural women in Wisconsin. Cancer detection and prevention, 23(3), 265-272.

Lukwago, S. N., Kreuter, M. W., Holt, C. L., Steger-May, K., Bucholtz, D. C., ve Skinner, C. S. (2003). Sociocultural correlates of breast cancer knowledge and screening in urban African American women. American Journal of Public Health, 93(8), 1271-1274.

Madlensky, L., Vierkant, R. A., Vachon, C. M., Pankratz, V. S., Cerhan, J. R., Vadaparampil, S. T., ve ark. (2005). Preventive health behaviors and familial breast cancer. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers,14(10), 2340-2345.

McKenzie, F., Ellison-Loschmann, L., Jeffreys, M., Firestone, R., Pearce, N., ve Romieu, I. (2013). Cigarette smoking and risk of breast cancer in a New Zealand multi-ethnic case-control study. PLoS One, 8(4), e63132.

McPherson, K., Steel, C., ve Dixon, J. M. (2000). ABC of breast diseases: breast cancer—epidemiology, risk factors, and genetics. BMJ: British Medical Journal, 321(7261), 624.

Mokthare, S. (2015). "Meme kanseri taramasında DR-70 'in duyarlılığı ve özgüllüğü" [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Harirchi, A. M., Sajadian, A., Khaleghi, F., ve ark. (2008). Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. Asia Pacific family medicine, 7(1), 6.

Morrow, M. (2000). The evaluation of common breast problems. American family physician, 61(8), 2371-2390.

Murabito, J. M., Evans, J. C., Larson, M. G., Kreger, B. E., Splansky, G. L., Freund, K. M.,ve ark. (2001). Family breast cancer history and mammography: Framingham Offspring Study. American journal of epidemiology, 154(10), 916-923.

Nasr, S. S. S. (2017). Depression, anxiety and quality of life among women with breast and gynecological cancers at National Cancer Institute, Cairo University.CU Theses.

Norman, P., ve Brain, K. (2005). An application of an extended health belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. British journal of health psychology, 10(1), 1-16.

Nuralina, L., Boztepe, G., ve Atakan, N. (2006). Meme ve Meme Başının İnflamatuvar Hastalıkları. Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology, 16(1), 14-22.

Oeffinger, K. C., Fontham, E. T., Etzioni, R., Herzig, A., Michaelson, J. S., Shih, Y. C. T. Ve ark. (2015). Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. Jama,314(15), 1599-1614.

Onat, D. (2016). "Malign Ve Benign Meme Lezyonlarında Difüzyon Mr Görüntüleme" [Uzmanlık Tezi]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Orhan, F. Ö. (2014). Anksiyete Bozuklukları ve Hormonlar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 7(3), 57-64.

Özaydın, A. N., Güllüoğlu, B. M., Ünalan, P. C., Gorpe, S., Cabioğlu, N., Öner, B. R., ve ark. (2009). Bahçeşehir'de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 5(4).

Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş. C., ve Yıldız, M. (2013). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. Journal of Mood Disorders,3(3), 107-13.

Özmen V., Cantürk Z. , Güler N., Koyuncu A., Çelik V., Kapkaç M. ve ark. (2012). "Meme Hastalıkları Kitabı" Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.

Özmen, V. (2013). Türkiye'de Meme Kanseri. Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics, 6(2), 1-6.

Öztürk, M., Engin, V. S., Kişioğlu, A. N., ve Yilmazer, G. (2000). Effects of education on knowledge and attitude of breast self examination among 25+ years old women. Eastern Journal of Medicine, 5(1), 13-17.

Polatcı, H. (2015). "Mastalji Şikayetiyle Başvuran Hastalarda Mamografi, Meme Ultrasonografi, Patoloji Ve Hormon Bulguları" [Uzmanlık Tezi]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi.

Rees, C. E., ve Bath, P. A. (2000). The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. Journal of advanced nursing,31(4), 833-841.

Saeed, R. S., Bakir, Y. Y., ve Ali, L. M. (2014). Are women in Kuwait aware of breast cancer and its diagnostic procedures. Asian Pac J Cancer Prev, 15(15), 6307-13.

Secginli, S., ve Nahcivan, N. O. (2006). Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey.International journal of nursing studies, 43(2), 161-171.

Seçginli, S. (2011). Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler?. TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2).

Shema, L., Ore, L., Ben-Shachar, M., Haj, M., ve Linn, S. (2007). The association between breastfeeding and breast cancer occurrence among Israeli Jewish women: a case control study. Journal of cancer research and clinical oncology, 133(8), 539.

Sinicrope, P. S., Patten, C. A., Clark, L. P., Brockman, T. A., Frost, M. H., Petersen, L. R., ve ark. (2009). Adult daughters' reports of breast cancer risk reduction and early detection advice received from their mothers: an exploratory study. Psycho-Oncology, 18(2), 169-178.

Sönmez, A. D. (2014). "Meme kanseri: birinci basamakta hormonoterapi yan etkileri hakkında önemli noktalar" [Uzmanlık Tezi]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi.

Sönmez, Y., Söylemez, D., ve Sur, H. (2004). Kanser tedavisi gören hastaların yakınlarının depresyon durumlarının değerlendirilmesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 8, 1-17.

SPencer, J. P. (2008). Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician, 78(6), 727-731.

Stager, J. L. (1993). The comprehensive breast cancer knowledge test: validity and reliability. Journal of advanced nursing, 18(7), 1133-1140.

Stefanek, M. E. (1990). Counseling women at high risk for breast cancer.Oncology (Williston Park, NY), 4(1), 27-33.

Stricker, T. P., Kumar, V., Maitra, A., Schoen, F. J., Mitchell, R. N., ve Aster, J. C. (2007). Robbins Basic Pathology. Neoplasia, 173, 52.

Şener Dede, D. (2010). "Kanser Hastasına Bakım Veren Birinci Derece Aile Yakınlarında Kanser Teşhisi Sonrasında Yaşam Tarzı Değişikliğinin Değerlendirilmesi" [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kanser Epidemiyolojisi Bilim Dalı.

Tanas, S. (2013). "Meme Kanseri Olgularının Demografik Özellikleri" [Uzmanlık Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Temel, E., Bahar, A., ve Çuhadar, D. (2007). Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(5), 107-118.

Temelli, Ö., Ekici, C., ve Ekici, K. (2015). Erkeklerde Meme Kanseri ve Tedavi Özellikleri. Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Egitim ve Arastirma Hastanesi Tip Dergisi, 26(1).

Trask, P. C., Paterson, A. G., Wang, C., Hayasaka, S., Milliron, K. J., Blumberg, L. R., ve ark. (2001). Cancer-specific worry interference in women attending a breast and ovarian cancer risk evaluation program: impact on emotional distress and health functioning. Psycho-Oncology, 10(5), 349-360.

Turgut, G. E., Yüksel, B. C., Polat, E., Yıldız, Y., Berkem, H., Özel, H., ve ark. (2009). Meme Yakınması İle Başvuran Kadınlardaki Kaygıyı (Anksiyeteyi) Etkileyen Faktörler. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 5(2).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, organlara göre kanser sıklığının dağılımı ve kadınlarda en sık görülen 10 kanser, (2001). http:// www. saglık. gov.tr. Erişim Tarihi:01.08.2017

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://kanser.gov.tr/ Erişim Tarihi:01.08.2017

Ursin, G., Bernstein, L., Wang, Y., Lord, S. J., Deapen, D., Liff, J. M., ve ark. (2004). Reproductive factors and risk of breast carcinoma in a study of white and African-American women. Cancer, 101(2), 353-362.

Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28(2), 85-92.

Yılmazel, G. (2013). Determınıng Practısıng Of Breast Self-Examınatıon And Breast Cancer Rısk Factors In Women Aged Twenty Years And Over Lıvıng In A Rural Area Of Corum. J Breast Health; 9: 82-7.

Weier, R. C., Reisinger, S. A., ve Paskett, E. D. (2015). Breast Cancer Screening. Psycho-Oncology, 58.

Wellisch, D., Kagawa-Singer, M., Reid, S. L., Lin, Y. J., Nishikawa-Lee, S., ve Wellisch, M. (1999). An exploratory study of social support: a cross-cultural comparison of Chinese-, Japanese-, and Anglo-American breast cancer patients. Psycho-Oncology, 8(3), 207-219.

8.EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

	SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ASGARİ İÇERİĞİ

Sayın.....

Sizi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Meme polikliniğinde yürütülen "Birinci derece yakını meme kanseri olan kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve anksiyete,depresyon düzeylerinin karşılaştırılması" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır. Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Bu çalışmada amaç; Birinci derece yakını meme kanseri olan kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve anksiyete,depresyon düzeylerinin kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır. Meme kanseri her 8 kadından birini etkileyen sık görülen bir hastalıktır. Hastayı fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da etkiler. Bu etkiler hasta yakınlarında da oldukça sık görülmektedir.

Bu çalışmaya Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Meme ve Tıbbi Onkoloji polikliniklerine başvuran, 18 yaşından büyük 100 kişi alınacaktır. Katılan gönüllülere sosyodemografik form,geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği doldurulması istenecektir. Size başka bir işlem yapılmayacaktır.

Bu çalışma sonucunda meme kanseri hastalarının birinci derece yakınları ile yakını meme kanseri olmayan kadınların meme kanseri bilgi düzeyi, anksiyete ve depresyon düzeyleri karşılaştırılacaktır.

Araştırma sonuçları ulusal ve/veya uluslararası bilimsel kongrelerde ve dergilerde yayınlanacak olup, araştırma ile ilgili bilgi mesai saatleri içinde 0332 3236709/1804 nolutelefondan Dr. Dilek Korkusuz, 03323236709/1013 nolu telefondan Doç.Dr. Mehmet Ali Eryılmaz ile irtibata geçilerek bilgi alınabilecektir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum.Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda; Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:…….

İmzası:…….

Tarih :……

Dr. Dilek Korkusuz

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu

1-Adınız-Soyadınız: Telefon:

2-Yaş:

3-Eğitim düzeyi

a) Okuryazar değil d) Ortaokul mezunu

b) Okuryazar e) Lise mezunu c)Lise mezunu f) Yüksekokul/üniversite mezunu

4-Meslek:

5. Medeni durum a) Evli b) Bekar

6.Aylık gelir düzeyia)1500 TL altı b)1500-5000 TL c)5000 TL ve üzeri

7.Yaşadığınız yer: a)Köy b)Kasaba-ilçe c) İl

8.Sigara kullanımı: a)Hiç içmedim b)Bıraktım

c)içiyorum…… Günde kaç adet içiyorsunuz

Kaç yıldır içiyorsunuz Paket/yıl:

9.İlk adet görme yaşı: a) Hatırlamıyorum

b) 7-11 yaş

c) 12-13 yaş

d) 13 yaş ve üzeri

10.İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?

11.Doğum sayısı:

12.Toplam emzirme süresi(ay olarak):

13.Meme kanseri riskine ilişkin hiç bilgi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

14.Meme kanseri riskine ilişkin bilgiyi nereden/kimden temin ettiniz?

a) Sağlık çalışanı

b) Medya

c) Aile-yakın çevre

15.Son yıllarda kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

16. 15.soruya cevabınız hayır ise kendi kendinize meme muayenesi yapmamanızın sebebi nedir?

a) Nasıl yapıldığını bilmiyorum

b) Unutuyorum

c) Önem vermedim

d) Beni korkutuyor

e) Diğer……..

17.15. soruya cevabınız evet ise kendi kendinize meme muayenesini ne sıklıkta yapıyorsunuz?

a) Ayda bir kez düzenli olarak

b) Yılda betnisiteaç kez

c) Aklıma geldikçe

18.Son yıllarda bir sağlık çalışanına meme muayenesi yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır

19. Cevabınız evet ise sağlık çalışanına meme muayenesi yaptırma nedeniniz nedir?

…….

20.Son yıllarda meme ultrasonu çektirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

21.Cevabınız evet ise ultrason çektirme nedeniniz nedir?

……

22.Son yıllarda mamografi çektirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

23.Cevabınız evet ise mamografi çektirme nedeniniz nedir?

……

24.Birinci derece yakınlarınızdan(anne, teyze,kız evlat, kız kardeş) kaç kişi meme kanseri tanısı aldı?

a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri

25.Akrabanız kaç sene önce meme kanseri tanısı aldı?.....

26. Akrabanız meme kanseri tanısı aldığında kaç yaşındaydı?.....

27.Akrabanız nasıl tedavi gördü? a) Ameliyat b) Kemoterapi c) Radyoterapi

28.Akrabanızın meme kanseri olduğunu öğrendikten sonra kendi kendinize meme muayenesi yaptınız mı?

a) Evet b) Hayır

29.Ailenizde veya çevrenizde meme kanserinden kaybettiğiniz kişi var mı?

a)Evet b)Hayır

Ek-3 Genişletilmiş Meme Kanseri Bilgi Testi

		Doğru	Yanlış
1	Memeye alınan sert bir darbe bir kadının ileriki hayatında meme kanserine yakalanmasına sebep olabilir		
2	Sıkı bir sutyenin sürekli tahriş etmesi zaman içerisinde meme kanserine sebep olabilir		
3	Türkiye'de yaşayan her on kadından biri, hayatının herhangi bir evresinde meme kanserine yakalanacaktır.		
4	Bazı kadınlarda fazla kilolu olmak meme kanserine yakalanma riskini arttırmaktadır		
5	İlk çocuğunu 30 yaşından önce doğuran bir kadının, ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran bir kadına göre meme kanserine yakalanması daha muhtemeldir		
6	Meme kanseri için bilinen hiçbir risk faktörüne sahip olmayan kadınlar nadiren meme kanserine yakalanırlar.		
7	Bazı fibrokistik meme hastalıkları (kanserli olmayan kitle) bir kadının meme kanserine yakalanma riskini arttırır		
8	Türkiye'deki kadınların meme kanserine yakalanma riski Asya ve Afrika'dakilere oranla daha yüksektir		
9	Meme kanserine 65 yaşındaki kadınlarda, 40 yaşındakilere oranla daha çok rastlanır		
10	Kadınlarda en sık rastlanan kanser türü meme kanseridir		
11	70 yaş üzeri kadınlar nadiren meme kanserine yakalanırlar		
12	Memede rastlanan kitlelerin çoğu kanserlidir.		
13	Bugünlerde birçok kadın için meme kanseri memenin alınmamasına (mastektomi) rağmen başarı ile tedavi edilebilir.		
14	Memedeki kanserli bir kitle acı vermeye başladığında başarılı tedavi için artık çok geçtir		
15	Memeyi çevreleyen ve koltuk altında yer alan lenf bezleri alınmadığı takdirde meme kanseri tedavi edilemez.		
16	Meme kanseri bazen kitlenin alımıyla (lampektomi) ve radyasyon tedavisi ile başarı ile tedavi edilebilir		
17	Ailesinde meme kanseri öyküsü olan bir kadının tedavi edilebilme olasılığı ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan bir kadında göre daha düşüktür.		
18	Bir kadın memedeki kanserli kitleyi hissedebiliyorsa etkili tedavi için geç kalınmıştır.		
19	Çok erken evresinde yakalansa bile meme kanserinde tedavi şansı tüm meme alındığı takdirde çok daha iyidir		
20	Erken teşhis ve tedavi olsa bile, meme kanserine yakalanan bir kadının normal bir yaşam süresine sahip olması olası değildir.		

Ek-4 Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz

TOPLAM PUAN:	**HİÇ**	**HAFİF DÜZEYDE** Beni pek etkilemedi	**ORTA DÜZEYDE** Hoş değildi ama katlanabildim	**CİDDİ DÜZEYDE** Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek-5 Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz.

BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĞU işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

1.(0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2.(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek hakkında karamsarım.

(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum

4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5.(0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.

7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11.(0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

(3) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

12.(0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiç karar veremiyorum.

13.(0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

(1) Daha yaşlanmışım ve çetnisiteinleşmişim gibi geliyor.

(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çetnisiteinleştiğimi hissediyorum.

(3) Kendimi çok çetnisitein buluyorum.

14.(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Bir şeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor.

(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor.

(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

15.(0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

16.(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

17.(0) İştahım her zamanki gibi

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

18. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
    (1) İki kilodan fazla kilo verdim.
    (2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
    (3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

19. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
    (1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
    (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
    (3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
    (1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
    (2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
    (3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
    (1) Cezalandırılabileceğimi seziyorum.
    (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
    (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.