



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, KONYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

MEMESİNDE KİTLE OLAN HASTALARDA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİNİN KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şule BALCI





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, KONYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

MEMESİNDE KİTLE OLAN HASTALARDA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİNİN KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şule BALCI

İkinci Tez Danışmanı
Uzm. Dr. İbrahim SOLAK

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mehmet Ali ERYILMAZ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

KONYA-2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
TEŞEKKÜR iv
KISALTMALAR v
TABLO LİSTESİ viii
ŞEKİL LİSTESİ ix
ÖZET x
ABSTRACT xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. MEME ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ 3
2.2. MEME LEZYONLARI 4
2.2.1. Benign Lezyonlar 5
2.2.2. Premalign Lezyonlar 9
2.2.3. Malign Lezyonlar 10
2.2.4. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi 13
2.2.5 Meme Kanserinin Risk Faktörleri 17
2.2.6. Meme Lezyonları Teşhis Yöntemleri ve Meme Kanseri Tarama Prensipleri 20
2.2.7. Meme Kanserinde Evreleme 24
2.2.8. Meme Kanserinde Tedavi 25
2.3. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KAVRAMI VE TARİHÇESİ 25
2.4. TÜRKİYE'DE GETAT UYGULAMALARI 27
2.5. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ 28
2.5.1. Fitoterapi 28
2.5.2. Akupunktur 29

2.5.3. Kupa Terapi 29
2.5.4. Sülük Tedavisi (Hirudoterapi) 30
2.5.5. Hipnoz 31
2.5.6. Ozon Terapi 31
2.5.7. Mezoterapi 31
2.5.8. Apiterapi 32
2.5.9. Proloterapi 32
2.5.10. Osteopati 33
2.5.11. Refleksoloji 33
2.5.12. Homeopati 33
2.5.13. Kayropraktik 33
2.5.14. Larva Uygulaması 34
2.5.15. Müzik Terapi 34
3. GEREÇ YÖNTEM 35
3.1. ETİK KURUL İZNİ 35
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ 35
3.3.ÇALIŞMA ANKETİ 35
3.4. ÇALIŞMA VERİLERİNİN TOPLANMASI 36
3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN İSTATİKSEL ANALİZİ 36
4. BULGULAR 37
4.1. MEMESİNDE KİTLE OLAN KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 37
4.2. MEMESİNDE KİTLE OLAN KADINLARIN HASTALIKLARINA YÖNELİK ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI 40
4.3. MEMESİNDE KİTLESİ OLAN KADINLARIN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİ İLE KULLANMA DURUMLARI 42

4.4. MEMESİNDE KİTLE OLAN KADINLARIN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KULLANMASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER 46
5. TARTIŞMA 49
6. SONUÇLAR 58
7. KAYNAKLAR 60
8. EKLER 73
8.1. Ek 1. Anket Formu 73
8.2. Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 77

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 ve Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'na, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU'na, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Doç. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a, olmak üzere emeği ve katkısı bulunan tüm hocalarıma, teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez yazma sürecimde desteğini esirgemeyip yardımcı olan, bilgi ve tecrübelerini paylaşan Uzm. Dr. İbrahim SOLAK'a teşekkür ve saygılarımı sunarım. İhtisas sürecimde dayanışma ve dostluk içinde çalıştığım Uzm. Dr. Selma PEKGÖR ile Uzm. Dr. Duygu İlke YILDIRIM'a teşekkür ve saygılarımı sunarım. Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum ve pek çok şey paylaştığım asistan arkadaşlarıma, her zaman yanımızda olan çalışma arkadaşımız Zübeyde ÇOBAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam sürecinde yardımları için Meme Polikliniği ekibine, Uzm. Dr. Nergis AKSOY SÖNMEZ'e, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Mehmet UYAR'a teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi ve özverileriyle bugünlere gelmemi sağlayan, hoşgörüleri ile her zaman yanımda olan sevgili anneme, babama, eşime ve kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Şule BALCI

Konya 2020

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ADH : Atipik Duktal Hiperplazi

AJCC : "The American Joint Committee on Cancer" (Amerikan Kanser Ortak Komitesi)

ALH : Atipik Lobüler Hiperplazi

BI-RADS : "Breast İmaging Reporting And Data Systems" (Meme Görüntüleme-Raporlama ve Veri Sistemi)

BRCA : "Breast Cancer Gene" (Meme Kanseri Geni)

BMI : "Body Mass Index" (Vücut Kitle İndeksi)

CC : "Craniocaudal" (Kraniyokaudal)

DCIS : "Ductal Carcinoma In Situ" (Duktal Karsinoma İn situ)

DM : Diyabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EGFR : "Epidermal Growth Factor Receptor" (Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü)

ER : "Estrogen Receptor" (Östrojen Reseptörü)

GETAT : Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

GLOBOCAN: "Estimates of Worldwide Burden of Cancer" (Dünya Çapında Kanser İnsidans, Prevelans ve Mortalite Ölçümü)

HER2 : "Human Epidermal Growth Factor Receptor 2" (Human Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü 2)

HRT : Hormon Replasman Tedavisi

HT : Hipertansiyon

IDC : “Invasive Ductal Carcinoma” (İnvaziv Duktal Karsinom)

ILC : “Invasive Lobular Carcinoma”(İnvaziv Lobüler Karsinom)

İMK : İnflamatuar Meme Kanseri

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM : Klinik Meme Muayenesi

KTO : Karatay Ticaret Odası

LCIS : “Lobular Carcinoma In Situ”(Lobüler Karsinoma İn Situ)

MG : Mamografi

MKC : Meme Koruyucu Cerrahi

MLO : Medyolateral Oblik

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

NCCIH : “National Center For Complementary And İnteragtive Health” (Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi)

PET-CT : “Positron Emission Tomography-Computed Tomography” (Pozitron Emisyon Tomografisi-Bilgisayarlı Tomografi)

PPD : Pozitif Prediktif Değer

PR :Progesteron Reseptörü

PTEN : Protein Tirozin Fosfotaz ve Tensin Homoloğu

RR : Rölatif Risk

SBÜ : Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

SUAM : Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

USG : Ultrasonografi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Benign Meme Lezyonları ve Meme Kanseri Gelişme Riski (13) 5
Tablo 2. Türkiye'de Erkeklerde Yıllara Göre En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (Yüz binde, Dünya Nüfusu) 14
Tablo 3. Türkiye'de Kadınlarda Yıllara Göre En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (Yüz binde, Dünya Nüfusu) 15
Tablo 4. Türkiye'de Cinsiyete Göre En Sık Görülen İlk 10 Kanser Türünün İnsidansı (Yüz binde, Dünya Nüfusu), 2018.....15
Tablo 5. Türkiye'de En Sık Görülen İlk 10 Kanser Türünün İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması (Yüz binde, Dünya Nüfusu), 2018 16
Tablo 6. Kadın Meme Kanserlerinde Histolojik Alt Tiplerinin Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015).....16
Tablo 7. Meme Kanseri Risk Faktörleri (61).....20
Tablo 8. Meme Kanserinde TNM Evrelemesi (74) 25
Tablo 9. Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi'nin (NCCIH) GETAT Sınıflandırması (78) 27
Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri 37
Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Öykü Özellikleri 39
Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Obstetrik Özellikleri, OKS Kullanımı ve Menopoz Durumları 39
Tablo 13. Memesinde Kitle Olan Kadınların Hastalığın Seyri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....40
Tablo 14. Memesinde Kitle Olan Kadınların GETAT Yöntemi Kullanma Durumuna Göre Dağılımları.....42
Tablo 15. Memesinde Kitle Olan Kadınların GETAT Kullanma Nedenleri, GETAT'ın Etkinliğine Yönelik Görüşleri 43
Tablo 16. Memesinde Kitle Olan Kadınların Sosyodemografik Özellikler, Kitlenin Türü ve Ek Hastalıkla GETAT Yöntemi Kullanıp Kullanmama Durumu Arasındaki İlişki 46
Tablo 17. Memesinde Kitle Olan Kadınların Kitle Boyutuna GETAT Kullanımının Etkisi 47

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Memenin Yapısı (8) 3
Şekil 2. Aksilla Lenf Nodları Level 1-3 ve 6 Grup (8)..... 4
Şekil 3. Pasta Grafikleri, 2018'de Tüm Dünyadaki Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser İçin Yeni Vaka ve Mortalite Dağılımı 13

ÖZET

Memesinde Kitle Olan Hastalarda Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi

Amaç: Meme kitleleri kadınlarda sık görülen ve endişeye sebep olan bir hastalıktır. Hastalar modern tıbbın yanında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) yöntemlerini de günümüzde birçok hastalık için uygulamaktadır. Biz bu çalışmamızda memesinde kitle olan kadınların ne oranda GETAT yöntemlerini kullandığını, sosyodemografik özelliklerin GETAT yöntemlerini kullanmaya etkisini, GETAT yöntemlerinin etkinliğini, benign ve malign kitlesi olanlar arasında kullanım durumu farklılığını ve GETAT kullanan hastaların kitle boyutlarında bir değişiklik olup olmadığını görmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Bu araştırma SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Meme Polikliniği'nde memede kitle nedeniyle takip edilen kadınlardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve dâhil edilme kriterlerine uygun hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılanlara literatür taranarak hazırlanan sosyodemografik bilgiler ile GETAT yöntemlerine ilişkin görüşleri de sorgulayan anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların tetkikleri hastane bilgi yönetim sisteminden retrospektif olarak taranmıştır. İlk başvuru ile son başvurudaki meme ultrasonografi (USG) sonuçlarındaki kitlenin türü, kitlenin açık adı, başlangıçtaki kitle boyutu ile son başvurudaki kitle boyutu ve kitle sayısı kaydedilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS 22,0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 18-74 yaş arasında 300 kadın dâhil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 43,47(±10,07) dir. Kadınların %91,7'si evli, %83,7'si çalışmıyordu, %71,3'ü ortaokul ve altı eğitim düzeyindeydi. Araştırmaya katılanların %86,7'sinde benign, %13,3'ünde malign kitle mevcuttur, %82,3'ü herhangi bir medikal tedavi kullanmıyordu.

Memesinde kitle olan kadınların %92‘si herhangi bir GETAT yöntemi kullanmazken, %7,7‘si bir GETAT yöntemi kullanmaktadır. GETAT yöntemi kullananların %91’inin kitlesi benign, %8,7’sinin malign karakterdedir. GETAT kullananların %69,6’sı hiçbir medikal tedavi kullanmamıştır.

GETAT kullanan ve kullanmayan kadınların ilk ve son kitle boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Araştırmaya katılanlardan çalışan ve eğitim düzeyi yüksek kadınlarda GETAT yöntemleri kullanım durumu istatistiki olarak daha anlamlıdır. GETAT kullanan kadınların kitle boyutlarında küçülme olmasına rağmen bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Memesinde kitle olan hastalarda GETAT kullanımının kitle üzerine etkisini daha iyi gösterebilmek için, daha büyük, prospektif, GETAT yöntemlerinin ilgili uzmanlarca doğru uygulandığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: GETAT, meme kitleleri, meme kanseri,

ABSTRACT

Evaluation of the Use of Traditional and Complementary Medicine Methods in Patients with Breast Mass

Aim: Breast masses are a common and anxious disease in women. In addition to modern medicine, patients also apply Traditional and Complementary Medicine (GETAT) methods for many diseases today. In this study, we aimed to see to what extent women with breasts use GETAT methods, the effect of socio-demographic features on using GETAT methods, the effectiveness of GETAT methods, the difference in usage status among those with benign and malignant masses, and whether there is a change in the mass sizes of patients using GETAT.

Materials and Methods: Our research is a descriptive study. This study was carried out with patients who accepted to participate in the study and who complied with the inclusion criteria, from the women who were followed up because of a mass in the breast at SBU Konya Training and Research Hospital Breast Policlinic.

A questionnaire questioning the socio-demographic information prepared by scanning the literature and opinions about the GETAT methods was applied to the participants. The examinations of the patients participating in the study were retrospectively scanned from the hospital information management system. The type of the mass in the results of breast ultrasonography (USG) in the first application with the first application, the full name of the mass, the initial mass size, the mass size and the number of masses in the final application were recorded. SPSS 22,0 package program was used for statistical analysis.

Results: 300 women aged 18-74 were included in the study. The average age of the participants is 43,47 (± 10,07). 91,7% of women were married, 83,7% were not working. The educational level of 71,3% is secondary school and below. There is a benign mass in 86,7% and a malignant mass in 13,3%, 82,3% did not use any medical treatment.

While 92% of women with a mass in their breasts do not use any GETAT method, 7,7% use a GETAT method. The mass of 91% of those using the GETAT

method is benign and 8,7% of them are malignant. 69.6% of GETAT users did not use any medical treatment.

When the first and last mass sizes of women using and not using GETAT were compared, no statistically significant difference was found.

The rate of use of GETAT methods is higher in women who working and high education levels. Although there is a reduction in the size of women using GETAT, this is not statistically significant. In order to better demonstrate the effect of GETAT use on the mass in patients with breast mass, studies are needed where larger, prospective, GETAT methods are applied correctly by the relevant experts.

Keywords: Breast masses, breast cancer, GETAT

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Memedeki lezyonlar eski zamanlardan beri herkesin dikkatini çekerek çeşitli gözlemlerin yapılmasına neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) meme kanseri insidansını tüm dünyada yüz binde 46, Avrupa Bölgesi'nde yüz binde 70, Avrupa Birliği'nde yüz binde 79, Türkiye'de yüz binde 46 olarak bildirmiştir (1). GLOBOCAN (Dünya Çapında Kanser İnsidans, Prevelans ve Mortalite Ölçümü) verilerine göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde, Avrupa Birliği'ne bağlı 28 ülkede ve ülkemizde, kadın kanserleri arasında meme kanseri ilk sıradadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verilerine göre ülkemizde meme kanseri insidansı 100 binde 45,6 olup kadın cinsiyette halen en sık görülen kanserdir (1).

Geleneksel tıp uygulamaları çok eski tarihlere kadar uzanır. DSÖ'ye göre geleneksel tıp; fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bu hastalıklara tanı koyma ve iyileştirmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlere özgü inançlar, teoriler ve tecrübelere dayalı açıklanabilen veya açıklanamayan bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür (2). İnsanlar tarih boyunca bulundukları çağın gerekleri ve içinde yaşadıkları toplumun değer yargılarıyla ilişkili çeşitli hekimlik uygulamaları denemişler, her türlü hastalık durumlarında çeşitli yöntemler kullanmışlardır. Hastalık nedenlerinin kötü ruhlar olduğuna inanıldığı ilkel çağlardan günümüz modern tıbbının gelişmesine kadarki olan zamanda, bilimsel gelişmeler doğrultusunda toplumların kültürel yapıları ve sağlık anlayışları da değişmiştir. Kişiler, içinde yaşadıkları kültüre, eğitim düzeylerine ve sağlık konusundaki inançlarına uygun olarak yakın çevresindeki güvenilir kişilerden, geleneksel iyileştiricilerden, ya da uzmanlığı onaylanmış profesyonellerden yardım istemişlerdir. Bu arayışlar sonucunda birbirinden farklı sağlık uygulamaları gelişmiştir. Başka bir deyişle insanlar modern tıbbın tedavi ve önerilerinin yanı sıra yaygın biçimde kendi sağlık kültürlerinin sonucu olan uygulamaları kullanmışlardır (3).

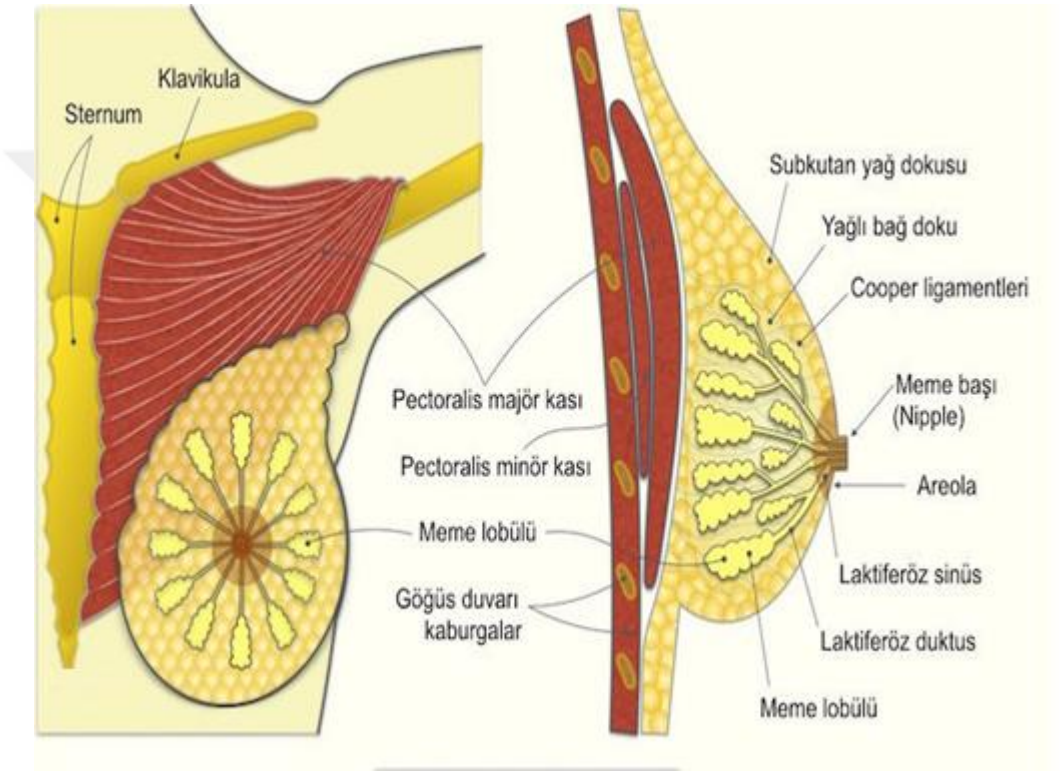
Meme kanseri tedavisini cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavi oluşturmaktadır (4). Kanser hastaları hem mevcut hastalığa hem de kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerine bağlı ağrı, kaşeksi, alopesi, bulantı, kusma,

dehidratasyon, tat değişikliği, mukozit, kemik iliği supresyonu, anksiyete, depresyon vb. fiziksel, ruhsal ve duygusal semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar. Buna benzer semptomlar kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu semptomlar onkoloji alanında çalışan sağlık ekibinin de önem verdiği konulardandır (5). Çoğu kanser hastası fiziksel, ruhsal ve duygusal iyilik halini geliştirmek ve kanser tedavisine bağlı oluşan yan etkileri azaltmak amacıyla GETAT yöntemlerine başvurmaktadır. Meme kanseri hastalarında GETAT kullanım sıklığı ile ilgili 16 çalışmanın incelendiği bir derlemede, GETAT kullanım sıklığının %24 ila %98 arasında olduğu saptanmıştır (6). Biz bu çalışmamızda memesinde kitle nedeniyle takip edilen hastaların ne oranda GETAT yöntemlerini kullandıklarını, sosyodemografik özelliklerinin ve kitle türünün GETAT kullanma üzerine etkisini, GETAT kullanma nedenlerini, hangi yöntemleri tercih ettiklerini, kitle boyutlarında bir değişiklik olup olmadığı ile ilgili bilgi sahibi olmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MEME ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ

Meme göğüs duvarına yerleşmiş cilt, fibroglandüler meme dokusu (lobül ve destekleyici fibröz doku), yağ ve nörovasküler yapıları içerir (7). Her iki meme toraks ön duvarında, üstte 2. kosta altta 6. kosta, medialde sternum ve lateralde ön aksiller çizgi arasında ve pektoralis majör kasına yapışmış olarak bulunur (8) (şekil 1).



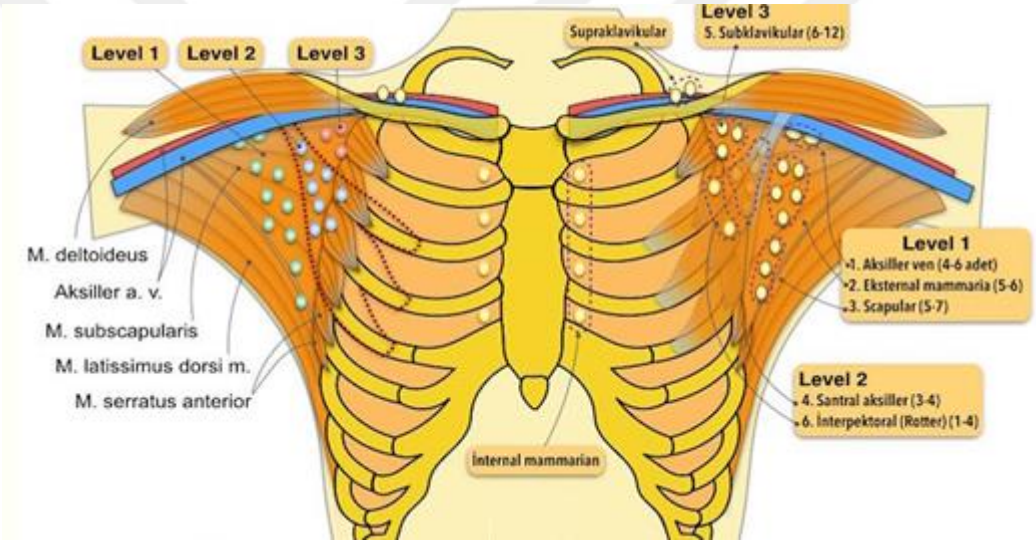
Şekil 1. Memenin Yapısı (8)

Memenin çapı ortalama 10-12 cm olup, laktasyondaki memenin ağırlığı 400-500 gram, laktasyonda değilse ağırlığı 150-200 gramdır (8). Olgun bir meme bezi 15-20 meme lobundan oluşur, her lopta 20-40 lobül ve her lobülde 10-100 arasında alveol bulunmaktadır. Alveoller içindeki asiner hücreler süt yapımından sorumludur (8). Anne sütü asinüs ve lobüllerin açıldığı duktuslar yoluyla meme başına ulaştırılır. Meme başı çevresi areola denilen kahverengi renkli ve meme başının kasılmasını kolaylaştırıcı düz kas lifleri bulunan ciltle kaplıdır (8).

Memenin arterleri medialde internal torasik arter (internal torasik arter, internal mammarian arter olarak da isimlendirilir) ve bunun perforan dalları, lateralde ise aksiller arter ve dallarıdır. Memenin venleri arterlere paralel olarak, aksiller ven, internal torasik venler, anterior interkostal venlerdir (8).

Memenin innervasyonu genelde 2. ila 6. interkostal sinirlerin dallarıyla olmakta ve meme başını ise 4. interkostal sinir dalları innerve etmektedir (8, 9).

Memenin lenfatik drenajının %75'i aksiller lenf nodlarına, geriye kalan ise internal torasik arterin çevresinde bulunan lenf nodlarına olmaktadır (8). Aksillada 6 gruba ayrılmış 20-50 adet lenf nodu bulunmaktadır. Bu lenf nodları pektoralis minör kasına göre level 1, level 2, level 3 olarak üçe ayrılır (8) (şekil 2).



Şekil 2. Aksilla Lenf Nodları Level 1-3 ve 6 Grup (8)

2.2. MEME LEZYONLARI

40 yaş üstü kadınlarda fizik muayenede tespit edilen lezyonlar, iyi huylu oldukları ispatlanıncaya dek olası kanser olarak kabul edilmelidir ve bundan sonra yapılacak her tanısal işlem kanseri dışlamaya yönelik olmalıdır (10). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada, 1996-2000 yılları arasında meme kanseri teşhisi konan kadınların yüzde 31'inin 50 yaşından küçük olduğu görülmüştür (11). Meme lezyonları benign, premalign ve malign lezyonlar olarak sınıflandırılabilir.

2.2.1. Benign Lezyonlar

Benign meme lezyonları hücre proliferasyon derecesi ve atipi varlığına göre, non proliferatif ve proliferatif (atipili, atipisiz) lezyonlar şeklinde sınıflandırabilir. Proliferatif olmayan lezyonlarda kanser riski belirgin olarak artmayıp, atipisiz proliferatif lezyonlarda hafif derece, atipili proliferatif lezyonlarda ise önemli ölçüde risk artışı vardır (12).

Proliferatif olmayan meme lezyonları: Kanser riskini belirgin olarak artırmazlar. Bu grupta kistler, duktal ektazi, periduktal fibrozis, papiller apokrin değişiklikler, nonsklerozan adenozis, hafif epitel hiperplazisi ve epitel kalsifikasyonları bulunur (13).

Atipisiz proliferatif meme lezyonları: Meme kanseri riskini 1,5–2 kat artırır. Duktal hiperplazi, intraduktal papillomlar, sklerozan adenozis, radial skar, fibroadenomlar bu gruba girer (13).

Atipili proliferatif lezyonlar: Meme kanseri riskini 4-5 kat artırır. Bu grupta atipik duktal hiperplazi (ADH) ve atipik lobuler hiperplazi (ALH) vardır (13).

Tablo 1. Benign Meme Lezyonları ve Meme Kanseri Gelişme Riski (13)

Patolojik Lezyon	**Rölatif Risk (RR) (Yaşam Boyu Risk)**
Proliferatif olmayan meme değişikleri ➢ Kistler ➢ Apokrin değişikler ➢ Fibroadenom (kompleks özelliği olmayan) ➢ Fibrokistik değişiklikler ➢ Adenozis ➢ Hafif hiperplazi ➢ Duktal ektazi	1
Proliferatif atipisiz hastalık ➢ Papilloma ➢ Sklerozan adenozis ➢ Orta derece veya florid hiperplazi ➢ Kompleks özellikleri olan fibroadenom ➢ Kompleks sklerozan lezyon (radyal skar)	1,5-2
Proliferatif atipili hastalık ➢ Atipik duktal hiperplazi (ADH) ➢ Atipik lobüler hiperplazi (ALH)	4-5

2.2.1.1. Fibrokistik değişiklikler:

Fibrokistik değişiklik kistik mastopati, kronik kistik değişiklik olarak adlandırılırken kadınların %50'sinde fizik muayene ile %90'ında ise histopatolojik olarak gözlemlendiği için şimdilerde 'fibrokistik değişliklikler' olarak isimlendirilmektedir (14). Fibrokistler genellikle asemptomatik olup nadiren ağrı yapabilir. Rastlantısal olarak radyolojik görüntülemelerde saptanabilir.

Kist formasyonu, fibrozis ve adenozis olmak üzere üç morfolojik patolojik özelliğe sahiptir (14). Makrokist ve mikrokist şeklinde görülebilirler. Kistik meme hastalıkları en sık görülen basit kistten nadir görülen papiller intrakistik karsinomaya kadar geniş bir yelpazeye sahiptir (15).

Memenin makrokistik hastalığı kadınlarda en sık görülen benign meme hastalığıdır. 30-50 yaşlar arasındaki kadınların üçte birinde görülür (15). Memenin kistik hastalığı yaşamın üçüncü ve dördüncü dekatlarında hormonal fonksiyon en üst seviyedeyken klinik olarak belirginleşmesi, steroid ve peptit hormonlarının kist oluşumuna katkıda bulunabileceğini gösterir (15). Postmenopozal kadınlarda meme kistleri sık olmadığı için, postmenopozal kadında gelişen bir kist, hasta hormon replasman tedavisi (HRT) almıyorsa şüphe ile görülmelidir (15).

2.2.1.2. Fibroadenom:

Fibroadenom meme lobüllerinden kaynaklanan stromal ve epitelyal hücrelerden oluşabilir. Genç kızlarda özellikle 20-30 yaş grubunda görülen, memenin en yaygın benign neoplazisidir (16). Fibroadenomlar, sınırları keskin, lastik kıvamında kitlelerdir. Fibroadenomlar genellikle tek bir tümör olarak oluşur. Bununla birlikte, hastaların %15'inde birden fazla görülebilir ve %10'u bilateral olabilir (16). Histolojilerine ve boyutlarına göre sınıflandırılırlar. Basit fibroadenomlar en yaygın tiptir ve genellikle çapı 3 cm'ye kadar olan pürüzsüz mobil kitlelerdir. Fibroadenomlar hamilelikte veya hormonal etkide artış olduğunda hızla büyüyebilir. 5 cm'den büyük olanlara dev fibroadenomlar denir (16). Çoğu basit fibroadenomların meme kanseri riski yoktur. Özellikle kompleks fibroadenomların artmış kanser riski olduğu bilinmektedir. Aile hikâyesi pozitif olanlarda artmış meme kanseri riski vardır. Tru-cut biyopsi ile kesin tanı konulduktan sonra 3–6 ay arasında klinik meme muayenesi (KMM) ve USG ile yakın takip edilmelidir. Semptomatik hale gelir veya boyut artışı

olursa cerrahi önerilir. Kısa zamanda büyüme olması halinde filloides tümör ayırıcı olarak düşünülmelidir (17).

2.2.1.3. Fibroadenolipom (Hamartom):

Fibroadenolipom, literatüre göre düşük insidansı olan nadir bir lezyondur. Bu düşük insidans yetersiz teşhisin bir sonucu da olabilir. Fibroadenolipomlara, baskın bileşenlerine göre fibroadenolipom, lipofibrodenom veya adenolipom da denir. Hamartom genellikle tek taraflıdır ve bir organoid yapı gösterir. Bir psödokapsül ile çevrili laktif kanallar, meme bezleri, bağ ve yağ dokusundan oluşur. Genellikle ağrısızdır (18).

2.2.1.4. Lipom:

Memenin lipomu, olgun yağ hücrelerinden oluşan iyi huylu, genellikle soliter bir tümördür. Lipomu klinik olarak diğer durumlardan ayırt etmek bazen zordur, bu nedenle teşhis ve tedavi zorluklarına neden olur (18). Fizik muayenede keskin sınırlı, düzgün, mobil, hassas olmayan yumuşak veya lobüler kitleler olarak hissedilir. Belirgin bir görülme yaşı yoktur, ancak orta yaşlı kadınlarda daha fazla ortaya çıkabilir. Literatürde meme lipomunun görülme sıklığı konusunda net bir bilgi yoktur (14).

2.2.1.5. Yağ nekrozu:

Memenin yağ nekrozu, perimenopozal kadınları en sık etkileyen iyi huylu lezyonlardır. Meme kanserini klinik veya radyolojik olarak taklit edebilir. İnsidansının %0,6 olduğu ve tüm benign meme lezyonlarının %2.75'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir (19). Yağ nekrozu; cerrahi operasyon, iskemi, travma ya da kimyasal irritanlara bağlı oluşabilir. Yağ nekrozu basit bir yağ kistinden sınırları düzensiz kitle formuna kadar değişiklik gösterebilir (20).

2.2.1.6. Adenom:

Memenin tübüler adenomu, tüm benign tümörlerin %0,13 ila %1,7'sini oluşturan en nadir iyi huylu neoplazmlardan biridir. Tipik olarak, tübüler adenom genç kadınlarda, çok nadiren menarştan önce veya menopozdan sonra ortaya çıkar. Tübüler adenomun preoperatif tanısı oldukça zordur, sadece histoloji kesin ve doğru bir tanı koyabilir (21). Tübüler meme adenomlarının klinik ve radyolojik özellikleri

fibroadenomlara benzerdir bu nedenle kesin tanı koymak için cerrahi eksizyon gereklidir (21).

2.2.1.7. Galaktosel:

Galaktosel patolojik olarak süt içeren kübik epitel ile kaplı iyi huylu nadir görülen bir kistik lezyon olarak tanımlanır. Bu lezyonlar çoğunlukla emzirirken veya emzirmeden sonraki birkaç ay içinde kadınlarda bulunur. Galaktoseller emzirme döneminde karsinomları taklit edebilen, en yaygın iyi huylu meme lezyonlarıdır. Galaktoseller sıradan kistlere benzer, ancak berrak sıvı yerine süt içerirler. Fibroadenom, karsinom ve diğer meme kitlelerini taklit edebilirler (22). Bir galaktoselin mamografik ve sonografik görünümleri, sıvıdaki yağ miktarına, sıvının viskozitesine ve ayrıca protein miktarına bağlıdır. Sütün aspirasyonu genellikle tanıyı doğrular (23).

2.2.1.8. Benign fibrozisler:

Memede stromal fibroz iyi huylu bir patolojik varlıktır. Öncelikle, meme asinus ve kanallarının fibrozisi ile karakterizedir (24). Kesin etiyoloji bilinmemektedir. Bununla birlikte, benign fibrozislerin östrojene bağlı fibroblastik proliferasyon, inflamasyonun son aşaması veya bir tip meme infiltrasyonu gibi çeşitli durumlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (24).

2.2.1.9. Adenozis:

Sklerozan adenozis, memenin hem epitelyal hem de mezenkimal bileşenlerini içeren iyi huylu proliferatif bir lezyonudur. Genellikle asemptomatik olup tarama mamografisi veya başka nedenlerle histopatolojik inceleme yapılan, perimenopozal kadınlarda tesadüfi bir bulgudur. Bu hastalığın etyolojisi hala bilinmemektedir (25). Jensen ve Page 1950-1968 arasında tanı konmuş sklerozan adenozisli 349 kadını incelemiş ve meme kanseri için 2,1 nispi bir risk bulmuşlardır (26).

2.2.1.10. İntramamarian lenf nodları:

Benign intramamarian lenf nodları tüm mamografilerin %5'inde görülebilir. Genellikle memenin üst dış kadranına yerleşmiştir. İntramamarian lenf nodlarının ortasında karakteristik radyolüsen görünüm ya da periferal çentik saptanabilir (27).

2.2.2. Premalign Lezyonlar

2.2.2.1. Filloid tümör:

Memenin filloid tümörü, tüm meme neoplazmlarının % 1'inde ve fibroepitelyal meme tümörlerinin % 2 ila % 3'ünde görülen nadir lezyonlardır. Filloid tümör genellikle 35-55 yaş arası kadınlarda görülür ve erkeklerde yalnızca birkaç vaka bildirilmiştir (28). 1981'de DSÖ histopatolojik bulgularına göre üç alt gruba "iyi huylu (%35-64)", "sınırda" ve "malign" olarak ayırmıştır (29).

2.2.2.2. İntraduktal papillom:

Süt kanalının epitelinden kaynaklanan iyi huylu bir büyüme olan intraduktal papillom, sorunlu bir histolojik tanı örneğidir. Heterojenitesi ve malign büyüme birlikteliği riski nedeniyle, intraduktal papillom belirsiz malignite potansiyeli olan bir lezyondur (30). Papillomlar, nadirdir ve tru-cut biyopsilerde görülme oranı yaklaşık %6'dır. İntraduktal papillomlar genellikle premenopoz kadınlarda saptanır. En sık görülen semptomlar seröz veya kanlı meme başı akıntısıdır. Hastalarda çoğu zaman palpasyon ile ele kitle gelmez (31). Soliter intraduktal papillomlar genellikle 40-55 yaşları arasında görülür. Nadiren malignleşebilir; atipi ile birlikte olmadığı sürece meme kanseri riskini arttırmaz (31).

2.2.2.3. Atipik duktal hiperplazi:

Atipik duktal hiperplazi nadir görülen bir durumdur. Daha çok rastlantısal olarak saptanır. Mamografide saptanan benign mikrokalsifikasyonlarla birlikte (% 31) daha sık görülürken semptomatik benign biyopsilerin % 4'ünde görülür. (32). ADH genel populasyona göre dört ila beş kat artmış meme kanseri riski taşır (32). Atipik hiperplazi ve lobüler karsinoma in situ (LCIS), ipsilateral ve bilateral meme kanseri riski yüksek premalign öncü lezyonlar olarak kabul edilir. ALH ve ADH farklı davranmazlar ve her ikisi de benzer şekilde artan invaziv lobüler karsinom (ILC) ile invaziv duktal karsinom (IDC) riski ile ilişkilidir (33).

2.2.2.4. Atipik lobüler hiperplazi:

Atipik lobüler hiperplazi memenin lobüler ünitesinin genişlemesiyle ve asini hücrelerinin yarıdan daha azında neoplastik hücrelerin olmasıyla karakterizedir. ALH'nin histolojik görünümü LCIS'a benzer ancak ALH'de asiner hücrelerin daha azında tutulum vardır (34). ALH ve LCIS, invaziv karsinomun hem risk faktörü hem

de zorunlu olmayan öncüleridir (35). İpsilateral veya kontralateral meme kanseri gelişme riskinin ALH hastalarında 4-5 kat, LCIS hastalarında genel popülasyona göre 8-10 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (35). Page ve ark.'nın çalışmasında ALH'nin olduğu memede kanser gelişme riski karşı memedeki kanser gelişme riskinin yaklaşık üç katı olmakta ve bu durum 15 ile 20 yılda olabilmektedir (36).

2.2.3. Malign Lezyonlar

2.2.3.1. Karsinoma in situ:

1-Lobüler karsinoma in situ:

Genellikle bir meme biyopsisinde veya başka bir lezyonu hedefleyen cerrahi eksizyon örneğinde tesadüfi olarak saptanır. Bu nedenle, LCIS'ın gerçek insidansını tahmin etmek zordur. Bununla birlikte tarama mamografilerinin artması ve mamografik olarak belirsiz veya şüpheli lezyonların biyopsisinin artmasına bağlı olarak insidansı artmaktadır. LCIS tanısı sonrası göreli invaziv karsinom riski, genel popülasyonun yaklaşık 9-10 katıdır denebilir. LCIS, terminal duktal lobüler ünitelerde oluşan bir proliferasyondur ve asinin çoğunu (% 50'den fazlasını) dolduran ve genişleten neoplastik hücrelerden oluşur (37). LCIS'ın en zor ayırıcı tanısı in situ düşük dereceli solid duktal karsinomdur. Hücre adezyonunda yer alan bir hücre zarı molekülü olan E-cadherin'in immüno histokimyasal analizi, bu lezyonları ayırt etmek için faydalı olabilir. LCIS ILC'nin sade bir öncüsüdür (38).

2-Duktal karsinoma in situ:

Tarama mamografisinin rutin olarak kullanılmasından önce, duktal karsinoma in situ (DCIS) tüm meme kanserlerinin sadece %1-2'sini oluşturuyordu. Tarama mamografisinin yaygın olarak benimsenmesiyle, DCIS insidansı son otuz yılda çarpıcı bir şekilde arttı, şimdi yeni teşhis edilen tüm meme kanserlerinin % 20'sini oluşturuyor DCIS, süt kanalıyla sınırlı duktal epitel hücrelerinin malign proliferasyonu olarak tanımlanır. İnvaziv meme kanserinden in situyu ayıran yapısal sınır, taban zarıdır DCIS ve bir lezyon içindeki invaziv karsinomun birlikteliği, DCIS'ın invaziv karsinom için öncü bir lezyon olarak davrandığını düşündürmektedir (39).

2.2.3.2. İnvaziv karsinom:

1- İnvaziv duktal karsinom:

Meme karsinomlarının yaklaşık %75'ini oluşturarak en sık görülen histolojik alt tipidir (40). Genellikle 50 yaş civarında görülür. IDC'lerin çapı yaklaşık 2 cm olmakla beraber 4-5 cm'e ulaşabilen, sert kıvamda tümörlerdir (41, 42). Meme derisinde invazyon yaparak portakal kabuğu (peaud'orange) görünümüne neden olurlar. Meme başında çekilme, paget hastalığı ya da masif kitleler ile karşımıza çıkabilirler (14).

2- İnvaziv lobüler karsinom:

İnvaziv lobüler karsinom meme kanserlerinin yaklaşık %5-15'ini içererek ikinci sıklıkta görülmektedir (43). ILC insidansı özellikle postmenopoz sonrası artmaktadır bu artış HRT ile ilişkilendirilir (43). IDC hastaları ile karşılaştırıldığında, ILC'ler genellikle daha ileri bir aşamada, daha büyük tümör boyutları ve daha sık lenf nodu invazyonu ile teşhis edilir. Östrojen ve progesteron reseptörü daha sıklıkla pozitiftir (43, 44).

2.2.3.3. Medüller karsinom:

Tüm meme kanserlerinin %5'inden azını oluşturan medüller karsinomlar nadir meme kanseridir. DSÖ memenin medüller karsinomunu "kötü diferansiye hücreler ile yetersiz stroma ve belirgin lenfoid infiltrasyonundan oluşan iyi sınırlı bir karsinom" olarak tanımlar. Medüller karsinomlarda kanamaya bağlı santral nekroz genellikle görülür. Tipik medüller karsinom IDC'den daha iyi bir prognoza sahiptir (45).

2.2.3.4. Müsinöz karsinom:

Müsinöz karsinomlar, tüm invaziv meme karsinomlarının % 1-7'sini oluşturur. Müsinöz karsinomların patolojik ve klinik özellikleri histolojik olarak görülen müsin hacminin oranı ile sınıflandırılmıştır. Tüm tümör hücrelerinin hücre dışı müsin içine gömüldüğü karsinomlara saf müsinöz karsinomlar denir; bu lezyonlar IDC veya ILC'den daha iyi bir prognozludur. Mikst veya orta derecede müsinöz karsinomlar, genellikle daha klasik IDC ile birlikte hücre dışı müsin bölgelerine sahiptir (46).

2.2.3.5. Papiller karsinom:

İntraduktal papillomlar, göreceli olarak % 2–3 oranında yaygın neoplazmlardır. İntraduktal papillomlar öncelikle iyi huylu olsa da, bu lezyonlar klinik olarak, USG ve histolojik olarak papiller karsinom ile benzerlikleri nedeniyle sorun oluşturabilir. Papiller karsinom, meme kanserlerinin % 1-4'ünü oluşturan nadir bir kanserdir (47)

2.2.3.6. Tübüler karsinom:

Memenin tübüler karsinomu histolojik olarak küçük glandüler yapılardan oluşan iyi diferansiye karsinom hücrelerinden oluşur. Neoplastik olmayan meme dokusunda duktüle benzeyen iyi biçimlendirilmiş tübüller ile karakterizedir. Tümörün prognozu oldukça iyidir (48, 49).

Daha az görülen meme karsinomu türleri; skuamöz hücreli karsinom, mukoepidermoid karsinom, kribriform karsinom, adenoidkistik karsinomdur.

2.2.3.7. Memenin paget hastalığı:

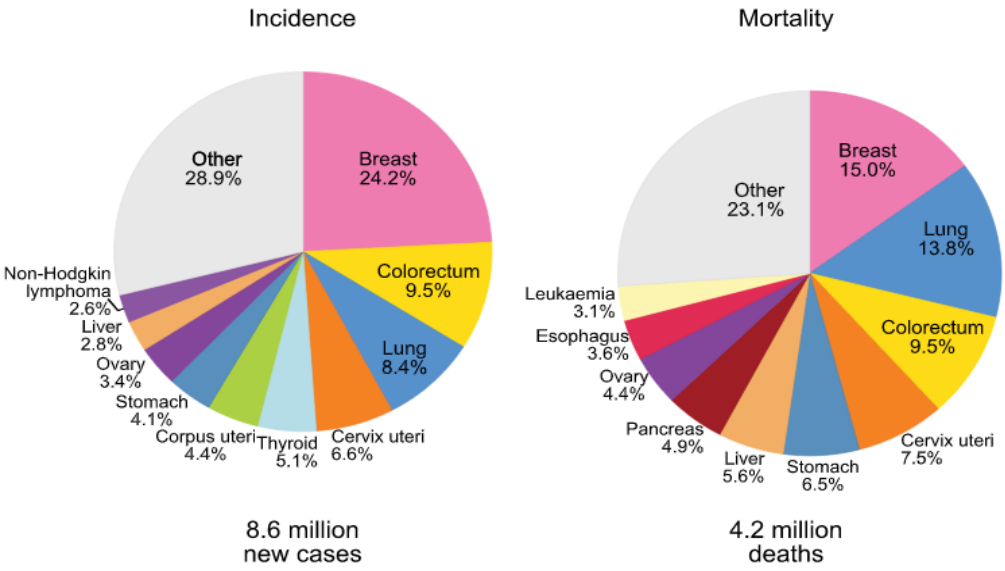
Memenin paget hastalığı tüm meme kanserlerinin % 0,7-4,3'ünde görülür. Postmenopozal kadınlarda, genellikle yaşamın altıncı dekatında (ortalama yaş 57 yıl) daha sık görülür. Meme başı ve areolayı tutan lezyonlar 0,3–15 cm boyutlarında, pembe/kırmızı renkte ve iyi sınırlanmış, yuvarlak egzama benzeri bir plak olarak bulunur. Sızıntılı, pullu veya kabuklu bir yüzeye sahiptir. Meme başı çekilmesi ve ülserasyonu sıklıkla görülür. Hastalar kaşıntı, karıncalanma, yanma veya ağrı gibi sübjektif semptomlar bildirir. Vakaların % 30-50'sinde altta yatan bir meme kanserini düşündüren sert meme nodülleri palpe edilebilir. Tümörler, genellikle areolaya yakın bulunan DCIS veya invaziv karsinomlardan oluşur (50).

2.2.3.8. İnflamatuar meme kanseri:

İnflamatuar meme kanseri (İMK) tüm meme karsinomlarının %1-5'ini oluşturan en agresif ilerleyen neoplazmdır. İMK'nin, lokal-bölgesel rekürrensi, uzak yumuşak doku ve kemik metastazı yüksektir. Genellikle prognozu kötü ve sağ kalım oranı azdır (51). Memede ödem, eritem ve "peaud'orange" İMK'nin üç kardinal bulgusudur ve bu fizik muayene bulgularının birlikte olması tanıyı kolaylaştırır (52).

2.2.4. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

GLOBOCAN 2018 verilerine göre bir yılda dünyada 18,1 milyon yeni kanser vakası olmuştur. Yaklaşık 9,6 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir (53). Mevcut verilere göre kadın cinsiyette meme kanseri en sık teşhis edilen kanserdir (% 24,2 yani dünya çapında kadınlarda yeni tanı konulan 4 kanserden biri meme kanseri) ve GLOBOCAN 2018'e dâhil olan 185 ülkenin 154'ünde en yaygın olanıdır. Kadınlarda kanser nedeniyle ölümlerin önemli bir kısmını oluşturur (%15) (53) (Şekil 3).



Şekil 3. Pasta Grafikleri, 2018'de Tüm Dünyadaki Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser İçin Yeni Vaka ve Mortalite Dağılımı

Meme kanserinin gelişmiş ülkelerdeki mortalitesi azalmış olsa da kadınlarda mortalitesi en yüksek kanser olmaya devam etmektedir. Mortalitenin en fazla olduğu yerler sırasıyla; Asya kıtası, Avrupa kıtası, Afrika'dır (54, 55). Amerikan kanser istatistiklerinin verilerine göre de erkeklerde en yaygın kanserler sırayla prostat, akciğer ve kolorektal kanserler olup tüm vakaların %43'ünü oluşturmaktadır. Kadınlar için en yaygın 3 kanser, tüm yeni tanıların % 50'sini oluşturan meme, akciğer ve kolorektal kanserdir; sadece meme kanseri kadın kanserlerinin % 30'unu oluşturur. Kansere bağlı en fazla ölüm erkeklerde akciğer, prostat ve kolorektum ile kadınlarda akciğer, meme ve kolorektum kanserlerinden kaynaklanmaktadır. Tüm kanser

ölümlerinin neredeyse dörtte biri akciğer kanserinden olmaktadır (56). Türkiye'nin batısındaki meme kanseri insidansı (50 / 100.000), doğusundaki meme kanseri insidansının (20 / 100.000) iki katından fazladır. Bunun nedeni "Batılılaşma hayatı" (erken menarş, geç menopoz, ilk doğum yaşının geç olması ve daha az emzirme, beslenme vb.) olduğu düşünülmektedir (57).

Tablo 2. Türkiye'de Erkeklerde Yıllara Göre En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (Yüz binde, Dünya Nüfusu)

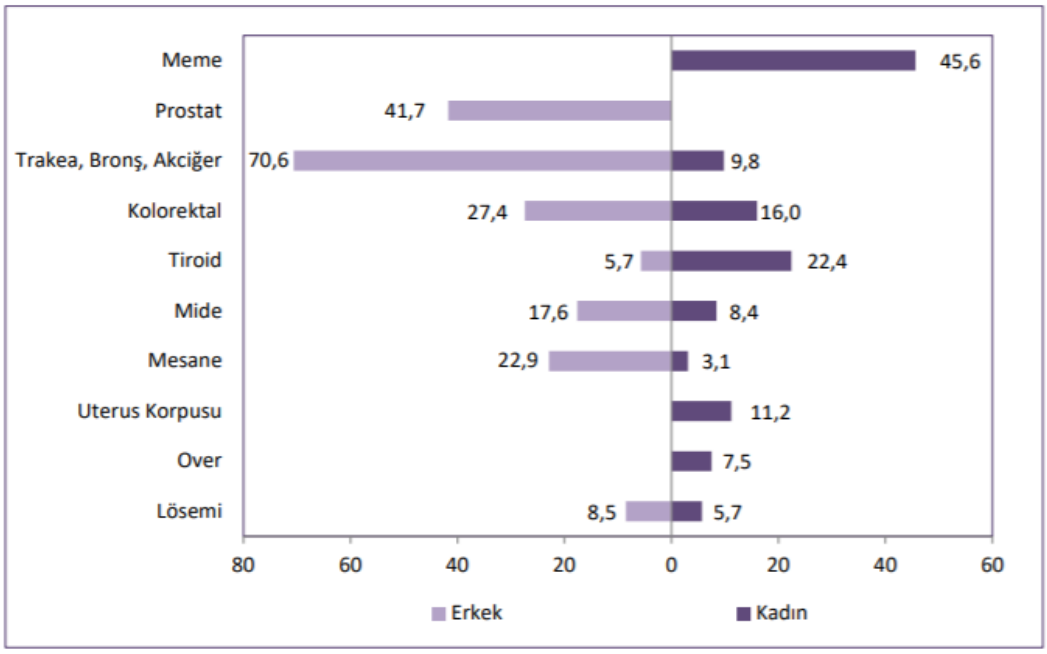
	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Trakea, Akciğer ve Bronş	42,2	61,0	62,3	60,4	59,3	52,5	52,5	57,7
Prostat	11,5	33,8	37,1	39,2	36,4	32,9	33,1	35,0
Kolorektal	11,8	20,7	22,4	24,7	24,4	22,8	23,1	25,3
Mesane	12,4	20,7	20,9	22,3	21,1	19,3	20,2	21,1
Mide	11,6	16,1	17,1	16,4	15,9	14,3	14,2	14,2
Böbrek	3,0	5,5	6,9	7,0	7,0	6,4	6,8	7,4
Non-Hodgkin Lenfoma	1,4	7,0	7,2	7,7	6,9	7,2	6,9	7,2
Larinks	6,9	7,7	8,1	7,8	7,0	6,2	6,6	6,2
Tiroid	0,5	4,7	5,1	5,4	5,6	5,5	6,0	6,2
Pankreas	3,1	5,7	5,6	5,8	6,3	5,1	5,6	5,7

Tablo 3. Türkiye'de Kadınlarda Yıllara Göre En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (Yüz binde, Dünya Nüfusu)

	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Meme	31,9	38,6	44,2	46,8	45,9	43,0	43,8	45,6
Tiroid	3,5	18,1	20,4	20,3	21,3	20,7	21,7	22,9
Kolorektal	9,3	13,1	13,3	15,2	15,3	13,8	14,4	14,2
Uterus Korpusu	4,3	9,6	10,5	10,1	9,9	9,8	10,0	10,5
Trakea, Akciğer ve Bronş	5,2	8,0	7,8	9,3	10,0	8,7	9,0	9,8
Mide	6,0	7,2	7,9	7,8	7,1	6,5	6,3	6,6
Over	5,9	6,6	7,3	7,3	7,0	6,1	6,4	6,4
Non-Hodgkin Lenfoma	1,2	5,3	5,0	5,2	5,3	5,0	4,9	5,1
Uterus Serviksi	3,9	4,0	4,5	4,5	4,6	4,0	4,5	4,3
Beyin, Diğer Sinir Sistemi	3,8	4,4	4,5	4,7	4,7	4,1	4,1	4,0

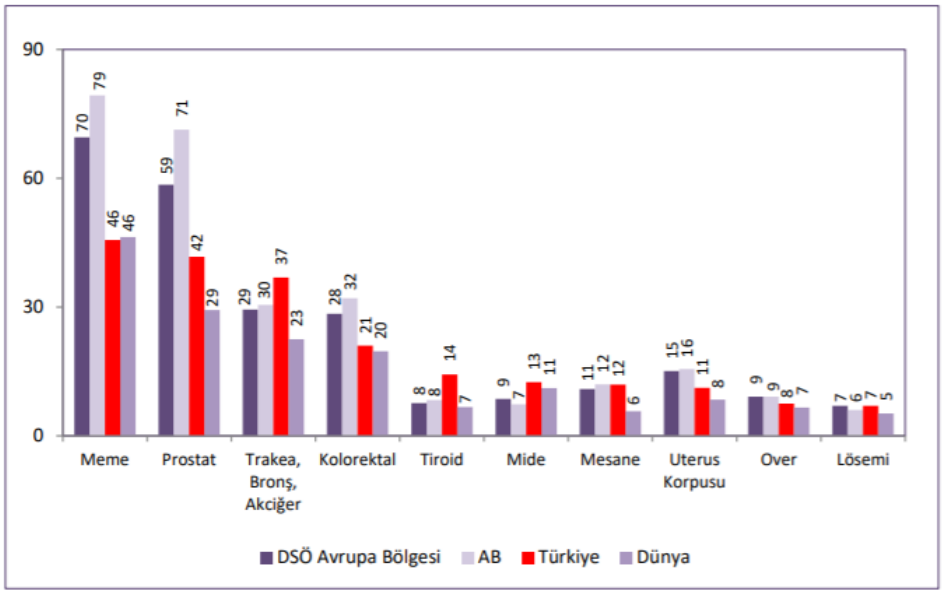
Türkiye'de meme kanseri insidansı yüz binde 45,6 ile kadın cinsiyette en sık görülen kanserdir (1).

Tablo 4. Türkiye'de Cinsiyete Göre En Sık Görülen İlk 10 Kanser Türünün İnsidansı (Yüz binde, Dünya Nüfusu), 2018



Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verilerine göre kanser insidansı sırayla erkek cinsiyette akciğer, prostat ve kolorektal kanserler iken kadın cinsiyette meme kanseri, tiroit ve kolorektal kanserlerdir (1).

Tablo 5. Türkiye'de En Sık Görülen İlk 10 Kanser Türünün İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması (Yüz binde, Dünya Nüfusu), 2018



Tablo 6. Kadın Meme Kanserlerinde Histolojik Alt Tiplerinin Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015)

Histolojik Tip (n=8380)		Yüzde
Duktal ve Lobüler		94,3
Infiltratif Duktal Karsinom	83,0	
Lobuler Karsinom	6,2	
Intraduktal Karsinom ve In Situ Lobuler Karsinom	3,2	
Infiltratif Duktal Mikst/Karışık Diğer Tür Karsinom	3,3	
Infiltratif Duktuler Karsinom	1,2	
Medüller Karsinom	0,9	
Infiltratif Lobuler Mikst/ Karışık Diğer Tür Karsinom	0,4	
Diğer	1,9	
Müsinöz		1,8
Adenokarsinom		1,6
Kompleks epitelyal		1,2
Yassı Hücreli		0,4
Fibroepitelyal		0,2
Deri ekleri		0,2
Diğer*		0,2
Toplam	100,0	100,0

*Asiner hücreli karsinom, Yumuşak doku tümörleri ve sarkomları, Fibramatöz, Fibroepitelyal, Kan damarı, Bazaloid Karsinom, Mukoepidermoid karsinom, Lipomatöz, Miyomatöz

Türkiye birleşik veri tabanı 2015 verilerine göre ülkemizde en sık görülen meme kanseri histolojik alt tipi IDC'dir (58).

2.2.5 Meme Kanserinin Risk Faktörleri

Meme kanserinde etyoloji diğer pek çok kanserde olduğu gibi genetik ve çevresel faktörler nedeniyle multifaktöriyeldir (59).

Meme karsinomu risk faktörleri aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (14):

1. Sosyodemografi (cinsiyet, yaş, ırk vb.)

2. Reprodüktif özellikler (ilk adet yaşı, parite, doğumla sonuçlanmış ilk gebelik yaşı, menopoz yaşı, emzirme, hiç doğum yapmamak, düşük doğum yapmak)

3. Ailevi/genetik özellikler (ailede meme kanseri hikâyesi, BRCA1/2 ve diğer meme kanserine neden olan gen mutasyonları)

4. Çevresel özellikler (sosyoekonomik düzey, alkol, HRT, 30 yaş öncesinde göğüs kafesi bölgesine radyoterapi alma gibi)

5. Diğer (memeden yapılan biyopsi sayısı, yoğun meme dokusu, atipik hiperplazi veya LCIS, meme kanseri hikâyesi, vücut kitle indeksi (BMI))

Demografik özellikler: Kadın cinsiyet meme kanseri riskini 100 kat artıran en önemli risk faktörüdür. Dünyada her 8 kadından yaklaşık 1'inde yaşam boyu meme kanseri gelişme riski vardır. Yaşlanma, kadın cinsiyetten sonraki ikinci risk faktörüdür. Amerika'da 20-59 yaş kadın kanserlerine bağlı ölümlerde meme kanseri ilk sıradadır (60). Ayrıca meme kanserlerinin yaklaşık %75'i 50 yaş üzerinde görülür (61).

Özmen ve ark.'nın çalışmasındaki verilere bakıldığında ülkemizin batı kesiminde meme kanseri insidansının doğu kesimine göre yaklaşık 2 katı olduğu saptanmıştır. Ülkemizin batısında meme kanserinin daha çok görülüyor olması buradaki batılı yaşam tarzının (daha az emzirme, ilk doğum yaşının 30'dan sonra olması, beslenme alışkanlıkları, erken menarş, geç menopoz gibi) sonucu olduğunu düşündürmektedir (57).

Reprodüktif öykü: Östrojene fazla maruziyet meme kanseri riskinin artışıyla ilişkilendirilmektedir (12 yaşından önce menarş, 55 yaşından sonra menopoz); östrojene maruziyetin azalması ise koruyucu özellik gösterdiği düşünülmektedir (RR:1,5-3,4). Hiç doğum yapmamak meme kanseri için risk faktörü (RR: 1,2-1,7)

olmasına rağmen birden fazla doğum yapmak meme kanserinde koruyuculuğu kesin değildir (14). Bir başka veride ise menopozdaki her 1 yıllık gecikmenin meme kanseri riskini % 3 artırdığı, menarştaki her 1 yıllık gecikmenin ve her ilave doğumun, meme kanseri riskini sırasıyla % 5 ile % 10 oranında azalttığı saptanmıştır (62, 63).

Ailesel/genetik risk faktörleri: Meme kanseri vakalarının yaklaşık dörtte biri aile hikâyesi ile ilişkilidir. Anne veya kız kardeşi meme kanseri olan kadınlar bu hastalığa yatkındır. Birinci derece akrabaları olan kadınların, bu hastalığı geliştirme riski, etkilenen akrabaları olmayan kadınlardan 1,80 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. İki adet birinci derece akraba olduğunda risk 2,9 kat daha yüksektir. Eğer yakın 30 yaşından önce meme kanseri tanısı almış ise risk 2,9 kat, 60 yaş sonrası tanı almış ise risk 1,5 kat artar (14, 64, 65).

Meme kanseri ile ilişkili gen 1 ve 2 (BRCA1 ve BRCA2) meme kanseri riskinden sorumlu iki ünlü anti-onkojendir. Bir birey BRCA1 veya BRCA2 genlerinde zararlı mutasyonları alırsa meme kanseri riski büyük ölçüde artabilir. Genel bakıldığında meme kanseri riskinin kalıtımla alakası %10'dur. BRCA1/2 gen mutasyonları genetik meme kanserlerinin %60-80'inde, tüm meme kanserlerinin ise %5-10'unda görülmektedir (66). İnsan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (HER2), meme kanserinde önemli bir onkojendir. Primer meme kanserlerinin yaklaşık % 20'sinde tespit edilen HER2'nin aşırı ekspresyonu kötü klinik sonuçları gösterir. Ayrıca insanlarda epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR)'nün aşırı ekspresyonu üçlü negatif meme kanseri vakalarının (östrojen reseptörü (ER), progesteron reseptörü (PR) ekspresyonu ve HER2 amplifikasyonu yokluğu ile karakterize edilen) yarısından fazlasında olmaktadır. Meme karsinomu ile ilgili diğer genler C-Myc ve Ras genleridir (14, 63).

Çevresel faktörler:

Radyasyon maruziyeti: Memenin gelişim döneminde (10-14 yaşlar arasında), radyasyona maruziyet, meme karsinomu riskini artırmaktadır. 30 yaşına kadar toraks bölgesine olan radrasyon maruziyetinde de risk artışı vardır. 45 yaşından sonra radyasyon maruziyeti meme kanseri riskini artırmamaktadır (14).

Östrojen maruziyeti: Hem endojen hem de ekzojen östrojenler meme kanseri riski ile ilişkilidir. Ekzojen östrojenin ana kaynakları oral kontraseptifler (OKS) ve HRT'dir. Kadınlarda OKS kullanımı 10 yıldan fazla olmadığı sürece meme kanseri riskini artırmaz. İngiltere'deki bir çalışma HRT kullananlarda hiç kullanmayanlara göre 1,66 göreceli risk artışı olduğunu bildirmiştir (67).

Alkol kullanımı: Aşırı alkol tüketimi ve diyetle çok fazla yağ alımı gibi modern yaşam tarzları meme kanseri riskini artırabilir. Alkol tüketimi, kandaki östrojene bağlı hormonların seviyesini yükseltebilir. 53 epidemiyolojik çalışmaya dayanan bir meta-analiz, günde 35-44 gram alkol alımının, meme kanseri riskini % 32 artırabildiğini ve her gün 10 gram alkol alımının meme kanseri riskini %7,1 artırdığını göstermiştir (63).

Diğer faktörler:

Vücut kitle indeksi: Obezite (BMI>30kg/m2) kadınlarda menopoz sonrası meme kanseri açısından risk faktörüdür (14).

Atipisiz/atipili proliferatif meme lezyonları**:** Bir tane non-proliferatif lezyonlarda **(**fibrokistik değişiklik, soliter papillom, fibroadenom) meme karsinomu riski artışı olmaz. Birden çok non-proliferatif lezyon varlığında ise, meme kanseri riski hafif artmıştır (14). Atipi içeren proliferatif meme lezyonları meme karsinomu riskini artırırlar. Atipisiz proliferatif lezyonlarda (intraduktal papillom, kompleks fibroadenom, sklerozan adenozis,) 1.3-2 kat, atipili proliferatif lezyonlarda (ADH, ALH) 4-6 kat, çok odaklı atipili lezyonlarda ise 10 kat risk artışı vardır (14, 68).

Tablo 7. Meme Kanseri Risk Faktörleri (61)

Ortalama/Düşük Risk	Yüksek/Artmış Risk	Çok Yüksek Risk
• Nulliparite • İlk doğum >35yaş • Emzirmeme • Erken menarş • Geç menapoz • İntraduktal papillom • Alkol • Obezite • Sedanter yaşam • Hormon replasman tedavisi • Şiddetli epitelyal hiperplazi	• Tek odakta atipik duktal hiperplazi/ atipik lobüler hiperplazi • Diğer memede duktal karsinoma in situ, invaziv kanser • İleri yaş • Yakın akrabada meme kanseri	• Herediter meme kanseri özellikleri taşıyan 1. dereceden aile ferdi • BRCA1/2 mutasyonu • Multifokal atipik duktal hiperplazi/ atipik lobüler hiperplazi • Lobüler karsinoma in situ • Göğüs boşluğuna yönelik iyonize radyasyon

2.2.6. Meme Lezyonları Teşhis Yöntemleri ve Meme Kanseri Tarama Prensipleri

Meme kanserinin mortalitesi azalmakla birlikte 20-59 yaş arası kadınlar arasında kanserden ölümün ilk nedenidir. Kanserden ölümlerin % 90'ından fazlası primer tümörden çok tümöre bağlı metastazlara bağlı olmaktadır. Erken teşhis meme kanserinin önlenmesinin temel taşıdır (63). Meme kanserinin taramasında temel olarak üç unsurdan bahsedilir; bireyin kendi kendine meme muayenesi (KKMM), hekimin polikliniktekı fizik muayenesi klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi (MG). Tarama programlarına giren veriler genel olarak ortalama risk grubundaki kadınlarda yapılan çalışmalar sonucunda elde edilmiştir. Böylece bu sonuçlar toplum genelinde de geçerli sayılabilir (61). Gereken durumlarda ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve meme biyopsisi ile Pozitron Emisyon Tomografi-Bilgisayarlı Tomografi (PET CT)'den faydalanılır.

2.2.6.1. Kendi kendine meme muayenesi:

Meme kanserini erken teşhis etmek için kadınların, meme ve çevresini, önceden fark etmediği lezyon varlığını (kitle, akıntı, şişme, meme başı çekilmesi ve diğer anormallikler) belirlemek amacıyla düzenli periyotlarla sistematik olarak, hep aynı yöntemle muayene etmesidir. KKMM kolay, kullanışlı, özel, güvenli, masrafsız ve ekipman gerektirmediği için Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde kanserin erken teşhis edilmesi ve kadınlarda farkındalık yaratması açısından

önemlidir (69). KKMM'nin meme kanserini erken evrede belirlediğini bildiren çalışmaların yanında Çin ve Rusya'da yapılmış olan randomize kontrollü çalışmalarda, meme kanserine bağlı ölümlerin azalmasında KKMM'nin, etkisinin olmadığı/sınırlı olduğu yönünde tespitler olmuştur. KKMM 20 yaşında başlanarak ömür boyu ayda bir yapılmalıdır (69).

2.2.6.2. Klinik meme muayenesi:

Hekim tarafından uygulanan meme muayenesidir. Hem hastanın muayenesinin yapılabilmesi hem de hastaya kendi kendine nasıl yapabileceğinin gösterilmesi açısından fırsat olarak değerlendirilmelidir. Ayakta ve yatarak muayene yapılmalıdır. Muayene için en uygun zaman adet sonrası ilk haftadır.

Sağlık bakanlığının aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri rehberinde meme kanseri tarama programı şu şekilde açıklanmıştır;

1. Toplumda farkındalık yaratmak ve meme kanserinin erken teşhisi ve tedavisi amacıyla 20 yaş üstü kadınlar KKMM hakkında bilgilendirilmeli ve kadınlara KKMM'nin her ayda bir yapılması gerektiği önerilmelidir.
2. 20-40 yaş aralığındaki kadınlar KKMM ile birlikte aile öyküsü olmayan kadınlar her iki yılda bir KMM yaptırmalı, birinci derece yakınlarında meme kanseri hikâyesi olan kadınlar her yılda bir KMM yaptırmalıdır.
3. 40-69 yaş arası bütün kadınlar her yılda bir KMM yaptırmalı, her iki yılda bir mamografi ile taranmalıdır (70).

2.2.6.3. Mamografi

Günümüzde sıkça kullanılan meme görüntüleme yöntemlerinden biri olan mamografi meme hastalıkları ve kanserlerinin teşhisinde etkinliği kanıtlanmıştır. Mamografi, memenin yüksek çözünürlüklü görüntülerini elde etmek için düşük enerjili X-ışını kullanılan etkili bir tarama yöntemidir. Bu nedenle günümüzde meme görüntülenmesinde temel yöntemdir ve yaygın olarak kullanılır (14). Mamografi kullanım amacına göre tanısal mamografi ve tarama mamografisi olarak isimlendirilir. Tanısal mamografi meme ile ilgili semptomu olan (ele gelen kitle, meme başı akıntısı, ağrı gibi) hastalara yapılan mamografidir. Tarama mamografisi ise meme kanserinin erken teşhisi amacıyla yapılır (14).

BIRADS Sınıflaması: (Breast Imaging-Reporting and Data System [Meme Görüntüleme-Raporlama ve Veri Sistemi]). Meme lezyonlarının tanımlanmasında radyologlar ve klinisyenlerin ortak bir dil kullanması adına bu sınıflama sistemi kullanılmaktadır.

Kategori 0: İlave görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç var

Kategori 1 (negatif bulgular): Mamografide lezyon veya kuşkulu bulgu saptanmamıştır.

Kategori 2 (benign bulgular): Benign bulgular (yağ kisti, kalsifiye fibroadenom, galaktosel, lipom, , hamartom vb.).

Kategori 3 (muhtemel benign bulgular): Malignite olasılığı çok düşük olan (%2'den az) lezyonları tanımlar.

Kategori 4 (kuşkulu bulgular): Karakteristik olmayıp malign olasılığı kuvvetli lezyonlardır (%5-90).

4A: Hafif şüpheli

4B: Orta şüpheli

4C: Yüksek şüpheli

Kategori 5 (muhtemelen malign bulgular): Malign olma olasılıkları çok yüksek olup (%95'in üzerinde) biyopsi ve tedavi uygundur.

Kategori 6 (bilinen malignite): Biyopsiyle malignite tanısı konmuş ancak henüz kesin tedavi uygulanmamış olgular.

2.2.6.4. Ultrasonografi

Ortalama riski bulunan yoğun meme dokusu olan semptomsuz kadınlarda USG, meme kanseri saptayabilme oranını arttırmaktadır, 40-59 yaş aralığında ve tip 4 meme paternine sahip kadınlarda bu oran daha da artmaktadır (71). Çalışmalarda, dens memede mamografiye ek olarak yapılan USG kanser saptama oranını binde 2,3-4,6 artırmaktadır, ancak USG'nin özgüllüğü ve pozitif prediktif değeri (PPD) mamografiye göre düşüktür. USG özgüllüğü düşük olduğundan gereksiz takip ve biyopsi oranını artırdığı için rutin taramada önerilmez (71). USG kitlenin solid kistik ayrımında kullanılabilir.

2.2.6.5. Manyetik rezonans görüntüleme:

Yüksek riskli bireylerin genç yaşlardan itibaren taramasında, mamografide görülen kitlelerin değerlendirilmesinde, meme koruyucu cerrahi (MKC) öncesi ve sonrasında odak varlığını saptamada kullanılabilir (72).

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. Taramaya gelen kadınlara ilk olarak mamografinin etkinliğini artırmak için KMM yapılmalıdır. Ardından mamografi kranyokaudal (CC) ve medyolateral oblik (MLO) olmak üzere her iki meme için iki poz şeklinde çekilir. Filmler birbirinden habersiz iki ayrı radyolog tarafından okunur. Kişinin izlemi her iki radyoloğun önerilerine uyularak yapılır. Ayrıca meme kanseri farkındalığı için 20 yaşından sonra her kadına KKMM yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmelidir. Türkiye Ulusal Meme Kanseri Tarama Programına göre kadınlar 40 yaşında başlayıp 69 yaşında biten toplum tabanlı taramaya alınırlar. Taranacak kesim, aile hekimlerinin sistemine kayıtlı kadınlardan oluşturulmalıdır ve her iki yılda bir mamografi çekilmelidir (73).

Toraks bölgesine radyoterapi alan kadınlar tedavisinden 8-10 yıl sonrasında tarama programına alınır. Bu gruptaki kadınlar 25 yaş altında yılda bir fizik muayeneyle 25 yaş ve üzerinde ise yılda bir MG ve 6 ila 12 ayda bir yapılan fizik muayeneler ile takip edilirler. Ayrıca MR görüntüleme de önerilebilir (61).

LCIS, ADH, ALH gibi kanser riski yüksek olan lezyonlarda kadınlarda ömür boyu meme kanseri riski %20'nin üzerinde öngörüldüğü için lezyonun teşhisinden sonra yılda bir mamografi ile kontrol edilmeli ve 6 ila 12 ayda bir fizik muayene ile takip önerilmelidir (61).

Aile öyküsü olan kişilerde ömür boyu meme karsinomu riski %20'nin üzerinde ise 30 yaşından önce olmamak şartıyla ailede meme kanseri teşhisi konan en genç bireyin teşhis edildiği yaştan 10 yıl öncesinden başlanarak yılda bir mamografi, 6 ila 12 ayda bir fizik muayene ile tarama yapılmalıdır. Yılda bir MRG çekilmesi de önerilmektedir (61).

Meme kanseri açısından en yüksek riskli olan grup genetik yatkınlığa sahip kişilerdir. (BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu olanlar). Bu kişilerde farkındalık olması için 18 yaşından itibaren ayda bir düzenli KKMM yapması önerilir. 25 yaşından itibaren ise 6 ayda bir KMM yapılmalıdır. 25 ila 29 yaşlarda da yılda bir meme MRG ile takip edilmelidir, 30 ila 75 yaşlarda ise yılda bir MG ve meme MRG'nin birlikte yapılması önerilmiştir (61).

2.2.7. Meme Kanserinde Evreleme

Meme kanserinde, klinik ve patolojik evreleme olmak üzere iki çeşit evreleme mevcuttur.

- **Klinik evreleme:** Fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılır.
- **Patolojik evreleme:** Klinik evrelemeyle birlikte çıkarılan aksiller lenf nodları ve meme dokusunun incelemesiyle yapılır.
- **TNM evrelemesi:** Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC)'nin belirlediği tümör evreleme sistemidir. T; tümör çapı, N; bölgesel lenf nodları, M; uzak metastazı gösterir.
- Meme kanseri prognozunda en önemli iki faktör çevre dokulara metastaz ve aksiller lenf nodu tutulumudur.

Tablo 8. Meme Kanserinde TNM Evrelemesi (74)

Evre 0	Tis	N0	M0
Evre I	T1	N0	M0
Evre IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Evre IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Evre IIIB	T4	No	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Evre IIIC	Her T	N3	M0
Evre IV	Her T	Her N	M1

2.2.8. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde hastalara bölgesel (cerrahi, radyoterapi) ve sistemik (kemoterapi, hormon tedavi, hedeflenmiş tedavi) tedaviler uygulanır. Tedavi planı kanserin evresine göre belirlenir (74).

2.3. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KAVRAMI VE TARİHÇESİ

Geleneksel tıp toplumların kültür, tarih ve inançlarına dayanır. Geleneksel tıp bilgisi yüzyıllarca süren uygulamalar sonucunda, kuşaktan kuşağa aktarılmakla beraber bazı durumlarda karmaşık bir teori ve sistemle açıklanabilmektedir. Geleneksel tıp Avrupa'da modern bilim ve teknolojinin gelişmesinden sonra ortaya

çıkan batı tıbbından çok önce insan sağlığına büyük katkı sağlamıştır. Şu anda, geleneksel tıp hala gelişmekte olan bir dizi ülkenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynamaktadır.

Çin, Kore, Japonya ve Hindistan gibi Asya ülkelerinin çoğunda, geleneksel tıp, tarihi ve kültürel etkileri nedeniyle hastalıkların tedavisinde popülerliğini korumaktadır. Doğu Asya tıbbının kökeni yaklaşık 3.000 yıl öncesine dayanmaktadır. Çin geleneksel tıbbında sağlık, iki güç (Yin-Yang) arasındaki denge ve uyumla yansıtılır. Hastalık, Yin (yani kalp, akciğerler, dalak, karaciğer ve böbrekler) ve Yang organlarındaki (mide, safra kesesi, mesane, ince bağırsak, kalın bağırsak) belirli yollardaki kuvvetler arasındaki denge kaybından kaynaklanmaktadır. Hindistan'da 5000 yıl önce ortaya çıkan ve diyet ile zihin-beden-ruh dengesine dayanan ayurveda (uzun ömürlülük ve yaşlanma bilgisi) sağlığın üç kuvvet arasındaki uyumlu dengeye bağlı olduğunu savunur. Bunlar: vayo (nefes, hava, rüzgâr), pittam (güneş, safra) ve kapham (ay, balgam)'tır. Japon geleneksel tıbbı olan reiki ise evrensel yaşam enerjisi kavramına dayanmaktadır.

Araştırmalara dayanmayan tıbbi müdahalelerin kabul edilemez olduğunu öngören kanıta dayalı tıp ilk olarak Archibald Cochrane (1909-88) tarafından uygulanmıştır. Günümüz modern tıbbından farklı olarak geleneksel tıp deneylerle ve diseksiyon yaparak vücut hakkında bilgi edinmeye çalışmaktan ziyade, hastalık durumunu teşhis etmek için doğal vücut fonksiyonlarının dikkatli bir şekilde gözlemlenmesinden kaynak alır. Küçük bir rahatsızlığın nedenini hiçbir zaman yerel bir hastalıkla sınırlamaz, ancak durumun nedenlerini bulmak için tüm vücudu inceler.

DSÖ geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı sağlığın korunması için fiziksel ve / veya zihinsel hastalıkların önlenmesi, iyileştirilmesi, teşhisi veya tedavisinde allopatik ilaçlarla birlikte uzun bir süre boyunca geliştirilen geniş kapsamlı sağlık hizmetleri uygulamaları olarak tanımlar. Geleneksel tıbbın yaygın kullanımından sonra DSÖ geleneksel tıp alanında yeni stratejiler geliştirmiştir. Bunlar özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde geleneksel tıbbın geliştirilmesi için ulusal programları desteklemek ve geleneksel tıbbın doğru kullanımı için kılavuzlar yayınlayarak uluslararası standartları oluşturmaktır. Böylece üye devletlerin geleneksel tıbbı ulusal

sağlık sistemine entegre etmesini, geleneksel tıbbın güvenliğini ve etkinliğini sağlama konusunda yardımcı olmayı amaçlamaktadır (75-77).

Amerika'da, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler üzerine bilimsel araştırmalara öncülük eden NCCIH (Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Merkezi) GETAT uygulamalarının kanıta dayalı tıp ile birlikte kullanılmasını tamamlayıcı tıp, kanıta dayalı tıp yerine kullanılmasını alternatif tıp olarak kabul eder. NCCIH Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını tablo 9'daki gibi sınıflandırmıştır (78).

Tablo 9. Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi'nin (NCCIH) GETAT Sınıflandırması (78)

Zihin ve beden tıbbı	Yoga, qigong ve reiki, kayropraktik, osteopati, meditasyon, ibadet, akupunktur, gevşeme teknikleri, tai chi, hipnoterapi, grup terapileri gibi
Bitkiye dayalı ürünler	Doğal ürünler, bitkiler, besin destekleri, vitaminler, probiyotikler gibi
Alternatif medikal sistemler	Geleneksel Çin Tıbbı, Ayurveda, homeopati, naturopati vb.
Fonksiyonel tıp uygulamaları	Besin kalitesi ve miktarı, hava ve su kalitesi düzenlenmesi, fiziksel egzersiz planlanması vb.

2.4. TÜRKİYE'DE GETAT UYGULAMALARI

Türkiye'de GETAT uygulamalarıyla ilgili ilk yönetmelik 1991'de "Akupunktur Tedavi Yönetmeliği" olarak yayınlanmıştır (79). Bu yönetmelikte uygulama yöntemleri tanımlanmış ve denetlenmesi için üst kurul oluşturulmuştur. Böylelikle kimlere nasıl tedavi uygulanacağı denetim altına alınmıştır. Sonrasında 2002 yılında yeni bir yönetmelikle usul ve esaslar tekrar düzenlenmiştir (80). Daha kapsamlı bir GETAT yönetmeliği ise Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yayınlanmıştır. Burada "alternatif tıp" terimi kullanılmayıp "tamamlayıcı tıp" terimi ile "geleneksel tıp" terimi kullanılmıştır. Ayrıca yayınlanan bu kılavuzda 15 adet GETAT uygulaması tanımlanmıştır. Bunlar: kuru kupa, ıslak kupa, akupunktur, sülük uygulaması, larva uygulaması, apiterapi, mezoterapi, hipnoz, osteopati, homeopati, refleksoloji, kayropraktik, proloterapi, ozon ve müzik terapisidir. Yönetmelikte bu

uygulamaları yapacak sağlık çalışanı, endikasyon/kontrendikasyon, uygulama merkezinde bulunması gerekli tıbbı araç ve gereçler belirtilmiştir.

Ülkemizde ilk uluslararası GETAT kongresi "Medeniyetlerin Beşiğinde Anadolu Tıbbı" sloganı ile 19-22 Nisan 2018 tarihleri arasında Cumhurbaşkanlığı öncülüğünde İstanbul'da 50 ülkeden 5125 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Aromaterapi, fitoterapi, akupunktur, müzik terapi, homeopati gibi GETAT yöntemleri çalışılmıştır.

2019 Mayıs ayında Sağlık Bakanlığı GETAT iyi klinik uygulama kılavuzunu yayınlamış ve bu alanda yapılacak olan klinik araştırmaların uygulama yöntemleri belirtilmiştir. Ülkemizde bilimsel olarak yapılacak GETAT çalışmalarına yol açılmıştır.

2.5. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ

2.5.1. Fitoterapi

Fitoterapi, bitkisel ürünlerin kontrollü olarak üretilip ekstratlarının çıkartılarak hastalıkları tedavi etmek veya sağlık durumunu korumak amacıyla kullanılmasıdır ve muhtemelen insanlığın tarihi kadar eskidir (81). Günümüzde hastaların konvansiyonel ilaçlardan bekledikleri etkiyi görememesi ya da yan etkilerinden dolayı bitkisel ürün ve ilaçlar popüler hale gelmiştir. Bitkisel ilaçların güvenliği özellikle önemlidir, çünkü bu ürünlerin çoğu reçetesiz satılmaktadır ayrıca hastalar genellikle doktorlarına bitkisel ilaç aldığını bildirmezler. Bu ürünlerin birçoğu diyet takviyeleri olarak da satılmaktadır, ancak bitkisel ilaçlarla ilgili toksikolojik veriler bulunmadığından ve titiz klinik çalışmaların desteği eksik olduğundan, güvenli ve etkili kullanımları hakkında bilimsel bilgi bulmak zordur. Doğal' olan bitkisel preparatların kendiliğinden zararsız olduğuna dair geniş bir inanç vardır ancak bazı bitkisel ilaçlar, aynı anda kullanılan geleneksel bir ilacın etkinliğini azaltabilir veya artırabilir. Etkileri aktif bileşenlerinin farmakolojik özelliklerinden ve doz seviyelerinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bileşenlerin kimyasal analizi standardizasyonun en önemli parçasıdır. Toksik etkiler, bileşenlerin toksisitesi, preparatların pestisitler, mikroorganizmalar,

ağır metaller veya sentetik ilaçlar tarafından kontaminasyonu gibi çeşitli faktörlere de atfedilebilir. Bu nedenle, hem kullanıcılar hem de hekimlerin herhangi bir bitkisel ilaç kullanmadan önce en iyi risk-fayda değerlendirmesini yapmaları sağlanmalıdır. (82).

2.5.2. Akupunktur

Akupunktur kelimesi Latincede acus (iğne) ve punctura (batırma/delme) kelimelerinden oluşan, iğneyle delme manasından gelmektedir (83). Çin Tıbbında (Orta Asya/Doğu Tıbbı) çi, Yin-Yang, beş element, 12 meridyen vb. kavramlarına dayanan bir uygulamadır (83). Yin, dünyayı ve ayı, soğuk, ıslak ve ışığın yokluğunu ifade ederken yang, güneşe ve gökyüzüne, sıcak, kuru ve ışığın varlığına atıfta bulunur. Çin felsefesinde çi akışındaki herhangi bir aksama, hastalıkların ortaya çıkmasıyla sonuçlanır. Çi akışı vücutta simetrik ve çift taraflı olan meridyenlerle olmaktadır. Temelde 12 meridyenin her biri bir organı temsil eder. Doğu tıbbındaki asıl hedef; vücuttaki genel çi akışında veya organlardaki çi akışında bozukluk varsa bunun düzeltilmesidir. Bu da meridyenlerin üzerinde bulunan akupunktur noktalarının uyarılmasıyla olur (83). Akupunktur noktaları genellikle iğne, ısı, elektrik stimülasyonu, lazer, bitkisel tohum, masaj gibi çeşitli yöntemler ile uyarılmaktadır (83).

NCCIH akupunkturun bel, boyun ve osteoartrite bağlı diz ağrıları ile migren gibi kronik ağrı türlerinin hafifletilmesine yardımcı olabileceğini ancak diğer sağlık sorunlarında etkisi ile ilgili yeterli bilimsel verinin olmadığını bildirmiştir (84).

Ülkemizde konuyla ilgili 1991 ile 2002 yıllarında sırayla “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ve “Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik” yayınlanmıştır. 2014’te diğer uygulamaları da kapsayan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” oluşturulmuştur (79). Yönetmelikte; kas-iskelet sistemi ağrılarında, dismenore, migren, alerjik rinit, anksiyete, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı bulantı, kusma gibi uygulama alanları bildirilmiştir (79).

2.5.3. Kupa Terapi

Geçmişi çok eskiye dayanan kupa terapi yaş kupa ve kuru kupa olarak ikiye ayrılır. Geleneksel Çin tıbbında ve geleneksel Ortadoğu tıbbında biraz uygulama

farklılıkları olsa da çok geniş bir coğrafyada uygulanmaktadır. Kuru kupada herhangi bir kesi yapılmaksızın kupa yardımıyla negatif basınç oluşturulur. Kupa hareket ettirilerek masaj yapılır. Yaş kupa ise geleneksel Ortadoğu tıbbında hacamat olarak bilinir, önce 1-2 dk. kupa uygulamasından sonra negatif basınç ile deri altı ödemi oluşmuş olan dokuya derinliği 1mm-0.5mmyi geçmeyecek şekilde steril sık aralıklı kesilerin atılarak derialtı dokudaki intersitisyel sıvının kupanın oluşturduğu negatif basınçla çekilmesidir (85). Kupa ile oluşturulan negatif basınç, bölgesel damarları dilate edip mikrosirkülasyonu arttırır. Anjiyogenezi ve granülasyon doku oluşumunu artırarak kapiller endotel hücrelerinin onarımını arttırdığı, bu yolla iyileştirici etki oluşturduğu düşünülmektedir. Bağışıklık sistemini güçlendirmek, lomber disk hernisi, yüz felci, fibromiyalji, herpes zoster, romatizmal hastalıklar, servikal spondiloz organik olmayan baş ağrısı, kupa terapisinin uygulama alanları sayılabilir (80, 86).

Minimal girişimsel bir işlem olup steril şartlar sağlanmadığında mikrobiyal komplikasyonlar görülme ihtimali mevcuttur. İşlem sırasında drenaj miktarına bağlı olmaksızın hipotansiyon gelişebilir bu yüzden uzman kişilerce uygulanması gerekir. GETAT yönetmeliği ülkemizde sadece hekimlere ve diş hekimlerine eğitim alma ve uygulama yetkisi tanımıştır (80). Islak kupa uygulamasının steril koşullarda yapılmadığı zaman HIV, hepatit B ve hepatit C enfeksiyonları dahil olmak üzere kan kaynaklı enfeksiyonlar açısından önemli bir risk taşıdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (87).

2.5.4. Sülük Tedavisi (Hirudoterapi)

İbn-i Sina sülüklerle tedaviyi 1020'de yazdığı El-Kanun Fi't-Tıbb'ında tanımlamaktadır. 12. yüzyılda Abd El-Latifal-Bağdadi sülüklerin cerrahi uygulamalardan sonra dokuların temizlenmesine yardımcı olabileceğini ileri sürmüştür. Sülükler, cildi ısırarak deler ve hortumlarıyla kanı emerler. Etkisini sülük tükürük bezlerinden canlı organizmaya salgılanan biyolojik olarak aktif maddelerle göstermektedir. Sülüğün tükürüğünde 100 farklı biyoaktif maddeden bahsedilir. En fazla hirudin bulunur. Hirudin kanın pıhtılaşmasını engeller. Sülüklerin tükürükleri ayrıca antienflamatuar, bakteriyostatik ve analjezik etkiler gösterir. Böylece mikro-dolaşım bozukluklarını ortadan kaldırır, doku ve organların hasarlanmış vasküler geçirgenliğini geriye döndürür, hipoksiyi azaltır, kan basıncını düşürür, bağışıklığı arttırır, organizmanın biyoenerjisini arttırır. Osteoartritte, venöz hastalıklarda, ateşli

silah yaralanmalarında, plastik cerrahi ameliyatları sonrasında greft başarısızlığında kullanımı vardır (88, 89). Sülük uygulamalarına bağlı tükürüğün içindeki maddelerin neden olduğu lokal alerjik reaksiyonlar, anafilaksi, uzamış kanamalar, selülit, lokal apse, sepsis gibi komplikasyonlar bildirilmiştir (90).

2.5.5. Hipnoz

Hipnoz; Odaklanmış dikkat ve azaltılmış çevresel farkındalık içeren bir bilinç hali, öneriye verilen yanıt kapasitesinin artması ile karakterize edilir. Hipnoz kullanırken, bir kişiye (özne) subjektif deneyimdeki değişiklikler, algıdaki değişiklikler, duyum, duygu, düşünce veya davranış önerilerine yanıt vermek için başka bir kişi (hipnotist) tarafından yönlendirilir. Hipnoterapi ise tıbbi veya psikolojik bir bozukluk veya endişenin tedavisinde hipnoz kullanımıdır (91).

İrritabl bağırsak sendromu, fibromiyalji, trigeminal nevralji, enürezis nokturna, atopik dermatit gibi birçok alanda kullanımının belirgin yarar sağladığını gösteren çalışmalar vardır (92-95).

2.5.6. Ozon Terapi

On dokuzuncu yüzyılın ortalarında keşfedilen bir gaz olan ozon (O_3), kararsız yapıdaki üç oksijen atomundan oluşan bir moleküldür. Sıvı veya gaz haldeki ozon güçlü bakterisidal, fungisidal, antiviral ve anti-protozoal aktiviteler sergiler. Mekanizması, oluşturduğu oksijen radikallerinin anti-mikrobiyal etkisi ve immun sistemin uyarılmasıdır (96, 97). Ozon uygun dozlarda olumlu etkiler gösterirken yüksek dozlarda toksik etkiler gösterebilmektedir (98). Ozon terapisi hemopoezin uyarılması ve düzenlenmesi, antiinflamatuar, analjezik, antioksidan ve immünomodülasyon etkileri vardır (98). Ozon tedavisi uygulanan hastalıklar, diyabetik ayak, osteoartrit, apseler, fistül, osteomiyelit, akciğer hastalıkları, ilerlemiş iskemik hastalıklar, fibromiyalji, diş hastalıkları, mikrobiyal enfeksiyonlar, cilt hastalıkları ve otoimmün hastalıklar sayılabilir (99).

2.5.7. Mezoterapi

Mezoterapi, bitkisel ve farmakolojik ilaçların derialtı ve deri içine enjekte edilerek mezodermi uyaran bir tedavi yöntemidir. Başta kozmetik dermatolojide olmak üzere, spor yaralanmaları, kas iskelet sistemi patolojileri, genitoüriner sistem patolojileri, nöroloji ve gastrointestinal sistem patolojilerinde kullanılmaktadır.

İnflamasyonla seyreden hastalıklarda, ağrı kesici olarak, alopesi, akne, vitiligo gibi dermatolojik hastalıklarda direkt lezyon bölgesine uygulanmaktadır. Medikal endikasyonlarda en sık kullanılan kimyasallar lokal anestezikler, anti-inflamatuar ajanlar iken kozmetik açıdan en sık kullanılan maddeler kafein, hyaluronik asit, vitamin kokteylleri, silika, glikolik asit gibi maddelerdir (98, 100).

2.5.8. Apiterapi

Apis, latince arı anlamına gelir. Arı ürünlerinin (polen, bal, arı sütü, zehiri, propolis vb.) hastalıkların tedavisi için kullanılmasına apiterapi denir. Apiterapi 6000 yıl öncesine eski Mısır'a kadar uzanır. Antik Yunan ve Roma da arı ürünlerini kullanmıştır. Geleneksel Çin tıbbında da kullanıldığı düşünülmektedir. Başlıca bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve solunum yolu hastalıklarının önlenmesinde arı ürünleri kullanılmaktadır. Bal çocukluk çağındaki üst solunum yolu hastalıkları ve uyku bozukluğu için tercih edilebilir. Arı poleninin bağışıklık sistemini güçlendirdiği, arı sütünün immunmodülatör, antioksidan ve antibakteriyel özelliğe sahip olduğu gösterilmiştir. Bir yaş altı çocuklarda, organ yetmezliği durumlarında, arı ürünlerine karşı allerji varlığında istenmeyen etkiler görülebilir (101, 102).

2.5.9. Proloterapi

Proloterapi, kas iskelet sistemi problemlerinde ligamentlerin ve tendonların yapışma yerlerine, eklem aralıklarına proliferatif veya irritan maddelerin enjekte edilmesiyle; iyileşme sağlayan ve ağrının giderilmesine yardımcı olan bir tamamlayıcı tıp yöntemidir. ABD'de Dr. George Stuart Hackett 1950'li yıllarda proloterapi tanımını yapmış "ligament ve tendon relaksasyonunun proloterapi ile tedavisi" isimli kitap yayınlamıştır. Etki mekanizması tam bilinmemekle birlikte iğnenin oluşturduğu mikro travma ve hipertonik dekstroz solüsyonun yaptığı ozmotik etki ile enjeksiyon yerinde hücresel düzeyde aseptik bir inflamatuvar yanıt stimüle olur. İnflamasyon fibroblastları aktifleştirir, lokal büyüme faktörlerinin ve kemotaktik hücrelerin salınımını artırarak yeni kollajen sentezi sağlanır. Osteoartritte, tendinopatilerde bel ağrısında, spor yaralanmalarında kullanımı mevcuttur. Kontrollü çalışmalar ile plaseboya olan üstünlüğü gösterilmiştir (103, 104).

2.5.10. Osteopati

Osteopatik tıp 130 yılı aşkın süredir var olan hekimin somatik disfonksiyonları tedavi etmek için manuel manipülasyonlarla ilaçsız uygulamalar yaptığı bir sağlık sistemidir. Osteopatik manipülatif tedavide dokunma gücü, kas-iskelet sistemi, bağışıklık, sinir ve endokrin sistemlerinde fiziksel olarak gerçekleşir. Psikolojik olarak dokunma, hem teşhis hem de terapötik olan sözel ve dokunsal bir etkileşimi destekler. (105, 106).

2.5.11. Refleksoloji

Refleksoloji M.Ö. 3000'den kalma Çin ve Hint tedavi sistemi olarak tanımlanmaktadır. Tüm vücudun ayakta temsil edildiğine inanılarak (çoğunlukla ayak tabanlarında, daha az ellerde) iç organlar ayağın belirli bölgelerine basılarak uyarılabilir. Refleksolojinin kullanımının başarılı olduğu birkaç durumdan bazıları; bel, boyun omuz ağrıları, stres, migren, astım, baş ağrısı, sinüzit, artrit, sindirim problemleri, sinir sistemi hastalıklarıdır (107, 108).

2.5.12. Homeopati

Homeopati 1800'lerde Samuel Hahneman (1755-1843) tarafından geliştirilmiştir. Homeopati, otoregülatör ve kendi kendini iyileştirme süreçlerini uyarmak için çeşitli dozlarda küçük dozlar kullanan 200 yıllık bir terapötik sistemdir. Homeopati "benzer benzeri iyileştirir" prensibini temel alır. Homeopatide ilaçlar bir seri halinde seyreltilir (genellikle 1: 10 veya 1: 100 seyreltici-hacim oranında) ve her seyreltme arasında çalkalanır. Rrandomize, kontrollü çalışmalardan homeopatinin influenza, alerji, postoperatif ileus ve çocukluk çağı tedavisinde etkili olabileceğine dair kanıtlar vardır (109).

2.5.13. Kayropraktik

Bir manipülatif terapi yöntemi olan kayropraktik de yine osteopati gibi lokomotor sistem hastalıklarında elle yapılan manipülasyonlardan oluşan bir disiplindir. Küçük uygulama farklılıkları dışında benzerdirler ve çoğu ülkede "manipülatif terapi" adı altında birlikte değerlendirilmektedir. Kayropraktikte daha çok spinal manipulasyonlar yapılır. Kayropraktörlerin elleriyle omurları itme olasılığı daha yüksektir, oysa osteopatlar kollarını bindirmek için uzuvları kullanırlar. Spinal kord yaralanmaları gibi istenmeyen etkileri görülebilir. Mutlaka ehil ellerle

yapılmalıdır. Çeşitli çalışmalar ile yararı gösterilmiş olup hastalar tarafından sıklıkla talep edilmektedir (110).

2.5.14. Larva Uygulaması

Debridman amaçlı olarak kullanılan larvalar konvansiyonel tedaviye yanıt alınamayan olgularda kurtarma tedavisi olarak uygulanmaktadır. Özellikle, antibiyotik direncinin olduğu ve yaraların geleneksel tıbbi bakımla iyileşemediği durumlarda faydalı olabilirler. Yeşil şişe sineği (Lucilia sericata) larvaları steril ortamda üretilerek lokal olarak lezyon bölgesine uygulanır. Larvalar nekrotik dokuyu yiyerek beslenir, sağlam dokuya zarar vermez. Larva tedavisi FDA tarafından onaylanmıştır. Nöropatik kökenli (diyabetik ayak ülserleri dâhil) yaralarda, venöz stazdan kaynaklanan veya basınç ülseri olan yaralarda etkinliği gösterilmiştir. Ayrıca travmalardan veya cerrahi operasyonlardan sonra ortaya çıkan yaralarda da kullanılır (111, 112).

2.5.15. Müzik Terapi

Müzik terapisi bir müzik terapistinin hastaların sağlığını geliştirmesine ve sürdürmesine yardımcı olmak için müziğin fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal, estetik yönlerini kullandığı bir sağlık mesleğidir. Müzik terapi en eski tedavi yöntemlerinden biridir. Sadece insan ruhunu kaldırmak, kalbi rahatlatmak ve ruha ilham vermekle kalmaz, aynı zamanda bağışıklığı arttırır ve böylece güçlü bir terapi oluşturur. Müziğin hastanede kan basıncı, kalp atım hızı ve solunum hızı gibi stresin fizyolojik etkilerini ve anksiyete gibi duygusal etkilerini azalttığı bildirilmiştir. Müzik, ağrıyı hafifleten hormonların ve endorfinlerin ve doğal opiatların salınımını tetikleyen bir hipofiz tepkisine neden olur böylece hastaların analjezik gereksinimleri azalabilir (113).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZNİ

Bu çalışma KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbı Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul 'undan 22.03.2019 tarihinde alınan 2019/0018 nolu onay sonrası yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Meme Polikliniği'nde memede kitle nedeniyle takip edilen kadınlardan ardışık gelen, çalışmaya dâhil edilme kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 300 kadın ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılanlara literatür taranarak hazırlanan kişisel bilgiler ile GETAT yöntemlerine ilişkin görüşleri de sorgulayan toplam 36 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır (Bkz. Ek 1). Çalışmaya katılan hastaların tetkikleri hastane bilgi yönetim sisteminden retrospektif olarak taranmıştır. İlk başvurudaki meme USG sonucu ile son başvurudaki meme USG sonuçlarındaki kitlenin türü, kitlenin açık adı, başlangıçtaki kitle boyutu ile son başvurudaki kitle boyutu ve kitle sayısı kaydedilmiştir.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; 18 yaş üstü memesinde kitle nedeniyle takipli, kognitif fonksiyonları yerinde olan ve dışlama kriterlerini taşımayan kadın hastalar.

Çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri; çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, erkek, kognitif fonksiyonları yerinde olmayan hastalar.

3.3.ÇALIŞMA ANKETİ

Sosyodemografik veriler kısmı yaş, yaşadığı yer, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durum ve kimlerle yaşadığını içeren sorulardan oluşturulmuştur. Katılımcılardan geçmiş tıbbi öyküyü (geçirilmiş kanser ve kronik hastalık öyküsü), sigara alışkanlıklarını, obstetrik öyküyü (gebelik, doğum ve abortus), menopoz durumu, memesindeki kitle nedeniyle herhangi bir GETAT yöntemi kullanımı ve kullanıyorsa GETAT uygulamalarına yönelik bilgi, tutum ve

davranışlarına yönelik literatür taranarak oluşturulan sorularla veriler toplanmıştır. Son olarak memedeki kitleye yönelik USG sonuçları kaydedilmiştir.

3.4. ÇALIŞMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Gerekli etik kurul izninin alınmasından sonra SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Meme Polikliniği'ne başvuran kadınlardan çalışmaya dâhil edilme kriterlerini taşıyan ve gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerle yüz yüze görüşme tekniğiyle Nisan 2019-Temmuz 2019 dönemleri arasında verilerin toplanması gerçekleştirildi.

3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Verilerin analizinde SPSS Win. Ver. 22.00 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır. Kullanılan istatistiksel yöntemler şöyledir; normal dağılım gösteren değişkenler ortalama standart sapma; normal dağılım göstermeyen değişkenlerse median değeri ile kaydedildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılım sınaması "Shapiro-Wilk" testiyle yapıldı. Sürekli bağımlı değişkenlerin karşılaştırması; normal dağılım sergileyenler için "bağımlı örneklem t-testi", normal dağılım sergilemeyenler için "Wilcoxon işaretli sıra testi" yapıldı. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması için "bağımsız örneklem t-testi" yapıldı. Kategorik değişkenler, "Pearson Chi Square" veya "Fisher's exact test" ile karşılaştırıldı. $P<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. MEMESİNDE KİTLE OLAN KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş Ortalaması ±SD (Min-Maks)	43,7±10,07(18-74)	
	Sayı	(%)
Yaşadığı yer		
• İl merkezi	257	(85,7)
• Diğer	43	(14,3)
Eğitim düzeyi		
• Ortaokul ve altı	214	(71,3)
• Lise ve üzeri	86	(28,7)
Medeni durum		
• Evli	275	(91,7)
• Bekâr	25	(8,3)
Meslek		
• Çalışmıyor	251	(83,7)
• Çalışıyor	49	(16,3)
Gelir düzeyi		
• 2000-3000 TL arası	246	(82,0)
• 3000-5000 TL arası	44	(14,7)
• 5000 TL üzeri	10	(3,3)
Kimlerle yaşıyorsunuz		
• Tek başına	2	(0,7)
• Çekirdek aile	295	(98,3)
• Geniş aile	3	(1,0)
Sigara kullanımı		
• Var	28	(9,3)
• Yok	272	(90,7)
Ortalama paket/yıl ±SD	10,92±7,9	

SD: Standart Deviation

Çalışmaya 18-74 yaş arasında 300 kadın dâhil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 43,47(±10,07) idi. Katılımcılar arasında minimum yaş 18, maksimum yaş 74'tü. Katılımcılar 40 yaş altı ve üstü olarak sınıflandırıldığında 18-39 yaş arası kadınların %30,3(n=91), 40-74 yaş arası kadınların %69,7(n=209) olduğu görüldü (Tablo 10).

Medeni durumlarına bakıldığında evli olanlar %91,7(n=275), bekâr olanlar %8,3(n=25) idi (Tablo 10).

Eğitim durumuna göre ortaokul ve altı olanlar %71,3(n=214), lise ve üzeri olanlar ise %28,7(n=86) olarak saptandı (Tablo 10).

Çalışma durumuna göre çalışmayan kadınlar (ev hanımı, işsiz, öğrenci) %83,7(n=251), çalışan kadınlar (memur, işçi, serbest meslek) %16,3(n=49) olarak saptandı (Tablo 10).

Gelir düzeyine göre aylık hane geliri 2000-300 TL olanlar %82(n=246), 3000-5000 TL arası olanlar %14,7(n=44), 5000 TL üstü olanlar %3,3(n=10) olarak saptandı (Tablo 10).

Çalışmaya katılanlardan tek başına yaşayanlar %0,7(n=2), çekirdek aile içinde yaşayanlar %98,3(n=285), geniş aile içinde yaşayanlar %1,(n=3) olarak saptandı (Tablo 10).

Çalışmaya katılan kadınların sigara kullanımı sorgulandığında sigara kullananlar %9,3(n=28), kullanmayanlar %90,7(n=272) idi. Sigara kullananlarda ortalama sigara kullanım miktarı 10,92 (±7,9) paket/yıl idi (Tablo 10).

Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Öykü Özellikleri

	Sayı	(%)
Kronik hastalığı olmayan	192	64,0
Kronik hastalığı olan	108	36,0
• Hipertansiyon (HT)	22	7,3
• Hipotiroidi	9	3,0
• HT+Hipotiroidi	5	1,7
• Diyabetes Mellitus (DM)	4	1,3
• DM+HT	4	1,3
• HT+DM+Hipotiroidi	1	0,3
• HT+DM+Kalp Yetmezliği	1	0,3
• HT+DM+KBY	1	0,3
• HT+Anksiyete Bozukluğu	1	0,3
• DM+Hipotiroidi	1	0,3
• Diğer	59	19,6

Çalışmamıza katılanlar arasında kronik hastalığı olmayanlar %64(n=192), kronik hastalığı olanlar %36(n=108) idi. Kronik hatalığı olduğunu ifade edenlerdeki başlıca hastalıklar hipertansiyon, diyabet, hipotiroidi idi. Diğer hastalıklar içinde gastrit, anksiyete bozukluğu, romatizmal hastalık, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı en sık olanlardı (Tablo 11).

Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Obstetrik Özellikleri, OKS Kullanımı ve Menopoz Durumları

Gebelik Ortalama ±SD (Min-Maks)		2,34±1,39(0-7)
Toplam emzirme süresi Ortalama ±SD (Min-Maks)		31,90±25,9(0-124)
	Sayı	(%)
OKS kullanımı		
• Var	117	39,0
• Yok	183	61,0
Menopoz durumu		
• Evet	66	22,0
• Hayır	234	78,0

SD: Standart Deviation

Katılımcıların geçirilmiş gebelik özellikleri incelendiğinde gebelik öyküsü olmayanlar %12,7(n=38), en az bir gebelik öyküsü olanlar %87,3(n=262) idi.

Ortalama gebelik sayısı 2,34±1,39 idi. Toplam emzirme süreleri incelendiğinde minimum emzirme süresi sıfır ay, maksimum emzirme süresi 124 aydı. Ortalama emzirme süresi 31,90±25,9 aydı.

Menopoz durumları değerlendirildiğinde %78(n=237) premenopozal dönemde, %22(n=66) postmenopozal dönemdeydi (Tablo 12).

Oral kontraseptif kullanımı olanlar %39(n=117), hiç OKS kullanmayanlar %61(n=183) idi (Tablo 12).

4.2. MEMESİNDE KİTLE OLAN KADINLARIN HASTALIKLARINA YÖNELİK ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

Tablo 13. Memesinde Kitle Olan Kadınların Hastalığın Seyri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Kaç yıldır kitleniz var Ortalama ±SD	3,48±2,8	
	Sayı	(%)
Kitlenin türü		
• Benign	260	86,7
• Malign	40	13,3
Kitle sayısı		
• Tek	77	25,7
• Multipl	223	74,3
Kitlenin açık adı		
• Hipoekoik solid lezyon	115	38,3
• Basit kist	75	25,0
• Fibroadenom	38	12,7
• İnvaziv duktal karsinom (invaziv meme karsinomu)	28	9,3
• Fibrokist	19	6,3
• Mikrokist kümesi	7	2,3
• Duktal karsinoma in situ	3	1,0
• Papiller karsinoma in situ	3	1,0
• İnvaziv lobüler karsinom	3	1,0
• Papiller neoplazi	2	0,7
• Hamartom	2	0,7
• İntraduktal karsinom	1	0,3
• Benign epitelyal hiperplazi	1	0,3
• Duktal epitelyal hiperplazi	1	0,3
• Kronik inflamasyon	1	0,3
• Lenf nodu	1	0,3

Tablo 13'ün devamı

Hangi medikal tedaviyi kullandınız?		
• Tedavi kullanmadım	247	82,3
• Cerrahi	2	0,7
• Cerrahi + kemoterapi	8	2,7
• Hepsi	30	10,0
• Diğerleri	13	4,3

SD: Standart Deviation

Araştırmaya katılanlar ortalama 3,48±2,8 yıl memesinde kitle nedeniyle takipliydi. Memesindeki kitle nedeniyle takipli hastaların %86,7(n=260)'sinde benign, %13,3(n=40)'ünde malign kitle mevcuttu. Araştırmaya katılanların %74,3(n=223)'ünde kitle sayısı multipl, %25,7(n=77)'sinde tekti (Tablo 13).

Memesinde kitle nedeniyle takipli kadınlardan biyopsi yapılmayan hastaların histopatolojik tanısı olmadığı için, bu hastaların kitleleri USG raporundaki radyolojik görüntüsü ile tanımlanmıştır. Buna göre; araştırmaya katılanların kitlelerine baktığımızda %38,3(n=115)'ünde hipoekoik solid lezyon tespit edilmişti. Basit kist %25(n=75), fibroadenom %12,7(n=38), fibrokist %6,3(n=19), IDC %9,3(n=28) olarak tespit edildi (Tablo 13).

Araştırmaya katılanlardan %82,3(n=247)'ü herhangi bir medikal tedavi kullanmadığını ifade etti. Sadece cerrahi olanlar %0,7(n=2), cerrahi ve kemoterapi tedavisi olanlar %2,7(n=8), cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alanlar %10(n=30) idi. Cerrahi ve radyoterapi alan hiç hasta yoktu. Diğerleri içinde en çok fructus agni casti tedavisi alanlar vardı (Tablo 13).

4.3. MEMESİNDE KİTLESİ OLAN KADINLARIN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİ İLE KULLANMA DURUMLARI

Tablo 14. Memesinde Kitle Olan Kadınların GETAT Yöntemi Kullanma Durumuna Göre Dağılımları

GETAT kullanan Yaş Ortalaması ±SD (Min-Maks)	44,48±5,37(32-55)	
	Sayı	**(%)**
GETAT kullanıyor mu?		
• Evet	23	7,7
• Hayır	277	92,3
Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?		
• Hacamat	5	21,7
• Brokoli	4	17,4
• Soğan suyu	2	8,7
• Bal + zencefil	2	8,7
• Reishi mantarı	2	8,7
• Çörekotu yağı	1	4,3
• Çörekotu + bal + zerdeçal + zencefil	1	4,3
• Sülük	1	4,3
• Hacamat + sülük	1	4,3
• Sülük + reishi mantarı	1	4,3
• Gümüş suyu	1	4,3
• Zerdeçal	1	4,3
• Brokoli + soğan suyu	1	4,3
GETAT kullananlarda kitlenin türü		
• Benign	21	91,3
• Malign	2	8,7
Kitlenin adı		
• Basit kist	9	39,1
• Fibroadenom	5	21,7
• Hipoekoik solid lezyon	5	21,7
• İnvaziv duktal karsinom	2	8,7
• Lenf nodu	1	4,3
• Fibrokist	1	4,3
Hangi medikal tedaviyi kullandınız		
• Kullanmadım	16	69,6
• Hepsi	1	4,3
• Diğerleri	6	26,1

SD: Standart Deviation

Memesinde kitle olan kadınların %92,3(n=277)'ü herhangi bir GETAT yöntemi kullanmadığını, %7,7(n=23)'si ise bir GETAT yöntemi kullandığını ifade etmiştir. GETAT yöntemi kullananlardan, %,21,7(n=5)'si hacamat, %,17,4(n=4)'ü brokoli, %8,7(n=2)'si soğan suyu, %8,7(n=2)'si bal ve zencefil, %8,7(n=2)'si reishi mantarı, %4,3(n=1)'ü sülük, %4,3(n=1)'ü gümüş suyu, %4,3(n=1)'ü zerdeçal, %4,3(n=1)'ü brokoli ve soğan suyu, %4,3(n=1)'ü hacamat ve sülük, %4,3(n=1)'ü çörekotu yağı, %4,3(n=1)'ü sülük ve reishi mantarı, %4,3(n=1)'ü çörekotu, bal, zerdeçal ve zencefil kullanmaktaydı (Tablo 14).

Araştırmaya katılan GETAT yöntemi kullananların ortalama yaşı 44,48±5,37(32-55) idi. Kullanmayanların yaş ortalaması 43,39±10,36(18-74) idi. GETAT kullanan 23 kişinin ortalama 4,17±3(1-11) yıldır kitlesi vardı. GETAT kullanan 15 kişinin ilk 4 yıldır kitlesi vardı. Herhangi bir GETAT yöntemi kullananların %91,3(n=21)'ünün kitlesi benign, %8,7(2)'si malign karakterdeydi. GETAT kullananlar içinde 39,1(n=9)'i basit kist, %21,7(n=5)'si fibroadenom, %21,7(n=5)'si hipoekoik solid lezyon, %8,7(n=2)'si IDC, %4,3(n=1)'ü lenf nodu, %4,3(n=1)'ü fibrokist tanısıyla takipliydi (Tablo 14).

GETAT kullanan hastaların %69,6(n=16)'sı ek hiçbir medikal tedavi almamıştı. %4,3(n=1)'ü cerrahi, radyoterapi, kemoterapinin hepsini alırken, %26,1(n=6)'i diğer tedavi yöntemlerini kullanmışlardı (Tablo 14).

Tablo 15. Memesinde Kitle Olan Kadınların GETAT Kullanma Nedenleri, GETAT'ın Etkinliğine Yönelik Görüşleri

	Sayı	(%)
Neden GETAT kullanıyorsunuz?		
• Tedavi ettiğine inanıyorum	12	52,2
• Belki işe yarar diye düşündüm	8	34,8
• Psikolojik olarak rahatlamak için	2	8,7
• Hastalığa karşı her şeyi yapmak için	1	4,3
GETAT kullanımından fayda gördünüz mü?		
• Evet	13	56,6
• Hayır	1	4,3
• Bilmiyorum	9	39,1
GETAT kullanımından zarar gördünüz mü?		
• Evet	0	0,0
• Hayır	23	100,0

Tablo 15'in devamı

GETAT kullanımından beklenen sonuca ulaştınız mı?		
• Beklediğim sonuca ulaştım	8	34,8
• Daha sonuç alamadım	13	56,5
• Tedavi olamadım ama bende rahatlama oluştu	2	8,7
GETAT kullanımı tıbbi tedavi kadar etkili mi?		
• Evet	9	39,1
• Hayır	3	13,1
• Bilmiyorum	11	47,8
GETAT tavsiye eder misiniz?		
• Evet	14	60,9
• Hayır	3	13,0
• Bilmiyorum	6	26,1
Maliyeti ne kadar?		
• Tıbbi tedaviden daha pahalı	2	8,7
• Tıbbi tedaviden daha ucuz	20	87,0
• Hiç masrafı yok	1	4,3
Kimlerin tavsiyesi ile kullandınız?		
• Aynı hastalığı yaşayanlardan	1	4,3
• Akraba, aile bireyleri, arkadaşlar	18	78,3
• İnternet	1	4,3
• Medya	3	13,1
Doktorunuzla paylaştınız mı?		
• Evet	17	73,9
• Hayır	6	26,1
Paylaşmadıysanız neden?		
• Ciddiye almamalarından çekindim	2	33,4
• Onlarla alakalı bir konu olduğunu düşünmedim	3	50
• Diğer	1	16,6
Hastalığın hangi aşamasında başvurdunuz?		
• Hastalığın başlangıcında	15	65,2
• Medikal tedavi ile birlikte	4	17,4
• Medikal tedaviden sonra	4	17,4
Tedavi kür periyodu		
• Aklıma geldikçe	4	17,4
• Günde 1-2	13	56,6
• Ayda	3	13,0
• Senede	3	13,0

Araştırmaya katılan kadınların %52,2(n=12)'si tedavi ettiğine inandığı için, %34,8(n=8)'i belki işe yarar düşüncesiyle, %8,7(n=2)'si psikolojik olarak rahatlamak

için, %4,3(n=1)'ü hastalığa karşı her şeyi yapmış olmak için ve %0,0(n=0)'ı çaresizlikten GETAT kullanmışlardır. GETAT kullanıcılarının %56,6(n=13)'sı fayda gördüğünü, %4,3(n=1)'ü fayda görmediğini, %39,1(n=9)'i fayda görüp görmediğini bilmediğini ifade etmiştir. %34,8(n=8)'i beklediği sonuca ulaştığını, %0,0'ı hiçbir yarar görmediğini, %56,5(n=13)'i daha sonucu alamadığını, % 8,7(n=2)'si tedavi olamadığını ama kendisinde rahatlama yarattığını söylemiştir. Herhangi bir zarar gördüğünü ifade eden hiç kimse olmamıştır. GETAT kullanıcılarının %39,1(n=9)2'i tıbbı tedavi kadar etkili olduğunu, %13,1(n=3)'i tıbbı tedavi kadar etkili olmadığını, %47,8(n=11)'i tıbbı tedavi kadar etkili olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. %8,7(n=2)'si tıbbi tedaviden daha pahalı olduğunu, %87,0(n=20)'ı tıbbi tedaviden daha ucuz olduğunu, %4,3(n=1)'ü hiç masrafı olmadığını ifade etmiştir (Tablo 15).

GETAT kullanıcılarının %60,9(n=14)'u GETAT yöntemlerini bir başkasına tavsiye edebileceğini, %13,0(n=3)'ı tavsiye etmeyeceğini, %26,1(n=6)'i herhangi bir GETAT yöntemini başkasına tavsiye edip etmeyeceğini bilmediğini ifade etmiştir. GETAT yöntemlerine ilişkin bilgi ve tavsiyeleri kadınların %4,3(n=1)'ü aynı hastalığı yaşayanlardan, %78,3(n=18)'ü akraba, aile bireyleri ve arkadaşlardan %4,3(n=1)'ü internetten, %13,1(n=13)'i medya, televizyon, gazete ve benzeri yayın organlarından edinmişlerdir. Memesinde kitlesi olan kadınların %26,1(n=6)'i kullandığı GETAT yöntemini sağlık personeli ile paylaşmamıştır. Hastaların GETAT kullandığını sağlık personeli ile neden paylaşmadığı sorulduğunda; %33,4(n=2)'ü ciddiye almamalarından çekindiğini, %0,0'ı azarlamalarından çekindiğini, %50(n=3)'i onlarla alakalı bir konu olduğunu düşünmediğini, %16,6(n=1)'sı diğer nedenleri ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %73,9(n=17)'u kullandıkları GETAT yöntemini sağlık personeli ile paylaşmıştır (Tablo 15).

GETAT kullanıcılarının %65,2(n=15)'si hastalığın başlangıcında, %17,4(n=4)'ü medikal tedavi ile birlikte, %17,4(n=4)'ü medikal tedaviden sonra GETAT yöntemlerine başvurmuştur. GETAT kullanım sıklığı sorulduğunda %17,4(n=4)'ü aklına geldikçe, %56,6(n=13)'sı günde 1-2 kez, %13,0(n=3)'ı ayda bir kez, %13,0(n=3)'ı senede 1 kez uyguladığını ifade etmiştir (Tablo 15).

4.4. MEMESİNDE KİTLE OLAN KADINLARIN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KULLANMASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tablo 16. Memesinde Kitle Olan Kadınların Sosyodemografik Özellikler, Kitlenin Türü ve Ek Hastalıkla GETAT Yöntemi Kullanıp Kullanmama Durumu Arasındaki İlişki

	GETAT kullanan (N:23)	**GETAT kullanmayan (N:277)**	**p***
Yaş Ortalaması ±SD	44,48±5,37	43,39±10,36	0,618
Kitle			
• Benign; n(%)	21(8,1)	239(91,9)	0,473
• Malign; n(%)	2(5,0)	38(95,0)	
Eğitim düzeyi			
• Ortaokul ve altı; n(%)	10(4,7)	204(95,3)	**0,002**
• Lise ve üzeri; n(%)	13(15,1)	73(84,9)	
Medeni durum			
• Evli; n(%)	22(8,0)	253(92,0)	0,706
• Bekâr; n(%)	1(4),0	24(96,0)	
Meslek			
• Çalışmıyor; n(%)	15(6,0)	236(94,0)	**0,034**
• Çalışıyor; n(%)	8(16,3)	41(83,7)	
Gelir düzeyi			
• 2000-3000 TL arası; n(%)	19(7,7)	227(92,3)	0,940
• 3000-5000 TL arası; n(%)	3(6,8)	41(93,2)	
• 5000 TL üzeri; n(%)	1(10,0)	9(90,0)	
Kimlerle yaşıyorsunuz			
• Tek başına; n(%)	0(0,0)	2(100,0)	0,226
• Çekirdek aile; n(%)	22(7,5)	273(92,5)	
• Geniş aile; n(%)	1(33,3)	2(66,7)	
Yaşadığı yer			
• İl merkezi; n(%)	21(8,2)	236(91,8)	0,549
• Diğer; n(%)	2(4,7)	41(95,3)	
Ek hastalık			
• Yok	15(7,8)	177(92,2)	0,899
• Var	8(7,4)	100(92,6)	

SD: Standart Deviation, *p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir

Tablo 16'da hastaların sosyodemografik özelliklerinden medeni durum, gelir, eğitim, yaşadığı yer, aile yapısı ve kronik hastalık ile GETAT kullanımı karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya göre, lise ve üstü eğitim seviyesi olan ve çalışan kadınların daha çok GETAT yöntemlerini tercih ettiği görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Diğer parametrelerden kitlenin türü, medeni durum, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı ile ilişkili bulunmamış olup istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 17. Memesinde Kitle Olan Kadınların Kitle Boyutuna GETAT Kullanımının Etkisi

GETAT kullanan N:16			
	Ortalama ± SD	Min-Maks	p
Başlangıçtaki kitle boyutu (x)	15,06±9,93	3,8-35	0,756*
Son kitle boyutu (x)	14,75±9,11	0-31	
Başlangıçtaki kitle boyutu (y)	8,43±5,44	1-20	0,630*
Son kitle boyutu (y)	8,06±5,33	0-19	
GETAT kullanmayan N:231			
	Ortalama ± SD	Min-Maks	p
Başlangıçtaki kitle boyutu (x)	13,38±8,34	3-60	0,134**
Son kitle boyutu (x)	12,97±8,54	0-58	
Başlangıçtaki kitle boyutu (y)	7,41±5,08	1-47	0,235**
Son kitle boyutu (y)	7,17±5,18	0-42	

SD: Standart Deviation
* Bağımlı örneklem t-testi
** Wilcoxon işaretli sıra testi

Araştırmaya katılan 300 hastanın ortalama ilk kitle boyutları x düzleminde 14,16±9,1(60-0), y düzleminde 8,11±5,9(47-0) idi. Kontrole geldikleri zaman bakılan ortalama son kitle boyutları x düzleminde 11,43±9,34(58-0), y düzleminde 6,1±5,55(42-0) idi. Son kitle boyutlarında bir küçülme olması cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi medikal tedavileri alan hastalarında bu grupta olmasından kaynaklıydı. Herhangi bir medikal tedavi almayan 247 hasta incelendiğinde, sadece

GETAT kullanan 16 hastanın başlangıçtaki ortalama kitle boyutları x düzleminde 15,06±9,93(35-3,8), y düzleminde 8,43±5,44(20-1) idi. Ortalama son kitle boyutları x düzleminde 14,75±9,11(31-0) y düzleminde 8,06±5,33(19-0) idi. GETAT kullanan hastaların kitlelerinde bir küçülme olmakla birlikte bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 17).

Herhangi bir medikal tedavi almayan ve GETAT yöntemi de kullanmayan 231 hastanın da ilk kitle boyutları x düzleminde 13,38±8,34(60-3) y düzleminde 7,41±5,08(47-1), son kitle boyutları x düzleminde 12,97±8,54(58-0) y düzleminde 7,17±5,18(42-0) olup son kitle boyutlarında küçülme olmakla birlikte bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo17).

5. TARTIŞMA

Meme kanserleri kadınlarda en sık görülen kanserdir (1). Meme kanserinde tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavi olarak belirlenmiştir (4). Meme kanseri tedavi sürecinde cerrahiye bağlı olarak fiziksel görünümdeki bozulmalar ve kemoterapi ile radyoterapiye bağlı ortaya çıkan yan etkiler hastaları olumsuz etkilemektedir. Memesinde kitle olan hastalar GETAT uygulamalarını sağlığın iyileştirilmesi (gerek kitlenin iyileştirilmesi gerekse medikal tedavilerin yan etkilerini ortadan kaldırmak için) amacıyla tercih etmektedir.

Memenin benign lezyonları malign lezyonlarından daha sık görülmektedir. Yaptığımız literatür taramasında ülkemizde meme kanserli kadınların GETAT kullanım durumlarını inceleyen birçok araştırma olmasına rağmen, memesinde benign kitlesi olan kadınların GETAT kullanım durumlarını inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda memesinde malign ve benign kitle nedeniyle takip edilen hastaların GETAT kullanımını sorgulamayı amaçladık. Ayrıca diğer çalışmalardan farklı olarak GETAT kullanan hastaların kitle boyutlarındaki değişikliği de araştırdık.

Literatüre bakıldığında; 2019 yılında Çınar ve ark.'nın meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada yaş ortalaması 53,3±8,63 yıldı (114). Yeşil ve arkadaşlarının çalışmasına 70 meme kanserli hasta katılmış olup ortalama yaşları 57,5± 11,2 yıldı (115). AF Zulkipli ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaş ortalaması 57,0± 16 yıldı (116). Yine yakın zamanda yapılan çalışmalarda yaş ortalaması 47 ile 53 arasında değişmektedir (4, 117-121). Bizim araştırmamızda yaş ortalaması yapılan çalışmalardan daha düşük saptanmıştır. Bu durum çalışmamıza sadece meme kanseri olan hastalardan ziyade memesindeki benign ve malign olmak üzere tüm lezyonu olan hastaların dâhil edilmesi neden olabilir. Kistler 30-50 yaşlar arasındaki kadınların üçte birinde görülürken (15), fibroadenomlar da 20-30 yaş grubunda görülen memenin en yaygın benign hastalığıdır (16). Buna göre benign lezyonu olan katılımcılar yaş ortalamasını düşürmüş olabilir.

Literatürdeki Çınar ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %80,3'ü evli, %54,9'u ilkokul mezunu, %85,9'u çalışmıyordu (114). Kurt ve ark.' nın çalışmasında

%86,2'si evli, %68,5'i okuryazar- ilköğretim mezunu, %64,6'sı ev hanımı, %96,9'unun geliri gidere eşitti (122).Yakın zamanda ülkemizde yapılan bu çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde evli, çalışmayan ve orta eğitim düzeyli katılımcılar fazlaydı. AF Zulkipli ve ark.'nın çalışmasında %69'u evli, %49,4'ü orta öğretim mezunu, %42,8'i çalışıyordu (116). Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak çalışan katılımcı sayısı daha fazladır. Demirsoy ve ark.'nın çalışmasında araştırmaya katılanların %73,2'si evli, %50,12'sinde gelir gidere denk, %54,9'u üniversite mezunuydu (123). Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak üniversite mezunu katılımcı sayısı fazlaydı. Kalender ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %96,7'si şehir merkezinde yaşıyor olup, %43,4'ü ilkokul mezunuydu (119). Yavuz ve ark.'nın çalışmasında %28'inin lise, %28'inin üniversite mezunu, %78'inin evli, %64'ünün şehirde yaşadığı, %82'sinin çalışmadığı, %45'inin emekli ve %33'ünün ev hanımı olduğu bulunmuştur (4). Yakın zamanda yapılan bu çalışmalarla bizim çalışmamıza katılanlar arasında sosyodemografik özellikler açısından farlılıklar olmakla birlikte genel olarak benzer özellikler olduğu görülmüştür.

Kronik hastalık varlığı sorgulandığında AF. Zulkipli ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %56,1'inde en az bir kronik hastalık vardı (116). Bizim çalışmamızda katılımcıların ek hastalık varlığı daha azdı. Bizim çalışmamıza katılanlarda ek hastalık varlığının daha az olması, yaş ortalamasının daha düşük olması, buna bağlı olarak da yaşa bağlı görülen kronik hastalık varlığının azalması ile açıklanabilir. Çalışmamızda ek hastalıklardan en sık, ilgili çalışmada olduğu gibi HT ve DM görülmekte idi.

Çalışmamızda, daha önce yapılan çalışmalara benzer şekilde katılımcıların çoğu sigara kullanmıyordu (116, 119).

AF. Zulkipli ve ark.'nın çalışmasında hastaların yarıdan fazlası postmenopozal dönemdeydi (116). Bizim çalışmamızda ise, katılımcıların daha genç olması nedeniyle bu çalışmadan farklı olarak premenopozda olanların sayısı daha fazlaydı. OKS kullanım durumları bizim çalışmamızla benzerdi.

Araştırmaya katılanların kitle türlerine baktığımızda toplumda görülme sıklığına uygun şeklide dağıldığı saptandı (15, 16, 40).

Çınar ve ark.'nın çalışmasında hastalık süresi ortalama 1,65±1,42 yıldı. Sadece meme kanserli hastaların katıldığı araştırmada hastaların %52,1'inde Evre 2 meme kanseri, %42,3'ünde uzak organ tutulumu vardı. %51,1'i cerrahi operasyon geçirmişti (114). Rahou ve ark.'nın çalışmasında hastaların yarısından fazlası evre 2 meme kanserinde (%58,8) idi. Tanıdan bu yana geçen ortalama süre 7,28 ± 3,73 aydı (117). Kalender ve ark.'nın çalışmasında hastalar ortalama 27,31±30,67 aydır meme kanseri tanılıydı. %95,9'u kemoterapi alıyordu (119). Çalışmamızda memesinde kitlesi olan kadınların aldıkları medikal tedavilere baktığımızda, %82,3'ü herhangi bir medikal tedavi almamıştı. Çalışmamıza katılanların büyük çoğunluğunun ilgili çalışmalardan farklı olarak benign kitlesi vardı. Benign kitlesi olan kadınların cerrahi endikasyon olmadığı sürece takip edilmesi bu farkı açıklamaktadır. Literatürdeki çalışmalarda katılımcıların ortalama hastalık süreleri 7 ay ile 3 yıl arasında olduğu görüldü. Bizim çalışmamızdaki katılımcıların ortalama hastalık süresi literatürle uyumludur (114, 117, 119, 123).

Ülkemizde meme kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda GETAT kullanım oranlarının %21,1 ile %85,7 arasında değiştiği görüldü (114, 115, 119, 123, 124). Yine ülkemizde yapılan jinekolojik ve meme kanserli hastalarda tıbbı tedaviye ek tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını kullanım oranı %34,6 olarak bulunmuştur (122). Şimşek ve ark.'nın çalışmasında Türkiye'de genel olarak GETAT kullanım oranı %60,5 olarak bulunmuş ayrıca 35 yaş üstü kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı daha çok tercih ettiği saptanmıştır (125). Bu veriler ülkemizde neredeyse her iki kişiden birinin GETAT kullandığını düşündürmektedir. Ancak bizim çalışmamızda bu oran düşük saptanmıştır. İlgili çalışmalara bakıldığında hasta değerlendirme anketlerinde GETAT yöntemi olarak dua etmeyi seçenekler arasına koydukları görülmektedir (115, 120). Bizim çalışmamızdaki hasta değerlendirme formunda GETAT kullanım durumu ucu açık soru olarak sorulmuştur. Hastalar dua etmeyi GETAT yöntemi olarak düşünmedikleri için belirtmemiş olabilirler. NCCIH alternatif tıp uygulamalarının sınıflandırılmasında zihin-beden tıbbı olarak dua etmek yer almaktadır. DSÖ' ye göre sağlık kavramı yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, ruhsal, fiziksel, sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Bu tanımlamaya göre hastalıkların medikal tedavisinden daha önemli olan hastalığa yakalanmamaktır. Ancak insanların sağlık problemleri olduğunda çeşitli arayışlar içine girmesi doğal bir

davranıştır. Hastalar tıbbi tedavinin yanında dua ederek morallerini yükseltirler, hastalıklara karşı dirençlerini artırırlar. Beden sağlığı ile ruh sağlığının etkileşim içinde olduğu kabul edilmektedir. Dua etmenin sağlık üzerine etkisini test etmek her ne kadar zor olsa da, inanarak ve samimi yapılan duanın insan sağlığı üstünde olumlu etkileri olduğu kabul görmüş bir düşüncedir. Varol ve ark.'nın kanserli hastalarla yaptığı bir çalışmada, kanserli hastaların %82'si dua etmenin kanserle baş etmede çok büyük destek ve umut kaynağı olduğunu ifade etmiştir (126). Günümüzde GETAT yöntemlerinin modern tıbbi uygulamalar yanında daha da kabul görmesiyle "manevi bakım", "manevi destek", "manevi danışma ve rehberlik" gibi spritüal destek yöntemlerinin önemi daha çok anlaşılmaktadır (127). Çalışmalarda meme kanserli hastalarda GETAT yöntemi olarak en çok duanın kullanılması, halkımızın büyük çoğunluğunun inançlı olması, duanın hiçbir yan etkisinin ve maliyetinin olmaması ile açıklanabilir.

Meme kanserli hastaların katıldığı ülkemizde yapılan duanın sorgulanmadığı araştırmalarda en sık bitkisel yöntemlerin tercih edildiği görülmüştür (114, 119, 123, 124). Duanın sorgulandığı çalışmalarda ise ikinci sıklıkta bitkisel yöntemler tercih edilmiştir (115, 120). İlgili çalışmalarda katılımcıların kullandığı bitkisel yöntemlerin zerdeçal, yeşil çay, ısırgan otu, çörekotu ve yağı, ıhlamur olduğu görülmüştür (114, 119, 120, 123, 124). Çalışmalarda ısırgan otu ve çörek otunun daha çok tercih edildiği görülmekle beraber kullanılan bitkiler insanların yaşadığı coğrafya ve kültürel yapıdan etkilenmektedir. Bir çalışmada ratlarda meme kanseri oluşturularak ısırgan otunun özellikleri incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda ısırgan otunun antioksidan etki göstermesini sağlayan bileşimlere sahip olduğu görülmüştür. Böylece ısırgan otunun meme kanserinde koruyucu etki gösterdiğini düşündüren sonuçlar bulunmuştur (128). Hücre kültürü laboratuvarında meme kanseri hücrelerinde yapılan bir çalışmada çörek otunun en önemli biyoaktif bileşeni olan timokinon'un antikanserojenik, antitümöral, antioksidan ve antiproliferatif özellikleri gösterilmiştir (129). Bizim çalışmamızda en sık kullanılan bitkisel yöntem brokoli olmakla birlikte, kullanım sıklığına göre diğer bitkisel yöntemlerin reishi mantarı, soğan suyu, zencefil, çörek otu ve yağı ile zerdeçal olduğu görülmüştür. Meme kanseri tedavisinde destekleyici olabilecek bazı tıbbi bitkiler hakkında bilgi verilen bir derlemede yeşil çay, zerdeçal, sarımsak, nar, zeytin gibi bitkilerin yanında brokoliye de yer verilmiştir. Buna göre brokoli detoksifiye edici

enzimlerin ekspresyonunu indükleyip güçlü antioksidan aktiviteye sahiptir (130). Günümüzde ilaçların %20'si geleneksel tıbbi bitkilerden hazırlanmaktadır. Başta kanser olmak üzere pek çok hastalığın tedavisinde bitkisel kaynaklı maddeler ilaç etken maddesi olarak kullanılmaktadır (130). Birçok hasta ilaçların yan etkilerini azaltmak, bağışıklık sistemini güçlendirmek dahası nüks riskini azaltmayı veya doğrudan kanseri yenmeyi umut etmektedir (131). Hastalar bitkisel yöntemleri kolay ulaşılabilir, doğal, zararsız olduğunu düşünerek sıklıkla kullanmaktadır. Ancak bitkisel ürünlerin yararlı etkilerine karşı ilaç etkileşimlerine yol açabileceği, dahası tedaviyi etkisiz hale getirip hastalığın ilerlemesine neden olabileceği de bildirilmektedir (131). Bu nedenle bitkisel yöntemlerin etki mekanizmaları ile ilgili daha ileri çalışmalar bu konuya büyük katkı sağlayacaktır.

Bizim çalışmamızda hacamat bitkisel yöntemlerden sonra en sık kullanılan GETAT yöntemi olarak bulunmuştur. Hacamat yani ıslak kupa terapisi Eski Mısır'a kadar uzanan eski bir geleneksel tıp yöntemidir. İslam ve Arap ülkelerinde geçmişi eskiye dayanan popüler bir tedavidir. Kupa terapisi uygulaması Rönesans sırasında İtalya'ya ve daha sonra 14. ve 17. yüzyıllar arasında Avrupa'nın geri kalanına yayılmıştır. Kupa terapisi lokalize boyun ağrısı, bel ağrısı, diz ağrısı ve sistematik hastalıklardan DM, HT ve romatoid artritte kullanılabilir (132). Al-Reefy S. ve ark meme kanseri nedeniyle opere olmuş bir hastanın erken dönemde koluna ıslak kupa terapisi yaptırmasından sonra lenf ödem geliştiğini bildirmişlerdir (133). Başka bir randomize kontrollü çalışmada ise meme kanseri ameliyatı sonrası lenf ödem tedavisi için kısa süreli elastik bandaj ile birlikte yapılan hareketli kupa terapisinin lenf ödem tedavisinde daha etkili olduğu görülmüştür (134). Hacamat ile ilgili yapılmış az sayıda randomize kontrollü çalışma vardır. Bu konuda geleceğe ışık tutması açısından daha kapsamlı, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Son zamanlarda kupa tedavisine tıp doktorlarının da ilgisi artmıştır. Kupa tedavisinin yetkili uzman kişilerce uygulanması gerektiği gibi, uygulama öncesi hastanın hacamat tedavisine uygunluğunun değerlendirilmesi, gerekli tetkiklerin yapılması ve enfeksiyon riski açısından uygun tedbirlerin alınması gereklidir (135).

Bazı yurtdışında yapılan çalışmalarda GETAT kullanım sıklığı %24-98 arasında olduğu görülmüştür. Örnek vermek gerekirse İsrail'de meme kanserli hastaların daha çok dokunma terapisini, Avusturalya'da masaj yöntemini, Tayvan'da

bitkisel ilaçları, ABD ve birçok Avrupa ülkesinde ise vitamin ve mineralleri tercih ettiği görülmüştür (136-138). Bu durumda GETAT yöntemlerinin ülkelerin gelenek, kültür, dini inanç, yaşadığı coğrafyadan etkilendiği sonucuna ulaşılabilir. GETAT yöntemlerinin artık daha çok medyada konuşulması bu yöntemlere ilgiyi artırmakta, bitkisel yöntemler dâhil diğer beden ve zihinsel yöntemlere karşı insanlarda merak uyandırmaktadır.

Meme kanserli kadınlarda yapılan bazı çalışmalarda, hastalar genel olarak kullandıkları GETAT yöntemlerinin sağlıkları üzerine faydalı etkileri olduğunu belirtmiştir (115, 139). Demirsoy ve ark.'nın çalışmasında meme kanserli kadınların GETAT kullanma sebeplerinin en fazla semptomları engellemek amacıyla olduğu ve genelinde iyileşme meydana geldiği, psikolojik olarak rahatlattığını ifade etmiştir (123). Bizim çalışmamızda da GETAT yöntemlerini kullanan katılımcıların yarıdan fazlası, tedavi ettiğine inandığı için kullandığını söylemiştir. Yine GETAT yöntemlerini kullanan katılımcıların yarıdan fazlası bu tedavilerden fayda gördüğünü bildirmiştir. GETAT yöntemi kullananların hiç biri zarar görmemekle birlikte yarısından çoğu beklediği sonucu henüz alamadığını söylemiştir. Hastalar GETAT yöntemlerinin tıbbi tedavilerine ek yarar sağlayacağını düşünmüş olabilirler. Ancak bu yöntemlerin uygun şartlar sağlanarak, bu alanda eğitim almış kişiler tarafından uygulanmadığı zaman ciddi yan etkiler olabileceği, ilaç etkileşimleri ile medikal tedavinin etkinliğinin azalabileceği konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.

Çalışmamıza katılanların çoğu GETAT yöntemlerinin tıbbi tedavi kadar etkili olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. GETAT yöntemine başvurmuş hastalarda kitlelerinde anlamlı bir küçülme olmamasına rağmen kendilerini iyi hissetmiş bunun yanında herhangi bir medikal tedavi de almamış olmaları nedeniyle bu hastalar tıbbi tedavi ile GETAT arasında bir karşılaştırma yapamamış olabilirler. Çalışmamıza katılanlardan yarısından fazlası kullandığı GETAT yöntemini bir başkasına tavsiye edebileceğini ve tıbbi tedaviden daha ucuz olduğunu söylemiştir. Katılımcıların çoğu akraba, aile bireyleri ve arkadaşlarının tavsiyesi üzerine GETAT yöntemine başvurmuştur. İkinci sırada televizyon, gazete gibi medya organları gelmektedir. Çınar ve ark.'nın çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların aile, akrabalarından ve medyadan (TV, radyo, gazete ve magazin, internet vb.) etkilendiği görülmüştür (114). Yeşil ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde sonuç

bulunmuştur (115). Demirsoy ve ark.'nın çalışmasında hastaların çoğu GETAT bilgilerini en çok kendi mevcut bilgilerinden ve aile üyelerinden edindiğini ifade etmiştir (123). Ülkemizde yapılan bu çalışmalar GETAT yöntemlerinin yakın çevre ve medyadan edinilen bilgilerle uygulandığını göstermektedir. Tıp doktorlarının GETAT yöntemleri hakkında yeterli bilgisinin olmaması, bu yöntemlere karşı ön yargılarının olması ve bu yöntemler hakkında kanıta dayalı yeterli verilerin olmaması hastalara gerekli önerilerde bulunmamalarına neden olabilmektedir.

Yeşil ve ark.'nın çalışmasında GETAT kullanan hastalar meme kanseri tanısı aldıktan hemen sonra GETAT yöntemlerine başvurduğunu ifade etmiş, ancak sadece %35'i bu konuda doktoruna bilgi verdiğini söylemiştir (115). Demirsoy ve ark.'nın çalışmasında da hastaların yarısından fazlası GETAT kullanım durumunu sağlık personeli ile paylaşmamıştır. Paylaşmayan hastaların çoğunluğu gerek görmediği için bildirmediğini ifade etmiştir (123). Bizim çalışmamızda diğer araştırmalardan farklı olarak GETAT kullananların çoğunun bunu doktoru ile paylaştığı saptanmıştır. Katılımcıların daha genç olması ve bilinçsiz şekilde GETAT kullanım durumunun tehlikelerinin toplumda daha çok biliniyor olması ve hastaların bu konuda daha bilinçli hale gelmiş olmasından dolayı bu sonuç çıkmış olabilir. Bunda toplumun GETAT yöntemleri hakkında yan etki olabileceği konusunda bilinçlenmesi ve yapılan kamu spotlarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların GETAT yöntemi kullanmasını etkileyen faktörlere bakıldığında; eğitim düzeyi ve meslek ile ilişkili olduğu görülmüştür. Lise ve üzeri eğitim düzeyi olanlar ve çalışanlar GETAT yöntemlerini daha fazla kullanmışlardır. GETAT yöntemi kullanımı yaş, medeni durum, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı ile ilişkili değildir. Çınar ve ark.'nın çalışmasında yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik faktörlere göre tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımında bir farklılık bulunmamıştır. Yeşil ve ark.'nın çalışmasında da GETAT kullanan ve kullanmayan hastaların yaş, öğrenim durumu, mesleki durum, kemoterapi kür ve radyoterapi seans sayıları ve operasyon sonrası geçen süreye göre hastalar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (115). Demirsoy ve ark.'nın çalışmasında ise evli olanların GETAT kullanımı daha yüksek bulunmasına rağmen yaş ve eğitim durumunun GETAT kullanımını etkilemediği görülmüştür (123). Kalender ve ark.'nın çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek olanlarda

GETAT yöntemlerinin daha fazla kullanıldığı saptanmıştır (119). Kurt ve ark.'nın çalışmasında eğitim düzeyi ile GETAT kullanımı arasında ilişki bulunmamış, evli olan hastalarda GETAT kullanma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (124). Zulkipli ve ark.'nın çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde orta öğretim seviyesinde olanlar ve çalışan kadınların, bizim çalışmamızdan farklı olarak da 3 ve daha fazla komorbiditesi olanların olmayanlara göre GETAT kullanma olasılığı daha yüksektir (116).

Literatüre bakıldığında kansere bağlı kemoterapi alanlarda yan etkilerle baş etmeye yönelik GETAT kullanım durumunu inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan oluşan bir derlemede bitkisel yöntemler, refleksoloji, hipnoz, müzik terapi, akupunktur, terapötik mesaj tedavi metotları incelenmiştir (140). Ayrıca kanser tedavisinde etkili olabilecek bitkisel yöntemleri araştıran çalışmalar da mevcuttur. Ancak bu çalışmaları destekleyen daha çok kontrollü randomize çalışmaların yapılması gerektiği de vurgulanmaktadır (128, 141). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak hastaların kitle türlerine göre GETAT kullanma durumları araştırılmıştır. Çalışmamızda GETAT kullananlar arasında benign kitlesi olan hastalar sayıca daha fazlaydı. Kitle türü ile GETAT kullanımı karşılaştırıldığında ise benign kitlesi olanlar ile malign kitlesi olanlar arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak hastaların GETAT kullanıma bağlı kitle boyutlarında bir değişiklik olup olmadığına bakılmıştır. Hiçbir medikal tedavi almayan hastalardan GETAT kullanan ve kullanmayanların başlangıçtaki kitle boyutlarına göre sonraki kitle boyutlarında küçülme olmakla birlikte bu istatistiki olarak anlamlı değildir. Bu durum GETAT kullanan hastaların çok az olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca hastanın kürü doğru bir şekilde uygulamamış olması, endikasyon olmadan kürü uygulamış olması, GETAT yöntemleri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmaması ile uzman görüşü almamasından kaynaklı olabilir. Ayrıca GETAT kullanan hastalar kitle boyutlarında anlamlı bir küçülme olmamasına rağmen GETAT yöntemlerinden büyük oranda fayda gördüğünü ifade etmiştir. Bu durum hastaların kitleden kaynaklı ağrı vb. semptomlarının azalması ve psikolojilerinin rahatlamasından kaynaklı olabilir. Memesinde kitle olan hastalarda GETAT kullanımının kitle üzerine etkisini daha iyi gösterebilmek için, daha büyük,

prospektif, GETAT yöntemlerinin ilgili uzmanlarca doğru uygulandığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ülkemizde Cumhurbaşkanlığı himayesinde Nisan 2018'de ilk uluslararası GETAT kongresi düzenlenmiştir. Bu kongre GETAT uygulamalarıyla ilgili en büyük gelişmelerden biri olmakla beraber yetersizdir. GETAT uygulamalarının üniversite düzeyinde yapılan akademik çalışmalarla daha da aydınlatılmasına gereksinim vardır.

6. SONUÇLAR

Çalışmaya katılan memesinde kitle olan 300 hastanın yaş ortalaması 43,7'dir. Katılımcıların çoğu evli, il merkezinde, çekirdek aile içinde yaşamakta, çalışmamakta, ortaokul ve altı eğitim düzeyindedir. Katılımcıların çoğu 2000-3000 TL arasında gelir düzeyine sahiptir. Büyük kısmı sigara kullanmamaktadır. Katılımcıların çoğunda kronik bir hastalık yoktur. Çoğu premenopozda ve OKS kullanmamıştır.

Katılımcıların çoğunun benign kitlesi mevcuttur (%86,7). Katılımcıların büyük kısmı herhangi bir medikal yöntem kullanmadığını ifade etmiştir (82,3).

Katılımcıların sadece %7,7'si GETAT yöntemlerinden birini kullandığını ifade etmiştir. GETAT yöntemi kullananların büyük kısmı benign kitleye sahiptir. Bunlar arasında en sık basit kist, fibroadenomu olan kadınlar vardır. GETAT yöntemi kullananların % 69,6'sı medikal bir tedavi almamaktadır. GETAT yöntemi kullananlar da en çok bitkisel yöntemlerden brokoliyi (%17,4) ve hacamatı (%21,7) tercih etmiştir.

GETAT kullananların büyük kısmı bu yöntemlerin tedavi ettiğine inandığını söylemiştir. Katılımcıların çoğu fayda gördüğünü, hiç biri zarar görmediğini ifade etmesine rağmen büyük kısmı kullandığı süreçte hastalığı ile alakalı daha sonuç alamamıştır. GETAT yöntemlerinin hastalarda plasebo etki yarattığı söylenebilir. Ayrıca hastalar GETAT yöntemlerinin tıbbı tedavi kadar etkili olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların büyük kısmı kullandığı yöntemi başkasına tavsiye edebileceğini, tıbbi tedaviden daha ucuz olduğunu, aile akraba ve arkadaş önerisiyle GETAT kullandığını ve kullandığı yöntemi doktoruyla paylaştığını ifade etmiştir. Katılımcıların GETAT yöntemlerinden bir zarar görmedikleri ve onlarda rahatlama sağladığı görülmüştür.

Çalışmamızda lise ve üstü eğitim düzeyinde olan ve çalışan kadınların GETAT yöntemlerini daha çok tercih ettiği görülmektedir. Diğer araştırmalardan farklı olarak kitle boyutlarına baktığımız çalışmamızda GETAT kullanımına bağlı hastaların kitlelerinde küçülme olmasına rağmen bu istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır.

GETAT yöntemlerinin kullanımı birçok ülkede her geçen gün artmaktadır. GETAT kullanımını etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; sosyokültürel yapı,

ekonomik durum, dini inanç, doğal olduğuna inanılması, yan etki profilinin daha az olduğuna inanılması, kanser hastaları, psikiyatrik hastalar ve kronik hastalığı olanlar için umut olarak görülmesi, ilaç tedavisinden korkma olabilir.

GETAT yöntemlerinin kabul edilmiş birçok uygulama alanı mevcuttur. Bunlar arasında romatizmal hastalıklar, akut üst solunum yolu enfeksiyonları, migren, DM, HT, inflamatuar barsak hastalıkları, depresyon, alerjik durumlar sayılabilir. DSÖ GETAT uygulamalarını sağlık sisteminin önemli bir parçası olarak görmektedir. Ayrıca sağlık sistemleri ile birlikte GETAT kullanımının güvenilir kişiler tarafından, uygun merkezlerde, doğru olarak yapılması gerekmektedir. Buna yönelik eğitim ve sertifika veren merkezler mevcuttur. Sağlık Bakanlığı tarafından GETAT alanında eğitim almış çok sayıda hekim olması GETAT uygulamalarının kalitesini artıracaktır. Bu sayede daha güvenilir ve bilimsel temellere dayanan GETAT uygulamalarının yapılacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. : Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü [Internet]. (cited 09.02.2020); Available From: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0.
2. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı M, Öztaş D. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. Ankara Medical Journal. 2015;15(2):102-105
3. Öztürk M, Uskun E, Özdemir R, Çınar M, Alptekin F, Doğan M. Isparta İli'nde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2005;13(3):179-86.
4. Yavuz M, İlçe AÖ, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(5):680-6.
5. Kurt S, Unsar S. Assessment of symptom control in patients with cancer in Northwestern Turkey. European journal of oncology nursing. 2011;15(2):137-44.
6. Bebiş H, Akpunar D, Coşkun S, Özdemir S. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı: literatür taraması. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD). 2014;11(2):6-14.
7. Jesinger RA. Breast anatomy for the interventionalist. Techniques in vascular and interventional radiology. 2014;17(1):3-9.
8. Tarhan ÖR. Meme Anatomisi [Internet]. (cited 09.02.2020); Available From: https://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/meme-anatomisi/
9. Sarhadi N, Shaw-Dunn J, Soutar D. Nerve supply of the breast with special reference to the nipple and areola: Sir Astley Cooper revisited. Clinical Anatomy: The Official Journal of the American Association of Clinical Anatomists and the British Association of Clinical Anatomists. 1997;10(4):283-8.
10. Morrow M. The evaluation of common breast problems. American family physician. 2000;61(8):2371.
11. Klein S. Evaluation of palpable breast masses. American family physician. 2005;71(9):1731-8.

12. Kabat GC, Jones JG, Olson N, Negassa A, Duggan C, Ginsberg M, et al. A multi-center prospective cohort study of benign breast disease and risk of subsequent breast cancer. Cancer Causes & Control. 2010;21(6):821-8.
13. Erel S. Memenin Benign Proliferatif Lezyonları ve Kanser Riski. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2010;19(3):155-67.
14. Özmen V. Meme Hastalıkları Kitabı [Internet]. (cited 09.02.2020) Available From:
http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/Meme_Hastaliklari_Kitabi_Baski2.pdf
15. Rinaldi P, Ierardi C, Costantini M, Magno S, Giuliani M, Belli P, et al. Cystic breast lesions: sonographic findings and clinical management. Journal of Ultrasound in Medicine. 2010;29(11):1617-26.
16. Amin AL, Purdy AC, Mattingly JD, Kong AL, Termuhlen PM. Benign breast disease. The Surgical clinics of North America. 2013;93(2):299-308.
17. MF Ö. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. 2018. Ankara, Miki Matbaacılık. 2018;305-306 [Internet]. (cited 09.02.2020); Available From:
https://www.turkcer.org.tr/files/publications/93/92df9b069dd3392e431da026cb3701e7.pdf
18. Guray M, Sahin AA. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management. The oncologist. 2006;11(5):435-49.
19. Tan P, Lai L, Carrington E, Opaluwa A, Ravikumar K, Chetty N, et al. Fat necrosis of the breast—a review. The Breast. 2006;15(3):313-8.
20. Taşkın F, Ünsal A, Meteoğlu İ, Akdilli A. Memenin Benign Lezyonlarinda Sonografik Arka Akustik Gölgelenme Bulgusu. Meme sağlığı Dergisi. 2007;3(1):19-25
21. Sengupta S, Pal S, Biswas BK, Phukan JP, Sinha A, Sinha R. Preoperative diagnosis of tubular adenoma of breast–10 years of experience. North American journal of medical sciences. 2014;6(5):219.
22. Kim MJ, Kim E-K, Park SY, Jung HK, Oh KK, Seok JY. Galactoceles mimicking suspicious solid masses on sonography. Journal of ultrasound in medicine. 2006;25(2):145-51.

23. Farrokh D, Alamdaran A, Yousefi F, Abbasi B. Galactocele in the axillary accessory breast mimicking suspicious solid mass on ultrasound. Case reports in obstetrics and gynecology. 2017: 4807013

24. Sklair-Levy M, Samuels TH, Catzavelos C, Hamilton P, Shumak R. Stromal fibrosis of the breast. American Journal of Roentgenology. 2001;177(3):573-7.

25. Tan H, Zhang H, Lei Z, Fu F, Wang M. Radiological and clinical findings in sclerosing adenosis of the breast. Medicine. 2019;98(39).e17061

26. Jensen RA, Page DL, Dupont WD, Rogers LW. Invasive breast cancer risk in women with sclerosing adenosis. Cancer. 1989;64(10):1977-83.

27. Demirel G. Gölbaşı Z.Kadın sağlığı Taramasında Güncel Durum.Gümüşhane Dergisi sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(4):638-659

28. Damak T, Gamoudi A, Chargui R, Khomsi F, Mahjoub S, Slimene M, et al. Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. The American journal of surgery. 2006;192(2):141-7.

29. Belkacémi Y, Bousquet G, Marsiglia H, Ray-Coquard I, Magné N, Malard Y, et al. Phyllodes tumor of the breast. International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics. 2008;70(2):492-500.

30. Hodorowicz-Zaniewska D, Szpor J, Basta P. Intraductal papilloma of the breast - management. Ginekologia polska. 2019;90(2):100-3.

31. Çelik Mf, Yilmaz R, Dural Ac, Yabul Fç, Baytekin Hf, Kapan S, Et Al. İntraduktal Papillom Olgularinin Cerrahi Sonrasi Değerlendirilmesi; Radyolojik Ve Patolojik Bulgularin Korelasyonu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2019;82(2):3-4.

32. Pinder SE, Ellis IO. The diagnosis and management of pre-invasive breast disease: ductal carcinoma in situ (DCIS) and atypical ductal hyperplasia (ADH)–current definitions and classification. Breast Cancer Research. 2003;5(5):254.

33. Walia S, Ma Y, Lu J, Lang JE, Press MF. Pathology and current management of borderline breast epithelial lesions. American Journal of Hematology/Oncology®. 2017;13(8).

34. Haagensen C, Lane N, Lattes R, Bodian C. Lobular neoplasia (so-called lobular carcinoma in situ) of the breast. Cancer. 1978;42(2):737-69.

35. Middleton LP, Sneige N, Coyne R, Shen Y, Dong W, Dempsey P, et al. Most lobular carcinoma in situ and atypical lobular hyperplasia diagnosed on core needle

biopsy can be managed clinically with radiologic follow-up in a multidisciplinary setting. Cancer medicine. 2014;3(3):492-9.

36. Page DL, Dupont WD, Rogers LW, Rados MS. Atypical hyperplastic lesions of the female breast. A long-term follow-up study. Cancer. 1985;55(11):2698-708.

37. Wen HY, Brogi E. Lobular carcinoma in situ. Surgical pathology clinics. 2018;11(1):123-45.

38. Cocquyt V, Van Belle S. Lobular carcinoma in situ and invasive lobular cancer of the breast. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2005;17(1):55-60.

39. Barrio AV, Van Zee KJ. Controversies in the treatment of ductal carcinoma in situ. Annual review of medicine. 2017;68:197-211.

40. Lakhani SR. WHO Classification of Tumours of the Breast: International Agency for Research on Cancer; 2012.

41. Rosen P. Rosen's breast pathology 3rd ed. Philaderphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2009:423-48.

42. Dalton LW, Page DL, Dupont WD. Histologic grading of breast carcinoma. A reproducibility study. Cancer. 1994;73(11):2765-70.

43. Rakha EA, El-Sayed ME, Powe DG, Green AR, Habashy H, Grainge MJ, et al. Invasive lobular carcinoma of the breast: response to hormonal therapy and outcomes. European journal of cancer. 2008;44(1):73-83.

44. Lopez JK, Bassett LW. Invasive lobular carcinoma of the breast: spectrum of mammographic, US, and MR imaging findings. Radiographics. 2009;29(1):165-76.

45. Cheung YC, Chen SC, Lee KF, Wan YL, Ng SH. Sonographic and pathologic findings in typical and atypical medullary carcinomas of the breast. Journal of clinical ultrasound. 2000;28(7):325-31.

46. Conant E, Dillon R, Palazzo J, Ehrlich S, Feig S. Imaging findings in mucin-containing carcinomas of the breast: correlation with pathologic features. AJR American journal of roentgenology. 1994;163(4):821-4.

47. Ganesan S, Karthik G, Joshi M, Damodaran V. Ultrasound spectrum in intraductal papillary neoplasms of breast. The British journal of radiology. 2006;79(946):843-9.

48. Flotte TJ, Bell DA, Greco M. Tubular carcinoma and sclerosing adenosis: the use of basal lamina as a differential feature. The American journal of surgical pathology. 1980;4(1):75-7.

49. Eusebi V, Betts C, Bussolati G. Tubular carcinoma: a variant of secretory breast carcinoma. Histopathology. 1979;3(5):407-19.

50. Kanitakis J. Mammary and extramammary Paget's disease. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2007;21(5):581-90.

51. Chen J, Mehta R, Bahri S, Nalcioglu O, Su M. Inflammatory Breast Cancer Following Neoadjuvant Chemotherapy: Can MR Imaging Precisely Predict the Pathological Response? Annals of surgical oncology. 2008;15(12):3609.

52. Keskin S, Pınar S. Inflammatory breast cancer. Turkish Journal Of Oncology. 2011;26(2).

53. WHO Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018 [Internet]. (cited 09.02.2020); Available From: https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf

54. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. JAMA oncology. 2017;3(4):524-48.

55. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424.

56. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2020;70(1):7-30.

57. Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey. J Breast Health. 2008;4(2):6-12.

58. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015 [Internet]. (cited 09.02.2020); Available From: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf

59. Lacey JV, Kreimer AR, Buys SS, Marcus PM, Chang S-C, Leitzmann MF, et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. BMC cancer. 2009;9(1):84.

60. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA: a cancer journal for clinicians. 2019;69(1):7-34.

61. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. 2016.

62. Dall GV, Britt KL. Estrogen effects on the mammary gland in early and late life and breast cancer risk. Frontiers in oncology. 2017;7:110.

63. Sun Y-S, Zhao Z, Yang Z-N, Xu F, Lu H-J, Zhu Z-Y, et al. Risk factors and preventions of breast cancer. International journal of biological sciences. 2017;13(11):1387.

64. Cancer CGoHFiB. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. The Lancet. 2001;358(9291):1389-99.

65. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. Breast cancer research and treatment. 2017;165(1):193-200.

66. Eroglu C, Eryilmaz MA, Civcik S, Gurbuz Z. Breast cancer risk assessment: 5000 cases. International Journal of Hematology and Oncology. 2010;28(4):027-33.

67. Collaborators MWS. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. The Lancet. 2003;362(9382):419-27.

68. Degnim AC, Visscher DW, Berman HK, Frost MH, Sellers TA, Vierkant RA, et al. Stratification of breast cancer risk in women with atypia: a Mayo cohort study. Journal of clinical oncology. 2007;25(19):2671-7.

69. Akyolcu N, Uğraş Ga. Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanida Ne Kadar Önemli? Meme Sagligi Dergisi/Journal Of Breast Health. 2011;7(1).

70. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri [Internet]. (cited 05.05.2020); Available From:

https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/43917,5--aile-hekimligi-uygulamasinda-onerilen-periyodik-saglik-muayeneleri-ve-tarama-testleri-rehberipdf.pdf?0

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

72. Balcı P. Meme Manyetik Rezonans Görüntüleme Endikasyonları ve Yorumu Zor Olan Bulgular. Türk Radyoloji Semin. 2014;2:252-67.

73. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri Taraması [Internet]. (cited 09.02.2020) Available From: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari

74. Türkcerrahi.com. Meme Kanserinde Tedavi [Internet]. (cited 19.02.2020); Available From: https://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/meme-kanseri/evresine-gore-tedavi/

75. Chiappelli F, Prolo P, Cajulis OS. Evidence-based research in complementary and alternative medicine I: history. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. 2005;2(4):453-8.

76. Kang YM, Komakech R, Karigar CS, Saqib A. Traditional Indian medicine (TIM) and traditional Korean medicine (TKM): aconstitutional-based concept and comparison. Integrative medicine research. 2017;6(2):105-13.

77. Zhang X. Integration of traditional and complementary medicine into national health care systems. Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics. 2000;23(2):139-40.

78. NCCIH (National Center for Complementary and İnteragtive health) [Internet]. (cited 20.05.2020); Available From: https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name.

79. Akupunktur Tedavi Yönetmeliği. 20885 Sayılı Resmi Gazete. 29 Mayıs 1991, S. 3-5.:3-5 [Internet]. cited 09.02.2020) Available From: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/20885.pdf

80. Resmi Gazete. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 27.10.2014; Sayı: 29158 [Internet]. (cited 05.03.2020); Available From: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

81. Tyler VE. Herbal medicine: from the past to the future. Public health nutrition. 2000;3(4a):447-52.

82. Capasso R, Izzo AA, Pinto L, Bifulco T, Vitobello C, Mascolo N. Phytotherapy and quality of herbal medicines. Fitoterapia. 2000;71:58-65.

83. Acar HV. Türk Halk Hekimliğinde Akupunktur ve Bağlantılı Teknikler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi.6(1):10-8.

84. NCCIH (National Center for Complementary and İnteragtive health) [Internet]. (cited 20.02.2020) Available From: https://nccih.nih.gov/health/acupuncture.

85. Al-Bedah AM, Elsubai IS, Qureshi NA, Aboushanab TS, Ali GI, El-Olemy AT, et al. The medical perspective of cupping therapy: Effects and mechanisms of action. Journal of traditional and complementary medicine. 2019;9(2):90-7.

86. Cao H, Li X, Liu J. An updated review of the efficacy of cupping therapy. PloS one. 2012;7(2).

87. Rehman A, Baloch NU-A, Awais M. Practice of cupping (Hijama) and the risk of bloodborne infections. American journal of infection control. 2014;42(10):1139.

88. Singh AP. Medicinal leech therapy (hirudotherapy): a brief overview. Complementary therapies in clinical practice. 2010;16(4):213-5.

89. Sartor C, Limouzin-Perotti F, Legré R, Casanova D, Bongrand M-C, Sambuc R, et al. Nosocomial infections with Aeromonas hydrophila from leeches. Clinical Infectious Diseases. 2002;35(1):1-5.

90. Whitaker I, Izadi D, Oliver D, Monteath G, Butler P. Hirudo medicinalis and the plastic surgeon. British journal of plastic surgery. 2004;57(4):348-53.

91. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2015;63(1):1-9.

92. Whorwell P, Prior A, Faragher E. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. The Lancet. 1984;324(8414):1232-4.

93. Stewart A, Thomas S. Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. British Journal of Dermatology. 1995;132(5):778-83.

94. Haanen H, Hoenderdos H, Hop W, Mallee C, Terwiel J, Hekster G. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. The journal of Rheumatology. 1991;18(1):72-5.

95. Flammer E, Alladin A. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytical evidence. Intl Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2007;55(3):251-74.

96. Elvis A, Ekta J. Ozone therapy: A clinical review. Journal of natural science, biology, and medicine. 2011;2(1):66.

97. Azarpazhooh A, Limeback H. The application of ozone in dentistry: a systematic review of literature. Journal of dentistry. 2008;36(2):104-16.

98. Saime A, Tur Bs, Evcik D. Kas İskelet Sistemi Hastaliklarinda Sik Uygulanan Geleneksel Ve Tamamlayici Tip Uygulamalari. Kocatepe Tıp Dergisi.20(3):147-56.

99. Dıraçoğlu D. Kas iskelet hastalıklarında ozon-oksijen tedavileri. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi. 2016;62(2).

100. Rotunda AM, Kolodney MS. Mesotherapy and phosphatidylcholine injections: historical clarification and review. Dermatologic surgery. 2006;32(4):465-80.

101. Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. Honey for acute cough in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018(4).

102. Trumbeckaite S, Dauksiene J, Bernatoniene J, Janulis V. Knowledge, attitudes, and usage of apitherapy for disease prevention and treatment among undergraduate pharmacy students in Lithuania. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2015;2015.

103. Rabago D, Zgierska A, Fortney L, Kijowski R, Mundt M, Ryan M, et al. Hypertonic dextrose injections (prolotherapy) for knee osteoarthritis: results of a single-arm uncontrolled study with 1-year follow-up. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2012;18(4):408-14.

104. Rabago D, Slattengren A, Zgierska A. Prolotherapy in primary care practice. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2010;37(1):65-80.

105. Elkiss ML, Jerome JA. Touch—more than a basic science. J Am Osteopath Assoc. 2012;112(8):514-7.

106. Earley BE, Luce H. An introduction to clinical research in osteopathic medicine. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2010;37(1):49-64.

107. Ernst E, Köder K. An overview of reflexology. The European Journal of General Practice. 1997;3(2):52-7.

108. Ernst E. Is reflexology an effective intervention? A systematic review of randomised controlled trials. Medical Journal of Australia. 2009;191(5):263-6.

109. Jonas WB, Kaptchuk TJ, Linde K. A critical overview of homeopathy. Annals of Internal Medicine. 2003;138(5):393-9.

110. Vickers A, Zollman C. The manipulative therapies: osteopathy and chiropractic. Bmj. 1999;319(7218):1176-9.

111. Sherman RA. Maggot versus conservative debridement therapy for the treatment of pressure ulcers. Wound Repair and regeneration. 2002;10(4):208-14.

112. Davydov L. Maggot therapy in wound management in modern era and a review of published literature. Journal of pharmacy practice. 2011;24(1):89-93.

113. Chang SC, Chen CH. Effects of music therapy on women's physiologic measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery. Research in nursing & health. 2005;28(6):453-61.

114. Çınar Fİ, Yılmaz Z, Özen N. The Evaluation of Complementary Health Approaches and Affecting Factors in Breast Cancer Patients with Ongoing Chemotherapy Treatment. HEAD. 2019;16(3):191-7.

115. Yeşil H, Kıran B, Alkan H, Büşra A, Kayalı B, Büyükçam S, et al. Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde Meme Kanseri Tanisi İle Takip Edilmekte Olan Hastalarda Tamamlayici Ve Alternatif Tedavi Kullanimi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2018;19(2):42-7.

116. Zulkipli AF, Islam T, Mohd Taib NA, Dahlui M, Bhoo-Pathy N, Al-Sadat N, et al. Use of complementary and alternative medicine among newly diagnosed breast cancer patients in Malaysia: an early report from the MyBCC study. Integrative cancer therapies. 2018;17(2):312-21.

117. Rahou BH, El Rhazi K, Hanchi Z, Ouasmani F, Benazzouz B, Mesfioui A. Self-reported Use of Complementary and Alternative Medicine among Moroccan Women with Breast Cancer. Cancer and Oncology Research 2017;5(1): 1-9

118. Mujar NMM, Dahlui M, Emran NA, Hadi IA, Wai YY, Arulanantham S, et al. Complementary and alternative medicine (CAM) use and delays in presentation and diagnosis of breast cancer patients in public hospitals in Malaysia. PLoS One. 2017;12(4).

119. Kalender ME, Buyukhatipoglu H, Balakan O, Suner A, Dirier A, Sevinc A, et al. Depression, anxiety and quality of life through the use of complementary and alternative medicine among breast cancer patients in Turkey. Journal of cancer research and therapeutics. 2014;10(4):962.

120. Can G, Demir M, Aydiner A. Complementary and alternative therapies used by Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. Breast Care. 2012;7(6):471-5.

121. Kang E, Yang EJ, Kim S-M, Chung IY, Han SA, Ku D-H, et al. Complementary and alternative medicine use and assessment of quality of life in Korean breast cancer patients: a descriptive study. Supportive Care in Cancer. 2012;20(3):461-73.

122. Seda K, SÜT HK, Küçükkaya B. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Jinekolojik ve Meme Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kullanımı. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi.9(3):326-36.

123. Demirsoy G. Meme kanseri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2016.

124. Kurt H, Keşkek ŞÖ, Cil T, Canataroğlu A. Complementary/alternative therapies in patients with breast cancer. Türk Onkoloji Dergisi. 2013;28(1):10-5.

125. Şimşek B, Aksoy DY, Basaran NC, Taş D, Albasan D, Kalaycı MZ. Mapping traditional and complementary medicine in Turkey. European Journal of Integrative Medicine. 2017;15:68-72.

126. Varol M. Kanser Hastalarının Alternatif Bir Tedavi Yöntemi Olarak Dua Tercihi. Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi. 2018;1:43-54

127. Söylev ÖF. Sağlik Hizmetlerinde Manevi Destek Yöntemi Olarak Duanin Kullanilmasi.4. Uluslararası Din Bilimleri sempozyumuTam metin Kitabı. 2018;139-145

128. Tello S, Halifeoğlu İ, Bozkurt M, Bulmuş Ö. Meme Kanseri Oluşturulmuş Ratlarda Isırgan Otunun Total Antioksidan Durumu Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2008;22:179-83.

129. Vatansev H. Timokinon'un meme kanseri hücresine etkisi: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014. Yüksek Lisans tezi

130. Özgüç S, Kayalar H, Zeybek U. Meme Kanserinde Etkili Tıbbi Bitkiler ve Sekonder Metabolitleri. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi.42(2):42-62.

131. Hubner J, Hanf V. Commonly used methods of complementary medicine in the treatment of breast cancer. Breast care (Basel, Switzerland). 2013;8(5):341-7.

132. Aboushanab TS, AlSanad S. Cupping therapy: an overview from a modern medicine perspective. Journal of acupuncture and meridian studies. 2018;11(3):83-7.

133. Al-Reefy S, Parsa-Nezhad M. Lymphedema Following Cupping Therapy Hijama Post Breast Cancer Surgery and Axillary Clearance. Bahrain Medical Bulletin. 2014;158(1188):1-2.

134. Xiong Z-F, Ting W, Wang H-L, Wang Y-Y, Lin G, Lǔ G. Sliding-Cupping Along Meridian For Lymphedema After Breast Cancer Surgery: A Randomized Controlled Trial. World Journal Of Acupuncture-Moxibustion. 2019;29(3):179-85.

135. Okumuş M. Kupa Tedavisi ve Hacamat. Ankara Medical Journal. 2016;16(4).

136. Lin Y-H, Chiu J-H. Use of Chinese medicine by women with breast cancer: a nationwide cross-sectional study in Taiwan. Complementary therapies in medicine. 2011;19(3):137-43.

137. Lee MM, Lin SS, Wrensch MR, Adler SR, Eisenberg D. Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. Journal of the National Cancer Institute. 2000;92(1):42-7.

138. Scott JA, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: a UK survey. European Journal of Oncology Nursing. 2005;9(2):131-7.

139. McLay JS, Stewart D, George J, Rore C, Heys SD. Complementary and alternative medicines use by Scottish women with breast cancer. What, why and the potential for drug interactions? European journal of clinical pharmacology. 2012;68(5):811-9.

140. Özdelikara A, Arslan B. Kemoterapiye Bağlı Bulantı-Kusma Yönetiminde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):218-23.
141. Rabia T, Erden Y, Tekin S. Bazı Önemli Tıbbi Bitkilerin Antioksidan Ve Antikanser Etkilerinin Araştırılması. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 2019;8(2):435-42.

8. EKLER

8.1. Ek 1. Anket Formu

HASTA BİLGİ FORMU

1. Yaşınız kaç?

2.Yaşadığınız yer?

a.( ) İl merkezi b.( ) Diğer

3. Eğitim düzeyiniz?

a.( ) Ortaokul ve altı b.( ) Lise ve üzeri

4. Medeni durumunuz?

a.( ) Evli b.( ) Bekâr

5. Mesleğiniz nedir?

a.( ) Çalışmıyor b.( ) Diğer (…….)

6. Gelir düzeyiniz ne kadardır?

a)2000-3000 TL altı b.( ) 3000-5000 TL arası c.( ) 5000 TL üzeri

7. Kimlerle yaşıyorsunuz?

a.( ) Çekirdek aile b.( ) Geniş aile

8. Ek bir hastalığınız var mı?

a.( ) Yok b.( ) HT c.( ) DM

d.( )Diğer…….)

9. Kaç gebelik geçirdiniz? G P A Y

10. Toplam kaç ay emzirdiniz?

11. OKS kullanımı var mı?

a.( ) Var b.( ) Yok

12. Sigara kullanımı var mı? Varsa kaç paket/yıl

a.( ) Var b.( ) Yok

13. Menopoza girdiniz mi?

a.( ) Evet b.( ) Hayır

14. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini (TAT) kullanıyor musunuz?

a.( ) Evet b.( ) Hayır

15. TAT yöntemlerinden hangisini kullanıyorsunuz?

16. Neden TAT yöntemi kullanıyorsunuz?

a.( ) Tedavi ettiğine inanıyorum b.( ) Belki işe yarar diye düşündüm

c.( ) Psikolojik olarak rahatlamak için d.( ) Hastalığa karşı herşeyi yapmış olmak için

e.( ) Çaresizlikten

17. TAT kullanımından fayda gördünüz mü?

a.( ) Evet b.( ) Hayır c.( ) bilmiyorum

18. TAT kullanımından zarar gördünüz mü?

a.( ) Evet b.( ) Hayır

19. Şayet cevabınız evet ise neler olduğunu yazabilir misiniz?

20. TAT kullanımından beklediğiniz sonuca ulaştınız mı?

a.( ) Beklediğim sonuca ulaştım b.( ) Hiç bir yarar görmedim

c.( ) daha sonucu alamadım d.( ) Tedavi olamadım ama bende rahatlama yarattı

21. TAT yönteminin tıbbi tedavi kadar etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

a.( ) Evet b.( ) Hayır c.( ) Bilmiyorum

22. TAT kullanımını başkalarına tavsiye eder misiniz?

a.( ) Evet b.( ) Hayır c.( ) Bilmiyorum

23. Bu kullandığınız yöntemlerin maliyeti nedir?

a.( ) Tıbbı tedaviden daha pahalı b.( ) Tıbbı tedaviden daha ucuz

c.( ) Hiç masrafı yok

24. TAT yöntemine kimlerin tavsiyesi ile başvurdunuz?

a.( ) Aynı hastalığı yaşayanlardan b.( ) Akraba, aile bireyleri ve arkadaşlar

c.( ) İnternetten d.( ) Medya (TV, gazete)

25) TAT yöntemi kullandıysanız doktorunuzla paylaştınız mı?

a.( ) Evet b.( ) Hayır

26. Danışmadıysanız neden danışmadınız?

a.( ) Ciddiye almamalarından çekindim b.( ) Azarlamalarından çekindim c.( ) Onlarla alakalı bir konu olduğunu düşünmedim d.( ) Diğer (…….)

27. TAT yöntemlerine hastalığın hangi aşamasında başvurdunuz?

a.( ) Hastalığın başlangıcında b.( ) Medikal tedavi ile birlikte

c.( ) Medikal tedaviden sonra

28. TAT yöntemini kaç kür uyguladınız?

a.( ) aklıma geldikçe b.( ) Haftada 1-2 kez c.( ) Günde 1-2 kez

d.( ) ayda 1-2 kez e.( ) senede 1-2 kez

29. Hastalığınız süresince kaç kür TAT yöntemi kullandınız?

30. Kaç yıldır kitleniz var?

31. Memedeki kitlenin türü nedir?

a.( )Benign Kitle b.( ). Malign Kitle

32. Kitenin açık adı:……

33. Meme kanseri için hangi tedaviyi aldınız?

a.( ) Cerrahi b.( ) Radyoterapi 3.( ) Kemoterapi 4.( ) Diğerleri

34. Başlangıçtaki kitle boyutu:……..

35. Şu an ki kitle boyutu:……

36. Kitle sayısı kaç tane?

a.( ) Tek b.( ) Multipl

8.2. Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın.....

Sizi Sağlık bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ve Aile Hekimliği Kliniklerince yapılacak olan "Araştırmanın açık adı: Memesinde kitle olan hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımının değerlendirilmesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

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

Bu çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya E.A.H Meme Polkiniğine başvuran yaklaşık 200 hastanın katılması planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz sizin hakkınızda bilgiler içeren anket formu doldurmanız istenecektir.

Çalışmaya katılmanızın sizlere ilk etapta herhangi bir fayda sağlamayacaktır. Fakat bu ve benzeri çalışmalar sonucunda sizden sonra memesinde kitlesi olan hastalar için fayda sağlayabilir.

Araştırma sonuçları ulusal ve/veya uluslararası bilimsel kongrelerde ve dergilerde yayınlanacak olup, araştırma ile ilgili bilgi mesai saatleri içinde 0 332 221 00 00nolu telefonlardan Dr. Şule Balcı ile irtibata geçilerek 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.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:
İmzası:
Adresi:
(varsa Telefon No, Faks No):
Tarih (gün/ay/yıl): …./…./….

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Görevi:
Tarih (gün/ay/yıl):…../…../…..

Açıklamaları Yapan Kişinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Tarih (gün/ay/yıl):…/…./…..