



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

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KARAPINAR 42.21.001 AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMA YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Mustafa TOSUN

KONYA- 2020





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

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KARAPINAR 42.21.001 AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMA YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Mustafa TOSUN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Mehmet Ali ERYILMAZ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

KONYA- 2020

ÖZET

Amaç: Kadınların meme kanserinin erken tanısı için önerilen tarama yöntemleri olan kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi (MG) hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı. Çalışmaya Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında Konya İli Karapınar İlçesi 42.21.001 Nolu Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran, 20-70 yaş arası 500 kadın dahil edildi. Katılımcılara yüz yüze anket yöntemi uygulanarak sosyodemografik özellikleri, meme kanseri açısından risk faktörleri, meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren sorular yöneltildi. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) 22.0 kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 41,03±13,57, %84,4'ü evli, %54,6'sı ilkokul mezun, %86,8'i en az bir çocuk sahibi, %91,6'sı ev hanımı ve %63,8'i, orta düzeyde gelire sahipti. Kadınların düzenli KKMM yapma oranı %16,1, KMM yaptırma oranı %36,4 ve mamografi çektirme oranı %22,8'di. Kırk yaş üstü olan **(p=0,029)** ve ailesinde meme kanseri öyküsü **(p=0,020)** olan kadınların daha yüksek sıklıkta düzenli olarak KKMM yaptığı görülmüştür. Kadınların %58,4'ünün KKMM yapmasını bildiği, bu bilginin kaynağının %53,8 oranında sağlık personeli olduğu görülmüştü. KMM yaptırma oranları 40 yaş üstü **(p<0,001)**, evli olan **(p<0,001)**, eğitim seviyesi düşük olan **(p<0,001)**, ev hanımlarında **(p=0,015)** anlamlı olarak daha yüksekti. Kadınların %50,8'i 40 yaşından sonra iki yılda bir mamografi çektirilmesi gerektiğini bilmesine rağmen sadece %22,8 kadın mamografi çektirdiğini belirtmiştir. Mamografi çektirme oranı eğitim düzeyi düşük olan **(p<0,001)**, evli **(p=0,001)** ve 40 yaş üstü kadınlarda **(p<0,001)** anlamlı şekilde yüksek bulunmuştu.

Sonuç: Kadınların meme kanseri tarama yöntemleri için bilgi ve tutum düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Bunun düzeltilmesi için öncelikle sahada

eğitimlere ağırlık verilmelidir. Bu eğitimlerin kalıcı olması için yazılı ve görsel materyal, uygulamalı eğitim ve kamu spotlarıyla süreklilik sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kendi Kendine Meme Muayenesi, Klinik Meme Muayenesi, Mamografi, Meme Kanseri

ABSTRACT

AİM: To evaluate the knowledge and attitudes of women towards breast self-examination (BSE), clinical breast examination (CBE) and mammography (MG), which are recommended as screening methods for early diagnosis of breast cancer.

Materials and Methods: This was planned as a descriptive study of cross-sectional type. The study included 500 women between the ages of 20-70 who applied for any reason to the Family Medicine outpatient clinic numbered 42.21.001 in Konya Province Karapınar District between January and June 2018. Questions were directed to evaluate the socio-demographic characteristics, risk factors for breast cancer, breast cancer and screening methods, and their attitudes and behaviors, by applying face-to-face survey method to the participants. SPSS (Statistical Package for Social Science) 22.0 was used to analyze the data.

Results: The mean age of women is 41.03 ± 13.57, 84.4% are married, 54.6% are primary school graduates, 86.8% have at least one child, 91.6% are housewives and 63.8% had moderate income. The rate of women making regular BSE was 16.1%, the rate of CBE was 36.4% and the rate of mammography is 22.8%. Women who were over forty years of age (p=0.029) and had a family history of breast cancer (p=0.020) were shown to have a higher incidence of BSE on a regular basis. It was observed that 58.4% of the women knew how to perform BSE, and the source of this information was 53.8% of the health personnel. The rates of CBE were significantly higher in those over the age of 40 (p <0.001), married (p <0.001), low education level (p <0.001), and housewives (p = 0.015). Although 50.8% of women knew that they should have a mammogram every 2 years after the age of 40, only 22.8% of women reported having a mammogram. Mammography was significantly higher in women with low educational attainment (p<0.001), married (p=0.001) and over 40 years of age (p<0.001).

Conclusion: Women were found to have low levels of knowledge and attitudes for screening methods. In order to correct this, priority should be given to

trainings in the field. In order to be these trainings for permanent, continuity must be ensured with written and visual materials, practical training and public spotlight.

Keywords: Self Breast Examination, Clinical Breast Examination, Mammography, Breast Cancer

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde her konuda desteğini esirgemeyen, Aile Hekimliği Eğitim Sorumlusu ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Mehmet Ali ERYILMAZ'a,

Uzmanlık sürecimde bilgi, birikim ve deneyimlerini paylaşan, tez sürecimde emeği ve katkısı bulunan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ruhuşen KUTLU'ya 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,

Uzmanlık sürecim ve tez sürecinin her aşamasında desteğini veren Aile Hekimliği Uzmanı Sayın Dr. Selma PEKGÖR'e,

Tez sürecinin her aşamasında desteğini veren Aile Hekimliği Uzmanı Sayın Dr. İbrahim Fuat Kayıhan KAYA,

SAHU'da beraber çalışma imkânı bulduğumuz meslektaşlarıma, Karapınar 1 Nolu ASM'deki Aile hekimi Dr. Siraceddin DELİCE'ye, Dr. Emin Hakan YÜCEL'e ve birlikte çalıştığım diğer Aile Hekimi arkadaşlarıma ve aile sağlığı elemanlarına,

Uzmanlık sürecimde beraber çalışmaktan büyük keyif aldığım, bilgi, birikim ve deneyimlerini paylaşan, değerli aile hekimliği asistan arkadaşlarıma,

Rotasyonlarım süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli bölüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmeme büyük emeği olan, sevgi ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim canım aileme, uzmanlık sürecimde her türlü sıkıntımda yanımda olan, annem Servet TORAMAN'a ve canım ablam Tülay TOSUN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mustafa TOSUN

KONYA, 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET i
ABSTRACT iii
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
SİMGELER VE KISALTMALAR viii
TABLOLAR DİZİNİ ix
ŞEKİLLER DİZİNİ xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Meme Anatomisi 3
2.2. Meme Kanseri 3
2.2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi 4
2.2.2. Meme Kanseri Etiyolojisi 4
2.2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri 4
2.2.4. Meme Kanseri Belirtileri 9
2.2.5. Meme Kanserinden Korunma 9
2.3. Kanser Taramaları 10
2.4. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri 12
2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi 12
2.4.2.Klinik Meme Muayenesi 15
2.4.3. Mamografi 16
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 18
3.1. Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Evreni 18
3.2. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri 18
3.3. Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri 18
3.4. Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Yapılması 18
3.5. İstatistiksel Analiz 19
4. BULGULAR 20

5. TARTIŞMA 36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 50
7. KAYNAKLAR 52
8. ÖZGEÇMİŞ 57
9. EKLER 58
EK 1 – Anket Formu 58
EK 2- Gönüllü Onam Formu 63

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS	: American Cancer Society
BRCA1	: Breast cancer susceptibility gene 1
BRCA2	: Breast cancer susceptibility gene 2
BSE	: Breast Self Examination
CBE	: Clinical Breast Examination
DNA	: Deoksiribonükleik asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HRT	: Hormon replasman tedavisi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KTO	: Karatay Ticaret Odası
LCIS	: Lobüler karsinoma in sitü
MG	: Mamografi
PTEN	: Protein tirozin fosfotaz ve tensin homoloğu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TDH	: Toplam doğurganlık hızı
TNSA	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
VKİ	: Vücut kitle indeksi
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı 20
Tablo 2. Katılımcıların Jinekolojik Özellikleri 21
Tablo 3.Katılımcıların İlaç Kullanımı 22
Tablo 4. Katılımcıların Yaşam Tarzı Risk Faktörleri 23
Tablo 5. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı ve Dağılımı 23
Tablo 6. Katılımcıların Ailede ve Kendisinde Meme Kanseri Varlığı 24
Tablo 7. Katılımcıların Erken Tanı ve Tedavi Konusundaki Bilgi Düzeyi 25
Tablo 8. Katılımcıların KKMM'si Hakkındaki Bilgi Düzeyi 25
Tablo 9. Katılımcıların "Sizce Adet Gören Bir Kadın Hangi Dönemde KKMM* Yapmalıdır?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı 26
Tablo 10. Katılımcıların "Sizce Adet Görmeyen veya Gebe Bir Kadın Hangi Dönemde KKMM* Yapmalıdır?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı 26
Tablo 11. Katılımcıların KKMM* Konusundaki Davranışları ve Nedenleri 27
Tablo 12. Katılımcıların Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları Hakkındaki Bilgi Durumu 28
Tablo 13. Katılımcıların Klinik Meme Muayenesi Bilgi ve Tutumları 29
Tablo 14. Katılımcıların Mamografi Çektirme Bilgi ve Tutumları 30
Tablo 15. Katılımcıların KKMM* Sonucu Kitle Fark Ettiğinde Davranışları 30
Tablo 16. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Düzenli KKMM* Yapma Durumları 31
Tablo 17. Katılımcıların Ailede Meme Kanseri Varlığına Göre Düzenli KKMM* Yapma Durumları 32
Tablo 18. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KMM* Yaptırma Durumları 32
Tablo 19. Katılımcıların Ailede Meme Kanseri Varlığına Göre KMM* Yaptırma Durumları 33
Tablo 20. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre MG* Çektirme Durumları 33

Tablo 21. Katılımcıların Ailede Meme Kanseri Varlığına Göre MG* Çektirme Durumları 34
Tablo 22. Katılımcıların Düzenli KKMM* Yapma Durumlarıyla Diğer Tarama Davranışlarını Yapma Durumları 34
Tablo 23. MG Çektiren Katılımcıların KMM Yaptırma Durumları..... 35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Memenin Anatomik Şekli (6). 3
Şekil 2. Memelerin Gözle Değerlendirmesi (15)..... 13
Şekil 3. Memelerin Elle Değerlendirmesi (15)..... 14
Şekil 4. Memelerin Elle Muayene Tarama Teknikleri (15). 15
Şekil 5. Koltuk Altı Muayenesi (15)..... 15
Şekil 6. Meme Ucu Muayenesi (15). 15

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri bütün ülkelerde kadınları etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Meme kanseri tüm kanserlerin yaklaşık beşte birini kapsayan ve kanserden kaynaklı ölümler arasında ikinci sırada yer alıp, toplumu etkileyen bir sağlık problemidir (1). Aile hekimlerinin en önemli sorumluluklarından biri de koruyucu sağlık hizmeti vermektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bileşenleri arasında toplumda hastalık riskine neden olan etmenlerden kaçınmak (primer korunma) ve söz konusu hastalığın erken tanısı için taramalar yapmak (sekonder korunma) bulunmaktadır. Bu kapsamda hastalara danışmanlık hizmeti verilir. Hastalıklara yönelik koruyucu uygulamaları yapar ve tarama yapar/yönlendirir. Bu yaklaşım hastalıkları erken tanı ve tedavi edilmesi ve komplikasyonlarının azaltılmasını sağlar. Meme kanseri koruyucu hekimliğin etkinliğini gösterdiği en önemli hastalıklardan biridir (2). "Aile hekimlerinin kendine ait düzenli takip ettiği bir nüfusunun olması, takip ettiği nüfusa ailesi ve çevresi ile bütüncül yaklaşabilmesi, kanser taramaları gibi toplumun genelini ilgilendiren hastalıkların danışmanlığı, taraması ve takiplerinde aile hekimini eşsiz bir konuma getirdiği" Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018'de belirtilmektedir (3). Bundan dolayı kanser stratejisinin bir bölümü olarak uygulanan toplumu kapsayan tarama programlarında aile hekimliği çok önemlidir.

Ulusal kanser tarama programımızda yer alan meme kanseri için 40-69 yaş kadınlara iki yılda bir MG ve 20 yaşından başlayarak düzenli olarak KKMM ve KMM önerilmektedir (4).

Çoğu toplumda olduğu gibi ülkemizde de meme kanserinin erken tanısı amacıyla tarama davranışlarını yerine getirme oranları oldukça düşük seviyededir. Bunun en önemli sebebi kadınlarımızın bilgi ve tutum eksikliği olduğu görülmektedir (5). Bilgi düzeyindeki eksiklik tarama yöntemlerine olan ilgiyi azaltmakta ve kanserin erken teşhisini zorlaştırmaktadır.

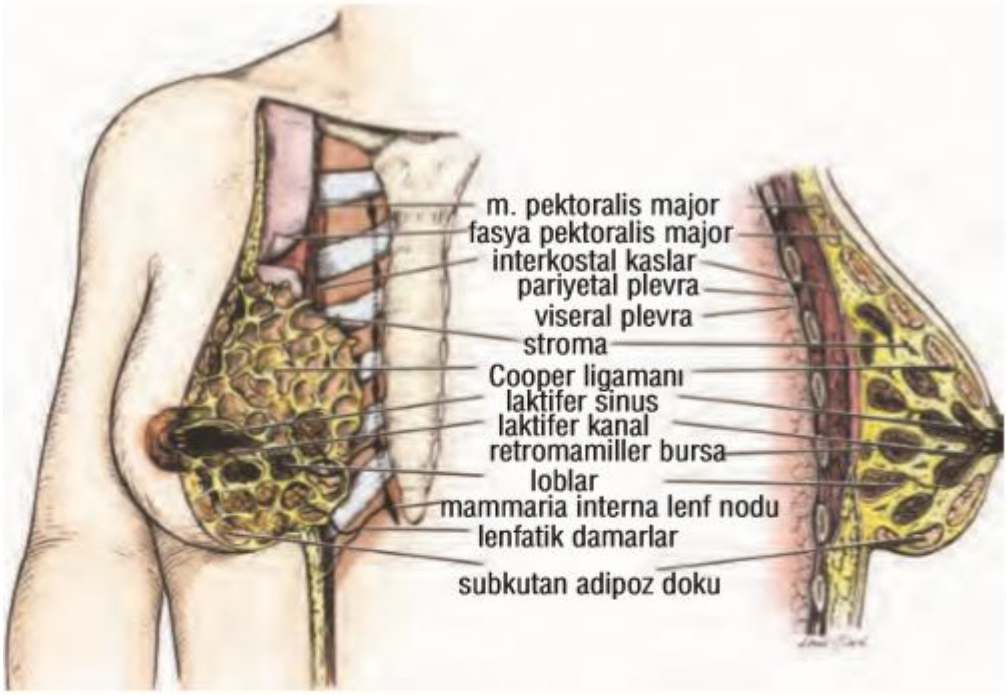
Bu çalışmada Konya İli Karapınar İlçesi 1 Nolu Aile Hekimliği polikliniğine başvuran kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma meme kanseri farkındalığı konusunda sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sunacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Anatomisi

Göğüsün ön tarafında pektoral kas fasyasının önünde, ikinci ve altıncı kosta arasında, içten sternumun lateral kenarıyla dışta ön ve orta aksiller çizgi arasında meme yer almakta ve kuyruk şeklinde aksillaya doğru uzanmaktadır. Memenin boyutuna bağlı olarak meme başı ve areolanın yeri değişir. Meme dokusu meme bezleri yanında bağ ve yağ dokuya ait hücreler içermektedir. Her meme birçok lobülün birleşmesiyle oluşan 15-20 tane lobdan oluşmaktadır. Her lobül kendisine ait laktiferöz kanallara, bunlarda laktifer sinüs aracılığıyla meme başına açılmaktadır (6).



Şekil 1. Memenin Anatomik Şekli (6).

2.2. Meme Kanseri

Hücrelerin kontrolsüz şekilde meme dokusunda çoğalmasına meme kanseri denilmektedir. En sık süt sağım kanalları (duktal) ve süt salgılayan (lobüler) hücreler olmak üzere meme dokusunda bulunan diğer hücrelerin de kontrolsüz çoğalmasıyla oluşabilmektedir (6).

2.2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olmasına rağmen, hayatta kalma oranı yüksektir (7). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı meme kanserinin dünya üzerinde yaş gruplarına göre standardize insidans hızını yüz binde 46,3 yaşa bağlı standardize mortalite hızının miktarı ise yüz binde 13,0 olduğunu raporlanmıştır. Türkiye'de tanısı konulan kadın kanserlerinin %24,7'si meme kanseridir. İnsidansı 2015 yılında Türkiye'deki kadınlar için 100.000'de 43,8 iken 2018 yılı için bu sayı 45,6 olarak hesaplanmıştır. Yine 2018 yılı için Türkiye'deki meme kanseri mortalitesi %10,5 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de meme kanseri teşhisi konan kadınların %40'ının 25-49 yaş, %44'ünün 50-69 yaş arasında olduğu görülmüş ve evrelerine bakıldığında %11,5'i uzak evrededir (8).

2.2.2. Meme Kanseri Etiyolojisi

Etiyolojisinde genetik, çevresel, hormonal, psikososyal etkenlerin rol oynadığı multifaktöryel bir hastalıktır. Meme kanseri oluşumunda kadın olmak, ileri yaşta olmak iki önemli etken olup ve birçok risk faktörüde mevcuttur. Meme kanserinin görülme sıklığı bu etkenlerin azalıp artmasına göre değişmektedir (9).

2.2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

a.) Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

1) Kadın olmak: Cinsiyet olarak kadın olmak başlıca etkendir. Meme kanseri erkeklerde olabilir, fakat meme kanseri kadınlarda erkeklerden daha sık görülür.

2) Yaşlılık: Yaşlandıkça meme kanseri riski artar. Meme kanseri 55 yaş ve üstü kadınlarda daha sık görülür.

3) Kalıtım: Breast cancer susceptibility gene 1 (BRCA1) ve Breast cancer susceptibility gene 2 (BRCA2) genleri normal hücrelerde hasarlı Deoksiribonükleik asit (DNA)'yı onaran proteinleri üretmeye destek olur. Kalıtsal meme kanserinin en sık nedeni, sağlıklı genlerde meydana gelen mutasyon sonucunda anormal hücre büyümesiyle kanser ortaya çıkmasıdır. Mutasyonlar her

iki memede ve genç yaşta kanser olma olasılığını artırmaktadır. Benzer şekilde p53, Protein tirozin fosfotaz ve tensin homoloğu (PTEN) ve diğer ilişkili gen mutasyonları da ailesel kanser gelişimine neden olmaktadır.

4) Ailede meme kanseri öyküsü bulunması: Meme kanseri tanısı alan kadınların %15'inin ailesinde meme kanseri öyküsü var iken, %85'inde de böyle bir öykü bulunmamaktadır. Meme kanseri tanısı almış birinci derece akrabasının (annesi, kız kardeşi veya kızı) olması riski yaklaşık 2 kat artırırken, iki kişide meme kanseri öyküsü olması riski 3 kat artırır. Aile bireylerinde meme kanseri yakalanma yaşı ne kadar düşükse, kanser gelişme riski daha yüksektir. Babası ya da erkek kardeşinin meme kanseri olması da riski arttırmaktadır.

5) Kişisel meme kanseri: Meme kanseri tanısı alan kadının memesinin farklı bir bölümünde veya diğer memesinde yeni bir kanser gelişme olasılığı daha yüksektir.

6) Irk: Beyaz ırkta meme kanseri gelişme riski daha fazla iken, siyah ırkta ölüm oranı daha yüksektir.

7) Yoğun meme dokusuna sahip olmak: Mamografide yoğun meme dokusu daha çok glandüler ve fibröz doku, daha az yağlı doku olarak görünür. Bu da mamografilerde kanserleri görmeyi zorlaştırabilir. Yoğun meme dokusu varlığı, normal yoğunluğa sahip olan kadınlara göre; meme kanseri riskini 1,5-2 kat artırır.

8) Erken menarş-geç menopoz: Bir kadının 12 yaşından önce adet görmesi veya menopoza 55 yaşından sonra girmesi östrojen ve progesteron hormonlarına uzun süre maruz kalmasına neden olacağından meme kanseri olma olasılığını artırır.

9) İyi huylu meme hastalıkları:

Proliferatif olmayan lezyonlar: Bu oluşumlar meme kanseri riskini etkilemiyor gibi görünmektedir fakat meme kanserine neden olsa bile riskteki artış

minimaldir (fibrokistik değişiklikler, hafif hiperplazi, sklerozsuz adenozis, iyi huylu filloides tümörü, papilloma, yağ nekrozu, mastit, vb).

Atipi olmayan proliferatif lezyonlar (hücre anormallikleri): Hücreler anormal görünmemesine rağmen, memenin kanallarında veya loblarında fazla hücre büyümesi mevcuttur. Bu durum kanser riskini bir miktar yükseltir (atipisiz duktal hiperplazi, fibroadenom, sklerozan adenozis, papillomatosis, radyal skar).

Atipik proliferatif lezyonlar: Meme dokularındaki kanallar veya lobüllerdeki hücreler aşırı derecede büyür (atipik duktal hiperplazi, atipik lobüler hiperplazi). Meme kanseri riski normalden 4-5 kat daha yüksektir.

Lobüler karsinom in situ (LCIS): Meme lobu içerisindeki hücrelerdeki değişikliği tanımlamak için kullanılmaktadır. LCIS kanser olarak kabul edilmez ancak tedavi edilmezse kişiler kanser gelişme riski taşımaktadır. Her iki memede olabilen LCIS meme kanseri gelişme riskini 7 ila 12 kat daha fazla artırmaktadır.

10) Toraks bölgesine radyoterapi: Özellikle genç yaşta memelerin gelişme evresi sırasında toraks bölgesine herhangi bir nedenle alınacak radyoterapi meme kanseri gelişme riskini çok yükseltir. 40-45 yaş sonrası bölgeye alınacak radyoterapinin meme kanseri riskini artırmıyor gibi gözükmektedir (9,10).

b.) Yaşam Tarzı ile İlişkili Olan Risk Faktörleri

1) Alkol kullanmak: Risk içilen miktara bağlı olup, kadınlarda alkol kullanımı toplam östrojen seviyelerinin ve biyoyararlanımının yükselmesine neden olur. Günde 2-3 bardak alkol kullananlar, alkol kullanmayan kadınlara kıyasla %20 daha yüksek risk taşırlar.

2) Fazla kilolu veya obez olmak: Erişkin çağda östrojenin çoğu overler tarafından üretilir ve yağ dokusunun östrojen üretimine katkısı çok azdır. Kadınların menopozdan sonra fazla kilolu veya obez olması meme kanseri olma olasılığını artırır. Menopozla birlikte overlerde östrojen üretimi düşer,

östrojeninin çoğunun ana kaynağı yağ dokusudur. Bu durum meme kanseri başta olmak üzere bazı kanserlerle ilişkili bulunmuştur.

3) Sedanter yaşam: Özellikle menopoz sonrası düzenli spor yapmanın kadınlarda meme kanserine yakalanma olasılığını azalttığına dair bulgular çoğalmaktadır. Önemli olan bu aktivitelerin yeterli miktarda ve zamanda olmasıdır. Bu aktivitelerin kanser riskini tam olarak nasıl azalttığı belli değildir. Bu durum vücut ağırlığının azalması, hormonlar, inflamasyon ve enerji dengesi üzerindeki etkileriyle açıklanabilir.

4) Çocuk sahibi olmamak: Çocuğu bulunmayan ya da 30 yaşının üzerinde ilk doğumunu yapanların meme kanseri riski yükselmiştir. Birden fazla gebelik ve genç yaşta gebe olmak, meme kanseri tehlikesini azaltır.

5) Emzirmemek: Çalışmaların bazılarında emzirmenin özellikle on iki ay veya üzerinde olması, meme kanserine yakalanma olasılığını biraz azaltabileceği belirtilmektedir. Bu olası etki için açıklama, emzirmenin bir kadının toplam yaşam boyu göreceği anovulatuvar siklusları artırmasına bağlı olabilir (geç menarş ve erken menopozla aynı).

6) Oral kontraseptifler: Erken yaşlarda, östrojen içeren oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riskinde artış olabileceği belirtilmektedir. İlaç kullanımının terkedilmesiyle birlikte risk azalmakta ve 10 yıl sonra bu risk yok olmaktadır.

7) Hormon replasman tedavisi: Menopoz sonrası kullanılan kombine östrojen ve progesteron içeren hormonal tedavi özellikle ilk yıllarda kanser riskini artırsa da 5 yıldan sonra kanser riski kademeli olarak azalmaktadır. Sadece östrojen içeren hormonal tedavi ile ilgili bazı çalışmalarda kanser riskini artırmadığı belirtilmektedir. Fakat bazı çalışmalarda östrojen kullanımı ile kanser gelişme riski arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirtilmektedir.

8) Meme implantları: İmplantlar meme dokusunun standart mamografilerde görülmesini zorlaştırır. Ayrıca silikon içerenler memede skar dokusunun oluşmasına sebep olabilir. Anaplastik büyük hücreli lenfoma az

görülmesine rağmen meme implantlarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Genellikle tedaviye lenfoma iyi yanıt verir (10-12).

c.) Belirsiz Etkili Risk Faktörleri

Bazı risk faktörlerinin, gerçekten meme kanserini etkileyip etkilemedikleri konusu yapılan araştırmalarla henüz netlik kazanmamıştır.

1) Diyet ve vitaminler: Yapılan çalışmalarda diyet ile meme kanseri arasında güçlü bir bağlantı bulunmaktadır, fakat bu sağlıklı bir diyet uygulamanın anlamı olmadığı yorumunu getirmiyor. Aynı şekilde vücuttaki vitamin seviyelerinin ve dışardan takviyelerin meme kanseri riskini azalttığına dair güçlü kanıtlar yoktur. Ama yağ oranı düşük, vitamin oranı yüksek, meyve ve sebzelerin sık tüketildiği diyetler, meme kanseri riski dâhil diğer bazı kanser türlerinin riskini azaltmaktadır.

2) Çevresel kimyasallar: Ortamdaki östrojene benzer özelliklere sahip olan kimyasalların özellikle bazı plastiklerdeki maddeler, belirli güzellik ve vücut bakım ürünleri, insektisitler ve poliklorlubifeniller meme kanseri riskini teoride etkileyebilir. Ancak bunların sağlığa etkilerini anlayabilmek için daha çok araştırmaya ihtiyaç var.

3) Tütün-sigara dumanı: Yapılan çalışmalarda sigaranın meme kanseri riskini artırmadaki etkisinin düşündürücü ancak yeterli olmayan kanıtları olduğu kabul ediliyor. Pasif içiciliğinde bu bağlamda düşünüldüğü bu yüzden her ikisinden de uzak kalmanın kanser riskleri açısından yararlıdır.

4) Gece vardiyasında çalışmak: Bazı çalışmalar, gece vardiyasındaki hemşireler gibi geceleri çalışan kadınlarda meme kanseri riskinin artmış olabileceği düşünülmüştür. Melatonin hormonunun seviyesindeki dengesizliğin bunu sebebi olabileceği ancak diğer hormon seviyelerinin de incelenmesi gerekir (12).

d.) Kanıtlanmamış veya Tartışmalı Risk Faktörleri: Koltuk altı deodorantları, sutyen kullanımı ve istemli düşük (9,12).

2.2.4. Meme Kanseri Belirtileri

Belirtiler meme kanserinin ilerlemesiyle ve bireye özgü olarak değişmektedir. Bu sebepten kadınların normal meme dokusunu bilmeleri, memelerinin normal yapısını incelemeleri, oluşan değişiklikleri bilmeleri önerilmektedir. Meme kanserinin en çok görülen belirtisi kitledir. Farklı boyutlarda, kenarları düzensiz, ağrısız, yumuşak olmayan bir kitlenin kanser olma olasılığı çok fazladır.

Meme kanserini düşündürecek diğer belirtileri şunlardır:

• Memenin bir bölümünün veya tamamının şişmesi

• Yer yer içe çekintiler (Portakal kabuğu görünümü)

• Meme ya da meme başı ağrısı

• Meme başında görülen şekil bozuklukları

• Meme yüzeyinde kızarıklık, pullanma veya kalınlaşma

• Meme başı akıntısı (anne sütü dışında)

Meme kanseri, bazen koltuk altındaki lenf düğümlerine yayılıp, ele gelen bir kitleye neden olabilir (13).

2.2.5. Meme Kanserinden Korunma

Meme kanserinden korunma sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere primordiyal (temel koruma), birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül olmak üzere beş düzeyde incelenmektedir

Temel koruma: Hastalığın oluşmasına neden olabilecek sosyal ve çevresel faktörlere eğilimin durdurulmasını amaçlamakla birlikte, hastalıklar için toplumdaki risk faktörlerinin görünme oranını düşürmek; yok etmek için önlem ve yapılacak çabalar olarak tanımlanmaktadır. Çabalar tehlike faktörleri oluşmadan ve henüz tehlikede olmayan bireyler içindir. Bu olay danışmanlık, kanıta dayalı muayene, tarama testlerinin uygulanmasını, hasta eğitimlerini ve bağışıklamayı kapsayan, çoğunlukla yüz yüze ve toplu eğitimler aracılığıyla yapılmaktadır (14).

Birincil koruma: Hastalığın kişiyi yakalamadan önce uygulanabilir önlemlerle nedenlerini ortadan kaldırmaktır. Hastalığa neden olan risk etmelerinin ortadan kaldırılması için yapılan çalışmaları, hastalığın oluşmasına sebep olan etmenlerin azaltılmasına, etmenler ortadan kaldırılamıyorsa, hastalığa yakalanmama ve görülme oranını azaltmak için yapılan çalışmaları içermektedir. Meme kanseri için beslenme, fiziksel aktivite, erken yaşta doğum, emzirme, sigaranın bırakılması, iyonize radyasyondan kaçınma, cerrahi erken menapoz, profilaktik mastektomive kemoprevensiyon hastalığın insidansını azaltmak için yapılan çalışmalardır (14).

İkincil koruma: Hastalığı kontrol etmek, erken tanı ve acil girişim yöntemiyle kötü sonuçları en aza indirgemek için kullanılan yöntemleri ifade eder. Hastalığın belirti göstermemişken teşhis edilip, ilerlemesinin durdurulmasını hedefleyen çalışmaları kapsamaktadır. Meme kanseri için ikincil korumaya örnek olarak KKMM, KMM ve mamografi gibi tarama yöntemleri verilebilir (14).

Üçüncül koruma: Hastalık oluştuktan sonra, yaşam fonksiyonunu ve kalitesini koruma amacıyla gerçekleştirilen çalışmalardır. Hastalığın tedavi ve rehabilitasyon yolu ile ileride oluşabilecek olası komplikasyonlarını azaltmaya yöneliktir (14).

Dördüncül koruma: Bu kavram "Aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlamak, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemdir." şeklinde Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu'nun (WONCA) Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri için sözlüğünde yer almıştır (14).

2.3. Kanser Taramaları

Hastalıkların erken teşhisinde iki farklı yöntem vardır. Birincisi hastalığın başlangıç bulgularını tespit etmek, diğeri hastalığın belirtileri dahi görülmediği bireyleri yakalamaktır. Tarama programları bulgular görülmeden hastalığı olan bireyleri tespit etmek için uygulanmaktadır. Yapılan tarama testlerinin kesin sonuca götürmesi gerekmez. Fakat hastalık belirtisi olan ya da şüpheli olan

kişilerin ileri merkezlerde daha ayrıntılı araştırmaya yönlendirilmesi esastır. Bunun sonucunda bireyler kesin sağlamlar ya da hastalık ihtimali olanlar şeklinde sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırmanın yapılabilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ortaya konmuş kriterlerin sağlanması gerekmektedir. Bunlar:

• Taranan hastalık, toplumda yaşayan insanlar için önemli bir sağlık problemi olmalıdır.

• Taranacak hastalığın bulgularının tespit edilebilmesi için belirtisiz ya da erken belirti gösteren bir dönemi olmalıdır.

• Hastalığın tüm klinik gidişine ait veriler olmalıdır.

• Tarama sonrasında tespit edilen hastaların tedavisi için uygun yöntemler olmalıdır.

• Personel, tesis imkanları hastalıkların tanı ve tedavisi için yeterli olmalıdır.

•Yapılacak olan testlerin kişiler tarafından kabul edilebilir, uygulanabilir olmalı.

• Seçicilik ve duyarlılık testlerde üst düzeyde olmalı.

• Tarama kesintisiz bir süreci ifade etmelidir.

Tarama programları topluma fayda sağlamalı, her kesim tarafından kabul görmeli ve yüksek oranda katılım sağlanmalı.

DSÖ kriterleriyle birlikte, tarama programının ülkedeki kanser yükünü azaltacağı gösterilmiş olmalıdır. Kanser kontrol programı birbirini tamamlayıcı olmalıdır. Kanser taramalarının toplumun tümünü ifade edilebilir olmasını sağlamak için aile hekimlerinin de programa dahil edildiği bir uygulamada; hedef nüfusun %70'ine ulaşılarak taramaların gerçekleştirilmesidir. Aile hekimleri kanser tarama programının topluma açıklanmasında, uygulanmasında ve tarama oranını yükseltilmesinde, programa dahil olan hedef kitleye ulaşılmasında, tarama sonuçlarının hedef kitleye ulaştırılmasında ve yönlendirmede kilit noktaya

sahiptir. Ülkemizde toplum tabanlı taramalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) aracığıyla yürütülmekte, fırsatçı taramalarda hastaneye başvuran kişilere uygulanmaktadır. Ayrıca Gezici Mamografi Projesi ile ulaşım nedeniyle başvuramayan kişilere de hizmet verilmektedir (3).

2.4. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

Tarama yöntemlerindeki en temel amaç; meme kanserine bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltabilmektir. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde en önemli yöntem mamografi olmakla birlikte, etkinliğin artırılabilmesi için tarama yapılan her kadına KKKM'de uygulanmalıdır. 20 yaşından sonra her kadına KKMM yapmaları için danışmanlık hizmeti vererek toplumda farkındalık oluşturulmalıdır. Taramanın başarısı yani mortalitenin düşürülmesi, hedef kitlenin %70 ine ulaşacak toplum tabanlı taramalarla gerçekleştirilebilir. Ülkemizde meme kanseri tarama programı ulusal standartlarına göre birbirini kapsayan üç uygulama vardır.

Kendi Kendine Meme Muayenesi

Klinik Meme Muayenesi

Mamografi (4).

2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Bir kadının kendi kendine yapabileceği en önemli muayenedir. Öğretilmesi ve uygulanması kolay, mahremiyetin korunduğu, ekonomik ve güvenlidir. En önemli amacı kendi meme yapısını tanımak ve oluşabilecek değişimleri tespit edebilmektir. Böylece meme kanseri farkındalığını artırmada ve belirtilerine karşı uyanık olmayı sağlar (13). Kadınlar 20 yaşından başlayarak, ayda bir olmak üzere hayat boyu meme muayenesi yapmalıdır.

KKMM için en ideal zaman;

• Üreme çağındaki kadınlar için adetin 7 ila 10. günü arası,

• Adet görmeyen gebe veya menopozdaki kadınlar için, her ay kişinin belirlediği bir günde düzenli kontrol yapılması,

• Emziren kadınlarda, emzirme sonrası, göğüslerdeki süt boşaldıktan sonra,

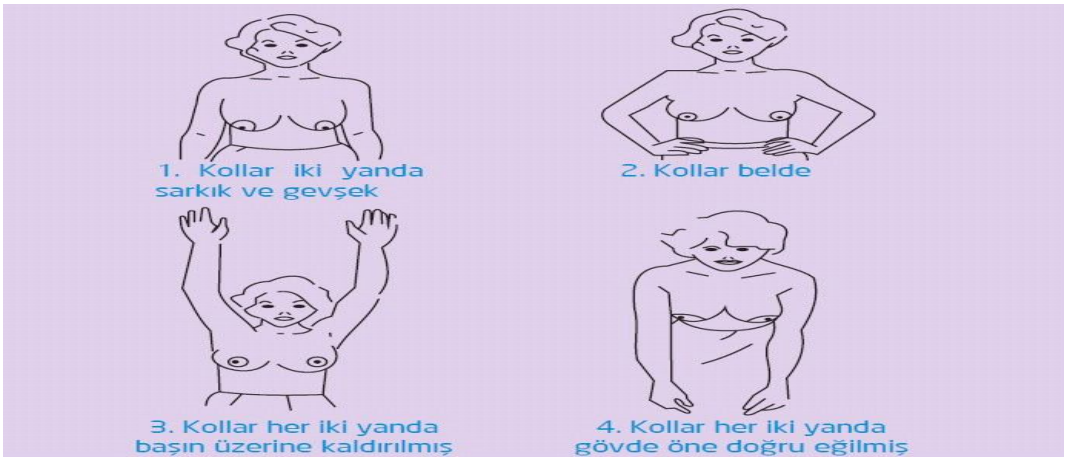
• Oral kontraseptif kullananlarda, ilaçı kullanmadan önceki gün yapılmalıdır (15).

KKMM 2 aşamada yapılır;

• 1. Gözle değerlendirme

• 2. Dokunarak elle değerlendirme.

1. Memelerin gözle değerlendirilmesi: KKMM'nin başlangıcında memelerin gözle değerlendirilmesi gerekir. Kollar yanda olacak şekilde bir aynanın önünde belden yukarısı çıplak şekilde ayakta durulur, sonra eller bele yerleştirilerek göğüsün kasılması sağlanır. Böylece memeler birbirine yakınlaştırılır. Daha sonra kollar başın arkasında birleştirilerek belirtiler gözlemlenerek kontrol edilir. Belden yukarısı öne doğru tam olarak eğilerek her iki memenin aynı oranda sarkıp sarkmadığına gözlemlenir (Şekil 2).

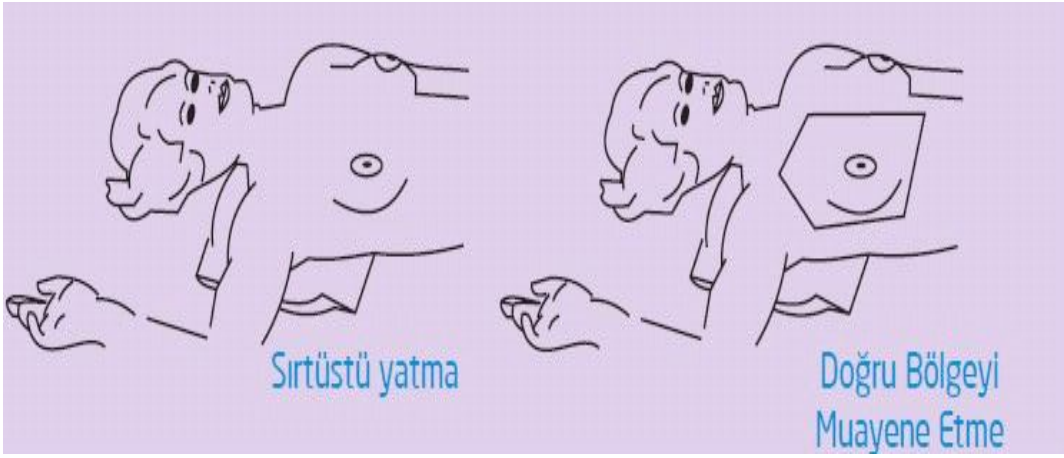


Şekil 2. Memelerin Gözle Değerlendirmesi (15).

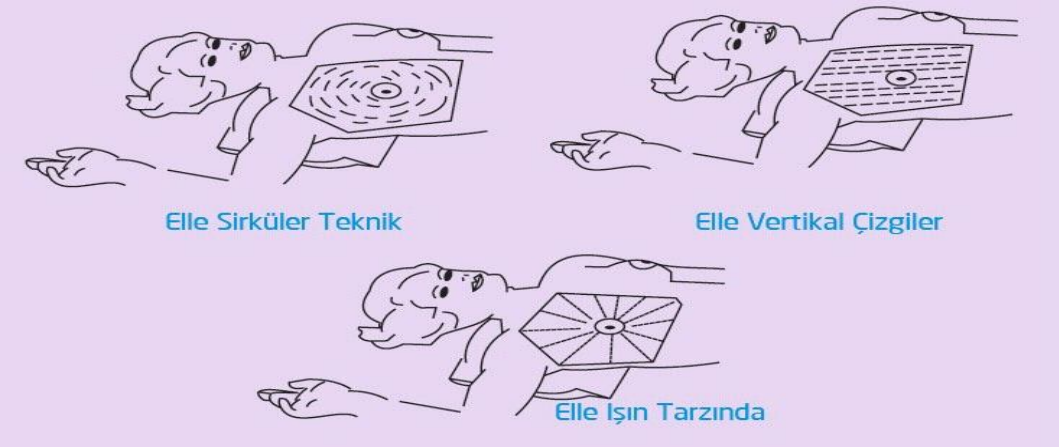
Bu değerlendirmede; Memelerde herhangi bir şişlik, meme başlarının farklı yöne bakması, meme ucu ve derisinde içe doğru çekilme, meme cildinde renk

değişiklikleri ve yara, yüzeyel damarlarda daha önceden fark edilmeyen değişimler, deride "portakal kabuğu" görüntüsü, üst kolda anormal şişlik ve meme başından kanlı akıntı uyarıcı belirtilerdir. Gözle değerlendirmede pozisyonlar arası geçişte belirtiler belirginleşebilir.

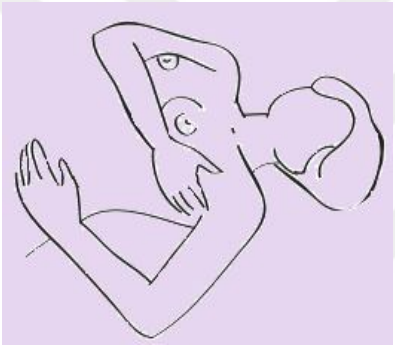
2-Memelerin dokunarak elle değerlendirilmesi: Sırtüstü yatarak (en ideali), duşta, ayakta yapılabilir. Muayene edilecek memenin olduğu tarafta omzun altına bir destek yerleştirildikten sonra el başın arkasına konulmalıdır. Bu pozisyonda meme dokusu ortada sabit kalmalı, yanlara doğru kaymamalıdır. Memenin ters tarafında bulunan elin, orta üç parmağının (işaret, orta ve yüzük parmağı) duyarlı olan iç kısımlarıyla tarama yapılır. Meme dokusunun, koltukaltından sternuma, clavıculadan memenin alt sınırına kadar ve meme başıda dahil tüm alanların taranması gerekir (Şekil 3). Meme üzerinden parmak uçları kaldırılmadan, hafif bastırarak ya daireler çizerek, ya dikey çizgiler ya da ışınsal tarzda memenin tamamı taranarak değerlendirilmelidir (Şekil 4). Farklı derinliklerde bulunabilecek kitlelerin tespiti için, parmak uçlarıyla daire çizerek yapılacak kontrolün hafif, orta ve şiddetli basınçla yapılması gerekir. Aynı şekilde basınç uygulayarak koltuk altıda kontrol edilmelidir. (Kontrol edilecek koltuk altı rahat ve gergin olmamalı) (Şekil 5). Meme başını nazikçe sıkarak akıntı gelip gelmediğine bakılmalıdır (şekil 6).



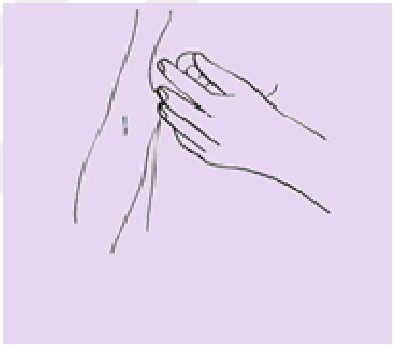
Şekil 3.Memelerin Elle Değerlendirmesi (15).



Şekil 4. Memelerin Elle Muayene Tarama Teknikleri (15).



Şekil 5.Koltuk Altı Muayenesi (15).



Şekil 6. Meme Ucu Muayenesi (15).

2.4.2.Klinik Meme Muayenesi

Uzman hekim ya da eğitimli sağlık personeli tarafından yapılan anamnez ve fizik muayenedir. Ülkemizde kadınlara 20 yaşından sonra 2 yılda bir, 40-69 yaş arasında yılda bir sağlık personeli tarafından meme muayenesi yapılması önerilmektedir. Kadınlara meme kanserinin özellikleri, risk faktörleri, belirtileri ve erken tanı için neler yapılabileceğinin anlatılması için muayene sağlık personeline fırsat tanır (16). Bir tarama yöntemi olarak tek başına meme kanseri mortalitesini düşürdüğüne dair yeterli veri bulunmamakta ancak mamografi ile yapılan taramalarda ek yöntem olarak uygulanmasıyla mamografinin duyarlığını ve seçiciliğini arttırdığı gözlenmiştir (17,18).

2.4.3. Mamografi

Mamografi, X ışınıyla memede bulunan yağ ve glandüler yapıları görüntüleyen yumuşak doku radyografi tekniğidir. Taramada, tanıda ve tedavi sonrası takipte mamografi büyük öneme sahiptir (12). Mamografi ile yapılan toplum tabanlı tarama programıyla meme kanseri mortalitesinde, taranmayan gruplara göre %20 oranında azalmanın olduğunu gösteren çalışmalar vardır (12). Tarama mamografisiyle klinik bulgular görülmeden meme kanseri tespit edilebilir. Tanıda pek çok görüntüleme yöntemi olsa da halen mortaliteyi azaltabilen tarama amaçlı kanıtlanmış tek görüntüleme yöntemidir (17). Amerikan Kanser Topluluğu'na (American Cancer Society, ACS) göre, her yıl 45-54 yaş aralığındaki kadınların, her yıl veya iki yılda bir 55 yaş ve üstü kadınların mamografi çektirebilme seçeneği vardır. Kişinin sağlığı iyi ve 10 yıl veya daha uzun süre yaşaması beklendiği sürece tarama devam edilmelidir. ACS, 40-44 yaş aralığındaki kadınlarında her yıl mamografi çektirerek taramaya başlayabileceklerini belirtmiştir. ACS'ye göre, KMM ve/veya KKMM'nin açık bir yararı gösterilememiştir. Ancak bu uygulamaların asla yapılmaması gerektiği anlamına gelmiyor (19). Türkiye'de bu alanda tek çalışmada 50 yaşa kadar olan kişilerin meme kanserinin yarısını oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple 40 yaşından başlayarak her yıl rutin mamografi kontrolünün yapılması ülkemiz için gereklidir (20). Mamografi taramasını bitirmek hastanın var olan diğer hastalıklarının süreci ve hastanın yaşı ele alınıp, yaşam süresi 5 yıl altında ise mamografi taraması sonlandırılmalıdır. Çoğunlukla bu yaş sınırı 70-74 yaş olduğu tespit edilmiştir. Ulusal meme kanseri 2010 konsensus toplantısında alınan karara göre 40 yaşından sonra en az 70 yaşına kadar rutin olarak her yıl tarama mamografisi yapılması uygun görülmüştür (9). Türkiye ulusal kanser tarama standartlarına göre; 40-69 yaş aralığındaki kadınların iki yılda bir, birisi kranyokaudal diğeri medyolateraloblik olmak üzere ikişer poz filmin her iki meme için çekilmesi önerilmektedir. Bu çekimler birbirinden habersiz iki ayrı radyolog tarafından değerlendirilir. Bu iki uzmanın önerileri dikkate alınarak, kişinin takibi gerçekleştirilmelidir (4). Mamografinin en önemli dezavantajları yanlış negatiflik,

yanlış pozitiflik, gereksiz tanılar, radyasyona maruz kalma ve çekim sırasında memeye bası nedeniyle ağrı ve anksiyetedir (12).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Evreni

Bu araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır. Konya İli Karapınar İlçesi 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine bağlı 1 Nolu poliklinikte yapılmıştır. Bu araştırmanının evrenini Ocak 2019 ve Haziran 2019 tarihleri arasında polikliniğe kayıtlı 20-70 yaş arası 1100 kadın oluşturmaktadır. Çalışmada hesaplanan güç düzeyi ve etki büyüklüğünü hesaplamada G*PowerVersion 3.1.7 uygulaması kullanılmıştır. Çalışmada basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak, %3 kabul edilebilir hata payı ve %95 güven seviyesi ile en az 364 katılımcının evrenin temsil gücünü sağlayabileceği hesaplanmıştır. Çalışmaya aile hekimliği polikliniğine 20-70 yaş arasındaki kadınlardan herhangi bir nedenle başvuranlar alındı.

3.2. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- 20-70 yaş arasında, kadın olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Anket sorularına cevap vermeye engel oluşturacak dil sorunu veya psikiyatrik problemi olmamak.

3.3. Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri

- 20 yaşın altında veya 70 yaş üzeri olan,
- Anket sorularına cevap vermeye engel oluşturacak dil sorunu veya psikiyatrik problemi olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen,

3.4. Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Yapılması

Çalışma için öncelikle anket çalışması için Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesinden Etik Kurulu onayı alındı (Etik Kurul Kararı: 2019/0017 Onay Tarihi: 16.01.2019) (Bkz. Ek 5).

Çalışmaya polikliniğe başvuran, kriterlere uygun ve anketleri tam olarak dolduran 500 kadın dahil edildi. Katılımcılara öncelikle çalışma hakkında

bilgilendirme yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden Helsinki Dünya Tıp Birliği Deklarasyonu ile uyumlu bilgilendirilmiş onam formu alındı (Bkz. Ek 2).

Çalışmada kullanılacak bilgileri elde etmek için sosyodemografik özelliklerini içeren 6 soru ve kaynakların incelenmesi sonucu oluşturulan, meme kanseri açısından risk faktörleri için 13 soru, meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranış sorularını içeren 31 soruyla toplam 50 soruluk anket formu hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı meme kanseri risk değerlendirme formundaki 6 soru (1. Yaş 2. Ailesel meme kanseri öyküsü 3. Kişisel meme kanseri öyküsü 4. Çocuk doğurma yaşı 5. Menstrual öykü 6. Beden yapısı) meme kanseri risk faktörleri içerisine yerleştirilmiştir (Bkz. Ek 1). Katılımcılarla yüz yüze görüşülerek yazılı onamlarının alınmasının ardından, meme kanseri taramaları hakkında bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla 50 soruluk anketimiz uygulanmıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Kategorik yapıdaki verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma bölgemizden 20-70 yaş arasında 500 kadın çalışmaya alınmıştır. Yaş ortalaması 41,03±13,57 idi. Kadınların %7,6'sı (n=38) okuryazar değildi. %68,6'sı (n=343) ilköğretim düzeyinde, %8,4'ü (n=42) lise ve %12,6'sı (n=63) ise üniversite düzeyinde eğitime sahipti. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu %91,6 (n=458) ev hanımı idi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	Ort.±SD*	**Ortanca (Min-Mak.)***
Yaş (yıl)	41,03±13,57	40 (20-69)
Vücut kitle indeksi	27,96±5,65	28 (17-47)
Yaş Grupları	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
20-30	140	28,0
31-40	116	23,2
41-50	102	20,4
51-60	96	19,2
61-70	46	9,2
Vücut kitle indeksi		
Zayıf (>18,59 kg/m^2)	6	1,2
Normal (18,59-24,99 kg/m^2)	140	28,0
Fazla kilolu (25-29,99 kg/m^2)	165	33,0
Obez (>30 kg/m^2)	189	37,8
Medeni durum		
Evli	422	84,4
Bekâr	43	8,6
Boşanmış/Dul	35	7,0
Ekonomik durumu		
İyi değil	47	9,4
Orta	319	26,8
İyi	134	63,8
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	38	7,6
Okuryazar	14	2,8
İlkokul	273	54,6
Ortaokul	70	14,0
Lise	42	8,4
Üniversite	63	12,6
Meslek durumu		
Ev Hanımı	458	91,6
Sağlık Çalışanı	9	1,8
Emekli	2	0,4
İşçi	7	1,4
Memur	14	2,8
Esnaf/Özel sektör	10	2,0
Toplam	500	100,0

* SD: Standart deviasyon, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Katılımcıların %51,2'si (n=256) 40 yaşın altında, %49,8'i (n=244) 40 yaşın üzerindeydi. Vücut kitle indekslerine bakılınca %1,2'si (n=6) zayıf, %28'i (n=140) normal, %33'ü (n=165) fazla kilolu iken, %37,8 (n=189) kadının obez olduğu görülmüştür. Kadınların %84,4'ü (n=422) evli iken %15,6'sı (n=78) bekar ya da boşanmıştı. Katılımcıların %9,4'ü ekonomik durumlarının iyi olmadığını, %63,8'i (n=319) orta düzeyde olduğunu ve %26,8'i (n=134) ise ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Jinekolojik Özellikleri

İlk adet görme yaşı	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
11 yaş ve altı	31	6,2
12-14 yaş	378	75,6
15 yaş ve üstü	91	18,2
Menopozda olanlar		
Evet	135	27,0
Hayır	365	73,0
maToplam	500	100,0
İlk doğumdaki yaş		
30 yaş altı	421	97,0
30 yaş ve üstü	13	3,0
Çocuk sayısı		
		Ortanca (Min-Mak.)*
		3 (1-8)
1	58	13,4
2	120	27,7
3	143	32,9
4	82	18,9
5	20	4,6
6	5	1,1
7	4	0,9
8	2	0,5
Toplam	434	100,0
Emzirme durumu		
Hiç emzirmeyen	66	13,2
12 aydan az emziren	121	24,2
12-18 ay emziren	171	34,2
18 aydan fazla emziren	142	28,4
Toplam	500	100,0

* Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Katılımcıların ilk adet görme yaşı 11 yaş ve öncesinde %6,2'si (n=31), %75,6'sı (n=378) 12-14 yaş, %18,2'si (n=91) 15 yaş ve sonrasında adet görmeye başlamış. Katılımcıların %73,0'ü (n=365) menopoza girmemiş, %27'si (n=135) menopozda idi. Menopoz yaş ortalaması 47,73±4,75, ortanca 48, min=37, mak=57 idi. Doğum yapan kadınların %97,0'si (n=97) ilk doğumunu 30 yaş ve altı, %3'ü (n=13) ise 30 yaş ve üstünde yapmıştı. Çocuk sayısı, ortanca 3, min=1, mak=8 idi. Kadınların %32,9'u (n=143) üç çocuk,%27,7'si (n=120) iki çocuk, %18,9'u (n=82) dört çocuk,%13,4'ü (n=58) bir çocuk ve %0,5'i (n=2) sekiz çocuk sahibidir. Emziren kadınların %24,2'si (n=121) 12 aydan az, %34,2'si (n=131) 12-18 ay ve %28,4'ü (n=142) 18 aydan fazla çocuklarını emzirmiştir. Kadınların %13,2'si (n=66) hiç emzirmemiştir (Tablo 2).

Tablo 3.Katılımcıların İlaç Kullanımı

OKS* Kullanımı	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Evet	108	21,6
Hayır	392	78,4
Toplam	500	100,0
HRT kullanımı**		
Evet	16	11,9
Hayır	119	88,1
Toplam	135	100,0

*OKS: Oral Kontraseptif. **HRT: Hormon Replasman Tedavisi.

Katılımcıların %78,4'ü (n=392) OKS kullanmamış, %21,6'sı (n=108) OKS kullanmış. Menopoza giren kadınların %88,1'i (n=119) hormon replasman tedavisi almamışken, %11,9'u (n=16) HRT almıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların Yaşam Tarzı Risk Faktörleri

Spor yapma	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Evet	73	14,6
Hayır	427	85,4
Beslenme Şekli		
Sebze meyve ağırlıklı	360	72,0
Yağlı, karbonhidrat	94	18,8
Kırmızı et ağırlıklı	36	7,2
Diğer	10	2,0
Sigara kullanımı		
İçiyorum	21	4,2
İçmiyorum	479	95,8

Katılımcıların %14,6'sı (n=73) günlük işleri dışında spor yaparken ve %85,4'ü (n=427) günlük işleri dışında spor yapmamaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %72'si (n=360) sebze meyve ağırlıklı beslenirken, %18,8'i (n=94) yağlı, karbonhidratlı, %7,2'si (n=36) kırmızı et ağırlıklı yemeyi tercih etmektedirler. Kadınların %95,8'i (n=479) sigara içmiyor, %4,2'si (n=21) sigara içiyor (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı ve Dağılımı

Kronik Hastalık	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Evet	138	27,6
Hayır	362	72,4
Toplam	500	100,0
Hipertansiyon	72	33,2
Astım	28	12,2
Diyabetes mellitus	26	12,0
Tiroid hastalığı	23	10,6
KOAH	16	7,5
Anksiyete	15	7,1
Koroner arter hastalığı	13	6,1
Migren	7	3,3
Anemi	5	2,3
Depresyon	5	2,3
Ülseratif Kolit	4	2,0
Osteoporoz	3	1,4
Toplam*	217	100,0

*Birden fazla hastalık belirtilmiş.

Katılımcıların %72,4'ünde (n=362) kronik hastalık olmayıp, %27,6'sı (n=138) en az bir kronik hastalığa sahipti. En sık görülen ilk üç kronik hastalık; hipertansiyon %33,2 (n=32), astım %12,2 (n=28) ve diyabetes mellitus %12,0 (n=26) idi (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların Ailede ve Kendisinde Meme Kanseri Varlığı

Ailede meme kanseri varlığı	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Yok	452	90,4
Hala/teyze ya da büyükanne	34	6,8
Anne ya da kız kardeş	10	2,0
Anne ve kız kardeş	4	0,8
Anne ve iki kız kardeş	-	-
Kendinde meme kanseri varlığı		
Evet	6	1,2
Hayır	494	98,8

Ailede meme kanseri öyküsü olan 48 kişinin meme kanseri olan kişiyle yakınlık derecelerine bakıldığında, bunların %2,8'i (n=14) birinci derece (anne, kız kardeş), %6,8'i (n=34) ikinci derece (hala, teyze ya da büyükanne) akrabada görüldü. Çalışmaya katılanların %98,8'inin (n=494) kendisinde meme kanseri bulunmazken, %1,2'sinin (n=6) kendinde meme kanseri mevcuttu (Tablo 6).

Katılımcıların %68,6'sı (n=343) meme kanserinin erken dönemde tanınabileceğini, %31,4'ü (n=157) erken dönemde tanınamayacağını belirtmiş. Erken tanı konulursa %97,42'si (n=487) meme kanserinin tedavi edilebileceğini, %2,6'sı (n=13) meme kanserinin tedavi edilemeyeceğini ifade etmiş. Erken tanının nasıl konulabilir sorusuna en çok verilen cevabın %29,2 (n=175) ile mamografi olduğu görülürken bunu sırasıyla %19,1 (n=115) ile KMM, %18,3 (n=115) ile KKMM ve %16,7 (n=100) oranında ultrasonografi cevabı takip etmiştir. Yüzde 16,7 (n=100) oranında bilmiyorum dediği tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Erken Tanı ve Tedavi Konusundaki Bilgi Düzeyi

Erken dönemde tanınma	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Evet	343	68,6
Hayır	157	31,4
Erken tanı konularsa tedavi edilebilme		
Evet	487	97,4
Hayır	13	2,6
Toplam	500	100,0
Nasıl erken tanı konulabilir*		
Kendi kendine meme muayenesi	110	18,3
Klinik meme muayenesi yapması	115	19,1
Mamografi	175	29,2
Meme ultrasonografi	100	16,7
Bilmiyorum	100	16,7
Diğer	-	-
Toplam	600	100,0

* (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Katılımcıların %58,4'ü (n=292) KKMM'sini bildiğini, %41,62'sı (n=208) KKMM'yi bilmediğini belirtmiştir. Bu bilginin kaynağının %53,0'ı (n=155) sağlık personeli, %23,0'ı (n=67) televizyon-radyo, %13,0'ı (n=38) aile-akraba-yakın çevre, %9,6'sı (n=28) ise sosyal medya olduğunu belirtmişlerdir. Kimlerin KKMM yapması gerektiği sorusuna katılımcıların %49,4'ü (n=247) 20 yaşından itibaren cevabı ile doğru yanıt vermiştir. Yüzde 45,4 (n=227) kişi ise KKMM'yi ayda bir yapılmalı diyerek doğru yanıtlamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların KKMM'si Hakkındaki Bilgi Düzeyi

KKMM* bilme	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Evet	292	58,4
Hayır	208	41,6
Kimler KKMM* yapmalı		
Kırk yaştan itibaren	123	24,6
Yirmi yaştan itibaren	247	49,4
Ailesinde meme kanseri olanlar	23	4,6
Şikayeti olan kadınlar	96	19,2
Diğer	11	2,2
Ne sıklıkta KKMM* yapmalı		
Yılda bir	110	22,0
Altı ayda bir	107	21,4
Ayda bir	227	45,4
Haftada bir	36	7,2
Diğer	20	4,0
Toplam	500	100,0
KKMM* bilgi kaynağı		
Kitap-dergi	4	1,4
Televizyon-Radyo	67	23,0
Sağlık Personeli	155	53,0
Aile-akraba-yakın çevre	38	13,0
İnternet/sosyal medya	28	9,6
Toplam	292	100,0

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Tablo 9. Katılımcıların "Sizce Adet Gören Bir Kadın Hangi Dönemde KKMM* Yapmalıdır?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Adet gören bir kadın hangi dönemde KKMM* yapmalı	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Zaman fark etmez	244	48,8
Adet döneminden önce	44	8,8
Adet dönemi esnasında	45	9,0
Adet döneminden sonra/Her ayın belli bir günü	112	22,4
Şikayet olursa	53	10,6
Diğer	2	0,4

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kadınların %22,4'ü (n=112) bu soruyu adet döneminden sonra/her ayın belli bir günü olarak doğru yanıtlamışlardır (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların "Sizce Adet Görmeyen veya Gebe Bir Kadın Hangi Dönemde KKMM* Yapmalıdır?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

KKMM* için ideal gün	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
İki ayda bir	53	10,6
Ayda bir kez rastgele	54	10,8
Her ayın belli bir gününde	103	20,6
Zaman fark etmez	271	54,2
Diğer	19	3,8

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Adet görmeyen veya gebe bir kadın hangi dönemde KKMM yapmalı sorusuna her ayın belli bir gününde diyerek %20,6 (n=103) kişi doğru cevap vermiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Katılımcıların KKMM* konusundaki davranışları ve nedenleri

KKMM* yapma durumu	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Bir kez yaptım	31	10,6
Bazen yapıyorum	214	73,3
Her ay düzenli yapıyorum	47	16,1
Toplam	292	100,0
KKMM* yapmama nedenleri		
Kimse yapmam gerektiğini söylemedi	68	32,7
Şikâyetim olmadığı için gereksiz buluyorum	113	54,3
Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum	16	7,7
Gençlerin kanser olacağını düşünmediğim için yapmıyorum	6	2,9
Diğer	5	2,4
Toplam	208	100,0

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Katılımcıların %10,6'sı (n=31) bir kez yaptım, %16,1'i (n=47) her ay düzenli KKMM yaptığı, %73,0'ı (n=214) bazen yapıyorum ifadesi etmiştir. KKMM yapmama nedeni olarak %54,3'ü (n=113) şikayeti olmadığı için gereksiz bulduğunu, %32,7'si (n=68) kimse yapması gerektiğini söylemediğini, %7,7'si (n=16) ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulduğunu, %2,9'u (n=6) gençlerin kanser olacağını düşünmediği için yapmadığını belirtmiştir (Tablo 11).

Katılımcılara meme kanserinin belirtileri ve bulguları hakkında dokuz soru yöneltilmiştir. Kadınların %62'si (n=310) memede elen gelen kitle ya da şişlik, %38'i (n=194) meme başından gelen kanlı akıntının, %34'ü (n=170) meme başının içe çekilmesi, %32,8'i (n=164) renk değişikliğini, %28,2'si (n=141) meme derisindeki portakal kabuğu görüntüsünü, %51,2'si (n=256) koltuk altında şişlik, %28'i (n=140) memede oluşan yarayı, %37,8'i (n=189) memede ağrı olmasını meme kanseri belirtisi olabileceğini belirtmişlerdir. Kadınlarda bir memenin diğer memeden büyük olmasının, meme kanseri belirtisi olmayacağını 155 (%31) katılımcı ifade etmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları Hakkındaki Bilgi Durumu

Memede ele gelen kitle ya da şişlik	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Doğru	310	62,0
Yanlış	18	3,6
Bilmiyorum	172	34,4
Meme başından gelen kanlı akıntı		
Doğru	194	38,8
Yanlış	21	4,2
Bilmiyorum	285	57,0
Meme başının içe çekilmesi		
Doğru	170	34,0
Yanlış	28	5,6
Bilmiyorum	302	60,4
Memede meydana gelen renk değişikliği		
Doğru	164	32,8
Yanlış	18	3,6
Bilmiyorum	318	63,6
Meme derisinde portakal kabuğu görüntüsünün olması		
Doğru	141	28,2
Yanlış	20	4,0
Bilmiyorum	339	67,8
Koltuk altında şişlik		
Doğru	256	51,2
Hayır	27	5,4
Bilmiyorum	217	43,4
Memede oluşan yara		
Doğru	140	28,0
Yanlış	56	11,2
Bilmiyorum	304	60,8
Memede ağrı olması		
Doğru	189	37,8
Yanlış	48	9,6
Bilmiyorum	263	52,6
Bir memenin diğer memeden büyük olması		
Doğru	63	12,6
Yanlış	155	31,0
Bilmiyorum	282	56,4
Toplam	500	100,0

Katılımcıların %36,4'ü (n=182) klinik meme muayenesi yaptırmış, %63,6'sı (n=318) KMM yaptırmamış. KMM yaptıran kadınların %61,5'i (n=112) genel cerrahi uzmanına, %21,4'ü (n=39) kadın doğum uzmanına, %16,0'ı (n=29) aile hekimine, %1,1'i (n=2) diğer sağlık personeline (ebe, hemşire) yaptırmıştır. KMM yaptıranların %55,2'si "sizin meme ile ilgili şikâyetiniz olduğu için doktora gittiniz", %29,7'si (n=54) "şikâyetiniz olmasa da muayene olmak istediniz" ve %18,1'i (n=33) "doktor düzenli olarak muayene olmanızı söyledi" ifadesini işaretlemiş. En sık KMM yaptırmama nedeni %36,79 (n=117) ile katılımcıların meme muayenesinin gerekli olduğunu düşünmemeleriydi. En az ise utandıkları için yaptırmamışlardı (%4,09, n=13). Katılımcıların %68'i (n=340) yılda bir defa yaptırılmalı diyerek KMM yaptırma sıklığına doğru cevap vermiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Klinik Meme Muayenesi Bilgi ve Tutumları

Klinik meme muayenesi yapıldı mı?	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Evet	182	36,4
Hayır	318	63,6
Toplam	500	100,0
Klinik meme muayenenizi kim yaptı		
Genel Cerrahi Uzmanı	112	61,5
Aile Hekimi	29	16,0
Kadın Doğum Uzmanı	39	21,4
Diğer	2	1,1
Klinik meme muayenesi yapılma nedeni		
Sizin meme ile ilgili şikâyetiniz olduğu için doktora gittiniz	95	55,2
Şikâyetiniz olmasa da muayene olmak istediniz	54	29,7
Doktor düzenli olarak muayene olmanızı söyledi	33	18,1
Diğer		
Toplam	182	100,0
Klinik meme muayenesi yaptırmama nedeni		
Meme muayenesi yaptırmam gerekmediğinden	52	16,4
Gerekli olduğunu düşünmedim	65	20,5
Hekim önermediği için	32	10,0
İhmal ettiğim için, zaman ayıramadım	53	16,7
Utandığım için	13	4,0
Kendi kendime meme muayenesinde herhangi bir anormallik saptamadığım için	19	6,0
Diğer	84	26,0
Toplam	318	100,0
Ne sıklıkla klinik meme muayenesi yapılmalı		
Yaptırmaya gerek yok	5	1,0
Ayda bir kez yapılmalı	66	13,2
Yılda 1 defa yaptırmak yeterli	340	68,0
Şikâyetim olduğu zaman yaptırılmalı	79	15,8
Diğer	10	2,0
Toplam	500	100,0

Katılımcıların %77,8'i (n=389) hiç mamografi çektirmemiş iken, %22,8'si (n=111) daha önce en az bir kez mamografi çektirmiş. En yakın yıl olarak ilçemize gelen gezici mamografi aracı nedeniyle %65'i (n=72) 2019 yılında mamografi çektirmiş. Kadınların %50,8'inin (n=254) 40 yaşından sonra iki yılda bir mamografi çektirmeli diyerek bu konuda doğru bilgiye sahip oldukları, %49,2'sinin (n=246) mamografi çektirme yaşını ve sıklığını doğru bilmedikleri tespit edildi (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların Mamografi Çektirme Bilgi ve Tutumları

Mamografi çektirme	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Evet	111	22,8
Hayır	389	77,8
Ne sıklıkla ve kaç yaşından sonra		
30 yaşından sonra 2 yılda 1	202	40,4
40 yaşından sonra 2 yılda 1	254	50,8
50 yaşından sonra 2 yılda 1	31	6,2
Diğer	13	2,6
Toplam	500	100,0

Katılımcılara KKMM'de kitle fark ettiğinizde ilk kime başvurursunuz denildiğinde %43,4'ü (n=217) aile hekimime, %38,6'sı (n=193) genel cerrahi uzmanına, %12,0'ı (n=60) kadın doğum uzmanına,%3,2'si (n=16) arkadaşlarıma ya da aileme, %2,8'i (n=14) geçmesini beklerim demiştir (Tablo15).

Tablo 15. Katılımcıların KKMM* Sonucu Kitle Fark Ettiğinde Davranışları

Kendi kendinize meme muayenesinde kitle fark ettiğinizde ilk kime başvurursunuz	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Aile Hekimime başvururum	217	43,4
Genel Cerrahi Uzmanına başvururum	193	38,6
Geçmesini beklerim	14	2,8
Arkadaşlarıma ya da aileme danışırım	16	3,2
Kadın Doğum Uzmanına başvururum	60	12,0
Diğer		

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre düzenli KKMM yapma durumlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Yaş arttıkça düzenli KKMM yapma oranı artmaktadır. Yaş grubu ile düzenli KKMM yapma oranı arasındaki ilişki istatiksel

olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029). KKMM yapma oranıyla eğitim durumu (p=0,438), medeni durum (p=0,367), ekonomik durum (p=0,593) ve meslek (p=0, 257) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Düzenli KKMM* Yapma Durumları

	Düzenli KKMM* yapma durumu(n=47)		
Yaş grupları	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**p** değeri**
40 yaş altı	16 (34,0)	230 (50,8)	
40 yaş ve üstü	31 (66,0)	223 (49,2)	**0,029**
Medeni durum			
Evli	43 (91,5)	379 (83,7)	
Bekar	4 (8,5)	74 (16,3)	0,367
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	3 (6,4)	35 (7,7)	
Okuryazar	1 (2,1)	13 (2,9)	
İlkokul	30 (63,8)	243 (53,6)	
Ortaokul	2 (4,3)	68 (15,0)	0,438
Lise	5 (10,6)	37 (8,2)	
Üniversite	6 (12,8)	57 (12,6)	
Ekonomik durumu			
İyi değil	3 (6,4)	44 (9,7)	
Orta	29 (61,7)	290 (64,0)	0,593
İyi	15 (31,9)	119 (26,3)	
Meslek durumu			
Ev hanımı	41 (87,2)	417 (92,0)	0,257
Diğer	6 (12,8)	36 (8,0)	
Toplam	47 (100,0)	453 (100,0)	

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

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların, olmayanlara göre daha yüksek oranda düzenli olarak KKMM yaptıkları görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,020) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Ailede Meme Kanseri Varlığına Göre Düzenli KKMM* Yapma Durumları

	Düzenli KKMM* yapma durumu(n=47)		
Ailede meme kanseri varlığı	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**p** değeri**
Evet	9 (19,1)	39 (8,6)	
Hayır	38 (80,9)	414 (91,4)	**0,020**
Toplam	47 (100,0)	453 (100,0)	

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

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre KMM yaptırma durumlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Kırk yaşın üstündeki kadınların KMM yaptırma oranı, kırk yaşından genç olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001). KMM yaptırma oranının eğitim düzeyi arttıkça azaldığı görülmektedir. Bu fark istatistiksel anlamlı idi (p<0,001). Ev hanımlarının (p=0,015), evli olanların (p<0,001) ve orta düzey gelire sahip olanların (p=0,027) daha yüksek oranlarda KMM yaptırdıkları görülmüştür (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KMM* Yaptırma Durumları

	KMM* yaptırma durumu(n=182)		
Yaş grupları	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**p** değeri**
40 yaş altı	47 (25,8)	199 (62,6)	
40 yaş ve üstü	135 (74,2)	119 (37,4)	**<0,001**
Medeni durum			
Evli	167 (91,8)	255 (80,2)	**<0,001**
Bekar	15 (8,2)	63 (19,8)	
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	20 (11,0)	18 (5,7)	
Okuryazar	6 (3,3)	8 (2,5)	
İlkokul	129 (70,9)	144 (45,3)	
Ortaokul	12 (6,6)	58 (18,2)	**<0,001**
Lise	8 (4,4)	34 (10,7)	
Üniversite	7 (3,8)	56 (17,6)	
Ekonomik durumu			
İyi değil	12 (6,5)	35 (11,0)	
Orta	130 (71,5)	189 (59,4)	**0,027**
İyi	40 (22,0)	94 (29,6)	
Meslek durumu			
Ev hanımı	174 (95,6)	284 (89,3)	
Diğer	8 (4,4)	34 (10,7)	**0,015**
Toplam	182 (100,0)	318 (100,0)	

*KMM: Klinik Meme Muayenesi**Ki-kare testi

Katılımcıların ailesinde meme kanseri öyküsü ile KMM yaptırma durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,266) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Ailede Meme Kanseri Varlığına Göre KMM* Yaptırma Durumları

	KMM* yaptırma durumu(n=182)		
Ailede meme kanseri varlığı	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**p** değeri**
Evet	21 (11,5)	27 (8,5)	
Hayır	161 (88,5)	291 (91,5)	0,266
Toplam	182 (100,0)	318 (100,0)	

*KMM: Klinik Meme Muayenesi**Ki-kare testi

Tablo 20. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre MG* Çektirme Durumları

	MG* çektirme durumu(n=111)		
Yaş grupları	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**p** değeri**
40 yaş altı	4 (3,6)	242 (62,2)	
40 yaş ve üstü	107 (96,4)	147 (37,8)	**<0,001**
Medeni durum			
Evli	105 (94,6)	317 (81,5)	
Bekar	6 (5,4)	72 (18,5)	**0,001**
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	13 (11,7)	25 (6,4)	
Okuryazar	7 (6,3)	7 (1,8)	
İlkokul	82 (73,9)	191 (49,1)	
Ortaokul	5 (4,5)	65 (16,7)	**<0,001**
Lise	3 (2,7)	39 (10,1)	
Üniversite	1 (0,9)	62 (15,9)	
Ekonomik durumu			
İyi değil	7 (6,3)	40 (10,2)	
Orta	78 (70,3)	241 (62,0)	0,224
İyi	26 (23,4)	108 (27,8)	
Meslek durumu			
Ev hanımı	105 (94,6)	353 (90,7)	
Diğer	6 (5,4)	36 (9,3)	0,197
Toplam	111 (100,0)	389 (100,0)	

*MG: Mamografi**Ki-kare testi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre düzenli mamografi çektirme durumlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Mamografi çektirme oranı 40 yaş altında %3,6 (n=4) iken 40 yaş üstündeki kadınlarda %96,4 (n=107) idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0,001). Yine eğitim durumu ile mamografi

çektirme arasındaki anlamlı bir fark vardı (p<0,001). Eğitim düzeyi arttıkça MG çektirme durumunun azaldığı görülmüştür. Medeni durum ile mamografi çektirme durumu arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001). Ekonomik durum (p=0,224) ve meslek durumuyla (p=0,197) mamografi çektirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı (Tablo 20).

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların, olmayanlara göre MG çektirme oranı daha yüksek olduğu görülürken istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların Ailede Meme Kanseri Varlığına Göre MG* Çektirme Durumları

	MG çektirme(n=111)		
Ailede meme kanseri varlığı	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**p** değeri**
Evet	12 (10,8)	36 (9,2)	
Hayır	99 (89,2)	353 (90,8)	0,624
Toplam	111 (100,0)	389 (100,0)	

*MG: Mamografi**Ki-kare testi

MG çektirenlerin %40,4'ü (n=19) düzenli olarak KKMM yaparken, MG çektirmeyen kadınların %59,6'sı (n=28) düzenli olarak KKMM yapmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002). Benzer şekilde KMM yaptıran kadınlar yaptırmayan kadınlara göre daha yüksek oranda düzenli olarak KKMM yapmaktadır, fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Düzenli KKMM* Yapma Durumlarıyla Diğer Tarama Davranışlarını Yapma Durumları

	Düzenli KKMM* yapma(n=47)		
MG Çektirme**	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**p*** değeri**
Evet	19 (40,4)	92 (20,3)	
Hayır	28 (59,6)	361 (79,7)	**0,002**
KMM**Yaptırma**			
Evet	27 (57,5)	155 (34,2)	
Hayır	20 (42,5)	298 (65,8)	**0,002**
Toplam	47 (100,0)	453 (100,0)	

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi**MG: Mamografi ***Ki-kare testi***KMM: Klinik Meme Muayenesi

MG çektiren kadınların %51,7'sinin (n=94) KMM yaptırdığı görülmüştür, fark istatistiksel olarak anlamıdır (p<0,001) (Tablo 23).

Tablo 23. MG Çektiren Katılımcıların KMM Yaptırma Durumları

	KMM yaptırma durumu(n=182)**		
MG* çektirme	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**p*** değeri**
Evet	94 (51,7)	17 (5,3)	
Hayır	88 (48,3)	301 (94,7)	**<0,001**
Toplam	182 (100,0)	318 (63,6)	

*MG: Mamografi**KMM: Klinik Meme Muayenesi***Ki-kare testi

5. TARTIŞMA

Meme kanseri dünyada ve Türkiye'de kadınları etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. Meme kanseri erken tanı ile iyi bir prognoza sahiptir. Erken tanı amacıyla KKMM, KMM ve mamografi yapılması önerilmektedir. Bu çalışmada Karapınar 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde oturan kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi tutum ve davranışları incelenmiştir.

Meme kanseri risk faktörlerine baktığımızda en önemli faktörün ileri yaş olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki meme kanseri teşhisi konulan kadınların %44,5'i 50-69 yaş arasındayken %40,7'si 25-49 yaş aralığındadır ve ortanca teşhis konma yaşının 53 olduğu belirtilmiştir (8). Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 41,03 ± 13,57 (min-mak:20-69) idi. Kadınların %84,4'ü evli, %91,6'sı ev hanımıydı. Çalışmaya katılan kadınların%71,6'sı 20-49 yaş aralığında, %28,4'ü 50-69 yaş aralığındaydı. Sohbet ve Karasu'nun yapmış olduğu kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarını inceledikleri çalışmaya katılanların yaş ortalaması 43,00±7,37, evlilik oranı %88,4, gelir durumu %56,7'sinin orta düzeyde, %39,5'i ilkokul mezunu olduğunu belirtmişler (21). Karahan 19-69 yaş aralığındaki kadınlar ile yaptığı çalışmada, 483 kadının yaş ortalaması 38,1±11,5, kadınların %75,6'sının evli, %45,5'ü ilkokul mezunu, %80,5'inin ev hanımı ve %64,8'nin gelir durumunun orta düzeyde olduğunu belirtmiştir (22).

Yapılan çalışmalarda vücut ağırlığı arttıkça özellikle postmenopozal dönemde meme kanseri riskinde artış olduğu belirtilmektedir. Obezite, meme kanseri için orta/düşük risk faktörü olarak kabul edilmektedir (17, 23). Çalışmamıza katılan kadınların %29,2'si normal kilolu veya zayıf iken büyük oranda fazla kilolu (%33) veya obez (%37,8) idi.

Kadınlarda menarş yaşının erken olması ve menopozun gecikmesi kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır (10). Çalışmamıza katılan kadınların %75,6'sının menarş yaşı 12-14 yaş arasındayken, %6,2'sinin 11 yaş ve

altındaydı. Kadınların menopoz yaş ortalaması 47,73±4,75 olarak tespit edilmiştir. Menopoza 55 yaşından sonra girmenin meme kanseri riskinde artışa neden olduğu bilinmekte olup, bu durumda hasta popülasyonumuzun daha az riskli grupta olduğu düşünülebilir (17). Özaydın ve ark.nın çalışmasında menarş yaşı 12 yaş ve üstü %92,2, menopoz yaş ortalaması 46,9±4,6 olarak bildirilmiş (24). Moda'da 1271 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların %86,7'si 12 yaşından sonra ilk adetini gördüğünü belirtmişler. Çalışmaya katılanların menopoz yaşı ise %57,2'sinde 46-54 yaş arası olup değerler çalışmamızla uyumludur (25).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018'de Türkiye'deki kadınların toplam doğurganlık hızı (TDH) kadın başına 2,3 çocuktur (Kentsel alanlarda 2,2 çocuk, kırsal alanlarda 2,8 çocuk). Yaşa özel doğurganlık hızı en yüksek hem kentsel hem de kırsalda 25-29 yaş grubundadır (26). Hiç doğum yapmamak veya 35 yaşından sonra ilk doğumunu yapmak meme kanseri riskinde artışa neden olmaktadır (17). Çalışmamızda TNSA 2018 verilerine benzer şekilde katılan kadınların ilk doğum yaşının %97'sinin 30 yaşın altında olduğu, ortalama çocuk sayısının 2,83±1,24 olduğu, kadınların %12,3'ünün ise hiç çocuğa sahip olmadığı görülmektedir. Buna göre çalışma grubumuzun çoğunluğu düşük risk grubunda yer almaktadır.

Yapılan birçok çalışmada emzirmenin meme kanseri riskin azalttığı belirtilmektedir. Birden fazla çocuk emzirmek, 6 aydan daha uzun süreli emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı belirtilmiştir. 2002 yılında yapılan bir çalışmada birbirinden bağımsız olarak her bir yıl emzirmenin kanser riskini %4,3 her doğumun ise %7 oranında azalttığı bildirilmiştir (13, 27-29). Çalışmaya katılan kadınların emzirme süreleri incelendiğinde %34,2'sinin 12-18 ay, %28,4'ünün 18 aydan fazla süre emzirdiği görülmektedir. Meme kanseri açısından koruyucu olarak kabul edilen emzirme oranları diğer çalışmalarla uyumludur.

Meme kanseri ile özellikle östrojen içeren OKS kullanımı ve menopoz sonrasında kullanılan HRT arasında ilişki olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.

Özmen, meme kanseri tanısı alanların %11'inin oral kontraseptif ve %9,3'ünün hormon replasman tedavisi aldığını rapor etmiştir (20). Yine çeşitli çalışmalarda oral kontraseptif kullanım oranı %27,9 / 28,3, HRT alanların oranı ise %7,6 / 17,9 olduğu bildirilmiştir (30, 31). Çalışmamızda katılan kadınların %21,6'sı oral kontraseptif kullanmakta, %11,9'u menopozda HRT uygulamaktadır.

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verileri incelendiğinde; Türkiye'de 15 yaş üstü kadınlarda Vücut Kitle İndeksi'ne (VKİ) göre dağılımlarına bakıldığında %40,4'ü normal, %5,6 zayıf, %30,1'i aşırı kilolu, %23,9'u obezdir (32). Çalışma grubumuzun %1,2'si zayıf, %28'i normal kiloda, %33'ü fazla kilolu ve %37,38'inin obez olduğu görülmektedir. Türkiye verileriyle karşılaştırınca obezite oranı grubumuzda daha yüksekti. Bunun nedeni Türkiye'deki verilerin 15 yaş üstü hesaplanması, çalışmamızdaki kadınların 20-70 yaş arası olması ve Konya ili Karapınar ilçesindeki küçük bir grubun alınmasından kaynaklanabilir. Yine çalışma grubumuzda fiziksel aktivitenin az olması (çalışma grubunun sadece %14'ü düzenli spor yapıyor) etken olabilir. Postmenopozal dönemde oluşan obezitenin meme kanseri gelişmesine neden olabileceği ileri sürülmektedir. Moritimo ve ark.nın çalışmasında özellikle genç postmenopozal dönemdeki HRT almayan kadınlarda obezitenin meme kanseri riskinde artışa yol açtığı bildirmişler (33). Bazı çalışmalarda kırmızı et tüketiminden kaynaklı meme kanseri görülme sıklığında bir yükselme olduğunu belirtilirken (34), diğer bazı araştırmalarda meme kanseri ve kırmızı et tüketimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (35). Alpteker ve ark.nın yaptığı çalışmada kadınların %46,1'inin beslenme tercihi beyaz et, sebze ve meyve ağırlıklı, %3'ünün çoğunlukla kırmızı et tercih ettiği ve sadece %1,2'sinin yağlı yiyecekleri tükettiği saptanmıştır (36). Bizim çalışmamızda beslenme şekli sorulduğunda %72'sinin sebze ve meyve ağırlıklı, %18,8'nin yağlı, karbonhidratlı beslendikleri ve %7,2'sinin kırmızı et tükettikleri tespit edilmiştir. Çalışmamızda beslenme şekli olarak sebze ve meyve ağırlıklı olmasına rağmen obez oranımız yüksekti. Yapılan bazı çalışmalarda düzenli fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini %14 oranında azalttığı belirtilmiş (23, 37). Çalışmamıza katılan kadınların

%85,4'ünün günlük işleri dışında spor yapmadığı görülmüştür. Kapıcıbaşı'nın çalışmasında %71,48 oranında, Sağdıç'ın çalışmasında ise %76,9 oranında kadınların spor yapmadıkları (38, 39). Çalışmamızda kadınların %95,8'i sigara içmediğini belirmiştir. Açıkgöz ve ark.nın yaptığı çalışmada %78,3'ü, Sohbet ve Karasu'nun çalışmasında %72,5'sinin sigara içmediği ya da bıraktığı bildirilmiştir (21, 40). Çalışmamızda sigara içmeme oranının yüksek olması sevindirici olup, bunun nedeninin kadınların eğitim düzeyi, sosyoekonomik ve sosyokültürel sebeplerden kaynaklandığı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %27,6'sı hipertansiyon, astım, diyabet başta olmak üzere en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Açıkgöz ve ark.nın çalışmasındaki katılımcıların %46,1'inde en az bir tane kronik hastalık (hipertansiyon, kanser, diyabet) olduğunu rapor etmişler (40).

Yakın akrabada meme kanseri öyküsü bulunması meme kanseri için yüksek risk kabul edilmektedir. Birinci derece akrabada meme kanseri varsa riski 2-3 kat artarken, iki veya daha fazla kişide kanser öyküsü olması riski daha da artırmaktadır (41). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ailesinde kanser öyküsü %4,7-26,1 oranında görülürken, kişilerin kendisinde kanser bulunma oranı ise %0,7-9 arasında görüldüğü belirtilmiştir (16, 21, 25, 30, 36, 42). Çalışmamızda ailede meme kanseri varlığı değerlendirildiğinde %2,8'nin I. derece (anne, kız kardeş ve çocuklar), %6,8'nin II. derece akrabasında (hala, teyze ya da büyükanne) meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Kendisinde daha önceden meme kanseri tanısı alan %1,2 olarak belirlenmiştir.

Yapılan birçok çalışmada kadınların meme kanseri taramaları açısından bilinç düzeylerini anlamak için meme kanserinde erken teşhis ve tedavinin mümkün olup olmadığı sorusu yöneltilmiştir. Yıldırım ve ark.nın İstanbul Moda'da yaptıkları araştırmada, %99,4'ü meme kanserinin erken teşhisle saptanabileceğini, kadınların büyük çoğunluğunun %98,5'nin meme kanserinin tedavisi olan hastalıklardan biri olduğunu ve erken tanıyıda %88,8'i mamografi ile konulabileceğini ifade etmişlerdir (25). Özen ve ark.nın 2013 yılında yayınlanan

araştırmalarında; %94'ü meme kanseri teşhisinde erken tespitin önemli olduğu, erken tanında %64,4'ü KKMM ile olabileceğini ifade etmişler (43). Özaydın ve ark.nın 2008 yılında yaptığı araştırmalarında; kadınların %98,4'ü meme kanserine erken teşhis koyulabileceğini, %63,7'si erken tanının KKMM ile gerçekleşebileceğini, %97,9'da meme kanserinin tedavi edilebilir olduğunu söylemiştir (24). Biçen ve Aksüyek'in meme kanserinin erken tanısında farkındalığın önemine yönelik yaptıkları çalışmada katılımcıların %81,5'i erken teşhisin hayat kurtardığını ifade etmişlerdir (44). Çalışmadaki kadınların %68,6'sı meme kanserine erken dönemde tanı koyulabileceğini, %97,4'üde erken teşhis sayesinde tedavi edilebilir olacağını düşünmekteydi. Kadınların %29,4'ü mamografi ile erken tanı koyulabileceğini belirtmiştir. Bu konudaki araştırmaların sonuçlarıyla bizim elde ettiğimiz sonuçlar benzerdir. Kadınların büyük çoğunluğu meme kanserinde erken teşhis ve tedavinin mümkün olduğunu düşünmektedir. Bununla birlikte kadınların erken teşhis hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları görülmektedir.

Araştırmamızdaki kadınların KKMM'si bilme durumu sorulmuş, %58,4'ü KKMM yapmasını bildiğini ve %41,6'sı ise bilmediğini ifade etmiştir. KKMM yapmasını bilen kadınların %16,1'i her ay düzenli olarak yaptığını belirtmiştir. 2018 sağlık istatistikleri yıllığı raporunda, 15 yaş üzerindeki kadınların sadece % 19'unun rutin olarak KKMM'sini her ay uyguladığı belirtilmiştir (32). Ülkemizde kadınların KKMM yapma oranlarını bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda KKMM'sini bilme %46,2-86,4 arasında, düzenli KKMM yapma oranları %12,6-32,1 arasında değişmektedir (1, 21, 25, 43, 44).

Araştırmamızda KKMM yapmayan kadınların, %54,3'ünün şikayeti olmadığı için, %32,7'si kimse yapmam gerektiğini söylemediği için, %7,7'sininde ailesinde meme kanseri bulunmadığı için uygulamadığı görülmüştür. Özen ve ark.nın araştırmasında kadınların %53,5'i muayeneyi bilmedikleri için, %51,7'si ihtiyaç duymadığı ve bir problemi bulunmadığı için, Gür ve ark.nın yaptığı araştırmadaki kadınların %44'ü korktuğu, %40,7'si ise bilgisi olmadığı için düzenli KKMM yapmadıkları belirtilmektedir (43, 45). Özer ve arkadaşlarının

çalışmasında KKMM yapmama nedenleri sorulduğunda %36,0'ı önemsemediğini, %53,0'ı hiçbir bilgisinin olmadığını ifade etmiştir (46). Hajian ve ark.nın çalışmasında kadınların %61'i düzenli KKMM yapmadığını ve %48'i KKMM hakkında daha önce bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (47). Yoo ve ark.nın çalışmasında %88'i KKMM'yi duyduğunu belirtmekte ancak yalnızca %13,2'si düzenli KKMM yaptığını yazmıştır. Kadınların %31,7'si nasıl yapacağını bilmediğini bildirmiştir (48). Hem bizim çalışmamızda hem de diğer yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında bilgi eksiklikleri olduğu görülmekte, bu eksiklikleri gidermenin yolunun halk eğitimlerine önem vermekte olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda KKMM'sini uygulayan kadınların %53,0'ı sağlık personelinden, %23,0'ı ise televizyon/radyodan, %13'ünün aile-akraba-yakın çevreden uygulamayı öğrendikleri tespit edilmiştir. Aker ve ark.nın çalışmasında KKMM bildiğini ifade eden kadınların %63,5'i sağlık personelinden, %48,1'i televizyon/radyodan, %10,8'i arkadaş/yakın çevreden öğrendiğini ifade etmiştir (49). Avcı ve ark.nın yaptığı çalışmada ise kadınların %46,2'si, KKMM yapmasını sağlık personelinden öğrendikleri bildirilmiş olup, çalışmamızın sonuçları ile uyumludur (36).

Rutin olarak ve doğru yapılan KKMM meme kanserinin erken evrede belirlenmesi için ekonomik, kolay, girişimsel olmayan, güvenli ve etkin bir uygulamadır. Çalışmamıza katılan kadınların KKMM uygulamasının 20 yaşından itibaren yapılması gerektiğini %49,4'ü bilmektedir. Kadınların %45,4'ü KKMM uygulamasının düzenli olarak ayda bir yapılmasını gerektiğini bildiğini belirtmiştir. Kadınların %48,8'i KKMM için ideal bir zaman olduğu hakkında hiçbir bilgisi olmadığını, %22,4'ü ise KKMM uygulaması için ideal günün adet bittikten sonra olduğunu ifade etmiştir. Adet görmeyen ve gebe kadınlar için %54,2'si KKMM için ideal bir zaman olduğu hakkında hiçbir bilgisi yokken, %20,6'sı her ayın belli gününde olduğunu ifade etmiştir. Pamukkale'de 2014 yılında yapılan bir çalışmada kadınların KKMM ile ilgili bilgi düzeyleri sorgulandığında %59,1'i kimlerin uygulaması gerektiğini, %33,1'i KKMM

sıklığını, %23,7'si ise KKMM'nin hangi dönemde yapılacağı konusu hakkında doğru bilgiye sahip olduğu görülmüştür (50). Diyarbakır'da 2018'de yapılan çalışmada KKMM'nin 20 yaşından itibaren yapılması gerektiğini bilen %34,9, düzenli olarak ayda bir kez yapılması gerektiğinin bilen %35,4, ideal günün adet bitiminden sonra olduğunu bilen %26,9 olduğu ifade edilmiştir (51). Birbirine yakın çalışmalardaki bu oranların düşüklüğü, meme kanseri taramalarının yeterince bilinmediği ve uygulanmadığı şeklinde yorumlanabilir. Bu nedenle eğitimlerin sahada artırılması gerekmektedir.

Meme kanserinin en sık görülen belirtisi ele gelen kitledir (13). Sönmez ve ark.nın çalışmasında %89,5'i, Biçen ve Aksüyek'in Bursa'daki çalışmasında katılımcıların %80,1'i, Özen ve ark.nın çalışmasında %83,4'ü, Açıkgöz ve arkadaşlarının Balçova'daki çalışmalarında %72,4'ü meme kanserinin en sık görülen belirtisi olan ele gelen şişlik ya da kitlenin meme kanseri belirtisi olabileceğini bilmekteydi (40, 43, 44, 52). Çalışmamıza katılan kadınların %62'side bu belirtiyi bilmekteydi.

Katılımcıların %38,8'i tarafından, meme başından gelen kanlı akıntının bir kanser belirtisi olabileceği ifade edildi. Açıkgöz ve arkadaşlarının çalışmasında %61,8'i, Biçen ve Aksüyek'in çalışmalarında %36,1'i, Sönmez ve ark.nın çalışmasında %55,5'i, Özen ve ark.nın çalışmasında %46,2'si, Diyarbakır'da bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada kadınların %49,7'si meme başı akıntısının kanser belirtisi olabileceğini ifade etmişlerdir (40-43, 52, 53).

Yapılan bazı çalışma sonuçlarına göre meme başının içe çekilmesinin kanser belirtisi olduğunu bilme oranı %32,5-57,2 arasında değişim göstermekte olup, bizim çalışmamızda bu oran %34 idi (40, 43, 50, 53).

Katılımcıların %38'i tarafından, memede gelişen renk değişiminin kanseri belirtisi olabileceği belirtildi. Sönmez ve ark.nın çalışmasında %27,5'i, Biçen ve Aksüyek'in çalışmasında %29,1'i, Radi'nin Suudi kadınlarla yaptığı çalışmada %16'sı meme derisindeki renk değişiminin meme kanseri belirtisi olabileceğini bildiklerini ifade etmişler (44, 52, 53).

Meme cildinde portakal kabuğu manzarasının görülmesi, katılımcıların %28,2'si tarafından bir kanser belirtisi olarak belirtilmiştir. Özen ve ark.nın çalışmasında %41,1, Açıkgöz ve ark.nın çalışmasında %38,8 ve Radi'nin yaptığı çalışmada ise kadınların %60,3'ü portakal kabuğu görüntüsünün meme kanseri bulgusu olabileceğini belirtmişlerdir (40, 43, 53).

Katılımcıların meme kanseri belirtisi olarak 2. sırada en çok verdikleri cevap (%51,2 oranında), koltuk altında ele gelen şişlik olmuştur. Açıkgöz ve ark.nın çalışmasında %71,1, Özen ve ark.nın çalışmasında %60,7'si, Abdul Hadi ve ark.nın Penang'daki araştırmalarında ise katılımcıların %73,5'i, Diyarbakır'da yapılan çalışmada ise katılımcıların %64,9'u bizim çalışmamızdaki gibi aynı cevabı vermişlerdir (40, 43, 51, 54).

Çalışmamızdaki kadınların %37,8'i memede ağrı olmasının, %28'i ise memede oluşan yaranın meme kanseri belirtisi olabileceğini ifade etmişlerdir. Açıkgöz ve ark. %40,1 oranında memede yara olmasının kanser belirtisi olacağını bildirirken, Edirne ve ark. %29,9 oranında olduğunu bildirmiştir. Memede ağrı olmasının; Açıkgöz ve ark.nın çalışmasında %32,9, Edirne ve ark.nın çalışmasında %40,9 ve Biçen ve Aksüyek'in çalışmasında da %40,9 oranında meme kanseri belirtisi olabileceği belirtilmiştir (40, 44, 50).

Araştırmamızdaki kadınların %31'i çocukluktan bu yana bir memenin diğer memeden büyük olmasının fizyolojik olduğunu meme kanseri belirtisi olmadığını ifade edildi. Kaya ve ark.nın çalışmasında kadınların %39,3'ünün, Bakir ve ark.nın araştırmasında katılımcıların % 44,9'u memeler arasındaki büyüklük farkının meme kanseri belirtisi olmadığını bildirmişlerdir (50, 55). Bu durumun çoğu kadın tarafından bilinmemesi gereksiz yere endişeye ve sağlık kurumlarına başvuruya sebep olmaktadır. Meme kanseri belirtilerinin düşük oranlarda bilinmesinin en büyük sebebi katılımcıların eğitim seviyesi düşüklüğü, kırsal kesimde yaşayan kısmın büyüklüğü olarak düşünüldü. Ayrıca kırsal kesimde mahremiyete çok daha fazla dikkat edildiğinden katılımcıların çoğu soruya bilerek bilmiyorum ifadesi kullanıldığı düşünüldü.

Katılımcılara "KKMM'de bir kitle fark ettiğinizde ilk kime başvurursunuz" sorusuna %43,4'ü aile hekimime, %38,6'sı genel cerrahi uzmanına başvururum diye soruyu cevaplamıştır. Kaya ve ark.nın çalışmasında katılımcıların %57,1'si ilk olarak genel cerrahi uzmanına, %31,5'i ise ilk olarak aile hekimine gideceklerini ifade etmişler (50). Çalışmamızda aile hekimlerine başvuru oranının yüksek olması, sistemin toplum tarafından kabullendiğini göstermektedir. Meme kanseri belirtilerinin tespitinde, riskli grupların bulunmasında, erken teşhis ve tarama yöntemlerinin önemi hakkında hastaların bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi konularında aile hekimlerinin vazgeçilmez bir rolü vardır. Kadınlar rutin olarak aile sağlığı merkezlerinde meme muayenesini yaptırmalı, karşılaştıkları herhangi bir değişiklikte ise ilk aile hekimlerine başvurmalıdırlar. Böylece olası bir meme kanseri erken dönemde yakalama fırsatı olacaktır. Geç kalınmış meme kanserinde tedavinin getireceği maddi manevi yükler önlenmiş olacaktır.

Çalışmamıza katılan kadınların %36,4'ü KMM yaptırmıştır. Kadınların %68'i yılda bir kere KMM yapılmasını gerektiğini bilmesine rağmen, %63,6'sı bir kere bile meme muayenesi olmamıştır. Nazlıoğlu'nun bir semt polikliniğinde yapılan çalışmasında kadınların %65,7'si ideal KMM sıklığının yılda bir kez olması gerektiğini bildiğini ifade etmişler. Kadınların %35,7'si KMM yaptırdığını ve bu kadınların %20,6'sı sadece 1 kez KMM yaptırdığını ifade etmiş (51). Koç ve ark.nın 2014 yılında yayınlanan çalışmalarında katılımcıların %25,8'i KKM yaptırdığını ve %48,8'inin yılda bir kez KMM yapılması gerektiğini bildiği belirlenmiştir (56). Üyetürk ve ark.nın 2013 yılındaki çalışmalarında kadınların %28,5'i son on iki ay içerisinde KMM yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (57). Elobaid ve ark.nın 2013 yılında Birleşik Arap Emirliğinde yaptığı araştırmada katılımcıların %49,4'ü KMM yaptırmış olduğunu belirtmişlerdir (58). Çalışmamızdaki KMM oranları diğer çalışmalara yakın olsa da düşüktür. Kadınların bilgi eksikliği, mahremiyet ile beraber farklı nedenlerle klinik muayeneden çekindikleri görülmektedir. Kanser tarama yöntemleri açısından eğitimlerin arttırılması gerektiği düşünülmektedir.

Katılımcıların KMM için %61,5'i genel cerrahi uzmanına, %21,4'ü kadın doğum uzmanına, %16,0'ı aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. Pamukkale'de 2014 yılında yapılan çalışmada kadınların %69,6'sı genel cerraha, %6,5 ise aile hekimine yaptırdıklarını belirtmişlerdir (50). Göksu ve ark.nın araştırmalarında KMM olanların %37,6'sı genel cerraha, %29,5'i kadın doğum uzmanına, %22,52'si dahiliye uzmanına, %1,22'si pratisyen hekimlere muayene olduklarını ifade etmişlerdir (59). Ülkemizde genel cerrahi uzmanlarına meme kanseri taraması, erken teşhis ve tedavi basamaklarında daha sık başvuru olmaktadır. Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma açısından aile hekimlerinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bunun sonucu olarak çalışmalarda görüldüğü gibi yıllar ilerledikçe aile hekimlerine başvuru oranı yükselmektedir.

Çalışmamız katılımcılarının KMM yaptırmama nedenini olarak en çok (%36,79) meme muayenesinin gerekli olduğunu düşünmediklerin ifade ederken, %4,09 oranında ise utandıklarını belirtmektedir. Katılımcıların %5,97'si ise KKMM'de herhangi bir anormallik saptamadıkları için KMM yaptırmadıklarını ifade etmiştir. Güçük ve ark.nın 2013 yayınlanan çalışmasında, kadınların %48,1'i gereksinim duymadığından, %27,9'u önemsemediğinden, %20,2'si hekim önermediğinden, %2,7'si kötü sonuçlardan korktuğu için KMM yaptırmadıkları belirlenmiştir (57). Koç ve ark.nın 2014 yılında yayınlanan çalışmalarında; hemşirelerin %74,2'sinin KMM yaptırmadığını, en çok verilen cevabın %90,2 oranında gerekli görmedikleri olduğunu rapor etmişlerdir. Yine %76,6 oranında memeyi ilgilendiren bir sıkıntının olmaması, %54,8 oranında önemsemediğinden ve %9,1 utandıkları için KMM yaptırmadığı belirtilmiştir (56). Elobaid ve ark.nın 2013 yılında 40 yaş üstündeki araştırmalarında Arap katılımcıların %46,9'unun muayene yaptırması gerektiğini bilmediğini, %36,7'sinin gerekli olmadığını düşündüğünü ve %13,6'sının muayeneyi bildiğini ancak korktuğunu ya da zamanı olmadığını ifade etmişler (58). Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarla bizim araştırmamızın verileri birbirini desteklemekte olup, KMM'nin önemi tam olarak

kavranılamadığı için bu konu hakkında kadınların daha çok bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Katılımcıların KMM gerekçesi olarak %55,2'sinin meme ile ilgili şikayeti olduğu için, %29,7'si şikayeti olmasa da muayene olmak istediğini ve %18,1'i doktor önerisi olarak ifade etmişlerdir. Güçük ve ark.nın çalışmasında %60,3'ü meme ile ilgili şikayeti olduğu için, %38,4'ü şikayeti olmasa da muayene olmak istediği, %1,4'ü doktor önerisi olduğu için KMM yaptırdığını ifade etmiştir (57). Aker ve ark.nın 2015 yılında yayınlanan çalışmasında KMM 'sinin %67,6'sı kontrol için, %22,7'si şikayeti nedeniyle KMM yaptırdığı rapor edilmiştir (49). Bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda herhangi bir şikayet görülmediği sürece kadınların KMM yaptırmak istemediklerini görüyoruz.

Katılımcıların mamografi çektirme oranı %22,8 olarak bulundu. Nacar ve ark.nın 2018 yılında ki çalışmalarında mamografi çektirme oranı %15,8 olarak belirtilmiş (60). Kırca ve ark.nın 2018 yılında ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda yaptığı çalışmada ise mamografi çektirme oranı %17 olarak belirlenmiştir (61). Açıkgöz ve ark.nın hastanede çalışan kadınlarla yaptıkları çalışmada mamografi çektirme oranı %22,3 olarak bulunmuş (40). Şen ve Başar'ın Kütahya'da yaptığı çalışmada mamografi çektirme oranı %16,6 olarak bulunmuş (62). Değerler çalışmamıza benzer ya da düşüktür. Bizim çalışmamızda ki oranın yüksek olmasının en önemli sebebi 2019 yılının ilk iki ayı mobil KETEM aracının ilçemizde olmasıdır. Böylece hastaları en önemli tarama yöntemine yönlendirmemiz kolay olmuştur. Ülkemizde toplum tabanlı mamografi çektirme hedefinin %70 olduğu düşünüldüğünde, bu oranlar hedefin oldukça altındadır.

Araştırmamızdaki kadınların mamografi çektirme bilgisi sorgulandığında, %50,8'i 40 yaşından sonra iki yılda bir diyerek doğru bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Koç ve Sağlam'ın 2006 yılında yaptığı çalışmada, kadınlar mamografinin %16'sı hangi yaşta ve %14'üde hangi sıklıkta çekileceğini bilmiştir (56). Özdemir ve ark.nın yaptığı çalışmada, eğitim hastanesindeki hemşirelerin

düzenli olarak hangi yaşta mamografinin yapılacağı sorusuna %67,8'i ve ne sıklıkla yapılmalı sorusuna %45,2'si doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir (63). Şen ve Başar'ın 2012 yılında yayınlayan çalışmalarında kadınların %49,1'i mamografinin ne zaman çekileceğini bilmişlerdir (62). Bakir ve ark.nın araştırmasında kadınlara tarama için önerilen mamografi çekilme yaş aralığı sorulmuş ve %22,9'u 40 yaş üstü, %41,6'sı 30-40 yaş aralığında olduğunu belirtmişlerdir (55).

Çalışmamızda katılımcılara ait eğitim, medeni, ekonomik ve meslek durum gibi sosyodemografik özelliklerin KKMM yapmayı etkilemediği saptanmıştır. Kırk yaş üstü kadınların daha yüksek oranda KKMM yaptırdıkları, yine ailesinde kanser öyküsü olanların olmayanlara göre daha yüksek oranda KKMM yaptıkları görülmüştür. Nahcivan ve ark.nın çalışmasında aile hikâyesi, eğitim durumu, ekonomik ve meslek durumu KKMM yapmayı değiştirmezken, 40 yaş altı ve evli olan kadınlarla KKMM yapma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş (64). Yapılan bir araştırmada eğitim düzeyi KKMM yapmayı etkilemezken, evli ve 35 yaşın üstündekilerin KKMM'sini daha çok uyguladıkları görülmüş (65). Diğer bir araştırmadaysa 40 yaş üstü, evlilerin, ailede meme kanseri öyküsü ve eğitim düzeyi yüksek olanlarla KKMM yapma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (66). Sönmez ve ark.nın çalışmasında ise yaş, öğrenim durumu ile KKMM arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olup, kadınların medeni ve meslek durumunun KKMM yapma davranışını etkilemediği belirtilmiştir (52). Yapılan başka bir çalışmada yaş arttıkça KKMM yapma oranının azaldığı, eğitim düzeyi yüksek olanların daha yüksek oranda KKMM yaptığı, ailede meme kanseri öyküsüyle KKMM yapma arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (21). Yapılan çalışmalarda yaş ve ailede meme kanseri öyküsüyle KKMM yapma davranışı anlamlı olup, bizim yaptığımız çalışmayla uyumludur.

Yaptığımız çalışmada, yaş değişkeninin KMM yaptırma durumuna etkisinin olduğu, özellikle 40 yaş ve üstünün daha fazla KMM yaptırdığı gözlenmiştir. Ayrıca ev hanımlarının, evli olanların, orta düzeyde gelire sahip

olanların daha yüksek oranda KMM yaptırdıkları görülmüştür. Eğitim seviyesi düştükçe KMM yaptırma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi düşük olanların yaş ortalamasının 50 yaşın üzerinde olması ve büyük oranda ev hanımı olmaları, sağlık kuruluşuna daha sık başvurmaları, üniversite mezunlarının ise yaş ortalamasının 26 olması, yine bu kadınların herhangi bir şikayetlerinin olmaması ya da KKMM'nin normal olması nedeniyle daha düşük oranda KMM yaptırdıkları görülmüştür. Ailede meme kanseri öyküsünün olması, KMM yaptırma durumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sönmezer ve ark.nın yaptığı çalışmada yaşa göre KMM yaptırma arasında anlamlı fark olduğu, 40 yaş altı kadınların %24,9'unun, 40 yaş üstü olan kadınların ise %67,7'sinin KMM yaptırdığı belirlenmiştir (67). Diğer bir çalışmada 40-59 yaş arasında bulunan kadınların KMM yaptırma oranı, 40 yaş altı ve 60 yaş üzeri kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (68). Benzer şekilde Donnelly ve ark.nın 2013 yılında yayınlanan çalışmalarında kadınların yaşı ile KMM yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve 40 yaş üstü grubunda bulunan kadınların daha fazla KMM yaptırdığı saptanmıştır (69). Gençtürk ile Açıkgöz ve ark. tarafından yapılan iki farklı çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olanların olmayanlara oranla daha az KMM yaptırdığı rapor edilmiştir (16,70). Güçük ve Üyetürk'ün çalışmalarında yaş, eğitim durumu ve evli olmanın KMM yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ancak ailede meme kanseri öyküsünün olmasının KMM yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (57).

Çalışmamızdaki kadınların 40 yaş üstünde olan, evli ve eğitim düzeyi düşük olanların daha yüksek oranda mamografi çektirdiği görülmüştür. Eğitim düzeyi ile mamografi çektirme oranı arasındaki ters ilişkinin çalışmamıza katılan üniversite mezunu kadınların yaşlarının 40 yaşın altında olması nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz. İlçemize 2019 yılının ilk iki ayında gelen mobil KETEM aracına hastalarımız randevu alarak yönlendirilmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan katılımcılarımızın sıra beklemektense, merkezdeki KETEM'lere ya da daha donanımlı hastahanelere başvurarak işlemlerini gerçekleştirmek istediklerini belirtmişlerdir. Ekonomik, meslek durumu ve ailede meme kanseri

öyküsüyle mamografi çektirme arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Sönmezer ve ark.nın araştırmasında yaş ile mamografi çektirme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (67). Aker ve ark.nın Samsun ilinde yaptıkları çalışmasında lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre mamografi çektirmede oranında, artan yaşın etkili bir değişken olduğu bildirilmiştir (49). Özaydın ve ark.nın çalışmalarında mamografi çektirme oranının 50-59 yaş grubunda ve eğitim seviyesi yüksek olanlarda daha fazla olduğu, ailesinde meme kanseri olmasını mamografi çektirme oranını etkilemediği saptanmıştır (24). Yapılan bir çalışmada 40 yaş üstünde olanların ve ailesinde meme kanseri öyküsü bulunanların daha yüksek oranda mamografi çektirdikleri görülmüştür (16). Aksoy ve ark.nın çalışmasında evli olanların mamografi çektirme durumu anlamlı olarak yüksektir (1). Çalışmadan farklı olarak Subramanian ve arkadaşlarının 2013 yılındaki çalışmalarında kadınların yaş, gelir ve eğitim durumu ile Norouznia'nın 2014 yılındaki çalışmasında bunlara ek medeni durumla mamografi çektirme davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (71,72).

Çalışmamızdaki kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini uygularken düzenli KKMM yapan kadınların %42,5'nin KMM yaptırmadığı, %59,6'sının ise mamografi çektirmediği tespit edilmiştir. Mamografi çektirenlerin ise %51,7'sinin KMM yaptırdığı görülmüştür. Özmen ve ark.nın toplum tabanlı araştırmalarında düzenli KKMM yapanların daha çok mamografi çektirdiği raporlanmıştır (73) . Diğer bir çalışmada kadınların düzenli KKMM yapma ile KMM yaptırma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (1). Kapıcıbaşı'nın çalışmasında 20-62 yaş aralığındaki KKMM yapan kadınların %23,2'si mamografi çektirirken %42,2'si KMM yaptırmıştır. 40 yaş üzerindeki kadınların ise %54,5'inin mamografi çektirdiği %53,8'inin KMM yaptırdığı görülmüştür. Yaş arttıkça mamografi ve KMM yaptırma oranının da artmakta olduğu belirtilmiştir. KMM yaptırma ve mamografi çektirme arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür (38).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanserinde erken teşhis konulabileceğini araştırmamızdaki kadınların %68,6'sı belirtmişti. Erken tanı konulursa, meme kanserinin tedavi edilebileceğini düşünenlerin oranı ise %97,4 idi. Buna rağmen mamografi, KMM ve KKMM oranlarımız düşüktü.

Çalışmamızdaki kadınların yarıdan fazlası KKMM'yi bildiğini ifade etti. Bu bilginin kaynağını %53,0'ı sağlık personeli olarak belirttiler. Bütün kadınların 20 yaşından başlayarak KKMM yapması gerektiğini, yaklaşık olarak katılımcıların yarısı ifade etti. KKMM yapmayan kadınların çoğunluğunun (%54,3) şikâyeti olmadığı için, ikinci sıklıkta kimse yapmam gerektiğini söylemedi diye yapmadıklarını belirtti. Kadınların %45,4'ü ayda bir kez KKMM'nin yapılmasını, %22,4'ü KKMM'nin adet dönemi bittikten sonra, gebelik dönemi ve menopozda ise %20,6'sı her ayın aynı günü KKMM'nin uygulanması gerektiğini ifade etti.

Katılımcıların sadece %16,1'i her ay düzenli KKMM yapmaktaydı. Düzenli KKMM yapma oranı ileri yaş olanlarda ve ailede meme kanseri öyküsü olanlarda daha yüksekti. KKMM yapma ile medeni durum, ekonomik ve meslek durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Çalışmamızdaki kadınlarda meme kanserinin başlıca bulgularının bilinme oranı düşük bulunmuştur. Çalışmamızdaki kadınların %36,4'ü KMM yaptırdığını ve bunların %61,5'i ilk olarak genel cerrahı uzmanına başvuracağını ifade etti. Muayene olanların yarısı şikayeti olduğu için, yaptırmayanların çoğunluğu ise şikayeti olmadığı için KMM yaptırmadıklarını ifade ettiler. KMM için ne sıklıkla sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiğini kadınların büyük çoğunluğu biliyordu. KMM yaptırma ile yaş ve ekonomik durum ile pozitif yönde, eğitim düzeyi ile ters yönde ilişki bulunmuştur. Evli olan ve çalışmayan kadınların daha yüksek oranda yaptırdığı bulunmuştur.

KKMM yaparken değişiklik fark ettiğinizde ilk kime başvurursunuz denildiğinde %43,4'ü aile hekimine başvuracaklarını belirttiler.

Çalışmamızdaki kadınların mamografi çektirme oranı %22,8'dir. Mamografinin çekilmeye başlama yaşı ve sıklığını ise kadınların %50,8'i doğru bilmekteydi. Mamografi çektirme ile yaş arasında pozitif, eğitim düzeyi arasında negatif bir ilişki vardı. Evli olanların anlamlı olarak daha yüksek oranda MG çektirdiği tespit edildi. Düzenli KKMM oranları, MG ve KMM uygulama oranları arasında anlamlı bir ilişki saptandı.

Sonuç olarak; katılımcıların meme kanserinin erken tanı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi oldukları ancak meme kanserinin belirtilerini bilme, tarama yöntemlerini bilme ve uygulama yönünden yeterli olmadıkları görüldü. Meme kanserinde erken tanı için gerekli tarama yöntemleri anlatılmalı. Aile hekimlerinin, kapsamlı, bütüncül, kişi merkezli, toplum yönelimli özellikleriyle meme kanseri risk faktörleri açısından değiştirilebilir faktörlere müdahale ederek toplumun risk düzeyi azaltılmalıdır. Yüksek riskli hastaları tespit etmede, muayene ve tarama yöntemlerini uygulamada, takip ve yönlendirmede aile hekiminin rolü oldukça önemlidir. Tarama yöntemlerinin hangi yaşlarda başladığı ve hangi zaman aralıklarında bu yöntemlerin uygulanacağı konusunda eğitimler verilmelidir. Aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınlarda farkındalığın artırılması açısından sürekli bir bilgilendirme önemlidir. Eğitimlerin kalıcı olması için yazılı ve görsel materyal kullanılmalı, uygulamalı eğitim verilmeli ve kamu spotlarıyla eğitimde süreklilik sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Aksoy YE, Turfan EÇ, Sert E, Mermer G. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. J Breast Health. 2015;11:26-30.
2. Yarış F, Şahin M, Dikici M. Aile Hekimliğinde Meme Kanserlerine Yaklaşım-approach to breast cancer in family medicine. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2014;5(2):46-54.
3. Özkan S, Keskinkılıç B, Gültekin M, Karaca A, Öztürk C, Boztaş G. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu yayınları, Ankara. 2018:18-56.
4. Bakanlığı S. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. URL: http://kanser gov tr/Dosya/tarama/meme pdf Erişim Tarihi. 2015;16.
5. Demirelöz M, Çeber E, Özentürk G. Midwives roles in women's improvement of protective behaviour against breast cancer whether they have a family history of cancer or not. Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11(4):1037-43.
6. Cabioglu N. 1. In: vahit O, editor. Meme Hastaliklari Kitabi. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012. p. 3-16.
7. Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term (>/= 5 years) cancer survivors--a systematic review of quantitative studies. Psycho-oncology. 2013;22(1):1-11. Epub 2012/01/11. doi: 10.1002/pon.3022. PubMed PMID: 22232030.
8. Kurumu THS. Türkiye kanser istatistikleri. Ankara; 2015.
9. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak SD, Tükün A, Yalçın B. Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi Ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2011;7(2).
10. Society AC. Breast Cancer Risk And Prevention Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Breast-Cancer/Risk-And-Prevention.Html.2019 [29.10.2019].
11. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar NK. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. Progress in molecular biology and translational science. 2017;151:1-32. Epub 2017/11/04. doi: 10.1016/bs.pmbts.2017.07.002. PubMed PMID: 29096890.
12. Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020 [Internet]. 2019.
13. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;8(1):72-83.
14. Kavukçu E, Akdeniz M. Dördüncül koruma: Once zarar verme. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2017;21(2):74-81.
15. Başkanlığı TCSBHSGMKD. Afiş ve Broşürler https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-yayinlar/afis-brosur.2019.
16. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2015;11(1).
17. Güllüoğlu BM. Meme hastalıklarına yaklaşım:"Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2008;12(1):9-17.

18. Barton M, Harris R, Fletcher S. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: Should it be done. How; 1999. p. 1270-80.
19. Society AC. Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer. https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html. 2019 [29.10.2019].
20. Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey. J Breast Health. 2008;4(2):6-12.
21. Sohbet R, Karasu F. Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):113-21.
22. Karahan N. Prevalence and determinants of breast self-examination in Karabuk, Turkey. Cukurova Medical Journal. 2019;44(3):1-.
23. Rojas K, Stuckey A. Breast cancer epidemiology and risk factors. Clinical obstetrics and gynecology. 2016;59(4):651-72.
24. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalan PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, et al. Bahçeşehir'de Oturan Kadinlarin Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynaklari Ve Meme Sağliği İle İlgili Uygulamalari. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2009;5(4):216-23.
25. Demir Yıldırım A, Nilüfer Özaydın A. İstanbul/Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2014;10(1):47-50.
26. üniversitesi H. TNSA 2018. 2019.
27. Anstey EH, Shoemaker ML, Barrera CM, O'Neil ME, Verma AB, Holman DM. Breastfeeding and Breast Cancer Risk Reduction: Implications for Black Mothers. American journal of preventive medicine. 2017;53(3s1):S40-s6. Epub 2017/08/19. doi: 10.1016/j.amepre.2017.04.024. PubMed PMID: 28818244; PubMed Central PMCID: PMCPmc6069526.
28. Awatef M, Olfa G, Imed H, Kacem M, Imen C, Rim C, et al. Breastfeeding reduces breast cancer risk: a case-control study in Tunisia. Cancer causes & control : CCC. 2010;21(3):393-7. Epub 2009/11/19. doi: 10.1007/s10552-009-9471-3. PubMed PMID: 19921444.
29. Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, Tsuji I, Tamakoshi A, Wakai K, et al. Breastfeeding and breast cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. Japanese journal of clinical oncology. 2012;42(2):124-30. Epub 2012/01/03. doi: 10.1093/jjco/hyr182. PubMed PMID: 22210922.
30. Çakır S, Kafadar MT, Arslan ŞN, Türkan A, Kara B, İnan A. Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi. 2016;2(3):186-94.
31. Avci IA, Kumcagiz H, Altinel B, Caloglu A. Turkish female academician self-esteem and health beliefs for breast cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(1):155-60.
32. Bakanlığı TS. Sağlık İstatistikleri Yıllığı https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0 2018 [24.12.2019].
33. Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, Kuller L, et al. Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). Cancer Causes & Control. 2002;13(8):741-51.

34. Farvid MS, Cho E, Chen WY, Eliassen AH, Willett WC. Dietary protein sources in early adulthood and breast cancer incidence: prospective cohort study. BMJ (Clinical research ed). 2014;348(7962):g3437. Epub 2014/06/12. doi: 10.1136/bmj.g3437. PubMed PMID: 24916719; PubMed Central PMCID: PMCPmc4051890.
35. Missmer SA, Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun SS, Adami HO, Beeson WL, et al. Meat and dairy food consumption and breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. International journal of epidemiology. 2002;31(1):78-85. Epub 2002/03/27. doi: 10.1093/ije/31.1.78. PubMed PMID: 11914299.
36. Alpteker H, Avcı A. Kirsal Alandaki Kadinlarin Meme Kanseri Bilgisi Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumlarinin Belirlenmesi. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2010;6(2):74-9.
37. Kruk J. Lifetime physical activity and the risk of breast cancer: a case-control study. Cancer detection and prevention. 2007;31(1):18-28. Epub 2007/02/14. doi: 10.1016/j.cdp.2006.12.003. PubMed PMID: 17296272.
38. Kapıcıbaşı Arslan E. Çalışan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları ve sağlık inançları: Kocaeli üniversitesi; 2017.
39. Sağdıç E. Kadınların meme kanseri erken tanı, bilgi ve davranışları ile meme kanseri korkusu arasındaki ilişki: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
40. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. Dokuz Eylül Universitesi Tip Fakültesi Dergisi. 2011;25(3):145-54.
41. Eroglu C, Eryilmaz MA, Civcik S, Gurbuz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararasi Hematoloji Onkoloji Dergisi. 2010;20(2):27-33.
42. Taş BG, Toprak D, Esen ES, Öztürk GZ. 18 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri risk düzeyinin belirlenmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2020;24(1):32-40.
43. Özen B, Zincir H, Erten Z, Özkan F, Elmalı F. Knowledge and attitudes of women about breast cancer, self breast examination and healthy life style behaviours. J Breast Health. 2013;9(4):200-4.
44. Yılmaz HB, Aksüyek H. Bursa İlinde Meme Kanserinin Erken Tanisinda Farkindaliğin Önemi-Alan Çalişmasi. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2012;8(2):76-80.
45. Gür K, Kadıoğlu H, Sezer A. İstanbul'da Bir Mahallede Yaşayan Kadınaların Meme Kanseri Riskleri ve KKMM Eğitiminin Etkinliği. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2014;10(3):154-60.
46. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni Ocak-Nisan. 2009;28:14-8.
47. Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer, Tehran, Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(1):49-54. Epub 2011/04/27. PubMed PMID: 21517230.
48. Yoo BN, Choi KS, Jung KW, Jun JK. Awareness and practice of breast self-examination among Korean women: results from a nationwide survey. Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(1):123-5. Epub 2012/04/17. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.1.123. PubMed PMID: 22502653.

49. Aker S, Öz H, Tunçel EK. Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. J Breast Health. 2015;11(4):115-22.
50. Akbaş Kaya A, Edirne T. Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikinliğine Başvuran 20-70 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Ve Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: pamukkale üniversitesi; 2014.
51. Nazlıoglu İnan E. Diyarbakır ili Kayapınar ilçesi 9 no'lu aile sağlığı merkezi bölgesinde 30-69 yaş arası kadınların meme ve serviks kanseri konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Diyarbakır: dicle üniversitesi; 2018.
52. Sönmez Y, keskin Y, Lüleci E. Kadın ve Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Meme Kanseri ve Erken Tanısı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Maltepe Tıp Dergisi. 2012;4(2):8-14.
53. Radi SM. Breast Cancer awareness among Saudi females in Jeddah. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(7):4307-12. Epub 2013/09/03. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.7.4307. PubMed PMID: 23991994.
54. Abdul Hadi M, Hassali MA, Shafie AA, Awaisu A. Knowledge and perception of breast cancer among women of various ethnic groups in the state of Penang: a cross-sectional survey. Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre. 2010;19(1):61-7. Epub 2009/12/10. doi: 10.1159/000252837. PubMed PMID: 19996622.
55. Saeed RS, Bakir YY, Ali LM. Are women in Kuwait aware of breast cancer and its diagnostic procedures? Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(15):6307-13. Epub 2014/08/16. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.15.6307. PubMed PMID: 25124616.
56. Koç Z, Çelebi P, Memiş A, Sağlam Z, Beyhan F. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2014;10(3):166-73.
57. Gucuk S, Uyeturk U. Effect of direct education on breast self examination awareness and practice among women in Bolu, Turkey. Asian Pacific Journal of cancer prevention. 2013;14(12):7707-11.
58. Elobaid YE, Aw TC, Grivna M, Nagelkerke N. Breast cancer screening awareness, knowledge, and practice among arab women in the United Arab Emirates: a cross-sectional survey. PloS one. 2014;9(9):e105783. Epub 2014/09/30. doi: 10.1371/journal.pone.0105783. PubMed PMID: 25265385; PubMed Central PMCID: PMCPmc4179300.
59. Kum S, Göksu A, Kelkitli E, Yücel İ. Orta Karadeniz bölgesinde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler. Türk Onkoloji Dergisi. 2004;19(1):24-7.
60. Nacar G. Kadinlarda Meme Kanseri Endişe Düzeyi İle Erken Tani Uygulama Davranişlari Arasindaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2018;6(2):44-53.
61. Kırca N, Tuzcu A, Gözüm S. Breast cancer screening behaviors of first degree relatives of women receiving breast cancer treatment and the affecting factors. European Journal of Breast Health. 2018;14(1):23-8.
62. Şen S, Başar F. Kütahya Bölgesinde Yaşayan Kadinlarin Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Meme Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2012;8(4):185-90.

63. Özdemir Ö, N. B. Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları. TAF PrevMedBull 2010;9(6):605-12.
64. Nahcivan NO, Secginli S. Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. Oncology nursing forum. 2007;34(2):425-32. Epub 2007/06/19. doi: 10.1188/07.onf.425-432. PubMed PMID: 17573306.
65. Güçlü S, Tabak RS. Impact Of Health Education On Improving Women's Knowledge And Awareness Of Breast Cancer And Breast Self Examination. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2013;9(1):18-22.
66. Yılmazel G. Determining practising of breast self-examination and breast cancer risk factors in women aged twenty years and over living in a rural area of Corum. The Journal Breast Health. 2013;9(2):82-7.
67. Sönmezer H, Çetinkaya F, Naçar M. Kayseri İlinde Seçilmiş Kentsel Bir Bölgede Kadınların Olumlu Sağlık Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(5):521-8.
68. Dişcigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağliği: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadinin Bilgi, Davraniş Ve Uygulamalari. Marmara Medical Journal. 2007;20(1):29-36.
69. Donnelly TT, Al Khater A-H, Al-Bader SB, Al Kuwari MG, Al-Meer N, Malik M, et al. Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study. BMC women's health. 2013;13(1):49.
70. Gençtürk N. Kadin Sağlik Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tani Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumlari. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2013;9(1):5-9.
71. Subramanian P, Oranye NO, Masri AM, Taib NA, Ahmad N. Breast cancer knowledge and screening behaviour among women with a positive family history: a cross sectional study. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(11):6783-90. Epub 2014/01/01. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.11.6783. PubMed PMID: 24377606.
72. Norouznıa S. Meme Kanseri Korkusunun Kadınların Erken Tanı Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi izmir; 2014.
73. Ozmen V, Ozaydin A, Cabioglu N, Gulluoglu B, Unalan P, Gorpe S, et al. Survey on a Mammographic Screening Program in Istanbul, Turkey. The breast journal. 2011;17:260-7. doi: 10.1111/j.1524-4741.2011.01065.x.

8. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Mustafa TOSUN
Doğum Yeri ve Tarihi: ANKARA 24.01.1975
Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti
Medeni Durumu: Bekar
İletişim Adresi: mustafatosun.24011975@gmail.com
Yabancı Dil: İngilizce

II. Eğitim (Tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2014-Konya Eğitim Araştırma Aile Hekimliği-SAHU
1993-2000 Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce Bölümü)
1991-1993 Konya Gazi Lisesi
1987-1991 Konya Anadolu Ticaret Lisesi
1987-1982 Konya 19 Mayıs İlkokulu

III. Unvanları

2000-2014 Pratisyen Hekim
2014-2020 Aile Hekimliği Asistanı

IV. Mesleki Deneyimi

01.09.2000-02.12.2001 Konya Aksaray/Karkın Sağlık Ocağı
03.12.2001-18.03.2004 Konya Sultanhanı 112 Hızır Acil Servisi
02.04.2004-14.06.2010 Konya Sarayönü/Başhüyük Kasabası S.Ocağı
14.06.2010-……Konya Karapınar 01 Nolu ASM'de Aile Hekimi

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Konya Tabipler Odası Üyeliği

Bilimsel İlgi Alanları

Bilimsel Etkinlikler

Diğer Etkinlikler

1-Aile Hekimliği Uyum Sertifikası Eğitimi

2-Aşama Uyum Eğitim Programı

9. EKLER

EK 1 – Anket Formu

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMA YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Anket no:

1.YAŞ:
2.Boy: **Kilo:** **VKİ:**
3.Medeni haliniz;
a)Evli b)Bekar c)Boşanmış/Dul
4.Ekonomik durumunuz;
a)İyi değil b)İyi c)Orta
5.Eğitim durumunuz;
a)Okur Yazar Değil
b)Okur Yazar
c)İlkokul
d)Ortaokul
e)Lise
f)Üniversite
6.Mesleğiniz;
a)Ev Hanımı
b)Sağlık Çalışanı
c)Emekli
d)İşçi
e) Memur
f)Esnaf/Özel Sektör
7.Sigara kullanıyor musunuz?
a)Evet halen içiyorum b)İçmiyorum c)Bıraktım
8.İlk adet görme yaşınız?
a)11 ve altı …. b)12-14 c)15 ve üstü
9.Adetten kesilme yaşınız……..
10.Çocuk doğurma yaşınız?
a) Otuz yaş öncesi ilk doğum
b) Otuz yaş sonrası ilk doğum
c) Çocuk yok
11.Kaç tane çocuğunuz var…….
12.Çocuğunuz/çocuklarınızı ne kadar süre anne sütü verdiniz?(Her çocuk için ayrı ayrı)
1.Çocuk……..ay 2.Çocuk……..ay 3.Çocuk…..…ay 4.Çocuk……..ay
13. Doğum kontrol hapı (hormon) kullandınız mı?
a)Evet b)Hayır

14. Menapozda ilaç (hormon) kullandınız mı?
a)Evet b)Hayır
15. Günlük işleriniz dışında spor yapıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
16. Beslenme şekliniz nasıldır?
a)Sebze, meyve ağırlıklı
b)Yağlı(kızartma),karbonhidratlı (hamur işi)
c) Kırmızı et ağırlıklı
d)Diğer(Belirtiniz)……
17.Kronik bir hastalığınız varsa belirtiniz. a) Evet..... b) Hayır
18.Ailenizde meme kanseri olan kişi var mı?(var ise, var olan kişileri kapsayan fazla birden şık işaretleyebilirsiniz.)
a)Yok
b)Bir hala/teyze ya da büyükanne
c) Anne ya da kız kardeş
d) Anne ve kız kardeş
e)Anne ve iki kız kardeş
f)Diğer……
19. Siz de meme kanseri var mı? a) Var b)Yok
20. Meme kanserinin erken dönemde tanınması mümkün müdür?
a)Hayır b)Evet c)Bilmiyorum
21. Meme kanserine nasıl erken tanı konulabilir? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*

a)Kendi kendine meme muayenesi
b)Hekimin meme muayenesi yapması
c)Mamografi
d)Meme ultrasonu
e)Bilmiyorum
f)Diğer (Belirtiniz) ……
22.Erken tanı konulursa meme kanseri tedavi edilebilir mi?
a)Hayır b)Evet c)Bilmiyorum
23.Kendi kendinize meme muayenesi yapmasını biliyor musunuz?
a)Hayır b)Evet
24.Cevabınız hayır ise neden yapmıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a)Kimse yapmam gerektiğini söylemedi
b) Nasıl yapıldığını bilmiyorum.
c)Şikâyetim olmadığı için gereksiz buluyorum
d)Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum
e)Gençlerin kanser olacağını düşünmediğim için yapmıyorum
f)Diğer (Belirtiniz) …….
25.Cevabınız evet ise ne sıklıkta yapıyorsunuz?
a) Bir kez yaptım b)Bazen yapıyorum c)Her ay düzenli yapıyorum

26.Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgiyi nereden öğrendiniz
a)Kitap-dergi
b)TV-radyo
c)Sağlık personeli
d)Aile-akraba-yakın çevre
e)İnternet/sosyal medya
27.Sizce kimler kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır?
a)40 yaşından sonra tüm kadınlar
b)20 yaşından sonra tüm kadınlar
c)Ailesinde meme kanseri olanlar
d)Şikâyeti olan kadınlar
e)Diğer (Belirtiniz) …….
28.Sizce bir kadın kendi kendine meme muayenesi ne sıklıkla yapmalıdır?
a)Yılda bir kez yapılmalı
b)Altı ayda bir yapılmalı
c)Ayda bir yapılmalı
d)Haftada bir yapılmalı
e)Diğer (Belirtiniz) ……..
29.Sizce adet gören bir kadın hangi dönemde kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır?
a)Zaman fark etmez
b)Adet döneminden öncesi
c)Adet dönemi esnasında
d)Adet döneminden sonra / Her ayın belli bir günü
e)Şikâyet olursa yapılmalı
f)Diğer (Belirtiniz) ……..
30.Sizce adet görmeyen veya gebe bir kadın hangi dönemde kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır
a)İki ayda bir
b)Ayda bir kez rasgele
c)Her ayın belli bir gününde
d)Zaman farketmez
e)Diğer (Belirtiniz)…..
Sizce aşağıdaki belirtilerden hangisi ya da hangileri meme kanseri belirtisi olabilir?
31.Memede ele gelen şişlik ya da kitle meme kanseri belirtisi olabilir.
a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum
32.Meme başından gelen kanlı akıntı meme kanseri belirtisi olabilir
a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum
33.Meme başının içe çekilmesi meme kanseri belirtisi olabilir.
a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum
34.Memede meydana gelen renk değişikliği meme kanseri belirtisi olabilir.
a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum
35.Meme derisinde portakal kabuğu görüntüsünün olması meme kanseri belirtisi olabilir.
a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

36.Koltuk altında ele gelen şişlik meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

37.Memede oluşan yara meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

38.Memede ağrı olması meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

39.Çocukluğundan bu yana bir memenin diğer memeden büyük olması meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

40.Doktora hiç meme muayenesi yaptırdın

a)Hayır b)Evet

41.Cevabınız evet ise meme muayenenizi kim yaptı?*(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*

a)Genel cerrahi uzmanı
b)Aile hekimim
c)Kadın doğum uzmanı
d)Diğer(Belirtiniz)…….

42.Doktora meme muayenesi yaptırmadıysanız nedeni nedir? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*

a)Meme muayenesi yaptırmam gerektiğini bilmediğim için
b)Gerekli olduğunu düşünmedim
c)Hekim önermediği için
d)İhmal ettiğim için, zaman ayıramadım
e)Kitle çıkar diye korktuğum için
f)Utandığım için
g)Kendi kendine meme muayenesinde herhangi bir anormallik saptamadığım için
h)Diğer belirtiler(……)

43.Doktor tarafından size meme muayenesi yapıldıysa nedeni nedir?

a)Sizin meme ile ilgili şikayetiniz olduğu için doktora gittiniz
b)Şikayetiniz olmasa da muayene olmak istediniz
c)Doktor düzenli olarak muayene olmanız gerektiğini söyledi
d)Diğer(……)

44.Kendi kendinize meme muayenesi yapsaydınız ya da eğer yapıyorsanız bir kitle fark ettiğinizde ilk kime başvurursunuz?

a)Aile hekimime başvururum
b)Genel cerrahi uzmanına başvururum
c)Geçmesini beklerim
d)Arkadaşlarıma ya da aileme danışırım
e)Kadın doğum uzmanına başvururum
f)Diğer (Belirtiniz) ……

45.Sizce doktora ne sıklıkla meme muayenesi yaptırılmalıdır?

a)Yaptırmaya gerek yok
b)Ayda bir kez yapılmalı
c)Yılda bir kez 1 kez yaptırmak yeterli
d)Şikâyetim olduğu zaman yaptırılmalı
e)Diğer (Belirtiniz) ……

46.Memeye yönelik inceleme amacı ile mamografi yaptırdınız mı?
a)Evet b)Hayır
47.Yapıldıysa hangi yıllarda ve kaç kez?.....
48.Sizce mamografi ne sıklıkla ve kaç yaşından sonra çektirilmeli?
a)30 yaşında sonra iki yılda bir
b)40 yaşından sonra iki yılda bir
c)50 yaşından sonra iki yılda bir
d)Diğer (Belirtiniz) …….
49.Yaşı mamografi çektirmeye uygun olmayan genç kadınlar mamografiye alternatif olarak sizce ne çektirmelidirler?
a)Meme MR
b)Meme tomografisi
c)Meme Ultrasonu
d)Diğer (Belirtiniz) …
50. Eğer muayene sonucu kitle tespit edilmiş ve yukarıda bahsedilen biri yapılmışsa sonuç;……..(Hatırlamıyorsanız aşağıdaki en uygun şıkkı seçin)
a)Normal olarak değerlendirildi
b)Kötü huylu kitle
c)İyi huylu kitle

EK 2- Gönüllü Onam Formu

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KONYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi "Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları"başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; Dünyada ve Türkiye'de kadınlarda en sık görülen, en fazla ölüme neden olan kanser türü meme kanseridir. Meme kanserinin bilinen riskleri konusunda kadınların bilinçlenmesi,erken tanı ve tarama yöntemleri konusunda farkındalığın arttırılmasıyla meme kanseri riskini azaltmak mümkündür. Bu çalışma, kadınların meme kanseri algısı,tarama yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına etki eden faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada sizden tahminen 5 dk.ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakmahakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya mustafatosun.75@mynet.com e-posta adresi ve 05413154738 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkinolmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının **:**
Adı-
Soyadı:.....
.
İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
Araştırmacının
Adı
Soyadı:.....

İmza: