T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

KONYA DOĞANHİSAR 2 NO.LU HARMAN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI 20- 70 YAŞ ARASI KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE FARKINDALIKLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Volkan Can

Tıpta Uzmanlık Tezi

KONYA,2023





T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

KONYA DOĞANHİSAR 2 NO.LU HARMAN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI 20- 70 YAŞ ARASI KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE FARKINDALIKLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Volkan Can

Tıpta Uzmanlık Tezi

TEZ DANIŞMANLARI

Prof. Dr. Mehmet Ali Eryılmaz

Doç.Dr. Duygu İlke Yıldırım

KONYA,2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecinde, tez konusunun belirlenmesinde ve sürdürülmesinde her zaman desteklerini gördüğüm rehberlerim olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Ali Eryılmaz'a ve Doç. Dr. Duygu İlke Yıldırım'a,

Konya Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli değerli hocalarım Doç. Dr. Selma Pekgör ve Uzm. Dr. Funda Gökgöz Durmaz'a,

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi ve Konya Şehir Hastanesinde çalışan asistanlık sürecime katkıda bulunan hocalarıma, uzman doktorlarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Tez araştırması sırasında tüm desteklerini benden esirgemeyen Konya Doğanhisar 2 No.lu Harman Aile Sağlığı Merkezinde çalışan mesai arkadaşlarıma,

Beni yetiştiren bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan ve her zaman desteklerini hissettiğim babam Nusret Can, annem Nazire Can'a ve ailemin tüm fertlerine,

Bu meşakkatli eğitim sürecinde her daim yanımda durarak bana destek olan sevgili eşim Müjgan İpek Can'a ve biricik kızım Elif Tuana Can'a,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Dr.Volkan Can

ÖZET

DOĞANHİSAR 2 NOLU HARMAN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI 20-70 YAŞ ARASI KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM) HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE FARKINDALIKLARININ ARAŞTIRILMASI

Amaç: Kadınlarda kansere bağlı ölüme en çok sebep olan neden meme kanseri olup meme kanseri erken tanısı bu yüzden oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı Doğanhisar 2 No.lu Harman Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 20-70 Yaş arası kadınlarda Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) hakkında bilgi, tutum ve farkındalıklarının araştırılmasıdır.

Gereç Ve Yöntem: Bu çalışma Konya ili Doğanhisar ilçesinde bulunan Doğanhisar 2 No.lu Harman Aile Sağlığı Merkezine 1 Ağustos 2021- 1 Ağustos 2022 tarihleri arasında herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuran 1023 kadın hasta ile gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcılara Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili hazırlanmış 2 bölümden oluşan (Genel Kişisel Sorular- Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Sorular) 47 soruluk bir anket uygulanmıştır. Anketlerin verilerinin analizinde SPSS 18.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 20-70 yaş arasında 1023 kadın katılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %57,2'si KKMM yaparken, %42,8'i KKMM yapmıyordu. KKMM nasıl yapılır sorusuna %33,6 oranında katılımcı bilmiyorum cevabı verirken, %28,6 oranında katılımcı doğru cevabı vermiştir. KKMM ve meme kanseri hakkında bilgi düzeyiniz yeterli mi sorusuna sırasıyla katılımcılar %66,7 ve %53,3 oranında hayır yanıtını vermişlerdir. KKMM ne zaman yapılmalı sorusunu %9,8 oranında katılımcı doğru cevaplamıştır. KKMM'nin meme kanseri erken tanısında önemli olduğunu düşünen katılımcı oranı % 90 iken, % 94,2 kadın KKMM hakkında bilgi sahibi olmak istediğini belirtmiştir. KKMM yapma durumunu belirlemek için ikili karşılaştırmalarda anlamlı olan değişkenler ile yapılan çoklu regresyon analizinde ise KKMM yapma olasılığının klinik meme muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,195 kat; KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda olmayanlara göre 81,544 kat; KKMM hakkında bilgi

düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 6,476 kat artış gösterdiği tespit edildi (p değerleri sırasıyla; p=0,013; p<0,001; p<0,001)

Sonuç: Çalışmamızda KKMM uygulamasının yapılmasını klinik meme muayenesi olma, KKMM hakkında bilgi sahibi olma ve KKMM hakkında bilgi düzeyi değişkenleri anlamlı olarak etkilemiştir. Düzenli şekilde klinik meme muayenesi olan kadınların meme kanseri farkındalıkları yüksek olduğundan KKMM yapma istekleri daha fazladır. Kadınların KKMM hakkında bilgi sahibi olmaları ve KKMM hakkında yüksek bilgi düzeyleri, KKMM yapmalarını pozitif yönde etkilemektedir. Sonuç olarak kadınların düzenli ve bilinçli olarak KKMM yapması, kadınların meme kanseri bilgilerini ve farkındalıkları arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Kendi Kendine Meme Muayenesi, Klinik Meme Muayenesi, Meme Kanseri

ABSTRACT

INVESTIGATION ON THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND AWARENESS OF ABOUT WOMEN AGED 20-70 REGISTERED TO DOĞANHİSAR NO. 2 HARMAN FAMILY HEALTH CENTER ABOUT BREAST SELF EXAMINATION (BSE)

AİM: Breast cancer is the most common cause of cancer-related death in women, and early diagnosis of breast cancer is therefore very important. The aim of this study is to investigate the knowledge, attitudes and awareness about Breast Self Examination (BSE) in women between the ages of 20-70 registered in Doğanhisar No. 2 Harman Family Health Center.

Material and Method: This study was carried out with 1023 female patients who applied to Doğanhisar No. 2 Harman Family Health Center in Doğanhisar district of Konya between 1 August 2021 and 1 August 2022 due to any health problem. A questionnaire consisting of 2 parts (General Personal Questions-Questions about Breast Self-Examination) was applied to all participants. SPSS 18.0 program was used in the analysis of the data of the questionnaires.

Results: 1023 women between the ages of 20-70 participated in the study. While 57.2% of the women participating in the study performed BSE, 42.8% did not. While 33.6% of the participants gave the answer "I don't know" to the question of how BSE is done, 28.6% gave the correct answer. To the question of whether your level of knowledge about BSE and breast cancer is sufficient, 66.7% and 53.3% of the participants answered no, respectively. 9.8% of the participants answered the question when BSE should be done correctly. While 90% of the participants thought that BSE is important in the early diagnosis of breast cancer, 94.2% of women stated that they wanted to have information about BSE. In the multiple regression analysis performed with variables that were significant in pairwise comparisons to determine the status of performing BSE, the probability of performing BSE was 2.195 times higher in those who had clinical breast examination than those who did not; 81,544 times more for those who have knowledge about BSE than those who do not; It was determined that those who had sufficient knowledge about BSE showed an increase of 6.476 times compared to those who did not (p values respectively; $p=0.013$; $p<0.001$; $p<0.001$)

Conclusion: In our study, the variables of having clinical breast examination, having knowledge about BSE and level of knowledge about BSE significantly affected the practice of BSE. Women who have regular clinical breast examinations are more likely to have a BSE because their breast cancer awareness is high. The fact that women have knowledge about BSE and their high level of knowledge about BSE positively affects their BSE. As a result, regular and conscious BSE will increase women's knowledge and awareness of breast cancer.

Key Words: Breast Self Examination, Clinical Breast Examination, Breast Cancer

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
ŞEKİL LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	8
2.1.MEMENİN ANATOMİSİ	8
2.2.MEMENİN KAN DOLAŞIMI	9
2.3.MEMENİN MUAYENE VE TARAMA YÖNTEMLERİ	10
2.3.1.KLİNİK MEME MUAYENESİ	10
2.3.2.KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ	11
2.3.3.MAMOGRAFİ	14
2.3.4.ULTRASONOGRAFİ	15
2.3.5.MANYETİK REZONANS	16
2.3.6.DİĞER GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ	16
2.4.MEME KANSERİ	16
2.4.1.MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ	17
2.4.2.MEME KANSERİ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	18
2.4.2.1. DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ	18
2.4.2.2. DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ	21
2.4.3.MEME KANSERİ BELİRTİ VE BULGULARI	25
2.4.4.MEME HASTALIKLARI	25
2.4.4.1.İYİ HUYLU MEME HASTALIKLARI	26
2.4.4.2.PREKANSERÖZ MEME HASTALIKLARI	27
2.4.4.3.MEMENİN MALİGN HASTALIKLARI	28
2.4.5.MEME KANSERİNDEN KORUNMA	30

2.4.6.MEME KANSERİ EVRELEMESİ	31
2.4.7.MEME KANSERİ TEDAVİSİ	31
3.GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE EVRENİ	32
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	32
3.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇLAR	32
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	33
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME KRİTERLERİ	33
3.6. ARAŞTIRMAYA HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ	33
3.7. ARAŞTIRMACILAR ARASINDA ÇIKAR ÇATIŞMASI	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
7. KAYNAKLAR	68
8. EK 1. ANKET FORMU	76

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BC : Breast Cancer

BMI : Body Mass İndex

BRCA : Breast Cancer Susceptibility Gene- Meme Kanserine Yatkınlık Geni

BSE : Breast Self Examination

BSGİ : Memeye Spesifik Gama Görüntüleme

DCIS : Duktal Carsinoma İnsutu

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

İARC : İnternational Agency For Research On Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)

İİAB : İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM : Klinik Meme Muayenesi

LCIS : Lobular Carsinoma İnsutu

MBI : Molecular Breast Imaging

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi

TUİK :Türkiye İstatistik Kurumu

USG : Ultrasonografi

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER DİZİNİ Sayfa

Şekil 1. 2020 Yılında Dünyada Her Yaştan Kadında Tahmini Meme Kanseri Yeni Vaka Sayısı	1
Şekil 2. Memenin Anatomisi	8
Şekil 3. Memenin Arterleri	9
Şekil 4. Ayna Karşısında KKMM Uygulaması	12
Şekil 5. Ayakta KKMM Uygulaması	13
Şekil 6. Duşta KKMM Uygulaması	13
Şekil 7. Sırtüstü Yatarken KKMM Uygulaması	14

TABLOLAR Sayfa

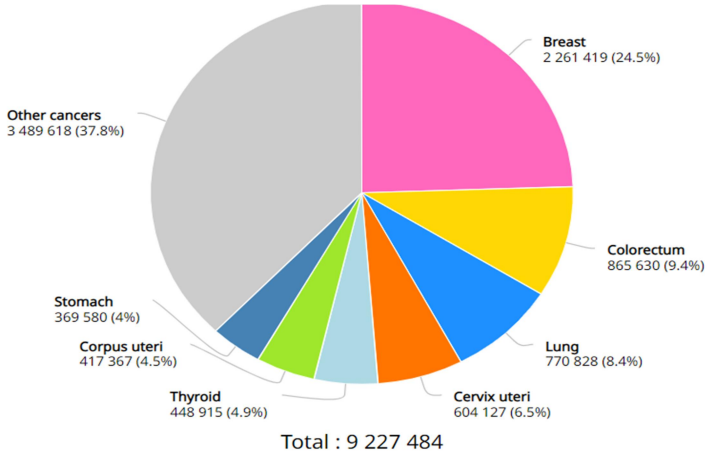
Tablo 1. Türkiye'de En Çok Görülen İlk On Kanser Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017	2
Tablo 2 . Yıllara Göre Dünyada Kadınlarda En Çok Görülen İlk 10 Kanserin İnsidansı , Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020	2
Tablo 3. Türkiye'de 25-49 Yaş Aralığında Kadınlarda En Çok Görülen Kanserlerin Dağılımı	17
Tablo 4. Türkiye'de 70 yaş ve Üstü Kadınlarda En Çok Görülen Kanserlerin Dağılımı	18
Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	35
Tablo 6. Katılımcıların Menstürasyon, Doğum ve Menopoz Özellikleri	36
Tablo 7. Katılımcıların Meme Hastalığı ve Görüntülemesi ile İlgili Özellikleri	37
Tablo 8 . Katılımcıların KKMM ve Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyleri	38
Tablo 9 . Katılımcıların KKMM Hakkında Düşünceleri	39
Tablo 10 . Katılımcıların KKMM Hakkında Bilgileri	40
Tablo 11 . Katılımcıların KKMM ile İlgili Tutum ve Davranışları	41
Tablo 12 . KKMM Yapma Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	42
Tablo 13 . KKMM Yapma Durumuna Göre Menstürasyon, Doğum ve Menopoz Özelliklerinin Dağılımı	43
Tablo 14 . KKMM Yapma Durumuna Göre Meme Hastalığı ve Görüntülemesi ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	44
Tablo 15. KKMM Yapma Durumuna Göre KKMM ve Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımı	45
Tablo 16. KKMM Yapma Durumu İçin Regresyon Analizi	47

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser insan bünyesinde bulunan hücrelerin kontrolsüz, düzensiz ve aşırı bir şekilde çoğalması olarak tanımlanabilir. Bir olgunun kanser olduğunu söyleyebilmek için bazı gereklilikler vardır. Bunlar hücrelerin sınırsız büyüme yeteneğine sahip olması, vücuttaki kontrol mekanizmalarının doğru çalışmaması (apoptozis ve büyüme engelleyici faktörler), yayılma yeteneğine sahip olması, dokuları invaze etme özelliği olması ve yayılma yeteneğine (metastaz) sahip olmasıdır.

Meme kanseri çağlar boyunca özellikle kadınlarda ve az miktarda da erkeklerde görülen önemli bir kanserdir. Tıpta yeni ilerlemeler ve yeni tedavi yöntemlerine rağmen hala mortalitesi yüksek seyretmektedir. Dünyada yaşayan beş insandan biri ömürleri boyunca herhangi bir kanser türüne yakalanmaktadır.

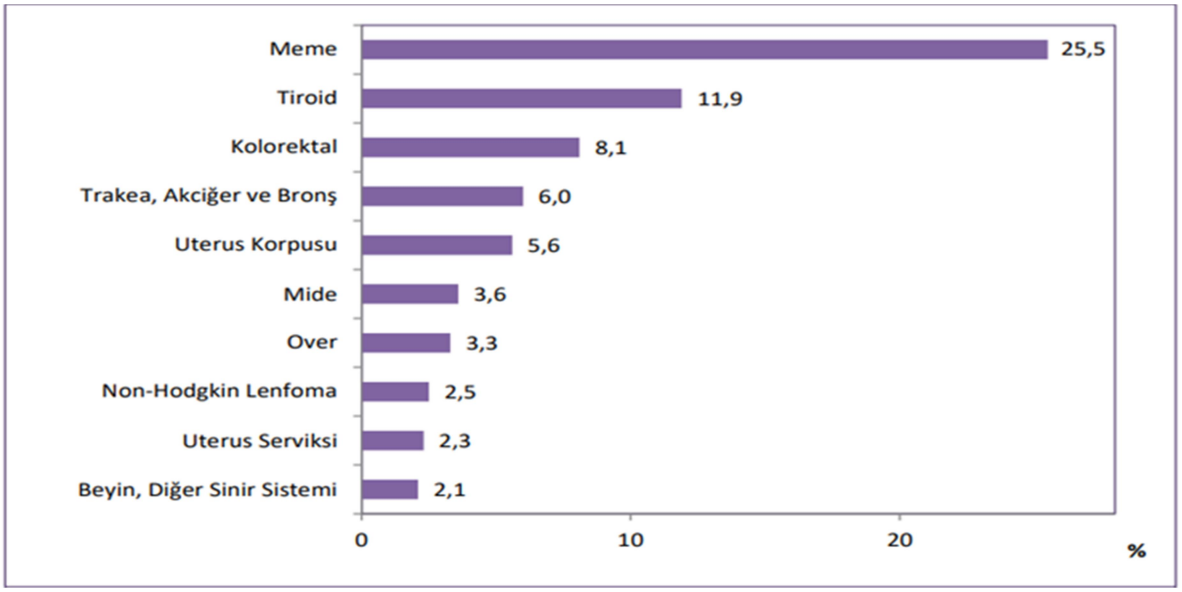
International Agency for Research on Cancer verilerine göre 2020 yılında dünyada en çok tanı konulan kanser meme kanseridir. Meme kanserine yakalanma riski yaş ilerledikçe artmaktadır. 2020 yılında dünya genelinde tahminen 2.3 milyona yakın yeni meme kanseri hastası varken yaklaşık 700 bine yakın hasta hayatını kaybetmiştir. Meme kanseri dünya kadın nüfusunun yaklaşık %12'sini etkilemektedir. Meme kanseri dünyada kadınlarda kanser nedeniyle ölümlerin ilk nedeni olurken, iki cinste tüm kanserlere bağlı ölümler içinde 5. sırada yer almaktadır [1].



Şekil 1. 2020 yılında dünyada her yaştan kadında tahmini meme kanseri yeni vaka sayısı [2].

Ülkemizde 2020'de yayınlanan sağlık istatistikleri yıllığına göre kadınlarda görülen ilk 10 kanser içinde meme kanseri %25,5 oranla ilk sırada olduğu görülmektedir (Tablo 1). Yine bu yıllığın verilerine göre tablo 2'de meme kanserinin yıllar içindeki insidans hızının nasıl artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo.1: Türkiye'de en çok görülen ilk on kanser [3].



Tablo.2: Yıllara göre dünyada kadınlarda en çok görülen ilk 10 kanserin insidansı [3].

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Meme	31,9	45,9	43,0	43,8	45,6	47,7
Tiroid	3,5	21,3	20,7	21,7	22,9	22,6
Kolorektal	9,3	15,3	13,8	14,4	14,2	14,7
Trakea, Akciğer ve Bronş	5,2	10,0	8,7	9,0	9,8	11,1
Uterus Korpusu	4,3	9,9	9,8	10,0	10,5	10,7
Mide	6,0	7,1	6,5	6,3	6,6	6,4
Over	5,9	7,0	6,1	6,4	6,4	6,3
Non-Hodgkin Lenfoma	1,2	5,3	5,0	4,9	5,1	4,8
Uterus Serviksi	3,9	4,6	4,0	4,5	4,3	4,3
Beyin, Diğer Sinir Sistemi	3,8	4,7	4,1	4,1	4,0	4,2

Çağımızda kanserle mücadele hala devam etmektedir. Aslında kanserle mücadelede erken tanının önemi yadsınamaz bir gerçektir. Yapılan çalışmalar ışığında bütün kanser

olgularının %40'ı erken tanı ile önlenebilir ve ölüm oranları azaltılabilir [1]. Kanserin erken tanısı sonucu kür elde edilmesi daha kolay olmaktadır. 2010 ve 2014 yılları arasında meme kanseri teşhis konulan hastalarda 5 yıllık hayatta kalma oranı gelişmiş ülkelerde %80-90 arasındayken, Hindistan'da bu oran %70'in altında, Güney Afrika'da %50'nin altındadır. Kuzey Amerika kıtası ve Avustralya'da 5 yıllık sağ kalım oranları %85 ve 90 arasındaydı. Bu çalışmalarda ülkemiz için verilen oran %80 ile 84 arasındadır [4].

Erken tanısı gecikmiş kanser vakalarında kansere bağlı ölüm oranları artarken buna bağlı olarak sağlık harcamalarında da artışlar izlenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü meme kanseri için Küresel Meme Kanseri Girişimi Çerçevesi adı verilen bir program hazırlamıştır. Bu program Dünya Sağlık Örgütü tarafından Şubat 2023'de açıklanmıştır. Küresel Meme Kanseri Girişim Çerçevesinin 3 önemli unsurdan oluşmaktadır. Bu unsurlardan ilki sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesidir. İkinci unsur erken ve zamanında teşhistir. Üçüncü unsur ise tedavi süreç yönetiminin planlanıp en erken sürede tedaviye başlanılmasıdır. Dünya Sağlık Örgütünün önerisiyle tüm ülkeler bu çerçeveyi birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunu oluşturmalıdırlar. Küresel Meme Kanseri Girişim Çerçevesine göre erken teşhis ve zamanında teşhisin önemi bu bildiriyle açıkça belirtilmiştir. Erken teşhis sonucunda erken tedaviye başlanacak ve meme kanserine bağlı ölüm sayılarında düşüşler olacaktır [5].

Yayınlanan yeni bir çalışmada 2040 yılına kadar bütün dünyada meme kanseri gidişatı yılda 3 milyondan fazla yeni vaka ve yılda bir milyondan fazla ölüme ulaşacaktır [6]. Amerikan Kanser Derneği'nin 2022 için ABD'de kadınlarda tahminen 288 bine yakın yeni invaziv meme kanseri vakası, 52 bine yakın yeni duktal karsinoma insutu vakası olacağını düşünmektedir. Bu vaka sayılarına ulaşılırsa da tahminen 43 binin üzerinde kadının da meme kanserinden hayatını kaybedeceğini belirtmiştir [7]. İngiltere'de ise meme kanserine bağlı ölüm oranları, sadece kadınlarda görülen kanserlerde izlenen ölümlerin yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır [8].

Meme kanseri erken teşhisi için dünyada kabul görmüş uygulanan bir algoritma yoktur. Ülkeler kendi sağlık politikalarını uygulamaktadır. KKMM uygulaması içinde ortak bir görüş yoktur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı her erişkin kadının her ay KKMM yapmasını önermektedir. Amerika'da Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji, Amerikan Tabipler Birliği gibi kuruluşlar kadınların KKMM yapmasını tavsiye etmektedir. Amerikan Kanser

Topluluğu, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi, Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Gücü gibi kuruluşlarda KKMM hakkında yetersiz kanıtların olduğunu ve daha çok araştırma yapılması gerektiğini açıklamışlar ve yapılmasını önermemektedirler. Kanada Önleyici Sağlık Hizmetleri Görev Gücü ise KKMM uygulamasının kadınlar tarafından uygulanmasını tavsiye etmemektedir.

Meme kanserinin dünyada en çok tanı konulan kanser olmasından dolayı erken tanısı da önem kazanmıştır. Kadınlara verilecek eğitimler ile tarama yöntemleri hakkında bilinçlendirmeler yapılmakta ve farkındalıklarının artması sağlanmaktadır. Tarama yöntemlerinde asıl amaç lezyonu olabildiğince en küçük ve en erken safhada yakalayabilmektir. Meme kanseri erken teşhisinde dünyada birçok ülkede ilk önerilen yöntem mamografidir. Erken teşhis için kullanılan diğer yöntemler ise Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve USG'dir. Tarama yöntemleri ile bulunan kitlenin kesin tanısı biyopsi ile konulur.

Sağlık Bakanlığına bağlı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından ülkemizdeki erişkin tüm kadınların her ay KKMM yapmasını önermektedir. Ayrıca her sene kadınların KMM yaptırmalarını ve 40-69 yaş arasında da her iki yılda bir mamografi çekimini önermektedir.

KKMM kadınlar tarafından kolayca uygulanabilen, vakit almayan, maliyetsiz, uygulanması sırasında özel bir cihaz gerektirmeyen, yapabilmek için herhangi bir sağlık profesyoneline ve sağlık kuruluşuna ihtiyaç duymayan ve uygulanması sırasında meme dokusuna herhangi bir zarar oluşturmayan, basit her kadının uygulayabileceği bir yöntemdir. KKMM algoritmalarda belirtilen şekilde kadınlarca her ay düzenli yapıldığında etkinliği artmış ve kanser tanısında önemli bir metot olmuştur.

2000'li yıllardan önce dünyada yapılan büyük ölçekli bazı çalışmalarda KKMM'nin kadınlar tarafından efektif ve düzenli yapılsa da yeterli bir erken tanı aracı olmadığı, meme kanserine bağlı ölüm oranlarını azaltmadığı, kadınlarda meme kanseri korkusunu arttırdığı, kadınların memelerinde her ele gelen kitle için sağlık birimlerine başvurarak belirli polikliniklerde sıkışmalara ve gereksiz harcamalara neden olduğu gibi sonuçlar elde edilmiştir. Birçok ülkede sağlık otoriteleri bu sonuçların ışığında erken teşhis için kadınların KKMM yapmasını önermekten vazgeçmiştir. KKMM yerine kadınların şüphe varlığında

doktor muayenesi olması önerilmiştir. Aslında burada gözden kaçırılan çok önemli bir husus mevcuttur. Kadınların bu şüpheyi duyabilmeleri için kendi memelerini çok iyi tanımaları gerekmektedir. Bunu da düzenli periyotlarla ve belirtilen algoritmalara uygun şekilde yapılan KKMM ile yapılacağı unutulmaktadır. Diğer atlanılan önemli bir konu da KKMM yapılmayan süreçte kadınlar memelerini tanımayı unutmuş, bunun sonucu olarak da meme kanseri farkındalıklarını kaybetmişlerdir. KKMM uygulamasını önermeyen ülkelerde ve tüm dünyada meme kanseri vakaları azalmadığı gibi ters orantılı olarak sayılar yıllar için de artış göstermiş ve ölüm sayıları artmıştır.

Avrupa'da, Rusya ve Çin'de yapılan iki randomize kontrollü çalışma sonucu elde edilen veriler sonrasında KKMM eğitimleri azaltılıp bazı ülkelerde tavsiye şeklinde yapılması önerilirken bazı ülkelerde tarama programlarından çıkartılıp yapılması önerilmemektedir. Avrupa ülkelerinde bu gelişmelerden sonra yapılan bir çalışmada genç kadınlarda KKMM yapma oranlarının %8 civarında olduğu görülmüştür [9]. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise oranlar daha yüksek çıkmaktadır. Seçginli'nin yaptığı çalışmada Türk kadınları arasında düzenli KKMM yapma oranı %17, G. Koç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %33 bulunmuştur [10, 11].

KKMM eğitimlerinin KKMM uygulama ve farkındalığı arttırmada önemli etkileri vardır. KKMM eğitimleri öncesi ve sonrasında yapılan çalışmalarda kadınların daha çok KKMM uyguladığı görülmüş ve meme kanserine karşı bilgi düzeylerinin arttığı gözlemlenmiştir. A. Kissal'ın çalışmasında eğitim öncesi KKMM yapma oranı %14,6 iken eğitimler sonrasında 6 ay sonra KKMM uygulama oranı %45,8 ve bir yıl sonra %28,1 olmuştur [12]. Avcı ve arkadaşlarının KKMM hakkında video şeklinde görsel eğitim vermeleri sonucu katılımcıların KKMM uygulama bilgi düzeyinde ve KKMM uygulamasını yapmayı düşünmelerinde olumlu değişiklikler olduğunu bildirmişlerdir [13]. KKMM uygulamasını önermeyen ülkelerde son yıllarda meme kanseri farkındalığını arttırmak için bazı çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Avustralya'da kadınların memelerini daha iyi tanıyabilmesi için meme farkındalığı adı altında eğitim programları düzenlenmektedir. Bu programlarda herhangi bir teknik uygulanmadan kadınlara sadece normal meme dokusu tanıtılmaya çalışılmaktadır.

Her ne kadar KKMM uygulanması hakkında olumsuz görüşe rağmen klinik uygulamada birçok kadın düzenli KKMM uygulamaya devam edip memedeki şüpheli kitleleri

için sağlık kuruluşlarına başvurmaya devam etmektedir. Düzenli KKMM uygulaması sonucu kitle şikayeti ile sağlık sunucularına başvurular hakkında literatürde hala olumlu sonuçlar bildirilen çalışmaların olduğu görülmektedir. G. Wilke ve arkadaşları tarafından 147 kadınla yapılan meme kohort araştırmasında KKMM uygulaması kadınlarda yeni oluşan meme kanserlerini %43 oranında tespit etmiştir [14].

Özellikle Çin'de Shangay'da yapılan geniş katılımlı çalışma sonucunda kadınlarca KKMM uygulanması meme kanseri mortalitesi üzerinde etkili olmadığı, sağlık sunucularına gereksiz şekilde yığılmalara yol açtığı ve iyi huylu kitlelere yapılan biyopsi oranlarını arttırdığı açıklanmıştı. Aslında tarama testlerinin özellikleri belirtilirken en önemli husus ilgili kanseri en erken evrede tespit etme gücüne sahip olmasıdır. Meme kanseri ne kadar erken evrede teşhis edilirse ve tedaviye ne kadar erken başlanırsa morbidite ve mortalite oranları daha da azalacaktır. Tarama testlerinin mortaliteye etkisi farklı bir hususdur. Kanser ne kadar geç tespit edilirse mortalite oranları o kadar yüksek olacaktır. Bir tarama testinden istenilen diğer özellikler arasında hastalığa spesifik olması, kolay uygulanabilir olması, topluma uygulanabilir olması, düşük maliyetli olması ve %100'e yakın sonuçlar vermesidir. Kaldı ki meme kanserinde taramada kullanılan hiçbir tarama metodu tama yakın sonuçlar vermediği gibi arada kalınan birçok vakada daha pahalı ve daha invaziv girişimlere geçilmektedir. Bu girişimlerde de birçok vakada iyi huylu kitlelere biyopsiler yapıldığı izlenmiştir. Birleşik Devletlerde yapılan bir araştırmada son on yılda yanlış pozitif mamografi oranı %30 iken, Japonya'da bu oran %10, Avrupa'da ise % 20 olarak izlenmiştir [15]. Bu yanlış pozitifliklere uygulanan daha pahalı girişimler ve biyopsiler sağlık sunucularını hem meşgul etmektedir hem de ekonomik olarak yük oluşturmaktadır. Ayrıca mamografinin 40 yaş altında genç kadınlara önerilmemesi sonucu bu yaş aralığındaki kadınlar eğer KKMM'de uygulamıyorsa tek erken tanı şansları bahsedilen şüphe varlığında KMM ve sonucunda uygulanacak USG gibi diğer tetkik yöntemleri olacaktır. Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde mamografi, KMM ve diğer üst tetkiklere ulaşımda kadınların önünde birçok engel bulunmaktadır. Mamografinin 40 yaş sonrasında tarama programlarında önerildiği şekliyle iki yılda bir çekimler sonucu ya da olası risk artışları nedeniyle her yıl çekilmesi de kadınları iyonize radyasyona karşı savunmasız bırakacaktır. Tabi ki belirtilen bu hususlar ulusal ölçeklerde birçok ülke tarafından tarama programı için kullanılan mamografiyi değersiz kılmamaktadır. Burada konuşulması ve tartışılması gereken asıl konu tarama metotlarının üstünlüğünden çok, bunların eş güdümle ortak fayda gözetilerek bir algoritma içinde birleştirilmesidir. Bir tarama

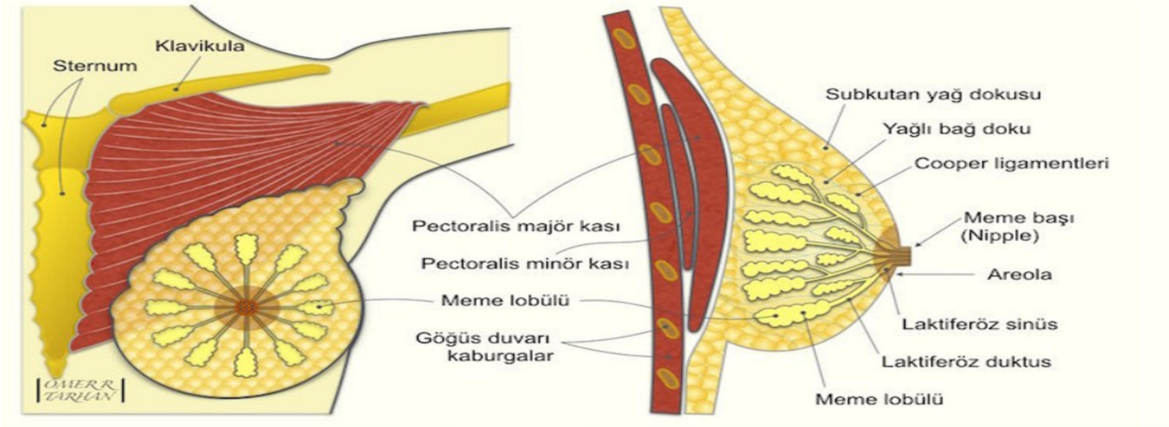
testini dışlayarak meme kanserine bağlı ölümleri azaltamayız. Birçok ülkede KKMM uygulamasının terkedilmesiyle meme kanseri vaka sayısı ve mortalite oranlarında bu süreçte azalma olmadığı yadsınamayacak bir gerçektir.

Meme kanseri taramasında kullanılan maliyeti olan erken tanı araçlarında da yüzde yüz doğru sonuçlar alınamamaktadır. Spesifitesi yüksek, ekonomik değere sahip, uygulama maliyeti olan, özel ekipman gerektiren ve deneyimli personel isteyen tarama testlerinin uygulanabilirliği hastaların ulaşmasındaki zorluklar nedeniyle azalmıştır. Daha iyi sonuç verdiği verilerle kanıtlanmış mamografinin önünde bu kadar engeller varken kadınlara KKMM yapmamasını önermek Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm dünyadaki ülkeler için önerdiği herkese sağlık anlayışıyla ters düşmektedir. Ekonomik yönden zayıf ve gelişmekte olan ülkelerde KKMM uygulamasını bilmeyen kadınlar yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı mamografi çektiremedikleri için meme kanserine karşı şans faktörüyle korunmaktadır. Birçok kuruluş bu yanlışın farkında olmasına rağmen halen birçok ülke tarafından KKMM'ye karşı olumsuz bir politika yürütülmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve Türk Kanser Derneği her ay kadınların KKMM yapmasını önermektedir [16]. Ayrıca düzenli her ay yapılan KKMM ile kadınlar memelerini tanıyacak ve farklılıklar hissettiğinde diğer tarama metotları için sağlık kuruluşlarına gitmeye motive olacaklardır [17].

Çalışmamızda asıl amacımız dünyada ve ülkemizde kadınlarda en çok görülen kanser olan meme kanserinin erken tanısı için artık neredeyse efektif olarak kullanılmayan, ülkelerin sağlık ve eğitim politikalarında yer vermediği, bu yüzden de kadınlar tarafından unutulup uygulanmayan ve özellikle genç kadınların çok az bilgi sahibi olduğu KKMM hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlayarak, uygulanmasını teşvik etmek ve meme kanseri hakkında bilgi düzeylerini arttırıp, farkındalık oluşturmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 MEMENİN ANATOMİSİ



Şekil 2. Memenin Anatomisi [18].

Meme göğüs ön duvarında bulunan, kadından kadına boyutları değişkenlik gösteren, yaklaşık çapı 10-12 cm olan ve birçok hormon tarafından etkilenen bir bezdir. Ortada sternum, yanlarda ön aksiller hat tarafından sınırlanmıştır. 2.ve 6. kostalar üzerinde pectoralis majör kasının üstünde yüzeysel ve derin fasiya tarafından sarılmıştır. Memenin üst dış kısmının aksillaya uzanan bir bölümü vardır.

Meme başı ve areola büyüklüğü meme boyutları gibi kadından kadına farklılıklar gösterir. Meme başı (papilla) genellikle orta klaviküler hatta 4. interkostal aralıkta bulunur. Meme başının zeminini oluşturan pigment içeren alana areola denir. Areola pigmentasyonunu yaş, gebelik gibi faktörler etkiler. Areola üzerinde bulunan Montgomery bezleri emzirme sırasında meme başının ve bu bölgenin kayganlığını sağlarlar.

Meme dokusu gelişim sürecinde ve süt salgılanması esnasında birçok hormon tarafından etkilenir. Bu hormonlar östrojen, progesteron, oksitosin, prolaktin, büyüme hormonu ve tiroid hormonlarıdır.

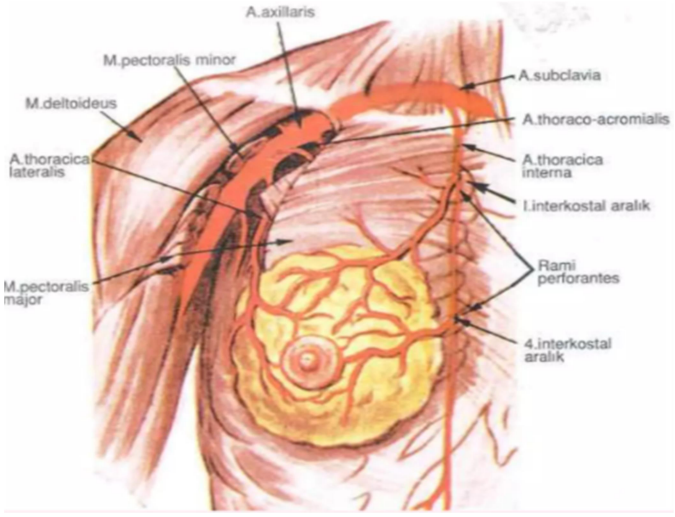
Meme dokusu süt bezleri, yağ dokusu ve bağ dokusundan oluşmaktadır. Meme tübuloalveolar bir bezdir. Meme dokusunda alveoller (asinüsler) birleşerek lobülleri oluşturur.

Her bir lobülde yaklaşık 10-100 asinüs bulunur. Lobüller birleşerek meme loblarını oluşturur. Her lobda ortalama 30 civarı lobül bulunur. Her memede yaklaşık 20 adet meme lobu bulunur. Bu yapılar arasındaki bağlantıyı ductus sistemi sağlamaktadır.

Memede bulunan yağ dokusu östrojen üretiminin yanı sıra memeyi dış etkilerden koruyan yapının en önemli parçasıdır. Meme de bulunan yüzeyel fasya meme başına ve deriye uzantılar gönderir. Yüzeyel fasya böylece memenin deriye tutunmasını sağlar ve asıcı görevde rol oynar. Yüzeyel fasya ayrıca derin fasyaya da uzantılar göndererek lobları düzenli olmasa da ayıran fibröz yapılar oluşturur. Bu fibröz yapıların içinde lenfatik damarlarda bulunur. Bu fibröz bantlar memenin üst kısmında ligamentum suspensoria mammaria'yı oluşturup memenin deriye sıkıca tutunmasını sağlar. Meme kanserinin ilk evrelerinde yayılmada ve memede derisinde çekilme belirtisinde (portakal kabuğu görüntüsü) fibröz bantlar ve içindeki lenfatikler çok büyük önem arz etmektedir. Derin fasya ile meme arasında gevşek bağ dokusu içeren bir alan bulunmaktadır. Retromamiller alan denilen bu bölge memenin fasya üzerinde serbestçe hareketine olanak sunar.

2.2.MEMENİN KAN DOLAŞIMI

Memenin arteryel beslenmesinin çoğu 3 arter tarafından sağlanır. Subclavian arterin bir dalı olan internal torasik arterin 2, 3, 4 medial dalları memenin en büyük damarlarıdır. Memenin medial kısmı bu arterler tarafından beslenir. Aksiller arterden çıkan torasik ve torakoakromiyal arter dalları ise memenin lateral kısmını besleyen arterlerdir. Memenin arka ve derin kısmı ise 2, 3 ve 4. posterior interkostal arterlerden çıkan anterior ve lateral dallar tarafından beslenir. Memeyi besleyen bu 3 arter arasında zengin bağlantılar mevcuttur.



Şekil 3. Memenin Arterleri [19].

Memenin venöz dolaşımı arteryel dolaşıma benzer. Venöz dolaşım aksiller ven, internal torasik ven, lateral torasik ven ve interkostal venler aracılığı ile olur. Ana ven vena aksillaristir. Arkada bulunan interkostal venler, azigos venlere ve vertebral venlere boşalır.

Memenin lenfatik drenajının büyük kısmı aksiller lenf nodlarına dökülür. Kalan diğer kısım ise internal mammarian arter ve ven boyunca seyreden internal mammarian lenf nodlarına dökülürler. Memede lenfatik pleksuslarda bulunur. Subareolar bölgede yerleşimli Sappey Pleksusu ile pektoralis majör kasının önünde yer alan derin meme pleksusudur. Memenin lenfatik akımı meme kanserleri için önemlidir. Meme kanseri başlıca yayılım yolu lenfatik drenajdır. O yüzden memenin lenfatik sistemi tedavi şekillenmesinde de önemli rol oynar.

2.3.MEME MUAYENE ve TARAMA YÖNTEMLERİ

2.3.1 Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi sağlık kuruluşlarında deneyimli hekim ve sağlık personeliyle beraber yapılmaktadır. Kadınları doktor muayenesine getiren şikayetler meme başı akıntıları, ağrı ve en önemlisi de kitle şikayetidir. Fizik muayene inspeksiyon ve palpasyon olmak üzere iki aşamadan oluşur. İlk önce inspeksiyon ile deri incelenir. Deri üzerinde ödem, eritem, çekilme, sellülit ve apse gibi belirtiler görülebilir. Eller yanda doğal pozisyonda iken memenin büyüklükleri, memelerin şekilleri, simetrisi, meme başı şekli ve yüksekliği değerlendirilir. Değerlendirme sırasında memede izlenebilecek anormalliklerin çoğundan sorumlu meme kanserleridir.

Palpasyon aşaması iki aşamalı bir muayenedir. Oturur pozisyonda ve yatar pozisyonda yapılır. Palpasyon muayenesinde elin üç orta parmağının pulpa kısımları muayene için kullanılır. Oturur pozisyonda ilk önce koltukaltı ve supraklaviküler lenf nodu muayenesi yapılır. Sol koltukaltı sağ elle, sağ koltukaltı sol elle muayene edilir. Muayene sırasında muayeneyi yapan hekimin boşta kalan kolu üzerine hastanın muayene edilen taraftaki kolu indirilerek o bölgenin gevşemesi ve rahat ve derin muayene edilmesine olanak sağlar. Koltukaltı parmak uçları ile göğüs duvarı arasına sıkıştırıp aşağıya doğru inilerek lenf nodu

olup olmadığı açısından değerlendirilir. Kollar doğal pozisyona getirildikten sonra supraklaviküler bölge değerlendirilir. Oturur pozisyonda yapılan diğer muayene iki el arasına alınan meme dokusunun mamografi çekim tekniğine benzer şekilde rahatsızlık ve ağrı hissi uyandırmadan sıkıştırılıp muayene edilme şeklidir.

Palpasyonun ikinci aşaması yatar pozisyonda yapılır. Yatar pozisyonda iken memenin dokusunun daha yaygınlaşıp göğüs duvarı üzerinde daha ince bir yapıya gelmesi için hastanın muayene edilecek taraftaki eli başının altına konması istenir. Bu işlemle gerekli düzleşme sağlanamazsa hastanın sırtına yastık konulur. Yatar pozisyonda meme dokusunun muayenesi sirküler, ışınsal ve dalgasal (vertikal) metotlardan biri kullanılarak tüm meme dokusu muayene edilir. Muayene elin 3 parmağı kullanılarak yüzeyel, yüzeyel ve derin arası ve derin palpasyon şeklinde yapılır. El parmakları ile göğüs duvarı arasına alınan meme dokusu ağrı oluşturmayacak şekilde bası uygulanarak muayene edilir. Muayene esnasında bulunan ya da hastanın belirttiği bölgedeki kitle kıvamı, şekli, derinliği, lokalizasyonu, büyüklüğü, hareketliliği açısından değerlendirilip muayene formuna kaydedilir.

KMM yapılmasını bazı faktörler etkilemektedir. KMM için deneyimli bir ekip ve sağlık kuruluşu gerekmektedir. Bu yüzden kadınların KMM'ne ulaşmasında bazı engeller mevcuttur. Sosyal güvence eksikliği, utanma duygusu, ulaşım, düşük ekonomik seviye ve meme kanseri farkındalığının az olması gibi bazı faktörler kadınların sağlık sunucularına ulaşımında engeller oluşturmaktadır. Ayrıca değerlendiren klinisyenin tecrübesi de KMM sonuçlarını etkileyebilmektedir. Hindistan ve Çin gibi büyük nüfusa ve geniş coğrafya sahip ülkelerde ekonomik maliyetli mamografiye ulaşmada zorluklar nedeniyle taramalarda KMM tercih edilmektedir. Çin'de meme kanseri taramasında henüz kabul görmüş bir tarama algoritması yoktur. Şangay'da yapılan randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarına rağmen kadınların hiç korunmamasındansa tarama olarak düşük etkili KKMM yapmasını öneren literatürde çalışmalar mevcuttur [20].

2.3.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesi tüm kadınlar tarafından yapılması önerilen, invaziv olmayan, uygulama için herhangi bir cihaz gerektirmeyen, ekonomik, güvenli, çok kısa süren ve kadınların kendi memelerini tanımalarını sağlayan ve bunun sonucunda meme kanseri

farkındalıklarını arttıran bir işlemdir. Kadınların belirli bir zaman diliminde memelerinde oluşan değişiklikleri gözlemlediği bir muayenedir.

KKMM 20 yaşından itibaren menopoza kadar her ay menstruel siklusun 5-7. günleri arası yapılması önerilmektedir. Menopozdan sonra ise her ayın belirli bir günü seçilip her ay düzenli yapılır. Emziren kadınlar ve gebelerde KKMM yapmalıdırlar. Emziren kadınlar her ayın belirli günü emzirme işlemi bittikten sonra ve memeler boşaltıldıktan sonra KKMM uygulayabilirler. Doğum kontrol hapı kullanan kadınlar ise ilaca başlamadan önceki günde KKMM uygulamasını yapabilirler.

Yapay ve silikon meme maketlerinde KKMM ile 0,3 cm'ye kadar kitlelerin bulunabildiği söylenmektedir.

KKMM'nin iki aşaması vardır. İlk aşaması gözlem ya da gözle değerlendirmedir. İkincisi elle muayenedir. Elle muayene ayakta ve sırtüstü yatarken yapılabilir.

1-Ayna Karşısında Kendi Kendine Meme Muayenesi:

Ayakta ayna karşısında eller yandayken, yukarı kaldırıldıklarında veya eller bele sıkıca bastırıldıklarında memeleri gözlem esasına dayanır. Memelerin koltuk altından sternuma kadar, klaviculadan memenin alt sınırına kadar tüm bölge farklılıkları izleyebilmek için gözle değerlendirilir. Her iki memenin simetrisi, büyüklüğü, şekilleri, sarkma oranları değerlendirilir. Meme cildi üzerinde kızarıklık, şişlik, çekilme, portakal kabuğu görünümü ve gamzeleşme açısından inceleme yapılır. Meme başı kontrol edilir. Meme başında tek taraflı içe dönme, kızarıklık, akıntı ve kanama olup olmadığı incelenir.

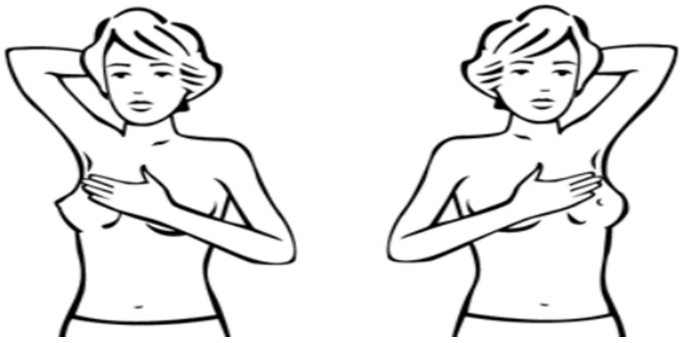


Şekil 4. Ayna Karşısında KKMM Uygulaması [21].

2- Elle Kendi Kendine Muayene:

a. Ayakta Elle Kendi Kendine Muayene

KKMM'nin ikinci aşamasında elle kontrol yapılır. Elin 3 orta parmağının iç kısımları ile ayakta memenin değerlendirilmesi işlemidir. Meme dokusu kadınların tercih şekline göre ışınsal, sirküler veya vertikal olarak incelenir. Meme dokusuna yüzeyel ya da derin bası şeklinde bastırılarak yapılır. Ayakta elle değerlendirmede ise değerlendirilen taraftaki el baş üzerine konur. Diğer taraftaki elin orta 3 parmağının iç kısmıyla değerlendirme yapılır. Aynı işlem diğer memeye de aynı şekilde uygulanır. Ayakta elle muayeneyi kadınlar duş alırken sabunlu iken de yapabilirler. Sabunun verdiği kayganlık hissiyle muayene işlemi daha kolay yapılabilir.



Şekil 5. Ayakta KKMM Uygulaması [22].



Şekil 6. Duşta KKMM Uygulaması [22].

b. Sırtüstü Yatarken Elle Muayene:

Sırtüstü rahat pozisyonda yatılır. Yatarak pozisyonda değerlendirilen taraftaki el başın altına konur ya da o taraf göğsün altına yastık konulur. Diğer elin 3 parmak ucu ile memenin değerlendirilmesi yapılır. Aynı işlem diğer meme içinde uygulanır.



Şekil 7. Sırtüstü Yatarken KKMM Uygulaması [22].

KKMM de tek bir meme içinde sert, düzensiz sınırlı, hareketsiz, meme cildinde çekilme ya da çökme yapan, ağrısız kitleler klinisyenler tarafından değerlendirilmelidir.

Ergenlik döneminden 40 yaşına kadar kadınların her ay düzenli olarak KKMM yapması ve bu süreçte her üç yılda bir klinik meme muayenesi yaptırması önerilmektedir. 40 yaşından itibaren menopoz dönemine kadar her ay düzenli KKMM, her yıl KMM ve her iki yılda bir mamografi çekilmesi ve menopozdan sonra da her ayın belirli bir günü KKMM yapılması, her yıl KMM ve yine 2 yılda bir mamografi çekilmesi önerilmektedir.

2.3.3.MAMOGRAFİ

Meme kanserinin erken tanısında birçok ülke tarafından kabul görmüş şekilde taramada ilk kullanılan yöntemdir. Mamografi tanısal amaçlı kullanılan mamografi ve tarama amaçlı kullanılan mamografi olmak üzere iki tiptir. Mamografide iki plaka arasında sıkıştırılan meme dokusunun filmi çekilir. Çekilen bu özel düşük dozlu X ışını filmi 2 boyutludur. İnvaziv ve ekonomik değeri olan bir çekimdir.

Büyük ve yoğun meme dokusu içeren memelerin mamografi çekiminde kanser dokusu atlanması olasıdır. En iyi merkezlerde ve gelişmiş yeni tip mamografilerle çekimlerde dahi tanı yüzde 85 civarındadır.

Çin'de 2005 yılında 1 milyon kadın için başlatılan mamografi ve USG ulusal taraması ekonomik nedenler ve yanlış pozitif teşhisler nedeniyle tamamlanamamıştır [23, 24]. 2014'de Çin'de merkezde yaşamayan bir Çinli kadının mamografiye ulaşım maliyeti 30 doların biraz üstündedir [23].

Mamografi bir kitlenin benign ve malign ayrımı için istenebilir. Ayrıca multifokal (aynı kadranda birden fazla meme kanseri oluşması) ya da multisentrisite (farklı kadranlarda meme kanseri oluşması) ayırımında mamografi çekilmesi yararlıdır. Meme kanseri varlığında diğer meme için de mamografi taraması istenir. Meme kanseri tedavisi sonrası nüksleri izlemek için de yine mamografiden yararlanılır.

Kadınların bu tarama aracına ülkemizde sosyal güvence varlığında klinik doktor muayenesi sonucunda ulaşabilirler. Ücretsiz olarak da TSM'lere (Toplum Sağlığı Merkezi) bağlı KETEM'lerde (Kanser Erken Tarama-Teşhis ve Eğitim Merkezi) ya da bazı özel tarama programları (KETEM'ler tarafından ilçelere gönderilen tarama araçları) sonrası ulaşabilir. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programları kapsamında KETEM'lerde 40-69 yaş arasındaki kadınlara her 2 yılda bir ücretsiz mamografi çekimi yapılmaktadır. M.A. Eryılmaz ve arkadaşlarının Konya İlinde yaptıkları çalışmalarının sonuç bölümünde meme kanseri erken teşhisinin KETEM'lerde hastanelere göre kanserin daha erken evrelerinde yakalandığını belirtmişlerdir [25].

2.3.4. ULTRASONOGRAFİ

Ses dalgalarının katı, sıvı ve gaz gibi bölümlerde iletimi prensibi ile çalışan, pratik, ekonomik, invaziv olmayan, radyasyon yaymayan, tanısal ve tarama amaçlı kullanılabilen bir cihazdır. Meme kanseri taramasında rutinde kullanılan bir metot değildir. Mamografi çekimi sonrası şüpheli ve arada kalınan olgularda, meme boyutunun büyük olduğu durumlarda ve yoğun meme dokusu içeren olgularda yararlıdır. Kitlenin solid–kistik ayırımının yapılmasında oldukça değerlidir. Genç yaşlarda şüpheli olgularda memenin daha çok fibroglandüler yapı içermesinden dolayı USG istenir. Aile öyküsü olan genç kadınların tarama muayenelerinde mamografi yerine tercih edilir. Derin yerleşimli meme kitlelerinin ve koltuk altı lenf

bezlerinin görüntülenmesinde değerlidir. İİAB (İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi) yapılırken eş zamanlı USG çekimi yapılır. Memedeki kitlenin biyopsi için işaretlenmesi amacıyla da kullanılır. Kanser nüks değerlendirilmesi için de USG belirli aralıklarla istenir.

2.3.5 MANYETİK REZONANS

Manyetik rezonans görüntüleme yöntemi günümüzde mamografi ile birlikte kullanılmaktadır. Bu cihazda radyasyona maruziyet olmaz. Güçlü mıknatıslar arasında vücudun kesitsel görüntülerine ulaşılır. Pahalı olması, kitlenin gösterilmesi için intravenöz kontrast madde kullanılması, invaziv ve uzun süren bir işlem olması, kolayca ulaşılabilen bir cihaz olmaması, çekim aşaması ve değerlendirme süreci içinde eğitimli personele ve özel ekipmanlara ihtiyaç duyulması nedeni ile tarama amaçlı kullanılmamaktadır. Şüpheli olgularda benign-malign ayırımında, derin yerleşimli kitlelerin varlığında, aynı memedeki kanserin yayılması sonucu diğer odakların gösterilmesinde, farklı tip meme kanserlerinin aynı meme içindeki farklı yerleşimlerinin işaretlenmesinde ve cerrahi sınırlarının belirlenmesinde kullanılır. Meme kanseri için yüksek risk barındıran kadınların taranmasında mamografi ile birlikte MRG her yıl çekilmesi istenir [7].

2.3.6. DİĞER GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

Meme kanseri taramasında ilk kullanılan tetkik mamografidir. Yardımcı görüntüleme yöntemleri ise USG ve MRG'dır. Diğer görüntüleme yöntemlerinden bilgisayarlı tomografi ve PET'de tanı konulmuş meme kanseri vakalarında abdomen ve göğüs boşluğundaki metastaz odaklarını taramak için kullanılmaktadır. Rutinde bunun dışında kullanılmamaktadırlar.

Yeni kullanıma giren kısa hızlı çekim MRG ve meme tomosentezi (3D mamografi) ile veriler henüz net değildir. Çok yeni görüntüleme yöntemleri olup zamanla klinisyenler tarafından kullanıldıkça değerlendirileceklerdir.

Nükleer tıpta kullanılan sintimamografi, BSGİ (memeye spesifik gama görüntüleme) ve MBI (moleküler meme görüntüleme) gibi yöntemler invaziv yöntemler olup kana radyonüklid maddeler verilerek memenin görüntülemesi yapılır. Bu çekimlerde radyasyona maruziyet mevcuttur.

2.4. MEME KANSERİ

2.4.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

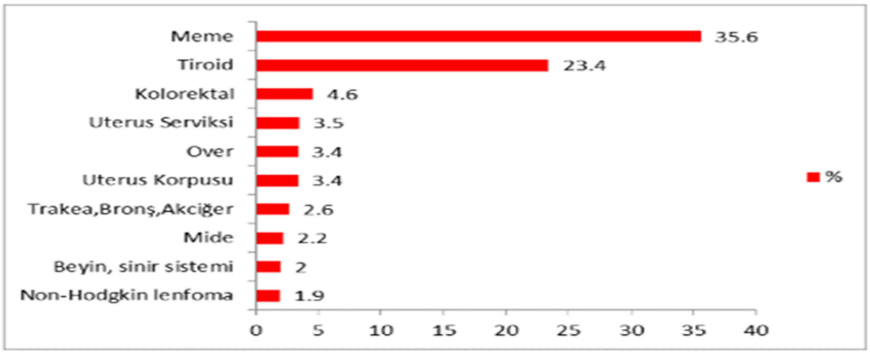
Meme kanseri kadınlarda dünyada en çok görülen kanser türüdür. 2020 yılında tüm dünyada 2,3 milyona yakın yeni meme kanseri vakası bildirilmiştir. Amerika'da kadınlarda meme kanseri cilt kanseri sonrasında en çok görülen kanser olup kadınlarda her yeni görülen kanserin %30'unu meme kanseri oluşturmaktadır [26].

Meme kanseri kadınlarda en çok görülmesinin yanında meme kanserinden ölüm oranları da yüksek seyretmektedir. 2020 yılında dünyada 685 bin kadın meme kanserinden ölmüştür.

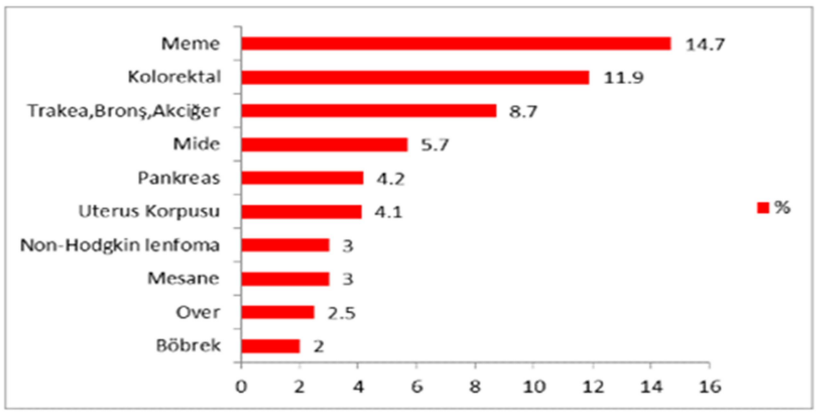
ABD'de kadınlarda her yıl görülen kanserlerin yaklaşık %30'unu meme kanseri oluşturmaktadır. ABD'de bir kadının hayatı boyunca meme kanserine yakalanma riski %12 civarındadır. ABD'de yapılan son çalışmalarda tüm kanserlerde yıllar içinde ölüm oranlarında azalmalar tespit edilmiştir. Fakat kadınlarda meme ve endometrium, erkeklerde ise prostat kanserindeki insidans artışının olması sonucunda bu kanserlere bağlı ölümlerin artması, Birleşik Devletlerde kansere bağlı ölüm oranlarını ileriki yıllarda tekrardan yükselteceğini göstermektedir.

Meme kanseri tüm dünyada genellikle orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda daha çok izlenmektedir. Genellikle meme kanseri teşhisi konulan kadınlar 60 yaş üzerindedir. Daha az sıklıkta ise meme kanseri tanısı 45 yaş altında konulmaktadır. Ülkemizde de ise farklı yaş gruplarında meme kanseri oranları değişmektedir. Çoğu yaş gruplarında kadınlarda görülen en sık kanser meme kanseridir. Ülkemizde 2017'de yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığında farklı yaş gruplarındaki meme kanseri oranları aşağıda tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 3. Türkiye'de 25-49 yaş aralığında kadınlarda en çok görülen kanserlerin dağılımı [27].



Tablo 4. Türkiye'de 70 yaş ve üstü kadınlarda en çok görülen kanserlerin dağılımı [27].



2.4.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Birçok kanserin etiyolojisi halen tam bilinmezken meme kanserinin de etiyolojisi tam çözülememiştir. Meme kanserine yol açabilen bazı faktörler ve risk faktörleri aşağıda belirtilmiştir. Meme kanserine yol açan risk faktörleri iki kısımda incelenebilir:

2.4.2.1.Değiştirilemeyen Risk Faktörleri:

Meme kanseri etiyolojisinde cinsiyet, yaş, aile öyküsü, genetik, meme kanseri öyküsü, ırk ve etnik köken, erken adet görmek, geç menopoza girmek, iyonize radyasyona maruziyet, uzun boylu olmak değiştirilemeyen risk faktörleridir.

a. Cinsiyet: Değiştirilemeyen grubun en önemli risk faktörüdür. Kadın cinsiyete sahip olmak erkek cinsiyete göre yüksek riski beraberinde getirir.

b. Yaş: Neredeyse tüm kanserlerde sorumlu tutulan bir faktördür. Yaşın ilerlemesi kanser riskini arttırmaktadır. Meme kanserinin de %80'i 50 yaş üzeri kadınlarda görülürken, %30'u 70 yaş üzeri kadınlarda izlenir.

c. Aile Öyküsü: Ailesinde meme kanserine yakalanmış bir kadın varsa ailenin diğer kadın bireylerinin de meme kanseri riski artmıştır. Ailesinde veya 1. derece yakınlarında meme kanserine yakalanmış biri varsa ailedeki diğer kadınlar da meme kanseri açısından taranmalıdır. Bu kadınlarda risk 2 kat artmış olup, eğer ailede meme kanseri olan 2 kadın varsa risk artışı 3 katına yükselmiştir. Yine ailesinde babasında ya da erkek kardeşinde meme

kanseri öyküsü olan kadınların da meme kanseri riskinde artış söz konusudur. Birçok kadın meme kanserlerinde ise aile öyküsü izlenmemektedir.

d. Genetik: Meme kanserinde önemli risk faktörlerinden biridir. Genetik faktörler %5-10 arası sorumlu tutulur. Özellikle BRCA-1 ve BRCA-2 genlerindeki mutasyonlar meme kanserinde önemlidir. Normalde bu genler hasarlı DNA'yı onaran genlerdir. Bu genlerin yapılarındaki bozulmalar kalıtsal olarak iletilerek meme kanserinin genetik geçişinde rol oynar. BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonuna sahip kadınların 80 yaşına kadar meme kanseri olma riski %70'dir. Ayrıca bu mutasyona sahip ailelerde meme kanseri görüldüğünde bu risk daha da artar. Bu mutasyonlara sahip kadınların daha genç yaşta meme kanserine yakalanma olasılığı artmakla beraber yumurtalık kanseri ve diğer kadın kanserlerinin de görülme olasılığı artmıştır.

BRCA gen ailesi kadar olmasa da bazı genlerde görülen mutasyonlarda meme kanseri riskini arttırmaktadır. Bu genler ATM, PALB2, TP53, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11 olup, bu genlerde izlenen mutasyonlar meme kanseri riskini arttırmaktadır.

Bazı ülkelerde genetik danışmanlık sonucu genetik testler de istenmektedir. Yüksek risk içeren kadınlarda ve aile öyküsü pozitif kadınlarda genetik olarak BRCA1, BRCA2 genlerindeki mutasyonlar araştırılmaktadır. Ayrıca bu kadınlarda PTEN, TP53 gibi daha az meme kanserine yol açan genlerdeki mutasyonlara da bakılmaktadır.

e. Meme Kanseri Öyküsü: Daha önce meme kanseri geçirmiş bir kadının nüks olmadan aynı memesinde yada diğer memesinde farklı bir meme kanseri gelişme riski artmıştır.

f. Irk ve Etnik Köken: Amerika da yapılan yeni çalışmalarda beyaz ırkta ve Afrikalı Amerikalı kadınlarda meme kanseri görülme oranları neredeyse eşit sayılara ulaşsa da hala beyaz ırkta biraz daha fazladır. Siyah ırktaki kadınlarda 40 yaş altı meme kanseri görülme oranları beyaz ırka göre fazla izlenmektedir. Meme kanseri vakalarında siyah ırkta 40 yaş altında ölüm oranları daha yüksektir. Amerika'da yaşayan diğer etnik kökenli kadınlarda ise meme kanserine yakalanma oranları daha düşük tespit edilmiştir.

g. Erken Menstruasyon: Erken adet görmeye başlamak (12 yaş altında) riski arttırmaktadır. Çünkü bu kadınlar daha fazla adet görmektedir. Normal kadınlara göre daha fazla adet gördüklerinden östrojen ve progesterona daha fazla maruz kalmaktadırlar.

h. Geç Menopoz: Kadınların daha geç yaşlarda (55 yaş ve üstü yaşlarda) menopoza girmesi erken menstruasyon ile aynı nedenlerden dolayı riski arttırmaktadır.

ı. Radyasyona Maruziyet: Baş, boyun yada göğüs kanseri için genç yaşlarda radyasyon tedavisi almak ileri yaşlarda meme kanseri riskini arttırmaktadır. Neden olarak genç kadınların meme gelişimleri hale sürdüğünden alınan radyasyon tedavisi meme kanseri riskini büyük oranda arttırmaktadır [28].

i. Uzun Boylu Olmak: Oluş mekanizması tam olarak bilinmese de yapılan çalışmalarda daha uzun boylu kadınların yaşamlarının ilk dönemlerinde maruz kaldıkları hormonlar, bu kadınların genetik kökenleri ve bu süreçteki beslenme alışkanlıkları olası nedenler arasında sayılmaktadır.

j. Meme Dokusu Yapısı: Meme glandüler yapılar, yağ dokusu ve fibröz dokulardan oluşmaktadır. Meme dokusu yoğun olan kadınların meme kanseri riski artmıştır. Mamografi çekimlerinde de yoğun meme dokusu meme kanseri imajlarını gösteremeyebilir. Ayrıca meme değerlendirmeleri yapılırken erişkinlik, gebelik, emzirme ve menopoz gibi dönemlerde farklı meme doku içeriklerine memenin sahip olduğu unutulmamalıdır.

k. Benign Meme Hastalıklarına Sahip Olmak: Benign meme rahatsızlıklarına sahip olan kadınların meme kanserine yakalanma risklerinde artış olduğu belirlenmiştir. Benign meme hastalıkları risk oluşturma durumlarına göre kendi aralarında gruplara ayrılır:

1.Proliferatif Olmayan Meme Hastalıkları: Bu grup meme kanseri riskini çok az oranda etkilemektedir. Bu grupta aşağıda belirtilen hastalıklar bulunur:

a. Yağ Nekrozu

b. Mastit (Memenin enfeksiyonudur ve kanser riski yoktur.)

c. Fibrokistik Değişiklikler

d. Basit kistler

e. Adenoz (Sklerozis olmadan)

f. Duktal Atelektazi

g. Filloides Tümör (İyi huylu)

h. Tek bir Papillom

ı. Diğer Tümörler (Hamartom, Hemanjiyom, Lipom)

2. Atipi İçermeden Proliferasyon Görülen Meme Hastalıkları: Hücrelerde boyut olarak büyüme vardır ama atipi izlenmez. Bu gruptaki hastalıklar:

a. Fibroadenom

b. Birden fazla papillom

c. Duktal hiperplazi (atipisiz)

d. Sklerozan Adenoz

3. Atipi içeren Proliferatif Hastalıklar: Bu hastalıklarda meme doku hücrelerinde büyümenin yanında atipi de mevcuttur. Bu gruptaki hastalıklar:

a. Atipik Duktal Hiperplazi

b. Atipik Lobüler Hiperplazi

Bu iki hastalığa sahip kadınlarda meme kanseri risk artışı 4-5 kattır. Bu kadınlarda aile öyküsü mevcudiyeti bulunması halinde risk daha da artış gösterir.

2.4.2.2.Değiştirilebilen Risk Faktörleri:

Bu gruptaki faktörlerin bazıları kadınların genellikle yaşam tarzları ile ilişkilidir. Bu faktörler kesin meme kanseri oluşturmamaktadır. Ama yapılan çalışmalarda bu risk faktörlerini barındıran kadınlarda meme kanseri riski artmıştır. Bu faktörler arasında obezite, alkol kullanımı, beslenme şekli, oral kontraseptif ve hormonal ilaç kullanımı, düşük fiziksel aktivite, sigara kullanımı, çevresel bazı kimyasallar, bazı vitamin eksiklikleri, gece vardiyasında çalışmak, emzirme yer alır.

a. Emzirme: Emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir. Emzirme sonucu adet döngüsü prolaktin hormonunun etkisiyle baskılanır. Baskılama sonucu adet döngüsü gecikir. Burada ki süreç erken menstruasyon ve geç menopoz ile aynı nedenlere dayandırılmaktadır.

b. Obezite: Fazla kilolu ve obez kadınlarda menopozdan sonra meme kanseri riski artmıştır. Menopozdan önce kadınlarda östrojen üretimini büyük kısmını overler sağlarken az miktarda yağ dokusunda üretim olmaktadır. Menopozdan sonra ise overlerde üretim durduktan sonra üretim sadece yağ dokusunda olur. Obez ve fazla kilolu kadınlarda yağ dokusu miktarı fazla olduğundan östrojen üretimi de fazlalaşmaya başlar. Meme kanseri riskini bu mekanizma ile arttırdığı düşünülmektedir.

Obez ve fazla kilolu kadınlarda ayrıca artan insülin direnci nedeniyle bazı kanserlerde artış olmaktadır. Yüksek insülin direncine sahip olmak meme kanseri riskini de arttırdığına dair çalışmalar mevcuttur.

c. Alkol Kullanmak: Alkol kullanımı sonucu birçok kanser riskinde artış mevcuttur. Alkol kullanan kadınlarda meme kanseri riskinde artış tüketilen alkol miktarıyla paralellik göstermektedir. İçilen günlük miktar ne kadar fazlaysa meme kanseri riskinin artışı da o kadar fazlalaşmaktadır.

d. Beslenme Şekli: Kadınlarda çok farklı beslenme ve diyet şekilleri olduğundan bu konuda anlamlı risk artışını gösteren çalışma yapmak son derece zordur. Son zamanlarda özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmalarda yüksek yağ içeren diyetlerle meme kanseri riski arasında çok anlamlı ilişki kurulamamıştır. Beslenme de yüksek yağlı gıdalar tüketen ve düşük fiziksel aktiviteye sahip kadınlarda gelişen obezite ve fazla kilo yağ dokusunu arttırdığından bu mekanizma ile meme kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda yüksek miktarda beslenmesinde sebze ve meyve tüketen kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığı belirtilmiştir. Meyve ve sebzelerin yüksek oranda lif içermeleri ve yapılarında bulunan antioksidanların risk azaltıcı etkileri bulunmaktadır. Kalsiyum içeren süt ve süt ürünleri tüketen kadınlarda da riskte düşüşler izlenmiştir. Bitkilerde bulunan fito östrojenlerin meme kanseri riskinde azalmaya neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Fito östrojenler soya ürünlerinde, keten tohumunda ve bazı

sebzelerde bulunmaktadır. Özellikle Asyalı kadınlarda genç yaşlarda soya ürünleri tüketimi sonrası meme kanseri riskinde azalma olduğunu gösteren uzak doğuda yayınlanmış yayınlar mevcuttur.

Diyette yüksek oranda kırmızı işlenmiş et ürünlerini tüketen kadınlarda kalp hastalıklarının yanında meme kanseri de dahil, bazı kanser türlerinde artış olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur.

e. Sigara Kullanımı: Sigara kullanımı özellikle akciğer kanseri riskini arttırırken ve birçok kanser içinde risk artışına neden olmaktadır. Meme kanseri ile sigara içimi arasında anlamlı bir ilişki çalışmalarda bulunamamıştır.

f. Düşük Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivitenin vücut kitle indeksinin normal seviyelerde tutulması için gerekli olduğu bilinmektedir. Önemli olan konu ne kadar fiziksel aktivite yapılması gerektiğidir. Fiziksel aktivite yapan kadınlarda meme kanseri riskinde azalma izlenmesinde rol oynayan faktörler kilo alınmasının önüne geçilmesi ve bazı hormonların devreye girmesi şeklinde belirtilmiştir. Amerikan Kanser Derneği erişkinlerin her hafta 75-150 dakika arası hafif ya da 150-300 dakika orta derecede veya ikisini de içinde barındıran egzersiz programlarını sağlıklı olabilmek için yapılmasını önermektedir.

g. Gece Vardiyasında Çalışan Kadınlar: Tam nedeni aydınlatılmasa da gece nöbetlerinde ve gece saatlerinde sürekli çalışan kadınlarda artmış meme kanseri riskinden bahsedilmektedir. Burada artmış riske melatonin ve diğer bazı hormonların etkisinin neden olduğu belirtilmektedir.

h. Çevresel Bazı Kimyasallar: Kadınların çevresinde bulunan bazı maddeler (plastik içerikli ev aletleri) veya kişisel bakım için kullandıkları ürünlerdeki (parfüm, deodorant, kolonya, nemlendirici, makyaj ürünleri, ter gidericiler) özellikle östrojen benzeri ya da onun gibi etki gösteren kimyasallar suçlanmaktadır. Bu maddeler risk artışında suçlanmış olmasına rağmen bu konuda tam da net kanser riski arttırıcı etki gösterilememiştir.

Koltuk altı bölgesine sıkılan parfüm, deodorant gibi kimyasallar aksillada bulunan lenf nodlarına kadar ulaşıp buradaki lenf akımını bozduğuna ve meme kanseri riskini arttırdığına dair suçlamalar olsa da bu konuda kanıtlanmış bir risk artışı olmamakla beraber daha çok araştırma ve çalışma yapılması gerekmektedir.

ı. Vitamin Kullanımı: Vitamin kullanımı ve çeşitli gıda takviyeleri kullanımı ile ilgili kesin kanıtlanmış bir veri yoktur. Alkol kullanan kadınlarda folat alımı arttırıldığında meme kanseri riskinin azaldığını gösteren çalışmalar vardır.

i. Oral Kontraseptif ve Hormonal İlaç Kullanımı: Genç yaşlarda başlanan ve uzun süreli kullanılan oral kontraseptifler meme kanseri riskinde ve kalp rahatsızlığı riskinde artışlara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda oral kontraseptif kullanan kadınlarda kullanmayan kadınlara göre meme kanserine yakalanma riskinde artış izlenmiştir. Doğum kontrolünde kullanılan aylık ve 3 aylık hormon iğneleri, hormon içeren RİA ve deri implantları da yapılarında bulunan hormonlar nedeniyle risk artışına neden olduğu belirtilse de kesin kanıtlanmış verilere henüz ulaşılamamıştır.

Menopozun istenmeyen belirtilerini azaltmak ve menopoz sonrası oluşan osteoporozu önlemek için kullanılan östrojen ve progesteron içeren kombine hormonal ilaçların kullanılması veya sadece östrojen tedavisi verilmesi meme kanseri ve rahim kanseri riskinde artışlara neden olmaktadır. Bunun yanı sıra östrojen ve progesteron içeren kombine hormon tedavileri menopoz sonrası kalp hastalıkları artışına, kan pıhtılaşma bozukluklarına yol açmaktadır. Menopozdan sonra sadece östrojen tedavisi verilmesi de inme riskini arttırmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda sadece östrojen tedavisi verilmesi riski arttırırken bazı çalışmalarda riski azalttığı belirtilmiştir.

Menopozda ortaya çıkan belirtilerin azaltılması için verilecek hormonal ilaçlar klinisyenler tarafından olası riskler belirlendikten sonra kar ve zarar oranları belirlenerek en kısa sürede ve en düşük dozda reçete edilerek verilmelidir.

j. Gebe ve Çocuk Sahibi Olmak: Yapılan araştırmalarda genç yaşlarda gebe kalmanın ve birden fazla gebelik geçirip çocuklarını emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı

görülmüştür. Hiç gebe kalmamak, gebelik sonrası emzirmemek, 30 yaştan sonra çocuk sahibi olmak meme kanseri riskinde artışlara neden olmaktadır. Gebelikte birçok hormon görev yaptığı için gebelik sonrasında meme kanseri riskinde hafif bir artış izlenmiştir. Bu risk gebelikten sonra yıllar içinde azalmaktadır.

2.4.3. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Meme kanserinin en önemli belirtisi ele gelen ağrısız kitle hissidir. Yapılan çalışmalarda kadınlar tarafından hissedilen kitlelerin %90'ı iyi huylu karakterde çıkarken % 10'u ise kötü huylu karaktere sahiptir. Kadınların meme kanseri belirtilerini bilmesi farkındalıklarının artmasına ve meme kanserine belirtilerinin değerlendirilmesinde daha dikkatli olmalarını sağlar. Meme kanserini düşündüren veya şüphelendiren belirti ve bulgular şunlardır:

1- Meme dokusunda ele gelen şişlik veya kitle olması

2- Meme şeklinde, büyüklüğünde ve simetrisinde değişiklik

3- Meme derisinde çekilme, çökme (dimpling) ve kızarıklıklar olması

4- Meme ucu şeklinde değişiklikler (içe dönüklük, kalınlaşma, simetride bozulma ve renk farklılıklarının olması)

5- Meme ucundan kanlı akıntı gelmesi

6- Koltuk altında ele gelen şişlik olması

2.4.4. Meme Hastalıkları

Meme hastalıkları memede dokusunda görülen birçok hastalığı içerir. Bunların içinde iyi huylu, prekanseröz ve malign meme hastalıkları bulunur.

2.4.4.1. İyi Huylu Meme Hastalıkları:

a. İltihabi Meme Hastalıkları**:** Bu grupta meme apsesi ve mastit görülür. Emziren kadınlarda meme başında veya areolada oluşan tahriş sonucu bakterilerin oluşturduğu klinik tablodur. Çoğunluğunda yanlış emzirme tekniği sonucunda bu tablo gelişmiştir. Daha çok S.Aureus ve Streptokoklar sorumlu etkenlerdir. Meme sıcak, hassas, kızarık ve ağrılıdır. Ateş tabloda izlenir. Pansuman yapılması faydalıdır. Genellikle antibiyotiklere yanıt verir. Apselerde antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen durumlarda genel anestezi altında apse drenajı uygulanır. Apse drenajı sonrası pansuman ve antibiyotik tedavisine devam edilir.

b. Granulomatöz Mastit: Genellikle apselerden sonra izlenir. Oluşum mekanizmasında enfeksiyöz nedenler rol oynamaz. Çok sık izlenen bir hastalık değildir. Doğurganlık dönemindeki kadınlarda görülebilir. Muayenede ve mamografide meme kanseri ile karışabilir. Tanısı için biyopsi şarttır. Tedavisi zordur. Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar gelişip apse oluşumu izlenebilir. Apse tedavisi ve drenaj uygulanabilir. Tedavi yanıtsız olgularda steroid tedavisi verilebilir. Cerrahi tedavi de uygulanabilir.

c. İltihabi Olmayan Benign Meme Hastalıkları:

1. Fibrokistik Meme Hastalığı: Memede sık görülen bir rahatsızlıktır. Genellikle kadınların yarısı hayatlarında bir kez fibrokistik hastalık nedeniyle hekime başvurmaktadır. 30 yaş civarında kadınlarda görülme oranı sıklaşırken menopozdan sonra şikayetler geriler. Her iki memede görülür ve genellikle üst dış kadranda izlenir. Memede oluşan bu fibrokistik değişikliklerin nedeni adet döngüsüdür. Adet döneminin başında vücut gebeliğe hazırlık yapar. Özellikle östrojen ve progesteron etkisiyle memede değişiklikler olur. Gebelik gerçekleşmezse memelerde de gebelik için yapılan ve hacimleri büyüyen süt bezleri yıkıma uğrar. Bu dönemde kadınların memelerinde gerginlik hissetmesinin nedeni bu yüzdendir. Yıkılan ve ölen hücrelerin memede temizlenmesi sırasında bir enflamasyon oluşur ve bazı kimyasal mediyatörler salınarak meme dokusu adet öncesi döneme hazırlanır. Bu süreçte bazen meme dokusunda fibrozis gelişir ve fibrotik bazı değişikler gözlenir. Bu fibrotik değişikliklerin olduğu meme bezleri süt üretmediği dönemde salgı üretmeye devam ettiği için bazı kistik yapılar oluşur. Bu salgılar meme dokusu tarafından geri emilmezse kist boyutları

mikrokistten makrokiste kadar değişebilir. Tüm bu süreçte memede oluşan bu olaylar memedeki fibrokistik değişiklere neden olur. Klinikte kadınlar ağrı, hassasiyet, ele gelen kitle ile klinisyenlere başvurur. Memeler premenstrual dönemde hassastırlar. Ağrı bazen adet dönemi bitse de çok şiddetlidir. Antienflamatuvar ilaçlar ve ağrı kesiciler faydalıdır. Bazı şiddetli olgularda Danazol, OKS, Bromokriptin ve medroksiprogesteron asetat verilebilir.

2. Fibroadenom: Fibroadenomlar memede görülen, düşük sellülarite içeren, atipi içermeyen, hareket ettirilebilen, büyüklükleri değişken, ağrısız, lastik kıvamında ve solid kitlelerdir. Genç yaşlarda (15-35 yaş) izlenir. Memelerin en fazla görülen benign lezyonlarıdır. Postmenopozal dönemde boyutları küçülebilir. Bazen boyutlarının artması nedeniyle USG takiplerinde meme kanseri ile karışabilir. Menopozdan sonra kalsifiye olarak küçülürler. Birçok alt tipi mevcuttur. Tanıda genç bayanlarda daha sık izlendiğinden mamografi pek kullanılmaz. Daha çok USG ile takip edilir. Tedavisinde ilaç kullanılmaz. Takiplerde fibroadenom yapısının kontürlerinde düzensizleşme ve boyutlarında hızlı ilerleme varsa cerrahi olarak çıkarılabilir.

3. Sklerozan Adenozis: Meme lobüllerinin aşırı büyümesidir. Lobüllerde bozulma yoktur. Benign bir rahatsızlıktır. Myoepitelyal hücrelerde artış vardır. Lobüllerin stromasında fibrozis nedeniyle meme kanseri görüntüsü verebilir. Klinikte ağrı şikayeti olabilir. Şüpheli olgularda çıkarılıp biyopsiye gönderilebilir.

4. Yağ Nekrozu: Sıklıkla aşırı kilolu ve büyük memeli kadınlarda travma sonrası oluşan ağrısız ve yuvarlak kitle şeklinde ele gelen lezyonlardır. Bazen hemen travma sonrası meme cildinde morluk ve ağrı da hissedilebilir. Çoğu zaman kendiliğinden geriler. Mamografi veya USG ile tanı konur.

2.4.4.2. Prekanseröz Meme Hastalıkları:

1. Atipik Duktal Epiteliyal Hiperplazi: Atipik duktal hiperplazi duktal karsinoma insutu'ya çok benzemektedir. Lezyonlar karakteristik iyi sınırlıdır. Hücreler tam olarak duktusu doldurmaz. Mamografi de mikro kalsifikasyon varlığı ile tanı konulması daha kolaylaşmıştır. %40 oranında malignleşebilir.

2. Atipik Lobüler Epiteliyal Hiperplazi: Atipik lobüler hiperplazide lobüllerin içinin genişlemesi ve %50'sinden azının neoplastik hücrelerle dolmasıdır. Lobüllerden dışarı taşma izlenirse invazyondan bahsedilir. Atipik lobüler hiperplazide de artmış riskten bahsedilir. Lezyonun olduğu memede malignite gelişme riski artmıştır.

3. İntraduktal Papillom: Genişlemiş duktuslarda izlenir. Meme başına yakın duktuslarda olursa kanlı meme başı akıntısı görülür. Papillomlar her zaman çıkarılmaz. Kanserleşme riski artmıştır.

4. Filloides Tümör: Fibroadenomlara yapı olarak benzerler ve nadir görülürler. Histopatolojisinde artmış stromal hücre sellülaritesi mevcuttur. Tümör hücreleri yaprak görünümünden dolayı bu ismi almıştır. Çoğu benign lezyonlardır. Fibroadenomlardan daha büyük olma eğilimindedirler. Fibroadenomlara göre daha hızlı büyürler ve fazla nüks izlenir. Malign formuna Sistisarkoma Filloides denir.

2.4.4.3. Memenin Malign Hastalıkları:

1. Duktal (DCİS) ve Lobüler (LCİS) Karsinoma İnsitu: Memedeki lobülleri ya da duktusları saran epitel dokusundan kaynaklanır. Duktus veya lobülün dışına henüz taşmamış burada sınırlı tümörü tariflemek için kullanılır.

Malign karakterdeki tümör yakındaki normal yapıdaki lobül ya da ductuslara sıçrarsa infiltre edici ya da invaziv karakterde tümör olduğundan bahsedilir. Meme kanseri ilk yayılımını genellikle o taraf koltuk altı lenf nodlarına yapar. Meme kanseri metastaz yaptığında koltuk altı lenf bezleri genellikle tutulmuştur. Çok az bir vakada koltuk altı lenf bezleri tutulmadan metastaz izlenmiştir. Kanser hücreleri sıklıkla kemik, akciğer, karaciğer, lenf nodları ve diğer memeye metastaz yapabilir. Metastaz ile yayılımın olduğu yerde ki hücre yapısı orijinal memedeki kanser hücrelerine benzediğinden dolayı metastazın izlendiği dokudaki kanserin ismine metastatik meme kanseri denilmektedir.

2. İnvaziv Duktal Karsinom (IDC)**:** Memedeki duktuslardan köken almıştır. Memede diğer duktus tutulumları yaparak invazyon yapmıştır. Tüm meme kanserli olguların %70-80'inde izlenen tiptir.

3. İnvaziv Lobüler Karsinoma (ILC): Memedeki sütün üretildiği lobüllerden köken almıştır. Memedeki diğer lobüllere de sıçrama olmuş ve invaze etmiştir.

4. Miks (Duktal+Lobüler) Karsinom: Hem lobüler hem de duktal tutulum mevcuttur.

5. İnvaziv Papiller Karsinom: Nadir görülürler. Yavaş gelişirler. Post menopozal kadınlarda izlenir. Lenf nodu metastazı fazla görülmez.

6. Müsinöz Karsinom: Memenin nadir görülen iyi huylu tümörlerindendir. Diğer kanser türlerine eşlik edebilir. Memede histopatolojik olarak müsin sıvılarının içinde görülen solid tümör yapıları bulunur. Tümörün bir yarısı solid iken diğer yarısı müsin içeren kistik yapı içerebilir.

7. Memenin Paget Karsinomu: Meme kanseri vakalarının %1-3'ünü oluşturur. Nadir görülür. Meme kanallarından başlayarak meme başını ve meme areolasının cildini tutar. Meme başı ve areola derisi kızarık, pulludur ve bazı vakalarda kaşıntı da mevcuttur. Ekzema ya da psöriazis ile karıştırılabilir. Meme başından kanlı bir akıntı gelebilir. Meme başı içe dönmüş olabilir. Genellikle tek memede izlenir.

8. Anjiosarkom: Çok az sıklıkta izlenir. (%1'in altında) Kan damarlarını ya da lenf damarlarını saran hücrelerden başlar. Meme dokusunun içinde olabildiği gibi meme derisinde de görülebilir.

9. İnflamatuar Meme Karsinomu: Nadir görülen bir tiptir. %1-5 oranında izlenen agresif invaziv bir tümördür. Kanser hücrelerinin meme cildi üzerinde seyreden lenf damarlarını tıkaması sonucu meme ödemli, sıcak, ağrılı ve iltihaplı bir görünümdedir. Belirtiler ani çıktığından meme cildi üzerinde enfeksiyon ile ya da mastit ile çoğu zaman karıştırılır.

10. Üçlü Negatif Meme Karsinomu: Kanser hücrelerinin östrojen, progesteron ve HER2 reseptörlerini bulundurmaması nedeniyle üçlü negatif meme karsinomu ismi verilmiştir. Agresif ve invazivdir. Tedavisi zor olup tüm meme kanserlerinin % 15'ini oluşturur.

11. Daha Nadir Görülen Meme Kanseri Tipleri:

Medüller meme kanseri, tübüler meme kanseri, memenin adenoidkistikkarsınomu, meme lenfoması, bazal tipli meme kanseri, papiller meme kanseri bu gruptadır.

2.4.5.Meme Kanserinden Korunma:

Meme kanserinde birincil ve ikincil koruma tedbirleri mevcuttur.

a. Birincil Koruma Yöntemleri: Nüfus içindeki kadınların herhangi bir hastalığa karşı sağlık düzeylerinin yükseltilmesi ve olası risklerden korunmasını amaç edinir. Birincil korunma önlemleri şunlardır:

1. Obeziteden Korunma

2. Sağlıklı ve Dengeli Beslenme

3. Düzenli Fiziksel Aktivite

4. Alkol Tüketmeme

5. Emzirmeyi Teşvik

6. Kadınlara Sağlık Eğitimlerinin Verilmesi

7. Erken Doğumu Teşvik

8. Hormon Kullanımlarının Azaltılması

b. İkincil Koruma Yöntemleri: İkincil korumada ana amaç erken tanı ve tedavidir. Meme kanseri belirtileri ortaya çıkmadan meme kanseri sürecini önlemeyi amaçlamaktadır.

1. KKMM

2. KMM

3. Mamografi

4. Sağlık Çalışanları Tarafından Kadınlara Verilecek Meme Kanseri Hakkında Eğitimler

2.4.6. Meme Kanseri Evrelemesi

Meme kanseri evrelemesinde 2018 yılı Ocak ayından itibaren Amerikan Ortak Kanser Komitesi (AJCC) tarafından kullanılan TNM sistemi kullanılmaktadır. Klinik evreleme ve patolojik evreleme bu sistemde kullanılır. Klinik evrelemede meme ve aksillanın fizik muayene ve görüntüleme bulgularından yararlanılır. Patolojik evreleme de klinik evrelemeye ek olarak cerrahi sonrası çıkarılan meme dokusu ve aksiller lenf nodları değerlendirilerek evreleme için kullanılır.

2.4.7.Meme Kanseri Tedavi

Meme kanserinde tanı alındıktan sonra evreleme yapıldıktan sonra hastayla beraber bazı disiplinler ortak hareket ederek tedavi konusunda karar alınır. Cerrahlar, tıbbi ve radyasyon onkologları tedavi konusunda ortak hareket ederler. Daha sonra bu ekibe psikiyatrist ya da psikologda dahil olur. Tedavide cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi gibi seçenekler değerlendirilir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve EVRENİ

Araştırma Konya İli Doğanhisar İlçesinde bulunan Doğanhisar 2 No.lu Harman Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Araştırmamızın evrenini 1Ağustos 2021 tarihi ile 1 Ağustos 2022 tarihleri arasında aile sağlığı merkezine herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuran 20-70 yaş aralığında ki 1023 kadın hasta oluşturmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Kendi kendine meme muayenesi ile yapılan literatürdeki çalışmaların çoğu üniversitelerde veya kent merkezlerinde özel gruplarla (sağlık çalışanları, üniversite veya hastane personeli, ebeler ve hemşireler, sağlık alanında öğrenim gören öğrenciler) yapılmış çalışmalardır. Bu özel gruplardaki kadınlar çalışma hayatlarının bir döneminde yada eğitim hayatları boyunca kendi kendine meme muayenesi eğitimiyle bir şekilde karşılaşmışlardır. Bu çalışmamız kırsalda sosyo ekonomik düzeyleri ve eğitim seviyeleri daha düşük bir toplulukta kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi seviyesini incelemek ve bu toplulukta bir farkındalık oluşturmaktır.

Bu araştırmada, rutin kontroller veya hastalık muayenesi için, Aile Sağlığı Merkezine gelen 20-70 yaş arası kadınlara Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili yapılan anket sonrasında, meme hastalıkları hakkında gerekli bilgiler verilmiş, farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır. Olası bir meme kanseri tanısında, tedavi öncesi ve tedavi sonrası izleyeceği yollar anlatılmıştır. Kendi Kendine Meme Muayenesi meme kanserinin erken tanısında çok önemli bir tanı metodudur. Bu sayede tanısı konmamış meme kanseri vakalarında, ciddi morbidite veya mortalite ile yakından ilişkili birçok ağır komplikasyonlarının önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda Aile Sağlığı Merkezine gelen kadınlar, kendilerine yapılan Kendi Kendine Meme Muayenesi anketi esnasında edindikleri bilgiler sayesinde eş, dost ve yakın çevrelerini aydınlatarak, toplumsal farkındalığa da katkı sağlamış olacaklardır.

3.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇLAR

Araştırmamızda verilerin toplanması için yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Anket iki bölümden ve 47 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde ankete katılan kadınlara genel, demografik ve risk bilgilerini içeren 25 soru; ikinci bölümde ise KKMM ve meme kanseri bilgi düzeylerini belirleyen 22 soru sorulmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 paket programı ile analiz edildi.

Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sayısal veriler aritmetik ortalama± standart sapma (ss), ortanca, minimum-maximum (min-max) kullanılarak verildi.

Kategorik verilerin dağılımı Pearson Ki-kare, Fisher Exact ve Continuty Correction testleri ile incelendi.

Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin bağımsız iki grupta dağılımı Mann Whitney U testi ile incelendi.

Kendi kendine meme muayenesi yapma durumunu tahmin etmek için verilerle model kuruldu ve Binary Lojistik Regresyon analizi kullanıldı.

Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME KRİTERLERİ

1. Anket yapılmasını kabul eden tüm kadınlar

2. 20-70 yaş aralığındaki tüm kadınlar

3. Gebeler

4. Meme kanseri dışında diğer benign meme hastalıkları geçirenler

5. Emziren kadınlar

3.6. ARAŞTIRMAYA HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ

1. Anket yapılmasını kabul etmeyen kadınlar

2. Meme kanseri olan kadınlar

3. Meme kanseri öyküsü olan kadınlar

4. Anket doldurmasına engel demans ya da iletişim bozukluğu gibi hastalıkları olan kadınlar

5. 20 yaş altı kadınlar

6. 70 yaş üstü kadınlar

3.7. ARAŞTIRMACILAR ARASINDA ÇIKAR ÇATIŞMASI

Çalışmamızda yazar ve danışmanlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkında anket yapılan 1023 kadın katılımcı dahil edildi. Katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı Tablo 1'de sunuldu. Katılımcıların yaş ortalaması 43,70 ± 14,24 yıl, vücut kitle indeksi (BMI) 27,98 ± 5,23 kg/m^2 olarak belirlendi. Katılımcıların %76,6'sı (n=783) evli idi ve %57,1'i (n=584) ilköğretim mezunu idi. Çalışmaya dahil edilen kadınların %80,4'ü (n=822) ev hanımıydı ve %54,5'inin (n=558) gelir düzeyi 1000 TL ve altındaydı. Katılımcıların %64,5'i (n=660) ilçede yaşadığını, %25,1'i (n=257) düzenli fiziksel aktivite yaptığını, %90,5'i (n=926) sigara kullanmadığını, %33,5'i (n=343) oral kontraseptif ilaç kullandığını belirtti.

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	**Kategori**	**n**	**%**
Yaş (yıl); Ort±SS		43,70 ± 14,24	
Yaş Grupları	<40 yaş	395	38,6
	≥ 40 yaş	628	61,4
BMI (kg/m^2); Ort±SS		27,98 ± 5,23	
BMI Grupları	Zayıf (<18,5)	22	2,1
	Normal (18,5-24,9)	286	28,0
	Kilolu (25,0-29,9)	372	36,4
	Obez (≥30)	343	33,5
Medeni Durum	Evli	783	76,6
	Bekâr	240	23,4
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	51	5,0
	İlköğretim	584	57,1
	Lise	193	18,9
	Üniversite ve üzeri	195	19,0
Meslek	Ev hanımı	822	80,4
	Memur	83	8,1
	İşçi	39	3,8
	Diğer	79	7,7
Gelir Düzeyi	≤1000 TL	558	54,5
	1000-5000 TL	319	31,2
	≥5000 TL	146	14,3
Sosyal Güvence Durumu	Var	863	84,4
	Yok	160	15,6
Yaşadığı Yer	İl Merkezi	98	9,6

	İlçe	660	64,5
	Köy-Mahalle	265	25,9
Düzenli Fiziksel Aktivite	Evet	257	25,1
	Hayır	766	74,9
Sigara Kullanımı	Evet	97	9,5
	Hayır	926	90,5
Oral Kontraseptif Kullanımı	Evet	343	33,5
	Hayır	680	66,5
Toplam		**1023**	**100,0**

BMI: Body Mass Index

Ortalama±Standart Sapma (minimum-maximum), n(%)

Araştırmaya alınan kadınların menstruasyon, doğum, emzirme ve menopoz dönemlerine ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 2'de listelendi. Kadınların %78,1'inin (n=799) menarş yaşı 12 ve üzerinde, %85,2'sinin (n=871) evlenme yaşı 30'dan küçük, %71,0'ının (n=726) ilk gebelik yaşı 25'ten küçük ve %37,3'ünün (n=381) çocuk sayısı 3 ve üzerindeydi. Katılımcıların %81,6'sı (n=835) çocuğunu emzirdiğini, %59,8'i (n=612) çocuğunu 6 ay ile 2 yıl arasında emzirdiğini belirtti. Katılımcıların %83,8'inin (n=857) menstruasyonun her ay düzenli olduğu, %60,5'inin (n=619) menopoza girmediği tespit edildi.

Tablo 6. Katılımcıların Menstruasyon, Doğum ve Menopoz Özellikleri

Değişkenler	**Kategori**	**n**	**%**
Menarş Yaşı	< 12 yaş	224	21,9
	≥ 12 yaş	799	78,1
Evlenme Yaşı	Bekâr	120	11,7
	< 30 yaş	871	85,2
	≥ 30 yaş	32	3,1
İlk Gebelik Yaşı	Hiç gebelik geçirmemiş	182	17,8
	< 25 yaş	726	71,0
	≥ 25 yaş	115	11,2
Çocuk Sayısı	Yok	182	17,8
	1	123	12,0
	2	337	32,9
	≥3	381	37,3
Emzirme Durumu	Doğum yapmamış	182	17,8
	Emzirmiş	835	81,6
	Hiç çocuğunu emzirmemiş	6	0,6
Emzirme Süresi	Doğum yapmamış	182	17,8
	Hiç emzirmemiş	6	0,6
	< 6 ay emzirmiş	115	11,2
	6 ay- 2 yıl emzirmiş	612	59,8
	≥ 2 yıl emzirmiş	108	10,6

Menstruasyon	Her ay düzenli	857	83,8
	Düzensiz	166	16,2
Menopoz Durumu	Menopoza girmemiş	619	60,5
	Menopoza girmiş	404	39,5
Menopoza Girme Yaşı	Menopoza girmemiş	619	60,5
	< 50 yaş	243	23,8
	≥ 50 yaş	161	15,7
Toplam		**1023**	**100,0**

Katılımcılara ait meme hastalığı ve meme görüntüleme özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te verildi. Katılımcıların %4,1'inin (n=42) meme hastalığı geçirdiği, %10,3'ünün (n=105) ailesinde meme kanseri olduğu, %3,5'inin (n=36) kız kardeşinde meme kanseri olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan kadınların %13,5'inin (n=138) düzenli doktor muayenesi olduğu, %30,7'sinin (n=314) mamografi çektirdiği, %30,5'inin (n=312) ultrasonografi yaptırdığı ve %32,3'ünün (n=330) klinik meme muayenesi olduğu belirlendi.

Tablo 7. Katılımcıların Meme Hastalığı ve Görüntülemesi ile İlgili Özellikleri

Değişkenler	**Kategori**	**n**	**%**
Meme Hastalığı Geçirme	Evet	42	4,1
	Hayır	981	95,9
Ailede Meme Kanseri	Var	105	10,3
	Yok	918	89,7
Ailede Meme Kanseri	Ailede meme kanseri yok	918	89,7
Yakınlık Durumu	Kız kardeş	36	3,5
	Teyze	18	1,8
	Anne	14	1,4
	Anneanne	9	0,9
	Diğer	28	2,7
Düzenli Doktor Muayenesi	Evet	138	13,5
	Hayır	885	86,5
Mamografi Çektirme	Evet	314	30,7
	Hayır	709	69,3
Ultrasonografi Çektirme	Evet	312	30,5
	Hayır	711	69,5
Klinik Meme Muayenesi	Evet	330	32,3
	Hayır	693	67,7
Toplam		**1023**	**100,0**

Katılımcıların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri Tablo 4 ile verildi. Katılımcıların %73,9'u (n=756) KKMM hakkında bilgisi olduğunu, %34,8'i (n=356) KKMM hakkında bilgi kaynağının sağlık çalışanları olduğunu, %33,3'ü (n=341) KKMM hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu belirtti. Araştırmaya alınan kadınların %46,7'si (n=478) meme kanseri hakkında bilgisinin olduğunu, %94,2'si (n=964) KKMM hakkında bilgi sahibi olmak istediğini belirtti.

Tablo 8. Katılımcıların KKMM ve Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyleri

Değişkenler	**Kategori**	**n**	**%**
KKMM Hakkında Bilgi	Var	756	73,9
	Yok	267	26,1
KKMM Hakkında Bilgi Kaynağı	Yok	267	26,1
	Sağlık çalışanları	356	34,8
	Televizyon	166	16,2
	İnternet	148	14,5
	Gazete-broşür- el ilanları	9	0,9
	Diğer	77	7,5
KKMM Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli mi?	Evet	341	33,3
	Hayır	682	66,7
Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumu	Var	478	46,7
	Yok	545	53,3
KKMM Hakkında Bilgi Sahibi Olmak İster misiniz?	Evet	964	94,2
	Hayır	59	5,8
Toplam		**1023**	**100,0**

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Katılımcıların KKMM hakkında düşüncüleri Tablo 5'te özetlendi. Katılımcıların %68,2'si (n=698) 'düzenli olarak her ay KKMM yapmam gerekir' şeklinde belirttiği tespit edildi. Katılımcıların %90,0'ına (n=321) göre KKMM'nin erken tanıda önemli olduğu, %94,8'ine (n=970) göre KKMM yapmanın erken tanıda önemli olduğunu, %5,7'sine (n=979) göre KKMM yapmanın meme kanseri farkındalığını arttıracağına inandığı kaydedildi. Katılımcıların %59,1'ine (n=605) göre düzenli KKMM yapma nedeni erken tanı iken, %25,7'sine (n=263) düzenli KKMM yapmama nedeni uygulamayı bilmemekti.

Tablo 9. Katılımcıların KKMM Hakkında Düşünceleri

Değişkenler	Kategori	n	%
KKMM Hakkında Düşünce	Düzenli her ay yapmam gerekir	698	68,2
	KKMM için kendimi yeterli bulmuyorum	151	14,8
	KKMM yaparsam kanser çıkacağımdan korkuyorum	37	3,6
	Genç ve sağlıklı kadınların yapmasına gerek yok	19	1,8
	KKMM yapmak zaman kaybıdır	9	0,9
	Diğer	109	10,7
KKMM Erken Tanı İçin Önemli mi?	Evet	921	90,0
	Hayır	6	0,6
	Fikrim yok	96	9,4
KKMM Yapmak Meme Kanserinden Korunmada Önemli mi?	Evet	970	94,8
	Hayır	53	5,2
KKMM Yapmanın Meme Kanseri Farkındalığını Arttıracağına İnanıyor musunuz?	Evet	979	95,7
	Hayır	44	4,3
Düzenli KKMM Sizce Neden Yapılmalı?	Erken tanı için	605	59,1
	Sağlıklı olmak için	281	27,5
	Korunmak için	50	4,9
	Risk grubunda olduğu için	18	1,8
	Diğer	69	6,7
Düzenli KKMM Sizce Neden Yapılmaz?	Uygulamayı bilmemek	263	25,7
	Unutmak	254	24,8
	Sağlıklı olunduğu için önemsememek	101	9,9
	Kanser çıkma korkusu	95	9,3
	Zaman bulamamak	37	3,6
	Diğer	273	26,7
Toplam		**1023**	**100,0**

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Katılımcıların KKMM hakkında sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 6'da verildi. Katılımcıların %23,8'inin '30 yaştan itibaren KKMM yapılmalı', %28'inin (n=286) 'aklına geldikçe KKMM yapılmalı', %82,5'inin (n=844) 'tüm erişkin kadınlar KKMM yapmalı', %42,3'ünün (n=433) 'emzirme döneminde KKMM yapılır', %51,4'ünün (n=526) 'KKMM'de koltuk altında veya memede kitle olması meme kanserini düşündürür' şeklinde belirttiği kaydedildi. Katılımcıların %33,6'sının (n=344) KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmediğini, %32,0'ının (n=327) meme kanseri erken tanısında en önemli tanı yönteminin klinik meme muayenesi olduğunu belirttiği tespit edildi.

Tablo 10. Katılımcıların KKMM Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Değişkenler	Kategori	n	%
KKMM Hangi Yaştan İtibaren Yapılmalıdır?	İlk adetle birlikte	214	20,9
	20 yaştan itibaren	223	21,8
	30 yaştan itibaren,	244	23,8
	Menopozdan sonra	236	23,1
	Diğer	106	10,4
KKMM Ne Zaman Yapılmalıdır?	Bilgim yok	250	24,4
	Aklına geldikçe	286	28,0
	Ayda 1 kez	210	20,5
	Adetten sonra	150	14,7
	Her ay adet kanamasının 5-7 günleri arası	100	9,8
	Adetten önce	27	2,6
Kimler KKMM Yapmalı?	Tüm erişkin kadınlar	844	82,5
	Ailesinde meme kanseri olanlar	47	4,6
	Menopoz sonrası her kadın	33	3,2
	Memede hastalık şikayeti olanlar	19	1,9
	Meme kanseri olanlar	3	0,3
	Diğer	77	7,5
Emzirme Döneminde KKMM Yapılır mı?	Evet	433	42,3
	Hayır	590	57,7
KKMM de Hangi Belirtiler Meme Kanserini Düşündürür?	Koltuk altında veya memede kitle olması	526	51,4
	Ciltte portakal kabuğu görünümü, kızarıklık ve şişlik	29	2,8
	Meme başında kanlı akıntı veya meme başında çöküntü	15	1,5
	Memelerin aynada simetrik olarak aynı uzunlukta izlenmemesi	7	0,7
	Hepsi	320	31,3
	Bilmiyorum	126	12,3
KKMM Nasıl Yapılır?	Bilmiyorum	344	33,6
	Her iki meme ve koltuk altları parmak uçları ile muayene edilir.	316	30,9
	Ayna karşısında her iki el belde olacak şekilde durulur ve her iki meme büyüklük ve küçüklük açısından değerlendirilir.	44	4,3
	Memede portakal kabuğu görünümü ve meme başında çökme görünümü var mı incelenir.	19	1,9
	Meme uçlarından akıntı gelip gelmediği kontrol edilir	7	0,7
	Hepsi	293	28,6
Meme Kanseri Erken Tanısında En Önemli Tanı Yöntemi	Klinik Doktor Muayenesi	327	32,0
	KKMM	236	23,1
	Mamografi	125	12,2
	USG	3	0,3

	Hepsi	280	27,4
	Diğer	52	5,1
Toplam		**1023**	**100,0**

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, **USG:** Ultrasongrafi

Katılımcıların KKMM ile ilgili tutum ve davranışları Tablo 7 ile verildi. Katılımcıların %57,2'sinin (n=585) KKMM yaptığı, %47,8'inin (n=489) ara sıra KKMM yaptığı, %51,6'sının (n=528) KKMM ile koltuk altında şişlik fark ederse uzman doktora gideceği belirlendi.

Tablo 11. Katılımcıların KKMM ile İlgili Tutum ve Davranışları

Değişkenler	**Kategori**	**n**	**%**
KKMM Yapma Durumu	Evet	585	57,2
	Hayır	438	42,8
KKMM Yapma Sıklığı	Hiç	376	36,8
	Ara sıra	489	47,8
	Ayda 1 kez	89	8,7
	Her mens dönemi sonrası	40	3,9
	Diğer	29	2,8
KKMM ile Koltuk Altında Şişlik Farkederseniz	Uzman doktora giderim	528	51,6
	Aile Sağlığı Merkezine giderim	309	30,2
	KETEM'e giderim	102	10,0
	Bilmiyorum	84	8,2
Toplam		**1023**	**100,0**

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, **KETEM:** Kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi

Çalışmaya alınan katılımcıların KKMM yapma durumlarına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 8'de sunuldu. Eğitim düzeylerine göre KKMM yapma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlendi ($p<0,001$). Bu fark KKMM yapmayan grupta okuryazar olmayan katılımcı oranının KKMM yapan gruba göre daha yüksek olmasından kaynaklanıyordu. Meslek gruplarından ev hanımı dışındaki gruplar birleştirilerek yeniden gruplandı. KKMM yapmayan grupta ev hanımı oranı KKMM yapan gruba göre daha yüksek tespit edildi ($p<0,001$). Gelir düzeylerine göre KKMM yapma

durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edildi (p=0,038). Bu fark KKMM yapmayan grupta geliri 5000 TL ve üzeri olan katılımcı oranının KKMM yapan gruba göre daha düşük oranda olmasından kaynaklanıyordu. KKMM yapan grupta sosyal güvence varlığı KKMM yapmayan gruba göre daha yüksek oranda belirlendi (p=0,007). Katılımcıların yaşadığı yere göre KKMM yapma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edildi (p<0,001). Bu fark KKMM yapan grupta köy-mahallede yaşama oranının KKMM yapan gruba göre daha düşük oranda olmasından kaynaklanıyordu. KKMM yapan grupta düzenli fiziksel aktivite yapma oranı KKMM yapmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu kaydedildi (p=0,007). KKMM yapan grupta oral kontraseptif kullanımı KKMM yapmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edildi (p=0,017). KKMM yapma durumuna göre yaş, BMI, medeni durum, ve sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 12. KKMM Yapma Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

	KKMM Yapma Durumu			
	Evet (n=585)	**Hayır (n=438)**	**Test Değeri**	**p**
Yaş (yıl)	44,00 (20-70)	44,00 (20-69)	1,288	0,198*
BMI (kg/m^2)	27,54 (16,18-44,70)	27,77 (15,62-45,37)	0,304	0,761*
Medeni Durum				
Evli	455 (77,8)	328 (74,9)	1,167	0,280**
Bekâr	130 (22,2)	110 (25,1)		
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar değil	13 (2,2)	38 (8,7)***		
İlköğretim	337 (57,6)	247 (56,4)	**28,760**	**<0,001****
Lise	105 (18,0)	88 (20,1)		
Üniversite ve üzeri	130 (22,2)	65 (14,8)		
Meslek				
Ev hanımı	449 (76,8)	373 (85,2)	**11,215**	**<0,001****
Diğer	136 (23,2)	65 (14,8)		
Gelir Düzeyi				
≤1000 TL	316 (54,0)	242 (55,3)		
1000-5000 TL	172 (29,4)	147 (33,6)	**6,566**	**0,038****
≥5000 TL	97 (16,6)	49 (11,2)***		
Sosyal Güvence				
Var	509 (87,0)	354 (80,8)	**7,266**	**0,007**
Yok	76 (13,0)	84 (19,2)		
Yaşadığı Yer				
İl Merkezi	74 (12,6)	24 (5,5)		
İlçe	406 (69,4)	254 (58,0)	**51,879**	**<0,001****

Köy-Mahalle	105 (17,9)***	160 (36,5)		
Düzenli Fiziksel Aktivite				
Evet	175 (29,9)	82 (18,7)	**16,682**	**<0,001****
Hayır	410 (70,1)	356 (81,3)		
Sigara Kullanımı				
Evet	63 (10,8)	34 (7,8)	2,638	0,104**
Hayır	522 (89,2)	404 (92,2)		
Oral Kontraseptif Kullanımı				
Evet	214 (36,6)	129 (29,5)	**5,712**	**0,017****
Hayır	371 (63,4)	309 (70,5)		

*: Mann Whitney U Testi

**: Pearson Ki-kare Testi

***: Farkın kaynaklandığı grubu belirtmektedir.

KKMM yapma durumuna göre menstruasyon, doğum ve menopoz özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 9'da sunuldu. KKMM yapan grupta menarş yaşının ≥ 12 yaş olma oranı KKMM yapmayan gruba göre istatistiki olarak daha yüksek tespit edildi (p=0,001). KKMM yapma durumuna göre evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, çocuk sayısı, emzirme durumu, menstruasyon düzeni, menopoz durumu ve menopoz yaşı verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 13. KKMM Yapma Durumuna Göre Menstruasyon, Doğum ve Menopoz Özelliklerinin Dağılımı

	KKMM Yapma Durumu			
	Evet (n=585)	**Hayır (n=438)**	**Test Değeri**	**p**
Menarş Yaşı				
< 12 yaş	107 (18,3)	117 (26,7)	**10,388**	**0,001***
≥ 12 yaş	478 (81,7)	321 (73,3)		
Evlenme Yaşı				
< 30 yaş	506 (96,2)	365 (96,8)	0,099	0,754**
≥ 30 yaş	20 (3,8)	12 (3,2)		
İlk Gebelik Yaşı				
< 25 yaş	413 (84,6)	313 (88,7)	2,829	0,093*
≥ 25 yaş	75 (15,4)	40 (11,3)		
Çocuk Sayısı				
Yok	97 (16,6)	85 (19,4)		
1	70 (12,0)	53 (12,1)	7,147	0,067*
2	212 (36,2)	125 (28,5)		
≥3	206 (35,2)	175 (40,0)		

Emzirme Durumu				
Emzirmiş	484 (99,2)	351 (99,4)	0,185	1,000***
Emzirmemiş	4 (0,8)	2 (0,6)		
Emzirme Süresi				
Hiç	4 (0,8)	2 (0,6)		
< 6 ay	61 (12,5)	54 (15,3)	-	-
6 ay- 2 yıl	364 (74,6)	248 (70,3)		
≥ 2 yıl	59 (12,1)	49 (13,9)		
Menstruasyon				
Her ay düzenli	491 (83,9)	366 (83,6)	0,025	0,874*
Düzensiz	94 (16,1)	72 (16,4)		
Menopoz Durumu				
Menopoza girmemiş	364 (62,2)	255 (58,2)		
Menopoza girmiş	221 (37,8)	183 (41,8)	1,680	0,195*
Menopoz Yaşı				
< 50 yaş	128 (57,9)	115 (62,8)	1,012	0,314*
≥ 50 yaş	93 (42,1)	68 (37,2)		

*: Pearson Ki-kare Testi
**: Continutiy Correction Test
***: Fisher Exact Test

KKMM yapma durumuna göre meme hastalığı ve görüntülemesi ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması Tablo 10'da sunuldu. KKMM yapma durumuna göre meme hastalığı geçirme, ailede meme kanseri varlığı ve ailede meme kanseri yakınlık durumu verileri istatistiksel olarak benzer tespit edildi (p>0,05). KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre düzenli doktor muayenesi, mamografi çektirme, ultrasonografi yaptırma ve klinik meme muayenesi olma oranları istatistiksel olarak yüksek tespit edildi (p<0,001).

Tablo 14. KKMM Yapma Durumuna Göre Meme Hastalığı ve Görüntülemesi ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

	KKMM Yapma Durumu			
	Evet (n=585)	**Hayır (n=438)**	**Test Değeri**	**p**
Meme Hastalığı Geçirme				
Evet	29 (5,0)	13 (3,0)	2,038	0,153*
Hayır	556 (95,0)	425 (97,0)		
Ailede Meme Kanseri				
Var	62 (10,6)	43 (9,8)	0,166	0,684**
Yok	523 (89,4)	395 (90,2)		
Ailede Meme Kanseri				

Yakınlık Durumu				
Kız kardeş	20 (32,3)	6 (37,2)		
Teyze	8 (12,9)	10 (23,3)		
Anne	12 (19,4)	2 (4,7)	6,144	0,189**
Anneanne	6 (9,7)	3 (7,0)		
Diğer	16 (25,8)	12 (27,9)		
Düzenli Doktor Muayenesi				
Evet	101 (17,3)	37 (8,4)	**16,687**	**<0,001****
Hayır	484 (82,7)	401 (91,6)		
Mamografi Çektirme				
Evet	221 (37,8)	93 (21,2)	**32,230**	**<0,001****
Hayır	364 (62,2)	345 (78,8)		
Ultrasonografi Çektirme				
Evet	230 (39,3)	82 (18,7)	**50,118**	**<0,001****
Hayır	355 (60,7)	356 (81,3)		
Klinik Meme Muayenesi				
Evet	253 (43,2)	77 (17,6)	**75,516**	**<0,001****
Hayır	332 (56,8)	361 (82,4)		

*: Continutiy Correction Test

**: Pearson Ki-kare Testi

KKMM yapma durumuna göre KKMM ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 11'de listelendi. KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre KKMM hakkında bilgi varlığı, KKMM hakkında yeterli bilgi düzeyi oranı ve meme kanseri hakkında bilgi oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi (p<0,001). KKMM yapma durumuna göre KKMM hakkında bilgi sahibi olmak isteme oranları istatistiksel olarak benzer tespit edildi (p=0,120).

Tablo 15. KKMM Yapma Durumuna Göre KKMM ve Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

	KKMM Yapma Durumu			
	Evet (n=585)	**Hayır (n=438)**	**Test Değeri**	**p**
KKMM Hakkında Bilgi				
Var	579 (99,0)	177 (40,4)	**445,374**	**<0,001***
Yok	6 (1,0)	261 (59,6)		
KKMM Hakkında				

Bilgi Kaynağı				
Yok	6 (1,0)	261 (59,6)**		
Sağlık çalışanları	292 (49,9)	64 (14,6)		
Televizyon	134 (22,9)	32 (7,3)		
İnternet	101 (17,3)	47 (10,7)	**467,485**	**<0,001***
Gazete-broşür- el ilanları	8 (1,4)	1 (0,2)		
Diğer	44 (7,5)	33 (7,5)		
KKMM Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli mi?				
Evet	312 (53,3)	29 (6,6)	**245,940**	**<0,001***
Hayır	273 (46,7)	409 (93,4)		
Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumu				
Var	356 (60,9)	122 (27,9)	**109,580**	**<0,001***
Yok	229 (39,1)	316 (72,1)		
KKMM Hakkında Bilgi Sahibi Olmak İster misiniz?				
Evet	557 (95,2)	407 (92,9)	2,420	0,120*
Hayır	28 (4,8)	31 (1,1)		

*: Pearson Ki-kare Testi

**: Farkın kaynaklandığı grubu belirtmektedir.

KKMM yapma durumunu belirlemek için ikili karşılaştırmalarda anlamlı olan değişkenler ile tek yönlü ve çok yönlü regresyon analizi yapıldı. Tek yönlü regresyon analiz sonucunda KKMM yapma olasılığının, okuryazar olmayanlara göre kıyaslandığında eğitim düzeyi ilkokul olanlarda 3,988 kat; lise olanlarda 3,488 kat; üniversite ve üzeri olanlarda 4,846 kat arttığı tespit edildi (p<0,001). Ev hanımı dışındaki mesleklerde KKMM yapma olasılığının ev hanımlarına kıyasla 1,738 kat arttığı belirlendi (p=0,001). KKMM yapma olasılığının sosyal güvencesi olanlarda sosyal güvencesi olmayanlara göre 1,589 kat, fiziksel aktivite yapanlarda düzenli fiziksel aktivite yapmayanlara göre 1,853 kat daha fazla olduğu tespit edildi (p değerleri sırasıyla; p=0,07; p<0,001). Menarş yaşı 12 ve üzerinde olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının menarş yaşı 12'den küçük olanlara göre 1,628 kat artış gösterdiği bulundu (p=0,001). KKMM yapma olasılığının düzenli doktor muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,262 kat; mamografi çektirenlerde mamografi çektirmeyenlere göre 2,252 kat; ultrasonografi yaptıranlarda yaptırmayanlara 2,813 kat; klinik meme muayenesi olanlarda klinik meme muayenesi olmayanlara göre 3,573 kat daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,001).

KKMM yapma olasılığının KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda olmayanlara göre 142,297 kat; KKMM hakkında bilgi düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 16,118 kat; meme kanseri hakkında bilgisi olanlarda olmayanlara göre 4,027 kat daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,001). Bu değişkenlerin tamamı ile kurulan modelde multivariate regresyon analizi yapıldı. Model uyumu iyiydi (Nagelkerke R Square=0,629). KKMM yapma olasılığının klinik meme muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,195 kat; KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda olmayanlara göre 81,544 kat; KKMM hakkında bilgi düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 6,476 kat artış gösterdiği tespit edildi (p değerleri sırasıyla; p=0,013; p<0,001; p<0,001) (Tablo 12).

Tablo 16. KKMM Yapma Durumu İçin Regresyon Analizi

		Univariate Analiz		Multivariate Analiz	
		OR (CI)	**p**	**OR (CI)**	**p**
Eğitim Durumu	(okuryazar değil)	3,988 (2,080-7,646)	**<0,001**	2,050 (0,798-5,267)	0,136
	İlköğretim	3,488 (1,748-6,957)	**<0,001**	0,948 (0,346-2,599)	0,917
	Lise	5,846 (2,913-11,733)	**<0,001**	1,215 (0,413-3,574)	0,724
	Üniversite ve üzeri		**<0,001**		
Meslek	(ev hanımı)				
	Diğer	1,738 (1,255-2,408)	**0,001**	1,060 (0,600-1,874)	0,840
Sosyal Güvence		1,589 (1,133-2,230)	**0,007**	1,226 (0,747-2,011)	0,420
Fiziksel Aktivite		1,853 (1,375-2,497)	**<0,001**	1,493 (0,960-2,322)	0,075
Menarş Yaşı	(<12 yaş)				
	≥ 12 yaş	1,628 (1,209-2,193)	**0,001**	1,097 (0,699-1,723)	0,687
Düzenli Doktor Muayenesi		2,262 (1,517-3,371)	**<0,001**	0,786 (0,422-1,465)	0,449
Mamografi Çektirme		2,252 (1,696-2,991)	**<0,001**	0,999 (0,534-1,872)	0,999
Ultrasonografi Çektirme		2,813 (2,101-3,766)	**<0,001**	1,175 (0,644-2,144)	0,598
Klinik Meme Muayenesi		3,573 (2,659-4,801)	**<0,001**	2,195 (1,184-4,069)	**0,013**
KKMM Hakkında Bilgi		142,297 (62,258-325,230)	**<0,001**	81,544 (34,607-192,141)	**<0,001**
KKMM Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli mi?		16,118 (10,695-24,291)	**<0,001**	6,476 (4,047-10,362)	**<0,001**
Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumu		4,027 (3,084-5,258)	**<0,001**	1,027 (0,678-1,558)	0,899

Constant	0,461	**0,010**

Odds Ratio (Confidence Interval)

Cox Snell R Square:0,469 Nagelkerke R Square: 0,629

5. TARTIŞMA

Meme kanseri tüm dünyada bazı yaş grupları hariç tüm kadınlarda görülen en fazla kanserdir. Tıp alanında ve bilimde her gün bir sürü yenilik olmasına rağmen kanserlere bağlı ölümler hala yüksek seyretmektedir. Meme kanseri de tüm kanser vakaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu sebepten ötürü meme kanserinde erken tanının önemi tartışılmayacak kadar önemlidir. Meme kanserinin erken tanısında kadınlarca düzenli ve etkin KKMM yapılması, mamografinin kullanılması meme kanserine bağlı mortaliteyi azaltmak için çok önemli yöntemler olarak hala görülmektedir.

Çalışmamız Konya iline bağlı Doğanhisar ilçesinde yapılmıştır. Doğanhisar ilçesinin sosyoekonomik düzeyi Konya ilindeki çoğu ilçeden daha düşüktür. Doğanhisar ilçesi Konya ili merkezine iki farklı güzergah yol ile 101-123 km uzaktadır. İlçenin son nüfus sayımında nüfus sayısı 14812 olarak tespit edilmiştir. İlçe nüfusu nispeten diğer ilçelere göre daha yaşlı nüfusa sahiptir.

Yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen meme kanseri risk faktörlerinden birisidir. Yapılan çalışmalarda artmış yaşla birlikte meme kanseri görülme riski de artmaktadır. Yaş ortalamamız 43,7(SS:14,24) olup 2021 TUİK verilerindeki kadınlarda 33,8 ortalama medyan yaşın üstündeydi [29]. Yüksek yaş istatistiğinin nedeni ilçe nüfusunun daha yaşlı bireylere sahip olmasından kaynaklanıyordu. Çalışmamızda kadınların yaşı ile KKMM yapma durumları incelendiğinde istatiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmedi. Gana'nın Yüksek Volta bölgesinde sosyoekonomik olarak düşük bir kırsal kesiminde Rita Dadzi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaş ile KKMM yapma arasında güçlü bir anlamlı ilişki bulunmuştur [30]. Ülkemizde Diyarbakır'da Özgür Erdem ve ekibi tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan kadın sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi yaş ile KKMM yapma arasında istatistiksel bir ilişki bulunamamıştır [31].

Ankete katılan kadınların BMI'ye göre ortalaması 27,98(SS:5,23) bulunmuştur. Obezite meme kanserinde önemli bir değiştirilebilir risk faktörüdür. Yapılan bazı çalışmalarda artmış vücut kitle indeksi (BMI) ve artmış bel çevresi özellikle postmenopazal kadınlarda meme kanseri riskinde artışla beraberdir. Wang ve arkadaşlarının 2019 yılında Çin'de yaptıkları çalışmada yüksek BMI sahip kadınlarda meme kanserinin daha agresif seyrettiğini

ve sağ kalım oranlarını negatif yönde etkilediğini bildirmişlerdir [32]. Park ve arkadaşlarının Kore'de 2020'de yayınladıkları 6 milyonun üzerinde kadının katıldığı,6 yıl süren çalışmalarında postmenopozal kadınlarda artmış BMİ ve bel çevresinin meme kanserini arttırdığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada premenopozal kadınlarda BMİ ile meme kanseri riski arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır [33]. Vücut kitle indeksi 30'un üzerinde bulunan kadınların invaziv meme kanserine yakalanma oranları normal VKİ'ye sahip kadınlara göre yüksek bulunmuştur [34]. Vücut kitle indeksi (BMI) ile KKMM yapma arasında inceleme yapıldığında yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmadığı gözlemlendi.

Medeni durum ile KKMM uygulanması arasında çalışmamızda istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark oluşmadığı izlenmiştir. Güçlü S. tarafından yapılan çalışmada evli kadınların daha fazla KKMM yaptığı izlenmiştir [35]. İran'da yapılan bir çalışmada KKMM uygulanması ile evlilik durumu incelenmiş ve aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur [36]. Açıkgöz ve arkadaşlarının çalışmasında ise medeni durum ile KKMM arasında ilişki saptanamamıştır [37].

Meslek sorgusunda çalışan kadın oranı %11,9 iken, ev hanımı oranı %80,4 bulundu. Meme kanserinin risk faktörlerinden birisi de gece vardiyasında çalışan kadınlardır. Yapılan bir çalışmada dönüşümlü olarak gece ve gündüz vardiyalarında çalışan kadınlarda premenopozal meme kanseri artışında anlamlı olmayan hafif bir yükseliş söz konusuyken, sadece gece vardiyasında çalışan kadınların uzun süre bu şekilde çalışması premenopozal meme kanseri riskini arttırdığını bulmuşlardır [38]. Gece vardiyasında çalışmak uyku ve sirkadiyen ritm düzenini bozması nedeniyle melatonin hormonunun salınmasını azaltıcı etkisi mevcuttur. Bunun sonucunda bazı tümör supressör genlerin inaktivasyonu sonucu meme kanseri riskinde artışlar meydana gelmektedir [39]. Çalışmamızda kadınların meslek durumlarına göre ev hanımı ve diğer gruplar birleştirilerek yeniden gruplandırıldı. Meslek grupları ve KKMM yapma arasındaki ilişki araştırıldığında KKMM yapmayan grupta ev hanımı oranı KKMM yapan gruba göre daha yüksek tespit edildi. Kutlu ve Biçer'in yaptığı çalışmada katılımcıların KKMM yapmasıyla meslek sorgusu arasında anlamlı ilişki izlenmediğini belirtmişlerdir [40]. Avustralya'da göçmen Taylandlı kadınlarla yapılan çalışmada katılımcıların meslek varlığı ile KKMM uygulaması arasında ilişki bulunamamıştır [41]. İran'da yapılan bir çalışmada ise meslek türü ile KKMM uygulaması arasında anlamlı ilişki görülmüştür [42].

Meme kanseri farkındalığı ve meme kanseri erken tanısı için eğitim durumu önemli bir faktördür. Kadınların eğitim durumları ile KKMM uygulanması arasında inceleme yapıldığında anlamlı bir fark oluşmuştur. Bu anlamlı farkın nedeni okuryazar olmayan grupta KKMM yapmayan grubun, KKMM yapan gruptan yüksek olmasından kaynaklanıyordu. Ülkemizde Diyarbakır'da Özgür Erdem ve ekibi tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan kadın sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada eğitim durumu ile KKMM yapma arasında ilişki bulunamamıştır [31]. Sani ve arkadaşları tarafından 2016'da yapılan çalışmada eğitim durumu düşük olan kadınların yüksek eğitim alan kadınlara göre KKMM uygulama olasılıklarının düşük olduğunu bildirmişlerdir [43]. Namibya'da yapılan çalışmada eğitim durumunun artışıyla KKMM uygulanması olasılığının arttığı belirtilmiştir [44].

Gelir düzeyi sorgusunda Doğanhisar'da yaşayan kadınların çoğunun ev hanımı olması dolayısıyla gelir düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Kanada'da yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip bölgelerdeki insanlarda baş ve boyun bölgesinde tümörleri ve gastro intestinal tümörleri izlenirken; yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bölgelerdeki insanlarda lenfoma, lösemi, melanom, meme, rahim, prostat gibi kanserler daha sık görülmektedir [45]. Austin D.Williams sosyoekonomik düzeyi kötü olan bireyler meme kanseri riskinden negatif yönde etkilendiğini ve sosyal sağlık söylemlerine rağmen bu bireyler için eşitsizlikler oluştuğunu söylemektedir [46]. Katılımcıların gelir düzeyi ile KKMM yapma arasındaki ilişki incelendiğinde gelir düzeylerine göre KKMM yapma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edildi. Bu farkın nedeni diğer geliri düşük gruplarda KKMM yapmama oranları yapanlara göre daha yüksek iken, geliri 5000 TL ve üstü grupta ise KKMM yapanları oranı yapmayanlara göre daha yüksekti. Okyere ve arkadaşları tarafından Namibya'da yapılan bir çalışmada 15-49 yaşları arasındaki daha yüksek gelir seviyesine sahip kadınların, düşük gelir seviyesine sahip kadınlara göre KKMM uygulama olasılığı daha yüksek bulunmuştur [44].

Sosyal güvence varlığı tüm insanların olduğu gibi kadınlarında her hastalık durumun da sağlık sunucularına ulaşımını kolaylaştırmaktadır. Sosyal güvence varlığının olmaması kadınların sağlık sunucularına ulaşımında önemli bir engeldir. Her ne kadar mamografi çekimleri ülkemizde KETEM'lerde ücretsiz olsa da bu merkezler çok yaygın bulunmamaktadır ve kadınların buralara ulaşımı açısından zorluklar mevcuttur. Hastanelerde ise klinik doktor muayenesi sonucu radyolojik istem yapıldığından sosyal güvencesi olmayan

bireylerin ekonomik düzeyleri düşükse bu işlemleri yapma olasılığı azalmaktadır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığının güzel çalışmalarından biri olan gezici kanser tarama tırlarında yine bu işlemler ücretsiz sağlanmaktadır ve hizmet kadınların ulaşması için kolaylaştırılmaktadır. Buna benzer bir uygulamada İngiltere'de BooBee pembe otobüs uygulamasıyla ülke genelinde meme kanseri taramalarının düşük olduğu bölgelerde kampanyalar düzenleyerek meme kanseri farkındalığın artması amaçlanmıştır [47]. Çalışmamızda KKMM yapma durumu ile sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edildi. Bu farkın nedeni KKMM yapan grupta sosyal güvence varlığı KKMM yapmayan gruba göre daha yüksek oranda olmasından kaynaklanıyordu.

Katılımcıların yaşadığı yere göre KKMM yapma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edildi. Bu fark KKMM yapan grupta köy-mahallede yaşama oranının KKMM yapan gruba göre daha düşük oranda olmasından kaynaklanıyordu. 2002'de Avustralya'da yapılan çalışmada kadınların yaşadıkları coğrafi bölgeler konum olarak dezavantajlı olmasıyla KKMM yapılması arasında ilişki bulunamamıştır [41]. Joshua Okyere ve arkadaşlarının Namibya'da yaptıkları çalışmada ikamet edilen yerin ve coğrafik bölgelerin KKMM yapma oranlarını etkilediğini tespit etmişlerdir [44].

Düzenli fiziksel aktivite meme kanseri risk faktörlerinden olup değiştirilebilen bir risk faktörüdür. Düzenli fiziksel aktivite tanımı için anketimizde Türkiye Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün düzenli fiziksel aktivite rehberinde belirtilen şekli ile kullanılmıştır. Bu tanımda günde en az 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapılıp yapılmadığı sorgulanmıştır [48]. Düzenli fiziksel aktivitenin meme kanserini önleyici etkisi karışık mekanizmalar üzerinden olsa da net etkisi vücuttaki seks hormonlarına maruziyeti azaltıp insülin benzeri büyüme faktörü seviyelerini etkilemek üzerinden yaptığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Düzenli fiziksel aktivitenin sadece post menopozal dönemde koruyucu etkisini bildiren yayınlar olsa da menopoz öncesi de koruyuculuğunu savunan yayınlarda mevcuttur [49, 50]. Premenopozal dönemde ise BMI artışının riski azalttığı asıl riski bu dönemde artıran durumun karın çevresi yağlanmanın olduğunu gösteren yayınlarda mevcuttur [51]. Düzenli fiziksel aktivite ile KKMM uygulama arasındaki ilişki incelendiğinde KKMM yapan grupta düzenli fiziksel aktivite yapma oranı, KKMM yapmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu kaydedildi. Kutlu ve Biçer'in yaptığı

çalışmada katılımcıların KKMM yapmasıyla vücut kitle indeksi arasında istatistiki bir ilişki gözlenmemiştir [40].

Sigara yapısında bulunan kimyasallar, içerdiği toksinler ve sigara dumanında bulunan zararlı maddeler ile genetik yapıya olası bir zarar vererek meme kanseri riskini arttırdığı düşünülse de yapılan çalışmalar da anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Sigara içen kadınlarda yapılan çalışmalar sonucu çalışmacılar 2 konuda hemfikir oldular. Sigara içilmesine ne kadar erken yaşta başlanırsa hayat boyu meme kanserine yakalanma riski sigaraya daha geç başlayan kadınlara göre fazla olmaktadır. Sigara içilmesinde artan bir riskten bahsedilmesi gerekiyorsa menopoz öncesine göre menopoz sonrasında daha fazla risk artışı mevcuttur. Çalışmamızda KKMM yapma durumuna göre sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi.

Doğum kontrol yöntemlerinden biri olan oral kontraseptif kullanımı meme kanseri risk artışına neden olan bir faktördür. Laamiri ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada oral kontraseptif kullanan kadınlarda östrojene maruziyet artışından dolayı artmış meme kanseri riskinden bahsetmektedirler [52]. Hormonal kontraseptiflerin kullanımının bırakılmasından sonra risk azalmaları yıllar içinde gelişmektedir. Yine post menopozal dönemde kullanılan hormon replasman tedavisinde de yine meme kanseri risk artışından bahsedilmektedir [53]. Katılımcılar arasında KKMM uygulaması ve oral konraseptif arasında ilişki araştırılmasında KKMM yapan grupta oral kontraseptif kullanımı KKMM yapmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edildi. Ülkemizde yapılan bir çalışmada oral kontraseptif kullanımıyla KKMM uygulaması arasında istatistiksel bir ilişki saptanamamıştır [40].

Meme kanserinde risk artışına neden olan bir diğer faktörde erken menarş görmedir. Lukasiewicz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erken menarş yaşıyla meme kanseri arasında ilişki olduğu ve yaşın daha erken olması daha kötü prognozla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [54]. Laamiri ve arkadaşlarının Fas'ta yaptıkları çalışmada östrojene fazla maruziyet sebebiyle meme kanseri riskinde artışta erken menarş yaşı ve geç menopoza girmenin etkisi olduğunu söylemişlerdir [52]. Menarş yaşı ile KKMM yapma arasındaki ilişki araştırıldığında KKMM yapan grupta menarş yaşının ≥ 12 yaş olma oranı KKMM yapmayan gruba göre istatistiki olarak daha yüksek tespit edildi. Nepal'da yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızın

aksine menarş yaşı ile KKMM yapma durumu arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır [55].

Evlenme yaşı meme kanseri risk faktörlerinden birkaçını etkilediğinden önemli bir faktördür. Bir kadın yaşadığı ülkenin yasal sınırları içerisinde evlenme yaşı ne kadar erken olur ise buna bağlı olarak çocuk sayısı ve emzirmede etkileneceğinden risk artışında azalmalar izlenecektir. Erken yaşta evlenme ve çocuk sahibi olmak riski azaltmaktadır. KKMM yapma durumuna göre evlenme yaşı arasındaki ilişki çalışmamızda incelendiğinde verilerimizde istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Joshua Okyere ve arkadaşlarının Namibya'da yaptıkları çalışmada cinsel yaşam öyküsüne erken başlayan kadınların daha fazla oranda KKMM yaptıklarını tespit etmişler [44].

Gebelik yaşının erken olması ve sayısının fazla olması meme kanserinden önleyici faktörler arasındadır. İlk gebelik yaşı ne kadar erken olursa ve bunu izleyen yıllarda oluşan diğer gebeliklerin meydana gelmesi yapılan çalışmalarda azalmış riskin göstergesi olarak söylenmiştir. M. Hinkula ve arkadaşlarının Finlandiya'da 2011 yılında yaptıkları çalışmada erken ilk gebelik yaşı ve fazla sayıda doğum (5'den fazla) meme kanseri riskini azaltırken, gebelikler arasındaki süre ise meme kanseri riskiyle ilişkili bulunmamıştır [56]. Çalışmamızda KKMM yapma durumuna göre ilk gebelik yaşı verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Joshua Okyere ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel ilişkiye giren doğurganlık çağındaki kadınların, ilişkiye girmemiş kadınlara göre KMM yapma oranları daha fazla tespit edilmiş. Yine aynı çalışmada parite sayısı ne kadar artarsa KKMM yapma oranları o kadar gerilemektedir [44].

Meme kanseri risk faktörlerinden emzirmeyi etkileyen bir faktörde çocuk sayısıdır. Bir kadın doğurganlık çağı içerisinde ne kadar fazla canlı doğum yapmışsa ve sonrasında Dünya Sağlık Örgütü tarafından istenilen emzirme sürelerince çocuklarını emzirmiş ise risk o kadar azalmaktadır. Literatürde çocuğunu emzirmeyen kadınlarda meme kanseri görülme riskiyle ilgili çok az çalışma bulunmaktadır ve anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Fakat tek taraflı emziren kadınlarla yapılan çalışmalarda ise emzirilmeyen tarafta yıllar içinde ve postmenopozal dönemde meme kanseri riskinde artışlar görülmüştür [57]. Çalışmamızda KKMM yapma durumuna göre çocuk sayısı verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Namibya'da yapılan bir çalışmada doğurganlık çağındaki çocuk sahibi olan kadınların doğurganlık çağındaki çocuk sahibi olmayan kadınlara göre KKMM yapma

durumu daha fazla tespit edilmiş [44]. Nijerya'da yapılan benzer bir çalışmada ise gebelik sayısı fazla olan kadınların az olanlara göre daha az KKMM yaptıkları görülmüş [43].

Emzirme süresinin uzun tutulması meme kanserine karşı koruyucu etki yapmaktadır. Bu yüzden kadınlar ne kadar genç yaşta gebe kalır ve emzirme sürelerini ne kadar uzun tutarsa meme kanserine karşı azalmış riskten bahsedilir. Meksika'da yapılan bir çalışmada doğuran ve emziren annelerde ileriki yıllarda meme kanseri riskinde azalmadan bahsedilmiştir [58]. 2015 yılında emzirme ve meme kanseri arasındaki ilişkiyi araştıran bir meta analizde bebeklerini uzun sürelerde emziren kadınların meme kanseri riskinde azalmalar görülmüştür [59]. Çalışmamızda KKMM yapma durumuna göre emzirme durumu verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Düzenli menstruasyon görme ve ardından yumurtlama döneminin gelmesi meme kanserine karşı koruyucu bir etkiye sahip olacağı belirtilmiştir [60]. Çalışmamızda menstruasyon görme düzeni sorgulandığında menapoza giren kadınların da doğurganlık çağındaki durumlarını düşünerek cevap vermesini istedik. KKMM yapma durumuna göre menstruasyon düzeni verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

KKMM yapma durumuna göre menopoz durumu verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kala Thaba ve ekibi tarafından yapılan çalışmada menopoz değişkeni ile KKMM uygulaması arasında herhangi bir istatistiki fark gözlemlemediklerini açıklamışlardır [55].

KKMM yapma durumuna göre menopoz yaşı verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kutlu ve Biçer'in yaptığı çalışmada katılımcıların KKMM yapmasıyla menopoz yaşı arasında ilişki bulunamamıştır [40]. Bu sonuç bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Kadınlarda bazı prekanseröz meme lezyonları meme kanserine dönüşüm gösterebilir. İyi huylu meme lezyonları bulunan kadınlarda bazı çalışmalarda artmış riskten bahsedilmiştir. Meme kanseri için risk içeren bu lezyonları memelerinde barındıran kadınlar daha sık aralıklarla kontrollerini yaptırmalıdırlar. Meme lezyonları bulunan kadınların ailelerinde meme kanseri öyküsü varsa artmış meme kanseri riski daha da artmaktadır. KKMM yapma durumuna göre meme hastalığı geçirme verileri istatistiksel olarak benzer tespit edildi. Zavare ve arkadaşlarının Malezya'da yaptıkları çalışmada kişisel meme hastalığı geçirme ile KKMM

uygulaması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [61]. İran'da yapılan bir çalışmada ise kişisel meme sorunları ile KKMM uygulaması arasında anlamlı ilişki görülmüştür [42].

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda artmış riskten bahsedilmektedir. Meme kanseri öyküsü ailede birden fazla kadında mevcut ise risk artışı da katlanarak artmaktadır. KKMM yapma durumuna göre ailede meme kanseri varlığı durumu verileri istatistiksel olarak benzer tespit edildi. Kutlu ve Biçer'in yaptığı çalışmada katılımcıların KKMM yapmasıyla ailede meme kanseri hikayesi olması arasında istatistiksel bir ilişki görülmemiştir [40].

KKMM yapma durumuna göre ailede meme kanseri yakınlık durumu verileri istatistiksel olarak benzer tespit edildi. Hemalatha Kumarasamy ve arkadaşları ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların bu nedenden dolayı KKMM yapmayı sürdürdüğünü söylemiştir [62].

Çalışmamızda KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre düzenli doktor muayenesi oranları istatistiksel olarak yüksek tespit edildi. Hindistan'da yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan kadınların yarısı meme kanserinin varlığını sadece doktor muayenesiyle bulunabileceğini düşünüyorlardı [63].

Mamografi meme kanseri erken tanısında kullanılan ve meme kanserine bağlı ölüm oranlarını azaltan önemli bir tetkiktir. Kutlu ve Biçer'in yaptığı çalışmada katılımcıların %33,7'si daha önce mamografi veya USG çektirmişti [40]. Çalışmamızla bu sonuçlar arasında paralellik izlenmiştir. Pınar Erbay Dündar ve arkadaşlarının Manisa ili kırsalında yaptıkları çalışmada katılımcıların %27,9'u mamografinin ne olduğunu bilmediğini, aynı çalışmada %89,3 oranında katılımcı hiç mamografi çektirmediğini belirtmiştir [64]. Çalışmamızda KKMM yapma durumuyla mamografi çektirme arasındaki ikili ilişki incelendiğinde, KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre mamografi çektirme oranlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edildi. Suudi Arabistan'da yapılmış bir çalışmada daha önce KKMM yapmış ve mamografi çektirmiş katılımcı oranı %72,1 olarak açıklanmıştır [65] .

Çalışmamızda KKMM yapma durumu ile USG çektirme ikili değişkenlerinin incelenmesi sonucu, KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre düzenli ultrasonografi yaptırma oranları istatistiksel olarak yüksek tespit edildi.

Pınar Erbay Dündar ve arkadaşlarının Manisa ili kırsalında yaptıkları çalışmada katılımcıların %75 katılımcı ise hiç klinik meme muayenesi yaptırmadığını belirtmiştir [64]. Hindistan gibi büyük nüfusa ve coğrafya sahip ülkelerde ekonomik maliyetli mamografiye ulaşmada zorluklar nedeniyle taramalarda KMM tercih edilmektedir [66]. KKMM yapma durumu ile KMM olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre klinik meme muayenesi olma oranları istatistiksel olarak yüksek tespit edildi.

KKMM uygulamasını etkileyen en önemli faktörlerden biri kadınların KKMM hakkında yeterince bilgiye sahip olmadıklarıdır. KKMM hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan kadınlar KKMM yapma konusunda isteklerini kaybetmiş ve zaman içinde KKMM uygulamaktan vazgeçmişlerdir. Syed Azizur Rahman ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların %68,9'u, Kamerun'da yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılan kadınların %74,17'si KKMM duyduğunu söylemiştir [67, 68]. Bu iki çalışmadaki verilerle çalışmamız örtüşmektedir. Çalışmamızda KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre KKMM hakkında bilgi varlığı oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi.

KKMM hakkında bilgi sahibi olunan kaynak kadınlara sorulduğunda 267 (%26,1) kadın ise KKMM hakkında hiç bilgisi olmadığını söylemiştir. Ortalamaya vurulduğunda anketimiz sonucunda 4 kadından biri hayatı boyunca KKMM'yi duymamıştır ve uygulamamıştır. Gazze'de kadın üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada kadınların KKMM bilgi kaynağı üniversite eğitimi (%57), internet (%45) ve sosyal medya (%41) şeklinde olmuştur [69]. Mary Atanga Bi Suh ve ekibinin Kamerun Buea'da yaptığı çalışmada çalışmaya katılan kadınların %25,6'sı KKMM'yi hiç duymamıştı ya da nasıl yapacaklarına dair bilgi birikimine sahip değillerdi [67]. Çalışmamızda KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre KKMM hakkında yeterli bilgi kaynağı oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi.

KKMM bilgi düzeyiniz yeterli mi sorusuna ise kadınların 341 (%33,3) yeterli diye cevap vermiştir. Genel olarak düşünüldüğünde ise neredeyse 3 kadından birinin KKMM bilgi düzeyi yeterli tespit edilmiştir. Avusturya'da yapılan bir çalışmada kadınların %92'sinin KKMM uygulaması hakkında bilgilerinin olduğunu belirtmiş olmasına rağmen her ay düzenli KKMM yapanların oranını ise %31 olarak açıklanmıştır [70]. Çalışmamızda KKMM yapma durumuyla KKMM bilgi düzeyleri ikili değişkenlerinin incelenmesi sonucu KKMM yapan

grupta KKMM yapmayan gruba göre KKMM hakkında bilgi düzeyleri istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi. Etiyopya'da bir çalışmada KKMM bilgi düzeyiyle KKMM uygulaması arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür [71].

Tüm dünyada kadınlarda neredeyse tüm yaş gruplarında en fazla görülen ve ölüm oranlarında en başta seyreden meme kanseri hakkında çalışmamıza katılan yaklaşık olarak iki kadından birinin bilgisi bulunmamaktadır. Bu açıdan bakıldığında ülkelerin ve ülkemizin meme kanseri farkındalığını ve bilgi düzeyini arttırması için önemli çıkarımlar görülmektedir. Pınar Erbay Dündar tarafından Manisa ili kırsalında yapılan çalışmada katılımcıların %23,4'nün meme kanseri hakkında herhangi bir bilgileri yoktu [64]. Çalışmamızda KKMM yapma durumu ile meme kanseri hakkında bilgi düzeyi değişkenlerinin ikili incelenmesinde, KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre meme kanseri hakkında bilgi düzeyleri istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi. Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise meme kanseri bilgi düzeyi ile KKMM yapma arasındaki ilişki pozitif izlenmiştir. Meme kanseri bilgi durumu fazla olan öğrenciler meme kanserinin erken tanısı için KKMM uygulamasını daha fazla uyguladıkları görülmüş [72].

Anketimize katılan 964 (%94,2) kadın KKMM hakkında bilgi sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç gösteriyor ki ülkemizde ve dünyada önemini yitirmiş olan KKMM'nin kadınlar tarafından yapılmak ve öğrenilmek istenmesi sağlık politika düzenleyicilerinin KKMM hakkında önemle düşünmesi gereken bir konu olacağa benzemektedir. Humariya Heena ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %91,7'si KKMM'nin kadınlar için faydalı bir uygulama olduğunu belirtmişlerdir [73]. Çalışmamızda KKMM yapma durumuna göre KKMM hakkında bilgi sahibi olmak isteme oranları istatistiksel olarak benzer tespit edildi. Hemalatha Kumarasamy ve arkadaşları yaptıkları çalışmada %83 kadın kendilerine iyi bir şekilde KKMM anlatılırsa KKMM yapmaya istekli olduklarını açıklamışlardır [62].

Kadınların 921 (%90) tanesi KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünmektedir. Sulu ve arkadaşlarının Demokratik Kongo Cumhuriyetinde yaptıkları çalışmasında katılımcılar KKMM'nin meme kanseri tanısında kıymetli bir metot olduklarını belirtmişlerdir [74]. Uganda'da öğrenciler arasında yapılmış bir çalışmada öğrencilerin %80'den fazlası KKMM için meme kanserinin erken teşhisi için değerli bir

metot olduğunu, %70'den fazlası da meme kanserinin önlenmesi için faydalı bir metot olduğunu düşündüğünü belirtmişlerdir [75].

KKMM yapmanın meme kanseri farkındalığını arttıracağını düşünen kadınların sayısı 979 (%95,7)'dur. Mary Atanga Bi Suh ve ekibinin Kamerun Buea'da yaptığı çalışmada KKMM'nin önemli olduğunu düşünen kadın oranı %95 bulunmuştur [67].

Düzenli KKMM neden yapılır sorusuna erken tanı için diyen kadın sayısı 605 (%59,1) iken, 281 (%27,5) kadın ise sağlıklı olmak için cevabını vermiştir. Düzenli KKMM neden yapılmaz sorusuna cevap veren 263 (%25,7) kadın uygulamayı bilmemek cevabını vermiştir. Bu cevap KKMM hakkında hiçbir bilgisi olmayan 267 (%26,1) kadının verdiği cevapla örtüşmektedir. Rao Siddarth ve arkadaşları Hindistan'da yaptıkları çalışmada katılımcıların hiçbirisi KKMM uygulamıyordu [63].

Çalışmamızda KKMM yapılmaya hangi yaştan itibaren başlanmalı sorusuna doğru cevap olan ilk adetle birlikte yapılmalı cevabını veren kadın sayısı 214 (%20,9) olmuştur. KKMM'nin ne zaman yapılmaya başlanacağı sorusuna ne düşündürücüdür ki 5 kadından 1 tanesi doğru cevabı vermiştir. Hümariya Heena ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcılardan 170 (%43,0) tanesi KKMM'nin puberteden başlaması gerektiğini ve 91 (%23,0) tanesi ise KKMM yapmaya başlamak için 20 yaşını seçmiştir [73].

KKMM kimler yapmalı sorusuna katılımcılardan 844 (%82,5) tanesi doğru cevap olan tüm erişkin kadınlar yapmalı cevabını vermiştir. Ülkemizde Vildan Ögüç tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı olmayan gruplar arasında KKMM'nin kimler tarafından uygulanması gerekir sorusunda sağlık çalışanı olmayan kadınlar %77,5 ile tüm erişkin kadınlar yapmalı cevabıyla bizim çalışmamıza yakın oranlarda cevap vermiştir [76]. G.Koç ve ekibi tarafından yapılan çalışmada KKMM'yi kimler yapmalı sorusuna %55,1 oranında katılımcı adet gören tüm kadınlar cevabını vermiştir [11].

Gebelikte ele gelen kitlelerin değerlendirilmesinde mamografi ve kontrastlı MR önerilmemektedir. Ayrıca gebeler de bu süreçte bebeklerinin etkileneceğinden korktukları için neredeyse tüm tetkiklerden kaçınmaktadır. Bu yüzden gebelik ve emzirme sürecinde meme kanseri tanısının zor konmaktadır. Önerilen tarama testlerinin kısıtlı kullanılmaları KKMM'yi bu süreçlerde meme kanseri tanısı için iyi bir alternatif haline getirmektedir. Zehra Özyamaç Konuk'un yaptığı çalışmada emzirme döneminde KKMM yapılır mı sorusuna evet yapılır

diyen katılımcı sayısı %48,8 olmuştur [77]. Bizim çalışmamızla benzer özellik göstermektedir.

KKMM yapıldığında hangi belirtilerin meme kanserini düşündürdüğüne verilen cevaplarda doğru cevabı veren kadın sayısı 320 (%31,3) olarak bulunurken yaklaşık %68,7 kadın bu soruya eksik bilgi ya da bu konuda bilgisi olmamasından dolayı yanlış cevap vermiştir. Birleşik Arap Emirliklerinde (BAE) Şharjah Üniversitesinde yapılan bir çalışmada katılımcılar meme kanserini düşündüren işaret ve semptomları konusunda (%61,8) oranında bilgi sahibi değilken, (%38,2) ise bu konuda bilgi sahibiydi. Bu çalışmada meme kanserinin en bilinen semptomu bizim çalışmamızda olduğu gibi memede kitle olmasıdır (%80,1) [68]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcılar meme kanserinin semptomları arasında ilk sırada %71 oranında ele gelen kitle olarak cevap vermişlerdir [78]. Güney Hindistan'da Cency Baburajan ve arkadaşları tarafından kırsal bir hastanede 416 kadınla yapılan çalışmada ise kadınların büyük çoğunluğu meme kanserinin bir tek semptomunu bile ifade edememiş (%81,2) ve yine büyük çoğunluğu (%85,1) meme kanseri risk faktörlerinden bir faktörü söyleyememişlerdir [79].

KKMM nasıl yapılır sorusuna 344 (%33,6) kadın bilmiyorum cevabını vermiştir. Genel anket sayısına oranladığımızda hemen hemen 3 kadından 1'i KKMM yapmayı bilmediğini belirtmiştir. Düzce Üniversitesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların eğitim öncesi %93,8'i KKMM uygulamasının nasıl yapıldığını bildiğini söylemiştir [77]. Bu çalışmadaki KKMM uygulamasının bilinirliğinin yüksek olması katılımcıların sağlık çalışanı olmasından kaynaklanıyordu.

Meme kanseri erken tanısında en önemli tanı yöntemi hangisidir sorusuna verilen cevaplarda birçok ülkede ve ülkemizde tarama muayenesi olarak kabul edilen mamografi çektirmek cevabını anketimizde veren kadın sayısı 125 (%12,2) iken, klinik doktor muayenesi cevabını verenlerin sayısı 327 (% 32,0), KKMM cevabını verenlerin sayısı 236 (23,1) oranlarında görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanı olmayan kadınların meme kanseri erken tanısında kullanılan yöntemi %68 oranında mamografi diyerek bildiklerini belirtmiştir [76].

Düzenli KKMM yapma durumu sorusuna %57,2 oranında kadın düzenli yapıyorum demiştir. Yapma sıklıkları sorusuna hiç yapmıyorum diye cevap veren kadın sayısı %36,8

oranındadır. Zehra Özyamaç Konuk'un yaptığı çalışmasında katılımcılar düzenli KKMM yapma sıklıkları sorusuna %29,1 oranında yapmıyorum, %55 oranında aklıma geldikçe, %11,6 oranında ayda bir cevabını vermiştir [77]. Aklıma geldikçe yapıyorum ve ayda bir cevabını verenler bizim çalışmamızla paralellik gösterirken yapmıyorum diyenlerin oranı bizim çalışmamızın nerdeyse yarısı kadardı. Bunun nedeni olarak da katılımcıların sağlık çalışanı olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Düzenli KKMM yapılırken memede ya da koltuk altında şişlik fark edersiniz ilk başvuru noktası yeri neresi olur sorusuna yüksek oranda 528 (%51,6) kadın uzman doktora giderim demiştir. G. Koç ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılar KKMM uygulamasında memede şişlik saptanırsa başvuru noktası olarak doktora gidilmesi gerektiğini %55,9 oranında söylemişlerdir [11]. Bu sonuç bizim çalışmamızla hemen hemen benzerdir.

Çalışmamızda ikili karşılaştırmalarda anlamlı sonuçlar elde ettiğimiz değişkenler KKMM yapma durumunu belirlemek için tek yönlü ve çok yönlü regresyon analizine tabi tutuldu.

Tek yönlü regresyon analiz sonucunda KKMM yapma olasılığının okuryazar olmayanlara göre kıyaslandığında eğitim düzeyi ilkokul olanlarda 3,988 kat; lise olanlarda 3,488 kat; üniversite ve üzeri olanlarda 4,846 kat arttığı tespit edildi.

Ev hanımı dışındaki mesleklerde KKMM yapma olasılığının ev hanımlarına kıyasla 1,738 kat arttığı belirlendi. KKMM yapma olasılığının sosyal güvencesi olanlarda sosyal güvencesi olmayanlara göre 1,589 kat, fiziksel aktivite yapanlarda düzenli fiziksel aktivite yapmayanlara göre 1,853 kat daha fazla olduğu tespit edildi.

Menarş yaşı 12 ve üzerinde olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının menarş yaşı 12'den küçük olanlara göre 1,628 kat artış gösterdiği bulundu. KKMM yapma olasılığının düzenli doktor muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,262 kat; mamografi çektirenlerde mamografi çektirmeyenlere göre 2,252 kat; ultrasonografi yaptıranlarda yaptırmayanlara 2,813 kat; klinik meme muayenesi olanlarda klinik meme muayenesi olmayanlara göre 3,573 kat daha yüksek olduğu belirlendi.

KKMM yapma olasılığının KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda olmayanlara göre 142,297 kat; KKMM hakkında bilgi düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 16,118 kat;

meme kanseri hakkında bilgisi olanlarda olmayanlara göre 4,027 kat daha yüksek olduğu belirlendi. Etiyopya'da bir çalışmada KKMM bilgi durumu yüksek kadınların KKMM uygulama olasılığı bilgi düzeyi düşük olan kadınlara göre 4,8 kat yüksek bulunmuştur [80]. Fazlollah Ghofranipour ve ekibi tarafından yapılan çalışmada KKMM bilgi düzeyi yüksek kadınların düşük bilgi düzeyi olan kadınlara göre KKMM uygulama olasılığı 3,46 kat fazla görülmüştür [81].

Tek yönlü regresyon analizi sonucu istatistiksel anlamlı olan değişkenlerle, KKMM yapma olasılığını araştırmak için multivariate regresyon analiz modeli oluşturuldu. KKMM yapma olasılığının klinik meme muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,195 kat; KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda olmayanlara göre 81,544 kat; KKMM hakkında bilgi düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 6,476 kat artış gösterdiği tespit edildi. Eskinder İsrael ve arkadaşlarının güney Etiyopya'da yaptığı çalışmada anlamlı buldukları ikili değişkenlerden dört değişkeni multivariete regresyon analizine almışlardır. Bu değişkenler yaşanılan yer, eğitim durumu, KKMM farkındalığı ve ailede meme kanseri öyküsüdür. Yapılan regresyon analizinde kentte yaşayan kadınlar kırsaldaki kadınlara göre 6 kat fazla, ilköğretim ve üzerinde eğitim alan kadınların diğer kadınlara göre 8 kat fazla, KKMM farkındalığı olan kadınların diğer kadınlara göre 4 kat fazla, ailesinde meme kanseri hikayesi olan kadınların ailesinde meme kanseri hikayesi olmayanlara göre 7 kat fazla KKMM yapma olasılığı tespit edilmiş [82]. 2013'te Namibya'da yapılan bir çalışmada çok değişkenli regreyon analizinde yaş, ikamet yeri, eğitim düzeyi, sosyal güvence, meslek durumu, erken evlilik, medeni durum, din, gelir durumu gibi değişkenler ile KKMM yapma olasılığı arasında anlamlı ilişkiler görülmüştür [44].

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda neredeyse üç kadından ikisinin KKMM hakkında yeterli bilgisi olmadığını, iki kadından birinin meme kanseri hakkında bilgisi olmadığını, on kadından dokuzunun KKMM'nin yapılma zamanını bilemediğini, on iki kadından birinin memede veya koltukaltında kitle varlığında nereye başvuracağını bilemediğini tespit ettik.

2. Tüm ülkelerde meme kanserinin erken tanısı için kullanılan mamografi çekiminde ortalama üç kadından birinin mamografi çektirdiği belirlendi. KMM ve USG çekiminde de mamografi çekimine benzer oranlar izlendi. Bu sonuçların ışığında meme kanseri ve tarama metotlarının eğitimlerine daha ağırlık verilmesi sonucu kadınlarda meme kanseri farkındalığı daha yüksek oranlara ulaşacaktır.

3. Çalışmamızda ikili karşılaştırmalarda anlamlı sonuçlar elde ettiğimiz değişkenler eğitim durumu, meslek, sosyal güvence varlığı, düzenli fiziksel aktivite yapma, menarş yaşı, düzenli doktor muayenesi, mamografi çektirme, USG çektirme, klinik meme muayenesi olma, KKMM hakkında bilgi sahibi olma, KKMM hakkında bilgi düzeyi, meme kanseri hakkında bilgi düzeyi değişkenleriyle, KKMM uygulamasının yapılması arasında tek yönlü regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar tespit edildi.

4. Çok yönlü regresyon analizi sonucunda klinik meme muayenesi olma, KKMM hakkında bilgi sahibi olma ve KKMM hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olma değişkenleriyle, KKMM uygulamasının yapılması arasında açık ve anlaşılır kanıtlar tespit edildi. Düzenli bir şekilde klinik meme muayenesi olan kadınların KKMM uygulamasını yapma istekleri artmıştır. Ayrıca kadınlara belirli program dahilinde, eğitimli sağlık profesyonellerince hem görsel hem de uygulamalı KKMM eğitimleri verildiğinde, kadınların KKMM bilgi düzeyleri artacak ve bunun sonucunda kadınlar memelerini tanıyacak, düzenli ve bilinçli bir şekilde KKMM yapacaktır. Böylelikle düzenli KKMM yapan kadınların meme kanseri farkındalıkları artacak ve meme kanseri diğer tarama programlarına her türlü engele rağmen daha istekli katılacaklardır.

Bu sonuçların ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1- Meme kanseri için erken tanıda kullanılan tüm tarama metotlarının kadınların yararına olduğunu düşünmekteyiz. Bu yüzden tarama metotlarının birbirine karşı üstünlüklerinden çok, kadınlar için asıl amaç olan meme kanseri erken tanısında eş güdüm içinde kullanılması daha doğru olacaktır.

2- Gelişmiş ülkelerde mamografiye ulaşmakta zorluk çekmeyen kadınlar mevcutken, diğer tarafta gelişmemiş ve orta düzeyli ülkelerde birçok engel yüzünden mamografiye ulaşamayan kadınlar mevcuttur. Bu iki farklı resimdeki kadınların meme kanseri riski aynı olmakla beraber erken tanı kısmında resmin diğer yüzü daha baskın olmaktadır. Bu 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütünün açıkladığı 'Herkese Sağlık Politikası' ile tüm ülkelerde insanların sağlık sunucularından eşit sağlık hizmeti alması düşüncesiyle örtüşmemektedir. Resmin diğer yüzündeki kadınlar meme kanserine karşı mamografi çektirmedikleri, KMM olmadıkları ve KKMM uygulamadıkları için tamamen şans faktörüyle korunmaktadırlar.

3- Sağlık politikalarını düzenleyiciler kadınların meme kanseri erken teşhis metotlarına ulaşmalarındaki engelleri ortadan kaldırmak için çalışmalar yapmalıdırlar. Ülkeler arasında da erken tanı araçlarına kadınların ulaşımındaki adaletsizliği ortadan kaldırmak için Dünya Sağlık Örgütü'nün de çalışmalar yapması gerekmektedir. Ekonomisi kötü ve nüfusu yüksek ülkelerde kadınların erken tanı araçlarına ulaşması kolaylaştırılamıyorsa her ne kadar önerilmese de KKMM, bu kadınlar için anlamlı olacak ve erken tanı için bir şansları olacaktır.

4- Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu yılın başlarında açıklanan Küresel Meme Kanseri Girişimi Çerçevesi ile ülkeler kadınların meme kanseri erken tanısında kullanılan tanı araçlarına ulaşması için birinci basamak sağlık hizmetlerine önem vermelidirler. Bu araçların birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygınlaştırılması zaman alacaktır. Bu süreç içinde kadınların meme kanseri erken tanısı için KKMM yapması teşvik edilmeli ve gerekli eğitimler verilmelidir. KKMM yapan kadınların meme kanseri bilgileri artacak ve meme kanseri için farkındalıkları oluşacaktır. Bunun sonucunda kadınlar yüksek farkındalıkları ile meme kanseri erken tanı araçlarına ulaşmak için istekli olacaklardır.

5- Kadınlara meme kanseri erken tanı yöntemleri için eğitimler düzenlenmelidir. Bu eğitimlerde kadınlara ek olarak adet düzeni ve adet düzeninde memede oluşan değişikler

anlatılırsa, kadınlar KKMM yaparken daha dikkatli olacaklardır. Kadınlar adet dönemini ve memede oluşan değişiklikleri bilirse memelerinde oluşan fizyolojik olaylar için adet süresinin bitmesini beklemeyi öğrenecektir. Her kitlede sağlık sunucularına başvurmayacaktır. Aslında KKMM yapılması şüphe hissini oluşturduğundan sağlık sunucularına kadınların daha bilinçli bir şekilde başvurmasını sağlayacaktır.

6- Birçok ülkenin KKMM'yi sağlık eğitim programlarından çıkarması sonucu kadınlar KKMM yapmayı artık ya bırakmışlardır ya da unuttukları için yapamamaktadırlar. Kadınlar diğer tarama metotlarına ulaşmadaki engeller yüzünden ve KKMM yapmadıklarından dolayı meme kanseri farkındalıklarını kaybetmişlerdir. Yıllar içinde meme kanserine bağlı ölümlerin artması politika yanlışlığı olduğunu düşündürmektedir. KKMM'yi önermemekle mortalite sayısında anlamlı düşüşler elde edilememiştir. Bu yüzden düzenli bir şekilde her ay KKMM yapılması kadınları meme kanserine karşı koruyacaktır düşüncesi birçok çalışmanın sonucunda gösterilmiştir ve bu çalışmalarda KKMM yapılması önerilmiştir.

7- Memelerinde ya da koltuk altlarında kitle hissiyatı hissetmeyen, sağlıklı olduğunu düşünen kadınların büyük çoğunluğu mamografi tarama programlarına katılmamaktadır. Bu çalışmadaki en büyük amacımız kadınlara KKMM uygulamasını göstererek kadınlarda bir nevi şüphe ve farkındalık duygusunu ortaya çıkarmaya çalışmaktır. Bir kadın her ay düzenli KKMM uygulaması ile memesinde oluşan yeni kitle hissiyatı sonucu bir şüphe duygusuna kapılır. Böylece sağlık sunucularına başvurarak mamografi veya diğer teşhis metotları uygulanarak tanı konulur. Bu yüzden KKMM uygulaması erişkin tüm kadınlara meme kanseri farkındalığı gelişmesi için öğretilmesi gerekmektedir.

8- Birçok ülkede kadınlar KMM olmadan mamografi ve USG çekimlerine ulaşamamaktadır. Birçok engelin sonucunda dünyada tarama programlarına kadınların katılımı düşük seviyelerde olmaktadır. Bu sorun için kadınların kendisi tarafından kolayca uygulanan, ücretsiz, invaziv olmayan, ulaşım sıkıntısı olmayan, kapalı toplumlarda eş rızası gibi onay gerektirmeyen, kısa süren, eğitim verildiğinde tüm kadınlarca uygulanabilen, her ay düzenli yapıldığında anlamlı sonuçlar veren KKMM tüm kadınlara önerilmelidir.

9- Literatürde KKMM yapmanın zaman kaybı, kaygı verici ve gereksiz anksiyeteye neden olduğu, memeye dokunmanın kadınlarca tiksinti verici olarak düşünüldüğü, kadınların meme dokusuna dokunmaya korktuğu gibi tutarsız çıkarımları ve sonuçları olan çalışmalar da bulunmaktadır. Dokunmak aslında vücudu tanımak için kişinin gerçekleştirdiği doğal bir eylemdir. Böyle çalışmaların veri sonuçları ışığında KKMM eğitimleri geri plana itilmiş olup, tüm meme kanseri erken tanısı mamografi çekimine bel bağlamıştır. Mamografi çekimi seviyesi düşük olan ya da mamografiye ulaşımın zor olduğu ülkelerde ise meme kanserine karşı kadınlar kaderine terkedilmiştir. Bunu önlemek için de kadınların her ay kısa sürelerde düzenli bir şekilde KKMM uygulayarak memelerine dokunmaları hayatları için de anlamlı bir dokunuş olacaktır düşüncesinin tekrar hayata geçirilmesi gerekmektedir.

10- Özellikle meme kanserinin postmenopozal dönemde artışlar seyretmesiyle ileri yaş kadınlara meme kanseri tarama eğitimleri verilmelidir. Eğitimlerde görsel ve video şeklinde materyallerinde kullanılması öğrenme üzerinde pozitif etki oluşturacaktır. Ayrıca okuma oranları düşük, daha çok televizyon izleyen toplumlarda kanser tarama programları kamu spotu şeklinde okuryazar olmayan bu dönemdeki kadınlara ulaştırabilir.

11- Meme kanseri erken tanısında ülkemizde aile hekimlerine ilk başvuru noktası olması, hastalarını yakından tanımaları ve aralarındaki güven duygusu oluşması nedeniyle çok önemli görevler düşmektedir. Meme kanseri erken tanısında kullanılan KMMM'yi, kendisine kayıtlı nüfusa düzenli aralıklarla sağlık personeliyle beraber görsel ve materyaller üzerinde eğitimler vermek suretiyle kadınlara öğreterek ve yapmalarını teşvik ederek farkındalıklarını arttırabilirler. Kendilerine kayıtlı nüfustaki kadınlara meme kanseri işaretlerini, risk faktörlerini ve korunma yöntemlerini göstermek suretiyle kadınların meme kanseri bilgi düzeyinin artmasına yardımcı olabilirler. Ayrıca meme kanseri tarama programları hakkında bilinçlendirme eğitimleri verebilirler. Kadınları mamografi çektirmeye teşvik edebilirler.

12- Sağlık sunucularında hizmet veren personellere hizmet içi eğitimler düzenleyerek bilgilerinin güncellenmesi sağlanabilir ve daha bilinçli olan personeller hizmet verdikleri topluma meme kanserini ve tarama metotlarını daha iyi şekilde anlatacaklardır.

13- Literatürde KKMM ile yapılmış birçok benzer çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar KKMM bilgi oranlarının yüksek olduğu topluluklarda sürekli yapılmaktadır. Bu sonuçlar KKMM uygulama oranlarının ve bilgi seviyelerinin gerçek değerlerini yansıtmamaktadır. Bu çalışmalarda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, çalışma nerede yapılırsa yapılsın katılımcılar sağlık sistemi içinden olduğundan, bu kadınların bir şekilde eğitim ya da çalışma hayatları boyunca KKMM uygulaması hakkında bilgileri olmaktadır. Bu konuda daha çok toplumu yansıtan, kolaycılığa kaçılmayan, kırsal bölgelerde ki kadınları da kapsayan geniş tabanlı çalışmalara ihtiyaç görülmektedir.

14- KKMM uygulama oranının düşük olduğu toplumlarda meme kanseri diğer tarama yöntemleri ve mamografi çekiminin de düşük olduğu görülmüştür. Bu da kadınların sağlıklarına karşı biraz kayıtsız olduğu, kadercilik anlayışı ve bana bir şey olmaz algısından kaynaklandığı düşündürmektedir. Bu yüzden sağlık politikalarını düzenleyen kuruluşların sürekli eğitimler düzenleyerek bu yanlış inanışları önleyecek çalışmalar yapmalıdır.

15- Ülkemizde KETEM'lere bağlı çalışan hizmet tırları meme kanseri erken tanısı için kadınların bu hizmete ulaşmalarında çok büyük kolaylık sağlamaktadır. İngiltere'de BooBee gibi pembe otobüslerle farkındalık artışı sağlanıp mamografi çekimlerine kadınların kolayca katılması sağlanmaktadır. Bu tür hizmetlerin yaygınlaştırılması kadınların meme kanseri erken tanısı için şanslarını arttırmaktadır. Ülkemizde ve İngiltere'deki bu sağlık hizmetinin uygulanmasını takdir ederken, birçok ülkede kullanılarak yaygınlaşmasını temenni etmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Breast Cancer. World Healthy Organizaton IARC.İnternational Agency For Research On Cancer (İnternet) Erişim Tarihi:06.03.2023; https://www.iarc.who.int/cancer-topics/.

2. Breast Cancer Today. 2023. World Healthy Organizaton IARC. İnternational Agency For Research On Cancer (İnternet) Erişim Tarihi:06.03.2023; https://gco.iarc.fr/

3. T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. (İnternet) Erişim Tarihi:01.04.2023. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0

4. Allemani, C., et al., Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. 2018. 391(10125): p. 1023-1075.

5. Breast Cancer. World Healthy Organizaton , (İnternet) Erişim Tarihi: 12.03.2023 ; https://www.who.int/news/item/03-02-2023-who-launches-new-roadmap-on-breast-cancer.

6. Melina Arnold, E.M., Harriet Rumgay,Fatima Cardoso,Sabine Siesling,Isabelle Soerjomataram, Current and Future burden of breast cancer:statistics for 2020 and 2040. The Breast journal, , December2022. Volume 66,P15-23.

7. American Cancer Society (İnternet) Erişim Tarihi: 12.03.2023; https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html.

8. Bamidele, O., et al., Exploring factors contributing to low uptake of the NHS breast cancer screening programme among Black African women in the UK. 2017.

9. Wardle, J., Steptoe, A., Smith, H., Groll-Knapp, E., Koller, M., Smith, D., & Brodziak, A. , Breast self-examination: attitudes and practices among young women in Europe. European Journal of Cancer Prevention, 61-68., 1995.

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

11. Koc, G., Gulen-Savas, H., Ergol, S., Yildirim-Cetinkaya, M., & Aydin, N., Female university students' knowledge and practice of breast self-examination in Turkey. Nigerian journal of clinical practice, 22(3), 410-415., 2019.

12. Kissal, A., & Kartal, B., Effects of health belief model-based education on health beliefs and breast self-examination in nursing students. . Asia-Pacific journal of oncology nursing, 6(4), 403-410., 2019.

13. AVCI, İ.A., Atasoy, A., & Sabah, E., Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. . Florence Nightingale Journal of Nursing, 15(60), 119-128., 2007.

14. Wilke, L.G., Broadwater, G., Rabiner, S., Owens, E., Yoon, S., Ghate, S., ... & Seewaldt, V., Breast self-examination: defining a cohort still in need. The American journal of surgery, 198(4), 575-579., 2009.

15. Cui, Z., et al., Breast Cancer Screening and Perceptions of Harm among Young Adults in Japan: Results of a Cross-Sectional Online Survey. 2023. 30(2): p. 2073-2087.

16. Meme Kanseri Türk Kanser Derneği; (İnternet) Erişim Tarihi:01.03.2023. https://www.turkkanserdernegi.org/tr/kanser-turleri/133/meme-kanseri.html.

17. Tavafian, S.S., Hasani, L., Aghamolaei, T., Zare, S., & Gregory, D. , Prediction of breast self-examination in a sample of Iranian women: an application of the Health Belief Model. . BMC women's health, 9, 1-7., 2009.

18. Turkcerrahi.com,MemeKanseri.(İnternet).ErişimTarihi:01.04.2023.https://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/.

19. Kaymakçı Ş, K.A. Eti Aslan F, Meme Arterleri. Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım, 2010. .(İnternet).Erişim Tarihi:01.04.2023

20. Thomas, D.B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W., Allison, C. J., Chen, F. L., ... & Self, S. G., Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. Journal of the national Cancer Institute, 94(19), 1445-1457., 2002.

21. KETEM, T.C.S.B.T.H.S.K., Kendi Kendine Meme Muayenesi Broşürü.(internet) Erişim Tarihi:01.04.2023 https://bayrakli3noluasm.com/blogdetay/kendi-kendine-meme-muayenesi

22. Memeder.org, Kendi Kendine Meme Muayenesi.(internet) Erişim Tarihi: 01.04.2023. https://memeder.org/meme-sagligi/kendi-kendine-muayene/kendi-kendine-meme-muayenesi-nedir/

23. Fan, L., Strasser-Weippl, K., Li, J. J., St Louis, J., Finkelstein, D. M., Yu, K. D., ... & Goss, P. E. , Breast cancer in China. The lancet oncology, 15(7), e279-e289., 2014.

24. Yip, C.H., Cazap, E., Anderson, B. O., Bright, K. L., Caleffi, M., Cardoso, F., ... & Khaled, H. M., Breast cancer management in middle-resource countries (MRCs): consensus statement from the Breast Health Global Initiative. The Breast, 20, S12-S19., 2011.

25. MA Eryılmaz, Ö.K., B Sevinç, S Ay, S Civcik Meme Kanseri Taramalarının Etkinliği.The Journal of Breast Health 2010 Vol:6 No:4

26. Breast Cancer. American Cancer Society.(internet) Erişim Tarihi:06.03.2023 https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8577.00.pdf

27. T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2017 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri. 2017.(internet) Erişim Tarihi:01.04.2023 https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri Başkanlığı

28. Foundation, A.B.C. Breast Cancer Risk Factors. 2023; .(internet) Erişim Tarihi:06.03.2023 https://www.abcf.org/about-breast-cancer/risk-factors/

29. (TUİK), T.İ.K. Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri. .(internet) Erişim Tarihi:06.03.2023 https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/toplumsal_cinsiyet_istatistikleri_2021.pdf.

30. Dadzi, R. and A.J.P.O. Adam, Assessment of knowledge and practice of breast self-examination among reproductive age women in Akatsi South district of Volta region of Ghana. 2019. 14(12): p. e0226925.

31. Erdem, Ö. and İ.J.B.r.i. Toktaş, Knowledge, attitudes, and behaviors about breast self-examination and mammography among female primary healthcare workers in Diyarbakır, Turkey. 2016. 2016.

32. Wang, X., et al., Body mass index at diagnosis as a prognostic factor for early-stage invasive breast cancer after surgical resection. 2019. 42(4): p. 190-196.

33. Park, J.W., et al., Obesity and breast cancer risk for pre-and postmenopausal women among over 6 million Korean women. 2021. 185: p. 495-506.

34. Neuhouser, M.L., et al., Overweight, obesity, and postmenopausal invasive breast cancer risk: a secondary analysis of the women's health initiative randomized clinical trials. 2015. 1(5): p. 611-621.

35. Güçlü, S., & Tabak, R. S. , 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, 9(1). 2013.

36. Heydari, Z., MAHMOUDZADEH, S. H., & Sakhavar, N., Breast cancer screening knowledge and practice among women in southeast of Iran. 2008.

37. 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, 11(1). 2015.

38. Schernhammer, E.S., Laden, F., Speizer, F. E., Willett, W. C., Hunter, D. J., Kawachi, I., & Colditz, G. A. , Rotating night shifts and risk of breast cancer in women participating in the nurses' health study. Journal of the national cancer institute, 93(20), 1563-1568., 2001.

39. Hansen, J., Night shift work and risk of breast cancer. Current environmental health reports, 4, 325-339., 2017.

40. Kutlu, R., & Biçer, Ü. , Evaluation of breast cancer risk levels and its relation with breast self-examination practices in women. The Journal of Breast Health, 13(1), 34., 2017.

41. Jirojwong, S., & MacLennan, R., Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. Journal of advanced nursing, 41(3), 241-249., 2003.

42. Haji-Mahmoodi, M., Montazeri, A., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., Haghighat, S., & Harirchi, I., Breast self-examination: knowledge, attitudes, and practices among female health care workers in Tehran, Iran. The breast journal, 8(4), 222-225., 2002.

43. Sani, A., Naab, F. ve Aziato, L., Influence of Educational Level on Knowledge and Practice of Breast Self-examination Among Women in Sokoto, Nigeria. . Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences, 5(2), 100-106., 2016.

44. Okyere, J., Dey, N. E. Y., Owusu Ansah, K., Thywill, S. E., & Duodu, P. A. , Prevalence and determinants of breast self-examination practices among women in their reproductive age in

Namibia: an analysis of the 2013 Namibia demographic and Health Survey. . BMC Public Health, 23(1), 1-12., (2023).

45. P Tope, S.M., M El-Zein, EL Franco, T Malagon Differences in site-specific cancer incidence by individual- and area-level income in Canada 2006-2015. 2023.

46. Moo, A.D.W.T.-A., The Impact of Socioeconomic Status and Social Determinants of Health on Disparities in Breast Cancer Incidence, Treatment, and Outcomes. 2023.

47. Breast Cancer BooBee; .(internet) Erişim Tarihi:06.03.2023 . https://www.boobee.co.uk/.

48. T.C.S.B. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Düzenli Fiziksel Aktivite. 2023. .(internet) Erişim Tarihi:06.03.2023. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite1.html)

49. Thune, I., et al., Physical activity and the risk of breast cancer. 1997. 336(18): p. 1269-1275.

50. Bernstein, L. and R.K.J.E.r. Ross, Endogenous hormones and breast cancer risk. 1993. 15(1): p. 48-65.

51. Daly, A.A., Rolph, R., Cutress, R. I., & Copson, E. R., A review of modifiable risk factors in young women for the prevention of breast cancer. . Breast Cancer: Targets and Therapy, 241-257., 2021.

52. Laamiri, F.Z., et al., Risk factors for breast cancer of different age groups: Moroccan data? 2015. 5(02): p. 79.

53. Momenimovahed, Z. and H. Salehiniya, Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. Breast Cancer: Targets and Therapy, 2019. 11: p. 151-164.

54. Łukasiewicz, S., et al., Breast cancer—epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies—an updated review. 2021. 13(17): p. 4287.

55. Thapa, K., et al., Knowledge and Practice of Breast Self-Examination among Female Community Health Volunteers in Dharan Sub-Metropolitan City, Province No. 1, Nepal. 2022. 5(2): p. 10-15.

56. Hinkula, M., et al., Grand multiparity and the risk of breast cancer: population-based study in Finland. 2001. 12: p. 491-500.

57. Ing, R., Ho, J. H. C., & Petrakis, N. , Unilateral breast-feeding and breast cancer. . The Lancet, 310(8029), 124-127., 1977.

58. Romieu, I., Hernandez-Avila, M., Lazcano, E., Lopez, L., & Romero-Jaime, R. (Breast cancer and lactation history in Mexican women. . American journal of epidemiology, 143(6), 543-552., 1996.

59. Zhou, Y., Chen, J., Li, Q., Huang, W., Lan, H., & Jiang, H. , Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. . Breastfeeding medicine, 10(3), 175-182., 2015.

60. Augustin Balekouzou, P.Y., Christian Maucler Pamatika, Cavin Epie Bekolo, Sylvain Wilfrid Nambei, Marceline Djeintote, Komlan Kota, Christian Diamont Mossoro-Kpinde, Chang Shu, Minghui Yin, Zhen Fu, Tingting Qing, Mingming Yan, Jianyuan Zhang, Shaojun Chen, Hongyu Li, Zhongyu Xu,Boniface Koffi Reproductive risk factors associated with breast cancer in women in Bangui: a case–control study. 2017.

61. Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Ismail, I. Z., Said, S. M., & Latiff, L. A., Barriers to breast self examination practice among Malaysian female students: a cross sectional study. SpringerPlus, 4(1), 1-6., 2015.

62. Kumarasamy, H., Veerakumar, A. M., Subhathra, S., Suga, Y., & Murugaraj, R., Determinants of awareness and practice of breast self examination among rural women in Trichy, Tamil Nadu. . Journal of mid-life health, 8(2), 84., 2017.

63. Siddharth, R., Gupta, D., Narang, R., & Singh, P. , Knowledge, attitude and practice about breast cancer and breast self-examination among women seeking out-patient care in a teaching hospital in central India. . Indian Journal of cancer, 53(2), 226-229., 2016.

64. Dündar, P.E., et al., The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. 2006. 6: p. 1-9.

65. Al-Zalabani, A.H., Alharbi, K. D., Fallatah, N. I., Alqabshawi, R. I., Al-Zalabani, A. A., & Alghamdi, S. M., Breast cancer knowledge and screening practice and barriers among women in Madinah, Saudi Arabia. Journal of Cancer Education, 33, 201-207., 2018.

66. Okonkwo, Q.L., Draisma, G., Der Kinderen, A., Brown, M. L., & de Koning, H. J., Breast cancer screening policies in developing countries: a cost-effectiveness analysis for India. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 100(18), 1290-1300., 2008.

67. Suh, M.A.B., et al., Breast self-examination and breast cancer awareness in women in developing countries: a survey of women in Buea, Cameroon. 2012. 5(1): p. 1-6.

68. Rahman, S.A., et al., Awareness about breast cancer and breast self-examination among female students at the University of Sharjah: A cross-sectional study. 2019. 20(6): p. 1901.

69. Abo Al-Shiekh, S.S., M.A. Ibrahim, and Y.S.J.T.S.W.J. Alajerami, Breast cancer knowledge and practice of breast self-examination among female university students, Gaza. 2021. 2021.

70. Janda, M., et al., Austrian women's attitudes toward and knowledge of breast self-examination. 2000. 15(2): p. 91-94.

71. Amare, M., Assessment of Knowledge and Practice of Breast Self Examination among Female Undergraduate Students in Addis Ababa University, College of Bussiness and Economics, Ethiopia. 2022, Addis Abeba Universty.

72. Aluko, J.O., et al., Awareness, knowledge and practices of breast cancer screening measures among female postgraduate students of a Nigerian Federal University: a cross-sectional study. 2014. 43(Suppl 1): p. 79.

73. Heena, H., et al., Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. 2019. 19: p. 1-11.

74. Sulu, S.M.a.M., et al., Knowledge regarding breast cancer among Congolese women in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. 2022: p. e1758.

75. Kevin, N.U., et al., Breast Self-Examination (BSE): Association between “Belief in BSE” and “Awareness of BSE” among University Female Students in Uganda. 2023. 12(1): p. 17-26.

76. Vildan Ögüç, Ü.A., Sağlık Çalışanı Olan ve Olmayan Kadınlarda, Meme Kanseri Risk Faktörleri ve KKMM Hakkındaki Bilgİ Düzeyleri, in T.C. Genelkurmay Başkanlığı GATA Askeri Tıp Fakültesi Aaile Hekimliğ ABD. 2015.

77. Özyamaç Konuk, Z., Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan kadın doktor, bakım ve sekreterlerin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. 2017.

78. Üçüncü, M.Z., M.M. Üçüncü, and D.J.A.P.J.o.C.P.A. Toprak, Evaluation knowledge, attitude, and behaviour for breast cancer among young women living in two different habitats of Turkey. 2018. 19(11): p. 3179.

79. Baburajan, C., et al., Are rural women aware of breast cancer and do they practice breast self-examination? A cross-sectional study in a rural hospital in South India. 2022. 59(3): p. 354-359.

80. Yeshitila, Y.G., Kassa, G. M., Gebeyehu, S., Memiah, P., & Desta, M., Breast self-examination practice and its determinants among women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. . PloS one, 16(1), e0245252., 2021.

81. Ghofranipour, F., Pourhaji, F., Delshad, M. H., & Pourhaji, F., Determinants of breast cancer screening: Application of protection motivation theory. Determinants of breast cancer screening: Application of protection motivation theory., 2020.

82. Israel, E., Awoke, N., Yakob, T., Aynalem, A., Talto, A., & Bezabih, K., Determinants of breast self-examination practice among women attending pastoralist health facilities, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. . BMC Women's Health, 23(1), 1-9., 2023.th belief model-based education on health beliefs and breast self-examination in nursing students. . Asia-Pacific journal of oncology nursing, 6(4), 403-410., 2019.

EK 1. ANKET FORMU

DOĞANHİSAR 2 No.lu HARMAN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI 20-70 ARASI KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM) HAKKINDA BİLGİ, TUTUM ve FARKINDALIKLARINI ARAŞTIRILMASI

GENEL KİŞİSEL SORULAR

SORU 1. YAŞINIZ: BOY: KİLO: BKİ:

SORU 2. MEDENİ DURUM

A. BEKAR **B .** EVLİ **C.** BOŞANMIŞ

SORU 3. YAŞANILAN YER

A. KÖY-MAHALLE **B.** İLÇE **C.** İL MERKEZİ

SORU 4. EĞİTİM DURUMU

A. OKURYAZAR DEĞİL **B.** İLKÖĞRETİM **C.** LİSE **D.** ÜNİVERSİTE **E.** DİĞER

SORU 5. MESLEK DURUMU

A. EV HANIMI **B.** MEMUR **C.** EMEKLİ **D.** İŞÇİ **E.** DİĞER

SORU 6. GELİR DURUMU

A. 1000 TL VE ALTI **B.** 1000-5000 TL ARASI **C.** 5000 TL ve ÜSTÜ

SORU 7. SOSYAL GÜVENCE VARLIĞI

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 8. EVLENME YAŞI

A. 30 YAŞ ÖNCESİ **B.** 30YAŞ SONRASI **C.** BEKAR

SORU 9. İLK ADET YAŞI

A. 12 YAŞ ALTI **B**. 12 YAŞ ve ÜSTÜ

SORU 10. ADET DURUMU

A. HER AY DÜZENLİ **B.** DÜZENSİZ

SORU 11. ÇOCUK SAYISI

A. YOK **B.** 1 ÇOCUK **C.** 2 ÇOCUK **D.** 3 ve DAHA FAZLA

SORU 12. İLK GEBELİK YAŞI

A. 25 YAŞ ve ALTI **B.** 25 YAŞ ÜSTÜ

SORU 13. EMZİRME DURUMU

A. ÇOCUĞUNU EMZİRMEMİŞ **B.** ÇOCUĞUNU EMZİRMİŞ

SORU 14. ORTALAMA EMZİRME SÜRESİ (ÇOCUĞU VARSA)

A. HİÇ EMZİRMEMİŞ **B.** 6 AYDAN AZ **C.** 6AY ve 2 YAŞ ARASI **D.** 2 YAŞ VE ÜSTÜ

SORU 15. MENOPOZA GİRME DURUMU

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 16. MENOPOZA GİRME YAŞI

A. 50 YAŞ ve ALTI **B.** 50 YAŞ ÜSTÜ

SORU 17. DÜZENLİ MEME MUAYENESİ İÇİN DOKTORA GİDERMİSİNİZ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 18. MAMOGRAFİ ÇEKTİRDİNİZ Mİ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 19. USG ÇEKTİRDİNİZ Mİ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 20. MEME HASTALIĞI GEÇİRDİNİZ Mİ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 21. AİLENİZDE MEME KANSERİNE YAKALANAN VAR MI?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 22. MEME KANSERİ VARSA YAKINLIK DERECESİ

A. ANNE **B.** KIZKARDEŞ **C.** TEYZE **D.** ANNEANNE **E**. DİĞER

SORU 23. SİGARA KULLANIYORMUSUNUZ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 24. DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE YAPIYOR MUSUNUZ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 25. DOĞUM KONTROL HAPI KULLANDINIZ MI?

A. EVET **B .**HAYIR

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İLE İLGİLİ SORULAR

SORU 1. KLİNİK MEME MUAYENESİ OLDUNUZ MU? (DOKTOR MUAYENESİ)

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 2. KENDİ KENDİNE MEME MUYENESİ HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ MİSİNİZ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 3. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPIYOR MUSUNUZ?

A. EVET **B**. HAYIR

SORU 4. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA SIKLINIĞIZ

A. HİÇ YAPMADIM

B. ARASIRA YAPARIM

C. AYDA BİR YAPARIM

D. HER ADET SONRASI

E. DİĞER

SORU 5. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLDUĞUNUZ KAYNAK HANGİSİDİR?

A. BİLGİM YOK

B. GAZETE-BROŞÜR-EL İLANLARI

C. İNTERNET

D. TV

E. SAĞLIK ÇALIŞANLARI

F. DİĞER

SORU 6. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİZ YETERLİ Mİ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 7.KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDA DÜŞÜNCELERİNİZ NEDİR?

A. HER AY DÜZENLİ YAPMAM GEREKİR

B. GENÇ VE SAĞLIKLI KADINLARIN YAPMASINA GEREK YOKTUR

C. KKMM YAPMAK İÇİN KENDİMİ YETERLİ BULMUYORUM

D. KKMM YAPARSAM KANSER BULGULARI ÇIKMASINDAN KORKUYORUM

E. KKMM YAPMAK ZAMAN KAYBIDIR

F. DİĞER

SORU 8. SİZCE KKMM HANGİ YAŞTAN İTİBAREN YAPILMAYA BAŞLANMALIDIR?

A. İLK ADETLE BİRLİKTE

B. 20 YAŞTAN İTİBAREN

C. 30 YAŞTAN İTİBAREN

D. MENOPOZDAN SONRA

E. DİĞER

SORU 9. SİZCE KKMM NE ZAMAN YAPILMALI?

A. AKLIMA GELDİKÇE

B. ADETTEN SONRA

C. ADETTEN ÖNCE

D. HER AY ADET KANAMASININ 5-7. GÜNLERİ ARASI

E. AYDA BİR

F. DİĞER

SORU 10. SİZCE KİMLER KKMM YAPMALIDIR?

A. TÜM ERİŞKİN KADINLAR

B. MEME KANSERİ OLANLAR

C. AİLESİNDE MEME KANSERİ OLANLAR

D. MEMEDE ŞİKAYETİ OLANLAR

E. DİĞER

SORU 11. SİZCE EMZİRME DÖNEMİNDE YAPILIR MI?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 12. DÜZENLİ KKMM YAPIYORSUNUZ NEDENİ NEDİR?

A. SAĞLIKLI OLMAK İÇİN

B. ERKEN TANI İÇİN

C. RİSK GRUBUNDA OLDUĞU İÇİN

D. KORUNMAK İÇİN

E. DİĞER

SORU 13. DÜZENLİ KKMM YAPMIYORSANIZ NEDENİ NEDİR?

A. KANSER ÇIKACAK KORKUSU

B. UYGULAMAYI BİLMİYORUM

C. UNUTUYORUM

D. SAĞLIKLI OLDUĞUMDAN ÖNEMSEMİYORUM

E.ZAMAN BULAMIYORUM

F. DİĞER

SORU 14. MEME KANSERİ HAKKINDA BİLGİNİZ VAR MI?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 15. KKMM İLE MEMEDE YA DA KOLTUKALTINDA ŞİŞLİK FARKEDERSENİZ NE YAPARSINIZ?

A. BİLMİYORUM

B. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE GİDERİM

C. KETEM'e GİDERİM

D. UZMAN DOKTORA GİDERİM

E. DİĞER

SORU 16. KKMM'DE HANGİ BELİRTİLER SİZE KANSERİ DÜŞÜNDÜRÜR?

A. KOLTUKALTINDA ya da MEMEDE KİTLE ELE GELMESİ

B. CİLTTE PORTAKAL KABUĞU GÖRÜNÜMÜ, KIZARIKLIK ve ŞİŞLİK İZLENMESİ

C. MEMELER AYNA GÖRÜNTÜSÜNDE SİMETRİK OLARAK AYNI UZUNLUKTA İZLENMEMESİ

D. MEME BAŞINDA KANLI AKINTI OLMASI veya MEME BAŞINDA ÇÖKÜNTÜ OLMASI

E. HEPSİ

F. BİLMİYORUM

SORU 17. KKMM NASIL YAPILIR?

A. BİLGİ SAHİBİ DEĞİLİM

B. MEME UÇLARINDAN AKINTI GELİP GELMEDİĞİ KONTROL EDİLİR

C. AYNA KARŞISINDA HER İKİ EL BELDE OLACAK ŞEKİLDE DURULUR ve HER İKİ MEME BÜYÜKLÜK AÇISINDA DEĞERLENDİRİLİR

D. MEMEDE PORTAKAL KABUĞU GÖRÜNÜMÜ VE MEME BAŞINDA ÇÖKME VAR MI İNCELENİR

E.HER İKİ MEME ve KOLTUKALTLARI PARMAK UÇLARIYLA DAİRESEL HAREKETLERLE HERHANGİ BİR ŞİŞLİK ve SERTLİK AÇISINDAN MUAYENE EDİLİR

F. HEPSİ

SORU 18. MEME KANSERİ ERKEN TANISINDA SİZCE EN ÖNEMLİ TANI YÖNTEMİ HANGİSİDİR?

A. KKMM **B.** KLİNİK MEME MUAYENESİ **C.** MAMOGRAFİ **D.** USG **E.** HEPSİ **F.** DİĞER

SORU 19. SİZCE KKMM ERKEN TANI İÇİN ÖNEMLİ MİDİR?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 20. KKMM YAPMAK SİZCE MEME KANSERİNDEN KORUNMADA ÖNEMLİ MİDİR?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 21. KKMM YAPMAK MEME KANSERİ FARKINDALIĞINI ARTTIRACAĞINI İNANIYOR MUSUNUZ?

A. EVET **B.** HAYIR

SORU 22. KKMM HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMAK İSTER MİSİNİZ?

A. EVET **B**. HAYIR

-BU ANKET UZMANLIK TEZ ÇALIŞMASI İÇİN HAZIRLANMIŞTIR. SORULARI YANITLADIĞINIZ TEŞEKKÜR EDERİM.

-İSMİMİN AÇIKLANMAMASI ŞARTIYLA, BİLGİLERİN BİLİMSEL ÇALIŞMA İÇİN KULLANILMASINA İZİN VERİYORUM.