T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

KONYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

MEMEDE KİTLE NEDENİYLE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON VE ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.SEHER MERCAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2017

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

KONYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

MEMEDE KİTLE NEDENİYLE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON VE ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. SEHER MERCAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. MEHMET ALİ ERYILMAZ

KONYA – 2017

TEŞEKKÜR

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

Tez çalışmamın her aşamasında yol gösterici olan, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve destek olan Uzm. Dr. İbrahim SOLAK abime, verilerin toplanmasında emeği geçen Meme polikliniği ekibine ve KETEM sorumlusu Dr. Seher CİVCİK'e ve ekibine saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İhtisas sürem boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli uzmanlarımıza, birçok şeyi paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve güler yüzüyle hep yanımızda olan çalışma arkadaşımız Zübeyde ÇOBAN'a teşekkürlerimi sunarım. Tüm eğitim ve öğretim hayatım boyunca daima yanımda olan, her zaman sevgiyle destek olan ve emek harcayan sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Seher Mercan

Konya 2017

ÖZET

MEMEDE KİTLE NEDENİYLE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON VE ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.SEHER MERCAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2017

Amaç: Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserdir. Erken tanı ve gelişen tedavi olanaklarına rağmen meme kanseri, kabul edilmesi zor, önemli bir kaygı kaynağı olarak çeşitli psikososyal sorunları gündeme getirmektedir. Biz bu çalışmamızda memede kitle yakınmasıyla polikliniğe başvuran hastalardaki depresyon ve anksiyeteyi, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ne (KETEM) rutin tarama için gelen hastalarla kıyaslayarak kitlenin kadınların ruh sağlığında oluşturduğu etkiyi tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma analitik tipte bir vaka kontrol çalışmasıdır. 01 Temmuz 2016-30 Eylül 2016 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya E.A.H Meme Polikliniği'ne memede kitle nedeniyle başvuran, herhangi bir tanı almamış ve KETEM'e rutin mamografi çektirmek için gelen herhangi bir şikâyeti olmayan hastalara çalışmamız hakkında bilgi verilerek, kabul edenlere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalattırıldı. Çalışmamıza girmeyi kabul eden hastalara Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve sosyodemografik verileri içeren anket formu doldurtturuldu. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney-U testi, Ki-kare testleri ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza vaka grubu olarak meme polikliniğine memede kitle nedeniyle başvuran 100 kişi ve kontrol grubu olarak da KETEM'e başvuran 100 sağlıklı kişi alındı. Çalışmaya katılanların %100'ü kadındı (n=200). Vaka grubunun %85'i (n=85) evli, %15'i (n=15) bekâr iken kontrol grubunun %90'ı (n=90) evli, %10'u (n=10) bekârdı. Katılımcılardan vaka grubunun %8'i (n=8) yalnız, %15'i (n=15) sadece eşiyle, %65'i (n=65) eş ve çocuklarıyla, %7'si (n=7) anne-baba ile yaşamakta iken %5'i (n=5) hepsiyle beraber yaşamaktaydı. Kontrol grubunun ise %8'i (n=8) yalnız, %15'i (n=15) eşiyle, %65'i (n=65) eş

ve çocuklarıyla, %1'i (n=1) anne-babası ile, %8'i (n=8) hepsiyle beraber yaşamaktaydı. Eğitim düzeylerine bakıldığında vaka grubunun %69'unun (n=69) eğitim düzeyi ilkokul ve altıyken, %31'inin (n=31) eğitim düzeyi ortaokul ve üstüydü. Kontrol grubunun %80'inin (n=80) eğitim düzeyi ilkokul ve altı iken, %20'sinin (n=20) ortaokul ve üstü olarak tespit edildi. Katılımcılara nerde yaşadıkları sorulduğunda vaka grubunun %17'si (n=17) kırsal kesimde yaşamaktayken, %83'ü (n=83) şehirde yaşamaktaydı. Kontrol grubunun ise %8'i (n=8) kırsal kesimde yaşamaktayken, %92'si (n=92) şehirde yaşıyordu. Vaka grubunun %55'inin (n=55) gelir düzeyi 1500 lira ve altındaydı, %45'inin (n=45) ise gelir düzeyi 1500 liranın üzerindeydi. Vaka grubunun %83'ü (n=83) ev hanımıydı, %17'si (n=17) diğer meslek gruplarındandı. Kontrol grubunun %83'ü (n=83) ev hanımıydı, %17'si (n=17) diğer meslek gruplarındandı. Vaka ve kontrol grupları arasında medeni durum, kimlerle yaşadığı, aylık gelir düzeyi, yaşadığı yer, meslek ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Çalışmamızdaki vaka ve kontrol grupları ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,000). Vaka grubunda depresyon görülme oranı kontrol grubuna göre 1,351 kat daha fazlaydı [Odds Ratio=0,074 %95 CI (min=0,034 max=0,159)]. Vaka ve kontrol grubu ile anksiyete düzeylerini karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,000). Vaka grubunda orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı kontrol grubuna göre 8,333 kat daha fazlaydı [Odds Ratio=0,120 %95 CI (min=0,062 max=0,233)]. Vaka grubunun Beck depresyon puan ortalaması ± Std Error (19,6±1,05) iken kontrol grubunun Beck depresyon puan ortalaması ± Std Error (8,92±0,62) olarak hesaplandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,000). Vaka grubunun Beck anksiyete puan ortalaması ± Std Error (20,34±1,23) iken kontrol grubunun Beck anksiyete puan ortalaması ± Std Error (7,88±0,71) olarak hesaplandı. İki grup arasında anksiyete puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,000).

Sonuç: Çalışmamızda memede kitle yakınması ile başvuran kadınlarda depresyon varlığı ve şiddetli anksiyete görülme oranı sağlıklı kadınlara göre ileri derecede artmıştı. Bu bakımdan sağlık profesyonellerinin memede herhangi bir yakınma ile başvuran kadınların psikososyal sorunlarını bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeleri ve bu doğrultuda bilgi vermeye, emosyonel ve sosyal destek sağlamaya odaklanan girişimlerde bulunmaları yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Memede kitle, anksiyete, depresyon

ABSTRACT

EVALUATION OF DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS IN PATIENTS WHO WERE ADMITTED DUE TO A BREAST MASS

DR. SEHER MERCAN

SPECIALIZATION THESIS

KONYA – 2017

Purpose: Breast cancer is the most common cancer among women in the world and in our country. Despite early diagnosis and improved treatment possibilities, breast cancer is difficult to accept and a major source of anxiety. It brings various psychosocial problems to the agenda. In this study, depression and anxiety levels in patients admitted to the outpatient clinic with the complaint of a breast mass were compared with those in patients admitted to the Cancer Early Diagnosis and Training Center (KETEM) for routine screening. We aimed to determine the effect of a breast mass on women's mental health.

Materials and Methods: This study is an analytical case-control study. It was conducted in the patients without any diagnosis, who were admitted with the complaint of a breast mass to the Breast Polyclinic, Konya Education and Research Hospital, University of Health Sciences, and in the healthy persons without any complaint, who were admitted to KETEM in order to get their routine mammogram, between 01 July 2016 and 30 September 2016. The patients were informed about our study. Those who accepted the study were signed an informed consent form. The questionnaire containing the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory and the Sociodemographic Data Form was filled by the patients. The SPSS 22.0 software package was used for statistical analysis. The Mann-Whitney U and Chi-square tests and the Spearman rank correlation coefficient were used in the evaluation of the data.

Findings: 100 patients who were admitted to the breast polyclinic due to a breast mass were included in the case group. 100 healthy persons who were admitted to KETEM were included in the control group. All of the participants were female (n=200). While 85% (n=85) were married and 15% (n=15) were single in the case group, 90% (n=90) were married and 10% (n=10) were single in the control group. In the case group, 8% (n=8) were living alone, 15% (n=15) were living with only their husbands, 65% (n=65) were living with their husbands and children, 7% (n=7) were living with their parents and 5% (n=5) were living

with all. In the control group, 8% (n=8) were living alone, 15% (n=15) were living with only their husbands, 65% (n=65) were living with their husbands and children, 7% (n=7) were living with their parents and 5% (n=5) were living with all. In the case group, 69% (n=69) were primary school graduates or below and 31% (n=31) were middle school graduates or above. In the control group, 80% (n=80) were primary school graduates or below and 20% (n=20) were middle school graduates or above. In the case group, 17% (n=17) were living in rural areas and 83% (n=83) were living in urban areas. In the control group, 8% (n=8) were living in rural areas and 92% (n=92) were living in urban areas. In the case group, 55% (n=55) had an income level of 1500 liras or below and 45% (n=45) had an income level of 1501 liras or above. In the control group, 52% (n=52) had an income level of 1500 liras or below and 48% (n=48) had an income level of 1501 liras or above. In the case group, 83% (n=83) were housewives and 17% (n=17) were from other occupational groups. In the control group, 83% (n=83) were housewives and 17% (n=17) were from other occupational groups. There was no statistically significant difference between the case and control groups in terms of the marital status, living with someone, monthly income level, place of residence, occupation, and education level ($p>0.05$). There was a statistically significant difference in the depression levels between the case and control groups ($p=0.000$). The incidence of depression was 1,351 times higher in the case group than in the control group [Odds Ratio=0.074 95% CI (min=0.034, max=0.159)]. There was a statistically significant difference in the anxiety levels between the case and control groups ($p=0.000$). The incidence of moderate and severe anxiety was 8,333 times higher in the case group than in the control group [Odds Ratio=0.120 95% CI (min=0.062, max=0.233)]. The mean BDI score was calculated as 19.6±1.05 for the case group and as 8.92±0.62 for the control group. There was a statistically significant difference between the two groups in terms of the mean BDI score ($p=0.000$). The mean BAI score was calculated as 20.34±123 for the case group and as 7.88±0.71 for the control group. There was a statistically significant difference between the two groups in terms of the mean BAI score ($p=0.000$).

Result: In our study, the incidence of depression and severe anxiety was significantly higher in the women admitted to the outpatient clinic with the complaint of a breast mass than in the healthy women. In this respect, it would be useful that health professionals assess the psychosocial problems of women, who present with any symptoms in breast, with a holistic approach and to take initiatives that focus on providing information, emotional and social support in this direction.

Keywords: Breast mass, anxiety, depression

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i

ÖZET ii

ABSTRACT iv

İÇİNDEKİLER vi

ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ ix

SİMGELER VE KISALTMALAR xi

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 2

2.1. MEMENİN ANATOMİSİ 2

2.1.1. Memenin arter ve venleri 3

2.1.2. Memenin sinirleri 3

2.1.3. Memenin lenfatikleri 3

2.2. MEMENİN FİZYOLOJİSİ 4

2.2.1. Meme gelişmesi ve fonksiyonunda etkili hormonlar 4

2.3. MEME HASTALIKLARI 5

2.3.1. Anatomik farklılıklar 5

2.3.2. Bening meme hastalıkları 6

2.3.2.1. Memenin iltihabi hastalıkları 6

2.3.2.2. Memenin iltihabi olmayan hastalıkları 7

2.3.3. Pre-malign meme hastalıkları 8

2.3.4. Malign meme hastalıkları 8

2.3.4.1. Meme kanseri risk faktörleri 9

2.3.4.2. Meme kanserinin yayılımı 12

2.4. MEME KANSERİNDE TANI VE TARAMA....12
2.4.1. Kendi kendine meme muayenesi....13
2.4.2. Görüntüleme yöntemlerinin seçimi....14
2.4.3. Klinik meme muayenesi....15
2.4.4. Meme kanserinde kullanılan görüntüleme teknikleri....15
2.5. DEPRESYON....16
2.5.1. Major depresyon tanı kriterleri (DSM V)....17
2.5.2. Kanser ve depresyon....18
2.6. ANKSİYETE....19
2.6.1. Anksiyete belirtileri....19
2.6.2. Anksiyete bozuklukları....19
2.7. MEME KANSERİ TANISI ALAN KADINLARIN YAŞADIĞI PSİKOSOSYAL SORUNLAR....20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER....21
3.1. Araştırmanın Türü....21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni....21
3.3. Çalışmaya Alınma ve Alınmama Kriterleri....21
3.3.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri....21
3.3.2. Çalışmaya Alınmama Kriterleri....21
3.4. Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Yapılması....21
3.4.1. Sosyodemografik anket bilgileri....22
3.4.1.1. Ankette yer alan sosyodemografik değişkenler ve antropometrik parametreleri....22
3.4.1.2. Alışkanlıklarının sorgulanması....22
3.4.1.3. Meme kanseri risk faktörleri ve bilgi düzeyine yönelik sorular....23
3.4.1.4. Memede kitlesi olanlara kitleye yönelik sorular....23
3.5. Kullanılan Ölçekler....24

3.5.1. Beck Depresyon Ölçeği 24
3.5.2. Beck Anksiyete Ölçeği 25
3.6. İstatistiksel Analiz 25
4. BULGULAR 26
4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 26
4.2. Katılımcıların depresyon ve anksiyete ölçeklerinin karşılaştırılması 36
5) TARTIŞMA 50
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 59
6.1. SONUÇLAR 59
6.2. ÖNERİLER 61
7. KAYNAKLAR 63
8. EKLER 72
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu 72
EK-2 Beck Depresyon Ölçeği 74
EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği 78
EK-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) : 79

ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 1: Meme Dokusu ve Çevre Yapılar 2

Tablo 2.1: Hastalarda Semptom Dağılımı 12

Tablo 3.5.1: Beck Depresyon Ölçeği alt parametreleri 24

Tablo 4.1.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 27

Tablo 4. 1. 2: Katılımcıların meme kanseri hakkındaki cevaplarının karşılaştırılması 28

Tablo 4.1.3: Katılımcıların yaş ortalamalarının karşılaştırılması 29

Tablo 4.1.4: Katılımcıların ailede kanser öykülerinin karşılaştırılması 29

Tablo 4.1.5: Katılımcıların KKMM yapma ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması 30

Tablo 4.1.6: Katılımcıların yılda KKMM yapma ortalamalarının karşılaştırılması 31

Tablo 4.1.7: Katılımcıların sigara içme durumlarının karşılaştırılması 31

Tablo 4.1.8: Katılımcılardan sigara içenlerin ortalama paket yılı karşılaştırılması 31

Tablo 4.1.9: Katılımcıların VKİ ortalamalarının karşılaştırılması 32

Tablo 4.1.10: Katılımcıların menopoz ve doğum yapma durumlarının karşılaştırılması 32

Tablo 4.1.11: Katılımcıların ilk adet yaşı, emzirme süresi ve menopoz yaşı ortalamalarının karşılaştırılması 33

Tablo 4.1.12: Kitlesi olan hastaların kitleyi farketme özelliklerinin karşılaştırılması (n=100) 33

Tablo 4.1.13: Kitlesi olan hastaların kitleyle ilgili özellikleri (n=100) 34

Tablo 4.1.14: Kitlesi olan hastaların kanser olmayla ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması (n=100) 34

Tablo 4.1.15: Vaka grubunda ailesinde kanser olanlarla olmayanların kanserle ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması (n=100) 35

Tablo 4.1.16: Vaka grubunda ailesinde veya çevresinde kanserden ölen olanlarla olmayanların kanser ile ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması (n=100) 35

Tablo 4.2.1: Kitlesi olanların kitleyi farketme ve poliklinik başvuru süreleriyle depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki (n=100) 36

Tablo 4.2.2:Vaka grubunda kitle ile ilgili düşüncelerin depresyon ve anksiyete ölçekleri ile ilişkisi (n=100) 37

Tablo 4.2.3:Vaka ve kontrol gruplarının depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisinin karşılaştırılması 38

Tablo 4.2.4: Vaka ve kontrol gruplarının depresyon ve anksiyete ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması.....39

Tablo 4.2.5: Vaka ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin depresyon ölçeği ile ilişkisi.....40

Tablo 4.2.6: Vaka ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin anksiyete ölçeği ile ilişkisi.....42

Tablo 4.2.7: Katılımcıların meme kanseri hakkındaki ilk bilgilenme, rutin tarama yaptırma ve sigara içme durumları ile depresyon düzeylerinin karşılaştırılması.....43

Tablo 4.2.8: Katılımcıların meme kanseri hakkındaki ilk bilgilenme, rutin tarama yaptırma ve sigara içme durumları ile anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması 44

Tablo 4.2.9: Ailede meme kanseri hikâyesi ile depresyon düzeylerinin karşılaştırılması 45

Tablo 4.2.10: Ailede meme kanseri hikâyesi ile anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması.....46

Tablo 4.2.11: Katılımcıların KKMM ile ilgili sorularla depresyon ilişkisi.....47

Tablo 4.2.12: Katılımcıların KKMM ile ilgili sorulara verilen cevaplarla anksiyete ile ilişkisi 48

Tablo 4.2.13: Menopoz ve doğum yapma durumu ile depresyon arasındaki ilişki 48

Tablo 4.2.14: Menopoz ve doğum yapma durumu ile anksiyete arasındaki ilişki.....49

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BI-RADS : Breast Imaging Reporting and Data System

CIDI : Composite International Diagnostic Interview

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HRT : Hormon Replasman Tedavisi

ICD-10 : Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması

KETEM : Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

MR : Manyetik Rezonans

OKS : Oral Kontraseptifler

PET/CT : Pozitron Emisyon Tomografisi

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

USG : Ultrasonografi

VCS : Vena Cava Süperior

VKİ : Vücut Kitle Indexi

WHI : Women's Health Initiative

WHO-IARC : Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri, geçmişte olduğu gibi, bugün de mortalite ve morbiditeyi artıran hastalıklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın (WHO-IARC) tahminleri, yeni meme kanseri vakalarının yıllık küresel yükünün 1,5 milyona ulaşacağını ve bunların çoğunluğunun düşük gelirli ülkelerde görüleceğini göstermektedir [1].Türkiye'de ise meme kanseri insidansı artmakta ve kadınlarda en sık görülen kanser olmaya devam etmektedir.

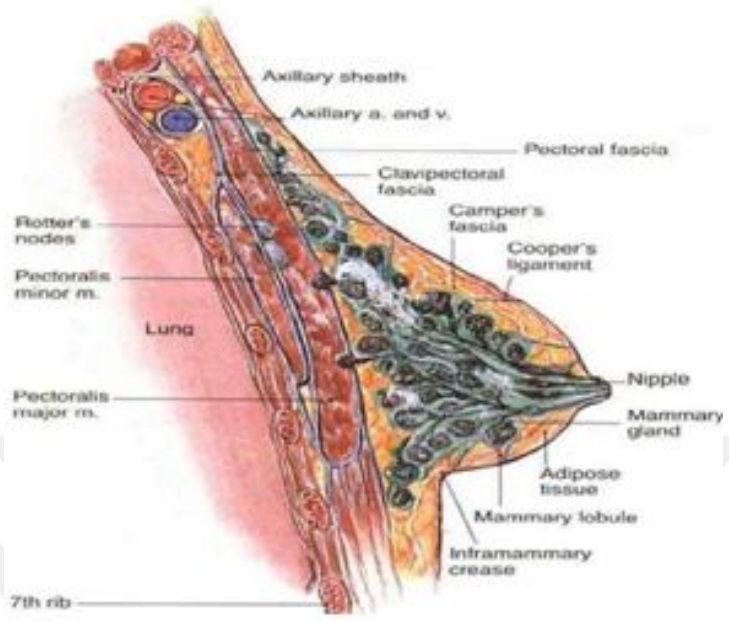
Meme kanserinin yüksek oranda görülmesi, meme kanseri risk kaygısını ve farkındalığını artırmaktadır [2]. İlk olarak 2004 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından meme kanseri tarama standartları yayınlanmıştır [3]. Meme kanseri tarama programları ile erken saptanması; daha az estetik bozukluk yapan invaziv girişimlerin uygulanması, genel sağkalımın artırılması ve mortalitenin azaltılması ile ilişkilidir [4].

Meme kanseri, kadınların yaşam biçiminde önemli değişiklikler yapan, beden bütünlüğünü tehdit eden, kadınların görünümünde çeşitli değişikliklere neden olan bir hastalıktır [5, 6]. Bu durum meme kanserinin tıbbi ve epidemiyolojik yönü kadar psikolojik ve sosyal boyutları da olduğunu göstermektedir [7]. Meme kanseri olan ya da kanser riski yüksek olan kadınların psikolojilerinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

Biz bu çalışmamızda memede kitle yakınmasıyla polikliniğe başvuran hastalardaki depresyon ve anksiyeteyi, KETEM'e rutin tarama için gelen hastalarla kıyaslayarak kitlenin kadınların ruh sağlığında oluşturduğu etkiyi ve bunla ilişkili olabilecek sosyodemografik faktörleri tespit etmeye çalıştık. Bu sonuçlar eşliğinde meme yakınması ile başvuran kadınlara psikososyal destek açısından yeni öneriler geliştirilmesini amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MEMENİN ANATOMİSİ



Şekil 1: Meme Dokusu ve Çevre Yapılar

Meme, göğüs ön duvarında ikinci interkostal ile altıncı interkostal aralıklar arasında medialde sternum lateral kenarı ile lateralde ön aksiller çizgi arasında, aksillaya doğru uzantısı olan, kendisini çevreleyen deri ile pektoralis major kası ve bu kasın fasyası arasında yerleşmiş modifiye apokrin bir ter bezidir [8].

Memenin üst-dış kadranı diğer kadranlara göre daha fazla glandüler yapı içerdiği için bu kadranda bening ve malign meme tümörleri daha sık oluşmaktadır. Memeden koltuk altına doğru bir uzanan bir yapı vardır. Bu yapıya Spence'nin aksiller kuyruğu adı verilir. Memenin boyu ortalama 10-12 cm ve maksimum kalınlığı 5-7 cm boyutundadır. Normal bir memenin ağırlığı 150-200 gram iken laktasyonda ise 400-500 grama kadar yükselebilir [9].

Gelişmiş bir meme; asinüsler, duktuslar ve stromal elemanlardan meydana gelmektedir. Asinüslerin görevi salgı yapmaktır. İçlerinde 2 çeşit epitelyum vardır. Bunlar; küboid veya silendirik epiteldir. Dışı ise kan, bağ dokusu ve lenf damarları ile çevrilidir. Asinüslerden lobülüsler, lobülüslerden de loblar oluşur. Epitelyal parankim ise meme başına açılan 15-20 lobdan oluşur. Her lobda 20-40 kadar lobül vardır. Her bir lobülde toplayıcı duktus çevresinde toplanmış sayıları 10 ile 100 arasında değişen asinüsler mevcuttur. Lobüller meme dokusunun temel yapı taşıdır [10].

2.1.1. Memenin arter ve venleri

Memenin santral ve medial bölümlerini arteria mamaria internanın ramus perforantesleri, üst dış bölümünü de arteria toracica lateralis besler. Meme ayrıca a.toracica acromialis'in pectoral dalından, 3. 4.ve 5. intercostal arterlerin lateral dalları ile a.subscapularis ve a.thoracodorsalisten kan alır [8].

Memenin venleri arterlerin dağılımına uymakta ve onlara eşlik etmektedir. Meme venlerinin dağılımı meme kanserinin en sık metastaz yaptığı uzak organları belirler. Buna göre:

- İnternal mamarian ven → İnnominate ven →V.C.S (Vena Cava Sup.)→Akciğer kapiller ağı
- Aksiller ven → İnnominate ven → V.C.S. → Akciğer kapiller ağı
- İnterkostal venler → Azygos venleri→ V.C.S. → Akciğer kapiller ağı
- İnterkostal venler → Vertebral venöz pleksuslar → Vertebra metastazları [11]

2.1.2. Memenin sinirleri

Meme başı ve areolanın dermisinde çok sayıda çok dallı serbest sinir uçları bulunur. Areola meme derisinde ise çok sayıda Ruffini ve Krause cisimcikleri bulunur. Bunlar meme başının ereksiyonunu ve süt akımını sağlarlar. Memenin üst bölümü, servikal pleksusun 3. ve 4. dallarından inerve olurken, alt bölümünü interkostal sinirlerin lateral ve anterior dalları inerve ederler [12].

2.1.3. Memenin lenfatikleri

İki grup altında incelenebilir:

1.Yüzeyel lenfatikler (Deri lenfatikleri)

- Subepitelyal veya papiller pleksus
- Subdermal lenfatik pleksus

2.Derin lenfatikler (Parankimal lenfatikler)

Memenin yüzeyel lenfatikleri meme derisinin hemen altında bulunur. Memenin her bölümünde akım merkeze doğrudur. Memenin lenf akımının %75'i aksillaya, %25'i ise internal mamaria lenf nodüllerine olur.

Anatomo-patolojik yapı ve metastatik yayılımı belirlemek için kullanılan diğer bir değişik yöntemde ise lenf nodları 3'e ayrılır.

Level 1:Aksiler eksternal mamarian ve skapular lenf nodları

Level 2:Santral ve interpektoral lenf nodları

Level 3:Subklavikular lenf nodları [13].

2.2. MEMENİN FİZYOLOJİSİ

2.2.1. Meme gelişmesi ve fonksiyonunda etkili hormonlar

Meme gelişmesi ve fonksiyonu üzerine etkisi olan hormonların en önemlileri östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonu, kortizol ve büyüme hormonlarıdır. Bu hormonların salgısı hipotalamus, hipofiz ve overlerin nörohümoral kontrolündedir [14].

Östrojen: Etkisini sitoplazma ve çekirdekteki reseptörlere bağlandıktan sonra gösterir. Sitoplazmadaki reseptörlerin yoğunluğu menstrüasyon siklusunda değişiklik gösterir, hamileliğin son döneminde ve lohusalığın ilk döneminde artar [15, 16].

Progesteron: Tek başına memeye bir etkisi yoktur. Östrojen reseptörlerinin sentezini uyarır. Prolaktin ile sinerjik etki gösterir ve epitelyum hücrelerinin diferansiyasyonunda ve lobulus ve asinus gelişiminde etkilidir. Laktasyonu inhibe eder.

Prolaktin: Hipofizde üretilir. Hamileliğin son döneminde, doğumdan hemen sonra yükselir ve lohusalık döneminde yüksek kalır. Meme gelişiminin her safhasında önemlidir.

İnsan plasental laktojeni: Hamilelik sırasında dolaşımda yüksek miktarda bulunur. Etkisi prolaktine benzer fakat daha zayıftır [17].

Oksitosin: Hipotalamustan salgılanır. Süt verme düşüncesi ve meme başı ve areolanın uyarılması ile salgılanır. Oksitosin salgısını süt verme ile ilgili duyma, görme ve koklama duyuları uyarır.

Büyüme Hormonu (GH) ve İnsüline Benzer Büyüme Hormonu: GH'nun prolaktine benzer etkisi vardır. Etkisini insüline benzer büyüme hormonunun sentezini uyararak yapar.

İnsülin: Meme gelişmesi üzerine yapılan invivo çalışmalarda prolaktin, östrojen ve progesteronun yanında insülinin de gerekli olduğunu göstermiştir.

Glikokortikoidler: Süt veren meme dokusunda sitoplazmada glikokortikoid reseptörleri bulunur. Glikokortikoidler olmadan laktasyon başlamaz veya devam etmez.

2.3. MEME HASTALIKLARI

Pubertal dönemle başlayan meme hastalıkları; anatomik farklılıklar, bening meme hastalıkları, pre-malign meme hastalıkları ve malign meme hastalıkları olarak sınıflandırılabilir.

a. Anatomik farklılıklar

- Asimetrik meme gelişimi
- Aksesuar meme (Polimastia, politelia), amastia ve atelia
- Tüberoz meme deformitesi, atrofik meme, makromastia olarak görülebilir.

b. Bening meme hastalıkları

İki grupta sınıflandırılabilir.

- Memenin iltihabi hastalıkları:

Mastit, granülomatöz mastit, meme absesi, meme başı akıntısı, periduktal mastit

- Memenin iltihabi olmayan hastalıkları

Fibrokistik meme hastalığı, fibroadenom, adenozis, sklerozan adenozis, duktal epitelyal hiperplazi, yağ nekrozu olarak sınıflandırılabilir.

c. Pre-malign meme hastalıkları

Atipik duktal epitelyal hiperplazi, intraduktal papillom, atipik lobüler hiperplazi, filloides tümör, papiller neoplazi, papillomatozis, lobüler neoplazi, duktal neoplazi.

d. Malign meme hastalıkları

Duktal karsinoma insitu, invaziv duktal karsinom, invaziv lobüler karsinom, papiller karsinom, müsinöz karsinom, paget karsinom, inflamatuar meme karsinomu, infiltratif meme karsinomu [18].

2.3.1. Anatomik farklılıklar

Atelia: Meme başının olmamasına denir.

Politelia: Bir memede birden fazla meme başı olmasına denir.

Amastia: Memenin tek veya çift taraflı yokluğuna denir.

Polimastia: Memenin ikiden fazla olmasına denir.

Aberran: Aksesuar memeye denir.

2.3.2. Bening meme hastalıkları

2.3.2.1. Memenin iltihabi hastalıkları

Memenin iltihabi hastalıkları eskisi gibi sık görülen durumlar değildir. Yenidoğanda da nadiren görülmekle birlikte en çok 18-50 yaş arasında görülmektedir. Bu yaş grubu içinde laktasyon ile ilgili olan ve laktasyonla ilgili olmayan şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Meme enfeksiyonları primer olarak memeyle ilgili olabileceği gibi sebase kist veya hidroadenitis süppürativa gibi cilt enfeksiyonlarına sekonder olarak da gelişebilir.

- **Granülomatöz mastit**

Klinik ve radyolojik özellikleri meme kanseri ile benzerlik gösteren, memenin granülamatöz inflamasyon ile seyreden bir hastalığıdır. Granülamatöz mastit spesifik ve nonspesifik olmak üzere ikiye ayrılır. Hastalık çoğunlukla premenopozal kadınlarda görülmektedir. Klinik olarak fokal ya da diffüz, bazen tümör gibi kitle veya endürasyon yapan inflamasyon bulguları (hiperemi, ağrı) ve galaktore oluşturur. Her iki meme eşit olarak etkilenir. Bening bir durum olmasına rağmen klinik ve radyolojik olarak kanseri taklit eder. Daha çok 3. ve 4. dekatlarda ortaya çıkar. Genellikle son doğumdan birkaç yıl sonra görülür [19].

- **Subareolar abse**

Meme ile ilgili herhangi bir şikâyeti olan hastayı değerlendirmenin ilk amacı semptomların kanser kaynaklı olup olmadığının ispatlanmasıdır. Subareolar meme abseleri periareolar alanlarda lokalize olur. Non puerperal dönemde oluşan mastitleri yaklaşık olarak %90'lık kısmı bu gruptadır. Olguların %25'inde bilateral iken %92'sinde nüks görülür. Temel olay; duktuslardaki glandüler epitelin hepsinin metaplastik skuamöz epitele dönüşmesidir. Klinik olarak inflamatuar meme karsinomu ile karışabilir. Tanısında, ince iğne aspirasyon sitoloji materyalinde çok sayıda nötrofil, makrofaj, keratinöz içerik, kolesterol kristalleri, parakeratotik ve nükleus içermeyen skuamöz hücreler görülür. Olguların çoğunda konjenital veya kazanılmış meme başı inversiyonu veya retraksiyonu vardır. Tedavide antibiyoterapi eşliğinde insizyon ve drenaja mutlaka olması muhtemel bir karsinomayı ekarte etmek amacı ile biyopsi eklenmelidir [20].

- **Laktasyon mastiti (puerperal mastit)**

Laktasyon mastiti meme dokusu içindeki interlobüler yumuşak dokunun selülitidir. Genellikle doğum sonrası ilk 6 haftada oluşur [21, 22]. Klinik olarak fokal inflamasyondan abse ve septisemi gibi ciddi sonuçlara kadar geniş bir spektrumda karşımıza çıkar. Etkilenen bayanların %15'inde apse gelişme riski vardır. Ağrı ve rahatsızlık hissi veya tedavide kullanılacak antibiyotiklerin süte geçmesi nedeniyle bazı kadınlar emzirmeyi kesmek zorunda kalabilirler. Birçok araştırma, klinik tecrübe ve raporlara göre mastit memeden yeterli sütün boşaltılamaması nedeniyle oluşmaktadır. Emzirme tekniğinin etkinleştirilmesinin mastit önlemede yararlı olduğu kabul edilmektedir [23].

- **Rekürren mastit**

Tedavinin gecikmesi veya yetersiz tedavi tekrarlayan mastitlere neden olur. Rekürren mastit oluşumunda öncelikle gelecekte olabilecek epizodların önlenmesi için altta yatan etyoloji belirlenmelidir. En sık görülen etyolojik faktör süt stazı, enfeksiyon seyri ve annenin sağlık durumudur. Duktus anomalileri, meme kitleleri, süt stazının bilinen nedenleridir [24, 25]. Etyoloji ne olursa olsun rekürren mastit tam bir tedavi gerektirir. Rekürren mastitlerin nedeni olarak en sık 14 günden az uygulanmış antibiyotik tedavisi gösterilir [25].

2.3.2.2. Memenin iltihabi olmayan hastalıkları

- **Fibroadenomlar**

Fibroadenomlar genellikle 1-2 cm boyutunda, hareketli, iyi sınırlı, kauçuk kıvamında, düzgün şekilli, daha çok genç kadınlarda ve özellikle siyah ırkta görülen ve sık rastlanan bening meme kitleleridir. Daha sık yaşı genç olan grupta tanı konulmasına karşın, 50 yaş civarında tarama mamografilerinde kalsifiye bir lezyon olarak da ilk kez saptanabilir [18].

Fibroadenomun patogenezi net değildir. Genç yaş ve doğum kontrol hapı kullanma önemli faktörlerdir. Ayrıca bazı çalışmalar, hızlı büyüyen fibroadenomlarda Ebstein-Barr virüsü saptandığını göstermektedir. Ancak bu tümörlerin hormonal etkiler altında olduğu bilinmektedir [18, 26]. Fibroadenomlar atipi içermeyen proliferatif lezyonlardır. Meme lobüllerinin tümünden köken alırlar (epitelyal ve stromal komponent). Büyümenin devam etmesi nadirdir ve 2 cm civarında büyümeleri durur. Bu da fibroadenomun gerçek bir neoplazi

olmadığının kanıtı olup, 5 yıl içinde yarısının kaybolduğunu bildiren yayınlar da vardır [18, 26].

Basit fibroadenomlarda meme kanseri riski artışı yoktur. Moleküler çalışmalarda da risk artışı saptanamamıştır. Sadece komplex fibroadenomlarda risk artışı vardır. Ancak bunun komplex fibroadenomdan mı yoksa etraf meme dokusunda var olan riskten mi olduğu açık değildir [27]. Fibroadenomlar, mamografide yuvarlak, oval veya lobüle şekilli; iyi sınırlanan lezyonlar olup çevre doku ile arasında gözlenen radyolusent halo bulgusunun gözlenmesi tipiktir. Genellikle 2 mm'den büyük çapta, kaba, patlamış mısır şeklinde garip şekilli kalsifikasyonlardır [28, 29]. İzlemde büyüyen düzgün sınırlı kitleler biyopsi gerektirirler. Lezyon diğer bulgular ile az da olsa kuşku uyandırmaktaysa biyopsi düşünülmelidir [30].

2.3.3. Pre-malign meme hastalıkları

Atipik duktal epitelyal hiperplazi, intraduktal papillom, atipik lobüler hiperplazi, filloides tümör, papiller neoplazi, papillomatozis, lobüler neoplazi ve duktal neoplazi pre-malign meme hastalıkları arasında sayılabilir.

2.3.4. Malign meme hastalıkları

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanserdir ve vakaların yaklaşık %25'ini premenopozal kadınlar oluşturur. Bu durum oldukça fazla sayıda hastanın olumsuz etkilenebileceğinin bir göstergesidir [31]. Preklinik evrede meme kanserini saptayacak meme programlarının eksikliğinde çoğu meme kanseri, memede ele gelen kitle, deri değişiklikleri, meme ucu çekilmesi ya da daha nadir olarak meme ucu belirginleşmesi olarak kendini gösterir. Hastalığın doğal seyrinde daha sonra aksiller lenfadenopati görülebilir. Yine de biyolojik faktörler hastalığın seyrinde önemli rol oynar. Hangi evrede tanı konduğu en önemli prognostik değerdir. Erken evrelerde beklenen sağkalım daha iyidir. Meme kanserinin diğer sık bening durumlardan (fibroadenom, fibrokist) ayrımı klinik muayene, radyoloji (mmg, usg) ve patoloji (sitoloji ve histopatoloji) ile mümkündür [32, 33].

Teorik olarak 40 yaş üstünde kadında fizik muayenede saptanan bir kitle aksi ispatlanıncaya kadar olası kanser olarak kabul edilmeli ve bu aşamadan sonra yapılacak her tanısal işlem bunu ekarte etmeye yönelik olmalıdır. Bununla birlikte meme kanserlerinin yaklaşık %30' unun 50 yaş ve altında görülebileceği de unutulmamalıdır. Yaşla ve kitlenin özelliklerine göre yapılacak doğru ve yeterli bir inceleme kanser saptama oranını artırırken, gereksiz test ve girişimleri de en aza indirger [34].

Meme kanserli hastaların %70 – 80’ inde çok kez ağrısız ve tesadüfen bulunan kitleler vardır. Yaklaşık olarak 1 cm çapa ulaşmış bir kitle eğer yüzeye de yakınsa ele gelebilir. Özellikle kitlelerin birçoğu üst dış kadranda palpe edilir. Malign lezyonların üst dış kadranda daha sık görülmesi, üst dış kadranda daha fazla meme dokusu bulunmasıyla açıklanabilir. Bunu azalan sıklıkla santral, üst iç, alt dış, alt iç kadranlara lokalize olmuş kitleler izler [35].

Meme dokusu bazen aksillar alana doğru uzanım gösterebilir ve yapılan muayene aksillar kuyruğa lokalize kitlelerin gözden kaçmaması için hem hasta oturur hem de yatar pozisyonda dikkatli olarak değerlendirilmelidir. Eğer yapılan muayene ile elde edilen kuyruk bölgesindeki kitleler aksilla mamografi kapsamına alınmıyorsa ek ultrason istemi ile tanınızın tekrar değerlendirilmesi gereklidir. Memedeki malign kitleler genellikle ağrısız, sert, düzensiz sınırlı, cilt ve fasialara yapışık olma eğilimi gösterebilir. Bu kitlelere herhangi bir tedavi yapmadan önce ayırıcı tanıda fibrokistik hastalıklar, fibroepitelyal tümörler, makrokistler, fibroadenom, yağ nekrozu ile kanser ayrımı yapılmalıdır. Memedeki kitleleri tek veya çift taraflı, tek memede multifokal veya multisentrik özelliklere sahip olup olmadıkları mutlak değerlendirilmesi gereken noktalardır [36, 37].

2.3.4.1. Meme kanseri risk faktörleri

Meme kanseri gelişimi için birçok risk faktörü olmasına rağmen meme kanseri olan kadınların %75’inde hiçbir risk faktörü tanımlanamamıştır. Meme kanseri gelişimi için en önemli risk faktörü ilerleyen yaş ve ailede meme kanseri öyküsüdür [38]. Yaşam boyu meme kanseri gelişme riskini hesaplamak için birçok deneysel ve istatistiksel model geliştirilmiştir [39]. En sık kullanılanlar; 1989’da geliştirilen Gail ve 1991’de geliştirilen Clause modelleri olmasına rağmen hiçbir model, meme kanseri riskini tam olarak değerlendirememektedir [40]. Risk faktörleri 5 grupta sınıflandırılabilir;

1. Demografik özellikler: Cinsiyet, yaş, ırk/etnisite

2. Reprodüktif öykü: Menarş yaşı, doğum yapma ve sayısı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, menopoz yaşı, laktasyon, infertilite, düşük yapma, kürtaj olma

3. Ailesel/genetik faktörler: Aile öyküsü, bilinen veya şüphe edilen BRCA1/2, p53, PTEN veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları

4. Çevresel faktörler: 30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sosyoekonomik düzey

5. Diğer faktörler: Kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya lobüler karsinoma in situ, dens meme yapısı, obezite olarak değerlendirilir [41].

- **Demografik Özellikler**

Kadın cinsiyeti, en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder. Kadın cinsiyeti kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Günümüzde bir kadının hayat boyu riski non invaziv meme kanseri açısından 6'da 1 ve invaziv meme kanseri bakımından 8'de 1'dir. Bu riskin büyük bölümü yaşın artması ile ortaya çıkar.

- **Reprodüktif Öykü**

12 yaşından önce menarş olma, 55 yaşından sonra menopoz gibi östrojen hormonuna maruz kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir. Östrojene maruz kalınan sürenin azalmasının ise meme kanserinden koruyucu olduğu düşünülmektedir. Nulliparite meme kanseri riskinde artışa neden olur [42, 43]. Laktasyon meme kanseri riskini azaltmaktadır [44].

- **Ailesel/Genetik Risk Faktörleri**

Meme kanseri aile öyküsü olanlarda meme kanseri olma riski, birinci derecede akrabalarında (anne, kız kardeş, kızı) meme kanseri olanlarda 2-3 kat artar. İki veya daha fazla birinci derecede akrabasında meme kanseri varsa bu risk çok daha fazla artar. Genel olarak meme kanserinin kalıtımla ilgisi ancak %10'dur [38]. BRCA1 ve 2 gen mutasyonları kalıtımsal meme kanserlerinin %60-80'inde, tüm meme kanserlerinin ise %5-10'unda sorumludur. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1,5 kat artar [45].

- **Çevresel Faktörler**

Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişiminin riskini 2 kat artırır. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez; reprodüktif özelliklerdeki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülür [46].

- **Diyet Faktörleri**

Meme kanseri için spesifik diyetten daha çok kalori dengesi ve yağ oranının daha önemli olduğu gözlemlenmiştir. Sağlıklı bir diyet meme kanseri riski olan ve meme kanseri tanısı olan kadınlar için diğer sağlık sorunlarını azalttığı için önemli olmaktadır [47]. Günlük

10 gr alkol tüketimi meme kanseri riskini artırmaktadır. Alkol alımı premenopozal ve postmenopozal meme kanseri riskini artırmaktadır [48].

- **Radyasyon**

Özellikle, memenin aktif olarak geliştiği dönemde 10-14 yaş arasında, radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır. Hayatın ilk 3 dekatında toraks bölgesine yapılan terapotik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır. Kırk beş yaşından sonra radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir [49].

- **Daha Önce Meme Kanseri Geçirmiş Olmak**

Meme kanseri kişisel öyküsü olanlarda tedavi sonrası kalan meme dokusunda ve karşı memede kanser gelişme riski 5 kat artar [50].

- **Hormon Kullanımı**

Gerek WHI (Women's Health Initiative) gerekse de Bir Milyon Kadın Çalışmasında, HRT alan kadınlarda, verilen tedavinin şeklinden bağımsız olarak meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur. HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri riski, alkol kullanımı, aşırı kilo (VKİ>30 kg/m2), 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir [51]. Epidemiyolojik calışmalarda oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir [52].

- **Fiziksel Aktivite**

Haftada 180 dakika yapılan egzersizin meme kanseri riskini % 3 oranında azaltığı gösterilmiştir. Fiziksel aktivitenin kanser koruyucu etkisi fazla kilolu ve obez kişilerden daha çok normal kilolu olanlara etkili olmaktadır [53].

- **Diğer Faktörler**

Obezite: Çalışmalar meme kanserinin kilo ile direkt ilişkili olduğunu göstermiştir. Obez kadınlar obez olmayan kadınlara göre meme kanseri yönünden 1,5-2 kez daha riskli durumdadırlar. Şişman kadınlarda (VKİ>30kg/m) postmenopozal meme kanseri daha sık görülmektedir [54].

Sigara: Adolesan, erken erişkin ve ilk gebelikten önceki zamanda meme değişiminin tamamlanmadığı ve kimyasallara daha duyarlı olduğu için bu dönemlerde meme kanseri

riskini artırmaktadır. Sigara daha çok premenopozal meme kanserini artırmakla beraber, postmenopozal meme kanseri riskini de artırmaktadır [55].

2.3.4.2. Meme kanserinin yayılımı

Meme kanserinin doğal seyri oldukça uzundur. Ortalama doubling zamanı 100 gündür. Klinik olarak saptanabilecek 1 cm'lik kitle oluşumu için yaklaşık 8 yıl (30 doubling zamanı) gerekir. Yaklaşık 20.doubling zamanında ise kendi neovaskülarizasyonuna sahip olur. Süre uzadıkça tümör hücrelerinde mutasyon için olasılık artar ve hastalar büyüme hızı, metastaz eğilimi ve ilaç duyarlılığı farklı olan pek çok tümör klonuna sahip olabilirler [56].

Buna karşın çok hızlı büyüyen agresif tümörler iki tarama zamanı arasındaki sürede dahi oldukça ileri evrelere ulaşabilirler. Meme kanserinde tümör boyutunun iki kat artması için geçen süre (doubling time) 50 günden kısa veya 500 günden uzun olabilmektedir. Erken olarak saptandığı düşünülen tümörlerin bile ortalama 6- 10 yıllık bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir [57].

Haagensen'in 1943 ile 1980 yılları arasında Columbia Presbyterian Medical Center' da primer meme karsinomlu 2198 hastada saptadığı ilk semptom ve bulguların sıklık oranları Tablo 1'de gösterilmektedir [58].

Meme hastalarında görünen klinik bulgular

Tablo 2.1: Hastalarda Semptom Dağılımı

Memede şişlik	% 65,3
Ağrı	% 5,4
Meme cildinde retraksiyon	% 3,1
Meme cildinde ülserasyon	% 0,2
Meme başı akıntısı	% 1,8
Meme başında kabuklanma	% 1, 1
Aksiller tümör	% 2,0
Semptom yok	% 14

2.4. MEME KANSERİNDE TANI VE TARAMA

Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en kesin yolu erken tanı ve tedavidir. Erken tanının sağlanması da bu konuda kadınların eğitimi, bilgilendirilmesi ve tarama

programlarının uygulanması ile olur. Tarama programlarının amacı hiçbir yakınması olmayan kadınlarda çeşitli yöntemlerle (kendi kendine muayene, fizik muayene ve mammografi) memesinde anormallik olanla olmayanı ayırmaktır [59]. Tanıya yönelik diğer tetkikler ise; Ultrasonografi, Doppler USG, MRI ve biyopsiden oluşmaktadır.

Meme kanserinin erken tanımlanmasında, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önemlidir. Literatürde meme kanserinin %90'ının ilk kez kişinin kendisi tarafından farkedildiği belirtilmektedir [60]. KKMM, 20 yaşından sonra, her bayanın ayda bir yapması gereken bir muayenedir. KKMM, bütün kadınlar için uygulaması kolay, ekonomik, özel araç-gereç gerektirmeyen, güvenli, non-invaziv bir işlem olan ve sadece kişilerin beş dakikasını alan, meme kanseri için etkili bir erken tanı yöntemidir [61].

2.4.1. Kendi kendine meme muayenesi

Kendi kendine meme muyenesindeki (KKMM) amaç kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanımasıdır. Meme kitlelerinin %90'ı kadınların kendileri tarafından bulunduğu için kadınların KKMM'ni bilmeleri ve uygulamaları desteklenmelidir. KKMM işlem öğrenilene kadar ilk birkaç ayda haftada bir, daha sonra menopoz öncesi dönemde menstürasyonun başlangıcından sonra 5.-7. günlerde yapılır. Bu dönemde memeler normal şeklini almış olup duyarlılığı azalmasından dolayı kolay ve etkin muayene yapılabilir. Menopozdaki kadınlar için her ayın belirli günü (her ayın ilk günü v.b.) yapılması önerilir. 20 yaşındaki her kadın KKMM'sine başlamalıdır.

- **KMMM nasıl yapılmalıdır?**

Memenin elle muayenesine ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin orta üç parmağının iç yüzü ile muayene edilir. Aynı işlem sağ meme içinde tekrarlanır ve sonra sırt üstü yatar pozisyonda memeler tekrar muayene edilir. Muayene sırasında sırt üstü yatma, muayene edilecek tarafın sırt ve skapula altına ince bir yastık veya katlanmış havlu koyma, muayene edilecek taraftaki kolu baş altına yerleştirme önemlidir. Böylece meme dokusu kostalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir. Her memenin en az 5 dakika muayene edilmesi gerekir.

- **KKMM Şekilleri**

Üç çeşit muayene şekli vardır.

1-Dairesel (sirküler)

2-Dikey (vertikal) çizgilerle

3-Tekerlek (ışın tarzında) şeklinde

- **Meme başı muayenesi**

Meme başı başparmak ve işaret parmağı arasında nazikçe sıkılır. Kanlı meme başı akıntısı olabilir.

- **Koltuk altı muayenesi**

Sırt üstü uzanarak koltuk altı çukurunun ön, orta ve dış bölümleri derinlemesine palpe edilir. Elle muayenelerin her iki meme içinde belirtilen şekilde yapılması gerekir.

2.4.2. Görüntüleme yöntemlerinin seçimi

1.Meme yakınması olmayan kadınlarda görüntüleme:

- **40 yaş altında, risk faktörü olmayan kadınlarda:**

Tarama mamografisine gerek yoktur. Genetik olarak yüksek risk taşıyan olgularda taramalar daha erken yaşta başlayabilir.

- **40 yaş üzeri kadınlarda:**

Yıllık periyodlarla tarama mammografisi önerilir. 40-50 yaşlar arasında 1-2 yıllık periyoda uygulanabilir.

2. Memede kitle ele gelen olgularda görüntüleme:

- **20 yaş altında:**

Yalnızca USG yapılır.

- **35-40 yaş altında:**

İlk değerlendirme USG ile yapılır. USG bakıda kist saptanırsa başka bir görüntüleme gerekmez. Ancak USG bakıda solid kitle ve kuşkulu bir görünüm saptanırsa ya da fizik bakı bulguları USG ile açıklanamazsa mammografi eklenir.

- **40 yaş üzerinde:**

Mamografik inceleme yapılır. Gerek duyulursa USG eklenir.

2.4.3. Klinik meme muayenesi

Klinik meme muayenesi memenin degerlendirilmesinin en önemli kısmıdır. Klinik muayenenin 20-39 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl yapılması uygundur [62]

2.4.4. Meme kanserinde kullanılan görüntüleme teknikleri

- **Mamografi**

Mamografi her meme için iki yönlü, craniocaudal ve mediolateral oblique yapılır. Mikrokalsifikasyonlar, mamografilerin büyük çoğunluğunda rastlanan bir bulgu olup mamografi, mikrokalsifikasyonların saptanmasında kullanılan tek tanı yöntemidir. Tüm kanser olgularının %30-40'da mikrokalsifikasyon görülmesi erken tanıda mamografinin önemini vurgulamaktadır [63, 64]. Mikrokalsifikasyonların pleomorfik özellikte olması, segmenter dağılım veya duktal dizilim göstermesi, asimetrik özellikte tek bir memenin tek bir bölgesinde olması, mikrokalsifikasyon kümesine yapısal distorsiyon veya dansite artışının eşlik etmesi, mikrokalsifikasyon kümesinin dış konturunun düzensiz olması, boyutsal veya sayısal artış göstermesi kuvvetli malignite bulgularıdır. Mamografi, kanser belirtisi olabilecek bulgu ve semptomları olan kadınların değerlendirilmesinde ilk başvurulan meme görüntüleme yöntemidir. Mamografi taramasının başlangıç yaşı 40 yaş olarak kabul edilmektedir. Mamografik tarama kadınlarda meme kanserinden mortaliteyi azaltmakta ve yakalanan kanserlerin evreleri daha düşük olmaktadır [65].

Amerikan Radyoloji Koleji, 1992 yılında, mamografi raporlamasını standardize etmek için pek çok medikal organizasyonun görüşü alınarak Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS)'i geliştirmiştir [66]. Radyolog ve klinisyenlerin ortak bir dili kullanmaları amacıyla geliştirilen BI-RADS sınıflandırması ülkemizde de yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bu sınıflandırma, mamografide saptanan bulgular hakkında radyoloğun yorumunu bildiren kategoriden oluşmaktadır ve amacı klinisyenlere yol göstermek, takip stratejilerini belirlemek ve gereksiz biyopsileri en aza indirmektir. Hasta BI-RADS kategorilerinden sadece 4 ve 5'e giriyorsa malignite riski nedeniyle biyopsi söz konusu olmakta, diğerleri ise rutin taramaya ya da takibe alınmaktadır [67].

- **USG**

Non invaziv bir yöntemdir. Hastaya zararı yoktur. Tarama için tek başına kullanılması önerilmez. Mamografi ile birlikte kullanıldığı zaman meme kanseri tanısında önemli bir yeri vardır. USG ile lezyonun solid kistik ayrımı yapılır. Malign ve benign lezyonların

karakteristik özellikleri belirlenir. Mamografide şüpheli olarak tanımlanan lezyonların ikincil olarak değerlendirmede ve gerektiğinde biyopsi işlemlerinde kullanılır.

- **MR**

Manyetik dalga oluşturarak görüntü elde edilir. Özellikle yoğun meme dokusu olan kadınlarda yapılan çalışmalar MR'ın tanı duyarlılığının diğer yöntemlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. MR; ailesinde meme kanseri öyküsü olanlarda tarama amaçlı, geçirilmiş cerrahi işlem sonrası şüphe arz eden lezyonlarda, tümörün preoperatif lokal evrelenmesinde ve meme USG ya da mamografide şüpheli olarak tanımlanan lezyonlarda problem çözücü olarak kullanılır [68].

- **PET/CT**

Meme lezyonlarında tanı amaçlı kullanılmaz. Aksillada metastaz varlığını belirlemek veya ileri evre meme kanserlerinde sistematik tutulumun olup olmadığının belirlenmesinde kullanılabilir.

2.5. DEPRESYON

Depresyon tüm nüfusu etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi olumsuz sonuçlar yaratırken, doğru tanınıp, uygun bir şekilde tedavi edildiğinde hastanın yaşam kalitesini arttırmak mümkün olabilmektedir. Duygudurum bozuklukları, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin ölçüde değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan sendromlardır [69]. Duygudurum bozukluklarının klinik görünümünü belirleyen sendromlardan biri de depresyondur. Depresyon sözcüğü, çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılan keder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır. Kelimenin kökeni olan "depress" sözcüğü ise, Latince "depressus"tan, yani "alçakta olmak, bastırmak"tan gelmektedir [70]. Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında olan depresyon, uygun tedavi edilmediğinde yüksek tedavi maliyetleri, yüksek mortalite ve morbidite oranları ile çok ciddi toplumsal sorunlara sebep olmaktadır [71].

Major depresif bozukluk (MDB), tek uçlu depresyon olarak da bilinmekte olup en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Tek bir nöbet ya da yineleyici nöbetler şeklinde görülebilir. Tek nöbetle giden tipinde gidiş uzun bir süre gösterebilir; 2 yıla kadar ya da daha fazla sürebilir. Çoğu hastada akut dönemlerin seyri iyi olsa da, majör depresif bozukluk

geçiren 3 hastadan birinde yinelemeler yaşam boyunca sürer ve nöbetler arasındaki dönemde de çeşitli derecelerde kalıntı belirtiler gözlenir [70]. MDB her yaşta görülebilir, ancak orta yaşlarda ve özellikle de 40-50 yaşları arasında daha sık izlenir. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülür. Kabaca her 4 kadından birisi ya da her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir MDB dönemi geçirmektedir. Bu kişilerin de %50-75'inde %85'lere çıkabilen, hastalığın bir ya da birden çok sayıda tekrarlama olasılığı bulunmaktadır. Dönemler genellikle haftalar, aylar, hatta yıllar süren prodromal dönemlerden sonra başlamaktadır. Bir majör depresif dönemin süresi, iki hafta ile iki yıl arasındadır. Hastaneye yatırılan hastalarda ortalama dönem uzunluğu 5,4 ay olup, %25 olguda 11 ayı aşmaktadır. Yaklaşık üçte biri bir dönem yaşar [72]. Kişinin biyolojik ailesinde depresyon ya da diğer duygudurum bozukluklarını geçirmiş kişilerin bulunması hastalık riskini 2-4 kat artırmaktadır [70].

DSM 5 e göre depresif bozukluk alt grupları

Majör depresif bozukluk

Distimik bozukluk

Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu

Premenstrüel disforik bozukluk

Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk

Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk

Diğer belirtilen depresif bozukluk

Tanımlanmamış depresif bozukluk

2.5.1. Major depresyon tanı kriterleri (DSM V)

Ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gerekir.

Depresif ruh hali-üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi

İlgi ve zevk kaybı

Uykusuzluk veya aşırı uyuma

İştah kaybı ya da kilo değişikliği

Psikomotor retardasyon veya ajitasyon

Düşük enerji

Kötü konsantrasyon

Değersizlik veya suçluluk düşünceleri

Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

Semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır. Buna ek olarak, bu belirtiler önemli sıkıntıya yol açabilir veya psikososyal fonksiyonlarda bozukluğa sebep olabilir ve bu belirtiler madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.5.2. Kanser ve depresyon

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) eşgüdümünde, 1989-1993 yıllarında 14 ülkede yapılmış olan "Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar" çalışmasının Türkiye ilişkin verileri de ICD-10 (Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması) tanı dizgesini temel alan Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI Composite International Diagnostic Interview) kullanılan bu araştırmada %11,6 oranında depresyon tanısı konmuştur. Türkiye'de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan diğer bir araştırma Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, 7479 kişiyi kapsayan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Bu araştırmada depresif nöbet yaygınlığı %4,0 olarak bulunmuştur. Yaygınlık oranları kadınlarda %5,4, erkeklerde ise %2,3'tür [73].Yalnız yaşama, düşük eğitim seviyesi, daha düşük sosyal statüye sahip olma ve yaşlılık, stresli yaşam olayları, fiziksel hastalıklar, aile düzeninde bozulma ve çatışmalar depresyonda önemli risk faktörü olarak değerlendirilir [74].

Ülkemizde dahil birçok ülkede en sık ölüm nedeni olarak ikinci sıradaki kanser, hasta, hasta yakınları ve toplum için ciddi psikolojik-sosyal sorunları ve iş gücü kayıplarını beraberinde getirir. Hastalığın tedavi ve bakımına psikolojik ve psiko-sosyal sıkıntılar da eklendiğinde, maliyet daha da artar. Kanser hastalığının teşhisinden sonra herhangi bir depresif bozukluğun hasta bireyde görülme olasılığı %40 gibi oldukça kesin rakamlarla ifade edilmektedir. Bu oranın yarısı yani %20'si ağır depresif bozukluklar, diğer yarısı ise hafif depresif bozukluklardır [75,76]. Çeşitli terapilerle ilgili yapılan araştırmalar kanser hastalarındaki kaygı ve depresyonun tedavi edilebilir olduğunu gösterir. Bu tedavilerin hastalardaki yaşam kalitesinin ve hastalıkla başa çıkma mekanizmalarını olumlu yönde aktive ettiği de anlamına gelir.

2.6. ANKSİYETE

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir bu durum karşısında yaşanan bir duygudurumdur. Kişi, kendini bir çeşit alarm durumunda ve sanki kötü bir şey olacakmış gibi hissetmektedir [77].

2.6.1. Anksiyete belirtileri

1. Bilişsel belirtiler

2. Duygusal belirtiler

3. Davranışsal belirtiler

4. Fizyolojik belirtiler olarak 4 alana ayrılmıştır.

2.6.2. Anksiyete bozuklukları

Anksiyete; kişinin mesleki ve aile yaşantısını etkilemeye başlamışsa, kişiler arası ilişkilerinde zorluklar oluşturuyorsa, gün içinde çok sık karşısına çıkıyor ve günün büyük bölümünü kapsıyorsa, bu duygulanımı kontrol edemiyor ve başa çıkamıyorsa ve en az 6 aydır bu durumu yaşıyorsa anksiyete bozukluğu olma olasılığı yüksektir.

Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha sık görülür. Vakaların yarısından çoğu çocukluk ve erişkinliğe geçiş döneminde başlamaktadır. Anksiyete bozukluğu tanısı konan kişilerin genelde çekingen ve bağımlı yapıları olup kendine güvenleri azdır.

Anksiyete bozuklukları sınıflaması (DSM 5)

Ayrılma kaygısı bozukluğu

Seçici konuşmazlık (mutizm)

Özgül fobi

Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi)

Panik bozukluğu

Agarofobi

Yaygın kaygı (anksiyete) bozukluğu

Maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu

2.7. MEME KANSERİ TANISI ALAN KADINLARIN YAŞADIĞI PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Meme kanseri, kadınların yaşam biçiminde önemli değişiklikler yapan, beden bütünlüğünü tehdit eden ve kadınların görünümünde çeşitli değişikliklere neden olan bir hastalıktır [78]. Dolayısıyla, meme kanseri nedeniyle kadınların vücutlarında meydana gelen degişiklikler beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu ile ilgili sorunlara neden olabilmektedir [79]. Birçok meme kanserli kadın, ciddi düzeyde anksiyete ve depresyon yaşar. Hastalık sürecinde kadınların psikososyal sorunlarını ve duygularını ifade etme gereksinimleri vardır. Hastalara yardım etmede dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri, onların bu süreçte yaşadıkları duyguları anlamaya çalışmaktır. Bu amaçla kadınlara danışmanlık tarzında emosyonel destek verilmesi düşünülebilir [80].

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma analitik tipte bir vaka kontrol çalışması olup memede kitle nedeniyle başvuran hastalarda depresyon ve anksiyete parametrelerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni

Araştırmanın evreni, 01 Temmuz 2016-30 Eylül 2016 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Meme Polikliniği'ne memede kitle nedeniyle başvuran, herhangi bir tanı almamış ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ne (KETEM) rutin mamografi çektirmek için gelen herhangi bir şikâyeti olmayan hastalardan oluşmaktadır.

3.3. Çalışmaya Alınma ve Alınmama Kriterleri

3.3.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

Vaka grubuna; tanı konulmamış memede kitle nedeniyle başvuran 18 yaş üstü kadın hastalar, kontrol grubuna ise KETEM'e rutin tarama için mammografi çektirmeye gelen herhangi bir şikâyeti olmayan araştırmaya katılmak için gönüllü olan hastalar alındı.

3.3.2. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

Araştırmayı kabul etmeyenler, tanı konulmuş psikiyatrik hastalığı olanlar, kognitif fonksiyonları etkileyen hastalığı olanlar, 18 yaş altı olanlar, kısa psikiyatrik görüşme sonrası anksiyete ve depresyon oluşturacak hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Yapılması

Araştırmaya başlamadan önce Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulun'dan 29.06.2016 tarih ve 2016/191 sayılı karar ile onay alındı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Meme polikliniğine başvuran memede kitlesi olan hastalara ve KETEM'e rutin tarama için başvuran kontrol grubuna çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılanlardan Helsinki Dünya Tıp Birliği Deklarasyonu ile uyumlu bilgilendirilmiş onam formu alındı (Ek-4). Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) verilerek doldurmaları istendi. Anketlerin uygulanması, okuma yazma bilmeyenlere, araştırmacı tarafından okunarak ve cevapları

işaretlenerek gerçekleştirildi. Anket formlarında cevaplanmamış soru bırakanlar çalışma dışı bırakıldı.

3.4.1. Sosyodemografik anket bilgileri

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini içeren 29 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı (Ek-1).

3.4.1.1. Ankette yer alan sosyodemografik değişkenler ve antropometrik parametreleri

-**Bireylerin Yaşı**; doğum tarihleri resmi kimlik belgelerinden kaydedilerek hesaplandı.

-**Medeni Durumu**; evli ve bekâr olarak kategorize edildi.

-**Meslekleri**; katılımcıların çoğunluğunu ev hanımları oluşturduğu için ‘‘memur’’, ‘‘işçi’’, ‘‘emekli’’, ‘‘öğrenci’’ ve ‘‘diğer’’ grupları birleştirilerek ‘‘diğerleri” adı altında yeni bir veri oluşturulup katılımcılar ev hanımı ve diğerleri olarak değerlendirildi.

-**Yaşadığı Yer**; hayatlarının büyük bölümünü geçirdikleri yer sorgulandı. Köy, kasaba ve ilçe seçenekleri kırsal adı altında birleştirilerek yeni bir veri oluşturulup kırsal ve şehir olarak kategorize edildi.

-**Eğitim Düzeyi**; altı seçenekten oluşan eğitim düzeyi sorusu ilkokul ve altı ile ortaokul ve üstü olmak üzere 2 gruba ayrılarak değerlendirildi.

-**Gelir Durumu;** aylık gelirleri; “1500 TL’nin altında” ve “1500 TL ve üstünde” olarak 2 grup şeklinde kategorize edildi.

-Kimlerle yaşadığı; evde kimlerle yaşadığı yalnız, sadece eş, eş ve çocuk, anne-baba ve hepsiyle birlikte olarak kategorize edildi.

-**VKİ;** çalışmaya katılanların ağırlıkları standart baskül ile ölçüldü. Boyları ayakkabıları çıkartılarak boy ölçer ile ölçüldü. VKİ= ağırlık (kg)/boy² (m^2) formülü ile hesaplandı.

3.4.1.2. Alışkanlıklarının sorgulanması

-Sigara İçme Özellikleri; hiç içmedim, içiyordum bıraktım ve içiyorum şeklinde kategorize edildi. Aktif içicilere kaç yıldan beri sigara kullandığı, günde kaç tane sigara içtiği sorgulandı. Günde içtiği sigara paket miktarı ile kaç yıldır sigara içtiği sayısal olarak çarpılarak paket-yıl miktarı hesaplandı.

-Alkol kullanımı; Var - yok şeklinde değerlendirildi.

3.4.1.3. Meme kanseri risk faktörleri ve bilgi düzeyine yönelik sorular

- İlk adet yaşı

-Doğum yapma durumu; nullipar ve multipar olarak değerlendirildi.

-Emzirme süresi; her çocuk için ayrıca sorgulanarak toplam süre ay olarak hesaplandı.

-Menopoz durumu; menopoza girdi ve girmedi olarak kategorize edildi. Menopoza girenlerin kaç yıl olduğu sorgulandı ve menopoza girme yaşı hesaplandı.

-Rutin tarama yaptırma; düzenli olarak yaptıranlar evet, diğerleri hayır olarak değerlendirildi.

-KKMM bilme; katılımcılara KKMM yapmayı bilip bilmediği soruldu.

-KKMM yapma ve uygulama şekli sorgulandı; KKMM yapmayı bildiğini söyleyenlere uygun ortamda nasıl yaptıklarını tarif etmeleri istendi. Doğru yapıp yapmadığı değerlendirildi. Yanlış yapanlara doğru KKMM yöntemi gösterildi.

-KKMM yılda kaç kez yaptığı; KKMM yaptığını söyleyenlerin yılda toplam kaç kez yaptığı soruldu.

-Meme kanseri hakkındaki ilk bilgiyi nerden aldığı; bilgi almadım veya yakın çevreden, internetten ya da sağlık personelinden aldım şeklinde kategorize edildi.

-Ailesinde meme kanseri öyküsü var mı diye soruldu; varsa yakınlık derecesi öğrenildi.

-Ailesinde ya da çevresinde meme kanserinden kaybedilen kişi varlığı sorgulandı; alınan bilgiler kaydedildi.

3.4.1.4. Memede kitlesi olanlara kitleye yönelik sorular

-Kitleyi farkediş şekli; kendim ve doktor olarak kategorize edildi.

-Kitleyi farkettikten sonra meme polikliniğine başvuru süresi; hemen, ilk bir hafta, bir ay, altı ay, bir yıl içinde ve daha sonra olarak kategorize edildi.

-**Meme kanseri olduğunu düşünme;** evet ve hayır olarak değerlendirildi.

-Meme polikliniğine başvurmakta geç kaldığını düşünme ve geç kalma sebebi; önemsemedim, kötü bir sonuç çıkmasından korktum, muayene olmaya çekindim ya da muayene sırası alamadım olarak kategorize edildi.

-Memeyle ilgili ek şikâyet varlığı ve şikâyetin ne olduğu soruldu; alınan bilgiler kaydedildi.

-Memedeki kitle hakkındaki düşüncesi; tedaviyle tamamen iyileşir, tedaviyle geçmez, kendiliğinden geçer veya fikrim yok olarak değerlendirildi.

3.5. Kullanılan Ölçekler

3.5.1. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir [81]. Bireyde depresyon riskini ve belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen 4'lü likert tipi değerlendirme ölçeğidir (Ek-2). Ölçek 21 parametrede hastanın psikolojik durumunu ölçmektedir (Tablo 3.5.1). Her bir parametre 0 ile 3 puan arasında değişen dört şeçenek içermektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 63'dür [82]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar tarafından kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Ülkemizde ve dünyada bu kesim değeri ile yapılan çalışmalar mevcuttur [83, 84].

Tablo 3.5.1: Beck Depresyon Ölçeği alt parametreleri

Parametreler		
1- Duygudurum	8- Kendini suçlama	15- Çalışamama
2- Karamsarlık	9- İntihar isteği	16- Uyku bozukluğu
3- Başarısızlık duygusu	10- Ağlama	17- Yorgunluk
4- Neşesizlik	11- Sinirlilik	18- İştahsızlık
5- Suçluluk duyguları	12- Sosyal geri çekilme	19- Kilo kaybı
6- Cezalandırılma duygusu	13- Kararsızlık	20- Somatik yakınmalar
7- Kendini beğenmeme	14- Beden imajının değişmesi	21- Libido kaybı

3.5.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından 1988 yılında geliştirilen Beck Anksiyete Ölçeği'nin (BAÖ) Şahin ve Erkmen (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Likert tipi bir ölçektir (Ek-3). 4 madde anksiyöz ruh haline dair, 3 madde özel korkular hakkında, geriye kalan 14 madde ise anksiyete bozukluğu ve panikte karşılaşılan otonomik hiperaktivite ve gerginlik semptomlarına aittir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla, anksiyete puanı elde edilmektedir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir.

BAÖ puanı 0-7 arasında olanlar minimal, 8-15 arası olanlar hafif derecede anksiyete, 16-25 puan arası olanlar orta ve 26-63 arası puanlar ise şiddetli derecede anksiyete düzeyi olarak değerlendirilmiştir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanıldı. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri α=0.05 (I. Tip hata) anlam seviyesinde değerlendirildi. Kategorik değişkenler de frekans ve yüzde olarak; sayısal değişkenler de ise ortalama, standart hata, medyan, minimum (min), maksimum (max) değerleri kullanıldı. Tekli gruplarda, betimsel istatistikler, binomial testi ve sürekli verilerde dağılıma uyumluluk testlerinden Kolmogorov-Smirnov ile Shapiro-Wilk analizleri kullanıldı. İki ayrı gruplarda ortalamalar arası fark için parametrik olmayan testlerden Mann Whitney-U testi ve ilişki seviyelerinin ölçümünde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak için Ki-kare testleri kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Çalışmamıza vaka grubu olarak meme polikliniğine memede kitle nedeniyle başvuran 100 kişi ve kontrol grubu olarak da KETEM'e başvuran 100 sağlıklı kişi alındı. Çalışmaya katılanların %100'ü kadındı (n=200). Vaka grubunun %85'i (n=85) evli, %15'i(n=15) bekâr iken kontrol grubunun %90'ı (n=90) evli, %10'u (n=10) bekârdı. Katılımcılardan vaka grubunun %8'i (n=8) yalnız, %15'i (n=15) sadece eş ile, %65'i (n=65) eş ve çocukları ile, %7'si (n=7) anne-baba ile yaşamakta iken %5'i (n=5) hepsiyle beraber yaşamaktaydı. Kontrol grubunun ise %8'i (n=8) yalnız, %15'i (n=15) eş ile, %65'i (n=65) eş ve çocukları ile, %1'i (n=1) anne-baba ile,%8'i (n=8) hepsiyle beraber yaşamaktaydı. Eğitim düzeylerine bakıldığındavaka grubunun %69'unun (n=69) eğitim düzeyi ilkokul ve altıyken, %31'inin (n=31) eğitim düzeyi ortaokul ve üstüydü. Kontrol grubunun %80'inin (n=80) eğitim düzeyi ilkokul ve altı iken, %20'sinin (n=20) ortaokul ve üstü olarak tespit edildi.

Katılımcılara nerde yaşadıkları sorulduğunda vaka grubunun %17'si (n=17) kırsal kesimde yaşamaktayken, %83'ü (n=83) şehirde yaşamaktaydı. Kontrol grubunun ise %8'i (n=8) kırsal kesimde yaşamaktayken, %92'si (n=92) şehirde yaşıyordu. Vaka grubunun %55'inin (n=55) gelir düzeyi 1500 lira ve altındaydı, %45'inin (n=45) ise gelir düzeyi 1500 liranın üzerindeydi. Vaka grubunun %83'ü (n=83) ev hanımıydı, %17'si (n=17) diğer meslek gruplarındandı. Kontrol grubunun %83'ü (n=83) ev hanımıydı, %17'si (n=17) diğer meslek gruplarındandı. Vaka ve kontrol grupları arasında medeni durum, kimlerle yaşadığı, aylık gelir düzeyi, yaşadığı yer, meslek ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Vaka Grubu (n=100)		Kontrol Grubu (n=100)		Toplam	
	n	%	n	%	n	p
Medeni durum						
Evli	85	85,0	90	90,0	175	0,285
Bekâr	15	15,0	10	10,0	25	
Eğitim Düzeyi						
İlkokul ve altı	69	69,0	80	80,0	149	0,074
Ortaokul ve üstü	31	31,0	20	20,0	51	
Yaşadığı Yer						
Kırsal kesim	17	17,0	8	8,0	25	0,150
Şehir	83	83,0	92	92,0	175	
Aylık Gelir						
1500 lira ve altı	55	55,0	52	52,0	107	0,671
1500 liranın üstü	45	45,0	48	48,0	93	
Meslek						
Ev hanımı	83	83,0	83	83,0	166	1
Diğerleri	17	17,0	17	17,0	34	
Kimle yaşıyorsun						
Yalnız	8	8,0	8	8,0	16	0,197
Sadece eşiyle	15	15,0	15	18,0	30	
Eşi ve çocuklarıyla	65	65,0	65	65,0	130	
Anne ve babasıyla	7	7,0	1	1,0	8	
Hepsiyle	5	5,0	8	8,0	13	

Tablo 4. 1. 2: Katılımcıların meme kanseri hakkındaki cevaplarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu (n=100)		Kontrol Grubu (n=100)		Toplam	
	n	%	n	%	n	p
Meme kanseri hakkında ilk bilgiyi nerden aldınız?						
Almadım	14	14,0	6	6,0	20	**0,022**
Yakın çevre	14	14,0	22	22,0	36	
Yazılı görsel medya	8	8,0	7	7,0	15	
Sağlık personeli	64	64,0	65	65,0	129	
Rutin tarama yaptırıyor musunuz?						
Evet	49	49,0	46	46,0	95	0,671
Hayır	51	51,0	54	54,0	105	

Katılımcılara meme kanseri hakkında ilk bilgiyi nerden aldınız diye sorduğumuzda vaka grubunun %64'ü (n=64) sağlık personelinden, %14'ü (n=14) yakın çevreden, %8'i (n=8) yazılı görsel medyadan ve %14'ü hiç bilgi almadım olarak cevap verdi. Kontrol grubunun ise %65'i (n=65) sağlık personelinden, %22'si (n=22) yakın çevreden, %7'si (n=7) yazılı görsel medyadan ve %6'sı (n=6) hiç bilgi almadım olarak cevap verdi. Vaka ve kontrol grupları arasında ilk bilgiyi nerden aldıkları ile ilgili anlamlı ilişki saptandı (p=0,022). Vaka grubunda bilgi almadım diyenlerin oranı kontrol grubuna göre daha yüksekti. Rutin tarama yaptırıyor musunuz sorusuna vaka grubunun %49'u (n=49) evet, %51'i (n=51) hayır cevabını verdi. Kontrol grubunun ise %46'sı (n=46) evet, %54'ü (n=54) ise hayır cevabını verdi. İki grup arasında rutin tarama açısından anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3: Katılımcıların yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu				Kontrol Grubu				p
	Ort± SE	Median	Min	Max	Ort ± SE	Median	Min	Max	
Yaş	44,74±1,12	45	19	70	51,14±0,68	50,5	40	69	**p<0,001**

*Ort: Ortalama, SE: Standart hata, Min: Minimum, Max: Maximum

Vaka grubunun yaş ortalaması 44,74±1,12 (min=19, max=70) idi. Kontrol grubunun yaş ortalaması ise 51,14±0,68 (min=40, max=69) idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,001). Kontrol grubunun yaş ortalaması daha yüksekti (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4: Katılımcıların ailede kanser öykülerinin karşılaştırılması

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**p**
Ailenizde kanser var mı?						
Var	21	21,0	18	18,0	39	0,592
Yok	79	79,0	82	82,0	161	
Yakınlık derecesi						
Birinci derece	8	38,1	7	38,9	15	0,972
İkinci derece	6	28,6	4	22,2	10	
Üçüncü derece	7	33,3	7	38,9	14	
Ailenizde ya da çevrenizde kanserden ölen var mı?						
Evet	14	14,0	22	22,0	36	0,141
Hayır	86	86,0	78	78,0	164	

Katılımcılara ailenizde kanser var mı diye sorduğumuzda vaka grubunun %21'i (n=21) evet %79'u (n=79) hayır, kontrol grubunun ise %18'i (n=18) evet %82'si (n=82) hayır cevabını verdi. Ailesinde kanser olanlara yakınlık derecesi sorulduğunda ise vaka grubunun %38,1'i (n=8) birinci derece, %28,6'sı (n=6) ikinci derece, %33,3'ü (n=7) üçüncü derece

yakını olarak cevapladı. Kontrol grubunun ise yakınlık dereceleri %38,9'u (n=7) birinci derece, %22,2'si (n=4) ikinci derece, %38,9'u (n=7) üçüncü dereceydi.

Katılımcılara ailenizde ya da çevrenizde kanserden ölen var mı diye sorduğumuzda vaka grubunun %14'ü (n=14) evet %86'sı (n=86) hayır cevabını verirken, kontrol grubunun ise %22'si (n=22) evet %78'i (n=78) hayır cevabını verdi. Vaka ve kontrol grupları arasında ailede kanser, yakınlık derecesi ve kanserden ölen varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.5: Katılımcıların KKMM yapma ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

	Vaka Grubu		**Kontrol Grubu**		**Toplam**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**p**
KKMM yapmayı biliyor musunuz ?						
Evet	55	55,0	54	54,0	109	0,087
Hayır	45	45,0	46	46,0	91	
KKKM'ni doğru mu yapıyor?						
Doğru	37	67,3	31	57,4	68	0,288
Yanlış	18	32,7	23	42,6	41	
KKMM yapıyor musunuz?						
Evet	45	81,8	33	61,1	78	**0,017**
Hayır	10	18,2	21	38,9	31	

Katılımcılara KKMM yapmayı biliyor musunuz diye sorduğumuzda vaka grubunun %55'i (n=55) evet, %45'i (n=45) hayır cevabını verdi. Kontrol grubunun ise %54'ü (n=54) evet, %46'sı (n=46) hayır cevabını verdi. KKMM'ni bildiğini söyleyenlere bu muayenenin nasıl yapıldığı sorgulandığında vaka grubunun %67,3'ü (n=37) doğru, %32,7'si (n=18) yanlış olarak tarif etti. Kontrol grubunun ise %57,4'ü (n=31) doğru, %42,6'sı (n=23) yanlış olarak tarifledi. Vaka ve kontrol grupları arasında KKMM yapmayı bilme ve doğru yanlışlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). KKMM yapmayı bildiklerini söyleyenlerin vaka grubunun %81,8'i (n=45), kontrol grubunun ise %61,1'i (n=33) KKMM yaptığını ifade etti. İki grup arasında KKMM yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,017). Kitlesi olan hastalarda KKMM yapma oranı kontrol grubuna göre daha yüksekti (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.6: Katılımcıların yılda KKMM yapma ortalamalarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu				Kontrol Grubu				
	Ort± SE	**Med**	**Min**	**Max**	**Ort± SE**	**Med**	**Min**	**Max**	**p**
Yılda kaç kez muayene yapıyor?	11,17±0,44	12	2	20	10,09±0,52	12	3	12	0,081

*Ort: Ortalama, SE: Standart hata, Min: Minimum, Max: Maximum

KKMM yapanlara yılda kaç defa yaptıklarını sorduğumuzda vaka grubunun yıllık ortalaması 11,17±0,44 iken, kontrol grubunun ortalaması ise 10,09±0,52 olarak bulundu. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p:0,081) (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.7: Katılımcıların sigara içme durumlarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**p**
Sigara						
Hiç içmedim	77	77,0	85	85,0	162	**0,028**
İçiyordum bıraktım	3	3,0	7	7,0	10	
İçiyorum	20	20,0	8	8,0	28	

Katılımcılara sigara içiyor musunuz diye sorduğumuzda vaka grubunun %20'si (n=20) içiyorum, %3'ü (n=3) içiyordum bıraktım ve %77'si (n=77) hiç içmedim yanıtını verdi. Kontrol grubunun ise %8'i (n=8) içiyorum, %7'si (n=7) içiyordum bıraktım ve %85'i (n=85) hiç içmedim yanıtını verdi. İki grup arasında sigara içme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,028). Vaka grubunda sigara içme oranı daha yüksekti (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.8: Katılımcılardan sigara içenlerin ortalama paket yılı karşılaştırılması

	Vaka Grubu	Kontrol Grubu	p
	Ort. ±Std. Err.	**Ort. ± Std. Err.**	
Sigara içenlerde paket yılı	10,72± 2,47	15,37± 5,15	0,237

*Ort: Ortalama, Std. Err: Standart hata

Sigara içenlerin paket yıl ortalamalarına bakıldığında ise vaka grubunun paket yıl ortalaması 10,72±2,47 iken kontrol grubunun paket yıl ortalaması 15,37±5,15 olarak hesaplandı. İki grup arasında paket yıl ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,237) (Tablo 4.1.8).

Tablo 4.1.9: Katılımcıların VKİ ortalamalarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu	Kontrol Grubu	p
	Ortalama±Std. Err.	**Ortalama ± Std. Err.**	
VKİ	28,66± 0,59	30,56± 0,45	**0,007**

* Std. Err: Standart hata

Katılımcıların vücut kitle indexleri hesaplandı. Vaka grubunun VKİ ortalaması 28,66±0,59 iken kontrol grubunun VKİ ortalaması 30,56±0,45 olarak hesaplandı. Vaka ve kontrol grupları arasında VKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,007). Kontrol grubunun VKİ ortalaması vaka grubuna göre daha yüksekti (Tablo 4.1.9).

Tablo 4.1.10: Katılımcıların menopoz ve doğum yapma durumlarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Menopoz durumu					
Var	30	30,0	56	56,0	**0,001**
Yok	70	70,0	44	44,0	
Doğum sayısı					
Nullipar	9	9,0	0	0,0	**0,006**
Multipar	91	91,0	100	100,0	

Çalışmamıza katılanların menopoz durumunu sorguladığımızda vaka grubunun %30'u (n=30) menopozdaydı, kontrol grubunun ise %56'sı (n=56) menopozda olduğunu ifade etti. Vaka ve kontrol grupları arasında menopoz durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (p=0,001). Kontrol grubunda menopozda olanların oranı yüksekti.

Katılımcıları doğum yapıp yapmamasına göre sınıflandırdığımızda vaka grubunun %9'u (n=9) nullipar, %91'i (n=91) multipardı. Kontrol grubunun ise %100'ü multipardı. İki grup arasında doğum yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (p=0,006). Vaka grubunda nulliparite oranı daha yüksekti (Tablo 4.1.10).

Tablo 4.1.11: Katılımcıların ilk adet yaşı, emzirme süresi ve menopoz yaşı ortalamalarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu	Kontrol Grubu	
	Ortalama± Std Err.	**Ortalama±Std. Err.**	**p**
İlk adet yaşı	13,40±0,13	13,52±0,13	0,347
Emzirme süresi	39,01±3,34	55,24±3,72	**0,001**
Menopoz yaşı	45,36±1,38	47,54±0,66	0,294

Çalışmamıza katılanların ilk adet yaşı ortalamalarına baktığımızda; vaka grubunun yaş ortalaması 13,40±0,13 iken kontrol grubunun ilk adet yaşı ortalaması 13,52±0,13 idi. İki grup arasında ilk adet yaşı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,347).

Katılımcıların emzirme süresi ortalamaları vaka grubunda 39,01±3,34 ay olarak hesaplanırken kontrol grubunda ortalama 55,24±3,72 aydı. Emzirme süreleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,001). Kontrol grubunda emzirme süresi ortalaması daha yüksekti.

Vaka grubunun menopoz yaşı ortalaması 45,36±1,38 iken kontrol grubunun ortalaması 47,54±0,66 idi. İki grup arasında menopoza girme yaşı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,294) (Tablo 4.1.11).

Tablo 4.1.12: Kitlesi olan hastaların kitleyi farketme özelliklerinin karşılaştırılması (n=100)

	Kendim		Doktor		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Kitleyi nasıl farkettiniz?	68	68,0	32	32,0	
Poliklinik başvuru süresi					
Hemen	11	11,0	9	9,0	0,061
Bir hafta	13	13,0	8	8,0	
Bir ay	25	25,0	12	12,0	
Altı ay	9	9,0	0	0,0	
Bir yıl	3	3,0	2	2,0	
Diğer	7	7,0	1	1,0	

Vaka grubuna memedeki kitleyi nasıl farkettiklerini sorduğumuzda %68'i (n=68) kendim farkettim, %32'si (n=32) doktor farketti olarak yanıtladı. Kitleyi farkettikten sonra

polikliniğe başvurma sürelerini incelediğimizde ise kitleyi kendisi farkedenlerle doktorun farkettiği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,061) (Tablo 4.1.12).

Tablo 4.1.13: Kitlesi olan hastaların kitleyle ilgili özellikleri (n=100)

	n	%
Polikliniğe başvurmakta geç kaldığınızı düşünüyor musunuz?		
Evet	37	37,0
Hayır	63	63,0
Geç kalma sebebiniz		
Korktum	14	37,9
Önemsemedim	18	48,6
Sıra alamadım	4	10,8
Çekindim	1	2,7
Kitle dışında şikâyet var mı?		
Var	65	65,0
Yok	35	35,0
Şikâyet nedir?		
Ağrı	64	98,5
Akıntı	1	1,5

Memede kitle nedeniyle başvuran hastalara polikliniğe başvurmakta geç kaldığınızı düşünüyor musunuz diye sorduğumuzda %37'si (n=37) evet, %63'ü (n=63) hayır cevabını verdi. Geç kaldığını düşünen hastalara sebebini sorduğumuzda ise %37,9'u (n=14) korktuğunu, %48,6'sı (n=18) önemsemediğini, %10,8'i (n=4) polikliniğe sıra alamadığını ve %2,7'si (n=1) ise muayene olmaya çekindiğini ifade etti. Kitlesi olan hastalara memeyle ilgili başka şikâyetleri olup olmadığını sorduğumuzda %65'i (n=65) evet var, %35'i (n=35) ise hayır yok cevabını verdi. Şikâyetim var diyenlerin %98,5'inde (n=64) memede ağrı, %1,5'inde (n=1) memede akıntı şikâyeti mevcuttu (Tablo 4.1.13).

Tablo 4.1.14: Kitlesi olan hastaların kanser olmayla ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması (n=100)

	Kanser olduğunuzu düşünüyor musunuz?				
	Kendim		**Doktor**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Kitleyi farketme şekline göre					
Evet	20	29,4	14	43,8	0,158
Hayır	48	70,6	18	56,2	

Kitlesi olan hastalara kanser olduğunuzu düşünüyor musunuz diye sorduğumuzda kitleyi kendisi farkedenlerin %29,4'ü (n=20) evet düşünüyorum, %70,6'sı (n=48) hayır düşünmüyorum cevabını verdi. Kitleyi doktor farkedenlerin ise %43,8'i (n=14) kanser olduğunu düşünürken , %56,2'si (n=18) kanser olduğunu düşünmüyordu. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (p=0,158) (Tablo 4.1.14).

Tablo 4.1.15: Vaka grubunda ailesinde kanser olanlarla olmayanların kanserle ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması (n=100)

	Kanser olduğunuzu düşünüyor musunuz?				
	Evet		**Hayır**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Ailesinde kanser olanlar	8	38,1	13	61,9	0,656
Ailesinde kanser olmayanlar	26	32,9	53	67,1	

Memede kitlesi olan hastalara meme kanseri olduğunuzu düşünüyor musunuz diye sorduğumuzda ailesinde kanser olanların %38,1'i (n=8) evet , %61,9'u (n=13) hayır cevabını verdi. Ailesinde kanser olmayanların ise %32,9'u (n=26) evet düşünüyorum, %67,1'i (n=53) hayır düşünmüyorum cevabını verdi. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (p=0,656) (Tablo 4.1.15).

Tablo 4.1.16: Vaka grubunda ailesinde veya çevresinde kanserden ölen olanlarla olmayanların kanser ile ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması (n=100)

	Kanser olduğunuzu düşünüyor musunuz?				
	Evet		**Hayır**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Ailesinde ya da çevresinde kanserden ölen var	8	57,1	6	42,9	0,055
Ailesinde ya da çevresinde kanserden ölen yok	26	30,2	60	69,8	

Vaka grubundan ailesinde veya çevresinde kanserden ölen yakını olanlara kanser olduğunuzu düşünüyor musunuz diye sorduğumuzda %57,1'i (n=8) evet düşünüyorum, %42,9'u (n=6) hayır düşünmüyorum yanıtını verdi. Ailesinde veya çevresinde kanserden ölen yakını olmayanların ise %30,2'si (n=26) kanser olduğunu düşünüyor iken %69,8'i (n=60) düşünmüyordu. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (p=0,055) (Tablo 4.1.16).

4.2. Katılımcıların depresyon ve anksiyete ölçeklerinin karşılaştırılması

Tablo 4.2.1: Kitlesi olanların kitleyi farketme ve poliklinik başvuru süreleriyle depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki (n=100)

	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p	Minimal veya hafif şiddette anksiyete		Orta veya şiddetli anksiyete		p
Kitle farketme	**n**	**%**	**n**	**%**	0,073	**n**	**%**	**n**	**%**	0,340
Kendim	36	52,9	32	47,1		28	41,2	40	58,8	
Doktor	23	71,9	9	28,1		10	31,3	22	68,8	
Poliklinik başvuru süresi										
Hemen	14	70,0	6	30,0	0,472	6	30,0	14	70,0	0,477
Bir hafta	14	66,7	7	33,3		6	28,6	15	71,4	
Bir ay	22	59,5	15	40,5		15	40,5	22	59,5	
Altı ay	4	44,4	5	55,6		6	66,7	3	33,3	
Bir yıl	2	40,0	3	60,0		2	40,0	3	60,0	
Diğer	3	37,5	5	62,5		3	37,5	5	62,5	

Çalışmamıza vaka grubu olarak katılanların kitleyi farketme şekli ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,340).

Vaka grubunda kitleyi farkettikten sonra polikliniğe başvuru süresi ilk bir ay içinde olanlarda depresyon ve şiddetli anksiyete görülme oranı daha yüksek olmakla birlikte bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,477) (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2:Vaka grubunda kitle ile ilgili düşüncelerin depresyon ve anksiyete ölçekleri ile ilişkisi (n=100)

	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p	Minimal veya hafif şiddette anksiyete		Orta veya şiddetli anksiyete		p
Kanser misin?	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Evet	27	79,4	7	20,6	**0,003**	8	23,5	26	76,5	**0,032**
Hayır	32	48,5	34	51,5		30	45,5	36	54,5	
Geciktin mi?										
Evet	27	73,0	10	27,0	**0,029**	9	24,3	28	75,7	**0,031**
Hayır	32	50,8	31	49,2		29	46	34	54	
Gecikme sebebi										
Korktum	11	78,6	3	21,4	0,126	3	21,4	11	78,6	0,401
Önemsemedim	12	66,7	6	33,3		4	22,2	14	77,8	
Sıra alamadım	4	100,0	0	0,0		1	25,0	3	75,0	
Çekindim	0	0,0	1	100,0		1	100,0	0	0,0	
Başka şikâyet										
Var	44	67,7	21	32,3	**0,016**	20	30,8	45	69,2	**0,042**
Yok	15	42,9	20	57,1		18	51,4	17	48,6	
Şikâyet nedir?										
Ağrı	44	68,8	20	31,3	0,130	19	29,7	45	70,3	0,122
Akıntı	0	0,0	1	100,0		1	100,0	0	0,0	
Kitle hakkında düşüncesi										
Fikrim yok	28	65,1	15	34,9	0,273	16	37,2	27	62,8	0,840
Tedavi ile geçer	6	75,0	2	25,0		4	50,0	4	50,0	
Tedavi ile geçmez	22	48,9	23	51,1		16	35,6	29	64,4	
Kendiliğinden geçer	3	75,0	1	25,0		2	50,0	2	50,0	

Memede kitle ile başvuran hastalara kitle ile ilgili sorular sorduğumuzda kitlesinin kanser olduğunu düşünenlerde depresyon sıklığı düşünmeyenlere göre 4 kat daha fazlaydı (p=0,003). Anksiyete düzeyleri de daha yüksekti (p=0,032). Bu istatistiksel olarak anlamlıydı.

Yine aynı grupta polikliniğe başvurmakta geç kaldığını düşünenlerde depresyon görülme oranı yüksekti (p=0,029). Anksiyete düzeyleri de daha fazlaydı (p=0,031).

Vaka grubunun polikliniğe gecikme sebebi olarak sundukları gerekçe ile depresyon ve anksiyete parametreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Memede kitle dışında ek şikâyeti olanlarda depresyon görülme oranı daha sıktı (p=0,016).Yine ek şikâyeti olanlarda anksiyete düzeyi de daha yüksekti (p=0,042). Bunlar istatistiksel olarak anlamlıydı. Hastaların kitleye ek şikâyet olarak söyledikleri ağrı ve akıntı semptomları ile depresyon ve anksiyete parametreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

Memede kitlesi olan hastaların kitle tedavisi hakkında düşünceleri ile depresyon ve anksiyete parametreleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3:Vaka ve kontrol gruplarının depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisinin karşılaştırılması

	BDÖ≥17 (depresyon var)		**BDÖ<17 (depresyon yok)**		**p**	**Minimal veya hafif şiddette anksiyete**		**Orta veya şiddetli anksiyete**		**p**
Vaka-kontrol	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Vaka grubu	60	60,0	40	40,0	**0,000**	37	37,0	63	63,0	**0,000**
Kontrol grubu	10	10,0	90	90,0		83	83,0	17	17,0	

Çalışmamızdaki vaka ve kontrol grupları ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,000). Vaka grubunda depresyon görülme oranı kontrol grubuna göre 1,351 kat daha fazlaydı [Odds Ratio=0,074 %95 CI (min=0,034 max=0,159)].

Vaka ve kontrol grubu ile anksiyete düzeylerini karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,000). Vaka grubunda orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı kontrol grubuna göre 8,333 kat daha fazlaydı [Odds Ratio=0,120 %95 CI (min=0,062 max=0,233)] (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4: Vaka ve kontrol gruplarının depresyon ve anksiyete ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu	Kontrol Grubu	
	Ortalama± Std Err.	**Ortalama±Std. Err.**	**p**
Beck depresyon puanı	19,6±1,05	8,92±0,62	**0,000**
Beck anksiyete puanı	20,34±1,23	7,88±0,71	**0,000**

* Std. Err: Standart hata

Vaka grubunun Beck depresyon puan ortalaması ± Std Err. (19,6±1,05) iken kontrol grubunun Beck depresyon puan ortalaması ± Std Err. (8,92±0,62) olarak hesaplandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,000). Vaka grubunun Beck anksiyete puan ortalaması ± Std Err. (20,34±1,23) iken kontrol grubunun Beck anksiyete puan ortalaması ±Std Err. (7,88±0,71) olarak hesaplandı. İki grup arasında anksiyete puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,000) (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5: Vaka ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin depresyon ölçeği ile ilişkisi

	Vaka Grubu (n=100)					Kontrol Grubu (n=100)				
	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p
Medeni durum	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Evli	52	61,2	33	38,8	0,568	7	7,8	83	92,2	0,058
Bekâr	8	53,3	7	46,7		3	30,0	7	70,0	
Eğitim durumu										
İlkokul ve altı	53	76,8	16	23,2	**0,000**	9	11,3	71	88,8	0,370
Ortaokul ve üstü	7	22,6	24	77,4		1	5,0	19	95,0	
Yaşadığı yer										
Kırsal	15	88,2	2	11,8	**0,009**	1	12,5	7	87,5	0,812
Şehir	45	54,2	38	45,8		9	9,8	83	90,2	
Gelir düzeyi										
1500 lira ve altı	41	74,5	14	25,5	**0,001**	6	11,5	46	88,5	0,592
1500 lira üstü	19	42,2	26	57,8		4	8,3	44	91,7	
Meslek										
Ev hanımı	56	67,5	27	32,5	**0,001**	9	10,8	74	89,2	0,510
Diğerleri	4	23,5	13	76,5		1	5,9	16	94,1	
Kimlerle yaşar										
Yalnız	5	62,5	3	37,5	**0,001**	2	25,0	6	75,0	0,117
Eş	14	93,3	1	6,7		2	11,1	16	88,9	
Eş ve çocuklar	32	50,0	32	50,0		4	6,2	61	93,8	
Anne ve baba	3	42,9	4	57,1		1	100,0	0	0,0	
Hepsi	6	100,0	0	0,0		1	12,5	7	87,5	

Çalışmamıza katılanların medeni durumlarını incelediğimizde vaka grubu ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,050). Eğitim durumlarını incelediğimizde vaka grubunda eğitim düzeyi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,000). Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda depresyon görülme

oranı ortaokul ve üstüne göre daha yüksekti. Kontrol grubunda ise eğitim düzeyi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,370).

Vaka grubunda depresyon ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,009). Kırsalda yaşayanlarda depresyon görülme oranı daha yüksekti. Kontrol grubunda ise yaşadığı yer ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,812).

Çalışmamıza katılanlar arasında vaka grubunda gelir düzeyi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,001). Gelir düzeyi 1500 liranın altında olanlarda depresyon görülme oranı daha yüksekti. Kontrol grubunda ise gelir düzeyi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,592).

Vaka grubunda meslek ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,001). Ev hanımlarında diğer meslek gruplarına göre depresyon görülme oranı daha yüksekti. Kontrol grubunda ise meslek ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (p=0,510).

Vaka grubunda kiminle yaşadığı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,001). Sadece eşi ile ya da hepsi ile yaşayanlarda depresyon görülme oranı daha yüksekti. Kontrol grubunda ise depresyon ile kiminle yaşadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,117) (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6: Vaka ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin anksiyete ölçeği ile ilişkisi

	Vaka Grubu (n=100)					Kontrol Grubu (n=100)				
	Minimal-hafif derecede anksiyete		Orta-şiddetli derecede anksiyete		p	Minimal-hafif derecede anksiyete		Orta-şiddetli derecede anksiyete		p
Medeni durum	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Evli	30	35,7	55	64,7	0,400	76	84,4	14	15,6	0,282
Bekâr	7	46,7	8	53,3		7	70,0	3	30,0	
Eğitim durumu										
İlkokul ve altı	19	27,5	50	72,5	**0,003**	68	85,0	12	15,0	0,305
Ortaokul ve üstü	18	58,1	13	41,9		15	75,0	5	25,0	
Yaşadığı yer										
Kırsal	4	23,5	13	76,5	0,207	7	87,5	1	12,5	0,714
Şehir	33	39,8	50	60,2		76	82,6	16	17,4	
Gelir düzeyi										
1500 lira ve altı	17	30,9	38	69,1	0,163	46	88,5	6	11,5	0,130
1500 lira üstü	20	44,4	25	55,6		37	77,1	11	22,9	
Meslek										
Ev hanımı	26	31,3	57	68,7	**0,009**	72	86,7	11	13,3	**0,041**
Çalışan	11	64,7	6	35,3		11	64,7	6	35,3	
Kimlerle yaşar										
Yalnız	3	37,5	5	62,5	**0,003**	5	62,5	3	37,5	0,324
Eş	1	6,7	14	93,3		17	94,4	1	5,6	
Eş ve çocuklar	29	45,3	35	54,7		53	81,5	12	18,5	
Anne ve baba	4	57,1	3	42,9		1	100,0	0	0,0	
Hepsi	0	0,0	6	100,0		7	87,5	1	12,5	

Çalışmamıza katılanlardan vaka ve kontrol gruplarında medeni durum ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,005). Eğitim durumlarını incelediğimizde ise vaka grubunda eğitim durumu ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,003). Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı ortaokul ve üstü olanlara göre daha yüksekti.

Kontrol grubunda ise eğitim durumu ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,005).

Çalışmamıza katılanlardan vaka ve kontrol gruplarında yaşadığı yer ve gelir düzeyi ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,005). Meslek ile anksiyete düzeylerini karşılaştırdığımızda vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,009). Ev hanımlarında orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı diğer meslek gruplarına göre daha yüksekti. Kontrol grubunda da meslek ile anksiyete düzeylerini karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,009). Diğer mesleklerde çalışanların ev hanımlarına göre orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı daha yüksekti.

Çalışmamıza katılanların kimlerle birlikte yaşadığı ile anksiyete düzeylerini karşılaştırdığımızda vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,003). Yalnız eşi ile yaşayan ve hepsiyle birlikte yaşayanlarda diğerlerine göre orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme düzeyi daha yüksekti. Kontrol grubunda ise bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,324) (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7: Katılımcıların meme kanseri hakkındaki ilk bilgilenme, rutin tarama yaptırma ve sigara içme durumları ile depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

	Vaka Grubu (n=100)					**Kontrol Grubu (n=100)**				
	BDÖ≥17 (depresyon var)		**BDÖ<17 (depresyon yok)**		**p**	**BDÖ≥17 (depresyon var)**		**BDÖ<17 (depresyon yok)**		**p**
İlk bilgi	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Almadım	6	42,9	8	57,1		0	0,0	6	100,0	
Yakın çevre	8	57,1	6	42,9	0,097	4	18,2	18	81,8	0,368
Medya	2	25,0	6	75,0		1	14,3	6	85,7	
Sağlık personeli	44	68,7	20	31,3		5	7,7	60	92,3	
Rutin tarama										
Evet	32	65,3	17	34,7	0,288	1	2,2	45	97,8	**0,010**
Hayır	28	54,9	23	45,1		9	16,7	45	83,3	
Sigara içme										
Hiç içmedim	50	64,9	27	35,1		7	8,3	77	91,7	
Bıraktım	1	33,3	2	66,7	0,175	1	14,3	6	85,7	0,391
İçiyorum	9	45,0	11	55,0		2	25,0	6	75,0	

Çalışmamıza katılanların meme kanseri hakkındaki ilk bilgiyi edindikleri yerle ve sigara içme durumu ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelediğimizde vaka ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,050). Rutin tarama yaptırma ve depresyon ilişkisi açısından değerlendirdiğimizde vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken (p=0,288) kontrol grubunda anlamlı ilişki saptandı (p=0,010). Kontrol grubunda rutin tarama yaptırmayanlarda yaptıranlara göre depresyon görülme oranı daha yüksek çıktı (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.8: Katılımcıların meme kanseri hakkındaki ilk bilgilenme, rutin tarama yaptırma ve sigara içme durumları ile anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması

	Vaka Grubu (n=100)					**Kontrol Grubu (n=100)**				
	Minimal-hafif derecede anksiyete		**Orta-şiddetli derecede anksiyete**		**p**	**Minimal-hafif derecede anksiyete**		**Orta-şiddetli derecede anksiyete**		**p**
İlk bilgi	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Almadım	5	35,7	9	64,3	0,912	6	100,0	0	0,0	0,432
Yakın çevre	6	42,9	8	57,1		17	77,3	5	22,7	
Medya	4	50,0	4	50,0		6	85,7	1	14,3	
Sağlık personeli	22	34,4	42	65,6		54	83,1	11	16,9	
Rutin tarama										
Evet	16	32,7	33	67,3	0,377	40	87,0	6	13,0	0,331
Hayır	21	41,2	30	58,8		43	79,6	11	20,4	
Sigara içme										
Hiç içmedim	27	35,1	50	64,9	0,526	73	86,9	11	13,1	**0,047**
Bıraktım	2	66,7	1	33,3		5	71,4	2	28,6	
İçiyorum	8	40,0	12	60,0		4	50,0	4	50,0	

Çalışmamıza katılanların meme kanseri hakkındaki ilk bilgiyi edindikleri yerle ve rutin tarama yaptırma durumu ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediğimizde vaka ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,050). Sigara içme durumu ile anksiyete düzeylerini karşılaştırdığımızda ise vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,050). Kontrol grubunda sigara içme ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,047). Sigarayı hiç içmeyenlerde orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı içenlere göre daha düşüktü (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.9: Ailede meme kanseri hikâyesi ile depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

	Vaka Grubu (n=100)					Kontrol Grubu (n=100)				
	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p
Ailede kanser	**n**	**%**	**n**	**%**	0,841	**n**	**%**	**n**	**%**	0,864
Var	13	61,9	8	38,1		2	11,1	16	88,9	
Yok	47	59,5	32	40,5		8	9,8	74	90,2	
Yakınlık derecesi										
Birinci derece	6	75,0	2	25,0	0,424	0	0,0	7	100,0	0,124
İkinci derece	4	66,7	2	33,3		0	0,0	4	100,0	
Üçüncü derece	3	42,9	4	57,1		2	28,6	5	71,4	
Kanserden ölen										
Var	9	64,3	5	35,7	0,724	1	4,5	21	95,5	0,296
Yok	51	59,3	35	40,7		9	11,5	69	88,5	

Çalışmamıza katılanların ailelerinde meme kanseri varlığı, yakınlık dercesi ve meme kanserinden ölen kişi varlığı ile depresyon düzeylerini karşılaştırdığımızda vaka ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,050) (Tablo 4).

Tablo 4.2.10: Ailede meme kanseri hikâyesi ile anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması

	Vaka Grubu (n=100)					**Kontrol Grubu (n=100)**				
	Minimal-hafif derecede anksiyete		**Orta-şiddetli derecede anksiyete**		**p**	**Minimal-hafif derecede anksiyete**		**Orta-şiddetli derecede anksiyete**		**p**
Ailede kanser	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Var	6	28,6	15	71,4	0,368	18	100,0	0	0,0	**0,006**
Yok	31	39,2	48	60,8		65	79,3	17	20,7	
Yakınlık derecesi										
Birinci derece	1	12,5	7	87,5	0,387	7	100,0	0	0,0	
İkinci derece	2	33,3	4	66,7		4	100,0	0	0,0	
Üçüncü derece	3	42,9	4	57,1		7	100,0	0	0,0	
Kanserden ölen										
Var	4	28,6	10	71,4	0,481	18	81,8	4	18,2	0,868
Yok	33	38,4	53	61,6		65	83,3	13	16,7	

Çalışmamıza katılanların ailelerinde meme kanseri varlığı, yakınlık derecesi ve meme kanserinden ölen kişi varlığı ile anksiyete düzeylerini karşılaştırdığımızda ise vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,050). Kontrol grubunda ise ailede meme kanseri olanlarla anksiyete derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,006). Ailesinde meme kanseri olanların tamamında minimal ve hafif düzeyde anksiyete saptandı. Kontrol grubunda ailesinde kanser olanların yakınlık derecesi ve kanserden ölen varlığı ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2.11: Katılımcıların KKMM ile ilgili sorularla depresyon ilişkisi

	Vaka Grubu (n=100)					Kontrol Grubu (n=100)				
	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p
KKMM	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Biliyor	31	56,4	24	43,6	0,412	5	9,3	49	90,7	0,789
Bilmiyor	29	64,4	16	35,6		5	10,9	41	89,1	
KKMM										
Yapıyor	22	48,9	23	51,1	**0,011**	3	9,1	30	90,9	0,957
Yapmıyor	9	90,0	1	10,0		2	9,5	19	90,5	
Yılda kaç kez										
12 ve üzeri	20	51,3	19	48,7	0,681	2	8,7	21	91,3	0,905
11 ve altı	3	42,9	4	57,1		1	10,0	9	90,0	

Çalışmamıza katılanların KKMM biliyor olması ile vaka ve kontrol gruplarında depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,412). Vaka grubunda KKMM yapma ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,011). KKMM yapmadığını söyleyenlerde depresyon görülme oranı yapanlara göre daha yüksekti. Kontrol grubunda KKMM yapma ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,957). Yılda KKMM yapma sayısı 11 ve altı ile 12 ve üzeri olanlarla vaka ve kontrol grubunda depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.2.11).

Tablo 4.2.12: Katılımcıların KKMM ile ilgili sorulara verilen cevaplarla anksiyete ile ilişkisi

	Vaka Grubu (n=100)					Kontrol Grubu (n=100)				
	Minimal-hafif derecede anksiyete		Orta-şiddetli derecede anksiyete		p	Minimal-hafif derecede anksiyete		Orta-şiddetli derecede anksiyete		p
KKMM	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Biliyor	20	36,4	35	63,6	0,884	46	85,2	8	14,8	0,529
Bilmiyor	17	37,8	28	62,2		37	80,4	9	19,6	
KKMM										
Yapıyor	19	42,2	26	57,8	**0,038**	28	84,8	5	15,2	0,930
Yapmıyor	1	10,0	9	90,0		18	85,7	3	14,3	
Yılda kaç kez										
12 ve üzeri	16	41,0	23	59,0	0,430	19	82,6	4	17,4	0,574
11 ve altı	4	57,1	3	42,9		9	90,0	1	10,0	

Çalışmamıza katılanların KKMM biliyor olması ile vaka ve kontrol gruplarında anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,884). Vaka grubunda KKMM yapma ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,038). KKMM yapmayanlarda orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı daha yüksekti. Kontrol grubunda KKMM yapma ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,930). Yılda KKMM yapma sayısı 11 ve altı ile 12 ve üzeri olanlarla vaka ve kontrol grubunda anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.2.12).

Tablo 4.2.13: Menopoz ve doğum yapma durumu ile depresyon arasındaki ilişki

	Vaka Grubu (n=100)					Kontrol Grubu (n=100)				
	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p	BDÖ≥17 (depresyon var)		BDÖ<17 (depresyon yok)		p
Menopoz	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Var	24	80,0	6	20,0	**0,008**	4	7,1	52	92,9	0,284
Yok	36	51,4	34	48,6		6	13,6	38	86,4	
Doğum sayısı					0,776					
Nullipar	5	55,6	4	44,4		0	0,0	0	0,0	
Multipar	55	60,4	36	39,6		10	10,0	90	90,0	

Vaka grubunun menopoz durumu ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,008). Menopoza girenlerde depresyon görülme

oranı daha yüksekti. Kontrol grubunda ise menopoz durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,284). Doğum yapma durumu ile depresyon arasında vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,776). Kontrol grubunun hepsi doğum yaptığı için doğum yapma durumu ile depresyon ile ilişkisi hesaplanamadı (Tablo 4.2.13).

Tablo 4.2.14: Menopoz ve doğum yapma durumu ile anksiyete arasındaki ilişki

	Vaka Grubu (n=100)					**Kontrol Grubu (n=100)**				
	Minimal-hafif derecede anksiyete		**Orta-şiddetli derecede anksiyete**		**p**	**Minimal-hafif derecede anksiyete**		**Orta-şiddetli derecede anksiyete**		**p**
Menopoz	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Var	5	16,7	25	83,3	**0,006**	44	78,6	12	21,4	0,184
Yok	32	45,7	38	54,3		39	88,6	5	11,4	
Doğum sayısı										
Nullipar	5	55,6	4	44,4	0,236	0	0,0	0	0,0	
Multipar	32	35,2	59	64,8		83	83,0	17	17,0	

Vaka grubunun menopoz durumu ile anksiyete arasındaki ilişkiyi incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,006). Menopoza girenlerde orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı daha yüksekti. Kontrol grubunda ise menopoz durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,184). Doğum yapma durumu ile anksiyete arasında vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,236). Kontrol grubunun hepsi doğum yaptığı için doğum yapma durumu ile anksiyete ilişkisi hesaplanamadı (Tablo 4.2.14).

5) TARTIŞMA

Meme kanseri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Kadınlarda görülen tüm kanser vakalarının % 23'ünü ve kanser ölümlerinin % 14'ünü oluşturmaktadır. Dünyadaki ortalama insidansı yüz binde 38-40 iken, bu oran Avrupa'da yüz binde 66-67 ve Türkiye'de ise yüz binde 40 civarındadır [85].

Erken tanı ve gelişen tedavi olanaklarına rağmen meme kanseri, kabul edilmesi zor, önemli bir kaygı kaynağı olarak çeşitli psikososyal sorunları gündeme getirmektedir. 2001-2008 yılları arasında Ulusal Meme Kanseri Kayıt Sistemi programında kayıtlı olan 11.208 meme kanserli hasta değerlendirilmiştir. Hastaların % 90'ında klinik başvuru sebebi memede ağrısız kitle olarak tespit edilmiştir [86]. Literatürde meme kanserinde en sık görülen bulgunun ele gelen kitle olduğu birçok çalışmada tespit edilmiştir [87, 88].

Meme kanseri olma riski, çoğu kadında büyük bir psikolojik etkiye neden olsa da, meme kanseri şüphesi olan kadınlarda farklı tanı aşamalarındaki depresyon ve anksiyete değişikliklerine yönelik çok az sayıda çalışma yapılmıştır [89]. Styra ve arkadaşlarının 1993'de 100 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kitlesi olan kadınlarda olmayanlara göre anksiyete düzeyi belirgin olarak yüksek olarak tespit edilmiştir [90]. Çalışmamızın amacı, memede kitle yakınmasıyla polikliniğe ilk defa başvuran hastalardaki depresyon ve anksiyeteyi, KETEM'e rutin tarama için gelen hastalarla kıyaslayarak kitlenin kadınların ruh sağlığında oluşturduğu etkiyi tespit etmektir.

Çalışmamızda memede kitlesi olan hastalarla sağlıklı bireyler arasında anksiyete ve depresyon açısından farklılık olup olmadığı incelenmiş ve bu belirtilerde etkili olabilecek sosyodemografik faktörler araştırılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 44,74 ± 1,12 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 51,14 ± 0,68 yıl bulundu. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup kontrol grubunun yaş ortalaması daha yüksekti. Bu da kontrol grubunun KETEM'e tarama için başvuran 40 yaş üstü kadınlardan oluşmasından kaynaklanabilir.

Katılımcıların meme kanseri hakkındaki ilk bilgiyi nerden aldıkları konusunda vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, vaka grubunda hiç bilgi almadığını söyleyenlerin oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Bu durum kontrol grubundaki hastaların tarama bilincinin ve meme kanseri farkındalığının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Meme kanserinde son yıllarda yapılan çalışmalarda %5-10 oranında kalıtımın rolü olduğu gösterilmiştir [91]. Aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların (annesinde, kız kardeşinde ve kızında) kendisinde meme kanseri görülme riski toplumdaki diğer kadınlara göre 2-3 kat daha fazladır [40]. Literatürde ailede meme veya over kanseri varlığı ve yakınlık derecesinin risk faktörü olduğuna ilişkin çalışmalar mevcut iken bazı çalışmalarda ilişki saptanmamıştır [92]. Eryılmaz ve arkadaşlarının 2010 yılında KETEM' e başvuran kadınların meme şikâyetlerinin değerlendirilmesine yönelik 19.600 hastada yaptığı çalışmada kadınlardan ailesinde kanser öyküsü olanların oranı % 9.2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınların ailesinde meme kanseri öyküsünün varlığı, meme kanseri tanısı olmayanlardan daha yüksek değildir [92].

Yine Turgut Özal Üniversitesi'nde 2005-2012 yılları arasında yapılan bir çalışmada meme kanseri tanısı konmuş 290 hastanın %21'inde ailede kanser öyküsü olduğu tespit edilmiştir [93]. Bizim çalışmamızın sonuçları Turgut Özal Üniversitesi'nde yapılan çalışmanın sonuçlarına benzerdir. Vaka grubumuzda ailesinde kanser olanların oranı %21 iken kontrol grubumuzda %18 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda vaka ve kontrol grupları arasında ailede kanser öyküsü ve kanserden ölen varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Ailesinde kanser öyküsü olanların yakınlık dereceleri arasında da vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Bu durum çalışmaya alınan hasta sayısının kısıtlılığından kaynaklanabilir.

Literatürde KKMM yapmanın meme kanserinin erken tanısı ve mortalite üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Gerçek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KKMM yapılması ile toplumdaki kadınlarda meme kanseri evresinin düşeceğini ve yaşam sürecinin olumlu yönde etkileneceğini bildirmişlerdir [94]. Nahcivan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda meme kanserlerinin %80'i ilk defa hastaların kendileri tarafından fark edildiğinden meme kanserinin erken tanısında özel bir önem taşıyan KKMM için kadınların cesaretlendirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir [61]. Bununla birlikte Green ve arkadaşları çalışmalarında KKMM ile meme kanseri saptama oranının artmadığını ve meme kanseri mortalitesinin azalmadığını belirtmişlerdir [95]. Thomas ve arkadaşları da KKMM'nin meme kanseri mortalitesine etkisini araştırmak için 266.064 hastayı randomize olarak incelemişler ve KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmadığını belirtmişlerdir [96]. Bizim çalışmamızda vaka ve kontrol grupları arasında KKMM yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Vaka grubunda KKMM yapma oranı daha yüksekti**.** Bu

durum hastaların çoğunluğunun kitleyi kendisi fark ederek polikliniğe başvurması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda kitlesi olan hastaların %68'i kitleyi ilk olarak kendi tespit etmiştir. %32'si ise doktor muayenesi ile tespit edilmiştir. Bu sonuç da meme kanserinde kitleyi ilk bulan kişinin kadınların kendileri olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur [97, 98]. Literatürdeki bilgiler ve bizim çalışmamız neticesinde KKMM yapmanın yararlı olduğu düşünülebilir.

Sigara içimi ile meme kanseri riski arasındaki ilişkinin epidemiyolojik çalışmalarının sonuçları farklıdır [99, 100]. Baron ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda sigara içiminin, antiöstrojenik etkilere sahip olmasından ve menopoza daha erken yaşta girme sebebi olabileceğinden dolayı meme kanseri için koruyucu olabileceğini ileri sürmüşlerdir [101]. Birkaç yeni analiz, uzun süre sigara içen veya ilk gebeliklerinden önce sigara içmeye başlamış kadınlar arasında meme kanseri riskinde artış olduğunu ileri sürmektedir [102-104]. Yeni Zelanda' da Loschmann ve arkadaşlarının yaptığı 2013 yılında yayımlanan 1799 kişi vaka ve 2540 kişi kontrol grubundan oluşan çalışmada sigara içimi ile artmış meme kanseri riski ilişkili bulunmuştur [105]. Bizim çalışmamızda da literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu olarak vaka grubunda sigara içme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.

Literatürdeki çalışmalarda yüksek VKİ'nin meme kanseri üzerine etkisinin premenopozal ve postmenopozal kadınlarda farklı olduğu bildirilmiştir. Obezitenin postmenopozal kadınlarda yağ dokusunda aromatizasyona bağlı östrojen maruziyetinde artışa bağlı olarak meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Buna karşın, hala bilinmeyen nedenlerle, premenopozal bir grupta yüksek VKİ koruyucu görünmektedir [106]. İstanbul ilinde Beji ve arkadaşlarının 2003 yılında 405 hastada, Türk kadınlarında meme kanseri risk faktörlerini araştırmaya yönelik yaptıkları çalışmada VKİ yüksekliğinin meme kanseri riskini artırdığını bulmuşlardır [107]. Lambe ve arkadaşlarının 2002'de yaptığı ve Chiet ile arkadaşlarının 1996'da yaptığı yüksek VKİ'nin invaziv meme kanseri için bir risk faktörü olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur [108, 109]. Bizim çalışmamızda da vaka grubunun VKİ ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktü. Fakat vaka grubunun VKİ ortalaması normalin üstündeydi. Bu sonuçlar kontrol grubunun kitlesi olmayan seçilmiş vakalardan oluşmasıyla açıklanabilir.

Ankara'da Oran ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı 622 kişi vaka ve 622 kontrol grubundan oluşan çalışmada emzirme süresi 48 aydan uzun olan kadınlarda meme kanseri riskini daha düşük bulmuşlardır [110]. Yine 2000 yılında yapılan emzirme ve meme kanseri

riski ile ilgili meta-analiz çalışmasında emziren kadınlarda hiç emzirmeyenlere göre meme kanseri riskinin belirgin derecede azaldığı ve bu azalmanın menopoz öncesi kadınlarda daha belirgin olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla, emzirmenin koruyucu bir faktör olduğu görülmüş ancak meme kanseri için bilinen diğer risk faktörlerine kıyasla daha az etkili olduğu kanısına varılmıştır [111].Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada her 12 aylık emzirme döneminde meme kanseri görülme riskinin %4 ve her doğumda %7 azalma olduğu görülmüştür [112]. İsrail'de 1999-2005 yılları arasında yeni tanılı 256 meme kanserli hasta ve 536 sağlıklı kadında emzirme ve meme kanseri ilişkisi için yapılan çalışmada emzirmeyen ya da ilk emzirme yaşı ileri olan ve yetersiz süre emziren kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı tespit edilmiştir [113]. Hindistan'da yapılan 2015 yılında yayınlanan meta-analiz çalışmasında emzirmenin kadın sağlığına etkileri araştırılmış olup emziren kadınlarda hiç emzirmeyenlere kıyasla meme kanseri riskinin %22 azaldığı ve yine 12 aydan uzun süre emziren annelerin meme kanseri gelişme riski %26 daha düşük olduğu bildirilmiştir [114]. İstanbul'da Özmen ve arkadaşlarının 2000-2006 yılları arasında 1462 meme kanseri kadın ile 2167 sağlıklı kadın arasında Türk kadınlarındaki meme kanseri risk faktörlerini incelemeye yönelik yaptıkları çalışmada emzirme süresi ile meme kanseri riski arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır [115]. Bizim çalışmamızda vaka ve kontrol grubu arasında emzirme süresi ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptandı. Kontrol grubunun total emzirme süresi ay olarak ortalama 55,24 ay, vaka grubunun ise ortalama 39,01 ay olarak hesaplandı. Vaka grubunda emzirme süresi ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü. Bu durum literatürdeki birçok çalışma ile uyumludur.

Rosner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda nulliparitenin meme kanseri riskinde artışa neden olduğunu, multiparitenin ise meme kanserinden koruyucu etkisinin tartışmalı olduğunu bildirmişlerdir [116]. Ursin ve arkadaşlarının Amerikalı ve Afrikalı kadınlarda meme kanseri risk faktörlerini araştırmaya yönelik 2004 yılında yaptıkları çalışmada, invaziv meme kanseri olan 4567 kişi ve kontrol grubu olarak 4668 kişi alınmıştır. Her iki grupta tam süreli gebeliklerin sayısı arttıkça meme kanseri riskinin önemli ölçüde azaldığını gözlemişlerdir [117]. Bizim çalışmamızda da vaka grubunda nulliparite oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olup literatürdeki çalışmalarla uyumludur.

Meme kanseri erken menarş ve geç menopoz gibi uzun süreli östrojene maruz kalmayla ilişkilidir [7]. Çalışmamızda vaka ve kontrol grupları arasında menopoza girme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Vaka grubunda menopoza girmeyenlerin

oranı belirgin olarak yüksekti. Çalışmamızda vaka grubunun yaş ortalaması kontrol grubundan daha düşüktür. Bu hastaların yaş ortalaması Türkiye'deki ortalama menopoz yaşından daha düşüktür. Dolayısıyla vaka grubunun daha fazla östrojene maruziyetinden bahsetmek söz konusu değildir.

Çalışmamızda kitlesi olan hastaların polikliniğe başvurmakta geç kaldığını düşünenlerin oranı %37 idi. Bu hastalar en sık geç kalma sebebi olarak da kitleyi önemsemediklerini söylediler. Bu durum bize meme kanseri farkındalığının düşük olduğunu düşündürmektedir.

Mastalji doğurgan çağdaki tüm kadınların yaklaşık % 70'ini etkileyen yaygın bir semptomdur [118]. Eryılmaz ve arkadaşlarının 2010 yılında KETEM'e başvuran kadınların meme şikâyetlerinin değerlendirilmesine yönelik 19.600 hastada yaptığı çalışmada kadınların % 44'ünde en az bir meme şikâyeti olduğunu bulmuşlardır. Bu şikâyetlerin de % 78'ini ağrı, % 14'ünü kitle olarak tespit etmişlerdir [92]. Bizim çalışmamızda da vaka grubunun % 65'inde kitleye ek olarak başka şikâyetler de vardı. Memede ağrı bu şikâyetlerin % 98.5' ini oluşturuyordu. Bu durum literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur.

İsrail'de Cohen ve arkadaşlarının rastgele seçilen 489 kadında yaptığı çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda kanser endişelerinin daha yüksek olduğu ve erken teşhis için mamografi ve klinik meme muayenesine daha sık başvurduğu sonucuna varılmıştır [119]. Rees ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anneleri meme kanseri olan kız çocuklarının, kendilerinin de kanser olma riskinin yüksek olduğunu düşündüklerinden korku yaşadıklarını belirtmişlerdir [120]. Bizim çalışmamızda kitlesi olan hastaların ailesinde kanser öyküsü olması ve kanser olduğunu düşünme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olup bu durum hasta kısıtlılığından kaynaklanabilir.

Meme kanseri riski yüksek olan kadınların korku, anksiyete ve çaresizlik gibi duygular yaşadıkları birçok çalışmada belirtilmiştir [114, 115]. Ankara'da Turgut ve arkadaşları 2003 yılında genel cerrahi polikliniğine herhangi bir şikâyetle başvuran 112 kadına tanı öncesinde ve kesin tanı konulup medikal durumu hakkında bilgilendirildikten sonraki kalan 108 kadına Hamilton anksiyete ölçeği uygulamışlar. Kadınların tanı öncesi ve sonrası anksiyete puanlarında anlamlı bir düşüş görülmüştür. Kanser korkusu olan ve olmayan hastaların ortalama anksiyete puanları, başvuru anında ve tanı sonrasında birbirleri ile karşılaştırıldığında, kanser düşüncesi olan grupta anlamlı düşüş izlenmiştir [91]. Bizim çalışmamızda memede kitle ile başvuran hastalarda kitlesinin kanser olduğunu düşünenlerde depresyon sıklığı ve anksiyete düzeyleri de düşünmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı

derecede yüksekti. Bu durum kadınların kanser olma korkusunun psikolojilerini olumsuz etkilediğini ve çalışmamızın literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olduğunu gösteriyor. Yine çalışmamızda polikliniğe başvurmakta geciktiğini düşünen hastalarda depresyon varlığı düşünmeyenlere göre anlamlı derecede yüksekti. Geç kaldığını düşünen hastalarda şiddetli anksiyete görülme oranı da düşünmeyenlere göre belirgin olarak daha yüksekti.

Colegrave ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı çalışmada meme ağrısı ile başvuran 130 kadının memede kitle ile başvuran kadınlara göre anksiyete, depresyon, somatizasyon ve emosyonel istismarının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir [121]. Ramirez ve arkadaşlarının çalışmasında şiddetli meme ağrısı olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirgin olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Downey ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada meme ağrısı yakınması ile başvuran hastalarda uyguladıkları anksiyete ve depresyon ölçeklerinden yüksek puanlar elde etmişlerdir [122]. Bizim çalışmamızda memede kitlesi olan hastalardan ek şikâyet olarak meme ağrısı olanlarda depresyon ve anksiyete görülme oranı belirgin olarak daha yüksekti. Bu sonuçlarımız daha önceki çalışmalar ile uyumludur.

Literatürde depresyon, anksiyete düzeyleri ve sosyodemografik verilerin ilişkisi üzerine farklı çalışmalar mevcuttur [123-126]. McCall ve arkadaşları düşük eğitim seviyesinin depresif bozukluklar için bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir [123]. Benzer şekilde Kaplan ve arkadaşları ile Pillay ve arkadaşlarına göre de düşük eğitim düzeyi, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile birliktedir [125, 127]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu bir şekilde, vaka grubunda eğitim seviyesi düşük olanlarda yüksek olanlara göre depresyon ve şiddetli anksiyete görülme oranı anlamlı derecede yüksekti. Bu durum bize eğitim düzeyi yükseldikçe kişinin donanımının artmasına bağlı baş etme ve problem çözme becerisindeki artış ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

2002 yılında Özdel ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde depresyon üzerine yaptığı bir çalışmada gelir düzeyi düşük olanlarda depresyon puanının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir [124]. Bizim çalışmamızda da vaka grubunda gelir düzeyi 1500 liranın altında olanlarda depresyon sıklığı daha yüksekti. Bu durum literatürle uyumlu olup gelir düzeyi düşüklüğünün kişilerin psikolojisini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Çetin ve arkadaşları tarafından Trabzon'da bir sağlık ocağına başvuran kişilerde yapılan araştırmada ev hanımlarında depresif belirtilerin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [128]. Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olan, gelir getiren bir işte çalışmayan kadınlarda depresyonun daha sık olduğu

saptanmıştır [126, 128-130]. Bizim çalışmamızda vaka grubunda ev hanımlarında depresyon sıklığı ve anksiyete düzeyi diğer meslek gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksekti. Bu durum literatürdeki çalışmalarla uyumludur.

Kentsel ve kırsal alanlarda yaşama ile depresyon yaygınlığı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular farklıdır. Goodwin ve ark. 2007'de yaptıkları çalışmada depresyon yaygınlığının kentsel alanlarda kırsala göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir [131]. Erözkan'ın yaptığı çalışmada ise kırsal kesimde yaşayanlarda depresyon görülme oranının şehirde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [132]. Çalışmamızda vaka grubunda kırsal kesimde yaşayanlarda depresyon daha sık görülmektedir. Bu durum kırsal kesimde yaşayan bireylerin yaşadıkları ortam koşullarındaki kısıtlılıklar nedeniyle yaşam koşullarının onları zorlamasından kaynaklanabilir.

Şahin ve arkadaşlarının Denizli'deki kadınlarda depresyonla ilgili yaptıkları çalışmada ve yine Nalbantoğlu'nun 2011 yılında yaptığı çalışmada sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir [133, 134]. Budakoğlu ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada ise sigara içenlerde içmeyenlere göre anksiyete riskini 1.5 kat daha fazla bulmuştur [135]. Ocaktan ve arkadaşlarının 2002'de yaptıkları çalışmada sigara içen sağlık çalışanlarında içmeyenlere göre şiddetli anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir [136].Çalışmamızda vaka grubunda sigara içenlerle içmeyenler arasında istatistiksel olarak fark yoktu. Çalışmamızda kontrol grubunda ise sigara içmeyenlerde sigara içenlere göre orta ve şiddetli anksiyete görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü. Bu durum literatürle uyumludur.

Literatürde KKMM yapmanın depresyon ve anksiyete üzerine etkilerini araştıran çalışmaların sonucu farklılık göstermektedir. 2000 yılında yapılan bir çalışmada KKMM'nin normalden fazla yapılmasının kanser ile ilişkili stresi arttırdığı, bunun da muayene sıklığını artırarak bir kısır döngü oluşturabileceği bildirilmiştir [137]. Brain ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailede meme kanseri olan 833 kişiye anket uygulanmıştır. Bunlardan 211'i düzenli KKMM, 462 kişi uygun sayıda KKMM, 156 kişi ise aşırı KKMM yapıyormuş. Çalışma sonucunda aşırı KKMM yapanların anksiyete ve kanser korkusunun diğerlerine göre arttığını tespit etmişlerdir. Lerman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise KKMM yapıp yapmamanın kadınların psikolojisini etkilemediğini bildirmişlerdir [138]. Lerman ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada anksiyetesi ve kanser korkusu yüksek olan kadınların KKMM yapmaktan kaçındıkları ifade edilmiştir [139]. Liao ve arkadaşlarının Tayvan'da yaptığı çalışmada meme kanseri şüphesi olup KKMM yapmayan kadınların kesin

tanı öncesi anksiyete düzeylerinin yapanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [89]. Çalışmamızda vaka grubunda KKMM yapmayanlarda depresyon ve şiddetli anksiyete görülme oranı yapanlara göre daha yüksekti. Bu durum vaka grubunda meme kanseri bilgi düzeyi ve farkındalığının daha az olduğu ve KKMM konusunda kendilerini yeterli görmediklerini de düşündürebilir.

Literatürde rutin tarama için mamografi çektiren kadınlardaki anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları birbirinden farklıdır. Miller ve Hailey'in 32 Afrikalı ve Amerikalı kadın arasında yaptığı çalışmada daha önceden mamografi çekilmeyen kadınlarda kanser kaygısı daha yüksek izlenmiştir [140]. McCaul ve arkadaşlarının 135 kadında yaptığı çalışmanın sonucunda meme kanseri korkusu nedeniyle anksiyetesi yüksek olanların düzenli mamografi çektirme oranı daha yüksektir [141]. Bizim çalışmamızda kontrol grubunda rutin tarama yaptırmayanlarda depresyon düzeyi yaptıranlara göre daha yüksekti. Anksiyete düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Bu durumda düzenli tarama yaptırmanın kadınlarda meme kanseri korkusunu azalttığı ve psikolojilerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Couzi ve arkadaşları 320 meme kanserli kadında depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilgili yaptıkları çalışmada menopoza giren kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeyinin menopoza girmeyenlere göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bezircioğlu ve arkadaşlarının 494 kadında menopoz öncesi ve sonrası depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmeye yönelik yaptığı çalışmada ise menopoz sonrası dönemde öncesine göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır [142]. Çalışmamızda vaka grubunda menopoza girenlerde girmeyenlere göre depresyon ve şiddetli anksiyete görülme oranı anlamlı derecede daha yüksekti. Bu durum literatürle uyumlu olup postmenopozal dönemde menopoza ait semptomların varlığı ve ek sağlık problemlerinin de daha sık görülmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser olması sebebiyle kadınlar üzerindeki psikososyal etkilerini araştırmaya yönelik literatürde birçok çalışma mevcuttur. Memede herhangi bir yakınma özellikle de kitle varlığı kadınlarda depresyon ve anksiyeteye sebep olabilmektedir. Literatürde birçok çalışmada meme kanseri tanı ve tedavisinin, anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk, gelecek hakkında belirsizlik, beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu belirtilmiştir [143-145]. Tayvan'da 2005 yılında 200 kadın üzerinde yapılan çalışmada memede kitle nedeniyle polikliniğe başvuran kadınlarda kesin tanı konana kadar belirgin

düzeyde anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir. Kitlesinin sonucu bening çıkanlarda anksiyete düzeyinin malign çıkanlara göre daha fazla azaldığı da gözlenmiştir [89]. 2001 yılında Lindberg ve arkadaşlarının 430 meme kanseri riski yüksek kadında yaptığı çalışmada, özellikle ailesinde kanser olanlarda şiddetli düzeyde anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir [146]. Turgut ve arkadaşlarının farklı meme şikâyetleri ile polikliniğe başvuran kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada başvuru sebebi ne olursa olsun kadınların %70,4'ünün kanser olduğuna inandığını bildirmişlerdir [147]. Yine hastaların tanı konmadan önceki ve bilgilendirme yapıldıktan sonraki anksiyete düzeylerinde belirgin farklılık olduğu sonucuna varmışlardır. Finlandiya'da 25 yıllık kohort çalışmasında meme hastalıkları tanı birimine başvuran kadınların BDÖ puanı değerlendirilmiştir. Katılımcıların 53'ünde bening meme hastalığı ve 34'ünde meme kanseri var olup 28 kişinin de sağlıklı olduğu bildirilmiştir. Katılımcılara 25 yıllık sakalım analizi ve BDÖ uygulanmıştır. Çalışma sonucunda BDÖ puanları benzer çıkmakla birlikte 25 yıllık sağ kalım oranı, BDÖ puanı düşük çıkanlarda daha yüksek olarak tespit edilmiştir [148].

Bizim çalışmamızda memede kitle yakınması ile başvuran kadınlarda sağlıklı kadınlara göre depresyon sıklığı ve şiddetli anksiyete görülme oranı belirgin düzeyde yüksekti. Bu durum bize memede kitlenin kadınlarda ciddi psikolojik değişikliklere sebep olduğunu, meme yakınması ile başvuran kadınlara bütüncül yaklaşılması gerektiğini ve psikososyal açıdan da kadınların desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışma; memede kitle yakınmasıyla polikliniğe başvuran 100 hastadaki depresyon ve anksiyete düzeylerini, KETEM'e rutin tarama için gelen 100 kişinin düzeyleriyle kıyaslayarak kitlenin kadınların ruh sağlığında oluşturduğu etkiyi araştırmak ve bu konuda öneriler getirmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, BDÖ ve BAÖ uygulanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular sonucunda;

- Çalışmaya katılan hasta grubunun yaş ortalaması 44,74±1,12 (min=19, max=70) idi. Kontrol grubunun yaş ortalaması ise 51,14±0,68 (min=40, max=69) idi. Kontrol grubunun yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,001$).
- Çalışmaya katılan memede kitlesi olan kadınlarda meme kanseri hakkında hiç bilgi almadığını söyleyenlerin oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,022$).
- Çalışmaya katılan memede kitlesi olan hastalarda KKMM yapma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,017$).
- Çalışmaya katılan hasta grubunda kontrol grubuna göre sigara içme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,028$).
- Çalışmaya katılan kontrol grubunun VKİ ortalaması hasta grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,007$).
- Çalışmaya katılan kontrol grubunda menapozda olanların oranı hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,001$).
- Çalışmaya katılan kontrol grubunda doğum yapma oranı hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p=0,006$).
- Çalışmaya katılan kontrol grubunda emzirme süresi ortalaması hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,001$).
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalardan kanser olduğunu düşünenlerde düşünmeyenelere göre depresyon sıklığı ($p=0,003$) ve şiddetli anksiyete görülme oranı ($p=0,032$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti.
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalardan polikliniğe başvurmakta geç kaldığını düşünenlerde depresyon sıklığı ($p=0,029$) ve şiddetli anksiyete görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı ($p=0,031$).

- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalardan kitleye ek şikâyeti olanlarda, depresyon görülme oranı (p=0,016) ve şiddetli anksiyete görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,042).
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastaların BDÖ puan ortalaması ± Std Err. (19,6±1,05) iken kontrol grubunun BDÖ puan ortalaması ± Std Err. (8,92±0,62) olarak hesaplandı.
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastaların BAÖ puan ortalaması ± Std Err. (20,34±1,23) iken kontrol grubunun BAÖ puan ortalaması ± Std Err. (7,88±0,71) olarak hesaplandı.
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalar ile olmayanların BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,000).
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalarda olmayanlara göre depresyon sıklığı ve şiddetli anksiyete görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,000).
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalardan eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda depresyon görülme oranı ortaokul ve üstüne göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,000).
- Kırsalda yaşayan kitlesi olan hastalarda depresyon görülme oranı şehirde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,009).
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalardan gelir düzeyi 1500 liranın altında olanlarda depresyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,001).
- Kitlesi olan hastalardan mesleği ev hanımı olanlarda diğer meslek gruplarına göre depresyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,001).
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalardan eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda şiddetli anksiyete görülme oranı ortaokul ve üstüne göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,003).
- Kitlesi olan hastalardan mesleği ev hanımı olanlarda diğer meslek gruplarına göre şiddetli anksiyete görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,009).
- Kitlesi olmayan hastalardan rutin tarama yaptırmayanlarda, yaptıranlara göre depresyon görülme oranı anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,010).
- Kitlesi olmayan hastalardan sigarayı hiç içmeyenlerde orta ve şiddetli derecede anksiyete görülme oranı içenlere göre daha düşüktü (p=0,047).

- Kitlesi olan hastalardan KKMM yapmayanlarda yapanlara göre depresyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,011).
- Kitlesi olan hastalardan KKMM yapmayanlarda yapanlara göre şiddetli anksiyete görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,038).
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalardan menopoza girenlerde girmeyenlere göre depresyon görülme oranı daha yüksekti (p=0,008).
- Çalışmaya katılan kitlesi olan hastalardan menopoza girenlerde girmeyenlere göre şiddetli anksiyete görülme oranı daha yüksekti (p=0,036).

6.2. ÖNERİLER

Meme kanseri ülkemizde sıklığı giderek artan ve kadınlarda en çok görülen kanserdir. Kadınlar tarafından hem yaşamın hem de kadın benliğinin tehdit altında algılandığı bir hastalık olan meme kanserinin tanı ve tedavi sürecinde multidisipliner yaklaşımla ele alınması gerekir.

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi mortalite oranını azaltmakta önemlidir. Hastaların ilk olarak meme kanseri bilgi düzeyi ve farkındalığı artırılmalıdır. Buna yönelik kadınlarımıza sağlık ocaklarında ve KETEM'lerde düzenli eğitimler verilebilir. Özellikle 20 yaşından itibaren tüm kadınlara ayda bir kez KKMM yapma alışkanlığının kazandırılması önemlidir. KKMM'nin menopoz öncesi dönemde menstürasyonun 5 ile 7'inci günlerinde yapılması, menopozdaki kadınlarda ise her ayın belirli bir gününde yapılması önerilmelidir. KKMM; meme kanseri farkındalığının artırılmasında ve kanserin daha erken safhada tespit edilmesinde faydalıdır. Meme kanserini erken evrede tespit edip, hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve meme kanserinden ölümleri azaltmak için 40 yaş sonrası tüm kadınlara her yıl bir defa klinik meme muayenesi ile birlikte mamografi çekilmesi önerilir. Toplumdaki meme kanser tarama bilincini arttırmaya yönelik geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Bizim çalışmamızda memede kitle ile başvuran kadınlarda sağlıklı kadınlara göre anksiyete ve depresyon görülme oranını belirgin düzeyde artmış olarak tespit edilmiştir. Hastalara, istedikleri zaman onlarla iletişim kurma, duygularını ifade etme ve soru sorma fırsatları olduğu hissettirilmelidir ve oluşabilecek psikolojik sorunları önlemek için danışmanlık hizmeti verilmelidir. Gerektiğinde psikiatri konsültasyonu sağlanmalıdır. Hasta yakınlarına da bu hastalık ve süreç hakkında bilgi verilmeli ve hastaya destek olmaları sağlanmalıdır.

Birinci basamak hekimleri olarak hastaları değerlendirirken fiziksel, ruhsal, kültürel, toplumsal etkenlerin tümünü göz önünde bulundurmalı; hastayı bir bütün olarak değerlendirmeliyiz. Herhangi bir meme yakınması ile başvuran kadınlardaki sosyal durumları da sorgulanmalı ve gerektiğinde hastalara sorunlarına yönelik destekleyici girişimleri planlamalıyız.

7. KAYNAKLAR

1. Stewart, B. and C.P. Wild, World cancer report 2014. Health, 2017.

2. Stacey, D., C. DeGrasse, and L. Johnston. Addressing the support needs of women at high risk for breast cancer: evidence-based care by advanced practice nurses. in Oncology nursing forum. 2002.

3. Eryılmaz, M., et al., Meme kanseri taramalarının etkinliği. J Breast Health, 2010. 6: p. 145-149.

4. Crispo, A., et al., Gail model risk factors: impact of adding an extended family history for breast cancer. The breast journal, 2008. 14(3): p. 221-227.

5. Arıkan, R., Travmatik bir yaşantı: meme kanseri ve mastektomi. Kriz Dergisi, 2000. 9(1): p. 39-46.

6. Çavdar, İ., Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Meme sağlığı dergisi, 2006. 2(2): p. 64-66.

7. Gross, R.E. Breast cancer: risk factors, screening, and prevention. in Seminars in oncology nursing. 2000. Elsevier.

8. Sayek, İ., Meme anatomisi ve fizyolojisi, Temel Cerrahi Vol. 2. 1996.

9. GR., S.J.T., Gross anatomy of the breast. Donegan WL, Spratt JS, eds. Cancer of the breast. Vol. 4th edition. 1995. 22-42.

10. Osborne, M., Breast development and anatomy. 2nd edition ed. Breast disease, ed. H.S. Harris JR, Henderson IC, Kinve DW, eds. 1991. 1-13.

11. Batson, O., The role of the vertebral veins in metastatic process of the breast cancer. Annals of Internal medıcıne, 1942: p. 16-38.

12. Miller, M.R. and M. Kasahara, The cutaneous innervation of the human female breast. Anat Rec, 1959. 135: p. 153-67.

13. CD, H., Lymphatics of the breast, ed. W.B. .Saunders. 1972. 300-398.

14. Kirby, I., Physiologic considerations in norma, benign and neoplastic states. Physiologic basis of modern surgical care. 1988. 1019-1056.

15. Rosenbloom, A.L., Breast Physiology the Breast. 2 ed. 1988. 38-50.

16. W.B Farra , M.W., LP Minton Physiology of the Breast 4ed. Cancer of the Breast 1995, USA. 43-51.

17. Rosenbloom, A.L., Breast Physiology. 2 ed. The breast. 1988. 38-50.

18. (çev.), S.S., meme kitleleri. 1 ed. Probleme dayalı öğrenim yaklaşımlarıyla temel cerrahi bilimler 2002, İzmir. 347-63.

19. Fetherston, C., Mastitis in lactating women: physiology or pathology? Breastfeed Rev, 2001. 9(1): p. 5-12.

20. Dixon, J.M. and A.M. Thompson, Effective surgical treatment for mammary duct fistula. Br J Surg, 1991. 78(10): p. 1185-6.

21. Spencer, J.P., Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician, 2008. 78(6): p. 727-31.

22. De Oliveira, L.D., et al., Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. J Hum Lact, 2006. 22(3): p. 315-21.

23. Lawrence RA, L.R., Management of the mother-infant nursing couple . A Guide for the Medical Profession. Amercan family physician, 2005. .

24. Livingstone, V. and L.J. Stringer, The treatment of Staphyloccocus aureus infected sore nipples: a randomized comparative study. J Hum Lact, 1999. 15(3): p. 241-6.

25. www.bfmed.org/acefiles/protocol/mastitis.pdf, C. The Academy of Breastfeeding Medicine Website. 2006.(Erişim Tarihi : 01,01,2017)

26. AB www.uptodate.com., C. Overview of benign breast disease 2010. Av 2010.(Erişim Tarihi 03,02,02017)

27. L., T., Advanced therapy of bre-ast disease. Management of benign breast lesions 2004: p. 50-57.

28. Sickles, E.A., Nonpalpable, circumscribed, noncalcified solid breast masses: likelihood of malignancy based on lesion size and age of patient. Radiology, 1994. 192(2): p. 439-42.

29. Goel, N.B., et al., Fibrous lesions of the breast: imaging-pathologic correlation. Radiographics, 2005. 25(6): p. 1547-59.

30. (VA), R., Breast imaging raporting and data system (BI-RADS). American collage of Radiology, 2003.

31. Yoo, G.J., et al., Older women, breast cancer, and social support. Support Care Cancer, 2010. 18(12): p. 1521-30.

32. Singh, Y.P. and P. Sayami, Management of breast cancer in Nepal. JNMA J Nepal Med Assoc, 2009. 48(175): p. 252-7.

33. Boyle, P. and J. Ferlay, Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Ann Oncol, 2005. 16(3): p. 481-8.

34. Rezanko, T., Meme tümörlerinde tan›sal algoritma ve üçlü test. Meme Sağlığı Dergisi [J Breast Health], 2008: p. 143-150.

35. Lee, A.H., Why is carcinoma of the breast more frequent in the upper outer quadrant? A case series based on needle core biopsy diagnoses. Breast, 2005. 14(2): p. 151-2.

36. Elgaili, E.M., et al., Breast cancer burden in central Sudan. Int J Womens Health, 2010. 2: p. 77-82.

37. In, B., American Joint Committee on Cancer. 6 ed. AJCC Cancer Staging Manual. 2002, New York. 171-180.

38. Onat, H. and M. Başaran, Meme kanseri risk faktörleri ve korunma. E: Topuz, A. Aydıner ve M. Dinçer (Ed). Meme Kanseri, 2003: p. 100-107.

39. Dumitrescu, R. and I. Cotarla, Understanding breast cancer risk-where do we stand in 2005. Journal of cellular and molecular medicine, 2005. 9(1): p. 208-221.

40. Eroglu, C., et al., Breast cancer risk assessment: 5000 cases. International Journal of Hematology and Oncology, 2010. 26(4): p. 027-033.

41. Breast, N.C.P.G.i.O., www.nccn.org (Erişim tarihi:03,04,2017).

42. Hsieh, C.C., et al., Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case-control study. Int J Cancer, 1990. 46(5): p. 796-800.

43. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Lancet, 1997. 350(9084): p. 1047-59.

44. Stuebe, A.M., et al., Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. Arch Intern Med, 2009. 169(15): p. 1364-71.

45. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer Familial breast cancer. Lanset, 2001. 358: p. 1389-99.

46. Kelsey JL, F.D., Holford TR, LiVolsi VA, Mostow ED,Goldenberg IS, et al. , Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. . J Natl Cancer Inst 1981. 67: p. 327-33.

47. Kim, E.H., et al., Diet quality indices and postmenopausal breast cancer survival. Nutr Cancer, 2011. 63(3): p. 381-8.

48. Scoccianti, C., et al., Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature. Am J Prev Med, 2014. 46(3 Suppl 1): p. S16-25.

49. John, E.M. and J.L. Kelsey, Radiation and other environmental exposures and breast cancer. Epidemiol Rev, 1993. 15(1): p. 157-62.

50. Storm, H. and O. Jensen, Risk of contralateral breast cancer in Denmark 1943-80. British journal of cancer, 1986. 54(3): p. 483.

51. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast, C., Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet, 1996. 347(9017): p. 1713-27.

52. Marchbanks, P.A., et al., Oral contraceptives and the risk of breast cancer. N Engl J Med, 2002. 346(26): p. 2025-32.

53. Wu, Y., D. Zhang, and S. Kang, Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies. Breast Cancer Res Treat, 2013. 137(3): p. 869-82.

54. Terry MB, Z.F., Kabat G, Britton JA, Teitelbaum SL Neugut AI, et al, Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. Annals of Epidemiology, 2006. 16: p. 230-40.

55. Reynolds, P., Smoking and breast cancer. J Mammary Gland Biol Neoplasia, 2013. 18(1): p. 15-23.

56. Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. 133 randomised trials involving 31,000 recurrences and 24,000 deaths among 75,000 women. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Lancet, 1992. 339(8784): p. 1-15.

57. Skrabonek, P., False premises and false promises of breast cancer screening. Lancet, 1985: p. 316-320.

58. CD., H., Womens role in recognizing the symptoms ofbreast disease. . 3 ed. Diseases of the breast, ed. Haagenson CD. 1986, Philedelphia, London. 501-505.

59. Kirby i. Bland, M.P., Update on endocrine therapy for breast cancer. 7 ed. Physiology,The Breast ,Schwartz Principles of Surgery,Schwartz, ed. H.G. Buzdar AU. 1998, Clinical Cancer Research. 527-534.

60. Şimşek Ş, T.T., Memenin İyi Huylu Tümörleri: Fibroadenomlar. 3 ed. 2002. 102-105.

61. Nahcivan NÖ, S.S., Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar. Bir rehber olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi., 2003: p. 33-37.

62. Ünal, M., Meme kanserinde tarama, Kalaycı G. Editör), Genel cerrahi, 2002. 1: p. 569-572.

63. Heywang-Köbrunner SH, S.I., Dershaw DD, Diagnostic Breast Imaging. 1997, Thieme.

64. Friedrich M, S.E., Radiological Diagnosis of Breast.Springer. 1997.

65. A.O., B., The Mammography Debate. American Family Physician 2002. 66 (december 15): p. 12.

66. BI-RADS, Mammograpy Assessment Categories American College of Radiology., 2013. 5: p. 193-197.

67. Alimoğlu M.K., A.E., Kabaalioğlu A. , Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılan Tarama Yöntemleri. Vol. 16. 2004. 73-79.

68. CK., K., MR imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. Magn Reson Imaging Clin N Am 2006. 14: p. 391-402.

69. Rihmer Z, A.J., Duygudurum Bozuklukları Epidemiyoloji, ed. S.V. Sadock B, eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. 2007, Ankara: Öncü Basımevi. 1575-1582.

70. Işık E., I.U., Taner Y. , Çoçuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. 2013, Ankara.

71. Olchanski, N., McInnis Myers, M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. , The economic burden of treatment-resistant depression Clinical therapeutics. Journal Of Contemporary Medicine 2013: p. 512-522.

72. E., K., Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt. 1997, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 389-428.

73. Erol N, K.C., Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. , Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998, Ankara.

74. Jacobi F, W.H., Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller NC et al. , Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine, 2004. 34: p. 594-611.

75. Bag, B., Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012: p. 449-464.

76. Müdürlüğü, T.C.S.B.T.H.G., Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010- 2023. 2010, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

77. Işik E., T.Y., Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. 2006, Asimetrik Parelel Kitabevi. 3-29.

78. Uçar, T., Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. 2008, İnönü Üniversitesi.

79. Önen Sertöz, Ö., et al., Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2004. 15(4): p. 264-275.

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

81. Beck, A.T., et al., An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 1961. 4: p. 561-71.

82. Hisli, N., Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989. 7: p. 3-13.

83. Noorbala, A.A., et al., Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2008. 101(3): p. 248-252.

84. Güleç, G., et al., Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Turk Psikiyatri Dergisi, 2011. 22(3).

85. V., Ö., Breast cancer screening: current controversies. . The Journal of Breast Health 2011. 7: p. 1-4.

86. Ozmen, V. and B.O. Anderson, The challenge of breast cancer in low-and middle-income countries—implementing the breast health global initiative guidelines. US Oncology, Touch briefing, 2008. 76: p. 79.

87. Kum S, G.A.U., Kelkitli E, Yücel İ. 19(1):24-7., Orta Karadeniz bölgesinde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler. Türk Onkoloji Dergisi 2004. 19: p. 7-24.

88. Aslan, A., et al., Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007. 6(3): p. 193-198.

89. Liao, M.-N., et al., Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. Cancer nursing, 2008. 31(4): p. 274-283.

90. Styra, R., et al., Coping styles in identifiers and nonidentifiers of a breast lump as a problem. Psychosomatics, 1993. 34(1): p. 53-60.

91. Vogel, V.G., Assessing risk of breast cancer: Tools for evaluating a patient's 5-year and lifetime probabilities. Postgraduate Medicine, 1999. 105(6): p. 49-58.

92. Eryilmaz, M., et al., Evaluation of breast complaintsof women applying to KETEM. Selcuk Med J, 2012. 28: p. 98-103.

93. Çakır, S., et al., Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. 2016.

94. Gerçek, S., et al., Kredi Yurtlar Kurumunda kalan kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi sağlık inançları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 2008. 4(3): p. 157-161.

95. Green, B.B. and S.H. Taplin, Breast cancer screening controversies. The Journal of the American Board of Family Practice, 2003. 16(3): p. 233-241.

96. Thomas, D.B., et al., Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. Journal of the National Cancer Institute, 2002. 94(19): p. 1445-1457.

97. Epstein, S.S., R. Bertell, and B. Seaman, Dangers and unreliability of mammography: breast examination is a safe, effective, and practical alternative. International Journal of Health Services, 2001. 31(3): p. 605-615.

98. Greenwald, P., et al., Estimated effect of breast self-examination and routine physician examinations on breast-cancer mortality. New England Journal of Medicine, 1978. 299(6): p. 271-273.

99. Cui, Y., A.B. Miller, and T.E. Rohan, Cigarette smoking and breast cancer risk: update of a prospective cohort study. Breast cancer research and treatment, 2006. 100(3): p. 293-299.

100. Magnusson, C., S. Wedren, and L. Rosenberg, Cigarette smoking and breast cancer risk: a population-based study in Sweden. British journal of cancer, 2007. 97(9): p. 1287-1290.

101. Baron, J.A., C. La Vecchia, and F. Levi, The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women. American journal of obstetrics and gynecology, 1990. 162(2): p. 502-514.

102. Ha, M., et al., Smoking cigarettes before first childbirth and risk of breast cancer. American journal of epidemiology, 2007. 166(1): p. 55-61.

103. Gram, I.T., et al., Breast cancer risk among women who start smoking as teenagers. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, 2005. 14(1): p. 61-66.

104. Ceber, E., et al., Nutrition, lifestyle, and breast cancer risk among Turkish women. Nutrition and cancer, 2005. 53(2): p. 152-159.

105. McKenzie, F., et al., Cigarette smoking and risk of breast cancer in a New Zealand multi-ethnic case-control study. PloS one, 2013. 8(4): p. e63132.

106. Carmichael, A.R. and T. Bates, Obesity and breast cancer: a review of the literature. Breast, 2004. 13(2): p. 85-92.

107. Beji, N. and N. Reis, Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case–control study. European journal of cancer care, 2007. 16(2): p. 178-184.

108. Lambe, M., et al., Parity, age at first and last birth, and risk of breast cancer: a population-based study in Sweden. Breast cancer research and treatment, 1996. 38(3): p. 305-311.

109. Chie, W., et al., Body size and risk of pre-and post-menopausal breast cancer in Taiwan. Anticancer research, 1995. 16(5B): p. 3129-3132.

110. Oran, B., et al., Analysis of menstrual, reproductive, and life-style factors for breast cancer risk in Turkish women. Medical oncology, 2004. 21(1): p. 31-39.

111. Bernier, M., et al., Breastfeeding and risk of breast cancer: a meta-analysis of published studies. Human Reproduction Update, 2000. 6(4): p. 374-386.

112. Cancer, C.G.o.H.F.i.B., Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. The Lancet, 2002. 360(9328): p. 187-195.

113. Shema, L., et al., The association between breastfeeding and breast cancer occurrence among Israeli Jewish women: a case control study. Journal of cancer research and clinical oncology, 2007. 133(8): p. 539.

114. Chowdhury, R., et al., Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatrica, 2015. 104(S467): p. 96-113.

115. Ozmen, V., et al., Breast cancer risk factors in Turkish women–a University Hospital based nested case control study. World Journal of Surgical Oncology, 2009. 7(1): p. 37.

116. Rosner, B., G.A. Colditz, and W.C. Willett, Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study. American journal of epidemiology, 1994. 139(8): p. 819-835.

117. Ursin, G., et al., Reproductive factors and risk of breast carcinoma in a study of white and African-American women. Cancer, 2004. 101(2): p. 353-362.

118. Faiz, O. and I.S. Fentiman, Management of breast pain. Int J Clin Pract, 2000. 54(4): p. 228-32.

119. Cohen, M., Breast cancer early detection, health beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without a family history of breast cancer. Psychooncology, 2006. 15(10): p. 873-83.

120. Rees, C.E. and P.A. Bath, Meeting the information needs of adult daughters of women with early breast cancer. Patients and health care professionals as information providers. Cancer Nurs, 2000. 23(1): p. 71-9.

121. Colegrave, S., C. Holcombe, and P. Salmon, Psychological characteristics of women presenting with breast pain. Journal of psychosomatic research, 2001. 50(6): p. 303-307.

122. Downey, H., et al., Psychologic characteristics of women with cyclical mastalgia. Breast disease, 1993. 6(2): p. 99-105.

123. McCall, N.T., et al., The prevalence of major depression or dysthymia among aged Medicare Fee-for-Service beneficiaries. International journal of geriatric psychiatry, 2002. 17(6): p. 557-565.

124. Özdel, L., et al., Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002. 3(3): p. 155-161.

125. Pillay, A.L. and C.-A. Sargent, Relationship of age and education with anxiety, depression, and hopelessness in a South African community sample. Perceptual and Motor Skills, 1999. 89(3): p. 881-884.

126. Ertan, T., Psikiyatrik Bozukluklarin Epidemiyolojisi. IÜ Cerrahpasa Tip Fakültesi Sürekli Tip Egitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sik Karsilasilan Psikiyatrik Hastaliklar Sempozyum Dizisi, 2008(62): p. 25-30.

127. Kaplan, G.A., et al., Psychosocial predictors of depression prospective evidence from the human population laboratory studies. American journal of Epidemiology, 1987. 125(2): p. 206-220.

128. Çetin, İ., et al., Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon, 1999.

129. Kayahan, B., et al., On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. 4: p. 208-18.

130. Lee, L.-C., C.E. Casanueva, and S.L. Martin, Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services. Journal of Women's Health, 2005. 14(3): p. 225-232.

131. Goodwin, R., F. Jacobi, and A. Bittner, Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (Ed), Çeviri Editörü T Oral, İstanbul. 2007, The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing.

132. ERÖZKAN, A., Lise öğrencilerinin sosyal karşılaştırma ve depresyon Düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI DERGİSİ, 2011. 1(13).

133. Şahin, E., et al., Denizli ili Honaz ilçesinde yaşayan mavi yakalı kadınlar ile ev kadınlarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. 2016.

134. Nalbantoğlu, D., Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve etkileyen faktörler. 2011, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

135. Budakoğlu, İ., et al., yaş üzeri kadınlarda anksiyete gelişimi ve sıklığını etkileyen faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2005. 2: p. 92-97.

136. Ocaktan, M.E., A. Keklik, And M. Çöl, Abidinpaşa Sağlik Grup Başkanliği'na Bağli Sağlik Ocaklarinda Çalişan Sağlik Personelinde Spielberger Durumluk Ve Sürekli Kaygi Düzeyi. 2002.

137. Erblich, J., D.H. Bovbjerg, and H.B. Valdimarsdottir, Psychological distress, health beliefs, and frequency of breast self-examination. Journal of behavioral medicine, 2000. 23(3): p. 277-292.

138. Lerman, C., K. Kash, and M. Stefanek, Younger women at increased risk for breast cancer: perceived risk, psychological well-being, and surveillance behavior. Journal of the National Cancer Institute. Monographs, 1993(16): p. 171-176.

139. Lerman, C., et al., Psychological side effects of breast cancer screening. Health psychology, 1991. 10(4): p. 259.

140. Miller, L.Y. and B.J. Hailey, Cancer anxiety and breast cancer screening in African-American women: a preliminary study. Women's Health Issues, 1994. 4(3): p. 170-174.

141. McCaul, K.D., et al., A descriptive study of breast cancer worry. Journal of behavioral medicine, 1998. 21(6): p. 565-579.

142. BEZİRCİOĞLU, İ., et al., Menopoz Öncesi ve Sonras› Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yetiyitimi. 2004.

143. Landmark, B.T. and A. Wahl, Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. Journal of advanced nursing, 2002. 40(1): p. 112-121.

144. Kilpatrick, M.G., et al. Information needs of husbands of women with breast cancer. in Oncology Nursing Forum. 1998.

145. Ferrell, B.R., et al., Quality of life in breast cancer: Part II: Psychological and spiritual well-being. Cancer Nursing, 1998. 21(1): p. 1-9.

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

147. Turgut, G., B. Yüksel, and E. Polat, Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygıyı (anksiyeteyi) etkileyen faktörler. Meme Sağlığı Dergisi, 2009. 5(2): p. 92-97.

148. Eskelinen, M., et al., Beck Depression Inventory as a Predictor of Long-term Outcome Among Patients Admitted to the Breast Cancer Diagnosis Unit: A 25-year Cohort Study in Finland. Anticancer Research, 2017. 37(2): p. 819-824.

8. EKLER

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

1. Ad - Soyad:

2.Yaş: Boy: Kilo:

3.Medeni Durum : a)Evli b) Bekar c)Eşi vefat etmiş d)Boşanmış

4.Kimlerle yaşamaktasınız ? a)Yalnız b)Sadece eş c)Eş ve çocuklar
d)Anne-baba e) Eş ,çocuklar ve eşimin ailesiyle

5.Eğitim Düzeyi: a) Okur yazar değil c)İlkokul e)Lise
b) Okur yazar d) Ortaokul f) Yüksekokul\üniversite

6.Şu an yaşadığınız yer: a)Köy b)Kasaba-ilçe c)Şehir

7.Doğum sayınız :

8.Çocuklarınızı ne kadar süre emzirdiniz ?

9.Gelir Düzeyi: a) 1500TL altı b)1500 TL ve üzeri

10.Mesleğiniz:

11.Sigara kullanımı: a)Hiç içmedim b) İçiyordum bıraktım c) İçiyorum
İçiyorsanız; Günde kaç adet Kaç yıldır içiyorsunuz?
Paket yıl :

12.Alkol kullanımı : a)Var b)Yok

13.İlk adet yaşınız :

14.Menapoza girdiniz mi? a)Hayır b)Evet (kaç yıl oldu ?.....)

15.Meme kanseri için rutin tarama yaptırıyor musunuz ?
a)Evet b)Hayır

16. Meme kanseri hakkında ilk bilgiyi nereden aldınız ?
a)Bilgi almadım b)Yakın çevre c)Yazılı-görsel medya
d)İnternet e)Sağlık personeli

17.Kendi kendinize meme muayenesi yapmayı biliyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
Cevabınız evet ise nasıl yapıyorsunuz?

18.Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz ?
a)Hayır b) Evet Yılda kaç kere……

19.Ailenizde meme kanseri öyküsü olan var mı?
a)Hayır b) Evet

20.19.soruya cevabınız evet ise yakınlık derecesini belirtiniz :

a)1.Derece (anne,kız,kardeş) b)2. Derece (teyze,hala,anneanne,babaanne)

c)3.Derece (kuzenler)

21. Ailenizde ya da çevrenizde meme kanserinden kaybettiğiniz kişi var mı?

a)Evet b)Hayır

22.Kitleyi nasıl fark ettiniz ?

a)Kendim b)Klinik muayene ile (Doktor muayenesi ile)

23.Kitleyi fark ettikten ne kadar süre sonra meme polikliniğine başvurdunuz ?

a) Hemen b) Bir hafta içinde c) Bir ay içinde

d) 6 ay içinde e) 1 yıl içinde f) Diğer…….

24.Meme kanseri olduğunuzu düşünüyor musunuz ?

a)Evet b)Hayır

25.Meme polikliniğine başvurmakta geç kaldığınızı düşünüyor musunuz ?

a)Hayır b) Evet

26. 24. Soruya cevabınız evet ise sebebi nedir?

a) Kötü bir sonuç çıkmasından korktum. b) Önemsemedim.

c)Muayene sırası alamadım. d)Meme muayenesi olmaya çekindim

27.Memeyle ilgili başka şikâyetiniz var mı?

a)Hayır b) Evet

28.27. soruya cevabınız evet ise ne olduğunu yazınız :

29.Memedeki kitleniz hakkında ne düşünüyorsunuz ?

a)Fikrim yok b)Tedaviyle geçmez

c)Tedaviyle tamamen iyileşir d)Kendiliğinden geçer

EK-2 Beck Depresyon Ölçeği

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

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

1.(0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2.(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3.(0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4.(0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

(3) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

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

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiç karar veremiyorum.

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

(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Bir şeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor.

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

(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

15.(0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

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

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

16.(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

17.(0) İştahım her zamanki gibi

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

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

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

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

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

EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği

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

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

EK-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) :

Çalışmamızın amacı memede kitle nedeniyle polikliniğe başvuran hastalardaki anksiyete ve depresyon varlığını göstermektir. Bu sayede memesinde kitle nedeniyle başvuran hastalarda meydana gelebilecek psikopatolojileri daha erken tespit edip gerekli tedavilerin yapılmasını sağlamayı istiyoruz.

Araştırmamızda gönüllüler iki gruba ayrılacaktır. Birinci grupta memesinde kitle tespit edilen hastalar, ikinci grupta KETEM'e tarama amacıyla gelmiş herhangi bir şikâyeti olmayan hastalar alınacaktır.

Araştırmamızda gönüllülere sosyodemografik verilerini içeren anket, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği doldurtulacaktır.

Araştırmada gönüllüler için herhangi bir klinik yarar veya zarar beklenmemektedir. Gönüllülerin araştırmaya katılımı isteğe bağlı olup, gönüllüler istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişebilirler. Ancak bu bilgilerin kesinlikle gizli tutulur. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisi söz konusu erişime izin vermiş olur.

İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulur. Kamuoyuna açıklanmaz; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalır.

Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü veya yasal temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir.

Gönüllüler araştırma hakkında, kendi hakları hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için Dr. Seher MERCAN ile 0332 221 00 00 nolu telefondan 24 saat bilgi alabilirler.

Bu araştırma yeterli gönüllü sayısına ulaşıldıktan sonra tamamlanacaktır.

Bu araştırmaya yaklaşık 75 tane memede kitle olan 75 tanede herhangi bir şikâyeti olmayıp rutin tarama için KETEM'e başvuran gönüllü alınacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen

hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı	Araştırmacının Adı Soyadı
Tarih	Tarih
İmza	İmza