



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



ERZİNCAN İLİ MERKEZ İLÇESİNDE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 40-69 YAŞ ARASI
KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMALARINA
YÖNELİK TUTUMLARI ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Cihat ÜSTÜN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN-2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ERZİNCAN İLİ MERKEZ İLÇESİNDE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 40-69 YAŞ ARASI
KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMALARINA
YÖNELİK TUTUMLARI ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Cihat ÜSTÜN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN-2023



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : E-26447783-050.06.04-212539
Konu : Dr. Cihat ÜSTÜN Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Kararı(2022-04)

02.11.2022

Sayın; Dr. Cihat ÜSTÜN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığının 27/10/2022 tarih ve 04 sayılı oturumunda alınan 04/10 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.
Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

KARAR:04/10

Dr. Cihat ÜSTÜN" e ait "Erzincan İli Merkez İlçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 40-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler " konulu uzmanlık tezi görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen araştırma görevlisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu uzmanlık tezinin; Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy çokluğuyla karar verilmiştir.

Dr.Öğr.Üyesi Ertuğrul ERHAN
Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC4P95EU4

Belge Takip Adresi : https://ebya.dbyu.edu.tr/en/Visions/Validate_Doc.aspx

Adres:İnterit Mahallesi, Ordu Caddesi, 24050 Merkez/Erzincan
Telefon:(0446) 223 18 99 Faks:(0446) 223 18 99
e-Posta:rektörluk@erzincan.edu.tr Web:https://ebya.edu.tr/tr/
Kep Adresi:erzincan@is02.kep.tr

Bilgi için: Yasemin İÇER
Uzman: Birim Evrak Sorumlusu
Tel No: (446)2261818

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamız sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici olan, akademisyenliği ve çalışkanlığı ile hayata ve mesleğe bakış açımı geliştiren, sonsuz desteğini her zaman yanımda hissettiğim, asistanı olmaktan gurur duyduğum değerli danışman hocam Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı sayın Dr. Öğr. Üyesi Ersan GÜRSOY'a,

Uzmanlık eğitimimin ikinci yarısında üniversitemize başlayan engin bilgi ve tecrübelerini gördükçe keşke en başından beri kendisinden eğitim alma fırsatım olsaydı dediğim değerli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Mercan YAĞIZ KARATAŞ'a,

Rotasyon yaptığım bölümlerde bilgi ve becerilerini benden esirgemeyen tüm hocalarıma,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, aynı ortamı güzellikleri ve sıkıntılarıyla paylaştığımız Bilal KARABAŞ, Halil İbrahim ÖLMEZ ve Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği'nin değerli asistanlarına,

Asistanlığım boyunca rotasyon yaptığım bölümlerde rotasyon süresince bizi misafir edip bilgilerini benimle paylaşan tüm asistan arkadaşlarıma,

Beni yetiştiren, hayatımı şekillendirmeme yardım eden, tüm eğitim hayatım boyunca sevgileri ve fedakârlıkları ile en büyük desteğim olan annem Durdane ÜSTÜN, babam Mustafa ÜSTÜN ve kardeşim Merve ÜSTÜN'e,

Bu süreçte en zora düştüğüm anlarda bile rahat bir nefes almamı sağlayan, desteğiyle güçlendiğim, değerli eşim Tuğba DEMİRBAŞ ÜSTÜN'e hayatta en önemli değerim iyi bir yol arkadaşı seçmek olduğunu bana her zaman hissettirdiği için,

Son olarak da asırlardır yağız yerin üstünde mavi göğün altında Adriyatik'ten Çin Seddi'ne hüküm süren ulu atalarımızın bize emaneti olan, bayrağının gölgesini vatan belleyip burada hür ve özgürce yaşadığımız yüce TÜRK DEVLETİ'NE,

Sonsuz saygı ve şükranlarımı sunarım...

Dr. Cihat ÜSTÜN

Erzincan/2023

İÇİNDEKİLER

ETİK ONAM.....	ii
ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
TÜRKÇE ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. MEME KANSERİ TANIMI	3
2.2. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.3. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ	4
2.3.1. MODİFİYE EDİLEMEYEN RİSK FAKTÖRLERİ	5
2.3.2. MODİFİYE EDİLEBİLEN RİSK FAKTÖRLERİ	8
2.4. MEME KANSERİ RİSK HESAPLAMA MODELLERİ.....	12
2.5. MEME KANSERİ BELİRTİ VE BULGULARI.....	14
2.5.1. Memede Kitle	15
2.5.2. Meme Derisinde Eritem ve Ülserasyon	15
2.5.3. Meme Derisinde Ödem.....	16
2.5.4. Memede veya Meme Başında Retraksiyon.....	16
2.5.5. Meme Başı Akıntısı	16
2.5.6. Meme Ağrısı (Mastalji).....	16
2.5.7. Lenf Nodlarında Büyüme.....	17
2.6. MEME KANSERİNDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ	17
2.6.1. Primordial ve Birincil Korunma	17
2.6.2. İkincil Korunma.....	18
2.6.3. Üçüncül Korunma.....	22
2.6.4. Dördüncül Korunma	22
2.7. MEME KANSERİ TARAMASI.....	22
2.7.1. Dünyada Meme Kanseri Taraması	23
2.7.2. Türkiye’de Meme Kanseri Taraması	25
2.7.3. Aile Hekimliği ve Meme Kanseri Taraması	26

3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Yapısı ve Evreni.....	27
3.2. Örneklem.....	27
3.3. Veri Toplama Araçları.....	27
3.4. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	28
3.5. İstatistiksel Analiz	29
3.6. Etik Kurul.....	29
4.BULGULAR	30
5.TARTIŞMA.....	51
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	66
7.KAYNAKLAR	67
8.EKLER	75



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MEKÖD: Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği

ASSISTS: Assessing Factors Affecting Women's Breast Cancer Prevention Behaviors / Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği

IARC: International Agency for Research on Cancer / Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

GLOBOCAN: Global Cancer Observation Data / Küresel Kanser Gözlem Verisi

SBSİY: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı

KKMM: Kendi Kendi Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

DES: Dietilstilbestrol

KOK: Kombine Oral Kontraseptif

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

BRCAPRO: Meme Kanseri Tarama Programı

LCIS: Lobular Karsinoma İn Situ

ADH: Atipik Duktal Hiperplazi

BCDDP: Breast Cancer Detection Demonstration Project

BI-RADS: Breast Imaging Reporting and Data Systems

KETEM: Kanser Erken Tanı ve Tarama Merkezi

SHM: Sosyal Hizmet Merkezleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

MİN: Minimum

MAX: Maksimum

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians / Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Meme kanserinde birincil korunma	18
Şekil 2. Kendi Kendine Meme Muayenesi	19



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Meme Kanseri Risk Faktörleri	4
Tablo 2. Meme kanserinde kullanılan risk modelleri	13
Tablo 3. BI-RADS Sınıflaması	21
Tablo 4. Meme Kanseri Tarama Kılavuzlarındaki Öneriler	24
Tablo 5. Katılımcıların Yaş, İlk Adet Yaşı, İlk Canlı Doğum Yaşı Değerleri.....	30
Tablo 6. Katılımcıların Medeni Hali ve Eğitim Durumları.....	30
Tablo 7. Katılımcıların Daha Önce Meme Biyopsisi Yaptırma, Birinci Derece Akrabasında ve Arkadaşında Meme Kanseri Bulunma Durumları.....	31
Tablo 8. Katılımcıların KKMM'yi Bilme ve Uygulama Durumları	32
Tablo 9. Katılımcıların Düzenli Olarak KKMM Yapmamasının Sebepleri	32
Tablo 10. Katılımcıların Mamografiyi Bilme ve Uygulama Durumları.....	33
Tablo 11. Katılımcıların Düzenli Olarak Mamografi Çektirmemesinin Sebepleri	34
Tablo 12. Katılımcıların KMM'yi Uygulama Durumları.....	34
Tablo 13. Katılımcıların Düzenli Olarak KMM Olmama Sebepleri	35
Tablo 14. Katılımcıların Meme Kanseriyle İlgili Sahip Olduğu Bilginin Kaynakları	35
Tablo 15. Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası Tutum Sorularına Verdikleri Cevapların Puan Analizi	36
Tablo 16. Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası KKMM Yapmayı Düşünür Müsün Sorusuna Verdikleri Cevapların Puan Analizi	37
Tablo 17. Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası Mamografi Çektirmeyi Düşünür Müsün Sorusuna Verdikleri Cevapların Puan Analizi	37
Tablo 18. Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası KMM Olmayı Düşünür Müsün Sorusuna Verdikleri Cevapların Puan Analizi	38
Tablo 19. Katılımcıların Mamografi Randevusuna Uygunluğunun ve Kabul Etme Durumlarının Analizi	39
Tablo 20. Katılımcıların Gail Risk Skorlamasına Göre Ömür Boyu Meme Kanseri Yakalanma Risklerinin Normal Popülasyona Göre Durumu	39
Tablo 21. MEKÖD (Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği) Ölçeği Anketinin Detaylı Analizi.....	40
Tablo 22. Katılımcıların Toplam Meköd Puanının Meme Biyopsisi Yaptırma, Meme Kanseri Akrabaya Sahip Olma Ve Meme Kanseri Arkadaşa Sahip Olma Durumlarına Göre Değişimi	43

Tablo 23. Katılımcıların Toplam Meköd Puanının KKMM Yapma, Mamografi Çektirme ve KMM Olma Durumlarına Göre Değişimi.....	44
Tablo 24. Katılımcıların Toplam Meköd Puanının Meme Kanseriyle İlgili Sahip Olduğu Bilginin Kaynağına Göre Değişimi	45
Tablo 25. Katılımcıların Tutum Sorularına Verdikleri Cevaplarda ki Değişimin Yaş Medeni Durum Ve Eğitim Durumuyla İlişkisi.....	46
Tablo 26. Katılımcıların Tutum Sorularına Verdikleri İlk Cevapların Katılımcının Meme Kanseri Hakkında Sahip Olduğu Bilginin Kaynağıyla İlişkisi.....	47
Tablo 27. Risk Düzeyi Söylenen Grup İle Bilgilendirme Yapılan Grubun Mamografi Çektirmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması	48
Tablo 28. Katılımcıların Toplam Meköd Puanı İle Mamografi Çektirmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması.....	48
Tablo 29. Katılımcıların Medeni Hali İle Mamografi Çektirmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması	49
Tablo 30. Katılımcıların Eğitim Düzeyi İle Mamografi Çektirmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması	49
Tablo 31. Katılımcıların Yaşı İle Mamografi Çektirmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması	50
Tablo 32. Risk Düzeyi Söylenen Veya Bilgilendirme Yapılan Grupların Tutum Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki Puan Farkının Karşılaştırılması.....	51

TÜRKÇE ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı hedef popülasyondaki kadınların meme kanseri taramalarına yönelik tutumlarını, meme kanseri taramalarını yaptırmama nedenlerini ve taramaları yaptırmalarının önündeki engelleri saptamak ayrıca kadınları meme kanseri taramalarına yönlendirmede bilgilendirme yapmanın mı yoksa kişisel meme kanseri riskini bildiriminin mi daha etkili olduğunu saptamaktır.

Gereç Yöntem: Araştırmamız deneysel tipte bir çalışmadır ve Erzincan ili merkez ilçesinde ikamet edip buradaki bir aile sağlığı merkezine 01.12.2022 ve 01.04.2023 tarihleri arasında başvuran 40-69 yaş arası gönüllü ve meme kanseri öyküsü olmayan 300 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan 22 soruluk bir anket ve MEKÖD (kadının meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirleme) ölçeği yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Ardından hastalar basit randomizasyon ile 2 gruba ayrılmış (tek ve çift) ve bir gruba toplam 212 kelimeden oluşan standart bir metin ile kısa bir bilgilendirme yapılmış diğer gruba ise sadece “modifiye gail risk modeli”nden elde edilen ömür boyu meme kanserine yakalanma riski yüzdesi söylenmiş ve sonrasında kanser taraması isteği açısından gruplar karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $53,49 \pm 8,03$ 'tür. Kadınların düzenli olarak KKMM (Kendi kendine meme muayenesi), KMM (klinik meme muayenesi) ve mamografi taraması yaptırmama nedenlerine bakıldığında en sık neden üç grupta da bilgi eksikliği-önemini bilmeme olmuştur (sırasıyla %54,7, %54,7 ve %89,75). Katılımcıların meme kanseriyle ilgili sahip olduğu bilginin başlıca kaynağı %46 (n=138) ile hekimlerdir.

Katılımcıların MEKÖD puanlarına bakıldığında düzenli meme kanseri tarama yöntemlerinden birini uygulayanlarda, evli olanlarda, meme kanseri olan arkadaşı olanlarda ve bilgi kaynağı ailesi olanlarda MEKÖD puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışma sonunda bilgilendirme yapılan grubun %40,5'i (n=41), risk düzeyi söylenen grubun %55,8'i (n=72) mamografi çekirtmeyi kabul etmiştir (p=0,022). Ayrıca risk söyleme grubunda KKMM, KMM ve mamografi taramalarını yaptırma isteği bilgilendirme grubuna göre anlamlı derecede daha fazla artmıştır (hepsi $p < 0,001$).

Sonuç: Kişisel meme kanserine yakalanma riskini hastaya söyleme yönteminin daha kısa sürede uygulanabilen daha etkin bir yöntem olması açısından bilgilendirme yöntemine göre daha avantajlı olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Meme Neoplazmaları, Meme kanseri, Mamografi, İkincil Koruma, Kanserde Erken Tanı



ABSTRACT

Aim: The aim of our study is to determine the attitudes of women in the target population towards breast cancer screening, the reasons for not having breast cancer screenings and the barriers to screening, and to determine whether informing women or reporting their personal breast cancer risk is more effective in directing women to breast cancer screenings.

Material method: Our research is an experimental type study and was carried out with 300 volunteer women aged between 40-69 years who resided in the central district of Erzincan and applied to a family health center here between 01.12.2022 and 01.04.2023 and had no history of breast cancer. A questionnaire with 22 questions prepared by the researchers by scanning the literature and the ASSISTS (assessing factors affecting women's breast cancer prevention behaviors) scale were applied to the participants by face-to-face interview technique.

Then, the patients were divided into 2 groups (single and double) by simple randomization, and a short briefing was given to one group with a standard text consisting of a total of 212 words, and the other group was told the percentage of lifetime risk of developing breast cancer obtained from the "modified gail risk model" only. Afterwards, the groups were compared in terms of cancer screening request.

Findings: The mean age of the participants was 53.49 ± 8.03 . Considering the reasons why women do not have regular BSE (breast self-examination), CBE (clinical breast examination) and mammography screening, the most common reason was lack of information in all three groups (54.7%, 54.7% and 89%, respectively, 75). Physicians are the main source of information about breast cancer of the participants with 46% (n=138).

When the ASSISTS scores of the participants are examined, ASSISTS scores are significantly higher in those who apply one of the regular breast cancer screening methods, those who are married, those who have friends with breast cancer and those who have a family as a source of information.

At the end of the study, 40.5% (n=41) of the informed group and 55.8% (n=72) of the group whose risk level was told agreed to have mammography ($p=0.022$). In addition, the desire to have BSE, CBE and mammography scans increased significantly more in the risk reporting group than in the information group (all $p<0.001$).

Conclusion: It has been determined that the method of telling the patient the risk of developing personal breast cancer is more advantageous than the information method in terms of being a more effective method that can be applied in a shorter time.

Key words: Breast Neoplasms, Breast Cancer, Mammography, Secondary Prevention, Early Diagnosis of Cancer



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde her sene ortalama 14 milyondan fazla insanı etkileyen, morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olan kanser; yaş, cinsiyet, dil, din, ırk ayrımı gözetmeksizin tüm insanları etkilemektedir. Meme kanseri, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın 2020 verilerine göre son 20 yıldır en sık görülen kanser olan akciğer kanserini geride bırakarak en yaygın görülen kanser türü haline gelmiştir (1).

Küresel Kanser Gözlem Verisi (GLOBOCAN) 2020 verilerine göre Türkiye'de meme kanseri sıklığı her 100 bin kadında 46,6'dır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2016 istatistiklerine göre ise her 100 bin kadında 45,6'dır ve bu insidans oranı ile meme kanseri kadınlarda tanı konan kanserlerde ilk sırada, tüm kanserler içinde ise ikinci sırada yer almaktadır (1, 2).

Meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem şu an için bulunamamıştır. Ancak düzenli yapılan muayene ve taramalar sonucunda meme kanserine erken tanı konulduğu zaman beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir. Bu nedenle meme kanseri tarama programları çok ciddi bir öneme sahiptir. Şimdiye kadar bilim camiasında meme kanseri mortalitesini azalttığı kanıtlanan tek tarama yöntemi ise mamografidir (3).

Türkiye'de meme kanseri görülme insidansı giderek artmasına rağmen, hastaların çoğunda tanı ileri evrede konulmaktadır. Erken evrede tanı konulan hasta sayısını arttırmak için kadınların risklerinin belirlenmesi ve risk gruplarına göre taramaların zamanında başlatılması gerekmektedir (4). Kadınların sahip olduğu risk faktörlerini kullanarak meme kanseri risk skorunu hesaplayan çeşitli modeller ortaya çıkarılmıştır. Bu yöntemlerden en sık kullanılanı multivaryans logistik regresyon analizi olan Gail modelidir. Gail modeli ilk menarş yaşı, biyopsi sayısı, ilk canlı doğum yaşı, meme kanserli birinci derece akraba sayısı ve ırk gibi bireysel özellikleri kullanarak kişinin 5 yıllık ve ömür boyu meme kanserine yakalanma riskini tahmini olarak göstermektedir (5).

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (SBSİY) 2016 verilerine göre Türkiye'de kadınların meme kanseri açısından muayene ve tarama yüzdelerinin istenilen oranda olmadığı saptanmıştır. SBSİY verilerine göre; 20 yaş ve üstündeki kadın bireylerde yalnız %19,7'sinin her ay kararlı bir şekilde Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) uyguladığı, %60,9' nun hiçbir dönemde Klinik Meme Muayenesi (KMM) yaptırmadığı, 40 yaş ve üzerindeki kadınların da %71,1'inin hiçbir dönemde mamografi çekmediği öğrenilmiştir. Tarama

sayılarındaki bu düşüklük sebebiyle meme kanseri kaynaklı ölüm oranları diğer gelişmekte olan ülkelere göre Türkiye'de daha fazladır. Bu yüzden Türkiye de meme kanserine bağlı mortaliteyi azaltmak için daha çok girişim yapmak şarttır (6).

Meme kanseri koruyucu hekimliğin taramalar sayesinde yüksek düzeyde etkinlik gösterdiği en önemli hastalıklardan biridir. Aile hekimlerinin kendine ait düzenli olarak takip ettiği bir nüfusunun olması, ayrıca takip ettiği nüfusa ailesi ve çevresi ile bütüncül olarak yaklaşabilmesinin, kanser taramaları konusunda aile hekimini eşsiz bir konuma getirdiği Türkiye Kanser Kontrol Planı 2016'da belirtilmektedir (2). Bundan dolayı kanserle mücadele stratejisinin en önemli parçasını oluşturan tarama programlarında aile hekimliği sistemi çok büyük önem arz etmektedir (2).

Aile hekimliği, meme kanseri tarama programının topluma yayılmasında çok önemli bir yere sahip olduğu için biz de çalışmamızı aile sağlığı merkezlerine gelen hastalar üzerinde gerçekleştirdik. Çalışmamızın amacı hedef popülasyondaki kadınların meme kanseri taramalarına yönelik tutumlarını, meme kanseri taramalarını yaptırmama nedenlerini ve taramaları yaptırmalarının önündeki engelleri saptamaktır.

Ayrıca çalışmamızda meme kanseri tarama programlarına katılımın arttırılması açısından literatürde incelediğimiz kadarıyla daha önce birbirlerine üstünlüğü hiç karşılaştırılmamış olan iki müdahale ele alınmıştır. Bunun için birinci gruptaki kadınlara meme kanseri ile ilgili bilgilendirme yapılması, ikinci gruptaki kadınlara ise gail risk skorumla sistemi ile hesaplanmış olan kişisel meme kanserine yakalanma riskinin söylenmesi sonucu verilen cevaplara bakarak; kadınların meme kanseri taramasına katılımının arttırılması açısından hangi müdahalenin daha etkili olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. MEME KANSERİ TANIMI

Meme göğüste pektoral fasyanın üstünde bulunan, bağ dokularından, yağdan ve süt üretiminden sorumlu olan bezlerden oluşan bir organdır. Meme dokusu, dallı tubuloalveolar yapılardan meydana gelmektedir. Yetişkin bir kadında meme dokusu, deri ve derinin altındaki “lob” olarak adlandırılan 15-20 grup geniş sekretuar bezlerin birleşmesiyle oluşmaktadır (7).

Bu bezler yoğun yağ dokusu içerisinde yer almaktadır ve birbirinden dens bağ dokusudan oluşan ayrıca dermisten derin fasiyaya kadar uzanan “Cooper ligamanları” ile loblara ayrılmaktadır (7). Her lob içindeki süt üretiminden sorumlu lobüller ayrı ayrı kendisine ait sütün taşınımından sorumlu olan laktifer duktusa dökülmekte ve bu intralobuler duktuslar da bir araya gelerek meme başı orifisine açılan tek bir laktifer duktusta birleşmektedir. Meme dokusu aynı zamanda zengin bir lenfatik sisteme, iyi bir kanlanmaya ve yoğun bir sinir ağına sahiptir (7).

Meme kanseri, meme dokusunda yer alan hücrelerin kontrolsüz bir şekilde aşırı çoğalmasıyla meydana gelen bir hastalıktır. Meme kanseri çeşitleri çoğalan hücrenin embriyolojik kökenine göre farklı tiplere ayrılmaktadır (8). En sık görülen tip invaziv duktal karsinom olup ardından bunu görülme sıklığı olarak invaziv lobüler karsinom takip etmektedir. Çok daha az sıklıkla da olsa medullar, tubuler, müsinöz ve inflamatuvar meme kanseri de klinik pratikte karşımıza çıkmaktadır (8).

2.2. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Meme kanseri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan toplumlarda ve tüm dünyada son 20 yıldır akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türü olarak saptanmaktaydı. Ancak Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) en son yayınladığı veri olan IARC 2020 istatistiklerine göre meme kanseri 2020 yılında yeni tanı alan tüm kanser vakalarının %11,7’sini oluşturarak akciğer kanserini de geçip tüm dünyada en yaygın görülen kanser türü olmuştur (9, 10).

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda görülen kanserlerin %24,5 ini oluşturmaktadır. Ayrıca kadınlarda kansere bağlı ölümlerin %15,5 inin sebebi de meme kanseridir. Bu oranlara göre meme kanseri kadınlarda hem en sık görülen hem de en sık ölüme sebebiyet veren kanser olarak saptanmıştır (1). 2020 IARC verilerine göre Türkiye’de yeni tanı almış 233.824 kanser hastasının 24.175’i meme kanseridir. Yine aynı verilere göre Türkiye’de 2020 yılında

7161 kişi meme kanserine bağlı olarak hayatını kaybetmiş olup, meme kanseri ölüme en sık neden olan kanserler arasında 4. sırada yer almaktadır (1).

Gelişmiş ölkelerde gelişmekte olan ölkelere göre meme kanseri insidansı daha yüksek saptanmaktayken, meme kanseri mortalitesi ise tam tersine gelişmekte olan ölkelerde daha yüksek saptanmaktadır. Gelişmiş ölkelerde tarama programları sayesinde hastaların daha erken evrede tanı alabilmesi ve yeni geliştirilen daha etkili tedavi kombinasyonları sonucunda mortalitede azalma sağlanmıştır (1).

Türkiye'nin batılı yaşam tarzını benimseyen batı bölgelerinde; ilk canlı doğumun 30 yaşından sonra olması, daha az emzirme, erken menarş, geç menopoz gibi sebeplere bağlı olarak meme kanseri insidansı doğu bölgelerine oranla yaklaşık iki kat fazladır. Türkiye'nin doğu bölgelerinde ise; erken tanı ve etkili tedaviye ulaşıma engel olan sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi ve sağlık altyapısındaki yetersizliklerden ötürü mortalite batı bölgelerine göre daha yüksek görölmektedir (11).

2.3. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Meme kanseri risk faktörleri sayıca fazla olması sebebiyle kısaca modifiye edilemeyen ve modifiye edilebilen risk faktörleri olarak iki ana başlıkta ele alınmaktadır (12).

Tablo 1. Meme Kanseri Risk Faktörleri (13)

Modifiye Edilemeyen Faktörler	Modifiye Edilebilen Faktörler
Cinsiyet	İlaç kullanımı
Yaş	Sigara ve alkol kullanımı
Ailesel meme kanseri öyküsü	Fiziksel aktivite
Genetik faktörler	Emzirme
Etnik yapı ve ırk	Ekzojen Hormon Tedavileri (HRT gibi)
Reprodüktif öykü	Obezite
Meme dokusu yoğunluğu	Vitamin Eksikliği
Kişisel meme kanseri öyküsü	Yapay ışık maruziyeti
Benign meme hastalıkları	İşlenmiş gıda tüketimi
Radyasyon maruziyeti	Kimyasallara maruziyet

2.3.1. MODİFİYE EDİLEMEYEN RİSK FAKTÖRLERİ

Cinsiyet

Kadın cinsiyete sahip olmak meme kanseri için en büyük risk faktörüdür ve kadınlarda meme kanseri gelişme riski erkeklere oranla 100 kat daha fazladır. Bunun sebebinin kadınlarda erkeklere göre hormonal uyarılmanın daha fazla meydana gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Erkek cinsiyette östrojen seviyeleri oldukça düşük düzeylerde olmasına karşın kadın cinsiyette meme hücreleri yüksek miktarda hormonlara uzun süreler maruz kalmaktadır. Vücutta bulunan östrojen ve androjen düzeyleri meme kanseri gelişme riski ile pozitif korelasyon göstermektedir (14).

Daha az görülmesine rağmen erkeklerde meme kanseri mortalitesi kadınlara kıyasla daha yüksektir ve son yıllarda erkek cinsiyette meme kanseri sıklığında artış saptanmaktadır. Bu artışın altında yatan neden kesin olarak tespit edilemese de ortalama insan ömründeki artış ve gittikçe yaygınlaşan obezitenin en önemli nedenler olduğu dile getirilmektedir (15).

Yaş

Kadın cinsiyet kadar yaşın artması da meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Meme kanseri insidansı yaşla birlikte artış göstermektedir ancak artış hızı menopozdan sonra yavaşlamaktadır. Tüm meme kanseri vakalarının yaklaşık olarak %80'i 50 yaş üzeri kadınlarda görülmektedir. 10 yıllık süreçte invaziv meme kanseri gelişme riski, 40 yaşında %1,5'in altındayken, 50 yaşında yaklaşık olarak %3'e çıkar ve 70 yaşına gelindiğinde ise %4'ün üzerine çıkar; genel olarak bakıldığında ise kümülatif yaşam boyu risk yaklaşık olarak %13.2'dir (16).

Ailesel Meme Kanseri Öyküsü

Ailede meme kanseri öyküsünün varlığı, ilerleyen dönemde kişide meme kanserinin ortaya çıkması açısından güçlü bir risk faktörüdür. Birinci derece akrabasında meme kanseri görülen kadınların meme kanseri olma olasılığı, aile öyküsü olmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında iki kattan daha fazladır. Meme kanseri olan kişi ile aradaki akrabalık yakınlığı azaldıkça meme kanserine yakalanma riski de azalmaktadır (17).

Genetik Faktörler

Meme kanserine sebep olan genetik faktörler arasında en sık görülenler BRCA1 (kromozom 17) ve BRCA2 (kromozom 13) genlerindeki kalıtsal mutasyonlardır (18). Bu mutasyonlar kadın meme kanseri vakalarının %5-10'ununda, erkek meme kanseri vakalarının %5-20'sinde vardır. 80 yaşına gelene kadar meme kanserine yakalanma riski %10 olan genel popülasyondaki kadınlarla kıyaslandığında, BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu olan kadınların meme kanserine yakalanma risklerinin %70'e kadar çıkabileceği tahmin edilmektedir (18).

Meme ve over kanseri gelişimine yatkınlık oluşturan BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonlarının kişide bulunması meme kanseri oluşmasına neden olan en önemli risk faktörlerinden biridir. Meme kanseriyle ilişkili genetik mutasyonların yaklaşık olarak yarısını BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları oluşturmaktadır (19). Bu mutasyonların varlığı, yüksek ihtimalle meme ve over kanseri gelişebileceğini işaret eder. 80 yaşına gelmiş ve BRCA1 mutasyonuna sahip bir kadının meme kanseri olma riski yaklaşık %70-80, over kanseri olma riski ise yaklaşık %30-40 kadardır (19).

Meme kanserine neden olan etkinliği bildirilmiş diğer genler ise TP53, CDH1, PTEN ve STK11'dir (20). Meme kanseri ile ilişkili genetik faktörlerin saptanması için bilim camiasında devam etmekte olan birçok çalışma olup, bu konudaki bilgi düzeyi her geçen gün daha da artmaktadır (20).

Etnik Yapı ve Irk

Etnik köken ve sosyodemografik yapı, bir kadının kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi veya tarama mamografisi önerilerini yerine getirmesini etkiler. Ayrıca memesinde bir kitle fark ettiğinde de kadının uygun bakım arama durumunu ve bu bakıma ulaşmasını belirleyen en önemli faktörlerdendir (21).

Meme kanseri dünya genelinde beyaz ırkta siyah ırka kıyasla daha fazla görülür. Ancak siyah ırktaki kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı daha düşük olsa da, bu etnik grupta meme kanserinden ölüm oranı beyaz ırktaki kadınlara göre önemli ölçüde daha yüksektir. Bunun sebebinin beyaz ırktaki kadınların kanser taramalarına gösterdikleri daha yüksek ilgi ve etkili tedavi yöntemlerine ulaşmada ki kolaylık olabileceği ifade edilmektedir (22).

Reprodüktif Öykü

Östrojen hormonuna maruz kalma süresindeki artışın meme kanseri açısından yüksek risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle erken yaşta ilk adet görülmesi ve geç menopoza girmek meme kanserine yakalanma riskini artırır. Ayrıca, erken menarşın geç menopoza kıyasla meme kanseri riskini daha fazla artırdığı düşünülmektedir (14).

Menarşın bir yaş daha erken olmasının meme kanseri riski üzerindeki etkisinin, menopozun bir yaş daha geç olmasına göre daha fazla olması, kadınların doğurganlık çağında ki toplam sürenin risk artışı üzerindeki tek etken olmayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca erken menarşın; meme kanserinde tümörün evresi, lenf nodu tutulumu ve prognoz ile yakından ilişkili olduğu da bildirilmektedir (23).

Nullipar kadınlar, doğum yapmış kadınlara göre meme kanseri açısından daha yüksek riske sahiptir. Doğum yapmış kadınların doğumu takiben ilk birkaç yıl içerisinde meme kanserine yakalanma riski nullipar kadınlara kıyasla daha yüksek olsa da, doğumdan on yıl sonra parite daha etkin bir koruma sağlamaktadır (24).

Multiparitenin meme kanserine karşı daha fazla koruma sağlayıp sağlamadığı tartışmalıdır, çünkü multiparitenin etkilerini erken dönemde ilk tam dönem gebelikten ayırmak zordur; ancak, yapılan çalışmalar genellikle artan gebelik sayısı ile birlikte riskin azaldığını öne sürmektedir. Ayrıca ilk gebeliğin erken yaşta gelişmesi geç yaşta görülen ilk gebeliklere göre meme kanserine karşı daha fazla koruma sağlamaktadır. İstemli veya spontan düşük sayısı ile meme kanseri gelişme riski arasında bir ilişki saptanamamıştır (25, 26).

Meme Dokusu Yoğunluğu

Meme dokusunun yoğunluğu, memede bulunan fibroglandüler ve bağ dokunun yağ dokusuna oranı olarak düşünülebilir. Mamografik olarak yoğun meme dokusu bulunan kadınların, yoğun meme dokusu olmayan yaşlılarına veya daha az yoğun olan yaşlılarına kıyasla meme kanserine yakalanma riski daha yüksektir. Bunun sebebi meme kanserinin genellikle glandüler parankim dokusundan gelişmesidir (27).

Ayrıca yoğun meme dokusu altında oluşan meme kanserini gizleyebilir ve mamografide küçük meme kanseri alanlarının tespit edilmesini engelleyerek erken tanıyı zorlaştırabilir (28).

Kişisel Meme Kanseri Öyküsü

Daha önceden in situ veya invaziv meme kanseri öyküsünün olması sağlam olan karşı memede kanser gelişme riskini yükseltmektedir. Ayrıca bu risk menopoz öncesi dönemde menopoz sonrası döneme göre daha fazladır (29).

Benign Meme Hastalıkları

Benign meme lezyonları histolojik olarak 3 ana gruba ayrılır bunlar: nonproliferatif, atipik hücre içermeyen proliferatif ve atipik hücre içeren proliferatif meme hastalıklarıdır. Non-proliferatif meme lezyonlarında meme kanseri riskinde genellikle artış olmamaktadır. Atipi içermeyen proliferatif meme lezyonlarında meme kanseri gelişime riskinde 1,5-2 kat artış olurken, atipi içeren proliferatif meme lezyonlarındaysa bu risk 4-6 kat artmaktadır (30).

Radyasyon Maruziyeti

İyonize radyasyona maruz kalmak, oldukça iyi bilinen bir meme kanseri risk faktörüdür. Bu risk genç yaştaki kadınlarda, yüksek radyasyon düzeylerinde ve direkt maruziyette daha fazla ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda meme kanseri gelişme riski açısından 20 yaş ve öncesinde iyonize radyasyona maruz kalmak, 40 yaşından sonra maruz kalmaya göre daha yüksek riske sahiptir (22).

Göğüs bölgesine tedavi amaçlı olarak uygulanan iyonize radyasyonun >20 Gy'dan fazla dozda olmasının yaşam boyu meme kanserine yakalanma riskini arttırdığı kanıtlanmıştır (31).

2.3.2. MODİFİYE EDİLEBİLEN RİSK FAKTÖRLERİ

İlaç Kullanımı

Dietilstilbestrol (DES), 1938'de ilk kez sentezlenen, steroid yapıda olmayan bir östrojendir. 1940-1970 yılları arasında bazı hamile kadınlara düşük riskini azalttığı öngörülerek bu ilaç verilmiştir (32). DES güçlü bir endokrin bozucu olduğu için, DES maruziyeti erişkinlerde obeziteye ve obezite ile ilişkili meme kanseri riskinde artışa sebep olmuştur (32).

DES kullanan kadınlarda meme kanseri riski artmıştır ayrıca DES kullanımı olan annelerin hamileliklerinden doğan kız çocuklarında da 40 yaşından sonraki meme kanseri görülme sıklığının yaklaşık 2 kat arttığı saptanmıştır. DES kullanımında doz arttıkça meme kanseri riskinin de arttığı bulunmuştur (33).

DES, HRT, KOK tedavileri dışında kalan ilaçların kullanımı ile meme kanseri risk artışı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için bir çok çalışma yapılmıştır ancak yapılan tüm bu çalışmaların sonucunda kesin bir ortak veriye ulaşılamamıştır (34).

Sigara Kullanımı

Sigaranın içeriğinde bulunan ve DNA hasarına sebebiyet veren polisiklik aromatik hidrokarbonlar, nitrozaminler, aromatik aminler gibi bileşenler meme dokusuna geçerek, meme kanserine neden olabilir (35). Sigara, özellikle ergenlik döneminde veya menarş öncesi dönemde sigaraya başlayan kadınlarda, orta düzeyde artmış meme kanseri riski ile ilişkili bulunmuştur. Sigarayla ilişkili meme kanseri riski, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda daha fazladır (35).

Alkol Kullanımı

Alkol, östrojen reseptörleri aracılığıyla hücre içi östrojen düzeylerinin artmasına sebep olarak meme kanseri riskini etkileyebilmektedir. Ayrıca aşırı alkol tüketimine bağlı kilo artışının da dolaylı yoldan meme kanseri riskini artırdığına inanılmaktadır (36). Günde 10 gram kadar alkol (1 kadeh şarap) alınması meme kanserine yakalanma riskini %7-10 oranında arttırmaktadır. Tüketilen günlük alkol miktarı arttıkça meme kanserine yakalanma riski de yükselir (36).

Fiziksel Aktivite

Dolaşımdaki yüksek östrojen ve androjen seviyeleri, meme kanseri riskini arttırmaktadır. Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda yapılan çalışmada, sürekli fiziksel aktivitenin bu hormonların serum seviyelerini azaltabildiği gösterilmiştir. Aynı çalışmada Düzenli bir şekilde haftada 7 saat (günde 10.000-15.000 adım) egzersiz yapılmasının meme kanseri riskini %25-30 kadar düşürdüğü saptanmıştır (37).

Emzirme

Paritenin koruyucu etkisinden tam olarak ayrıştırılamasa da emzirme meme kanseri riskini azaltmaktadır. 47 adet epidemiyolojik çalışmanın ele alındığı bir meta-analizde her 1 yıllık emzirme süresi için meme kanseri riskinde %4,3 lük bir düşüş saptanmıştır (38).

Ekzojen Hormon Tedavisi

Menopozda HRT alan kişilerde meme kanseri gelişme riskinin tedavinin süresi ile orantılı olduğu ifade edilmiş ve 5 yıl kullananlar da meme kanseri riskinin %15, 10 yıl kullananlar da ise meme kanserine yakalanma riskinin %34 olması kullanma miktarı arttıkça riskin arttığını ortaya koymuştur (39).

Meme kanseri gelişme riski ve oral kontraseptiflerin kullanımı arasındaki bağlantıyı inceleyen bilimsel yayınların sonuçları çeşitlilik göstermektedir. Bazı yayınlarda OKS'lerin

alımının meme kanseri riskinde artışa sebep olabileceği, bazı yayınlarda ise aralarında bir bağlantı olmadığı görülmüştür. Yayınlardaki bu çeşitliliğin sebebi olarak; oral kontraseptiflerin içindeki hormon oranlarında zamanla meydana gelen değişim öne sürülmektedir (40).

Ancak 2017 yılında 1,8 milyon kadınla gerçekleştirilen prospektif kohort çalışmasında şuan kullanan veya yakın zamanda KOK kullanımı olan kadınların hiç KOK kullanmamış kadınlarla karşılaştırıldığında meme kanserine yakalanma riskleri daha yüksek bulunmuştur. Artan risk 1 yıl boyunca hormonal kontrasepsiyon kullanan her 7690 kadın için yaklaşık 1 ekstra meme kanseri olarak saptanmıştır (41).

Obezite

Perimenopozal ve postmenopozal dönemde yaşanan kilo artışı, kilolu veya obez olmak meme kanseri riskini arttırmaktadır (42).

Obezitenin meme kanseri riskini arttırmasının altında yatan biyolojik mekanizmalardan biri yağlanmanın östrojen metabolizması üzerindeki etkisinden kaynaklanmaktadır. Buna göre, obez olan menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda meme kanseri riskindeki artış genel olarak periferik yağ depolarındaki androjenlerin aromatisasyonu ile vücutta ortaya çıkan aşırı östrojen miktarına bağlanır (43).

Bir diğer bulgu ise subklinik inflamasyon olarak da adlandırılan obezitenin; miktarı artan adipoz dokudan plazmaya salınan interlökin-6, tümör nekrozis faktör-alfa ve C-reaktif protein gibi mediatörler yoluyla meme karsinogenezisinde etkin rol almasıdır (44).

Obezite, üzerinde birçok çalışma yapılan ve iyi bilinen bir mitojen olan yüksek insülin düzeyleriyle de yakından ilişkilidir. Hiperinsülineminin meme kanseri gelişimi açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu ve obeziteyle meme kanseri ilişkisini ortaya koyma açısından önemli olabileceği saptanmıştır (45).

Bu bahsettiğimiz çalışmalara ters olsa da yüksek VKİ' nin meme kanseri riskinde sebep olduğu artışın menstrual duruma bağlı olduğunu söyleyen az miktarda çalışma da mevcuttur. Bu yöndeki bir çalışmada yüksek VKİ' nin menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda meme kanserine karşı koruyucu etkisi olduğu yönünde sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bunun nedeninin ise obeziteye bağlı meydana gelen anovulatuvar menstrüal sikluslar ve düşük östrojen seviyelerine maruz kalınmasının olduğu düşünülmektedir (46).

Ancak 1000 adet epidemiyolojik çalışmanın meta analizi yapılarak, meme kanserine yakalanma riskinin yüksek VKİ ile arttığı gösterilmiştir. VKİ' deki her 5 birimlik artışta meme kanseri gelişmesi açısından rölatif risk 1,1 artış göstermiştir (47).

Vitamin Eksikliği

Vitaminler meme kanseri de dahil olmak üzere neredeyse tüm kanser türlerine karşı koruyucu etki göstermektedir. Meme kanserini önlemede rol alan vitaminler üzerine yapılan araştırmalar popülerliği sebebiyle özellikle D vitamini desteğinin meme kanserine karşı koruyucu etkilerine yoğunlaşmıştır. Yüksek serum 25-hidroksi vitamin D düzeylerinin menopoza öncesi ve sonrası dönemdeki kadınlarda daha düşük meme kanseri insidansı ile ilişkili olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (48).

Yapay Işık Maruziyeti

Gece mesaisi olan nöbetli bir işte çalışmak ve geceleri yapay ışığa normal insanlardan daha fazla maruz kalmak, sirkadiyen ritmin işleyişini olumsuz yönde etkileyerek endokrin sistemde bozukluklara ve melatonin eksikliği sebebiyle epigenetik değişimlere yol açabilmektedir. Bunun sonucu olarak da yapay ışık maruziyetinde meydana gelen artışın meme kanserine yakalanma riskini arttırdığı saptanmıştır (49).

İşlenmiş Gıda Tüketimi

İşlenmiş gıdalar içeriğinde yağ, şeker ve sodyum miktarlarının yüksek olmasından ötürü aşırı kilo artışına sebep olmakta ve dolaylı olarak meme kanseri riskini arttırmaktadır. Sebze, meyve, baklagil ve tam tahıldan zengin beslenme ise meme kanserine yakalanma riskini azaltıcı etki göstermektedir (50).

Kimyasallara Maruziyet

Kimyasallara aşırı veya kronik maruziyetin epigenetik değişiklikler ile prokarsinogenik etki meydana getirerek meme kanserine yakalanma riskini arttırdığı düşünülmektedir. Östrojen benzeri özelliklere sahip kimyasallar bu konuda daha fazla suçlanmaktadır. Suçlanan prokarsinogenetik kimyasallar arasında meme kanseri ile ilgili en çok çalışılanlar diklorodifeniltrikloroetan ve poliklorinated bifenildir (51). Ancak bu tür kimyasalları insanlar üzerinde çalışmak birçok etik sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu yüzden bahse konu olan kimyasalların olası sağlık etkilerini güçlü bir şekilde açığa çıkarmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (51).

2.4. MEME KANSERİ RİSK HESAPLAMA MODELLERİ

Erken tanıyı kolaylaştırmak için geliştirilen ve dünyada ki her kadın için meme kanseri riskini hesaplayabilen modeller; kötü prognostik faktörleri matematiksel işlemlerle standardize ederek yüksek riskli bireyleri tespit etmeyi hedeflemiştir (3).

Risk modellerini kullanmanın yararları:

1. Riski düşürme ya da tamamen yok etme,
2. Erken tanıyı kolaylaştırma,
3. Mortaliteyi düşürme,
4. Kadınlar ve doktorları için doğru bilgi sağlayabilme,
5. Kişisel meme kanseri riskine ulaşabilme,
6. Yüksek riskli bireyleri ileri tanı yöntemlerine yönlendirebilme,
7. Kişisel radyolojik takip kriterlerini belirleyebilme,
8. Riski düşüren ilaçların kullanımına olanak sağlanması,
9. Riski düşüren cerrahilerin planlanması olarak sıralanabilir (3).

Meme kanseri risk değerlendirmesi için birçok risk hesaplama yöntemi geliştirilmiştir ancak bu yöntemlerin hiçbiri riski tam olarak ölçememektedir. Buna rağmen, en yaygın kullanılan ve doğrulanan risk modelleri ise: Gail, Claus, BRCAPRO ve Tyrer-Cuzick olarak sıralanabilir (3).

Tablo 2. Meme kanserinde kullanılan risk modelleri (3)

	Gail	Claus	BRCAPRO	Tyrer-Cuzick
Kişisel Bilgiler				
Yaş	+	+	+	+
BMI	-	-	-	+
Hormonal Faktörler				
İlk adet yaşı	+	-	-	+
İlk canlı doğum yaşı	+	-	-	+
Menopoz yaşı	-	-	-	+
HRT (Hormon Replasman Tedavisi)	-	-	-	+
Kişisel Hikaye				
Meme Biyopsisi	+	-	-	+
ADH (Atipik Duktal Hiperplazi)	+	-	-	+
LCIS (Lobuler Karsinoma İn Situ)	-	-	-	+
Aile Hikayesi				
Etkilenen 1. Derece Akrabalar	+	+	+	+
Etkilenen 2. Derece Akrabalar	-	+	+	+
Bilateral Meme Kanseri	-	-	+	+
Over Kanseri	-	-	+	+
Erkek meme kanseri	-	-	+	+
İrk	+	-	+	+
Askenazi Yahudisi Olma	-	-	+	+

Gail Risk Modeli

Bu modeller arasında en sık tercih edilen Gail modeline, National Cancer İnstitute web sitesinden rahat bir şekilde ulaşılabilmektedir. Gail modeli Amerika'da yapılmış olan “Breast Cancer Detection Demonstration Projesine” (BCDDP) katılan 285.000 beyaz kadından elde edilen verilerle oluşturulmuştur. Yıllık mamografi takibine alınan bu hastaların epidemiyolojik ve risk faktörleri tespit edilip bu bilgiler üzerinden her bir grup için meme kanseri riski hesaplanmıştır (5, 52).

Bu kadar fazla sayıda hastada bireysel ve kombine risk faktörleri incelendikten sonra Gail, yüksek risk popülasyonunu en iyi tanımlayan beş risk faktörü olarak; Kişinin değerlendirme anındaki yaşı, Menarş yaşı, Yapılan meme biyopsi sayısı ve atipik hiperplazi içerip içermediği, İlk canlı doğum yaşı , Anne tarafındaki birinci derece akrabalarında ve kızında meme kanseri öyküsünü belirlemiştir (5, 52).

Gail risk modeline göre kişinin 5 yıl içindeki ve 90 yaşına kadar olan kümülatif meme kanseri olma riski hesaplanmaktadır. Gail modeline göre 5 yıllık meme kanseri riski % 1,67 den büyük olan kadınlar yüksek riskli olarak kabul edilir. Bu kadınlar yakından takip edilerek gerekirse kemoprofilaksi veya mastektomi önerilebilir (5, 52).

Gail risk modeli Kapsayıcı bir model olmakla birlikte 35 yaşın altındaki, geçirilmiş meme kanseri öyküsü olan, lobuler ve duktal karsinoma in situ tanısı olan, BRCA1 veya BRCA2 gibi bilinen yüksek riskli bir gende mutasyonu olan kadınlarda kullanılamaması ve paternal kanser öyküsünün kişinin risk değerlendirilmesinde etkisinin olmaması kısıtlılıklarının başında gelmektedir (3, 5).

2.5. MEME KANSERİ BELİRTİ VE BULGULARI

Memenin boyutu, şekli ve yapısı kişinin yaşı, gebelik, laktasyon, beslenme, menstürasyon durumu, hormonal durum ve genetik gibi birçok etmene bağlı olarak farklılık göstermektedir. Normal bir memede fizik muayene sırasında inspeksiyonda herhangi bir retraksiyon, çökme ve şişkinlik görülmesi beklenmez (53).

Normalde kadınlarda memeler genellikle simetriktir ancak bazen az miktarda da olsa iki meme arasında bir büyüklük farkı olabilir. Memenin tüm kadransları aynı özellikte dokulardan oluşmaz bu yüzden yapısı homojen değildir. Üst dış kadrans memede glandüler dokuların en çok bulunduğu bölümdür ve bu nedenle meme kanseri kaynaklı kitleler en sık üst dış kadranda görülürler (53).

2.5.1. Memede Kitle

Meme kanseri tanısı alan hastaların yaklaşık olarak %70-80'inde karşılaşılan ilk bulgu ağrısız ele gelen kitledir. Meme kanseri kaynaklı kitleler en sık üst dış kadranda görülür (54). Malign özellikteki kitleler genellikle ağrısız, sert yapıda, çevreye dokuya yapışık ve sadece etraf meme dokusuyla birlikte hareket edebilme özelliğine sahip olmasıyla memenin benign kitlelerinden ayrılmaktadır. Malign kitleler sadece etraf meme dokusuyla birlikte hareket edebilme özelliği ile mobil kitleler olan fibroadenomun hareketinden ayırt edilebilir (54).

Memedeki kitleler kistik veya solid yapıda olabilir. Kistler içi sıvı dolu bir kese şeklindedir özellikle menstrüasyon dönemlerinde boyutları artar ve ağrıya sebep olurlar. Solid kitleler ise içi başka bir doku ile dolu olan kitlelerdir. Kist ve solid kitle ayırımında en iyi tanı yöntemi ultrasonografidir (54). Kistler genellikle memenin iyi huylu tümörleridir. Kistlerin boyutları birkaç mm'den ile birkaç cm'ye değişik ölçülerde olabilir. Kistler premenopozal dönemde daha sık karşımıza çıkmaktadır. Solid kitlelerin kanser olma riskleri kistlere göre daha yüksektir (54).

Memesinde ele gelen bir kitle ile başvuran her kadına kapsamlı bir klinik meme muayenesi yapılmalıdır, fakat birçok meme kitlesi ayırt edici fiziksel bulgular göstermeyecektir (55). Bu yüzden palpe edilen bir kitlenin malign veya benign özellikte olduğuna karar vermek için neredeyse tüm vakalarda görüntüleme değerlendirmesi gereklidir. Palpe edilebilen bir kitle için önerilen görüntüleme yöntemleri açısından en başta tanısal mamografi ve meme ultrasonunu gelmektedir. Bu görüntüleme yöntemleri sonucunda şüpheli bir bulgu tespit edildiğinde ise meme biyopsisi yapılır (55).

2.5.2. Meme Derisinde Eritem ve Ülserasyon

Memede eritem meme derisinde kızarıklık oluşmasıdır. Meme kanserinde eritem iki sebepten kaynaklı meydana gelebilir. Bunlarda ilki kanserli kitlenin meme derisine doğru uzanım gösterdikçe venöz değişikliklere sebep olarak deride eritem meydana getirmesidir. Bu nedenle meydana gelen eritem kitlenin hemen üzerinde küçük bir alan ile sınırlıdır. Bu sınırlı alan zaman içinde ilerleyerek deriyi infiltre ettiğinde ilk olarak deride beslenme bozukluğu daha sonra da ülserasyon gelişir (54).

İkinci sebep ise inflamatuvar meme kanseri belirtisi olan eritemdir. Bu tipte yaygın ve geniş alanda bir eritem mevcuttur. Meme derisi gergin ve parlaktır. Bu yüzden meme dokusu içerisinde kitleyi palpe etmek zor olabilmektedir. Bu tip inflamatuvar meme kanserine bağlı eritem inflamasyona çok benzediği için apse ile karışabilmektedir (54).

2.5.3. Meme Derisinde Ödem

Meme derisinde görülen ödem derinin lenfatik drenajının herhangi bir sebeple tıkanması sonucu oluşur. Tümör hücreleri meme derisinin yüzeysel lenf nodlarında tıkanıklık meydana getirerek meme derisinde lenf dolaşımını bozar ve deride belirgin bir ödem oluşur, buna bağlı olarak da deri kalınlaşır ve kıl folikülleri içeriye çekilir. Bu bulguların ileri evresinde portakal kabuğu görüntüsü (peau d'orange) oluşur (54).

2.5.4. Memede veya Meme Başında Retraksiyon

Meme içinde büyüyen özellikle malign kitleler Cooper bağlarını infiltre ederek bağların boyunu kısaltır. Bu kısaltmalar deriyi kitleye doğru çekerek retraksiyona neden olurlar. Areola kompleksi arkasında kitlelerin fibrozisi sonucunda meme başında da retraksiyon görülebilir. Retraksiyon görülmesi kitlenin kanser olma ihtimalini artırır. Retraksiyon kanserin erken evrelerinde hasta kollarını yukarı kaldırdığında veya öne doğru eğildiğinde saptanabilirken, ileri evrelerde otururken veya yatarken de ortaya çıkmaktadır (54).

2.5.5. Meme Başı Akıntısı

Meme kanseri çoğunlukla duktal sistemden kaynaklandığı için, duktal sistemin semptomatik disfonksiyonuna, yani meme başı akıntısına sebep olabilmektedir. Meme başı akıntısı, fizyolojik veya patolojik olabilmektedir. Meme başı akıntısı şikayeti hastaların yaklaşık %90'ında iyi huylu bir sebebe bağlı olmasına rağmen meme başı akıntısı özellikle kitle ile birlikte izleniyorsa meme kanseri olasılığı artmaktadır. Meme başı akıntısı kendiliğinden geliyorsa, tek taraflıysa, koyu kahverengi, siyah veya kan rengiye meme kanseri şüphesini arttırmaktadır (54).

2.5.6. Meme Ağrısı (Mastalji)

Memede ağrı sık görülen bir şikayettir fakat bu ağrı genellikle meme kanseri kaynaklı değil menstrual siklus kaynaklı ağrılardır. Menstrual siklus kaynaklı ağrılar adetten yaklaşık 5-7 gün önce başlar ve adetin sonlanması ile ortadan kalkar (54). Bunun dışında mastit, memede apse ve meme kanserinin ileri evresinde de memede ağrı şikayeti olabilir. Meme kanserinde başlangıçta genellikle ağrı olmaz, ağrı daha çok ileri evrelerde görülür. Meme kanserinde ağrı genellikle tek taraflı, sabit, yoğun ve hasta tarafından 'bıçak saplanır tarzda' diye tariflenen bir ağrıdır (54).

2.5.7. Lenf Nodlarında Büyüme

Memenin lenfatik sistemini aksillar, servikal, infra ve supraklavikuler lenf nodları oluşturmaktadır. Bu lenf nodlarındaki şişlik enfeksiyon nedeniyle olabileceği gibi malign tümör metastazına bağlı da olabilir. Özellikle palpe edilen lenf nodu büyümelerinde lenf nodu; sert, fikse ve ağrısız ise bunun metastaz olma ihtimali daha yüksektir (54). Erken evre meme kanserinde rekürrens ve sağ kalım açısından en önemli prognostik faktör aksillaya metastaz varlığıdır. Aksiller tutulum yaygınsa supraklaviküler lenf nodu tutulumu görülebilir, bu durum meme kanserinin daha geç evre olduğunu ve kötü prognozu işaret eder (54).

2.6. MEME KANSERİNDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ

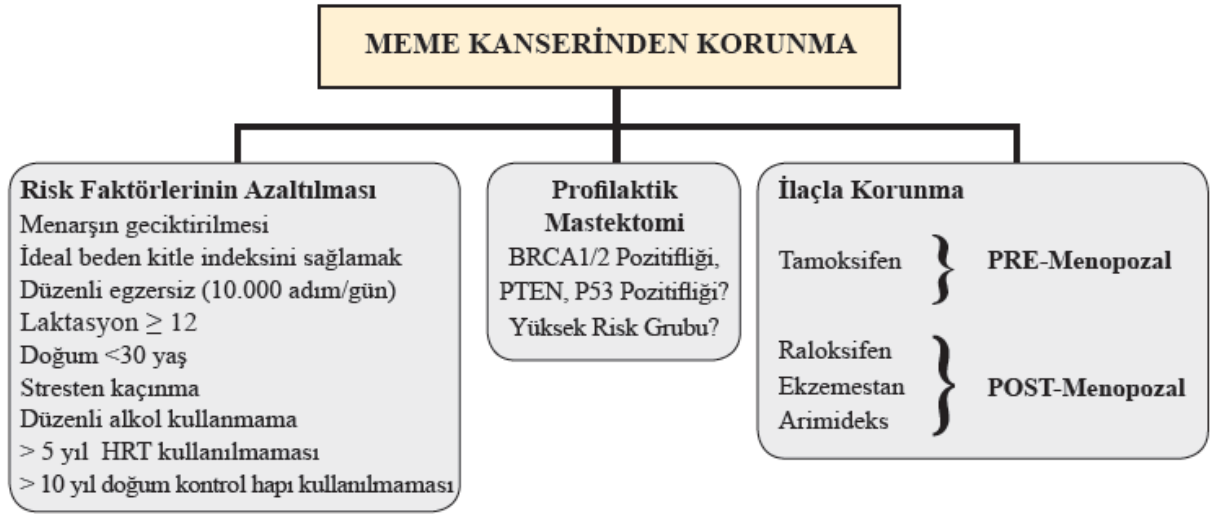
2.6.1. Primordial ve Birincil Korunma

Meme kanserinde primordial koruma, meme kanserinin değiştirilebilir risk faktörleri daha ortaya çıkmadan onların oluşmasını önlemektir. Obezitenin ortaya çıkmadan engellenmesi, çocukların sigara ve alkol kullanmalarını engelleyici okul eğitimleri, hormonlu ve genetiği değiştirilmiş gıdaların üretimini engellemek meme kanserinde primordial korumaya örnektir (56).

Meme kanserinde birincil koruma, meme kanserinin ortaya çıkmasına neden olan mevcut durumda kişide bulunan değiştirilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını ve toplumdaki bağışıklık sistemini daha güçlü hale getirmeyi hedeflemektedir (3).

Meme kanserinde birincil korunma yöntemleri içerisinde; sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, ideal beden kitle indeksi, alkol kullanımını bıraktırma, sigara kullanımını bıraktırma, erken menarşın engellenmesi, 12 aydan fazla emzirme, 30 yaşın altında doğum yapma, stresten kaçınma, iyonize radyasyondan kaçınma, 5 yılın üstünde HRT kullanılmaması, 10 yılın üstünde doğum kontrol hapı kullanılmaması, gerekli durumlarda proflaktik mastektomi ve ilaçla korunma gibi uygulamalar yer almaktadır (3).

Şekil 1. Meme kanserinde primordial ve birincil korunma(3)



2.6.2. İkincil Korunma

İkincil korunma yöntemleri bireylerde biyolojik düzeyde hastalığın oluşmaya başladığı fakat klinik açıdan bulguların ve şikayetlerin ortaya çıkmadığı süreçte, hastalığın erken tanı ve tedavisini içeren koruyucu yöntemleri kapsamaktadır (57). Biyolojik düzeyde hastalığın başladığı bu süreçte henüz hastalık ile ilgili klinik bulgu ve şikayetler oluşmadığı için insanlar kendilerinin sağlıklı olduğunu düşünmektedir. Bu geçiş döneminde, erken tanı için tarama yöntemlerinin kullanılması çok büyük önem teşkil etmektedir (57).

KKMM, KMM ve mamografi gibi tarama yöntemleri meme kanserinde ikincil korunmaya örnek gösterilebilir. Bu yöntemlerden sadece mamografi meme kanserine bağlı ölüm oranlarını azaltırken, diğerleri meme kanserine karşı bilinç düzeyini arttırmaktadır (57).

İkincil korunmada; meme kanserinin tarama yöntemleriyle klinik semptomlar ortaya çıkmadan önce erken dönemde tanısının konup, bireyin erken tedaviyle iyileşme ihtimalini arttırarak morbidite ve mortalite gelişme riskini düşürmek, hastalığın daha da ilerlemesinin önüne geçmek, yaşam süresini ve kalitesini arttırmak hedeflenir (57).

Kendi Kendine Meme Muayenesi

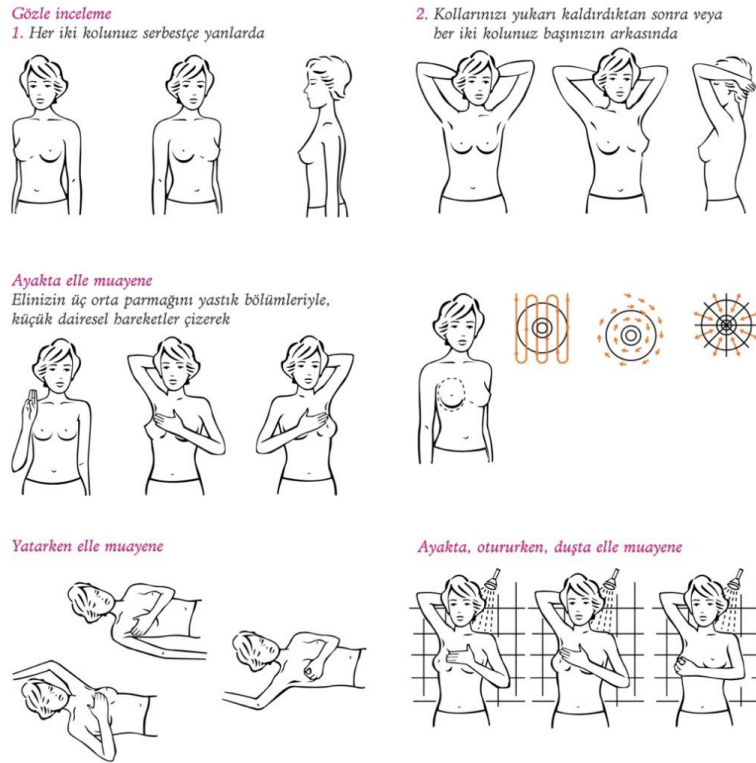
Literatüre bakıldığında genel olarak KKMM'nin meme kanserine bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması üzerine direkt bir etkisi olmadığı ancak meme kanserine karşı farkındalığı ve bilinci arttırdığı, kişinin kendi memesinin görünümünü ve dokusunu tanımasını, memesinde mevcut durumdan farklı bir değişiklik olduğunda bunu hemen fark etmesini ve sağlık kuruluşlarına daha erken başvurmasını sağladığı gözlemlenmiştir (58).

Bazı kılavuzlar KKMM'yi; bireyde sebep olduğu yüksek kaygı düzeyleri, gereksiz biyopsi sayısında artış gibi negatif sonuçları yüzünden bir tarama yöntemi olarak uygun görmese de Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde KKMM; kolay, non-invaziv ve mali yük getirmeyen bir yöntem olması sebebiyle taramadaki önemini devam ettirmektedir (58).

KKMM için en uygun zaman premenopozal kadınlarda meme dokusunda hormonal maruziyetin en az olduğu dönem olan adet 5-9. günlerinde postmenopozal kadınlarda ise her ayın aynı günü yapılmalıdır (3). KKMM de birey ayna karşısına geçip kendi memelerini gözlemlmeli, biçim, şekil, simetri açısından bir farklılık olup olmadığını değerlendirmelidir. Ayna karşısında eller yukarı kaldırılarak ve kalça üzerine konularak meme simetrisi, cilt değişiklikleri ve meme derisindeki çekilmeler varsa bunlar tespit edilmelidir (3).

Son olarak da yatar pozisyonda, muayene yapılacak tarafta el başın altına yerleştirilip, diğer elle (el 2.,3. ve 4. parmakların ön yüzüyle) ise göğüs kafesinin altından klavikula ve koltukaltının ortasından sternuma kadar olan tüm alanları, her iki koltukaltını ve klavikulanın üstünü muayene etmelidir. Muayene meme başının etrafında genişleyen dairesel hareketlerle yapılabileceği gibi yukarıdan aşağıya dikey hareketlerle veya meme saat kadrantları gibi ayrılıp 12 kadranda her bir kadrantı tek tek değerlendirecek şekilde yapılabilir (3).

Şekil 2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (59)



Klinik Meme Muayenesi

KMM, yıllardan beri kullanılan ve meme kanserinde erken tanı için önerilen tarama yöntemlerindendir. Fakat, KMM'nin meme kanserine bağlı mortaliteye etkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır ve bilim camiasında meme kanserinde tarama yöntemi olarak KMM'nin kullanımını konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Ülkemizde uygulanan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre KMM yüksek risk grubunda yer almayan asemptomatik kadınlarda 20 yaşından itibaren yılda bir kez yapılmalıdır (3).

Klinik meme muayenesi, meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile saptanamayan ve periferde yerleşim gösterip mamografi çekim alanı içinde bulunmayan kitlelerin tanısında mamografiye üstündür (60). Sonuç olarak özellikle sağlık kaynakları sınırlı ülkeler için KMM, özel bir cihaza ihtiyaç duyulmaması, non-invaziv olması ve kadınların meme kanseri farkındalığının muayene sırasında artırılması gibi mevcut avantajları sebebiyle meme kanseri taramasında hâlâ önemini koruyan bir tarama yöntemidir (60).

KMM yapılırken dikkat edilecek hususlar kısaca üç paragraf şeklinde özetlenebilir:

İnspeksiyonda memede asimetri, kitle, deride çekinti ve renk değişikliği, meme başı retraksiyonu, meme başı ve areolada egzematöz değişiklikler, meme başı akıntısı varsa bunlar tespit edilmeye çalışılır (3).

Memenin inspeksiyonu bittikten sonra lenfadenopatiji saptamak için aksillar muayeneye geçilmelidir. Eğer lenfadenopati saptanırsa lenfadenopatinin boyutu, karakteri, sayısı ve mobilitesi değerlendirilmelidir. Malign lenf nodunun özellikleri: sert, yüzeyi düzensiz, göğüs duvarına veya çevre dokulara yapışık, konglomere (birbirine yapışık lenf nodları) olmasıdır. Aksillar lenf nodu muayenesinden sonra supra ve infraklavikular lenf nodu muayenesi de kesinlikle yapılmalıdır (3).

Hasta sırt üstü uzanır haldeyken memenin tüm kadransları sistematik bir şekilde muayene edilmelidir. Muayenenin sınırları süperiorda klavikulaya, medialde sternuma, inferiorda göğüs kafesinin altına, lateralde ise orta aksillar çizgiye kadar uzanmalıdır (3). Memede dolgunluk, yoğunluk artışı ve nodülerite olan bölgeler karşı taraf ile karşılaştırılmalı ve önemli olup olmadığına karar verilmelidir. Palpe edilen kitle ve nodüler yapıların areolaya uzaklıkları, saat kaç hizasında oldukları ve büyüklükleri tespit edilmelidir. Kitlelerin kıvamı, sınırları ve mobilitesi kaydedilmelidir. Malign özellikte lezyonlar genelde sert, sınırları düzensiz ve fiksedir (3).

Tarama Mamografisi

Mamografi meme kanseri taramasında altın standart yöntemdir (61). Ayrıca meme kanseri tarama yöntemlerinden, meme kanserine bağlı mortaliteyi azaltan tek yöntemdir (3). Mamografi ile meme kanseri tarama programları oluşturan her ülkenin kendi risk durumu, sosyoekonomik düzeyi, erişilebilirlik gibi faktörleri değerlendirerek kendine uygun programı oluşturması buna göre tarama yaşı, sıklığı, sonlanım zamanını belirlemesi gerekmektedir. Ülkemizde mevcut olan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre tarama mamografisi yüksek risk grubunda olmayan asemptomatik kadınlarda 40-69 yaş aralığında 2 yılda bir yapılmalıdır (3).

Günümüzde kullanılan dijital mamografi yöntemi ile daha düşük radyasyon dozu kullanılarak (0.4mSv) daha net bir görüntü elde edilmekte ve hastalık çok erken evrelerdeyken tanı konulabilmektedir. Çekilirken alınan radyasyon dozu, günde 1 paket sigara içen bir kişiden 40 kat daha düşüktür (3).

Tablo 3. BI-RADS Sınıflaması (13)

BI-RADS SINIFLAMASI	
BI-RADS 0	Ek görüntülemeler gerekmektedir
BI-RADS 1	Negatif
BI-RADS 2	Benign bulgular ile uyumlu
BI-RADS 3	Muhtemel benign bulgular ile uyumlu, malignite riski %2'nin altında
BI-RADS 4	Olası malignite bulguları
4A	%2 ile %10 arasında değişen düşük malignite olasılığı
4B	%10 ile %50 arasında değişen orta düzeyde malignite olasılığı
4C	%50 ile %95 arasında değişen yüksek malignite olasılığı
BI-RADS 5	%95'ten fazla maligniteyi düşündüren bulgular
BI-RADS 6	Patoloji ile malign olduğu kanıtlanmış bulgular

2.6.3. Üçüncül Korunma

Üçüncül korunmada hastalık bulguları ortaya çıktıktan sonraki süreçte hastalığın tedavisinin yanı sıra komplikasyonları engellemek, yaşam sürelerini uzatmak, yaşam kalitesini korumak, psikolojik rehabilitasyon sağlamak ve hastalığın olumsuz sonuçlarından korunmak amaçlanmaktadır. Lenf ödem oluşumunu önlemek için uygun egzersiz ve pozisyon vermek, psikolojik destek vermek ve postoperatif meme rekonstrüksiyonu yaptırmak meme kanserinde üçüncül korunmaya örnek olarak gösterilebilir (62).

2.6.4. Dördüncül Korunma

Dördüncül korunma ilk olarak 1999 yılında Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) Uluslararası Klasifikasyon Komitesi toplantısında tanımlanmış olup hekimliğin vazgeçilmez bir koşulu olan ‘önce zarar verme’ ilkesinden temel alınarak bireylerin gereksiz tıbbi işlemlerden ve tedavilerden korunmasıdır. Dördüncül korunmada endikasyon dışı invaziv işlemler, gereksiz ilaç kullanımları, yanlış rehabilitasyon teknikleri ve klinik kanıt olmadan tarama yapmak gibi gereksiz işlemlerden hastaların korunması amaçlanmıştır (62).

2.7. MEME KANSERİ TARAMASI

Tarama, toplumda yapılan tetkikler ve muayeneler yoluyla hastalıkların asemptomatik olduğu dönemde saptanması için uygulanan ikincil korunma yöntemidir. Tarama yapılacak olan hastalığın, önem teşkil eden bir sağlık sorunu olması, semptom göstermediği evrede iken saptanabilmesi, erken tanının tedaviye imkan sağlaması ve mortaliteyi düşürmesi gerekmektedir. Bununla birlikte tarama yöntemlerinin etkin, doğru, düşük maliyetli, hem uygulayan hem de uygulanan bireyler açısından kabul edilebilir olması gerekir (3).

Meme kanseri, DSÖ’nün kayıtlarına göre 2020 yılında en sık görülen kanser türüdür ve kansere bağlı ölümler arasında beşinci sırada yer almaktadır. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık dörtte birinden sorumlu olması ve kadınlardaki kansere bağlı ölümlerin en sık sebebi olması nedeniyle meme kanseri çok ciddi bir sağlık sorunudur (1).

Tanı anındaki meme kanseri evresi arttıkça 5 yıllık sağ kalımda ciddi bir azalma görülmesi, morbidite ve mortalitenin artması; meme kanserinde erken tanının ve buna bağlı olarak da tarama yöntemlerinin ne kadar değerli olduğunu işaret etmektedir (57).

Günümüzde mortalite üzerine etkisi kanıtlanmış tek meme kanseri tarama yöntemi mamografidir. Mamografinin etkinliğini arttırmak için taramaya gelen her kadına KMM yapılması da önerilmektedir. Bununla birlikte meme kanseri farkındalığı ve bilincinin artırılması amacıyla 20 yaşından sonra her kadına KKMM yapması önerilmektedir. Bu öneriler doğrultusunda tarama programlarını ülkeler kendi popülasyon riskleri, ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda oluşturmaktadır (3).

2.7.1. Dünyada Meme Kanseri Taraması

KKMM ve KMM'nin meme kanserine bağlı mortaliteyi azalttığına dair yeterli kanıt bulunamadığından genellikle klavuzların tarama programlarında yeri yoktur. Ancak bu iki tarama yönteminin aksine mamografi meme kanserinde mortaliteyi azalttığı kanıtlanmış tek tarama yöntemi olarak klavuzların tarama programlarında yerini almıştır (63).

Bilim camiasında yapılan randomize kontrollü çalışmalar mamografinin meme kanserine bağlı mortaliteyi %20 - %40 oranlarında azalttığını göstermektedir. Bu yüzden dünya genelinde mamografi, meme kanseri için temel tarama metodu olarak kullanılmaktadır. Ancak dünyada tarama mamografisine başlama yaşı ve çekim sıklığı ile ilgili halen bir uzlaşma sağlanamamıştır (63).

Çeşitli kılavuzlara göre meme kanserine yakalanma bağlamında ortalama risk grubunda olan kadınlar için tarama önerilerini bir tabloyla özetlersek:

Tablo 4. Meme Kanseri Tarama Kılavuzlarındaki Öneriler (13)

Klavuz	KMM	Mamografi başlangıç ve önerilen bilgilendirme yaşı	Mamografi Tarama Aralığı	Mamografi taramasının sonlandırma yaşı
American Cancer Society (2015)	Önerilmiyor	Bilgilendirme yaşı:40-44y Başlangıç yaşı:45y	45-54y senelik ≥55y iki sene de bir(senelik opsiyonel)	Spesifik öneri yok, kadının sağlık durumu iyi oldukça ve yaşam beklentisi en az 10 yıl olduğu sürece devam edilmeli
American College Of Obstetricians and Gynecologists (2017)	Öneriliyor	Bilgilendirme yaşı:40y Başlangıç yaşı:50y	Senelik ya da iki senede bir	≥75y
American College of Physicians (2019)	Önerilmiyor	Bilgilendirme yaşı:40-49y Başlangıç yaşı:50y	İki senede bir	75y
American College of Radiology (2017)	Önerilmiyor	40y	Senelik	Öneri yok
National Comprehensive Cancer Network (2021)	Öneriliyor	40y	Senelik	Önerilmiyor
U.S. Preventive Services Task Force (2016)	Önerilmiyor	Kişisel tercihe göre: 40-49y Başlangıç yaşı:50y	İki senede bir	75y
World Health Organization (2014)	Sadece kaynakların yetersiz olduğunda önerilir	50y	İki senede bir	75y
European Breast Screening Guideline (2006)	Önerilmiyor	Başlangıç yaşı:45y	İki ya da üç senede bir	75y

2.7.2. Türkiye’de Meme Kanseri Taraması

Meme kanseri dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kadınlarda en sık görülen kanser türü olması ve son yıllarda insidansının giderek artması sebebiyle meme kanseri Türkiye’de ulusal tarama programı olan kanser türlerinden biridir (64).

Yaklaşık otuz yılı geçkin bir süredir Avrupa Birliği ülkelerinde 50 yaş ve üzeri kadınlarda fizik muayene ve mamografik görüntülemeyi içeren meme kanseri tarama programları uygulanmaktadır. Ülkemizde de 2004 yılı içerisinde Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Avrupa ülkelerine benzer biçimde 50-69 yaş arası tüm kadınlara, iki yılda bir düzenli mamografi çektirmesi ve fizik muayene tavsiye edilmiştir (64).

Fakat Türkiye’yi Avrupa ülkelerinden ayıran en önemli özelliği daha genç bir kadın nüfusa sahip olup meme kanserli her iki kadından birinin 50 yaşının altında ve premenopozal olmasıdır. Halbuki Avrupa’nın gelişmiş ülkelerinde premenopozal meme kanserli olguların tüm meme kanseri olgulara oranı %25’i kadardır (65).

Bu farklılıklar sebebiyle ülkemizdeki tarama programını daha etkin bir duruma getirebilmek için 40-49 yaş arası kadın nüfusun da taranmasının çok önemli bir gereklilik olduğu saptanmıştır. Bu koşullar değerlendirilerek 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından toplum tabanlı meme kanseri tarama programı çalışmaları sırasında uyulması gereken standartlar yeniden belirlenmiş ve ‘Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları’ başlığı ile yayınlanmıştır. Buna göre Türkiye’de tarama mamografisinin 40-69 yaş arası tüm kadınlarda, her iki yılda bir yapılması önerilmiştir (2, 64).

Türkiye’de kanser tarama programları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından uygulanmaktadır. KETEM’ler “Erken teşhis hayat kurtarır!” prensibi doğrultusunda çalışarak kanser taramalarını yapmaktadırlar. Toplum tabanlı taramalar KETEM aracılığıyla yürütülürken, fırsatçı taramalar ise herhangi bir şikayete hastanelere başvuran kadın hastalara uygulanmaktadır. Aynı zamanda sağlık kurumlarına ulaşımın zor ve kısıtlı olduğu kırsal bölgelerde, tarama programlarına katılımın az olması sorununun çözümüyle ilgili olarak “Gezici Mamografi Projesi” planlanmıştır. Bu projedeki Mobil KETEM’ler aracılığıyla yapılan meme kanseri taramalarında Aile Hekimliği sistemi kilit rol üstlenmektedir (2, 64).

Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları’na göre, ortalama risk grubundaki 40-69 yaş arası her kadının iki yılda bir mamografi ile taranması önerilmektedir. Ayrıca kişinin 20 yaşından itibaren ayda bir KKMM yapabilmesi için danışmanlık hizmeti verilmesi ve kişiye yılda bir KMM yapılması önerilmektedir (3).

2.7.3. Aile Hekimliği ve Meme Kanseri Taraması

Türkiye'de aile hekimi, aile fertlerinin ikamet adreslerine yakın olup sorumlu olduğu nüfusu her açıdan tanıyan, bununla beraber ailenin fertlerinin tamamının sağlık durumlarını, yaşam şartlarını, bu bilgileri temel alarak koruyucu sağlık hizmetlerini ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl ve ne şekilde uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Aile hekimi sorumlu olduğu nüfustaki kişileri sadece bir hastalık açısından değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir (2).

Aile hekimliği uygulamasının ülkemizdeki temel hedefi kişilerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici şekilde bütüncül ve kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunmaktır. Kişi merkezli olmasına ek olarak süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri sebebiyle aile hekimi, toplumda bireylere en yakın kişi konumunda olduğundan güvene dayalı iletişim kurup; sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle bir bütün olarak değerlendirmelidir (2).

Meme kanseri taramalarının toplumsal tabanlı olabilmesi için en önemli kriter hedef nüfusun %70'ine ulaşılabilmesidir. Bu sebeple aile hekimlerinin meme kanseri tarama programlarına entegrasyonu meme kanseri tarama programlarının başarıya ulaşabilmesi için en temel gerekliliklerdendir (2). Aile hekimleri meme kanseri tarama programında:

- Programın topluma anlatılmasında, iletilmesinde ve tarama sayılarının arttırılmasında
- Programa katılacak olan hedef nüfusun taramalara davet edilmesinde,
- Tarama sonuçlarının hedef nüfusa ulaştırılmasında, çok kritik bir öneme sahiptir.

Bu sebeplerden ötürü aile hekimleri meme kanseri tarama programlarının kesinlikle bir parçası olmalıdır ayrıca sağlık politikalarını yürütenler tarafından bu konuda desteklenmeli ve teşvik edilmelidir (2).

Günümüzde aile sağlığı merkezleri 40-69 yaş grubundaki, nüfuslarına kayıtlı kadınlarımızın zamanı gelince mamografik taramalara katılımlarının sağlanmasında ve takibinde primer sorumluluk almaktadırlar (66).

Ülkemizdeki tarama programlarına katılımı artırmak ve ücretsiz tarama hizmetlerinden daha fazla bireyin yararlanmasını sağlamak için Kanser Randevu Sistemi hayata geçirilmiştir. 03.10.2022 tarihinden itibaren Kanser Randevu Sistemi ile Aile Hekimlerimiz nüfuslarındaki taramaya uygun kişileri arayıp taramaya davet etmekte, taramayı kabul eden kişilere taramanın yapılabileceği merkezler (KETEM, SHM, ASM) hakkında bilgilendirme yapmakta ve randevu vermektedir. Randevu oluşturulduğunda sistem tarafından kişilerin cep telefonuna ilgili taramayı hangi tarihte, nerede yaptıracağı bilgisi gönderilmektedir (66).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapısı ve Evreni

Araştırmamız deneysel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evreni Erzincan ili merkez ilçesinde ikamet edip merkezdeki bir aile sağlığı merkezine 01.12.2022 ve 01.04.2023 tarihleri arasında başvuran 40-69 yaş arası kadın hastalardır.

3.2. Örneklem

Örneklem 40-69 yaş arası, gönüllü, Türkçe bilen kadınlardan seçilmiştir. Bireylere çalışmaya katılmayı reddedebileceği ve ayrıca araştırmaya katıldıktan sonra istediği zaman bu araştırmadan çekilebileceği bilgisi verilmiştir.

Örneklem hesabında tip 1 hata=0,05 ve güç=0,95 olarak alındığında her iki grup arasında %20'lik bir farkın öngörüsüyle duyarlılık=0,05 alınarak güven aralığı metoduna göre çalışmaya alınması gereken kişi sayısı 264 olarak hesaplanmıştır. Yaklaşık %10 luk veri kaybı da göz önünde bulundurularak her grupta 150 kişi olmak üzere toplam 300 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.Veritoplama Araçları

İlk olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan hastaların demografik verileri ile meme kanseri taramaları ile ilgili tutumlarını sorgulayan ve modifiye gail risk skorlamasına ait soruları da içeren 22 soruluk bir anket (EK-1) uygulanmıştır.

22 soruluk anketin 5 sorusu modifiye gail risk modeli sorularıdır. Gail risk modeli, Breast Cancer Detection and Demonstration Project (BCDDP) isimli meme tarama çalışmasının verileri kullanılarak geliştirilmiştir. Bu modelde kadının başvurma yaşı, menarş yaşı, ilk doğum yaptığı yaş, meme biyopsisi ve atipik duktal hiperplazi öyküsü, meme kanseri saptanan 1. derece yakın öyküsü risk faktörleri olarak kullanılmaktadır ve yaşam boyu meme kanseri gelişme riskini yüzde olarak vermektedir.

Ardından Khazae ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilen ve ülkemizde Zeliha TURAN ve arkadaşları tarafından da Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış 33 sorudan oluşan MEKÖD (kadının meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirleme ölçeği) (EK-2) uygulanmıştır. MEKÖD ölçeğinin herhangi bir kesme noktası

bulunmamaktadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça kişinin meme kanserini önleme davranışları konusunda daha biliçli olduğu kabul edilmektedir (67, 68)

Sonrasında hastalar basit randomizasyon ile 2 gruba ayrılmış ve bir gruba Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı' nın “Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi” ‘nden faydalanılarak hazırlanmış olan meme kanseri ile ilgili 212 kelimeden oluşan standart bir metin (EK-3) ile kısa bir bilgilendirme yapılmış diğer gruba ise sadece “modifiye gail risk modeli” nden elde edilen ömür boyu meme kanserine yakalanma riski yüzdesi söylenmiştir (3).

Katılımcılara bu iki müdahaleyi yapmadan önce ve yaptıktan sonra puan olarak “1” “en az düşünürüm” ve “10” “kesinlikle düşünürüm” olmak üzere likert tipte 3 soru sorulacaktır.

1. Mamografi çektirmeyi düşünür müsün?
2. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün?
3. Klinisyene meme muayenesi olmayı düşünür müsün?

İki ayrı gruba da bilgilendirme veya kanser riski yüzdesinin söylenmesinden sonra bu soruya verilen cevapların değişip değişmediği değerlendirilmiştir.

Çalışma bitiminde etik olması açısından tüm katılımcılara hem standart bilgilendirme metni okunmuş hem de gail risk skoru ile yaşam boyu meme kanserine yakalanma yüzdesi söylenmiştir.

Randomizasyonda katılımcıların başvuru sırasına göre tek sayı olanlar bilgilendirme yapılan olan gruba, çift sayı olanlar ise gail hesaplaması sonucu risk söylenen gruba dahil edilmiştir.

3.4. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya alınma kriterleri:

- Erzincan merkez ilçesinde yer alan aile sağlığı merkezlerinden birine başvurmak
- Kadın olmak
- 40-69 yaş arası olmak

Çalışmaya alınmama kriterleri:

- Çalışmaya kendi rızasıyla katılmayı kabul etmemek
- Soruları anlayacak ve cevaplayacak bilinç düzeyinde olmamak
- Aktif veya geçirilmiş meme kanseri öyküsü olması

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayarda IBM SPSS Statistics 23 (SPSS, Chicago, IL) paket programına girilerek analiz edilmiştir. Çalışmadaki tanımlayıcı analizler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maximum verileriyle verilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İki grup karşılaştırılmasında bağımlı örneklerde t testi, student t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis testleri, ikiden fazla bağımsız değişkenlerde tek yönlü ANOVA testi, kategorik verileri değerlendirmede ise Ki-kare testleri kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.6. Etik Kurul

Araştırmaya katılacak gönüllü bireylere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Bireylerden sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır (EK-4).

Çalışmamız için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27 Ekim 2022 tarih ve 212539 sayıyla etik kurulu onayı alınmıştır (EK-5).

Ayrıca çalışmanın yürütüleceği yer olan aile sağlığı merkezlerinde anket yapmak için Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü'nden 02 Kasım 2022 tarih ve 6290 sayıyla çalışma izni alınmıştır (EK-6).

4.BULGULAR

Çalışmamız 40-69 yaş arası toplam 300 kadın ile yapılmıştır. Yaş ortalaması $53,49 \pm 8,03$ olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınlarda ilk adet yaşı en düşük 9 en yüksek 20 olarak bulunmuştur, ortalaması ise $13,25 \pm 1,60$ olarak hesaplanmıştır. Doğum yapmış kadınlarda İlk canlı doğum yaşı en düşük 15 en yüksek 44 olarak bulunmuştur, ortalaması ise $21,27 \pm 4,68$ olarak hesaplanmıştır. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Yaş, İlk Adet Yaşı, İlk Canlı Doğum Yaşı Değerleri

	Min	Max	Ortalama	Ss
Yaş	40	69	53,49	8,03
İlk Adet Yaşı	9	20	13,25	1,60
İlk Canlı Doğum Yaptığınız Yaş	15	44	21,27	4,68

*min: minimum

*max: maksimum

*Ss: Standart Sapma

Katılımcıların medeni hali ve eğitim durumlarının detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Medeni Hali ve Eğitim Durumları

		n	%
Medeni Hali	Bekar	8	2,7
	Evli	260	86,7
	Dul	32	10,7
Eğitim Durumu	Hiçbiri	43	14,3
	İlköğretim	225	75
	Lise	24	8
	Üniversite	8	2,7

Katılımcıların daha önce meme biyopsisi yaptıрма, birinci derece akrabasında veya arkadaşında meme kanseri bulunma durumlarının detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Daha Önce Meme Biyopsisi Yaptırma, Birinci Derece Akrabasında ve Arkadaşında Meme Kanseri Bulunma Durumları

		n	%
Birinci Derece Akrabalarınızdan Meme Kanseri Olan Var Mı	Hayır	288	96
	Evet	12	4
Meme Kanseri Olan Arkadaşınız Var Mı	Hayır	109	36,3
	Evet	191	63,7
Daha Önce Meme Biyopsisi Yaptırdınız Mı	Hayır	293	97,7
	Evet	7	2,3

"Kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyor musun?" sorusuna evet cevabını veren katılımcı sayısı 160 (%53,3), kısmen cevabını veren katılımcı sayısı 56 (%18,7), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 84 (%28) olarak bulunmuştur.

"Ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?" sorusuna evet cevabını veren katılımcı sayısı 95 (%31,7), kısmen cevabını veren katılımcı sayısı 89 (%21,7), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 116 (%38,7) olarak bulunmuştur. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların KKMM'yi Bilme ve Uygulama Durumları

		n	%
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmayı Biliyor Musunuz	Hayır	84	28
	Evet	160	53,3
	Kısmen	56	18,7
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapıyor Musunuz	Hayır	116	38,7
	Evet	95	31,7
	Kısmen	89	29,7

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

"Ayda bir kendi kez kendi kendine meme muayenesi yapmıyorsanız en önemli sebebi aşağıdakilerden hangisidir?" sorusunda her katılımcının bir seçenek seçme şansı vardı. Bu soruya en fazla verilen cevap 115 (%54,7) kişiyle bilmiyor olmak olarak bulunmuştur. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Düzenli Olarak KKMM Yapmamasının Sebepleri

		n	%
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmıyorsanız Sebebi Nedir	Bilmiyor Olmanız	115	54,7
	Daha Önemli Sorunlarınızın Olması	1	0,4
	Uğraşmak İstememeniz	2	0,8
	Bir Şey Bulmaktan Korkmanız	7	2,8
	İhtiyaç Duymamanız	16	6,4
	Zamanınızın Olmaması	6	2,4
	Sağlığınıza Yeterli Özeni Göstermemeniz	63	32,5

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

"Mamografinin ne olduğunu biliyor musun?" sorusuna evet cevabını veren katılımcı sayısı 248 (%82,7), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 52 (%17,3) olarak bulunmuştur.

"Daha önce mamografi yaptırdınız mı?" sorusuna evet düzenli olarak 2 yılda bir yaptırıyorum cevabını veren katılımcı sayısı 37 (%12,3), evet daha önce yaptırmıştım ama 2 yılda bir düzenli olarak yapmıyorum cevabını veren katılımcı sayısı 161 (%53,7), hayır yaptırmadım cevabını veren katılımcı sayısı 102 (%34) olarak bulunmuştur. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Mamografiyi Bilme ve Uygulama Durumları

		n	%
Mamografinin Ne Olduğunu Biliyor Musunuz	Hayır	52	17,3
	Evet	248	82,7
Daha Önce Mamografi Yaptırdınız Mi	Hayır	102	34
	Evet düzenli olarak 2 yılda bir	37	12,3
	Evet daha önce yaptırmıştım	161	53,7

"Daha önce düzenli olarak 2 yılda bir mamografi yaptırmadıyseniz en önemli sebebi aşağıdakilerden hangisidir?" sorusunda her katılımcının cevap olarak bir seçenek seçme şansı vardı. Bu soruya en fazla verilen cevap 254 (%89,75) kişiyle bilgi eksikliği olarak bulunmuştur. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Düzenli Olarak Mamografi Çektirmemesinin Sebepleri

		n	%
Daha Önce Düzenli Mamografi Çektirmediyseniz Sebebi Nedir	Bilgi Eksikliği	254	89,75
	Utanma	4	1,41
	Zamanı Olmama	6	2,12
	Kötü Bir Sonuç Alma Endişesi	1	0,35
	İhtiyaç Duymamanız	5	1,75
	Sağlığınıza Yeterli Özeni Göstermemeniz	13	4,55

"Daha önce klinik meme muayenesi oldunuz mu?" sorusuna evet yılda bir klinik meme muayenesi oluyorum cevabını veren katılımcı sayısı 19 (%6,3), evet daha önce olmuştum ama yılda bir düzenli olarak olmuyorum cevabını veren katılımcı sayısı 123 (%40,7), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 158 (%52,7) olarak bulunmuştur. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların KMM'yi Uygulama Durumları

		n	%
Daha Önce Klinik Meme Muayenesi Oldunuz Mu	Hayır	158	52,7
	Evet düzenli olarak yılda bir kez	19	6,3
	Evet daha önce olmuştum	123	40,7

* KMM: Klinik Meme Muayenesi

"Daha önce düzenli olarak yılda bir klinik meme muayenesi olmadıysanız en önemli sebebi aşağıdakilerden hangisidir?" sorusunda her katılımcının cevap olarak bir seçenek seçme şansı vardı. Bu soruya en fazla verilen cevap 115 (%54,7) kişiyle bilmiyor olmanız olarak bulunmuştur. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Düzenli Olarak KMM Olmama Sebepleri

		n	%
Daha Önce Düzenli Klinik Meme Muayenesi Olmadıysanız Sebebi Nedir	Bilmiyor Olmanız	115	54,7
	Daha Önemli Sorunlarınızın Olması	1	0,4
	Uğraşmak İstememeniz	2	0,8
	Bir Şey Bulmaktan Korkmanız	7	2,8
	İhtiyaç Duymamanız	16	6,4
	Zamanınızın Olmaması	6	2,4
	Sağlığınıza Yeterli Özeni Göstermemeniz	63	32,5

* KMM: Klinik Meme Muayenesi

Katılımcıların "Meme kanseriyle ilgili sahip olduğunuz bilginin kaynağı nedir? (en önemlisini işaretleyin)" sorusuna en fazla verilen cevap 138 (%46) kişiyle doktor olmuştur. Verilen cevapların detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların Meme Kanseriyle İlgili Sahip Olduğu Bilginin Kaynakları

		n	%
Meme Kanseriyle İlgili Sahip Olduğunuz Bilginin Kaynağı Nedir	Doktor	138	46
	Medya	106	35,3
	Aile	11	3,7
	Arkadaşlar	27	9
	İnternet	18	6

"KETEM'i duyduğunuz mu ne olduğunu biliyor musunuz?" sorusuna evet cevabını veren katılımcı sayısı 196 (%65,3), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 104 (%34,7) olarak bulunmuştur.

Genel olarak 300 katılımcının tamamına bakıldığında; "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün?", "Mamografi çekirtmeyi düşünür müsün?", "Klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorularında (1:en az düşünürüm 10: kesinlikle düşünürüm) bilgilendirme veya risk skorunun söylenmesi müdahalelerinin yapılması sonrasında tüm katılımcıların puan ortalamasına bakıldığında verilen ilk cevaplara göre puan artışı yaşanmıştır. Puan artışları ayrıntılı biçimde aşağıda verilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası Tutum Sorularına Verdikleri Cevapların Puan Analizi

	Min	Max	Ort	Ss
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmayı Düşünür Müsün Öncesi	1	10	4,40	2,84
Mamografi Çektirmeyi Düşünür Müsün Öncesi	1	10	3,87	2,65
Klinik Meme Muayenesi Olmayı Düşünür Müsün Öncesi	1	10	2,62	2,33
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmayı Düşünür Müsün Sonrası	4	10	9,04	1,44
Mamografi Çektirmeyi Düşünür Müsün Sonrası	3	10	8,83	1,57
Klinik Meme Muayenesi Olmayı Düşünür Müsün Sonrası	2	10	7,32	1,99

*min: minimum *max: maksimum

*Ort: Ortalama *Ss: Standart Sapma

300 katılımcının tamamına bakıldığında; "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün?" sorusuna verilen cevaplarda bilgilendirme veya risk skoru söylenmesi sonrası puan artışı anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası KKMM Yapmayı Düşünür Müsün Sorusuna Verdikleri Cevapların Puan Analizi

	Ort	Ss	p
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmayı Düşünür Müsün Öncesi	4,40	2,84	p<0,001
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmayı Düşünür Müsün Sonrası	9,04	1,44	

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

*Ort: Ortalama *Ss: Standart Sapma

300 katılımcının tamamına bakıldığında; "Mamografi çektirmeyi düşünür müsün?" sorusuna verilen cevaplarda bilgilendirme veya risk skoru söylenmesi sonrası puan artışı anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası Mamografi Çektirmeyi Düşünür Müsün Sorusuna Verdikleri Cevapların Puan Analizi

	Ort	Ss	p
Mamografi Çektirmeyi Düşünür Müsün Öncesi	3,87	2,65	p<0,001
Mamografi Çektirmeyi Düşünür Müsün Sonrası	8,83	1,57	

*Ort: Ortalama *Ss: Standart Sapma

300 katılımcının tamamına bakıldığında; "Klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorusuna verilen cevaplarda bilgilendirme veya risk skoru söylenmesi sonrası puan artışı anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası KMM Olmayı Düşünür Müsün Sorusuna Verdikleri Cevapların Puan Analizi

	Ort	Ss	p
Klinik Meme Muayenesi Olmayı Düşünür Müsün Öncesi	2,62	2,33	p<0,001
Klinik Meme Muayenesi Olmayı Düşünür Müsün Sonrası	7,32	1,99	

* KMM: Klinik Meme Muayenesi

*Ort: Ortalama *Ss: Standart Sapma

"Hasta mamografi çektiirmek için uygun durumda mı mamografi randevusu alsak mamografi çektirir mi?" sorusuna; hayır mamografi çektiirmek için uygun durumda değil cevabını veren 70 (%23,3), evet mamografi çektiirmek için uygun durumda ama mamografi çektiirmek istemiyorum cevabını veren 117 (%39), evet mamografi çektiirmek için uygun durumda ve mamografi çektiirmek istiyorum cevabını veren 113 (%37,6) kişi saptanmıştır. Mamografi çektiirmek için uygun durumda olmama son 2 yıldan az bir sürede mamografi çektiirme, geçirilmiş açık kalp ameliyatı, gebelik gibi mamografi çektiirmeye engel durumlar anlamına gelmektedir. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Mamografi Randevusuna Uygunluğunun ve Kabul Etme Durumlarının Analizi

		n	%
Hasta Mamografi Çektirmek İçin Uygun Durumda Mı Randevu Alsak Mamografi Çektirir Mi	Hayır	70	23,3
	Evet ama çektirmek istemiyor	117	39
	Evet çektirmek istiyor	113	37,6

Katılımcıların gail ömür boyu risk düzeyine baktığımızda ömür boyu meme kanserine yakalanma riski normal popülasyona göre düşük çıkan 124 (%82,7), meme kanserine yakalanma riski eşit çıkan 7 (%4,7), meme kanserine yakalanma riski yüksek çıkan 19 (%12,6) kişi saptanmıştır. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Gail Risk Skorlamasına Göre Ömür Boyu Meme Kanserine Yakalanma Risklerinin Normal Popülasyona Göre Durumu

		n	%
Gail Ömür Boyu Risk Düzeyi	Düşük	124	82,7
	Normal	7	4,7
	Yüksek	19	12,6

33 sorudan oluşan MEKÖD (kadının meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirleme ölçeği) ölçeği anketinin 1, 2, 3, 18, 19, 21, 22, 23, numaralı soruları ters puanlanmıştır. Anket sorularına verilen cevapların detaylı analizi aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. MEKÖD (Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği) Ölçeği Anketinin Detaylı Analizi

	Min	Max	Ort	Ss
meköd_1* (Sağlığım iyi, bu nedenle bazen meme kanseri olabileceğimi hiç düşünmüyorum.)	1	5	4,35	0,84
meköd _2* (Düzenli meme muayenesi yaptığım zaman meme kanseri olacağımı düşünüyorum.)	2	5	4,75	0,49
meköd _3* (Eğer meme kanseri olursam kadınlık kimliğimi kaybetmiş olacağım.)	1	5	4,60	0,85
meköd _4 (Sağlıklı bir yaşam sürdürmek benim için oldukça önemlidir.)	4	5	4,99	0,11
meköd _5 (Meme bakımı yapmak için kendimi motive ettim, çünkü hayatımın Tanrı' nın bir armağanı olduğuna inanıyorum.)	2	5	4,50	0,60
meköd _6 (Temel sağlık sorumluluklarımdan biri olan meme bakımı ile ilgili uygulamaları yapacağım.)	1	5	3,22	0,74
meköd _7 (Zor olsa bile, sağlık davranışlarımı ve yeme alışkanlıklarımı koruyabilirim.)	1	5	3,55	0,91
meköd _8 (Kendi Kendine Meme Muayenesi'' ni doğru bir şekilde uygulayarak memede kitle bulabileceğime eminim.)	1	5	2,78	1,01
meköd _9 (Meme sağlığını korumak için rutin mamogramlarla (meme görüntüleme yöntemi) ilgili kararlar alabilirim.)	1	5	2,82	1,05
meköd _10 (Aile üyelerim, meme sağlığımı iyileştirmek için önerilen bakımı uygulama konusunda beni cesaretlendiriyor.)	1	5	2,08	1,44
meköd _11 (Bütün sağlık profesyonelleri, sağlıklı kalmak için gerekli becerileri geliştirmemde yardımcı olurlar.)	1	5	4,70	0,57
meköd _12 (Aile üyelerim, meme kanserini önleme konusunda özen gösteriyor ve bana iyi tavsiyeler veriyorlar.)	1	5	2,06	1,42

meköd _13 (Yeterince dikkatli olmasam bile, koruyucu sağlık bakımını takip etmem için beni teşvik eden arkadaşlarım var.)	1	5	2,40	1,42
meköd _14 (Meme muayenelerinin ücretini ödemek için sigorta kapsamındayım.)	1	5	4,99	0,23
meköd _15 (Meme kanseriyle ilgili sağlığımı geliştirmek için yeni bilgi ve beceri kazanacağım.)	2	5	3,81	0,56
meköd _16 (Kitle iletişim araçlarından meme kanseriyle ilgili yeni eğitim programlarını takip edebiliyorum.)	2	5	4,05	0,61
meköd _17 (Diğerleriyle uygun iletişime sahip olmak, meme kanserini önleme hakkında bilgi paylaşmamı sağlar.)	1	5	3,59	0,77
meköd _18* (Yüksek maliyeti nedeniyle klinik meme muayenesi yaptırabileceğimi sanmıyorum.)	2	5	4,89	0,38
meköd _19* (Meme kanseri için koruyucu bakım almaya yeterli zamanım yok.)	1	5	4,58	0,93
meköd _20 (Onu anlamakta güçlük çekmeme rağmen kendi kendine izlemeyi nasıl yapacağım konusunda sağlık profesyoneliyle konuşurum.)	2	5	3,84	0,61
meköd _21* (Meme muayenelerini yapmaktan hoşlanmıyorum, çünkü bir şeylerin kötü olduğunu öğrenmekten korkuyorum.)	1	5	3,78	1,04
meköd _22* (Meme muayenesi sırasında diğerlerinin önünde elbiselerimi çıkarmaktan utanırım.)	1	5	4,07	1,10
meköd _23* (Memelerimde bir sorun olmadığı için, meme muayenesi yapmak zorunda olduğumu hissetmiyorum.)	1	5	3,22	0,80
meköd _24 (Vücudumun yapısı nedeniyle, meme kanseri konusunda ihtiyacım olan her türlü bakım uygulamasını yapıyorum.)	1	5	3,02	0,78
meköd _25 (Sağlık profesyoneliyle konuşmaktan korkmuş olsam bile, bir sağlık merkezinde yürütülen sağlık izlemi eğitim programına katılacağım.)	1	5	3,92	0,68

meköd _26 (Meme kanseri riskini azaltmak için, boy-kilo oranımı dengeli tutmaya çalışıyorum.)	1	5	3,55	0,94
meköd _27 (Meme kanseri riskini azaltmak için her gün en az 30 dakika fiziksel aktivite (yürüme, bisiklete binme, yüzme vb.) yapıyorum.)	1	5	3,13	1,31
meköd _28 (Sağlığımı korumak ve meme kanserini önlemek için sağlıklı beslenmeye çalışıyorum.)	1	5	3,87	0,88
meköd _29 (Sağlık profesyonelinin (hekim, ebe, hemşire...) önerisine göre yılda en az bir kez meme muayenesi yaptırıyorum.)	1	5	1,94	1,05
meköd _30 (Kendi kendime muayene yoluyla bir tümör keşfettiğimde sağlık profesyoneliyle konuşacağım.)	1	5	4,52	0,62
meköd _31 (Kanser olabileceğimden korksam bile meme kanseri hakkında olumsuz düşüncelerden kaçınmaya çalışıyorum.)	3	5	4,56	0,56
meköd _32 (Günlük stresle baş etmek için gevşeme, yoga yapma, inancımı destekleyen kitabı okuma, dua etme ve olumlu düşünme gibi çeşitli yaklaşımları kullanırım.)	1	5	4,21	0,80
meköd _33 (Yorgun olsam bile, günlük hayatımda dinlenme ile iş arasında denge var.)	1	5	3,57	1,16

*Ters Puanlanan Sorular: 1, 2, 3, 18, 19, 21, 22, 23

*MEKÖD: Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği

Katılımcılar tarafından meköd anketinden toplamda alınan en düşük değer 97 ve en yüksek değer ise 162 olarak hesaplanmıştır. Tüm katılımcıların meköd ölçeğinden toplam aldıkları puanın ortalaması $123,92 \pm 11,31$ olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların toplam meköd puanı ile yaşları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p=0,732$). Katılımcıların toplam meköd puanı ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,048$). Hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu saptamak için post-hoc analizi yapıldı burada dul kadınlar ile evli kadınlar arasında anlamlı fark saptandı. Dul kadınların toplam meköd puanı evli kadınlara göre daha yüksek bulundu.

Katılımcıların daha önce meme biyopsisi yaptıрма, birinci derece akrabalarında (anne, kız veya kızkardeş) meme kanseri bulunma, meme kanseri olan arkadaşı bulunma durumlarına göre toplam meköd puanının değişimi ayrıntılı bir şekilde aşağıda verilmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Toplam Meköd Puanının Meme Biyopsisi Yaptırma, Meme Kanserli Akrabaya Sahip Olma Ve Meme Kanserli Arkadaşa Sahip Olma Durumlarına Göre Değişimi

		n	Ort	Ss	p
Daha Önce Meme Biyopsisi Yaptırdınız Mı	Hayır	293	123,81	11,34	0,272
	Evet	7	128,57	9,67	
Birinci Derece Akrabalarınızdan Meme Kanserli Olan Var Mı	Hayır	288	123,84	11,33	0,551
	Evet	12	125,83	11,27	
Meme Kanserli Olan Arkadasınız Var Mı	Hayır	109	120,17	10,44	p<0,001
	Evet	191	126,06	11,26	

*Ort: Ortalama

*Ss: Standart Sapma

*MEKÖD: Kadının Meme Kanserli Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği

"Katılımcıların ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz, daha önce mamografi yaptırdınız mı, daha önce klinik meme muayenesi oldunuz mu?" sorularına verdikleri cevaplar ile toplam mekød puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Bu korelasyon ayrıntılı olarak aşağıda verilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların Toplam Mekød Puanının KKMM Yapma, Mamografi Çektirme ve KMM Olma Durumlarına Göre Değişimi

		n	Ort	Ss	p
KKMM Yapıyor Musunuz	Hayır	84	116,43	9,14	$p<0,001$
	Evet	160	129,04	10,53	
	Kısmen	56	120,54	8,69	
Daha Önce Mamografi Çektirdiniz Mi	Hayır	102	119,16	10,05	$p<0,001$
	Evet Düzenli Olarak 2 Yılda Bir	37	135,49	12,35	
	Evet ... Yıl Önce	161	124,28	9,78	
	Hayır	158	119,35	9,84	
Daha Önce KMM Oldunuz Mu	Evet Düzenli Olarak Yılda Bir	20	140,25	10,79	$p<0,001$
	Evet ... Yıl Önce	122	127,16	9,52	
	Hayır	158	119,35	9,84	

*Ort: Ortalama *Ss: Standart Sapma

*MEKÖD: Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

* KMM: Klinik Meme Muayenesi

Katılımcıların meme kanseriyle ilgili sahip olduğu bilginin kaynağıyla toplam meköd puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Bu korelasyonun ayrıntılı analizi aşağıda verilmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların Toplam Meköd Puanının Meme Kanseriyle İlgili Sahip Olduğu Bilginin Kaynağına Göre Değişimi

	Bilgi Kaynağı	n	Ort	Ss	p
Toplam Meköd Puanı	Medya	106	120,20	9,92	$p<0,001$
	Aile	11	133,55	9,33	
	Arkadaş	27	119,96	11,99	
	İnternet	18	126,50	11,73	
	Doktor	38	126,45	11,16	

*Ort: Ortalama

*Ss: Standart Sapma

"Katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün, mamografi çektirmeyi düşünür müsün, klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorularında (1: en az düşünürüm 10: kesinlikle düşünürüm) bilgilendirme veya risk skorunun söylenmesi müdahalelerinin yapılması sonrasında verilen ilk cevaplara göre yaşanan puan artışının yaş, medeni durum, eğitim durumuyla ilişkisine bakılmıştır. KKMM fark, mamografi fark ve KMM fark tutum sorularına müdahale sonrası verilen puandan müdahale öncesi verilen puanın çıkarılması ile hesaplanmaktadır.

Yalnızca yaş ile "KMM olmayı düşünür müsünüz?" sorusuna verilen cevaplarda ki puan artışı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,010$). O da negatif yönde ve r değeri 1 e uzak olduğu için zayıf korelasyon göstermektedir. Geri kalan durumlarda anlamlı fark saptanmamıştır. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Tutum Sorularına Verdikleri Cevaplarda ki Değişimin Yaş Medeni Durum Ve Eğitim Durumuyla İlişkisi

		p
Yaş	KKMM Fark	0,677
	Mamografi Fark	0,372
	KMM Fark	<u>0,010</u>
Medeni Durum	KKMM Fark	0,844
	Mamografi Fark	0,669
	KMM Fark	0,171
Eğitim Durumu	KKMM Fark	0,405
	Mamografi Fark	0,245
	KMM Fark	0,337

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

* KMM: Klinik Meme Muayenesi

Katılımcıların "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün, mamografi çektirmeyi düşünür müsün, klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorularına (1: en az düşünürüm 10: kesinlikle düşünürüm) verdikleri ilk cevaplarla katılımcının meme kanseriyle ilgili sahip olduğu bilginin kaynağı arasında anlamlı fark saptanmıştır. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların Tutum Sorularına Verdikleri İlk Cevapların Katılımcının Meme Kanseri Hakkında Sahip Olduğu Bilginin Kaynağıyla İlişkisi

	Bilgi Kaynağı	n	Ort	Ss	p
KKMM Yapmayı Düşünür Müsün Sorusuna İlk Verilen Cevap	Medya	106	3,38	2,45	p<0,001
	Aile	11	4,73	3,06	
	Arkadaşlar	27	3,56	2,80	
	İnternet	18	5,00	2,14	
	Doktor	138	5,24	2,93	
Mamografi Çektirmeyi Düşünür Müsün Sorusuna İlk Verilen Cevap	Medya	106	2,92	2,13	p<0,001
	Aile	11	4,45	2,20	
	Arkadaşlar	27	3,33	2,58	
	İnternet	18	4,83	2,87	
	Doktor	138	4,54	2,80	
KMM Olmayı Düşünür Müsün Sorusuna İlk Verilen Cevap	Medya	106	1,89	1,39	p<0,001
	Aile	11	2,64	0,92	
	Arkadaşlar	27	2,30	2,25	
	İnternet	18	3,28	2,86	
	Doktor	138	3,15	2,75	

*Ort: Ortalama

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

*Ss: Standart Sapma

* KMM: Klinik Meme Muayenesi

Risk düzeyi söylenen grup ile bilgilendirme yapılan grubun mamografi çektiirmek için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında risk düzeyi söylenen grubun daha çok randevuyu kabul ettiğı görülmüştür. Bu fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,022$) (Tablo 27).

Tablo 27. Risk Düzeyi Söylenen Grup İle Bilgilendirme Yapılan Grubun Mamografi Çektirmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması

	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Değil	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Ancak Çektirmek İstemiyor	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun ve Çektirmek İstiyor	p
Bilgilendirme Yapılan Grup	49	60	41	0,022
Risk Düzeyi Söylenen Grup	21	57	72	

Katılımcıların toplam meköd puanı ile mamografi çektiirmek için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında mamografi çektiirmeye uygun olmayan grubun toplam meköd puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu fark anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların Toplam Meköd Puanı İle Mamografi Çektirmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması

		n	Ort	Ss	p
Toplam Meköd Puanı	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Değil	70	129,69	11,97	p<0,001
Toplam Meköd Puanı	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Ancak Çektirmek İstemiyor	117	119,87	9,65	
Toplam Meköd Puanı	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun ve Çektirmek İstiyor	113	124,67	10,90	

*Ort: Ortalama *Ss: Standart Sapma

*MEKÖD: Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeğı

Katılımcıların medeni hali ile mamografi çektmek için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,040$). Bu karşılaştırmada 3 hücrede 5 ten az veri olduğu için bekarlar ile dullar bir grup, evliler bir grup yapıldı. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların Medeni Hali İle Mamografi Çektmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması

	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Değil	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Ancak Çektirmek İstemiyor	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun ve Çektirmek İstiyor	p
Evli	65	97	101	0,040
Bekar Veya Dul	5	20	12	

Katılımcıların eğitim düzeyi ile mamografi çektmek için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,465$). Bu karşılaştırmada 3 hücrede 5 ten az veri olduğu için lise mezunları ile üniversite mezunları bir grup yapılmıştır. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların Eğitim Düzeyi İle Mamografi Çektmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması

	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Değil	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Ancak Çektirmek İstemiyor	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun ve Çektirmek İstiyor	p
Hiçbiri	10	13	20	0,465
İlköğretim	50	91	84	
Lise veya Üniversite	10	13	9	

Katılımcıların yaşı ile mamografi çektmek için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,638$). Bu karşılaştırmayı yapabilmek için yaş persentillerine göre katılımcılar 4 gruba ayrıldı. Detaylı analizi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların Yaşı İle Mamografi Çektirmek İçin Randevuyu Kabul Etme Durumlarının Karşılaştırması

	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Değil	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun Ancak Çektirmek İstemiyor	Hasta Mamografi Çektirmeye Uygun ve Çektirmek İstiyor	p
40-46 Yaş	18	33	24	0,638
47-53 Yaş	20	32	26	
54-60 Yaş	19	27	35	
61-70 Yaş	13	25	28	

Katılımcıların likert tipte puanlanmış olan "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün, mamografi çektmeyi düşünür müsün, klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" tutum sorularında bilgilendirme veya risk skorunun söylenmesi müdahalelerinin yapılmasının öncesinde ve sonrasında verilen cevaplara göre yaşanan puan artışının risk söylenen grupta daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bizce yaptığımız çalışmada ki en önemli bulgu olan bu analiz detaylı bir şekilde aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 32).

Tablo 32. Risk Düzeyi Söylenen Veya Bilgilendirme Yapılan Grupların Tutum Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki Puan Farkının Karşılaştırılması

		n	Ort	Ss	p
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmayı Düşünür Müsün Öncesi Sonrası Farkı	Bilgilendirme	150	3,07	1,78	p<0,001
	Risk skoru	150	6,22	2,26	
Mamografi Çektirmeyi Düşünür Müsün Öncesi Sonrası Farkı	Bilgilendirme	150	3,25	1,77	p<0,001
	Risk skoru	150	6,67	2,11	
Klinik Meme Muayenesi Olmayı Düşünür Müsün Öncesi Sonrası Farkı	Bilgilendirme	150	3,17	1,57	p<0,001
	Risk skoru	150	6,23	1,71	

5.TARTIŞMA

Meme kanseri, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın 2020 verilerine göre son 20 yıldır en sık görülen kanser olan akciğer kanserini geride bırakarak en yaygın görülen kanser türü haline gelmiştir. Meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem şu an için bulunamamıştır (1). Ancak düzenli yapılan muayene ve taramalar sonucunda meme kanserine erken tanı konulduğu zaman beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir. Bu nedenle meme kanseri tarama programları çok ciddi bir öneme sahiptir (3). Türkiye’de meme kanseri görülme insidansı giderek artmasına rağmen, hastaların çoğunda tanı ileri evrede konulmaktadır. Erken evrede tanı konulan hasta sayısını arttırmak için kadınların risklerinin belirlenmesi ve risk gruplarına göre taramaların zamanında başlatılması gerekmektedir (4).

Aile hekimliği, meme kanseri tarama programının topluma yayılmasında çok önemli bir yere sahip olduğu için biz de çalışmamızı aile sağlığı merkezlerine gelen hastalar üzerinde gerçekleştirdik. Çalışmamızın amacı hedef popülasyondaki kadınların meme kanseri taramalarına yönelik tutumlarını, meme kanseri taramalarını yaptırmama nedenlerini ve taramaları yaptırmalarının önündeki engelleri saptamak ve hastaları meme kanseri taramalarına yönlendirmede bilgilendirme yapmanın mı yoksa ömür boyu kişisel meme kanseri riskini söylemenin mi daha etkin olduğunu saptamaktır.

Ayrıca çalışmamızda meme kanseri tarama programlarına katılımın arttırılması açısından literatürde incelediğimiz kadarıyla birbirlerine üstünlüğü hiç karşılaştırılmamış olan iki müdahale ele alınmıştır. Bunun için birinci gruptaki kadınlara meme kanseri ile ilgili bilgilendirme yapılması, ikinci gruptaki kadınlara ise gail risk skorumla sistemi ile hesaplanmış olan kişisel meme kanserine yakalanma riskinin söylenmesi sonucu verilen cevaplarda ki değişime bakarak; kadınların meme kanseri taramasına katılımının arttırılması açısından hangi müdahalenin daha etkili olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır.

Katılımcıların likert tipte puanlanmış olan "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün, mamografi çekirtmeyi düşünür müsün, klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" tutum sorularında bilgilendirme veya risk skorunun söylenmesi müdahalelerinin yapılmasının öncesinde ve sonrasında verilen cevaplara göre yaşanan puan artışının risk söylenen grupta daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Bu çıkan sonuçlardan anlaşıldığı üzere hastalara kişisel meme kanseri risk durumunun söylenmesi hastaların meme kanseri taramasına katılımı açısından bilgilendirme yapılmasına göre daha etkili olmuştur.

Bulduğumuz bu sonuç çalışmamızın ana hipotezini doğrulamıştır.

Çalışmamız 40-69 yaş arası toplam 300 kadın ile yapılmıştır. Yaş ortalaması $53,49 \pm 8,03$ olarak bulunmuştur. Mermer ve arkadaşlarının aile sağlığı merkezine kayıtlı 225 sağlıklı kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 51.48 ± 8.64 (min:40, max:69) bulunmuştur (69).

Çalışmamıza katılan kadınlarda ilk adet yaşı en düşük 9 en yüksek 20 olarak bulunmuştur, ortalaması ise $13,25 \pm 1,60$ olarak hesaplanmıştır. Özaydın ve arkadaşlarının ise Bahçeşehir'de yaptıkları ve 40-69 yaş arası kadınlarda meme kanseri bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında ki kadınların ilk adet yaşı ortalaması 13.1 ± 1.3 (min 9, max 21, n =894) bulunmuştur (70).

Çalışmamıza katılan doğum yapmış kadınlarda ilk canlı doğum yaşı en düşük 15 en yüksek 44 olarak bulunmuştur, ortalaması ise $21,27 \pm 4,68$ olarak hesaplanmıştır. Özaydın ve arkadaşlarının ise Bahçeşehir'de yaptıkları ve 40-69 yaş arası kadınlarda meme kanseri bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında ki doğum yapmış olan kadınların ilk canlı doğum yaşı ortalaması 23.7 ± 4.9 (min 14, max 43, n=834) bulunmuştur (70). Bahçeşehir'de yapılan çalışmada ilk canlı doğum yaşının daha yüksek çıkması bizim çalışma yaptığımız ilin daha doğuda olmasından ve sosyokültürel düzeyin farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların 260'ı (%86,7) evli, 8'i (%2,7) bekar, 32'si (%10,7) dul olarak tespit edilmiştir. Demir ve arkadaşlarının İstanbul/Moda'da oturan 40-69 yaş arası kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme kanseri taramalarına katılımlarını inceleyen çalışmada katılımcıların 788'i (%62) evli, 84'ü (%6,6) bekar, 399'u (%31,4) dul olarak tespit edilmiştir (71). Moda'da yapılan çalışma ile çalışmamız arasında ki farklılık bizim çalışma yaptığımız ilin daha doğuda olmasından ve sosyokültürel düzeyin farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların 43'ü (%14,3) hiç okula gitmemiş, 225'i (%75) ilköğretim mezunu, 24'ü (%8) lise mezunu, 8'i (%2,7) üniversite mezunudur. Özaydın ve arkadaşlarının ise Bahçeşehir'de yaptıkları ve 40-69 yaş arası kadınlarda meme kanseri bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında kadınların 47'si (%5,3) hiç okula gitmemiş, 239'u (%26,7) ilköğretim mezunu, 332'si (%37,1) lise mezunu, 276'sı (%30,9) üniversite mezunudur (70). Bahçeşehir'de yapılan çalışmada eğitim düzeyinin daha yüksek çıkması bizim çalışma yaptığımız ilin daha doğuda olmasından ve sosyokültürel düzeyin farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda birinci derece akrabalarında (anneniz, kız kardeşiniz veya kızınız) meme kanseri bulunan katılımcı sayısı 12 (%4), birinci derece akrabalarında (anne veya kızkardeş) meme kanseri bulunmayan katılımcı sayısı 288 (%96) olarak bulunmuştur. Erbil ve arkadaşlarının gail risk skorlamasını kullanarak meme kanseri risk değerlendirilmesi yaptığı bir çalışmada kadın doğum hastalıkları polikliniğine başvuran 231 kadında ; 1. derece akrabalarında meme kanseri bulununan kadın sayısı 18 (%7,7) bulunmuştur (72). Kartal ve arkadaşlarının birinci basamağa başvuran 624 kadında meme kanseri risk faktörlerini araştırdığı çalışmasında ise; 1. derece akrabasında meme kanseri olan katılımcıların sayısı 42 (%6,7) bulunmuştur (73).

Çalışmamızda meme kanseri olan arkadaşı bulunan katılımcı sayısı 191 (%63,7), meme kanseri olan arkadaşı bulunmayan katılımcı sayısı 109 (%36,3) olarak bulunmuştur. Özaydın ve arkadaşlarının ise Bahçeşehir’de yaptıkları ve 40-69 yaş arası kadınlarda meme kanseri bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında meme kanseri olan arkadaşı bulunan katılımcı sayısı 451 (%50,6), meme kanseri olan arkadaşı bulunmayan katılımcı sayısı 440 (%49,4) olarak bulunmuştur (70).

Çalışmamızda Daha önce meme biyopsisi yaptıran katılımcı sayısı 7 (%2,3), daha önce meme biyopsisi yaptırmayan katılımcı sayısı 293 (%97,7) olarak bulunmuştur. Erbil ve arkadaşlarının gail risk skorlamasını kullanarak meme kanseri risk değerlendirilmesi yaptığı bir çalışmada kadın doğum hastalıkları polikliniğine başvuran 231 kadından daha önce meme biyopsisi yaptıran kadın sayısı 13 (%5,6) bulunmuştur (72).

Çalışmamızda "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyor musun?" sorusuna evet cevabını veren katılımcı sayısı 160 (%53,3), kısmen cevabını veren katılımcı sayısı 56 (%18,7), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 84 (%28) olarak bulunmuştur. Parlar ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %25,7’sinin KKMM yapmayı bildiği, Çevik ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %46,8’inin KKMM yapmayı bildiği, Güner ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %49,8’sinin KKMM yapmayı bildiği, Şirin ve ark.’nın İzmir’de gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların %53,9’unun KKMM yapmayı bildiği belirtilmiştir (74-77).

Çalışmamızda KKMM yapmayı bilenlerin oranının yüksek çıkmasının sebebi, bizim çalışmamızın bu çalışmalardan daha sonra yapılmasından ötürü arada geçen süreçte aile hekimliği sisteminin kanser taramalarındaki yeri ve öneminin artması, sağlık bakanlığı’nın başta KETEM olmak üzere kanser taraması konusunda yürüttüğü güncel programlar olabilir.

Çalışmamızda "Ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?" sorusuna evet düzenli yapıyorum cevabını veren katılımcı sayısı 95 (%31,7), yapıyorum ama düzenli değil cevabını veren katılımcı sayısı 89 (%21,7), hayır yapmıyorum cevabını veren katılımcı sayısı 116 (%38,7) olarak bulunmuştur. Özer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha önce KKMM yapmış kadınların oranı %53, her ay düzenli uygulayanlar ise %38,6 olarak belirtilmiştir (78). Ankara Gölbaşı'nda Göçgeldi ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada en az bir kez KKMM yapanların oranı %66,5 her ay düzenli uygulayanların oranı ise %28,9 olarak bildirilmiştir (79). Çevik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %27,4'ünün düzenli olarak her ay KKMM yaptığı görülmüştür (75).

Klug ve arkadaşları tarafından 25-75 yaş grubundaki Alman kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %43,1'inin her ay düzenli olarak KKMM yaptığı bulunmuştur (80). Silva ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları bir araştırmada ise her ay düzenli KKMM yapan kadınların oranı %48.5 olarak bulunmuştur (81).

2021 yılı Sağlık Bakanlığı sağlık istatistiklerine baktığımızda Türkiye geneli TÜİK verilerine göre kadınlarda her ay düzenli KKMM yapma oranı %22,1 olarak raporlandırılmıştır (82). Her ne kadar bizim çalışmamızda her ay düzenli olarak KKMM yapma oranları ülke geneli ortalamaya göre yüksek olsa da ülkemizde KKMM yapılması açısından farkındalık düzeyinin bazı ülkelere kıyasla hâlâ düşük olduğu görülmektedir.

Bu yüzden KKMM yapma oranını arttırmak için hastalara risk durumları söylenerek hastaların meme kanseri tarama programlarına uyumu artırılabilir.

Araştırmamızda KKMM yapmayan kadınlara yapmama nedenleri sorulduğunda en çok verilen ilk iki cevap; %54,7'si nasıl ve ne sıklıkta yapılacağını bilmemek, %32,5'i sağlığınıza yeterli özeni göstermemek olmuştur. Açıkgoz ve arkadaşlarının 2015'de İzmir'de 161 kadınla yaptıkları çalışmada katılımcıların KKMM'yi yapmama nedenleri olarak %52,5'i KKMM'yi bilmemek, %43,8'i KKMM'yi ihmal etmek olduğunu bulunmuştur (83). Özer ve arkadaşlarının çalışmasında KKMM yapmama nedenleri sorulduğunda %36'sı önemsemediğini, %53'ü hiçbir bilgisinin olmadığını dile getirmiştir (78).

Bizim çalışmamızda ve baktığımız çalışmalarda KKMM tarama yöntemini uygulamada bilgi eksikliğinin önemli bir engel olduğu görülmektedir. Aile hekimlikleri tarafından yürütülen periyodik sağlık muayeneleri kapsamında halkı bilinçlendirmek ve farkındalığı artırmak adına yapılacak yüz yüze eğitimler ile bu bilgi eksikliğinin ortadan kaldırılabilceği söylenebilir.

Ayrıca meme kanseri ve meme kanseri taramasıyla ilgili kamu spotlarını arttırarak, gündüz kuşağı programlarında daha fazla konuyla ilgili içerikler oluşturarak, internette pop-up reklamlar şeklinde çarpıcı bilgilendirmeler yaparak her yaştan ve sosyokültürel düzeyden kadına ulaşım taramaya katılım arttırılabilir.

Çalışmamızda "Mamografinin ne olduğunu biliyor musun?" sorusuna evet cevabını veren katılımcı sayısı 248 (%82,7), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 52 (%17,3) olarak bulunmuştur. Koçyiğit ve arkadaşlarının meme kanseri taramasıyla ilgili yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %34,9'u mamografi ile ilgili bilgisi olmadığını belirtti (84). Özaydın ve arkadaşlarının 2008 yılında Bahçeşehir'de yaptıkları ve kadınlarda meme kanseri bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %96,1'i mamografi ile ilgili herhangi bir şey duymuş veya okumuştur. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın sebebi çalışma yapılan popülasyonun sosyokültürel düzeyinin farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda "Daha önce mamografi yaptırdınız mı?" sorusuna evet düzenli olarak 2 yılda bir yaptırdığım cevabını veren katılımcı sayısı 37 (%12,3), evet daha önce yaptırdım ama 2 yılda bir düzenli olarak yaptırmıyorum cevabını veren katılımcı sayısı 161 (%53,7), hayır yaptırmadım cevabını veren katılımcı sayısı 102 (%34) olarak bulunmuştur. Ürdün'de Abu-Helalah ve arkadaşlarının 40-69 yaş arasında 507 kadının katıldığı çalışmasında kadınların %87,6'sı hiç mamografi yaptırmamış, %8,6'sı düzenli mamografi yaptırmış, %3,8'i mamografi yaptırmış fakat düzenli olarak yaptırmamış olarak bulunmuştur (85). Kartal ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı bir çalışmada son 5 yıl içinde MMG çekirme oranı %62,3 olarak tespit edilmiştir (73).

2021 yılı Sağlık Bakanlığı sağlık istatistiklerine baktığımızda Türkiye geneli TÜİK verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınlarda hayatı boyunca en az bir kere mamografi çekirme durumu %34,9, son iki yıl içinde çekirme durumu %18,7 olarak belirtilmiştir (82). Ülkemizde toplum tabanlı mamografi çekirme hedefinin %70 olduğu düşünüldüğünde, bu oranlar hem bizim çalışmamızda hem de diğer çalışmalarda hedefin oldukça altındadır.

Bu yüzden düzenli olarak mamografi çekirme oranını arttırmak için hastalara risk durumları söylenerek hastaların meme kanseri tarama programlarına uyumu arttırılabilir.

Çalışmamızda "Daha önce düzenli olarak 2 yılda bir mamografi yaptırmadıysanız en önemli sebebi aşağıdakilerden hangisidir?" sorusuna her katılımcının bir seçenek seçme şansı vardı. Bu soruya en fazla verilen cevap 254 (%89,75) kişiyle bilgi eksikliği olarak bulunmuştur. Ardından sırayla diğer cevapları seçen kişi sayısı sağlığınıza yeterli özeni göstermemeniz 13 (%4,55), zamanı olmama 6 (%2,2), utanma 4 (%1,41) bulunmuştur.

Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların en sık mamografi çekirtmeme nedeni mamografi çekirtmenin gerekli olduğunu bilmemek (%43,6) bulunmuştur (71).

Leong ve arkadaşlarının Singapur'da yaptıkları bir araştırmada mamografi çekirtmemenin en sık nedenleri sırasıyla; yeterli zaman olmaması (%42,5), işlem sırasında acı çekme korkusu (%26,9) ve kendilerinin kansere yakalanmayacağına ilişkin inançları (%24,6) olarak bulunmuştur (86). Chagpar ve arkadaşlarının çalışmasında mamografi çekirtmeme nedeni olarak en sık gerekçe mamografi çekirtmek için bir sebebi olmamak (%39), 2. en sık gerekçe ise doktorun önermemiş olması (%14) olarak bulunmuştur (87).

Bizim çalışmamızda ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda düzenli mamografi çekirtme de bilgi eksikliğinin önemli bir engel olduğu görülmektedir. Aile hekimlikleri tarafından yürütülen periyodik sağlık muayeneleri kapsamında halkı bilinçlendirmek ve farkındalığı artırmak adına yapılacak yüz yüze eğitimler ile bu bilgi eksikliğinin ortadan kaldırılabileceği söylenebilir.

Ayrıca meme kanseri ve meme kanseri taramasıyla ilgili kamu spotlarını arttırarak, gündüz kuşağı programlarında daha fazla konuyla ilgili içerikler oluşturarak, internette pop-up reklamlar şeklinde çarpıcı bilgilendirmeler yaparak her yaştan ve sosyokültürel düzeyden kadına ulaşip taramaya katılım arttırılabilir.

Çalışmamızda "Daha önce klinik meme muayenesi oldunuz mu?" sorusuna evet yılda bir klinik meme muayenesi oluyorum cevabını veren katılımcı sayısı 19 (%6,3), evet daha önce olmuştum ama yılda bir düzenli olarak olmuyorum cevabını veren katılımcı sayısı 123 (%40,7), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 158 (%52,7) olarak bulunmuştur.

İzmir'de aile sağlığı merkezine başvuran 656 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %37,4'ünün şimdiye kadar hiç meme muayenesi olmadıkları belirtilmiştir (88). Düzenli olarak KMM sıklığı Türk ve arkadaşlarının 2017'de yaptığı çalışmada %11,4 olarak bulunmuştur (89). Düzenli olarak KMM sıklığı Bulut ve arkadaşlarının 2017'de yaptığı çalışmada %23 olarak bulunmuştur (90). Dündar ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %31,3'ü KMM yaptırdığı, bu yaptıranların %3'ünün ise son bir yıl içinde KMM yaptırdığını bulunmuştur (91).

Lee ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde Asyalı göçmen kadınlarla yaptıkları çalışmada katılımcıların %53,2'si KMM yaptırdığını belirtmiştir (92). Klug ve arkadaşlarının Almanya'da yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %82,8'inin KMM yaptırdığı saptanmıştır (80).

Ülkemiz de genel olarak klinik meme muayenesi oranları değerlendirildiğinde yeterince yüksek olmadığı görülmektedir. Kadınların herhangi bir sebeple hekime başvurusu klinik meme muayenesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Meme kanseri ile ilgili toplum bilgilendirme çalışmaları artırılarak kadınlara hiçbir şikâyetleri olmadan da düzenli muayeneler için hekime başvuru yapmaları önemle vurgulanmalıdır.

Çalışmamızda "Daha önce düzenli olarak yılda bir klinik meme muayenesi olmadıysanız en önemli sebebi aşağıdakilerden hangisidir?" sorusunda her katılımcının bir seçenek seçme şansı vardı. Bu soruya en fazla verilen cevap 115 (%54,7) kişiyle bilmiyor olmanız olarak bulunmuştur. Ardından sırayla diğer cevapları seçen kişi sayısı sağlığınıza yeterli özeni göstermemeniz 63 (%32,5), ihtiyaç duymamanız 16 (%6,4), zamanınızın olmaması 6 (%2,4) bulunmuştur.

Güçük ve Üyetürk'ün Bolu'da yaptıkları çalışmada katılımcıların %48,1'i ihtiyaç duymadıklarından, %27,9'u ihmal ettiği için, %20,2'si hekim önermediğinden, %2,7'si korktuğu için, %1,1 utandığı için KMM yaptırmadıkları gözlemlenmiştir (93). Elshamy ve Shoma tarafından bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada %61,1'i şikayeti olmadığı için, %58,9'u meme kanseri konusu aklına geldiğinde veya konuşurken kendini kötü hissettiği için, %55,6'sı yabancı birine KMM yaptırmak istemedikleri için KMM yaptırmadıklarını belirtmişlerdir (94).

Genel olarak KMM amacının kadınlar tarafından yeterince anlaşılmadığı, hekimler tarafından da hastalara yeterince anlatılamadığı düşünülmektedir. Aile hekimlikleri tarafından yürütülen periyodik sağlık muayeneleri kapsamında halkı bilinçlendirmek ve farkındalığı artırmak adına yapılacak yüz yüze eğitimler ile bu sorunların ortadan kaldırılabilceği söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların "Meme kanseriyle ilgili sahip olduğunuz bilginin kaynağı nedir? (en önemlisini işaretleyin)" sorusuna cevabı; doktor 138 (%46), medya 106 (%35,3), arkadaşlar 27 (%9), internet 18 (%6), aile 11 (%3,7) şeklinde olmuştur. Türkiye'de 2009 yılında yapılan bir çalışmada ise tarama yöntemleri konusunda bilgi almak için en fazla kullanılan kaynağın %47,7 oranı ile sağlık ekibi olduğu gösterilmiştir (95). Güvenç ve arkadaşlarının tarama mamografisi için başvuran kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %50,2'sinin meme kanseri hakkında bilgiyi sağlık personelinde aldığı görülmüştür (96).

Koçyiğit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %19,8'inin sağlık personelinde, %18,8'inin televizyon/radyodan meme kanseri hakkında bilgi edindikleri görülmüştür (84). Dünder ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada katılımcıların %39,3'ü televizyon/radyo, %23,9'u sağlık çalışanlarından meme kanseriyle ilgili bilgileri öğrendikleri

belirlenmiştir (91). Özyaydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser bilgi kaynakları sorgulandığında katılımcıların cevapları televizyon %60,3, yazılı basın (gazete, dergi...) %57,5, hekim %37, arkadaş ve akraba %32,2, internet %7,3 olarak bulunmuştur (70).

Dahlui ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bilgi kaynağı olarak %15,4 sağlık çalışanı, %16,6 arkadaş ve akraba, %14,7 televizyon, %34,9 herhangi bir bilgi kaynağı yok şeklinde belirtilmiştir (97). Klug ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların bilgi kaynağı sorusuna yanıtlarına bakıldığında %82,4'ü hekim, %24,9'u televizyon, %39,1 yazılı basın, %16,9'u sosyal çevre şeklinde bulunmuştur (80).

Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda sahip olunan bilginin kaynağı olarak kitle iletişim araçları ve sağlık personellerinin önemli bir oranı kapsamakta olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar kitle iletişim araçlarını kısa sürede birçok insana hitap edebilmesi ve inandırıcılığının yüksek olması sebebiyle avantajlı gösterse de Özçam ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bizzat doktor tarafından bilgilendirilen kişilerin, KKMM yapma ve mamografi uygulama oranı daha yüksek olarak tespit edilmiştir (98).

Bu yüzden doğru kaynak takibi açısından ve doğru bilginin sağlık personelinden alınabileceği doğrultusunda kadınlar bilgilendirilmelidir. Burada en önemli sorumluluk da aile hekimlerine düşmektedir. Her aile hekimi nüfusundaki kadın hastalara bu bilgilendirmeyi yaptığında hastalar hem doğru kaynaktan bilgi edinmiş hem de güvenilir bilgiye ulaşmış olur.

Çalışmamızda "KETEM'i duydunuz mu ne olduğunu biliyor musunuz?" sorusuna evet cevabını veren katılımcı sayısı 196 (%65,3), hayır cevabını veren katılımcı sayısı 104 (%34,7) olarak bulunmuştur.

Bu veriler doğrultusunda kanser taramalarında önemli bir yol katetmemizi sağlayan bu merkezlerin hâlâ vatandaşlar tarafından yeterince bilinmediği görülmektedir. Bu yüzden tüm hekimler ve özellikle aile hekimleri tarafından hastalarına KETEM ile ilgili bilgilendirme çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda Genel olarak 300 katılımcının tamamına bakıldığında; "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün?", "Mamografi çektirmeyi düşünür müsün?", "Klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorularında (1:en az düşünürüm 10: kesinlikle düşünürüm) bilgilendirme veya risk skorunun söylenmesi müdahalelerinin yapılması sonrasında her iki müdahale grubunda da verilen ilk cevaplara göre puan artışı yaşanmıştır. İstatistiksel olarak incelendiğinde de bu puan artışı anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Ancak daha önce de belirttiğimiz gibi risk skorunun söylendiği müdahale grubundaki puan artışı bilgilendirme yapılan gruba göre daha fazla bulunmuştur. Katılımcıların likert tipte puanlanmış olan "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün, mamografi

çektirmeyi düşünür müsün, klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" tutum sorularında bilgilendirme veya risk skorunun söylenmesi müdahalelerinin yapılmasının öncesinde ve sonrasında verilen cevaplara göre yaşanan puan artışının risk söylenen grupta daha fazla olduğu bulunmuştur. Sırasıyla bu puan artışlarına bakacak olursak:

"Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün?" sorusuna verilen cevaplarda bilgilendirme sonrası ortalama $3,07 \pm 1,78$ puan artışı, risk skorunun hastaya söylenmesi sonucu $6,22 \pm 2,26$ puan artışı tespit edilmiştir.

"Mamografi çektirmeyi düşünür müsün?" sorusuna verilen cevaplarda bilgilendirme sonrası ortalama $3,25 \pm 1,77$ puan artışı, risk skorunun hastaya söylenmesi sonucu $6,67 \pm 2,11$ puan artışı tespit edilmiştir.

"Klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorusuna verilen cevaplarda bilgilendirme sonrası ortalama $3,17 \pm 1,57$ puan artışı, risk skorunun hastaya söylenmesi sonucu $6,23 \pm 1,71$ puan artışı tespit edilmiştir.

Bu 3 soruya verilen cevaplarda ki puan artışının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Bu çıkan sonuçlardan anlaşıldığı üzere hastalara kişisel meme kanseri risk durumunun söylenmesi hastaların meme kanseri taramasına katılımı açısından bilgilendirme yapılmasına göre daha etkili olmuştur. Aynı zamanda kişisel risk durumunun hesaplanıp hastaya söylenmesi bilgilendirme yapmaya kıyasla daha kısa sürede yapılabilmektedir.

Bu da kişisel meme kanserine yakalanma riskini hastaya söyleme yönteminin aile sağlığı merkezi şartlarında daha kısa sürede daha etkin bir yöntem olması açısından daha avantajlı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bulduğumuz bu sonuç çalışmamızın ana hipotezini doğrulamıştır.

Çalışmamızda direkt olarak katılımcılara faydalı olmak amacıyla aile hekimliği sistemine yeni getirilen aile hekimlerinin hastalarına mamografi randevusu alabildiği sistemi anket sonunda katılımcılara anlatıp mamografi çektirmeyi kabul eden hastaları aile hekimlerine yönlendirerek mamografi çektirmek için randevu almaları sağlanmıştır.

Mamografi randevusu ile ilgili "Hasta mamografi çektirmek için uygun durumda mı mamografi randevusu alsak mamografi çektirir mi?" sorusuna; hayır mamografi çektirmek için uygun durumda değil cevabını veren 70 (%23,3), evet ama mamografi çektirmek istemiyorum cevabını veren 117 (%39), evet mamografi çektirmek istiyorum cevabını veren 113 (%37,6) kişi saptanmıştır. Mamografi çektirmek için uygun durumda olmama son 2 yıldan az bir sürede mamografi çektirmiş olma, geçirilmiş açık kalp ameliyatı, gebelik gibi mamografi çektirmeye engel durumlar anlamına gelmektedir.

Bu çalışma sürecinde 113 kişinin mamografi çekirtmesine vesile olmak bizim için bu çalışmanın en değerli kısımlarının başında gelmektedir. Eğer bir hastanın bile erken tanı almasına yardımcı olduysak bu bizim için en büyük sevinç kaynağı olacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların gail ömür boyu risk düzeyine baktığımızda kendi yaş grubunda ömür boyu meme kanserine yakalanma riski normal popülasyona göre düşük çıkan 124 (%82,7), meme kanserine yakalanma riski eşit çıkan 7 (%4,7), meme kanserine yakalanma riski yüksek çıkan 19 (%12,6) kişi saptanmıştır.

Açıkgöz ve arkadaşları tarafından İzmir İli Balçova İlçesi'nde oturan 35-69 yaş grubu 200 kadın ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %84'nün Gail modeline göre yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski aynı yaştaki toplumla karşılaştırıldığında düşük riskli, %16'sı yüksek riskli olarak bulunmuştur (99). Yılmaz ve arkadaşlarının 2011 yılında 20-65 yaş arası 84 akademisyen kadınla yaptıkları çalışmada Gail modeli ile yaşam boyu meme kanseri risklerini hesaplamışlar ve katılımcıların %79,8'nin yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski aynı yaştaki toplumla karşılaştırıldığında düşük riskli bulunmuştur (100). Her iki çalışmada da sonuçlar bizim çalışmamıza yakın bulunmuştur.

"Katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün, mamografi çekirtmeyi düşünür müsün, klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorularında (1: en az düşünürüm 10: kesinlikle düşünürüm) bilgilendirme veya risk skorunun söylenmesi müdahalelerinin yapılması sonrasında verilen ilk cevaplara göre yaşanan puan artışının yaş, medeni durum, eğitim durumuyla ilişkisine bakılmıştır. KKMM fark, mamografi fark ve KMM fark tutum sorularına müdahale sonrası verilen puandan müdahale öncesi verilen puanın çıkarılması ile hesaplanmaktadır.

Yalnızca yaş ile "KMM olmayı düşünür müsünüz?" sorusuna verilen cevaplarda ki puan artışı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,010$). O da negatif yönde ve r değeri 1 e uzak olduğu için zayıf korelasyon göstermektedir. Geri kalan durumlarda anlamlı fark saptanmamıştır.

Katılımcıların "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün, mamografi çekirtmeyi düşünür müsün, klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorularına (1: en az düşünürüm 10: kesinlikle düşünürüm) müdahale öncesi verdikleri cevapların puan ortalamasıyla katılımcının meme kanseriyle ilgili sahip olduğu bilginin kaynağı arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların "Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünür müsün?" sorusuna müdahale öncesi verdikleri cevapların puan ortalaması en fazla olan grubun doktorlardan bilgi edinenler olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ki bu bulguya bakarak meme kanseriyle ilgili doktorlardan bilgi edinen grubun KKMM yapma konusunda daha istekli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların "Mamografi yaptırmayı düşünür müsün?" sorusuna müdahale öncesi verdikleri cevapların puan ortalaması en fazla olan grubun internetten bilgi edinenler olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ki bu bulguya bakarak meme kanseriyle ilgili internetten bilgi edinen grubun mamografi yaptırmada daha istekli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların "Klinik meme muayenesi olmayı düşünür müsün?" sorusuna müdahale öncesi verdikleri cevapların puan ortalaması en fazla olan grubun internetten bilgi edinenler olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ki bu bulguya bakarak meme kanseriyle ilgili internetten bilgi edinen grubun klinik meme muayenesi konusunda daha istekli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda risk düzeyi söylenen grup ile bilgilendirme yapılan grubun mamografi yaptırmak için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında risk düzeyi söylenen grubun daha çok randevuyu kabul ettiği görülmüştür. Bu fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,022$).

Buradan yola çıkarak hastalara meme kanseri taramasıyla ilgili bilgilendirme yapmak yerine hastaya risk durumunun söylenmesinin hastayı mamografi açısından daha çok motive edeceği söylenebilir. Bu veride çalışmamızın en değerli bulgularından biridir.

Aynı zamanda kadınlara meme kanseri riskini söylemek için farklı yöntemler de kullanılabilir. Örneğin kadınlara meme kanseri risklerini hesaplamalarına yardımcı olacak web tabanlı araçlar veya uygulamalar sunulabilir ve böylece daha geniş kitlelere ulaşılabilir. Yazılı veya sözlü olarak kadınlara kişisel meme kanseri riskini bildirmek, kadınların risklerini daha iyi anlamalarını ve hatırlamalarını sağlayabilir. Yine de bu yöntem kadınların teknolojiye erişimine ve becerisine bağlıdır bu yüzden kadınların sorularına veya endişelerine yanıt veremeyebilir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni hali ile mamografi yaptırmak için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,040$). Buna göre evlilerin, bekar veya dullara göre mamografi randevusunu kabul etme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi ile mamografi yaptırmak için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,465$).

Katılımcıların yaşı ile mamografi çekirtmek için randevuyu kabul etme durumları karşılaştırdığında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,638$).

Çalışmamızda ayrıca Turan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan MEKÖD (Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği) ölçeği anketi de uygulanmıştır. MEKÖD ölçeğinin herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça kişinin meme kanserini önleme davranışları konusunda daha bilinçli olduğu kabul edilmektedir.

Çalışmamızda katılımcılar tarafından meköd anketinden toplamda alınan en düşük değer 97 ve en yüksek değer ise 162 olarak bulunmuştur, tüm katılımcıların meköd anketinden toplam aldıkları puanın ortalaması $123,92 \pm 11,31$ olarak hesaplanmıştır. Turan ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcılar tarafından meköd anketinden toplamda alınan en düşük değer 75 ve en yüksek değer ise 154 olarak bulunmuştur, tüm katılımcıların meköd anketinden toplam aldıkları puanın ortalaması $114,51 \pm 14,19$ olarak hesaplanmıştır (67).

Çalışmamızda katılımcıların toplam MEKÖD puanı ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,048$). Hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu saptamak için post-hoc analizi yapıldı burada dul kadınlar ile evli kadınlar arasında anlamlı fark saptandı. Dul kadınların toplam meköd puanı evli kadınlara göre daha yüksek bulundu.

Turan ve arkadaşlarının çalışmasında ise MEKÖD ölçeği toplam puanında evli katılımcıların puan ortalaması $114,77 \pm 13,63$, bekar katılımcıların puan ortalaması $92,00 \pm 8,77$ ve boşanmış/dul olan katılımcıların puan ortalaması $124,00 \pm 16,19$ olarak hesaplanmış ve medeni durum ile MEKÖD ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($F:8,506$; $p<0.001$) saptanmıştır (67).

Hem bizim hem de Turan ve arkadaşlarının çalışmasında boşanmış/dul kadınların meme kanserini önleme davranışları konusunda daha bilinçli oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda MEKÖD toplam puanında KKMM yapan katılımcıların puan ortalaması $129,04 \pm 10,53$, KKMM yapmayan katılımcıların puan ortalaması $116,43 \pm 9,14$ olarak hesaplanmış olup, KKMM yapan katılımcıların, KKMM yapmayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olumlu davranış sergiledikleri belirlenmiştir ($p<0,001$).

Turan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise MEKÖD toplam puanında KKMM yapan katılımcıların puan ortalaması $117,34 \pm 12,52$, KKMM yapmayan katılımcıların puan ortalaması $108,00 \pm 12,28$ olarak hesaplanmış olup, KKMM yapan katılımcıların, KKMM yapmayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olumlu davranış sergiledikleri belirlenmiştir ($t:4,448$; $p<0,001$) (67).

Hem bizim hem de Turan ve arkadaşlarının çalışmasında KKMM yapan kadınların meme kanserini önleme davranışları konusunda daha bilinçli oldukları görülmüştür. Bazı klavuzlar artık KKMM ile tarama yöntemini etkisiz bulması ve gereksiz biyopsilere sebep olduğu gerekçesiyle önermese de ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri taraması açısından bilinç ve farkındalığı arttırması yönüyle KKMM'nin önemini halen koruduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların KMM yapma alışkanlığı değişkenine göre; yılda bir kez KMM yaptıran katılımcıların MEKÖD toplam puan ortalaması $140,25 \pm 10,79$, düzensiz aralıklarla KMM yaptıran katılımcıların toplam puan ortalaması $127,16 \pm 9,52$ ve KMM'sini hiç yaptırmayan katılımcıların toplam puan ortalaması $119,35 \pm 9,84$ olup, yılda bir kez KMM yaptıran katılımcıların, düzensiz KMM yaptıran ve hiç KMM yaptırmayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olumlu davranış sergiledikleri belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Turan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise katılımcıların KMM yapma alışkanlığı değişkenine göre; yılda bir kez KMM yaptıran katılımcıların MEKÖD toplam puan ortalaması $133,81 \pm 13,54$, düzensiz aralıklarla KMM yaptıran katılımcıların toplam puan ortalaması $119,26 \pm 12,26$ ve KMM'sini hiç yaptırmayan katılımcıların toplam puan ortalaması $110,55 \pm 13,11$ olup, yılda bir kez KMM yaptıran katılımcıların, düzensiz KMM yaptıran ve hiç KMM yaptırmayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olumlu davranış sergiledikleri belirlenmiştir ($F:22,145$; $p < 0,001$).

Hem bizim hem de Turan ve arkadaşlarının çalışmasında yılda bir kez KMM yaptıran kadınların meme kanserini önleme davranışları konusunda daha bilinçli oldukları görülmüştür.

Turan ve arkadaşlarının çalışmasında bakılmasa da bizim çalışmamızda 2 yılda bir düzenli mamografi çektiren kadınların MEKÖD toplam puan ortalaması çektirmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu veriye göre 2 yılda bir düzenli mamografi çektiren kadınların meme kanserini önleme davranışları konusunda daha bilinçli oldukları görülmüştür.

Tartışma bölümünde son olarak yaptığımız çalışmanın kısıtlılıklarına bakacak olursak bunlar; çalışmanın tek merkezli olması, çalışmaya katılan hastaların öz bildirimine dayalı verilerin kullanılması, çalışmanın kesitsel bir tasarıma sahip olması ve risk modeli olarak yalnızca gail risk modeli kullanılması sayılabilir. Bu nedenle, çalışmanın sonuçlarının genelleştirilebilirliği sınırlıdır.

Ayrıca katılımcıların kanser taraması yaptırma durumları da uzun dönem takip edilememiştir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda daha büyük ve çok merkezli örneklem grupları kullanılması ve uzun dönem kanser taraması takiplerinin yapılması önerilmektedir



6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Meme kanseri tüm dünya genelinde görülme sıklığı en yüksek kanser türü olmasına rağmen; uygun ve toplum tabanlı bir meme kanseri tarama programı sonucu koyulabilecek erken tanı ile mortalite ve morbiditede azalma sağlanabilmektedir.

Meme kanseri taramasıyla ilgili literatürde ki çalışmaları incelediğimizde ülkemizde yapılan çalışmalarda genellikle meme kanseri taramasının arttırılması için taramanın önündeki engellerin tespiti açısından birçok çalışma yapılmıştır. Ancak bu çalışmalar sonucunda neredeyse herkes tarafından ortaya konan meme kanseri taramasının önündeki benzer engelleri ortadan kaldıracak bir müdahale çok nadir uygulanmıştır.

Bizde yaptığımız bu literatür taraması sonucunda çalışmamızda meme kanseri taraması konusunda hastaların motivasyonun arttırılması için kısa bir bilgilendirme metninin hastaya okunmasının mı yoksa hastalara gail risk skorlaması sistemiyle hesaplanan ömür boyu meme kanserine yakalanma riskinin yüzde olarak söylenmesinin mi daha etkili olduğunu araştırdık.

Katılımcılara kişisel meme kanseri risk durumunun söylenmesi katılımcıların meme kanseri taramasına katılımı açısından bilgilendirme yapılmasına göre daha etkili olmuştur.

Aynı zamanda kişisel risk durumunun hesaplanıp hastaya söylenmesi internet üzerinden kolayca ulaşılan hesaplama modülüne girilecek 5 veri sonucunda olması sebebiyle bilgilendirme yapmaya kıyasla daha kısa sürede yapılabilmektedir.

Sonuç olarak kişisel meme kanserine yakalanma riskini hastaya söyleme yönteminin daha kısa sürede uygulanabilen daha etkin bir yöntem olması açısından bilgilendirme yöntemine göre daha avantajlı olduğu tespit edilmiştir.

Kanser taramaları primer görevi olan birinci basamak sağlık çalışanları tarafından; özellikle sağlık yükünün arttığı ve hastalara yeterince sürenin ayrılamadığı günümüz sağlık sisteminde meme kanseri taramasına katılımı arttırmak için hastalara kişisel meme kanseri risk düzeyleri söylenebilir.

Bu konu üstüne gelecekte çalışma yapmak isteyen araştırmacılar bu iki müdahaleyi farklı sosyo-demografik özelliklere sahip popülasyonlarda uygulayabilir. Aynı zamanda daha uzun süre katılımcıları takip ederek yıllar içerisinde taramalara devam durumunun hangi müdahale de daha fazla olduğuna da ulaşabilir. Ayrıca gail risk modeli yerine farklı risk modelleri ile de farklı çalışmalar yapılabilir.

7.KAYNAKLAR

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-49.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı.TÜRKİYE KANSER KONTROLPROGRAMI2016[cited202324Ocak].Availablefrom:https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf.
3. T.C.SağlıkBakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma ,Tarama, Tanı ,Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi 2020 [cited 2022 Aralık 31]. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38131,memekanskr20200720pdf.pdf?0>.
4. Özmen V, Özmen T, Doğru V. Breast Cancer in Turkey; An Analysis of 20.000 Patients with Breast Cancer. European journal of breast health. 2019;15(3):141-6.
5. Wang X, Huang Y, Li L, Dai H, Song F, Chen KJBCR. Assessment of performance of the Gail model for predicting breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. Breast Cancer Research. 2018;20(1):1-19.
6. Taylan S, Çelik GKJCMJ. Ailesel meme kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınlarda meme kanseri tanılama davranışları. Cukurova Medical Journal. 2020;45(4):1467-75.
7. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. Biological research. 2017;50(1):33.
8. McCart Reed AE, Kalinowski L, Simpson PT, Lakhani SR. Invasive lobular carcinoma of the breast: the increasing importance of this special subtype. Breast cancer research : BCR. 2021;23(1):6.
9. WHO Cancer Statistics and Cancer Today 2020 [cited 2022 4 Aralık]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
10. Breast cancer now most common form of cancer: WHO taking action 2021 [updated 3 February 2021; cited 2022 4 Aralık]. Available from: <https://www.who.int/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2021 [cited 2022 11 Aralık]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf.
12. Esen ES, Gelmez Taş B, Öztürk GZ, Evcik DTJTAHD. 18 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri risk düzeyinin belirlenmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2020.
13. Demirci MU. Meme Kanseri Erken Tanınmasında 18-49 Yaş Kadın Hastaların Bilgi Düzeyi, Tutum Ve Davranış Biçimleri: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Tıp Fakültesi Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2022

14. Kamińska M, Ciszewski T, Łopacka-Szatan K, Miotła P, Starosławska E. Breast cancer risk factors. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*. 2015;14(3):196-202.
15. Giordano SH. Breast Cancer in Men. *The New England journal of medicine*. 2018;378(24):2311-20.
16. Benz CC. Impact of aging on the biology of breast cancer. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2008;66(1):65-74.
17. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJBcr. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast cancer research treatment*. 2017;165(1):193-200.
18. Chen Z, Xu L, Shi W, Zeng F, Zhuo R, Hao X, et al. Trends of female and male breast cancer incidence at the global, regional, and national levels, 1990–2017. *Breast cancer research treatment*. 2020;180(2):481-90.
19. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, Phillips K-A, Mooij TM, Roos-Blom M-J, et al. Risks of breast, ovarian, and contralateral breast cancer for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Jama*. 2017;317(23):2402-16.
20. Economopoulou P, Dimitriadis G, Psyrri AJCtr. Beyond BRCA: new hereditary breast cancer susceptibility genes. *Cancer treatment reviews*. 2015;41(1):1-8.
21. Iqbal J, Ginsburg O, Rochon PA, Sun P, Narod SAJJ. Differences in breast cancer stage at diagnosis and cancer-specific survival by race and ethnicity in the United States. *Jama*. 2015;313(2):165-73.
22. AÇIKGÖZ A, YILDIZ EAJEvRD. Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2017;5(1):45-56.
23. Dall GV, Britt KLJFio. Estrogen effects on the mammary gland in early and late life and breast cancer risk. *Frontiers in oncology*. 2017;7:110.
24. Momenimovahed Z, Salehiniya HJBCT. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer: Targets Therapy*. 2019;11:151.
25. Subramani R, Lakshmanaswamy RJPimb. Pregnancy and breast cancer. *Progress in molecular biology translational science*. 2017;151:81-111.
26. Chlebowski RT, Hayes DFJUPTU, Waltham, MA. Factors that modify breast cancer risk in women. *UpToDate Post TW : UpToDate, Waltham, MA*. 2022.
27. Tran ATN, Hwang JH, Choi E, Lee YY, Suh M, Lee CW, et al. Impact of awareness of breast density on perceived risk, worry, and intentions for future breast cancer screening among Korean women. *Cancer Research Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*. 2021;53(1):55-64.

28. Azam S, Eriksson M, Sjölander A, Hellgren R, Gabrielson M, Czene K, et al. Mammographic Density Change and Risk of Breast Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2020;112(4):391-9.
29. Akdeniz D, Klaver MM, Smith CZ, Koppert LB, Hoening MJJCc. The impact of lifestyle and reproductive factors on the risk of a second new primary cancer in the contralateral breast: a systematic review and meta-analysis. *Cancer causes control journal*. 2020;31(5):403-16.
30. Calhoun BC, Grobmyer SR, Simpson JF. Benign, high-risk, and premalignant lesions of the breast. *The Breast: Elsevier*; 2018. p. 116-29. e3.
31. Helm JS, Rudel RA. Adverse outcome pathways for ionizing radiation and breast cancer involve direct and indirect DNA damage, oxidative stress, inflammation, genomic instability, and interaction with hormonal regulation of the breast. *Archives of toxicology*. 2020;94(5):1511-49.
32. Al Jishi T, Sergi CJRT. Current perspective of diethylstilbestrol (DES) exposure in mothers and offspring. *Reproductive Toxicology*. 2017;71:71-7.
33. Cohn BA, La Merrill M, Krigbaum NY, Yeh G, Park J-S, Zimmermann L, et al. DDT exposure in utero and breast cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*. 2015;100(8):2865-72.
34. Davis S, Mirick DKJJoe. Medication use and the risk of breast cancer. *European journal of epidemiology*. 2007;22(5):319-25.
35. Goldvaser H, Gal O, Rizer S, Hendler D, Neiman V, Shochat T, et al. The association between smoking and breast cancer characteristics and outcome. *BMC cancer*. 2017;17(1):1-8.
36. Zeinomar N, Knight JA, Genkinger JM, Phillips K-A, Daly MB, Milne RL, et al. Alcohol consumption, cigarette smoking, and familial breast cancer risk: findings from the Prospective Family Study Cohort (ProF-SC). *Breast Cancer Research*. 2019;21(1):1-14.
37. Pizot C, Boniol M, Mullie P, Koechlin A, Boniol M, Boyle P, et al. Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Cancer*. 2016;52:138-54.
38. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet (London, England)*. 2002;360(9328):187-95.
39. Chiang PH, Tang FH, Tsai EM, Chang YC, Yang CYTBJ. Hormone therapy as risk factor of breast cancer modulated by diagnostic and lifestyle risk factors in Taiwan—A National Cohort study. *The Breast Journal*. 2019;25(3):531-4.
40. AÇIKGÖZ A, YILDIZ EAJEvRD. Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. 2017;5(1):45-56.
41. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard ØJNEJoM. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2017;377(23):2228-39.

42. Picon-Ruiz M, Morata-Tarifa C, Valle-Goffin JJ, Friedman ER, Slingerland JMJ. Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: Mechanistic insights and strategies for intervention. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2017;67(5):378-97.
43. Schoemaker MJ, Nichols HB, Wright LB, Brook MN, Jones ME, O'Brien KM, et al. Association of body mass index and age with subsequent breast cancer risk in premenopausal women. *JAMA oncology*. 2018;4(11):e181771-e.
44. Skrypnik K, Suliburska J, Skrypnik D, Pilarski Ł, Reguła J, Bogdański PJA. The genetic basis of obesity complications. *Acta scientiarum polonorum Technologia alimentaria*. 2017;16(1):83-91.
45. Kang C, LeRoith D, Gallagher EJ. Diabetes, obesity, and breast cancer. *Endocrinology*. 2018;159(11):3801-12.
46. Liu K, Zhang W, Dai Z, Wang M, Tian T, Liu X, et al. Association between body mass index and breast cancer risk: Evidence based on a dose-response meta-analysis. *Cancer management research*. 2018;10:143.
47. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif KJNE. Body fatness and cancer—viewpoint of the IARC Working Group. *New England journal of medicine*. 2016;375(8):794-8.
48. Ayan D, Eren N, Kara ZMY, Kizilkaya HO, Aksan D, Serin EJTK. Yeni Tanı Almış Meme Kanseri Hastalarında Tiroid Fonksiyon Bozukluğu, Otoimmün Tiroid Hastalığı ve Vitamin D Eksikliği Sıklığının Araştırılması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2018;38(4):340-7.
49. Szkiela M, Kusideł E, Makowiec-Dąbrowska T, Kaleta DJ. Night shift work—a risk factor for breast cancer. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 2020;17(2):659.
50. Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *bmj*. 2018;360.
51. Rodgers KM, Udesky JO, Rudel RA, Brody JGJ. Environmental chemicals and breast cancer: an updated review of epidemiological literature informed by biological mechanisms. *Environmental research*. 2018;160:152-82.
52. Cintolo-Gonzalez JA, Braun D, Blackford AL, Mazzola E, Acar A, Plichta JK, et al. Breast cancer risk models: a comprehensive overview of existing models, validation, and clinical applications. *Breast cancer research treatment*. 2017;164(2):263-84.
53. Dange V, Shid S, Magdum C, Mohite SJA. A review on breast cancer: An overview. *Asian Journal of Pharmaceutical Research*. 2017;7(1):49-51.
54. Özmen V CZ, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, et al., editors. *Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu- Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri;2012.
55. Moy L, Heller SL, Bailey L, D'Orsi C, DiFlorio RM, Green ED, et al. ACR Appropriateness Criteria® palpable breast masses. *Journal of the American College of Radiology*. 2017;14(5):S203-S24.

56. Pandve HTJAoM. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Archives of Medicine Health Sciences. 2014;2(2):254.
57. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukietka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. Annals of Agricultural environmental Medicine. 2017;24(4).
58. AYDIN A, KOÇAN S, GÜRSOY AJIAAOJHS. Turkish Women Breast Self-Examination Knowledge and Practices: A Systematic Review. International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences. 2021;7(3):99-114.
59. MemeSağlığıDerneği. Kendi Kendine Meme Muayenesi Nedir? [cited 2023 18 Ocak]. Available from: <https://memeder.org/meme-sagligi/kendi-kendine-muayene/kendi-kendine-meme-muayenesi-nedir/>.
60. Turan M, Sozen F, Eminsoy MG, Sencelikel T, Kut A, Yildirim S, et al. Practical Utility of Diagnostic Clinical Breast Examination in the Diagnosis of Breast Cancer. Cureus. 2021;13(9):e17662.
61. TRDYeterlilik Kurulu R. Türkiye Radyoloji Derneği Meme Kanseri Tarama Rehberi 2021 [cited 2023 19 Ocak]. Available from: <https://www.turkrad.org.tr/assets/DernektenHaberler-Pdf/TRD-Meme-Tarama-Rehberi.pdf>.
62. Akdeniz M, Kavukçu EJTJoFPTAHD. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. %J Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2017;21(2).
63. Niell BL, Freer PE, Weinfurthner RJ, Arleo EK, Drukteinis JSJRC. Screening for breast cancer. Radiologic Clinics. 2017;55(6):1145-62.
64. T.C.Sağlık_Bakanlığı_Kanserle_SavaşDairesi_Başkanlığı. ULUSAL KANSER PROGRAMI 2009-2015 [cited 2023 24 Ocak]. Available from: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf.
65. Ozmen VJJBH. Breast cancer in the world and Turkey. Breast Health. 2008;4(2):6-12.
66. T.C.Sağlık_Bakanlığı_Türkiye_Halk_Sağlığı_Kurumu_Kanser_Daire_Başkanlığı. Meme Kanseri Farkındalık Ayı 2022 [cited 2023 28 Ocak]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-haber/meme-kanseri-farkindalik-ayi.html>.
67. Turan Z, Yiğit FJKTD. Kadınların meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirleme ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Kocaeli Tıp Dergisi. 2021;10(3):407-20.
68. Khazaei-Pool M, Majlessi F, Montazeri A, Pashaei T, Gholami A, Ponnet KJBwsh. Development and psychometric testing of a new instrument to measure factors influencing women's breast cancer prevention behaviors (ASSISTS). BMC women's health. 2016;16:1-13.
69. MERMER G, GÜZEKİN ÖJVSBD. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi Ve Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumu. Van Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;14(1):50-62.

70. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalın PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, et al. BAHÇEŞEHİR'DE OTURAN KADINLARIN MEME KANSERİ BİLGİ DÜZEYLERİ, BİLGİ KAYNAKLARI VE MEME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ UYGULAMALARI. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2009;5(4).
71. Yıldırım A, ÖZAYDIN AJJoBH. Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/İstanbul and their attendance to breast cancer screening. Journal of Breast Health. 2014;10(1).
72. Erbil N, Dundar N, Inan C, Bolukbas N. Breast cancer risk assessment using the Gail model: a Turkish study. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP. 2015;16(1):303-6.
73. Kartal M, Ozcakar N, Hatipoglu S, Tan MN, Guldal ADJBwsh. Breast cancer risk perceptions of Turkish women attending primary care: a cross-sectional study. BMC women's health. 2014;14(1):1-8.
74. Parlar S, Bozkurt A, Ovayolu NJCÜHYD. Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;8(2):9-15.
75. Gökpınar Çevik C. Memede Kitle Şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Kitlenin Fark Edilmesinde Kendi Kendine Meme Muayenesinin Etkisi: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
76. Güner İÇ, Tetik A, Gönener HDJGTD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi. 2007;13(2):55-60.
77. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection from cancer and early diagnosis applications in Izmir, Turkey: a pilot study. Cancer nursing. 2006;29(3):207-13.
78. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, Özdemir MJTHBO-N. Kahramanmaraş'ta yaşayan bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma ve mammografi çekirme durumu ile bunları etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni Ocak-Nisan. 2009;28:14-8.
79. GÖÇGELDİ E, AÇIKEL CH, HASDE M, AYGUT G, ÇELİK S, GÜNDÜZ İ, et al. Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2008;13(4):261-5.
80. Klug SJ, Hetzer M, Blettner MJTEJoPH. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. The European Journal of Public Health. 2005;15(1):70-7.
81. Silva T, Mauad EC, Carvalho AL, Jacobs LA, Shulman LNJR. Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. Rural Remote Health. 2013;13(2):1-11.
82. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ 2021 [cited 2023 13 Nisan]. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>.

83. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellıdokuz HJTJoBH. Determination of knowledge and behavior of women working at a hospital on breast cancer early detection methods, and investigation of efficiency of planned education. The Journal of Breast Health. 2015;11(1):31.
84. Koçyığıt O, Erel S, Kısmet K, Kılıçoğlu B, Sabuncuoğlu MZ, Akkuş MAJNMJ. POLİKLİNİĞE BAŞVURAN KADINLARIN MEME KANSERİ, MEME MUAYENESİ VE MAMOGRAFİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ: İL MERKEZİNDE YAPILAN BİR ÇALIŞMA. Nobel Medicus Journal. 2011;7(2).
85. Abu-Helalah MA, Alshraideh HA, Al-Serhan A-AA, Kawaleet M, Nesheiwat AIJAPJoCP. Knowledge, barriers and attitudes towards breast cancer mammography screening in Jordan. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015;16(9):3981-90.
86. Leong H, Heng R, Emmanuel SJSmj. Survey on mammographic screening among women aged 40 to 65 years old at polyclinics. Singapore medical journal. 2007;48(1):34.
87. Chagpar AB, McMasters KMJJoSR. Trends in mammography and clinical breast examination: a population-based study. Journal of Surgical Research. 2007;140(2):214-9.
88. Secginli S, Nahcivan NOIJons. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2006;43(2):161-71.
89. Türk R, Eroğlu K, Terzioğlu F, Taşkın LJTBH. An Example from the Rural Areas of Turkey: Women Breast Cancer Risk Levels and Application and Knowledge Regarding Early Diagnosis-Scan of Breast Cancer. The Journal of Breast Health. 2017;13(2):67.
90. Bulut A, Bulut AJBCT. Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications. Breast Cancer: Targets Therapy. 2017:163-9.
91. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC cancer. 2006;6:1-9.
92. Lee EE, Fogg LF, Sadler GRJJoI. Factors of breast cancer screening among Korean immigrants in the United States. Journal of Immigrant Minority Health. 2006;8:223-33.
93. Gücük S, Üyetürk ÜJAPJocp. Effect of direct education on breast self examination awareness and practice among women in Bolu, Turkey. 2013.
94. Elshamy KF, Shoma AMJAJOH. Knowledge and practice of breast cancer screening among Egyptian nurses. African Journal Of Haematology Oncology. 2010;1(4).
95. Koç Z, Sağlam ZJMSD. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(1):25-33.

96. Guvenc I, Guvenc G, Tastan S, Akyuz AJAPJoCP. Identifying women's knowledge about risk factors of breast cancer and reasons for having mammography. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012;13(8):4191-7.
97. Dahlui M, Gan DEH, Taib NA, Pritam R, Lim JJAPJoCP. Predictors of breast cancer screening uptake: a pre intervention community survey in Malaysia. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012;13(7):3443-9.
98. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran BJIMJ. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Istanbul Medical Journal. 2014;15(3).
99. Açıkgöz A, Ergör GJMSDJoBH. KADINLARDA MEME KANSERİ RİSK ALGISINI ETKİLEYEN ETMENLER VE GAIL MODELİ İLE RİSK DÜZEYİNİN KARŞILAŞTIRILMASI. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2013;9(3).
100. Yılmaz M, Güler G, Bekar M, Guler NJAPJoCP. Risk of breast cancer, health beliefs and screening behaviour among Turkish academic women and housewives. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2011;12.

8.EKLER

EK 1 / Çalışmacılar Tarafından Hazırlanan Modifiye Gail Risk Skorlaması Sorularını da İçeren Meme Kanseri Anketi ve Demografik Veriler

MEME KANSERİ ANKET SORULARI

HASTA ADI VE SOYADI:.....

GAIL TABLO	5 YIL İÇİNDE	ÖMÜR BOYU
KATILIMCI		
GENEL		

1. YAŞ:

2. MEDENİ HALİ:

1. BEKAR 2. EVLİ 3. BOŞANMIŞ VEYA DUL

3. EĞİTİM DURUMU:

0.HİÇBİRİ 1.İLKÖĞRETİM/ORTAOKUL 2.LİSE 3.ÜNİVERSİTE 4.YÜKSEK LİSANS/DOKTORA

4. DAHA ÖNCE MEME BİYOPSİSİ YAPTIRDINIZ MI?

0.HAYIR 1. EVET(SONUÇ.....)

5. İLK ADET YAŞINIZ NEDİR?.....

6. İLK CANLI DOĞUMUNUZU KAÇ YAŞINIZDA YAPTINIZ?.....

7. BİRİNCİ DERECE AKRABALARINIZDAN MEME KANSERİ OLAN VAR MI?
(ANNE/KIZ KARDEŞ/KIZ)

0. HAYIR 1. EVET(KAÇ KİŞİDE.....)

8. MEME KANSERİ OLAN ARKADAŞINIZ VAR MI?

0. HAYIR 1. EVET

9. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMAYI BİLİYOR MUSUNUZ?

0. HAYIR 1. EVET 2.KISMEN

10. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPIYOR MUSUNUZ?

0. HAYIR 1. EVET 2.KISMEN

11. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMIYORSANIZ SEBEBİ NEDİR?

(EN ÖNEMLİSİNİ İŞARETLEYİN)

- 0) Ayda Bir Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapıyor
- 1) Bilmiyor Olmanız
- 2) Ailenizde Ve Yakın Çevrenizde Meme Kanseri Tanısı Olan Kişilerin Olmaması
- 3) Daha Önemli Sorunlarınızın Olması
- 4) Uğraşmak İstememeniz
- 5) Bir Şey Bulmaktan Korkmanız
- 6) Meme Kanserinin Yaşlı Hastalarda Olacağını Düşünmeniz
- 7) İhtiyaç Duymamanız
- 8) Zamanınızın Olmaması
- 9) Sağlığınıza Yeterli Özeni Göstermemeniz

12. MAMOGRAFİNİN NE OLDUĞUNU BİLİYOR MUSUNUZ?

0. HAYIR 1. EVET

13. DAHA ÖNCE MAMOGRAFİ ÇEKTİRDİNİZ Mİ?

0. HAYIR

1. EVET DÜZENLİ OLARAK 2 YILDA BİR

2. EVET YIL ÖNCE

14. DAHA ÖNCE DÜZENLİ MAMOGRAFİ ÇEKTİRMEDİYSENİZ SEBEBİ NEDİR?

(EN ÖNEMLİSİNİ İŞARETLEYİN)

- 0) Düzenli Olarak 2 Yılda Bir Mamografi Çektiriyor
- 1) Bilgi Eksikliği
- 2) Utanma
- 3) Ağrı Duyma Korkusu
- 4) Maliyetinin Yüksek Olması
- 5) Zamanı Olmama
- 6) Kötü Bir Sonuç Alma Endişesi
- 7) Radyasyon Alma Korkusu
- 8) İhtiyaç Duymamanız
- 9) Sağlığınıza Yeterli Özeni Göstermemeniz

15. DAHA ÖNCE KLİNİK MEME MUAYENESİ OLDUNUZ MU?

0. HAYIR

1. EVET DÜZENLİ OLARAK YILDA BİR KEZ

2. EVET YIL ÖNCE

16. DAHA ÖNCE DÜZENLİ KLİNİK MEME MUAYENESİ OLMADIYSA NİZ SEBEBİ NEDİR?(EN ÖNEMLİSİNİ İŞARETLEYİN)

0) Düzenli Olarak Yılda Bir Klinik Meme Muayenesi Oluyor

1) Bilgi Eksikliği

2) Utanma

3) Ağrı Duyma Korkusu

4) Maliyetinin Yüksek Olması

5) Zamanı Olmama

6) Kötü Bir Sonuç Alma Endişesi

7) İhtiyaç Duymamanız

8) Sağlığınıza Yeterli Özeni Göstermemeniz

17.MEME KANSERİYLE İLGİLİ SAHİP OLDUĞUNUZ BİLGİNİN KAYNAĞI NEDİR? (EN ÖNEMLİSİNİ İŞARETLEYİN)

1. Medya

2. Aile

3. Arkadaşlar

4. İnternet

5. Doktor

18. KETEMİ DUYDUNUZ MU NE OLDUĞUNU BİLİYOR MUSUNUZ?

0.HAYIR 1.EVET

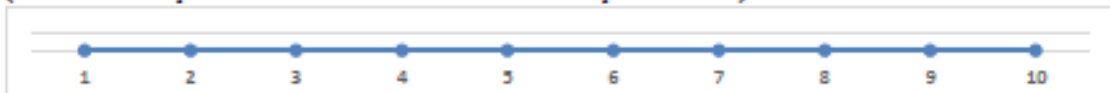
19. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMAYI DÜŞÜNÜR MÜSÜN?

(1: EN AZ DÜŞÜNÜRÜM 10: KESİNLİKLE DÜŞÜNÜRÜM)



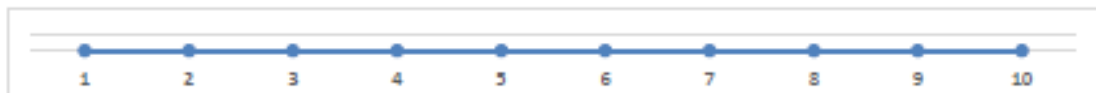
20. MAMOGRAFİ ÇEKTİRMİYİ DÜŞÜNÜR MÜSÜN?

(1: EN AZ DÜŞÜNÜRÜM 10: KESİNLİKLE DÜŞÜNÜRÜM)



21.KLİNİK MEME MUAYENESİ OLMAYI DÜŞÜNÜR MÜSÜN?

(1: EN AZ DÜŞÜNÜRÜM 10: KESİNLİKLE DÜŞÜNÜRÜM)



22.HASTA ŞUAN MAMOGRAFİ ÇEKTİRMEK İÇİN UYGUN DURUMDA MI?

UYGUN DURUMDAYSA RANDEVU ALSAK MAMOGRAFİ ÇEKTİRİR MİSİN?

0.HAYIR 1.EVET AMA ÇEKTİRMEK İSTEMİYOR 2.EVET ÇEKTİRMEK İSTİYOR

EK 2 / Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği (MEKÖD)

MEKÖD ÖLÇEĞİ		ASLA	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA	DAİMA
1	Sağlığım iyi, bu nedenle bazen meme kanseri olabileceğimi hiç düşünmüyorum.	5	4	3	2	1
2	Düzenli meme muayenesi yaptığım zaman meme kanseri olacağımı düşünüyorum.	5	4	3	2	1
3	Eğer meme kanseri olursam kadınlık kimliğimi kaybetmiş olacağım.	5	4	3	2	1
4	Sağlıklı bir yaşam sürdürmek benim için oldukça önemlidir.	1	2	3	4	5
5	Meme bakımı yapmak için kendimi motive ettim, çünkü hayatımın Tanrı' nın bir armağanı olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
6	Temel sağlık sorumluluklarımdan biri olan meme bakımı ile ilgili uygulamaları yapacağım.	1	2	3	4	5
7	Zor olsa bile, sağlık davranışlarımı ve yeme alışkanlıklarımı koruyabilirim.	1	2	3	4	5
8	Kendi Kendine Meme Muayenesi' ni doğru bir şekilde uygulayarak memede kitle bulabileceğime eminim.	1	2	3	4	5
9	Meme sağlığını korumak için rutin mamogramlarla (meme görüntüleme yöntemi) ilgili kararlar alabilirim.	1	2	3	4	5
10	Aile üyelerim, meme sağlığını iyileştirmek için önerilen bakımı uygulama konusunda beni cesaretlendiriyor.	1	2	3	4	5
11	Bütün sağlık profesyonelleri, sağlıklı kalmak için gerekli becerileri geliştirmemde bana yardımcı olurlar.	1	2	3	4	5
12	Aile üyelerim, meme kanserini önleme konusunda özen gösteriyor ve bana iyi tavsiyeler veriyorlar.	1	2	3	4	5
13	Yeterince dikkatli olmasam bile, koruyucu sağlık bakımını takip etmem için beni teşvik eden arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5
14	Meme muayenelerinin ücretini ödemek için sigorta kapsamındayım.	1	2	3	4	5
15	Meme kanseriyle ilgili sağlığımı geliştirmek için yeni bilgi ve beceri kazanacağım.	1	2	3	4	5
16	Kitle iletişim araçlarından meme kanseriyle ilgili yeni eğitim programlarını takip edebiliyorum.	1	2	3	4	5

MEKÖD ÖLÇEĞİ		ASLA	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA	DAİMA
17	Diğerleriyle uygun bir iletişime sahip olmak, meme kanserini önleme hakkında bilgi paylaşmamı sağlar.	1	2	3	4	5
18	Yüksek maliyeti nedeniyle klinik meme muayenesi yaptrabileceğimi sanmıyorum.	5	4	3	2	1
19	Meme kanseri için koruyucu bakım almaya yeterli zamanım yok.	5	4	3	2	1
20	Onu anlamakta güçlük çekmeme rağmen kendi kendine izlemeyi nasıl yapacağım konusunda sağlık profesyoneliyle konuşurum.	1	2	3	4	5
21	Meme muayenelerini yapmaktan hoşlanmıyorum, çünkü bir şeylerin kötü olduğunu öğrenmekten korkuyorum.	5	4	3	2	1
22	Meme muayenesi sırasında diğerlerinin önünde elbiselerimi çıkarmaktan utanırım.	5	4	3	2	1
23	Memelerimde bir sorun olmadığı için, meme muayenesi yapmak zorunda olduğumu hissetmiyorum.	5	4	3	2	1
24	Vücudumun yapısı nedeniyle, meme kanseri konusunda ihtiyacım olan her türlü bakım uygulamasını yapıyorum.	1	2	3	4	5
25	Sağlık profesyoneliyle konuşmaktan korkmuş olsam bile, bir sağlık merkezinde yürütülen sağlık izlemi eğitim programına katılacağım.	1	2	3	4	5
26	Meme kanseri riskini azaltmak için, boy-kilo oranımı dengeli tutmaya çalışıyorum.	1	2	3	4	5
27	Meme kanseri riskini azaltmak için her gün en az 30 dakika fiziksel aktivite (yürüme, bisiklete binme, yüzme vb.) yapıyorum.	1	2	3	4	5
28	Sağlığımı korumak ve meme kanserini önlemek için sağlıklı beslenmeye (az yağlı yemekler, sebze, meyve...) çalışıyorum.	1	2	3	4	5
29	Sağlık profesyonelinin (hekim, ebe, hemşire...) önerisine göre yılda en az bir kez meme muayenesi yaptırıyorum.	1	2	3	4	5
30	Kendi kendime muayene yoluyla bir tümör keşfettiğimde sağlık profesyoneliyle konuşacağım.	1	2	3	4	5
31	Kanser olabileceğimden korksam bile meme kanseri hakkında olumsuz düşüncelerden kaçınmaya çalışıyorum.	1	2	3	4	5
32	Günlük stresle baş etmek için gevşeme, yoga yapma, inancımı destekleyen kitabı okuma, dua etme ve olumlu düşünme gibi çeşitli yaklaşımları kullanırım.	1	2	3	4	5
33	Yorgun olsam bile, günlük hayatımda dinlenme ile iş arasında denge var.	1	2	3	4	5

EK 3 / Araştırmacılar Tarafından "Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi Ve İzlem Klinik Rehberi" Kullanılarak Hazırlanmış Meme Kanseri ile İlgili 212 Kelimeden Oluşan Bilgilendirme Metni

MEME KANSERİ BİLGİLENDİRME METNİ

1. Meme kanseri, dünyada ve Türkiye’de kadınlarda en sık görölen ve en sık ölümlü nedeni olan kanserdir.
2. Hayat boyu her 8 kadından biri meme kanseri olmaktadır.
3. Kadınların en sık görölen ve erken tanı ile en iyi tedavi edilebilen bu hastalıktan korunmaları meme kanseri taraması ile mümkündür.
4. Meme kanseri tarama programının amacı, kadınlarda klinik bulgu ortaya çıkmadan meme kanserini erken dönemde saptayarak meme kanserinden ölümlü oranının azaltılması, meme koruyucu cerrahi oranının artırılması ve tedavi ile ilgili sakatlıkların azaltılmasıdır.
5. 40-69 yaş arası meme kanseri taraması için; Ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapılmalı, yılda bir doktora meme muayenesine gidilmeli ve iki yılda bir mamografi çektilirmelidir.
6. Yapılan çalışmalar mamografinin meme kanserinden ölümlüleri %20 - %40 oranlarında azalttığını ve ortalama yaşam süresini de yaklaşık 6 yıl kadar uzattığını göstermektedir.
7. Meme kanserinde ölümlüleri azaltılmasında taramanın katkısı tedaviden 2 kat daha fazladır.
8. Günümüzde kullanılan dijital mamografi yöntemi ile daha düşük radyasyon dozu kullanılarak daha net bir görüntü alınmakta ve hastalık çok erken evrelerde iken tanı konulabilmektedir. Çekilirken alınan radyasyon dozu, bir akciğer tomografisinde alınan dozun yaklaşık 10’da 1’idir.
9. Özet olarak; Mamografi tarama için temel ve alternatifi olmayan bir yöntemdir.
10. Ayrıntılı bilgi için dilerseñiz T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberini inceleyebilirsiniz.

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38131,memekanskr20200720pdf.pdf?0>

EK 4 / Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Adı: ERZİNCAN İLİ MERKEZ İLÇESİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 40-69 YAŞ ARASI KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMALARINA YONELİK TUTUMLARI ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Ersan GÜRSOY

Diğer Araştırmacıların Adı: Araş. Gör. Cihat ÜSTÜN

1. Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

• Çalışmamızda kadınların meme kanseri taramalarına yönelik tutumlarını, taramanın önündeki engellerini ve hekimlerin hangi yaklaşımlarının hastayı tarama konusunda daha motive ettiğini belirlemek” tir

• Çalışmaya alınması planlanan kişi sayısı 264 olarak hesaplanmıştır

2. Bu çalışmaya katılmamı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

3. Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

1. Çalışmaya katılmakla herhangi bir risk görmeniz beklenmemektedir.

Çalışmada yer almanın yararları nelerdir?

Çalışmaya katılmakla meme kanseri taramalarının önündeki engellerin ve hangi yaklaşımların bu engelleri aşmakta daha etkin olduğunun belirlenmesine ve böylelikle meme kanseri taramalarının artmasına katkıda bulunmuş olacağız.

4. Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

5. Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

6. Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Cihat

GÖREVİ : ÜSTÜN

TELEFON : 0506 962 19 52

EK 5 / Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.11.2022-212539



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : E-26447783-050.06.04-212539
Konu : Dr. Cihat ÜSTÜN Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Kararı(2022-04)

02.11.2022

Sayın; Dr. Cihat ÜSTÜN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığının 27/10/2022 tarih ve 04 sayılı oturumunda alınan 04/10 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.
Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

KARAR:04/10

Dr. Cihat ÜSTÜN' e ait "Erzincan İli Merkez İlçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 40-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler " konulu uzmanlık tezi görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen araştırma görevlisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu uzmanlık tezinin; Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy çokluğuyla karar verilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul ERHAN
Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC4PP5EU4
Adres:İnterim Mahallesi, Ordu Caddesi, 34050 Merkez/Erzincan
Telefon:(0446) 223 18 99 Faks:(0446) 223 18 99
e-Posta:rektörluk@erzincan.edu.tr Web:https://ebyu.edu.tr/tr/
Kep Adresi:erzincanuniv@hs02.kep.tr

Belge Takip Adresi : https://ebyu.ebyu.edu.tr/en/Verify/Validate_Doc.aspx

Bilgi için: Yasemin İÇER
Unvan: Birim Evrak Sorumlusu
Tel No: (446)2261818