



T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FİBROKİSTİK MEME DEĞİŞİKLİKLERİ OLAN
KADINLARIN KANSER OLMA KAYGISI VE
DEPRESYON DURUMUYLA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI**

ÜNZİLE YILDIRIM

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI**

SIVAS-2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FİBROKİSTİK MEME DEĞİŞİKLİKLERİ OLAN
KADINLARIN KANSER OLMA KAYGISI VE
DEPRESYON DURUMUYLA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI**

ÜNZİLE YILDIRIM

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜLBAHTİYAR DEMİREL**

SİVAS-2019

“Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Kansere Olma Kaygısı ve Depresyon Durumuyla Başa Çıkma Tutumları” adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Döndü BATKIN ERTÜRK



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Özlem DURAN AKSOY



Üye (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Gülbahtiyar DEMİREL



ONAY

Bu tez çalışması, 01.02.2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

Tezimin seçilmesi, planlanması ve yürütülmesi esnasında çalışmalarına ışık tutan, bana yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülbahtiyar Demirel'e;
Suşehri Toplum Sağlığı Merkezi'nde birlikte çalıştığım ve bu süreçte benden yardım ve desteklerini esirgemeyen ebe, hemşire ve doktor arkadaşlarıma;
Amaçlarımın peşinde giderken beni destekleyen ve yüreklendiren, varlıklarını her an yanımda hissettiğim değerli annem, babam, kardeşimlere ayrı ayrı teşekkür ederim.

ÖZET
FİBROKİSTİK MEME DEĞİŞİKLİKLERİ OLAN KADINLARIN KANSER
OLMA KAYGISI VE DEPRESYON DURUMUYLA BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARI

Ünzile YILDIRIM

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gülbahtiyar DEMİREL

2019, 84 sayfa

Bu araştırma, fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kanser olma kaygısı ve depresyon durumuyla başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, prospektif kohort araştırma özelliğindedir. Bu çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğü güç analizi kullanılarak hesaplanmıştır. Örnekleme alınanlar evreni temsil eden oranlara göre ağırlıklandırılarak 360 kadının 172'si Suşehri Toplum Sağlığı Merkezi KETEM Birimi'nden, 188'i ise İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi KETEM Birimi'nden alınmıştır. Formlar çalışma kriterlerine uyan (15-60 yaş aralığında olması, psikiyatrik bir hastalığı olmaması, fibrokistik meme değişiklikleri dışında başka bir meme hastalığı olmaması, çalışmaya katılmaya gönüllü olması vb.) ve meme ağrısı vb. meme problemi nedeniyle ilk kez ketem birime gelen tüm kadınlara uygulanmıştır. İlk uygulamadan sonra tarama sonucunda; herhangi bir meme problemi belirlenemeyen kadınlardan oluşan 1. gruba (Kontrol grubu: 180 kişi) ve fibrokistik meme değişikliği tanısı konulan II. gruba (Vaka grubu:180 kişi) tetkik sonucu söylendikten sonraki 1. ve 3. ayda aynı formlar tekrar uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, görüşmeler (ilk görüşme, 1. ve 3. aydaki görüşme) sonrasında fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınlardan oluşan vaka grubunda kaygı ve depresyon düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksektir. Gruplardaki kadınlar ilk görüşmede, 1. ve 3. ayda orta düzey bir başa çıkma tutumuna sahiptir. 1. ve 3. ayda vaka grubundaki kadınlar kontrol grubuna göre hafif derecede daha fazla başa çıkma tutumuna sahiptir. Gruplarda emziren kadınların emzirmeyenlere göre kaygı düzeyleri daha düşük, başa çıkma tutumu ise daha yüksektir. Ailesinde/akrabasında; meme kanseri olan kadınlarda kaygı düzeyi, fibrokistik meme değişikliği olanlarda depresyon düzeyi olmayanlara göre daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Başa Çıkma, Depresyon, Fibrokistik Meme, Kadın, Kaygı, Kanser

ABSTRACT

COPING WITH ANXIETY OF GETTING CANCER AND DEPRESSION ATTITUDES OF WOMEN HAVING FIBROCYSTIC BREAST CHANGES

Unzile YILDIRIM

Master's Thesis, Department of Midwifery

Advisor: Asst. Prof. Gulbahtiyar DEMİREL

2019, 84 pages

The aim of this research is to investigate the coping with the anxiety of getting cancer and depression attitudes of women with fibrocystic breast changes. The research is a prospective cohort type. The sample size used in this study was calculated by using power analysis. The sampling was weighted according to the proportions representing the population and 172 of 360 women were included from the KETEM Unit of the Suşehri Community Health Center and 188 of 360 from the KETEM Unit of the Ibn-i Sina Community Health Center. The forms were applied to women who conformed the study criteria (15-60 years of age, no psychiatric disease, no breast disease other than fibrocystic breast changes, volunteering to participate in the study, etc.) and who went to KETEM unit for the first time with the problem of breast pain etc. After the first application, the first group (control group: 180 people) with no breast problem and the second group (case group: 180 people) diagnosed with fibrocystic breast change were re-applied the forms at the first and third months after the examination.

According to the results of the study, the level of anxiety and depression was higher in the case group consisting of women with fibrocystic breast changes than control group after the interviews (first interview, 1st and 3rd month interviews). The women in the groups had a moderate coping attitude at the first interview, at the 1st and 3rd months. In the 1st and 3rd months, the women in the case group had a slightly more coping attitude than the control group. Breastfeeding women had lower levels of anxiety than those not breastfeeding, and their coping attitudes were higher. The level of anxiety in women who had breast cancer history in their family/relatives and the level of depression in women who had fibrocystic breast change history in their family/relatives were higher than those who did not have.

Key Words: Coping, Depression, Fibrocystic Breast, Woman, Anxiety, Cancer

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK.....	i
ONAY.....	ii
YÖNERGE.....	iii
İTHAF.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Meme.....	5
2.1.1. Memenin Anatomisi.....	5
2.1.2. Memenin Fizyolojisi.....	8
2.1.3. Memenin Lezyonları	9
2.1.3.1. Memenin Benign Lezyonları.....	9
2.1.3.1.1. Fibrokistik Değişiklik.....	9
2.1.3.1.2. Fibroadenom.....	13
2.1.3.1.3. Hamartom (Fibroadenolipom).....	13
2.1.3.1.4. Papillom.....	14
2.1.3.1.5. Lipom.....	14
2.1.3.1.6. Galaktosel.....	15
2.1.3.1.7. Yağ Nekrozu ve Yağ Kisti.....	15
2.1.3.1.8. Mastit- Apse.....	15
2.1.3.1.9. Adenom.....	16
2.1.3.1.10. Filloides Tümör (Sistosarkoma Filloides).....	16
2.1.3.2. Memenin Malign Lezyonları.....	17

2.1.3.2.1. Meme Kanseri.....	17
2.1.3.2.1.1. Meme Kanserinde Risk Faktörü.....	17
2.1.3.2.1.2. Meme Kanserinin Belirtileri.....	19
2.1.3.2.1.3. Meme Kanserinde Tanı ve Tedavi.....	19
2.1.3.2.1.4. Meme Kanserinin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkisi.....	20
2.1.3.2.1.4.1. Meme Kanseri ve Depresyon.....	21
2.1.3.2.1.5. Meme Kanseri ve Başa Çıkma Tutumu.....	22
2.1.4. Meme Hastalıklarında Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları.....	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri	25
3.3. Araştırmanın Evreni.....	26
3.4. Araştırmanın Örnekleme	26
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	26
3.6. Veri Toplama Araçları	26
3.7. Araştırmanın Uygulanması	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	54
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	56
7. KAYNAKLAR	57
EKLER	71
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	71
EK 2: Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-2).....	73
EK 3: Beck Depresyon Envanteri.....	74
EK 4: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	77
EK 5: Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	80
İZİNLER.....	82

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 2: Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	35
Tablo 3: Kadınların Bazı Sağlık Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 4: Kadınların Meme Şikayetine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 5: Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Kaygı ve Depresyon Puan Ortalamaları	39
Tablo 6: Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Başa Çıkma Tutumu Puan Ortalamaları	40
Tablo 7: Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumuna Yönelik Ölçümler Arasındaki Farklılıkları	41
Tablo 8: Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Emzirme Durumlarına Göre Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumu Puan Ortalamaları	43
Tablo 9: Ailesinde/Akrabasinda Fibrokistik Meme Değişikliği Olan Kadınların Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumu Puan Ortalamaları	45
Tablo 10: Ailesinde/Akrabasinda Meme Kanseri Olan Kadınların Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumu Puan Ortalamaları	47
Tablo 11: Kadınların Meme Şikayet Süresi ile Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumu Arasındaki İlişki	49

KISALTMALAR DİZİNİ

WHO: World Health Organization

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumları Depresyon Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği



1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğumdan yaşlılığa kadar olan süreçte meme glandı sürekli bir değişim içerisinde. Meme glandının şekil ve boyutunun değişim nedenleri arasında; ırk, yaş, doğum, menstruasyon, gebelik, emzirme ve menopoz gibi çeşitli faktörler yer almaktadır (Kosova ve Arı, 2008). Bu faktörler meme glandında benign lezyonlar ve maligniteler gibi meme hastalıklarına yol açabilmektedir (Fırat ve Hayran, 1992; Barton, 1999).

Memenin en sık görülen benign lezyonları fibrokistik değişikliklerdir (Sayek, 2004). Bu değişiklikler bir hastalıktan çok memenin hormonal değişimlere verdiği artmış fizyolojik yanıt şeklinde kendini göstermekte, kadınların büyük bir kısmında puberteden sonra gelişmekte (Cardenosa, 1997) ve genellikle 20 ile 50 yaşlar arasındaki premenapozal kadınları etkilemektedir (Schnitt and Connolly, 2005). Sıklıkla memede; ele gelen kitlesel oluşumlar, kistler, nodüller, şişlik, yoğunluk artışı, ağrı ve hassasiyet ile ortaya çıkmaktadır. Fibrokistik değişikliklerde en sık yakınma, genellikle yansıyan tipte olan meme ağrısıdır (Sayek, 2004). Bilgin ve arkadaşlarının (2010) 937 hastayı incelendiği bir çalışmada meme ağrısı şikâyeti ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Meme Polikliniği'ne müracaat eden kadınlarda %50,6 (474 kişi) fibrokistik değişiklik, %4,5 (45 kişi) fibroadenom, %0,6 (6 kişi) meme kanseri saptanmıştır. Dinç ve arkadaşlarının (2013) meme ağrısı şikâyeti ile Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ve Menopoz Polikliniği'ne başvuran 376 hastayı inceledikleri çalışmada ise kadınlarda %57,4 (106 hasta) oranında fibrokistik değişiklik tespit edilmiştir.

Fibrokistik değişiklikler ya da lezyonlarının büyük bir kısmı benign etiyolojiye sahiptir (Murillo Ortiz et al, 2002; Lester, 2005). Nijerya'da 25 yıl süresince yapılan bir çalışmada bütün meme lezyonlarının %72,4'ünü (1874 vaka) fibrokistik değişiklikler oluşturmuştur (Olu-Eddo, 2011). Pakistan'da yapılan 15-25 yaş arası 800 kadının incelendiği bir başka çalışmada ise 500 kişide meme kisti tespit edilmiş olup bunların 294'ünde (%59) benign meme kisti belirlenmiştir (Kumar, 1999).

Benign bir meme hastalığına sahip olma meme kanseri oluşumunda bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Lissowska, 2007). Sağlıklı bireylerde kanser riskinin tanınması amacı ile Güneş ve arkadaşları (2007) tarafından İzmir'de 356 hasta refakatçısıyla yapılan bir çalışmada kadınların %17,1'inde (31 kadın) meme kanserine

ilişkin risk faktörü olarak kabul edilen benign meme hastalığı saptanmıştır. Bu nedenle memedeki fibrokistik değişiklikler birçok kadında kaygı, endişe ve belirsizlik duygusu yaratmaktadır (Sayek, 2004; Parkin et al, 2005). Kadınlar kanser endişesi taşımakta, bu konudaki endişeleri giderildiğinde yakınmaları azalmakta veya kaybolmaktadır (Sayek, 2004). Turgut ve arkadaşlarının (2009) Ankara Numune Hastanesi'ne meme şikâyeti ile başvuran 108 hastanın kaygısını değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmada hastaların %70,4'ünün başvuru nedeni ne olursa olsun kanser olduğuna inandıkları saptanmıştır. Aksu ve Hocaoglu (2004), Balcı ve arkadaşları (2013), Yılmaz ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmalarda meme ağrısı şikâyeti olan hasta grubunun olmayanlara göre kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Meme kanseri olma ile ilgili olarak Finlandiya'da 115 kadınla yapılan bir başka çalışmanın sürekli anksiyete testi sonucunda sağlıklı olan 28 kadının %3,6'sında anksiyete bulunurken bu oranın benign meme hastalığı olanlarda %13,2 ve meme kanseri olanlarda %11,8 olduğu tespit edilmiştir (Eskelinen and Ollonen, 2011).

Kanser olma kaygısı, kadınların ruhsal ve sosyal yaşantılarını olumsuz olarak etkilemektedir (Ollonen et al, 2005; Çetinkaya ve ark., 2008). Kontrol edilemeyen ancak yaşamak zorunda kalınan böyle dönemlerde kadınlar ölüm gerçeği ile yüzleşmektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Yaşam süresi içinde karşılaşılan bu tip kaygılar ve sıkıntılar ile baş edememe depresyonun ortaya çıkmasını hızlandırmakta ya da var olan depresyonun şiddetini artırmaktadır (Çetinkaya ve ark., 2013). Yeni tanı konmuş meme kanserli kadınlarda depresyon prevalansı %10–32 arasındadır (Wong-Kim and Bloom, 2005).

Depresyon ve kaygı kişinin mevcut rahatsızlığı ile ilgili başa çıkma tutumunu doğrudan etkilemektedir (Çetinkaya ve ark., 2013). Başa çıkma, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Çetinkaya ve ark., 2013). Ollonen ve arkadaşlarının (2005) meme hastalığı olan kadınlarla (115 kişi) yaptıkları çalışmada artmış meme kanseri riski ile yetersiz başa çıkma arasında orta derecede bir ilişki saptanmıştır. Başa çıkmanın problem temelli başa çıkma ve duygusal temelli başa çıkma olarak iki temel işlevi vardır. Problem temelli başa çıkma, problemin çözümü için gerekli adımları uygulama, farklı fikirleri değerlendirme, problemin çözümü için fikirler üretme gibi öğeleri ve sorunun çözümü için verilen bilinçli çabaları içerir. Duygusal temelli başa çıkma ise, kişi stresörlerin anlamını değiştirerek veya stresörlerin neden olduğu duyguları

yöneterek kendi duygularını tanımasını, ifade etmesini, zorlu durumlar karşısında yaşanan duygusal stresin azaltılmasını ve duygusal streslerle başa çıkarak, kendisini daha iyi hissetmesini sağlar (Özarıslan, 2013). İnsanlar kaygı yaşadıkları durumlarla başa çıkmak için; yürüyüşe çıkarak ilgiyi başka konulara dağıtmak, yakın bir arkadaş ile sohbet ederek destek almak, durum üzerinde farklı açılardan düşünerek olumsuz özellikleri olumlu biçimde yeniden yorumlamak, dua ederek dini aktivitelere yönelmek ya da ilahi adalete havale etmek gibi çeşitli yöntemler kullanmaktadırlar (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Bireylerin kaygıyla, stresle baş etme yöntemlerini belirlemek için ülkemizde yapılan çalışmalar spiritüalite ve dine yönelmenin toplumumuzda önemli bir yerinin olduğunu ve en sık kullanılan baş etme yöntemleri arasında yer aldığını göstermektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2009; Hiçdurmaz ve Öz, 2013; Çetinkaya ve ark., 2013). Çetinkaya ve arkadaşlarının (2013) 170 glokom hastasının depresyon ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma tutumlarını değerlendirdiği çalışmada kişilerin en sık duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını kullandıkları saptanmıştır. Duygusal başa çıkma yöntemlerinden ilk sırayı dini olarak başa çıkma, ikinci sırayı pozitif yeniden yorumlama ve gelişme yöntemi, üçüncü sırayı aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanma yöntemi takip etmiştir.

Fibrokistik meme değişiklikleri sık rastlanan bir problem olmasına karşın dünyada ve ülkemizde fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kanser olma kaygısını ve depresyon durumuyla başa çıkma tutumlarını inceleyen yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Halbuki sağlık kavramında beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmalıdır. Ancak beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, ruh sağlığının ise soyut konuları kapsamaması nedeniyle uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemektedir (Uğurlu ve Soydal, 2004). Bundan dolayı birinci basamak hizmetlerinde yer alan ve insanlar ile sürekli iletişim halinde olan ebeler ve hemşireler, kadın sağlığında kilit rol oynamaktadır. Ebeler ve hemşireler; kadınların beden ve ruh sağlıklarının korunmasında, kadınlara sağlık alışkanlıkları kazandırılmasında, kadın sağlığına ilişkin olumlu tutum ve davranışlar geliştirilmesinde, olumsuz olanların değiştirilmesinde önemli sorumluluklara sahiptirler (Altay, 2009; Demirel ve Gölbaşı, 2015). Ne yazık ki fibrokistik meme değişikliği gibi sık rastlanan bir problemde ruhsal boyut ebe ve hemşireler tarafından yeterince ele alınmamaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kanser olma kaygısı ve depresyon durumuyla başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H₁: Fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kanser olma kaygısı başa çıkma tutumu yüksektir.

H₂: Fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların depresyon durumuyla başa çıkma tutumu yüksektir.



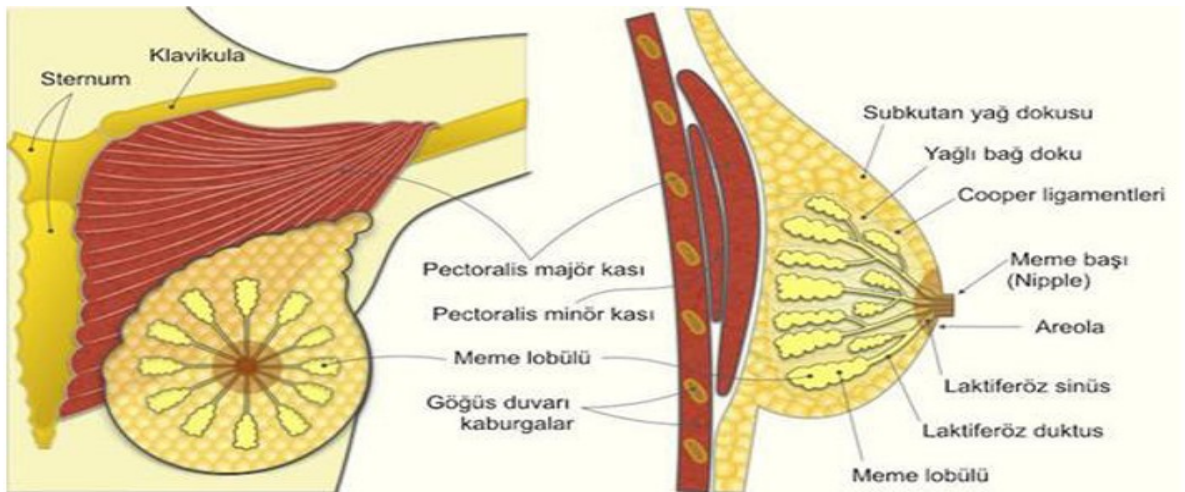
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme

Meme dokusu, süt üretimi ile görevli modifiye, apokrin bir ter bezidir (Yerli ve ark., 2013). İntrauterin hayatta gelişmeye başlayan meme dokusunda, fetal yaşamda, çocuklukta, puberte ve adölesan dönemde, gebelikte, lohusalıkta, menopozda ve her ay adet dönemi boyunca değişiklikler görülür (Gönç, 2009). Memenin şekli ırklara ve kişilere göre farklı olabildiği gibi, aynı kişide farklı yaşlarda değişiklikler görülebilmektedir. Memelerin ölçüsü ve şekli; kadının yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, gebelik, laktasyon ve menstruasyon durumuna bağlı olarak değişiklikler gösterir (Fadıloğlu, 2011).

2.1.1. Memenin Anatomisi

Meme, toraks üzerinde vertikal olarak ikinci ile altıncı kostalar arasında, medialde sternum, lateralde ön aksiller çizgi arasında aksillaya doğru uzantısı olan bir bezdir. Normalde 150-200 gr ağırlığındadır, ancak laktasyonda bu ağırlık 400-500 gr'a ulaşır (Fadıloğlu, 2011). Memenin çapı yaklaşık 10-12 cm olup santral bölgedeki kalınlığı ortalama 5-7 cm'dir (Çakır Peköz, 2016). Yetişkin bir kadında meme yuvarlak, küresel ya da koni şeklindedir (Fadıloğlu, 2011). Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis major kası üzerinde, üçte birlik bölümü ise serratus anterior kası üzerinde bulunmaktadır (Karayurt, 2008; Baron, 2010; Kaymakçı, 2014; Hunt ve ark., 2015).



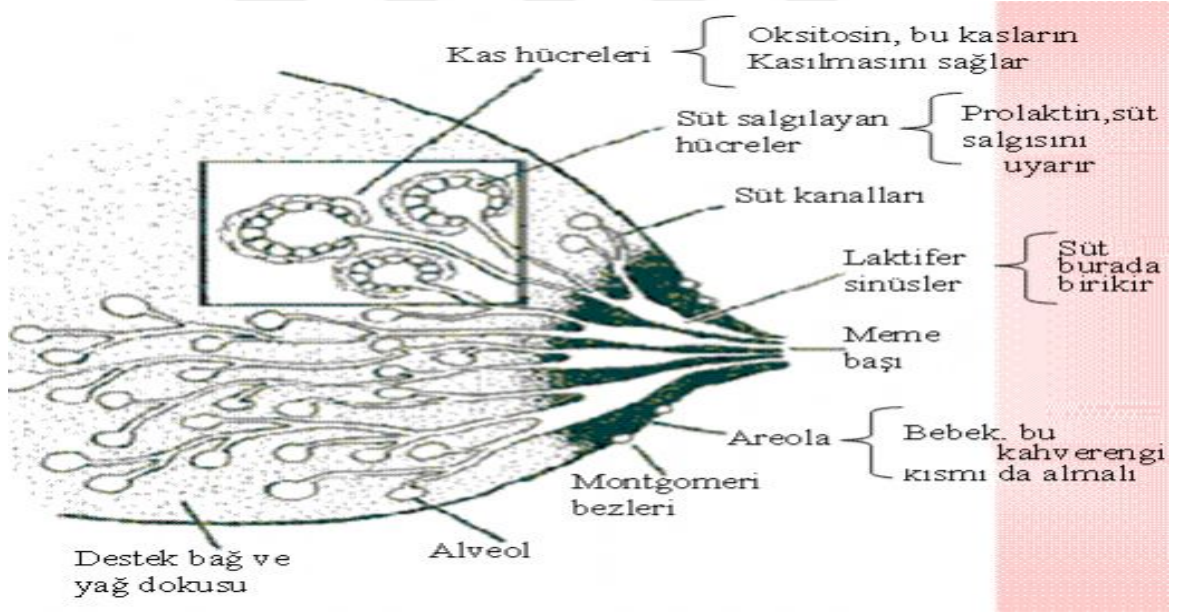
Şekil 1: Memenin Anatomik Yapısı

Kaynak: <http://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/meme-anatomisi/> (Erişim Tarihi: 11.01.2019)

Meme üzerindeki derisi, üzerinde bulunduğu pektoralis major kası ve kasın fasyası ile birlikte anatomik bir bütündür (Ünal ve İğci, 2002; Malya ve Sayek, 2013). Derinin hemen altında, meme seviyesinde yüzeysel ve derin katlara ayrılan pektoral fasya bulunur. Meme dokusu bu iki fasya tabakası arasında gelişir ve bunlar tarafından sarılır (Yerli ve ark., 2013). Bu tabakadan başlayan fibröz lifler deriye ve meme başına uzanır. Bunlar memenin üst kısmında daha fazla gelişmiş olup, burada Cooper bağlarını (ligamentini) oluştururlar (Clavel ve Chapelon, 1997). Cooper bağları meme parankimini saran, yönleri cilde dik olan ve meme dokusunu septalara ayıran fibröz bantlardır (Kopans, 2007; Debbs, 2016). Cooper ligamentleri kanser hücreleri tarafından infiltre edildiğinde kısalır. Bu kısalma meme derisinde çöküntüye yol açar. Buna deri çekintisi (retraksiyon) adı verilir. Bu bulgu, meme kanseri belirtileri açısından çok önemlidir. Pektoral fasyanın kanser hücreleri tarafından infiltre edilmesi ile meme pektoral kas üzerinde hareketsizleşir (Atasü ve Şahmay, 2001; Değerli ve Bozfakıoğlu, 2002). Meme dokusunun koltuk altına doğru olan uzantısına “spence’nin aksiller kuyruğu” adı verilir. Bu yapı meme dokusunun derin fasyayı Langer deliği olarak adlandırılan bir aralıktan geçerek aksillaya uzanmasıyla oluşur (Kopans, 2007). Memenin üst-dış kadranı diğer kadrana göre daha fazla glandüler eleman içerdiği için bu kadranda selim ve habis meme tümörleri daha sık görülür (Ünal ve İğci, 2002; Malya ve Sayek, 2013).

Meme dıştan içe doğru deri, derialtı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur. Meme dokusu temelde destek doku (stroma) ve işlevsel doku (parankima) olarak iki yapıdan oluşur (Yıldırım, 2012; Karadakovan, 2014). Stroma fibröz bağ dokusu ve yağ dokusundan ibarettir (Üstün, 2000; İpek, 2011). Stroma yağ dokusuna “capsula adiposa” adı verilir. Bu adipoz doku pektoralis major fasyasıyla beraber deri altını çevreler ve tüm lobların çevresini doldurur (Yıldırım, 2012). Memenin asıl glandüler yapısı parankima dokusudur. Parankima dokusu içinde salgı yapan birim asinüslerdir (Vannini ve ark., 2011; Karadakovan, 2014). Asinüslerin içlerinde 2 çeşit epitelyum bulunmaktadır. Bunlar; küboid veya silendirik epiteldir. Dışı ise kan, bağ dokusu ve lenf damarları ile çevrilidir (Osborne,1991). Asinüsler biraraya gelerek lobülleri, lobüller de lobları oluşturur (Ünal ve İğci, 2002; Malya ve Sayek, 2013). Loblar, üzüm salkımı görünümünde yapılar olup kendilerine ait bir kanalla meme başına açılır (Karayurt, 2008; Baron, 2010; Kaymakçı, 2014; Hunt ve ark., 2015). Loblar arasında bulunan fibröz bağ dokusu destek görevi görürken yağ dokusu boşlukları doldurur.

Her meme 15-20 lobdan meydana gelir (Ünal ve İğci, 2002; Malya ve Sayek, 2013). Her lob sekresyon hücrelerinin oluşturduğu 20-40 lobülden, her lobül 10 ile 100 asinüsten (alveol) oluşmaktadır. Loblar üzüm salkımı görünümündedir (Fadıloğlu, 2011). Her asinüsün bir kanalı vardır. Bunlar birleşerek lobüllerin kanallarını, lobüllerin kanalları da lobların kanallarını meydana getirir. (Ünal ve İğci, 2002; Malya ve Sayek, 2013). Asinüsler birleşerek terminal duktusa açılırlar (Üstün, 2000). Terminal duktusun biri lobül içinde (intralobüler segment) ve diğeri lobül dışında (ekstralobüler segment) olmak üzere iki bölümü vardır (Arslan, 2014). İnalobüler ve ekstralobüler segmentlerden memenin en küçük bölümü olan Terminal Duktal Lobüler Ünite (TDLÜ) oluşur (Tuncel, 2012; Debbs, 2016). Meme kanserlerinin çoğu TDLÜ içinden veya komşuluğundaki hücrelerden kaynaklanır. Terminal duktuslar birleşerek subsegmental duktusu oluştururlar. Bunlar da birleşirler ve segmental (laktifer) duktus meydana gelir (Üstün, 2000). Laktifer duktus meme başında genişler, laktifer sinüs olarak isimlendirilir. Laktifer sinüs de ampulla ile meme başından dışarı açılır (Şekil 1), (Üstün, 2000).



Şekil 2. Memenin Mikroskopik Anatomisi

Kaynak: <https://www.anatomi.gen.tr/meme-anatomisi.html> (Erişim Tarihi: 11.01.2019)

Meme başı ve areola memenin hemen hemen orta bölümüne rastlayan kısmında bulunur (Ünal ve İğci, 2002; Malya ve Sayek, 2013). Meme başı areolanın merkezinde yer alır (Karayurt, 2008; Baron, 2010; Kaymakçı, 2014; Hunt ve ark., 2015). Sinir uçlarından çok zengindir, yağ ve ter bezleri bulunurken, kıl folikülü bulunmaz. Areola 15-60 mm çapında olup meme derisinden daha fazla pigment içerdiğinden rengi koyudur.

Areolanın periferine yakın kısmında, Montgomery bezlerinin açıldığı morgagni tüberkülleri bulunur. Montgomery bezleri süt de salgılayabilen sebaceöz bezler olup areolada küçük kabartılar halinde görülürler (Şekil 2), (Ünal ve İğci, 2002; Carol ve ark., 2005; Malya ve Sayek, 2013).

2.1.2. Memenin Fizyolojisi

İntrauterin hayatın 15. haftasından itibaren gelişmeye başlayan meme dokusu, kadınların yaşamlarının farklı dönemlerinde büyük değişimlere uğrar. Fetal gelişim evresinde erkek fetüste testosteron etkisiyle alveol kanal sistemi gelişme göstermezken, kız fetüste 20. ve 32. haftalarda meme tomurcuklarından epitelle dōşeli süt kanallarının gelişimi gözlenir. Memelerin gelişimi doğumdan sonra puberteye kadar inaktif döneme girer (Ateş, 2014). Kızlarda puberte 10-13 yaşlarında başlar. Hipotalamusun uyarılmasıyla overlerden östrojen ve progesteron salınır. Meme kanallarında uzama ve dallanma olur. Parankimde yağ ve bağ dokusunda artma oluşur. Östrojen duktal gelişmeyi, progesteron ve prolaktin ise lobuler gelişmeyi sağlar (Başoğlu, 2010). Meme dokusu 20 yaş civarında gelişiminin doruğundadır. Ancak tam matürasyona gebelikte ulaşır. 40 yaş civarında ise memede atrofik değişiklikler başlar (Bostancı, 2008). Meme büyümesi yağ dokusu ile kollejenoz bağ dokusunun ve bunlara ilaveten süt kanallarının gelişme ve dallanmalarının kümeleşmesi şeklinde ortaya çıkar (Rogner ve ark., 1995).

Meme siklik hormonal değişikliklerden sürekli etkilenen dinamik bir organdır (Rogner ve ark., 1995; Jurk ve ark., 1998). Memede etki gösteren hormonlar hipofiz, hipotalamus ve overlerin kontrolünde salınan östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonu, kortizol ve büyüme hormonlarıdır (Engin, 2005; Ateş, 2014). Bu hormonların etkisiyle memede puberteden sonra her bir menstrual siklusta, gebelik ve laktasyonda değişiklikler gözlenir. Menstruasyon başlamadan önce, çoğu kadında memelerin yoğunluğu, büyüklüğu ve nodüleritesinde bir artma olabilir. Bunun en önemli sebebi memelerde sıvı birikmesidir. Total meme hacminin en düşük olduğu dönem, menstrual siklusun 6. ve 15. günleri arasındadır. Bu nedenle bu günler meme muayenesinin yapılabileceği en ideal dönem olarak kabul edilmektedir (Ünal ve İğci, 2002; Malya ve Sayek, 2013). Gebelik döneminde östrojen ve progesteron kanda yüksek seviyelere ulaşır (Demiral, 2009). Östrojen meme kanal dokusunun büyümesini uyarırken, progesteron lob, loböl ve alveollerin gelişimini uyarır (Ünal ve İğci, 2002). Ayrıca bu iki hormonda meydana gelen yükseklik hipofizden salınan prolaktini baskılar. Doğumla bu hormonlarda oluşun ani düşüş ile prolaktin yüksek seviyelere ulaşır ve

lohusalık dönemi boyunca etkin rol oynar. Prolaktin gebeliğin son döneminde ve doğum sonrasında süt üretimini sağlayan ana hormondur (Thomas ve ark., 2010). Laktasyon için gereklidir (Demiral, 2009). Doğumdan sonra prolaktin seviyesi 5-10 kat artar ve laktasyon devam eder. Emzirme döneminin bitmesinden sonra ise meme dokusu gebelik öncesi durumuna geri döner (Ünal ve İğci, 2002). Menopozda ise glandüler yapının proliferasyonu ve gelişmesine bağlı olarak yağ ve bağ dokusu miktarında azalma meydana gelmesi nedeniyle memelerin yoğunluğu, lobüllerin sayısı ve büyüklüğü azalır (King ve ark., 2003; Itoh ve ark., 2006; Zhi ve ark., 2008).

Memede oluşan tüm fizyolojik olaylar koltuk altı kuyruğunda da kendini gösterir (Ünal ve İğci, 2002; Malya ve Sayek, 2013). Koltuk altında lenf düğümü adı verilen yapılar vardır. Bunların sayısı yaklaşık 50 tanedir. Meme dokusunda oluşan lenf adı verilen sıvı (ak kan ya da beyaz kan) lenf kanalı (beyaz kan damarı) isimli kanallarla lenf düğümüne ulaşır. Koltuk altındaki lenf düğümlerinden çıkan kanallar ise vücudun diğer yerlerinden gelen lenf kanalları ile birleşerek kalbe giden büyük kan damarlarına açılırlar. Koltuk altında bulunan lenf düğümleri ile meme arasındaki ilişkinin önemi meme kanserlerinin bu düğümlere yayılabilesidir. Memede oluşan kanser hücreleri önce lenf kanalları aracılığı ile lenf düğümlerine, buradan da kana karışarak çeşitli bölgelere gidebilirler. Dolayısıyla meme kanserinin hangi evrede olduğunun belirlenmesinde en önemli nokta koltuk altı lenf düğümlerine kanserin yayılıp yapılmadığının belirlenmesidir (İşgör, 2018).

2.1.3. Memenin Lezyonları

2.1.3.1. Memenin Benign Lezyonları

Benign meme hastalıkları tüm meme hastalıklarının yaklaşık olarak %90'ını oluştururlar (Kopans, 2007). Benign meme lezyonları palpe edilebilir olmaları ya da radyografik bulgu vermelerinin yanı sıra bu lezyonları takiben gelişecek meme kanseri riskini belirlemeleri nedeniyle de önemlidir (Santen ve Mansel, 2005).

2.1.3.1.1. Fibrokistik Değişiklik

Kadınlarda memede en sık görülen benign lezyondur (Üner, 2014). 30 yaş üstü kadınların yaklaşık yarısında görülen, asemptomatik olabilen veya kadının ağrı, hassasiyet veya değişik boyutlarda memede ele gelen kitle şikâyeti ile gelebildiği duktus ve stromanın benign değişikliklerinden meydana gelir. Kesin patogenezi net olarak bilinmese de hormonal dengesizliğin, özellikle progesterona karşılık östrojenin

üstünlüğünün oluşumunda önemli rol oynadığı sanılmaktadır. (Cardenosa, 1997; Berg ve ark., 2003; Chen ve ark., 2008). Bu hormonlar iki önemli mekanizmayı etkiler:

- ✓Hormon etkisine bağlı sekresyonun retansiyonu sonucu duktal ektazi ve kist gelişimi,
- ✓Duktal ve lobüler epitelin endokrin uyarıya bağlı proliferasyonu ile çeşitli patern ve derecelerde olan epitelyal hiperplazi sonucunda adenozis, epitelyozis ve atipik hiperplazi gelişimi.

Fibrokistik değişiklikte fibröz bağ dokusunda aşırı bir proliferasyon, duktus epitelinde ve lobüllerde hiperplazi gibi değişiklikler görülebilir. Bunlar ayrı ayrı veya hepsi bir arada bulunabilir (Cardenosa, 1997). Bu değişiklikler %30 sıklıkla duktal ve lobüler epitelyal hiperplazi şeklinde olur ve gelecekteki kanser gelişim riski açısından sadece bu grup önem taşır (Ünal, 1995). Fibrokistik değişikliğin malignite riski taşıyan komponenti epitelyal hiperplazidir. Epitelyal hiperplazi glandüler yapılar içindeki epitelyal hücrelerin aşırı proliferasyonudur (Koçak, 2010). Memede küçük duktusların proteinöz sıvı ile dilatasyonu sonucu kist oluşumu ve değişik derecelerde stromal fibrozis meydana gelebilir (Kopans, 2007). Kısaca histopatolojik olarak fibrokistik değişiklik; kistler, adenozis, fibrozis, epitelyal hiperplazi ve duktal ektaziyi içeren komponentten oluşur (Cardenosa, 1997);

Kistler: Kadın meme dokusunda en sık izlenen lezyon kistlerdir. Kistler histolojik olarak, periferik duktal segmentlerin lokal genişlemesi ve sıvı ile dolması sonucu gelişir (Arslan, 2014). Sıklıkla terminal duktal üniteye görülür ve fibrokistik değişiklikler ile ilişkilidir. Unilateral veya bilateral, soliter veya multipl ve çeşitli boyutta olabilirler (Tuzlalı, 2014). Kistlerin içeriği berrak, sarımsı veya süt renginde olabilir. Eğer daha önce kanamış ise yeşil-mavi, kahverengi veya siyah olabilir (Siegelmen, 2004).

Meme kistleri 35-50 yaş arasında perimenopozal dönemde oldukça sık görülen lezyonlardır (Cardenosa, 1997). Premenstruel dönemde ağrıya sebep olabilirler. Muayene sırasında büyük kistler palpe edilir ve kitle kuşkusu uyandırabilirler (Arslan, 2014). Kistleri tespit etmede öncelikli tetkik ultrasonografidir. Ultrasonografide basit kistler, keskin konturlu, tümüyle anekoik, ince duvarlı, internal eko veya septa içermeyen lezyonlardır (Saydam, 2002). Mamografide kistler yağ dokusu ile çevrelendiklerinde iyi sınırlı olarak izlenir ancak meme dokusu ile çevrili olduklarında konturları net ayırt edilemez (Arslan, 2014).

Adenozis: Sıklıkla rastlanan benign meme lezyonlarından biridir (Kopans, 2007). Histolojik olarak lobül hiperplazisinden sklerozan adenozis, fibrozis ve kalsifikasyonlara kadar uzanan değişikliklerdir. Adenoziste lobül içerisindeki normal boyuttaki asinüslerin sayıca artışı izlenir ve bu sayıca artış lobüller organizasyon içerisinde sınırlı kalır ve stromayı infiltre etmez (Tuzlalı, 2014). Rastlantısal olarak biyopsilerde tespit edilebilmektedir (Taşkın ve ark., 2011). Künt duktal adenozis, sklerozan adenozis, radyal skar ve mikroglandüler adenozis olmak üzere dört gruba ayrılır (Landis, 1998).

-Künt (Blunt) duktal adenozis: Duktusların intraglandüler proksimal kesimlerinin küçük kistik ekspansiyonu sonucu gelişen, içleri sekresyon dolu genişlemelerdir. Bu grup adenozisler intraglandüler yerleşimli olup, duktal segmentler ile ilişkileri bulunmaz (Debbs, 2016). Bu adenozislerde de diğer adenozislerde görüldüğü gibi keseciklerin içini döşeyen, hafif hiperplazi gösteren yassı epitel mevcuttur (Saydam, 2002).

-Sklerozan adenozis: Perimenopozal dönemde, desmoplazinin ve distorsiyonun eşlik ettiği glandüler lobüler epitel, myoepitel ve stromal elemanlardan kaynaklanan proliferatif değişikliklerdir (Cardenosa, 1997). Sklerozisin eşlik ettiği sklerozan adenozis, kansere benzer görünüm oluşturması nedeniyle patolog ve radyologlar için problem oluşturmaktadır. Sklerozan adenozise özellikle eşlik eden atipik hiperplazi varlığında kanser gelişme riski artmaktadır (Kopans, 2007). Sklerozan adenozis %12 benign, %5-7 malign patolojilere eşlik etmekte (Taşkın ve ark., 2011) olup malignite riski genel popülasyona oranla yaklaşık 1,7-3,7 kat artmıştır (Tuzlalı, 2014).

-Mikroglandüler adenozis: Küçük boyutlu tübüllerin yağ ve bağ dokusu içerisine doğru büyüyerek oluşturduğu adenozis grubudur (Debbs, 2016). Mamografide yüksek dansiteli, tümör benzeri lezyonlar şeklinde gözlenir ancak nadiren generalize formda izlenir (Saydam, 2002).

-Radial skar (benign sklerozan duktal lezyon): Radial skarın sklerozan adenozisin bir varyantı olduğu düşünülmektedir (Cardenosa, 1997). Radial skar yağ içeren santralden dışarıya doğru ışınal yayılım gösteren konnektif doku bantlarıyla karakterize; santral skleroz, epitelyal proliferasyon, apokrin metaplazi ve papillom formasyonu ile karakterize non-neoplastik meme anomalisidir (Cardenosa, 1997). Radial skarlar, 1 cm'den büyük ise kompleks sklerozan lezyon olarak tanımlanmaktadır (Atlıhan, 2018).

Fibrozis: Memedeki fibröz bağ dokunun neoplastik olmayan proliferasyonudur. Memede ele gelen kitle şeklinde belirti verebileceği gibi sadece mamografide kötü sınırlı lezyon veya parankimal distorsiyon alanı şeklinde de karşımıza çıkabilir (Kopans, 2007).

Duktal Ektazi (Plazma Hücreli Mastit): Memenin subareoler bölgesindeki toplayıcı kanallarının dilatasyonu ve etraflarında iltihabi reaksiyon ve fibrozis ile karakterizedir (Atlıhan, 2018). İlk şikâyet meme başı akıntısıdır. Koyu ve renkli bir akıntı oluşur. Hastalık ilerledikçe periduktal fibrozis ve iltihabi lenfosit infiltrasyonu oluşur. Genişleyen duktuslar palpasyon ile hissedilebilir (Dahnert, 1996; Cardenosa, 1997). İleri dönemlerde gelişen fibroze bağlı meme başı retraksiyonu görülebilir. Ultrasonografide dilate subareoler duktuslar ve hiperekoik periduktal fibrozis izlenir (Atlıhan, 2018).

Epitelyal Hiperplazi: Epitelin benign intraduktal proliferasyonu ile karakterizedir. Duktal, lobüler, atipik hiperplazi şeklinde kategorize edilebilir (Tavassoli ve ark., 2003).

✓**Duktal hiperplazi (epitelyozis):** Epitelin benign intraduktal proliferasyonu yaygın veya fokal olarak görülür.

✓**Lobüler hiperplazi:** Adenozis şeklindeki yoğun asiner hiperplaziye bağlı lobül büyümesi olur.

✓**Atipik hiperplazi (atipi):** Yapılan biyopsilerin %3,6'sında duktuslarda duktal atipik hiperplazi, lobüllerde ise lobüler atipik hiperplazi görülür. Normal popülasyona göre karsinom riski 4-5 kat artmıştır ve yaşla birlikte risk de artar (Tavassoli, 1999; Tavassoli ve ark., 2003). Atipik hiperplazinin iki tipi vardır:

-**Atipisiz duktal hiperplazi:** Postmenopozal hastalarda görülen ve in situ duktal karsinomun bazı özelliklerini taşıyan durumdur (Dupont ve Page, 1998). Benign bir duktal proliferasyon olup santrale doğru proliferen hücreler ve sekonder lümen oluşumu ile karakterizedir. Mikrokalsifikasyon varlığı dışında mamografide tespiti mümkün değildir. Sıklıkla periferik yerleşimli, düzensiz şekilli ve çaplarda izlenir. Epitelyal, myoepitelyal ve apokrin metaplazi gösteren hücreler sık olarak eşlik edebilir (Tavassoli, 1999; Tavassoli ve ark., 2003).

-**Atipik lobüler hiperplazi:** Benzer şekilde in situ lobüler karsinomun bazı özelliklerini taşır (Dupont ve Page, 1998). Lobüler ünitelerde atipik epitel hiperplazisi gözlenir. Premalign-yüksek riskli lezyon olarak kabul edilir. Görüntüleme bulguları

non-spesifiktir. Ayırıcı tanısında Lobuler Karsinoma İn Situ (LKIS) ve atipik duktal hiperplazi yer alır (Harris ve ark., 2004).

2.1.3.1.2. Fibroadenom

Memenin en sık görülen benign solid kitleleri fibroadenomlardır (Greenberg ve ark., 1998). Fibroadenomlar benign, iyi sınırlı stroma (fibroblast ve kollajen) kitleleridir (Kopans, 2007). Tüm meme biyopsilerinin %40-50'sinin sonucu fibroadenomdur (Greenberg ve ark., 1998). Genel popülasyonun %20'sinde görülür. İki yaş grubunda pik yaparlar: ilk pik genç kızlarda, 13-20 yaşları arasında; ikinci pik menopoza dönemine yakın kadınlarda oluşur (Goel ve ark., 2005).

Tek veya çok sayıda (%15) olabilirler. Klinik olarak fibroadenomlar palpabl, genellikle mobil, sert, lastik kıvamında kitleler olarak saptanırlar. Sınırları düzgün ya da lobüle olabilir. Boyutları değişkendir (Macura ve ark., 2006). Fibroadenomlar involusiyona uğradıklarında kalsifiye olabilirler (Greenberg ve ark., 1998). Çoğu ağrısızdır. Birçok kitle ile benzer muayene bulguları vardır. Genelde kistlerle karışmaktadır (Kopans, 2007). Malignitelerden ayırmaları sağlayan sonografik özellikleri düzgün şekil ve sınır özellikleri, homojen eko yapısı, transvers boyutunun ön-arka boyutundan büyük olması, malignitelerden daha ekojen, yağ dokusundan ise daha az ekojen olarak izlenmesi, arkasında hafif akustik güçlenme izlenebilmesidir. Ancak bu özellikler tüm fibroadenomlarda izlenmemekte olup malignitelerle karışabilmektedir (Skaane ve Engedal, 1998).

Fibroadenomların gebelik ve laktasyon sırasında boyutları artarken, menopoza sonra küçülürler (Stavros, 2004). Adölesanlarda görülen, artmış sellüeriteye sekonder hızlı büyüyen fibroadenomlara “juvenil fibroadenom” denir. Klasik fibroadenomlara göre daha iri, hipervasküler ve daha sellüler karakterdedir. 6 cm'yi aşan fibroadenomlar “dev fibroadenom” olarak adlandırılırlar (Tuzlalı, 2014). Hızlı büyümelerinin nedeni epitelyal komponentlerinin fibröz komponente göre baskın olmasıdır. Gerek dev fibroadenomlar gerekse juvenil fibroadenomlar histolojik ve radyolojik olarak diğer fibroadenomlara benzer ve malign potansiyel taşımazlar (Goel ve ark., 2005).

2.1.3.1.3. Hamartom (Fibroadenolipom)

Fibroadenolipomlar meme dokusunun nadir görülen hamartomatöz lezyonlarıdır. Yağ içerisindeki fibröz ve adenomatöz nodüller elemanların proliferasyonu ile oluşan, yağ dokusundan oluşan bir kapsülü olan kitlelerdir (Kopans, 2007). Çok hareketli olmaları

nedeniyle meme fareleri olarak da adlandırılmışlardır. Daha sık genç yaş grubunda tanı konulmasına karşın, 50 yaş civarında tarama mamografilerinde kalsifiye bir lezyon olarak da ilk kez saptanabilir (Saydam, 2002).

Ultrasonografide içerdiği yağ ve fibröz doku komponenti nedeniyle çevre dokudan net ayırt edilemeyebilir (Chao ve ark., 2007). Hamartomların %60 kadarı subklinik, yani palpasyonla tespit edilemezler. Fiziksel muayenede yumuşak yüzeyle ve çevre dokulara karşı hareketli yumuşak, yuvarlak veya oval nodüler oluşumlar olarak ortaya çıkan klinik olarak belirgin formlardır. Genellikle herhangi bir semptomla ilişkili değildir. Bir hamartomun malign dönüşümü çok nadir görülen bir olaydır, ancak kitle epitel dokusu içerdiğinden ortaya çıkabilir (Presazzi, 2015).

2.1.3.1.4. Papillom

Papillomlar benign epitel hücreleri ile örtülü santralinde fibrovasküler doku bulunan intraduktal tümörlerdir (Fisher, 2004). En sık kanlı ya da seröz meme başı akıntısına neden olan meme kitlesidir. Genellikle subaerolar bölgede ana duktuslar içinde izlenmekte olup soliter papillomlar duktusu genişletecek kadar büyüdüklerinde görüntülenebilir hale gelirler. Kanseri öncülleri değildir ancak gelişmeleri durağan olmayan epitel varlığı konusunda uyarıcı olabilir (Kopans, 2007).

Görüntüleme yöntemleriyle güçlükle tanınırlar. Mamografide genelde fark edilmezler (Saydam, 2002). Ultrasonografide ise retroareolar bölgedeki büyük papillomlar tespit edilebilir. Meme duktuslarına iyotlu kontrast madde verilmesini takiben alınan mamografi görüntülerinde (galaktografi) intraduktal dolun defektleri olarak saptanırlar (Çakır Peköz, 2016). Tek olmakla birlikte çok sayıda da görülebilmektedirler. Çok sayıda görüldüğünde genellikle periferde yer alırlarken, tek olduklarında subareolar alanda santral duktus içinde bulunurlar (Ganesan ve ark., 2006).

2.1.3.1.5. Lipom

Lipomlar bol adipoz doku alanlarında gelişen benign mezenkimal tümörlerdir. İnsidans, tüm mezenkimal tümörlerin yaklaşık %16'sını oluşturur. Genellikle derinin altında serbestçe hareket edebilen hamur hissi veren, iyi düzenlenmiş, kapsüllenmiş kitleler gelişir. Vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir. Memede, çapları küçük olma eğiliminde oldukları için değişken öyküsü ve klinik seyri nedeniyle tanısal bir çalışmaya ihtiyaç vardır (Ramirez Montano ve ark., 2013) Ultrasonografide cilt altı yağ ile benzer ekojenitede, düzgün sınırlı, çoğunlukla ince kapsülü olan solid lezyonlar şeklinde

izlenirler. Mamografide ince bir kapsül ile çevrili düzgün sınırlı radyolüsent lezyon olarak görülür ve çevre meme parankim dokusunda itilmeye neden olurlar (Lanng ve Eriksen, 2004). Tamamen yağlı memelerde lipomu seçebilmek zordur. Lipomlarda kalsifikasyon çok nadir izlenir (Santen ve Mansel, 2005)

2.1.3.1.6. Galaktosel

İçerisinde süt dolu meme kistleridir. Süt veren veya gebe kadınlarda palpable kitle izlenir, laktasyondan sonra yıllarca görülebilir (Atlıhan, 2018). Tıkanan bir duktusun genişlemesi sonucu biriken sütün yağ ve sıvı komponentlerine ayrışması sonucu oluşur. İyi sınırlı kistik lezyonlar olup içerdikleri komponentlere bağlı mamografide ve ultrasonografide farklı görünüm oluşturabilirler (Kim ve ark., 2006). Ultrasonografide galaktoselin süt içeriğine bağlı olarak iç yapısı anekoik ya da hipoeoik olarak gözlenir. Mamografide dens meme dokusu içinde gizlenebilir (Arslan, 2014).

2.1.3.1.7. Yağ Nekrozu ve Yağ Kisti

Travma nedeniyle yağ hücrelerinden açığa çıkan serbest lipidlerin yabancı cisim reaksiyonuna neden olması sonucu oluşur. Travma, ameliyat sonrası ya da radyoterapi sonrası ortaya çıkan kitlelerde akla gelmelidir (Taboada ve ark., 2009). Ancak yağ nekrozu olgularının sadece %40'ında travma ya da operasyon öyküsü bulunmaktadır. Diğerlerinde kist ya da duktus rüptürü, fark edilmeyen travmalar gibi etiyojiler söz konusudur.

Yağ nekrozları genelde asemptomatik olabildiği gibi ele gelen kitle veya hassasiyet şeklinde ortaya çıkar (Taboada ve ark., 2009; Atasoy ve ark., 2013). Ultrasonografide fibrozis nedeniyle, oldukça hipoeoik yapıda, düzensiz sınırlı, posterior akustik gölgelenme gösteren kitleler şeklinde izlenir (Saydam, 2002). Yağ kistleri bir yağ nekrozu çeşididir. Ultrasonografide düzgün sınırlı, yuvarlak ve kapsüllü anekoik basit kist özelliğinde ancak, posteriorunda akustik güçlenme yerine akustik gölgelenme izlenen lezyonlar yağ kisti olarak değerlendirilmelidir (Saydam, 2002).

2.1.3.1.8. Mastit- Apse

Genellikle puerperal dönemde görülen ve stafilokokların neden olduğu enfektif meme lezyonlarıdır. Akut mastitlerin mamografik görünümü parankimde yoğunluk artışı, ciltte kalınlaşma ve aksiller lenfadenomegalidir (Sabate ve ark., 2005). Kronik mastit, yaşlı kadınlarda görülen memenin aseptik enflamatuvar bir lezyonudur. Bu hastalığa plazma

hücreli mastit adı verilir. Olaylar duktuslar içerisindeki sekresyonun, periduktal bağ dokusuna sızması sonrası ortaya çıkar (Cardenosa, 1997). Granüloamatöz mastit ise etiyojisi bilinmeyen, klinik olarak meme kanserini taklit eden, memenin nadir görülen enflamatuar hastalığıdır. Çoğunlukla genç kadınlarda görülür. Mamografik olarak meme kanseri ile benzerlik gösteren hastalığın ayrımı ultrasonografi ile yapılabilir (Sabate ve ark., 2005).

Meme absesi genellikle laktasyondaki bireylerde oluşur, çoğunlukla retroareoler yerleşimlidir. Ultrasonografi ile apse kaviteleri saptanabilir ve olası enflamatuar meme kanserinden ayrımı sağlanır. Ultrasonografide düzensiz sınırlı, mikst eko patterninde ya da nisbeten düzgün konturlu, düşük ekolu ve posterior akustik güçlenmesi bulunan kitle şeklinde izlenir (Türkan Yılmaz, 2014).

2.1.3.1.9. Adenom

Oldukça nadir görülen benign bir lezyondur (Fisher, 2004). Tübüler adenomlar ve laktasyon adenomları olarak iki alt gruba ayrılırlar. Tübüler adenomlar genç kadınlarda izlenen iyi sınırlı lezyonlar olup, küçük tübüler lezyonların proliferasyonu sonucu çevre dokudan yalancı bir kapsül ile ayrılırlar (Fisher, 2004; Kopans, 2007).

Klinik olarak ağrısız, iyi sınırlı ve mobil kitlelere neden olur. Mamografide homojen dansitede, iyi sınırlı, yuvarlak, oval veya lobüle şekilli lezyonlar olarak izlenir. İç yapısında mikrokalsifikasyonlar görülebilir. Halo bulgusu izlenebilir (Arslan, 2014). Adenomlar Ultrasonografi'de iyi sınırlı, oval şekilli, homojen internal eko paterninde, orta-güçlü posterior akustik güçlenme veya akustik gölgelenme gösteren lezyonlar şeklinde izlenirler (Fisher, 2004; Kopans, 2007).

2.1.3.1.10. Filloides Tümör (Sistosarkoma Filloides)

Filloides tümör gerek klinik gerekse patolojik ve radyolojik açıdan fibroadenomlara çok benzeyen, epitel ve stromal hücreler içeren bir tümördür. Eskiden sistosarkom olarak adlandırılmasının nedeni malign formunda sarkomlar gibi aksiller lenf nodları yerine akciğer metastazının sık görülmesi ve duktal yapılarda uzama ve bozulmaya yol açarak kistik boşluklar oluşturmasıdır (Kopans, 2007). Karsinomlara göre daha erken yaşlarda, fibroadenomlara göre daha geç yaşta görülmektedir. Memede ağrısız, yuvarlak ve mobil kitle görünümünde olup, ortalama çap 5-9 cm civarındadır. Mamografi ile tanısı mümkün değildir (Saydam, 2002). Ultrasonografide genellikle iyi sınırlı oval ya da lobüle olup fibroadenomlara benzerler, kalsifikasyon görülmez (Saydam, 2002).

Boyutları küçük olduğunda fibroadenomlarla karışabilirler. Bazen periferik kistik alanlar içerirler (Tuzlalı, 2014).

2.1.3.2. Memenin Malign Lezyonları

2.1.3.2.1. Meme Kanseri

Organizmaların yapı taşları olan hücreler belli bir hızda ve kontrollü olarak çoğaldığı gibi, yaşlandığında da belli bir hızda yıkıma uğramaktadır (Erhan ve ark., 2000). İnsan vücudunda bulunan hücrelerin görevlerini kontrollü bir şekilde yerine getirmesini sağlayan DNA’da meydana gelen değişiklikler neticesinde hücrelerin çoğalmasını sağlayan mekanizma ortadan kalkmakta ve hücreler kontrolsüz bir şekilde çoğalmaktadırlar. Kontrolsüz bir şekilde çoğalmaya başlayan hücrelerin meydana getirdiği bu oluşum ‘kanser’ olarak adlandırılmaktadır (Özmen ve ark. 2009).

Meme kanseri, lobülleri ve duktusları oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalması sonucu meydana gelen tümörlerden oluşan kronik bir hastalıktır. Kanser, normal bir hücrede DNA mutasyonunun meydana gelmesi sonucunda bu hücrelerin bölünerek ve çoğalarak sağlıklı meme dokularını kaplamaya başlamasıyla oluşmaktadır (Kaymakçı, 2011). Meme dokusunun herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. En sık görülen tipi; meme kanallarından kaynaklanan “duktal” kanser denilen kanserlerdir. Süt üreten bezlerden köken alan “lobüler” kanserler de sık görülür. Ayrıca diğer dokulardan kaynaklanan daha nadir medüller, tübüler, müsinöz gibi tipleri de vardır (Onat ve Başaran, 2003).

Kadınlarda en sık görülen kanser tipi meme kanseridir ve kansere bağlı ölümler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alır (Fauci ve ark., 2008; Torre ve ark., 2012; Jemal ve ark., 2014). Dünyada 100.000’de 38,9 oranında görülen meme kanseri, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre 100.000’de 40,7’dir. Kanser tanısı alan her 4 kadından biri meme kanseridir ve bu oranın gün geçtikçe artacağı düşünülmektedir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5’i 50-69 yaş arasında, %40,4’ü ise 25-49 yaş aralığında yer almaktadır (THSK, 2017).

2.1.3.2.1.1. Meme Kanserinde Risk Faktörü

Hastalığın oluşma olasılığını etkileyen her şey meme kanserinde risk faktörüdür (Mermer, 2010). Meme kanseri birçok risk faktörü ile ilişkili olduğu için görülme sıklığı da farklılık göstermektedir (Manjer ve ark., 2000).

Genetik faktörler: Aile hikayesi ile meme kanseri riski arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. İki ya da daha fazla birinci derece akrabası (annesi, kız kardeşi ya da kızı) meme kanseri olan kadının riski yaklaşık olarak beş kat fazladır (Açıkgöz ve Ellidokuz, 2011). Genetik geçiş gösteren meme kanseri gen mutasyonu anneden çocuklarına aktarılmakta ve hasarlı geni taşıyan bireyde yaşam boyu meme kanseri gelişme riski (%87) artmaktadır (Jones ve ark., 2005). Aile hikayesinde meme kanseri olan kişilerde meme kanserinin ortaya çıkma yaşı daha erken olup, hastalık bilateral olmaya eğilimlidir ve hastalığın ortaya çıkışı özellikle annesinde meme kanseri olanlarda daha da belirgindir (Bostancı, 2008).

Yaş ve cinsiyet: İleri yaşlarda kanser görülme riski artmaktadır. Bunun sebebi yıllar boyunca çevresel maruziyetin, dış etkenlerin birikerek genetik değişikliklere yol açmasıdır (Edwards ve ark., 2002). Tüm kanserlerin %77'si 55 yaş ve üzerinde görülmektedir. 20 yaşında bir kadının meme kanseri riski %0.05 iken, bu oran 40 yaşında %1.49'a, 60 yaşında ise %3.45'e yükselmektedir (Aslan, 2007). Meme kanserinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülmektedir. Kadın olmak meme kanseri gelişiminde en önemli risk faktörüdür (Smeltzer ve Bare, 2010).

Doğurganlık ve endokrin faktörler: Endojen östrojen düzeyinin artması ve östrojene uzun süre maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır. Menarş yaşının erken olması (12 yaşından önce) meme kanseri riskini artırırken; menarş yaşında iki yıllık bir gecikme olması meme kanseri riskini %10 oranında azaltmaktadır (Artaç, 2012).

Hiç doğum yapmamış kadınlarda, kanser riski doğum yapmış kadınlara göre 1,4 kat daha fazladır. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre 4-5 kat fazladır. Hiç doğum yapmamış kadınlarda bu risk 20 yaşından önce doğum yapmış olanlara göre ise 2 kat fazladır (Darendeliler ve Ağaoğlu 2003; Onat ve Başaran 2003). Bunun nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen emzirme süresinin artmasına bağlanabilir, çünkü farklı çalışmalarda uzun süreli laktasyonun toplam ovuluar dönem sayısını azaltarak koruyucu bir etki gösterdiği saptanmıştır. Riskin 4-12 ay arasında emziren kadınlarda %11; iki sene ve daha fazla emzirenlerde ise %25 oranında azaldığı gösterilmiştir (Bostancı, 2008).

Meme kanseri riskini artıran endokrin faktörlerden birisi de hormonal kontraseptif kullanımıdır. Oral kontraseptif kullanan kadınlarda hiç kullanmayan kadınlara oranla meme kanseri riskinin yüksek olduğu ve bu riskin hap kullanımı kesildikten sonra zaman içerisinde normale geri döndüğü belirtilmektedir (Polat, 2015). Geçmişte

kullandığı halde en az 10 yıldır bu hapı almamış kadınlarda, haplardan dolayı potansiyel oluşabilecek meme kanseri görülme riskinin tamamen ortadan kalktığı ifade edilmektedir (Atlıhan, 2018).

Benign meme hastalığı: Proliferatif değişiklikler gösteren benign meme hastalıklarında risk artmıştır. Atipisiz hiperplazilerde risk 1,5-2 kat artmışken atipik hiperplazilerde meme kanseri riski 4,4 kat artmıştır. Sklerozan adenozis meme kanser riskinde sadece hafif bir artış yaratır. Radyal skar ve kompleks sklerozan lezyonlarda epitelyal atipi varlığında ilişkili bir malignite riski söz konusudur (Sondik, 1994). Ayrıca çevre kirliliği, sigara, alkol, düşükler, çevresel kaynaklı kimyasal maddelere maruz kalma ve yüksek yağ içeren diyet meme kanserinin gelişmesinde rol oynamaktadır (Sohbet ve Karasu, 2017).

2.1.3.2.1.2. Meme Kanserinin Belirtileri

Meme kanseri olan kadınlarda ilk bulgu çoğunlukla rastlantısal olarak bulunan mamografi anormalliği ya da ele gelen kitledir. Kitle genelde ağrısız, sert ve hareketsizdir ve %45 oranıyla en sık olarak üst dış kadranda görülür. Meme kanseri kitle dışında meme başı akıntısı, meme üzerindeki ciltte değişiklik ya da meme ağrısı şikayetleriyle de kendini gösterebilir (Girişken Veliöglü, 2015). Meme kanserli kadınların ortalama %10 kadarında ilk belirti meme başından gelen akıntıdır. Akıntının önemli özelliği de seröz, seröz- kanlı ya da kanlı oluşudur. Meme içerisinde büyüyen tümör, Cooper bağlarına infiltre olduğunda, bu bağların kısılmasına neden olur. Cooper bağlarının kısılması ise deriyi tümöre doğru çekerek derinin çukurlaşmasına (göbekleşme, retraksiyon) yol açar (Bostancı, 2008). Bu durum özellikle meme kanserinin önemli bulgularından biridir ve “meme cildi retraksiyonu” olarak isimlendirilir (Ünal ve İçci, 2002; Malya ve Sayek, 2013).

2.1.3.2.1.3. Meme Kanserinde Tanı ve Tedavi

Günümüzde kanser tanı ve tedavisi, multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken çok yönlü bir konudur. Meme kanseri herhangi bir belirti vermeden 9-10 yıl varlığını sürdürebilmektedir. Genellikle memede bir değişiklik gözlemlenmesi, memede veya koltukaltında bir şişliğin fark edilmesiyle ortaya çıkmaktadır (Tunç, 2014). Meme kanserinde tanı; fiziksel muayene, anamnez, mamografi, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme, doku incelemesi (biyopsi), histopatolojik inceleme, östrojen ve progesteron reseptör tayini ile konulmaktadır (Özdemir, 2017). Tanı aşamasında

kullanılan en kesin yöntem ise şüpheli lezyondan biyopsi alınarak patolojik olarak değerlendirilmesidir (Girişken Velioğlu, 2015).

Meme kanseri tanısı konulduktan sonra tümör evresine, hastanın yaşına, menopoz öncesi ya da sonrası dönemde olmasına, kanser hücrelerinin hormonlara bağlı olup olmamasına, hastanın tercihinine ve tümör derecesi ile kanserin lenf bezlerine ya da diğer beden bölgelerine sıçrayıp sıçramadığına göre meme kanserinin şiddeti ve saldırganlığını tanımlayarak en uygun tedavi belirlenmektedir (Tunç, 2014). Kanser hastalarının bütüncül tedavi ve bakımı tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal boyutları birlikte içermektedir. Meme kanseri biyopsi ile teşhis edildikten sonra hastaların çoğunda cerrahi operasyonla tümörün çıkarılması gerekir. Bu operasyonla aynı zamanda tümörün olduğu taraftaki koltuk altı bezleri de çıkarılır (Atlıhan, 2018). Meme kanserinde tedavi yöntemleri lokal ve sistematik olarak ikiye ayrılmaktadır. Birinci tedavi yöntemi olan lokal tedavi, cerrahi müdahale ve radyoterapi yöntemini içermektedir. Bu müdahalelerde amaç belli bir bölgedeki yani memedeki kanser hücrelerini yok etmek veya kontrol altına almaktır. İkinci tedavi yöntemi olan sistematik müdahaleler ise tüm vücuttaki yani sistemdeki kanser hücrelerini yok etmek veya kontrol altına almak için kullanılan kemoterapi ve endokrin tedavidir. (Ogden, 2004; Atlıhan, 2018).

2.1.3.2.1.4. Meme Kanserinin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkisi

Meme kanserinde yaşanan psikolojik ve sosyal süreç tanı öncesinde başlamaktadır. Memede ortaya çıkan tümörün iyi huylu ya da kanser olup olmadığı ile ilgili tanıyı bekleme sürecinde yaşanan psikolojik sıkıntılar en yüksek düzeye ulaşmaktadır (Tunç, 2014). Meme kanserinde genellikle ilk tepkiler acı çekme ve ölümlle ilgili iken, daha sonraki tepkiler cerrahi tedavilere ikincil oluşan meme kaybıyla ilgili olmaktadır. İnsanlık tarihi boyunca anneliği, cinselliği, estetiği temsil eden bir organ olan memenin kaybı çekiciliğin, doğurganlığın, cinselliğin ve bunların toplamında kadınlığın kaybı olarak algılanmaktadır (Girişken Velioğlu, 2015).

Meme kanserinin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Tan ve Karabulutlu, 2005). Meme kanserinde kadınların yaşadığı başlıca sorunlar; fiziksel olarak meydana gelen kayıplar, duygusal sıkıntılar, aile, iş ve sosyal rollerde meydana gelen yıkımlardır (Babacan Gümüş, 2006).

Meme kanseri tanısı fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi anlamda kadınların yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen bir kriz durumu yaratır (Babacan Gümüş, 2006). Meme kanseri kadınlar tarafından hem yaşamın hem de kadınlığın tehdit altında algılandığı, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan karmaşık bir hastalıktır (Ertem ve ark., 2017). Bedensel sorunlar ağrı, enfeksiyon, doku perfüzyonunda bozukluklar, lenf ödemidir. Psikososyal sorunlar ise, beden imajında bozulma, özsaygıda azalma, kadınlığı kaybetme düşüncesi, cinsel işlev bozukluğu, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, suçluluk ve utanç, nüks olasılığına bağlı korku, izolasyon ve ölüm korkularıdır (Aygin, 2008; Bayraktar, 2015; Özer, 2015).

2.1.3.2.1.4.1. Meme Kanseri ve Depresyon

Depresyon toplumda en yaygın görülen hastalıklardan birisidir. (Bağ, 2014; Geyikçi, 2017). Depresyon derin üzüntülü bir duygu durumu içinde düşünce, bireyin geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk yaşadığı, geleceğe ilişkin kötümser ve karamsar düşüncelere sahip olduğu, zaman zaman ölüm düşünceleri ve girişimin olduğu, uyku, iştah, cinsel istek vb. fizyolojik ve psikolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (Erdem ve Bez, 2009). Belirli bir duygu durumu aşırı düzeyde ve uzun süre devam ettiğinde duygulanım bozuklukları ortaya çıkar ve depresyona neden olabilir (Yıldırım ve ark., 2015). Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %5-11 arasındadır. Kadınlarda ise yaşam boyu depresyon prevalansı %14-21'dir (WHO, 2017). Kadınlarda gebelikte, doğum sonrası dönemde ve menopozda depresyon geçirme riski artmaktadır. Bunun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte hormonlarla alakalı bir durum olduğu düşünülmektedir (Cengil, 2003).

Depresyon oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur (Erdem ve Bez, 2009). Depresyon, çocuk sahibi olma, kişisel bir depresyon öyküsü, destek görmeyen özel ilişkiler, aile ve arkadaştan destek alınmaması, işsizlik, yaşlılık ve eğitim düzeyinin düşüklüğü vb. ile ilişkilidir (Geyikçi, 2017). Depresyon oluşma nedenlerinden birisi de kanser veya kanser olma kaygısıdır (Kutlu ve ark., 2011).

Kanser tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik düşünce ve duygularını yaratır. Kanserde gelişen ölüm korkusu, çaresizlik, yaşam ideallerinin tehdit altında olması, otonomisini kaybedeceği, çevreye bağımlı olacağı, fiziksel yıkım olacağı gibi kaygılar depresyon gelişiminde önemli rol oynayan düşünce ve duygulardır (Bostancı, 2018).

Meme kanseri kadınlarda depresyona neden olan kanser türlerindedir. Meme kanserinin kadınlarda yüksek oranda görülmesi, meme kanserine yakalanma kaygısını artırmakta (Somunoğlu, 2007), meme kanseri olup olmadığı düşüncesi kadınlarda anksiyete, depresyon gibi sorunları beraberinde getirmektedir (Aygin, 2008; Bayraktar, 2015; Özer, 2015). Memede ortaya çıkan tümörün iyi huylu ya da kanser olup olmadığı ile ilgili tanıyı bekleme sürecinde yaşanan psikolojik sıkıntılar en yüksek düzeye ulaşmaktadır (Harcourt ve ark., 1999). Jaesung ve arkadaşlarının bir yıl önce tanı almış meme kanserli hastalarda yaptıkları bir çalışmada ruhsal bozuklukların en fazla ilk bir ay içinde ortaya çıktığı, %38,6 oranında depresyon ve %32,5 oranında anksiyete belirtilerinin görüldüğü belirtilmiştir. Meme kanserinde genç yaş grubunda depresif belirtiler daha sık görülürken ileri yaş grubunda anksiyete belirtileri ön plandadır (Duran, 2018). Burgess ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hastaların meme kanseri tanısı aldığı birinci yılda %50, ikinci yılda %25, beşinci yılda ise %15 depresyon ve anksiyete olduğundan söz edilmektedir. Meme kanserli kadınlar hastalıklarından dolayı birçok kayıp yaşamakta ve en önemli kayıplarını tanıdan önce yaşamlarında hoşlandıkları kaynakları kaybederek yaşamaktadırlar (Burgess ve ark., 2005). Landmark ve arkadaşları (2002) çalışmalarında kadınların meme kanserini, özellikle meme kaybıyla ilişkili olarak tüm kadınlık kimliğiyle ilişkilendiklerini belirtmişlerdir. Meme kanseri tanısı kadının bedenine bakış açısını, kendini anlama biçimini, yakın ilişkilerindeki anlayış ve deneyimlerini olumsuz yönde değiştirmektedir.

Meme kanserli hastalarda aile desteği ve psikososyal destek ruhsal bozukluklar açısından koruyucudur. Bu destek hastalığa uyum sürecine ve hastalıkla başetmeye yardımcıdır. Aile desteğinin daha fazla olduğu hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerine daha az rastlanmaktadır (Duran, 2018).

2.1.3.2.1.5. Meme Kanseri ve Başa Çıkma Tutumu

Baş çıkma organizmanın, kendi fizyolojik ve psikolojik kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında gösterdiği, uyum yapmaya yönelik, sürekli değişen bilişsel davranışsal çabalar olarak tanımlamıştır (Şahin ve Durak, 1995). Başa çıkma sürekli değişen bir kavramdır, kişilik özelliğinden ziyade süreç yönelimlidir (Oğul, 2004). Literatürde belirtildiğine göre stresle başa çıkma; bireylerin stresli durumlarla karşılaştıklarında kendi kendilerine ürettikleri ve bireyin kaynaklarını tüketen, duygusal ya da probleme odaklı olabilen spesifik iç ve dış taleplerini yönetmek için geliştirdikleri bilişsel ve davranışsal çabalardır. Stresle başa çıkma modelinde başa çıkma yolları,

problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki grup altında toplanmıştır (Memiş ve ark., 2011; Özdemir, 2017).

Probleme yönelik başa çıkma: Kişi içinde bulunduğu durumu kontrol altına alarak daha fazla bilgi alıp, problem çözme davranışlarını (aktif başa çıkma, planlama, rekabet aktivitesinin baskılanması, kendini sınırlayarak başa çıkma, yardımcı sosyal destek arama) da kullanarak eyleme geçer (Algın, 2009). Problem temelli yaklaşım aktiftir ve stresi azaltarak veya ortadan kaldırarak problemin çözümünü etkileyen davranışsal ya da psikolojik tepkilerdir (Ağargün ve ark., 2015).

Duyguya yönelik başa çıkma: Duygu merkezli yöntemlerin kullanıldığı pasif bir strateji olan duyguya yönelik başa çıkmada birey olumsuz duyguların baskısı altında olduğunu ve bu durumun içinden çıkamayacağını kabul ederek içinde bulunduğu durumun oluşturduğu olumsuz duyguları kontrol altına alamayacağını kabule geçerek, olumlu bir sonuç çıkarmaya çalışmaktadır (Algın, 2009). Ayrıca, sorun çözmeye farklı bir bakış açısı getirerek, kendisinin potansiyel karar vermesini sağlamış olur (Özarlan ve ark., 2013). Duygusal temelli yaklaşım edilgen başa çıkmanın kullanımınıdır ve stresli durumlar sonucunda ortaya çıkan olumsuz duyguları kontrol altına almaya çalışarak stresörlerden uzaklaştıran davranışları içerir (Ağargün ve ark., 2005).

Baş çıkma kanser gibi aniden ya da aşamalı olarak başlayan hastalıklarda psiko-sosyal uyum sürecini açıklamada önemli bir role sahiptir (Tunç, 2014). Kanser hastalarında stresle başa çıkma becerileri ile yaşanan stres ve yaşam kalitesi ilişkili olduğu için kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarla baş etme süreci önemlidir (Sütçü, 2010). Kadınlar kanser veya kanser olup olmadığı ile ilgili durum ile problem odaklı davranışlar sergileyerek sıkıntıya neden olan durumu çözmek ya da değiştirmek için çaba sarf ederken, duygusal odaklı davranışlar sergilemesi durumunda ise sıkıntıya neden olan durumu değiştirmeyen ancak kendisini iyi hissetmesini sağlayan düşünce ya da davranışlara yer vermektedir (Karabulutlu ve ark. 2005).

2.1.4. Meme Hastalıklarında Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları

Birey ve toplum sağlığı açısından depresyondan korunma ve tedavi son derece önem arz etmektedir (Yıldırım ve ark., 2015). Sağlık profesyonelleri (ebe, hemşire, doktor), hastaların karşılaştığı psikososyal problemlerin çözümünde ve hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında anahtar rol üstlenmektedirler (Kocaman, 2005; Çam ve Babacan Gümüş, 2006). Sağlık profesyonellerinden özellikle ebe, hemşireler tedavi ve bakım aşamalarında hastalarla birebir iletişim halindedir, kanser tanısı alma ihtimali

olan veya tedavi sürecindeki hastaların psikososyal sorunlarla baş etmesinde hastalara yardımcı olmak için birçok yetenek ve fırsata sahiptirler (Çam ve Babacan Gümüş, 2006). Kadınların erken tanı davranışlarını gerçekleştirebilmeleri için yeterli ve doğru bilgiye ihtiyaçları bulunmaktadır. Meme kanserine yönelik tarama programlarında hemşire ve ebelerin, özellikle eğitici rolü ön plandadır. Eğitici, danışman, destekleyici rolü kapsamında hemşire ve ebeler kadınların meme dokularını tanımaları için motive etme, sözel ve yazılı bilgi verme, erken tanı yöntemlerinin faydaları ve sınırlılıkları ile ilgili danışmanlık yapma ve tarama programları hakkında kadınları bilgilendirme çalışmalarını yürütmelidir (Polat, 2015).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, prospektif kohort araştırma özelliğindedir.

3.2. Araştırmanın Yeri

Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı KETEM Birimleri'nde (Suşehri Toplum Sağlığı Merkezi, İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi) yapılmıştır.

Suşehri Toplum Sağlığı Merkezi KETEM Birimi: KETEM Birimi Suşehri Toplum Sağlığı Merkezi bünyesinde 2016 yılı Nisan ayından itibaren hizmet vermeye başlamıştır. KETEM Birimi'nde meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve kolon kanseri olmak üzere 3 kanser türünün taraması yapılmaktadır. Her kanser türünün yaş aralığı farklıdır. Meme kanseri taraması 40-69 yaş arasındaki tüm kadınlara yapılmaktadır. KETEM Birimi birer adet; mamografi çekim odası, HPV odası ve hasta kayıt odasından oluşmaktadır. KETEM Birimi'nde bir doktor, bir ebe ve bir röntgen teknikeri olmak üzere 3 personel çalışmaktadır. Tıbbi sekreter bulunmamakta olup hasta kayıtları ebe tarafından yapılmaktadır.

İbni Sina Toplum Sağlığı Merkezi KETEM Birimi: Merkez KETEM olup Suşehri KETEM buraya bağlı çalışmaktadır. KETEM Birimi birer adet; doktor odası, HPV odası, mamografi çekim odası, mamografi kayıt odası, hemşire odası, hasta kayıt odası ve laboratuvarından oluşmaktadır. KETEM Birimi'nde bir doktor, üç ebe, iki hemşire, bir laborant, üç röntgen teknikeri, iki tıbbi sekreter olmak üzere 12 sağlık personeli çalışmaktadır.

KETEM biriminde görev yapan doktor; çıkan sonuçları yorumlamak, gelen hastalara meme muayenesi yapmak, kadınlara meme ve serviks kanseri gibi konularda eğitim vermek ile görevlidir. Ebe ve hemşireler, eğitim verilebilecek kadın grubunu ayarlamak, gerekli durumlarda eğitim vermek, başvuran kadınlardan HPV örneği almak, bunların gönderimini sağlamak gibi görevlere sahiptir. Röntgen teknikeri, mamografi çekimi yapmakla, laboratuvar teknikeri gelen hastalardan gaita örneği alıp sonucunu ortaya çıkarmakla, tıbbi sekreter ise gelen hastaların kaydını yapmak ve çıkan sonuçları hastaya vermek ile görevlidir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Meme problemi nedeniyle 2016 yılının Nisan-Temmuz ayları arasındaki 4 aylık süreçte araştırmanın gerçekleştirileceği Sivas Suşehri Toplum Sağlığı Merkezi KETEM Birimine 503, İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi KETEM Birimine 548 toplam 1051 kadın başvurmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğü güç analizi kullanılarak hesaplanmıştır. Literatüre göre meme kanseri olma ile ilgili olarak sürekli anksiyete testine göre benign meme hastalığı bulunan kadınların %13,2'sinde anksiyete tespit edilmiştir (Eskelinen and Ollonen, 2011). Evreni temsil etmek üzere örneklem hacmi; $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde, $1-\alpha=0,95$ güven aralığında, $\beta=0,20$ hata riski ile $1-\beta=0,80$ güçte toplam kişi sayısı 360 olarak tespit edilmiştir. Evreni temsil eden oranlara göre ağırlıklandırılarak 360 kadının 172'si Suşehri Toplum Sağlığı Merkezi KETEM Birimi'nden, 188'i ise İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi KETEM Birimi'nden alınmıştır. Aşağıdaki kriterlere uyan kadınlar araştırmanın örneğine dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri (Ek 1)

1. 15-60 yaş aralığında olması
2. Psikiyatrik bir hastalığı olmaması
3. Gebelik, doğum ve lohusalık döneminde olmaması
4. Fibrokistik meme değişiklikleri dışında başka bir meme hastalığı olmaması
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması (Ek 5)

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler:

1. Fibrokistik meme değişiklikleri

Bağımlı Değişken:

1. Kanser olma kaygısıyla başa çıkma tutumu
2. Depresyon durumuyla başa çıkma tutumu

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu”, “Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ)”, “Beck Depresyon Envanteri (BDE)” ve “Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)” ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek I): Formda yaş, meslek, medeni durum, emzirme durumu, çocuk sayısı, meme şikâyeti, fibrokistik meme değişikliklerinde yapılması gereken girişimlere yönelik 30 soru yer almaktadır.

Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) (Ek II): Spielberger ve arkadaşlarının (1970) geliştirdiği Türkçe’ye uyarlanmasını Öner ve Le Compte’nin (1985) yaptığı SKÖ kullanılmıştır. SKÖ’nün Alpha güvenilirlik katsayısı 0,83-0,87 arasında olup çalışmamızda 0,90 olarak bulunmuştur. SKÖ toplam 20 maddeden oluşan bir ölçekten meydana gelmektedir. Ölçeklerin cevaplandırılmasında bir zaman sınırlaması yoktur. Ölçekte ifade edilen duygu ya da davranışlar sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Ölçekte iki tür ifade bulunur. Bunlara, doğrudan ya da düz (direkt) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler; olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise; olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerdeki 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadeler de ise; 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “Kendimi Sakin Hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olurlar. Ölçekte tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedi adettir. Bunlar; 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19’uncu maddelerdir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış değişmeyen bir değer eklenir. SKÖ için bu değer 35’dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek III): BDE depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçen, 21 madde içeren bir ölçektir. 21 maddenin her biri, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru

giden (0-3), dört seçeneği olan kendini değerlendirme cümlelerini içermektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. 0-9 arası minimal depresyonu, 10-16 arası hafif depresyonu, 17-29 orta depresyonu, 30-63 arası şiddetli depresyonu gösterir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. 15 yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Psikiyatri hastalarında ve normal örneklemelerde depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmede dünyada en yaygın olarak kullanılan araçlardan biridir. Ülkemizde, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Hisli (1988), Tegin (1987) ve Aydın ve Demir (1989) tarafından yapılan BDE, çeşitli araştırmalarda ve klinik uygulamalarda kullanılmaktadır. Arkar ve Şafak (2004) 354 psikiyatri hastasının oluşturduğu klinik bir örnekleme BDE'nin faktör yapısını araştırmıştır. Bilişsel belirtileri değerlendiren (12 madde) ilk faktör ve somatik-affektif belirtileri değerlendiren (9 madde) ikinci faktörden oluşan iki-faktörlü çözümü önermişlerdir. İki faktör, örnekleme toplam varyansın %42,6'sını açıklamaktadır. Tüm örnekleme, BDE'nin Cronbach alfa değeri 0,90, bilişsel boyutun Cronbach alfa değeri 0,87 ve somatik-affektif boyutun Cronbach alfa değeri 0,76 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,88'dir.

Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) (Ek IV): Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Atmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçekler şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1,29,38,59), 2. Zihinsel boş verme (2,16,31,43), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3,17,28,46), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı (4,14,30,45), 5. Aktif başa çıkma (5,25,47,58), 6. İnkâr (6,27,40,57), 7. Dini olarak başa çıkma (7,18,48,60), 8. Şakaya vurma (8,20,36,50), 9. Davranışsal olarak boş verme (9,24,37,51), 10. Geri durma (10,22,41,49), 11. Duygusal sosyal destek kullanımı (11,23,34,52), 12. Madde kullanımı (12,26,35,53), 13. Kabullenme (13,21,44,54), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma (15,33,42,55), 15. Plan yapma (19,32,39,56). Her alt ölçekten toplam 4-16 arasında puan alınabilmektedir. Bu alt ölçeklerden ilk beşinin puanlarının toplamı sorun odaklı başa çıkma puanını, 6-10.

alt ölçek puanlarının toplamı duygusal odaklı başa çıkma puanını, son beş alt ölçek puanlarının toplamı ise fonksiyonel olmayan başa çıkma puanını vermektedir. Ağargün ve arkadaşları 2005 yılında kırk yedi sağlıklı denek (21 erkek, 26 kadın) ile bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada BÇTDÖ'nün psikometrik özellikleri araştırılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşmasına karşın tüm denekler tarafından kolay anlaşılır ve uygulama açısından basit bulunmuştur. Puanlaması pratik ve kolaydır. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığı yüksektir. Cronbach alfa değerinin 0,79 ve alt ölçeklere ait puanların BÇTDÖ toplam puanıyla ilişkisinin pozitif yönde ve anlamlı bulunması ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığının arzu edilen düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği de yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,76'dır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Çalışma kriterlerine uyan bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için yazılı onamları alınmıştır. Verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, onam formu hariç diğer veri toplama formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren kadınlara formlar araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Kadın ayrı bir odaya alınmış, formları doldurması veya okuma yazma bilmiyorsa araştırmacı eşliğinde doldurması istenmiştir. Meme şikâyeti ile gelen kadınlara tarama amacıyla yapılan tetkiklerin sonuçları en erken 1-2 hafta en geç 4 hafta içerisinde verilmektedir. Daha sonra kadınlar yeniden kontrole (klinik meme muayenesi, mamografi vb.) çağrılabilir. Çalışmamızdaki formlar, meme ağrısı vb. meme problemi nedeniyle ilk kez ketem birime gelen çalışmaya katılmaya gönüllü tüm kadınlara (671 kişi) uygulanmıştır. İlk uygulamadan sonra tarama sonucunda; herhangi bir meme problemi belirlenemeyen kadınlardan oluşan 1. gruba (Kontrol grubu: 180 kişi) ve fibrokistik meme değişikliği tanısı konulan II. gruba (Vaka grubu:180 kişi) tetkik sonucu söylendikten sonraki 1. ve 3. ayda aynı formlar tekrar uygulanmıştır.

Çizelge 1,2,3: Uygulamanın Akış Şeması

ARAŞTIRMA AKIŞ ŞEMASI

Şekil 1: Veri Toplama Sürecinin Akış Şeması

1.Gün: 1. Görüşme; KETEM' de (Araştırmacı)

Meme Şikayeti Olanlar (n:360) (Formlar 671 kişiye uygulanmıştır)
Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 5)
Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)
Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) (Ek 2)
Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek 3)
Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTDÖ) (Ek 4)

Şekil 2: Veri Toplama Sürecinin Akış Şeması

2. Görüşme; KETEM'de veya Evde (Araştırmacı)

(Tetkik Sonucu Söylendikten Sonraki 1. Ay)

1.Grup: Kontrol (n:180)	2.Grup: Vaka (n:180)
Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) (Ek 2)	Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) (Ek 2)
Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek 3)	Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek 3)
Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTDÖ) (Ek 4)	Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTDÖ) (Ek 4)

Şekil 3: Veri Toplama Sürecinin Akış Şeması

**3. Görüşme; KETEM’de veya Evde (Araştırmacı)
(Tetkik Sonucu Söylendikten Sonraki 3. Ay)**

1.Grup: Kontrol (n:180)	2.Grup: Vaka (n:180)
Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) (Ek 2)	Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) (Ek 2)
Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek 3)	Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek 3)
Baş Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTDÖ) (Ek 4)	Baş Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTDÖ) (Ek 4)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, ölçümle elde edilmiş normal dağılım sağlayan veriler için ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi, değişkenler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon testi, değişkenler arasındaki farklılık için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve Bonferroni testi, sayımla elde edilmiş verilerin incelenmesinde ise Ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık 0.05 önem düzeyinde incelenmiş olup SPSS 23 versiyonu kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce etik kuruldan (etik karar no:2016-10/08) ve çalışmanın yapılacağı kurumdan (19448395-771 sayılı) yazılı izin alınmıştır. Bilgilendirilmiş olur formunu onaylayan kadınlar araştırmada yer almıştır. Araştırmada gönüllülük esasına göre katılan kadınlara onam formu okutularak yazılı izinleri alınmıştır (Ek 5).

4. BULGULAR

Tablo 1: Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n:360)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kontrol Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	Vaka Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	t / p
Yaş	43,09±12,80	43,19±11,73	0,077/0,938
Boy	162,72±5,78	161,36±6,22	3,738/0,611
Kilo	68,29±11,76	67,70±6,51	5,580/0,432
BKİ*	25,92±4,74	24,39±3,30	3,560/0,191
	n (%)	n (%)	X² / p
Eğitim durumu			
Okur yazar değil	28(15,6)	30(16,7)	56,336/0,081
Okur yazar	28(15,6)	24(13,3)	
İlköğretim	64(35,6)	70(38,9)	
Lise	39(21,7)	35(19,4)	
Üniversite ve üzeri	21(11,7)	21(11,7)	
Medeni durum			
Evli	142(78,9)	144(80,0)	0,064/0,794
Bekar	38(21,1)	36(20,0)	
Aile tipi			
Çekirdek aile	163(90,6)	170(94,4)	1,962/0,161
Geniş aile	17(9,4)	10(5,6)	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	31(17,2)	25(13,9)	0,761/0,383
Çalışmıyor	149(82,8)	155(86,1)	

Bağımsız iki örnek t testi; Kikare Test; $\alpha:0,05$

Tablo 1’de kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Sosyo-demografik özellikler açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmada yer alan kadınların çoğunluğu; ilköğretim ve üzeri öğrenim düzeyine sahip, evli, çekirdek aile yapısında ve çalışmamaktadır. Kontrol ve vaka grubunda sırasıyla ortalamalar; 43,09±12,80 ve 43,19±11,73 yaş, 162,72±5,78 ve 161,36±6,22 cm boy, 68,29±11,76 ve 67,70±6,51 kg kilo, beden kitle indeksi (BKİ*) 25,92±4,74 ve 24,39±3,30’dur.

Tablo 2: Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n:360)

Obstetrik Özellikler	Kontrol Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	Vaka Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	t/ p
Menarş yaşı	13,20±1,35	13,17±1,19	0,207/0,836
İlk doğum yaşı	19,47±2,23	19,55±1,55	4,069/0,901
	n (%)	n (%)	X² / p
Doğum yapma			
Yaptım	141(78,3)	147(81,7)	0,625/0,429
Yapmadım	39(21,7)	33(18,3)	
Doğum sayısı			
1 doğum	3(2,1)	2(1,4)	3,400/0,334
2 doğum	12(8,5)	12(8,2)	
3 doğum	37(26,2)	53(36,1)	
4 doğum ve üzeri	89(63,1)	80(54,4)	
Çocukları emzirme			
Emzirdim	134(74,4)	147(81,7)	2,741/0,098
Emzirmedim	46(25,6)	33(18,3)	
Emzirme zamanı (yıl)			
1 yıl	68(48,9)	66(44,9)	6,163/0,104
2 yıl	61(43,9)	78(53,1)	
3 yıl	8(5,8)	3(2,0)	
4 yıl ve üzeri	2(1,4)	0(0,0)	

Bağımsız iki örnek t testi; Kikare Test; α :0,05

Tablo 2’de kadınların obstetrik bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Obstetrik özellikler açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol ve vaka grubunda sırasıyla ortalamalar; menarş yaşı için 13,20±1,35 ve 13,17±1,19, ilk doğum yaşı için 19,47±2,23 ve 19,55±1,55’dir. Kadınların büyük bir bölümü doğum yapmış olup bunların çoğunluğu 3 ve üzerinde doğum yapmış, bebeğini yaklaşık 1-2 yıl emzirmiştir.

Tablo 3: Kadınların Bazı Sağlık Özelliklerinin Dağılımı (n:360)

Sağlık Özellikleri	Kontrol Grubu (n:180) n (%)	Vaka Grubu (n:180) n (%)	X² / p
Kronik hastalık durumu			
Var	139(77,2)	122(67,8)	73,556/0,071
Yok	41(22,8)	58(32,2)	
Kafeinli içecek tüketimi (günlük)			
Tüketirim	161(89,4)	171(95,0)	3,873/0,069
Tüketmem	19(10,6)	9(5,0)	
Hormonlu aile planlaması yöntemi kullanımı			
Kullandım	29(16,1)	10(5,5)	10,381/0,081
Kullanmadım	151(83,9)	170(94,5)	
Kullanılan hormonlu aile planlaması yöntemi			
Oral kontraseptif	20(69,0)	7(70,0)	0,004/0,951
Enjekte edilen kontraseptifler	9(31,0)	3(30,0)	
Hormonlu aile planlaması yöntemi kullanım süresi (yıl)			
1 yıl	17(58,6)	5(50,0)	1,878/0,598
2 yıl	9(31,0)	5(50,0)	
3 yıl	3(10,1)	0(0,0)	
Yakın zamanda üzücü yaşam olayı yaşama			
Yaşadım	29(16,1)	41(22,8)	2,554/0,110
Yaşamadım	151(83,9)	139(77,2)	

Kikare Test; α :0,05

Tablo 3'te kadınların bazı sağlık ile ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Sağlık özellikleri açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınlar genellikle; diyabet, tiroid hastalığı gibi bir kronik bir hastalığa sahip, kafein içeren içecek tüketmekte (günlük), yakın zamanda üzücü bir yaşam olayı yaşamamış ve hormonlu aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır.

Tablo 4: Kadınların Meme Şikayetine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (n:360)

Meme Şikayetine Yönelik Özellikler	Kontrol Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	Vaka Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	t / p
Meme şikayet süresi (ay)	9,13±8,76	8,87±4,89	2,560/ 0,251
	n (%)	n (%)	X² / p
Şikayet ile ilgili sağlık kurumuna başvurma			
Başvurdum	23(12,8)	26(14,4)	0,213/
Başvurmadım	157(87,2)	154(85,6)	0,645
Meme ile ilgili en çok rahatsız olunan şikayet			
Meme ağrısı	125(69,4)	131(72,8)	5,109/
Hassasiyet	43(23,9)	45(25,0)	0,276
Şişlik	9(5,0)	4(2,2)	
Kist	2(1,1)	0(0,0)	
Sert alanlar	1(0,6)	0(0,0)	
Ailede/akrabada fibrokistik meme değişikliği			
Var	20(11,1)	17(9,4)	0,271/
Yok	160(88,9)	163(90,6)	0,603
Ailede/akrabada meme kanseri			
Var	39(21,7)	42(23,3)	0,143/
Yok	141(78,3)	138(76,7)	0,705
Fibrokistik meme değişiklikleri ile mücadelede girişimler			
Emzirme	19(10,6)	26(14,4)	51,485/
Düzenli meme kontrolü	64(35,6)	54(30,0)	0,091
Kronik hastalık tedavisi	4(2,2)	3(1,7)	
Kafein içeren içecekten uzak durma	3(1,7)	10(5,6)	
Az yağlı diyet	5(2,8)	0(0,0)	
Hormonsuz AP yöntemi	12(6,7)	10(5,6)	
Ağrı kesici ve uygun beden sütyen kullanma	2(1,1)	2(1,1)	
Hepsi	71(39,4)	75(41,6)	
Tanıdan sonra profesyonel yardım			
Aldım	24(13,3)	25(13,9)	0,024/
Almadım	156(86,7)	155(86,1)	0,878
Tanıdan sonra profesyonel yardım alınan kişi			
Doktor	12(50,0)	14(56,0)	0,527/
Hemşire	3(12,5)	4(16,0)	0,769
Ebe	9(37,5)	7(28,0)	
Tanıdan sonra profesyonel yardım alınan yer			
Hastane	13(54,2)	11(44,0)	6,482/
Toplum Sağlığı Merkezi	7(29,2)	8(32,0)	0,079
Aile Sağlığı Merkezi	4(16,7)	6(24,0)	
Fibrokistik meme değişikliğinin meme kanserine dönüşme endişesi			
Taşıyorum	89(49,4)	87(48,3)	0,044/
Taşımiyorum	91(50,6)	93(51,7)	0,833

Bağımsız iki örnek t testi; Kikare Test; $\alpha:0,05$

Tablo 4’te kadınların meme şikayetine yönelik bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Meme şikayetine yönelik özellikler açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınların meme şikayet süre ortalaması kontrol ve vaka grubunda sırasıyla $9,13\pm 8,76$ ve $8,87\pm 4,89$ aydır. Kadınların büyük bir kısmı meme şikayeti ile ilgili sağlık kurumuna başvurmamış olup memede en çok rahatsız olunan şikayet meme ağrısıdır. Akrabasında veya ailesinde fibrokistik meme değişikliği ve meme kanseri mevcut olan kadınların oranı düşüktür. Fibrokistik meme değişiklikleri ile mücadelede kadınlar emzirme, düzenli meme kontrolü gibi girişimlerin önemini vurgulamaktadır. Fibrokistik meme değişikliği tanısından sonra profesyonel yardım genellikle alınmamış olup alınan yardımda doktor, hastane ve toplum sağlığı merkezi tercih edilmiştir. Kadınların bir kısmı fibrokistik meme değişikliğinin meme kanserine dönüşme endişesini taşımaktadır.

Tablo 5: Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Kaygı ve Depresyon Puan Ortalamaları (n:360)

Ölçekler	Grup		t/p
	Kontrol Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	Vaka Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	
¹ SKÖ (ilk görüşme)	45,96±3,52	43,05±5,68	6,553/0,001*
SKÖ (1. ay)	48,05±5,43	48,37±3,46	,541/0,131
SKÖ (3. ay)	47,13±2,30	56,26±2,56	35,582/0,003*
² BDE (ilk görüşme)	14,11±4,75	13,46±3,16	1,541/0,124
BDE (1. ay)	6,22±2,54	17,73±2,97	44,336/0,001*
BDE (3. ay)	5,60±2,15	24,00±2,89	62,047/0,004*
BDE Bilişsel Boyut (ilk görüşme)	6,34±3,00	5,77±2,45	1,999/0,046*
BDE Bilişsel Boyut (1. ay)	2,72±1,59	10,19±2,15	29,404/0,001*
BDE Bilişsel Boyut (3. ay)	3,22±1,67	13,35±2,12	53,739/0,001*
BDE Somatik-Affektif Boyut (ilk görüşme)	7,77±3,04	7,69±2,00	,287/0,774
BDE Somatik-Affektif Boyut (1. ay)	3,51±2,13	10,54±1,97	33,856/0,001*
BDE Somatik-Affektif Boyut (3. ay)	2,38±1,44	10,65±2,02	32,659/0,001*

¹SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği; ²BDE: Beck Depresyon Envanteri; Bağımsız iki örnek t testi;a:0,05;*Farklılık anlamlı

Tablo 5’te fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kaygı, depresyon ve başa çıkma tutumu puan ortalamaları verilmiş ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplardaki kadınların ilk görüşmede sürekli kaygı puanları kontrol grubunda daha yüksek iken tetkik sonucunun öğrenildiği 1. ayda hafif bir yükselme ile kaygı puanları birbirlerine yakındır. 3. ayda yapılan görüşmede ise kontrol grubundaki kadınların kaygı düzeyleri (47,13±2,30) hafif derecede azalırken, vaka grubundaki kadınların kaygı düzeyleri (56,26±2,56) yükselmiştir ($p<0.05$).

İlk görüşmede gruplarda hafif bir depresyon söz konusu iken 1. ve 3. ayda kontrol grubundaki kadınlarda minimal depresyon (6,22±2,54, 5,60±2,15), vaka grubunda ise orta derecede depresyon (17,73±2,97, 24,00±2,89) saptanmıştır. BDE boyutları olan bilişsel ve somatik-affektif açıdan gruplarda ilk görüşmede minimal depresyon söz konusudur. 1. ve 3. ayda BDE bilişsel ve somatik-affektif boyutu bakımından kontrol grubunda minimal depresyon devam ederken vaka grubunda hafif depresyon mevcuttur ($p<0.05$).

Tablo 6: Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Başa Çıkma Tutumu Puan Ortalamaları (n:360)

Ölçekler	Grup		t/p
	Kontrol Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	Vaka Grubu (n:180) $\bar{x} \pm SS$	
¹ BÇTDÖ (ilk görüşme)	160,86±15,00	158,76±5,49	1,769/0,078
BÇTDÖ (1. ay)	158,86±4,71	160,29±4,88	2,838/0,005*
BÇTDÖ (3. ay)	159,63±4,66	160,74±5,04	2,172/0,003*
BÇTDÖ Sorun Odaklı Başa Çıkma Boyutu (ilk görüşme)	55,90±3,30	57,89±7,31	3,329/0,001*
BÇTDÖ Sorun Odaklı Başa Çıkma Boyutu (1. ay)	55,66±2,67	56,47±2,62	2,910/0,004*
BÇTDÖ Sorun Odaklı Başa Çıkma Boyutu (3. ay)	55,29±2,71	55,87±2,61	2,079/0,038*
BÇTDÖ Duygusal Odaklı Başa Çıkma Boyutu (ilk görüşme)	53,17±2,82	52,59±5,04	1,356/0,176
BÇTDÖ Duygusal Odaklı Başa Çıkma Boyutu (1. ay)	54,27±2,73	51,53±2,68	9,612/0,001*
BÇTDÖ Duygusal Odaklı Başa Çıkma Boyutu (3. ay)	54,09±2,91	53,00±2,68	3,710/0,001*
BÇTDÖ Fonksiyonel Olmayan Başa Çıkma Boyutu (ilk görüşme)	49,68±3,07	50,38±6,27	1,346/0,179
BÇTDÖ Fonksiyonel Olmayan Başa Çıkma Boyutu (1. ay)	50,37±2,47	50,86±2,81	1,774/0,077
BÇTDÖ Fonksiyonel Olmayan Başa Çıkma Boyutu (3. ay)	51,36±2,67	50,76±3,16	1,946/0,062

¹BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Bağımsız iki örnek t testi;a:0,05;*Farklılık anlamlı

Gruplardaki kadınlar ilk görüşmede, 1. ve 3. ayda orta düzey bir başa çıkma tutumuna sahiptir. 1. ve 3. ayda vaka grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hafif derecede daha fazla başa çıkma tutumunu kullandığı görülmektedir ($p<0.05$). Görüşmeler sonrasında kadınların BÇTDÖ boyutlarında da (sorun odaklı, duygusal odaklı, fonksiyonel olmayan) orta düzey bir tutuma sahip oldukları, vaka grubunda sorun odaklı başa çıkma tutumunun, kontrol grubunda duygusal odaklı başa çıkma tutumunun hafif derece daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 6).

Tablo 7: Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumuna Yönelik Ölçümler Arasındaki Farklılıkları (n:360)

Grup	Ölçümler			F/p
	İlk Görüşme $\bar{x} \pm SS$	1. Ay $\bar{x} \pm SS$ (¹ SKÖ)	3 .ay $\bar{x} \pm SS$	
Vaka Grubu	43,05±5,68 ^{b,c}	48,37±3,46 ^{a,c}	56,26±2,56 ^{a,b}	742,011/0,001*
Kontrol Grubu	45,96±3,52 ^{b,c}	48,05±5,43 ^{a,c}	47,13±2,30 ^{a,b}	19,511/0,001*
(²BDE)				
Vaka Grubu	13,46±3,16 ^{b,c}	17,73±2,97 ^{a,c}	24,00±2,89 ^{a,b}	526,025/0,001*
Kontrol Grubu	14,11±4,75 ^{b,c}	6,22±2,54 ^{a,c}	5,60±2,15 ^{a,b}	369,942/0,001*
BDE Bilişsel Boyut				
Vaka Grubu	5,77±2,45 ^{b,c}	10,19±2,15 ^{a,c}	13,35±2,12 ^{a,b}	482,372/0,001*
Kontrol Grubu	6,34±3,00 ^{b,c}	2,72±1,59 ^{a,c}	3,22±1,67 ^{a,b}	145,650/0,001*
BDE Somatik-Affektif Boyut				
Vaka Grubu	7,69±2,00 ^{b,c}	10,54±1,97 ^a	10,65±2,02 ^a	99,214/0,001*
Kontrol Grubu	7,77±3,04 ^{b,c}	3,51±2,13 ^{a,c}	2,38±1,44 ^{b,a}	283,448/0,001*
³BCTDÖ				
Vaka Grubu	158,76±5,49 ^{b,c}	160,29±4,88 ^a	160,74±5,04 ^a	7,369/0,001*
Kontrol Grubu	160,86±15,00	158,86±4,71	159,63±4,66	2,136/0,136
BCTDÖ Sorun Odaklı Başa Çıkma Boyutu				
Vaka Grubu	57,89±7,31 ^c	56,47±2,62	55,87±2,61 ^a	2,326/0,003*
Kontrol Grubu	55,90±3,30	55,66±2,67	55,29±2,71	1,021/0,578
BCTDÖ Duygusal Odaklı Başa Çıkma Boyutu				
Vaka Grubu	52,59±5,04	51,53±2,68 ^c	53,00±2,68 ^b	2,512/0,002*
Kontrol Grubu	53,17±2,82	54,27±2,73	54,09±2,91	1,817/0,549
BCTDÖ Fonksiyonel Olmayan Başa Çıkma Boyutu				
Vaka Grubu	50,38±6,27	50,86±2,81	50,76±3,16	1,534/0,183
Kontrol Grubu	49,68±3,07	50,37±2,47	51,36±2,67	2,732/0,094

¹SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği; ²BDE: Beck Depresyon Envanteri; ³BCTDÖ: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi;a:0,05;*farklılık anlamlı; Bonferroni test;^ailk ölçüm ile farklılık anlamlı;^bikinci ölçüm ile farklılık anlamlı;^cüçüncü ölçüm ile farklılık anlamlı

Tablo 7’de fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kaygı, depresyon ve başa çıkma tutumuna yönelik ölçümler arasındaki farklılıkları verilmiş ve istatistiksel açıdan farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Vaka grubunda ilk görüşmeden sonra yükselmeye başlayan kaygı düzeyi 1. ayda $48,37\pm 3,46$ iken 3. ayda $56,26\pm 2,56$ ile en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşmede sürekli kaygı puanları $45,96\pm 3,52$ iken hafif bir yükselişle 1. ayda $48,05\pm 5,43$ düzeyine ulaşmıştır. Her iki grupta da sürekli kaygı puanı açısından ölçümler arasında farklılık mevcuttur ($p<0.05$).

Depresyon durumu (ölçek geneli, bilişsel ve somatik-affektif boyut) açısından grup içi ilk görüşme, 1. ve 3. ay ölçümleri arasında farklılık söz konusu iken ölçek geneli için vaka grubunda hafiften orta düzeye doğru giden, kontrol grubunda ise hafiften minimale doğru giden depresyon durumu söz konudur. Ölçümlerde grup içi farklılığın anlamlı olduğu BDE bilişsel ve somatik-affektif boyutunda vaka grubunda minimalden hafife doğru giden, kontrol grubunda ise minimalde azalan depresyon durumu saptanmıştır ($p<0.05$).

Vaka grubunda ilk görüşmede $158,76\pm 5,49$ olan başa çıkma tutumu 1. ayda $160,29\pm 4,88$, 3. ayda $160,74\pm 5,04$ olarak yükselmiştir. Kontrol grubunda BÇTDÖ ve boyutları (sorun odaklı, duygusal odaklı, fonksiyonel olmayan) açısından grup içi ölçümler arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Grup içi ölçümlere bakıldığında vaka grubunda sorun odaklı başa çıkma tutumunda ilk görüşme ile 3. aydaki görüşme, duygusal odaklı başa çıkma tutumunda 1. aydaki görüşme ile 3. aydaki görüşme arasında farklılık mevcuttur ($p<0.05$).

Tablo 8: Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Emzirme Durumlarına Göre Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumu Puan Ortalamaları (n:360)

Grup	Ölçekler	Emzirme Durumu		t/p
		Emzirdim $\bar{x} \pm SS$	Emzirmedim $\bar{x} \pm SS$	
Vaka Grubu	¹ SKÖ (ilk görüşme)	42,37±5,61	46,09±5,02	3,511/,001*
	SKÖ (1. ay)	48,24±3,34	48,91±3,95	,997/,320
	SKÖ (3. ay)	56,14±2,59	56,76±2,37	1,250/,213
	² BDE (ilk görüşme)	13,32±3,06	14,06±3,59	1,218/,225
	BDE (1. ay)	17,73±3,00	17,73±2,88	,001/,999
	BDE (3. ay)	24,00±2,79	24,00±3,34	,000/1,000
	³ BÇTDÖ (ilk görüşme)	158,78±5,58	158,64±5,12	,138/,891
	BÇTDÖ (1. ay)	160,31±5,07	160,18±4,00	,139/,889
	BÇTDÖ (3. ay)	161,05±4,82	159,39±5,77	1,714/,088
Kontrol Grubu	¹ SKÖ (ilk görüşme)	45,64±3,30	46,87±3,99	2,059/,061
	SKÖ (1. ay)	47,20±5,11	50,52±5,62	3,705/,001*
	SKÖ (3. ay)	47,19±2,38	46,96±2,10	,583/,560
	² BDE (ilk görüşme)	13,69±4,60	15,35±5,02	2,065/,060
	BDE (1. ay)	6,22±2,63	6,22±2,28	,015/,988
	BDE (3. ay)	5,43±2,09	6,09±2,28	1,789/,075
	³ BÇTDÖ (ilk görüşme)	160,76±14,27	161,15±17,10	,152/,879
	BÇTDÖ (1. ay)	159,43±4,43	157,20±5,14	2,826/,005*
	BÇTDÖ (3. ay)	159,89±4,88	158,89±3,93	1,253/,212

¹SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği; ²BDE: Beck Depresyon Envanteri; ³BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Bağimsız iki örnek t testi;a:0,05;*Farklılık anlamlı

Tablo 8’de görüşmeler (ilk görüşme, 1. ve 3. aydaki görüşme) sonrasında fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların emzirme durumlarına göre kaygı, depresyon ve başa çıkma tutumu puan ortalamaları verilmiş ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sadece gruplarda emzirme durumu açısından vaka grubu için ilk görüşmeden, kontrol grubu için 1. aydaki görüşmeden elde edilen kaygı puanı arasında ve yine kontrol grubunda 1. ayda elde edilen başa çıkma tutumu arasında farklılık söz konusudur ($p<0.05$). Vaka grubunda ilk görüşmedeki, kontrol grubunda ise 1. aydaki emziren kadınların kaygı düzeyleri ($42,37\pm 5,61$; $47,20\pm 5,11$) emzirmeyen kadınların kaygı düzeylerine ($46,09\pm 5,02$; $50,52\pm 5,62$) göre daha düşüktür. Kontrol grubunda 1. ayın görüşmesinden elde edilen başa çıkma tutumu puan ortalaması emziren ($159,43\pm 4,43$) kadınlarda emzirmeyenlere ($157,20\pm 5,14$) göre daha yüksektir.

Tablo 9: Ailesinde/Akrabasında Fibrokistik Meme Değişikliği Olan Kadınların Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumu Puan Ortalamaları (n:360)

Grup	Ölçekler	Ailede/Akrabada Fibrokistik Meme Değişikliği Varlığı		t/p
		Var $\bar{x} \pm SS$	Yok $\bar{x} \pm SS$	
Vaka Grubu	¹ SKÖ (ilk görüşme)	43,41±4,43	43,01±5,80	,606/,546
	SKÖ (1. ay)	47,88±3,00	48,42±3,51	,275/,783
	SKÖ (3. ay)	56,00±2,69	56,28±2,55	,432/,666
	² BDE (ilk görüşme)	13,12±2,87	13,49±3,20	,462/,645
	BDE (1. ay)	18,65±3,02	17,63±2,96	1,343/,181
	BDE (3. ay)	24,88±3,06	23,91±2,86	1,327/,186
	³ BÇTDÖ (ilk görüşme)	159,12±5,56	158,72±5,50	,285/,776
	BÇTDÖ (1. ay)	158,65±5,49	160,46±4,79	1,463/,145
	BÇTDÖ (3. ay)	161,35±5,05	160,68±5,05	,523/,602
Kontrol Grubu	¹ SKÖ (ilk görüşme)	44,90±3,58	46,09±3,50	1,426/,156
	SKÖ (1. ay)	47,90±5,71	48,07±5,41	,131/,896
	SKÖ (3. ay)	46,75±2,73	47,18±2,25	,777/,438
	² BDE (ilk görüşme)	16,20±5,92	13,85±4,54	2,106/,037*
	BDE (1. ay)	6,35±1,76	6,21±2,62	,238/,812
	BDE (3. ay)	5,65±2,48	5,59±2,12	,110/,913
	³ BÇTDÖ (ilk görüşme)	162,35±14,09	160,68±15,14	,470/,639
	BÇTDÖ (1. ay)	159,20±5,05	158,81±4,68	,346/,730
	BÇTDÖ (3. ay)	159,30±4,67	159,68±4,68	,338/,736

¹SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği; ²BDE: Beck Depresyon Envanteri; ³BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Bağımsız iki örnek t testi; a:0,05; *Farklılık anlamlı

Tablo 9’da görüşmeler (ilk görüşme, 1. ve 3. aydaki görüşme) sonrasında ailesinde/ akrabasında fibrokistik meme değişikliği olan kadınların kaygı, depresyon ve başa çıkma tutumu puan ortalamaları verilmiş ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sadece kontrol grubunda ilk görüşmeden elde edilen depresyon düzeyi ailesinde/akrabasında fibrokistik meme değişikliği olan ($16,20\pm5,92$) kadınlarda olmayanlara ($13,85\pm4,54$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca görüşmeler (ilk görüşme, 1. ve 3. aydaki görüşme) sonrasında ailesinde/akrabasında fibrokistik meme değişikliği olan kadınlarda BDE ve BCTDÖ alt boyutları açısından da gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 10: Ailesinde/Akrabasında Meme Kanseri Olan Kadınların Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumu Puan Ortalamaları (n:360)

Grup	Ölçekler	Ailede/Akrabada Meme Kanseri Varlığı		t/p
		Var $\bar{x} \pm SS$	Yok $\bar{x} \pm SS$	
Vaka Grubu	¹ SKÖ (ilk görüşme)	47,12±5,23	41,81±5,23	3,610/,000*
	SKÖ (1. ay)	50,00±3,60	47,87±3,27	5,762/,000*
	SKÖ (3. ay)	55,98±2,61	56,34±2,54	,808/,420
	² BDE (ilk görüşme)	13,69±3,37	13,38±3,10	,549/,584
	BDE (1. ay)	17,55±3,05	17,78±2,96	,448/,655
	BDE (3. ay)	23,90±2,67	24,03±2,96	,244/,808
	³ BCTDÖ (ilk görüşme)	158,69±4,75	158,78±5,71	,088/,930
	BCTDÖ (1. ay)	159,69±4,62	160,47±4,95	,908/,365
	BCTDÖ (3. ay)	160,98±4,39	160,67±5,23	,340/,734
Kontrol Grubu	¹ SKÖ (ilk görüşme)	46,10±3,94	45,91±3,41	,294/,769
	SKÖ (1. ay)	49,08±6,04	47,77±5,23	1,338/,183
	SKÖ (3. ay)	47,54±2,54	47,01±2,23	1,260/,209
	² BDE (ilk görüşme)	13,69±5,00	14,23±4,69	,621/,535
	BDE (1. ay)	6,69±2,02	6,09±2,66	1,309/,192
	BDE (3. ay)	5,23±2,29	5,70±2,11	1,212/,227
	³ BCTDÖ (ilk görüşme)	161,69±13,96	160,63±15,31	,390/,697
	BCTDÖ (1. ay)	159,10±5,06	158,79±4,62	,369/,712
	BCTDÖ (3. ay)	159,46±4,88	159,68±4,62	,259/,796

¹SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği; ²BDE: Beck Depresyon Envanteri; ³BCTDÖ: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Bağımsız iki örnek t testi; a:0,05; *Farklılık anlamlı

Tablo 10'da görüşmeler (ilk görüşme, 1. ve 3. aydaki görüşme) sonrasında ailesinde/ akrabasında meme kanseri olan kadınların kaygı, depresyon ve başa çıkma tutumu puan ortalamaları verilmiş ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sadece vaka grubunda ilk görüşme ve 1. aydaki görüşmeden elde edilen kaygı düzeyi ailesinde/ akrabasında meme kanseri olan ($47,12\pm5,23$; $50,00\pm3,60$) kadınlarda olmayanlara ($41,81\pm5,23$; $47,87\pm3,27$) göre daha yüksektir ($p<0.05$). Görüşmeler (ilk görüşme, 1. ve 3. aydaki görüşme) sonrasında ailesinde/akrabasında meme kanseri olan kadınlarda BDE ve BCTDÖ alt boyutları açısından da gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca çalışmada diyabet, tiroid hastalığı gibi bir kronik bir hastalık varlığı, kafein içeren yiyeceklerden günlük tüketme, hormonlu aile planlaması yöntemleri kullanma, meme şikayeti ile ilgili herhangi bir sağlık kurumuna başvurma durumuna göre kaygı, depresyon durumu ve başa çıkma tutumu puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: Kadınların Meme Şikâyet Süresi ile Kaygı, Depresyon ve Başa Çıkma Tutumu Arasındaki İlişki (n:360)

Ölçekler	Grup			
	Kontrol Grubu		Vaka Grubu	
	Meme Şikâyeti Süre (ay)		Meme Şikâyeti Süre (ay)	
	r	p	r	p
¹ SKÖ (ilk görüşme)	,069	,357	,033	,664
SKÖ (1. ay)	,025	,734	,012	,872
SKÖ (3. ay)	,035	,642	,041	,583
² BDE (ilk görüşme)	,052	,488	,043	,566
BDE (1. ay)	,137	,068	,012	,874
BDE (3. ay)	,084	,264	,027	,718
³ BCTDÖ (ilk görüşme)	,120	,108	,034	,649
BCTDÖ (1. ay)	,080	,287	,003	,970
BCTDÖ (3. ay)	,132	,077	,025	,744

¹SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği; ²BDE: Beck Depresyon Envanteri; ³BCTDÖ: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Pearson korelasyon test;a:0,05

Tablo 11’de görüşmeler (ilk görüşme, 1. ve 3. aydaki görüşme) sonrasında kadınların meme şikayet süresi ile kaygı, depresyon ve başa çıkma tutumu arasındaki ilişkiye bakılmış ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kanser olma kaygısı, depresyon durumu ve bu durumlarla başa çıkma tutumları karşılaştırılmıştır.

Çalışmada gruplarda sosyo-demografik, obstetrik, sağlık ile ilgili ve meme şikayetine yönelik özellikler açısından homojenlik sağlanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 1-4). Gruplarda bu değişkenler arasında homojenlik sağlanmış olması kadınların kanser olma kaygısı, depresyon durumu ve bu durumlarla başa çıkma tutumları arasında farklılık yaratmaması açısından önemlidir.

Fibrokistik değişiklikler genel olarak benign karakterdedir. Epiteyalyal hiperplazi veya atipik ve atipiksiz profileratif hastalıklar, atipik duktal hiperplazi gibi bazı özel tiplerinde kişide kanser gelişme riski normal popülasyona oranla daha yüksektir (Hartmann ve ark., 2005; Parsak ve ark., 2010). Yapılan bir çalışmada yeni tanı konmuş meme kanserli hastaların %20-25'inin daha önce benign meme hastalığı olan kadınların oluşturduğu bulunmuştur (Keyzer-Dekker ve ark., 2012). Bu nedenle fibrokistik meme hastalığı tanısı alan kadınlarda, fibrokistik memenin ileride kanserleşme endişesi anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (Aldemir ve ark., 2018). Eskelinen ve arkadaşları (2011) malign meme ve benign meme hastalığı olan kadınlar ile sağlıklı kadınların anksiyete düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında benign meme hastalığı olan kadınların anksiyete düzeylerinin malign meme hastalığı olanlara göre düşük, sağlıklı kadınlara göre yüksek olduğunu bildirmiştir. Sağlıklı ve benign meme hastalığı olan kadınların kanser hakkındaki endişelerinin kıyaslandığı başka bir çalışmada ise benign meme hastalığı olan kadınların meme kanseri hakkındaki endişelerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Iwamitsu ve ark., 2005). Çin'de benign meme hastalığı olan kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınlarda anksiyete prevalansının %40,2 olduğu tespit edilmiştir (Lou ve ark., 2015). Çalışmada gruplardaki kadınların ilk görüşmede sürekli kaygı puanları kontrol grubunda daha yüksek iken tetkik sonucunun öğrenildiği 1. ayda hafif bir yükselme ile kaygı puanları birbirlerine yakındır. 3. ayda yapılan görüşmede ise kontrol grubundaki kadınların kaygı düzeyleri ($47,13\pm 2,30$) hafif derecede azalırken, vaka grubundaki kadınların kaygı düzeyleri ($56,26\pm 2,56$) yükselmiştir ($p<0.05$), (Tablo 5,7). Çalışma bulgusu, benign meme hastalığı varlığının kadınlarda anksiyete düzeyini yükselttiğini göstermekte olup yapılan çalışmalarla da benzerlik göstermektedir.

Depresyon gibi psikolojik sorunlar kanser olma kaygısı nedeniyle fibrokistik meme hastalığı tanısı alan kadınlarda daha fazla görülmektedir (Aldemir ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda fibrokistik meme hastalığı olan kadınların depresyon düzeylerinin meme hastalığı olmayan kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Lou ve ark., 2015; Aldemir ve ark., 2018). Lou ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında benign meme hastalığı olan kadınlarla depresyon prevalansının %62 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada ilk görüşmede gruplarda hafif bir depresyon söz konusu iken 1. ve 3. ayda kontrol grubundaki kadınlarda minimal depresyon ($6,22\pm 2,54$, $5,60\pm 2,15$), vaka grubunda ise orta derecede depresyon ($17,73\pm 2,97$, $24,00\pm 2,89$) saptanmıştır. BDE boyutları olan bilişsel ve somatik-affektif açıdan gruplarda ilk görüşmede minimal depresyon söz konusudur. 1. ve 3. ayda BDE bilişsel ve somatik-affektif boyutu bakımından kontrol grubunda minimal depresyon devam ederken vaka grubunda hafif depresyon mevcuttur ($p<0.05$), (Tablo 5,7). Çalışma bulgusu diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermekte olup benign meme hastalığı varlığı kadınlarda depresyon düzeyini yükseltmektedir. Bu çalışmalara karşın Fairbanks ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında sağlıklı kadınlar ile benign meme hastalığı olan kadınların depresyon düzeyleri arasında anlamlı farkın olmadığı belirtilmiştir.

İnsanlar yaşamları boyunca bedensel ve ruhsal açıdan pek çok uyarana karşı karşıya kalmaktadır ve bu uyarılar bireyin içinde bulunduğu denge ve uyum durumunu olumsuz etkilemektedir. Birey içinde bulunduğu bu olumsuz durumun üstesinden gelmek ve yeniden rahatlayıp uyum sağlamak için uğraş vermektedir. Bu noktada başa çıkma kavramı önem kazanmaktadır (Özarıslan ve ark., 2013). Başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür, hastalık gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilmekte ve bireyden bireye farklılık göstermektedir (Çetinkaya ve ark., 2013). Aydoğın ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında kanser tanısı almış hastalarda başa çıkma tutumlarının istendik düzeyde olmadığı ve bu kişilerde depresyon düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Meme kanserli kadınlarda hastalıkla başa çıkma sürecinde manevi boyut, dua etmek, Tanrı'ya sığınma önemli bir güç ve destektir (Albayrak ve Kurt, 2016). Levin ve arkadaşlarının (2009) meme kanserli kadın hastalarda duanın, iyilik hali ve ruhsal durum üzerindeki etkilerini inceledikleri araştırmada; katılımcıların %81'inin dua ettiklerini; dua etmenin kanser yaşantısında kadınlara yüksek düzeyde olumlu destek sağladığı belirlenmiştir. Çalışmada gruplardaki kadınlar ilk görüşmede, 1. ve 3. ayda orta düzey bir başa çıkma tutumuna sahiptir. 1. ve 3. ayda vaka grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hafif derecede daha fazla başa çıkma tutumunu kullandığı

görülmektedir ($p<0.05$). Vaka grubunda ilk görüşmede $158,76\pm5,49$ olan başa çıkma tutumu 1. ayda $160,29\pm4,88$, 3. ayda $160,74\pm5,04$ olarak yükselmiştir. Görüşmeler sonrasında kadınların BÇTDÖ boyutlarında da (sorun odaklı, duygusal odaklı, fonksiyonel olmayan) orta düzey bir tutuma sahip oldukları, vaka grubunda sorun odaklı başa çıkma tutumunun, kontrol grubunda duygusal odaklı başa çıkma tutumunun hafif derece daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 6). Çalışma bulguları bize meme kanseri veya benign meme hastalığı olan kadınların bu durumla başa çıkmak için sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma tutumunu kullandıklarını göstermektedir

Emzirme meme kanseri riskini azaltan faktörlerden birisidir (Bostancı, 2008; Yılmaz ve ark., 2010). Emzirmenin meme kanseri riskini azaltmasındaki bu etki emzirme süresinin artmasına, laktasyonun toplam ovuluar dönem sayısını azaltarak koruyucu bir etki göstermesine bağlanmaktadır (Yılmaz ve ark., 2010). Emzirmenin etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda daha az emziren kadınlara oranla 1.5-2 yıl emziren kadınlarda meme kanseri riskinin daha da azaldığı gösterilmiştir (Lee ve ark., 2003; Bostancı, 2008). Çalışmada vaka grubunda ilk görüşmedeki, kontrol grubunda ise 1. aydaki emziren kadınların kaygı düzeyleri ($42,37\pm5,61$; $47,20\pm5,11$) emzirmeyen kadınların kaygı düzeylerine ($46,09\pm5,02$; $50,52\pm5,62$) göre daha düşüktür ($p<0.05$), (Tablo 8). Ayrıca çalışmada kontrol grubunda 1. ayın görüşmesinden elde edilen başa çıkma tutumu puan ortalaması emziren ($159,43\pm4,43$) kadınlarda emzirmeyenlere ($157,20\pm5,14$) göre daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 8). Bu bulgu bize emzirmenin meme kanseri olma kaygısını azalttığını ve başa çıkma tutumunu artırdığını göstermektedir.

Aile öyküsünde benign proliferatif hastalık göstergesi olan meme biyopsilerinin varlığı meme kanseri riskini artırmaktadır (Çakır ve ark., 2016; Açıkgöz ve Akar Yıldız, 2017). Çakır ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında örnekleme alınan meme kanseri tanısı konmuş 290 kadından %21'inin aile öyküsünde meme kanseri olduğu, %4,9'unda benign meme hastalıkları olduğu belirlenmiştir. Çalışmada kontrol grubunda ilk görüşmeden elde edilen depresyon düzeyi ailesinde/akrabasında fibrokistik meme değişikliği olan ($16,20\pm5,92$) kadınlarda olmayanlara ($13,85\pm4,54$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 9). Bu bulgu bize ailesinde/akrabasında fibrokistik meme değişikliği olan kadınların kendilerinde de fibrokistik meme değişikliği olacağı kaygısı yaşadıklarını düşündürmektedir.

Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür (Açıkgöz ve Akar Yıldız, 2017). Birinci derece akrabasında bir kişide meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1,80 kat artırmaktadır. Eğer birinci derece akrabasında iki tane meme kanseri varlığı söz konusu ise bu risk 2,9 kat artar (Koçak ve ark., 2011). April-Sanders ve arkadaşları (2018) meme kanseri tanısı almış kadınların kız kardeşleri ile yaptıkları araştırmada kadınların %29'unun yüksek, %34'ünün orta ve %37'sinin düşük düzeyde meme kanseri endişesine sahip olduğunu göstermiştir. Çalışmada vaka grubunda ilk görüşme ve 1. aydaki görüşmeden elde edilen kaygı düzeyi ailesinde/ akrabasında meme kanseri olan (47,12±5,23; 50,00±3,60) kadınlarda olmayanlara (41,81±5,23; 47,87±3,27) göre daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 10). Çalışma bulgusu bize fibrokistik meme hastalığı olan kadınların aile veya akrabasındaki meme kanseri öyküsünün sağlıklı kadınlara göre psikososyal iyilik hallerini negatif etkilediğini ve kaygı düzeylerini artırdığını göstermektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kanser olma kaygısı ve depresyon durumuyla başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir: Araştırma gruplarında;

-İlk görüşmede sürekli kaygı puanları kontrol grubunda daha yüksek iken tetkik sonucunun öğrenildiği 1. ayda hafif bir yükselme ile kaygı puanları birbirlerine yakındır. 3. ayda yapılan görüşmede ise kontrol grubundaki kadınların kaygı düzeyleri (47,13±2,30) hafif derecede azalırken, vaka grubundaki kadınların kaygı düzeyleri (56,26±2,56) yükselmiştir ($p<0.05$), (Tablo 5,7).

-İlk görüşmede gruplarda hafif bir depresyon söz konusu iken 1. ve 3. ayda kontrol grubundaki kadınlarda minimal depresyon (6,22±2,54, 5,60±2,15), vaka grubunda ise orta derecede depresyon (17,73±2,97, 24,00±2,89) saptanmıştır. BDE boyutları olan bilişsel ve somatik-affektif açıdan gruplarda ilk görüşmede minimal depresyon söz konusudur. 1. ve 3. ayda BDE bilişsel ve somatik-affektif boyutu bakımından kontrol grubunda minimal depresyon devam ederken vaka grubunda hafif depresyon mevcuttur ($p<0.05$), (Tablo 5,7).

-İlk görüşmede, 1. ve 3. ayda orta düzey bir başa çıkma tutumuna sahiptir. 1. ve 3. ayda vaka grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hafif derecede daha fazla başa çıkma tutumunu kullandığı görülmektedir ($p<0.05$). Vaka grubunda ilk görüşmede 158,76±5,49 olan başa çıkma tutumu 1. ayda 160,29±4,88, 3. ayda 160,74±5,04 olarak yükselmiştir. Görüşmeler sonrasında kadınların BÇTDÖ boyutlarında da (sorun odaklı, duygusal odaklı, fonksiyonel olmayan) orta düzey bir tutuma sahip oldukları, vaka grubunda sorun odaklı başa çıkma tutumunun, kontrol grubunda duygusal odaklı başa çıkma tutumunun hafif derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 6).

-İlk görüşmede vaka grubunda, kontrol grubunda ise 1. aydaki emziren kadınların kaygı düzeyleri (42,37±5,61; 47,20±5,11) emzirmeyen kadınların kaygı düzeylerine (46,09±5,02; 50,52±5,62) göre daha düşüktür ($p<0.05$), (Tablo 8).

-Kontrol grubunda 1. ayın görüşmesinden elde edilen başa çıkma tutumu puan ortalaması emziren (159,43±4,43) kadınlarda emzirmeyenlere (157,20±5,14) göre daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 8).

-Kontrol grubunda ilk görüşmeden elde edilen depresyon düzeyi ailesinde/akrabasında fibrokistik meme değişikliği olan ($16,20\pm5,92$) kadınlarda olmayanlara ($13,85\pm4,54$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 9).

-Vaka grubunda ilk görüşme ve 1. aydaki görüşmeden elde edilen kaygı düzeyi ailesinde/akrabasında meme kanseri olan ($47,12\pm5,23$; $50,00\pm3,60$) kadınlarda olmayanlara ($41,81\pm5,23$; $47,87\pm3,27$) göre daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 10).

-Meme şikâyet süresi ile kaygı, depresyon ve başa çıkma tutumu arasındaki ilişkiye bakılmış ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p<0.05$), (Tablo 11).



6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

-Fibrokistik meme hastalığı varlığının kadınlarda kaygı ve depresyon düzeyini yükselttiği ve bu durumla başa çıkma tutumunun orta düzey olduğu belirlenmiş olup benzeri çalışmaların farklı örneklem grupları üzerinde uygulanarak kanıtların güçlendirilmesi,

-Kadınlarda fibrokistik meme hastalığı varlığının taranması ve düzenli kontrollerinin sağlanması,

-Sağlık profesyonellerinin kadınları bireysel riskin doğru algılanması yönünde bilgilendirmesi,

-Sağlık profesyonellerinin gerçek riske sahip kadınları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, bu doğrultuda destek sağlayıcı girişimlerde (emosyonel destek, bilgi verme vb.) bulunulması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Açıkgöz, A., Ellidokuz, H. (2011). Meme kanserini önlemek olanaklı mı? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 20(6):239-248.
- Açıkgöz, A., Akal Yıldız, E. (2017). Meme kanseri etiyojisi ve risk faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 5(1):45-56.
- Ağargün, MY., Beşiroğlu, L., Kıran, ÜK., Özer, ÖA., Kara, H. (2005). Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatr Dergisi, 6: 221-26.
- Aksu, G., Hocaoğlu, Ç. (2004). Mastalji yakınımasıyla radyolojik incelemeye alınan bir grup hastada aleksitimi, anksiyete, kaygı ve depresyon düzeylerinin araştırılması. Klinik Psikiyatri, 2:95-102,
- Albayrak, A., Kurt, E. (2016). Meme kanserli hastalarda ağrı ve uzuv kaybına (mastektomi) bağlı depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi ve dindarlık ile ilişkisi. DEÜİFD Din Piskolojisi Özel Sayısı, ss. 41-81.
- Aldemir, K., Gürkan, A., Yılmaz, F.T., Kaymaz, S., Demirel, G. (2018). Psychosocial health level and quality of sexual life in women with fibrocystic breast disease. International Journal of Women's Health and Wellness, 4(1):69.
- Algın, F. (2009). Şizofreni hastalarında başa çıkma tutumlarının umutsuzluk, intihar, davranışı ve iç görü ile ilişkisi, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Altay, B. (2009). 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağı hizmetlerini bilme ve kullanma durumları ile etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12: 2.
- April-Sanders, A., Oskar, S., Rachel, C., Shelton, R.C., et al. (2018). Predictors of breast cancer worry in a Hispanic and predominantly immigrant mammography screening population, Women's Health Issues, 27(2): 237–244.
- Arkar, H. ve Şafak, C. (2004). Klinik bir örneklemede Beck Depresyon Envanterinin boyutlarının araştırılması. Türk Psikoloji Dergisi, 19:117-123.
- Arslan, S. (2014). Malign ve benign meme lezyonlarının ayırımında sonoelastografinin tanıya katkısı. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Artaç, M. (2012). Meme kanserinde risk faktörleri ve kemoprevensiyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncol-Special Topics, 5(2):1-4.

- Aslan, F., Gürkan, A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2):63-68.
- Atasoy, MM., Oren, NC., Ilica, AT., et al. (2013). Sonography of fat necrosis of the breast: correlation with mammography and MR imaging. *J Clin Ultrasound*, 41:415-423.
- Ateş, S. (2014). Kadınlarda kendi kendine meme muayenesi uygulamalarının değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Atasü, T., Şahmay, S. (2001) Menapoz tedavisi ve kanser. *Jinekoloji Kadın Hastalıkları*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Atlıhan, A. (2018). Memenin benign ve malign lezyonlarında ca 15-3'ün klinik yararlılığı. Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, Adıyaman.
- Aydın, G., Demir, A. (1989). ODTÜ öğrencilerinde depresif belirtilerin yaygınlığı. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 8:27-40.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y.Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A., Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2):55-60.
- Aygin, D., Aslan, F.E. (2008). Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4: 105-114.
- Babacan Gümüş, A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3).
- Bag, B., (2014). Kanser hastalarında depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2):186-198.
- Balcı, N., Kantekin, V., Sunay, D., Aydın, O., Turgut Çavuşoğlu, N., Ergün, Y. ve ark. (2013). Mastalji, anksiyete ve ilişkili faktörler: Vaka-kontrol çalışması. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 17(1):8-12.
- Baron, RH. (2010). Assessment and Management of Patients With Breast Disorders. In Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH, ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 12th ed., USA: Lippincott Williams & Wilkins, p.1471-1502.

- Barton, MB., Elmore, JG., Fletcher, SW. (1999). Breast symptoms among women enrolled in a Health maintenance organization: frequency, evaluation and outcome. *Ann Intern Med*, 130:651-657.
- Başıoğlu, M. (2010). Memenin anatomisi, embriyolojisi, histoloji ve fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics*, 3(3).
- Bayraktar, N. (2015). Meme kanserinde cerrahi tedavi ve bakım. *Türkiye Klinikleri Surg Nurs-Special Topics*, 1: 7-12.
- Berg, WA., Campassi, CI., Ioffe, OB. (2003). Cystic lesions of the breast sonographic pathologic correlation. *Radiology*, 227:183–191.
- Bilgin, MG., Aydoğan, Ü., Bilgin, S., Sarı, O., Akbulut, H., Doğaner Ç.Y. ve ark. (2010). Meme ağrısı şikâyetiyle polikliniğimize müracaat eden hastalardaki meme kanseri sıklığıının araştırılması. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 14(1): 8-12.
- Bostancı, N. (2008). Evre I-II meme kanseri hastalarına uygulanan psikoeğitimin kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum profiline etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. ve Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330:702.
- Cardenosa, G. (1997). *Breast imaging companion*. 1st ed., Philadelphia: Lippincott Raven, p.178-291.
- Cengil, M., (2003). Depresyonu önlemede dini inancın rolü. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2:129.
- Chao, T., Chao, H., Chen, M. (2007). Sonographic features of breast hamartomas. *J Ultrasound Med*, 26: 447–452.
- Chen, J., Liu, H., Baek, H.M., Nalcioglu, O., Su, M.Y. (2008). MR imaging features of fibrocystic change of the breast. *Magnetic Resonance Imaging*, 26:1207–1214.
- Clavel, F., Chapelon, F. (1997). E3N, a French cohort study on cancer risk factors. *Eur J Cancer Prev* 6(5): 473–478.
- Çakır Peköz, B. (2016). Memenin benign ve malign lezyonlarının ayırımında kantitatif elastografi. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.

- Çakır, S., Kafadar, MT., Arslan, ŞN., Türkan, A., Kara, B., İnan, Aydın. (2016). Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. FNG & Bilim Tıp Dergisi, 2(3):186-194.
- Çam, O., Babacan Gümüş, A. (2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 10 (3):52-60.
- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A. ve Özdemir, D. (2008). Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. Nöropsikiyatri Arşivi, 45:78-84.
- Çetinkaya, S., Vural Özeç, A., Özdemir, D., Kavakçı, Ö., Sümer, H. ve Erdoğan, H. (2013). Glokom hastalarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile başa çıkma tutumları. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 35: 39-50.
- Dahnert, W. (1996). Radiology Rewiev Manual. Third Ed., Baltimore: Williams and Wilkins, pp.397- 418.
- Darendeliler, E., Ağaoğlu, FY. (2003). Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. E. Topuz, A. Aydın ve M Dinçer (Ed.), Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; s.13-33.
- Debbs, D.J. (2016). Breast Pathology. 2nd Edition, Pittsburgh: Elsevier.
- Değerli, Ü., Bozfakıoğlu, Y. (2002). Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Demiral, G. (2009). Ele gelmeyen meme lezyonlarında tel ile işaretlemenin tanısal değeri. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Demirel, G., Gölbaşı, Z. (2015). Kadın sağlığı taramasında güncel durum. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(4).
- Dinç, T., Dikmen, K., Coşkun, F. (2013). Mastalji yakınması ile polikliniğe müracaat eden hastalarda meme ultrasonografi bulguları ve risk faktörlerinin önemi. GMJ, 24: 127-129.
- Dupont, WD., Page DL. (1998). Relative risk of breast cancer varies with the time since diagnosis of atypical hyperplasia. Hum Pathol, 20:723.
- Duran, K. (2018). Meme kanseri hastalarında eşler arası uyum ve sosyal destek düzeyinin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsellik üzerine etkilerinin incelenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa.

- Edwards, BK., Howe, HL., Ries, LA., et al. (2002). Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden. *Cancer*, 94(10):2766-2792.
- Levine GE. (2009). The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer Survivors. *Support Care Cancer*, 17(3): 295-306.
- Engin, K. (2005). Meme Kanserleri. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 8-75,
- Erdem, Ö., Bez, Y. (2009). Doğum sonrası hüüzün ve doğum sonrası depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi*, 1(1):32-37.
- Erhan, Y., Kumar, V., Cotran, R.S., Robins, S.L. (Ed.) (2000). Temel Patoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, s.623-635.
- Ertem, G., Candan Dönmez, Y., Bilge, A. (2017). Meme kanserinde cinsel yaşamdan yaşamsal doyuma yolculuk. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1):171-176.
- Eskelinen, M., Ollonen, P. (2011). Assessment of general anxiety in patients with breast disease and breast cancer using the Spielberger STAI Self Evaluation Test: A prospective case–control study in Finland. *Anticancer Research*, 31:1801-1806.
- Fadıloğlu, Z. (2011). Meme kanserli hastaya yaklaşım. Adana: Nobel Kitabevi.
- Fairbanks, F., Andres, M.P., Caldeira, P., Abdo, C., Podgaec, S. (2017). Sexual function, anxiety and depression in women with benign breast disease. A case-control study. *Rev Assoc Med Bras*, 63(10):876-882.
- Fauci, AS., Braunwald, E., Kasper, DL. (2008) Breast Cancer Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Ed., New York: The Mc Graw-Hill Companies.
- Firat, D., Hayran, M. (1992). Cancer Statistics in Turkey and in the World. Ankara: İz Matbaacılık, s.42-51.
- Fisher, U. (2004). Practical MR Mammography in Benign and Malign Changes. 1st ed., Stuttgart: Georg Thieme Verlac, p.50-136.
- Fowler, PA., Casey, C.E., Cameron, GG. et al. (1991). Cyclic changes in composition and volume of the breast during the menstrual cycle, measured by magnetic resonance imaging. *Br J Obstet Gynaecol*, 97:595-602.
- Ganesan, S., Karthik, G., Joshi, M., Damodaran, V. (2006). Ultrasound spectrum in intraductal papillary neoplasms of breast. *The British Journal of Radiology*, 79:843-849.

- Geyikçi, R. (2017). Birinci yılını tamamlamış meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumları. Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Girişken Velioğlu, E. (2015). Meme kanseri hastalarında depresyon, anksiyete ile utanç, suçluluk ilişkisinin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Hatay.
- Goel, NB., Knight, TE., Pandey, S. (2005). Fibrous lesions of the breast: imaging/pathologic correlation. *Radiographics*, 25(6): 1547-1559.
- Gönç, EN. (2009). Normal puberte gelişimi ve puberte prekoks. *Hacet Tıp Dergisi*, (40):164-168.
- Greenberg, R., Skornick, Y., Kaplan, O. (1998). Management of breast fibroadenomas. *J Gen Intern Med*, 13: 640–645.
- Güneş, YÜ., Zaybak, A., Eşer, İ., Khorshid, L. (2007). Sağlıklı bireylerde kanser risk faktörleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23(2): 13-22.
- Harcourt, D., Rumsey, N., Aambler, N. (1999). Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 4 (1): 57-71.
- Hartmann, LC., Sellers, TA., Frost, MH., Lingle, WL., Degnim, AC., Ghosh, K. (2005). Benign breast disease and the risk of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 353(3):229-237.
- Harris, JR., Lippman, ME., Morrow, M., Osborne, CK. (2004). *Diseases of the Breast. Third Edition*, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Hiçdurmaz, D., Öz, F. (2009). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3):1-16.
- Hiçdurmaz, D., Öz, F. (2013). Stresle baş etmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1):1-19.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13.
- Hunt, KK., Robertson, JFR., Bland, KI. (2015). *The Breast. Schwartz's Principles of Surgery*, 10th edition, USA: McGraw-Hill Education.

- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., Buck, R. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46(1):19-24.
- Itoh, A., Ueno, E., Tohno, E. et al. (2006). Breast disease: Clinical application of US elastography for diagnosis. *Radiology*, 239:341–350.
- İpek, C. (2011). Meme koruyucu cerrahi ile beraber sentinel lenf nodülü biyopsisi yapılan hastaların uzun dönem takiplerinin değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- İşgör, A. (2018). Meme yerleşimi ve yapısı. Erişim Adresi: <http://www.adnanisgor.com/meme1baslik.html> (Erişim Tarihi: 15.01.2018).
- Jemal, A., Vineis, P., Bray, F., Torre, L., Forman, D. (2014). *Kanser Atlası*. Atlanta: Amerikan Kanser Derneği, p. 40.
- Jones, JL., Hughes, KS., Kopans, DB., Moore, RH., Howard-McNatt, M., Hughes, SS., Lee, NY., Roche, CA., Siegel, N., Gadd, MA., Smith, BL., Michaelson, JS. (2005). Evaluation of hereditary risk in a mammography population. *Clin Breast Cancer*, 6(1): 38-44.
- Junqueira, LC., Carneiro, J., Kelley, RO. (1998). *Basic histology*. Temel Histoloji, Aytekin Y, (Çev. ed), İstanbul: Barış Kitabevi.
- Jurk, M., Kremmer, E., Schwarz, U., Förster, R., Winnacker, EL. (1998). MAGE-11 protein is highly conserved in higher organisms and located predominantly in the nucleus. *Int J Cancer*, 75:762-766.
- Karabulutlu, E., Tan, M., Okanlı, A., Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz hastalarında stresle başetme ve sosyal destek. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8: 56-66.
- Karadakovan, A., Aslan, EF. (2014). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, s.127-142.
- Karayurt, Ö., Zorukoş, S. (2008). Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi-destek gereksinimlerinin karşılanması. *The Journal of Breast Health*, 4(2): 56-61.
- Kaymakçı, Ş. (2011). *Meme Hastalıkları*, Adana: Adana Nobel Kitabevi, p. 973-985.
- Kaymakçı, Ş. (2014). Meme hastalıkları. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. In: Karadakovan A, Eti Aslan F. ed., 3. basım, Ankara: Akademisyen Kitabevi, s.917-946.

- Keyzer-Dekkera, CMG., Vries, JD., Esch, L., Ernst, MF., Nieuwenhuijzen, GAP., Roukema, JA., Steeg, AFW. (2012). Anxiety after an abnormal screening mammogram is a serious problem. *The Breast*, 21:83-88.
- Kim, MJ., Kim, EK., Park, SY. ve ark. (2006). Galactoceles mimicking suspicious solid masses on sonography. *J Ultrasound Med*, 25:145-151.
- King, MC., Marks, JH., Mandell, JB. (2003). Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science*, 302(5645):643-646.
- Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamalarında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1).
- Koçak, F.Ü. (2010). Meme kitlelerinin konvansiyonel mrg ve difüzyon mrg ile değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi, Radyodiagnostik Ana Bilim Dalı, Uzmanlık tezi, Konya.
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Dizbay Sak, S., Tükün, A., Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(2).
- Kopans, DB. (2007). *Breast Imaging. Third Edition*, New York: Lippincott Williams and Wilkins, p.48-75.
- Kosova, F., Arı, Z. (2008). Adipositokinler ve meme kanseri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(6):377-384.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, MC., Demir, A. (2011). Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(3):149-153.
- Kumar, ALS., Vohra, K., Bhargava, PS. Reddy. (1999). Investigation of breast lump an evaluation. *MJAFI*, 55: 299-302.
- Landis, SH., Murray, T., Bolden, S., Wingo, PA. (1998). Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 48: 6-29.
- Landmark, BT., Strandmark, M., Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support: In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16:216-223.
- Lang, C., Eriksen, BO., Hoffmann, I. (2004). Lipoma of the breast: A diagnostic dilemma. *J Breast*, 13:408-411.
- Lee, SY., Kim, MT., Kim, SW., Song, MS., and Yoon, SJ. (2003). Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: A Korean women's cohort study. *International Journal of Cancer*, 105(3): 390-393.

- Lester, SC. (2005). The breast. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, Kumar V, Abbas AK, Fausto N, eds., 7th edition, Philadelphia: Elsevier Saunders, p.1119-1154.
- Lissowska, J., Gaudet, MM., Brinton, LA., Peplonska, B., Sherman, M., Szeszenia-Dabrowska et al. (2007). In take of fruits, and vegetables in relation to breast cancer risk by hormone receptor status. *Breast Cancer Res Treat*, 21: 235-242.
- Lou, Z., Li, Y., Yang, Y., Wang, L., Yang, J. (2015). Affects of anxiety and depression on health-related quality of life among patients with benign breast lumps diagnosed via ultrasonography in China. *Int J Environ Res Public Health*, 12:10587-10601. doi:10.3390/ijerph120910587
- Macura, KJ., Ouwerkerk, R., Jacobs, MA., Bluemk, DA. (2006). Patterns of enhancement on breast MR images: Interpretation and imaging pitfalls. *Radio Graphics*, 26(6):1719-34.
- Malya, FÜ., Sayek, İ. (2013). Meme kanseri. Genel Cerrahi, In: Sayek İ, ed., 4th ed., Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
- Manjer, J., Berglund, G., Bondesson, L., Garne, JP., Janzon, L., Malina, J. (2006). Breast cancer incidence in relation to smoking cessation. *Breast Cancer Res Treat*, 61(2):121-129.
- Memiş, S., Aslan, FE., Aygın, D. (2011). Denge, stres ve adaptasyon. Adana: Adana Nobel Kitabevi, p. 63-77.
- Mermer, G. (2010). Kemalpaşa'da 50-70 yaş arası kadınlarda meme kanseri ve mamografi eğitimi etkisinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Doktora Tezi, İzmir.
- Moore, KL. (1992). *Clinically Oriented Anatomy*. 3rd ed., Baltimore: Williams and Wilkins, p.45-46.
- Murillo Ortiz, B., Botello Hernandez, D., Ramirez Mateos, C., Reynaga Garcia, FJ. (2002). Benign breast diseases: Clinical, radiological and pathological correlation. *Gynecol Obstet Mex*, 70: 613-618.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A Textbook*. Bershire: Open University Press.
- Oğul, M. (2004). Bilişsel yaklaşıma göre kontrol algısı ve stresle başa çıkma. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10: 34-35.
- Oğuz, M., Aksungur, EH., Bıçakçı, YK., Çelikleş, M. (1997). *Ultrasonografi, Birinci Baskı*, Adana: Nobel Tıp Kitabevi, s.3-21.

- Ollonen, P., Lehtonen, J., Eskelinen, M. (2005). Anxiety, depression, and the history of psychiatric symptoms in patients with breast disease: A prospective case-control study in Kuopio, Finland. *Anticancer Research*, 25:2527-2534.
- Ollonen, P., Lehtonen, J., Eskelinen, M. (2005). Coping and defending as risk factors for breast cancer in patients with breast disease: A prospective case-control study in Kuopio, Finland. *Anticancer Research*, 25:4623-4630.
- Olu-Eddo, AN. (2011). Benign breast lesions in an African population: A 25-year histopathological review of 1864 cases. *Nigerian Medical Journal*, 52(4):211-216.
- Onat, H., Başaran, M. (2003). Meme kanseri risk faktörleri ve korunma. *Meme Kanseri*, Topuz, E., Aydın, A., Dinçer (editörler), 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s.90-107.
- Osborne, MP. (1991). Breast development and anatomy. *Breast Disease*, In: Harris JR, Helleman S, Henderson IC, Kinve DW, eds., 2nd edition, Philadelphia: Lippicott, p.1-13.
- Özarslan, Z., Fıstıkcı, N., Keyvan, A., Uğurad, ZI. ve Saygılı, S. (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. *Marmara Medical Journal*, 26:130-135.
- Özdemir, D. (2017). Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Özer, N. (2015). Meme kanserli kadınların psikososyal gereksinimleri. *Türkiye Klinikleri Surg Nurs-Special Topics*, 1: 16-22.
- Özmen, V., Fidaner, C., Aksaz, E. ve ark. (2009). Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması: Sağlık bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(3):125-134.
- Parkin, DM., Bray, F., Ferlay, J., Pisani, P. (2005). Global cancer statistics. *Cancer J Clin*, 55:74-108.
- Parsak, CK., Sakman, G., Akçam, T., Demircan, O. (2010). Memenin fibroadenoma ve fibrokistik hastalıklarında histopatoloji. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(4):1-4.
- Polat, P. (2015). Mevsimlik tarım işçisi kadınların meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına ve algılarına etkisi. Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- Presazzi, A., Di Giulio, G., Calliada, F. (2015). Breast hamartoma: Ultrasound, elastosonographic, and mammographic features. *J Ultrasound*, 18:373-377.

- Ramirez-Montano, L., Vergas-Tallez, E., Macada, S.E. (2013). Giant lipoma of the breast. *Arch Plast Surg*, 40(3): 244-246.
- Rumack, MC., Wilson RS., Charboneau WJ, Johnson, J. (2005). *Diagnostic Ultrasound, Third Edition*, Philadelphia: Saunders, p.797-798.
- Sabaté, JM., Clotet, M., Gómez, A. (2005). Radiologic evaluation of uncommon inflammatory and reactive breast disorders. *Radiographics*, 25(2): 411-24.
- Santen, RJ., Mansel, R. (2005). Benign breast disorders. *N Engl J Med*, 353(3):275-285.
- Saydam, S. (2002). Meme kitleleri. *Probleme Dayalı Öğrenim Yaklaşımıyla Temel Cerrahi Bilimler*, Terzi, C. (Çeviri Editörü), 1. Baskı, İzmir: Dokuz Eylül Yayınları, s. 347-363.
- Sayek, İ. (2004). Benign meme hastalıkları. *Temel Cerrahi*, 3. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, s.946-949.
- Schnitt, S., Connolly, J. (2004). Pathology of benign breast disorders. *Diseases of the Breast*. In: Harris, J.R., Lippman, M.E., Morrow, M. et al, eds., 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Siegelmen, ES. (2004). *Breast MRI. Body MRI*, Philadelphia: Elsevier, p.425-481.
- Skaane, P., Engedal, K. (1998). Analysis of sonographic features in the differentiation of fibroadenoma and invasive ductal carcinoma. *AJR*, 170:109-114.
- Smeltzer, SC, Bare, BG. (2010). *Brunner and suddarth. Medical Surgical Nursing*, 10th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, p.1445-1484.
- Sohbet, R., Karasu, F. (2017). Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 113-121.
- Somunoğlu, S. (2007). Meme kanserinde risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5):2-12.
- Sondik, EJ. (1994). Breast cancer trends incidence, mortality, and survival. *Cancer*, 74(3): 995-999.
- Stavros, AT. (2004). *Breast Ultrasound*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, p.61.
- Sütçü Gündüz, G. (2010). Tanı- ameliyat süreci yakın zamanlı olan meme kanseri hastalarının öfke, depresyon, stresle başa çıkma ve sosyal destek değişkenleri açısından incelenmesi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Şahin, NH., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34):56-73.
- Taboada, JL., Stephens, TW., Krishnamurthy, S., Brandt, KR., Whitman, GJ. (2009). The many faces of fat necrosis in the breast. *AJR*, 192:815-825.
- Tan, M., Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs*, 28:236-240.
- Taşkın, F., Köseoğlu, K., Ünal, A., Erkuş, M., Özbaş, S., Karaman, C. (2011). Sclerosing adenosis of the breast: radiologic appearance and efficiency of core needle biopsy. *Diagn Interv Radiol*, 17(4):311-316.
- Tavassoli, FA., Hoefler, H., Rosai, J., Holland, R., Ellis, I.O. (2003). In World Health Organization Classification of tumours. Pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs. Lyon: IARC Press, p.63-73.
- Tavassoli, FA. (1999). *Pathology of the Breast*, 2nd ed., Stamford: Appleton and Lange, p.205-223.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2014). Türkiye Kanser İstatistikleri, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı, Ankara, Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/495-2014-y%C4%B1l%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html>. (Erişim Tarihi: 10.01.2019)
- Tegin, B. (1987). Depresyonda bilişsel süreçler: Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi*, 6:116-123.
- Thomas, A., Degenhardt, F., Farrokh, A., Wojcinski, S., Slowinski, T., Fischer, T. (2010). Significant differentiation of focal breast lesions: calculation of strain ratio in breast sonoelastography. *Acad Radiol*, 17(5):558-563.
- Torre, LA., Bray, F., Siegel, RL., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, 65(2):87-108.
- Tuncel, E. (2012). *Klinik Radyoloji*. İkinci baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s.821-842.
- Tunç, A. (2014). Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi ile psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesi. Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Doktora Tezi, Mersin.

- Turgut, GE., Yüksel, BC., Polat, E., Yıldız, Y., Berkem, H., Özel, H., Hengirmen, S. (2009). Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygıyı etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2):92-97.
- Tuzlalı, H. (2014). Mamografi tetkikinde saptanan bıradı 4a, 4b ve 4c mikro kalsifikasyonlara uygulanan stereo taktik vakum biyopsi işleminin histopatolojik sonuçlarının işlem öncesi radyolojik görünüm ile karşılaştırılması ve post-operatif patoloji sonuçlarının biyopsi sonuçları ile karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radiodiagnostik Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Türkan Yılmaz, İ. (2014). Benign ve malign meme kitlelerinin ayırımında us elastografinin tanıya katkısı ve histopatolojik korelasyon. Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa.
- Uğurlu, M. Soydal, T. (2004). Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu: Birinci basamakta ruh sağlığı eğitim programı. *Kriz Dergisi*; 12:41-45.
- Ünal, M. (1995). Meme patolojileri. Genel Cerrahi, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s. 279-296.
- Ünal, M., İğci, A. (2002). Meme anatomisi ve gelişmesi. Genel Cerrahi, In: Kalaycı G, Ed., İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, s.534-535.
- Üner, BA. (2014). Bir üniversite hastanesinde meme kanseri tanısı almış hastaların tanımlayıcı özellikleri ve tanı süreci. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın.
- Üstün, EE. (2000). Mamografi Atlası. İzmir: Güven & Nobel Tıp Kitabevleri, s.3-7.
- Westman, B., Bergenmar, M., Anderson, L. (2006). Life, illness and death-existential reflections of a swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 10:169-176.
- Wong-Kim, EC., Bloom, JR. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14:564-573.
- World Health Organization. (2017). Global Health Observatory Data, Geneva, Access Address: <https://www.who.int/gho/en/>
- Vannini, V., Dianzani, U., Rosa, E. (2011). Nomina Anatomica, Vural F. (Çev.Ed.), Amasya: Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama, s.180-183.
- Yerli, H., Yılmaz, T., Ural, B., Gülay, H. (2013). Solid meme kitlelerinin sonoelastografi ile değerlendirilmesinin tanısal önemi. *Ulusal Cer Dergisi*, 29: 67-71.

- Yıldırım, M. (2012). Resimli İnsan Anatomisi, 2. Basım, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s.116-117.
- Yıldırım, İ., Özşevik, K., Canyurt, E., Tortop, Y., Özer, S. (2015) Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 9:32-39.
- Yılmaz, M., Seki, Z., Gürler, H., Çifçi, E.S. (2010). Bir üniversitede çalışan kadınların meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 3:65-71.
- Yılmaz, EM., Çelik, S., Arslan, H., Değer, D. (2015). Posttravmatik stres bozukluğunun yüksek olduğu bir bölgede mastalji ve anksiyetenin ilişkisi. J Breast Health,11:72-75.
- Zhi, H., Xiao, X.Y., Yang, H.Y. et al. (2008). Semi-quantitating stiffness of breast solid lesions in ultrasonic elastography. Acad Radiol, 15(11): 1347-1353.

EKLER

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1.Yaşınız:.....
- 2.Eğitim Durumunuz:
()Okur-yazar değil ()Okur-yazar ()İlköğretim ()Lise ()Üniversite ve üzeri
- 3.Boyunuz:.....
- 4.Kilonuz:.....
- 5.Beden kitle indeksiniz (BKİ):.....
- 6.Medeni durumunuz: ()Evlili ()Bekar
- 7.Aile Tipiniz: ()Çekirdek Aile ()Geniş Aile
- 8.Çalışma durumunuz: ()Çalışıyor ()Çalışmıyor
9. Menarş yaşınız (ilk adet yaşınız):
- 10.Hiç doğum yaptınız mı? () Evet () Hayır
- 11.İlk doğumunuzu siz kaç yaşındayken yaptınız?:
- 12.Doğum sayınız:.....
- 13.Çocuklarınızı emzirdiniz mi? () Evet () Hayır
- 14.Çocuklarınızı emzirdiyseniz kaç ay/yıl emzirdiniz?.....
- 15.Şeker hastalığı, troid hastalığı gibi bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
- 16.Kafein içeren yiyeceklerden (kahve, çay, kolalı içecekler, çikolata vb.) günlük tüketir misiniz? () Evet () Hayır
- 17.Hormonlu aile planlaması yöntemleri kullandınız mı?
()Evet ()Hayır (ise 20.soruya geçiniz)
- 18.Evet ise hormonlu aile planlaması yöntemlerinden hangisi/hangilerini kullandınız?.....
- 19.Evet ise hormonlu aile planlaması yöntemlerini kaç yıl kullandınız?.....
- 20.Yakın zamanda sizi üzecek büyük bir yaşam olayı yaşadınız mı? (Ölüm, boşanma vb.)
()Evet ()Hayır
- 21.Meme şikayeti sizde kaç aydan beri var?.....
- 22.Daha önce meme şikayetiniz ile ilgili herhangi bir sağlık kurumuna başvurduunuz mu?
()Evet ()Hayır

- 23.Memenizle ilgili sizi en çok rahatsız eden şikayetiniz nedir? (sadece bir tane işaretleyiniz.) ()Meme Ağrısı ()Hassasiyet ()Şişlik ()Kist ()Sert Alanlar
- 24.Ailenizde/akrabalarınızda fibrokistik meme değişikliği olan birisi var mı?
()Evet ()Hayır
- 25.Ailenizde/akrabalarınızda meme kanseri olan var mı? () Evet () Hayır
- 26.Sizce fibrokistik meme değişikliklerine sahip kadınların bu hastalık ile mücadelede yapması gereken girişimler nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- () Emzirmek
() Düzenli meme kontrolü yaptırmak
() Troid ve şeker hastalığını tedavi ettirmek
() Kafein içeren yiyeceklerden uzak durmak
() Diyetteki yağ miktarını azaltmak
() Hormonsuz aile planlaması yöntemi kullanmak (östrojen içermeyen)
() Ağrı kesici ve antiinflamatuvar ilaçlar kullanmak
() Uygun beden sütyen giymek
() Hepsi
() Diğer (Yazınız).....
- 27.Fibrokistik meme değişikliği tanısından sonra profesyonel yardım (eğitim, danışmanlık vb.) aldınız mı? ()Evet ()Hayır (ise 30. soruya geçiniz)
- 28.Evet ise; profesyonel yardımı kimden aldınız?
()Doktor ()Hemşire ()Ebe ()Diğer (Yazınız).....
- 29.Evet ise; profesyonel yardımı nereden aldınız?
() Hastane
() Toplum Sağlığı Merkezi
() Aile Sağlığı Merkezi
() Diğer (Yazınız).....
- 30.Siz fibrokistik meme değişikliklerinizin ilerleyen zaman içerisinde meme kanserine dönüşme endişesi taşıyor musunuz? () Evet () Hayır

EK 2: SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-2)

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir				
2	Genellikle çabuk yorulurum				
3	Genellikle kolay ağlarım				
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
6	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
7	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
10	Genellikle mutluyum				
11	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
12	Genellikle kendime güvenim yoktur				
13	Genellikle kendimi emniyette hissedirim				
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim				
16	Genellikle hayatımdan memnunum				
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
18	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

EK 3: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şuan dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum, sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.

- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu, kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 4: BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE)

Aşağıda insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylar ya da sorunlar karşısında gösterdikleri çeşitli davranış biçimleri listelenmiştir. Aşağıdaki ifadelerin doğru veya yanlış cevabı yoktur. Sizin için en uygun olan seçeneği işaretlemeye çalışın.

Maddeler	Asla Böyle Birsey Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Orta Derecede Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1-Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.				
2-Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.				
3-Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım				
4-Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım				
5-Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.				
6-Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.				
7-Allah`a tevekkül eder, O`na sığınırım.				
8-İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
9- Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10-Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.				
11-Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				
12-Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
13-Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.				
14-Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
15-Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				
16-Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.				
17-Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.				
18-Allah`ın yardımını umarım.				

19-Bir eylem planı yaparım.				
20-Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.				
21-Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.				
22-Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.				
23-Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.				
24-Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.				
25-Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.				
26-Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
27-Sorun olduğuna inanmayı reddederim.				
28-Duygularımı dışarı vururum.				
29-Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.				
30-Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.				
31-Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.				
32-Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.				
33-Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.				
34-Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.				
35-Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.				
36-Sorunla ilgili saka yaparım.				
37-İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.				
38-İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.				
39-Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.				
40-Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.				
41-Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.				
42-Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.				

43-Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.				
44-Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.				
45-Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.				
46-Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.				
47-Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.				
48-Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.				
49-Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.				
50-Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.				
51-Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.				
52-Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.				
53-Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
54-Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.				
55-Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.				
56-Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
57-Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.				
58-Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.				
59-Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.				
60-Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.				

EK 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kanser olma kaygısı ve depresyon durumuyla başa çıkma tutumları”dır. Bu araştırma, fibrokistik meme değişiklikleri olan kadınların kanser olma kaygısı ve depresyon durumlarını belirleyerek bu durumlara yönelik başa çıkma tutumlarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar; fibrokistik meme değişikliği ile ilgili olarak kanser olma kaygınız, depresyon durumunuz ve bu durumlarla başa çıkma tutumlarınız belirlenerek daha ciddi sağlık problemleri gelişmeden erken dönemde gerekli tedavi ve bakımı alabilmeniz için ilgili sağlık personeline yönlendirmeniz yapılabilecek ve literatüre bilimsel katkı sağlayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz bu çalışmada sizden araştırmacılar tarafından verilen anket formlarını doldurmanız istenmektedir. İlk formda yaş, meslek, medeni durum, emzirme durumu, çocuk sayısı, meme şikayeti, fibrokistik meme değişikliklerinde yapılması gereken girişimler vb. yönelik 30 soru, ikinci formda kaygı durumunuzu belirlemeye yönelik 20 soruluk ifade maddeleri, üçüncü formda depresyon durumunuzu belirlemeye yönelik 21 soruluk ifade maddeleri, dördüncü formda ise başa çıkma tutumlarınızı belirlemeye yönelik 60 soruluk ifade maddeleri yer almaktadır. Bu anketi yaklaşık 15-25 dakika içerisinde eksiksiz cevaplamanız veya doldurmanız beklenmektedir Bu çalışmaya 21.11.2016-25.05.2017 tarihleri arasında Suşehri Toplum Sağlığı Merkezi, İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezine başvuran sizin gibi 360 kadının katılması beklenmektedir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0538..... numaralı telefonda Ebe Ünzile Yıldırım'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışma kapsamında size herhangi bir girişimsel işlem yapılmayacak yada yapılacak hiç bir uygulama size yada sağlık güvencenize ek bir yük getirmeyecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol ağmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Çalışmaya ait anket formunda isim ve soy isim kısımları bulunmamaktadır. Yani anketi doldurup teslim ettikten sonra kişisel bilgileriniz direk olarak gizlilik altına alınacaktır. Yine de size ait elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimse ile paylaşılmayacaktır, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve szli olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve szli olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:Tel.-Faks:

Adresi: Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Ünzile YILDIRIM (Ebe) Tel:0538... Faks:0346... Tarih/ İmza:

Adresi:Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakltes Ebelik Bölümü Sivas

İZİNLER

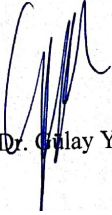
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Kansere Olma Kaygısı ve Depresyon Durumuyla Başa Çıkma Tutumları
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi Ek Derslik Binası (Acil Karşısı), Klinik Araştırmalar Etik Kurulu TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Gülbahtiyar Demirel			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:



GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fibrokistik Meme Değişiklikleri Olan Kadınların Kanser Olma Kaygısı ve Depresyon Durumuyla Başa Çıkma Tutumları
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2016-10/08	Tarih: 21.10.2016		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Iznil
Prof. Dr. Serpil Değeri	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Dış Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Dış Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhatin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	Eczacılık Biyokimya	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
26/10/2017 11:33 - 19448395 - 771 - E.2690



Sayı : 19448395-771
Konu : Uygulama

Sayın Yrd.Doç.Dr. Gülbahtiyar DEMİREL
C.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

İlgi : Gülbahtiyar Demirel'in 17/10/2017 tarihli yazı.

İlgi tarihli yazınız incelenmiş olup Tez danışmanı olduğunuz Suşehri Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan Ünzile YILDIRIM'ın "Fibrokistik Meme değişiklikleri Olan Kadınların Kanser Olma Kaygısı ve Depresyon Durumuyla Başa Çıkma Tutumları" başlıklı çalışmasını 1 Kasım 2017- 30 Nisan 2018 tarihleri arasında Sivas KETEM ve Suşehri KETEM biriminde gerçekleştirmesinde bir sakınca yoktur.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Adil KAYA
İl Sağlık Müdürü

Rahmi Günay Caddesi Numune Hastanesi Kampüsü/SİVAS

Faks No:0 346 223 49 00

e-Posta:ibrahim.balli@saglik.gov.tr Int.Adresi: Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 431b0a0f-0a7a-45f2-bcae-167072df17aa kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:İbrahim BALLI

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:(0) 346 2256367/1250