



T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KADIN DOKTORLARIN MEME KANSERİ HAKKINDA
BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ ve FARKINDALIĞININ BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bekir ŞAHİN

SAMSUN-2016

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KADIN DOKTORLARIN MEME KANSERİ HAKKINDA
BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ ve FARKINDALIĞININ BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bekir ŞAHİN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. İdris YÜCEL

SAMSUN-2016

TEŞEKKÜR

Hekimlik mesleği, etiği ve insani yönüyle örnek aldığım, saygı duyduğum, tez çalıőmalarımda bilgi ve birikimini esirgemeyen **Prof. Dr. İdris Yücel 'e,**

Uzmanlık eğitimi boyunca her konuyla yakından ilgilenen, eğitimimde büyük payı olan başta **Prof. Dr. Levent Altıntop** olmak üzere tüm hocalarıma,

Her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen, tek kaygısı evlatları olan **anneme ve babama,**

Hayatıma girdiğinden bugüne kadar benimle birlikte bütün zorluklara katlanan, benim yokluğumu dolduran, eli her zaman üzerimde olan eőim **Mine'ye,**

Herőeyim, kızım, canım **Cemre' ye,**

Desteğini her zaman hissettiğim kardeőim **Emre'ye,**

Bana kısacık hayatı boyunca kardeş sevgisini en derinden hissettiren, asistanlık hayatım dahil her zaman elinden geldiğince ve fazlasıyla yanımda olan, kalbimde kocaman bir özlem bırakan, yeri asla dolmayacak, O'na bu cümlelerle teşekkür edeceğim düşüncesini bile kabul edemezken, çok acı bir şekilde 05.06.2015 tarihinde hayata gözlerini kapatan canım kardeőim **Çağrı'ma,**

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Meme Kanseri.....	3
2.1.1. Epidemiyoloji	3
2.1.2. Etyoloji.....	3
2.1.3. Risk Faktörleri.....	4
2.1.3.1. İleri Yaş.....	4
2.1.3.2. Kadın Cinsiyet.....	4
2.1.3.3. Obezite.....	4
2.1.3.4. Boy Uzunluğu.....	5
2.1.3.5. Östrojen Seviyesi.....	5
2.1.3.6. Benign Meme Hastalıkları.....	5
2.1.3.7. Meme Dokusunun Dansitesi.....	5
2.1.3.8. Tümörün Histopatolojisi.....	5
2.1.3.9. Kemik Mineral Dansitesi.....	6
2.1.3.10. Reprodüktif Faktörler.....	6
2.1.3.11. Meme Kanseri Öyküsü.....	7
2.1.3.12. Yaşam Tarzı.....	7
2.1.4. Meme Kanseri Biyolojisi.....	7
2.1.5. Histopatoloji.....	8
2.1.5.1. Meme Kanserinde Yeni Sınıflama.....	8
2.1.6. Klinik Bulgular ve Belirtiler.....	9
2.1.6.1. Ağrı.....	9
2.1.6.2. Palpable Kitle.....	9
2.1.6.3. Akıntı.....	9
2.1.6.4. Memede Ödem, Portakal Kabuğu Görünümü.....	9
2.1.6.5. Meme Başında Retraksiyon.....	9
2.1.6.6. Meme Derisinde Ülserasyon.....	10

2.1.6.7. Lenfadenopati.....	10
2.1.7. Evreleme.....	10
2.1.8. Prognoz.....	14
2.1.8.1 Meme Kanserinde Prognostik Faktörler.....	15
2.1.8.1.1. Tümör Çapı.....	15
2.1.8.1.2. Aksiller Lenf Nodu Tutulumu.....	15
2.1.8.1.3. Lenfovasküler ve Perinöral İnvazyon.....	16
2.1.8.1.4. Histolojik Tümör Tipi.....	16
2.1.8.1.5. Hormon Reseptör Durumu.....	16
2.1.8.1.6. Tümörün Proliferasyon Hızı.....	16
2.1.8.1.7. Moleküler Prognostik Faktörler.....	16
2.1.9. Meme Kanserinde Tedavi.....	17
2.1.9.1. Cerrahi Tedavi.....	17
2.1.9.2. Radyoterapi.....	17
2.1.9.3. Kemoterapi ve Biyolojik Ajan Tedavisi.....	17
2.1.9.3.1. Adjuvan Kemoterapi ve Biyolojik Ajan Tedavisi.....	17
2.1.9.3.2. Metastatik Meme Kanserinde Kemoterapi ve Biyolojik Ajan Tedavisi.....	18
2.1.9.4. Endokrin Tedavi.....	19
2.1.9.4.1. Adjuvan Endokrin Tedavi.....	19
2.1.9.4.2. Metastatik Meme Kanserinde Endokrin Tedavi.....	19
2.1.10. Meme Kanserinde Tarama.....	19
2.1.10.1 Mamografi.....	19
2.1.10.2. Ultrasonografi.....	23
2.1.10.3. Manyetik Rezonans Görüntüleme.....	23
2.1.10.4. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	23
2.1.10.5. Klinik Meme Muayenesi.....	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
3.1. İstatiksel Analiz.....	25
3.2. Etik Kurul Onayı.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	59
KAYNAKLAR.....	66
ÖZGEÇMİŞ	

ÖZET

AMAC: Meme kanseri, kadınlarda en sık teşhis edilen, mortalite ve morbiditeye en sık sebep olan kanser türüdür. Meme kanseri taraması ve erken teşhisi ile mortalite ve morbidite oranlarında azalma sağlanabilmektedir. Sağlık çalışanları özellikle doktorlar, halkın bu konuda bilgilendirilmesinde, farkındalık oluşturulmasında, erken teşhis ve tarama programlarının gerçekleştirilmesinde önemli bir yere sahiptirler. doktorların bu konudaki güncel bilgi durumu, davranış şekilleri ve farkındalık düzeyleri bu işleyişte çok etkilidir. yapılan çalışmaların, geliştirilen tarama programlarının yanı sıra kişisel, kültürel ve çevresel faktörler de farkındalık ve davranış şekilleri geliştirilmesinde etkili olmaktadır. Farklı eğitim düzeylerindeki, farklı coğrafi koşullardaki halkın bu konudaki durumlarının tespiti için değişik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmada; kendileri de meme kanseri gelişmesi açısından riskli grupta olan, bu konuda benzer eğitimler almış, tıp dünyasının farklı alanlarında yer alan kadın doktorların, meme kanseri ile ilgili bilgi durumunu, farkındalık düzeyini ve davranış şekillerini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan 232 kadın doktordan 210 kadın doktor gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edildi. Çalışmamızda 16 sorudan oluşan bir anket kullanıldı. Çalışmamıza tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi ve genel cerrahi ana bilim dallarında görev yapmakta olan kadın doktorlar dahil edilmedi. Katılım oranı %90.5 idi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmaya katılan kadın doktorların %74,8' inin düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yaptığı tespit edildi. Çalışmaya katılan 40 yaş üstü kadın doktorların %60,75' inin tarama amaçlı mamografi çektiği tespit edildi. Bu katılımcılardan ailede meme kanseri öyküsü olanlarda mamografi çekirme oranı %83,3 iken aile öyküsü olmayanlarda bu oran %60.7 idi ($p < 0.271$). Katılımcılar, meme kanseri erken teşhisinde en etkili yöntemlerin KKMM ve mamografi olduğunu düşünmekte idi. Bu çalışmada, kadın doktorların meme kanseri hakkında bilgi ve farkındalığı yüksek, bu durumun tutum ve davranışlara yansımalarının da yüksek olduğu

saptanmıştır. Yine de hizmet içi, bilimsel ve kanıta dayalı eğitimlerle bilgilerin düzenli olarak güncellenmesi gerekmektedir. Eğitim ve bilgi düzeyinin yanı sıra aile öyküsü, meme ile ilgili semptom ve şikayetlerin olması gibi faktörlerin farkındalık açısından önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamız, sadece kadın doktorlar arasında yapılan ilk çalışmadır. Çalışmamızın verilerinin daha kapsamlı değerlendirilebilmesi için; daha geniş, çok merkezli, ulusal ve uluslararası çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Erken teşhis; farkındalık; meme kanseri; kadın doktor; tarama



ABSTRACT

EVALUATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDE, BEHAVIOUR AND AWARENESS ABOUT BREAST CANCER IN FEMALE DOCTORS

AIM: Breast cancer is the most commonly diagnosed cancer in women. And also it is the most common cause of mortality and morbidity due to cancer cases in women. By using screening tests and early diagnosis, the reduction in mortality and morbidity in breast cancer can be achieved. Health professionals, especially doctors have an important role in informing the community, creating awareness, and also in the realization of early detection and screening programs. The pattern of behaviour, current status of knowledge and awareness of doctors is mainly effective in this process. Besides studies and screening tests in breast cancer, personal, cultural and environmental factors are influential in the development of awareness and pattern of behaviour. Various studies have been done to determine the situation of people in different geographical conditions and in different educational levels. In this study, we have aimed to identify the state of knowledge, the level of awareness and behavioral patterns about breast cancer in female doctors who have a high risk for breast cancer development and have taken similar education.

MATERIALS AND METHODS: Based on voluntariness, 210 of 232 female doctors who work in Medicine Faculty of Samsun Ondokuz Mayıs University were included to the study. In our study, we used a questionnaire consisting of 16 questions. Female doctors who work in medical oncology, radiation oncology and general surgery specialities were excluded from the study. The level of participation was 90.5%. Descriptive statistics was presented as mean \pm standard deviation, frequency distribution and percentage. In the evaluation of categorical variables, Pearson's Chi-Square Test, Yates Corrected Chi-Square Test and Fisher's Exact Test were applied. Statistical significance level was adopted as $p < 0.05$.

RESULTS AND DISCUSSION: In our study it was detected that, 74.8% of attendees have made regular breast self-examination(BSE). It was seen that, 60.75% of female doctors above 40 years of age that participated in the study, have had mammography screening tests. The ratio of having mammography test was 83.3% in the participants with family history of breast cancer, while this ratio was 60.7% in the participants without family history ($p < 0.271$). In our study, participants have thought that BSE and mammography was the most effective method in the early detection of breast cancer. In this study informational status, awareness and also reflection of this situation to the attitudes and behavior was detected considerably high. Nevertheless, in-service training activities must be updated regularly with academical and evidence based practices. It was seen that in addition to education and knowledge, factors such as family history, symptoms and complaints associated with breast have important role in terms of awareness of breast cancer. Our study is the first study conducted among only female doctors. And finally; larger, multicentral, national and international efforts are needed for evaluating our study's data more comprehensively.

Key words: Breast cancer, awareness, screening test, female doctor, early diagnosis

KISALTMALAR

A.B.D.	: Amerika Birleşik Devletleri
AJCC	: American Joint Committee on Cancer
ACS	::American Cancer Society
ATM	: Ataxia Telangiectasia Mutated
BI-RADS	: Breast Imaging-Reporting and Data System
BRCA	: Breast cancer susceptibility
CK	: Cytokeratin
DNA	: Deoksiribo nükleik asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGFR	: Epidermal growth factor receptor
ER	: Östrojen Reseptörü
HER	: Human epidermal rowth factor receptor
IARC	: International Agency for Research on Cancer
KETEM	: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
KKMM	: Kendi kendine meme muayenesi
KMD	: Kemik mineral dansitometrisi
KMM	: Klinik meme muayenesi
LHRH	: Luteinizing hormone releasing hormone
MRG	: Manyetik rezonans görüntüleme
NCCN	: The National Comprehensive Cancer Network
PR	: Progesteron Reseptörü
PTEN	: Phospotase and tensing homolog
TNM	: Tumor Node Metastasis
USG	: Ultrasonografi
VKİ	: Vücut kitle indeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Meme Kanseri Sınıflandırılması.....	14
Tablo 2. Meme Kanserinde TNM Evresi ve Evrelere Göre Sağkalım Oranları.....	15
Tablo 3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikler.....	27
Tablo 4. Katılımcıların Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumu.....	28
Tablo 5. Katılımcıların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumu ile Yapma/Çektirme Sıklığı ve Yapmama/Çektirmeme Nedeni.....	30
Tablo 6. Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	32
Tablo 7. Yaş Gruplarına Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı.....	34
Tablo 8. Ünvana Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	36
Tablo 9. Ünvana Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı.....	38
Tablo 10. Branşa Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	40
Tablo 11. Branşa Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı.....	43
Tablo 12. Ailede Meme Kanseri Öyküsüne Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	45
Tablo 13. Ailede Meme Kanseri Öyküsüne Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı.....	46
Tablo 14. Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kanser Türü Olduğunu Düşünme Durumuna Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	48
Tablo 15. Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kanser Türü Olduğunu Düşünme Durumuna Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı.....	50
Tablo 16. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	52
Tablo 17. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumuna Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı.....	54
Tablo 18. Mamografi Çektirme Durumuna Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	55

Tablo 19. Mamografi Çektirme Durumuna Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı.....	57
Tablo 20. Yaş Gruplarına Göre Ailesinde Meme Kanseri Olan ve Olmayanlar Arasında Mamografi Çektirme Durumunun Dağılımı.....	58



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser çağımızın önemli sağlık sorunlarından biri olmakla birlikte günümüzde sıklığı gittikçe artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre;5 yaşından sonra ilk üç ölüm sebeplerinden biri olmakta ve her yıl 14,1 milyon yeni kanser vakası görülmekte ve 8,2 milyon insan kanser nedeni hayatını kaybetmektedir. Dünyada en çok tanı alan kanserler akciğer, meme ve kolon kanseri iken; en çok ölüme neden olan kanserler akciğer, karaciğer ve mide kanserleridir(Cancer and Organization 2014). Kadınlarda en sık görülen kanserler meme, kolorektal, akciğer ve serviks kanserleridir. Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanserler meme, tiroid, kolorektal, akciğer ve uterus-korpus kanserleridir

Kanser önlenebilir, erken evrede teşhis edildiğinde tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kanser taraması ile kanserle ilgili yakınması olmayan kişilerde, henüz klinik bulgu oluşturmamış ve tedavi edilebilecek dönemde teşhis edilmesi hedeflenmektedir.

Meme kanseri kadın kanserleri içinde en fazla görülen kanser türüdür. Dünyada kanser olan her 4 kadından biri meme kanseridir. Meme kanseri insidansı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek, meme kanserinden ölüm ise gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha düşüktür. Bu durumun az gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınların meme kanseri teşhis, tarama ve tedavi hizmetlerine ulaşmaktaki sıkıntıdan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu yüzden, özellikle az gelişmiş ülkelerde meme kanserinin erken teşhis, tarama ve tedavisine yönelik çabaların artırılması gerekmektedir.

Meme kanseri sıklığı giderek artması nedeni ile sağlıklı kadınlarda endişe yaratmaktadır. Sağlık ve estetik açıdan önemli olan meme kanseri progresif bir hastalıktır. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi; yaşam süresinin uzamasında, doğacak mortalitenin azaltılmasında, hastalık sonrası yaşam kalitesinin artırılmasında, kadınlarında fiziksel acının azaltılmasında ve psiko-sosyal etkilerin önlenmesinde etkili olmaktadır. Tümörün klinik olarak ortaya çıkmadan önce saptanması mortalite ve morbidite açısından önem taşımaktadır.

Meme kanserinin erken teşhisinde kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM), ultrasonografi (USG), MRG ve mamografinin yeri çok önemlidir.

Amerikan Kanser Derneği (ACS) meme kanseri erken tanısında; 20-39 yaş aralığındaki kadınların ayda bir defa KKMM, 3 yılda bir defa KMM; 45 yaş üstü kadınların yılda bir kez mamografi ve KMM ve ayda bir kez KKMM ile taranmasını önermektedir (ACS American Cancer Society. Breast CancerFacts&Figures 2009-2010).

Meme kanseri insidansının artmaya devam etmesi ile beraber mortalite oranlarında azalma olmaktadır. Bu azalma özellikle mamografi ile geniş taramaların yapılması, daha iyi cerrahi, radyoterapi ve sistemik kemoterapi yapılmasını içeren bir çok faktöre bağlıdır. Meme kanseri insidansı ve mortalite oranları ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Bunun sebebi ırksal farklılar, sosyo-ekonomik şartlar,beslenme durumu ve diyet içeriği gibi faktörlerdir.

Meme kanseri erken tarama yöntemleri ile meme kanserlerinin %66,7'si erken lokalize dönemde tespit edilebilmektedir. Bu dönemde tespit edilen hastaların 5 yıllık sağkalım oranı %99,7 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de meme kanserlerinin% 46'sı erken lokalize evrede tespit edilebilmektedir. Bu sebeple meme kanseri ile ilgili erken tanı ve tedavi yöntemleri önem taşımaktadır. Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması mümkün değildir. Bu nedenle halkın kanser farkındalığının oluşturulması ilk basamak olmalıdır(ACS American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010.)

Bu bilgiler dahilinde Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde görev yapmakta olan kadın doktorların 16 sorudan oluşan bir anket kullanılarak meme kanseri ve erken tanısı hakkında bilgi, tutum,davranış ve farkındalığının tespit edilmesi planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Meme Kanseri

2.1.1.Epidemiyoloji

Uluslararası Kansere Ajansı 2012 verilerine göre; meme kanseri dünyada en sık tanı konulan 2. sıradaki kanser türüdür (%11,2). Yeni verilere göre meme kanseri sıklığı artış eğilimindedir. Bir önceki tahminlere göre; meme kanseri görülme sıklığında %20, meme kanserine bağlı ölümlerin sıklığında %14 oranında artış saptanmıştır. Dünyadaki kanser olan her 4 kadından biri meme kanseridir. Meme kanseri insidansı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek olup, meme kanserinden ölüm oranı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha düşüktür (GLOCOBAN 2012) .

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı 2013 yılı kanser istatistikleri verilerine göre; Türkiye'de kanser tanısı alan 71.233 kadından 17.531'i meme kanseridir. 25-49 yaş arası kadınlarda meme kanseri %33,7, 50-69 yaş arası kadınlarda %25,4, 70 yaş üstü kadınlarda %14,6 görülme sıklığı ile ilk sırada yer almaktadır.

2.1.2.Etyoloji

Meme kanseri etyolojisi tam olarak netleşmemiştir. Meme kanseri için risk faktörleri tanımlanmıştır. Meme kanserli hastaların %20' sinde aile öyküsü mevcuttur. Tüm meme kanserli hastaların %5-10' nunda otozomal dominant kalıtım paterni tespit edilmiştir. Bu hastaların büyük çoğunluğunda BRCA1 ve BRCA2 genleri tespit edilmiştir (Antoniou, Pharoah ve ark. 2003). Li-Fraumeni sendromunu p53 geninin nadir görülen bir mutasyonu olup; meme kanseri, beyin tümörleri, sarkomlar ve lösemiler açısından yüksek insidansa sahiptir. Cowden Sendromu ve PTEN gen mutasyonu olan bireylerde, ATM gen mutasyonu olan Ataksia Telanjiektazi taşıyıcı bireylerde meme kanseri görülme insidansı artmıştır (Renwick, Thompson ve ark. 2006).

2.1.3.Risk Faktörleri

2.1.3.1. İleri Yaş

Meme kanseri riski yaş ilerledikçe artmaktadır. Bunun başlıca sebebi DNA onarım mekanizmasında meydana gelen aksaklıklardır.

A.B.D.'de 2006-2008 yılları arasında yapılan bir istatistiksel çalışmada; 39 yaşından önce her 203 kadından 1'inde, 40-59 yaş arası her 27 kadından 1'inde, 60-69 yaş arası her 28 kadından 1'inde,70 yaş üzeri her 15 kadından 1'inde meme kanseri görülme olasılığı tespit edilmiştir (Siegel, Naishadham ve ark. 2012).

2.1.3.2 Kadın Cinsiyet

Meme kanseri kadınlarda erkeklere göre 100 kat daha sıklıkta görülmektedir. A.B.D.'de her yıl 200.000 kadında meme kanseri görülmekte iken bu rakam erkeklerde 2000 olarak tespit edilmiştir (Jemal, Bray ve ark. 2011).

2.1.3.3.Obezite

Obezite(vücut kitle indeksinin(VKİ)30 kg/m² üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır) önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Obezite ve meme kanseri riski arasındaki ilişki menopozal durumla bağlantılıdır. Postmenopozal kilo alımı ve/veya obezite kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır (Lahmann, Hoffmann ve ark. 2004, Han, Stevens ve ark. 2014). Bunun sebebi olarak yağ dokusundan salınan östrojen prekürsörlerinin östrojene dönüşmesi olduğu düşünülmektedir.

Diğer bir görüş de yüksek VKİ olan hastalarda insülin seviyesi artmakta ve bu hiperinsülineminin obezite-artmış meme kanseri ilişkisinin sebebi olduğuna yöneliktir (Kabat, Kim ve ark. 2009).

Premenopozal kadınlarda postmenopozal kadınların aksine yüksek VKİ meme kanseri riskini artırmamaktadır (Van den Brandt, Spiegelman ve ark. 2000).

2.1.3.4. Boy Uzunluğu

Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda boy uzunluğu arttıkça meme kanseri riski artmaktadır (Van den Brandt, Spiegelman ve ark. 2000, Ahlgren, Melbye ve ark. 2004, Kabat, Kim ve ark. 2009). Bunun altında yatan sebep ise çocukluk ve ergenlik çağındaki beslenme tarzı ile ilişkili olduğu düşünölmektedir (Ritte, Lukanova ve ark. 2013).

2.1.3.5. Östrojen Seviyesi

Endojen östrojen seviyesinin yüksek olması hem premenopozal hem de postmenopozal kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır. Postmenopozal kadınlardaki meme kanseri atmış riski östron, östradiol gibi hormon seviyesindeki artış ile koreledir (Ritte, Lukanova ve ark. 2013).

2.1.3.6. Benign Meme Hastalıkları

Bu grup hastalıklar oldukça geniş bir yelpazede incelenmekle beraber;atipi içermeyen proliferatif hastalıklarda (kompleks fibroadenom, sklerozan adenosiz, intraduktal papillom) hafif bir artış söz konusu iken, atipi içeren proliferatif hastalıklarda (atipik lobuler hiperplazi, atipik duktal hiperplazi) risk daha yüksektir (Degnim, Visscher ve ark. 2007).

2.1.3.7 Meme Dokusunun Dansitesi

Meme dokusunun dansitesi, mamografik incelemede glanduler ve parankim yapılarının yağ dokusuna göre yansıma miktarının oranıdır. Meme yoğunluğunun normal değerlerin %75'inden daha fazla olduğu kadınlarda meme kanseri riski 4-5 kat artmıştır (Boyd, Rommens ve ark. 2005). Fakat bu risk artışına rağmen dansitenin artmış olması mortalite oranını artırmamaktadır (Kerlikowske, Ichikawa ve ark. 2007).

2.1.3.8. Tümörün Histopatolojisi

Ekzojen hormon replasman tedavisi alan postmenopozal kadınlarda tubuler karsinoma riskinin arttığı tespit edilmiştir (Tamimi, Byrne ve ark. 2007). Daha geç yaşta ilk gebeliğini yaşıyan kadınlarda (30 yaş üstü) lobuler, duktal karsinom, mixt duktal-

lobuler karsinom riski artarken; tubuler veya musinöz tip kanser riskinin artmadığı tespit edilmiştir.

2.1.3.9. Kemik Mineral Dansitesi

Kemik yapılar östrojen seviyesine duyarlı olan östrojen reseptörleri içermektedirler. Kemik mineral dansitesi (KMD) yüksek olan kişilerde östrojen reseptör aktivitesi daha fazladır. KMD yüksek kişilerde meme kanseri riski arttığı tespit edilmiştir (Chen, Arendell ve ark. 2008). Bir meta-analiz çalışmasında; prospektif olarak 70,878 postmenopozal kadın takip edilmiş ve 1889 kadında meme kanseri tespit edilmekle birlikte bu kadınların %62'sinin KMD değeri yüksek saptanmıştır (Chen, Arendell ve ark. 2008).

2.1.3.10 Reprodüktif Faktörler

Erken menarş meme kanseri riskini artırmaktadır (Chen, Arendell ve ark. 2008). 15 yaşından sonra adet gören kadınlarla 13 yaşından önce adet görenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada daha geç adet görenlerde hormon reseptörü pozitif kanser görülme riskinin daha az olduğu tespit edilmiştir (Green, Cairns ve ark. 2011).

Nullipar kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır (Cancer 1997).

Menopoz yaşının ilerlemesi ile meme kanseri riskinin kümülatif olarak arttığı tespit edilmiştir (Colditz, Rosner 2000).

Meme kanseri riski ve infertilite arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda infertil kadınlardaki anovulasyonun riski azalttığı belirtilirken (Bruzzi, Negri ve ark. 1988, Gammon, Thompson 1990); bazı çalışmalarda da infertilite ve meme kanseri riskinin bağımsız oluşu belirtilmiştir (Rossing, Daling ve ark. 1996).

İlk doğum yaptığı yaşı ileri olan kadınlarda meme kanseri riski artmıştır (Colditz, Rosner 2000). Gebelik esnasında hücresel farklılaşma meme kanseri riskini azaltmaktadır (Brinton, Melton ve ark. 1989).

2.1.3.11. Meme Kanseri Öyküsü

Kişisel olarak duktal karsinoma insitu veya invaziv meme kanseri öyküsü olanlarda karşı memede kanser görülme riski artmıştır.2010 yılında yapılan bir çalışmada meme kanseri ile takip edilen kadınlarda takip eden 7,5 yıl içinde karşı memede de kanser görülme oranı %4 olarak tespit edilmiştir (Colditz , Frazier 1995). Bununla beraber karşı memede kanser riski hastanın yaşı ve hormon reseptör durumuna göre de artış göstermektedir. Östrojen reseptörü pozitif olan 30 yaş altı hastaların karşı memede kanser görülme riski daha yaşlı kişilere göre daha yüksektir.

Ailede birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan kadınlarda risk artmıştır. Bu risk erken yaşta meme kanseri görülen kadınların 1.derece yakınlarında daha da yüksek tespit edilmiştir. Bu risk 30 yaş öncesinde aile öyküsü var ise 3 kat, 60 yaşından sonra meme kanseri öyküsü var ise 1.5 kat artmış olarak tespit edilmiştir (Cancer 2001).

Meme kanserini predispoze eden genler nadirdir. Hastaların sadece %5-6' sında tespit edilmiştir. Bu genler BRCA1, BRCA2 ,p53, ATM ve PTEN genleridir. BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyon taşıyıcılığı bilinen veya şüpheli olan kadınlarda meme kanseri riski fazladır. BRCA1 taşıyıcıları arasında 20'li yaşlarda meme kanseri riski aile öyküsü olmayan 40'lı yaşlardaki kadınlardan daha fazladır (Antoniou, Pharoah ve ark. 2003) .

2.1.3.12. Yaşam Tarzı

Alkol tüketimi, sigara kullanılması, yağdan zengin beslenme meme kanseri riskini arttırmaktadır (Terry, Zhang ve ark. 2006).Bu risk faktörleri meme kanserinin değiştirilebilir risk faktörleri olarak da tanımlanmaktadır.

2.1.4. Meme Kanseri Biyolojisi

Meme kanserinin gelişimi değişik hormon ve büyüme faktörlerinin etkisi ile ortaya çıkmaktadır. Östradiol, bir çok gen ekspresyonuna sebep olan başlıca hormondur. Hormonlar ve büyüme faktörleri hücre membranındaki veya hücre içindeki reseptörlere bağlanarak bazı genlerin aktifleşmesine bazı genlerinde supresyonuna neden olmaktadır.

EGFR gen ailesi içindeki reseptörler meme kanseri gelişimine sebep olan en etkin reseptör grubudur. EGFR-1, EGFR-2, EGFR-3, EGFR-4 olmak üzere 4 alt gruptan oluşmaktadır. EGFR-1 gen mutasyonu özellikle invaziv duktal karsinomda kötü prognoz ile ilişkilidir (De Bono, Rowinsky 2002).

2.1.5. Histopatoloji

Histopatolojik sınıflama tümörün ve kaynaklandığı dokunun özelliklerine göre yapılmaktadır. Meme kanserlerinin % 90'ı invazivduktal ya da invaziv lobuler karsinomdan oluşmaktadır. Duktal karsinomlar, meme kanserlerinin %80' ini oluştururken, lobuler karsinomlar %10-15' ini oluşturmaktadır (Yoder, Wilkinson ve ark. 2007).

2.1.5.1. Meme Kanseri Yeni Sınıflama

Terminal duktus birimlerinin iç yüzeyinde sekretuar luminal hücreler bulunurken dış yüzeyinde miyoepitelyal/bazal hücreler bulunmaktadır. Miyoepitelyal/bazal hücreler cytokeratin (CK)5/6, CK14, CK17, düz kas aktinin ve S-100 ile pozitif boyanmaktadır. Bunlar bazal sitokeratinler olarak nitelendirilmektedir (Lakhani, Reis-Filho ve ark. 2005). Bu alt grubun özellikleri hormon reseptör negatif ve HER-2 negatif olmasıdır. Bununla beraber CK5/6 pozitif tümörlerin hormon reseptör ve HER-2 pozitif tümörlerden farklı bir grup olduğunu gösterilmiştir. Bu grubun p53, EGFR-1 ve yüksek proliferatif indeks eksprese ettikleri saptanmıştır. Bazaloid özelliğin BRCA1 mutasyonu ile ilişkili olabileceği bildirilmekte olup, seçilmiş vakalarda BRCA1 testinin yapılması önerilmektedir. BRCA1 germline mutasyonu ile bazal tiplene kanserinin benzer profil gösterdiği saptanmıştır (Korsching, Packeisen ve ark. 2002).

Moleküler Sınıflama:

1. Luminal A (hormon reseptör pozitif ve HER-2 negatif)
2. Luminal B (hormon reseptör pozitif ve HER-2 pozitif)
3. HER-2 pozitif
4. Bazal like/bazaloid/bazal (hormon reseptör negatif ve HER-2 negatif CK 5/6 ve/veya EGFR-1 pozitifliği)
5. Null tip veya sınıflandırılmayan

2.1.6. Klinik Bulgular ve Belirtiler

Meme kanseri erken evrede genellikle klinik olarak belirti vermemektedir. Bu evrede tarama yöntemleri ile meme kanseri tanısı konulmaktadır. Meme kanserinin belirti vermesi kanserin evresine, türüne ve kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Ortaya çıkan bulgular çoğu zaman benign meme hastalıklarında da ortaya çıktığından; tanısal amaçlı yöntemlerin kullanılması gerekmektedir.

2.1.6.1. Ağrı

Ağrı kadınlarda genellikle görülen bir semptom olmakla birlikte meme kanserli hastaların yaklaşık %10'unda görülmektedir. Ağrı çoğu zaman ele gelen kitle ya da mamografide görülen patolojik bulgu ile birliktelik göstermektedir.

2.1.6.2. Palpable Kitle

Çoğu zaman sert ve hareketsizdir. Erken evrelerde ağrısız olup ileri evrelerde ağrı eşlik etme olasılığı artmaktadır. Kitlenin şekli genellikle düzensizdir, sınırları tam olarak tespit edilemez. Memenin büyüklüğü ile orantılı olmakla birlikte genellikle 1-2 cm'dir (Aydiner 2007). Memenin üst dış kadranda bulunan tümörlerde meme başı tümörün olduğu bölgeye doğru çekilmektedir (Forgue belirtisi).

2.1.6.3. Akıntı

Çok sık görülmemekle birlikte, genellikle meme kanserli hastalarda %10 sıklıkla ilk belirtidir. Sıklıkla tek taraflı ve spontanedir. Seröz, seröz-kanlı ve kanlı bir akıntıdır (Aydiner 2007).

2.1.6.4. Memede Ödem, Portakal Kabuğu Görüntüsü (Peaud'orange)

Meme boyutları artmış, cilt eritematöz ve ödemlidir. Tümör hücrelerinin lenfatik akımı engellemesi ile ilişkidir. Deri kalınlaşmıştır ve üzerinde kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalması ile oluşmuştur.

2.1.6.5. Meme Başında Retraksiyon

Anatomik olarak santral bölgeye yerleşen tümörlerin meme başını içeri çekmesiyle oluşur. Çoğunlukla yapısal özellikler dışında malignite ile ilişkilidir.

2.1.6.6.Meme Derisinde Ülserasyon

Kanser hücrelerinin meme derisini infiltrasyonu ile oluşur. Dolaşım bozukluğu sonucunda ülserasyonlar oluşmaktadır.

2.1.6.7.Lenfadenopati

Tümörün lenf nodlarına metastaz yapması ile oluşur. Sert ve 5 mm'den büyük lenf nodlarında malignite düşünülmez. Çoğunlukla aksiller lenf nodlarında tutulum görülmektedir.

2.1.7.Evrelleme

Meme kanseri evrelemesinde 'Tumor Node Metastasis' TNM evrelleme sistemi kullanılmaktadır. Bu evrelleme sistemi prognozu ve tedavi seçimi ve yönetimini belirlemektedir.

Primer Tümör Sınıflandırması (T):

Klinik ve patolojik sınıflandırmada primer tümör tanısı ayıdır.

- **Tx**-Primer tümör saptanamamaktadır.
- **T0**-Primer tümör yok.

Tis-Karsinoma in situ

Tis(DCIS):Duktal karsinoma in situ

Tis(LCIS):Lobuler karsinoma in situ

Tis(paget)

- **T1**- Tümörün en büyük çapı 20 mm'nin altındadır.

T1mi: Tümörün en büyük çapı 1 mm'nin altındadır.

T1a:Tümör çapı 1 mm'den büyük fakat 5 mm'den küçüktür.

T1b:Tümör çapı 5 mm'den büyük fakat 10 mm'den küçüktür.

T1c:Tümör çapı 10 mm'den büyük fakat 20 mm'den küçüktür.

- **T2:** Tümör çapı 20 mm'den büyük fakat 50mm'den küçüktür.
- **T3:** Tümör çapı 50 mm' büyüktür.
- **T4:** Tümör çapı herhangi bir boyuta fakat tümör göğüs duvarına veya cilde direkt yayılım göstermiştir.

T4a:Göğüs duvarına ulaşmış fakat pektoral kasa ulaşmamıştır.

T4b:Meme cildinde ülserasyon veya ödem veya aynı memede satellit meme nodulleri.

T4c:T4a ve T4b

T4d:İnflamatuvar karsinom

Bölgesel Lenf Nodu Tutulumu (N):

Bölgesel lenf nodu tutulumu sınıflaması klinik ve patolojik olarak farklılık göstermektedir.

Klinik sınıflama:

- **Nx:** Bölgesel lenf nodu saptanamamaktadır.
- **N0:** Bölgesel lenf nodu metastazı yok.
- **N1:** Fikse olmayan ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı
- **N2:** Fikse veya gruplaşmış aksiller lenf nodlarında metastaz veya klinik olarak belirgin lenf nodu metastazı olmayan durumlarda klinik olarak ipsilateral internal mamaryal lenf nodu metastazı olması.

N2a: Fikse olan ipsilateral lenf nodu metastazı

N2b: Klinik olarak aksiller lenf nodu metastazı olmadığında klinik olarak belirgin internal mamaryal lenf nodu metastazı

- **N3:**Aksiller lenf nodu tutulumu olsun ya da olmasın ipsilateral infraklavukuler lenf nodu tutulumu veya ipsilateral intramamaryal lenf nodu metastazı ile birlikte aksiller lenf nodu metastazı; veya aksiller ya da internal mamaryal lenf nodu metastazı olsun ya da olmasın ipsilateral supraklavikular lenf nodlarında metastaz olması.

N3a:İpsilateral infraklavukular lenf nodunda metastaz

N3b:İpsilateral internal mamaryal lenf nodlarına veya aksiller lenf nodlarında metastaz

N3c:İpsilateral supraklavukuler lenf nodlarında metastaz

Patolojik Sınıflama

- **pNx:**Bölgesel lenf nodu metastazı saptanamamaktadır.
- **pN0:**Histolojik olarak bölgesel lenf nodu tutulumu yoktur.

pN0(i-):Bölgesel lenf nodu tutulumu yok, immunohistokimyasal boyama negatif

pN0(i+):Histolojik bölgede lenf nodu tutulumu yok, immunohistokimyasal boyamada 0.2 mm ' den küçük tümör varlığı saptanması.

pN0(mol-):Lenf nodu metastazı yok, negatif PCR

pN0(mol+):Histolojik bölgesel lenf nodu metastazı yok,pozitif PCR

- **pN1:**1-3 adet aksiller lenf nodunda ve/veya internal mamaryal lenf nodlarında sentinel lenf nodu diseksiyonu ile saptanan mikroskopik hastalık ile metastaz tespit edilmesi.

pN1mi: Mikrometastazların saptanması (0.2'den mm büyük ve/veya 200'den fazla hücrede tutulum olması; metastazların 2.0 mm 'den küçük olması).

pN1a:1-3 adet aksiller lenf nodunda metastaz,ve en az 1 metastazın 2.0 mm'den büyük olması.

pN1b:Sentinel lenf nodunda veya internal mamaryal lenf nodlarında metastaz olması fakat klinik olarak tespit edilememesi.

pN1c:1-3 adet aksiller lenf nodunda ve internal mamaryal lenf nodlarında sentinel lenf nodu diseksiyonu ile birlikte mikroskopik olarak metastaz saptanması.

- **pN2:**4-9 adet lenf nodunda metastaz veya aksiller lenf nodu metastazı olmaksızın internal mamaryal lenf nodlarında klinik olarak metastaz saptanması.
 - pN2a:**4-9 adet lenf nodunda metastaz(2 mm' den büyük en az bir tümör varlığı)
 - pN2b:**Aksiller lenf nodu metastazı olmaksızın, internal mamaryal lenf nodlarında klinik olarak belirgin metastaz saptanması.
- **pN3:**10 veya daha fazla aksiller lenf nodunda veya infaklavukuler lenf nodlarında veya bir ya da daha fazla aksiller lenf nodu pozitif olduğunda klinik olarak belirgin ipsilater l internal mamaryal lenf nodlarında metastaz veya internal mamaryal lenf nodlarında klinik olarak negatif mikroskopik metastaz ile birlikte 3 adetten fazla aksiller lenf nodunda metastaz veya ipsilateral supraklavikular lenf nodlarında metastaz olması.
 - pN3a:**10 veya daha fazla aksiller lenf nodunda metastaz olması veya infraklavukular lenf nodunda metastaz olması.
 - pN3b:**Bir veya daha fazla aksiller lenf nodu varlığında ipsilateral internal mamaryal lenf nodu metastazı veya sentinel lenf nodu diseksiyonuyla saptanan fakat klinik olarak belirgin olmayan mikroskopik hastalıkla birlikte üç veya daha fazla aksiller lenf nodunda veya internal mamaryal lenf nodlarında metastaz saptanması.
 - pN3c:**İpsilateral supraklavikular lenf nodlarında metastaz

Uzak Metastaz (M)

- **M0:**Klinik veya radyolojik olarak uzak metastaz tespit edilememesi.
 - cM0(i+):** Klinik veya radyolojik olarak uzak metastaz tespit edilememesi,fakat molekuler veya mikroskopik olarak kanda tümör hücresi tespit edilmesi,metastaz semptomu veya işareti olmayan hastalarda kemik iliği veya rejional olmayan lenf nodlarında 0.2 mm' den küçük tümör tespit edilmesi
- **M1:**Uzak metastaz olması

Tablo 1. Meme Kanseri Sınıflandırılması (The American Joint Committee on Cancer'' 2010)

Evre 0	Tis N0 M0
Evre IA	T1 N0 M0
Evre IB	T0 N1mi M0, T1 N1mi M0
Evre IIA	T0 N1 M0, T1 N1 M0, T2 N0 M0
Evre IIB	T2 N1 M0, T3 N0 M0
Evre IIIA	T0 N2 M0, T1 N2 M0, T2 N2 M0, T3 N1 M0, T3 N2 M0
Evre IIIB	T4 N0 M0, T4 N1 M0, T4 N2 M0
Evre IIIC	Herhangi T N3 M0
Evre IV	Herhangi T Herhangi N M1

Evre I, evre IIA, evre IIB erken evre meme kanseri; evre IIIA, evre IIIB, evre IIIC lokal ileri meme kanseri; evre IV metastatik meme kanseri olarak değerlendirilmektedir.

2.1.8.Prognoz

Meme kanserinin prognozu ve sağ kalım oranları evrelere göre değişmektedir. 5 yıllık sağ kalım oranı evre IIIA' da %40-55, evre IIIB' %20-35, evre IV' te %5-10 dur. Erken tarama yöntemleri ile meme kanseri %66,72'si erken lokalize dönemde tespit edilebilmektedir. Bu dönemde tespit edilen hastaların 5 yıllık sağkalım oranı %99,7 olarak tespit edilmiştir.

AJCC tarafından önerilen ve yedinci versiyonu 2010 yılında güncellenen patolojik TNM evreleme sistemi 10 yıllık sağkalım oranları aşağıdaki gibidir (Tablo 2) (Edge and Compton 2010).

Tablo 2.Meme Kanserinde TNM Evresi ve Evrelere Göre Sağkalım Oranları(AJCC 2010)

Evre	TNM Kategorisi	10 Yıllık Sağkalım
0		%98
I	T1N0M0	%80
IIA	T0N1M0,T2N0M0	%60-80
IIA	T1N1M0	%50-60
IIB	T2N1M0	%5-10
IIB	T3N0M0	%30-50
IIIA	T2N2M0,T3N2M0	%10-40
IIIB	T4N2M0	%5-30
IIIC	Herhangi T, N3M0	%15-20
IV	Herhangi T, Herhangi N,M1	%5 altında

2.1.8.1. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler

Meme kanserinde tanı sonrasındaki prognoz, kişiye göre farklılık göstermektedir. Meme kanserli hastalarda yüksek risk grubunu belirlemek amaçlı prognostik faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu faktörler; tümörün çapı, aksiller lenf nodu tutulumu, lenfovaskuler ve perinöral invazyon, histolojik tümör tipi, hormon reseptörleri durumu (östrojen ve progesteron reseptörleri), tümörün proliferasyon hızı, molekuler prognostik faktörleri(cerb-B2 , onkosupresör genler)' dir.

2.1.8.1.1.Tümör Çapı

Tümör çapı meme kanserli hastalarda önemli bir prognostik faktördür (Fleming, CooperJS 1997). Tümör çapı arttıkça lenf nodu tutulum sayısı da artmakta ve bu yaşam süresinin kılmasına sebep olmaktadır (Robbins, Leis Jr 1997).

2.1.8.1.2.Aksiller Lenf Nodu Tutulumu

Meme kanseri prognozunu belirleyen en önemli faktörlerden biri aksiller lenf nodu tutulumu olup olmadığı ve tutulan lenf nodu sayısıdır. Aksiller lenf nodu tutulumu olan hastalarda 10 yıllık hastaliksız yaşam süresi %30 civarındadır (Marques, Teixeira ve ark. 2009).

2.1.8.1.3. Lenfovasküler ve Perinöral İnvazyon

Meme kanserlerinin % 30' unda lenfatik invazyon mevcuttur; bu invazyon lenf nodu tutulumunu arttırmaktadır. Kan damarlarının tutulumu özellikle çok sayıda lenf nodu tutulumu olan vakalarda daha sıktır. Perinöral invazyon da sıklıkla lenfatik invazyon ile birlikte bulunmaktadır (Fisher, Dignam ve ark. 1999).

2.1.8.1.4. Histolojik Tümör Tipi

Tubuler karsinom, invaziv kribroform karsinom, müsinöz karsinom, sekreatuar karsinom prognozu iyi olan özel histolojik tümör tipleri iken; metaplastik karsinom, taşlı yüzük hücreli karsinom, inflamatuvar meme karsinomu, medüller karsinom prognozu kötü olan özel histolojik tümör tipleridir.

2.1.8.1.5. Hormon Reseptör Durumu

Primer meme kanserlerinin %55'i ve metastatik meme kanserlerinin %45'i ER pozitifdir. Primer ve metastatik meme kanserlerinin %45-50'si PR pozitifdir. ER ve PR postmenopazal kadınlara daha sıktır. ER pozitif tümörlerde hormon sağaltımına % 55, negatif tümörlerde % 8 yanıt alınmaktadır. Evre I-II kanserlerde PR pozitifliğinin sağ kalım için daha belirleyici olduğu tespit edilmiştir.

2.1.8.1.6. Tümörün Proliferasyon Hızı

Meme kanseri gelişmesinde yüksek proliferasyon hızını gösteren mitotik indeks, timidin işaretleme indeksi ve KI67 indeksi yüksek olması kötü prognostik faktörlerdir (Cianfrocca, Goldstein 2004).

2.1.8.1.7. Moleküler Prognostik Faktörler(cerb-B2 ,onkosupresör genler)

HER-2 (cerb-B2) normal meme epitelyal ve miyoepitelyal dokularında %15-30 oranında ekspresyona uğrar. Olumsuz bir prognostik faktördür. Metastaz yeteneği ve ilaç direnci ile ilişkilidir (Tëtü, Brisson 1994).

2.1.9. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanser tedavisi hastalığın evresine göre farklılık göstermektedir. Cerrahi, kemoterapi, endokrin tedavi, radyoterapi, biyolojik ajan ile tedavi meme kanseri tedavisinde kullanılan yöntemlerdir.

2.1.9.1.Cerrahi Tedavi

Erken evre meme kanserinde ilk seçenek cerrahi tedavidir. Primer cerrahi, lumpektomi veya mastektomiden oluşmaktadır. Modifiye radikal mastektomi en sık kullanılan cerrahi yöntemdir. İleri evre meme kanserlerinde cerrahi palyatif amaçlıdır. Operable meme kanserli kadınlarda yapılan çalışmalarda uzun süreli sağ kalım üzerine mastektomi ve meme koruyucu cerrahi-radyoterapi kombinasyonu arasından anlamlı farklılık tespit edilememiştir (Fisher, Anderson ve ark. 2002).

Aksiller lenf nodu tutulumu olan olgularda lenf nodu diseksiyonu cerrahi tedaviye eklenmelidir. Aksiller lenf nodu biyopsi sonucu negatif olanlarda cerrahi esnasında sentinel lenf nodu örnekleme yapılmalıdır (Goldhirsch, Wood ve ark. 2011).

2.1.9.2.Radyoterapi

Mastektomi sonrası radyoterapi yüksek lokal nüks riski olan hastalarda endikedir. Lokal kontrolü sağlamakla birlikte sağkalım oranı da artırmaktadır (Cuzick, Stewart ve ark. 1994). Meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi standart olarak uygulanmaktadır. Sadece meme koruyucu cerrahi yapılan vakalarda meme içi nüks oranı %10-54 iken, radyoterapi uygulan vakalarda bu oranı %0-20 arasındadır (Cuzick, Stewart ve ark. 1994). İleri evre vakalarda radyoterapi özellikle beyin ve kemik metastazlarında tedavinin ana parçasını oluşturmaktadır.

2.1.9.3.Kemoterapi ve Biyolojik Ajan Tedavisi

2.1.9.3.1.Adjuvan Kemoterapi ve Biyolojik Ajan Tedavisi

Amaç klinik ve radyolojik olarak saptanamayan hastalığı yok etmektir. Erken evre meme kanserinde sağ kalım oranını %50-95 arasında artırmaktadır. Hastaların büyük bir kısmında tedaviye rekürrens gelişimi 2-3 yıl geciktirilebilmektedir (Clarke, Collins ve ark. 2005). Çoklu ilaç kombinasyonu ile tedavi tek ajan tedavisinde göre

daha üstündür. En etkili rejimler antrasiklinleri içermektedir (Poole, Earl ve ark. 2006).HER-2 pozitif hastalarda kemoterapi rejimine trastuzumab eklenmesi relaps gelişiminde % 50'den fazla azalma sağlamıştır (Romond, Perez ve ark. 2005). Lenf nodu pozitif meme kanserli hastalar da adjuvan kemoterapiden daha fazla yarar görmektedir (Clarke, Collins ve ark. 2005). Taksanların antrasiklin içeren tedavilere eş zamanı veya ardışık olarak dahil edilmesi sonucunda 5 yıllık rekürrens oranında azalma sağladığı tespit edilmiştir (De Laurentiis, Canello ve ark. 2008).

2.1.9.3.2. Metastatik Meme Kanserinde Kemoterapi ve Biyolojik Ajan Tedavisi

Hormonol tedavi altında tümör progresyonu olan ya da hormon reseptörü negatif olan hastalarda kemoterapi en etkin tedavidir. Ardışık tek ajan tedavisi kombine tedavi ile karşılaştırıldığında sağkalım oranları benzerdir, tek ajanla tedavide yan etkiler daha az görülmekte ve hastanın yaşam kalitesi daha iyi olmaktadır (De Laurentiis, Canello ve ark. 2008). Taksanlar, kapesitabin, gemitabin, vinorelbin, ixabepilon tek ajan olarak kullanılan kemoterapatiklerdir.

Antrasiklin kombinasyonları, gemitabin-taksan kombinasyonu, kapasitabin-doksataksel kombinasyonu, ixabepilon-kapasitabin kombinasyonu, siklofosamid-metotreksat-fluorosil kombinasyonları kombine tedavide kullanılmaktadır.

HER-R pozitif hastalarda trastuzumab tedavisi ile birlikte tek ajan yada kombine ajan tedavisi ile birlikte kullanıldığında progresyona kadar geçen süre, sağkalımı belirgin oranda artmaktadır (Pritchard, Shepherd ve ark. 2006).

Epidermal büyüme faktörlerinin hedef alan ve ya anjiogenezi bloke eden ajanlar ile çalışmalar günümüzde devam etmektedir. Bevasizumab, paklitaksel tedavisine ilave edildiğinde; tek ajan paklitaksel tedavisine göre yanıt oranlarında artış olduğu saptanmıştır (Montero, Escobar ve ark. 2012).

2.1.9.4. Endokrin Tedavi

2.1.9.4.1. Adjuvan Endokrin Tedavi

Tamoksifen en fazla kullanılan ajandır. Hormon reseptörü pozitif hastalarda kemoterapatik ajanlarla kombine edilmesi sağ kalımı uzatmaktadır. Aromataz inhibitörlerinin (anastrozol, ekzemestan, letrazol), hormon pozitif postmenopozal hastalarda tamoksifene göre sağkalımda %3-5 oranında artış meydana getirdiği tespit edilmiştir (Coates, Keshaviah ve ark. 2007).

2.1.9.4.2. Metastatik Meme Kanseri Endokrin Tedavi

Hormon reseptörü pozitif hastaların %30-70' inde endokrin tedaviye yanıt görülür. Yaşlı hastalar, hem östrojen hem de progesteron reseptörü pozitif olanlar, kemik ya da yumuşak doku metastazı olanların endokrin tedaviye yanıt alma ihtimali daha yüksektir (Thürlimann, Robertson ve ark. 2003). Tamoksifen ve ovaryan ablasyon tedavisi premenopozal hastalarda kullanılan tedavi seçenekleridir. Ovaryan ablasyon cerrahi olarak ya da goserelin, leuprolid, LHRH agonistleri kullanılarak yapılabilmektedir. Postmenopozal kadınlarda aromataz inhibitörleri, fulvestrant daha ön plandadır. Postmenopozal hastalarda ovaryan ablasyon etkin değildir.

2.1.10 Meme Kanseri Tarama

Meme kanseri taramasında diğer kanser taramalarında olduğu gibi kullanılacak yöntemin ve kimlerin taranması gerektiğinin belirlenmesi önemlidir. Tarama yöntemi tespiti için risk faktörleri, fayda-zarar oranı, tarama testinin tolere edilebilirliği, hastanın kişisel değerleri göz önünde bulundurulmalıdır. Genetik mutasyon çalışmalarının başlamasından sonra risk oranı daha net tespit edilebilmekte ve yeni stratejiler geliştirme zorunluluğu doğmaktadır.

Meme kanseri taraması için 3 yöntem önerilmektedir; mamografi, kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi.

2.1.10.1. Mamografi

Mamografi meme kanseri taraması ve erken teşhisinde etkili olan tek yöntemdir. A.B.D, Kanada, İsveç ve Birleşik Krallık Devletleri'nde yapılan 600.000

kadının yer aldığı bir çalışmada; mamografinin meme kanserinden ölümleri % 20 oranında azalttığı tespit edilmiştir(Miller, Wall ve ark. 2014).Özellikle BRCA1 ve BRCA2 genetik yatkınlığı olan yüksek risk grubunda olan hastalarda mamografi taraması ile mortalite oranı azalmaktadır (Myers, Moorman ve ark. 2015).

Gen mutasyonu ve aile öyküsü olmayan 40 yaş altında kadınlarda mamografi kanser riski düşük olması nedeni ile önerilmemektedir.

Mamografi taramasının başlangıç yaşı, sıklığı ve ne zaman sonlandırılması gerektiği ile ilgili farklı fakat genel anlamda yüksek benzerlik gösteren görüşler bulunmaktadır. American Kanser Derneği (2015) önerisi; 45 yaşında taramaya başlanması,45-54 yaş arasında iki yılda bir,50 yaşından sonra yılda bir tarama yapılması ve kişinin sağlığı ve performans durumu iyi olduğu sürece 70 yaşından sonra da taramaya devam edilmesine yöneliktir. National Comprehensive Cancer Network (NCCN 2015) önerisi; 40 yaşında taramaya başlanması, yılda bir tarama yapılması ve 70 yaşından sonra da taramaya devam edilmesine yöneliktir.

2010 yılında 40 yaş altı 73335 kişi ile yapılan bir çalışmada mamografinin pozitif prediktif değerinin sadece % 1,3 olduğu tespit edilmiştir (Yankaskas, Haneusel ve ark. 2010).Meme kanseri gelişme süresi randomize çalışmalarda hesaplandığında 1,9-4,3 yıl arasında değişmektedir (Baskan, Atahan ve ark. 2012).40 yaşından sonra yılda bir mamografi yapılması bu verilere göre önem kazanmaktadır.

Yüksek risk taşıyan kadın popülasyonu daha erken yaşlarda mamografi ile taranması ve buna ek olarak gerekirse MR ve USG ile de tarama yapılması önerilmektedir.(Nothacker, Duda ve ark. 2009).

Yüksek riskli hastalarda mamografi ile tarama yapılmasına ilişkin NCCN 'ClinicalPracticeGuidelines'2015 önerilerine göre; birinci derece akrabasında meme kanseri tanısı tespit edilen yaştan 10 yıl önce başlanması fakat 30 yaşından önce başlanmaması; istisna olarak BRCA gen mutasyonu taşıyan kadınlarda 25 yaşından itibaren başlanması; meme kanseri tanısından sonra hangi yaşta olursa olsun başlanması; meme koruyucu cerrahi geçiren olgularda radyoterapinin 6.ayında mamografi yapılması; klinik olarak gerek görülürse ilk 2 yıl 6 ayda bir yapılması,

herhangi bir nedenle yapılan meme biyopsisi sonucu lobuler interepitelyal neoplazi veya atipik duktal hiperplazi gelenlerde taramaya başlanması, göğüs ve mediastanel bölgeye radyoterapi alanlarda radyoterapi sonrası 8. yılda veya 25 yaşından itibaren mamografi taraması yapılmasıdır.

Türkiye'de ulusal tabanlı meme kanseri taramaları aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri bünyesinde Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları da erken teşhis ve tarama konusunda destek vermektedir. Asıl tarama yöntemi olarak 40-69 yaş arası kadınlarda mamografi kullanılmaktadır. Türk Halk Sağlığı Kurumu Daire Başkanlığı 2012 yılı kanser raporları verilerine göre Dünya Dağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslar Arası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Türkiye verileri göz önüne alındığında tarama başlangıç yaşının 45 ve sıklığının 2 yılda bir yapılması konusunda görüş bildirmiş olup Türkiye'de görülen vakaların %40' ı 40-49 yaş arasında olması nedeni ile başlangıç yaşı olarak 40 yaş kabul edilmiştir. Bunun yanı sıra 20 yaşından itibaren kadınların her ay kendi kendine meme muayenesi yapması teşvik edilerek meme kanseri hakkında farkındalığının artırılması hedeflenmektedir.

Kitle, kalsifikasyon, asimetri ve yapısal distorsiyon mamografide görülen anormalliklerdir. Bu anormallikler radyolojik olarak tespit edilse de kişinin yaşına, ırk ve etnik yapısına göre değişiklikler göstermektedirler. Spikulerfokal kitleler malignensi açısından en anlamlı mamografik görüntülerdir. Kalsifik olmayan kitlelerin yoğunluğu malignensi olasılığını tahmin etmekte önemli rol almakta olup, yüksek yoğunluklu kitlelerin yüzde 70'i, düşük yoğunluklu kitlelerin yüzde 22'si malign özellik taşımaktadırlar (Woods, Sisney ve ark. 2011) . Mikrokalsifikasyon kümeleri (boyutları 0.1-10 mm olan kalsifik kümeler) mamografik olarak tespit edilen meme kanserlerin yüzde 60'ında görülmektedirler. Lineer dallanma gösteren mikrokalsifikasyonlar malignensi açısından daha riskli olmakla birlikte daha nadir görülmektedirler. Vaskuler ve cilt kalsifikasyonları, rim-like kalsifikasyonlar, oval ve düzgün sınırlı kalsifikasyonlar ve geniş tabanlı kalsifikasyonlar mamografide görülen benign özellik gösteren kalsifikasyon türleridir.

BI-RADS kategorisi mamografi bulgularının ve bundan sonraki aşamalarda takip edilme önerilerinin birlikte değerlendirildiği standardize edilmiş raporlanma şeklidir (Woods, Sisney ve ark. 2011)

BI-RADS kategorisi altı alt tipten oluşmaktadır:

- BI-RADS 0: Tek yöntem ile tespit edilemeyen, ilave yöntemlere ihtiyaç duyulan bulgular.
- BI-RADS 1:Negatif bulgular. Bu sınıftaki kadınlar geçerli olan tarama yöntemlerine göre mamografi, KMM ile takip edilmeye devam edilmelidir.
- BI-RADS 2:Benign bulgular. Kistler ya da benign vaskuler veya kalsifikasyonlar. Rutin izlem önerilir.
- BI-RADS 3: Muhtemel benign bulgular. Malignite olasılığı % 2'den düşük bulgulardır. Parankimal asimetri, kalsifikasyon ya da klasik görüntüsü olmayan nodulleri içerir.1 yıldan kısa aralıklarla takip önerilmektedir. İlk 1 yıl için 6 ayda bir mamografi ve/veya USG ile takip edilmesi önerilmektedir.
- BI-RADS 4: Şüpheli anormal bulgular. Biyopsi düşünülmelidir. Malignite şüphesi %2-%94 arasındaki bulgulardır. Duktal karsinoma insitu ve invaziv duktal karsinoma düşündürülen bulgular bu grupta yer almaktadır. BI-RADS 4A malignensi olasılığı %2-9 arasında, BI-RADS 4B malignensi olasılığı %10-49 arasında, BI-RADS 4C malignensi olasılığı %50-94 arasındaki bulgulardır.
- BI-RADS 5: Malignite düşündürülen bulgulardır. Spiküler veya pleomorfik kalsifikasyonlar, cilt retraksiyonları gibi bulgular bu grupta yer almaktadır.
- BI-RADS 6: Biyopsi ile kanıtlanmış malignite.

Mamografi ile tarama yapılmasının radyasyon nedeni ile kadınlarda oluşturduğu anksiyete, işlem sırasında ağrı, mamografi cihazının kalitesi, yorumlayan kişinin tecrübesi, yanlış pozitiflik gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır.

2.1.10.2. Ultrasonografi

Tek başına ya da mamografi ile birlikte günümüzde meme görüntülemesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Tek başına primer olarak meme kanseri taramasında önerilmemektedir (Albert, Altland ve ark. 2009). Meme dansitesi fazla olanlarda mamografinin yalancı negatiflik oranı yüksek olması nedeni ile USG ve mamografinin bir arada kullanılması kanser saptama oranını artırmaktadır (Kolb, Lichy ve ark. 2002).

Tanısal olarak memede tespit edilen kitlelerin kistik ya da solid yapıda olduğunu tespit etmekte etkilidir. Gebelerde ve 30 yaş altındaki kadınlarda meme ilgili bulgu ve semptomların tetkik edilmesinde ilk seçenektir (Loving, DeMartini ve ark. 2010).

2.1.10.3. Manyetik Rezonans Görüntüleme

Özellikle mamografinin etkinliğinin düşük olduğu 40 yaş altı kadınlarda meme kanserinin erken tespit edilmesinde faydalı olabilir. Meme kanseri tanısında sensitivitesi %88-100 arasında değişiklik göstermektedir (Bluemke, Gatsonis ve ark. 2004). Amerikan Kanser Derneği'nin 2007 yılında yayınladığı rehberde yüksek riskli hastalarda mamografi ile birlikte kullanılması önerilmektedir. Bu grupta BRCA gen mutasyonu taşıyıcılığı olduğu bilinen kişiler, birinci derece akrabalarında BRCA gen mutasyonu olanlar, 10-30 yaşlar arasında göğüs bölgesine radyoterapi alanlar ve Li-Fraumeni, Cowden Sendromu olduğu bilinen kadınlar yer almaktadır (Smith 2007). Meme MRG pahalı bir tetkik olması, yaygın olarak yapılamaması, tüm tarama testleri gibi yüksek sensitivitedeki testlere eşlik eden yalancı pozitifliklerin azaltılması amacı ile yüksek riskli hastalarda kullanılması önerilmektedir. Yüksek risk taşıyan kadınlarda mamografi, USG ve MRG karşılaştırıldığında maliyeti yüksek olmakla birlikte duyarlılığı ve seçiciliği en yüksek görüntüleme yöntemi MRG'dır (Warner, Plewes ve ark. 2004).

2.1.10.4. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesinin özellikle klinik meme muayenesi ve mamografi ile birlikte yapılması önemlidir. Memedeki kitlelerin, malign ya da benign özellikli olsun % 80'i kişiler tarafından tespit edilmektedir. Mamografi taramasının

önerilmediği genç populusyonda ve ileri yaşlı kadınlarda,kırsal bölgede yaşayanlarda ayrı bir öneme sahiptir.

Amerikan Kanser Derneği(ACS),semptomu olmayan kadınlarda 20 yaşından itibaren her kadına KKMM' nin yararlarının, anormal bir durum tespit edildiğinde sağlık kuruluşlarına başvurması gerekliliğinin anlatılmasını önermektedir. KKMM yapmanın meme kanseri farkındalığını artırması nedeni ile sağlık alışanlarının KKMM yapmak isteyen kadınların muayene tetkiklerini gözden geçirmesi ve kontrol etmelerini önermektedir (Smith, Cokkinides ve ark. 2010).

20 yaşından itibaren her ay kadınların KKMM yapmaları önerilmektedir (Seçginli 2011).

2.1.10.5. Klinik Meme Muayenesi

40 yaş altı kadınlarda mamografi önerilmediği için çeşitli tarama rehberlerine uygun olmayan kadınların erken meme kanseri açısından taramasında faydalıdır. Mamografi tarama programına uymayan fakat düzenli olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanan kadınlarda tarama amaçlı faydalı olabilmektedir (McDonald, Saslow ve ark. 2004). Amerikan Kanser Derneği (ACS) ; 20-30 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir periyodik muayene içerisinde, 40-49 yaş arası ve 50 yaş üstü kadınlarda yılda bir kez KMM önermektedir. Atipik duktal veya lobuler hiperplazi, lobuler karsinoma in situ, invaziv meme kanseri gibi yüksek riskli gruplarda 6 ayda bir KMM önerilmektedir. Birden çok akrabasında meme kanseri öyküsü olan fakat BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonu taşımayan kadınlar için KMM ile meme kanseri taramalarına meme kanseri olan akrabalarından en gencinin hastalığa yakalandığı yaştan 10 yıl önce veya 40 yaşında başlanması ve yılda bir kez KMM yapılması önerilmektedir (Baskan, Atahan ve ark.2012).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. İstatistiksel Analiz

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22,0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi ve Fisher’in Kesin Testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Araştırmaya Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olup gönüllü olan 232 kadın doktordan 210 kadın doktor gönüllülük esasına göre dahil edildi. Çalışmamızda 16 sorudan oluşan bir anket kullanıldı (Ek 1). Çalışmamıza tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi ve genel cerrahi ana bilim dallarında görev yapmakta olan kadın doktorlar dahil edilmedi. Katılım oranı %90,5 idi.

3.2. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan B.30.2.ODM.0.20.08/2178 sayı ve 10.12.2015 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $32,94 \pm 7,61$ (min:25-maks:62) yıl olup %19,0'ı (n=40) 40 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılan doktorların %63,4'ü (n=131) evliyken %64,8'i (n=136) araştırma görevlisi, %21,4'ü (n=45) öğretim görevlisi ve %13,8'i (n=29) ise uzmandı. Katılımcıların branşlarına bakılacak olursa; %69,0'ı (n=145) dahili bilimler, %17,2'si (n=36) temel bilimler, %13,8'i (n=29) ise cerrahi bilimlerdi. Araştırma kapsamında incelenen kadın doktorların %19,5'inin (n=45) ailesinde meme kanseri öyküsü olup bunların %42,5'i (n=17) birinci derece, %51,2'si (n=21) ikinci derece, %4,9'u (n=2) üçüncü derece akrabalarıyken %2,4'ü (n=1) diğer akrabalarındandı. Ailesinde meme kanseri olan 41 katılımcının %56,0'ına kendi kendine meme muayenesi (KKMM) aracılığıyla, %22,0'ına rutin doktor muayenesi sırasında ve yine %22,0'ına (n=9) mamografi ile tanı konulduğu öğrenildi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

(n=210)	Sayı	% / $\bar{X}\pm S$
Yaş (yıl)	210	32,94 \pm 7,61
<40 yaş	170	81,0
\geq 40 yaş	40	19,0
Medeni Durum		
Evli	131	62,4
Bekar	79	37,6
Ünvan		
Araştırma görevlisi	136	64,8
Öğretim görevlisi	45	21,4
Uzman	29	13,8
Branş		
Dahili bilimler	145	69,0
Temel tıp bilimleri	36	17,2
Cerrahi bilimler	29	13,8
Ailede Meme Kanseri Öyküsü		
Yok	169	80,5
Var	41	19,5
Yakınlık Derecesi (n=41)		
Birinci derece	17	41,5
İkinci derece	21	51,2
Üçüncü derece	2	4,9
Diğer	1	2,4
Teşhis Yöntemi (n=41)		
KKMM	23	56,0
Rutin doktor muayenesi	9	22,0
Mamografi	9	22,0

?: Yüzde; \bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Tablo 4. Katılımcıların Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumu

	Sayı	%	
Katılımcılara Göre Dünyada Meme Kanserinin Prevalansı			
100 kadından 8'i	116	55,2	
100 kadından 20'si	47	22,4	
100 kadından 2'si	31	14,8	
Bilmiyor	16	7,6	
Katılımcılara Göre Meme Kanseri İçin Risk Faktörleri#			
Aile öyküsü	197	93,8	
Yaş	116	55,2	
İlk gebelik yaşı	111	52,9	
Erken menopoz	89	42,4	
Menopoz sonrası kilo alımı	39	18,6	
Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kanser Türü Olduğunu Düşünme Durumu			
Önlenebilir	191	91,0	
Önlenebilir değildir	19	9,0	
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Etkili Yöntemler#			
KKMM	189	90,0	
Mamografi	153	72,9	
Rutin doktor muayenesi	133	63,3	
USG	116	55,2	
MRG	34	16,2	
Katılımcılara Göre Çeşitli Yaş Gruplarında Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılması Gereken Yöntemler#			
≤20 yaş	KKMM (n=205)	198	96,6
	USG (n=205)	74	36,1
	MRG (n=205)	15	7,3
	Mamografi (n=205)	5	2,4
21-30 yaş	KKMM (n=208)	191	91,8
	USG (n=208)	103	49,5
	MRG (n=208)	20	9,6
	Mamografi (n=208)	18	8,7
31-40 yaş	KKMM (n=209)	179	85,6
	USG	127	60,5
	Mamografi	67	31,9
	MRG	24	11,4
41-50 yaş	Mamografi	197	93,8
	KKMM	162	77,1
	USG	101	48,1
	MRG	30	14,3
≥51 yaş	Mamografi (n=209)	200	95,7
	KKMM (n=209)	161	77,0
	USG (n=209)	102	48,8
	MRG (n=208)	39	18,8

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; USG: Ultrasonografi; MRG: Manyetik rezonans görüntüleme

#Birden fazla cevap verildi, yüzde cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplandı

Araştırmaya dahil edilen katılımcılara meme kanserinin dünyadaki prevalansı sorulduğunda %55,2'si (n=116) 100 kadından 8'i, %22,4'ü (n=44) 100 kadından 20'si, %14,8'i (n=31) 100 kadından 2'si cevabını verirken %%7,6'sı (n=16) bilmediğini ifade etti. Meme kanseri için olası risk faktörleri sorulduğunda ise; %93,8 (n=) ile en sık “aile öyküsü” cevabı alınırken bunu %55,2 (n=116) ile “yaş”, %52,9 ile (n=111) “ilk gebelik yaşı” ve %42,4 (n=89) ile “erken menopoz” cevapları izliyordu ve en az %18,6 (n=39) “menopoz sonrası kilo alımı” cevabı verildi. Katılımcıların %91,0'ı (n=191) meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünürken %9,0'ı (n=19) önlenebilir olduğunu düşünmediğini belirtti. Katılımcılara göre meme kanserinin erken tanısında etkili yöntemler arasında; %90,0 (n=189) ile ilk sırada kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yer alırken bunu %72,9 (n=153) ile mamografi, %63,3 (n=133) ile rutin doktor muayenesi ve %55,2 (n=116) ile ultrasonografi (USG) izliyordu ve en son sırada %16,2 (n=34) ile manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yer alıyordu (Tablo 4).

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadın doktorlara çeşitli yaş grupları için meme kanserinin erken tanısında kullanılması gereken yöntemler soruldu. Buna göre; 20 yaş ve altı için; %96,6 (n=198) ile ilk sırada KKMM yer alırken bunu %36,1 (n=74) ile USG izliyordu ve en az %2,4 (n=5) ile mamografi cevabı alındı. Diğer yaş gruplarından 21-30 yaş arası için; ilk sık %91,8 (n=191) ile KKMM, en az %8,7 (n=18) ile mamografi, 31-40 yaş arası için; en sık %85,6 (n=179) ile KKMM, en az %11,4 (n=24) ile MRG, 41-50 yaş arası için; en sık %93,8 (n=197) ile mamografi, en az %14,3 (n=30) ile MRG, 51 yaş ve üzeri için; en sık %95,7 (n=200) ile mamografi, en az %18,8 (n=39) ile MRG cevapları alındı (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumu ile Yapma/Çektirme Sıklığı ve Yapmama/Çektirmeme Nedeni

	Sayı	%
KKMM Yapma Durumu		
Yapmıyor	53	25,2
Yapıyor	157	74,8
KKMM Yapanların Yapma Sıklığı (n=157)		
Haftada bir kez	21	13,4
Ayda bir kez	74	47,1
Altı ayda bir kez	35	22,3
Yılda bir kez veya daha seyrek	27	17,2
KKMM Yapmayanların Yapmama Nedeni (n=53)		
Şikayeti olmadığı için	28	52,8
Ailesinde meme kanseri olmadığı için	9	17,0
Diğer	16	30,2
Katılımcılara Göre Mamografi Çektirmesi Gereken Kişiler		
40 yaş ve üzerinde olanlar	188	89,5
Aile öyküsü olanlar	18	8,6
18 yaş ve üzerinde olanlar	4	1,9
Katılımcılara Göre Mamografi Çekilmesi Gereken Sıklık		
6 ayda bir	21	10,0
Yılda bir	154	73,3
2 yılda bir	32	15,2
Şikayeti olduğunda	3	1,4
Mamografi Çektirme Durumu		
Çektirmemiş	181	86,2
Çektirmiş	29	13,8
Mamografi Çektirenlerin En Son Çektirdikleri Zaman (n=29)		
≤12 ay önce	13	44,8
>12 ay önce	16	55,2
Mamografi Çektirmeyenlerin Çektirmeme Nedeni (n=181)		
Yaşı mamografi çektirmeye uygun olmadığı için	123	68,0
Şikayeti olmadığı için	34	18,8
Ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı için	15	8,2
Diğer	9	5,0

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Araştırma kapsamında incelenen kadın doktorların %74,8'i (n=157) düzenli olarak KMMM yaptığını belirtti. Düzenli olarak KKMM yapan katılımcıların %13,4'ü (n=21) haftada bir kez, %47,1'i (n=74) ayda bir kez, %22,3'ü (n=35) altı ayda bir kez ve %17,2'si (n=27) yılda bir kez ve daha seyrek yaptığını ifade etti. Düzenli olarak KKMM yapmadığını belirten 53 (%25,2) kadın doktora neden yapmadıkları sorulduğunda, %52,8'i (n=28) herhangi bir şikayeti olmadığı için, %17,0'ı (n=9) ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı için ve %30,2'si (n=16) diğer nedenlerden dolayı yapmadığını ifade etti. Katılımcıların %73,3'üne (n=154) göre meme kanseri için yılda bir kez, %15,2'sine (n=32) göre 2 yılda bir kez, %10,0'ına (n=21) göre 6 ayda bir kez ve %1,4'üne (n=3) göre şikayeti olduğunda mamografi çektilmesi gerekiyordu. Araştırmaya dahil edilen kadın doktorların %13,8'i (n=29) daha önce mamografi çektilirdiğini belirtti. Bunların %44,8'i (n=13) 12 ay ve daha kısa süre önce, geriye kalan %55,2'si (n=16) ise 12 aydan daha uzun süre önce mamografi çektilirdiğini ifade etti. Mamografi çektilirmeyen 181 (%86,2) kadın doktorun çektilirmeme nedenlerine bakıldığında; %68,0'ının (n=123) yaşı uygun olmadığı için, %18,8'inin (n=34) şikayeti olmadığı için, %8,2'sinin (n=15) ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı için, %5,0'ının (n=9) diğer nedenlerden dolayı çektilirmediği anlaşıldı (Tablo 5).

Tablo 6. Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

	Yaş Grubu		p	
	<40 Yaş (n=170)	≥40 Yaş (n=40)		
	Sayı (%*)	Sayı (%*)		
Katılımcılara Göre Dünyada Meme Kanserinin Prevalansı				
100 kadından 8'i	98 (57,6)	18 (45,0)	0,204	
Diğer	72 (42,4)	22 (55,0)		
Katılımcılara Göre Meme Kanseri İçin Risk Faktörleri#				
Yaş	92 (54,1)	24 (60,0)	0,620	
Erken menopoz	75 (44,1)	14 (35,0)	0,383	
Aile öyküsü	157 (92,4)	40 (100)	0,135	
İlk gebelik yaşı	91 (53,5)	20 (50,0)	0,821	
Menopoz sonrası kilo alımı	31 (18,2)	8 (20,0)	0,974	
Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumu				
Önlenebilir değildir	14 (8,2)	5 (12,5)	0,371	
Önlenebilir	156 (91,8)	35 (87,5)		
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Etkili Yöntemler#				
KKMM	153 (90,0)	36 (90,0)	1,000	
Mamografi	122 (71,8)	31 (77,5)	0,592	
MRG	27 (15,9)	7 (17,5)	0,991	
USG	88 (51,8)	28 (70,0)	0,056	
Rutin doktor muayenesi	107 (62,9)	26 (65,0)	0,952	
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılması Gereken Yöntemler#				
≤20 yaş	KKMM (n=205)	163 (97,6)	35 (92,1)	0,120
	Mamografi (n=205)	5 (3,0)	0	0,586
	USG (n=205)	63 (37,7)	11 (28,9)	0,407
	MRG (n=205)	14 (8,4)	1 (2,6)	0,313
21-30 yaş	KKMM (n=208)	154 (91,7)	37 (92,5)	0,998
	Mamografi (n=208)	17 (10,1)	1 (2,5)	0,207
	USG (n=208)	90 (53,6)	13 (32,5)	0,026
	MRG (n=208)	18 (10,7)	2 (5,0)	0,378
31-40 yaş	KKMM (n=209)	143 (84,6)	36 (90,0)	0,534
	Mamografi	58 (34,1)	9 (22,5)	0,219
	USG	100 (58,8)	27 (67,5)	0,406
	MRG	21 (12,)	3 (7,5)	0,581
41-50 yaş	KKMM	129 (75,9)	33 (82,5)	0,492
	Mamografi	160 (94,1)	37 (92,5)	0,717
	USG	71 (41,8)	30 (75,0)	<0,001
	MRG	25 (14,7)	5 (12,5)	0,914
≥51 yaş	KKMM (n=209)	128 (75,7)	33 (82,5)	0,481
	Mamografi (n=209)	161 (95,3)	39 (97,5)	0,999
	USG (n=209)	70 (41,4)	32 (80,0)	<0,001
	MRG (n=208)	32 (19,0)	7 (17,5)	0,998

*Sütun yüzdesi; #Birden fazla cevap verildi, yüzde cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplandı.

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; MRG: Manyetik rezonans görüntüleme; USG: Ultrasonografi

Araştırma kapsamında incelenen kadın doktorlardan 40 yaşın altında olanların %53,6'sı (n=90), 21-30 yaş arasındaki kadınlar için, %41,8'i (n=71) 41-50 yaş arasındaki kadınlar için, %41,4'ü (n=70) ise 51 yaş ve üzerindeki kadınlar için, meme kanserinin erken tanısında USG kullanılması gerektiğini düşünürken, 40 yaş ve üzerinde olan kadın doktorlarda bu yüzdeler sırasıyla %32,5 (n=13), %75,0 (n=30) ve %80,0 (n=32)'ydi. Katılımcıların yaş grupları arasında, 21-30 yaş ve 41-50 yaş ile 51 yaş ve üzerindeki kadınlar için, meme kanserinin erken tanısında USG kullanılması gerektiğini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (sırasıyla $p=0,026$, $p<0,001$, $p<0,001$), diğer yaş grupları ve yöntemler açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcılardan 40 yaş ve üzerinde olanlar içinde, 21-30 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG kullanılması gerektiğini düşünenlerin yüzdesi, 40 yaşın altındaki katılımcılardan anlamlı olarak düşükken 41-50 yaş ile 51 yaş ve üzerindeki kadınlar için anlamlı olarak yüksekti (Tablo 6).

Diğer taraftan katılımcıların yaş gruplarına göre meme kanserinin dünyadaki prevalansını bilme durumu, meme kanseri için yaşın, erken menopozun, aile öyküsünün, ilk gebelik yaşının ve menopoz sonrası kilo alımının risk faktörü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin önlenabilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin erken tanısında KKMM, USG, mamografi ve MRG'nin etkili yöntemler olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Yaş Gruplarına Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı

	Yaş Grubu		p
	<40 Yaş (n=170) Sayı (%*)	≥40 Yaş (n=40) Sayı (%*)	
KKMM Yapma Durumu			
Yapıyor	121 (71,2)	36 (90,0)	0,024
Yapmıyor	49 (28,8)	4 (10,0)	
KKMM Yapanların Yapma Sıklığı (n=157)			
En az ayda bir kez	70 (57,9)	25 (69,4)	0,291
Ayda bir kezden daha seyrek	51 (42,1)	11 (30,6)	
KKMM Yapmayanların Yapmama Nedeni (n=53)			
Şikayeti olmadığı için	26 (53,1)	2 (50,0)	0,521
Ailesinde meme kanseri olmadığı için	9 (18,4)	0	
Diğer	14 (28,6)	2 (50,0)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çektirmesi Gereken Kişiler			
Aile öyküsü olanlar	15 (8,8)	3 (7,5)	0,923
40 yaş ve üzerinde olanlar	152 (89,4)	36 (90,0)	
18 yaş ve üzerinde olanlar	3 (1,8)	1 (2,5)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çekilmesi Gereken Sıklık			
6 ayda bir	18 (10,6)	3 (7,5)	0,625
Yılda bir	125 (73,5)	29 (72,5)	
2 yılda bir	24 (14,1)	8 (20,0)	
Şikayeti olduğunda	3 (1,8)	0	
Mamografi Çektirme Durumu			
Çektirmiş	2 (1,2)	27 (67,5)	<0,001
Çektirmemiş	168 (98,8)	13 (32,5)	
Mamografi Çektirenlerin En Son Çektirdikleri Zaman (n=29)			
≤12 ay önce	0	13 (48,1)	0,488 ^b
>12 ay önce	2 (100)	14 (51,9)	
Mamografi Çektirmeyenlerin Çektirmeme Nedeni (n=181)			
Şikayeti olmadığı için	29 (17,3)	5 (38,5)	<0,001
Ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı için	11 (6,5)	4 (30,8)	
Yaşı mamografi çektirmeye uygun olmadığı için	122 (72,6)	1 (7,7)	
Diğer	6 (3,6)	3 (23,1)	

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Araştırmaya dahil edilen kadın doktorlardan 40 yaşın altında olanların %71,2'si (n=121), 40 yaş ve üzerinde olanların ise %90,0'ı (n=36) düzenli olarak KKMM yaptığını ifade etti. Katılımcılardan 40 yaşın altında olanlarla 40 yaş ve üzerinde olanlar arasında düzenli olarak KKMM yapma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,024). Kırk yaş ve üzerinde olan kadın doktorlar içinde düzenli olarak KKMM yapanların yüzdesi 40 yaşın altında olan kadın doktorlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 7).

Katılımcılardan 40 yaşın altında olanların %1,2'si (n=2) daha önce mamografi yaptırdığını ifade ederken 40 yaş ve üzerinde olanların %67,5'i (n=27) yaptırdığını belirtti. Kırk yaşın altında olan kadın doktorlarla 40 yaş ve üzerinde olanlar arasında daha önce mamografi yaptırmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,001). Kırk yaş ve üzerinde olan kadın doktorlar içinde daha önce mamografi yaptıranların yüzdesi 40 yaşın altında olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Yaş grupları arasında mamografi yaptırmayan kadın doktorların yaptırmama nedeni açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,001). Kırk yaşın altında olan kadın doktorlar içinde yaşı mamografi yaptırmaya uygun olmayanların yüzdesi 40 yaş üzerinde olanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 7).

Diğer taraftan kadın doktorların yaş grupları arasında düzenli olarak KKMM yapanların yapma sıklığı, düzenli olarak KKMM yapmayanların yapmama nedeni, mamografi yaptırmaması gereken kişiler, mamografi çekilmesi gereken sıklık ve daha önce mamografi yaptıranların en son yaptırdıkları zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 8. Ünvana Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

	Ünvan			P	
	Araştırma Görevlisi (n=136)	Uzman (n=29)	Öğretim Görevlisi (n=45)		
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	Sayı (%*)		
Katılımcılara Göre Dünyada Meme Kanserinin Prevalansı					
100 kadından 8'i	75 (55,1)	16 (55,2)	25 (55,6)	0,999	
Diğer	61 (44,9)	13 (44,8)	20 (44,4)		
Katılımcılara Göre Meme Kanseri İçin Risk Faktörleri					
Yaş	77 (56,6)	10 (34,5)	29 (64,4)	0,035	
Erken menopoz	58 (42,6)	14 (48,3)	17 (37,8)	0,668	
Aile öyküsü	126 (92,6)	26 (89,7)	45 (100)	0,126	
İlk gebelik yaşı	77 (56,6)	11 (37,9)	23 (51,1)	0,181	
Menopoz sonrası kilo alımı	28 (20,6)	2 (6,9)	9 (20,0)	0,219	
Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumu					
Önlenebilir değildir	11 (8,1)	2 (6,9)	6 (13,3)	0,517	
Önlenebilir	125 (91,9)	27 (93,1)	39 (86,7)		
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Etkili Yöntemler					
KKMM	124 (91,2)	24 (82,8)	41 (91,1)	0,375	
Mamografi	101 (74,3)	18 (62,1)	34 (75,6)	0,366	
MRG	24 (17,6)	1 (3,4)	9 (20,0)	0,125	
USG	71 (52,2)	16 (55,2)	29 (64,4)	0,359	
Rutin doktor muayenesi	86 (63,2)	15 (51,7)	32 (71,1)	0,240	
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılması Gereken Yöntemler					
≤20 yaş	KKMM (n=205)	131 (97,8)	27 (96,4)	40 (93,0)	0,330
	Mamografi (n=205)	3 (2,2)	0	2 (4,7)	0,448
	USG (n=205)	49 (36,6)	12 (42,9)	13 (30,2)	0,546
	MRG (n=205)	11 (8,2)	2 (7,1)	2 (4,7)	0,737
21-30 yaş	KKMM (n=208)	126 (94,0)	25 (86,2)	40 (88,9)	0,272
	Mamografi (n=208)	9 (6,7)	2 (6,9)	7 (15,6)	0,177
	USG (n=208)	69 (51,5)	19 (65,5)	15 (33,3)	0,019
	MRG (n=208)	14 (10,4)	2 (6,9)	4 (8,9)	0,827
31-40 yaş	KKMM (n=209)	119 (88,1)	20 (69,0)	40 (88,9)	0,022
	Mamografi	49 (36,0)	10 (34,5)	8 (17,8)	0,071
	USG	73 (53,7)	22 (75,9)	32 (71,1)	0,022
	MRG	16 (11,8)	3 (10,3)	5 (11,1)	0,974
41-50 yaş	KKMM	107 (78,7)	19 (65,5)	36 (80,0)	0,271
	Mamografi	129 (94,9)	27 (93,1)	41 (91,1)	0,656
	USG	53 (39,0)	13 (44,8)	35 (77,8)	<0,001
	MRG	17 (12,5)	6 (20,7)	7 (15,6)	0,500
≥51 yaş	KKMM (n=209)	107 (79,3)	18 (62,1)	36 (80,0)	0,118
	Mamografi (n=209)	128 (94,8)	28 (96,6)	44 (97,8)	0,677
	USG (n=209)	52 (38,5)	13 (44,8)	37 (82,2)	<0,001
	MRG (n=208)	22 (16,4)	7 (24,1)	10 (22,2)	0,500

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; MRG: Manyetik rezonans görüntüleme; USG: Ultrasonografi

Katılımcılara meme kanseri için risk faktörlerinin neler olduğu sorulduğunda; araştırma görevlilerinin %56,6'sı (n=77), öğretim görevlilerinin %64,4'ü (n=29) ve uzman doktorların %34,5'i (n=10) yaş cevabını verdi. Kadın doktorların ünvanları arasında yaşın meme kanseri için risk faktörü olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,035). Uzman doktorlar içinde yaşın meme kanseri için risk faktörü olduğunu düşünenlerin yüzdesi araştırma ve öğretim görevlilerinden anlamlı olarak düşüktü (Tablo 8).

Kadın doktorlardan araştırma görevlisi olanların %51,5'i (n=69), 21-30 yaş arasındaki kadınlar için, %53,7'si (n=73), 31-40 yaş arasındaki kadınlar için, %39,0'ı (n=53) 41-50 yaş arasındaki kadınlar için, %38,5'i (n=52) 51 yaş ve üzerindeki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG kullanılması gerektiğini düşünürken, uzman olan kadın doktorlarda bu yüzdeler sırasıyla %65,5 (n=19), %75,9 (n=22), %44,8 (n=13) ve yine %44,8 (n=13), öğretim görevlisi olan kadın doktorlarda ise sırasıyla %33,3 (n=15), %71,1 (n=32), %77,8 (n=35) ve %82,2 (n=37)' ydi. Katılımcıların ünvanları arasında, 21-30 yaş, 31-40 yaş, 41-50 yaş ile 51 yaş ve üzerindeki kadınlar için, meme kanserinin erken tanısında USG kullanılması gerektiğini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0,006, p=0,019, p=0,022, p<0,001, p<0,001). Ayrıca araştırma görevlilerinin %88,1'i (n=119), uzmanların %69,0'ı (n=20) ve öğretim görevlilerinin %88,9'u (n=40) 31-40 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında KKMM' nin kullanılması gerektiğini düşünüyordu. Katılımcıların ünvanları arasında 31-40 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında KKMM' nin kullanılması gerektiğini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,022). Uzman doktorlar içinde 31-40 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında KKMM kullanılması gerektiğini düşünenlerin yüzdesi araştırma görevlisi ve öğretim görevlilerinden anlamlı olarak düşüktü. Diğer yaş grupları ve yöntemler açısından ünvanlar arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 8).

Diğer taraftan katılımcıların ünvanlarına göre meme kanserinin dünyadaki prevalansını bilme durumu, meme kanseri için erken menopozun, aile öyküsünün, ilk gebelik yaşının ve menopoz sonrası kilo alımının risk faktörü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin önlenabilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin erken tanısında KKMM, USG, mamografi ve MRG'nin etkili yöntemler

olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 9. Ünvana Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı

	Ünvan			P
	Araştırma Görevlisi (n=136)	Uzman (n=29)	Öğretim Görevlisi (n=45)	
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	Sayı (%*)	
KKMM Yapma Durumu				
Yapıyor	98 (72,1)	221 (72,4)	38 (84,4)	0,241
Yapmıyor	38 (27,9)	8 (27,6)	7 (15,6)	
KKMM Yapanların Yapma Sıklığı (n=157)				
En az ayda bir kez	58 (59,2)	14 (66,7)	23 (60,5)	0,817
Ayda bir kezden daha seyrek	40 (40,8)	7 (33,3)	15 (39,5)	
KKMM Yapmayanların Yapmama Nedeni (n=53)				
Şikayeti olmadığı için	18 (47,4)	6 (75,0)	4 (57,1)	0,287
Ailesinde meme kanseri olmadığı için	9 (23,7)	0	0	
Diğer	11 (28,9)	2 (25,0)	3 (42,9)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çektirmesi Gereken Kişiler				
Aile öyküsü olanlar	12 (8,8)	3 (10,3)	3 (6,7)	0,257
40 yaş ve üzerinde olanlar	122 (89,7)	24 (82,8)	42 (93,3)	
18 yaş ve üzerinde olanlar	2 (1,5)	2 (6,9)	0	
Katılımcılara Göre Mamografi Çekilmesi Gereken Sıklık				
6 ayda bir	15 (11,0)	3 (10,3)	3 (6,7)	0,768
Yılda bir	101 (74,3)	20 (69,0)	33 (73,3)	
2 yılda bir	18 (13,2)	5 (17,2)	9 (20,0)	
Şikayeti olduğunda	2 (1,5)	1 (3,4)	0	
Mamografi Çektirme Durumu				
Çektirmiş	4 (2,9)	1 (3,4)	24 (53,3)	<0,001
Çektirmemiş	132 (97,1)	28 (96,6)	21 (46,7)	
Mamografi Çektirenlerin En Son Çektirdikleri Zaman (n=29)				
≤12 ay önce	2 (50,0)	0	11 (45,8)	0,649
>12 ay önce	2 (50,0)	1 (100)	13 (54,2)	
Mamografi Çektirmeyenlerin Çektirmeme Nedeni (n=181)				
Şikayeti olmadığı için	19 (14,4)	9 (32,1)	6 (28,6)	0,051
Ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı için	8 (6,1)	2 (7,1)	5 (23,8)	
Yaşı mamografi çektirmeye uygun olmadığı için	100 (75,8)	16 (57,1)	7 (33,3)	
Diğer	5 (3,8)	1 (3,6)	3 (14,3)	

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Araştırma görevlisi kadın doktorların %2,9'u (n=4), uzman kadın doktorların %3,4'ü ve öğretim görevlisi kadın doktorların %53,3'ü (n=24) daha önce mamografi çektiğini belirtti. Kadın doktorların ünvanları arasında daha önce mamografi

çektirme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Öğretim görevlileri içinde daha önce mamografi çektirenlerin yüzdesi araştırma görevlilerinden ve uzman doktorlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 9).

Diğer taraftan kadın doktorların ünvanları arasında düzenli olarak KKMM yapma durumu, düzenli olarak KKMM yapmayanların yapmama nedeni, mamografi çektirmesi gereken kişiler, mamografi çekilmesi gereken sıklık, daha önce mamografi çektirenlerin en son çektirdikleri zaman ve çektirmeyenlerin çektirmeme nedeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).



Tablo 10. Branşa Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

	Branş			p	
	Cerrahi Bilimler (n=29)	Dahili Bilimler (n=145)	Temel Bilimler (n=36)		
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	Sayı (%*)		
Katılımcılara Göre Dünyada Meme Kanserinin Prevalansı					
100 kadından 8'i	14 (48,3)	79 (54,5)	23 (63,9)	0,429	
Diğer	15 (51,7)	66 (45,5)	13 (36,1)		
Katılımcılara Göre Meme Kanseri İçin Risk Faktörleri					
Yaş	20 (69,0)	88 (60,7)	8 (22,2)	<0,001	
Erken menopoz	14 (48,3)	63 (43,4)	12 (33,3)	0,430	
Aile öyküsü	28 (96,6)	136 (93,8)	33 (91,7)	0,719	
İlk gebelik yaşı	20 (69,0)	80 (55,2)	11 (30,6)	0,005	
Menopoz sonrası kilo alımı	5 (17,2)	32 (22,1)	2 (5,6)	0,073	
Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumu					
Önlenebilir değildir	1 (3,4)	16 (11,0)	2 (5,6)	0,311	
Önlenebilir	28 (96,6)	129 (89,0)	34 (94,4)		
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Etkili Yöntemler					
KKMM	26 (89,7)	137 (94,5)	26 (72,2)	<0,001	
Mamografi	20 (69,0)	105 (72,4)	28 (77,8)	0,713	
MRG	5 (17,2)	24 (16,6)	5 (13,9)	0,915	
USG	21 (72,4)	74 (51,0)	21 (58,3)	0,098	
Rutin doktor muayenesi	19 (65,5)	94 (64,8)	20 (55,6)	0,566	
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılması Gereken Yöntemler					
≤20 yaş	KKMM (n=205)	25 (89,3)	139 (97,2)	34 (100)	0,053
	Mamografi (n=205)	1 (3,6)	1 (0,7)	3 (8,8)	0,020
	USG (n=205)	11 (39,3)	57 (39,9)	6 (17,6)	0,049
	MRG (n=205)	2 (7,1)	12 (8,4)	1 (2,9)	0,548
21-30 yaş	KKMM (n=208)	24 (82,8)	131 (91,6)	36 (100)	0,041
	Mamografi (n=208)	2 (6,9)	10 (7,0)	6 (16,7)	0,171
	USG (n=208)	15 (51,7)	78 (54,5)	10 (27,8)	0,016
	MRG (n=208)	5 (17,2)	14 (9,8)	1 (2,8)	0,144
31-40 yaş	KKMM (n=209)	24 (82,8)	124 (86,1)	31 (86,1)	0,892
	Mamografi	10 (34,5)	42 (29,0)	15 (41,7)	0,326
	USG	15 (51,7)	95 (65,5)	17 (47,2)	0,077
	MRG	6 (20,7)	18 (12,4)	0	0,027
41-50 yaş	KKMM	22 (75,9)	114 (78,6)	26 (72,2)	0,704
	Mamografi	27 (93,1)	139 (95,9)	31 (86,1)	0,093
	USG	14 (48,3)	71 (49,0)	16 (44,4)	0,888
	MRG	7 (24,1)	20 (13,8)	3 (8,3)	0,186
≥51 yaş	KKMM (n=209)	22 (75,9)	113 (78,5)	26 (72,2)	0,718
	Mamografi (n=209)	28 (96,6)	139 (96,5)	33 (91,7)	0,425
	USG (n=209)	13 (44,8)	73 (50,7)	16 (44,4)	0,718
	MRG (n=208)	6 (20,7)	27 (18,9)	6 (16,7)	0,916

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; MRG: Manyetik rezonans görüntüleme; USG: Ultrasonografi

Branşı cerrahi bilimler olan kadın doktorların %69,0'ı (n=20) meme kanseri için yaşın, yine %69,0'ı (n=20) ilk gebelik yaşının risk faktörü olduğunu düşünürken, branşı dahili bilimler olan kadın doktorlarda bu yüzdeler sırasıyla %60,7 (n=88), %55,2 (n=80), branşı temel tıp bilimleri olanlarda ise sırasıyla %22,2 (n=8), %30,6 (n=11)'di. Kadın doktorların branşları arasında yaşın ve ilk gebelik yaşının meme kanseri için risk faktörü olduğunu düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,005$). Branşı temel tıp bilimleri olan kadın doktorlar içinde yaşın ve ilk gebelik yaşının meme kanseri için risk faktörü olduğunu düşünenlerin yüzdesi cerrahi ve dahili bilimlerden anlamlı olarak düşüktü. Ayrıca branşı cerrahi bilimler olan kadın doktorların %89,7'si (n=26) meme kanserinin erken tanısında KKMM'nin etkili olabileceğini düşünürken branşı dahili bilimler olanların %94,5'i (n=137) ve temel tıp bilimleri olanların %72,2'si (n=26) düşünüyordu. Kadın doktorların branşları arasında KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında etkili olduğunu düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Branşı temel tıp bilimleri olan kadın doktorlar içinde KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında etkili olduğunu düşünenlerin yüzdesi cerrahi ve dahili bilimlerden anlamlı olarak düşüktü (Tablo 10).

Branşı cerrahi bilimler olan kadın doktorların %39,3'ü (n=11), 20 yaş ve altındaki kadınlar için, meme kanserinin erken tanısında USG'nin, %3,6'sı (n=1) mamografinin, 21-30 yaş arasındaki kadınlar için %51,7'si (n=15) USG'nin, %82,8'i (n=24) KKMM'nin, 31-40 yaş arasındaki kadınlar için ise %20,7'si (n=6) MRG'nin kullanılması gereken yöntemler olduğunu ifade etti. Branşı dahili bilimler olan kadın doktorların %39,9'u (n=57) 20 yaş ve altındaki kadınlar için, meme kanserinin erken tanısında USG'nin, %0,7'si (n=1) mamografinin, 21-30 yaş arasındaki kadınlar için %54,5'i (n=78) USG'nin, %91,6'sı (n=131) KKMM'nin, 31-40 yaş arasındaki kadınlar için ise %12,4'ü (n=18) MRG'nin kullanılması gereken yöntemler olduğunu belirtti. Branşı temel bilimler olanların ise; %17,6'sı (n=6) 20 yaş ve altındaki kadınlar için, meme kanserinin erken tanısında USG'nin, %8,8'i (n=3) mamografinin, 21-30 yaş arasındaki kadınlar için %27,8'i (n=10) USG'nin, %100'ü (n=36) KKMM'nin, 31-40 yaş arasındaki kadınlar için ise %0'ı MRG'nin kullanılması gereken yöntemler olduğunu ifade etti. Kadın doktorların branşları arasında 20 yaş ve altındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG ve mamografinin, 21-30 yaş arasındaki

kadınlar için USG ve KKMM'nin ve 31-40 yaş arasındaki kadınlar için MRG'nin etkili olduğunu düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0,049$, $p=0,020$, $p=0,016$, $p=0,041$, $p=0,027$). Branşı temel bilimler olan kadın doktorlar içinde, 20 yaş ve altındaki ile 21-30 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG'nin, 31-40 yaş arasındaki kadınlar için ise MRG'nin etkili olduğunu düşünenlerin yüzdesi branşı cerrahi ve dahili bilimler olanlardan anlamlı olarak düşükken 20 yaş ve altındaki kadınlar için mamografinin, 21-30 yaş arasındaki kadınlar için ise KKMM'nin etkili olduğunu düşünenlerin yüzdesi anlamlı olarak yüksekti. Diğer yaş grupları ve yöntemler açısından branşlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Diğer taraftan katılımcıların branşlarına göre meme kanserinin dünyadaki prevalansını bilme durumu, meme kanseri için erken menopozun, aile öyküsünün ve menopoz sonrası kilo alımının risk faktörü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin erken tanısında USG, mamografi, MRG ve rutin doktor muayenesinin etkili yöntemler olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Branşa Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı

	Branş			P
	Cerrahi Bilimler (n=29)	Dahili Bilimler (n=145)	Temel Bilimler (n=36)	
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	Sayı (%*)	
KKMM Yapma Durumu				
Yapıyor	26 (89,7)	99 (68,3)	32 (88,9)	0,005
Yapmıyor	3 (10,3)	46 (31,7)	4 (11,1)	
KKMM Yapanların Yapma Sıklığı (n=157)				
En az ayda bir kez	18 (69,2)	56 (56,6)	21 (65,6)	0,402
Ayda bir kezden daha seyrek	8 (30,8)	43 (43,4)	11 (34,4)	
KKMM Yapmayanların Yapmama Nedeni (n=53)				
Şikayeti olmadığı için	3 (100)	23 (50,0)	2 (50,0)	0,139
Ailesinde meme kanseri olmadığı için	0	7 (15,2)	2 (50,0)	
Diğer	0	16 (34,8)	0	
Katılımcılara Göre Mamografi Çektirmesi Gereken Kişiler				
Aile öyküsü olanlar	4 (13,8)	9 (6,2)	5 (13,9)	0,010
40 yaş ve üzerinde olanlar	25 (86,2)	135 (93,1)	28 (77,8)	
18 yaş ve üzerinde olanlar	0	1 (0,7)	3 (8,3)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çekilmesi Gereken Sıklık				
6 ayda bir	2 (6,9)	9 (6,2)	10 (27,8)	<0,001
Yılda bir	26 (89,7)	111 (76,6)	17 (47,2)	
2 yılda bir ya da şikayeti olduğunda	1 (3,4)	25 (17,3)	9 (25,0)	
Mamografi Çektirme Durumu				
Çektirmiş	6 (20,7)	16 (11,0)	7 (19,4)	0,217
Çektirmemiş	23 (79,3)	129 (89,0)	29 (80,6)	
Mamografi Çektirenlerin En Son Çektirdikleri Zaman (n=29)				
≤12 ay önce	1 (16,7)	9 (56,3)	3 (42,9)	0,249
>12 ay önce	5 (83,3)	7 (43,8)	4 (57,1)	
Mamografi Çektirmeyenlerin Çektirmeme Nedeni (n=181)				
Şikayeti olmadığı için	5 (21,7)	20 (15,5)	9 (31,0)	0,246
Ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı için	0	12 (9,3)	3 (10,3)	
Yaşı mamografi çektirmeye uygun olmadığı için	16 (69,6)	92 (71,3)	15 (51,7)	
Diğer	2 (8,7)	5 (3,9)	2 (6,9)	

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Branşı cerrahi bilimler olan kadın doktorların %89,7'si (n=26), dahili bilimler olanların %68,3'ü (n=98) ve temel bilimler olanların %88,9'u (n=32) düzenli olarak KKMM yaptığını ifade etti. Kadın doktorların branşları arasında düzenli olarak KKMM

yapma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,005$). Branşı dahili bilimler olan kadın doktorlar içinde KKMM yapanların yüzdesi cerrahi ve temel tıp bilimlerinden anlamlı olarak düşüktü. Ayrıca branşı cerrahi bilimler olan kadın doktorların %13,8'i ($n=4$) ailesinde meme kanseri öyküsü olanların, %86,2'si ($n=25$) 40 yaşın üzerinde olanların, %0'ı 18 yaşın üzerinde olanların mamografi çekirtmesi gerektiğini, %6,9'u ($n=2$) mamografi çekilmesi gereken sıklığın 6 ya da bir olduğunu, %89,7'si ($n=26$) yılda bir olduğunu, %3,4'ü ($n=1$) 2 yılda bir ya da şikayeti olduğunda çekirtmesi gerektiğini düşünürken, yukarıda belirtilen sıklıklar branşı dahili bilimler olan kadın doktorlarda sırasıyla; %6,2 ($n=9$), %93,1 ($n=135$), %0,7 ($n=1$), %6,2 ($n=9$), %76,6 ($n=111$), %17,3 ($n=25$) ve branşı temel bilimler olan kadın doktorlarda sırasıyla; %13,9 ($n=5$), %77,8 ($n=28$), %8,3 ($n=3$), %27,8 ($n=10$), %47,2 ($n=17$) ve %25,0 ($n=9$)'du. Kadın doktorların branşları arasında mamografi çekirtmesi gereken kişiler ve çekirtilmesi gereken sıklık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0,010$, $p<0,001$). Branşı temel tıp bilimleri olan kadın doktor için mamografi çekirtmesi gereken kişilerin ailesinde meme kanseri öyküsü olanlar ve 18 yaşın üzerinde olanlar olduğunu düşünenlerin yüzdesi cerrahi ve dahili bilimlerden anlamlı olarak yüksekken 40 yaşın üzerinde olanlar olduğunu düşünenlerin yüzdesi anlamlı olarak düşüktü. Ayrıca mamografi yılda bir kez mamografi çekirtilmesi gerektiğini düşünenlerin yüzdesi anlamlı olarak düşüktü (Tablo 11).

Diğer taraftan kadın doktorların branşları arasında düzenli olarak KKMM yapanların yapma sıklığı, düzenli olarak KKMM yapmayanların yapmama nedeni, daha önce mamografi çekirtme durumu, daha önce mamografi çekirtenlerin en son çekirttikleri zaman ve çekirtmeyenlerin çekirtmeme nedeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Ailede Meme Kanseri Öyküsüne Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

	Ailede Meme Kanseri Öyküsü		p	
	Var (n=41)	Yok (n=169)		
	Sayı (%*)	Sayı (%*)		
Katılımcılara Göre Dünyada Meme Kanserinin Prevalansı				
100 kadından 8'i	21 (51,2)	95 (56,2)	0,688	
Diğer	20 (48,8)	74 (43,8)		
Katılımcılara Göre Meme Kanseri İçin Risk Faktörleri				
Yaş	20 (48,8)	96 (56,8)	0,354	
Erken menopoz	20 (48,8)	69 (40,8)	0,355	
Aile öyküsü	40 (97,6)	157 (92,9)	0,471	
İlk gebelik yaşı	23 (56,1)	88 (52,1)	0,773	
Menopoz sonrası kilo alımı	7 (17,1)	32 (18,9)	0,959	
Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumu				
Önlenebilir değildir	3 (7,3)	16 (9,5)	0,998	
Önlenebilir	38 (92,7)	153 (90,5)		
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Etkili Yöntemler				
KKMM	34 (82,9)	155 (91,7)	0,141	
Mamografi	29 (70,7)	124 (73,4)	0,884	
MRG	8 (19,5)	26 (15,4)	0,684	
USG	26 (63,4)	90 (53,3)	0,318	
Rutin doktor muayenesi	27 (65,9)	106 (62,7)	0,847	
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılması Gereken Yöntemler				
≤20 yaş	KKMM (n=205)	38 (97,4)	160 (96,4)	0,998
	Mamografi (n=205)	1 (2,6)	4 (2,4)	1,000
	USG (n=205)	16 (41,0)	58 (34,9)	0,598
	MRG (n=205)	3 (7,7)	12 (7,2)	0,999
21-30 yaş	KKMM (n=208)	36 (87,8)	155 (92,8)	0,338
	Mamografi (n=208)	5 (12,2)	13 (7,8)	0,360
	USG (n=208)	23 (56,1)	80 (47,9)	0,444
	MRG (n=208)	4 (9,8)	16 (9,6)	0,999
31-40 yaş	KKMM (n=209)	33 (80,5)	146 (86,9)	0,422
	Mamografi	11 (26,8)	56 (33,1)	0,555
	USG	31 (75,6)	96 (56,8)	0,042
	MRG	5 (12,2)	19 (11,2)	0,790
41-50 yaş	KKMM	30 (73,2)	132 (78,1)	0,640
	Mamografi	38 (92,7)	159 (94,1)	0,721
	USG	17 (41,5)	84 (49,7)	0,439
	MRG	4 (9,8)	26 (15,4)	0,500
≥51 yaş	KKMM (n=209)	31 (77,5)	130 (76,9)	0,938
	Mamografi (n=209)	39 (97,5)	161 (95,3)	0,998
	USG (n=209)	16 (40,0)	86 (50,9)	0,215
	MRG (n=208)	4 (10,0)	35 (20,8)	0,176

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; MRG: Manyetik rezonans görüntüleme; USG: Ultrasonografi

Katılımcılardan ailesinde meme kanseri öyküsü olanların %75,6'sı (n=31) 31-40 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG'nin etkili olduğunu düşünürken ailesinde meme kanseri öyküsü olmayanların %56,8'i (n=96) düşünüyordu. Ailede meme kanseri öyküsü olma durumuna göre 31-40 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG'nin etkili olduğunu düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p=0,042), diğer yaş grupları ve yöntemler açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Ailesinde meme kanseri olanlar içinde 31-40 yaş arası kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG'nin etkili olduğunu düşünenlerin yüzdesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 12).

Diğer taraftan ailede meme kanseri olma durumuna göre meme kanserinin dünyadaki prevalansını bilme durumu, meme kanseri için yaşın, erken menopozun, aile öyküsünün, ilk gebelik yaşının ve menopoz sonrası kilo alımının risk faktörü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin önlenilebilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin erken tanısında KKMM, USG, mamografi, MRG ve rutin doktor muayenesinin etkili yöntemler olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 13. Ailede Meme Kanseri Öyküsüne Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı

	Ailede Meme Kanseri Öyküsü		p
	Var (n=41)	Yok (n=169)	
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	
KKMM Yapma Durumu			
Yapıyor	31 (75,6)	126 (74,6)	0,889
Yapmıyor	10 (24,4)	43 (25,4)	
KKMM Yapanların Yapma Sıklığı (n=157)			
En az ayda bir kez	23 (74,2)	72 (57,1)	0,125
Ayda bir kezden daha seyrek	8 (25,8)	54 (42,9)	
KKMM Yapmayanların Yapmama Nedeni (n=53)			
Şikayeti olmadığı için	5 (50,0)	23 (53,5)	0,682
Ailesinde meme kanseri olmadığı için	1 (10,0)	8 (18,6)	
Diğer	4 (40,0)	12 (27,9)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çektirmesi Gereken Kişiler			
Aile öyküsü olanlar	5 (12,2)	13 (7,7)	0,413
40 yaş ve üzerinde olanlar	36 (87,8)	152 (89,9)	
18 yaş ve üzerinde olanlar	0	4 (2,4)	

Katılımcılara Göre Mamografi Çekilmesi Gereken Sıklık			
6 ayda bir	3 (7,3)	18 (10,7)	
Yılda bir	28 (68,3)	126 (74,6)	0,491
2 yılda bir	9 (22,0)	23 (13,6)	
Şikayeti olduğunda	1 (2,4)	2 (1,2)	
Mamografi Çektirme Durumu			
Çektirmiş	11 (26,8)	18 (10,7)	
Çektirmemiş	30 (73,2)	151 (89,3)	0,015
Mamografi Çektirenlerin En Son Çektirdikleri Zaman (n=29)			
≤12 ay önce	4 (36,4)	9 (50,0)	
>12 ay önce	7 (63,6)	9 (50,0)	0,702

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Ailesinde meme kanseri öyküsü olanların %26,8'i (n=11) daha önce mamografi çektirdiği ifade ederken olmayanların %10,7'si (n=18) çektirmişti. Ailede meme kanseri olma durumuna göre daha önce mamografi çektirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,015). Ailesinde meme kanseri olan kadın doktorlar içinde daha önce mamografi çektirenlerin yüzdesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 13).

Diğer taraftan ailede meme kanseri öyküsü olma durumları arasında, düzenli olarak KKMM yapma durumu, düzenli olarak KKMM yapanların yapma sıklığı, düzenli olarak KKMM yapmayanların yapmama nedeni, daha önce mamografi çektirenlerin en son çektirdikleri zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 14. Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumuna Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

	Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kanser Türü Olduğunu Düşünme Durumu		p	
	Düşünmüyor (n=19)	Düşünüyor (n=191)		
	Sayı (%*)	Sayı (%*)		
Katılımcılara Göre Dünyada Meme Kanserinin Prevalansı				
100 kadından 8'i	5 (26,3)	111 (58,1)	0,016	
Diğer	14 (73,7)	80 (41,9)		
Katılımcılara Göre Meme Kanseri İçin Risk Faktörleri				
Yaş	11 (57,9)	105 (55,0)	0,998	
Erken menopoz	8 (42,1)	81 (42,4)	0,980	
Aile öyküsü	17 (89,5)	180 (94,2)	0,333	
İlk gebelik yaşı	13 (68,4)	98 (51,3)	0,236	
Menopoz sonrası kilo alımı	3 (15,8)	36 (18,8)	0,986	
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Etkili Yöntemler				
KKMM	18 (94,7)	171 (89,5)	0,700	
Mamografi	13 (68,4)	140 (73,3)	0,853	
MRG	5 (26,3)	29 (15,2)	0,203	
USG	10 (52,6)	106 (55,5)	0,811	
Rutin doktor muayenesi	16 (84,2)	117 (61,3)	0,084	
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılması Gereken Yöntemler				
≤20 yaş	KKMM (n=205)	18 (94,7)	180 (96,8)	0,499
	Mamografi (n=205)	0	5 (2,7)	0,998
	USG (n=205)	9 (47,4)	65 (34,9)	0,410
	MRG (n=205)	1 (5,3)	14 (7,5)	0,998
21-30 yaş	KKMM (n=208)	17 (89,5)	174 (92,1)	0,658
	Mamografi (n=208)	1 (5,3)	17 (9,0)	0,999
	USG (n=208)	11 (57,9)	92 (48,7)	0,599
	MRG (n=208)	4 (21,1)	16 (8,5)	0,093
31-40 yaş	KKMM (n=209)	17 (89,5)	162 (85,3)	0,998
	Mamografi	6 (31,6)	61 (31,9)	0,975
	USG	16 (84,2)	111 (58,1)	0,049
	MRG	4 (21,1)	20 (10,5)	0,245
41-50 yaş	KKMM	15 (78,9)	147 (77,0)	0,998
	Mamografi	17 (89,5)	180 (94,2)	0,333
	USG	9 (47,4)	92 (48,2)	0,947
	MRG	3 (15,8)	27 (14,1)	0,739
≥51 yaş	KKMM (n=209)	13 (68,4)	148 (77,9)	0,391
	Mamografi (n=209)	19 (100)	181 (95,3)	0,998
	USG (n=209)	10 (52,6)	92 (48,4)	0,913
	MRG (n=208)	4 (22,2)	35 (18,4)	0,752

*Sütun yüzdesi

aYates Düzeltmeli Ki-Kare Testi; bFisher'in Kesin Testi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; MRG: Manyetik rezonans görüntüleme; USG: Ultrasonografi

Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünen kadın doktorların %58,1'i (n=111) meme kanserinin dünyadaki prevalansını bilirken düşünmeyenlerin %26,3'ü (n=5) biliyordu. Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumuna göre meme kanserinin dünyadaki prevalansını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,016). Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünenler içinde meme kanserinin dünyadaki prevalansını bilenlerin yüzdesi düşünmeyenlerden anlamlı olarak yüksekti (Tablo 14).

Katılımcılardan meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünenlerin %58,1'i (n=11) 31-40 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG'nin etkili olduğunu düşünürken meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünmeyenlerin %84,2'si (n=16) düşünüyordu. Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumuna göre 31-40 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG'nin etkili olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken (p=0,049), diğer yaş grupları ve yöntemler açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünenler içinde 31-40 yaş arasındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG'nin etkili olduğunu düşünenlerin yüzdesi önlenebilir olduğunu düşünmeyenlerden anlamlı olarak yüksekti (Tablo 14).

Diğer taraftan meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumu arasında, meme kanseri için yaşın, erken menopozun, aile öyküsünün, ilk gebelik yaşının ve menopoz sonrası kilo alımının risk faktörü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin erken tanısında KKMM, USG, mamografi, MRG ve rutin doktor muayenesinin etkili yöntemler olduğunu düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 14).

Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumuna göre KKMM yapma ve mamografi çekirme ile ilgili davranışlarının dağılımı tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumuna Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çekme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı

	Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumu		p
	Düşünmüyor(n=19)	Düşünüyor (n=191)	
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	
KKMM Yapma Durumu			
Yapıyor	15 (78,9)	142 (74,3)	0,787
Yapmıyor	4 (21,1)	49 (25,7)	
KKMM Yapanların Yapma Sıklığı (n=157)			
En az ayda bir kez	3 (20,0)	92 (64,8)	0,002
Ayda bir kezden daha seyrek	12 (80,0)	50 (35,2)	
KKMM Yapmayanların Yapmama Nedeni (n=53)			
Şikayeti olmadığı için	4 (100)	24 (49,0)	0,145
Ailesinde meme kanseri olmadığı için	0	9 (18,4)	
Diğer	0	16 (32,7)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çektirmesi Gereken Kişiler			
Aile öyküsü olanlar	2 (10,5)	16 (8,4)	0,782
40 yaş ve üzerinde olanlar	17 (89,5)	171 (89,5)	
18 yaş ve üzerinde olanlar	0	4 (2,1)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çekilmesi Gereken Sıklık			
6 ayda bir	2 (10,5)	19 (9,9)	0,571
Yılda bir	16 (84,2)	138 (72,3)	
2 yılda bir	1 (5,3)	31 (16,2)	
Şikayeti olduğunda	0	3 (1,6)	
Mamografi Çekme Durumu			
Çektirmiş	3 (15,8)	26 (13,6)	0,732
Çektirmemiş	16 (84,2)	165 (86,4)	
Mamografi Çektirenlerin En Son Çektirdikleri Zaman (n=29)			
≤12 ay önce	2 (66,7)	11 (42,3)	0,573
>12 ay önce	1 (33,3)	15 (57,7)	
Mamografi Çektirmeyenlerin Çektirmeme Nedeni (n=181)			
Şikayeti olmadığı için	4 (25,0)	30 (18,2)	0,599
Ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı için	0	15 (9,1)	
Yaşı mamografi çekmeye uygun olmadığı için	11 (68,8)	112 (67,9)	
Diğer	1 (6,3)	8 (4,8)	

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünen kadın doktorların %64,8'i (n=92) en az ayda bir kez KKMM yaparken düşünmeyenlerin %30,0'ı (n=3) yapıyordu. Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumuna göre KKMM yapma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,002). Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünenler içinde en az ayda bir kez KKMM yapanların yüzdesi düşünmeyenlerden anlamlı olarak yüksekti (Tablo 15).

Diğer taraftan meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünme durumları arasında, düzenli olarak KKMM yapma durumu, düzenli olarak KKMM yapmayanların yapmama nedeni, mamografi çektirmesi gereken kişiler, mamografi çektirilmesi gereken sıklık, daha önce mamografi çektirme durumu, daha önce mamografi çektirenlerin en son çektirdikleri zaman ve çektirmeyenlerin çektirmeme nedeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo 16. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

	KKMM Yapma Durumu		p	
	Yapıyor (n=157)	Yapmıyor (n=53)		
	Sayı (%*)	Sayı (%*)		
Katılımcılara Göre Dünyada Meme Kanserinin Prevalansı				
100 kadından 8'i	89 (56,7)	27 (50,9)	0,467	
Diğer	68 (43,3)	26 (49,1)		
Katılımcılara Göre Meme Kanseri İçin Risk Faktörleri				
Yaş	92 (58,6)	24 (45,3)	0,127	
Erken menopoz	72 (45,9)	17 (32,1)	0,111	
Aile öyküsü	149 (94,9)	48 (90,6)	0,321	
İlk gebelik yaşı	85 (54,1)	26 (49,1)	0,630	
Menopoz sonrası kilo alımı	30 (19,1)	9 (17,0)	0,889	
Meme Kanserinin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumu				
Önlenebilir değildir	15 (9,6)	4 (7,5)	0,787	
Önlenebilir	142 (90,4)	49 (92,5)		
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Etkili Yöntemler				
KKMM	145 (92,4)	44 (83,0)	0,090	
Mamografi	114 (72,6)	39 (73,6)	0,890	
MRG	26 (16,6)	8 (15,1)	0,972	
USG	96 (61,1)	20 (37,7)	0,005	
Rutin doktor muayenesi	107 (68,2)	26 (49,1)	0,020	
Katılımcılara Göre Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılması Gereken Yöntemler				
≤20 yaş	KKMM (n=205)	150 (98,0)	48 (92,3)	0,071
	Mamografi (n=205)	3 (2,0)	2 (3,8)	0,603
	USG (n=205)	55 (35,9)	19 (36,5)	0,939
	MRG (n=205)	8 (5,2)	7 (13,5)	0,064
21-30 yaş	KKMM (n=208)	145 (92,9)	46 (88,5)	0,379
	Mamografi (n=208)	11 (7,1)	7 (13,5)	0,162
	USG (n=208)	79 (50,6)	24 (46,2)	0,689
	MRG (n=208)	12 (7,7)	8 (15,4)	0,174
31-40 yaş	KKMM (n=209)	133 (84,7)	46 (88,5)	0,660
	Mamografi	50 (31,8)	17 (32,1)	0,975
	USG	99 (63,1)	28 (52,8)	0,248
	MRG	15 (9,6)	9 (17,0)	0,223
41-50 yaş	KKMM	122 (77,7)	40 (75,5)	0,884
	Mamografi	147 (93,6)	50 (94,3)	0,998
	USG	79 (50,3)	22 (41,5)	0,342
	MRG	21 (13,4)	9 (17,0)	0,673
≥51 yaş	KKMM (n=209)	122 (77,7)	39 (75,0)	0,832
	Mamografi (n=209)	151 (96,2)	49 (94,2)	0,693
	USG (n=209)	80 (51,0)	22 (42,3)	0,357
	MRG (n=208)	26 (16,7)	13 (25,0)	0,259

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; MRG: Manyetik rezonans görüntüleme; USG: Ultrasonografi

Düzenli olarak KKMM yapan kadın doktorların %61,1'i (n=96) USG'nin, %68,2'si (n=107) ise rutin doktor muayenesinin meme kanserinin erken tanısında etkili yöntemler olduğunu düşünürken düzenli olarak KKMM yapmayan kadın doktorlarda bu sıklıklar sırasıyla %37,7 (n=20) ve %49,1 (n=26)'ydı. KKMM yapma durumuna göre meme kanserinin erken tanısında USG ve rutin doktor muayenesinin etkili yöntemler olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,020$). KKMM yapan kadın doktorlar içinde USG'nin ve rutin doktor muayenesinin meme kanserinin erken tanısında etkili yöntemler olduğunu düşünenlerin yüzdesi düzenli olarak KKMM yapmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 16).

Diğer taraftan düzenli olarak KKMM yapma durumu arasında, meme kanserinin prevalansını bilme durumu, meme kanseri için yaşın, erken menopozun, aile öyküsünün, ilk gebelik yaşının ve menopoz sonrası kilo alımının risk faktörü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin erken tanısında KKMM, mamografi ve MRG'nin etkili yöntemler olduğunu düşünme durumu ve çeşitli yaş gruplarında meme kanserinin erken tanısında etkili olan yöntemler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumuna Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı

	KKMM Yapma Durumu		p
	Yapıyor (n=157)	Yapmıyor (n=53)	
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çektirmesi Gereken Kişiler			
Aile öyküsü olanlar	10 (6,4)	8 (15,1)	0,146
40 yaş ve üzerinde olanlar	144 (91,7)	44 (83,0)	
18 yaş ve üzerinde olanlar	3 (1,9)	1 (1,9)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çekilmesi Gereken Sıklık			
6 ayda bir	14 (8,9)	7 (13,2)	0,249
Yılda bir	119 (75,8)	35 (66,0)	
2 yılda bir	23 (14,6)	9 (17,0)	
Şikayeti olduğunda	1 (0,6)	2 (3,8)	
Mamografi Çektirme Durumu			
Çektirmiş	25 (15,9)	4 (7,5)	0,194
Çektirmemiş	132 (84,1)	49 (92,5)	
Mamografi Çektirenlerin En Son Çektirdikleri Zaman (n=29)			
≤12 ay önce	13 (52,0)	0	0,107
>12 ay önce	12 (48,0)	4 (100)	
Mamografi Çektirmeyenlerin Çektirmeme Nedeni (n=181)			
Şikayeti olmadığı için	20 (15,1)	14 (28,6)	0,225
Ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı için	12 (9,1)	3 (6,1)	
Yaşı mamografi çektirmeye uygun olmadığı için	93 (70,5)	30 (61,2)	
Diğer	7 (5,3)	2 (4,1)	

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Düzenli olarak KKMM yapan ve yapmayan kadın doktorlar arasında mamografi çektirmesi gereken kişiler, mamografi çektirilmesi gereken sıklık, daha önce mamografi çektirme durumu, daha önce mamografi çektirenlerin en son çektirdikleri zaman ve çektirmeyenlerin çektirmeme nedeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Mamografi Çektirme Durumuna Göre Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

	Mamografi Çektirme Durumu		p	
	Çektirmiş (n=29)	Çektirmemiş (n=181)		
	Sayı (%*)	Sayı (%*)		
Katılımcılara Göre Dünyada Meme Kanserin Prevalansı				
100 kadından 8'i	14 (48,3)	102 (56,4)	0,541	
Diğer	15 (51,7)	79 (43,6)		
Katılımcılara Göre Meme Kanseri İçin Risk Faktörleri				
Yaş	18 (62,1)	98 (54,1)	0,551	
Erken menopoz	12 (41,4)	77 (42,5)	0,996	
Aile öyküsü	29 (100)	168 (92,8)	0,222	
İlk gebelik yaşı	16 (55,2)	95 (52,5)	0,945	
Menopoz sonrası kilo alımı	6 (20,7)	33 (18,2)	0,953	
Meme Kanserin Önlenebilir Bir Kansere Türü Olduğunu Düşünme Durumu				
Önlenebilir değildir	3 (10,3)	16 (8,8)	0,732b	
Önlenebilir	26 (89,7)	165 (91,2)		
Katılımcılara Göre Meme Kanserin Erken Tanısında Etkili Yöntemler				
KKMM	26 (89,7)	163 (90,1)	0,998	
Mamografi	23 (79,3)	130 (71,8)	0,537	
MRG	6 (20,7)	28 (15,5)	0,430	
USG	19 (65,5)	97 (53,6)	0,318	
Rutin doktor muayenesi	19 (65,5)	114 (63,0)	0,956	
Katılımcılara Göre Meme Kanserin Erken Tanısında Kullanılması Gereken Yöntemler				
≤20 yaş	KKMM (n=205)	24 (88,9)	174 (97,8)	0,049
	Mamografi (n=205)	0	5 (2,8)	0,999
	USG (n=205)	9 (33,3)	65 (36,5)	0,0916
	MRG (n=205)	2 (7,4)	13 (7,3)	1,000
21-30 yaş	KKMM (n=208)	25 (86,2)	166 (92,7)	0,267
	Mamografi (n=208)	1 (3,4)	17 (9,5)	0,478
	USG (n=208)	11 (37,9)	92 (51,4)	0,252
	MRG (n=208)	2 (6,9)	18 (10,1)	0,998
31-40 yaş	KKMM (n=209)	24 (82,8)	155 (86,1)	0,578
	Mamografi	6 (20,7)	61 (33,7)	0,238
	USG	21 (72,4)	106 (58,6)	0,226
	MRG	3 (10,3)	21 (11,6)	0,999
41-50 yaş	KKMM	22 (75,9)	140 (77,3)	0,860
	Mamografi	27 (93,1)	170 (93,9)	0,696
	USG	25 (86,2)	76 (42,0)	<0,001
	MRG	5 (17,2)	25 (13,8)	0,576
≥51 yaş	KKMM (n=209)	22 (75,9)	139 (77,2)	0,872
	Mamografi (n=209)	28 (96,6)	172 (95,6)	1,000
	USG (n=209)	25 (86,2)	77 (42,8)	<0,001
	MRG (n=208)	6 (20,7)	33 (18,4)	0,974

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; MRG: Manyetik rezonans görüntüleme; USG: Ultrasonografi

Daha önce mamografi çektiren kadın doktorların %88,9'u (n=24) 20 yaş ve altındaki kadınlar için KKMM'nin, 86,2'si (n=25) 41-50 yaş arasındaki kadınlar için ve yine %86,2'sinin (n=25) 51 yaş ve üzerindeki kadınlar için USG'nin meme kanserinin erken tanısında etkili olduğunu düşündüğünü belirtirken bu sıklıklar daha önce mamografi çektirmeyen kadınlarda sırasıyla %97,8 (n=174), %42,0 (n=76) ve %42,8 (n=77)'ydi. Mamografi çektirme durumuna göre 20 yaş ve altındaki kadınlar için KKMM'nin 41-50 yaş arasındaki kadınlar ile 51 yaş ve üzerindeki kadınlar için ise USG'nin meme kanserinin erken tanısında etkili yöntemler olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (sırasıyla $p=0,049$, $p<0,001$, $p<0,001$), diğer yaş grupları ve yöntemler arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Daha önce mamografi çektiren kadın doktorlar içinde, 41-50 yaş arasındaki kadınlar ile 51 yaş ve üzerindeki kadınlar için meme kanserinin erken tanısında USG'nin etkili olduğunu düşünenlerin yüzdesi çektirmeyenlerden anlamlı olarak yüksekken 20 yaş ve altındaki kadınlar için KKMM'nin etkili olduğunu düşünenlerin yüzdesi anlamlı olarak düşüktü (Tablo 18).

Diğer taraftan daha önce mamografi çektirme durumu arasında, meme kanserinin prevalansını bilme durumu, meme kanseri için yaşın, erken menopozun, aile öyküsünün, ilk gebelik yaşının ve menopoz sonrası kilo alımının risk faktörü olduğunu düşünme durumu, meme kanserinin erken tanısında KKMM, mamografi, USG, MRG ve rutin doktor muayenesinin etkili yöntemler olduğunu düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Mamografi Çektirme Durumuna Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme İle İlgili Davranışlarının Dağılımı

	Mamografi Çektirme Durumu		p
	Çektirmiş (n=29)	Çektirmemiş (n=181)	
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	
KKMM Yapma Durumu			
Yapıyor	25 (86,2)	132 (72,9)	0,194
Yapmıyor	4 (13,8)	49 (27,1)	
KKMM Yapanların Yapma Sıklığı (n=157)			
En az ayda bir kez	20 (80,0)	75 (56,8)	0,030
Ayda bir kezden daha seyrek	5 (20,0)	57 (43,2)	
KKMM Yapmayanların Yapmama Nedeni (n=53)			
Şikayeti olmadığı için	1 (25,0)	27 (55,1)	0,120
Ailesinde meme kanseri olmadığı için	0	9 (18,4)	
Diğer	3 (75,0)	13 (26,5)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çektirmesi Gereken Kişiler			
Aile öyküsü olanlar	1 (3,4)	17 (9,3)	0,473
40 yaş ve üzerinde olanlar	27 (93,1)	161 (89,0)	
18 yaş ve üzerinde olanlar	1 (3,4)	3 (1,7)	
Katılımcılara Göre Mamografi Çekilmesi Gereken Sıklık			
6 ayda bir	3 (10,3)	18 (9,9)	0,758
Yılda bir	23 (79,3)	131 (72,4)	
2 yılda bir	3 (10,3)	29 (16,0)	
Şikayeti olduğunda	0	3 (1,7)	

*Sütun yüzdesi

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Daha önce mamografi çektirenlerin %80,0'ı (n=20) en az ayda bir kez KKMM yaptığını ifade ederken daha önce mamografi çektirmeyenlerin %56,8'i (n=75) yaptığını ifade etti. Daha önce mamografi çektirme durumuna göre KKMM yapma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,030). Daha önce mamografi

çektirenler içinde ez az ayda bir kez KKMM yapanların yüzdesi daha önce mamografi çektirmeyenlerden anlamlı olarak yüksekti (Tablo 19).

Diğer taraftan daha önce mamografi çektirme durumları arasında, düzenli olarak KKMM yapma durumu, düzenli olarak KKMM yapmayanların yapmama nedeni, mamografi çektirmesi gereken kişiler ve mamografi çektirilmesi gereken sıklık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Yaş Gruplarına Göre Ailesinde Meme Kanseri Olan ve Olmayanlar Arasında Mamografi Çektirme Durumunun Dağılımı

		Ailede Meme Kanseri Öyküsü		p
		Var (n=41)	Yok (n=169)	
		Sayı (%*)	Sayı (%*)	
Mamografi Çektirme				
<40 yaş (n=170)	Durumu			0,313 ^a
	Çektirmiş	1 (3,4)	1 (0,7)	
	Çektirmemiş	28 (96,6)	140 (99,3)	
Mamografi Çektirme				
≥40 yaş (n=40)	Durumu			0,271 ^a
	Çektirmiş	10 (83,3)	17 (60,7)	
	Çektirmemiş	2 (16,7)	11 (39,3)	

*Sütun yüzdesi; aFisher'in kesin testi

Araştırmaya dahil edilen 40 yaşın altındaki kadın doktorlardan ailesinde meme kanseri öyküsü olanların %3,4'ü (n=1) daha önce mamografi çektirdiğini ifade ederken ailesinde meme kanseri öyküsü olmayanların %0,7'si (n=1) çektirdiğini belirtti. Kırk yaş ve üzerinde olan kadın doktorlardan ise ailesinde meme kanseri öyküsü olanların %83,3'ü (n=10) daha önce mamografi çektirdiğini belirtirken ailesinde meme kanseri öyküsü olmayanların %60,7'si (n=17) çektirdiğini ifade etti. Hem 40 yaşın altındaki hem de 40 yaş ve üzerindeki kadın doktorların ailesinde meme kanseri öyküsü durumuna göre mamografi çektirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,313$, $p=0,271$) (Tablo 20).

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Meme kanseri konusunda kişilerin bilgi düzeyinin, farkındalığının artırılması; bu sayede davranış şekillerinin geliştirilmesi amaçlı stratejiler geliştirilmektedir. Sağlık çalışanları, bu stratejilerin önemli bir parçası olmaktadır. Bu çalışmada, meme kanseri erken teşhisi ve meme kanseri farkındalığının artırılmasında önemli bir yere sahip olan kadın doktorların bilgi, tutum,davranış ve farkındalığının ne düzeyde olduğu belirlenmesi amaçlanmıştır.

Meme kanseri için çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Çalışmaya katılan kadın doktorlara risk faktörleri sorulduğunda; aile öyküsü %93,8 oranı ile ilk sırada yer almakta idi. Menopoz sonrası kilo alımı %18,6 oranı en düşük orana sahipti. Lahmann ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada menopoz sonrası kilo alımının meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır (Lahmann, Hoffmann ve ark. 2004, Han, Stevens ve ark. 2014). Katılımcıların %42,4' ü erken yaşta menopoza girmenin meme kanseri için bir risk faktörü olduğu olduğunu belirtti oysa ki Colditz ve arkadaşların 2000 yılında yaptıkları çalışmada; menopoz yaşının ilerlemesi ile meme kanseri riskinin kümülatif olarak arttığı tespit edilmiştir (Colditz,Rosner 2000). Meme kanserinin önemli risk faktörlerinden olan yaş, katılımcıların %55,2' si tarafından risk faktörü olarak kabul edildi. Bu çalışmada kadın doktorların meme kanseri için aile öyküsü dışındaki risk faktörleri hakkındaki bilgi durumları yüksek fakat beklenene göre düşük olduğu saptandı. Branşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Temel tıp eğitimi almış kadın doktorlarda meme kanseri hakkındaki bilgilerinin güncellenmesi ve geliştirilmesi açısından çalışmaların yapılması gerektiği görüldü.

Günümüzde meme kanserinde uygulanan tedavi stratejilerinin gelişmesi ile birlikte erken tanıda mortalite ve morbidite insidansında azalma sağlanmaktadır. Bu sebeple meme kanserinin erken evrede saptanması önem kazanmaktadır. Mamografi, tarama yöntemleri arasında en önemli yere sahiptir. Literatüre baktığımızda; Tabar ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı retrospektif çalışmada; 40-69 yaş arası mamografi taraması yapılan kadınlarda meme kanseri ilişkili ölümleri mamografi taraması yapılmayan kadınlara göre %44 oranında azaldığı tespit edilmiştir (Tabar, Yen ve ark. 2003). Bu çalışmadaki 40 yaş üstü kadın doktorların %82' si, 41-50 yaş ve 50 yaş ve üstü kadınlarda meme kanseri taraması için mamografi taraması yapılması gerektiğini

düşündüğünü belirtti. 40 yaş üstü kadın doktorların mamografi çekirme oranlarına bakıldığında bu oran beklenenin altında %67,5 idi. Mamografi çekirmeyenler, ailesinde meme kanseri öyküsü ve şikayeti olmadığı için mamografi çekmediğini belirtti. Aile öyküsü ve meme ilgili semptomların mamografi ile taramaya dahil olmak için uyarıcı olduğu görülmektedir. Meme kanseri taramasında ve erken teşhisinde tek başına en etkili yöntem mamografidir. Çalışmaya katılan kadın doktorların tümü değerlendirildiğinde; meme kanseri tarama ve erken teşhisinde mamografinin etkili olduğu düşünenlerin oranı %72,9' dur. Benzer tıp eğitimi almış katılımcıların 3. basamak sağlık kuruluşunda görev aldığı göz önüne alındığında; koruyucu sağlık hizmetleri konusunda bilgi durumlarının yeterli fakat zaman içinde geliştirilmesi için düzenli olarak eğitimlerin verilmesi gerektiği görülmektedir.

Ailesinde meme kanseri ile ilişkili olan gen mutasyonları saptanan bireylerde, tarama yöntemlerinin daha etkili bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Yüksek riskli bireylerde mamografinin yanı sıra özellikle klinik olarak gerek görüldüğü takdirde USG ve MR ile de taranması önerilmektedir. Warner ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada; MR sensitivitesi en yüksek olan tarama yöntemi olmakla birlikte maliyet oranı en yüksek yöntem olduğu tespit edilmiştir. (Warner, Plewes ve ark. 2004). Amerikan Kanser Derneği ve NCCN ' Clinical Practice Guidelines 2015' verilerine göre; yüksek riskli gruplarda klinik olarak gerek görüldüğünde MR ile görüntüleme yapılması önerilmektedir. Bu çalışmaya bakıldığında MR ile görüntüleme yapılmasını düşünenlerinin oranın düşük olduğu görüldü. Çalışmamıza tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde görev yapmakta olan doktorların dahil edilmediği göz önüne alınırsa; farklı branşlardaki doktorların yeni yapılmakta olan ve geliştirilen stratejiler konusunda bilgilendirilmesi gerektiği görülmektedir.

Bu çalışmada katılımcılar %90 oranla meme kanseri erken teşhisinde KKKM yapılmasının etkili olduğunu belirtti. Memedeki kitlelerin %80'i benign ya da malign olsun KKKM ile tespit edilmektedir. 20 yaşından itibaren ayda bir KKKM yapılması farkındalığı artırmaktadır. Katılımcılar, yaş aralıklarına göre meme kanseri taramasında 40 yaşın altındaki kadınlarda KKKM yapılmasını düşünmekte idi; bu oranlar 21-30 yaş aralığında %91,8, 31-40 yaş aralığında %8,6 idi. Cerrahi, dahili ve temel tıp bilimlerindeki görev yapmakta olan kadın doktorlar karşılaştırıldığında; dahili ve

cerrahi bilimlerdeki kadın doktorların KKMM' nin etkili olduğu konusundaki bilgileri benzer iken temel tıp bilimlerinde görev yapmakta olan kadın doktorların bilgi düzeyleri istatistiksel olarak düşük saptandı. Temel tıp bilimlerinde görev yapan doktorların dahili bilimlerdeki doktora göre daha yüksek sıklıkta KKMM yaptığı göz önünde bulundurulursa; bilgi düzeyinin KKMM yapılmasında kadın doktorların davranışlarına yansımada etkili olmadığı görüldü. 40 yaş altındaki katılımcılara bakıldığında KKMM Yapma oranı %71,2 idi. Baines ve arkadaşlarının 2000 yılında yapılan çalışmasında meme kanserinin KKMM yapanlarda yapmayanlara göre daha erken evrede tespit edildiği saptanmıştır (Baines 2000). Katılımcılar arasında KKMM yapma oranı %74,8 idi. Dahili bilimlerde görev yapmakta olan kadın doktorların KKMM yapma oranı %68,3 olup; cerrahi ve temel tıp bilimlerinde görev yapmakta olan doktora göre KKMM yapma oranı anlamlı olarak düşük saptandı. KKMM yapmayanların %52,8 'nin yapmama sebebi şikayeti olmadığı , %17 'sinin ailesinde meme kanseri olmadığı içindi. Meme ile ilgili semptom ve şikayetlerinin olmamasının bilgi ve eğitim düzeyi yüksek olsa da KKMM yapılmasında etkili olduğu görülmektedir. Aktan ve arkadaşlarının 2001 yılında hemşireler arasında yaptığı bir çalışmada KKMM oranı % 87 oranında tespit edildi (Aktan, Topuzoğlu ve ark. 2001). Altuncan ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı bir çalışmada sağlık eğitimi almayan kadınlarda KKMM yapma oranı %13,8 olarak saptanmıştır (Altuncan, Akın ve ark. 2008). Bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde sağlık eğitiminin ve öğrenim düzeyinin KKMM yapılmasında ve meme kanseri farkındalığının yüksek olmasında etkili olduğu görülmektedir. Ailesinde meme kanseri olanların oranı %19,5 idi. Ailesinde meme kanseri olan ve olmayan doktorlar arasında KKMM yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Aile öyküsünün kadın doktorların KKMM yapmalarında etkili olmadığı görülmektedir. 40 yaş ve üstündeki kadın doktorlar ile 40 yaş altındaki kadın doktorlar arasında KKMM yapma oranında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmakla birlikte; KKMM yapmama sebepleri benzerdi. KKMM yapanlarda ayda bir muayene yapma sıklığı %47,1 idi. Bu oran 40 yaş üstü kadın doktorlarda % 69' du. 40 yaş üstünde meme kanseri insidansının artması göz önünde bulundurulduğunda; bilgi seviyesi benzer düzeyde de olsa yaş faktörünün kadın doktorlarda meme kanseri farkındalığını artırdığı görülmektedir.

Daha önce de belirtildiği üzere katılımcıların %19,5' inin ailesinde meme kanseri öyküsü mevcuttu. Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olduğu göz önüne alındığında; meme kanseri görülme sıklığı bizim çalışmamızda benzer özellikteydi. Birinci derece yakınlarında meme kanseri olanların oranı %41,5 iken, 2. derece yakınlarında meme kanseri olanların oranı % 51,2 idi. Ailesinde meme kanseri teşhis edilenlerin %56'sı KKMM ile teşhis edilmişti. Memedeki kitlelerin malignite özelliklerine bakılmaksızın % 80' i KKMM ile tespit edildiğinden bu oran da anlamlı olarak değerlendirilebilmektedir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadın doktorların %74,2 'si ayda bir kez KKMM yaparken, bu oran aile öyküsü olmayan doktorlarda %57,1'di. Aile öyküsü olan ve olmayan kadın doktorların meme kanseri erken teşhisinde KKMM etkili olduğu düşünceleri yüksek olmakla birlikte her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Klinik meme muayenesi hekim, hemşire veya ebeler tarafından uygulanan maliyet gerektirmeyen bir yöntemdir. NCCN ' Clinical Practice Guidelines 2015' önerisi; 25-40 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir rutin periyodik kontrollerde ve 40 yaş sonrası yılda bir mamografi ile birlikte KMM yapılmasıdır. Amerikan Kanser Derneği (ACS) önerileri de benzer özelliktedir. Bunun yanı sıra Amerikan Kanser Derneği, riskli bireylerde 6 ayda bir KMM yapılmasını önermektedir. Bu çalışmadaki katılımcıların % 63,3'ü KMM yapılmasının meme kanseri erken teşhisinde etkili olduğunu düşünmektedirler. Aynı katılımcıların %72,9' unun mamografi taramasının etkili olduğuna yönelik düşünceleri göz önüne alındığında oranlar birbirine yakın görülmektedir. Yine de mamografi ve KMM' nin eş zamanlı olarak yapılmasının daha etkili olduğu ve kanser derneklerinin bu yönde önerileri değerlendirildiğinde bu oranların daha yakın ve yüksek olması gerekmektedir. Bu oran branşlar arasında değerlendirildiğinde cerrahi ve dahili branşlardaki hekimlerin KMM yapılmasına yönelik düşünceleri benzer ve temel tıp bilimlerindeki kadın doktorlara göre yüksektir. Klinik branşlarda görev yapmanın fizik muayenenin, tarama ve teşhiste önemli bir yeri olduğuna dair düşüncelere etki ettiği görülmektedir. Meme kanseri taramalarının çoğunlukla birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmasından dolayı; 3. basamakta çalışan kadın doktorların KMM yapılması konusundaki görüşlerinin beklenen değer in altında olmasına etki ettiği görülmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan

doktorlar arasında bu konuda yapılmış bir çalışma olmadığından, kesin bir değerlendirme yapmak mümkün olmamıştır.

Meme kanserine bağlı mortalite ve morbidite oranları erken teşhis ve tedavide azalmaktadır. Bu çalışmadaki kadın doktorların %91'i meme kanserinin önlenebilir, erken teşhis ve tedavi ile mortalite ve morbidite oranlarının düşürülebilir olduğunu düşünmektedir. Meme kanseri gelişmesinde etkili olan gen mutasyonu taşıyan bireylerde; profilaktik mastektomi, medikal veya cerrahi ooforektomi, endokrin tedavi gibi tedavi yöntemleri uygulanabilmekte iken, bu tedavilerin kısıtlılıkları, maliyet-yarar oranları, kişiler üzerinde doğuracağı olumsuz etkiler ile ilgili yeterli çalışmalar bulunmamaktadır. Sistemik tarama yöntemleri, meme kanserini henüz asemptomatik safhada, erken evrede teşhis edip mortalite ve morbidite oranlarını düşürmeyi hedeflemektedir. Bu amaç doğrultusunda multidisipliner bir yaklaşım geliştirmek gerekmektedir. İyi eğitilmiş, güncel bilgiye sahip, klinik muayene ve görüntüleme yöntemlerinin yorumlanmasında deneyimli sağlık personellerinin bu çalışmalarda yer alması başarı oranlarını artıracaktır. Bu çalışmadaki kadın doktorların branşlarına, ünvanlarına, yaşlarına göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; yüksek oranlarla meme kanseri mortalite ve morbiditesinin erken teşhiste önlenilebileceğini düşündükleri değerlendirildiğinde; doktorların bu konuda farkındalıklarının yüksek olduğu, güncel yönlendirilmeler ve eğitimler ile erken teşhis ve tarama programlarında etkili bir role sahip olacakları görüldü.

Mamografi taraması meme kanseri erken teşhis ve taramasında en etkili yöntemdir. Yüksek riskli gruplar dışında mamografi taraması 40 yaşından önce önerilmemektedir. Amerikan Kanser Derneği (2015) önerisi; 45 yaşında taramaya başlanması, 45-54 yaş arasında iki yılda bir, 50 yaşından sonra yılda bir tarama yapılması ve kişinin sağlığı ve performans durumu iyi olduğu sürece 70 yaşından sonra da taramaya devam edilmesine yöneliktir. National Comprehensive Cancer Network (NCCN 2015) önerisi; 40 yaşında taramaya başlanması, yılda bir tarama yapılması ve 70 yaşından sonra da taramaya devam edilmesine yöneliktir. Türkiye' de meme kanseri erken teşhis ve tarama programı 40-69 yaş arası kadınların mamografi ile taranmasını hedeflemektedir. Bu çalışmadaki kadın doktorların %89,5' i 40 yaşından sonra mamografi taraması yapılması gerektiğinin düşündüğünü belirtmektedir. Uluslararası

kanser dernekleri ve Türkiye'deki tarama programı ile çalışmadaki katılımcıların düşünceleri benzer olduğu görülmüş ve kadın doktorların bilgi düzeyinin bu konuda yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadaki 40 yaş üstü kadın doktorların mamografi çekirtme oranı %67,5 olarak tespit edildi. Kadivar ve arkadaşlarının 2012 yılında İran'da yapılan çalışmasında; 40 yaş üstü 70 kadın doktorun mamografi çekirtme oran % 18,7 idi, bu oranın tıp eğitimi almış kadın doktorlarda oldukça düşük olduğu saptandı. (Kadivar, Joolae ve ark. 2012). Meme kanseri tarama programı olmayan İran ile karşılaştırıldığında; belirlenmiş bir tarama programı olmasının mamografi taraması yapılmasında etkili olduğu görülmektedir. Literatürde batı toplumlarında bizim çalışmamız dışında kadın doktorların yer aldığı bir çalışma olmadığından; sosyolojik ve kültür düzeyinin etkisi karşılaştırılmamakla beraber eğitim düzeyi dışında başka faktörlerin de etkili olduğu görülmektedir. Yine de daha önce de belirttiğimiz gibi ülkemiz gibi bir toplumdaki 40 yaş üstü kadın doktorların mamografi yaptırma oranı düşüktür. Mamografi çekirtmeyen grup incelediğinde; %38,5' i şikayeti olmadığı için, %30,8' i ailesinde meme kanseri olmadığı için mamografi çekirtmediğini belirtmiştir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 40 yaş üstü kadın doktorların %83,3' ü mamografi çekirtmiş iken, ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan kadın doktorların mamografi çekirtme oranı %60,7 olduğu göz önüne alınırsa tıp eğitimi dışında başka faktörlerin de farkındalık oluşturmada etkili olduğu görülmektedir. Cerrahi ve dahili birimlerde görev yapmakta olan kadın doktorların 40 yaş üstü bireylerin mamografi çekirtmesi yönündeki düşünceleri benzer iken, temel tıp bilimlerindeki görev yapmakta olan kadın doktorlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Klinik bilimlerde çalışıyor olmanın bu konuda etkili olduğu görülmektedir.

Bu çalışmadaki katılımcıların %73,3 'ü mamografi taramasının yılda bir yapılması gerektiğini düşünürken, %15,2' si iki yılda bir yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bu oranlar uluslararası kanser dernekleri önerileri ile benzemekte iken, Türkiye'deki tarama programı ile benzemediği görülmektedir. Bir tarama programı oluşturulurken bilimsel verilerin yanı sıra sosyo-ekonomik şartlar, ekip ve ekipman kapasitesi de dikkate alınması gerektiği düşünülürse; mevcut şartların eğitim ve bilgi düzeyi ile sentez edilmesi gerektiği görülmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada kadın doktorların meme kanseri hakkında bilgi ve farkındalığı yüksek, bu durumun tutum ve davranışlara yansımalarının da yüksek olduğu saptanmıştır. Yine de hizmet içi, bilimsel ve kanıta dayalı eğitimlerle bilgilerin düzenli olarak güncellenmesi gerekmektedir. Eğitim ve bilgi düzeyinin yanı sıra aile öyküsü, meme ile ilgili semptom ve şikayetlerin olması gibi faktörlerin de farkındalık oluşturulması açısından önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamız, sadece kadın doktorlar arasında yapılan ilk çalışmadır. Çalışmamızın verilerinin daha kapsamlı değerlendirilebilmesi için; daha geniş, çok merkezli, ulusal ve uluslararası çalışmalara ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

Ahlgren, M., M. Melbye ve ark. (2004). "Growth patterns and the risk of breast cancer in women." New England Journal of Medicine **351**(16): 1619-1626.

Albert, U.-S., H. Altland ve ark. (2009). "2008 update of the guideline: early detection of breast cancer in Germany." Journal of cancer research and clinical oncology **135**(3): 339-354.

Aydiner, A. (2007). Akciğer kanseri: tanı-tedavi-takip, Nobel Tıp Kitabevleri.

Aydiner, A. (2007). Akciğer kanseri: tanı-tedavi-takip, Nobel Tıp Kitabevleri.

Baines, C. J. (2000). "Efficacy and opinions about breast self-examination." Advanced Therapy of Breast Disease: 9-14.

Ahlgren, M., M. Melbye ve ark. (2004). "Growth patterns and the risk of breast cancer in women." New England Journal of Medicine **351**(16): 1619-1626.

Aktan, K., A. Topuzoğlu ve ark. (2001). "Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler. 8." Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı: 57-59.

Albert, U.-S., H. Altland ve ark. (2009). "2008 update of the guideline: early detection of breast cancer in Germany." Journal of cancer research and clinical oncology **135**(3): 339-354.

Altuncan, H., B. Akın ve ark. (2008). "20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri." Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health **4**(2).

Antoniou, A., P. Pharoah, S. ve ark. (2003). "Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case series unselected for family history: a combined analysis of 22 studies." The American Journal of Human Genetics **72**(5): 1117-1130.

Baskan, S., K. Atahan, E. Arıbal ve ark. (2012). "MEME KANSERİNDE TARAMA VE TANI (İSTANBUL MEME KANSERİ KONSENSUS KONFERANSI 2010)." Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health **8**(3).

Bluemke, D. A., C. A. Gatsonis ve ark. (2004). "Magnetic resonance imaging of the breast prior to biopsy." Jama **292**(22): 2735-2742.

Boyd, N. F., J. M. Rommens ve ark. (2005). "Mammographic breast density as an intermediate phenotype for breast cancer." The lancet oncology **6**(10): 798-808.

BRINTON, L. A., L. J. MELTON ve ark. (1989). "Cancer risk after evaluation for infertility." American journal of epidemiology **129**(4): 712-722.

Bruzzi, P., E. Negri, C. La Vecchia ve ark. (1988). "Short term increase in risk of breast cancer after full term pregnancy." Bmj **297**(6656): 1096-1098.

Bluemke, D. A., C. A. Gatsonis ve ark. (2004). "Magnetic resonance imaging of the breast prior to biopsy." Jama **292**(22): 2735-2742.

Cancer, C. G. o. H. F. i. B. (1997). "Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer." The Lancet **350**(9084): 1047-1059.

Cancer, C. G. o. H. F. i. B. (2001). "Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease." The Lancet **358**(9291): 1389-1399.

Cancer, I. A. f. R. o. and W. H. Organization (2014). GLOBOCAN: Estimated Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Worldwide in 2012, IARC.

Chen, Z., L. Arendell ve ark. (2008). "Hip bone density predicts breast cancer risk independently of Gail score." Cancer **113**(5): 907-915.

Cianfrocca, M., L. J. Goldstein (2004). "Prognostic and predictive factors in early-stage breast cancer." The oncologist **9**(6): 606-616.

Clarke, M., R. Collins ve ark. (2005). "Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials." Lancet **366**(9503): 2087-2106.

Coates, A. S., A. Keshaviah ve ark. (2007). "Five years of letrozole compared with tamoxifen as initial adjuvant therapy for postmenopausal women with endocrine-responsive early breast cancer: update of study BIG 1-98." Journal of Clinical Oncology **25**(5): 486-492.

Colditz, G. A., A. L. Frazier (1995). "Models of breast cancer show that risk is set by events of early life: prevention efforts must shift focus." Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention **4**(5): 567-571.

Colditz, G. A., B. Rosner (2000). "Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study." American journal of epidemiology **152**(10): 950-964.

Cuzick, J., H. Stewart ve ark. (1994). "Cause-specific mortality in long-term survivors of breast cancer who participated in trials of radiotherapy." Journal of Clinical Oncology **12**(3): 447-453.

De Bono, J. S., E. K. Rowinsky (2002). "The ErbB receptor family: a therapeutic target for cancer." Trends in molecular medicine **8**(4): S19-S26.

De Laurentiis, M., G. Canello ve ark. (2008). "Taxane-based combinations as adjuvant chemotherapy of early breast cancer: a meta-analysis of randomized trials." Journal of Clinical Oncology **26**(1): 44-53.

Degnim, A. C., D. W. Visscher ve ark. (2007). "Stratification of breast cancer risk in women with atypia: a Mayo cohort study." Journal of clinical oncology **25**(19): 2671-2677.

Edge, S. B., C. C. Compton (2010). "The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM." Annals of surgical oncology **17**(6): 1471-1474.

Fisher, B., S. Anderson, J. Bryant ve ark. (2002). "Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer." New England Journal of Medicine **347**(16): 1233-1241.

Fisher, E. R., J. Dignam ve ark. (1999). "Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP) eight-year update of Protocol B-17." Cancer **86**(3): 429-438.

Fleming, I., H. D. CooperJS (1997). "For the American Joint Comission on Cancer." CooperJS, Henson DE. AJCC Cancer staging manual, 5th edition. Philedelphia: Lippincott-Raven: 45-49.

Gammon, M. D., W. D. Thompson (1990). "Infertility and breast cancer: a population-based case-control study." American journal of epidemiology **132**(4): 708-716.

Goldhirsch, A., W. Wood, A. Coates ve ark. (2011). "Strategies for subtypes—dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011." Annals of oncology: mdr304.

Green, J., B. J. Cairns, D. Casabonne ve ark. (2011). "Height and cancer incidence in the Million Women Study: prospective cohort, and meta-analysis of prospective studies of height and total cancer risk." The lancet oncology **12**(8): 785-794.

Group, E. H. B. C. C. (2003). "Body mass index, serum sex hormones, and breast cancer risk in postmenopausal women." Journal of the National Cancer Institute **95**(16): 1218-1226.

Han, X., J. Stevens, K. P. Truesdale ve ark. (2014). "Body mass index at early adulthood, subsequent weight change and cancer incidence and mortality." International Journal of Cancer **135**(12): 2900-2909.

Jemal, A., F. Bray, M. M. Center ve ark. (2011). "Global cancer statistics." CA: a cancer journal for clinicians **61**(2): 69-90.

Kabat, G. C., M. Kim, B. J. Caan ve ark. (2009). "Repeated measures of serum glucose and insulin in relation to postmenopausal breast cancer." International Journal of Cancer **125**(11): 2704-2710.

Kadivar, M., S. Joolae ve ark. (2012). "Breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviors in two groups of Iranian women: physicians and non-health care personnel." Journal of Cancer Education **27**(4): 770-773.

Kerlikowske, K., L. Ichikawa ve ark. (2007). "Longitudinal measurement of clinical mammographic breast density to improve estimation of breast cancer risk." Journal of the National Cancer Institute **99**(5): 386-395

Kolb, T. M., J. Lichy, J. H. Newhouse (2002). "Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast us and evaluation of factors that influence them: An analysis of 27,825 patient evaluations 1." Radiology **225**(1): 165-175.

Korsching, E., J. Packeisen ve ark. (2002). "Cytogenetic alterations and cytokeratin expression patterns in breast cancer: integrating a new model of breast differentiation into cytogenetic pathways of breast carcinogenesis." Laboratory investigation **82**(11): 1525-1533.

Lahmann, P. H., K. Hoffmann ve ark. (2004). "Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC)." International journal of cancer **111**(5): 762-771.

Lakhani, S. R., J. S. Reis-Filho ve ark. (2005). "Prediction of BRCA1 status in patients with breast cancer using estrogen receptor and basal phenotype." Clinical Cancer Research **11**(14): 5175-5180.

Loving, V. A., W. B. DeMartini ve ark. (2010). "Targeted ultrasound in women younger than 30 years with focal breast signs or symptoms: outcomes analyses and management implications." American Journal of Roentgenology **195**(6): 1472-1477.

Marques, A. R., E. Teixeira ve ark. (2009). "Detection of human mammaglobin mRNA in serial peripheral blood samples from patients with non-metastatic breast cancer is not predictive of disease recurrence." Breast cancer research and treatment **114**(2): 223-232.

McDonald, S., D. Saslow, M. H. Alciati (2004). "Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature." CA: a cancer journal for clinicians **54**(6): 345-361.

Miller, A. B., C. Wall ve ark. (2014). "Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial."

- Montero, A. J., M. Escobar ve ark. (2012). "Bevacizumab in the treatment of metastatic breast cancer: friend or foe?" Current oncology reports **14**(1): 1-11.
- Myers, E. R., P. Moorm ve ark. (2015). "Benefits and harms of breast cancer screening: a systematic review." JAMA **314**(15): 1615-1634.
- Nothacker, M., V. Duda ve ark. (2009). "Early detection of breast cancer: benefits and risks of supplemental breast ultrasound in asymptomatic women with mammographically dense breast tissue. A systematic review." BMC cancer **9**(1): 335.
- Poole, C. J., H. M. Earl ve ark. (2006). "Epirubicin and cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil as adjuvant therapy for early breast cancer." New England Journal of Medicine **355**(18): 1851-1862.
- Pritchard, K. I., L. E. Shepherd ve ark. (2006). "HER2 and responsiveness of breast cancer to adjuvant chemotherapy." New England Journal of Medicine **354**(20): 2103-2111.
- Renwick, A., D. Thompson ve ark. (2006). "ATM mutations that cause ataxia-telangiectasia are breast cancer susceptibility alleles." Nature genetics **38**(8): 873-875.
- Ritte, R., A. Lukanova ve ark. (2013). "Height, age at menarche and risk of hormone receptor-positive and-negative breast cancer: A cohort study." International Journal of Cancer **132**(11): 2619-2629.
- Robbins, G., H. Leis Jr (1997). "Hutter Rup." A rational approach to and result of women with breast carcinoma. J Breast **3**: 9-13.
- Romond, E. H., E. A. Perez ve ark. (2005). "Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer." New England Journal of Medicine **353**(16): 1673-1684.
- Rossing, M. A., J. R. Daling ve ark. (1996). "Risk of breast cancer in a cohort of infertile women." Gynecologic oncology **60**(1): 3-7.
- Seçginli, S. (2011). "Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler?" TAF Preventive Medicine Bulletin **10**(2).
- Siegel, R., D. Naishadham ve ark. (2012). "Cancer statistics, 2012." CA: a cancer journal for clinicians **62**(1): 10-29.
- Smith, R. A. (2007). "The evolving role of MRI in the detection and evaluation of breast cancer." New England Journal of Medicine **356**(13): 1362.
- Smith, R. A., V. Cokkinides ve ark. (2010). "Cancer screening in the United States, 2010: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening." CA: a cancer journal for clinicians **60**(2): 99-119.

Tabar, L., M.-F. Yen ve ark. (2003). "Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening." The Lancet **361**(9367): 1405-1410.

Tamimi, R. M., C. Byrne ve ark. (2007). "Endogenous hormone levels, mammographic density, and subsequent risk of breast cancer in postmenopausal women." Journal of the National Cancer Institute **99**(15): 1178-1187.

Terry, M. B., F. F. Zhang ve ark. (2006). "Lifetime alcohol intake and breast cancer risk." Annals of epidemiology **16**(3): 230-240.

Tětu, B., J. Brisson (1994). "Prognostic significance of HER-2/neu oncoprotein expression in node-positive breast cancer. The influence of the pattern of immunostaining and adjuvant therapy." Cancer **73**(9): 2359-2365.

Thürlimann, B., J. Robertson ve ark. (2003). "Efficacy of tamoxifen following anastrozole ('Arimidex') compared with anastrozole following tamoxifen as first-line treatment for advanced breast cancer in postmenopausal women." European Journal of Cancer **39**(16): 2310-2317.

Van den Brandt, P. A., D. Spiegelman ve ark. (2000). "Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk." American journal of epidemiology **152**(6): 514-527.

Warner, E., D. B. Plewes ve ark. (2004). "Surveillance of BRCA1 and BRCA2 mutation carriers with magnetic resonance imaging, ultrasound, mammography, and clinical breast examination." Jama **292**(11): 1317-1325.

Woods, R. W., G. S. Sisney ve ark. (2011). "The mammographic density of a mass is a significant predictor of breast cancer." Radiology **258**(2): 417-425.

Yankaskas, B. C., S. Haneuse ve ark. (2010). "Performance of first mammography examination in women younger than 40 years." Journal of the National Cancer Institute.

Yoder, B. J., E. J. Wilkinson and N. A. Massoll (2007). "Molecular and morphologic distinctions between infiltrating ductal and lobular carcinoma of the breast." The breast journal **13**(2): 172-179.

KADIN DOKTORLARIN MEME KANSERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma OMÜ Tıp Fakültesinde çalışmakta olan kadın doktorların, kadınlarda görülen kanserlerin ilk sırasında yer alan meme kanserini hakkındaki bilgilerini ve bu bilgilerinin hangi ölçüde tutum ve davranışlarına yansıtıldığını belirlemek amaçlı planlanmıştır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yaş : Unvan :
Medeni durum: Branş :

1- Dünyada meme kanserinin prevalansı nedir?

- a) Her 100 kadından 2'si
b) Her 100 kadından 8'si
c) Her 100 kadından 20'si
d) Fikrim yok

2- Aşağıdakilerden hangileri meme kanseri için risk faktörlerindedir?

- a) Yaş
b) Erken menapoz
c) Aile öyküsü
d) İlk gebelik yaşı
e) Menapoz sonrası kilo alımı

3- Ailenizde meme kanseri olan var mı?

Evet Hayır

4- Cevabınız evet ise, nasıl teşhis edildi?

- a) Rutin doktor muayenesi ile
b) Kendi kendine meme muayenesi ile
c) Görüntüleme yöntemi ile

.....(Belirtiniz)

5- Cevabınız evet ise, yakınlık dereceniz nedir?

- a) 1. derece (Anne, kardeş, çocuk)
b) 2.derece (Büyükanne, teyze, vb.)
c) 3.derece (Kuzen)
d) Diğer

.....(Belirtiniz)

.....(Belirtiniz)

.....(Belirtiniz)

6- Meme kanserinin önlenebilir bir kanser türü olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Erken tanıda evet
b) Her evrede evet
c) Önlenebilir değildir

7- Meme kanserinin erken tanısında hangi yöntem etkilidir? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- a) Kendi kendine meme muayenesi
b) Mamografi
c) MR
d) Ultrasound
e) Rutin doktor muayenesi

8- Aşağıdaki yaş aralıklarında meme kanserinin erken tanısında hangi yöntem kullanılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
(Her yaş aralığı için lütfen belirtiniz.) (KKMM kısaltması, kendi kendine meme muayenesini ifade etmektedir.)

- a) 20 yaş ve altı KKMM Mamografi Ultrason MR
b) 20-30 yaş KKMM Mamografi Ultrason MR
c) 30-40 yaş KKMM Mamografi Ultrason MR
d) 40-50 yaş KKMM Mamografi Ultrason MR
e) 50 yaş ve üzeri KKMM Mamografi Ultrason MR

9- Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

Evet Hayır

10- Cevabınız evet ise, hangi sıklıkla yapıyorsunuz?

- a) Haftada 1
b) Ayda 1
c) 6 ayda 1
d) Yılda 1
e) Diğer

.....(Belirtiniz)

11- Cevabınız hayır ise, neden?

- a) Muayane tekniğini bilmiyorum
b) Şikayetim olmadığı için gerek duymuyorum
c) Ailemde meme kanseri hikayesi olmadığı için gerek duymuyorum
d) Diğer

.....(Belirtiniz)

12- Kimlerim mamografi çektiğini düşünüyorsunuz?

- a) Ailesinde meme kanseri hikayesi olan kadınlar
b) 40 yaş ve üstü kadınlar
c) 18 yaş ve üstü tüm kadınlar
d) İyi huylu meme hastalığı saptanan kadınlar (kist, adenom vb.)

13- Sizce ne kadar sıklıkla mamografi çekilmelidir?

- a) 6 ay
b) 1 yıl
c) 2 yıl
d) Kişinin şikayeti olduğunda

14- Hiç mamografi çektiniz mi?

Evet Hayır

15- Cevabınız evet ise, en son ne zaman mamografi çektiniz?

- a) 0-6 ay önce
b) 6-12 ay önce
c) 1-3 yıl önce
d) 3-5 yıl önce
e) Diğer

.....(Belirtiniz)

16- Cevabınız hayır ise, neden?

- a) Şikayetim olmadığı için
b) Ailemde meme kanseri hikayesi olmadığı için
c) Yaşım mamografiye uygun olmadığı için
d) Diğer

.....(Belirtiniz)

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Bekir
Soyad:	Şahin
Doğum Yeri:	Bafra/Samsun
Doğum Tarihi:	28.06.1982
Görev Yeri:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.B.D.
Yabancı Dil:	İngilizce
E-Posta Adresi	drbekirsahin@hotmail.com

Tarih	Akademik Eğitim
2000-2006	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
2011-2016	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
Akademik Ünvanları	
İş Tecrübesi	
2007-2009	Vezirköprü Cumhuriyet A.S.M/SAMSUN
2010-2011	Vezirköprü Kılıçgüney A.S.M/SAMSUN
2011-2016	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.B.D.
Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar	