

T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERLİ HASTALARIN SOSYO-EKONOMİK  
VE KÜLTÜREL DÜZEYLERİNİN TANI VE TEDAVİ  
ÜZERİNE ETKİSİ**

Seval ULUBAY

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL

2017



T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERLİ HASTALARIN SOSYO-EKONOMİK  
VE KÜLTÜREL DÜZEYLERİNİN TANI VE TEDAVİ  
ÜZERİNE ETKİSİ**

Seval ULUBAY

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ

İSTANBUL

2017

T.C. Maltepe Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

15.02.2017 tarihinde tezinin savunmasını yapan Sevel ULUBAY'a ait "Meme Kanserli Hastaların Sosyo – Ekonomik ve Kültürel Düzeylerinin Tanı Tedavi Üzerine Etkisi" başlıklı çalışma, Jürimiz tarafından Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak **Oy Birliğiyle /Oy Çokluğuyla** kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Şenay ÖZTÜRK  
(Başkan)

Yrd. Doç. Dr. Seher YURT  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Sonay BALTACI  
(Üye) Danışman

## YEMİN METNİ

17/02/2017

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “ Meme Kanserli Hastaların Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Düzeylerinin Tanı ve Tedavi Üzerine Etkisi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımda yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin “Kaynakça”da gösterilenlerden oluştuğunu, “Kaynakça”da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Öğrenci Numarası:141502102

Adı-Soyadı: Seval ULUBAY

İmza:

## **Meme Kanserli Hastaların Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Düzeylerinin Tanı ve Tedavi Üzerine Etkisi**

### **ÖZET**

Çalışmamız, Samsun İlinde yaşayan meme kanserli kadın hastaların sosyo-ekonomik ve kültürel düzeylerinin tanı ve tedavisine etki eden faktörleri değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Çalışma için gerekli izinler alındı. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesine, Samsun Gazi Devlet Hastanesine Mart 2016-Ekim 2016 tarihleri arasında tanı ve tedavi amacıyla başvuran 20-70 yaş arasında meme kanseri tanısı konulan, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 308 kadın hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında, bireylerin demografik (yaş, boy, kilo, öğrenim gibi) özelliklerini değerlendirmede “*Kadınların Bireysel Özelliklere İlişkin Form* ”; genetik, üreme, yaşam şekli ve çevresel faktörlerini değerlendirmede “*Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Formu*”; meme kanseri, erken tanı yöntemlerine ilişkin özellikleri değerlendirmede “*Hastalığa İlişkin Form*”; meme kanserli hastaların tanı ve tedavisine etki eden sosyal, kültürel, ekonomik faktörleri değerlendirmek için “*Tutum ve Davranışlara Yönelik Form* ” kullanıldı. Kadınların eğitim durumları ile KKMM’ sini (kendi kendine meme muayenesi) duymaları, hangi hekime başvurdıkları ve alternatif tedavi yöntemlerini uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Hastaların ikamet yerleri ile hastalık evreleri ve ilk hangi hekime gittikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bireylerin gelir durumları ile hastalık evreleri ve alternatif tedavi kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Sağlık çalışanlarının meme kanseri belirtileri ve erken tanı uygulamaları yönünden kadınları bilgilendirmeli ve periyodik aralıklarla bu uygulamaları devam ettirmeleri ve yapılan eğitimlerde, uygulamalarda hemşirelerin aktif görev almaları sağlanmalıdır. **Anahtar Sözcükler:** meme kanseri, risk faktörleri, erken tanı, sosyo-ekonomik faktörler.

## **The Effects of Socio-Economic and Cultural Levels of Breast Cancer Patients on Diagnosis and Treatment**

### **ABSTRACT**

Our study was carried out as a definitive study in evaluating the effects of the socioeconomic and cultural levels of breast cancer patients in Samsun on diagnosis and treatment. Necessary permissions were taken for this study. Between March 2016 and October 2016 in Samsun Training and Research Hospital and Gazi State Hospital, 308 woman patients in 20 to 70 age range who got breast cancer diagnosis and matching the criterias of the study accepted to cooperate in our study. To gather data, “*Personal Characteristics Form For Women*” which is used for evaluating demographic aspects of individuals, “*Breast Cancer Risk Evaluation Form*” which is used for evaluating genetics, reproductivity, life style and enviromental factors, “*Disease Form*” which is used for evaluating the social, cultural and economic factors of breast cancer patients in diagnosing and treating the disease, and “*Attitude and Behaviour Form*” are used in this study. It is determined that there is a statistical relation between educational backgrounds of women, hearing from the others about breast self-examination practices and the doctors they consult and alternative treatment practices. When the place of residence and the disease phases of the patients compared with the first consulted doctor, it is determined that there is a statical and meaningful relation between them. Comparing the patients income state and disease phases with alternative treatment practices it is confirmed that there is a statical and meaningful relations between them. Healthcare staff and professionals should inform the women from the point of early diagnosis and actively participate in treatment practices and educational practices. **Keywords:** breast cancer, risk factors, early diagnosis, socio-economic factors.

## ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında, bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, her koşulda desteklerini esirgemeyen, değerli hocam ve danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ' a,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek değerli bilgilerini zaman ayırarak paylaşan tüm katılımcılara,

Tez ile ilgili araştırmalarımı yürüttüğüm süreçte bana yürekten inanan, çalışmamı destekleyen, her zaman yanımda olan aileme ve eşime, Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

17/02/2017

Seval ULUBAY



## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
YEMİN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
EKLER LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Memenin Anatomisi .....	3
2.2.Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	4
2.3.Meme Kanserinin Etiyolojisi.....	5
2.4.Meme Kanseri Belirtileri .....	8
2.5.Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri .....	9
2.6.Meme Kanserinde Evreleme .....	13
2.7.Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri .....	18

2.8.Meme Kanserinde Tanı ve Tedaviyi Etkileyen Sosyoekonomik ve Kültürel Faktörler .....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	24
4.BULGULAR .....	32
5.TARTIŞMA .....	56
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	69
KAYNAKLAR.....	73
EKLER .....	85
EK 1: Gönüllü Katılım Formu –Form1 .....	85
EK 2: Bireysel Özelliklere İlişkin Form- Form 2 .....	86
EK 3: Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Formu- Form 3 .....	87
EK 4: Hastalığa İlişkin Formu –Form 4.....	88
EK 5: Tutum ve Davranışlara Yönelik Form-Form 5 .....	91
EK 6: Etik Kurul Kararı .....	93
EK 7: Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Samsun Gazi Devlet Hastanesinden Uygulama İzni... 95	
ÖZGEÇMİŞ .....	97

## **KISALTMALAR LİSTESİ**

**ER:** Östrojen Reseptörü

**GDO:** Genetiği değiştirilmiş organizmalar

**HRT:** Hormon Replasman Tedavisi

**KETEM:** Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

**KKMM:** Kendi Kendine Meme Muayenesi

**KMM:** Klinik Meme Muayenesi

**LCIS:** Lobüler Karsinoma In Situ

**PET:** Pozitron Emisyon Tomografisi

**SPSS (Statistical Package for Social Sciences):** Sosyal Bilimler için İstatistik Paket

**USG:** Ultrasonografi

## TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların Meme Kanseri Risk Değerlendirme Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	35
<b>Tablo 4.3.1.</b> Kadınların meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri .....	37
<b>Tablo 4.3.2.</b> Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları.....	38
<b>Tablo 4.3.3.</b> Kadınların Memelerini Kontrol Etme ve Ettirme Durumları.....	40
<b>Tablo 4.3.4.</b> Kadınların Meme Kanseri Tanısına İlişkin Bulguları .....	42
<b>Tablo 4.3.5.</b> Kadınların Meme Kanseri Hastalığının Tanısı ve Tedavisine İlişkin Bulgular .....	43
<b>Tablo 4.4.</b> Kadınların Meme Kanseri Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bulgular.....	45
<b>Tablo 4.5.1.</b> Kadınların Eğitim Durumları İle Meme Kanseri Hakkındaki Bilgilerinin Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 4.5.2.</b> Kadınların İkamet Yerleri İle Hastalık Evreleri ve İlk Hangi Hekime Gittiklerine Göre Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 4.5.3.</b> Kadınların Gelir Durumları İle Hastalık Evreleri KKMM Duyma Durumları Ve Alternatif Tedavi Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 4.5.4.</b> Kadınların Yaşları ve Mamografi Çektirirken Utanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 4.5.5.</b> Kadınların Medeni Hal İle Mamografi Çektirirken Utanma Durumları ve Jinekoloğa Gidişin Medeni Hale Göre Karşılaştırılması .....	55

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
Şekil 2.3.1.Risk Değerlendirme Tablosu .....	7
Şekil 2.6.1.T Sınıflandırılması .....	14
Şekil.2.6.2. Bölgesel Lenf Nodları Klinik Sınıflama .....	15
Şekil.2.6.3. Bölgesel Lenf Nodları Patolojik Sınıflama.....	16
Şekil.2.6.4. Uzak Metastazlar .....	17
Şekil.2.6.5.Anatomik Evre Gruplar .....	17

## EKLER LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>EK 1:</b> Gönüllü Katılım Formu –Form1 .....	85
<b>EK 2:</b> Bireysel Özelliklere İlişkin Form- Form 2 .....	86
<b>EK 3:</b> Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Formu- Form 3 .....	87
<b>EK 4:</b> Hastalığa İlişkin Form –Form 4 .....	88
<b>EK 5:</b> Tutum ve Davranışlara Yönelik Form-Form 5 .....	91
<b>EK 6:</b> Etik Kurul Kararı .....	93
<b>EK 7:</b> Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Samsun Gazi Devlet Hastanesinden Uygulama İzni .....	95



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen ve kadınlarda kanser ölümlerinin başında gelen bir kanser türüdür <sup>(19,47,49,95,96)</sup>. Ayrıca meme kanseri, kanser nedeniyle oluşan tüm ölümlerde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır <sup>(43,105)</sup>.

Meme kanserinin mortalitesi ve insidansı 35 yaş ve üzerinde artmasına rağmen, 20-30 yaş arası kadınlarda görüldüğünde tümörün geç belirlenmesi nedeniyle prognoz çok daha kötü olmaktadır. Meme kanserini önleyen bir yöntem henüz yoktur. Ancak, meme kanserine erken ve doğru tanı konulduğunda, hastanın beklenen yaşam süresi uzayabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir <sup>(9,91)</sup>.

Sosyo-ekonomik ve kültürel faktörler, bireyin sağlığını etkileyen en önemli etkenlerdir. Bu faktörler; kişilerin hastalık, sağlık ve iyilik haliyle ilişkili olduğu gibi, hastalığı ifade etme şekli, verilen tedaviyi sürdürme biçimine kadar pek çok konuda rol oynamaktadır. Sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerdeki değişkenler (ekonomik durum, evlilik ve aile yapısı, cinsiyet rolleri, sağlık politikaları, doğurganlık, beden imajı, değişik yaşam tarzları, eğitim durumu) sağlık ve hastalık ilişkisini harekete geçirici değişkenlerdir. Kadınların, meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik bilgi, inanç, tutum, hane halkı, gelir düzeyi, eğitim durumu, sağlık sigortası ve ikamet yeri, sosyoekonomik koşulların kötü olması, cehalet gibi durumlar sosyoekonomik ve kültürel faktörler arasında gösterilmektedir. Yani sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerin bilinmesi bu yöndeki uygulamaların öğretilmesinde etkilidir. Çünkü meme taramalarında, meme kanseri erken tanı yöntemlerinin uygulanmasında ve devam ettirilmesinde sosyal, kültürel ve ekonomik özelliklerin belirlenmesi gereklidir <sup>(40,70,122)</sup>.



Sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik faktörler, kişilerin yaşam tarzı, eğitim durumu, ikamet yeri, ev halkı, gelir düzeyi, dini inançları ve sağlık güvencesi gibi etkenler hastalık durumunda doktora başvuruyu ve tedavi seçeneklerini etkileyebilmektedir. Bu çalışmamızda; meme kanseri tanısı alan kadın hastaların, sosyal, ekonomik, kültürel faktörlerin tanı ve tedavi üzerine etkisi ile birlikte klinik patolojik özellikleri, hastanın tanı, tedavi aşamasında hangi engellerle karşılaştığı arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Memenin Anotomisi

Meme, kadınlarda cinsiyet özelliği taşımakla birlikte yeni doğan için besin kaynağıdır. Biçimi ve boyutları kişinin genetik faktörleri, beslenme özellikleri, yaşı, ırkı, doğum sayısı, menstrüel siklusun dönemine bağlı olarak değişiklik göstermektedir <sup>(13)</sup>.

Meme dokusu, lobüllerin (süt üreten doku) bir araya gelmesiyle oluşan loblardan (süt bezi), meme başına süt taşıyan duktuslardan (süt kanalları) ve yağ dokusundan oluşmaktadır. Duktuslar ve lobüller çevre dokulardan bazal membranlar ile ayrılırlar <sup>(88)</sup>.

Memenin apeksindeki meme başını çevreleyen pigmentli kısma “ areola ” denir. Areola içerdiği melanositlerden dolayı rengi daha koyudur <sup>(87)</sup>. Areola etrafında bulunan ter ve yağ bezleri deri yüzeyine açılarak meme yüzeyinin kayganlaşmasını ve yeni doğanın kolay emmesini sağlar. Memeler m. pectoralis major, m.serratus anterior ve aşağıda da m.obliquus externus abdominis üzerinde devam eden derin faysa üzerinde bulunmaktadır. Meme glandula mammaria, papilla mammaria ve aerola mammaria olmak üzere anatomik olarak üç kısma ayrılır <sup>(13)</sup>.

Meme internal mamarian arterin ön perforan dalları ile beslenir. Memenin üst ve dış kadrantları lateral torasik arterden kan alırlar. Torakoakromial arterin pektoral dalları memenin kanlanmasını sağlar. En üst torasik arter göğüs duvarının kanını verir. Posterior intercostal arterlerin lateral perforan dalları memeye kan verirler. Subskapuler arter; aksiler arterin en büyük dalıdır. Torakodorsal arter metastaz içeren santral ve skapular lenf nodları ile bağlantılı oldukları için aksiller disseksiyonda bu artere dikkat edilmelidir <sup>(15)</sup>.

Memenin venöz drenajında; internal torasik damarın perfoatör dalları, aksiler damarın dalları, posterior interkostal damarların perforatör dalları bulunmaktadır. Bu

venlerin kapakçıkları olmadığı için kanın her iki yönde akışına izin verirler. Bu dallar yoluyla meme kanseri metastazının akciğere ulaşmasını sağlar ve metastazlar için yeni bir yol olmuş olur <sup>(30)</sup>.

Meme derisi lenfatikleri, karşı taraf derinin lenfatikleri ile birleşir. Böylece bir memede başlayan kanser öteki memeye veya koltuk altına yayılabilir. Memenin alt iç kadran lenfatikleri linea alba üzerindeki ince delikler aracılığı ile periton boşluğuna açılabilir. Memenin alt iç kadran kanserleri bu yolla karaciğere ve pelvis organlarına metastaz yapabilir. Her iki mamma interna lenf zincirleri arasında ince bağlantılar sayesinde bir taraftaki metastazlar kolayca öbür tarafa geçebilir <sup>(26)</sup>.

## **2.2. Meme Kanserin Epidemiyolojisi**

Meme kanseri, önemli bir sağlık sorunu olup, dünyada ve ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen, ölüme sebep olan kanser türleri arasında ilk sırada yer almaktadır <sup>(7,21,42,72)</sup>. Meme kanserinin görülme sıklığı her ülkede değişiklik göstermekle birlikte dünyanın çeşitli ülkelerinde %1-2 oranında artışla her yıl yaklaşık olarak bir milyon yeni olguya rastlanmaktadır <sup>(58, 113)</sup>.

Gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri daha hızlı artmasına karşın <sup>(43,62)</sup> hastaların genel sağ kalım oranı gelişmiş ülkelerde %73 iken gelişmekte olan ülkelerde %53 dür. Aradaki bu farkın nedeni gelişmiş olan ülkelerde tarama yöntemlerinin programlı bir şekilde uygulanması sayesinde erken tanı ve tedavi olanaklarının daha iyi olmasıdır <sup>(41,99)</sup>.

Meme kanseri, dünyada ortalama insidansı yüz binde 38-40 iken, Avrupa'da bu oran yüz binde 66-67, ülkemizde ise ortalama yüz binde 40 civarındadır <sup>(46)</sup>. Amerika Birleşik Devletleri'nde her 8 kadından biri, Avustralya'da 13 kadından biri, Japonya'da 50 kadından biri tüm yaşamları boyunca meme kanseri olma riski ile karşı karşıyadır <sup>(113)</sup>.

Meme kanserinde rol oynayan pek çok risk faktörü vardır ve bunlar meme kanserini artırmaktadır. Belirgin meme hastalığı, ailesel yatkınlık, genetik faktörler, geç yaşta gebelik, over aktivitesi, endokrin etkenler, erken başlayan menstrüel siklus,

geç menapoz, obezite sıklığının artması, meme kanserine yakalanmada önemli faktörlerdir. Ayrıca alkol, sigara ve yağ oranı yüksek diyetle beslenmenin meme kanserinin gelişmesinde rol oynadığı da düşünülmektedir <sup>(8,64)</sup>.

Ülkemizde meme kanseri yaşı giderek düşmektedir. Ülkemizde meme kanserinde artışın en önemli nedenleri, eğitim ve batılaşmadan dolayı doğurganlık ve laktasyon özelliklerinin değişmesi, diyet, ekzojen hormonlara daha fazla maruz kalma, yaşam tarzının (reproduktif fonksiyonlar, beslenme, egzersiz azlığı, stres, hormonlarla ve katkılı maddelerle daha fazla temas gibi.) batıya benzemesi, tarama programlarının yeterli olmaması, etkin tanı ve tedavi yöntemlerine ulaşamama ve eğitim düzeyinin düşüklüğü olarak açıklanabilir. Tarama programlarının yeterli olmaması, tanının geç evrede konulması ve etkin tedavinin yapılamaması, meme kanserine bağlı mortalite oranının da yüksek olmasına neden olmaktadır <sup>(20,82,86,109,120)</sup>.

Kanserde erken tanı, tarama programları (kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi meme kanserinin erken tanısı için kullanılan başlıca tarama yöntemlerindedir), tedavi seçeneklerindeki gelişmeler ve bu yöntemlerin düzenli kullanımı meme kanserini erken evrede saptar. Hastanın zamanında ve etkin tedavi olanaklarıyla tedavi olmasını sağlayarak meme kanserinde sağ kalımı arttırmaktadır <sup>(3,55,101,113)</sup>.

Bu yüzden erken dönemde meme kanseri teşhisi daha iyi klinik ve sağ kalım sonucu vermektedir <sup>(23)</sup>. Kadınların, meme kanserinde erken tanı yöntemleri, risk faktörleri ve risk azaltma stratejileri hakkında bilgi sahibi olması meme kanserinin erken tanılanmasında büyük önem taşımaktadır <sup>(6,120)</sup>.

### **2.3.Meme Kanserinin Etyolojisi**

#### **Meme Kanserinde Risk Faktörleri**

- ❖ **Değiştirilemez Risk Faktörleri:** Kadın olmak, ileri yaş, genetik risk faktörleri, ailede meme kanseri öyküsü olması, diğer memede daha önce kanser olması, ırk, yoğun meme dokusu, iyi huylu meme lezyonları, lobular

carcinoma in situ (LCIS), menstrual süreci (erken menarş, geç menapoz), daha önce toraksa radyoterapi almış olmak ve dietil stil bestrol kullanılması <sup>(11,107)</sup>.

- ❖ **Değiştirilebilir (Hayat Tarzı İlişkili) Faktörler:** Çocuk sahibi olmamak, doğum kontrolü, hormon replasman tedavisi (HRT), emzirme, alkol, aşırı kilolu ya da obez olmak, düzenli fiziki aktivite yapmamak <sup>(11,74,107)</sup>.



**Risk Değerlendirme Tablosu**  
**Tablo 2.3.1.Risk Değerlendirme Tablosu**

<b>Risk Grubu</b>	<b>Öneri</b>
<p><b>Ortalama riske sahip olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Belirtilen risk faktörlerini taşımayan kadınlar</li> <li>• GAIL sonucu &lt; %1,67 olanlar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 yaşından başlayarak KKMM ve 3 yılda bir hekim kontrolü</li> <li>• 40 yaşından itibaren 1 ya da 2 yılda bir mamografi ve hekim kontrolü</li> </ul>
<p><b>Hafif-orta risk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 yaş öncesi menarş</li> <li>• 55 yaş sonrası menapoz</li> <li>• 2 yıldan daha uzun süre hormon replasman tedavisi</li> <li>• Hiç doğum yapmamış ya da ilk doğumu 30 yaş üstü yapmış olmak</li> <li>• 50 yaş üstü birinci dereceden bir akrabasında meme kanseri olması</li> <li>• Kendisinde biyopsi ile tanı almış non-proliferatif lezyon olması</li> <li>• Biyopsi ile atipik proliferatif lezyon tanısı olması</li> <li>• Alkol kullanımı, obezite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 yaşından başlayarak KKMM ve 3 yılda bir hekim kontrolü</li> <li>• 40 yaşından itibaren yılda bir mamografi ve hekim kontrolü</li> <li>• 35 yaştan itibaren görüntüleme yöntemleriyle takip</li> </ul>
<p><b>Yüksek risk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daha önce tanı almış meme kanseri olması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yıllık hekim kontrolü</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daha önce tanı almış lobular carcinoma in situ olması</li> <li>• Atipik duktal veya lobüler hiperplazi tanısı olması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanı sonrası yıllık mamografi veya meme</li> <li>• Manyetik rezonansı</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 yaş öncesi toraksa radyoterapi almış olması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radyoterapiden 10 yıl sonrasında itibaren görüntüleme yöntemleriyle takip</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografide yüksek yoğunlukta meme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yıllık hekim kontrolü ve yıllık mamografi ve gerekirse meme MR' ı</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 veya daha fazla 1'inci derece akrabada meme kanseri, 50 yaş altı bir 1'nci veya 2'inci dereceden akrabada meme kanseri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetik danışma</li> </ul>

**Tablo 2.3.1.Aile Hekimleri İçin Meme Kanseri Tanı Algoritmaları.** Tezel, E. (107)'den alınmıştır.

## 2.4.Meme Kanseri Belirtileri

**Memede Kitle:** Meme kanserli hastalarda ağrısız kitleler mevcuttur. Kitlelerin boyutu, çevre dokularla ilişkisi, deri ve kas tutulumu olup olmadıkları, sınırların durumu, eritem, ödem ve satellit nodüllerin eşlik edip etmediği mutlaka belirlenmelidir. Memedeki malign kitleler genellikle ağrısız, sert, düzensiz, sınırlı, cilt ve fasialara yapışıktır <sup>(87)</sup>.

**Eritem ve Deri Ödemi:** Eritem, tümörün hemen üzerindeki deriye yaklaştıkça venöz değişikliklere neden olarak deride kızarıklık yapmaktadır. Meme lenfatiği lateralde aksillaya, medialda mamariya internal lenf gruplarına drene olurken, bu lenflerden birinde tıkanma meydana geldiğinde o lenf nodlarına drene olan bölgede deri ödemi oluşur. Memenin inflamatuvar hastalıklarında inflamasyonun büyüklüğüne ve şiddetine göre meme derisinde ödem oluşmaktadır. Bu ödem genellikle bir eritemle beraber olmaktadır <sup>(87)</sup>.

**Jigantomasti:** Jigantomastide memeler büyümüştür. Gerginlik ve sarkıklık nedeniyle memenin lenf drenajı olmadığı için memede ileri derecede ödem meydana gelir. Böylece hipertrofiye olan meme daha da büyümüş olur <sup>(87)</sup>.

**Ülserasyon:** Memedeki malign tümörler, lokal olarak ilerleyerek deriyi infiltre eder, önce deride bir beslenme bozukluğu sonra da ülserasyon meydana gelir. Meme kanserine bağlı ülserasyon kolaylıkla kanar, sürekli seröz, kanlı ve pis kokulu salgı yaradan akar <sup>(68)</sup>.

**Meme Başı Akıntısı:** Meme duktuslarından kaynaklanan ve meme başının yüzeyinde görülen akıntıya denir. Akıntının rengi, spontan ve tek taraflı olup olmadığı, miktarı, siklus değişikliği ile ilişkisi gibi özelliklere göre meme başı akıntıları normal ve anormal olarak ayırt edilebilir. Patolojik kabul edilen meme başı akıntıları genellikle tek taraflı, spontan ve kanlı olduğu durumlarda malignite saptanmaktadır <sup>(68)</sup>.

**Mastalji:** Meme başı ağrısı, memelerin bir veya ikisindeki gerginlik, sızı ve ağrı duyusudur. Hastalarda, meme ağrısının karakterinin belirlenmesi tanı, tedavi ve takipte önemlidir. Meme ağrısı siklik ve nonsiklik olarak değerlendirilir. Siklik meme ağrısı; menstürasyonun ilk 2-3 gününde hissedilen hassasiyet şeklinde tanımlanır. Nonsiklik meme ağrısı ise; normal menstüral düzeni takip etmeyen ağrıdır ve sıklıkla tek taraflıdır <sup>(115)</sup>.

## 2.5.Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

**Anamnez:** Meme kanserinin tanısında önemli olup, hastadan alınan bilgiler hastanın meme kanseri risk gruplarına ayrılmasına ve tedavisinin planlamasına yardımcı olmaktadır. Anamnezde; hastanın cinsiyeti, yaşı, geçirdiği rahatsızlıklar, ameliyatları, ailesindeki meme kanseri öyküsü, erken menarş ve geç menopoz yaşı, canlı ve ölü doğum sayısı, emzirme süresi, ilaç kullanımı, alkol sigara alışkanlıkları, göğüs duvarına radyasyon hikayesi, hiç doğum yapmama, ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurma, günde bir bardaktan fazla alkol tüketimi ve yağlı gıdalarla beslenmedir <sup>(13,15,109)</sup>.

**İnspeksiyon:** Meme muayenesi inspeksiyon ile başlar. İlk başta memelerin doğal durumları gözlenir. Sonra hastanın elleri yana ve yukarı kaldırılarak memenin alt bölümleri gözle değerlendirilir. Ardından hastanın ellerini kalça kemiği üzerine koyması sağlanır ve öne doğru bir sıkıştırma hareketi yaptırılır, bu hareket pektoralis majörün kasılmasını sağlar ve kas tutulumunu gösterebilir, kollar yanda doğal duruş pozisyonunda dururken görülemeyen yüzeysel deri çekintilerinin farkına varılması sağlanır <sup>(87)</sup>.

**Palpasyon:** Hastanın palpasyon ile muayenesinde hastanın boynu, lenf nodları, koltuk altı ve memeleri muayene edilmelidir. Bu muayene alanlarında lenf nodlarının sayısı, büyüklüğü, yerleşimi, nodülleri, hassasiyeti değerlendirilmelidir <sup>(13)</sup>.



**KKMM:** Kadının kolları her iki yanda, sonra başının üzerinde ve sonra her iki yanda fleksiyonda olduğu sırada boy aynasında simetri, çökme ve çekilme olup olmadığına bakmasıdır. KKMM meme dokusunun göğüs üzerinde yayılımına izin vermek için kollar başın üzerinde olduğu sırada yatar pozisyonda da uygulanmalıdır. Muayene iki veya üç parmakla hafif, orta ve derin palpasyon şeklinde dairesel olarak uygulanmalıdır <sup>(30)</sup>. 20 yaş üzerindeki kadınların her ay düzenli olarak KKMM yapması, kadınların 20-40 yaş arasında üç yılda bir, 40 yaşından itibaren yılda bir kez KMM yaptırması ve 40 yaşından sonra her yıl mamografi çekirtmesi gereklidir <sup>(5)</sup>.

**KMM:** Meme hastalıkları konusunda uzman bir doktor tarafından uygulanan meme muayenesidir <sup>(15)</sup>.

**Konvansiyonel Mammografi:** Memenin kas, yağ ve glandüler yapılarını incelemek amacıyla x-ışını kullanılarak elde edilen bir yumuşak doku radyografisidir. Mamografi çekiminde amaç, memenin yüksek kalitedeki görüntüsünün mümkün olan en düşük radyasyon dozu ile elde edilmesidir <sup>(50)</sup>.

**Dijital Mammografi:** Alınan radyasyon dozu daha düşüktür, yüksek görüntü kalitesi ile meme değerlendirmesi kolaydır ve mikro kalsifikasyonlar daha erken aşamada saptanabilir. Görüntüler dijital ortamda olup, kötü radyografik kalite ve magnifikasyon grafilere için hastaya tekrar radyasyon vermeye gerek kalmaz, bilgisayar ortamında arşivlenme olanağı sağlamaktadır <sup>(50)</sup>.

**Ultrasonografi:** Mammografide saptanan kitle lezyonlarının solid, kistik ayrımının yapılmasında, mammografi görüntü alanına girmeyen veya meme dansitesi nedeniyle ele gelen lezyonların değerlendirilmesinde, ele gelen kitle, ağrı şikâyeti olan 30 yaş altı hastalarda, gebelik ve laktasyon dönemindekilerde ilk tanı yöntemi olarak, mastit ve abse bulgularının

değerlendirilmesinde, nonpalpabl lezyonlarda girişimsel işlemlerde kullanılmaktadır <sup>(50)</sup>.

**Manyetik Rezonans Görüntüleme:** Çok güçlü bir mıknatıs ve radyo dalgaları kullanılarak görüntü elde edilmesini sağlayan ve iyonizan radyasyon içermeyen kesitsel bir radyolojik inceleme yöntemidir <sup>(50)</sup>. Manyetik Rezonans Görüntüleme, spontan meme başı akıntısında, fizik muayene bulgusu olup aksillar lenf nodu metastazı olan olgularda, biyopsi ile kanıtlanmış meme kanserinde hastalığın lokal yayılımının saptanmasında, meme koruyucu cerrahi uygulanacak hastalarda çok odaklı tümörlerin tespiti, meme kanseri için yüksek riskli hastaların taranmasında kullanılır <sup>(13)</sup>.

**Elastografi:** Ultrasonografinin dokular üzerine uygulandığı mekanik basıncın, doku boyutunda meydana getirdiği değişikliklerin ölçülmesinde kullanılır <sup>(44)</sup>.

**Dijital Meme Tomosentezi:** Kalsifikasyon dışı lezyonlarda duyarlılığı, dijital mamografiden yüksektir. Mamografide saptanan anormal bulgunun glandüler doku süper pozisyonundan ayırt edilmesini sağlar. Standart mamografiye eklenen spot grafilere ve ultrasonografiye gereksinim azalır. Dijital mamografiye göre daha az meme kompresyonu ile tanısal görüntü elde edilir <sup>(106)</sup>.

**Pozitron Emisyon Tomografi (PET):** Pozitif yüklü parçacıklar olan pozitronları yayan radyonüklidlerin kullanıldığı görüntüleme tekniğidir. Meme kanseri kemoterapiye duyarlı bir solid tümördür. Bunlar göz önüne alındığında PET incelemeleri ile hastanın o andaki durumu belirledikten sonra tedavinin seyrini anlamak için kullanılan bir yöntemdir. Bunun yanı sıra tek incelemede olası bir aksiller yayılımı ya da uzak organ ve kemik metastazlarını da gösterebilir <sup>(100)</sup>.

## **Biyopsi Çeşitleri:**

- 1. Aspirasyon Biyopsisi:** Şüpheli lezyonun olduğu bölgeden aspire edilen materyalin yayma preparat haline getirilerek incelenmesidir. Materyal elde edildikten sonra hava etkisi ile kurumaması sağlanmalıdır <sup>(15)</sup>.
- 2. İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi:** Bu biyopside amaç, hedef kitledeki hücreleri, çok küçük doku parçalarını yerlerinden koparıp, iğne lümeninin ve iğnenin enjektörle birleştiği şeffaf bölümün içine almaktır. İnce iğne aspirasyon biyopsisi ucuz, kolay, her ortamda ve her zaman yapılabilir. Meme içinde birden fazla lezyon varsa hepsine aynı seansta uygulanabilir <sup>(93)</sup>.
- 3. Kor Biyopsi:** İnce iğne aspirasyon biyopsisine göre daha kalın iğneler kullanılmaktadır. Bu yöntemin uygulanması hızlı ve kolaydır. Bening lezyonlarda kesin tanı sağlamaktadır. Kor biyopsi ile aynı anda malign lezyonun invazyonu, hormon reseptör durumu ve diğer immünolojik, genetik markerler saptanabilmektedir. İki türlü kor biyopsi yöntemi vardır: Otomat kor biyopsi ve vakum destekli kor biyopsidir.
  - ❖ **Otomat Kor Biyopsi (Tru-cut):** Otomat kor biyopsilerde lezyondan çok sayıda örneklem alınması için birden fazla sayıda giriş gereklidir. En az beş örneklem yapılması gerekmektedir. İğne kalınlığına göre örneklem sayısı değişebilir <sup>(13)</sup>.
  - ❖ **Vakum Destekli Kor Biyopsi:** Tek bir iğne girişi ile lezyondan tüm yönlerden üç yüz altmış derece örneklem alınmasıdır. Bu biyopsinin avantajı çok sayıda doku örneklem alınmasına bağlı yüksek doğrulukta histopatolojik tanı elde edilmesidir <sup>(13)</sup>.
- 4. Açık Biyopsi:** Açık biyopsi, ameliyathane şartlarında eksizyonel biyopsi, insizyonel biyopsi, tel ile işaretlenerek yapılan biyopsiler olmak üzere uygulanabilir <sup>(15)</sup>.

- 5. Eksizyonel Biyopsi:** Saptanan şüpheli kitlenin tümünün çıkartılmasıdır. Asıl amaç kitleye histopatolojik tanı konulacak materyalin elde edilmesi, ikincil amaç kitlenin tamamen çıkarılarak cerrahi tedavinin sağlanmasıdır <sup>(13)</sup>.
- 6. İnsizyonel Biyopsi:** Saptanan şüpheli kitleden histopatolojik tanı konulacak ve immun histokimyasal uygulamaları sağlayabilecek yeterli bir parçanın alınmasıdır. Bu uygulamada kitlenin tümü çıkarılmaz <sup>(13)</sup>.
- 7. Stereotaksik Cerrahi Meme Biyopsisi:** Mamografi ile saptanan ve biyopsi endikasyonu konulan non palpabl kitlenin, bir kılavuz tel yardımıyla görüntüleme eşliğinde işaretlenerek cerrahi yöntemle tamamının çıkarılması ve tanı konulmasıdır <sup>(13)</sup>.

## **2.6.Meme Kanseri Evreleme**

### **Primer Tümör (T)**

Primer tümörün T sınıflaması, klinik, patolojik veya ikisi birden esas alınsa da aynıdır. Boyut milimetre olarak ölçülmelidir. Tümör boyutu verilen T sınıflamasının sınırından daha küçük veya daha büyükse sınırın en yakınında okunan milimetrenin yuvarlanarak okunması önemlidir.

**Tablo 2.6.1.T Sınıflandırılması**

<b>TX</b>	Primer tümör değerlendirilemiyor
<b>T0</b>	Primer tümöre ait kanıt yok
<b>Tis</b>	Karsinoma in situ
<b>Tis (DCIS)</b>	Duktal karsinoma in situ
<b>Tis (LCIS)</b>	Lobüler karsinoma in situ
<b>Tis (Paget)</b>	Meme başının, altta yatan meme dokusunun invaziv karsinomu ve/veya karsinoma in situ (DCIS ve/veya LCIS) tanısıyla ilişkili olmayan Paget hastalığı. Altta yatan parankiman Paget hastalığı ile ilişkili karsinomları, boyuta göre sınıflandırılmalı ancak Paget hastalığının varlığı işaret edilmelidir.
<b>T1</b>	Tümörün en büyük çapı $\leq 20$ mm
<b>T1mi</b>	Tümörün en büyük çapı $\leq 1$ mm
<b>T1a</b>	Tümörün en büyük çapı $>1$ mm fakat $\leq 5$ mm
<b>T1b</b>	Tümörün en büyük çapı $>5$ mm fakat $\leq 10$ mm
<b>T1c</b>	Tümörün en büyük çapı $>10$ mm fakat $\leq 20$ mm
<b>T2</b>	Tümörün en büyük çapı $>20$ mm fakat $\leq 50$ mm
<b>T3</b>	Tümörün en büyük çapı $>50$ mm
<b>T4</b>	Herhangi bir boyuttaki tümörün direkt göğüs duvarı ve/veya cilt (ülserasyon veya cilt nodülleri) tutulumu vardır. Not: Tek başına dermis invazyonu T4 olarak nitelendirilmez.
<b>T4a</b>	Yalnızca pektoral kas yapışıklığını/invazyonunu içermeyen göğüs duvarı tutulumu vardır.
<b>T4b</b>	İnflamatuar karsinom için gerekli olan özellikleri karşılamayan, cilt ülserasyon ve ipsilateral satellit nodülleri ve/veya ödemi (peau d'orange dahil) vardır.
<b>T4c</b>	Hem T4a hem de T4b
<b>T4d</b>	İnflamatuar karsinom

**Tablo 2.6.1.** Ajcc Kanser Evreleme Atlası. Compton, C. ve diğerleri (29)'dan alınmıştır.

**Tablo.2.6.2.Bölgesel Lenf Nodları Klinik Sınıflama**

**Bölgesel Lenf Nodları (N)**

**Klinik Sınıflandırma**

**Nx:** Bölgesel lenf bezleri değerlendirilemiyor

**No:** Bölgesel lenf nodlarına metastaz yok

**N1:** İpsilateral lenf noduna levelI, II aksiller lenf nodlarına metastaz varlığı

**N2:** Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral İM nodal metastaz

**N2a:** Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı

**N2b:** Aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral İM nodal metastaz

**N3:** İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metastazı veya klinik+radyolojik olarak görülebilen İM lenf nodu metastazı+aksiller lenf nodu metastazı veya supraklaviküler lenf nodu metastazı

**N3a:** İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metastazı

**N3b:** İpsilateral İM lenf nodu metastazı+aksiller lenf nodu metastazı

**N3c:** Subraklaviküler lenf nodu metastazı

**Tablo 2.6.2.** Ajcc Kanser Evreleme Atlası. Compton, C. ve diğerleri (29)'dan alınmıştır.

**Tablo.2.6.3. Bölgesel Lenf Nodları Patolojik Sınıflama**

**Patolojik Sınıflandırma**

**pNx:** Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor.

**pNo:** Bölgesel lenf nodu metastazı yok

**pNo(i-):** Bölgesel lenf nodu metastazı yok İHK(-)

**pNo(i+):** Bölgesel lenf nodu metastazı 0.2 mm daha büyük olmayan maling hücreler

**pNo(mol-):**Bölgesel lenf nodu metastazı yok,RT-PCR(-)

**pNo(mol+):**Bölgesel lenf nodu metastazı yok,RT-PCR(+)

**pN1:**İnternal mammarian lenf nodu metastazı vardır.

**pN1mi:** Mikrometastaz,tümör infiltrasyon alanı>0.2 mm,,fakat 2.0 mm fazla olmamalı

**pN1a:** 1-3 aksiller lenf nodu metastazı

**pN1b:** Mammarian nodlarında mikrometastazları veya sentinel lenf nod biyopsisinde saptanan fakat klinik olarak saptanmamış

**pN1c:** 1 -3adet aksiller lenf nodu ve internal mammarial lenf nodu mikrometastazları veya sentinel lenf nod biyopsisinde saptanan fakat klinik olarak saptanmamış makrometastazları vardır.

**pN2:** 4-9 aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller tutulum olmaksızın İM lenf nodlarında klinik+radyolojik olarak görüntülenebilen tutulum

**pN2a:** 4-9 aksiller lenf nodu metastazı ,

**pN3:** 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu metastazı veya infraklaviküler lenf nodu metastazı sentinel lenf nodu biyopsisi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nodu metastazı +3'den fazla aksiller lenf nodu metastazı

**pN3a:**10 veya daha fazla aksiller lenf nodu veya infraklaviküler lenf nodu mtastazı.

**pN3b:**Bir veya daha fazla aksiller lenf nodu varlığında klinik olarak saptanmış.

**pN3C:** Supraklaviküler lenf nodu metastazı vardır.

**Tablo.2.6.3.** Ajcc Kanser Evreleme Atlası. Compton, C. ve diğerleri (29)'dan alınmıştır.

**Tablo.2.6.4: Uzak Metastazlar**

**Uzak Metastazlar(M):**

**Mo:** Uzak metastaz yok

**cMo:** Radyografik uzak metastaz kanıtı yoktur fakat metastaza ait semptom ve bulgusu olmayan hastada kan dolaşımında, kemik iliğinde veya diğer bölgesel olmayan lenf nodlarında 0.2 mm daha büyük olmayan moleküler depozitler veya mikroskopik olarak saptanmış tümör hücreleri vardır.

**M1:** Uzak metastazlar var

**Tablo.2.6.4.** Ajcc Kanser Evreleme Atlası. Compton, C. ve diğerleri (29)'dan alınmıştır.

**ANATOMİK EVRE/PROGNOSTİK GRUPLAR**

**Şekil.2.6.5. Anatomik Evre Gruplar**

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 bir T	N3	M0
Evre IV	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1

**Tablo.2.6.5.** Ajcc Kanser Evreleme Atlası. Compton, C. ve diğerleri (29)'dan alınmıştır.



## 2.7.Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Meme kanseri tedavisinde; cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonal tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.

### 2.7.1.Cerrahi Tedavi

Meme kanserinde; radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, basit mastektomi ve subkutan (deri altı-deri koruyucu) mastektomi olarak cerrahi girişimler uygulanmaktadır.

- ❖ **Radikal Mastektomi:** Tüm meme dokusunun, üzerindeki deri, meme başı, areola, pektoralis majör ve minör kasları aynı taraf aksiller lenf nodları ile birlikte alınmasıdır <sup>(13)</sup>.
- ❖ **Modifiye Radikal Mastektomi:** Memenin tamamı ve koltuk altındaki lenf nodlarının alındığı, pektoralis major kasının korunduğu cerrahi işlemdir <sup>(24)</sup>.
- ❖ **Basit Mastektomi:** Modifiye radikal mastektomi gibi tüm meme dokusunun, üzerindeki deri, meme başı ve areola ile birlikte alınmasıdır. Yöntemin tek farkı basit mastektomide aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmamasıdır. Basit mastektomi endikasyonları olarak; tüm memeyi tutan, yaygın cilt ülserasyonları gelişimi veya uzak metastazların varlığı gibi durumlarda yaşam süresine etkisi olmamakla birlikte hayat konforunu artırmak amacıyla basit mastektomi uygulanmaktadır <sup>(13)</sup>.
- ❖ **Subkutan Mastektomi (deri altı-deri koruyucu):** Meme dokusunun üzerindeki deriyi korumak amacıyla çıkarılmasıdır. Subkutan mastektomi özellikle eş zamanlı rekonstrüksiyonla beraber uygulandığında gerek kozmetik ve gerekse sağkalım ile nüks oranları açısından mastektomiden farkı olmadığı için çok tercih edilen bir yöntemdir <sup>(13)</sup>.

- ❖ **Meme Koruyucu Cerrahi:** Memenin, derialtından başlanarak pektoral fasiyaya kadar tam kat çıkarılmasıdır. Şayet tümör deriye yakınsa veya önceden yapılmış cerrahi biyopsi kesisi var ise deri de beraber, pektoral fasiyaya yakınsa fasiya ve bir kısım adele çıkartılmalıdır <sup>(38)</sup>.
- ❖ **Rekonstruktif Cerrahi:** Hastalığı erken evre olan genç ve sağlıklı kadınlar, rekonstrüksiyon için en uygun adaydır <sup>(108)</sup>. Meme rekonstrüksiyonu mastektomi ile aynı anestezi esnasında yapılırsa eş zamanlı, daha sonra ayrı bir ameliyatla yapılırsa geç rekonstrüksiyon olarak adlandırılmaktadır. Eş zamanlı yapılan meme rekonstrüksiyonun avantajı hastanın hiç memesini kaybetmemiş olarak yaşamına devam etmesidir. Geciktirilmiş rekonstrüksiyon ise adjuvan tedavilerin ve onların olası yan etkilerinin sona ermesine zaman tanır. Hem de bu sürenin 2-3 yıl uzaması, lokal nüks riskinin yüksek olduğu dönem geçirilmiş olur. Meme rekonstrüksiyonu meme implantları, hastanın otojen dokuları veya bunların her ikisi birlikte kullanılarak yapılmaktadır <sup>(13)</sup>.

### **2.7.2.Radyoterapi**

Meme kanserinde uygulanacak radyoterapi yöntemlerinde; 2D planlama, 3D planlama, Yönlü Ayarlı Radyoterapi, Görüntü Eşliğinde Radyoterapi, Field in Field gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar içinde de tek izomerkez, çoklu izomerkez kullanımı, yarım demet veya tam demet gibi farklı teknikler kullanılmaktadır <sup>(58)</sup>.

Koruyucu meme cerrahisi yapılmış, invaziv tümör saptanan hastaya meme operasyonu sonrası tümörün çapı ne olursa olsun hastanın memesi ilk 6 ay içinde ışınlanmaktadır. Duktal karsinoma in situ olgularında da meme koruyucu cerrahi sonrası memeye radyoterapi uygulanmaktadır. Modifiye radikal mastektomi uygulanan meme kanserli hastalarda ise toraks duvarı

ışınlanması yetersiz aksiller diseksiyonda, pektoral fasiaya yakın tümörlü hastalarda, tümör büyüklüğü>5cm ve T4 vakalarda ve aksillada 4 ve üzeri pozitif lenf nodu bulunmuşsa gerçekleşir. Aksilla pozitif olgularda ek olarak supraklaviküler bölgede ışınlanır. Toraks duvarı ve supraklaviküler bölgeye ek mamma interna ışınlanması ise aksilla lenf nodu pozitifliği 4 ve üzeri olan T4 yüksek riskli vakalarda uygulanabilir <sup>(32)</sup>.

### 2.7.3.Kemoterapi

**Adjuvan Kemoterapi:** Adjuvan kemoterapinin amacı, tanı anında kanda dolaşan mikro metastazları önlemek, hastalığın tekrarlamasını, ölüm riskini azaltmak ve yaşam süresini uzatmaktır <sup>(87)</sup>.

**Neoadjuvan Kemoterapi:** Opere edilemeyecek, meme kanseri olan hastalarda veya memenin korunması istenen büyük tümörlü hastalarda neoadjuvan kemoterapi uygulanmaktadır. Neoadjuvan endokrin tedavi kemoterapi yapılamayan östrojen reseptörü (ER) (+) tümörlü hastalarda kullanılmaktadır. Neoadjuvan tedavi ile erken dönemde kemoterapi verilmesi, metastatik odaklar çok küçükken daha etkili olması sağlanmaktadır. Tümörün cerrahi olarak çıkarılması sırasında kanser hücrelerinin yayılmasını önleyebilir <sup>(87)</sup>.

### 2.7.4.Hormonal Tedavi

Meme kanserinin hormonal tedavisinde hedef, östrojen hormonunun yapımını veya fonksiyonunun engellenmesidir. Hormonal tedavi; adjuvan endokrin tedavi ve neoadjuvan endokrin tedavi olarak iki kısımda incelenmektedir <sup>(87)</sup>.

## 2.8.Meme Kanserinde Tanı ve Tedaviyi Etkileyen Sosyoekonomik ve Kültürel Faktörler

Toplumun sağlık anlayışının korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve sağlık davranışlarını etkileyen kültürel faktörlerin kişiler tarafından bilinmesi gerekir. Bireyin sağlık ile ilgili inançları, tutum ve davranışları, geçmişteki deneyimleri, tedavi uygulamaları, eğitim durumu, ikametgâh yeri, gelir düzeyi ve sağlık sigortası yani kısaca sosyoekonomik ve kültürel özelliği sağlığı geliştirmede, hastalığı önlemede ve hastalığın tedavisinde önemli rol oynamaktadır <sup>(70,82,90)</sup>.

Kanser tedavisi, uzun süreli bir tedavidir. Semptomlar çoğu zaman hastanın, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline zarar verebilmekte ve hastanın tedaviye uyumunu zorlaştırarak, bireyin yaşam biçiminde değişikliklere, çok yönlü kayıplara, başkalarına bağımlı olarak yaşamalarına ve bundan dolayı hastada birçok uyum sorunlarının yaşanmasına sebep olmaktadır. Tedavideki uyum sorununun birçok nedeni vardır. Bunlar; tedavi planındaki karmaşa, ilaç yan etkileri, hastaların ilaç tedavisine ilişkin bilgi eksikliği, hastanın ilacın yararlı olacağına inanmaması, ilaca ilişkin daha önce olumsuz deneyimlerinin olması, tedavi ekibi ile iletişim sorunları gibi durumlardır. Hastanın tedaviye uyum göstermemesi sonucunda; hastalık belirtilerinin iyileşmemesi, tekrarlı hastane yatışları, tedavi maliyetinin artması, hastalığın kötüleşmesi ile bireyin işlevselliğinin bozulması, iş gücü kaybı, aileye ve topluma ekonomik yük, olarak yansımaktadır <sup>(111)</sup>.

Dünya üzerinde meme kanseri görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Kadın kanserlerinin insidans ve ölüm oranını en yüksek olan meme kanseri için henüz kesin bir neden bilinmediği için bu farklılık çevresel etkenlere, yaşam tarzlarına, sosyoekonomik ve kültürel faktörlere bağlanmaktadır. Göç eden insanlarda meme kanseri sıklığının göç ettikleri ülkede ki meme kanseri sıklığına erişmesi nedeniyle dikkatler genetik faktörlerden çok çevresel etkenler ve beslenme üzerine çekilmiştir. Meme

kanserinin aynı toplumda farklı coğrafik bölgeler arasında görülme sıklığı ve prognozu farklılık göstermektedir. Batı bölgelerimizde görülen meme kanseri sıklığının, doğu bölgelerimizden daha fazla olduğu görülmektedir. Ülkenin doğusu ile batısı arasındaki bu fark, Türkiye'nin batı bölgelerindeki yaşamın, batı toplumlarına (kısaca Batılaşma) benzerliğinden kaynaklanmaktadır. Meme kanseri, gelişiminde etkili olduğu düşünülen bazı risk faktörleri bulunmaktadır ve bunların meme kanseri riskini artırdığı düşünülmektedir. Bölgesel ve sosyoekonomik risk faktörleri; eğitim durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, hane halkı, ikametgâh yeri, farklı yaşam tarzı, kültürel nedenler, ekonomik nedenler, ilerleyen doğum yaşı, azalan fiziksel egzersiz ve daha erken yaşta adet görme, ilk hamilelik yaşı, menopoz yaşı, laktasyon, infertilite, aile öyküsü, meme biyopsi sayısı ve halkın öncelikleri ile ilgili olabilir. Bölgesel, sosyoekonomik ve kültürel faktörlerden dolayı hastalarda tanı anında evre ve buna bağlı olarak uygulanan tedavilerde farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı bölgeler arasında meme kanserine bağlı prognoz da farklılık gösterebilir. Sosyoekonomik ve kültürel faktörler hastalık durumunda doktora başvuru ve tedavi seçeneklerini etkilemektedir. Bu farklılığın nedeni olarak; ırk, çevresel faktörler, yaşam tarzı, tedaviye uyum ve tedaviye yanıtındaki farklılıklardır (5,8,17,36,37,67,70,76,102,116,119).

Kültürel faktörler; kanserde erken tanı ve tarama programlarını, hastaların tedaviye uyumunu, hastalıkla baş etme yöntemlerini ve uygulamalarını etkilemektedir. Bunlar; ırk, kültürleşme düzeyi, dini inançlar, yaş, eğitim düzeyi, ikamet ettiği bölge ve sosyal destek gibidir. Sosyoekonomik özellik, bireylerin sağlığını sürdürme davranışlarını devam ettirmesini ve tedavi olanaklarına ulaşmasını direkt etkilemektedir. Maliyet nedeniyle sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda tarama programlarına katılım oranı daha düşük ve geç tanılama riski daha yüksektir. Tüm bu nedenlerle gelir düzeyi düşük olan hastaların, yaşam süreleri az ve yaşam kaliteleri düşüktür. Ayrıca hastalıklarıyla ilgili gereken tedavi ve bakımı,

maddi olanakları nedeniyle yeterli alamadığından, sağlık sigortaları ve paraları olmadığı için kaliteli sağlık bakımına ulaşamadığından problem yaşamakta ve daha fazla ölümler görülmektedir <sup>(90)</sup>.

Geleneksel aile yapısının olduğu toplumlarda, kadınların doktora başvurusu, tedavi veya kontrollere gitme kararını aile büyükleri vermektedir. Bu nedenle, aile ve çevrenin alternatif tedavilere yönelme konusunda isteği ve baskısı sonucunda tedavi süreci başka yönlere kayabilmektedir. Ülkemizde evlilikle ve aile yapısı ile ilgili diğer sorun ise kadınların imam nikahı ile evlenmesi nedeniyle eşleri tarafından sağlanacak olan sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinden yararlanamamaları sonucu tanı ve tedavi sürecinde gecikmeler yaşamalarıdır <sup>(90)</sup>.

Meme kanserinde tanı ve tedavi yöntemlerine ulaşmada gecikme, genel sağ kalımı olumsuz yönde etkilemektedir. İleri evre tümörlerde mortalite artmakta, konservatif yaklaşımlar yerini daha agresif tedavilere bırakmaktadır <sup>(99)</sup>. Bunun için meme kanserli olgularda erken tanı ve tedavilere bağlı olarak yaşam süresi uzamakta ve yaşam kalitesi kavramı önem kazanmaktadır <sup>(101)</sup>.

Meme kanserinin sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tanı konulmasının olanaklı olması ve tedavi edilebilir olması meme kanserinin önemini artırmaktadır. Meme kanserinde erken tanı yöntemlerinin gelişmesine, toplumun bu konuda duyarlı olmasına karşın yine de istenilen düzeyde olmaması toplumun yaşamını tehdit etmeye devam etmektedir. Bu nedenle her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırması gerekmektedir <sup>(109)</sup>.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma meme kanseri nedeni ile ameliyat olan ve tedavisi devam eden hastaların sosyoekonomik ve kültürel düzeylerinin tanı ve tedavisine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi.

#### **3.2.Araştırmanın Yeri ve Süresi**

Araştırma, Samsun ilinde meme cerrahisi ve onkoloji alanında hizmet veren onkoloji ünitesi, cerrahi kliniği ve palyatif servisi bulunan Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (onkoloji kliniği, kemoterapi ünitesi, radyasyon onkoloji ünitesi, cerrahi servisi, palyatif servisi, yataklı servisler) ve Samsun Gazi Devlet Hastanesi'nde (palyatif servisi, cerrahi servisi, yataklı servisler) Mart 2016-Ekim 2016 tarihleri arasında yapıldı.

#### **Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi:**

##### **❖ Genel Cerrahi Kliniği**

Genel Cerrahi Kliniği toplam 50 yatakla yatan hastalara, 4 poliklinik ve 1 endoskopi ünitesiyle ayaktan hastalara hizmet vermektedir. Hastanede yatan hasta odaları hasta ve refakatçilerinin tüm ihtiyaçlarını karşılayacakları şekilde dizayn edilmiş olup tek ya da çift kişiliktir. Yatak doluluk oranı %95'in üzerinde olup ameliyat sayısı yıllık ortama 2000 civarındadır.

Polikliniklerde günlük ortalama 150 hasta muayane edilmektedir. Genel Cerrahi Kliniği,10 uzman doktor, 6 asistan doktor, 16 hemşire, 2 sekreter ve 7 personelden oluşmaktadır.

#### ❖ **Tıbbi Onkoloji Ünitesi**

Günlük hasta kabulü ortalama 80 olan ünite, bu amaçla özel olarak dizayn edilmiş 38 kemoterapi koltuğu mevcuttur. 3 tıbbi onkolog, 1 eczacı, 12 hemşire, 1 sekreter, 3 biyolog ve 2 personelden oluşmaktadır. Tıbbi onkoloji ünitesinde kemoterapi dışında; kan transfüzyonu, port ve kateter bakımı, enteral beslenme gibi girişimlerin yapıldığı destek tedavi ünitesi bulunmaktadır. Bu ünite 3 hemşire görev yapmaktadır. Tıbbi onkoloji ünitesi yataklı servisinde hastalar için düzenlenmiş 24 yatak, 14 hemşire ve 4 personel ile yatan hastalara hizmet vermektedir. Bu serviste hastalara destek tedaviler sağlanmaktadır.

#### ❖ **Radyasyon Onkolojisi Kliniği**

Radyasyon onkoloji kliniği yatan hastalara 64 yatak, 8 hekim, 21 hemşire ve radyoterapi teknikerleri ile hizmet vermektedir.

#### ❖ **Palyatif Servisi**

Palyatif servisi yatan hastalara 24 yatak, 3 doktor,13 hemşire,1 sekreter ve 4 personelle hizmet vermektedir.

### **Samsun Gazi Devlet Hastanesi**

#### ❖ **Genel Cerrahi Kliniği**

Genel Cerrahi Kliniği yatan hastalara 50 yatak,13 genel cerrahi uzmanı ,23 hemşire, 2 sekreter ve 8 personel ile hizmet vermektedir. Hastanemizde yatan hasta odaları hasta ve refakatçilerinin tüm ihtiyaçlarını karşılayacakları şekilde dizayn edilmiş olup tek ya da çift kişiliktir.



### ❖ Palyatif Servisi

Palyatif servisi yatan hastalara 12 yatakla,1 doktor,10 hemşire,1 sekreter ve 4 personelle hizmet vermektedir.

### 3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihte, Samsun il merkezinde kapsamlı tedavinin yapıldığı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (tıbbi onkoloji ünitesi, radyasyon onkoloji kliniği, cerrahi servisi, palyatif servisi, yataklı servisler) ve Samsun Gazi Devlet Hastanesi'ne (palyatif Servisi, cerrahi servisi, yataklı servisler) tanı ve tedavi amacıyla başvuran ve tedavisi devam eden hastalar oluşturdu. Örneklemine ise bu hastalardan araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 308 kadın oluşturdu. Örneklem seçiminde aşağıdaki formül ile minimum hasta örnekleme dahil edildi.

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{(d)^2 \cdot (N - 1) + (1.96)^2 p \cdot q}$$

N: Toplam kişi sayısı (Çalışmanın kapsamına giren)

p: Belirli bir özelliği sağlayan kişilerin oranı

q: Belirli bir özelliği sağlayamayan kişilerin oranı

d: Hoş görülecek hata payı =0.05

Elimizdeki oran ile ilgili bir bilgi olmadığından p=q=0.5 alınır ve böylece ve p.q=0.25 olur. p. q çarpımı en fazla 0.25 olabilir.

Özetle;

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot N \cdot 0.25}{(d)^2 \cdot (N - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.25}$$

$$N=285$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 285 \cdot 0.25}{(0.05)^2 \cdot (285 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.25}$$

$$n = 164$$

Çalışmamız için örneklem en az 164 hasta olarak hesaplandı. Toplamda 308 hasta ankete dahil edildi.

### **1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri;**

1. Kadın olması,
2. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve istekli olan,
3. 18 yaşından büyük olan,
4. İletişimi engelleyecek görme ve işitme kaybı olmayan,
5. Meme kanseri tanısı konulmuş olan,
6. Çalışmaya onam verilmiş olması gereklidir.

### **2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri;**

1. Başka bir kanser öyküsü varlığı,
2. Şu anda veya ilk tanıda metastaz saptanmış olması,

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla; kemoterapi ünitesinde, radyasyon onkoloji kliniğinde, cerrahi kliniğinde, palyatif bakım sürecinde ve yataklı servislerde yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı ve niteliği açıklandı.

### **3.4.Araştırmada Kullanılacak Temel Değişkenler**

#### **3.4.1. Bağımlı değişkenler**

- Meme kanseri hakkında bilgi durumu,
- Meme kanseri tarama programlarına katılım davranışları.

#### **3.4.2. Bağımsız değişkenler**

- Sosyo-demografik özellikler: Yaş, medeni durum, ikamet yeri, eğitim durumu, hane halkı sayısı, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, aylık ortalama geliri.
- Doğurganlık öyküsü: Menarş yaşı, menopoz yaşı, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı.
- Kişisel öyküleri: Beden kitle indeksi, hormon replasman tedavisi alma durumu, yaşam tarzı, çocukluk çağında göğüs duvarına radyoterapi alma durumu.
- Kişisel alışkanlıkları: Fiziksel aktivite, alkol kullanımı, sigara kullanımı.

### **3.5. Veri Toplama Formları ve Uygulanması**

Araştırma Etik Kurul onayı alınması ve Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ön proje kabulünden sonra veri toplama işlemine başlandı. Araştırmada veriler, örneklem kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra bu çalışmada yer almak isteyen kadınlara literatür bilgisinden yararlanarak araştırmacı ve danışman tarafından oluşturulan formlar kullanılarak toplandı. Bu formlar; Gönüllü Katılım Onam Formu (EK 1), Bireysel Özelliklere İlişkin Form (EK2), Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu (EK3), Hastalığa İlişkin Form (EK4), Tutum ve Davranışlara Yönelik Form (EK 5) verileri hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edildi. Verilerin toplanması; anket formunun

düzenlenmesi, uygulanması ve verilerin analizi şeklinde üç aşamada gerçekleştirildi.

### **3.5.1. Anket Formunun Düzenlenmesi**

Anket formu beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde Gönüllü Katılım Onam Formu (EK 1) bulunmaktadır. Bu formda seçilmiş olan her bir hastaya araştırma hakkında, araştırma onam formu okutuldu, bilgilendirildi ve yazılı izinleri alındı. İkinci bölümde Bireysel Özelliklere İlişkin Form (EK 2) bulunmaktadır. Bireysel özelliklere ilişkin form; konuya ilişkin literatürler incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan anket formunda, hastaların demografik özellikleri/tanıtıcı bilgileri (yaş, boy, kilo, öğrenim durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, çalışma durumu, aile tipi, kronik hastalık, ikamet yeri, çocuk sayısı, menarş ve doğum yaşı,) tanı ve tedaviye etkilerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü bölümde Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Formu (EK 3) bulunmaktadır. Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Formunda; meme kanseri risk faktörleri için genetik, üreme, yaşam şekli ve çevresel faktörleri içeren sorular sorulmuştur. Sorularda ilk çocuğunu doğurma yaşı, beden kitle indeksi, ilk adet yaşı, menapoza girme durumu, menapoza girme yaşı, alkol kullanımı, sigara kullanımı, yakın akrabada meme hastalığı varlığı, gebelik önleyici hap kullanımı ve hormon replasman tedavisi alımı sorgulandı. Dördüncü bölümde Hastalığa İlişkin Form (EK 4) bulunmaktadır. Hastalığa İlişkin Formda; literatür bilgisi incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanan meme kanseri, erken tanı yöntemlerine ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Beşinci bölümde Tutum ve Davranışlara Yönelik Form (EK 5) bulunmaktadır. Tutum ve Davranışlara Yönelik Formda; Araştırmacı tarafından hazırlanan, meme kanserli hastaların tanı ve tedavisine etki eden sosyal, kültürel, ekonomik faktörleri içeren sorular yer almaktadır (6,12,25,31,33,52,59,61,65,71,80,89,116).

### **3.5.2. Anket Formunun Uygulaması**

Verilerin toplanması için araştırmalar iki kamu hastanesinde yapıldı. Hastanede yapılan araştırma için Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden izin alındı. Araştırmanın yapılacağı hastanenin tıbbi onkoloji ünitesinin, radyasyon onkolojisi kliniğinin, palyatif servisinin, cerrahi servisinin ve yataklı servislerin sorumluları daha önce telefonla aranarak uygun görüşme günü ve saati belirlendi. Belirlenen görüşme gününde ünite çalışanları ile tanışıldı. Onkoloji ünitesi, radyasyon onkolojisi kliniği, palyatif, cerrahi ve yataklı servislere gelen her bir hastadan öncelikle yazılı ve sözlü onam alınarak anket hakkında araştırmacı tarafından hastalara bilgi verildi. Belirlenen tarihlerde araştırmacı tarafından hastalarla birebir yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplandı.

### **3.5.3. Verilerin Analizi**

Verilerin değerlendirilmesinde, meme kanserli hastaların sosyoekonomik ve kültürel düzeylerinin tanı ve tedaviye etkisi ile ilgili veriler, bireysel özelliklere ilişkin formda (EK 2) yer alan sorular bağımsız değişken, meme kanserinde risk değerlendirme formu (EK 3), hastalığa ilişkin formu (EK 4), tutum ve davranışlara yönelik form (EK 5) bağımlı değişken olarak alındı. Araştırmadan elde edilen veriler Sosyal Bilimler için İstatistik Paket (Statistical Package For Social Sciences, SPSS) programı kullanılarak değerlendirildi. Veriler frekans, yüzde değerleri şeklinde belirlendi, anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alındı. Hastaların eğitim durumu, ikamet yeri, gelir düzeyi, yaşı, medeni hali, tanı ve tedaviye etki eden sosyal, kültürel, ekonomik özellikler açısından aralarında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Ki-kare analizi uygulandı.

### **3.6.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için T.C. Maltepe Üniversitesi'nden (EK 6) araştırma için etik kurul izni alındı. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Samsun Gazi Devlet Hastanesi'nin etik kurulu olmadığı için Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (EK 7) gerekli izinler alındı. Hastalara araştırmaya katılmanın zorunlu olmadığı, anket formuna isim yazmamaları, bu çalışmadan toplanılacak verilerin sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacağı belirtildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadın hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek Gönüllü Katılım Formu (EK 1) alındı.



## 4.BULGULAR

Araştırma; Mart 2016- Ekim 2016 tarihleri arasında meme cerrahisi ve onkoloji alanında hizmet veren iki kamu hastanesinde meme kanseri ameliyatı olan ve tedavisi devam eden 308 kadın üzerinde gerçekleştirildi. Hastaların sosyoekonomik ve kültürel özelliklerinin tanı ve tedavisine etki eden bulguları araştırmak amacı ile planlanarak gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular;

Araştırmada;

- ❖ Kadınların bireysel özelliklerine ilişkin bulgular,
- ❖ Kadınların meme kanseri risk değerlendirme özelliklerine ilişkin bulgular,
- ❖ Kadınların meme kanseri teşhis tedavi süreci ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgular,
- ❖ Kadınların meme kanseri tutum ve davranışları arasındaki ilişki bulguları,
- ❖ Kadınların bireysel özelliklerini açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular, olarak 5 ana başlık halinde toplanarak tablolar halinde verildi.

### 4.1. Kadınların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma grubunu oluşturan kadınların bireysel özellikleri incelendi. Tablo 4.1’de kadınların bireysel özellikleri verilmektedir.

**Tablo 4.1. Kadınların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı**

	<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaş</b>	20-30	15	4,9
	31-40	14	4,5
	51-60	90	29,2
	61-70	87	28,2
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	22	7,1
	Dul/Boşanmış	53	17,2
	Evli	233	75,6
<b>İkamet Yeri</b>	İl	72	23,4
	İlçe	172	55,8
	Kasaba	11	3,6
	Köy	53	17,2
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar	99	32,1
	İlkokul	121	39,3
	Ortaokul	19	6,2
	Lise	42	13,6
	Üniversite ve üstü	27	8,8
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	38	12,3
	Çalışmıyor	270	87,7
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir giderden az	29	9,4
	Gelir gidere denk	241	78,2
	Gelir giderden çok	38	12,3
<b>Sağlık Sigorta Durumu</b>	Var	298	96,8
	Yok	10	3,2
<b>Çocuk Sayısı</b>	Yok	45	14,6
	1-2	89	28,9
	3-4	130	42,2
	5 ve üzeri	44	14,3
<b>Aile Tipi</b>	Çekirdek aile	53	17,2
	Geniş aile	255	82,8
<b>İlk Menarş Yaşı</b>	Hiç menarş olmadım.	6	1,9
	10-11	11	3,6
	12-13	204	66,2
	14-15	80	26,0
	16-17	7	2,3
<b>İlk Gebelik Yaşı</b>	17-20	127	41,2
	21-29	127	41,2
	30-39	9	3
	Hiç gebe kalmadım	45	14,6
<b>Kronik Hastalık</b>	Var	135	43,8
	Yok	173	56,2
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>



Hastaların bazı demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1' de verildi. Buna göre, kadınların %29,2'sinin (n=90) 51-60 yaş arasında olduğu, %75,6'sının (n=233) evli olduğu tespit edildi. Buna ek olarak, kadınların %55,8'inin (n=172) ilçede yaşadığı, %39,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %87,7'sinin (n=270) çalışmadığı, %78,2'sinin “gelirinin gidere denk” olduğu, %96,8'inin (n=298) sağlık sigortasının olduğu sonucuna varıldı. Kadınların %42,2'si (n=130) çocuk sayılarının “3-4” olduğunu ve %14,6'sının (n=45) çocukları olmadığı görüldü. Kadınların %82,8'inin (n=255) aile yapılarının “geniş aile” şeklinde olduğu, %66,2'sinin (n=204) ilk menarş yaşlarının “12-13” olduğu ve %1,9'unun (n=6) hiç menarş olmadığı, %41,2'sinin ilk gebelik yaşının “17-20” ve “21-29” olduğu ve %14,6'sının hiç gebe kalmadığı, %56,2'sinin kronik bir hastalığı olmadığı saptandı (Tablo 4.1).

## **4.2. Kadınların Meme Kanseri Risk Değerlendirme Özelliklerine İlişkin**

### **Bulgular**

Bu bölümde meme kanseri için risk faktörü olan; ilk menarş yaşı, ilk doğum yaşı, hormon tedavisi kullanımı, ailede meme kanseri öyküsü, beslenme özellikleri, beden kitle indeksi, sigara ve alkol alışkanlıkları, radyasyona maruz kalma ve menopoza girme yaşı ile ilgili bulgular verilmektedir.

**Tablo 4.2. Kadınların Meme Kanseri Risk Değerlendirme Özelliklerine İlişkin Bulgular**

MEME KANSERİNDE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU	EVET		HAYIR	
	n	%	n	%
1. 35 yaşımın üzerindeyim.	284	92,2	24	7,8
2. 40 yıldan uzun süredir düzenli adet görüyorum.	87	28,2	221	71,8
3. 10-15 yıldan fazla sürede oral kontraseptif ya da hormon replesman tedavisi aldım.	20	6,5	288	93,5
4. Mememe tanı amaçlı biyopsi yapıldı.	302	98,1	6	1,9
5. Ailemde, yakın akrabalarımda (annem, kız kardeşim, halam kızım, teyzem gibi) meme kanseri olan kişiler var.	81	26,3	227	73,7
6. Düzenli egzersiz yaparım	87	28,2	221	71,8
7. Beslenimde sebze ve meyve tüketimim az, yağlı gıdalar ise fazladır.	138	44,8	170	55,2
8. Beden Kitle İndeksim 25 ve üzeridir.	51	16,6	257	83,4
9. Alkol kullanırım.	3	1,0	305	99,0
10. Sigara kullanırım.	64	20,8	244	79,2
11. Çocukluğumda göğüs bölgem radyasyona maruz kaldı.	21	6,8	287	93,2
12. Hiç doğum yapmadım.	45	14,6	263	85,4
13. Meme sağlığı açısından daha önce herhangi bir tetkik yaptırdım.	115	37,3	193	62,7
14. Elektromanyetik alanlara ve radyasyona uzun süre maruz kaldım.	9	2,9	299	97,1
15. 55 yaşından sonra menopoza girdim.	18	5,8	290	94,2

Kadınların meme kanseri risk değerlendirme özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2 'de incelendiğinde; kadınların %92,2'sinin (n=284) 35 yaş üzerinde olduğu, %28,2'sinin (n=87) 40 yıldan uzun süredir düzenli adet gördüğü belirlendi. Kadınların %6,5'i (n=20) 10-15 yıldan fazla sürede oral kontraseptif ya da hormon replasman tedavisi aldığı; %98,1'inin (n=302) memesine tanı amaçlı biyopsi yapıldığı saptandı. Benzer şekilde kadınların %26,3'ünün (n=81) ailesinde yakın akrabalarında meme kanseri olan kişiler olduğu tespit edildi. Kadınların %28,2'sinin (n=87) düzenli egzersiz yaptığı; %44,8'inin (n=138) beslenmesinde sebze ve meyve tüketiminin az, yağlı gıdaların ise fazla olduğu; %16,6'sının (n=51) beden kitle indeksinin 25 ve üzerinde olduğu; %1,0'ının (n=3) alkol kullandığı ve %20,8'inin (n=64) sigara kullandığı görüldü. Aynı zamanda kadınların %6,8'i (n=21) çocukluğunda göğüs bölgesinin radyasyona maruz kaldığı; %14,6' sının (n=45) hiç doğum yapmadığı; %37,3'ünün (n=115) meme sağlığı açısından daha önce herhangi bir tetkik yaptırdığı; %2,9'unun (n=9) elektromanyetik alanlara ve radyasyona uzun süre maruz kaldığı; %5,8'inin (n=18) 55 yaşından sonra menopoza girdiği belirlendi. (Tablo 4.2).

### 4.3. Kadınların Meme Kanseri Teşhis-Tedavi Süreci İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

	Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Daha önce meme kanseri hakkında bilgi aldınız mı?</b>	Evet	250	81,2
	Hayır	58	18,8
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100</b>
<b>Daha önce meme kanseri hakkında bilgiyi nereden aldınız?*</b>	Televizyon, radyo	144	45,8
	Kitap, dergi Sağlık personeli	147	1,6
	Arkadaş	12	46,8
	Akraba	6	3,8
			1,7
<b>Meme kanseri hakkında bilgi kimden almak istersiniz?*</b>	Hemşire	218	41,8
	Hekim	303	58,2

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

Kadınların meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 4.3.1’de verildi. Kadınların %81,2’si (n=250) daha önce meme kanseri hakkında bilgi aldığını belirtirken %18,8’i (n=58) daha önce meme kanseri hakkında bilgi almadığını söyledi. Daha önce meme kanseri hakkında bilgi alan kadınların ise daha çok televizyon, radyo ve sağlık personelinden bilgi aldığı tespit edildi. Ayrıca kadınların tamamına yakını meme kanseri hastalığına ilişkin bilgileri hemşire ve hekimlerden almak istediklerini ifade etti (Tablo 4.3.1).

**Tablo 4.3.2.Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları**

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>“Kendi kendine meme muayenesi” duydunuz mu?</b>	Evet	276	89,6
	Hayır	32	10,4
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100</b>
<b>Kendi Kendine Meme Muayenesini kimden öğrendiniz? *</b>	Televizyon, radyo	168	47,3
	Kitap, dergi	8	2,2
	Hemşire	63	17,7
	Hekim	113	31,8
	Diğer (çevreden)	3	0,8
<b>Hiç Kendi Kendine Meme Muayenesi yaptınız mı?</b>	Evet	239	77,6
	Hayır	69	22,4
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100</b>
<b>Kendi Kendine Meme Muayenesi Neden Yapmıyorsunuz? *</b>	Nasıl yapıldığını bilmiyorum	30	30,9
	Şikâyetim olmadığı için gereksiz buluyorum	25	25,7
	Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum	9	9,2
	Kendime dokunmaktan hoşlanmıyorum	3	3,0
	Sürekli doktora gidiyorum	2	3,0
<b>Kendi Kendine Meme Muayenesini hangi sıklıkta yapıyorsunuz?</b>	Zaman zaman	27	8,8
	Haftada bir	23	7,5
	Ayda bir	3	1,0
	Aklına geldikçe	183	59,4
	Hiç	72	23,4
<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100</b>	
<b>KKMM muayenesi yaparken ne hissediyorsunuz? *</b>	Kendini kontrol ettiği için mutlu	308	100

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

Kadınların KKMM yapma durumları Tablo 4.3.2’de verildi. Kadınların KKMM yapma durumları incelendiğinde; %89,6’sı (n=276) KKMM’sini duyduğunu belirtirken, %10,4’ü (n=32) KKMM’sini duymadığını belirtti. Aynı zamanda kadınların KKMM’sini kimden öğrendiniz sorusuna ise çoğunlukla televizyon, radyo, hemşire ve hekim cevaplarını verdi. Kadınların %77,6’sı (n=239) KKMM’si yaptıklarını belirtirken, %22,4’ü (n=69) KKMM’si yapmadıklarını belirtti. Kadınların “KKMM Neden Yapmıyorsunuz?” sorusuna ise yüksek oranla nasıl yapıldığını bilmediklerini ve şikayetleri olmadığı için KKMM yapmadıkları cevabı alındı. Kadınların %59,4’ü (n=183) aklına geldikçe KKMM yaptığını belirtirken, %23,4’ü (n=72) hiç KKMM yapmadıklarını belirtti. Kadınlar “Kendi kendine meme muayenesi yaparken ne hissediyorsunuz?” sorusuna ise KKMM yaptıkları için mutlu olduklarını ifade etti.

**Tablo 4.3.3. Kadınların Memelerini Kontrol Etme ve Ettirme Durumları**

	<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Son 1 yılda klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?</b>	Evet	281	91,2
	Hayır	27	8,8
<b>Hiç mamografi (meme filmi) çektirdiniz mi?</b>	Evet	291	94,5
	Hayır	17	5,5
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100</b>
<b>Neden mamografi çektirmiyorsunuz? *</b>	Mamografi yapmak beni utandırır	0	0
	Mamografi yaptırmak çok fazla zaman alır	0	0
	Mamografi yaptırmak ağırlı olur	0	0
	Şikâyeti olmama	12	70,6
	Diğer (zararlı olduğu için)	5	29,4
<b>Sizce mamografi çektirmek gerekli mi?</b>	Evet	263	85,4
	Hayır	45	14,6
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100</b>
<b>Neden çektirmek gerekli değildir? *</b>	Meme kanserinin kesin tanısının konulduğunu düşünmüyorum	45	100
<b>Şimdi düzenli olarak doktor kontrollerine gider misiniz?</b>	Evet	308	100
	Hayır	0	0
<b>Memedeki sorunu fark eden ilk kim oldu?</b>	Kendisi	269	87,3
	Tetkik esnasında	39	12,7
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100</b>

**\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.**

Kadınların memelerini kontrol etme ve ettirme durumları Tablo 4.3.3'te verildi. Buna göre; kadınların %91,2'si (n=281) son bir yılda KMM yaptırdığını belirtirken, %8,8'i (n=27) son bir yılda KMM yaptırmadığını belirtti. Kadınların %94,5'i (n=291) mamografi çektiğini belirtirken, %5,5'i (n=17) mamografi çekmediğini, nedeni olarak da şikâyeti olmadığı cevabını verdi. Benzer şekilde kadınların %85,4'ü (n=263) mamografi çektirmenin gerekli olduğunu düşünürken %14,6'sı (n=45) mamografi çektirmenin gerekli olmadığını düşünmektedir. Bunun nedeni olarak ise mamografinin meme kanserinin kesin tanısının konulmadığını düşündüklerini belirttiler. Kadınların %87,3'ü (n=269) memedeki sorunu fark eden ilk kişinin kendilerini olduğunu; %12,7'si ise (n=39) memedeki sorunu fark eden ilk kişinin hekim olduğunu ve kadınların tamamı şu anda düzenli olarak doktor kontrollerine gittiklerini belirtti.



**Tablo 4.3.4. Kadınların Meme Kanseri Tanısına İlişkin Bulguları**

	<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Hangi şikayetle hekime başvurduunuz? *</b>	Memede kitle	203	58,0
	Memede şişlik ve sertlik	101	28,8
	Memede kızarıklık	24	6,8
	Memede akıntı ve şekil Değişikliği	22	6,3
<b>Meme kanseri tanısı için sizi hekime ilk kim yönlendirdi? *</b>	Kendim	236	76,3
	Yakınım	64	20,7
	Komşum	9	2,9
<b>İlk hangi hekime gittiniz?</b>	Genel Cerrahi	264	85,7
	Dahiliye	31	10,1
	Kadın doğum	13	4,2
<b>Hastalığınızın evresi nedir?</b>	Evre 1	23	7,5
	Evre 2	218	70,8
	Evre 3	56	18,2
	Evre 4	11	3,6
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

**\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.**

Kadınların %85,7'si (n=264) ilk olarak genel cerrahi, %10,1'i (n=31) dahiliye ve %4,2'si (n=13) kadın doğum doktoruna başvurduğunu belirtti. Kadınların %70,8'inin (n=218) ise hastalığın ikinci evresinde olduğu tespit edildi. Kadınların büyük bir bölümü ilk olarak memede kitle şikâyeti ile hekime başvurduklarını ve kendi istekleri ile hekime gittiklerini söyledi (Tablo 4.3.4).

**Tablo 4.3.5. Kadınların Meme Kanseri Hastalığının Tanısı ve Tedavisine İlişkin Bulgular**

	<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Meme kanseri için hangi tanı yöntemleri kullanıldı? *</b>	Mamografi	290	31,8
	USG	302	33,1
	İnce iğne aspirasyon biyopsisi	284	31,1
	Eksizyon biyopsi	35	3,8
<b>Meme kanserinden dolayı hangi ameliyatı geçirdiniz?</b>	Modifiye radikal mastektomi	170	55,2
	Meme koruyucu cerrahi	120	39,0
	Basit mastektomi	18	5,8
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Memenizdeki sorunu fark ettikten sonra ne zaman hekime başvurduunuz?</b>	1 hafta sonra	59	19,2
	3 hafta sonra	28	9,1
	1 ay sonra	41	13,3
	Bir yıl sonra	11	3,6
	Diğer (Hemen)	169	54,9
<b>Hekim memenizdeki sorunu fark ettikten sonra ne kadar süre içerisinde kesin tanı konuldu?</b>	1 hafta sonra	111	36,0
	3 hafta sonra	88	28,6
	1 ay sonra	78	25,3
	Bir yıl sonra	6	1,9
	Diğer (Hemen)	25	8,1
<b>Memedeki sorunu hekim belirlendikten ne kadar süre sonra ameliyat oldunuz?</b>	Hemen	150	48,7
	1-2 hafta içerisinde	79	25,6
	2-3 hafta içerisinde	20	6,5
	1 ay sonra	41	13,3
	Diğer	18	5,8
	<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

Kadınların meme kanseri hastalığının tanısına ve tedavisine ilişkin bulgular Tablo 4.3.5.'de verildi. Kadınların neredeyse tamamına tanı konulmada mamografi, USG ve ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulandığı belirlendi. Kadınların %55,2'sinin (n=170) meme kanserinden dolayı modifiye radikal mastektomi, %39,0'ının (n=120) meme koruyucu cerrahi, %5,8'i nin (n=18) basit mastektomi ameliyatı geçirdiği belirlendi. Bunun yanı sıra hastaların %54,9'unun (n=169) memelerinde sorunu fark ettikten hemen sonra hekime başvurduğu, %19,2'sinin (n=59) 1 hafta sonra, %13,3'ünün (n=41) 1 ay sonra, %9,1'inin (n=28) 3 hafta sonra ve %3,6'sının ise (n=11) memelerinde sorunu fark ettikten 1 yıl sonra hekime başvurduğu belirlendi. Benzer şekilde hastaların %36,0'sının (n=111) hekimin memedeki sorunu fark ettikten 1 hafta sonra, %28,6'sı (n=88) 3 hafta sonra, %25,3'ü (n=78) 1 ay sonra, %8,1'i (n=25) hemen ve %1,9'u (n=6) hekimin memedeki sorunu fark ettikten 1 yıl sonra kesin tanı konulduğu saptandı. Memedeki sorunu hekim belirledikten sonra hastaların %48,7'si (n=150) hemen ameliyat olduğunu; %25,6'sı (n=79) 1-2 hafta içerisinde, %13,3'ü (n=41) 1 ay sonra ve %6,5'inin (n=20) 2-3 hafta içerisinde ameliyat olduğu sonucuna varıldı. Ayrıca olguların "Memedeki kitlenin yeri neresidir?" sorusuna ise genellikle meme ucu, meme ucu üstü, meme ucu yanı, meme ucu altı, memenin alt kısmı ve memenin dış kısmı şeklinde yanıt verdi.

#### **4.4.Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Meme Kanseri Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişki Bulguları**

Bu bölümde olguların meme kanseri ile ilgili yeni bilgiler araştırıp araştırmadığı, meme kanseri eğitimlerine katılıp katılmadığı, mamografi ve ultrasonografi çektirmekten utananı mu, ulaşım ile ilgili, maddi yönden, sosyal güvence ve aile bireyleri yönünden sorunlar yaşayıp yaşamadığı, alternatif tedavi kullanıp kullanmadığı ile ilgili bulgular verilmektedir.

**Tablo 4.4. Kadınların Meme Kanseri Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bulgular**

Kadınların Tutum ve Davranışlarına İlişkin Form	EVET		HAYIR	
	n	%	n	%
1. Memenize baktığınızda ve muayene yaptığınızda memenizdeki değişiklikleri fark edebiliyor musunuz?	308	100,0	0	0,0
2. Meme muayenesi yaptığınızda memenizdeki kitleyi fark edebilir misiniz?	308	100,0	0	0,0
3. Meme kanseri ile ilgili yeni bilgiler araştırır mısınız?	238	77,3	70	22,7
4. Meme kanseri eğitimlerine katılır mısınız?	146	47,4	162	52,6
5. Meme kanseri taramaları yaptırmak, memede bulunan kitlenin sağlık personeli ya da sizin tarafınızdan fark edilmeden önce bulunmasını sağlar mı?	302	98,1	6	1,9
6. Mamografi çektiirmek sizi utandırır mı?	157	51,0	151	49,0
7. Mamografi çektiirmek dini inançlarınıza uygun mu?	294	95,5	14	4,5
8. Mamografi çektiirirken memelerinizi açmak zorunda kalmanız sizde utanç duygusu yaratır mı?	168	54,5	140	45,5
9. Mamografıyı çeken sağlık profesyonelinin cinsiyeti sizin için önemli mi?	261	84,7	47	15,3
10. Ultrasonografi çektiirmekten utanır mısınız?	152	49,4	156	50,6
11. Tanı ve tedavi aşamasında ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşadınız mı?	46	14,9	262	85,1
12. Tanı ve tedavi aşamasında çocuklarınıza bakacak kimse olmadığı için yeterli tetkikleri ve tedavileri yaptırmada geciktiniz mi?	11	3,6	297	96,4
13. Tanı ve tedavi aşamasında yaşam biçimindeki değişiklikler, aile bireyleri arasında rol değişimi gibi sorunlar yaşadınız mı?	282	91,6	26	8,4
14. Tanı ve tedavi aşamasında aile ilgili sorunlar yaşadınız mı?	33	10,7	275	89,3
15. Tanı ve tedavi aşamasında maddi problemler yaşadınız mı?	54	17,5	254	82,5
16. Tanı ve tedavi aşamasında sosyal güvence ile ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?	11	3,6	297	96,4
17. Yapılan tedavilerle birlikte alternatif tedavi yöntemleri kullanıyor musunuz?	41	13,3	267	86,7
18. Jinekoloğa sadece evli olan kadınlar mı gider?	66	21,4	242	78,6
19. Hastalığın tedavisi için kurban kestiniz mi?	0	0,0	308	0,0
20. Hastalığın tedavisi için kurşun döktürdünüz mü?	0	0,0	308	0,0
21. Hastalığın tedavisi için yatıra gittiniz mi?	0	0,0	308	0,0

Kadınların tutum ve davranışlarına ilişkin bulguları Tablo 4.4’de verildi. Kadınların tamamı “Memenize baktığınızda ve muayene yaptığınızda memenizdeki değişiklikleri fark edebiliyor musunuz?” ve “Meme muayenesi yaptığınızda memenizdeki kitleyi fark edebilir misiniz?” sorularına evet yanıtını verdi. “Meme kanseri ile ilgili yeni bilgiler araştırır mısınız?” sorusuna ise katılımcıların %77,3’ü (n=238) “evet” şeklinde %22,7’si (n=70) “hayır” şeklinde cevap verdi. “Meme kanseri eğitimlerine katılır mısınız?” sorusuna kadınların %47,4’ü (n=146) “evet” şeklinde %52,6’sı “hayır” şeklinde yanıt verirken eğitimlere katılmamalarının nedenlerini ise haberlerinin olmadığı, ev işlerinin olduğunu ve eğitimler sırasında morallerinin bozulduğu şeklinde cevaplandırıdılar. Kadınların %51,0’ı (n=157) mamografi çektirirken utandıklarını söyledi. Kadınların %95,5’i (n=294) mamografi çektirmenin dini inançlarına uygun olduğunu belirtti. Kadınların %54,5’i (n=168) mamografi çektirirken memelerini açmak zorunda kalmalarının utanç duygusu yarattığı cevabını verdiler. Kadınların %84,7’si (n=261) mamografi çeken sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olduğunu, %49,4’ü (n=152) ultrasonografi çektirmekten utandığını ifade etti. Kadınların %85,1’i (n=262) tanı ve tedavi aşamasında ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşamadığını belirtirken %14,9’u (n=46) şahsi arabalarının olmaması, kemoterapiden sonra otobüste mide bulantısı gibi sorunlar yaşadığını belirtti. Kadınların %96,4’ü (n=297) tanı ve tedavi aşamasında çocuklarına bakacak kimse olmadığı için yeterli tetkikleri ve tedavileri yaptırmada gecikmediğini ve %91,6’sı (n=282) tanı ve tedavi aşamasında yaşam biçimindeki değişiklikler, aile bireyleri arasında rol değişimi gibi sorunlar yaşadığını ifade etti. Kadınların %89,3’ü tanı ve tedavi aşamasında aile ile ilgili sorunlar yaşamadığını belirtirken %10,7’si çocukların bakımı, ev işleri ve psikolojilerinin bozulması gibi sorunlar yaşadığını belirtti. Benzer şekilde kadınların %82,5’i tanı ve tedavi aşamasında maddi problemler yaşamadığını belirtirken %17,5’i eşinin çalışmaması, eşinin olmaması, özel hastanelerdeki tedavi ücretlerini devletin karşılamaması gibi maddi sorunlar yaşadığını ifade etti. Bunun yanı sıra kadınların %96,4’ü tanı ve tedavi aşamasında sosyal güvence ile ilgili herhangi bir sorun yaşamadığını belirtirken %3,6’sı tanı ve

tedavi aşamasında sosyal güvence ile ilgili sorun yaşadığını belirtti. Kadınların %86,7'si yapılan tedavilerle birlikte alternatif tedavi yöntemleri kullanmadığını bildirirken %13,3'ü bitkisel ilaçlar gibi alternatif tedavi yöntemlerini kullandığını söyledi. Ayrıca kadınların tamamı hastalığın tedavisi için kurban kesmediklerini, kurşun döktürmediklerini ve yatıra gitmediklerini belirtti.

#### **4.5.Kadınların Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular**

Tablo 4.5.1'de olguların; eğitim durumu ile meme kanseri hakkındaki bilgileri, kendi kendine meme muayenesi duyma durumları, hastalık evreleri, hekime başvurma durumları ve alternatif tedavi uygulama durumlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular verilmektedir.

Tablo 4.5.1.Kadınların Eğitim Durumları İle Meme Kanseri Hakkındaki Bilgilerinin Karşılaştırılması

EĞİTİM DURUMU		EĞİTİM DURUMU										$\chi^2$	p
		Okuryazar Olan		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite ve Üstü			
DEĞİŞKENLER		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
Meme kanseri hakkında bilgisi var mı?	Evet	67	67,7	107	88,4	16	84,2	36	85,7	24	88,9	17,699	0,001***
	Hayır	32	32,3	14	11,6	3	15,8	6	14,3	3	11,1		
Kendi kendine meme muayenesi duydunuz mu?	Evet	76	76,8	112	92,6	19	100	42	100	27	100	28,874	0,000***
	Hayır	23	23,2	9	7,4	0	0	0	0	0	0		
Hastalık evresi	Evre 1	5	5,1	9	7,4	3	15,8	6	14,3	0	0	17,836	0,121
	Evre 2	74	74,7	83	68,6	11	57,9	26	61,9	24	88,9		
	Evre 3	14	14,1	24	19,8	5	26,3	10	23,8	3	11,1		
	Evre 4	6	6,1	5	4,1	0	0	0	0	0	0		
İlk hangi hekime gittiniz?	Dahiliye	13	13,1	15	12,4	0	0	3	7,1	0	0	11,266	0,187
	Genel Cerrahi	81	81,8	100	82,6	19	100	39	92,9	25	92,6		
	Kadın Doğum	5	5,1	6	5	0	0	0	0	2	7,4		
Yapılan tedavilerle birlikte alternatif tedavi yöntemleri kullanıyor musunuz?	Evet	5	5,1	10	8,3	3	15,8	9	21,4	14	51,9	45,779	0,000***
	Hayır	94	94,9	111	91,7	16	84,2	33	78,6	13	48,1		
Mamografi çektirmek sizi utandırır mı?	Evet	55	55,6	56	46,3	10	52,6	24	57,1	12	44,4	3,019	0,555
	Hayır	44	44,4	65	53,7	9	47,4	18	42,9	15	56,6		

\*\*\*p<0,001

Kadınların eğitim durumları ile meme kanseri hakkındaki bilgilerinin karşılaştırılması sonuçları tablo 4.5.1’de verildi.

Eğitim durumu ile meme kanseri hakkında bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ki-kare analizi ile tespit edildi ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,001^{***}$ ) ( $\chi^2 = 17,699$ ). Buna göre okuryazarlığı olanların diğer eğitim seviyesindeki bayanlara göre meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmaları daha az gözlenmektedir.

Eğitim durumu ile kendi kendine meme muayenesi duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ki-kare analizi ile tespit edildi ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,000^{***}$ ) ( $\chi^2 = 28,874$ ). Buna göre sadece okuryazar olanların kendi kendine meme muayenesini duyma durumlarının daha az olduğu gözlenmektedir.

Eğitim durumu ile hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ki-kare analizi ile tespit edildi ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,121$ ) ( $\chi^2 = 17,836$ ).

Eğitim durumu ile başvurdukları hekim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ki-kare analizi ile tespit edildi ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,187$ ) ( $\chi^2 = 11,266$ ).

Eğitim durumu ile alternatif tedavi uygulama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ki-kare analizi ile belirlendi ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,000^{***}$ ) ( $\chi^2 = 45,779$ ). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların alternatif tedaviyi daha çok uyguladıkları gözlemlendi.

Eğitim durumları ve mamografi çektirirken utanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ki-kare analizi ile belirlendi ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,555$ ) ( $\chi^2 = 3,019$ ).



**Tablo 4.5.2. Kadınların İkamet Yerleri İle Hastalık Evreleri ve İlk Hangi Hekime Gittiklerine Göre Karşılaştırılması**

İkamet		Değişkenler								$\chi^2$	p
		İl		İlçe		Kasaba		Köy			
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
<b>Hastalık evresi</b>	Evre 1	0	0	20	11,6	0	0	3	5,7	31,915	0,000***
	Evre 2	50	69,4	123	71,5	6	54,5	39	73,6		
	Evre 3	14	19,4	26	15,1	5	45,5	11	20,8		
	Evre 4	8	11,1	3	1,7	0	0	0	0		
<b>İlk hangi hekime gittiniz?</b>	Dahiliye	8	11,1	16	9,3	0	0	7	13,2	17,407	0,008***
	Genel Cerrahi	62	86,1	151	87,8	8	72,7	43	81,1		
	Kadın Doğum	2	2,8	5	2,9	3	27,3	3	5,7		

\* \* \*p<0,001

Kadınların ikamet yerleri ile hastalık evreleri ve ilk hangi hekime gittiklerine göre karşılaştırılması sonuçları tablo 4.5.2’de verildi

İkamet yerleri ve hastalık evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ki-kare analizi ile belirlendi ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,000^{***}$ ) ( $\chi^2 = 31,915$ ).

İkamet yerleri ve ilk hangi hekime gittikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ki-kare analizi ile belirlendi ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,008^{***}$ ) ( $\chi^2 = 17,407$ ). İlde yaşayanların %86,1’i, ilçede yaşayanların %87,8’i, kasabada yaşayanların %72,7’si ve köyde yaşayanların %81,1’i ilk genel cerrahi hekimine gittiği belirlendi.



**Tablo 4.5.3. Kadınların Gelir Durumları İle Hastalık Evreleri, KKMM Duyma Durumları ve Alternatif Tedavi Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması**

Değişkenler		Gelir Durumları						$\chi^2$	p
		Gelir giderden az		Gelir giderden çok		Gelir gidere denk			
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
<b>Hastalık evresi</b>	Evre 1	3	10,3	6	15,8	14	5,80	14,275	0,027*
	Evre 2	23	79,3	30	78,9	165	68,5		
	Evre 3	3	10,3	2	5,3	51	21,2		
	Evre 4	0	0	0	0	11	4,6		
<b>Kendi kendine meme muayenesi duydunuz mu?</b>	Evet	20	69	32	84,2	198	82,2	17,407	0,008***
	Hayır	9	31	6	15,8	43	17,8		
<b>Yapılan tedavilerle birlikte alternatif tedavi yöntemleri kullanıyor musunuz?</b>	Evet	3	10,3	17	44,7	21	8,7	37,156	0,000***
	Hayır	26	89,7	21	55,3	220	91,3		

\*p<0,05

\*\*\*p<0,001

Kadınların gelir durumları ile hastalık evreleri, KKMM duyma durumları ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumlarına göre ki-kare analizi sonuçları tablo 4.5.3'de verildi.

Kadınların gelir durumları ve hastalık evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ki-kare analizi ile belirlendi ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,027^{***}$ ) ( $\chi^2 = 14,275$ ).

Kadınların gelir durumları ve KKMM bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ki-kare analizi ile tespit edildi ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,008^{***}$ ) ( $\chi^2 = 17,407$ ).

Kadınların gelir durumları ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ki-kare analizi ile tespit edildi ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,000^{***}$ ) ( $\chi^2 = 37,156$ ).

**Tablo 4.5.4. Kadınların Yaşları ve Mamografi Çektirirken Utanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması**

Değişkenler		Mamografi çektirmek sizi utandırır mı?		Toplam	$\chi^2$	p	
		Evet	Hayır				
Yaş	20-30	Sayı (n)	7	8	15	17,950	0,001***
		Yüzde (%)	46,7	53,3	100,0		
	31-40	Sayı (n)	14	0	14		
		Yüzde (%)	100,0	0,0	100,0		
	41-50	Sayı (n)	46	44	90		
		Yüzde (%)	51,1	48,9	100,0		
	51-60	Sayı (n)	35	52	87		
		Yüzde (%)	40,2	59,8	100,0		
	61-70	Sayı (n)	55	47	102		
		Yüzde (%)	53,9	46,1	100,0		
<b>Toplam</b>		Sayı (n)	157	151	308		
		Yüzde (%)	51,0	49,0	100,0		

\*\*\*p<0,001

Kadınların yaşları ve mamografi çektirirken utanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ki-kare analizi ile tespit edildi (p<0,05) (p=0,001\*\*\*) ( $\chi^2=17,950$ ). Kadınların 20-30 yaş arasında %46,7'sinin, 31-40 yaş arasında %100'ünün, 41-50 yaş arasında %51,1'inin, 51-60 yaş arasında %40,2'sinin, 61-70 yaş arası %53,9'unun mamografi çektirirken utandığı saptandı.

**Tablo 4.5.5. Kadınların Medeni Hal İle Mamografi Çektirirken Utanma Durumları ve Jinekoloğa Gidişin Medeni Hale Göre Karşılaştırılması**

Değişkenler		Medeni Durum						$\chi^2$	p
		Bekar		Dul/Boşanmış		Evli			
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
<b>Mamografi çektirmek sizi utandırır mı?</b>	Evet	2	9,1	27	50,9	128	54,9	16,906	0,000***
	Hayır	20	90,9	26	49,1	105	45,1		
<b>Jinekoloğa sadece evli olan kadınlar mı gider?</b>	Evet	2	9,1	6	11,3	58	24,9	6,866	0,032*
	Hayır	20	90,9	47	88,7	175	75,1		

\*p<0,05

\*\*\*p<0,001

Kadınların medeni durumları ve mamografi çektirirken utanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ki-kare analizi ile belirlendi (p<0,05) (p=0,000\*\*\*) ( $\chi^2=16,906$ ). Evli olanların %45,1'inin, dul/boşanmış olanların %49,1'inin, bekar olanların %90,9'unun mamografi çektirirken utanmadığı saptandı.

Kadınların medeni durumları ve jinekoloğa sadece evli olan kadınların gidip gitmediğini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ki-kare analizi ile belirlendi (p<0,05) (p=0,032\*\*\*) ( $\chi^2=6,866$ ). Bekar ve dul/boşanmış olanlar daha çok jinekoloğa sadece evli bayanların gitmediğini söyledi.

## 5.TARTIŞMA

Meme kanseri, dünyada ve Türkiye’de en sık görülen kanser türü <sup>(18,28,60,81,95,118)</sup> olmakla birlikte bütün kanserlerin yaklaşık %10,4’ ünü oluşturmaktadır <sup>(2)</sup>. Ülkemizin doğusu ve batısı arasında meme kanseri görülme sıklığı değişiklik göstermektedir. Sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin bölgeler arası değişiklik göstermesinden dolayı hastalarda tanı anında hastalığın evresi ve uygulanan tedavilerde farklılık oluşabilmektedir. Bu nedenle bölgeler arasında meme kanserine bağlı prognoz da değişiklik gösterebilir. Hastaların eğitim durumu, ikametgâh yeri, ev halkı, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, sosyal ve fiziksel ortamlar gibi faktörler hastalık durumunda doktora başvuruyu ve tedavi seçeneklerini etkileyebilmektedir <sup>(35,70)</sup>.

Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın yolu erken tanı ve tedavidir. Erken tanının sağlanması da kadınların eğitimi, bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile gerçekleşmektedir <sup>(36)</sup>. Ayrıca kanser hastalarının aldıkları tedaviden yarar sağlamaları için hastalık sürecinde yaşanan fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunların en aza indirilmesi ve hastalara destek verilmesi gerekmektedir <sup>(114)</sup>.

Bu kapsamda meme kanseri tanısı konulan kadın hastaların, sosyal, ekonomik, kültürel faktörlerinin tanı ve tedavi üzerine etkisi ile birlikte klinik patolojik özellikleri, hastanın tanı, tedavi aşamasında hangi engellerle karşılaştığını belirlemek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular 5 ana başlık altında toplanarak, literatür bilgileri ile tartışıldı.

1. Kadınların bireysel özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
2. Kadınların meme kanseri risk değerlendirme özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
3. Kadınların meme kanseri teşhis, tedavi süreci ile ilgili özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,

4. Kadınların meme kanseri tutum ve davranışları arasındaki ilişki bulgularının tartışılması,
5. Kadınların bireysel özellikleri açısından karşılaştırılmasına yönelik bulguların tartışılması.





### 5.1. Kadınların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınların %29,2'sinin 51-60 yaş arasında olduğu görüldü (Tablo 4.1). Michels ve diğerleri <sup>(75)</sup> meme kanserli hastalara yaptığı çalışmada kadınların %33'ünün, Chor ve diğerleri <sup>(27)</sup> Hong Kong'da meme kanseri kayıtlarını kullanarak yaptığı retrospektif çalışmada kadınların %34'ünün 50-59 yaş arasında olduğunu saptamışlardır. Bu sonuçlar meme kanserinin ileri yaşlarda görülme sıklığının arttığını düşündürmekte olup, 20 yaşından itibaren her ay düzenli KKMM'si yapmanın, 40 yaş ve üzerindeki kadınların her yıl KMM yaptırmasının ve mamografi çektirmesinin erken tanı açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Kadınların %14,6'sının çocuk sahibi olmadığı saptandı (Tablo 4.1). Ardahan ve Yeşilbakan <sup>(12)</sup> meme kanserli hastalara yaptığı çalışmada kadınların %15'inin, Mansha ve diğerleri <sup>(73)</sup> Inmol Hastanesi'nde yaptığı araştırmada kadınların %20'sinin, Badar ve diğerleri <sup>(16)</sup> Shaukat Khanum Hastanesi ve Araştırma Merkezi'nde yaptığı çalışmada kadınların %10,2'sinin çocuk sahibi olmadığını saptamışlardır. Kadınlarda meme kanserine neden olan östrojen hormonunun emziren annede emzirmeyen anneye göre daha az bulunması, çocuk sahibi olmayan kadınlarda meme kanseri görülmesinin nedeni olduğu söylenebilir.

Kadınların sosyal güvenceye sahip olup olmama durumlarına baktığımızda hastaların %96,8'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır (Tablo 4.1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 sonuçlarına göre 15-49 yaş arasındaki kadınların %11'inin herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmadığı saptanmıştır <sup>(112)</sup>. Bu sonuç çalışmamızdan elde edilen orana yakınlık göstermekte olup, sosyal güvencesi olan kadınların sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurduğu söylenebilir.

Kadınların %66,2'sinin ilk menarşi 12 -13 yaşında olduğu, "17-20" ve "21-29" yaş arasındaki her iki grupta da %41,2'sinin ilk gebeliğinin olduğu görüldü (Tablo 4.1). Yapılan araştırmalar incelendiğinde elde edilen sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir <sup>(22,37,85)</sup>. Çalışmamızda kadınların ilk menarş yaşı 12-13 ve ilk gebeliği 30 yaşın altında olmasına karşın, %71,8'inin düzenli egzersiz yapmaması, %44,8'inin beslenmesinde sebze ve meyve tüketiminin az yağlı gıdaların fazla olması,

%28,2'sinin 40 yıldan uzun süredir düzenli adet görmesi ve %26,3'ünün birinci derece akrabalarında meme kanseri olması kadınlarda meme kanseri görülme sıklığını artırdığı söylenebilir.

## **5.2. Kadınların Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Kadınların %6,5'inin 10-15 yıldan fazla süredir oral kontraseptif ya da HRT aldığı saptandı (Tablo 4.2). Literatürde hormonal kontraseptif kullanımının meme kanseri için bir risk faktörü olduğu<sup>(94)</sup>, oral kontraseptif ve HRT kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre meme kanseri riskinin arttığı<sup>(31)</sup> belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde elde edilen sonuçlar ile bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir<sup>(31,39,97)</sup>. Uzun süre kullanılan östrojen ve progesteron hormonları uyarıcı olarak görev yaptığı için meme dokusundaki normal ve kanserli hücrelerin çoğalmasına sebep olduğundan, 10-15 yıl boyunca oral kontraseptif ya da hormon replasman tedavisi kullanımı meme kanserine neden olan bir durum olduğu söylenebilir.

Kadınların %26,3'ünün ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu görüldü (Tablo 4.2). Ailede (anne veya kız kardeşinde) meme kanseri öyküsü olması, meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Birinci derece akrabada meme kanseri olan kişi sayısı bir iken bu risk 1,80 kat, bu sayı iki olduğunda risk 2,9 kat artmaktadır. Meme kanseri tanısı konulan aile bireyine 30 yaşından önce tanı konuldu ise risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra tanı konuldu ise risk 1,5 kat artmaktadır<sup>(63)</sup>. Yapılan araştırmalar incelendiğinde ailede meme kanseri öyküsü olma oranı çalışmamızla benzerlik göstermektedir<sup>(31,48,51,53)</sup>. Bu çalışmada birinci derecede akrabada meme kanseri öyküsünün olması, kadınlarda meme kanseri gelişimine neden olan bir durum olduğunu düşündürmekte ve yüksek risk grubunda olan kadınların tarama programlarına daha erken dönemde girmesi tarama programları sayesinde meme kanserinde erken tanının rahatlıkla konulabilmesi açısından önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir.

Kadınların %71,8'inin düzenli egzersiz yapmadığı belirlendi (Tablo 4.2). Gür, K. ve diğerleri <sup>(46)</sup>, İstanbul'da bir mahallede yaşayan kadınlara yaptığı araştırmada kadınların %70,4'ünün düzenli egzersiz yapmadığını saptamışlardır. Kadınların büyük çoğunluğunun düzenli egzersiz yapmamasının toplumun belirli bir kesimi tarafından kadınların spora katılımlarının hâlâ kabul görmemesine, güvenlik sorununa, toplumsal baskıya, cinsiyet rollerine ve sosyo-ekonomik gibi nedenlere bağlı olduğu söylenebilir.

Kadınların %55,2'sinin beslenmede sebze ve meyve tükettiği, %16,6'sının beden kitle indeksinin 25 ve üzerinde olduğu saptandı (Tablo 4.2). Literatürde diyetin, meme kanseri için değiştirilebilir bir risk faktörü olduğu, beslenmenin değiştirilmesi ile meme kanserinin üçte birinin önlenebileceği ve aşırı vücut ağırlığının meme kanseriyle ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Meyve ve sebzedeki zengin bir diyetin meme kanseri riskini azalttığı, yağdan zengin diyetin ise meme kanseri riskini artırdığı belirtilmekle birlikte, bazı çalışmalarda da ilişki saptanmamıştır <sup>(66,121)</sup>. Hastaların büyük çoğunluğunun sebze ve meyve tüketmesine karşın, tarım ilaçları, GDO'lu (genetiği değiştirilmiş organizmalar) ve raf ömrü uzatılmış, işlenmiş besinlerin fazla tüketilmesi sağlıksız beslenmeye neden olduğundan kadınlarda meme kanseri görülmesini artırdığı düşünülebilir.

Kadınların %1'inin alkol kullandığı, %20,8'inin sigara içtiği saptandı (Tablo 4.2). Alkol tüketim miktarının ve alkol kullanım süresinin meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğu, her gün 1-2 kadeh alkol kullanılmasının meme kanseri insidansında %30-50 artışa neden olduğu belirlenmiştir <sup>(11,31,63)</sup>. Sigara birçok kanserin sebeplerinden birisi olarak bilinmesine karşın sigara ve meme kanseri arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır. Sigara kullanımı ile meme kanseri arasında net bir ilişki görülmemesine karşın, bazı çalışmalarda pasif sigara dumanının meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır <sup>(14)</sup>. Meme kanserli hastalara yapılan çalışmalar incelendiğinde sigara ve alkol kullanım oranları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir <sup>(31,39)</sup>. Bu çalışmadaki kadınların bireysel ve çevresel nedenlerden dolayı sigara ve alkol tüketiminin az olduğu düşünülebilir.

Kadınların %2,9'unun elektromanyetik alanlara ve radyasyona uzun süre maruz kaldığı, %6,8'inin ise çocukluk çağında göğüs bölgesinden radyasyon aldığı saptandı (Tablo 4.2). Şen ve Aygin <sup>(104)</sup>, meme kanseri riskine maruz kalan kadınları değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, elektromanyetik alana yüksek derecede maruz kalanlarda meme kanseri riskinin %16 oranında arttığı Mc Elroy ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada belirtilmiştir. Aker ve diğerleri <sup>(5)</sup> yaptığı çalışmada kadınların %1,5'inin göğüs bölgesinden radyasyon aldığını saptamışlardır. Çocukluk çağında göğüs bölgesinden radyasyona maruz kalmanın meme kanseri gelişimine neden olduğu söylenebilir.

Kadınların %62,7'sinin meme sağlığı açısından daha önce herhangi bir tetkik yaptırmadığı belirlendi (Tablo 4.2). Gazze şehrinde yapılan çalışmada kadınların %60'ının mamografi çektirmediği saptanmıştır <sup>(1)</sup>. Eğitim seviyesi düşük olan kadınların meme kanseri bilgi düzeyinin incelendiği çalışmada kadınların %59'unun mamografi ve ultrasonografi yaptırmadığı belirlenmiştir <sup>(37)</sup>. Bu çalışmadaki kadınların %52,6'sı meme kanseri eğitimlerine katılmadığı için tetkik, tarama programlarından haberleri olmaması kadınların meme kanserinin erken evrede tanılanamamasının sebeplerinden sayılabilir.

### **5.3. Kadınların Meme Kanseri Teşhis-Tedavi Süreci İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Kadınların %45,8'inin radyo ve televizyondan, %46,8'inin sağlık personelinin meme kanseri hakkında bilgi aldığı saptandı (Tablo 4.3.1). Çalışmamıza benzer şekilde kadınların radyo, televizyon ve sağlık personelinin meme kanseri hakkında bilgi aldığı daha önce yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir <sup>(3,8,64,116)</sup>. Televizyon ve radyo programları kadınların meme kanseri hakkında öncelikle ve sıklıkla belirtilen bir bilgi kaynağıdır. Bilgi kaynağı televizyon ve radyo olanların olumlu sağlık davranışı gösterdiği, meme kanserinde farkındalığı arttırmak için kadınlara hitap eden televizyon programlarında bu konuda doğru bilgilerin her fırsatta

verilmesinin yararlı olduğu, televizyon programların daha etkin yapılmasının halkı daha iyi bilinçlendireceği düşünölebilir.

Kadınların %31,8'i hekimden, %17,7'si hemşireden KKMM' sini öğrendiği, %22,4'ünün KKMM' si yapmadığı, meme muayenesi yapmayanların %30,9'unun ise KKMM' sinin nasıl yapıldığını bilmediği için muayene yapmadığı saptandı (Tablo 4.3.2). Yapılan araştırmalar incelendiğinde elde edilen sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir <sup>(8,54)</sup>. Kadınların KKMM öğrenme durumlarına bakıldığında, sağlık personelinden alınan eğitim yüzdesinin düşük olduğu, kadınların KKMM konusunda bilinçlendirilmesinde ve eğitilmesinde sağlık personelinin daha aktif olması gerektiği düşünölmektedir.

Kadınların %59,4'ünün KKMM aklına geldikçe yaptığı belirlendi (Tablo 4.3.2). Literatürde KKMM işlem öğrenilene kadar ilk birkaç ayda haftada bir, daha sonra menapoz öncesi dönemde menstürasyonun başlangıcından sonra 5 ve 7. günlerde, menopozdaki kadınlar için her ayın belli bir günü yapılması belirtilmektedir <sup>(56)</sup>. Literatür incelendiğinde kadınların KKMM'sini aklına geldikçe yapması sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir <sup>(54,64)</sup>. Kişilerin sağlık davranışlarını gerçekleştirmelerinde bilginin yanında kişilerin kùltürlerinin ve dinsel düşünöcelerinde önemli bir yeri olduğu, kùltürümüzde yer alan kaderci olma, hastalığın “kaderde var ise olacağı” düşünöcesi kadınların KKMM hakkında bilgileri olsa bile, bu davranışı gerçekleştirmelerine engel olabileceğini düşünörmektedir.

Kadınların %91,2'sinin son bir yılda düzenli olarak KMM yaptırdığı ve tamamının doktor kontrollerine gittiği saptandı. (Tablo 4.3.3). KMM ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde elde edilen sonuçlar bu çalışmadaki kadınların KMM yaptırmaları sonuçları ile benzerlik göstermektedir <sup>(20,116)</sup>. Kadınların meme kanseri belirtisi ortaya çıktıktan sonra düzenli kontrollerini yaptırmalarının, bu konudaki farkındalıklarının arttığını düşünörmekte ve 20-39 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaşından itibaren yılda bir olmak üzere uzman bir hekim tarafından KMM yapılmasının erken tanı açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Kadınların %87,3'ünün memesindeki sorunu ilk fark eden kişinin kendisi olduğu belirlendi (Tablo 4.3.3). Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalara yapılan çalışmada kadınların %88,9'unun<sup>(83)</sup>, Rusya ve Çin'de kendi kendine meme muayenesi ile ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmalarda kadınların %80'inin memesindeki kitleleri kendilerinin fark ettiği belirlenmiştir<sup>(56)</sup>. Meme kanserinin büyük bir çoğunluğu kadınların kendileri tarafından fark edildiği ve memelerini muayene eden kadınların meme kanserini erken evrede saptadığını düşündürmekte ve KKMM' sinin önemini bir kez daha göstermektedir.

Kadınların %58'inin memede kitle şikâyeti ile hekime başvurduğu belirlendi (Tablo 4.3.4). Hastaların memesinde kitle olması, meme kanseri için bir risk oluşturduğu ve bu riskin araştırıldığı birçok çalışmada kadınların %31-%85'inin memesinde kitleyi fark ettiği gösterilmiştir<sup>(31,83,84,99)</sup>. Kadınların ilk belirti olarak kitleyi saptaması hekime başvurmada önemli bir belirti olduğunu ve kadınların kitle dışında meme kanseri belirtileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündürmektedir.

Kadınların %55,2'sinin modifiye radikal mastektomi ameliyatı geçirdiği saptandı (Tablo 4.3.5). Çalışmalar incelendiğinde ileri evre meme kanserinde modifiye radikal mastektomi ameliyatı olma oranı çalışmamızla benzerlik göstermektedir<sup>(34,103,117)</sup>. Bu çalışmada modifiye radikal mastektomi ameliyatı oranının fazla olması hastaların %70,8'inin evre II ve %18,2'sinin evre III olmasına bağlı olduğu söylenebilir.

Kadınların %54,9'u memesindeki sorunu fark ettikten hemen sonra hekime başvurduğu, %36'sına bir hafta sonra kesin tanı konulduğu, %48,7'sinin memesindeki sorunu hekim belirlendikten hemen sonra ameliyat olduğu saptandı (Tablo 4.3.5). Türkiye'de meme kanserli hastalara yapılan çalışmada, hastalığın hasta tarafından fark edildiği ilk tarihten sağlık kuruluşuna başvuruya kadar geçen ortalama sürenin 10 gün, sağlık kuruluşuna başvurudan biyopsi ile histopatolojik tanı konulmasına kadar geçen ortalama sürenin 19 gün, biyopsiden ameliyata kadar geçen ortalama sürenin 10 gün

olduğu saptanmıştır <sup>(99)</sup>. Kadınlar memesindeki sorunu fark ettikten hemen sonra hekime başvurmasında; ölüm korkusu, yetersizlik, çaresizlik, yaşam ideallerinin tehdit altında olması, bireyin otonomisini kaybedeceği ve çevreye bağımlı olacağına ilişkin korkusunun etkili olduğunu düşündürmektedir.

#### **5.4. Kadınların Meme Kanseri Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Kadınların %77,3'ünün meme kanseri ile ilgili yeni bilgiler araştırdığı, %47,4'ünün meme kanseri eğitimlerine katıldığı saptandı. (Tablo 4.4). Yapılan araştırmalar incelendiğinde elde edilen sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir <sup>(56,61,62,116)</sup>. Kadınların meme kanseri hakkında yeni bilgileri son yıllarda popölaritesi artan internetten araştırmış, televizyonda yayınlanan sağlık programlarından öğrenmiş, bu bilgileri araştırmasının yanı sıra Kanseri Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi' deki (KETEM) uzman kişiler tarafından planlanan eğitimlere katılmış ve meme kanseri hakkında bilgi almış olabileceği düşünülebilir.

Kadınların %14,9'u ulaşımla (uzaklık) ilgili sıkıntılar yaşadığını ifade etti (Tablo 4.4). İnan ve Hindistan gibi daha az gelişmiş ölkelerde yapılan çalışmalarda kırsal alanlarda hastane ve kanser merkezlerinin olmaması, ulaşımla ilgili sıkıntılar olması kadınların doktora ulaşılabilirliğinde problemler yaşamasına ve hastanın tanı, tedavide gecikmesine neden olduğu belirlenmiştir <sup>(79)</sup>. Bu çalışmada ulaşımda hastaneye olan mesafe ile ilgili soruların az yaşanmasına karşın; genel olarak tanı ve tedavi yöntemlerine ulaşmada hastaların ulaşımla ilgili sıkıntılar yaşaması, meme kanserine bağlı genel sağ kalımı ve hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkileyebilir.

Kadınların %91,6'sının tanı ve tedavi aşamasında yaşam biçiminde değişiklik, aile bireyleri arasında rol değişimi gibi sorunlar yaşadığı saptandı (Tablo 4.4). Meme kanserli hastalara yapılan çalışmada, evli kadınların evlilik uyumlarında hastalık

öncesine göre düşme olduğu, kanser hastalarında evlilik uyumunun azalması ile beraber depresyon, anksiyete sorunlarının yaşandığı saptanmıştır <sup>(4)</sup>. Kanser hastasına sahip aile bireyleri arasında; bakım yükünün ve psikolojik morbiditenin artması, aile içi rollerde değişim, sosyal yaşamın ve ekonomik durumun bozulması gibi sorunlar yaşanmaktadır <sup>(92)</sup>. Meme kanserinde tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastaların genel sağkalım sürelerinin uzamasına, aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına, hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine neden olmakla birlikte; aile bireylerinin günlük yaşantılarının değişmesine, aile ilişkilerinde sorunlar yaşanmasına, aile bireyleri arasında rol kaybı, rol değişikliği olmasına ve ailenin dengesinin bozulmasına sebep olduğu söylenebilir.

Kadınların %17,5'i maddi problemler yaşadığını ifade etti (Tablo 4.4). Kanser; tanısı, tedavisi ve bakımı oldukça güç ve masraflı bir hastalık olmakla birlikte, yoğun bir bakım ve tedaviyi gerektirmektedir <sup>(10)</sup>. Meme kanseri, kadınların mesleki kariyerlerinde, çalışma yaşamlarında ve ekonomik durumlarında da önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar genel olarak, sağlık güvencesi, tekrar iş yaşamına dönememe, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler, damgalanma ve iş ayrımcılığı gibi problemlerdir <sup>(110)</sup>. Ayrıca ekonomik olarak yetersizlik hastada; sıkıntı, üzüntü, huzursuzluk, pişmanlık ve çaresizlik duygularına neden olmakta, aile üyeleri arasında çatışma ve endişe gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır <sup>(10)</sup>. Bu nedenle meme kanserli hastaların tedavisinin uzun sürmesi ve hastanın eski işinde çalışma şansını yitirmesi, buna bağlı olarak tıbbi bakım, muayene, ilaç ve beslenme rejimine ilişkin masrafları aile giderinde artmaya yol açtığından <sup>(10)</sup> hastalarda maddi problemler yaşanabileceği söylenebilir.

## **5.5. Kadınların Bireysel Özellikleri Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması**

Kadınların eğitim durumu ile meme kanseri hakkında bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.5.1) ( $p=0,001^{***}$ ) ( $\chi^2=17,699$ ).



Kılıç ve diğeri (59) üniversite öğrencilerine yaptığı çalışmada öğrencilerin %33,5'inin meme kanseri hakkında bilgisi olduğunu saptamışlardır. Bireyin hastalığının erken tanı ve tedavisinde; meme kanserine ilişkin bilgi ve inançlarının kitap, dergi, internet gibi yerlerden araştırıp öğrendiği ve uyguladığı, sağlık davranışlarının etkili olduğu söylenebilir.

Kadınların eğitim durumu ile alternatif tedavi uygulama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.5.1) ( $p=0,000***$ ) ( $\chi^2=45,779$ ). Ögüt Düzen ve Korkmaz (78) kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı çalışmasında, eğitim durumuna göre tıpta alternatif tedavi ölçeği genel skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde alternatif tedavi kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; eğitim düzeyi yüksek olanlarda alternatif tedavi kullanımının arttığı saptanmıştır (69). Eğitim seviyesi arttıkça tıpta alternatif tedavi kullanım oranının artması bu grupların kısa vadede sonuç alma isteği, çevreden daha fazla etkilenen bir grup olması ve bütün dünyada son yıllarda görülen tıpta alternatif tedavi popülaritesindeki artıştan en fazla etkilenen grup olmalarına bağlı olduğu (45) düşünülebilir.

Kadınların ikamet yerleri ve ilk gittikleri hekim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.5.2) ( $p=0,008***$ ) ( $\chi^2=17,407$ ). Öner ve diğeri (79) Güneydoğu Anadolu bölgesinde meme kanserinin tanı ve tedavisinde gecikme sebeplerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların %84'ünün ilk gittikleri hekimin uzmanlık alanının genel cerrahi olduğunu saptamışlardır. İl, ilçe, kasaba ve köyde ikamet eden kadınların büyük çoğunluğu memesinde yer alan kanser hücrelerinin ameliyatla çıkartılmasının ve ameliyatla vücuttan uzaklaştırılmasının mümkün olabileceğini düşündüğünden genel cerrahi uzmanını tercih ettikleri söylenebilir.

Kadınların gelir durumları ve hastalık evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p=0,027***$ ) ( $\chi^2=14,275$ ) (Tablo 4.5.3). Yapılan

araştırmalar incelendiğinde elde edilen sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir <sup>(70,123)</sup>. İnsanlar, ekonomik zorluklarla savaşırken, işsiz kalanlar nasıl yeni bir iş bulacaklarının, geçim sıkıntısını nasıl atlatacaklarının, borçlarının altından nasıl kalkacaklarının kaygılarını yaşarken kişilerin kendilerinin sağlıklarını ihmal ettikleri söylenebilir.

Kadınların gelir durumları ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.5.3) ( $p=0,000***$ ) ( $\chi^2=37,156$ ). Türkiye’de meme kanserli hastalara yapılan çalışmada tıpta alternatif tedavi kullanımı ve mali zorluklar arasında olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır <sup>(57)</sup>. Sağkal ve diğerleri <sup>(98)</sup> kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarını değerlendirdiğinde yaşlı bireylerin gelir durumu ve tıpta alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu saptamışlardır. Güngörmüş ve Kıyak <sup>(47)</sup>, Tayvan’da gelir düzeyi yüksek olanlarda alternatif tedavi kullanımının daha fazla olduğu Chen ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada belirlenmiştir. Bitkisel tedavilere ulaşımın kolay olması, bitkilerin zararsız olduğuna inanılması, doğal olması, kültürel yapımıza yakın olması hastaları alternatif tedaviye yönlendirdiğini düşündürmektedir. Ayrıca alternatif tedaviyi yaşam kalitelerini artırmak, semptomları ve ilaçlara bağlı yan etkileri azaltmak, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak amacıyla kullanıldıkları söylenebilir.

Kadınların yaşları ve mamografi çektirirken utanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.5.4) ( $p=0,001***$ ) ( $\chi^2=17,950$ ). En çok utanmanın 31-40 yaş arasında olduğu görüldü. Yapılan araştırmalar incelendiğinde elde edilen sonuçlar ile bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir <sup>(61,116)</sup>. Kadınlarda mamografi çektirirken utanmanın en fazla 31-40 yaş arasında olması; kadınların %7,1’inin bekar olmasına, mamografi çeken sağlık personeli cinsiyetinin erkek olmasına, mamografi esnasında kadınların mahremiyetine, önceki

olumsuz muayene deneyimlerine ve öz bakıma yönelik endişelerine bağlı olduğu söylenebilir.

Kadınların medeni durumları ve mamografi çektirirken utanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.5.5) ( $p=0,000***$ ) ( $\chi^2 = 16,906$ ). Evli olan kadınların %45,1'inin utanmadığı belirlendi. Koç ve Sağlam <sup>(61)</sup> çalışmalarında kadınların %94'ünün evli olduğunu ve bu kadınların %92,3'ünün mamografi çektirirken utanmadığını saptamışlardır. Bu çalışmadaki kadınların %85,4'ünün çocuğu olmasına bağlı olarak gebelik ve doğum gibi süreçlerin olması mamografi çektirirken utanmamaya sebep olduğu söylenebilir.

Kadınların medeni halleri ve jinekoloğa sadece evli olan kadınların gitmesi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi (Tablo 4.5.5) ( $p=0,032***$ ) ( $\chi^2 =6,866$ ). Evli, dul/boşanmış ve bekar olan kadınların büyük çoğunluğu jinekoloğa sadece evli olan kadınların gitmeyeceklerini ifade etti. Demir ve Oksay <sup>(33)</sup> jinekoloğa giden kadınların %81,7'sinin evli, %18,3'ünün bekar/ boşanmış, Cangöl ve Tokuç <sup>(25)</sup> jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların %84,6'sının evli, %11,9'unun bekar ve %3,5'inin dul, Ozan ve diğerleri <sup>(77)</sup> kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların %80,1'inin evli, %13,1'inin bekar, %3,6'sının dul olduğunu saptamışlardır. Bu durum jinekoloğa sadece evli kadınların gitmediğini, jinekolojik açıdan herhangi bir sağlık sorunu yaşayan tüm kadınların kadın doğum doktoruna gidebileceğini göstermektedir.

## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Kadınların %29,2'sinin 51-60 yaş arasında, %75,6'sının evli, %55,8'inin ilçede yaşadığı, %39,3'ünün ilkokul mezunu olduğu,
- Kadınların %87,7'sinin çalışmadığı, %78,2'sinin “geliri gidere denk “olduğu, %96,8'inin sağlık sigortasının olduğu,
- Kadınların %42,2'sinin çocuk sayılarının “3-4” olduğu, %66,2'sinin ilk menarş yaşının “12-13” olduğu, %28,2'sinin 40 yıldan uzun süredir düzenli adet gördüğü, %5,8'inin 55 yaşından sonra menapoza girdiği, %41,2'sinin ilk gebelik yaşının “17-20” ve “21-29” olduğu,
- Kadınların %56,2'sinin kronik bir hastalığı olmadığı, kadınların %28,2'sinin düzenli egzersiz yaptığı, %44,8'inin beslenmesinde sebze ve meyve tüketiminin az yağlı gıdaların fazla olduğu, %16,6'sının beden kitle indeksinin 25 ve üzerinde, %1,0'ının alkol ve %20,8'inin sigara kullandığı,
- Kadınların %6,5'inin 10-15 yıldan fazla süredir oral kontraseptif ya da hormon replesman tedavisi aldığı, %26,3'ünün ailesinde yakın akrabalarında meme kanseri olan kişiler olduğu,
- Kadınların %6,8'inin çocukluğunda göğüs bölgesinden radyasyona maruz kaldığı, %2,9'unun elektromanyetik alanlara ve radyasyona uzun süre maruz kaldığı,
- Kadınların %37,3'ünün meme sağlığı açısından daha önce herhangi bir tetkik yaptırdığını, %81,2'sinin daha önce meme kanseri hakkında bilgi aldığı,
- Kadınların %89,6'sı KKMM duyduğunu, %77,6'sı KKMM yaptığını, %91,2'si son bir yılda KMM yaptırdığı,

- Kadınların %54,9'unun memelerindeki sorunu fark ettikten hemen sonra hekime başvurduğu, %85,7'si ilk olarak genel cerrahi birimine başvurduğu, %70,8'inin ise hastalığının ikinci evresinde olduğu, kadınların büyük bir bölümünün ilk olarak memede kitle şikâyeti ile hekime başvurduğu ve kendi istekleri ile hekime gittiği,
- Kadınların tamamına tanı konulmada mamografi, USG ve ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulandığı, %55,2'sine meme kanserinden dolayı modifiye radikal mastektomi uygulandığı,
- “Meme kanseri ile ilgili yeni bilgiler araştırır mısınız?” sorusuna ise kadınların %77,3'ünün “evet” şeklinde cevapladığı, “Meme kanseri eğitimlerine katılır mısınız?” sorusuna kadınların %52,6'sı “hayır” şeklinde yanıtladırken eğitimlere katılmamalarının nedenlerini ise haberlerinin olmadığı, ev işlerinin olduğunu ve eğitimler sırasında morallerinin bozulduğu şeklinde cevaplandırdığı,
- Kadınların %51,0'ı mamografi çektirirken utanıldığını, %84,7'si mamografi çeken sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olduğunu, %49,4'ü ultrasonografi çektirmekten utanıldığını,
- Kadınların %91,6'sı tanı ve tedavi aşamasında yaşam biçimindeki değişiklikler, aile bireyleri arasında rol değişimi gibi sorunlar yaşadığını,
- Kadınların %82,5'i tanı ve tedavi aşamasında maddi problemler yaşamadığı, %86,7'si yapılan tedavilerle birlikte alternatif tedavi yöntemlerini kullanmadığı, kadınların tamamının hastalığın tedavisi için kurban kesmediği, kurşun döktürmediği ve yatıra gitmediği,
- Kadınların eğitim durumu ile meme kanseri hakkında bilgi durumu, KKMM duyma durumu, alternatif tedavi uygulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- İkamet yerleri ile hastalık evreleri ve ilk hangi hekime gittikleri arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- Gelir durumları ile hastalık evreleri ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- Yaşları ile mamografi çektirirken utanma durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir ilişki olduğu,

- Medeni durum ile mamografi çektirirken utanma durumları ve jinekoloğa sadece evli bayanların gidip gitmemesi sorusunun cevapları değerlendirildiğinde arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

## 6.2.Öneriler

- Meme sağlığı eğitimi planlarken, kadınların tarama davranışlarını etkileyen sağlık inançlarını göz önünde bulundurmalıdır.
- Kadınların yaşlarına uygun olan tarama programlarına katılması sağlanmalıdır.
- Kadınların KKMM düzenli bir davranıŐ haline getirmesi sağlanmalıdır.
- Samsun İli için halk sağlık çalışanları tarafından meme kanseri tarama tetkiklerini halka ücretsiz sunan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim merkezlerine yönlendirilmelidir.
- Sağlık alıŐanları Samsun ilinde meme kanseri açısından halka yönelik toplantılar yapmalı, medya kuruluşlarında sağlık programları ile toplum bilinçlendirilmelidir.
- Sağlık alıŐanları meme kanseri belirtileri, risk faktörleri ve erken tanı uygulamaları yönünden kadınları bilgilendirmeli ve periyodik aralıklarla bu uygulamaları devam ettirmeleri ve yapılan eğitim uygulamalarında hemşirelerin aktif görev almaları sağlanmalıdır.
- Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri, meme kanseri taramasına ilişkin geliŐmeleri izlemeli, tarama önerilerine ilişkin yeni değişiklikleri bilmeli ve kadınları bilgilendirerek tarama programlarına daha fazla katılımı sağlanmalıdır.
- Tanı ve tedavi sürecindeki yapılan tüm uygulamalarda hastanın mahremiyetine özen gösterilmeli ve sağlık çalışanlarının farkındalıkları geliŐtirilmeli.
- Sağlık personeli, hasta ve ailesinin tedavinin etki ve yan etkileri konusunda eğitim gereksinimlerini değerlendirilmesinde, hastaya tedavinin güvenli olarak uygulanmasında, tedavi sonrası geliŐebilecek yan etkilerin (bulantı, kusma, mukozit, enfeksiyon vb.) kontrolünde, hasta ve ailesinin kanserin kendisi ve tedavisine bağlı oluşabilecek yan etkilerle psiko-sosyal sorunlar ile baş

etmesinde, hasta ve ailesine yönelik eğitim materyallerinin hazırlanmasında, hastanın tedavi sürecinde tüm kayıtlarının tutulmasında ve bireyin öz bakım gücünü kazanmasında hemşireler hastaya ve ailesine destek olmalıdır.

- Kadınların ideal kilosunu sağlamak ve korumak için günlük hayat düzenine en uygun olan egzersiz yöntemini seçmesi sağlanmalı ve bu davranışı düzenli olarak sürdürmesi konusunda bilinçlendirilmelidir.



## KAYNAKLAR

1. Abu-Shammala, B., I. ve Abed, Y. (2015). Breast Cancer Knowledge and Screening Behavior Among Female School Teachers in Gaza City. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(17):7707-7711.
2. Abdollahi, A. ve Etemadi, M.(2016). Pathological Characteristics of Triple-Negative Breast Cancer at Main Referral Teaching Hospital, April 2014 to April 2015, Tehran, Iran. *International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research*, 1;10(4):200-205.
3. Açıkgöz, A., Çehreli, R. ve Ellidokuz, H. (2015). Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 11: 31-38.
4. Akdeniz, B. E. (2012). Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2):53-60.
5. Aker, S., Öz, H. ve Kaynar Tunçel, E. (2014). Samsun İlinde Yaşayan Yirmi Yaş Üstü Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10: 229-233.
6. Aker, S., Öz, H. ve Kaynar Tunçel, E. (2015). Samsun'da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri İle İlgili Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 11: 115-122.
7. Aksoy, E., Y., Turfan, Ç., E., Sert, E. ve Mermer, G. (2015). Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Engeller. *Meme Sağlığı Dergisi*, 11:26-30.
8. Alpteker, H. ve Avcı, A. (2010). Kırsal Alandaki Kadınların Meme Kanseri Bilgisi ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(2):74-79.



9. Alpteker, H., Gümüş D., Doğan, S., Bilir, S. ve Önal, M. (2011). Kız Öğrencilerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(3):176-181.
10. Altınova, H., H., ve Duyan, V. (2013). Onkolojik Sosyal Hizmet. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 7(3):40-45.
11. American Cancer Society. Cancer Fact and Figures 2016.(2016) Erişim: 24 Aralık 2016 <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>.
12. Ardahan M., ve Yeşilbalkan, Ö. (2010). Perceived Family Support of Women With Breast Cancer and Affecting Factors in Turkey. *Asia Pacific Journal Cancer Prevention*, 11, 1425-1429.
13. Aydın, S. ve Akça, T. (2011). *Tüm Yönleriyle Meme Kanseri*. Adana: Nobel Kitapevi.
14. Aydoğan, T., Çakçak, E., Şimşek, Ç., Erginöz, E., Aydoğan, F., Hatioğlu, S., ve diğerleri. (2013). Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanseri Etkisi. *Bakırköy Tıp dergisi*, 9(4):176-182.
15. Ayhan, A., Dursun, P., Gültekin, M. ve Taşkıran, Ç. (2013). *Jinekolojik ve Onkoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitap Evleri.
16. Badar, F., Mahmood, S., Faraz, R., Quader, Au., Asif, H. ve Yousaf, A. (2015). Epidemiology Of Breast Cancer At The Shaukat Khanum Memorial Cancerhospital And Research Center, Lahore, Pakistan. *Journal Of The College Of Physicians And Surgeons Pakistan*, 25 (10): 738-742.
17. Bae, J., M., ve Kim, E., H. (2016). Breast Density and Risk of Breast Cancer in Asian Women: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Journal of Preventive Medicine Public Health*, 49(6):367-375.
18. Baghestani, A., R., Shahmirzalou, P., Zayeri, F., Akbari, M., E. ve Hadizadeh, M. (2015). Prognostic Factors For Survival In Patients With Breast Cancer Referred To Cancer Research Center In Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(12):5081-5084.
19. Basra, M., A., Saher, M., Athar M., M. ve Raza, M., H. (2016). Breast Cancer In Pakistan A Critical Appraisal Of The Situation Regarding Female Health And

- Where The Nation Stands?. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, 17 (7): 3035-3041.
20. Başar, F. ve Şen, S. (2012). Kütahya Bölgesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Meme Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(4):185-190.
21. Bazargani, Y., T., de Boer, A., Schellens, J., H., Leufkens, H., G. ve Mantel-Teeuwisse, A., K. (2015). Essential Medicines For Breast Cancer In Low And Middle Income Countries. *BioMed Central Cancer*, 15: 591.
22. Beji, N., K. ve Reis, N. (2007). Risk Factors For Breast Cancer In Turkish Women: A Hospital-Based Case-Control Study. *European Journal of Cancer Care*, 16(2): 178- 184.
23. Blumen, H., Fitch, K. ve Polkus, V. (2016). Comparison of Treatment Costs for Breast Cancer, By Tumor Stage and Type of Service. *Am Health Drug Benefits*, 9(1):23-32.
24. Büyükakıncak, Ö., Akyol, Y., Özen, N., Ulus, Y., Cantürk, F., Tander, B., ve diğerleri. (2013). Meme Kanseri Cerrahisi: Üst Ekstremité İçin Bir Problem Midir? *Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 59:304-309.
25. Cangöl, E. ve Tokuç, B. (2013). Jinokoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2): 85-91.
26. Ceylan, İ. (2016). *Lenf Sistemi ve Hastalıkları*. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları.
27. Chor, J., S., Lam, H., C., Chan, A., Lee, H., M., Fok, E., Griffiths, S. ve diğerleri. (2014). Socioeconomic Disparity In Breast Cancer Detection In Hong Kong – A High Income City: Retrospective Epidemiological Study Using The Breast Cancer Registry. *Plos One*, 9(10): e107630.
28. Civelek, G., M. (2016). Meme Kanseri İle İlişkili Lenf Ödemin El Kas Gücü, El Fonksiyonları ve Elde Duyu Kaybına Etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 41(2):208-216.
29. Compton, C., C., Byrd, D., V., Garcia-Aguilar, J., Kurtzman, S., H., Olawoye, A. ve Washington, M., K. (2013). *Ajcc Kanser Evreleme Atlası* (S. Ergüney, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

30. Copeland, E., M. ve Bland K., I. (2011). *Meme Benign ve Malign Hastalıklarına Kapsamlı Yaklaşım*. Ankara: Palme Yayınevi.
31. Çakır, S., Kafadar, M., T., Arslan, Ş., N., Türkan, A., Kara, B. ve İnan, A. (2016). Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınlarda Risk Faktörlerinin Güncel Veriler Işığında Gözden Geçirilmesi. *Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 2(3):186-194.
32. Değerli, Ü. ve Erbil, Y. (2013). *Genel Cerrahi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
33. Demir, S. ve Yeşiltepe Oskay, Ü. (2014). Jinekolojik Muayene Olan Kadınların Yaşadığı Deneyimler ve Sağlık Profesyonellerinden Beklentileri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1):68-79.
34. Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2011). Gevşeme Eğitiminin Meme Kanseri Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 10(2):165-174.
35. Dialla, P., O., Arveux, P., Ouedraogo, S., Pornet, C., Bertaut, A., Roignot, P. ve diğerleri. (2015). Age-Related Socio-Economic And Geographic Disparities In Breast Cancer Stage At Diagnosis: A Population-Based Study. *European Journal Of Public Health*, 25(6):966-972.
36. Dinçel, E., Kısmet, K., Erel, S., Sunay, D., Şahin, M., Taşova, V. ve diğerleri. (2010). İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(3): 113-117.
37. Dinçel, O., Başak, F., Pektaş, B. ve Kınacı, E. (2014). Eğitim Seviyesi Düşük Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyi ve Risk Hesaplaması. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 25(3):181-186.
38. Emek, K. (2016). *Meme Hastalıkları ve Cerrahisi*. Antalya: Kongre Kitap Evi.
39. Ergenç, H., Olt, S., Sönmez, U., Ö., Tamer, A., Gürkan Toçoğlu, A., ve Korkmaz, S. (2015). Meme Kanseri Hastalarımızın Geriye Dönük Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 5(2):82-86.
40. Ersin, F. ve Bahar, Z. (2013). Odak Grup Görüşmeleri ve Kültürel Bakım Farklılık-Evrensellik Teorisi İlişkisi [Elektronik Sürüm]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3), 165-168.
41. Eryılmaz, M.A., Karahan, Ö., Sevinç, B., Ay, S. ve Cıvcık, S. (2010). Meme Kanseri Taramalarının Etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(4):145-149.

42. Ghoncheh, M., Pournamdar, Z. ve Salehiniya, H. (September 2016). Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, s.43-46.
43. Ghoncheh, M., Momenimovahed, Z. ve Salehiniya, H. (September 2016). Epidemiology, Incidence and Mortality of Breast Cancer in Asia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, s. 47-52.
44. Gültekin, S. (2014). Ultrasonografide Yeni Uygulamalar. *Türk Radyoloji Derneği*, 2:158-170.
45. Güngörmüş, Z. ve Kıyak, E. (2012). Ağrı Yaşayan Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviye İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ağrı*, 24(3):123-129.
46. Gür, K., Kadioğlu, H. ve Sezer, A. (2014). İstanbul'da Bir Mahallede Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Riskleri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10: 154-160.
47. Habib, S., O., Hameed, L., A., Ajeel, N., A., Al-Hawaz, M., H., Al-Faddagh, Z., A., Nasr, G., N. ve diğerleri. (2016). Epidemiology Of Breast Cancer Among Females İn Basrah. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17:191-195.
48. Hacıbekiroğlu, İ., Altınbaş, M., Ersoy, U., Urvay, S., Sarı, E., Çolak, D. ve diğerleri. (2014). Meme Kanseri Hastalarında Tümör Belirteçleriyle Evre ve Prognostik Faktörler Arasındaki İlişki. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 6 (1): 6-12
49. Harbeck N. ve Gnant M. (2016). Breast Cancer. [Meme Kanseri]. *Lanset*, (16):31891-31898.
50. Herek, D. ve Karabulut, N. (2010). Manyetik Rezonans Görüntüleme. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(3): 214-222.
51. Horn-Ross, P.,L., Canchola, A.,J., Bernstein ,L., Neuhausen ,S.,L., Nelson, D.,O. ve Reynolds, P. (2016). Lifetime Body Size And Estrogen-Receptor-Positive Breast Cancer Risk İn The California Teachers Study Cohort. *Breast Cancer Research*, 21;18(1):132.
52. Huang, Y.,S, Chen, J.,L., Huang, C.,S., Kuo,S.,H., Jaw, F.,S., Tseng,Y.,H. ve diğerleri (2016). High Mammographic Breast Density Predicts Locoregional Recurrence After Modified Radical Mastectomy For İnvasive.Breast Cancer: A Case-Control Study. *Breast Cancer Research*, 1;18(1):120.

53. Ichida, M., Kataoka, A., Tsushima, R. ve Taguchi, T.(2015). No Increase In Breast Cancer Risk In Japanese Women Taking Oral Contraceptives: A Case-Control Study Investigating Reproductive, Menstrual And Familial Risk Factors For Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(9):3685-3690.
54. İlhan, N., Çöl, A., G., Tanboğa, E., Şengül, A. ve Batmaz, M. (2014). Sağlıkla İlgili Bölümlerde Okuyan Üniversite Öğrencilerinin Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10: 147-153.
55. İnan, Ş., F. ve Üstün, B. (2013). Meme Kanserinde Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9: 48-51.
56. Kabataş, S., M., Kızıl, H. ve Duman, D. (2010). Bayan Öğretmenlerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(4):150-155.
57. Kalender, M., E., Büyükhatipoğlu, H., Balakan, O., Suner, A., Dirier, A., Sevinc, A. ve diğerleri. (2014). Depression, Anxiety and quality Of Life Through the Use Of Complementary and Alternative Medicine Among Breast Cancer Patients In Turkey. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 10(4):962-966.
58. Kara, G. F., Haydaroğlu, A., Eren, H. ve Kitapçıoğlu, G. (2014). Meme Kanseri Radyoterapi Planlamasında Farklı Tekniklerin Karşılaştırılması. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10: 83-87.
59. Kılıç, D., Sağlam, R. ve Kara, Ö. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(4):195-199.
60. Kısım, A., Karaca, B., Atmaca, H., Ünüvar, P., D., Uzunoğlu, S. ve Uslu, R.(2011). Türk Meme Kanseri Hastalarında Kanseri ve Normal Meme Dokusu Örneklerinde FGFR2 Gen Polimorfizminin Belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(1):30-35.
61. Koç, Z. ve Sağlam, Z. (2009). Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi ve Eğitimin Etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(1).25-33.
62. Koç, Z. , Çelebi ,P. , Memiş , A. , Sağlam , Z . ve Beyhan, F. (2014). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10: 166-173.

63. Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, D., S., Tükün, A. ve Yalçın, B. (2010). Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(2):47-67.
64. Koçyiğit, O., Erel, S., Kısmet, K., Kılıçoğlu, B., Sabuncuoğlu, M., Z. ve Akkuş, M., A. (2011). Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. *Nobel Medicus*, 7(2):19-25.
65. Kolutek, R. ve Avcı, İ., A. (2015). Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 11: 155-162.
66. Kruk, J. (2014). Overweight, Obesity, Oxidative Stress And The Risk Of Breast Cancer. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 15(22):9579-9586.
67. Kunt, H. ve Sel, R., B. (2013). Kütahyalı Kadınlarda Meme Kanseri Sıklığının ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: 2010-2011 Yılı Tarama Sonuçları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9: 130-134.
68. Kurt, C., Eyvaz, K., Tuncer, Y., Balin, S., Göktaş , S., Eser , M. ve diğerleri. (2011). Meme Başlı Akıntıları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(4): 216-220.
69. Kurt, H., Keşkek, Ş., Ö., Çil, T. ve Canataroğlu, A. (2013). Meme Kanseri Hastalarda Tamamlayıcı/ Alternatif Tedavi Kullanımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1):10-15.
70. Kuzhan, A. ve Adlı M. (2015). Sosyoekonomik-Kültürel Faktörlerin Meme Kanseri Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 11: 17-21.
71. Leung, J., Martin, J. ve Mclaughlin, D.(2016). Rural-Urban Disparities İn Stage Of Breast Cancer At Diagnosis İn Australian Women. *Australian Journal Of Rural Health*.24(5):326-332.
72. Majidzadeh, A., K., Farahmand, L., Zare, A., A., Esmaili, R., Salehi, M. ve Habibi, M. (2016). Iranian Women's Attitude Toward Prophylactic Mastectomy For Breast Cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 12(2):915-919.
73. Mansha, M., Saleem, M., Wasim, M. ve Tariq, M.(2016). Prevalence Of Known Risk Factors İn Women Diagnosed With Breast Cancer At Inmol Hospital, Lahore. *Punjab*. 17(2):563-568.

74. Matthews, S., B. ve Thompson, H., J. (2016). The Obesity-Breast Cancer Conundrum: An Analysis of the Issues. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(6):989.
75. Michels, F.A.S., Latorre, M. R. D. O. ve Maciel, M. S. (2013). Validity, Reliability And Understanding Of The EORTC-C30 And EORTC-BR23, Quality Of Life Questionnaires Specific For Breast Cancer. *Rev Bras Epidemiol*, 16(2): 352-363.
76. Nagrani R.T., Budukh A., Koyande S., Panse N.S., Mhatre S.S. ve Badwe R. (2014). Rural Urban Differences İn Breast Cancer İn India. *Indian Journal Cancer*, 51 (3): 277-281.
77. Ozan, H., Çetinkaya Demir, B., Atik, Y., Gümüş, E. ve Özerkan, K. (2011). Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Human Papilloma Virüs ve HPV Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37 (3):145-148.
78. Ögüt Düzen, K. ve Korkmaz, M. (2015). Kanser Hastalarında, Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. [Elektronik Sürüm]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2):67-77.
79. Öner, E., Girgin, S., Uslukaya, Ö., Bozdağ, Z., Gümüş, H., Uraççı, Z. ve diğerleri. (2015). Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Meme Kanseri Tanı ve Tedavide Gecikme Sebeplerine Yönelik Anket Çalışması. *Journal Of Clinical And Experimental Investigations*, 6 (4): 375-381.
80. Özaydın, A., N., Güllüoğlu, B., M., Ünalın, P., C., Gorpe, S., Cabioglu ,N., Öner , B.,R. ve diğerleri (2009). Bahçeşehir’de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. *Meme Sağlığı Dergisi*,5(4):214-223.
81. Özçınar, B., Güler, S., A., Özmen, V., Güllüoğlu, B., M., Kocaman, N., Özkan, M., ve diğerleri. (2010). Meme Kanseriinde Lokal/Bölgesel Tedavi Sonrası Görülen Komplikasyonlar ve Bunların Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(1):9-16.
82. Özen, B., Zincir, H., Kaya Erten, Z., Özkan, F. ve Elmalı, F. (2013). Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9: 200-204.

83. Özgün, H., Soyder, A. ve Tunçyürek, P. (2009). Meme Kanserinde Geç Başvuruyu Etkileyen Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2):87-91.
84. Özkan, S. ve Büyükdoğan, M. (2010). Meme Kanserinde Prognostik Faktörler: Vakalarımızın Retrospektik Analizi. *Tıp Araştırma Dergisi*.8(1):9-14.
85. Özmen, V. , Özcinar, B., Karanlık, H., Cabioglu, N., Tükenmez, M., Disci, R. ve diğerleri (2009). Breast Cancer Risk Factors İn Turkish Women – A University Hospital Based Nested Case Control Study. *World Journal of Surgical Oncology*, 8(7):37.
86. Özmen, V. (2011). Lokal İleri Meme Kanseri ve Tartışmalı Konular. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(4): 191-195.
87. Özmen, V., Cantürk, Z., Çelik V., Güler, N., Kapkaç, M, Koyuncu, A. ve diğerleri (2012). *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
88. Öztému, Y., Aydos, A. ve Dedeoğlu, B., G. (2015). Meme Kanseri Mikrodizin Verilerin Biyoinformatik Yöntemler İle Bir Araya Getirilmesi, Meta –Analiz Yaklaşımlar. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 72(2):155-162.
89. Panjari, M., Bell, R.J. ve Davis, S.R. (2011). Sexual Function After Breast Cancer. *Journal of Sexual Medicine*, 8:294-302.
90. Pehlivan, S., Yıldırım, Y. ve Fadıoğlu, Ç. (2013). Kanser, Kültür ve Hemşirelik. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4)4: 168-174.
91. Peng, L., Chen, W., Zhou, W., Li, F., Yang, J. ve Zhang, J. (2016). An İmmune-İnspired Semi-Supervised Algorithm For Breast Cancer Diagnosis. *Computer Methods And Programs İn Biomedicine*, 134:259-265.
92. Polat, Ü. (2011). İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Veren Roller ve Destek Gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4):193-198.
93. Polat, R., F., Yıldız, E. ve Polat, S. (2013). Ultrasonografi Eşliğinde Memede İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi:132 Olgunun Retrospektif Analizi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2:12-16.
94. Poosari, A., Promthet, S., Kamsa-Ard, S., Suwanrungruang, K., Longkul, J. ve Wiangnon, S. (2014). Hormonal Contraceptive Use And Breast Cancer İn Thai Women. *Journal Of Epidemiology*, 24(3):216-220.
95. Rocco, N., Rispoli, C., Moja, L., Amato, B., Iannone, L., Testa, S. ve diğerleri. (2016). Different Types Of İmplants For Reconstructive Breast Surgery. *Cochrane*



*Database of Systematic Reviews*,16(5):CD010895. doi: 10.1002/14651858.CD010895.pub2.

96. Rodrigues, Jd., Cruz, Ms. ve Paixao, An. (2015). An Analysis Of Breast Cancer Prevention İn Brazil. *Cien Saude Colet*, 20(10):3163-3176.
97. Ronco, A., L., De Stefani E. ve Deneo-Pellegrini H.(2012). Risk Factors For Premenopausal Breast Cancer: A Case-Control Study İn Uruguay. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(6):2879-2886.
98. Sağkal, T., Demiral, S., Odabaş, H. ve Altunok, E. (2013). Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 27 (1): 19-26.
99. Saip, P., Keskin, S., Özkan, M., Kaplan, M.A., Aydoğan , F., Gönüllü Demirağ , G. ve diğerleri (2011). Türkiye’de Meme Kanseri Hastalarının Tanı ve Tedavi Yöntemlerine Ulaşım Hızı; Çok Merkezli Gözlemsel Çalışma. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(2): 109-117.
100. Sayman, H., B. (2009). Meme Kanseri Tanısında Pozitron Emisyon Tomografisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2):69-72.
101. Sert, F., Özşaran, Z., Eser, E., Alanyalı, S., Haydaroğlu, A. ve Aras, A. (2013). Meme Kanseri Tanılı Olgularda Uygulanan Tedavinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9: 57-63.
102. Stuckey A. (2011). Breast Cancer: Epidemiology And Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol*, 54(1):96-102.
103. Sun, W ., Li,C ., Liu, M ., Liu, W ., Yang, C . ve Cai, LI.(2016). Prognostic Analysis Of Triple-Negative Breast Cancer Patients Treated With Adjuvant Chemotherapy Of Fluorouracil, Epirubicin And Cyclophosphamide. *Oncol Lett*, 11(3):2320-2326.
104. Şen, S. ve Aygin, D. (2014). Meme Kanserinin Etiyolojisinde Çevresel Karsinojenlerin Rolü. *Sakarya Tıp Dergis*,4(3):109-114.
105. Takalkar, Uv., Asegaonkar, Sb., Kulkarni,U., Saraf, M. ve Advani, S. (2016). Clinicopathological Profile Of Breast Cancer Patients At A Tertiary Care Hospital İn Marathwada Region Of Westen India. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention* , 17(4):2195-2198.

106. Taşkın, F. (2014). Dijital Meme Tomosentezi ve Kontrastlı Mamografi. *Türk Radyoloji Derneği*, 2:182-191.
107. Tezel, E. (2013). *Aile Hekimleri İçin Meme Kanseri Tanı Algoritmaları*. Ankara: Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu.
108. Townsend, C., M., Beauchamp, R., D., Evers, B., M. ve Mattox, K., L. (2013). *Sabiston Cerrahi Ders Kitabı, Cep Yardımcısı* (Z. Malazgirt ve K. Topgül, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
109. Tümer, A. ve Baybek, H. (2010). Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(1):17-21.
110. Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y., E. ve Tamam, L. (2012). Meme Kanseri Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3):189-219.
111. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği. (2012). 10 Ağustos 2016, kanser.org .Elektronik Kaynak - 4.Tıbbi Onkoloji Kongresi.
112. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013.(2014).15 Kasım 2016, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)
113. Uncu, F. ve Bilgin, N. (2011). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, (7)3:167-175.
114. Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A.,Ş., Zencir, G., Demir, L. ve Tarhan, M.N. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2): 85 – 92.
115. Yıldırım, C., A., Yıldız, P., Yıldız, M., Kahramanca, Ş. ve Kargıcı, H.(2015). Mastalji ve Kanser İlişkisi: Prospektif Çalışma. *Meme Sağlığı Dergisi*, 11: 88-91.
116. Yıldırım, D., A. ve Özaydın, A., N. (2014). İstanbul / Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10: 47-56.
117. Yıldırım, Y., N., İlgün, S., A., Oran, Ş., E., Yankol, Y., Özkan, G.S., Gönüllü, D., ve diğerleri. (2012). Evre 1 Meme Kanseri Evrelemesinde Tümör Çapı Yerine Tümör Hacminin Ölçümü Daha Mı Faydalıdır? *Meme Sağlığı Dergisi*, .8(3):130-133.
118. Yıldız, A. ve Karayurt, Ö. (2011). Meme Kanseri Kadınların Lenf ödem Nedeniyle Yaşadıkları Güçlükler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(3):154-162.

119. Yılmaz, B., H. ve Aksüyek, H. (2012). Bursa İlinde Meme Kanserinin Erken Tanısında Farkındalığın Önemi-Alan Çalışması. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(2): 76-80.
120. Yılmaz, M., Seki, Z., Gürler, H., ve Çifçi, E., S. (2010). Bir Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi [Elektronik Sürüm]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2):65-71.
121. Yılmaz, M., S. ve Atak, N. (2014). Meme Kanseri Riskinin Beslenme İle İlişkili Faktörler Açısından Değerlendirilmesi. *Turk Journal Public Health*, 12(1):51-60.
122. Zitnjak, D., Soldic, Z., Kust, D., Bolanca, A. ve Kusic, Z. (2015). Demographic And Clinicopathologic Features Of Patients With Primary Breast Cancer Treated Between 1997 And 2010: A Single Institution Experience. *Acta Clin Croa*, 54(3):295-302.
123. Wang, K., Li, X., Zhou, C., Ren, Y., Wang, X., B. ve He, J., J.(2013).Socio-Economic Factors Influencing Tumor Presentation And Treatment Options In Chinese Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1):267-74.

## EKLER

### **EK 1 : Gönüllü Katılım Formu Form 1**

Bu çalışma SEVAL ULUBAY tarafında Samsun ilinde meme kanserli hastaların sosyo-ekonomik ve kültürel düzeylerinin tanı ve tedavi üzerine etkisi araştırılacaktır. Çalışmaya katılım tamimiyle gönüllülük temelinde olmalıdır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamimiyle gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Anket, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakmakta serbestsiniz. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Araştırmacı

Gönüllü

Seval Ulubay

Adı-Soyadı:

İmza

İmza

...../...../.....

...../...../.....

**EK 2:**

**Bireysel Özelliklere İlişkin Form-Form 2**

1. Cinsiyetiniz :  Kadın
2. Yaşınız :  20-30  31-40  41-50  51-60  61-70
3. Medeni Durumunuz:  Evli  Bekar  Dul /Boşanmış
4. İkamet yeriniz?  İl  İlçe  Kasaba  Köy
5. Eğitim Durumunuz:  
 Okur-Yazar  İlkokul  Orta okul  Lise  Üniversite ve üstü
6. Çalışma durumunuz:  Çalışıyor  Çalışmıyor
7. Gelir durumunuz nedir?  
 Gelir giderden az  Gelir gidere denk  Gelir giderden çok
8. Sağlık sigortanız var mı?  
 Evet  Hayır
9. Kaç çocuğunuz var?  
 Çocuk yok  1-2  3-4  5 ve üzeri
10. Aile tipiniz nedir?  
 Çekirdek aile  Geniş aile
11. İlk menarş yaşınız kaç?  
 Hiç menarş olmadım  10 -11  12-13  14-15  16-17
12. İlk gebelik yaşınız kaç?  
 Hiç gebe kalmadım  17-20  21-29  30-39  40-49
13. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?  
 Evet  Hayır

**EK 3:****Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Formu-Form 3**

<b>MEME KANSERİNDE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1. 35 yaşımın üzerindeyim.		
2. 40 yıldan uzun süredir düzenli adet görüyorum.		
3. 10-15 yıldan fazla sürede oral kontraseptif ya da hormon replisman tedavisi aldım.		
4. Mememe tanı amaçlı biyopsi yapıldı.		
5. Ailemde, yakın akrabalarımnda (annem, kız kardeşim, halam kızım, teyzem gibi) meme kanseri olan kişiler var.		
6. Düzenli egzersiz yaparım		
7. Beslenmende sebze ve meyve tüketimim az, yağlı gıdalar ise fazladır.		
8. Beden Kitle İndeksim 25 ve üzeridir.		
9. Alkol kullanırım.		
10. Sigara kullanırım.		
11. Çocukluğumda göğüs bölgem radyasyona maruz kaldı.		
12. Hiç doğum yapmadım.		
13.Meme sağlığı açısından daha önce herhangi bir tetkik yaptırdım.		
14. Elektromanyetik alanlara ve radyasyona uzun süre maruz kaldım.		
15.55 yaşından sonra menapoza girdim.		

**EK 4:**

**Hastalığa İlişkin Form- Form 4**

1. Daha önce meme kanseri hakkında bilgi aldınız mı?

Evet  Hayır

2. Yanıtınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Televizyon, radyo  Kitap, dergi, broşür, gazete

Sağlık personeli  Arkadaş, komşu  Akraba, aile

3. Meme kanseri hakkında bilgi kimden almak istersiniz?

4.  Hemşire  Hekim  Diğer

5. “Kendi kendine meme muayenesi” duydunuz mu?  Evet  Hayır

5. Cevabınız evet ise, Kendi Kendine Meme Muayenesi ‘ni kimden öğrendiniz?

Dergiden okuyarak öğrendim  Gazeteden okuyarak öğrendim

Tv’ den öğrendim  Hekimden öğrendim  Hemşireden öğrendim

Diğer.....(açıklayınız)

6. Hiç Kendi Kendine Meme Muayenesi yaptınız mı?  Evet  Hayır

7. Cevabınız hayırsa, neden?

Nasıl yapıldığını bilmiyorum  Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum

Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum  Kendime

dokunmaktan hoşlanmıyorum  Sürekli doktora gidiyorum

8. Kendi Kendine Meme Muayenesi’ni hangi sıklıkta yapıyorsunuz?

Zaman zaman  Haftada bir  Ayda bir  Aklına geldikçe  Hiç.

9. Kendi kendine meme muayenesi yaparken ne hissediyorsunuz?

Kendini kontrol ettiği için mutlu  Kitle bulmaktan korkuyor

Bulgularına güvenmiyor  Kendine dokunmaktan hoşlanmıyor

Diğer.....(açıklayınız)

10. Son 1 yılda sağlık görevlisine meme muayenesi yaptırdınız mı?  Evet  Hayır

11. Hiç mamografi (meme filmi) ektirdiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

12. Cevabınız hayır ise neden mamografi ektir miyor musunuz?

( ) Mamografi yapmak beni utandırır ( ) Mamografi yaptırmak çok fazla zaman alır

( ) Mamografi yaptırmak ağrılı olur ( ) Őikayeti olmama

Diğeri.....

13. Sizce mamografi çektirmek gerekli mi? ( ) Evet ( ) Hayır

14. Cevabınız hayır ise neden çektirmek gerekli değildir?

( ) Mamografi vucuduma radyasyon yaymaktadır.

( ) Meme kanserinin kesin tanısının konulduđunu dűŐnmuyorum.

( ) Ailemde kanser hastalığı olamadığı için çektirmeyi gerekli bulmuyorum

Diğeri.....

15. Őimdi dűzenli olarak doktor kontrollerine gider misiniz? ( ) Evet ( ) Hayır

16. Memedeki sorunu farkedenden ilk kim oldu? ( )

Kendisi ( ) Tetkik esnasında / Muayene esnasında

17. Hangi Şikayetle hekime baŐvurdunuz?

( ) Memede kitle ( ) Memede Şişlik ve sertlik

( ) Memede kızarıklık ( ) Memede akıntı ve Şekil değişikliği

18. Meme kanseri tanısı için sizi hekime ilk kim yönlendirdi?

( ) Kendim ( ) Yakınım ( ) Komşum

19. İlk hangi hekime gittiniz? ( ) Genel Cerrahi ( ) Dahiliye ( ) Kadın Doğum

20. Hastalığınızın evresi nedir?

( ) Evre 1 ( ) Evre 2 ( ) Evre 3 ( ) Evre 4

21. Meme CA için hangi tanı yöntemleri kullanıldı?

( ) Mamografi ( ) USG ( ) İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi



Eksizyon Biyopsi

22.Meme kanserinden dolayı hangi ameliyatı geçirdiniz?

Modifiye radikal mastektomi  Meme koruyucu cerrahi  Basit mastektomi

23.Memedeki kitlenin yeri neresidir?.....

24.Memenizdeki sorunu fark ettikten sonra ne zaman hekime başvurduunuz?

Bir hafta sonra  Üç hafta sonra  Bir ay sonra  Bir yıl sonra

Diğeri.....

25.Hekim memenizdeki sorunu fark ettikten sonra ne kadar süre içerisinde kesin tanı koyuldu?  Bir hafta sonra  Üç hafta sonra  Bir ay sonra  Bir yıl sonra

Diğeri.....

26.Memedeki sorunu hekim belirlendikten ne kadar süre sonra ameliyat oldunuz?

Hemen  Bir-İki hafta içerisinde  İki-Üç hafta içerisinde  Bir ay sonra

Diğeri.....

### **EK 5: Tutum ve Davranışlara Yönelik Form-Form 5**

1.Memenize baktığınızda ve muayene yaptığınızda memenizdeki değişiklikleri fark edebiliyor musunuz?

Evet  Hayır

2.Meme muayenesi yaptığınızda memenizdeki kitleyi fark edebilir misiniz?

Evet  Hayır

3.Meme kanseri ile ilgili yeni bilgiler araştırır mısınız?

Evet  Hayır

4.Meme kanseri eğitimlerine katılır mısınız?

Evet  Hayır

5.Cevabınız hayır şeklinde ise neden meme kanseri eğitimlerine katılmazsınız?

.....

6.Meme kanseri taramaları yaptırmak, memede bulunan kitlenin sağlık personeli ya da sizin tarafınızdan fark edilmeden önce bulunmasını sağlar mı?

Evet  Hayır

7.Mamografi çektiirmek sizi utanır mı?

Evet  Hayır

8.Mamografi çektiirmek dini inançlarınıza uygun mu?

Evet  Hayır

9.Mamografi çektiirirken memelerinizi açmak zorunda kalmanız sizde utanç duygusu yaratır mı?

Evet  Hayır

10. Cevabınız evet şeklindeyse bu durum mamografi çektiirmenize engel olur mu?

Evet  Hayır

11.Mamografiyi çeken sağlık profesyonelinin cinsiyeti sizin için önemli mi?

Evet  Hayır

12. Ultrasonografi çektiirmekten utanır mısınız?

Evet  Hayır

13.Tanı ve tedavi aşamasında ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşadınız mı?

Evet  Hayır

14.Cevabınız evet şeklinde ise nasıl bir sıkıntı yaşadınız?

.....

15.Tanı ve tedavi aşamasında çocuklarınıza bakacak kimse olmadığı için yeterli tetkikleri ve tedavileri yaptırmada geciktiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

16.Tanı ve tedavi aşamasında yaşam biçimindeki değişiklikler, aile bireyleri arasında rol değişimi gibi sorunlar yaşadınız mı? ( ) Evet ( )Hayır

17.Tanı ve tedavi aşamasında aile ilgili sorunlar yaşadınız mı?  
( ) Evet ( )Hayır

18.Cevabınız evet şeklinde ise aile ile ilgili nasıl sorunlar yaşadınız?

.....

19.Tanı ve tedavi aşamasında maddi problemler yaşadınız mı?  
( ) Evet ( )Hayır

20.Cevabınız evet şeklinde ise nasıl problemlerdir?

.....

21.Tanı ve tedavi aşamasında sosyal güvence ile ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?  
( ) Evet ( )Hayır

22.Cevabınız evet ise nasıl bir sorun yaşadınız?

.....

23.Yapılan tedavilerle birlikte alternatif tedavi yöntemleri kullanıyor musunuz?  
( ) Evet ( )Hayır

24.Cevabınız evet şeklinde ise alternatif tedavi yöntemi olarak neler kullanıyorsunuz?

.....

25.Jinekoloğa sadece evli olan kadınlar mı gider? ( ) Evet ( )Hayır

26.Cevabınız evet şeklinde ise jinekoloğa neden sadece evli kadınlar gider?

.....

27.Hastalığın tedavisi için kurban kestiniz mi? ( ) Evet ( )Hayır

28.Hastalığın tedavisi için kurşun döktürdünüz mü? ( ) Evet ( )Hayır

29.Hastalığın tedavisi için yatıra gittiniz mi? ( ) Evet ( )Hayır

EK 6:



T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU

Sayı: 63316977/100-108

04 Şubat 2016

Konu: Etik Kurul Kararları

T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 24.12.2015 tarih ve 37387824-302.08.01-63 sayılı yazımız ekinde gönderilen Etik Kurul İnceleme ve İzin Belgesi talebi

İlgi yazı ekinde gönderilen, yüksek lisans öğrencisi Seval YAĞIZ'a ait tez önerisi ve ölçütler Kurulumuzun 03.02.2016 tarihli toplantısında incelenmiş ve değerlendirilmiş; alınan kararın bir örneği yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve ilgili öğrenci ile danışmanına tebliğ edilmesi için gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Aytekin BERKMAN  
Etik Kurul Başkanı

EK: Etik Kurul Kararı

marmara@umköyü 34857 Maltepe - İstanbul | marmara@umköyü 34857 Maltepe - İstanbul  
Tel: +90(216) 626 10 50 (pbx) Faks: +90(216) 626 10 70 | Phone: +90(216) 626 10 50 (pbx) Fax: +90(216) 626 10 70  
maltepe@maltepe.edu.tr | maltepe@maltepe.edu.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f228513e-4e55-4c71-8f66-ba17e5e61500 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARI

Karar Tarihi : 03.02.2016

Karar Sayısı : 2016/2-4

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 24.12.2015 tarih ve 37387824-302.08.01-63 sayılı yazısı ile Kurulumuza gönderilen, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yrd. Doç. Dr. Sonay Baltacı GÖKTAŞ'ın danışmanlığında tez çalışmasını yürüten 14 15 02 102 numaralı yüksek lisans öğrencisi Seval YAĞSIZ'ın "Meme Kanseri Hastaların Sosyoekonomik ve Kültürel Düzeylerinin Tanı ve Tedavi Üzerine Etkisi" başlıklı tez önerisi ile ekindeki ölçek ve anket formları incelenmiştir.

Yapılan inceleme ve değerlendirmeler sonucunda:

(Yüksek Lisans öğrencisi tarafından "Aydınlatılmış Onam/Gönüllü Katılım Formu" düzenlenmesi, dosyasına konulması ve anket çalışmalarında kullanılması kaydıyla)


Araştırma önerisinin T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Yönergesi'nin 6. Maddesinde yazılı; "bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk" gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarımı, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna;

Toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verildi.

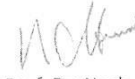


Prof. Dr. Aytekin BERKMAN

Prof. Dr. Nurgün OKTIK



Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK



Yrd. Doç. Dr. Zeynep Karaer GÜÇLÜ



Yrd. Doç. Dr. Abbas DÜNDAR



Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f228513e-4e55-4e71-8f66-ba17e5e61500 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK 7:**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - SAMSUN KHBGS İDARI HİZMETLER  
BAŞKANLIĞI  
10/05/2016 13:55 - 54103609 - 604.02 - E.10517  
00023560986

**Sayı** : 54103609/604.02  
**Konu** : Araştırma İzin Talebi (Hem. Seval  
ULUBAY)

**DAĞITIM YERLERİNE**

**İlgi** : 18/04/2016 tarihli ve 37753004/604.02/2513 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü öğrencisi Seval ULUBAY ve Öğr. Üyesi sayın Yrd. Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ'ın "Meme Kanseri Hastaların Tam ve Tedavisine Etki Eden Sosyoekonomik ve Kültürel Faktörler" konulu anket çalışmalarını, Genel Sekreterliğimize bağlı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gazi Devlet Hastanesinde onkoloji ve cerrahi polikliniğine müracaat eden, meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim geçirmiş olan hastalara yapmaları uygun görülmüş olup anket çalışmasının yapılabilmesi için Genel Sekreterliğimiz ile ilgili kişi arasında "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Yılmaz DÜNDAR  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

**EKLER:**

- 1-Dilekçe
- 2-Başvuru Formu
- 3-Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü
- 4-Anket

**Dağıtım:**

- 1- Gazi Devlet Hastanesi
- 2- Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Bilgi:**

- Sayın Hemşire Seval ULUBAY
- Gazi Devlet Hastanesi

Genel Sekreterlik Elektronik İmza ile Aynıdır  
11 Mayıs 2016

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/  
Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Merkezi  
Adalet Mahallesi 100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN  
(0362) 311 2500 (1428)  
Faks No:0(362) 311 25 28

e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f228513e-4e55-4c71-8f66-ba17e5e61500 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:KÜRŞAT YURDAKOS

Unvan:UZMAN

Telefon No:0362 311 25 00/1428

## SAMSUN İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

### Taraflar:

Bu protokol Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü öğrencisi Seval ULUBAY arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer ( Kurum/Kuruluşlar),**  
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gazi Devlet Hastanesi

**Çalışmanın Adı:** "Meme Kanseri Hastaların Tanı ve Tedavisine Etki Eden Sosyoekonomik ve Kültürel Faktörler"

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** Seval ULUBAY, Yrd. Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ

### Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Samsun İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği Personelinin görevli olduğu saatler içinde yararlanılmayacaktır (Personel mesaisi haricinde isterse araştırmacıya ancak yardımcı olabilir).
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Samsun ili Genel Sekreterliğin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e) ve f) maddelerini yerine getirmedeği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Genel Sekreterlik) ismi zikredilmeyecektir.

### Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda.....iş günü süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç Tarihi** 04/05/2016 **Bitiş Tarihi** 28/02/2017
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir.

### Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolda imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

07/07/2016

Seval ULUBAY  
Maltepe Üniversitesi  
Sağlık Bilimler Enstitüsü



  
OLUR  
...../...../2016  
Uzm. Dr. Dursun Mehmet MEHEL  
Genel Sekreter

...../...../2016  
Dr. Yılmaz DÜNDAR  
İdari Hizmetler Başkanı



## ÖZGEÇMİŞ

SEVAL ULUBAY, 1987 yılında Suluova/Amasya'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Suluova/Amasya'da tamamladı. 2012'de Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2012-2013 yılları arasında Samsun Medical Park Hastanesinde, 2014-2015 yılları arasında İstanbul Gaziosmanpaşa Taksim İlyardım Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalıştı. 2015 Ekim ayından itibaren Samsun Gazi Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalışmaya devam etmekte. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda 2014-2015 yılında yüksek lisansa başladı. Evli ve Samsun'da ikamet etmektedir.