

N.KADIOĞLU GÜRSOY

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRKLARELİ İLİ MERKEZ İLÇE KETEM'E 2012 – 2016 YILLARI
ARASINDA MAMOGRAFİ TARAMASINA GELEN KADINLARIN, İKİNCİ
MAMOGRAFİ TARAMASINA GELME ORANI VE BUNLARI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

NEVİN KADIOĞLU GÜRSOY

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN
2019**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRKLARELİ İLİ MERKEZ İLÇE KETEM'E 2012 – 2016 YILLARI
ARASINDA MAMOGRAFİ TARAMASINA GELEN KADINLARIN, İKİNCİ
MAMOGRAFİ TARAMASINA GELME ORANI VE BUNLARI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

NEVİN KADIOĞLU GÜRSOY

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN
2019**

BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nevin KADIOĞLU GÜRSOY



TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Nevin KADIOĞLU GÜRSOY tarafından Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ'ın danışmanlığında hazırlanan “ Kırklareli İli Merkez İlçe Ketem’ e 2012 – 2016 Yılları Arasında Mamografi Taramasına Gelen Kadınların, İkinci Mamografi Taramasına Gelme Oranı Ve Bunları Etkileyen Faktörler” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 19/06/2019 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ

Ünvanı Adı Soyadı

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Entitüsü

Halk Sağlığı A.B.D.



Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ

Trakya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Entitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D.



Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Entitüsü

Halk Sağlığı A.B.D.

İTHAF

Çocuklarıma ve Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde bana tüm beceri ve tecrübelerini aktaran, meslek hayatım boyunca her anlamda örnek alacağım tez danışmanın Sayın Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ'a,

Tez konusu belirlemede bana yol gösteren Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Duran ADA'ya,

Tez çalışmamda yardım ve desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN'a,

İl Sağlık Müdürüm ve idari kadrosuna,

Destek ve yardımlarını esirgemeyen mesai arkadaşlarıma,

Çalışmalarım boyunca desteğini her an yanımda hissettiğim çocuklarım Ali ve Asya'ya, eşim Göksel GÜRSOY ve değerli aileme teşekkürlerimi sunarım.

Nevin KADIOĞLU GÜRSOY

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEZ ONAYI.....	ii
İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ÖZET.....	xv
ABSTRACT.....	xvii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Meme Kanseri Tarihçesi	7
2.2. Meme Anatomisi.....	8
2.2.1. Meme Lenf Sistemi	9
2.2.2. Memenin Kan Dolaşımı	10
2.2.3. Memenin İnervasyonu.....	10
2.3. Meme Kanseri	10
2.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	11
2.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri	18
2.5.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	18
2.5.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri	20
2.5.3. Kesin Olmayan (Tartışmalı) Risk Faktörleri.....	22
2.5.4. Diğer Çelişkili Risk Faktörleri	23
2.6. Meme Kanseri Belirtileri.....	23
2.7. Meme Kanserinde Yayılım ve Metastaz	25
2.8. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflaması.....	25
2.8.1. Dünya Sağlık Örgütü 2003 Sınıflamasına Göre Meme Kanseri Alt Tipleri.....	26
2.8.2. Meme Kanseri ve TNM Evreleme Sistemi	26
2.9. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri	27

2.9.1. Anamnez	29
2.9.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	29
2.9.3. Klinik Meme Muayenesi (KMM)	31
2.10. Görüntüleme Yöntemleri	32
2.10.1. Mamografi.....	32
2.10.2. Memenin Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG).....	35
2.11. Meme Kanserinden Korunma	36
2.11.1. Birincil Koruma	37
2.11.2. İkincil Koruma	37
2.11.3. Üçüncül Koruma	38
2.12. Meme Kanserinde Tedavi	38
2.13. Meme Kanserinde Lokal Tedavi Yöntemleri.....	39
2.13.1. Cerrahi Tedavi.....	39
2.13.2. Radyoterapi	39
2.14. Sistematik Tedavi Yöntemleri.....	40
2.14.1. Kemoterapi.....	40
2.14.2. Hormonal Tedavi	40
2.14.3. İmmunoterapi.	40
2.14.4. Hedefli Terapi	40
2.15. Dünyada ve Türkiye’de Tarama Programları	41
2.15.1. Türkiye’de Tarama Programları.....	41
2.15.2. Dünyada Meme Kanseri Tarama Önerileri	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı.....	46
3.2. Araştırmanın Evreni	46
3.3. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	46
3.3.1. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri	46
3.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	47
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	47
3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	47
3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	47
3.5. Araştırma İzni ve Etiği.....	48
3.6. Veri toplama Araçları ve Veri Toplama.....	48

3.7. Araştırma Soruları	49
3.8. Araştırma Kısıtlılıkları	49
3.9. Araştırma Verilerinin Analizi	49
3.10. Araştırma Takvimi	50
4. BULGULAR	51
5. TARTIşMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
6.1. Sonuç.....	76
6.2. Öneriler	77
KAYNAKLAR	79
Ek-1 Etik Kurul Kararı	93
Ek-2 İl Sağlık Müdürlüğü Onay Formu.....	97
Ek-3 Meme Tarama Bilgi Formu	98
Ek-4 Meme Kanseri Bilgilendirilmiş Onam Formu	100
Ek-5 Özgeçmiş	101

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Glocoban 2018 Tüm Kanselerde İnsidans ve Mortalite Oranları	12
Tablo 2.2. Globocan 2108 Türkiye Kanser İstatistik Özeti	17
Tablo 2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri	18
Tablo 2.4. Dünya Sağlık Örgütü 2003 Sınıflamasına Göre Meme Knaseri Alt Tipleri	26
Tablo 2.5. Onbeş Yaş ve Üzeri Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumunun Dağılımı (%).....	31
Tablo 2.6. Onbeş Yaş ve Üstü Kadınlrın Mamografi Çektirme Durumu Dağılımı (%).....	34
Tablo 2.7. BI RADS Raporlama Sistemi	35
Tablo 2.8. Türkiye'de Yıllara Göre Kanser Tarama Hızı	41
Tablo 2.9. Türkiye'deki Kanser Tarama Sayıları	43
Tablo 2.10. Dünyada Meme Knaseri Tarama Programı Örnekleri	44
Tablo 2.11. Ortalamadan Yüksek Riske Sahip Kadınlarda Tarama Örnekleri	45
Tablo 4.1. Olguların Demografik ve Klinik Özellikleri	52
Tablo 4.2. Kadınlrın Reprodüktif Özellikleri	52
Tablo 4.3. Olguların Klinik Öykülerine Ait Özellikleri -1.....	53
Tablo 4.4. Olguların Klinik Öykülerine Ait Özellikleri -2.....	53

Tablo 4.5. Olguların Gestasyonel Öyküleri.....	53
Tablo 4.6. Olguların Diğer Klinik Bulguları	54
Tablo 4.7. Olguların Emzirme ve Meme Yakınmalarına Ait Klinik Bulguları...54	
Tablo 4.8. Olguların Meme Muayenesi ve Mamografi Taramasına Gelme Durumları	55
Tablo 4.9. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	56
Tablo 4.10. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Reprodüktif Öykü Özelliklerinin Karşılaştırılması	57
Tablo 4.11. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Tıbbi Öykü Özelliklerinin Karşılaştırılması	58
Tablo 4.12. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Sigara ve Alkol Kullanım Öykü Özelliklerinin Karşılaştırılması	59
Tablo 4.13. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Diğer Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması ...60	
Tablo 4.14. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Memeye Ait Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	61
Tablo 4.15. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguları Ayırt Etmede Belirleyici Olabileceği Düşünülen	

Olası Tüm Faktörlerin Çoklu Değişkenli Lojistik Regrasyon Analizi ile Birlikte Etkilerinin İncelenmesi62

Tablo 4.16. Mamografi Taramalarına Gelme ve Gelmeme Durumlarına Göre Olguların Bazı Klinik Özellikleri.....63

Tablo 4.17. Kadınların Mamografi Sonrası İkinci Mamografi Çektirmeye Gelmeme Nedenlerinin Dağılımı64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Meme Anatomisi	8
Şekil 2.2. Memenin Yapısı	8
Şekil 2.3. Meme Hastalıklarında Lokalizasyon Belirlemede Kullanılan Kadran Şeması	9
Şekil 2.4. Dünyada Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Sayı ve Ölümünün Dağılımı.	13
Şekil 2.5. Kadınlarda Ülkelere Göre En Yaygın Meme Kanseri İnsidansını Gösteren Küresel Harita.....	13
Şekil 2.6. Türkiye'de kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları.....	14
Şekil 2.7. Türkiyede Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kansere Türünün Toplam Kansere İçindeki Dağılımı.....	14
Şekil 2.8. Türkiye'de En Sık Görülen İlk 10 Kansere Türünün Cinsiyete Göre İnsidansı	15
Şekil 2.9. Türkiyede En Sık Görülen 10 Kansere Türü İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması.....	15
Şekil 2.10. Türkiye'de Meme Kanserinin Kadınlarda Yaşa Özel Hızları	16
Şekil 2.11. Türkiye'de Kansere Tanısı Almış Yeni Vaka Sayıları	17
Şekil 2.12. Meme Kanserinde Gözle Görülebilen Belirtiler	24

Şekil 2.13. Meme Kanserinde Evreleme	27
Şekil 2.14. Türkiye Ulusal Toplum Tabanlı Kanser Taramaları	28
Şekil 2.15. ACS Meme Kanseri Tarama Rehberi	29
Şekil 2.16. Memenin Elle Muayenesi ve Muayene Yönleri	31
Şekil 2.17. Mamografi Çekimi	34
Şekil 2.18. Manyetik Rezonans Görüntüleme	36

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACS	:American Cancer Society / Amerikan Kanser Derneği
ACOG	:Ameican College Of Obstetricians and Gynecologist/ Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
BIRADS	:Breast Imaging Reporting and Data Systems (Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi)
BKI	:Beden Kitle İndeksi
BRCA	:Breasy Cancer Susceptibility (Meme Kanseri Duyarlılık)i)
DES	:Dieltistolbestrole
DSÖ	:World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü
EUSOBI	:European Society Of Breast Imaging (Avrupa Meme Görüntüleme Derneği)
HSM	:Halk Sağlığı Müdürlüğü
IARC	:International Association for Research on Cancer/Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
KETEM	:Kanser Erken Teshis, Tarama ve Egitim Merkezi
KKMM	:Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	:Klinik Meme Muayenesi

MRG	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
NCHS	:National Center for Health Statistics / Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi
NIH	:National Institutes of Health / ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü
THSK	:Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TRD	:Türk Radyoloji Derneği
TSM	:Toplum Sağlığı Merkezi
TUİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
UICC	:Union Internationale Contre le Cancer / Uluslararası Kanser Kayıtları Birliği
USG	: Ultrasonografi
USPSTF	:United States Preventive Services Task Force / Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Gücü

ÖZET

Kırklareli İli Merkez İlçe Ketem’e 2012 – 2016 Yılları Arasında Mamografi Taramasına Gelen Kadınların, İkinci Mamografi Taramasına Gelme Oranı ve Bunları Etkileyen Faktörler

Kırklareli İli Merkez İlçe Ketem’de 2012 yılında ilk kez mamografi taraması yaptıran kadınların, 2016 yılı sonuna kadar en az ikinci kez tekrar mamografi taramasına gelme oranları ve bunları etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada örnekleme yöntemine gidilmemiş, 2012 yılında Kırklareli Merkez İlçe KETEM’de ilk kez mamografi yaptırmış 40 - 69 yaş arasındaki kadınlar alınmıştır (n=362). Çalışmaya ait veriler 2012 yılında ilk kez mamografi yaptırmış kadınların mamografi tarama bilgi formlarından elde edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $56,7 \pm 6,6$ olup %52,2’si 50-59 yaş aralığında, %71’i ilkokul mezunu, %82,8’i evli ve %80,4’ü ev hanımıdır. Kadınların %53,7’si kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyordu ve %42,6’sı muayeneyi TV, gazeteden öğrenmişti. Çalışmaya alınan kadınların %33,1’i tekrar mamografi taramasına gelmiştir. İkinci mamografi taramasına kadınların, %11,3’ü ilk 30 ay içinde, %18,2’si 30-48 ay arasında, gelirken sadece %3,6’sı tam düzenli iki yılda bir taramaya gelmiştir. Kadınların bir sonraki mamografi taramasına gelmeme nedenleri araştırılmış, %40’ı ihmal ettiği veya mamografi yaptırmayı unuttuğu için gelmediğini ifade etmiştir. Düzenli takibe gelen ile gelmeyen olguları ayırt etmede en fazla belirleyici olan etkenler sırasıyla; ailede meme kanseri öyküsünün olmaması, daha önce doğum kontrol hapı kullanıp kullanmama ve daha önce smear testi yaptırap yaptırmama olarak bulunmuştur Diğer değişkenlere göre düzeltme yapıldığında daha önce doğum kontrol hapı kullanmayanlarda mamografi taramasına gelmeme ihtimali 2,139 kat (%95 Güven Aralığı: 1,178 - 3,883) artmaktaydı (p=0,012). Diğer değişkenlerin etkileri sabit tutulduğunda daha önce smear testi yaptırmamış olanlarda da mamografi taramasına gelmeme ihtimali 1,949 kat (%95 Güven Aralığı: 1,087 - 3,494) artmakta idi (p=0,025). Diğer değişkenlerin etkileri sabit tutulduğunda ailede meme kanseri öyküsü olanlara göre ailede meme kanseri öyküsü

olmayanların mamografi taramasına gelmeme ihtimali 2,114 kat (%95 Güven Aralığı: 1,049 – 4,259) daha fazla idi ($p=0,036$). Mamografi taramalarına takibe gelmeyen olguları ayırt etmede ailede meme kanseri öyküsü olmaması, daha önce doğum kontrol hapı kullanmama ve daha önce smear testi yaptırmama etkilidir. Kadınların bir sonraki mamografi taramasına gelmeme nedenleri sırasıyla; ihmal etme/unutma, vakit ayıramama ve mamografinin 2 yılda bir yaptırılması gerektiğini bilmeme olarak saptanmıştır. Meme kanserinin erken tanısı ve tarama yöntemleri hakkında planlı ve etkin eğitimlerin verilmesi meme kanserine karşı kadınların bilgi ve farkındalığını arttıracaktır.

Anahtar sözcükler: Mamografi, Tarama, Meme Kanseri

ABSTRACT

The Percentage of Women Having to Mammography Screening in the Central District of Kırklareli Province Ketem Between 2012 and 2016 and the Factors Affecting These

The aim of this study is to determine the rates of coming back of women who underwent mammography screening for the first time in 2012 in Central District Kerem of Kırklareli to have mammography screening at least for the second time by the end of 2016 and the factors affecting them. No exemplification method was used in the study, women between the ages of 40 to 69 with telephone and for the first time had a mammography In 2012, Kırklareli Central District KETEM records were taken instead. The data of the study were obtained from mammography screening information forms of women who had mammography in 2012. The age of the women participated in the study was 56.7 ± 6.6 years, 52.1% of them were in the 50-59 age range, 71% were primary school graduates, 82.8% were married and 80.4% were housewives. 53.7% of the women knew how to perform breast self-examination and 42.6% had learned the examination from TV and newspaper. 33.1% of the women included in the study came back for mammography screening. While 11.3% of the women came to the second mammography screening in the first 30 months, 18.2% were between 30-48 months, while only 3.6% came to the screening every two years routinely. The reasons for not coming to the next mammography screening of women were searched by phone, 40% stated that they did not come because they neglected or forgot to have mammography. The most determinant factors in distinguishing between follow-up and non-follow-up cases were; no history of breast cancer in the family, whether or not to use a birth control pills and smear test before respectively. When the correction was made according to other variables, the probability of not taking mammography screening was 2.139 times more (95% Confidence Interval: 1,178 - 3,883) than those who had not used birth control pills before ($p = 0.012$). When the effects of other variables were kept constant, the probability of non-mammography screening was 1.949 times more (95%

Confidence Interval: 1,087 - 3,494) than those who had not had a smear test before. When the effects of other variables were kept constant, probability of non-screening for mammography of those who has not a family history of breast cancer (95% confidence interval: 1,049 - 4,259) ($p = 0.036$) is 2,114 times more (95% Confidence Interval: 1,049 - 4,259) than those have a family history of breast cancer (95% confidence interval: 1,049 - 4,259) ($p = 0.036$). No history of breast cancer in family, whether or not using contraceptive pills and whether to have smear test before are effective factors in cases of patients who do not follow up on mammography scans. The reasons determined for not coming to the next mammography screening of women are as follows; neglecting / forgetting, not being able to spare time and not knowing that mammography should be done every 2 years. Providing planned and effective trainings on early diagnosis and screening methods of breast cancer will increase the knowledge and awareness of women against breast cancer.

Key words: Mammography, Screening, Breast Cancer

1. GİRİŞ

Tüm dünyada ve ülkemizde, kadınlarda en sık rastlanan kanser tipi meme kanseridir (Tuncer,2007). Meme kanseri progresif bir hastalıktır ancak erken dönemde tanı konulursa tedavi edilme şansı ve yaşam beklentisi yüksektir (ACS,2012). Bu nedenle meme kanseri, akciğer, kolon ve mide kanserlerine göre daha iyi prognoza ve daha uzun yaşam süresine sahiptir (NCHS,2001). Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi'nin (International Association for Research on Cancer IARC) 2018 verilerine göre, kadınlarda en sık tespit edilen kanser meme kanseridir ve kanserden ölümlerin de önde gelen nedenidir (ACS,2018). Ayrıca gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre meme kanseri insidansının daha yüksek ve meme kanserinden ölümün ise daha düşük olduğu bildirilmektedir. Bu durum, az gelişmiş ülkelerde meme kanseri teşhis, tarama ve tedavi hizmetlerine ulaşımındaki sıkıntıdan kaynaklanmakta olup bu aksaklıkların giderilmesine yönelik çalışmaların artırılması üzerinde durulmaktadır (Globocan,2012).

Türkiye'de meme kanseri, kadında görülen kanserlerin % 24,7'sini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı,2015). Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (TMHDF) 'Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı'ndaki verilere göre, ülkemizde meme kanseri tanısı almış kadınların %50'si 50 yaş altında ve premenopozal dönemde; %20'si ise 40 yaş altındadır. Gelişmiş ülkelerde premenopozal dönemdeki meme kanseri oranı %25 iken, 40 yaş altında ise %5-6'dır (Özmen,2008). Araştırmaların sonuçlarına göre kadınlarda premenopozal dönem meme kanseri insidansı artmaktadır (Keramatinia vd.,2014; Zhang, Ma ve Kang,2015).

Ortalama yaşam süresinin artması, yaşam şeklindeki değişiklikler, erken tanı testlerinin gelişmesi, tarama programları ve kanser vakalarının bildirimindeki artışlar meme kanseri insidansının da artmasına yol açmaktadır (Topuz vd.,2003). Meme kanserinde tümör çapı ve aksiler lenf nodu tutulumu prognozu etkileyen en önemli faktörlerdendir. Tümör çapının genişlemesi ve aksiler lenf nodu tutulumunun varlığı mortalite ve lokal nüksleri artırmaktadır. Bu kapsamda meme kanserinde mortalite oranını indirmede erken tanı ve tedavi çok önemlidir (McPherson K,2000).

Meme kanseri olgularının %5-10'u kalıtsaldır (Koçak vd.,2011). Tümör baskılayıcı proteinleri üreten BRCA1 ve BRCA2 genlerinde meydana gelen kalıtsal mutasyonlar “kalıtsal meme ve over kanseri sendromu (hereditary breast and ovarian cancer syndrome)” olarak kabul edilmektedir (Pal ve Vadaparampil, 2012). Kuchenbaecker vd. tarafından yapılan kohort çalışmada BRCA1 gen mutasyonuna sahip kadınların %72' sinin ve BRCA2 gen mutasyonuna sahip kadınların %69'unun 80 yaşına kadar meme kanserine yakalanacağı tahmin edilmektedir (Kuchenbaecker vd.,2017). BRCA1 gen mutasyonuna sahip olan kişilerde meme kanseri riski, meme kanserine yakalanmış birinci ve ikinci derece akraba sayısı arttıkça artmaktadır. Kadın meme kanserlerinin % 15-20'si ise çevresel faktörlerin etkisiyle oluşan genetik faktörlerden kaynaklanmaktadır (Mincey,2003). Özellikle anne ve kız kardeş gibi birinci derecede akrabada ve birden fazla kişide meme kanseri görülmesi, kanser tanısı alındığında kişinin 40 yaş altında olması, bilateral meme kanseri saptanması riski artıran faktörlerdir. Akrabalık uzaklaştıkça meme kanseri riski de azalmaktadır (Güllüoğlu, 2008).

Meme kanserinde; cinsiyet, etnik özellikler, ailesel/genetik faktörler, erken menarş, geç menopoz, ilk canlı doğumun 30 yaşından sonra olması, nulliparite, hiç emzirmemiş olmak, 30 yaşından önce göğüs bölgesine radyoterapi almış olmak, erken yaşta ve uzun süreli doğum kontrol hapı kullanmak, menopoz sonrası hormon replasman tedavisi almak, alkol kullanmak risk faktörleri içinde yer almaktadır (ACS, 2017). Menopoz sonrası gelişen obezite, diyabetin eşlik ettiği metabolik sendrom, hareketsiz yaşam, aşırı alkol kullanımı da meme kanseri gelişim riskini artırmaktadır (Yılmaz ve Atak,2014).

Ülkemizde; ortalama çocuk sayısının iki olması, emzirmenin annenin görevlerinden birisi olarak kabul edilmesi, toplumsal ve dinsel inanış nedeniyle kadınlar arasında alkol tüketiminin az olması meme kanserinden koruyucu geleneksel yansımalarıdır. Bununla birlikte fiziksel aktivite ve egzersiz yetersizliği ve tıbbi imkanlardan yeterince faydalanamama meme kanserinin erken tanı ve tedavisi oranını düşürebilmektedir (Aslan ve Gürkan,2007).

Meme kanseri insidansı ülkeler arasında ve hatta aynı ülkede bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde meme kanseri sıklığı doğu bölgelerimizde yaklaşık olarak 20/100.000, batı bölgelerimizde 40-50/100.000 oranındadır. Bu farklılığın; coğrafik, ekonomik, sosyal ve kültürel farklar yanında batı bölgelerindeki yaşam tarzının batı toplumlarına benzerliğinden (Westernizing life) kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınlarda erken menarş (12 yaşından önce), geç menopoz (55 yaşından sonra), geç doğum (30 yaşından sonra), kısa laktasyon süresi, uzun hormon replasman tedavisi alma, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler ve batı toplumları tarzı yaşam biçimi meme kanseri insidansının artması ile yakın ilişkilidir (Özmen vd.,2009).

Ayrıca meme kanseri insidansındaki bölgesel farklılıklarda; muayene ve mamografi imkanları, menopoz ve meme poliklinikleri varlığı ve halkın öncelikleri etkili olmaktadır (Dinçel vd.,2010). Batı toplumunda tüm meme kanserlerinin %5-7'si 40 yaş altında iken, Türkiye' de bu oran %20 civarındadır (Bland,1998). Özmen ve arkadaşları 11208 hastada meme kanserinin %31 oranında 40-50 yaş arasında, %20,2 oranında 40 yaş altındaki kadınlarda görüldüğünü saptamışlardır. (Özmen,2008). “Türkiye'nin ilk nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi olan İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi'nin öncülüğünde yapılan “İzmir Kanser İnsidansı ve Veri Toplama Projesi” verilerine göre meme kanserli olguların %35'inin erken evre (I,II), %61'inin lokal ileri ve %5'inin metastatik evrede olduğu açıklanmıştır” (Seçginli,2011).

Meme kanseri tarama programları sayesinde mortalite oranlarının ve hastalık yükünün azaltılabileceği tespit edilmiştir. Meme kanserinin erken dönemde tespitinde kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi taraması önerilmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarında mamografi, meme kanseri tarama yöntemlerinde “altın standart” olarak yer almaktadır. Ancak KMM ve KKMM'nin sınırlılığına dikkat çekilerek meme kanseri mortalitesini azaltmada etkisinin düşük olduğu belirtilmektedir (Seçginli,2011). Mamografi taraması genel popülasyonda meme kanseri mortalitesini %20-40 oranında azaltmaktadır (Marmoht vd.,2013; Massat vd.,2016). Mamografi erken tanıda başarılı bir yöntem olmasının yanında maliyeti ucuz, uygulaması ve erişimi kolay bir tarama yöntemidir (Breast Screening Frequency,2002). Meme kanserinde

erken tanı; tedavinin daha kısa sürmesi, komplikasyonların daha az gelişmesi, hastada olumsuz psikolojik etkilenimin daha az olması gibi avantajlara sahiptir (Özmen vd., 2009).

Ülkemizde Ulusal Meme Kanseri Taraması standartlarına göre; kadınların 20 yaşından sonra her ay düzenli olarak KKMM yapmaları, 20-40 yaş arasında 2 yılda bir, 40 yaş üstünde yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) yaptırması ayrıca 40-69 yaş arası tüm kadınların iki yılda bir mamografi çektirmesi önerilmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>). Amerikan Kanseri Birliği herhangi bir yaşta ortalama riske sahip kadınlarda meme kanseri taraması için klinik meme muayenesini önermemektedir (ACS,2017).

Ülkemizde yapılmış çalışmalarda kadınların meme kanseri erken tanısı için farkındalığının yetersiz olduğu bildirilmektedir. Sönmez ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada yaşın ilerlemesiyle düzenli KKMM yapma sıklığının anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiş; 20-39 yaş arası kadınların düzenli olarak KKMM yapma oranı % 30,6 iken, 60 yaş üstü kadınlarda bu oranın %13,5 düştüğü belirtilmiştir (Sönmez vd., 2012). Aynı çalışmada kadınların eğitim durumu ile KKMM arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş, medeni durum ve sosyal güvence varlığının KKMM yapma durumunu etkilemediği de açıklanmıştır. Mamografi çekme oranı ise 40 yaş üstü kadınlarda %3,2 olarak saptanmıştır.

KKMM, meme kanserinin erken tanısında tek başına yeterli değildir; mamografi ve klinik meme muayenesi kesin tanıda daha belirleyicidir (Akyolcu ve Altun Uğraş, 2011). Amerikan Kanseri Birliği, 45 yaşından itibaren ortalama riske sahip kadınlara düzenli mamografi taramalarının yapılmasını önermekte; 45-54 yaş arasında yılda bir, 55 yaş ve üzeri kadınlara iki yılda bir taramaya geçiş ya da yıllık taramaya devam etme fırsatına sahip olmaları gerektiğini belirtmektedir. Aynı zamanda 40 ve 44 yaşları arasındaki kadınların isterlerse yıllık taramaya başlayabileceklerini bildirmektedir (Oeffinger,2015). Bu önerilerin uygulanabilmesi için sağlık ekibinin eğitimi, motivasyonu yanında kadınların bilgi, tutum, davranış ve sağlık inançları da çok önemlidir. Ülkemizde yapılan çalışmalar, Türk kadınlarının meme kanseri hakkında bilgilerinin yeterli olmadığını, kadınların çoğunun KKMM yapmadığını hatta

KKMM'nin nasıl yapılacağını bilmediğini ve çoğu kadının mamografi yaptırmadığını ortaya koymuştur (Aydın, 2004; Dişçigil vd.,2007).

Kadınların meme kanseri tarama testlerine katılımını olumsuz etkileyen faktörler arasında; tarama hakkındaki bilgi ve eğitim eksiklikleri, taramayı ihmal etme, unutmama, işlemin acı verici olduğunu düşünme, kişisel sebepler, zaman ayıramama (çalışma ve yaşanan yer nedeniyle), gelir durumunun yetersiz olması, sağlık hizmetlerine ulaşmada yetersizlik, muayeneden çekinme (inançları gereği), erkek doktordan çekinme, meme kanseri teşhisi almaya ve memeyi kaybetmeye yönelik korku, aile desteğinin olmaması, sağlık personelinin yönlendirmedeki yetersizliği yer almaktadır. Diğer yandan meme kanseri korkusu ve ailede meme kanseri öyküsünün bulunması erken taramalara katılımı olumlu yönde etkileyen faktörler arasında yer alabilmektedir. Ayrıca taramalar konusunda bilgili olmak, sağlık personelinin desteği ve randevu için hatırlatmaların sağlanması, taramalara katılımda ücretsiz ulaşım olanakları ve hatta aynı bölgedeki kişilerin aynı zamanda gruplar halinde katılımlarının sağlanması taramalara katılımı olumlu yönde etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Kıssal ve Beser, 2011; Erkal Aksoy vd., 2015; Garbers vd., 2003; Ersin ve Zuhul,2011).

Ülkemizde kanser tarama hizmeti KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) tarafından verilmektedir. Kanser vakalarının artması ve buna bağlı maliyet artışı; erken tanı ve tarama faaliyetlerindeki hizmet ihtiyacının ön plana çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı ülkemizde kanser vakaları ve bunlara bağlı ölümleri azaltmak amacıyla Ulusal Kanser Kontrol Programını hayata geçirmiştir. Bu programın parçası olan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nin (KETEM) kurulmasının amacı meme, serviks ve kolorektal kanserlere bağlı ölümleri azaltmaktır (hsgm.saglik.gov.tr).

Ülkemizde 81 ilinin hepsinde en az bir tane ve 28 tane de mobil olmak üzere toplam 208 KETEM ile tarama programları uygulanmaktadır. 2016 yılında kanser taraması yapılan kişi sayısı 2.017.128'dir(Sağlık Bakanlığı,2017).

Bu araştırmada Kırklareli İli Merkez İlçe KETEM'e 2012 yılında mamografi taramasına gelen kadınların, 2016 yılına kadar en az bir kez olmak üzere ikinci mamografi taramasına gelme oranları ve bunları etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Bu alışma sonucunda mamografi taramalarına düzenli gelen ve gelmeyen kadınların oranı ve bununla ilişkili faktörler saptanarak Türkiye genelinde kanser eğitim ve tarama programlarının geliştirilmesi, kadınların kanser taramalarına düzenli gelme konusunda farkındalığının artırılması ve kanser taramaları ile ilgili bilimsel çalışmalara katkı sağlamak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri Tarihçesi

Tarihsel süreç içinde kadın memesi, kadınlığın, güzelliğin, doğurganlığın ve kutsallığın sembolü olmuştur. Memedeki patolojik değişimlerin gözlenebilir ve meme muayenesinin de kolay olması nedeniyle meme hastalıkları antik çağlardan bu yana hekimlerin ilgisini çekmiştir (Garip M.,2008).

Meme kanserine ait en eski kaynak Eski Mısır'da bulunmuştur. İlk tıbbi papirusun, Milattan Önce 3000-2500 yılları arasında Mısır'da yapılan ilk piramidin mimarı da olan hekim İmhotep'in yaşadığı çağda yazıldığına inanılmaktadır (Aydın ve Akça 2011).Edwin Smith papirüsleri olarak isimlendirilen yazıtlarda travmatik yaralanmaya maruz kalmış 48 erkek vakadan bahsedilmekte ve 9 tanesinde meme hastalığı da olduğu anlatılmaktadır. Bu vakalardan birinde memede şişliğe neden olan tümörün tarifi yapılmıştır. İmhotep, tümörün dokunmayla soğuk, şiş olduğunu ve göğsün her tarafına yayılması durumunda hiçbir tedaviye cevap vermeyeceğini ve bu nedenle ellenmemesi gerektiğine değinmiştir (Breasted,1930; Erdogan, 2010).

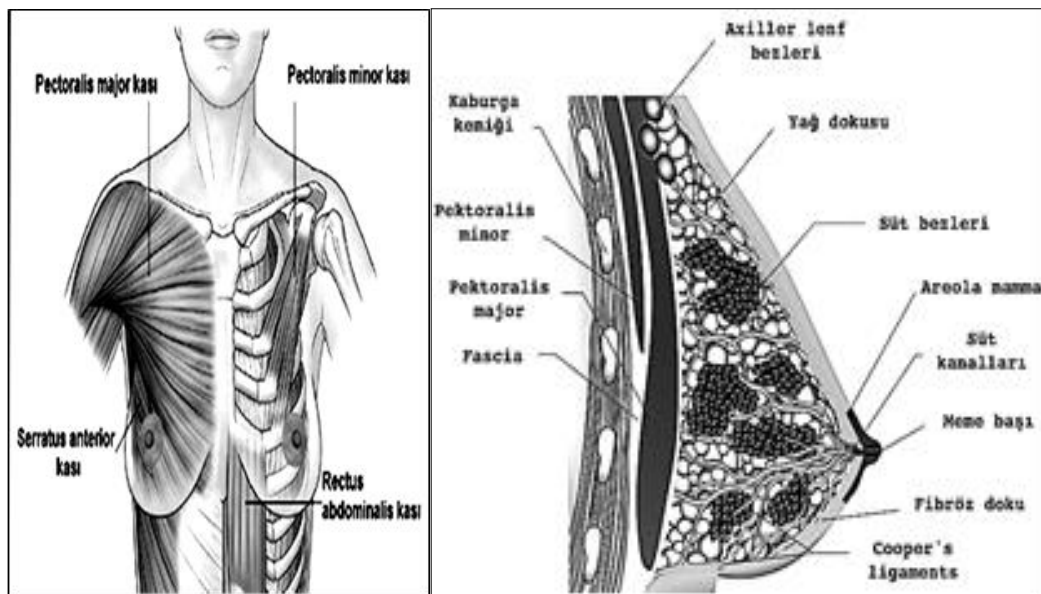
M.Ö. 460-370 yıllarında modern tıbbın babası Hipokrat tarafından “carcinomas” terimleri ilk defa kullanılmıştır. Hipokrat kanlı meme başı akıntısı şikayetleri mevcut meme kanserli bir hastayı ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Ayrıca meme kanseri ile menopoz arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmıştır. Azis Leonides M.S. 100. yıllarda geniş kesi ve koterizasyon ile belli boyutlarda sağlam doku ile birlikte tümör dokusunu çıkarıp mastektomi yapan ilk hekim olmuştur. Ancak yapılan cerrahi uygulamalardaki başarı oranı uygun antiseptik yöntemlerin olmaması nedeniyle çok düşük ve anestezi olmadığı için de çok acı verici idi (Virk-Baker, 2012).

On altıncı ve 17. yüzyılda, Fabry ve Tobor sıkıştırarak meme amputasyonu yapan bir alet geliştirmiş; Halsted ise 1882'de ilk radikal mastektomi yapılmıştır. Anestezi ve antisepsi yöntemlerinin gelişmesi sonucu 19. yüzyıl onkolojik cerrahinin altın çağı olmuştur. Dezenfeksiyon, sterilizasyon ve steril eldivenler kullanmak cerrahinin

başarısı için dönüm noktalarıdır. 1940'lı yıllarda meme radyoterapisinin keşfi ile meme koruyucu ameliyatlar tercih edilmeye başlanmıştır. Mamografi 1913 yılında keşfedilmiş ve bu tarihten itibaren yaygın olarak kullanılmıştır. 1950 yıllarında ultrasonografi ve sonrasında manyetik rezonans görüntüleme ve Pet Scan gibi daha sofistike yöntemler meme kanseri teşhisi için kullanılan yöntemlerin arasına katılmıştır (Ünal, 2006).

2.2. Meme Anatomisi

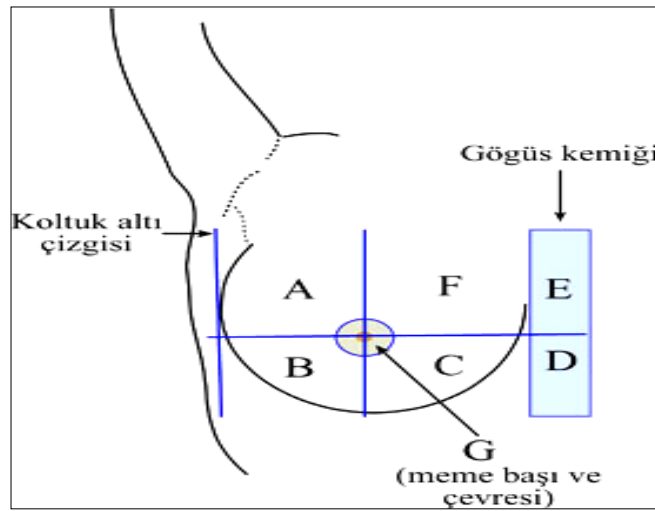
Memeler, pektoral kaslar (major ve minor) üzerinde, göğüs duvarına fibroz uzantılarla (Cooper's ligamanları) bağlanmış modifiye apokrin ter bezidir. Gelişimini tamamlamış normal bir meme 2. ve 7. kaburgalar arasında yer almaktadır (Şekil 2.1-2). Fetal dönemin 5 ve 6. haftalarında ince bir süt çizgisi olarak belirmeye başlayan meme gelişimi puperte dönemine kadar kız ve erkek çocuklarında aynı olup; ergenlik döneminde kız çocuklarında östrojen, progesteron ve prolaktin hormonlarının etkisiyle gelişip büyümeye başlar. Meme büyüklüğü kişiden kişiye, ırka, genetik özelliklere göre değişiklik göstermektedir ve bir memenin diğerinden büyük olması da sıklıkla gözlenen bir durumdur. Pektoralis majör kası göğüs duvarından başlayarak meme altına doğru uzanır ve kolun yukarı bölümüne bağlanır, kol ve göğüsün birleştiği yerde aksilla (koltuk altı) kıvrımını meydana getirir.



Şekil 2.1. Meme Anatomisi

Şekil 2.2. Memenin Yapısı

Meme; lobüller, ductuslar, kan damarları, lenf damarları ile yağ ve bağ dokusundan oluşmaktadır. Memenin en üst katmanında deri epitel hücreleri, altında ise yağ dokusu bulunmaktadır. Yağ dokusunun altında süt bezleri yer alır ve süt bezlerinin birleşimiyle lobüller (süt adacıkları) meydana gelir. Lobüllerin birleşimiyle loblar (süt adası) oluşmaktadır. Lobüller, ductuslar ile memenin ortasındaki meme başına açılırlar. Meme başı üstünde süt akımını sağlayan delikler mevcuttur. Meme başı çevresini areola olarak adlandırılan kahverengi 3-6 cm genişliğinde bir hat çevrelemekte olup; bu hat içinde emzirme esnasında meme başını çatlaklardan koruyan Montgomery tüberkülleri isimli yağ bezleri yer almaktadır.



- A - üst dış kadran
- B - alt dış kadran
- C - alt iç kadran
- F - üst iç kadran
- G - santral kadran (memebaşı ve areola)

Şekil 2.3. Meme Hastalıklarında Lokalizasyon Belirlemede Kullanılan Kadran Şeması

Süt bezleri en fazla meme üst dış kadranda (A kadrani) bulunur. Memenin malign lezyonları da sıklıkla bu kadranda gözlenmektedir; bu sırayı azalarak santral kadran (G), üst iç kadran (F), alt dış kadran (B), alt iç kadran (C) izlemektedir (MHDF, 2012)(Şekil 2.3).

2.2.1. Meme Lenf Sistemi

Meme dokusu yaygın lenf ağına sahiptir. Bağışıklık sisteminin bir parçası olan lenf sistemi; lenf damarları, lenf sıvısı, lenf dokusu ve lenf organlarından oluşur. Lenfatik sistemin görevi vücudu enfeksiyonlara karşı korumak ve dokular arasında yer alan

interstisyel sıvının kan dolaşımına geri dönüşünü sağlamaktır. Meme kanseri lenf kanalları ve lenf nodları aracılığıyla vücutta yayılım göstermektedir. Bu nedenle meme kanserinin hangi evrede olduğunun belirlenmesinde koltuk altı lenf nodlarına yayılımın tespiti önem arz etmektedir. Meme lenf damarlarının %75'i aksiller lenf nodlarına açılmaktadır. Meme drenajını sağlayan lenf bezleri aksiller, internal mammarial, supraklaviküler ve infraklaviküler lenf bezleridir (Güven ve Özden,2008).

2.2.2. Memenin Kan Dolaşımı

Memenin arteriyel kanlanması aksiller arterin dalları, internal torasik arter (anterior interkostal dalları aracılığıyla) ve bazı posterior interkostal arter dalları ile sağlanmaktadır (MHDF,2012). Meme dokusunun %60'lık kısmı internal torasik (mamarian) arterden beslenmektedir. Meme venleri arterlerine eşlik etmektedir. Meme venleri dağılımı ve anastomozları, karsinom embolilerinin ilerlemesi ve uzak organ metastazları ile ilişkilidir (Demiral, 2009).

2.2.3. Memenin İnervasyonu

Memenin duyuşal inervasyonu 2- 6. interkostal sinirler ile sağlanmaktadır (Başoğlu,2010).

2.3. Meme Kanseri

Meme yapısında bulunan lobul ve duktus hücrelerinin kontrolsüzce çoğalmaları ve vücudun çeşitli bölgelerine dağılarak çoğalmaya devam etmelerine meme kanseri denir (Sayhan,2013). Meme Kanseri sistemik ve kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (MHDF,2012).

2.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) cinsiyet ve yaş grubuna göre 185 ülke ve 36 bölgede kanser için tahminlerini GLOBOCAN 2018 raporu ile yayınlamıştır. IARC tarafından yayınlanan tahminler IUCC (Uluslararası Kanser Kayıtları Birliği) ve WHO (Dünya Sağlık Örgütü) işbirliği ile toplanan güncel verilere dayanmaktadır. Rapor; dünya çapında kanser hastalığı yükünün 18.1 milyon vakaya (melanom dışı cilt kanseri hariç 17 milyon), kanser ölümlerinin 9.6 milyona (melanom dışı deri kanseri hariç 9,5 milyon) ulaştığını açıklamaktadır. Ayrıca yaşamları boyunca 5 erkek ve 6 kadından birinin kansere yakalanacağı, 8 erkek ve 11 kadından birinin hastalıktan öleceği ve son 5 yılda kanser teşhisi konulan 43.8 milyon (Globocan 2012 - 32,6 milyon kişi) kişi olduğu bildirilmektedir (ACS, 2018). Erkek ve kadınlar bir arada değerlendirildiğinde Dünya’da %11,6 oranı ile akciğer kanseri birinci sırada yer almakta olup (akciğer kanseri, kansere bağlı ölümlerin de %18,4 nedenidir) meme kanseri % 11,6 ile ikinci, prostat kanseri % 7,1 ile üçüncü sırada yer almaktadır (ACS,2018)(Tablo 2.1).

Globocan 2018 verilerine göre dünyada her yıl 2.1 milyon kişiye meme kanseri tanısı konulmaktadır. Kadınlarda yeni teşhis edilen kanser vakalarının $\frac{1}{4}$ ’ü meme kanseridir. Meme kanseri 185 ülkenin 154’ünde en yaygın teşhis edilen kanserdir (% 24,2) ve 100 ülkede ise kanser nedeni ölümlerin başında gelmektedir (Şekil 2.4). Meme kanseri dünya genelinde kanser kaynaklı ölümlerin %15’ini oluşturmaktadır; dünyada her yıl yaklaşık 626.000 bin ölüme neden olmaktadır. Kadınlarda mortalite açısından meme kanserinden sonra akciğer kanseri (% 13,8) ve kolorektal kanser (% 9,5) gelmektedir. Servikal kanser hem insidans (% 6,6) hem de (% 7,5) mortalite için dördüncü sıradadır (ACS,2018).

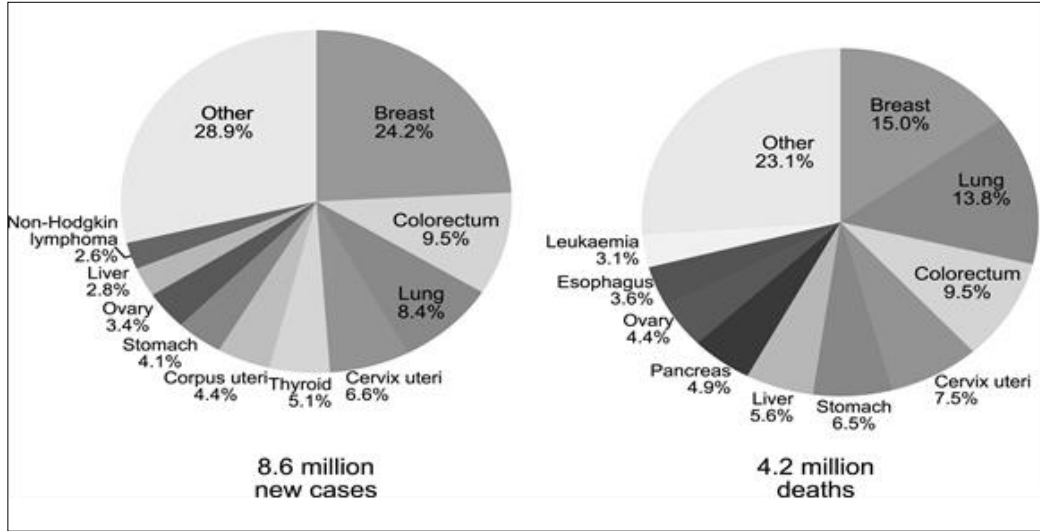
Dünya’da çeşitli coğrafya ve bölgelerde meme kanseri insidansı çeşitlilik gösterse de birçok ülkede ölümlerin birinci nedenidir. Ancak Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa’da bazı ülkelerde akciğer kanseri, Güney Afrika’da bazı ülkelerde rahim ağzı kanseri insidansı daha yüksektir ve ölümlerde ön sıradadır.

Tablo 2.1. Glocoban 2018 Tüm Kanselerde İnsidans ve Mortalite Oranları

Kanser	İnsidans (%)	Mortalite (%)
Akciğer	2.093.876 (11,6)	1.761.007 (18,4)
Meme	2.088.849 (11,6)	626.679 (6,6)
Prostat	1.276.106 (7,1)	358.989 (3,8)
Kolon	1.096.601 (6,1)	551,269 (5,8)
Cilt Dışı Melanom	1.042.056 (5,8)	65.155 (0,7)
Mide	1.033.701 (5,7)	782.685 (8,2)
Karaciğer	841.080 (4,7)	781.631 (8,2)
Rektum	704.376 (3,9)	310.394 (3,2)
Yemek Borusu	572.034 (3,2)	508.585 (5,3)
Serviks Uteri	569.847 (3,2)	311.365 (3,3)
Tiroid	567.233 (3,1)	41.071 (0,4)
Mesane	549.393 (3,0)	199.922 (2,1)
Non-Hodgkin Lenfoma	509.590 (2,8)	248.724 (2,6)
Pankreas	458.918 (2,5)	432.242 (4,5)
Lösemi	437.033 (2,4)	309.006 (3,2)
Böbrek	403.262 (2,2)	175.098 (1,8)
Corpus Uteri	382.069 (2,1)	89.929 (0,9)
Dudak, Ağız Boşluğu	354.864 (2,0)	177.384 (1,9)
Beyin, Sinir Sistemi	296.851 (1,6)	241.037 (2,5)
Yumurtalık	295.414 (1,6)	184.799 (1,9)
Cildin Melanomu	287.723 (1,6)	60.712 (0,6)
Safra Kesesi	219.420 (1,2)	165.087 (1,7)
Gırtlak	177.422 (1,0)	94.771 (1,0)
Multipl Miyelom	159.985 (0,9)	106.105 (1,1)
Nazofarenks	129.079 (0,7)	72.987 (0,8)
Orofarenks	92.887 (0,5)	51.005 (0,5)
Hipofarinks	80.608 (0,4)	34.984 (0,4)
Hodgkin Lenfoma	79.990 (0,4)	26.167 (0,3)
Testis	71.105 (0,4)	9.507 (0,1)
Tükürük Bezleri	52.799 (0,3)	22.176 (0,2)
Anüs	48.541 (0,3)	19.129 (0,2)
Vulva	44.235 (0,2)	15.222 (0,2)
Kaposi Sarkomu	41.799 (0,2)	19.902 (0,2)
Penis	34.475 (0,2)	15.138 (0,2)
Mezotelyoma	30.443 (0,2)	25.576 (0,3)
Vajina	17.600 (0,1)	8.062 (0,1)
Deri Hariç Tüm Kanser	17.036.901	9.489.872
Tüm Kanseler	18.078.957	9.555.027

Meme kanseri insidansı hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerde diğer kanserlerden yüksektir. Yeni Zelanda, Birleşik Krallık, İsveç, Finlandiya ve Danimarka, Belçika (en yüksek küresel orana sahip), Hollanda ve Fransa, İtalya ve

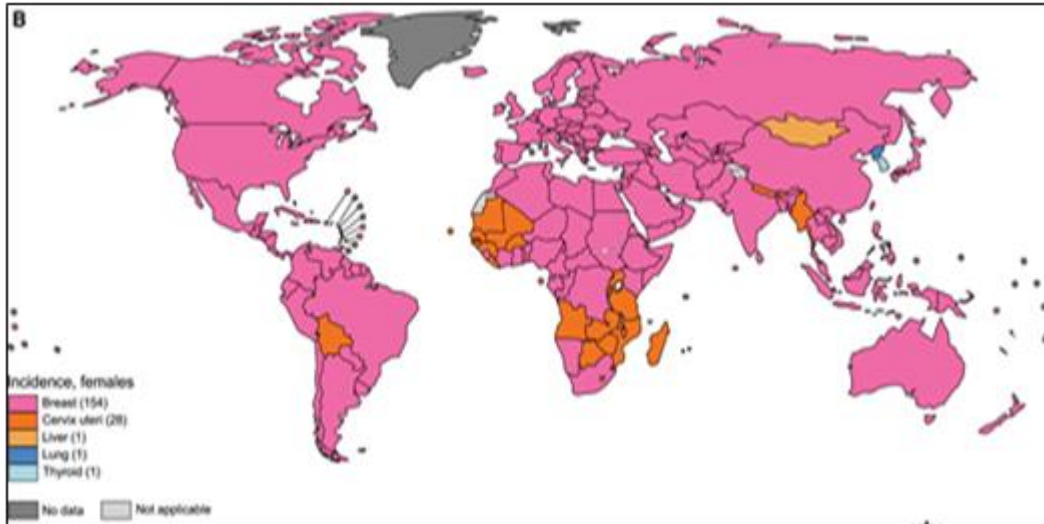
Kuzey Amerika en yüksek insidanslara sahip ülkelerdir. Meme kanseri mortalite oranları ise daha az değişkenlik göstermektedir, Fiji en yüksek ölüm oranlarına sahiptir (ACS, 2018)(Şekil 2.5).



İnsidans

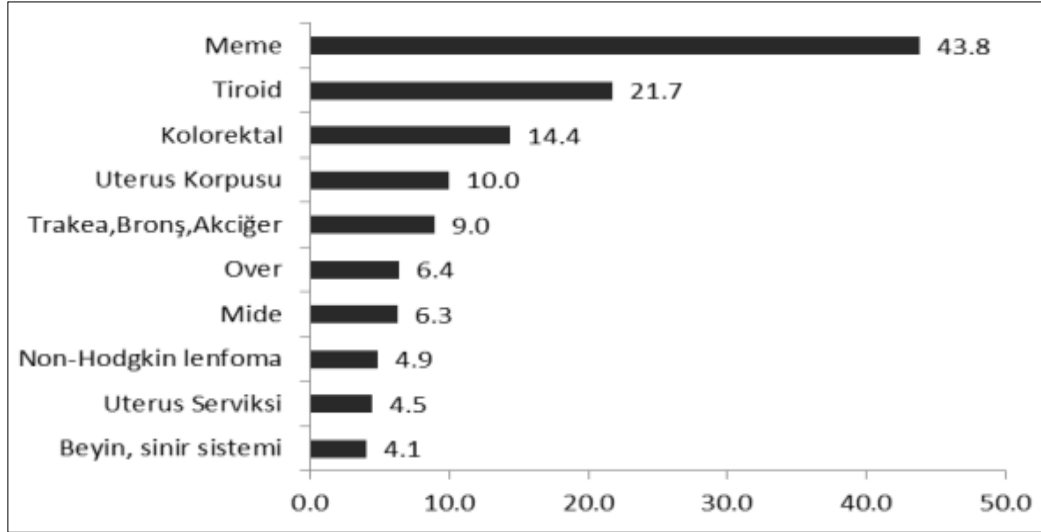
Mortalite

Şekil 2.4. Dünyada Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Sayı ve Ölümünün Dağılımı (Melenom Dışı Cilt Kanseri Diğer Kategorisine Dahil Edilmiştir) Globocan 2018.

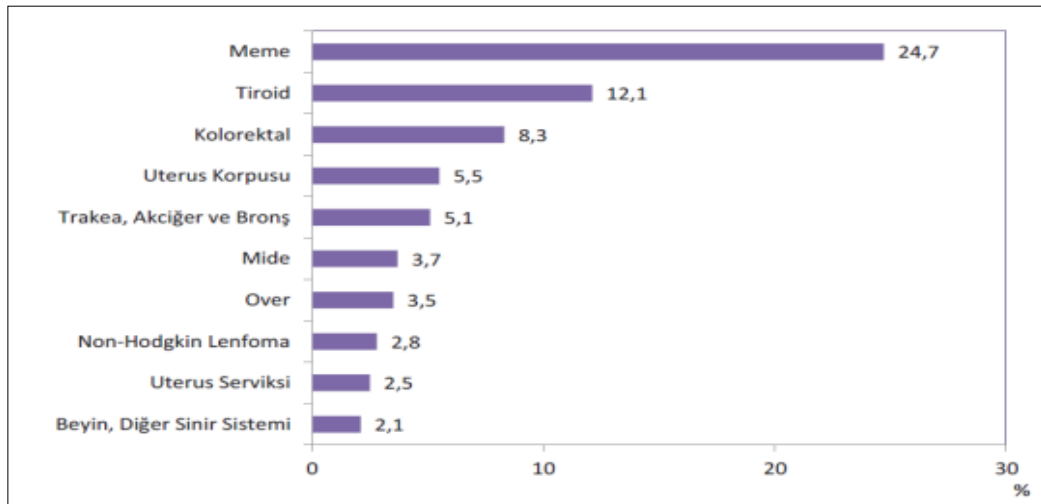


Şekil 2.5. Kadınlarda Ükelere Göre En Yaygın Meme Kanseri İnsidansını Gösteren Küresel Harita /Globocan 2018

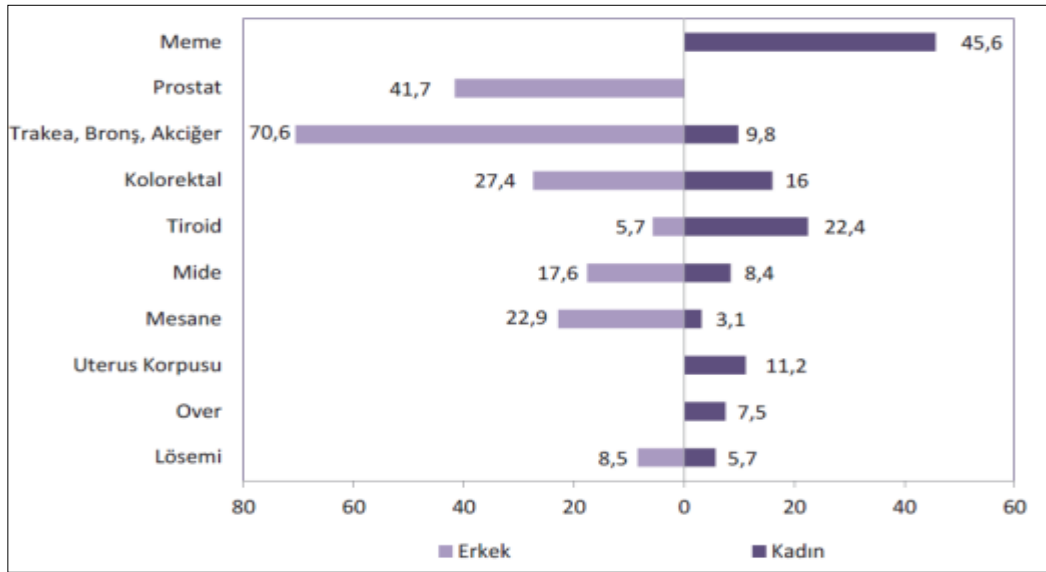
Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 2015 yılı verilerine göre ülkemizdeki kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir (Şekil 2.6-7-8-9). Kanser tanısı almış her 4 kadından biri meme kanseridir (Sağlık Bakanlığı, 2016).



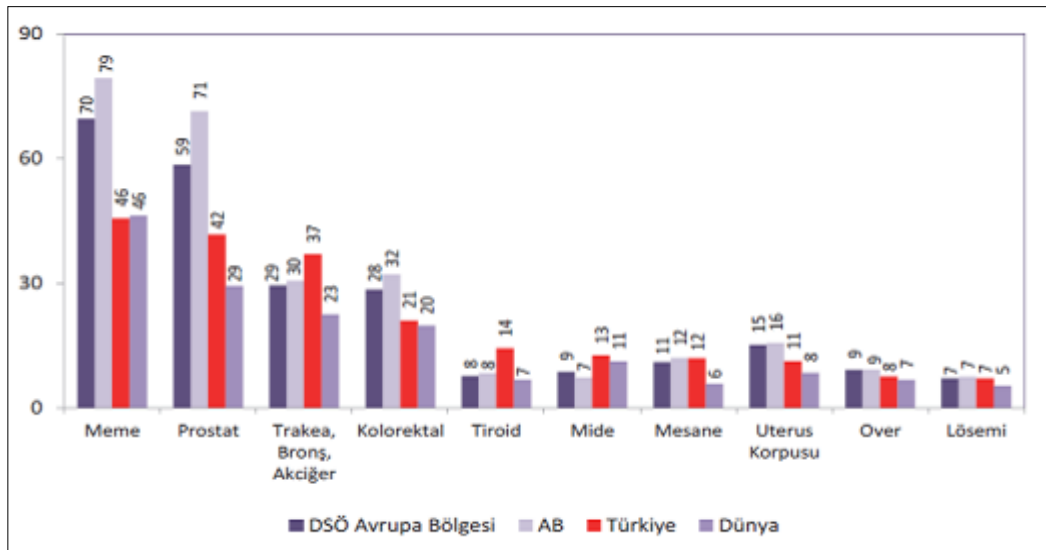
Şekil 2.6. Türkiye'de kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserın Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı,2015), (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).



Şekil 2.7. Türkiyede Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün Toplam Kanser İçindeki Dağılımı, (%), 2015, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



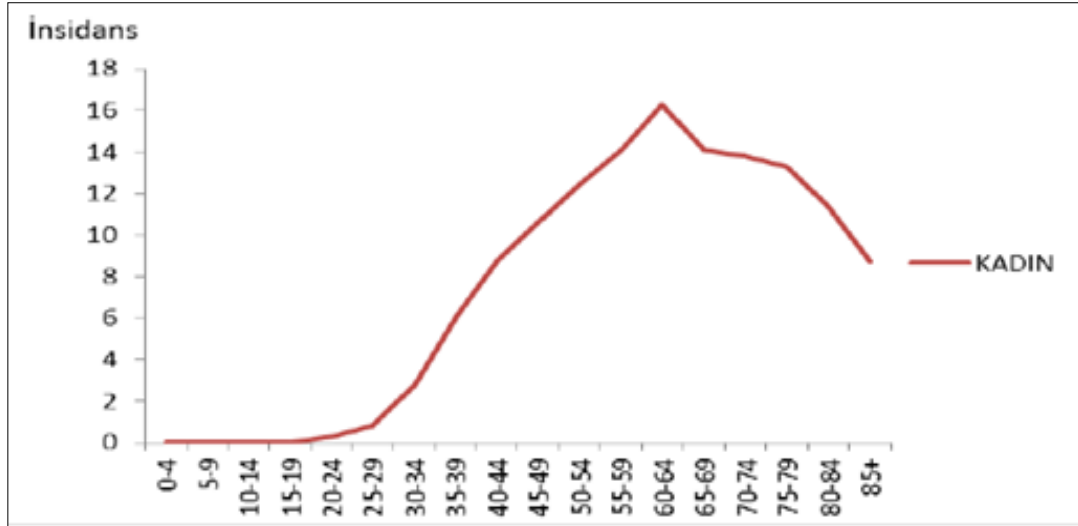
Şekil 2.8. Türkiye'de En Sık Görülen İlk 10 Kanser Türünün Cinsiyete Göre İnsidansı, (100.000'de Dünya Standart Nüfusu) 2018, IARC, Globocan 2018.



Şekil 2.9. Türkiyede En Sık Görülen 10 Kanser Türü İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması (100.000 Dünya Standart Nüfusu), 2018, IARC, Globocan 2018

Ülkemizde meme kanseri tanısı almış kadınların %44,5'i 50-69 yaş arasında, %40,6 sı ise 25-49 yaş arasında yer almaktadır (Şekil 2.10). Vakalar incelendiğinde %11,5'i uzak evrede tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Türkiye Meme Hastalıkları Derneği Federasyonu verilerine göre meme kanserinin %5'i evre 0, %27'si evre I,

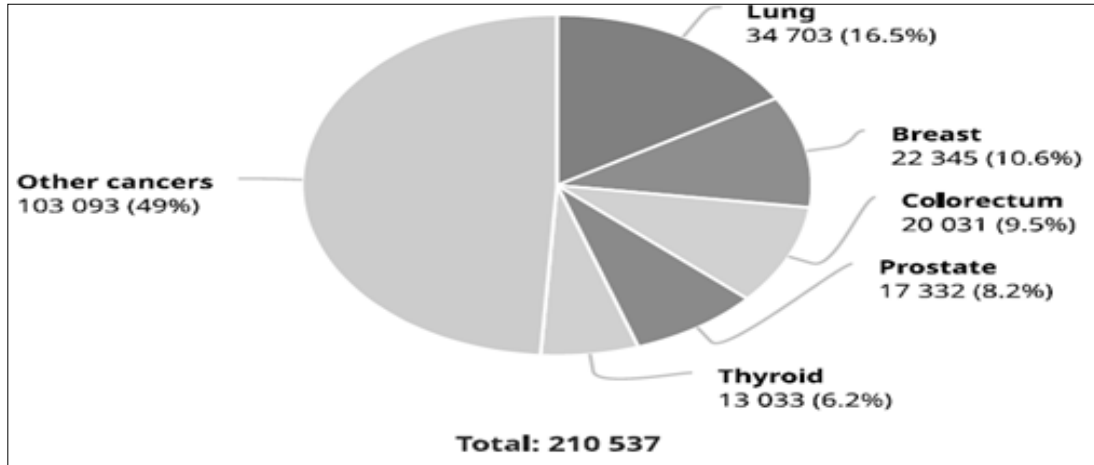
%44'ü evre II, %21'i evre III ve %3'ü evre IV'te ve tümörün ortalama çapı 2,5 cm olarak tespit edilmektedir (Özmen, 2014).



Şekil 2.10. Türkiye'de Meme Kanserinin Kadınlarda Yaşa Özel Hızları (Sağlık Bakanlığı,2016).

Türkiye ve dünyada, meme kanseri kadınlarda en yüksek insidansa sahipken, ülkemizde mortalite oranında yerini akciğer kanseri ile değiştirmiştir. Mortalitede akciğer kanserinin öne çıkması, meme kanserinin akciğer metastazlarının kayıtlara primer ölüm nedeni olarak geçirilmesi olasılığını düşündürmektedir (Ertem ve Çan,2014).

Globocan 2018 verilerine göre, ülkemizde kanser tanısı almış yeni vaka sayısı 210537 kişi, kanser nedeniyle ölümler 116710 kişi ve son 5 yılda kanser tanısı almış 470851 kişidir (American Cancer Society, 2018)(Şekil 2.11,Tablo 2.2).



Şekil 2.11. Türkiye'de Kanser Tanısı Almış Yeni Vaka Sayıları / Globocan 2018

Tablo 2.2. Globocan 2108 Türkiye Kanser İstatistik Özeti

	Erkek	Kadın	Kadın-Erkek
Nüfus	40.371.479	41.545.387	81.916.866
Yeni Kanser vakalarının sayısı	118.882	91.655	210.537
Yaş standardize insidans oranı (Dünya)	284,2	182,3	225,1
75 yaşından önce kanser gelişimi riski (%)	28,55	17,90	22,77
Kanserden ölenlerin sayısı	74.542	42.168	116.710
Yaş standardize mortalite oranı (Dünya)	177,4	78,2	121,5
Kanserden 75 yaşından önce ölme riski (%)	18,63	8,28	18,08
5 yıla yayılmış vakalar	231.591	239.260	470.851
Melanom dışı deri kanseri hariç en sık görülen 5 kanser	Akciğer Prostat Kolorektal Mesane Mide	Meme Tiroid Kolorektal Serviks Akciğer	Akciğer Meme Kolorektal Prostat Tiroid

Meme kanseri etyolojisi tam olarak bilinmemekte tek bir nedene dayandırılmamaktadır (Kuzhan ve Adlı, 2015). Oluşumunda etkili birçok risk faktörü olmakla birlikte meme kanserinin genetik, çevresel, hormonal, sosyo-biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkisiyle gelişen bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Kişisel veya aile öyküsü pozitif olan genetik faktörlere bağlı gelişen meme kanseri tüm vakaların % 5 ila % 10'unu oluşturmaktadır (ACS, 2018). Risk faktörlerinin sayısına göre hastalığın görülme sıklığı farklılık göstermektedir (Manjer vd.,2000). Yapılan çalışmalar bazı faktörlerin kadın meme kanseri riskini diğerlerine göre daha fazla artırdığını göstermiştir (Kabel vd.,2016; Seçginli, 2007).

2.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Tablo 2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilen Risk Faktörleri	Belirsiz Etkileri Olan Faktörler
<ul style="list-style-type: none"> • Cinsiyet (kadın olmak) • Yaş (40 yaş üzerinde olmak) • Genetik risk faktörleri (BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonu vb) • Aile öyküsü özellikle Birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü olması (anne, kız kardeş) • Memede daha önceden kanser ya da atipik hiperplazi olması • Irk • Yoğun meme dokusu • Benign meme hastalıkları • Erken menarş, geç menopoz • Daha önce göğüse alınan radyoterapi • Diethylstilbestrol ilacına maruz kalmak 	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk sahibi olmamak ya da ilk doğumun 30 yaşın üzerinde yapılması • Postmenopozal hormon tedavisi • Kombine östrojen ve progesteron kullanımı • Emzirme • Günlük alkol alımı • Postmenopozal obezite • Fiziksel aktivite 	<ul style="list-style-type: none"> • Radyasyon • Diyet ve vitamin alımı • Çevrede bulunan kimyasallar • Sigara kullanımı • Gece çalışma <hr/> <p>Kanıtlanmamış veya Tartışmalı Meme Kanseri Risk Faktörleri</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Antiperspirantlar • Sütyen • Kürtaj • Meme implantları

Amerikan Kanser Topluluğu. Meme Kanseri Gerçekler ve Rakamlar 2017-2018 Atlanta, Amerikan Kanser Derneği; 2017-2018.

2.5.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet: Meme kanserinin sadece %1'i erkeklerde görülürken %99'u kadınlarda görülmektedir. Meme kanseri oluşumunda ana risk faktörü kadın olmaktır (ACS 2017)(Tablo 2.3).

Yaş: Cinsiyetten sonra en önemli diğer faktördür. Yaşın artmasıyla birlikte meme kanseri insidansı da artmaktadır (ACS, 2017).

Genetik Mutasyon: BRCA1 ve BRCA2'de oluşan kalıtsal mutasyonlar kadın meme kanserlerinin % 5 - 10'unda ve erkek meme kanserinin % 5 - 20'sinde etkilidir (Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016).

Aile Öyküsü: Aile bireylerinde meme kanseri öyküsü mevcut olan (özellikle birinci derece akrabalarında) kadınlarda meme kanseri görülme riski artmaktadır. Birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü riski iki kata çıkarmaktadır. Meme kanseri olan birinci derece akraba sayısı iki ise meme kanseri riski üç kat artmaktadır. Babası veya erkek

kardeşi meme kanseri olan kadınların meme kanserine yakalanma riski de daha yüksektir. Meme kanseri olan kadınların % 15'i bu hastalığa sahip bir aile bireyine sahiptir (Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016). Bu kadınların dikkatli takip ve izlemlerinin yapılması ve meme kanseri genetik danışmanlığı yapan merkezlere yönlendirilmesi uygundur (Olgun,2015).

Meme Kanseri Öyküsünün Olması: Kişinin daha önce meme kanseri tanısı almış olması yeni meme kanseri gelişim olasılığını 1,5 kat artırmaktadır. Genç kadınlarda bu olasılık daha yüksektir, 40 yaş altında meme kanseri teşhisi almış ise 4,5 kat daha artmış riski bulunmaktadır (Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016).

İrk: Meme kanseri genel olarak beyaz ırka sahip kadınlarda görülmektedir. Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda 45 yaş altı meme kanseri insidansı daha yüksektir. Ancak siyah ırktan kadınların her yaşta meme kanserinden ölme olasılıkları daha yüksektir (ACS,2017).

Yoğun Meme Dokusu: Memede yoğun glandüler ve fibröz doku ve daha az yağ dokusunun olması mamografiye yoğun meme olarak yansımakta; mamografinin tanıdaki etkinliğini olumsuz etkilemektedir. Yoğun meme dokusuna sahip olan kadınlar 1,5 ila 2 kat daha fazla meme kanseri riski taşımaktadır (Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016).

Benign Meme Hastalıkları: Meme kanseri riski açısından benign meme hastalıkları, üç gruba ayrılmaktadır:

Nonproliferatif lezyonlar: Meme dokusu büyümesiyle ilişkili olmayan ve meme kanseri riski açısından minimal etkisi olan lezyonlardır. Basit kistler, hafif hiperplazi bu lezyonlara örnektir.

Atipi içermeyen proliferatif lezyonlar: Meme kanalları veya loblarında atipi içermeyen hücre çoğalmasdır ve bu kişilerde meme kanseri riski 1,5-2 kat artış göstermektedir. Örnek atipisiz duktal hiperplazi ve fibroadenomdur.

Atipili proliferatif lezyonlar: Meme kanallarında veya loblarındaki hücrelerin aşırı çoğalması ve atipi içermesidir, bu değişikliklere sahip hastalarda meme kanseri riski

4-5 kat artmaktadır Atipili proliferatif lezyonlar, atipili duktal hiperplazi ve atipili lobular hiperplazi bu gruba örnek verilebilir (Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016).

Daha Önce Göğüs Bölgesine Radyoterapi Alınması: Meme yapısının gelişmekte olduğu yaşlarda (çocuk ve genç) radyoterapi alan kadınlar meme kanseri için risk taşımaktadırlar. Kırk yaş üzeri radyoterapi meme kanseri riskini artırmamaktadır (ACS,2017). Tanı amaçlı mamografi ve göğüs radyografisi çekiminin meme kanseri riskini artırıcı bir etkisi yoktur (Kaymakçı,2011).

Menstruel Öykü: 12 yaşından önce adet görmek ve 55 yaşından sonra menopoza girmiş olmak östrojen ve progesteron hormonlarının daha uzun süreli etkisi nedeniyle meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS,2017).

Dietilstilbestrole (DES) maruz kalma: 1940-1970 yılları arasında hamilelerde düşükleri önleme amaçlı DES adlı östrojen benzeri ilaç verilen kadınların çocuklarında meme kanseri görülme riskinde artış saptanmıştır (ACS,2017).

2.5.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Çocuk Sahibi Olmamak: Çocuk sahibi olmamak ya da geç yaşta çocuk sahibi olmak meme kanseri riski artışı ile ilişkili iken birinci çocuğunu 20 yaşından önce doğurmak ve fazla çocuk sahibi olmak meme kanseri riski azalması ile ilişkilidir. Meme kanseri riski 35 yaş sonrası ilk gebeliği gerçekleşen kadınlarda, 20 yaş öncesi gebe kalmış kadınlara oranla üç kat daha fazladır (Kulshrestha,2011).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Kombine hapları 20 yaşından önce veya ilk gebelikten önce kullanan kadınlarda meme kanseri riski hafif artmakta, hap kullanımı bırakıldıktan 10 yıl sonrasında ise risk hiç hap kullanmayan kadınlarla aynı seviyeye inmektedir (cancerresearchuk.org; Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016; ACS, 2017).

Menopoz sonrası hormon tedavisi: Menopoz sonrası uzun süreli kombine (östrojen ve progesteron) hormon replasman tedavisi meme kanseri riskini %25 oranında artırmaktadır. Hormon replasman tedavisinin premenopozal dönemde başlanması ve daha sonrasında da devam etmesi risk artışına neden olmaktadır. Hormon tedavisinin bırakılması sonrasında 5 yıl içinde meme kanseri riski hormon replasman tedavisi almamış kadınların seviyesine inmektedir (Lancet 1997). US Preventive Services Task Force, Women's Health Initiative (USPTSP - ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü, Kadın Sağlığı Girişimi) randomize çalışmasının sonuçlarına göre 6 yıl sadece östrojen alan kadınlarda meme kanseri riski %23 daha az tespit edilmiştir. Yapılan gözlemsel araştırmalarda ise özellikle düşük kilolu ve menopozdan hemen sonra östrojen tedavisi başlanan kadınlarda riskte hafif bir artış tespit edilmiştir (Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016) (ACS 2017).

Emzirme: 12 ay ve üstünde emzirmenin meme kanseri riskini hafif azalttığı gösterilmiştir. Bu azalma emzirme süresince adet döngüsünün duraklamasından kaynaklanmaktadır. Otuz ülkede yapılmış 47 çalışmanın sonuçlarına göre 12 ay çocuğunu emziren kadınlarda meme kanseri riskinin %4,3 azaldığı tespit edilmiştir (Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016; Romieu,1996).

Alkol: Günlük tüketilen alkol miktarı arttıkça risk artmaktadır. Günlük 10 ml üzerinde alkol alınması meme kanseri riskini % 7- 10 artırmakta ve günlük alkol alanlar içmeyenlere göre % 20 daha fazla meme kanseri riski taşımaktadır. Amerikan Kanser Derneği, alkol tüketen kadınların bir bardaktan fazla içmemesini önermektedir (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018).

Beslenme: Vücuttaki yağ oranının yükselmesi meme kanseri riskinde artışa neden olmaktadır. “Avrupa Beslenme ve Kanser Çalışma Grubu (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-EPIC)’nun raporuna göre şişman kadınlar zayıf kadınlara kıyasla %31 daha fazla meme kanseri riski taşımaktadır ”(Çakır vd., 2016).

Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivite; kilo kaybı, iyileştirilmiş insulin duyarlılığı ve lipid profilini düzenleme gibi faydaları yanında menopoz döneminde kadınlardaki

östrojen seviyesini azaltmakta ve sonuç olarak meme kanseri riski de azalmaktadır (Eliassen vd.,2010). Araştırma sonuçları, düzenli fiziksel egzersiz yapan kadınların yapmayan kadınlara göre % 10 - 25 daha az meme kanseri riskine sahip olduğunu göstermektedir. Amerikan Kanser Derneği'nin postmenopozal dönemdeki 73.000 kadın üzerinde yaptığı çalışmada haftada 7 saat yürüyen kadınların meme kanseri riski haftada 3 ve daha az yürüyen kadınlara göre %14 daha düşük bulunmuştur (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018).

2.5.3. Kesin Olmayan (Tartışmalı) Risk Faktörleri

Radyasyon; Atom bombasına maruz kalan ve genç yaşlarda (10-30 yaş) göğüs kafesine yüksek doz radyoterapi alan kadınlarda riskin arttığı saptanmıştır. 40 yaştan sonra göğüse radyoterapi tedavisinin ise meme kanseri riskine bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (Yarış, Şahin ve Dikici,2014).

Çevrede Bulunan Kimyasallar: Plastiklerde bulunan östrojen benzeri özelliklere sahip maddelerin, bazı kozmetik ürünler ve kişisel bakım ürünleri, böcek ilaçları ve PCB'lerin (poliklorlu bifeniller) teorik olarak meme kanseri riskini artırdığı düşünülmekle birlikte daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018).

Tütün Ürünleri Kullanımı: Uzun yıllar yoğun sigara kullanan ve gebelik öncesi sigara içmeye başlayan kadınlarda meme kanseri riskinin hafifçe arttığı saptanmıştır. American Cancer Society tarafından yapılan bir incelemede, ilk gebeliğinden önce sigara içmeye başlayan kadınların, hiç içmeyen kadınlara göre %21 daha fazla riske sahip olduğu tespit edilmiştir. Yine çalışmalarda pasif içiciliğin de risk artışına yol açabileceği belirtilmiştir (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018).

Gece Vardiyasında Çalışma; Erken yetişkinlik döneminde uzun süreli gece vardiyasında çalışanlarda ve uçuş görevlilerinde meme kanseri riskinde artış olduğu gözlenmiştir. Geceleri ışığa maruz kalma uyku düzenleyici olan melatonin hormonunu olumsuz etkilemektedir. Deneysel kanıtlar, melatonin hormonunun küçük tümörlerin büyümesini ve yeni tümör gelişmesini engelleyebileceğini öne

sürmektedir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı, 2007 yılı çalışma sonuçlarına göre özellikle gece vardiyalı çalışmanın kanserojen olduğu sonucuna varılmıştır (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018).

2.5.4. Diğer Çelişkili Risk Faktörleri

Uzun Boy; Yapılan birçok çalışmada uzun boylu kadınların kısa kadınlara göre meme kanseri riski yüksek bulunmuştur (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018). Yapılan birkaç prospektif kohort çalışmada, boy uzunluğundaki her 10 cm'lik artışın meme kanseri riskini %17 artırdığı belirtilmiştir (İleri vd.,2018).

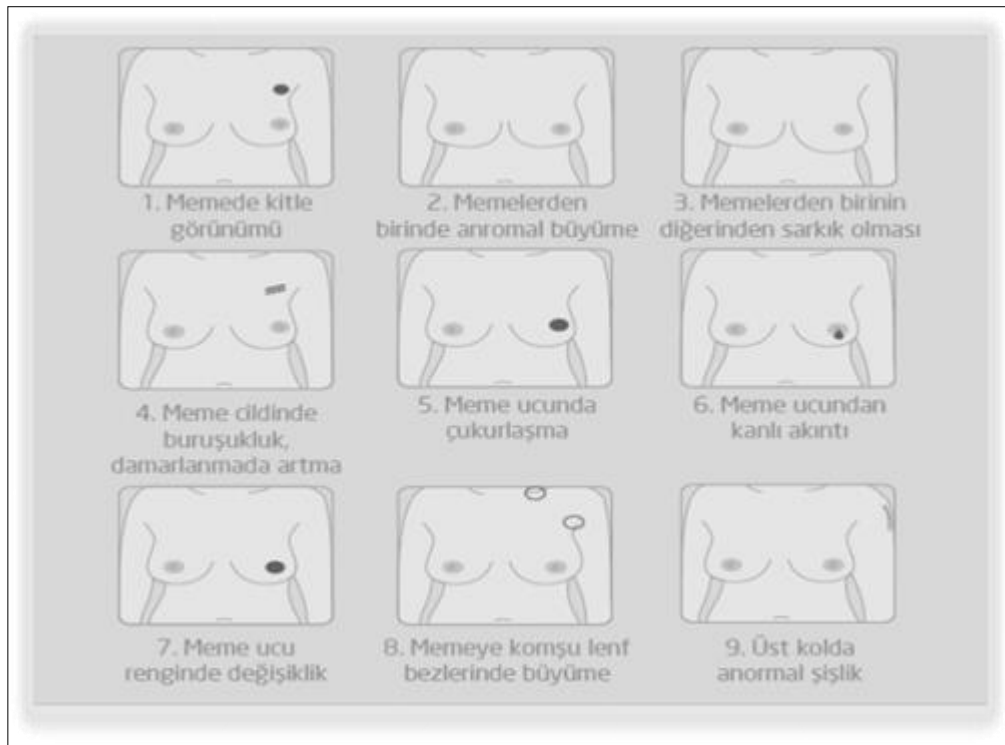
Kemik mineral yoğunluğu; Postmenopozal dönemde yüksek kemik mineral yoğunluğuna sahip kadınların meme kanseri için %60-80 risk artışı ile ilişkilendirilmiştir (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018).

Kürtaj olmak (spontan veya indüklenmiş), sütyen kullanmak, meme implantları, saç boyaları ve terlemeyi önleyici deodorantlar hakkında güncel yapılmış çalışmalarda meme kanseri riskinde artış bulunamamıştır (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018).

2.6. Meme Kanseri Belirtileri

Gelişimini tamamlamış bir kadında memeler simetriktir ancak büyüklükleri birbirine eşit değildir. Memenin şekli ve yapısı kadının genetik özelliklerine, yaşına, beslenme, gebelik, laktasyon ve menstruasyon durumuna göre değişiklik göstermektedir. Sağlıklı meme derisi, ince ve esnek yapısı ile meme boyutlarındaki değişikliklere uyum sağlar ve pürüzsüz görünümündedir. Ayrıca meme başında retraksiyon, kızarıklık, çökme veya kabarıklık gözlenmez (Seçgin Sayhan, 2013). Memedeki malign oluşumlar sert, düzensiz sınırlara sahip, hareketsiz, cilt ve fasyalara yapışık olabilmektedir. Malign oluşumların %70 'inde ilk tespit edilen bulgu ağrısız bir kitledir (Acar, 2017). Hastaların %65'i rastlantısal olarak kendisi kitle olduğu fark etmektedir (Arslan, 2014). Başlangıçta %90'ı ağrısız iken ileri evrelerde ağrı gözlenmektedir (Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018).

Meme kanserinde erken dönemde görülebilen diğer bir belirti meme başı akıntısıdır ve meme kanserli hastaların %10'unda ilk belirtidir. Koyu kahverengi veya kırmızı renkli olup sulu seröz yapıdadır. Diğer klinik meme kanseri belirtileri; meme derisinde ödem, kalınlaşma, portakal kabuğu (Peau d'orange) görünümü, meme veya meme başında retraksiyon, Forgue belirtisi (meme üst kadranında gelişen kanserlerin meme başını kitleye doğru çekmesi), meme derisinde eritem ve ülserasyon, memenin lenf nodlarında büyüme ve lenf yollarının tıkanması nedeniyle üst kolda şişliktir. Ayrıca 5 mm'den büyük ve sert lenf nodları metastazı düşündürmektedir. Göğüs duvarına yayılan kanser hücreleri önce derin fasyaya sonrasında m. pectoralis majore ilerleyerek meme hareketinin kaybolmasına neden olabilir (Tillaux elirtisi) (Acar, 2017)(Şekil 2.12).



Şekil 2.12. Meme Kanserinde Gözle Görülebilen Belirtiler

2.7. Meme Kanserinde Yayılım ve Metastaz

Meme kanserine bağlı kitlenin elle palpe edilebilmesi için yaklaşık 10 mm büyüklüğüne, mamografide görüntülenebilmesi için ise 3-5 mm büyüklüğe ulaşması gerekir. Meme kanseri 1mm³'lük hacme ulaşınca malign hücrelerin hematogen yolla yayılmaya başladığı bildirilmektedir (Subaşı, 2014). Meme kanserinin klinik olarak ilk metastazı koltuk altına olmakta ve koltuk altı lenf nodu pozitifliği kanserin klinik evresini de etkilemektedir (Parlar ve ark., 2005). Meme kanseri kemik (%71), akciğerler (%69), karaciğer (%65), plevra (%51), adrenal bezler (%49), deri (%30), beyin (%22) ve overlere (%20) metastaz yapmaktadır (Atasü,2001). Meme kanserinde tümör çapı ne kadar küçükse uzak metastazlar o kadar geç ortaya çıkmaktadır (Subaşı,2014).

Meme kanseri sol memede daha sık görülmektedir. Kanser nedenli kitlelerin büyük çoğunluğu (% 50'i) üst-dış kadranda saptanmaktadır. Diğer kadranda dağılımları ise % 20 santral, % 10 alt dış kadranda, % 10 üst iç kadranda, % 10 alt iç kadranda şeklindedir (Seçgin Sayhan,2013).

Meme dokusu içinde kanserli hücrelerin yayılımı; meme parankimine doğrudan infiltrasyon, duktuslar ve meme lenfatikleri ile olmaktadır.

2.8. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflaması

Meme kanserinin histopatolojik tipinin belirlenmesi tedavinin planlanması açısından önemlidir. Meme kanserinin %95'i epitel hücrelerinden kaynaklanmakta ve karsinom olarak sınıflandırılmaktadır. Meme karsinomları iki kategoride incelenir;

- 1- Non-İnvaziv veya İn Situ Karsinomlar
- 2- İnvaziv Karsinomlar

İnvaziv karsinomlarda tümör hücreleri bazal membranı aşarak stromada yayılım gösterip lenf ve kan damarlarını invaze ederek bölgesel lenf nodlarına ve uzak organlara metastaz yapabilmektedir (Sayek,2004).

2.8.1. Dünya Sağlık Örgütü 2003 Sınıflamasına Göre Meme Kanseri Alt Tipleri (Tablo 2.4).

Tablo 2.4. Dünya Sağlık Örgütü 2003 Sınıflamasına Göre Meme Kanseri Alt Tipleri

1. İnsitu Karsinomlar	2. İnvaziv Karsinomlar
İn situ duktal karsinom (DCIS)	İnvaziv duktal karsinom
İn situ lobuler karsinom (LCIS)	Tubuler karsinom
	İnvaziv kribriform karsinom
	Medüller karsinom
	Müsinöz (kolloid) karsinom
	İnvaziv papiller karsinom
	İnvaziv mikropapiller karsinom
	Apokrin karsinom
	Sekretuar (juvenil) karsinom
	Adenoid kistik karsinom
	Metaplastik karsinom
	Nöroendokrin karsinom
	İnflamatuvar karsinom
	Meme başının Paget karsinomu

2.8.2. Meme Kanseri ve TNM Evreleme Sistemi

TNM evreleme sistemi American Joint Committee on Cancer (AJCC) ve International Union Against Cancer (UICC) tarafından tavsiye edilen sistemdir. AJCC/UICC 'ye göre;

T: İlk ameliyatta çıkarılan tümör boyutunu (Primer Tümör)

N: Koltuk altı lenf nodların

M: Uzak organ metastazı olup olmadığını tanımlar.

2.8.2.1. Meme Kanserinde Evrelemesi (Şekil 2.13)

Erken evre	Evre 0	Tis	N0	M0
	Evre I	T1	N0	M0
	Evre IIA	T0	N1	M0
		T1	N1	M0
		T2	N0	M0
Evre IIB	T2	N1	M0	
	T3	N0	M0	
Lokal ileri evre	Evre IIIA	T0	N2	M0
		T1	N2	M0
	Evre IIIB	T2	N2	M0
		T3	N1	M0
		T3	N2	M0
Evre IIIC	T4	N(herhangi)	M0	
Metastatik	Evre IIIC	T(herhangi)	N3	M0
	Evre IV	T(herhangi)	N(herhangi)	M1

Şekil 2.13. Meme Kanserinde Evreleme

2.9. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri

Erken tanı ve taramalarda uygulanan programların başarılı olabilmesi için kadınların tarama programlarına aktif ve düzenli katılımları gerekmektedir. Bu nedenle hedef kitledeki kişilere farkındalığın gelişmesini sağlayacak eğitimler verilmeli ve sağlıklı yaşam davranışları kazandırılmalıdır (Karasu vd.,2017;Sönmez,2011). Sosyodemografik özellikler, kültürel etki ve kişinin sağlık inançları meme kanseri erken tanı yöntemlerinin uygulanma sıklığını etkilemektedir.

Meme kanserinde tümörün tespit edildiği evre ile prognoz doğrudan ilişkilidir. Erken tanı; hastalığın prognozunu olumlu etkilemekte, mortalite ve morbiditeyi azaltmakta, uygun vakalarda meme koruyucu cerrahinin uygulanmasını da mümkün kılmaktadır (Ersin ve Bahar 2012; Özdemir ve Bilgili 2010). Hastalığın erken tespit edilemesinde KKMM, KMM ve mamografi temel yöntemlerdir; hastalığın kesin tanısı ise anamnez, klinik meme muayenesi, mamografi ve meme biyopsisi ile konulmaktadır (Ertem vd.,2017).

Meme, serviks ve kolon kanseri ülkemizde ulusal tarama programına alınmış kanserlerdir (Şekil 2.14). Avrupa Birliği ülkelerinde 50 yaş üstü kadınlarda mamografi ve fizik muayene ile tarama son 30 yıldır uygulanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde meme kanserinin %25'i premenopozal dönemde görülmekte iken ülkemizde 50 yaş altında ve premenopozal dönemde daha fazla tespit edilmektedir (Kozan ve Tokgöz, 2016). Türkiye'de meme kanseri tanısı alan hastaların %30,5'i 40-49 yaş aralığında, %47'si ise 50 yaş altındadır (Çelik vd.,2017). Bu nedenle 2014 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından toplum tabanlı meme kanseri tarama programı başlatılmış, 'Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları' yayınlanarak meme kanseri mamografi taramasının 40-69 yaş arası tüm kadınlarda (40 ve 69 yaş dahil) her iki yılda bir yapılması benimsenmiştir. Toplum tabanlı meme kanseri tarama hizmeti Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri tarafından yürütülmektedir (hsgm.saglik.gov.tr).

MEME KANSERİ	RAHİM AĞZI KANSERİ	KALIN BAĞIRSAK KANSERİ
<u>Kendi Kendine Meme Muayenesi</u> 20 yaş sonrası, ayda bir,	<u>Smear Testi</u> 30-65 yaş arası, 5 yılda bir	<u>Dışkıda Gizli Kan Testi</u> 50-70 yaş arası (50-70 yaş dahil) kadın ve erkek 2 yılda bir
<u>Klinik Meme Muayenesi</u> 20 yaş sonrası 2 yılda bir 40 yaş sonrası, yılda bir	<u>HPV Testi</u> 30-65 yaş arası, 5 yılda bir	<u>Kolonoskopi</u> 50-70 yaş arası (50-70 yaş dahil) kadın ve erkek 10 yılda bir
<u>Mamografi</u> 40-69 yaş arası kadın, 2 yılda bir		

Şekil 2.14. Türkiye Ulusal Toplum Tabanlı Kanser Taramaları

Türk Radyoloji Derneği tarafından hazırlanan meme kanseri tarama rehberine göre, mamografi taramasına başlama yaşı 40 olarak kabul edilmekte ve senelik kontrol önerilmektedir. Tarama 70-74 yaş arasında sonlandırılmaktadır (Kayhan ve Arıbal,2014).

Amerikan Kanser Birliği meme kanseri tarama rehberini 2015 yılında güncellemiştir (Şekil 2.15). Rehber, risk gurubunda olmayan (meme kanseri öyküsü yok, genç yaşta göğüs bölgesine radyoterapi almamış, meme kanserini artıran genetik mutasyon

saptanmamış ve şüpheli lezyonu olmayan) kadınların 45 yaşından başlayarak mamografi ile düzenli taranmasını önermektedir (Oeffinger vd. 2015).

ACS Meme Kanseri Tarama Rehberi, 2015.

ACS tüm kadınların meme kanseri taramasının potansiyel yararları, sınırlılıkları ve zararlarına aşina olmalarını önermektedir.

Öneriler:

1. Meme kanseri için ortalama riski olan kadınlar, 45 yaşından başlayarak düzenli tarama mamografisi yaptırmalıdır (Güçlü Öneri).
 - a) 45 ile 54 yaş arası kadınlar yılda bir taranmalıdır (Nitelikli Öneri).
 - b) 55 yaş ve üzeri kadınlar iki yılda bir taramaya geçiş ya da yıllık taramaya devam etme fırsatına sahip olmalıdır (Nitelikli Öneri).
 - c) 40 ve 44 yaşları arasındaki kadınlar isterlerse yıllık taramaya başlama fırsatına sahip olmalıdırlar (Nitelikli Öneri).
2. Genel sağlık durumu iyi ve beklenen yaşam süresi 10 yıl veya daha fazla olan kadınlarda tarama mamografisi devam etmelidir (Nitelikli Öneri).
3. ACS herhangi bir yaşta ortalama riskli kadınlarda meme kanseri taraması için klinik meme muayenesini önermemektedir (Nitelikli Öneri).

Güçlü öneri; Müdahaleye bağlı faydalar taramadan kaynaklanabilecek istenmeyen etkilerden daha ağır basmaktadır.

Nitelikli öneri; taramanın yararları konusunda kesin kanıt mevcut, ancak yarar-zarar dengesi hakkında daha az kesinlik olduğunu gösterir.

Şekil 2.15. ACS Meme Kanseri Tarama Rehberi, 2015

İngiltere Kanser Araştırmaları Derneği 50-70 yaş arası kadınlarda her 3 yılda bir mamografi taramasını önermektedir (www.cancerresearchuk.org).

2.9.1. Anamnez

Tarama öncesi anamnez alınması, tanı ve tarama için risklerin değerlendirmek açısından faydalıdır. Anamnezde sosyodemografik özellikleri, yakınmaları ve ailede kanser öyküsünün sorgulanması, menarş yaşı ve düzeni, menopoz durumu, gebelik ve emzirme öyküsü, oral kontraseptif ve hormonal tedavi sorgulaması, alkol ve sigara kullanımı sorgulaması yapılmalıdır.

2.9.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

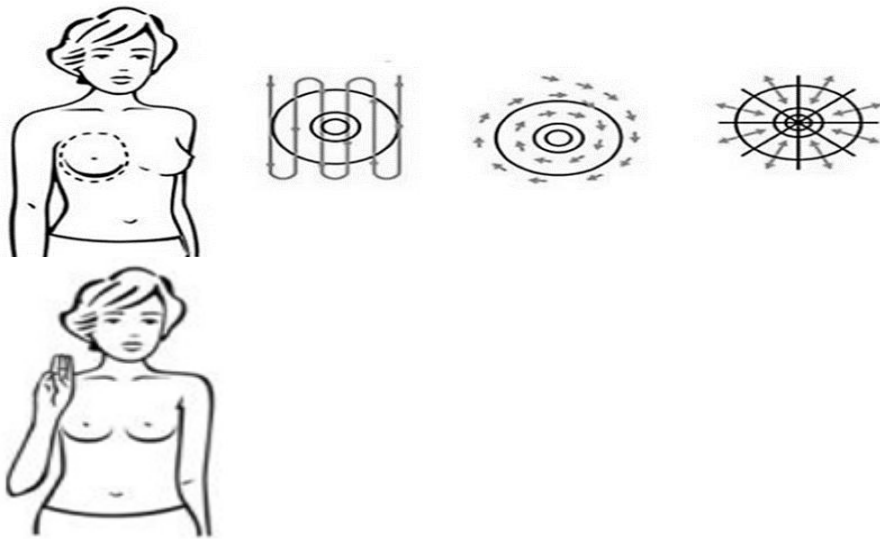
Günümüzdeki modern tarama yöntemlerine rağmen meme kanseri olgularının yaklaşık %90'ı kadınların kendi yaptığı muayeneler esnasında tespit edilmektedir (Akuffo,2014). KKMM kadınların memeye özel dokunuş teknikleri ile sistematik bir şekilde yaptıkları muayenedir. KKMM ekonomik, invaziv işlem gerektirmeyen, özel

alete gereksinim duyulmayan, basit ve kolay uygulanabilen bir erken tarama yöntemidir (Gölbaşı vd.,2010; Öztürk,2018). Ancak KKMM meme kanseri mortalitesini azaltmada tek başına yeterli bulunmamıştır (Ertem vd., 2017). Çalışmalar KKMM etkinliğinin düşük olduğunu ve gereksiz meme biyosisi yapılma oranında artışa neden olduğunu bildirmektedir (Holmberg ve vd. 1997; Semiglazov ve vd.1999; Thomas vd.,2002). Ancak gelişmekte olan ve sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde mamografi ile tarama programlarının gerçekleştirilmesi mümkün olmadığı için düzenli ve etkin yapılan kendi kendine meme muayenesinin meme kanseri erken teşhisine katkısı ortaya çıkmaktadır (Yip vd.,2008).

2.9.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi;

- Menstrüel döngüye sahip kadınlarda menstrual kanamanın olduğu ilk günden sonraki 7-10 gün arasında,
- Menapoz dönemi kadınlarda kolay hatırlanabilecek her ayın belirlenmiş bir gününde,
- Emzirme dönemi kadınlarda, memelerdeki süt boşaldıktan sonra,
- Doğum kontrol hapı kullananlarda, yeni ilaç paketine başlamadan hemen önceki gün yapılmalıdır (memeder.org).

Kendi kendine meme muayenesi üç parmak ucunun küçük dairesel hareketleriyle ve uc farklı düzeyde palpasyon ile uygulanır (Şekil 2.16).



Şekil 2.16. Memenin Elle Muayenesi ve Muayene Yönleri

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 Sağlık Araştırması Anket sonuçlarına göre kendi kendine meme muayenesini ayda bir yapma sıklığı %19,7 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2017)(Tablo 2.5).

Tablo 2.5. Onbeş Yaş ve Üzeri Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumunun Dağılımı (%)

Kendi Kendine Meme Muayene Durumu	
Ayda Bir	% 19,7
Üç Ayda Bir	% 7,9
Üç Aydan Daha Uzun Sürede Bir	% 11,9
Hiç Yapmadım	% 60,6

TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2016

2.9.3. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Klinik meme muayenesi, meme kanseri erken tanısı için önerilen ve sağlık profesyonelleri tarafından yapılan muayenedir. Muayene esnasında memelerin şekli, dokusu, tespit edilen kitlenin yeri ve kitlenin deriye yapışık ve derin dokularla bağlantılı olup olmadığı, kol ve koltuk altı lenf bezleri değerlendirilmektedir (Acar, 2017). Sağlık Bakanlığı mamografinin etkinliğini artırmak amacıyla mamografi taraması için başvuran

her kadına klinik meme muayenesi yapılmasını da istemektedir. Klinik meme muayenesi ile tanı konulan meme kanserindeki sağ kalım oranları (KMM: %59-%84), mamografi ile saptanan kanserlerdeki oranlardan (mamografi: %77-%93) daha düşük tespit edilmiştir (hsgm.saglik.gov.tr). Klinik meme muayenesi ile mamografinin birlikte yapılması meme kanseri tespitini %5-20 artırmakta ve güvenilirliği yükseltmektedir (Balcı 2017; Norouznia,2014). Klinik meme muayenesi, meme dokusu fazla olan kadınlarda periferde yerleşmiş ve mamografinin görüntü sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır (Balcı, 2017). Ülkemizde Gürsoy ve ark. tarafından 2011 yılında Trabzon'da yapılmış çalışmada kadınların sadece %19,8'inin (Gürsoy vd.,2011), Koç ve Sağlam'ın 2009 yılında Sinop'ta yaptığı çalışmada ise sadece %24'ünün KMM yaptırdığı tespit edilmiştir (Koç ve Sağlam 2009). Sağlık Bakanlığı 20 yaş üzerindeki kadınlara iki yılda bir, 40 yaş sonrasında ise yılda bir kez KMM yapılmasını önermektedir (hsgm.saglik.gov.tr).

Amerikan kanser birliği (ACS) ve Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Birliği (USPSTF) KMM'ye yönelik mevcut verilerin yeterli olmaması nedeniyle klinik meme muayenesinin erken tarama yöntemi olarak kullanılmasını önermemektedir (Oeffinger vd., 2015; USPSTF 2009).

2.10. Görüntüleme Yöntemleri

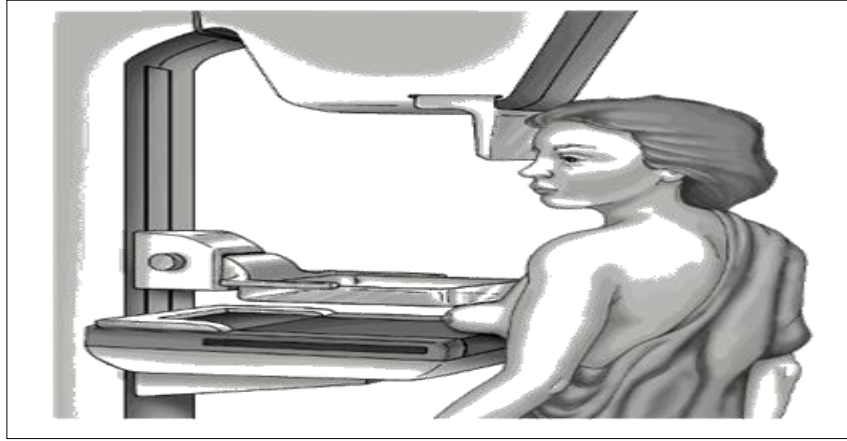
2.10.1. Mamografi

Mamografi; düşük enerjili röntgen ışınları kullanılarak yüksek görüntü kalitesi sağlayan ve memedeki değişimlerin erken dönemde saptanması için kullanılan özel bir radyografi yöntemidir (Olgun,2015; Sardanelli vd.,2017). Meme kanserinin erken evrede tespiti ve kansere bağlı ölüm oranlarını azaltmak için taramada mamografinin kullanılması altın standart olarak kabul edilmektedir (Yiğit ve Erdem,2017). Mamografi asemptomatik kadınlarda tarama, semptomatik hastalarda ise tanısal amaçla kullanılmaktadır (Aslan,2014). Mamografi taraması ile meme kanseri mortalitesinde %16-36 azalma tespit edilmiştir (<http://www.kanser.gov.tr>). Çalışmalar, mamografi ile düzenli ve etkin taramanın mortalitede 50-69 yaş grubunda %25, 40-69 yaş grubunda %40 azalma sağladığını göstermiştir (World

Cancer Report,2008). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) mamografi ile taranan 50-69 yaş arası kadınlarda mortalitenin %40 azaldığını belirtmektedir (Bleyer,2015; <http://kanser.gov.tr>; Sever vd., 2012; Özmen vd., 2015). Premenopozal dönemde olan ve dens meme yapısına sahip kadınların %28'inde bulgular atlanabilmektedir (Sardanelli vd., 2017). Mamografi taraması öncesinde memenin fizik muayenesinin yapılması (inspeksiyon ve palpasyon) kanser teşhis oranında %5-20 artışa neden olmaktadır. Periferik yerleşimli ve mamografi sınırları dışında kalan kitlelerin tanısında fiziki muayene önemli yer tutmakta ve bu nedenle fizik muayene ile mamografinin birlikte yapılması önerilmektedir (Malya ve Sayek,2013; I. Ulusal Meme Kanseri Konsensus Raporu 2006). Tarama öncesi memenin fizik muayenesinin yapılmaması mamografik değerlendirmedeki duyarlılığın %10-15 oranında azalmasına neden olduğu tespit edilmiştir. (Subaşı, 2014). Sağlık Bakanlığı meme kanseri taramasında iki yılda bir mamografi ile görüntüleme önermektedir. Tarama için her iki meme için mediolateral oblik (MLO) ve kraniokaudal (CC) olmak üzere iki görüntüleme filmi çekilmesini önermektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kansertaramastandartlari/listesi/485memekanseritarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>).TUIK'in 2016 Sağlık Araştırması sonuçlarına göre Ülkemizde onbeş yaş ve üstü kadınların mamografi çekirme durumu dağılımı 2-3 yıl arasında %3,6 oranında tespit edilmiştir (Tablo 2.6).

Mamografi taraması için önerilen en uygun zaman menstruasyon sonrası 7 ile 12. gün arasındır ancak menopoza döneminde gün seçimine dikkat edilmez. İşlem esnasında her bir memeye 5-10 sn. bası uygulanır ve işlem 5-10 dk sürer. Memeye bası uygulanması esnasındaki sıkıştırma hissi kadınları rahatsız edebilmektedir (Sardanelli vd, 2017)(Şekil 2.17).

Tarama sonrası sonuç pozitif ise hasta ile iletişim kurularak geri çağrıda bulunmaktadır. Mamografi taramasının; tanı için selim lezyona gereksiz biyopsi, overdiagnoz ve hastada anksiyete oluşturması gibi dezavantajları bulunmaktadır. Mamografi çekimi sonrası kadının geri çağrılma riski %9,6-11,6 arasındadır. Mamografi çektiren kadınların %2'sinden azına biyopsi önerilmektedir (Monticciolo vd., 2017).



Şekil 2.17. Mamografi Çekimi

Mamografi meme kanserinde mortaliteyi azaltmada etkin tek tanı yöntemi olmasına rağmen pahalı olması, insan gücü ve uzmanlık gerektirmesi nedeniyle gelişmekte olan ülkeler için uygun değildir. Öncelikle kadınlarda meme sağlığı ve meme kanseri farkındalığının geliştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Gölbaşı vd., 2010). Dinçel vd. 2008 yılında yaptıkları çalışmada ilk mamografi çekirme yaşını etkileyen faktörleri; eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik gelir düzeyi, yaşanılan yer (şehir merkezi, kasaba, köy), sağlık durumu, meme hastalığı ve yakınmalarının varlığı, yakın çevresinde mamografi çektirenlerin sayısı ve meme kanseri konusunda bilgi düzeyi olarak tespit etmiştir (Dinçel vd., 2008). Tarama sonrası sonuç pozitif ise hasta ile iletişim kurularak geri çağrıda bulunmaktadır.

Tablo 2.6. Onbeş Yaş ve Üstü Kadınlrın Mamografi Çektirme Durumu Dağılımı (%)

Mamografi Çektirme Zamanı	
Son 1 Yıl İçerisinde	%9,0
1 Yıdan Çok, 2 Yıdan Az	%7,1
2 Yıdan Çok, 3 Yıdan Az	%3,6
3 Yıdan Çok, 5 Yıdan Az	%4,0
5 Yıdan Fazla	%5,2
Hiçbir Zaman	%71,1

Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2016

2.10.1.1. Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi (Breast Imaging Reporting and Data Systems- BI RADS)

Breast Imaging Reporting and Data Systems (Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi) American Collage of Radiology (American Radyoloji Derneği) tarafından mamografi, meme ultrasonografisi ve meme MR'ı gibi görüntüleme tetkikleri sonucunda tespit edilen lezyonlarda raporları standardize etmek için oluşturulmuş ve 7 kategoride sınıflandırılmıştır (Tablo 2.7).

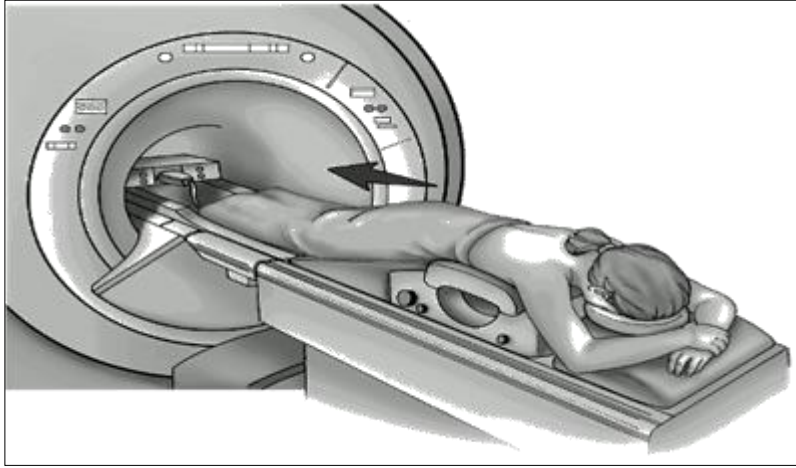
Tablo 2.7. BI RADS Raporlama Sistemi

Kategori	Bulgular
BI RADS 0	Ek görüntüleme yöntemleri gerekmede, radyolog karar verememiş, ek tetkik.
BI RADS 1	Normal bulgular, Malignite açısından negatif
BI RADS 2	Benign bulgular
BI RADS 3	Olasılıkla benign (malignite riski <2%)
BI RADS 4	Şüpheli Bulgular (malignite riski %2-95)
	A Düşük malignite olasılığı (malignite riski % 2-10)
	B Orta derecede şüpheli (malignite riski % 10-50)
	C İlmli yüksek malignite olasılığı (malignite riski % 50-95)
BI RADS 5	Yüksek olasılıkla malign. (malignite riski % 95-99)
BI RADS 6	Malign olduğu kanıtlanmış (biopsi ile kanıtlanan malignite varlığı)

- BI RADS 1 ve 2 için rutin (yıllık) takip,
- BI RADS 3 için takip kısa aralıklı (6 ay) ve 2-3 yıllık stabilite gösterilinceye kadar ek muayeneler ile yapılmalı (takipte biyopsi yapılması gereken durumlar ortaya çıkabilir)
- BI RADS 4 ve 5 lezyonlar için ise biyopsi önerilir (ACR, 2013).

2.10.2. Memenin Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG)

Meme MRG (Manyetik Rezonans Görüntülemesi), non invaziv ve iyonizan radyasyon kullanılmayan bir görüntüleme yöntemidir. Meme kanseri tanısı konulmuş kadınlarda, lezyonun boyutunu, her iki memenin ek tümör açısından kontrolünü ve anomali varlığını tespit eder (ACS 2017)(Şekil 2.18).



Şekil 2.18. Manyetik Rezonans Görüntüleme

Tanısal değeri yüksektir ancak tek başına tarama yöntemi olarak kullanılması önerilmemektedir. İşlemden tanıyı kolaylaştırmak için intravenöz kontrast madde (KM) kullanılmaktadır. Meme hastalıkları tanısında MRG'nin mamografi, ultrasonografi ve biyopsi ile birlikte kullanılması önerilmektedir (Sardanelli vd, 2017). American Cancer Society ve European Society of Breast Imaging- EUSOBI (Avrupa Meme Görüntüleme Derneği) genetik testlerde gen mutasyonuna sahip bireylere, gen mutasyonuna sahip birinci derece akrabası olanlara, 10-30 yaş arasında göğüs bölgesine radyoterapi alanlara ve mamografinin duyarlılığını düşüren dens memeleri olan kadınlara MRG önermektedir (ACS 2017; Sardanelli vd, 2017). Mikrokalsifikasyonların saptanamaması, klostrofobisi olan kişilerde kullanılamaması, metal implant kullananlarda uygulanamaması ve maliyetinin yüksek oluşu MRG'nin dezavantajlarıdır (Sardanelli vd, 2017). Manyetik Rezonans görüntülemenin seçiciliği %81-99'dur. Mamografi ile ultrasonografinin birlikte duyarlılığı %52 olarak tespit edilirken, mamografi ve MRG birlikteliğinde duyarlılık %92,7 olarak tespit edilmiştir (Turan,2018).

2.11. Meme Kanserinden Korunma

Tanı sırasındaki evre, uygulanacak tedaviyi, sağkalım ve mortaliteyi belirlemede önemli bir faktördür. Erken dönem meme kanserinin tedavi edilebilirlik olasılığı daha yüksektir. Kitlenin palpabl olmadan tespit edilmesi çok önemlidir (Sağlık Bakanlığı

2016). Bu nedenle; meme kanseri riskini azaltabilecek veya en aza indirecek tutum ve davranışların kazandırılması, etkili tanı ve tedavi yöntemleriyle yaşam süresi ve kalitesinin artırılmasını destekleyici programlara gereksinim duyulmaktadır (Gençtürk, 2007).

2.11.1. Birincil Koruma

Kişi ve toplumun sağlığını optimal düzeyde tutarak hastalık gelişimini önlemek birincil korumanın kapsamındadır. Halka yönelik eğitimlerle meme kanseri riski, sıklığı ve kansere neden olacak etmenler konusunda farkındalık oluşturarak sağlıklı davranış kazanımları sağlamak birincil korumanın temel hedefidir (Akdağ,2014; Sezen,2017). Meme kanseri gelişimi açısından yüksek riske sahip kadınlarda önleyici çalışmalar devam etmekte olup henüz etkinliği kanıtlanmış kesin bir korunma yöntemi yoktur. Meme kanseri etyolojisi kesin olarak bilinmese de etyolojide var olan değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınabilmesi veya ortadan kaldırılması birincil korunmada yer almaktadır (Acar,2017;Gençtürk,2007; <http://www.istanbulsaglik.gov.tr>). Bu kapsamda dengeli beslenme ve kilo kontrolü (postmenopozal obezite), fiziksel aktivite, 30 yaş altında doğum yapmak, emzirmek, menopoz sonrası hormon tedavisi yerine hormon içermeyen tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermek, günlük alkol alımından uzak durmak değiştirilebilir risk faktörleridir ve bunların kontrol altına alınması ile meme kanseri riski azaltılabilecektir (ACS,2017).

2.11.2. İkincil Koruma

İkincil korumanın amacı; klinik belirtiler ortaya çıkmadan kanseri erken saptayarak iyileşme şansını artırmak, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, morbidite ve mortalite oranlarını düşürerek yaşam süresi ve kalitesini yükseltmektir. Tarama programları ile kadınların her ay düzenli ve etkin bir şekilde KKMM yapması, her yıl sağlık personeli tarafından KMM ve mamografi görüntüleme taramasının yapılması ikincil koruma kapsamındadır (Gümüş,2012). İkincil koruma hastalığın erken tespiti ve seyrinin belirlenebilmesi açısından önemlidir (Akdağ, 2014).

2.11.3. Üçüncül Koruma

Hastalığın klinik bulgular geliştikten sonra uygun tedavi seçenekleri ile ilerleyişinin kontrol altına alınması, oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi ve tedavi sonrası rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması üçüncül koruma kapsamına girmektedir (Sezen,2017).

2.12. Meme Kanseri Tedavi

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde ölüm nedenleri arasında kardiovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yerini almıştır. Meme kanseri hücreleri 1 mm³ hacme ulaştığında hematogen yolla yayılabilme yeteneği kazanır (Spratt ve Spratt,1990). Meme kanseri tarama programları ile %63,7 olgu lokalize dönemde tespit edilmektedir ve bu aşamada tespit edilen hastalarda 5 yıllık sağ kalım beklentisi ise %97,9'dur. Tarama programları ile erken evrede teşhis ve etkin tedavi yöntemleri hastalığın prognozunda olumlu etki sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı,2016).

Tedavi şekline karar vermede;

- Tümörün evresi ve invazyon durumu,
- Kanser hücrelerinin hormon reseptörleri sonucu (ER veya PR pozitif olması) ,
- Kanser hücrelerinin HER2 proteini içermesi,
- Menopozal durum
- Hastanın yaşı gibi faktörler etkili olmaktadır (ACS,2019).

Meme kanseri sistemik bir hastalıktır, hematolojik ve lenfatik yol ile yayılmaktadır (Topuz ve ark. 2003). Bu nedenle tedavisi de multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (Tezcan, Koç ve Demir, 2012).

Meme kanserinde lokal ve sistemik tedavi olarak iki tedavi seçeneği vardır. Lokal tedavinin amacı tümörü ortadan kaldırmaktır. Bu tedavi seçeneğinde cerrahi tedavi ve radyoterapi kullanılmaktadır (Kum vd., 2004). Sistemik tedavide amaç meme dokusu dışına metastaz yapmış kanser hücrelerini yok etmektir. Bu kapsamda

kemoterapi, hormonal tedavi (endokrin tedavi), immunoterapi ve hedefli terapi uygulanmaktadır (Başaran ve Çabuk, 2008).

2.13. Meme Kanserinde Lokal Tedavi Yöntemleri

2.13.1. Cerrahi Tedavi: Meme kanserinde cerrahi tedavi meme koruyucu tedavi ve mastektomi olarak ikiye ayrılmaktadır (ACS,2016).

2.13.1.1. Meme Koruyucu Cerrahi: Meme dokusunun tamamı çıkarılmaz; memeden sadece kanserli hücre kütle ve etrafındaki normal dokular cerrahi sınır negatif olacak şekilde alınarak bölgenin temizlenmesi sağlanır. Meme koruyucu cerrahi lumpektomi, parsiyel mastektomi, segmental mastektomi, kuadrantektomi olarak adlandırılmaktadır (ACS 2016; NIH 2019). Meme koruyucu cerrahi evre I ve II meme kanserlerinde radyoterapi ile birlikte uygulanmaktadır (Haydaroğlu vd.,2006; Kaplan vd., 2002).

2.13.1.2. Mastektomi: Meme dokusunun tamamının diğer dokular dahil (pektoral kas, lenf nodları) alındığı cerrahi tedavi yöntemidir (ACS 2016). Total (basit) mastektomi ve modifiye radikal mastektomi olarak uygulanmaktadır (NIH 2019; Sayek,2004).

2.13.2. Radyoterapi: Kanser hücrelerini yok etmek, büyümelerini önlemek için yüksek enerjili röntgen ışınları ile yapılan tedavi şeklidir. Dış radyoterapi (vücut dışından bir makine ile), dahili radyoterapi (tümör hücresi içi veya yakınına radyoaktif madde salınımı) olarak iki şekilde yapılır (NIH,2019).

Radyoterapi;

- Meme koruyucu cerrahi sonrasında kanserin nüks olasılığını azaltmak için,
- Mastektomi sonrası, kanser 5 cm'den büyük veya lenf nodları pozitif ise
- -Kemik veya beyin diğer organlara metastaz varlığında uygulanması önerilmektedir (ACS,2017).

Radyoterapi ile meme kanseri rekürrensini yaklaşık %35, meme kanserine bağlı ölüm riskinin yaklaşık %25 azaldığı tespit edilmiştir (Lancet, 2011).

2.14. Sistematik Tedavi Yöntemleri

2.14.1. Kemoterapi: Antikanser ilaçları ile kanser hücrelerinin büyüme ve çoğalmalarını önleyen sistematik tedavilerdir. İntravenöz veya oral yolla antikanser ilaçları verilerek ilacın kan yoluyla kanser hücrelerine ulaşması sağlanarak sistematik yapılabildiği gibi doğrudan beyin omurilik sıvısı veya organa verilerek bölgesel olarak da uygulanabilmektedir. Kemoterapinin lokal (meme koruyucu cerrahi, mastektomi) tedaviden önce verilmesine neoadjuvant tedavi denilmektedir. Neoadjuvant tedavi cerrahi işlem öncesi tümörün küçülmesini dolayısıyla ameliyat bölgesinin de küçülmesini sağlamaktadır. Cerrahi tedavi sonrasında uygulanan sistematik tedaviye adjuvant tedavi adı verilmektedir. Adjuvant tedavi ile mikrometastatik invaziv olmuş tümör hücrelerini yok etmek, ileri metastaz ve nüks riskini azaltmak hedeflenmektedir (ACS,2017; NIH,2019).

2.14.2. Hormonal Tedavi: Cerrahi tedavi sonrasında nüks riskini azaltmak için kullanılmaktadır. İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (HER2) meme kanserli hastaların %20-25'inde pozitif saptanmaktadır (Üyetürk, 2018). Hormon tedavisi ile vücuttaki östrojen seviyesi düşürülmekte ve meme kanser hücrelerindeki östrojen bloke edilmektedir (breastcancer.org, 2019). Hormonal tedavide östrojeni bloke eden Tamoksifen kullanılmaktadır. Nüksün ve diğer memede kanser gelişiminin önlenmesinde, sağ kalımın artırılmasında etkilidir. Neoadjuvan ve adjuvan tedavi olarak başlatılabilir ve 5 yıl kullanılması önerilmektedir (ACS,2017).

2.14.3. İmmunoterapi: Bağışıklık sisteminin kanser ve benzeri hastalıklara karşı kullanılmasıdır. Kanser hücrelerine karşı gelebilmek için bağışıklık sisteminin daha çok çalışmasını uyarmak ve bağışıklık sistemi proteinlerini (monoklonal antikorlar) vücuda vermekle yapılabilmektedir. Biyolojik terapi ve biyoterapi olarak adlandırılmaktadır (ACS,2017).

2.14.4. Hedefli Terapi: Kanser hücrelerini diğer sağlıklı hücrelerden ayıran farklılıklar çalışmalarda izlenmiş ve bu farklılıklara yönelik üretilen ilaçlarla tedavi amaçlanmıştır (ACS,2017). Bu tedavi şekli kemoterapiye benzer ancak sadece hücrenin farklılaşan kısımlarını ve kanser hücrelerinin büyümesine yardımcı diğer

faktörleri hedef alır. Meme kanseri tedavisinde kullanılan hedefli terapiler; monoklonal antikolar, tirozin kinaz inhibitörleri, sikline bağımlı kinaz inhibitörleri, rapamisinin memeli hedefi (mTOR) inhibitörleri ve PARP inhibitörleridir (ACS,2017; NIH,2019).

2.15. Dünyada ve Türkiye’de Tarama Programları

2.15.1. Türkiye’de Tarama Programları

Türkiye’de yılda 163.500 civarında yeni kanser vakası teşhis edilmekte, her gün 450 kişi kanser teşhisi almaktadır. Yapılan taramalarla tüm kanser vakalarının 1/3’ ünün erken evrede yakalanarak etkin tedavisinin sağlanması amaçlanmaktadır. Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri’nde (KETEM) yapılmaktadır. Yılda 7 milyon kişiye KETEM’lerde ücretsiz tarama hizmeti verilmektedir. ‘*Erken Teşhis Hayat Kurtarır*’ prensibiyle çalışmakta olan merkezlerde meme, serviks ve kolorektal kanser tarama programları yürütülmekte olup bu kanserlere bağlı ölümleri azaltmak, erken belirtileri ve belirti bile vermeyen kişileri yakalamak hedeflenmektedir.

Ara amaçlar ise;

- Tarama kapsamındaki hedef yaş grubuna kanserle ilgili bilgileri vererek toplumun kanserle ilgili farkındalığını yükseltmek,
- Hedef nüfusta taramaya katılan kişi sayısını yükseltmek.

Tablo 2.8. Türkiye’de Yıllara Göre Kanser Tarama Hızı

Yıl	2013	2014	2015	2016	2017
Kanser Tarama Hızı	%31,2	%33,5	%30,93	%33,6	%35,7

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı - 2018

Taramalar, belli bir nüfusun ya da hedef nüfusun en az %70’inin taramasının gerçekleştirilmesiyle toplum tabanlı veya herhangi bir sebeple sağlık kuruluşuna

başvuran kişilerin fırsatçı taraması şeklinde yapılabilmektedir. Ülkemizde serviks ve meme kanseri tarama programı içinde yer alan kadınlara ulaşarak (mektup, telefon) merkeze davet edilip taramaları gerçekleştirilmektedir. Ayrıca gezici mobil tarama aracı ile de taramalar yapılmaktadır. Halka yönelik gerçekleştirilen farkındalık ve eğitim faaliyetlerine rağmen tarama oranlarının istenilen düzeye ulaşmadığı gözlenmiş; personel yetersizliği ve hizmete erişimde farkındalıkta eksiklikler tespit edilmiştir. Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018'de Aile hekimlerinin kanser tarama programına entegrasyonu uygun görülmüştür. Bu kapsamda;

- Programın tüm topluma anlatılmasına, aktarılmasında ve katılımın artırılmasında,
- Programa kapsamındaki hedef nüfusun taramalara davet edilmesinde,
- Tarama sonuçlarının katılımcılara ulaştırılmasının sağlanmasında aile hekimleri anahtar role sahip olmuşlardır.

Halkın en kolay ve kısa sürede başvuru yaptığı Aile Sağlığı Merkezi çalışanları tarafından hedef nüfusun taramaya çağrılması Çankırı, İzmir ve Erzurum'da pilot projelerle başlatılmıştır. Pilot illerde, aile hekimliğinin tarama programına entegrasyonunun hedef nüfusa ulaşılmasını ve farkındalığı artırmakta önemli bir unsur olduğu saptanmıştır. Toplum tabanlı meme kanseri tarama çalışmalarının kayıt, izlem, koordinasyonu ve Bakanlığa bildiriminden İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi tarafından yürütülmektedir.

Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği tarama programları kapsamında:

Kadınlarda meme kanseri tarama programı;

- Ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlığın verilmesi
- Yılda bir kez klinik meme muayenesi
- 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mammografi çekimi,

Kadınlarda serviks kanseri tarama programı;

- 30-65 yaş arasındaki kadınlara 5 yılda bir smear ve HPV -DNA testi yapılması,

Kadın ve Erkek Kolorektal kanser taramaları;

- 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması,
- 50-70 yaş arasında 10 yılda bir Kolonoskopi yapılması istenmektedir.

Ülkemizde 2018 yılı itibariyle 167 sabit KETEM, 25 mobil KETEM, 10 Pembe Prenses Gezici Mobil Ekibi mevcuttur. 2019 yılı itibariyle toplam sayının 285'e çıkarılması hedeflenmektedir.

Tablo 2.9. Türkiye'deki Kansere Tarama Sayıları

Yıl	Türkiye Kansere Taramaları		
	Meme	Serviks	Kolorektal
2016	2.017.128	2.898.424	1.708.025
2017	2.197.753	2.866.757	1.875.767

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kansere Daire Başkanlığı - 2018

2.15.2. Dünyada Meme Kanseri Tarama Önerileri

Tablo 2.10. Dünyada Meme Knaseri Tarama Programı Örnekleri

Tarama programları	40-49 yaş arası ortalama riskli kadınlar	50-74 yaş arası ortalama riskli kadınlar	75 yaş üstü ortalama riskli kadınlar
United States Preventive Task Force 2016	Potansiyel yararlar zarardan fazlaysa 40-49 yaş arasında iki yılda bir olarak başlanabilir. (Kanıt düzeyi C)	İki yılda bir (Kanıt düzeyi B)	75 yaş ve üstü kadınlarda yarar ve zarar dengesi için kanıt yetersiz. (Kanıt düzeyi I)
American Cancer Society 2015	40-45 yaş arasındaki kadınlar yıllık taramaya başlamayı seçebilmeliler. 45-49 yaş arasındakiiler her yıl mamografi çektirmeli.	50-54 yaş arası kadınlar her yıl mamografi çektirmeli. 55 yaş ve üstü kadınlar 2 yılda bir veya yıllık taramaya devam etmeyi seçebilmeli.	Kadın sağlıklı ve beklenen yaşam süresi 10 yıl ve daha fazla olduğu sürece tarama devam ettirilmeli.
American College of Obstetricians and Gynecologists 2017	Mamografi ve klinik meme muayenesi ile yıllık ya da 2 yılda bir tarama yapılmalı.	Mamografi ve klinik meme muayenesi ile yıllık veya 2 yılda bir tarama yapılmalı.	Klinisyen kararına göre taramaya devam etme ya da etmeme kararı vermelidir.
Canadian Task Force on Preventive Health Care	Rutin tarama önerilmiyor	Her 2-3 yılda 1 (50-69 arası için orta kalitede kanıt, 70-74 arası için düşük kalitede kanıt)	Rutin tarama önerilmiyor.
National Health Services Breast Screening Programme	70 yaşının üzerinde rutin tarama yapılmıyor.	70 yaşına kadar her 3 yılda bir	70 yaşının üzerinde rutin tarama yapılmıyor
American Collage of Radiology	Yıllık mamografi ile tarama önerilir.		Beklenen yaşam süresi 5-7 yıldan daha az kaldığında durdurulmalı.

Tablo 2.11. Ortalamadan Yüksek Riske Sahip Kadınlarda Tarama Örnekleri

Tarama programları	Ortalamadan Yüksek Riske Sahip Kadınlar
United States Preventive Task Force 2016	Anne, kardeş veya çocuğu meme kanseri olan kadınlar yüksek riske sahiptir ve bu yüzden 40'lı yaşlarında taramaya başlamak ve daha sık taramak faydalıdır.
American Cancer Society 2015	Yüksek riskli kadınlar 30 yaşından itibaren MRG ve mamografiyi her yıl yaptırmeli (anne, kardeş ya da çocuğunun BRCA 1 veya BRCA 2 gen mutasyonuna sahip olması gibi).

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme, BRCA: Breast Cancer Gene

Ortalama riskteki kadınlar için meme kanseri tarama programlarının kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi için önerilere bakıldığında Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü (CTFPHC), Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Görev Gücü (USPSTF) Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı (IARC) ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) KKMM'ni veriler neticesinde yapılmasını önermez iken, Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği 25-39 yaş arasında kadınlara 1-3 yılda bir, 40 yaş ve üstüne kadınlara yılda bir Klinik meme muayenesini önermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Tanımlayıcı tipte olan çalışma Kırklareli Merkez İlçe KETEM’de 15 Mart - 15 Eylül 2017 tarihleri arasında retrospektif olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini 01.01.2012 - 31.12.2012 tarihleri arasında Kırklareli Merkez ilçe KETEM’de ilk defa mamografi çektiren 40-69 yaş arasındaki kadınlar oluşturmuştur (n=448). Bu kadınların 2012 yılından sonra 2016 yılı sonuna kadar mamografi taramasına en az ikinci kez gelme oranları araştırılmıştır. Çalışmada örnek seçimi yapılmamış, dahil edilme kriterlerine uyan tüm kadınlara ulaşılması hedeflenmiştir. İlk veya sonraki taramalarında meme kanseri teşhisi alan 1 kişi, tarama zamanına göre en az ikinci mamografi çekimi için 70 yaşından gün almış 23 kişi ve formlarda daha önce mamografi çektirip çekmediği bilgisi olmayan 62 kişi çalışmaya alınmamış ve toplam 362 kişi ile çalışma yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.3.1. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri

- 01.01.2012 - 31.12.2012 tarihleri arasında Kırklareli Merkez İlçede bulunan KETEM’de ilk kez mamografi çektirmiş olma,
- İlk veya sonraki mamografi taramasında meme kanseri tanısı almamış olma,
- Araştırma tarihleri arasında 40-69 yaş arasında olma,
- Tarama zamanına göre en az ikinci çekimi için 70 yaşından gün almamış olma

3.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- 01.01.2012 - 31.12.2012 tarihlerinden önce mamografi yaptırmış olma,
- İlk veya sonraki mamografi taramalarında meme kanseri tanısı almış olma,
- 40 yaş altında, 69 yaş üstünde olma ve
- Tarama zamanına göre en az ikinci mamografi çekimi için 70 yaşından gün almış olma

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Mamografi taramasına ‘en az ikinci kez’ gelmemiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Ulusal Toplum Tabanlı Tarama Standartları kapsamında 40-69 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir mamografi taraması önerilmektedir. Araştırmada, mamografi yaptırdığı tarihten itibaren 30 ay içinde gelenler bir sonraki takiplerine gelmiş olarak kabul edilmiştir (2 yıl üzerine 6 ay gecikme süresi eklenmiştir).

3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Kadınların yaşı, eğitimi, medeni durumu, mesleği, çalışma durumu,
- Kronik hastalık özgeçmişi, aile soy geçmişi, sigara alkol kullanım durumu,
- Daha önceki smear yaptırma öyküsü,
- İlk ve son adet yaşı, menopoz yaşı,
- Gebelik, kürtaj, düşük, ölü ve canlı doğum sayıları,
- Doğum kontrol hapi kullanma, menopoz sonrası hormon kullanma,
- Emzirme öyküsü, geçirilmiş meme hastalığı ve meme yakınması öyküsü,
- Ailede meme kanseri öyküsü, KKMM yapma durumudur.

3.5. Araştırma İzni ve Etiği

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan 16.02.2017 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır (Ek.1). Etik kurul onayı sonrası Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek.2).

3.6. Veri toplama Araçları ve Veri Toplama

Veriler, Kırklareli Merkez İlçe Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ne 2012 yılında gelip mamografi taraması yaptıran kadınların "Mamografi Tarama Formu"ndan sağlanmıştır. KETEM'de mamografi taraması yaptıran tüm kadınların dosyalarında imzalı Onam Formları mevcuttu (Ek.3, Ek.4).

Formlarda kadınların demografik, tıbbi bilgileri (kronik hastalık, geçirdiği ameliyatlar, soy geçmişi, alkol ve sigara kullanımı), deri tarama muayenesi sonuçları, gebelik öyküsü, emzirme durumu, menapoz durumu, menopoz yaşı, oral kontraseptif (OKS) kullanma durumu, hormon replasman tedavisi (HRT) kullanma durumu, ailede meme kanseri öyküsü, meme şikayeti ve yakınması öyküsü, KKMM yapma durumu ve muayeneyi nereden öğrendiği bilgisi, mamografi tarama öyküleri ve antropometrik ölçümleri yer almaktadır. Tıbbi bilgiler içerisinde yer alan kronik hastalık, geçirilen ameliyatlar, ciltte iyileşmeyen yara ve büyüyen renk değiştiren bulaşıcı lezyonlar meme kanseri risk faktörleri arasında yer almadığı için bulgularımıza dahil edilmemiştir.

İlk taramasına 2012 yılında gelmiş olan kadınların ikinci ve daha sonraki takiplerine gelme zamanları, en son mamografi çektiği tarih dikkate alınarak takip edilmiş ve 2016 yılı dahil olmak üzere mamografiye katılım oranları ve taramaya gelme zamanları tespit edilmiştir.

Çalışmada ayrıca 2012 yılında ilk mamografi taramasını yaptırmış 362 kadından sonrasında ikinci kez gelmemiş (n=242) 40-69 yaş arasındaki kadınların taramaya gelmeme nedenleri telefonla araştırılmıştır. Ölüm, taşınma, telefon değişikliği nedeni ile ulaşılamama veya araştırmaya katılmayı kabul etmeme nedeniyle 192 kadın telefonla ankete alınamamış ve ulaşılan 50 kadın değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırma Soruları

- Yaş faktörü kadınların mamografi taramasına gelme oranını etkiler mi?
- Eğitim durumu kadınların mamografi taramasına gelme oranını etkiler mi?
- Ailesinde geçirilmiş meme hastalığı veya meme kanseri öyküsü olması kadınların mamografi taramasına gelme oranını etkiler mi?
- Daha önce doğum kontrol hapı kullanmış olması kadınların mamografi taramasına gelme oranını etkiler mi?

3.8. Araştırma Kısıtlılıkları

- Retrospektif olarak hastaların bilgi formlarında kayıtlı bilgilerden faydalanılmıştır ve bazı hasta formlarında eksik veriler mevcuttur.
- Sadece KETEM'e başvuran hastalar alındığı için evrene genellenebilirlik sorunu vardır.

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi

Sürekli sayısal değişkenlerin dağılımının normale yakın dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenirken varyansların homojenliği varsayımının sağlanıp sağlanmadığı Levene testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sürekli sayısal değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya medyan (minimum - maksimum) şeklinde ifade edilirken kategorik değişkenler olgu sayısı ve (%) biçiminde gösterildi.

Gruplar arasında parametrik test istatistiği varsayımlarının sağlandığı sürekli sayısal değişkenler yönünden farkın önemliliği Student's t testi ile incelendi. Parametrik test istatistiği varsayımlarının sağlanmadığı sürekli sayısal değişkenler yönünden farkın önemliliği; bağımsız grup sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testiyle ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farkın önemliliği ise Kruskal Wallis testiyle değerlendirildi.

2x2'lik çapraz tablolarda gözelerin en az birinde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testiyle değerlendirilirken beklenen frekansın 5-25 arasında olduğu durumlarda Süreklilik Düzeltmeli Ki-Kare testi kullanılırken aksi taktirde Pearson'un Ki-Kare testiyle inceleme yapıldı. RxC (satır ya da kolondaki kategorik değişkenlerden en az birinin ikiden fazla sonuçlu olması durumunda) apraz tablolarda ise gözelerin en az birinde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler Olabilirlik Oran testiyle incelenirken aksi durumlarda Pearson'un Ki-Kare testiyle değerlendirme yapıldı.

Takibe gelen olgular ile takibe gelmeyen olguları ayırt etmede belirleyici olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkileri çoklu değişkenli ileriye dönük adımsal lojistik regresyon analizi ile incelendi. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p < 0,25$ olarak saptanan tüm değişkenler aday risk faktörleri olarak lojistik regresyon modeline dahil edildiler. Ayrıca her bir değişkene ait odds oranı, %95 güven aralığı ve Wald istatistikleri hesaplandı.

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapıldı. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırma Takvimi

Literatür taranması: 30.06.2016 - 10.04.2019

Araştırmanın planlanması: 15.11.2016 - 28.02.2017

Verilerin toplanması: 15.03.2017- 15.10.2017

Verilerin analizi: 02.10.2017- 28.06.2018

Tezin yazımı: 01.07.2018 - 15.05.2019

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de olguların demografik ve klinik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Çalışmada 362 olgunun verileri değerlendirildi.

Olgularımızın, yaş ortalaması $56,7\pm 6,6$ yıl (min:43, mak:69) idi. Olguların 53’ü (%14,6) 40-49 yaş aralığında, 189’u (%52,2) 50-59 yaşları arasında, 120’si (%33,2) 60- 69 yaşları arasında idi.

Öğrenim durumları bilinen olguların 26’sı (%7,2) okuryazar değilken, 10’u (%2,8) okuryazar, 255’i (%71,0) ilkokul, 28’i (%7,8) ortaokul, 21’i (%5,8) lise, 19’u (%5,3) ise üniversite mezunuydu.

Medeni durumları bilinen olguların 12’si (%3,3) bekar, 299’u (%82,8) evli, 8’i (%2,3) boşanmış, 42’si (%11,6) ise eşini kaybetmişti.

Meslek verilerine ulaşılabilen olguların 209’u (%80,4) ev hanımı, 19’su (%7,3) işçi, 12’si (%4,6) memur, 26’si (%7,7) emekliydi.

Antropometrik özellikleri bilinen olguların ortalama vücut ağırlığı $76,3\pm 13,7$ (kg) iken boy uzunluğu $1,55\pm 0,06$ (m), beden kitle indeksi ise $31,8\pm 5,5$ kg/m^2 (18,2-58,2) idi.

Tablo 4.1. Olguların Demografik ve Klinik Özellikleri

Demografik Özellikler (n= 362)		n	%
Yaş aralığı	40-49	53	14,6
	50-59	189	52,2
	60-69	120	33,2
Öğrenim durumu n=359	Okuryazar değil	26	7,2
	Okuryazar	10	2,8
	İlkokul	255	71,0
	Ortaokul	28	7,8
	Lise	21	5,8
	Üniversite	19	5,3
Medeni Durumu n=362	Bekar	12	3,3
	Evli	299	82,8
	Boşanmış	8	2,3
	Eşini kaybetmiş	42	11,6
	Ev hanımı	209	80,4
Meslek n=266	İşçi	19	7,3
	Memur	12	4,6
	Emekli	26	7,7

Tablo 4.2’de olguların klinik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Olguların ortalama ilk adet yaşı 13,6 (medyan:13, min: 10 – maks: 19), ortalama ilk gebelik yaşı 21,3 (medyan: 20, min: 13 – maks: 40) olup ortalama son adet yaşı 47,1 (medyan: 48, min: 38 – maks: 56) iken ortalama menopoz başlangıç yaşı 47 (medyan: 48, min: 30 – maks: 60) bulunmuştur.

Tablo 4.2. Kadınların Reprodüktif Özellikleri

	Ortalama± SS*	Medyan	Min. – Mak.
İlk adet yaşı	13,6±1,5	13	10 – 19
İlk gebelik yaşı	21,3±4,1	20	13 – 40
Son adet yaşı	47,1±4,7	48	38 – 56
Menopoz yaşı	47,0±5,2	48	30 – 60

*SS: Standart Sapma

Tablo 4.3’de olguların klinik öyküleri verilmiştir. Eşlik eden hastalıklar içinde en sık Hipertansiyon (99 olgu, %45,2) ve Diabetes Mellitus (56 olgu, %25,6) görülmektedir. Olguların 121’inin (%38,9) ailesinde kanser öyküsü mevcut iken 69 olgunun (%19,2) ailesinde ise meme kanseri öyküsü mevcuttu.

Tablo 4.3. Olguların Klinik Öykülerine Ait Özellikleri -1

		n	%
Kronik hastalık	Diabetes Mellitus	56	25,6
	Hipertansiyon	99	45,2
	Kalp hastalığı	8	3,7
	Tiroid hastalığı	8	3,7
	Diğer	48	21,9
Aile kanser öyküsü	Yok	190	61,1
	Var	121	38,9
Ailede meme kanseri öyküsü	Yok	291	80,8
	Var	69	19,2

Tablo 4.4'te 46 olguda (%12,9) sigara içme öyküsü olup, sekiz olguda (%0,8) ise alkol kullanımı öyküsü vardı.

Tablo 4.4. Olguların Klinik Öykülerine Ait Özellikleri -2

		n	%
Sigara içme öyküsü (n=357)	Yok	311	87,1
	Var	46	12,9
Alkol kullanımı öyküsü (n=355)	Yok	352	99,2
	Var	3	0,8

Olgularda medyan toplam gebelik sayısı 4 (min: 1 – maks: 17), medyan küretaj sayısı 1 (min:0 – maks:7), medyan düşük sayısı 0 (min: 0 – mak: 5), medyan ölü doğum sayısı 0 (min: 0 – maks: 2) iken medyan canlı doğum sayısı ise 2 (min: 0 – maks:14) idi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Olguların Gestasyonel Öyküleri

	Medyan	Min. – Mak.
Gestasyonel Öykü	Toplam gebelik sayısı	4
	Küretaj sayısı	1
	Düşük sayısı	0
	Ölü doğum sayısı	0
	Canlı doğum sayısı	2

Olguların 205'i (%57,3) daha önce smear testi yaptırmış, olguların 137'si (%38,2) daha önce doğum kontrol hapı kullanmış ve 48'i (%13,3) hormon tedavisi görmüştü (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Olguların Diğer Klinik Bulguları

		n	%
Daha önce smear yaptırmış mı? (n= 358)	Hayır	205	57,3
	Evet	153	42,7
Doğum kontrol hapı kullanmış mı? (n= 359)	Hayır	222	61,8
	Evet	137	38,2
Hormon tedavisi görmüş mü? (n=360)	Hayır	312	86,7
	Evet	48	13,3

Olguların toplam emzirme süresi ortalaması 36,8 ay (medyan:28 ay, min: 1 – maks: 168 ay) bulunmuştur. Olguların 7'si (%2,1) emzirme döneminde tek memeyi kullanmıştı. Geçirilmiş meme hastalığı öyküsü 22 olguda (%6,1) bulunurken 58 olguda (%14,9) meme yakınması mevcuttu (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Olguların Emzirme ve Meme Yakınmalarına Ait Klinik Bulguları

		Ort.±ss	Medyan (Min – Mak.)
Toplam emzirme süresi (ay)		36,8±31,1	28 (1-168)
		n	%
Emzirmede Kullanılmayan Meme Var mı? n=326	Yok	319	97,9
	Var	7	2,1
Geçirilmiş Meme Hastalığı Öyküsü n=360	Yok	338	93,9
	Fibroadenom	1	0,3
	Fibrokist	3	0,8
	Diğer	18	5,0
Meme Yakınması n=360	Yok	302	83,9
	Var	58	16,1

Tablo 4.8'de Olguların 187'si (%53,7) kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyordu. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı 75 olgu (%42,6) TV ve gazeteden öğrenirken 72'si (%40,9) sağlık personelinden, 29'u (%16,5) ise arkadaş ve yakın çevresinden öğrenmişti.

Olguların 120'sinin (%33,1) ikinci mamografi taramasına geldiği, 242'sinin (%66,9) ikinci mamografi taramasına gelmediği saptanmıştır. Olguların ikinci mamografi

taramasına geliş düzenlerine bakıldığında; 41'i (%11,3) 30 ay içinde ilk takibine gelirken, 66'sının (%18,2) 30 - 48 ay arasında geldikleri saptanmış olup, kadınların sadece 13'ü (%3,61) araştırma süresi boyunca düzenli olarak (2 yılda bir) takibe gelip mamografi yaptırmıştır.

Tablo 4.8. Olguların Meme Muayenesi ve Mamografi Taramasına Gelme Durumları

		n	%
Kendi Kendine Meme Muayenesi (n=348)	Yapmıyor	161	46,3
	Yapıyor	187	53,7
KKMM Bilgi Kaynağı (n=176)	TV, gazete	75	42,6
	Sağlık personeli	72	40,9
	Arkadaş, yakın çevre	29	16,5
Mamografi Takiplerine Gelme Durumu (n=362)	Hayır	242	66,9
	Evet	120	33,1
Mamografi Takiplerine Gelenlerin Geliş Özeti (n=120)	30 Ay İçinde Gelenler	41	11,3
	30 – 48 Ay Arasında Gelenler	66	18,2
	İki Yıl Aaralıklarla Düzenli takiplerine gelenler	13	3,6

Mamografi taramasına gelmeyen grubun yaş ortalaması, mamografi taramasına gelen gruba göre daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 4.9). Mamografi taramasına gelmeyen grupta 60 yaş ve üzerindekiilerin oranı daha yüksek iken, 40-59 yaşları arasında olanların oranı daha düşüktü ($p=0,022$).

Tablo 4.9. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	En Az İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelenler (n=120)		İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelmeyenler (n=242)		P
Yaş (yıl) ortalaması	55,0±6,2		57,5±6,7		<0,001†
	n	%	n	%	
Yaş grupları (yıl arası)					0,022‡
40-49	23	19,2	30	12,4	
50-59	68	56,7	121	50,0	
60-69	29	24,2	91	37,6	
Öğrenim durumu*					0,736‡
Okuryazar değil	6	5,0	20	8,4	
Okuryazar	4	3,3	6	2,5	
İlkokul	90	75,0	165	69	
Ortaokul	7	5,8	21	8,8	
Lise	7	5,8	14	5,9	
Üniversite	6	5,0	13	5,4	
Meslek*					0,147‡
Ev hanımı	73	82	136	79,5	
İşçi	4	4,5	15	8,8	
Memur	7	7,9	5	2,9	
Emekli	5	5,6	15	8,8	

† Student's t testi, ‡ Pearson'un Ki-Kare testi.

* Yanıt veren kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.

Mamografi taramasına gelen grup ile mamografi taramasına gelmeyen grup arasında öğrenim durumu, meslek, ilk adet yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, küretaj sayısı, düşük sayısı, ölü doğum sayısı ve canlı doğum sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$)(Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Reprodüktif Öykü Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelenler (n=120)		İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelmeyenler (n=242)		p
	Medyan	min-maks	Medyan	min-maks	
İlk adet yaşı*	13	10 – 19	13	11 – 19	0,997¶
İlk gebelik yaşı*	20	14 – 37	21	13 – 40	0,269¶
Toplam gebelik sayısı*	4	1 – 10	4	1 – 17	0,613¶
Küretaj sayısı*	0	0 – 4	1	0 – 7	0,213¶
Düşük sayısı*	0	0 – 5	0	0 – 4	0,943¶
Ölü doğum sayısı*	0	0 – 1	0	0 – 2	0,262¶
Canlı doğum sayısı*	3	0 – 7	2	0 – 14	0,427¶

¶ Mann Whitney U testi.

* Yanıt veren kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.

Mamografi taramasına gelen grup ile mamografi taramasına gelmeyen grup arasında ailede kanser öyküsü, ailede meme kanseri öyküsü, yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$)(Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Kez Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Tıbbi Öykü Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelenler (n=120)		Mamografi Taramasına İkinci Kez Gelmeyenler (n=242)		p
	n	%	n	%	
Aile kanser öyküsü*					0,413†
Yok	56	57,7	134	62,6	
Var	41	42,3	80	37,4	
Ailede meme kanseri öyküsü*					0,201‡
Yok	92	76,7	199	82,9	
Var	28	23,3	41	17,1	

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Süreklilik düzeltilmiş Ki-Kare testi.

* Yanıt veren kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.

Mamografi taramasına gelen grup ile İkinci mamografi taramasına gelmeyen grup arasında sigara içme öyküsü ve alkol kullanım öyküsü yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$)(Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Mamografi Tarmasına Gelmeyen Olguların Sigara ve Alkol Kullanım Öykü Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelenler (n=120)		İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyenler (n=242)		p
	n	%	n	%	
Alkol Kullanma öyküsü*					0,554\$
Yok	116	100	236	98,7	
Var	0	0,0	3	1,3	
Sigara Kullanma öyküsü*					0,886‡
Yok	101	86,3	210	87,5	
Var	16	13,7	30	12,5	

‡ Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi, \$ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi.

* Yanıt veren kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.

Mamografi tarmasına gelen grup ile mamografi taramasına gelmeyen grup arasında doğum kontrol hapı kullanma öyküsü ve hormon tedavisi alma öyküsü yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0,05$), mamografi taramasına gelen grupta daha önce smear testi yaptıranların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0,012$)(Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Diğer Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelenler (n=120)		İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyenler (n=242)		p
	n	%	n	%	
Daha önce smear yaptırmış mı?*					0,012‡
Evet	56	47,9	149	61,8	
Hayır	61	52,1	92	38,2	
Doğum kontrol hapi kullanmış mı?*					0,097‡
Evet	67	55,8	155	64,9	
Hayır	53	44,2	84	35,1	
Hormon tedavisi görmüş mü?*					0,835¶
Evet	102	85,7	210	87,1	
Hayır	17	14,3	31	12,9	

‡ Pearson'un Ki-kare testi, ¶ Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi.

*Yanıt veren kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.

Mamografi taramasına gelen grup ile ikinci mamografi taramasına gelmeyen grup arasında toplam emzirme süresi, emzirmede kullanılmayan meme varlığı, geçirilmiş meme hastalığı öyküsü, meme yakınması ve kendi kendine meme muayenesi yapma sıklıkları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$)(Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguların Memeye Ait Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelenler (n=120)		İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyenler (n=242)		p
	Medyan	Min.-Mak.	Medyan	Min.-Mak.	
Toplam Emzirme Süresi (Ay)	24	2-148	30	1-168	0,088†
		%	n	%	
Emzirmede Kullanılmayan Meme var mı?*					0,697‡
Yok	110	97,3	209	98,1	
Var	3	2,7	4	1,9	
Geçirilmiş Meme Hastalığı Öyküsü*					0,697¶
Yok	114	95	224	93,3	
Var	6	5,0	16	6,7	
Meme Yakınması *					0,389‡
Yok	104	86,7	198	82,5	
Var	16	13,3	42	17,5	
Kendi Kendine Meme Muayenesi*					0,134§
Yapmıyor	48	40,7	113	49,1	
Yapıyor	70	59,3	117	50,9	

† Mann Whitney U testi, ‡ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi, ¶ Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi, § Pearson'un Ki-kare testi.

*Yanıt veren kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.15'te mamografi taramasına gelen olgular ile mamografi taramasına gelmeyen olguları ayırt etmede en fazla belirleyici olan etkenler gösterilmiştir. Mamografi taramasına gelen ve gelmeyen olguları ayırt etmede belirleyici olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkileri çoklu değişkenli ileriye dönük adimsal lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p < 0,25$ olarak saptanan tüm değişkenler aday risk faktörleri olarak regresyon modeline dahil edildiler.

Çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda mamografi taramasına gelen olgularla mamografi taramasına gelmeyen olguları ayırt etmede en fazla belirleyici olan etkenler sırasıyla; daha önce doğum kontrol hapi kullanıp kullanmama, daha önce smear testi yaptırıp yaptırmama ve ailede meme kanseri öyküsünün olup olmama durumu idi.

Tablo 4.15. Mamografi Taramasına En Az İkinci Kez Gelen ve İkinci Mamografi Taramasına Gelmeyen Olguları Ayırt Etmede Belirleyici Olabileceği Düşünülen Olası Tüm Faktörlerin Çoklu Değişkenli Lojistik Regrasyon Analizi ile Birlikte Etkilerinin İncelenmesi.

	Odds oranı	%95 Güven Aralığı		Wald	p
		Alt sınır	Üst sınır		
Ailede meme kanseri öyküsünün olmaması	2,114	1,049	4,259	4,383	0,036
Doğum kontrol hapi kullanmamış olmak	2,139	1,178	3,883	6,249	0,012
Daha önce smear yaptırmamış olmak	1,949	1,087	3,494	5,014	0,025

Diğer değişkenlere göre düzeltme yapıldığında daha önce doğum kontrol hapi kullanmayanlarda mamografi taramasına gelmeme ihtimali 2,139 kat (%95 Güven Aralığı: 1,178 - 3,883) artmaktaydı (p=0,012). Diğer değişkenlerin etkileri sabit tutulduğunda daha önce smear testi yaptırmamış olanlarda da mamografi taramasına gelmeme ihtimali 1,949 kat (%95 Güven Aralığı: 1,087 - 3,494) artmakta idi (p=0,025). Diğer değişkenlerin etkileri sabit tutulduğunda ailede meme ca öyküsü olanlara göre ailede meme ca öyküsü olmayanların mamografi taramasına gelmeme ihtimali 2,114 kat (%95 Güven Aralığı: 1,049 – 4,259) daha fazla idi (p=0,036).

Tablo 4.16’de olguların mamografi taramalarına gelme ve gelmeme durumlarına göre bazı klinik özellikler açısından değişim olup olmadığı değerlendirildi. Mamografi taramasına gelmeyen, 30 ay içinde gelen, 30 – 48 ay arasında gelen ve 2 yılda bir düzenli mamografi taramasına gelen gruplar arasında sırasıyla; ilk adet yaşı, toplam gebelik sayısı, menopoz başlangıç yaşı, doğum kontrol hapi kullanma öyküsü, hormon tedavisi kullanma, toplam emzirme süresi ve emzirmede kullanılan meme varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05).

Tablo 4.16. Mamografi Taramalarına Gelme ve Gelmeme Durumlarına Göre Olguların Bazı Klinik Özellikleri

	İkinci Mamografi taramasına Gelmeyenler (n=242)		İkinci Mamografi Taramasına 30 ay içinde gelenler (n=41)		İkinci Mamografi Taramasına 30-48 ay Arasında Gelenler (n=66)		Mamografi Tramasına 2 Yılda Bir Mamografi Taramasına Gelenler (n=13)		p
	Medyan	min-mak	Medyan	min-mak	Medyan	min-mak	Medyan	min-mak	
İlk adet yaşı	13	11-19	13	11-19	13,5	10-17	13	12-17	0,636†
Toplam gebelik sayısı	4	1-17	4	1-10	4	2-10	3	2-6	0,356†
Menopoz başlangıç yaşı	48	30-60	48,5	40-56	48	35-55	48	40-53	0,805†
Toplam emzirme süresi (ay)	30	1-168	36	2-148	24	2-120	21	7-108	0,130†
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doğum kontrol hapı kullanmış mı?*									0,132‡
Hayır	155	64,9	19	46,3	39	59,1	9	69,2	
Evet	84	35,1	22	53,7	27	40,9	4	30,08	
Hormon tedavisi görmüş mü?*									0,736‡
Hayır	210	87,1	37	90,2	54	83,1	11	84,6	
Evet	31	12,9	4	9,8	11	16,9	2	15,4	
Emzirmede kullanılmayan meme var mı?*									0,597¶
Yok	209	98,1	37	94,9	61	98,4	12	100	
Var	4	1,9	2	5,1	1	1,6	0	0,0	

† Kruskal Wallis testi, ‡ Pearson'un Ki-Kare testi, ¶ Olabilirlik oran testi.

*Yanıt veren kişiler üzerinden değerlendirilmiştir.

Kadınların mamografi yaptırdıktan sonra bir sonraki mamografi taramasına gelmeme nedenlerine bakıldığında %40'ının mamografi yaptırmayı ihmal ettiği veya unuttuğu, %18'sinin vakit ayıramadığı, %12'sinin daha önce mamografi yaptırdığı, kendinde bir şikayet hissetmediği için gerek duymadığı, %8'inin mamografi taramasının 2 yılda bir yapılması gerektiğini bilmediği, %6'sının kanser teşhisi alma korkusundan dolayı gelemediği, %4'ünün çekim esnasında memenin sıkıştırılması ve acı duyma nedeniyle mamografisini yaptırmadığı ve %2'sinin başka sağlık sorunlarından dolayı mamografi çekime gelemediği saptanmıştır. (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Kadınların Mamografi Sonrası İkinci Mamografi Yaptırmaya Gelmeme Nedenlerinin Dağılımı

	n*:50	
	n	%
Mamografinin 2 yılda bir yapılması gerektiğini bilmiyordum.	4	8
Daha önce yaptırdım. İyiyim gerek duymadım.	6	12
İhmal ettim, unuttum.	20	40
Kanser teşhisi alırım diye korkuyorum.	3	6
Vakit ayıramadım.	9	18
Başka sağlık sorunlarım var.	1	2
Göğsümün sıkıştırılması ve acı hissini sevmiyorum	2	4
Radyasyon almak istemiyorum	2	4
Doktora gitmekten hoşlanmıyorum.	1	2
Eşim izin vermiyor	1	2
Cihazla ilgili sıkıntı vardı (arızalı vb.)	1	2

*Telefonla ulaşım sağlanabilen kadın sayısı

5. TARTIŞMA

Türkiye’de meme kanseri tanısı alan kadınların %47’si 50 yaş altında, %30,5’i 40-49 yaş arasındadır (Özmen,2017). Genel popülasyonda meme kanserinin gelişme riski 35-39 yaşlarında %0,3, 40-45 yaşlarında %0,6, 75-79 yaşlarında ise %2,1 olmakta iken yüksek riskli kadınlarda bu oranlar daha yüksek saptanmaktadır (Berg 2009). Meme kanseri insidansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır (NHIS, 2013).

Kırk yaş ve üstü kadınların mamografi taramalarına katılım oranlarına bakıldığında Donnelley vd. %26,9, Rakowski vd. ise %37 olarak bildirmiştir. Zapka vd. çalışmalarında 51 yaş ve üstü kadınlarda bu oranı daha düşük (%20) bulmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda 40 yaş üzeri mamografi taramalarını katılma oranları Çelik ve Aksoy’un (2007) çalışmasında %2,2, Biçen Yılmaz ve Aksüyek’in (2012) çalışmasında %10,7, Aksoy ve ark. çalışmasında %36,8 ve Demir Uzan (2015) çalışmasında %47,7 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda 40 yaş üstü mamografi yaptıрма oranı %33,1 olarak saptanmıştır.

Meme kanseri değiştirilemeyen risk faktörlerinden biri olan yaş - kadınların mamografi taramalarına gelme durumu değerlendirildiğinde, çalışmada mamografi taramalarına düzenli gelmeyen kadınların yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptanmıştır. İkinci mamografi taramasına gelmeyen kadınlarda 60 yaş ve üzerindeki oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek iken 40-59 yaşları arasında olanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yaş ilerledikçe taramalara katılım oranı düşüş göstermektedir; literatürdeki çalışmalarda da mamografi taramalarına düzenli katılımın yaş ilerledikçe düşüş gösterdiği bildirilmiştir (Lee ve Kim 2015; Miller ve Champion,1996; Russell 2006; Zapka ve vd.1991;).

Olguların %71’i ilkokul mezunu, %82,8’i evli ve %80,4’ü ev hanımıdır. Eti Aslan ve Gürkan tarafından İstanbul’da yapılan çalışmada olguların %37,1’si ilkokul mezunu, %63’ü evli ve %49,1’i ev hanımıdır. Okur’un yaptığı çalışmada %91,2’sinin ev

hanımı, %97,4'ünün evli ve %74,3'ünün ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular çalışmamız verileri ile benzerlik göstermektedir.

Davis vd. (1996) mamografi taramalarına katılımın eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu ve okuryazar olmayan kadınların süreci utanç verici, zararlı veya acı verici olarak görme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve mamografiye yönelik olumsuz tutumlara sahip olduğunu ifade etmiştir. Demir Yıldırım ve Özyayın (2104), Kakefuda 2006 ve Kim vd. (2011) tarafından yapılan çalışmalarda kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe mamografi çekirme oranının arttığı bildirilmiştir. Lee ve Kim (2011) yarı zamanlı çalışan kadınların tam zamanlı çalışan kadınlara göre daha düzenli mamografi yaptırdıklarını bildirmiştir. Gierisch vd.'nin (2009) 43-49 yaş arası 576 örnekleme yaptığı çalışmasında kadınların %40,7'si yeterli zamanı olmamasının mamografi çekimi için engel teşkil ettiğini belirtmişlerdir. Çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan kadınların mamografi taramalarına katılım oranlarının daha düşük bulunması, kadınların tam zamanlı çalışmaları nedeniyle mamografi taramalarına zaman ayıramamasından kaynaklanmış olabilir. Bulgular neticesinde eğitimin mamografik tarama davranışını olumlu etkilediği ancak kadınların tam zamanlı çalışmasının ise taramalara katılımı olumsuz etkilediği söylenebilir.

TUİK'in yaptığı Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre ülkemizde 45-69 yaş arası kadınların beden kitle indeksi ortalaması 32,2'dir (TUİK 2016). DSÖ'nün uluslararası obezite sınıflandırılmasına göre 30-34,9 arasındaki BKİ değerini 1. sınıf obez kabul etmektedir (WHO,2012). Olgularımızın ortalama beden kitle indeksi ise $31,8 \pm 5,5$ (kg/m²) saptanmıştır. Araştırmamızda kadınların beden kitle indeksi Türkiye ortalamasınayakın değerde, DSÖ değerlerine göre 1. sınıf obez kategorisi içerisinde değerlendirilmektedir. Kadınlarda obezite ve sedanter yaşam tarzına bağlı Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından açıklanan küresel meme kanseri oranı %25'tir ve menopoza sonrası bu riskin %50-250 oranında arttığı belirtilmektedir (McTeirnan 2003). Yine Lewis, Heitkemper ve Dirksen (2004) özellikle menopoza dönemindeki obezite ve sedanter yaşam tarzının meme kanseri riskini daha da arttırdığını açıklamışlardır. Meme kanseri insidansı 25 yaşından menopoza kadar her 10 yılda bir artmaktadır; en sık ise 50 yaş ve menopoza sonrası dönemde görülmektedir. (Lewis, Heitkemper ve Dirksen,2004). Bu kapsamda mamografi

taramasına gelen kadınların kanser taramalarına ek olarak sağlıklı yaşam ve beslenme ile ilgili bilgilendirilmeleri için diyetisyen vb. kurum personellerinden yardım almalarının sağlanması da uygun olacaktır.

Çalışmada araştırmaya katılan kadınların %52,1'inin 50-59 yaş arasında ve menopoza girme medyan yaşının ise 48 olduğu saptanmıştır. Mamografi taramasına gelen ve gelmeyen olgularda menopoza girme yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Kim vd. (2006) menopoz döneminde olma veya HRT kullanma öyküsünün kadınların düzenli mamografi yaptırma performansı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Lee ve Kim (2015) çalışmasında menopozal dönemde HRT alan kadınların % 91,7'sinin düzenli mamografi yaptırdığını ve mamografinin öneminin bilincinde olduklarını saptamıştır.

Olguların medyan ilk adet yaşı 13 ve medyan ilk gebelik yaşı 20 bulunmuştur. Menarş yaşının 12 yaşından önce olması östrojene maruziyet süresini arttırdığı için meme kanseri açısından yüksek risk faktörlerinden birisidir (Steiner,Klubert,Knutson,2008). İlk menstruasyon yaşının geç olması meme kanserinden koruyucu faktör olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamıza benzer olarak Manisa'da Tekgül vd. (2004) tarafından yapılan çalışmada menarş yaş ortalaması $13,3 \pm 1,3$, Sohbet ve Karasu'nun çalışmasında $13,5 \pm 1,4$, Dolgun ve Ezer'in (2018) çalışmasında 12 yaş ve üzerinde tespit edilmiştir. Çalışmamızda mamografi taramasına gelen ve gelmeyen grup arasında menarş yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

Olguların medyan toplam emzirme süresi 24 ay bulunmuş ve %2,1'i emzirme döneminde tek memeyi kullanmıştı. Çalışmalarda, emzirme süresi arttıkça meme kanserine yakalanma riskinin azaldığı saptanmıştır (Lipworth,Bailey ve Trichopoulos 2000,Veronesi vd. 2005). Kore'de Kim vd. (2007) yaptığı çalışmada, meme kanseri riskinin emzirilen toplam süre arttıkça azaldığı tespit edilmiştir. Meme Kanserinde Hormonal Faktörler Ortak Grubu (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer) tarafından meme kanseri olan 50.302 kadın ile 30 ülkede yapılmış 47 epidemiyolojik çalışma derlemesine göre; 12 ay süre ile emziren kadınlarda meme kanseri riski %4,3'tür ve her doğumda risk %7 azalmaktadır. Çalışmamızda

mamografi taramasına gelen ve gelmeyen grup arasında emzirme süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Meme kanserlerinin %3'ü 23-47 yaş arası gebe kadınlarda saptanmaktadır (Navrozoglou vd. 2008). En sık tanı konulan tip invaziv duktal karsinomdur (Ring ve vd. 2016). Gebelikte meme kanseri tanısı, meme dokusunda gebeliğe bağlı oluşan fizyolojik değişiklikler nedeni ile geç konulabilmekte ve tedavisi de zor olabilmektedir (Karacaer vd. 2016). İlk gebeliğin 35 yaş sonrasında gerçekleşmesi 20 yaşından önce gebe kalanlara göre meme kanseri riskini üç kat artırmaktadır (Kulshrestha,2011). Olgularımızın medyan gebelik yaşı 20, ortalama gebelik sayısı 4 ve canlı doğum sayısı 2 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda mamografi taramasına gelen ve gelmeyen grup arasında menarş yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Meme kanserinde tartışmalı risk faktörleri arasında yer alan sigara kullanımı çalışmaya katılan kadınlarda %12,9 saptanmıştır. Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Anketi 2012 yılı sonuçlarına göre kadınların tütün ürünü kullanım sıklığı %13,1 olarak tespit edilmiş (KYTA,2012) ve çalışmadaki kadınların sigara içme oranının Türkiye ortalamasının altında olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda mamografi taramasına gelen ve gelmeyen grup arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Meme kanserinin diğer değiştirilebilir risk faktörlerinden olan alkol, östrojen seviyesinin yükselmesine ve meme dokusu üzerindeki östrojen reseptörlerine bağlanarak kanserojen etkinin artırmasına neden olmaktadır. Alkol tüketiminin orta düzeyde (günde 1-2 kadeh) olması meme kanseri insidansında %30-50 artışa neden olmaktadır (Terry,2006). Araştırma gurubumuzun %99,2'ü alkol tüketmemektedir. Açıkgöz vd. (2011) çalışmasında bu oran %84,9 olarak bildirilmiştir; dini ve kültürel etkenlere bağlı olarak alkol tüketim oranının düşük olması ülkemizde meme kanserine karşı koruyucu bir etki sağlamaktadır. Seitz vd. kadınların günde bir kadeh içkiyi geçmemesini ve meme kanseri riski yüksek olan kadınların nadiren alkol almasını önermektedir (Seitz vd., 2012). Çalışmamızda mamografi taramasına gelen

ve gelmeyen grup arasında alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

Olguların %6,1'inde geçirilmiş meme hastalığı öyküsü bulunurken, %19,2'sinin ailesinde meme kanseri mevcuttu. Meme kanseri için aile öyküsünün varlığı yüksek risk faktörüdür. Meme kanserli akraba sayısı ve genç yaşta tanı konulan akraba sayısı meme kanserine yakalanma riskini artırmaktadır. Meme kanseri riski birinci dereceden bir akrabada varsa risk 1,8 kat, birinci dereceden iki akrabada var ise 2,9 kat, bu tanılar 30 yaşından önce konulmuş ise risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra konulmuş ise risk 1,5 kat artmaktadır (Collaborative Group 2001). Çalışmalar, ailede meme kanseri varlığının kadınların mamografiye düzenli gelme olasılığını arttırdığını tespit etmiştir (Azaiza ve Cohen,2006; Gierisch vd.,2009). Carney vd. (2013) meme kanseri için aile öyküsüne sahip kadınların mamografi taramalarına katılım oranlarının iki kat arttığını, Bostean ve ark. (2013) bu kadınların %91'inin meme kanseri taramalarına katıldığını ve Townsend vd. (2013) ise mamografiye gelme oranlarının 1,6 kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Subramanian vd. (2013) mamografi taramalarına katılan kadınların %74'ünün ailede meme kanseri varlığının kendileri için meme kanseri riskini artıran bir faktör olduğunu bildiğini belirtmiştir. Murff'un (2012) çalışmasında aile öyküsü olmayan bireylerin meme kanseri taramalarına katılma oranı 30 yaşında %7, 50 yaşında %11 bulunmuştur. Babuş ve Eser (2017) doktor önerisi ve akrabalarda meme kanseri öyküsü varlığının mamografi çektirmeyi olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır. Çalışma grubunda ailede meme kanseri öyküsü bulunması oranı düşük bulunmuş olsa da ailede meme kanseri öyküsünün olmamasının durumu mamografi taramasına gelmemeyi etkilediği tespit edilmiştir.

KKMM, memede anormal kitle ve şekil yönünden değişiklikleri tespit etmek amaçlı inspeksiyon ve palpasyonla yapılan ve erken tanıya yardımcı bir muayene yöntemidir. Düzenli ve sistematik yapılan KKMM kadınların sağlık kurumuna erken başvurmasını artırmaktadır. Yapılan çalışmalar memede kitlenin çoğunlukla kadınların kendisi tarafından tespit edildiğini göstermektedir. KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltıcı etkisi yetersiz olduğu için Meme Kanseri Tarama programlarının çoğunda tek başına önerilmemektedir. Ancak sosyoekonomik düzeyi

düşük ve sağlık imkanlarına ulaşımın zor olduğu bölgelerde meme kanseri erken tanısında KKMM önerilmektedir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı Ulusal Tarama programında 20 yaş ve üzeri kadınlara önerilmektedir. Çalışmada kadınların %53,7'sinin KKMM yaptığı saptanmış olup muayeneyi TV/gazeteden (%42,6) ve sağlık personelinden (%40,9) öğrendiğini ifade etmişlerdir. Karşlıoğlu (2017) araştırmasında kadınların %59,5'inin KKMM yaptığını ve bilgi kaynağının %34,6 sağlık personeli ve %32 televizyon-radyo olduğunu bildirmiştir. Aker vd. (2015) çalışmasında kadınların %80,5'i KKMM'yi duymuş olmasına rağmen %12,6'sının düzenli KKMM yapmakta olduğunu; bilgi kaynağının %63,5 sağlık personeli ve %48,1 TV/radyo olduğunu belirtmiştir. TÜİK'in 2016 Türkiye Sağlık Araştırması sonuçları 15 yaş ve üzeri kadınlarda ayda bir KKMM yapma oranını %19,7 olarak saptamıştır. Bulgularımız ülkemiz verilerinin üstünde KKMM yapıldığını ve KKMM bilgi kaynağı olarak TV ve gazetenin ön planda olduğunu göstermiştir. Medyanın önemli bilgi kaynaklarından biri olduğu için Sağlık Bakanlığı kontrolünde hazırlanacak farkındalığı artırıcı kamu spotları veya televizyon programları ile halka ulaşımın sağlanması, aynı zamanda medyanın halkı doğru bilgilendirmeyi amaç edinmesinin önemi anlaşılmaktadır. Çalışmamızda mamografi taramasına gelen ve gelmeyen grup arasında KKMM yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Araştırma grubumuzda yer alan kadınların %38,2'si doğum kontrol hapı kullanmış, %13,3'ü Hormon Replasman Tedavisi almıştır. Çalışmada daha önce doğum kontrol hapı kullanmamış kadınlarda mamografi taramalarına gelmeme ihtimali 2,288 kat (%95 Güven Aralığı: 1,241 - 4,220) fazla tespit edilmiştir (p=0,008). Ancak HRT alan kadınların mamografi taramalarına gelme/gelmeme oranlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Lee ve Kim (2015) çalışmalarında HRT alan kadınların sağlıkla ilgili farkındalığının arttığını ve bunun düzenli mamografi çektirme davranışını etkileyen bir faktör olduğunu vurgulamışlardır.

Araştırma grubumuzda yer alan kadınların %42,7'si daha önce Pap smear testi yaptırmış. Açıkgöz, Çehreli ve Ellidokuz (2011) çalışmalarında beş yıldan fazla aralıklarla pap smear testi yaptırmaları oranlarını %14,5 olarak tespit etmişlerdir.

Meme kanseri erken tanı ve taramasında kullanılan en etkili tarama yöntemi olan mamografi ile düzenli gerçekleştirilen taramaların mortaliteyi %30 oranında azalttığı bilinmektedir (Thompson vd., 2015). Verilerimize bakıldığında, 2012 yılında KETEM'e gelen ve mamografi çektiren kadınların ikinci mamografi taramasına %33,1'nin geldiği, %66,9'unun gelmediği saptanmıştır. Çalışmalarla mamografi taramasına katılım oranları %18-68 arasında değişmektedir (Açıkgöz Çehrelî ve Ellidokuz 2011; Alam, 2006; Gang vd. 2013; Göçgeldi vd. 2008; Gül, Kadıoğlu ve Sezer 2014; Lee ve Kim 2013; Özmen vd., 2011; Subramanian vd., 2013) Çalışmada mamografi taraması yaptıranların oranı daha düşük bulunmuştur. Kanser taramalarında, meme kanseri dahil, toplumun %70'lik diliminin taraması sağlandığı takdirde mortalite oranları üzerinde olumlu etkisinin olacağı bilinmektedir (halk-sagligi-kurumu.html).

Çalışmada 2012 yılında ilk kez mamografi çektiren kadınların (%33,1) 2016 yılına kadar çeşitli zaman aralıklarında mamografi taramalarına tekrar geldikleri ancak 2016 yılı dahil olmak üzere 2012 yılından itibaren iki yılda bir düzenli mamografi taramasına gelen kadınların oranının ise %3,6 olduğu tespit edilmiştir. Acar'ın tez çalışması sonucunda, 40 yaş sonrası iki yılda bir mamografi çektirenlerin oranı %18,4 olarak saptanmıştır. Bu oran diğer çalışmalarda %15-32 arasında değişmektedir (Açıkgöz, Çehrelî ve Ellidokuz 2011; Açıkgöz, Çehrelî ve Ellidokuz 2015; Dinçel ve ark 2010).

Çalışmada ilk 30 ay ile 30-48 ay arasında mamografi taramasına gelenler sırası ile %11,3 ve %18,2 olarak tespit edilmiştir. Babuş ve Eser (2017) Manisa'da seçilmiş iki bölge arasında yaptıkları çalışmada son 5 yılda mamografi çektirme oranını %72,1'i ve %45,7 olarak tespit etmişlerdir. Açıkgöz, Çehrelî ve Ellidokuz (2011) kadınların %15,8'inin düzensiz aralıklarla mamografi taramasına geldiklerini, Açıkgöz, Çehrelî ve Ellidokuz (2015) ise %29,8'inin üç yıldan fazla süre sonrasında tekrar mamografi taramasına geldiklerini bildirmiştir.

Kadınların bir sonraki rutin taramaya katılma oranları ve bunları etkileyen faktörler sorgulandığında en yüksek oranla %38'inin mamografi çektirmeyi ihmal ettiği ve unuttuğu tespit edilmiştir. Mamografi çektirmeme nedeni olarak ihmal etme nedeni

oranını Açıkgöz (2010) çalışmalarında %55,1, Açıkgöz, Çehreli ve Ellidokuz (2015) %31,7 ve Demir Yıldırım ve Özaydın (2014) %5,9 olarak bulmuştur.

Çalışmada mamografi taramalarında ikinci engelleyici faktör olarak %18 oranı ile vakit ayıramama saptanmış; Koç vd. (2009) bu oranı (% 6,15) ve Demir Yıldırım ve Özaydın'ın (2014) çalışmalarında bu oranı daha düşük (%2,6) olarak bildirilmiştir. Kadınların %8,26'sı başka sağlık sorunları nedeniyle çekime gelemediğini ifade etmiştir. Yalçingöz Baysal (2008) kadınların %9,5'inin mamografi çekimine başka problemleri nedeni ile gelemediğini saptamışlardır.

Çalışmada mamografi taramasının 2 yılda bir yapılması gerektiğini bilmemek diğer engel faktörü olarak (%8) saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Açıkgöz (2010) kadınların %33,9'unun, Demir Yıldırım ve Özaydın (2014) ise %43,6'sının mamografi çektirmenin gerekli olduğunu bilmediğini ifade etmişlerdir. Bu oranı daha düşük %25,8 (Dinçel vd.,2010) ve daha yüksek %73,8 (Koç vd. 2009) bildiren çalışmalarda mevcuttur. Gök Uğur ve Aydın Avcı (2015) çalışmalarında ise kadınların mamografi taramasına ne sıklıkla geleceğini %32,6 kadının bildiğini saptamışlardır.

Genel olarak yapılan çalışmalarda; Aksoy vd. (2015) ve Büyükkayacı Duman (2015) ve Açıkgöz, Çehreli ve Ellidokuz (2015) mamografi çektirmeme nedenini sırası ile %99,2, %52,2, %46,2 oranında bilgi ve eğitim eksikliği olarak ifade etmişlerdir. Rızalar ve Altay (2010), Meissner vd. (2007) çalışmaları sonucunda mamaografi çektirmeye yönelik engelin bilgi eksikliğinden kaynaklandığını açıklamışlardır. Örnek çalışmalarda 25,8- 99,2 oranında saptanan bilgi eksikliğinin mamografi çektirmeye engel faktör olarak karşımıza çıkması eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının yeterli olmadığını bu kapsamda mamografi taramasına yönelik toplumsal farkındalığı arttıracak eğitim ve danışmanlık hizmetlerine ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya çıkarmaktadır. Mamografinin yararları ve mamografi çektirme zamanı ve sıklığını geniş kadın kitlesine ulaştırmak büyük önem arz etmektedir.

Ersin vd. (2014), daha önce mamografi çekmemiş, sağlık sigortası olmayan ve okuma yazma bilmeyen bekar kadınların mamografi taramasına yönelik daha fazla çekinceleri olduğunu belirlemiştir.

Çalışmada daha önce mamografi çekirmiş kadınların %10'u, bir şikayeti olmadığı için tekrar gelmeye gerek duymadığını ifade etmiştir. Zincir (1999) tez çalışmasında mamografi çekirmeme nedeni olarak gereksinim duymamayı %93,6 olguda ve şikayetin olmamasını ise %36,3 olguda saptamıştır. Demir Yıldırım ve Özaydın (2014) kadınların %28,9'unun 3 yıl veya daha önce mamografi çektiği için gerek duymadığını, Büyükkayacı Duman %79,7'sinin taramaları gereksiz bulunduğunu bildirmiştir. Dinçel vd. (2010) kadınların %25,8'inin meme hastalığı semptomu bulunmadığı için mamografi taramalarına katılmadıklarını saptamıştır. Çetin vd. (2007) çalışmasında meme hastalığına yönelik şikayetin olmaması, taramanın önemini kavramamış olma, utanma, başka problemlerin olma ve destek görmeme gibi faktörlerin mamografiye katılımı engellediğini saptamıştır. Öner vd. (2015) kadınların %2'sinin bayan doktor olmadığından, %7'sinin bilgisizlikten, %23'ünün korktuğu için doktora gitmek istemediğini bildirmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %6'sının kanser teşhisi alma korkusundan mamografi çekirmeye gelmediği saptanmıştır. Açıkgoz (2010) ve Büyükkayacı Duman (2015) meme kanseri teşhisi alma ve kitle bulma endişesini sırası ile %10,2 ve 52,3 olarak tespit etmişlerdir. Alimoğlu ve vd. (2004) işlem sırasındaki ağrı ve meme kanseri tanısı alma korkusunun mamografi taramalarına katılımı azalttığını, Kagawa (1997) ile Mayne ve Earp (2003) kanserle ilgili fatalistik tutumlar ve malignite korkusunun mamografi çekimine engel bir faktör olduğunu saptamışlardır. Champion vd. (2004) meme kanseri korku düzeyinin düşük ve yüksek olmasının orta düzeye olanlara göre mamografi taraması davranışları üzerinde daha olumsuz etkisi olduğunu tespit etmiştir. Anksiyete ve korkunun kanser taramaları için hem engel olduğu, hem de pozitif yönde etkileyen bir faktör olduğu vurgulanmıştır (Consedine vd. 2004).

Çalışmamızda mamografiye engel diğer durumu kadınların %4'ü çekim esnasında memenin sıkıştırılması ve acı duyulması olarak ifade etmiştir. Çalışmalarda ağırlı bir işlem olduğu için korkma ve acı hissetmenin mamografi çekiminde engelleyici

faktörler olduğu saptanmış ve bu faktörlerin mamografiye katılım oranını 3,7 kat azalttığı ifade edilmiştir (Azaiza ve Cohen 2006; Büyükkayacı Duman vd., 2015).

Genel yaygın bir algı olan röntgen ışınlarının zarar vermesi korkusu ile çalışmamızdaki kadınların %4'ü mamografi çektirmek istemediğini belirtmişlerdir. Çalışmalarda bu oran %1,0 ile %3,6 arasında verilmiştir (Koç vd. 2009; Yıldırım ve Özaydın 2014; Yalçingöz Baysal 2008). Bastani vd. (1994) ve Lamyian vd (2007) çalışmalarında mamografi taraması esnasında radyasyona maruz kalmaktan endişe duyan kadınların mamografiye katılımının daha az olduğunu tespit etmişlerdir.

Mamografiye engel olarak Dinçel vd. (2010) %6,7 ve Koç vd. (2009) %3,08 oranı ile ekonomik nedenler ve maliyetin yüksek olması olarak saptamıştır.

Esteva vd. (2008) mamografi taramasına katılımı engelleyen nedenleri; daha önce mamografi çektirdiği ve kendini iyi hissettiği için tekrar mamografiye ihtiyaç duymamak, davet mektubu almamak, mamografi için uygun zaman bulamamak, randevuyu unutmak ve korkmak olarak belirtmiştir. Başka bir çalışmada Legg (2000) doktor tavsiyesi eksikliği, ulaşım ve tesise ulaşımında memnuniyetsizlik, maliyet, sağlık sigortası kapsamına girmemesi, ağrı veya rahatsızlık hissetmeyi mamografi taramalarına katılımda engelleyici faktörler olarak bildirmiştir.

Ülkemiz ve yurt dışında yapılmış olan çalışmalarda mamografi taramasına engel olan faktörler çalışmamızla benzer özellikte olup yazlızca oranlarda farklılıklar olduğu görülmektedir. Sağlık güvencesinin varlığı sağlık hizmeti almada etkili bir faktördür. Ülkemizde Ulusal Kanseri Tarama Programı kapsamında verilen tarama hizmetleri ücretsiz yapıldığından çalışmamızda sağlık güvencesi bilgisine yer verilmemiştir. Taramalar için kitle iletişim araçları ile yapılan kampanyalar, saha çalışmaları ve aile hekimi, sağlık personeli danışmalıkları nedeniyle kadınların ücretsiz hizmet bilgisine sahip olduğu düşünülmektedir. Ancak yine de bilgilendirme çalışmaları içinde ücretsiz hizmet bilgisinin altı çizilmelidir. Peek ve Han (2004) mamografi tarama oranlarını arttırmak için mobil cihazlarla ulaştırma hizmetleri ile coğrafi engelleri aşma ve düşük maliyetli mamografi taramasının uygulanması gibi ekonomik müdahalelerin sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesindeki önemini vurgulamıştır.

Schootman vd. (2007) sağlık güvencesinin taramalara erişimi olumlu etkilediğini bulmuşlardır. Açıkgöz (2010) sosyal güvencesinin olmamasını %6,8 mamografiye engel olduğunu saptarken, Aksoy, Turfan ve Sert (2015) sağlık güvencesi olanların mamografi ektirme oranlarını daha yüksek bulmuştur.

Gierisch vd. (2009) mamografi hatırlatmaları almadığını söyleyen kadınların mamografiye gelme oranlarını daha düşük tespit etmiş ve mamografi taramalarına katılımı arttırmada hatırlatmaların önemini vurgulamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Kırklareli İlinde yaşayan ve Merkez İlçe KETEM'e 2012 – 2016 yılları arasında mamografi taramasına gelen kadınların, en az ikinci kez mamografi taramasına gelme oranı ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla 362 kadının dosyası incelenmiş ve elde edilen sonuçlar aşağıda listelenmiştir.

- 2012 yılından sonra en az ikinci mamografi taramasına gelenlerin oranı %33,1 (120 kişi) iken %66,9'u (242 kişi) 2016 yılı dahil olmak üzere mamografi taramasına gelmemiştir.
- En az ikinci mamografi taramasına gelen kadınların %11,3'ü 2 yıl içerisinde gelmiş iken, %18,2'si mamografi taramasına düzensiz ve geç gelmiştir.
- 2012 yılından 2016 yılı dahil olmak üzere iki yıl aralıklarla tam düzenli olarak mamografi yaptırmaya gelenlerin oranı %3,6'dır.
- Kadınların %53,7'si KKMM yapıyor ve %42,6'sı bunu TV-gazeteden öğrenmiştir.
- Mamografiye gelen ve gelmeyen kadınlar arasında öğrenim durumu, meslek, ilk adet yaşı, ilk gebelik yaşı, küretaj sayısı, düşük sayısı ve ölü doğum sayısında anlamlı bir fark bulunmadı.
- Mamografi taramasına gelip gelmemeyi en fazla etkileyen faktörler; ailede meme kanseri öyküsünün olmaması, daha önce doğum kontrol hapı kullanmama durumu ve daha önce smear testi yaptırmama durumu idi.
- Meme yakınması olanlarla, olmayanlar arasında mamografi taramasına gelme oranları açısından anlamlı bir fark bulunmadı.
- Ailesinde geçirilmiş meme hastalığı öyküsü olan kadınların mamografi taramasına gelme oranlarında fark bulunmadı.
- Eğitim durumu yüksek olanların mamografi taramasına gelme oranı düşük saptandı.
- Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların mamografi taramasına gelme oranlarında fark bulunmadı.

6.2. Öneriler

- Mamografi taramalarının düzenli yapılmasını sağlamak amacı ile aile hekimi ile birlikte çalışmalar yürütülmeli, 40 yaş sonrası kadınların herhangi bir nedenle aile hekimine her gelişinde tarama yaptırıp yaptırmadığı sorgulanmalı, yaptıranların ise tekrar tarama yaptırma zamanı takip edilmelidir.
- Mamografi çektirmeyi en çok engelleyen faktör olan ihmal etme ve unutmanın önüne geçebilmek için kadınlara düzenli aralıklarla bilgilendirme mesajları göndermek faydalı olabilecektir. Kanser Taramaları Çağrı Merkezi 20 ilimizde pilot olarak uygulamaya girmiş ve faydalı bulunmuştur. İlimizde de en yakın zamanda uygulamaya başlanması tarama oranlarını artırma da faydalı olacaktır.
- Yaşın ilerlemesiyle birlikte mamografi çektirme oranında düşme ve düzenli katılım performansında azalma tespit edildiğinden normal mamografi taraması sonrasında da yıllar içinde meme kanseri gelişim riskinin var olduğunu ve düzenli mamografinin önemini vurgulayan eğitimler yapılmalıdır.
- Kanser tarama proglamlarının ücretsiz yapıldığı vurgulanmalı ve kadınların tamamına ulaşmasını sağlamak için coğrafik bölgelere göre planlamalar yapılmalıdır.
- Çalışan kadınlarda düşük saptanan mamografi taramalarına katılım oranını yükseltmek için işverenler ve kurum amirleri ile planlamalar yapılması ve gezici mobil araçların programlarda yer alması faydalı olacaktır. Bununla birlikte tarama merkezlerinin mesai saatleri dışında ve hafta sonu belirli zaman aralıklarında çalışması da ek bir uygulama olarak düşünülebilir.
- Kadınlara meme kanseri risk faktörleri konusunda zaman zaman eğitimler verilmeli, KKMM bilgilendirmesi devam etmeli ve önemi vurgulanmalıdır.
- Kanser taramaları için farkındalık oluşturmak amacıyla görsel ve işitsel medyanın aktif kullanılması, çoğunluğun kullandığı toplu ulaşım, alışveriş merkezleri vb. yerlerdeki tanıtım panolarında konu ile ilgili kamu spotlarının sık sık yer alması sağlanmalıdır.

- Kadınlara sağlıklı yaşam (beslenme ve spor) tarzı hakkında danışmanlık hizmeti verilmesi de meme kanseri riskini azaltmak için uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

- A Cancer Journal for Clinicians 2018; *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. 68:394-424. 2018 American Cancer Society
- A Retrospective Comparative Study Of Clinicopathological Features Between Young And Elderly Women With Breast Cancer. International Journal Of Clinical And Experimental Medicine*, 8(4), 5869–5875. Acar U. (2017). *Elazığ İli Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. Fırat Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. (2011). *Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Kadınların Kansere Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları*. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 25(3):145-154.
- Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. (2015). *Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi*. J Breast Health: 11: 31-8.
- Açıkgöz A. (2010). *Risk Assessment For Breast And Cervical Cancer And The Use Of Screening Services*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
- AJCC (American Joint Committee on Cancer). *Cancer Staging Manual*, 7th edition, Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al (Eds), Springer-Verlag, New York 2010. p.347.
- Akdağ S.(2014). *Kadınların Tarama veya Tanısal Amaçlı Mamografi Uygulaması ile İlgili Bilgi, Düşünce ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aker S., Öz H., Kaynar Tunçel E. (2015). *Samsun'da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ile İlgili Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. J. Breast Health: 11: 115-22.
- Aksoy YE., Turfan EÇ., Sert E., Mermer G.(2105). *Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Engeller*. J Breast Health; 11: 26-30.
- Akuffo F.O. (2014). *The Level Of Knowledge, Attitude And Practice Of Breast Self- Examination Among Nurses In The Effia Nkwanta Regional Hospital In The Sekondi Takoradi Metropolis*. University Of Cape Coast.
- Akyolcu N., Altun Uğraş G. (2011). *Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli?. The Journal of Breast Health : 7 (1). s. 10-14.*
- Alam AA. (2006). *Knowledge Of Breast Cancer And its Risk and Protective Factors Among Women in Riyadh*. Ann Saudi Med.; 26: 272-277.
- Alimoğlu E., Alimoğlu MK., Kabaalioğlu A., Çeken K., Apaydın A., Lüleci E. (2004). *Mamografi Cekimine Bağlı Ağrı ve Kaygı*. Tanısal Ve Girişimsel Radyoloji.; 10: 213- 217.
- American Cancer Society (2014). *Recommendations For Early Breast Cancer Detection In Women Without Breast Symptoms*.

- American Cancer Society (2016). <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html>. adresinden erişilmiştir.
- American Cancer Society (2017) .<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/radiation-for-breast-cancer.html> adresinden erişilmiştir.
- American Cancer Society (2017) <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/chemotherapy-for-breast-cancer.html> sayfasından erişilmiştir.
- American Cancer Society (2017). <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors> sayfasından erişilmiştir.
- American Cancer Society (2017). <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>. (erişim tarihi 07.01.2019)
- American Cancer Society (2017). <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/immunotherapy.html>*
- American Cancer Society (2017). <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/targeted-therapy-for-breast-cancer.html> sayfasından erişilmiştir.*
- American Cancer Society (2017).<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/hormone-therapy-for-breast-cancer.html> sayfasından erişilmiştir.*
- American Cancer Society (2019). <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/treatment-of-breast-cancer-by-stage.html> adresinden erişilmiştir.
- American Cancer Society. [Breast Cancer Facts and Figures 2015-2016 Atlanta https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2015-2016.pdf](https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2015-2016.pdf) sayfasından erişilmiştir.*
- American Cancer Society. [Breast Cancer Facts and Figures 2017-2018 Atlanta, https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf](https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf) sayfasından erişilmiştir.*
- American Cancer Society.<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). *Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women.* <https://www.acog.org/-/media/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins/Gynecology/Public/pb179.pdf?dmc=1&ts=20180130T1655420488> adresinden erişim sağlanmıştır.
- American Colloge of Radiology BI-RADS ATLAS—MAMMOGRAPHY.(2013). <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/BI-RADS/Mammography-FAQ.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Arslan M. (2014). *Kendine Meme Muayenesi Ile İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi.* Medizinische Klinik (Klinik-Ausg.). (10) - 642-647.
- Aslan FE, Gürkan A.,(2007). *Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi.* Meme Sağlığı Dergisi 3: 63-68.

- Atasü, T. (2001). *Menapoz Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitabevi. 633-679, İstanbul.
- Aydın İ. (2004) *Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik İki Farklı Eğitimin, Öğretmenlerin Meme Kanseri Taramalarındaki İnanç ve Davranışlarına Etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Aydın S., Akça T., (2011). *Tüm Yönleriyle Meme Kanseri*. Ankara: Güneş Tıp Kitepevi.
- Azaiza, F., Cohen, M. (2006). *Health Beliefs and Rates of Breast Cancer Screening among Arab Women*. Journal of Women's Health, 15, 520-530.
- Babuş, S., Eser E. (2017). *Manisa'da Seçilmiş İki Bölgede Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri Açısından Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması*. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 26 (6), 221-230.
- Bastani R., Marcus AC., Maxwell AE., Das IP., Yan KX.(1994). *Evaluation Of An İntervention To Increase Mammography Screening İn Las Angeles*. Preventive Medicine :23: 83-90.
- Başaran G., Çabuk D. (2008). *Meme Kanserinde Adjuvant Sistemik Tedavi İlkeleri*. Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics: 1(1):23-46
- Başoğlu M. (2010). *Memenin Anatomisi, Embriyolojisi, Histoloji ve Fizyolojisi*. Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics. 2010;3(3):1-7
- Beresford SA, Weiss NS, Voigt LF, McKnight B.(1997). *Risk Of Endometrial Cancer İn Relation To Use Of Oestrogen Combined With Cyclic Progestagen Therapy İn Postmenopausal Women*. Lancet. 15;349(9050): 458-61
- Berg WA.(2009). *Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next?* AJR Am J Roentgenol:192:390-9.
- Biçen Yılmaz H., Aksüyek H. (2012). *Bursa İlinde Meme Kanserinin Erken Tanısında Farkındalığın Önemi-Alan Çalışması*. The Journal of Breast Health Vol: 8 (2).
- Bland KI, Menck HR, Scott-Conner CE, Morrow M, Winchester DJ, Winchester DP. (1998) *The National Cancer Data Base 10-Year Survey Ofbreast Carcinoma Treatment At Hospitals İn The United States*. Cancer 83(6):1262-73.
- Bleyer A.(2015). *Screening Mammography: Update and Review of Publications Since Our Report in the New England Journal of Medicine on the Magnitude of the Problem in the United States*. Acad Radiol ; 22: 949-960.
- Breast Cancer Facts & Figures (2015-2016) <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2015-2016.pdf> (Erişim 07.01.2019)
- Breast Screening Frequency (2002) Breast cancer screening frequency: Results of the UKCCCR randomized trial. United Kingdom Coordination Committee on Cancer Research. Eur J Cancer 38: 1458 :1464.
- Breasted J.H., (1930), *The Edwin Smith Surgical Papyrus*. University of Chicago Press. Chicago: (403-406.).

- Büyükkayacı Duman N., Yüksel Koçak D., Albayrak SA., Topuz Ş., Yılmazel G. (2015) *Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları*. *JAREN:1(1):30-38*.
- Canadian Task Force Preventive Health Care (2011). *Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years*. *Canadian Medical Association Journal* :183:1991-2001
- Cancer Facts and Figures, American Cancer Society, 2012 <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2012.html>
- Cancer Research UK. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/hormones-and-cancer/the-contraceptive-pill>. Sayfasından erişim sağlanmıştır.
- Carney, P.A., O'Malley, J.P., Gough, A., Buckley, D.I., Wallace, J., Fagnan, L.J., Morris, C., Mori, M., Heintzmana, J.D., Lieberman, D. (2013). *Association Between Documented Family History Of Cancer And Screening For Breast And Colorectal Cancer*. *Prev Med*, 57, 679–684.
- Cohen M. (2006). *Breast Cancer Early Detection, Health Beliefs, And Cancer Worries In Randomly Selected Women With And Without A Family History Of Breast Cancer*. *Psycho-Oncology*; 15;873–883.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2001). *Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease*. *Lancet*, 358, 1389-99.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease*. *Lancet*; 360: 187–95.
- Consedine NS., Magai C., Krivoshekova YS., Ryzewicz L., Neugut AI. (2004). *Fear, Anxiety, Worry, and Breast Cancer Screening Behavior: A Critical Review*. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Preventio*:13(4), 501-510.
- Çakır S., Kafadar M.T., Arslan Ş. N., Türkan A., Kara B., İnan A. (2016). *Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınlarda Risk Faktörlerinin Güncel Veriler Işığında Gözden Geçirilmesi*. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* :2(3):186-194 doi: 10.5606/fng.btd.2016.034
- Çelik L., Çubuk R., Murzoğlu Altıntoprak K., (2017). *Meme Kanseri Riski Normal veya Artmış Kadınlarda Tarama*. *Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics* :10(3):185-97
- Çelik, S., Aksoy, G. (2007). *İstanbul'da Kadınlar İçin Meme Kanseri İçin Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*. *Açık Hemşirelik Dergisi*, 1: 6–12.
- Çetin N, Tulay N, Benli AR, Demir N, Kartounian J. (2007). *Meme Kanseri Ve Meme Kanseri Taramasına İlişkin Türk Kadınlarının Bilgi, Tutum Ve Görüşleri*. *Dirim Tıp Dergisi*: 82(2): 311- 321
- Davis TC, Arnold C, Berkel HJ, Nandy I, Jackson RH, Glass J. (1996). *Knowledge And Attitude On Screening Mammography Among Low-Literate, Low-Income Women*. *Cancer*. 1996; 78(9):1912-20.

- Demir Uzan S.S. (2015). *Adana Havutlu Beldesindeki 20 Yaş Ve Üstü Kadınların Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Araştırılması*. Uzmanlık Tezi. Adana Çukurova Üniversitesi.
- Demir Yıldırım A., Özyayın A.N. (2014). *İstanbul / Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları*. J. Breast Health; 10: 47-56.
- Demir Yıldırım A., Özyayın A.N.(2014) İstanbul / Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. Journal Breast Health : 10, 47-56.
- Demiral G. (2009). *Ele Gelmyene Meme Lezyonlarında Tel İle İşaretlemenin Tanısal Değeri*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Dilber Balcı H. (2017). *Aile Hekimliği Kliniği Kadınlarda Meme Kanseri Risk Değerlendirme Araştırması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Dinçel E., Kısmet K., Erel E., Sunay D., Şahin M., Taşova V., Akkuş M.A., (2010). *İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler*. Meme Sağlığı Dergisi ,Cilt: 6 (3) 113-117.
- Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. (2007) Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal : 1(20): 29-36
- Dolgun E., Ezer L. (2018). *Öğrencilerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 34 (2), 15-22.
- Eliassen, A. H., Hankinson, S. E., Rosner, B., Holmes, M. D., & Willett, W. C. (2010). *Physical Activity And Risk Of Breast Cancer Among Postmenopausal Women*. Archives of internal medicine, 170(19), 1758–1764. doi:10.1001/archinternmed.2010.363
- Erdogan Ö. (2010) *Meme Kanserli Hastaların Doku Örneklerinde Human Papillomavirus (Hpv) Varlığının Pcr Yöntemi ile Tespit Edilmesi ve Hibridizasyon Yöntemi İle Tiplendirilmesi*. (Doktora Tezi) Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Ankara.
- Ersin F., Bahar Z[nKG1]. (2012) *Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergi: 5 (1), 28-38.
- Ersin F., Gözükara F., Polat P., Erçetin G., Bozkurt ME.(2015). *Determining The Health Beliefs And Breast Cancer Fear Levels Of Women Regarding Mammography*. Turkish Journal of Medical Sciences 45: 775-781
- Ertem G., Candan Dönmez Y., Bilge A. (2017). *Meme Kanserinde Cinsel Yaşamdan Yaşamsal Doyuma Yolculuk*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi: 6(1): 171 - 176
- Ertem M., Çan G. (2014). *Türkiye Sağlık Raporu*. HASUDER. <http://hasuder.org/anasayfa/index.php/yayinlar/hasuder-yayinlari> sayfasından erişilmiştir.
- Esteva, M., Ripoll, J., Leiva, A., Sánchez-Contador, C., & Collado, F. (2008). Determinants Of Non Attendance To Mammography Program In A Region With High Voluntary Health Insurance Coverage. *BMC Public Health*, 8, 387.

- Gang MH, Kim JI, Oh KO, et al (2013). *Factors Associated With Mammography Adherence Among Married Chinese Women In Yanbian, China*. Asian Pac J Cancer Prev, 14, 7207-13.
- Garbers S, Jessop DJ, Foti H, Uribelarrea M, ve ark.(2003). *Barriers to breast cancer screening for low income Mexican and Dominican women in New York City*. Journal of Urban Health,; 80(1): 81-91.
- Garip M. (2008). *Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi Veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri* (Uzmanlık tezi) İstanbul; Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Gençtürk N.(2007). *Meme Kanserinde Korunma*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10: 4
- Gierisch JM., O'Neill SC , Rimer BK , DeFrank JT , Bowling JM , Skinner CS . (2009). *Factors Associated With Annual-Interval Mammography For Women In Their 40s*. Cancer Epidemiology, 33(1), 72–78.
- GLOBOCAN, (2012). International Agency for Research on Cancer, 2014. Breast cancer, estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Population fact sheet in Turkey.
- Göçgeldi E, Açıklak CH, Hasde M, Aygüt G, Çelik S, Gündüz İ, Karadeniz Y, Ayas R, Şahin E, Deniz C. (2008). *Ankara-Gölbaşı İlçesinde Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusundaki Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi*. Fırat Tıp Dergisi; 13: 261-265.
- Gök Uğur H., Aydın Avcı İ. (2015). *Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,4 (2), 244-258.
- Gölbaşı Z, Çetin R, Kalkan S, Durmuş T., (2010) *Üniversite Öğrencisi Kızların Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi Ve Davranışları*. The Journal of Breast Health 6 (2):69-73.
- Güllüoğlu, B. M. (2008). *Meme Hastalıklarına Yaklaşım: "Meme Kanseri İçin Risk Değerlendirmesi ve Tarama Stratejileri"*. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 12(1) s. 9-17.
- Gümüş Y. (2012). *Gaziantep Üniversitesi Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkındaki Bilgileri, Meme Muayenesini Uygulama Durumlarının İncelenmesi ve Eğitimi*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gür K.,Kadioğlu H.,Sezer A. (2014). *İstanbul'da Bir Mahallede Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Riskleri ve KKMM Eğitiminin Etkinliği*. J Breast Health; 10: 154-160.
- Gürsoy AA, Mumcu HK, Çelik KY, Bulut HK, ve ark. (2011). *Türk Kadınlarında Meme Kanseri Tarama Davranışlarına İlişkin Tutum ve Sağlık İnançları*. Journal of Transcultural Nursing; 22(4):368-375.
- Güven G., Özden H.(2008). *Meme Lenfatiklerinin Anatomik Yapısı ve Klinik Önemi*. Dirim Tıp Dergisi, 7-12.
- Haydaroğlu A. ,Özsaran Z. ,Akagündüz Ö.,Arun Kamer S.,Yalman D. ,Dubova S., Aras A.,Kapkaç M. , Özdemir N. (2006). *Meme Koruyucu Cerrahi Ve Radyoterapi Uygulanan Erken Evre Meme Kanserlerinde Lokal Kontrol ve Sağ kalımı Etkileyen Prognostik Faktörler*. Meme Sağlığı Dergisi. Cilt: 2(2): 71-76.

- Sağlık Bakanlığı https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KETEM_EL_KiTABi.pdf sayfasından erişilmiştir.
- <http://www.adnanisgor.com/meme3genelbilgikonu.html> sayfasından erişilmiştir.
- http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/mem_onlen_2014.pdf.
- https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/cansu_ozturk_Meme_Kanseri_Taramalari_2018.pdf. sayfasından erişilmiştir.
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>
- <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html> sayfasından erişilmiştir.
- <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/breast-cancer/screening/breast-screening>.sayfasından erişilmiştir.
- I. Ulusal Meme Kanseri Konsensus Toplantısı 2006. http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/938umkk_kitap-2006%5B1%5D.pdf sayfasından erişilmiştir.
- İleri A.,Akbaş Z., Yıldırım B., Erbaş O.,(2018). *Boy Uzunluğu ve Kanseri İlişkisi*. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2018;4(3):149-153 doi: 10.5606/fng.btd.2018.025.
- Kabel, Ahmed M., ve diğ. (2016). *Tumor Markers of Breast Cancer: Role in Early Diagnosis, Monitoring Response to Therapy and Determination of Prognosis*. Journal of Cancer Research and Treatment 4 (5) : 80-87. doi: 10.12691/jcrt-4-5-2
- Kagawa-Singer M. (1997). *Addressing Problems for Early Diagnosis and Screening in Ethnic Populations*. Oncol Nurs Forum. 1997; 24 :1705–11.
- Kakefuda I, Stallones L.(2006). Comparisons Of Colorado Women’s Cancer Screening Practices By Residence: Metropolitan, Non-Metropolitan, And Farm. Journal Agric Saf Health,12, 59-69.
- Kaplan M.,Salman B.,Atabek N.M.,Yusifzade K.,Onuk E. (2002). *Evre I Ve II Meme Kanseri Hastalarda Mastektomi Mi, Meme Koruyucu Cerrahi Mi?*. Genel Tıp Dergisi ;12(3):113-121
- Karacaer C., Baykara M.,Varım C., Gürkan Toçoğlu A.,Ergenç H.,Tamer A.(2016). *Nörolojik Defisit İle Başvuran Gebe Meme Kanseri Olgusu*; J hum rhythm;2(1):62-66.
- Karasu F., Göllüce A, Güvenç E.,Polat F.,Delibaş L.,Bayır B., Gülçek E., Gökdoğan Ü. (2017). *Bir Vakıf Üniversitesindeki Öğrencilere Meme Kanseri Hakkında Verilen Eğitiminin Etkinliği*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi:10(1)
- Karslıoğlu Z. (2017) *40-69 Yaş Kadınlar Arasında Meme Kanseri Tarama Yöntemleri İle İlgili Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- Kayhan A.,Arıbal E. (2014) *Meme Kanseri Taraması: Neden Yapıyoruz? Ne Zaman? Değerlendirmede Yaşanan Sorunlar*. Türk Radyoloji Derneği Seminerleri: 2: 230-40.
- Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2.baskı, Karadakovan A, Eti Arslan F.(Ed), Nobel Matbacılık, 2011: 975-987

- Keramatnia A, Mousavi-Jarrahi SH, Hiteh M, MosaviJarrahi A. (2014). *Trends In Incidence Of Breast Cancer Among Women Under 40 In Asia*. Asian Pac J. Cancer Prev. 15:1387-1390. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.3.1387>
- Kıssal A, Beser A. (2011) Knowledge, facilitators and perceived barriers for early detection of breast cancer among elderly Turkish women. Asian Pacific J Cancer Prev,: 12: 975-984.
- Kim O, Kyong O, Li CY, et al (2011). *Breast Cancer Screening Practice And Health-Promoting Behavior Among Chinese Women*. Asian Nursing Research, 5:157-163.
- Kim Y., Choi JY., Lee KM., Park SK., Ahn SH., Noh DY., Hong YC., Kang D., Yoo KY. (2007). *The dose-dependent protective effect of breastfeeding against breast cancer among permanent breastfeeding women in Korea*. European Journal of Cancer Prevention 16(2):124-9.
- Kim YI, Lee CH, Jung HS, et al (2006). *Comparative analysis of influencing factors on implementation of mammography for ordinary women and outpatients*. J Korean Acad Community Health Nursing, 17, 56-64.
- Koç Z, 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.
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A., & Yalçın, B. (2011). *Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon*. İstanbul: Meme Sağlığı Dergisi. 7 (2),47-67
- Kozan R., Tokgöz V.Y., (2016). *Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı*. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi (4):185-188
- Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, et al.(2017). *Risks of Breast, Ovarian, and Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers*. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*.;317(23):2402–2416.
- Kulshrestha M. (2011). *Pregnancy-Associated Breast Cancer*. J S Asian Fed Obstet Gynecol 3:1-5
- Kum, S., Göksu, U.A., Kelkitli, E., Yücel, İ. (2004). *Orta Karadeniz Bölgesi’nde Kendi Kendine Meme Muayene Sıklığı ve Etki Eden Faktörler*. Türk Onkoloji Dergisi 19(1): 24-27.
- Kuzhan A, Adlı M.(2015). *Sosyoekonomik- Kültürel Faktörlerin Meme Kanserine Etkisi*. J.Breast Health.;11:17-21. DOI: 10.5152/tjbh.2014.2293.
- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Anketi.(2012) http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Lamyian M., Hydarnia A., Ahmadi F., Faghihzadeh S., at al..(2007). *Barriers To And Factors Facilitating Breast Cancer Screening Among Iranian Women: A Qualitative Study*. Eastern Mediterranean Health Journal:13(5):1160-1169.
- Lancet (2011).Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG); *Effect Of Radiotherapy After Breast-Conserving Surgery On 10-Year Recurrence And 15-Year Breast Cancer Death: Meta-Analysis Of Individual Patient Data For 10 801 Women In 17 Randomised Trials*. 378 (9804); 1707-16
- Lee CH, Dershaw DD, Kopans D, Evans P, Monsees B, et al.(2010). *Breast Cancer Screening With Imaging: Recommendations From The Society Of Breast Imaging And The ACR On The Use*

Of Mammography, Breast MRI, Breast Ultrasound, And Other Technologies For The Detection Of Clinically Occult Breast Cancer. J Am Coll Radiol :7:18-27

Lee CH, Kim YI. (2015). *Effects of Attitude, Social Influence, and Self-Efficacy Model Factors on Regular Mammography Performance in Life- Transition Aged Women in Korea. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention/ APJCP 16.8.3429-34.*

Legg JS. (2000). *Provider Efforts To Increase Mammography Screening. Radiol Technol: 71(5):435-40.*

Lewis MS, Heitkemper MM, Dirksen SR,(2004). *Tıbbi Cerrahi Hemşireliği. St Louis: Mosby; 2004.*

Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D.(2000).*Meme Kanseri Riskiyle İlgili Olarak Emzirmenin Tarihi: Epidemiyolojik Literatürün Gözden Geçirilmesi. J Natl Cancer Inst.: 92 : 302–12.*

Malya, Ü.F., Sayek, İ. (2013). *Meme Kanseri. Sayek, İ. (Ed.). Temel Cerrahi. 4. Baskı. Cilt 1. Bölüm 86. Güneş Tıp Kitabevleri: 1103-1118.*

Manjer J, Berglund G, Bondesson L, Garne JP, Janzon L, Malina J. (2000).*Breast Cancer Incidence In Relation To Smoking Cessation. Breast Cancer Res. Treat. : 61(2):121-129.*

Marmoh MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. (2013) *The benefits and harms of breast cancer screening. Br J Kanser : 108 (11): 2205-2240.*

Massat NJ, Dibden A, Parmar D, Cuzick J, Sasieni PD, Duffy SW. (2016) *The Effect Of Screening On Breast Cancer Mortality. Cancer Epidemotic Biomarkers Prev. 25 (3): 455-462.*

Mayne L, Earp J. (2003). *Initial and Repeat Mammography Screening: Different Behaviors/Different Predictors Journal Rural Health : 19(1): 63- 71.*

McPherson K, Çelik CM., Dixon JM. (2000). *Breast Cancer -Epidemiology, Risk Factors, And Genetics. British Medical Journal; 321: s. 624–628.*

McTeirnan A.(2003). *Behavioral Risk Factors In Breast Cancer: Can The Risk Be Changed? Oncologists; 8: 326-34.*

Meissner HI Breen N, Taubman ML, Vernon SW, Graubard BI. (2007). *Which women aren't getting mammograms and why? (United States). Cancer Cause Control; 18:61-70.*

Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (2012). *Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara,Güneş Tıp Kitap Evi.*

Meme Sağlığı Derneği. http://memeder.org/kkm_donem.htm sayfasından erişilmiştir.

Meme Sağlığı Derneği.<http://memeder.org/meme-sagligi/kendi-kendine-muayene/kendi-kendine-meme-muayenesi-nedir/> sayfasından erişilmiştir.

Miller AM, Champion VL.(1996).*Mammography In Older Women: One-Time And Three-Year Adherence To Guidelines. Nursing Research; 45(4): 239- 245.*

Mincey, B. A. (2003). *Genetics And The Management Of Women At High Risk For Breast Cancer. Oncologist, 8 (5) s. 466-73.*

Monticciolo DL , Newell, MS , Hendrick RE , Helvie MA , Moy L , Monsees B , Kopans DB , Eby PR , Sickles EA . (2017). *Breast Cancer Screening for Average-Risk Women:*

Recommendations From the ACR Commission on Breast Imaging. Journal of the American College of Radiology 14 (9), sf. 1137-1143.

Murff, H.J. (2012). *Cohort Analysis Finds That The Proportion Of People Who Meet High Risk Criteria For Colorectal, Breast Or Prostate Cancer Screening Based On Family History Increases Between Age 30 And 50.* Evid Based Med, 17, 50-51.

National Center for Health Statistics Staff. Health, U.S. with urban and rural health chartbook, 2001. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics, 2001

National Health Services Breast Screening Programme (2018). <https://legacyscreening.phe.org.uk/breastcancer> erişim sağlanmıştır.

National Institutes of Health (2019). <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq> national cancer adresinden erişilmiştir.

Navrozoglou I, Vrekoussis T, Kontostolis E et al.(2008). *Breast cancer during pregnancy: A mini-review.* ESJO ;34: 837-43.

Norouznia S. (2014). *Meme Kanseri Korkusunun Kadınların Erken Tanı Davranışları Üzerinde Etkisinin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Tez Kodu: DEU.HSI.MSc-2012970086

Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC, et al. (2015) *American Cancer Society. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society.* JAMA 314 (15): 1599-1614. doi: 10.1001/jama.2015.12783

Olgun Ş. (2015). *Meme Kanseri Olan Kadınların Birinci Derece Yakınlarına Verilen Eğitimin Sağlık İnançlarına Olan Etkisinin Belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Tez numarası 2015-502

Ozmen V. (2008). Breast Cancer in the world and Turkey. The Journal of Breast Health : 4:7-12.

Okur F. (2015). *Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumu İle Mamografi Çektirme Davranışı Arasındaki İlişki: Retrospektif Değerlendirme.* Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği

Öner E., Girgin S., Uslukaya Ö., Bozdağ Z., Gümüş H., Urakçı Z., Gümüş M. (2015). *Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Meme Kanseri Tanı Ve Tedavide Gecikme Sebeplerine Yönelik Anket Çalışması.* Journal of Clinical and Experimental Investigations: 6 (4): 375-381.

Özdemir Ö., Bilgili N. (2010). *Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kansellerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları.* TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(6):605-612

Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E, Güllüoğlu BM, Işıkdöğün A, Topal U, Uhri M, Utkan Z, Zengin N, Tuncer M.(2009). *Türkiye De Meme Kanseri Erken Tanı Ve Tarama Programlarının Hazırlanması Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı Ve Tarama Alt Kurulu Raporu.* Meme Sağlığı Dergisi 5 (3) 125-134.

Özmen V, Nilüfer Ozaydin A, Cabioglu N, Gulluoglu BM, Unalan PC, Gorpe S, Oner BR, Aribal E, Thomas DB, Anderson BO. (2011). *Survey On A Mammographic Screening Program In Istanbul, Turkey.* Breast J.3:260–267.

- Özmen V, Özmen T, Doğru V. (2017). Breast Cancer in Turkey. 1.Baskı. İstanbul: Cinius Yayınları; 59-60.
- Özmen V. (2013). *Türkiye'de Meme Kanseri*. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics. 2013;6(2):1-6
- Özmen V. (2014). *Türkiye'de Meme Kanseri: Klinik ve Histopatolojik Özellikler (13.240 Olgunun Analizi)*. J Breast Health; 10: 98-105 DOI: 10.5152/tjbh.2014.1988
- Özmen V., Boylu S., Ok E., Cantürk N.Z., Çelik V, Kapkaç M, Girgin S, Tireli M, İhtiyar E., Demircan O., Başkan M.S., Koyuncu A., Taşdelen I., Dumanlı E., Özden F., Zaborek P. (2015). *Factors Affecting Breast Cancer Treatment Delay in Turkey: A Study From Turkish Federation of Breast Diseases Societies*. Eur J Public Health : 25: 9-14
- Pal T, Vadaparampil ST. (2012). *Genetic Risk Assessments In Individuals At High Risk For Inherited Breast Cancer In The Breast Oncology Care Setting*. Cancer Control ; 19: 255-66.
- Parlar S., Kaydul N., Ovayolu N., *Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: 8 (1)
- Peek, M. E., & Han, J. H. (2004). *Disparities In Screening Mammography. Current Status, Interventions And Implications*. Journal Of General Internal Medicine, 19(2),184–194.
- Rızalar S, Altay B. (2010) *Early Diagnosis Applications of Women with Breast Cancer*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 5: 73-87.
- Ring AE, Smith IE, Jones A, Shannon C, Galani E, Ellis PA.(2005). *Chemotherapy For Breast Cancer During Pregnancy: An 18-Year Experience from Five London Teaching Hospitals*. J Clin Oncol;23:4192–7.
- Romieu I, Hernández-Avila M, Lazcano E, Lopez L, Romero-Jaime R.(1996) *Breast Cancer And Lactation History In Mexican Women*. Am J Epidemiol 1996;143:543-52.
- Russell KM, Champion VL, Skinner CS. (2006). *Psychosocial Factors Related To Repeat Mammography Screening Over 5 Years In African American Women*. Cancer Nursing :29(3): 236- 243.
- Sağlık Bakanlığı (2015).*Türkiye Kanseri İstatistikleri*.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf
- Sağlık Bakanlığı (2017) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kanser istatistikleri ve tarama raporları 2017
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı. (2016). *Türkiye Kanseri Kontrol Programı*.https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanseri Tarama Standartları.<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program%C4%B1ulusal-standartlar%C4%B1.html> sayfasından erişilmiştir.

- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yılı Yılığın sayfasından
2017. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>
erişilmiştir.
- Sardanelli, F., Fallenberg, E. M., Clauser, P., Trimboli, R. M., Camps-Herrero, J., Helbich, T. H., et al. (2017). *European Society of Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europa Donna–The European Breast Cancer Coalition ()*. *Mammography: an update of the EUSOBI recommendations on information for women*. *Insights Into Imaging*, 8(1), 11–18. doi:10.1007/s13244-016-0531-4
- Sayek İ. (2004) *Temel Cerrahi*. Güneş Tıp Kitabevleri 75:895-897.
- Schootman M, Walker MS, Jeffe DB, Rohrer JE, Baker EA. (2007). *Breast cancer screening and incidence in communities with a high proportion of uninsured*. *Am J Prev Med.*; 33: 379-386.
- Seçgin Sayhan. S., (2013). *Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi 'ne 2007-2011 Yılları Arasında Başvuran Meme Kanseri Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Seçginli S. (2007). *Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Sağlığı Geliştirme Programının Tarama Davranışlarına Etkisi*. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Seçginli S.(2011). *Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler?* TAF Preventive Medicine Bulletin, 10 (2): 193-200. www.korhek.org
- Semiglazov VF, Moiseenko VM, Manikhas AG, Protsenko SA et al (1999). *Interim Results Of A Prospective Randomized Study Of Self-Examination For Early Detection Of Breast Cancer*. *Vopr Onkol* : 45(3): 265-271.
- Sever A, Kayhan A, Çimşit Ç, Kaya H, Güllüoğlu B, Arıbal E. (2012). *Meme Kanseri Olgularında Operasyon Öncesi Dinamik Kontrastlı Meme Manyetik Rezonans Görüntülemenin Cerrahi Planlamaya Katkısı*. *Meme Sağlığı Dergisi*: 1: 8
- Sezen S. (2017) *Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin (Mddsö) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Singletary SE et al. (2002). *Revision of the American Joint Committee on Cancer Staging System for Breast Cancer*. *J Clin Oncol* 2002; 20:3628-36
- Siu AL.(2016). *Screening For Breast Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement Screening For Breast Cancer*. *Ann Intern Med.* ;164:279-96.
- Sohbet R., Karasu F. (2017). *Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GÜSBD;6(4):113-121.
- Sönmez Y. (2011) *Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
- Sönmez Y., Nayir T., Köse S., Gökçe B., Kişioğlu AN. (2012) *Bir Sağlık Ocağı Bölgesi 'nde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları*. S. D. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi: 19(4):124-130.

- Spratt JS, Spratt SW. (1990) *Medical And Legal Implications Of Screening And Follow-Up Procedures For Breast Cancer*. Cancer 66:1351-62.
- Subaşı V. (2014). *Meme Kanseri Olgularında Geç Çekim Pet/Ct Bulgularının Klinik Ve İmmünohistokimyasal Prognostik Faktörlerle İlişkisi*. Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı.
- Subaşı V. (2014). *Meme Kanseri Olgularında Geç Çekim Pet/Ct Bulgularının Klinik ve İmmünohistokimyasal Prognostik Faktörlerle İlişkisi*. Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı.
- Steiner E, Klubert D, Knutson D.(2008) Assessing breast cancer risk in women. Am Fam Physician; 78: 1361-6.
- Tavassoli FA, Devilee P. (2003). *World Health Organization Classification of Tumours and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs*. Lyon, IARC Press. : 9-113.
- TC-saglik-bakanligi-turkiye-halk-sagligi-kurumu.html sayfasından erişilmiştir.
- Tekgül N.,Saltuk D.,Şen Y.,Kur S. (2004). *15-49 Yaş Kadınlarda Ortalama Menarş Yaşı*. STED 14 (4); 76-79.
- Terry, M. B., Zhang, F. F., Kabat, G., Britton, J. A., Teitelbaum, S. L., Neugut, A. I., & Gammon, M. D. (2006). *Lifetime Alcohol İntake And Breast Cancer Risk*. Annals Of Epidemiology, 16(3), 230-240.
- Tezcan Y., Koç M., Demir H. (2012). *Agressif Seyirli Bilateral Meme Kanseri Olguda Cilt Metastazının Elektron Beam Tedavisi: Olgu Sunumu*. Selçuk Tıp Dergisi: 28(2): 125-127.
- Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW et al (2012). *Randomized Trial Of Breast Self Examination İn Shanghai: Final Results*. Journal of National Cancer Institute : 94: 1445-57.
- Thompson PA, Lopez AM, Stopeck A. (2005). *Breast Cancer Prevention Fundamentals of Cancer Prevention*, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer; 255-276.
- Topuz E, Aydiner A, Dinçer M. (2003) *Meme Kanseri*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003.
- Townsend, J.S., Steele, C.B., Richardson, L.C., Stewart, S.L. (2013). *Health Behaviors And Cancer Screening Among Californians With A Family History Of Cancer*. *Genet Med*, 15, 212-221.
- Tuncer MA (2007). *Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı*. Onur Matbaacılık Ltd. Şti,2007
- Turan M. (2018). *Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ketem Polikliniği’ne Meme Kanseri Taraması İçin Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi ve Meme Kanseri Farkındalık Düzeylerinde Aile Hekimlerinin Rolü*. Tıpta Uzmanlık Tezi.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği.
- Türkiye Sağlık Araştırması (2016).Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24573> sayfasından erişilmiştir.
- US Preventive Services Task Force (2009). *Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement*. Ann Intern Med.:151(10):716-26.

- Ünal, H. (2006). Meme Kanserinin Tanı ve Tedavisinin Tarihsel Gelişimi. *İ. Ü. Cerrahpafla Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, s. 9-13.
- Üyetürk Ü. (2018). *Erken Evre HER2 Pozitif Meme Kanseri Hastada Tedavi Seçenekleri Neler Değişti? İdeal Yan Etki Monitörizasyonu Nasıldır?*. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics*.;11(1):53-8
- Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia, Viale G.(2005). Meme Kanseri. *Lancet*. 2005; 365 : 1727-41.
- Virk-Baker,M.K. (2012). *Soy and Breast Cancer*. Birmingham/Alabama:University of Alabama at Birmingham
- World Cancer Report (2008). Lyon, Fransa: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer; p. 296–301.
- World Health Organization. Obesity and overweight, Factsheet N311, Updated May 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> sayfasından erişilmiştir.
- www.breastcancer.org/treatment/hormonal sayfasından erişilmiştir.
- Yarış F., Şahin M.K., Dikici MF.(2014). *Aile Hekimliğinde Meme Kanserlerine Yaklaşım*. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* ; 5(2):46-54
- Yılmaz M.S., Atak N.,(2014).*Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi*. *Turkish Journal of Public Health* 12(1):51-60.
- Yiğit A., Erdem R.(2017). *Mamografi Sağlık Teknolojisi İle Meme Kanseri Tarama Programının Klinik Etkililiğinin Meta Analiz Yöntemiyle Değerlendirilmesi*. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Yıl: 2017/3, Sayı:28, s. 401-430.
- Yip CH, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang ES, Capparella RS, Corbex M, Kreps GL, McTiernan A.,(2008). *Guide Line Implementation For Breast Health Care In Low- And Middle-In Come Countries, Early Detection Resource Allocation*. *Cancer* :113(8): 2244–56.
- Zapka, JG, Stoddard A., Maul L, & Costanza ME.(1991). *Interval Adherence To Mammography Screening Guidelines*. *Medical Care* ; 29: 697-70
- Zincir H. (1999).*Malatya İl Merkezinde 40 Yas Uzeri Kadınların Meme Kanseri Ve Korunma Konusunda Bilgi Tutum Ve Davranışları*. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.

FORMLAR

Ek-1 Etik Kurul Kararı



T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 54001588-302.14.99-E.3377
Konu : Etik Kurul Kararı (Nevin
KADIOĞLU)

16/02/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/02/2017 tarihli ve 69456409-302.14.99-E.2409 sayılı yazınız.

Sorumlu araştırmacılığını Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ'ın üstlendiği ve Nevin KADIOĞLU'nun hazırladığı "Kırklareli İli Merkez İlçe KETEM'e 2012-2016 Yılları Arasında Mamografi Taramasına Gelen Kadınların, İkinci Mamografi Taramasına Gelme Oranı ve Bunları Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırma önerisi Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup etik açıdan uygun görüldüğüne dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Sema BASAT
Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Karar Formu

BU BELGE
ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR.
16.02.2017
Zeynep USLU
Memur

Adres: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı
Telefon: 0288 214 54 13 Faks: 0288 214 70 86
e-posta: Elektronik Ağ: <http://www.klu.edu.tr>

Zeynep USLU
Dahili: Zeynep USLU

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebys.klu.edu.tr/sorgu/sorgula.aspx> adresinden 1GEH-81NR-8KUV kodu ile yapılabilir.



T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 54001588-302.14.99-E.3377
Konu : Etik Kurul Karar (Nevin
KADIOĞLU)

16/02/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/02/2017 tarihli ve 69456409-302.14.99-E.2409 sayılı yazınız.

Sorumlu araştırmacılığını Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ'ın üstlendiği ve Nevin KADIOĞLU'nun hazırladığı "Kırklareli İli Merkez İlçe KETEM'e 2012-2016 Yılları Arasında Mamografi Taramasına Gelen Kadınların, İkinci Mamografi Taramasına Gelme Oranı ve Bunları Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırma önerisi Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup etik açıdan uygun görüldüğüne dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Sema BASAT
Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Karar Formu

BU BELGE
ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIDIR.
16.02/2017
Zeynep USLU
Memur

Adres: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı
Telefon: 0288 214 54 13 Faks: 0288 214 70 86
e-posta: Elektronik Ağ: <http://www.klu.edu.tr/>

Zeynep USLU
Dahili: Zeynep USLU

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebys.klu.edu.tr/sorgu/sorgula.aspx> adresinden IGEH-81NR-8KUV kodu ile yapılabilir.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2017-SBEK-01)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kırklareli İli Merkez İlçe KETEM'e 2012-2016 Yılları Arasında Mamografi Taramasına Gelen Kadınların, İkinci Mamografi Taramasına Gelme Oranı ve Bunları Etkileyen Faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	PR31R00

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 212 26 80
	FAKS	0288 212 26 90
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğrenci/ Nevin KADIOĞLU GÜRSOY		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı ABD		
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>
	ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2017-SBEK-01)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kırklareli İli Merkez İlçe KETEM'e 2012-2016 Yılları Arasında Mamografi Taramasına Gelen Kadınların, İkinci Mamografi Taramasına Gelme Oranı ve Bunları Etkileyen Faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	PR31R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	03.02.2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.02.2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:08	Tarih: 10.02.2017				
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sema BASAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan)	İç Hastalıkları	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan Yardımcısı)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör)	Klinik Biyokimya	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma



Ek-2 İl Sağlık Müdürlüğü Onay Formu

	değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini değerlendirmede sayımla belirtilen kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için eğimin değerlendirilmesi amacıyla eğitimde ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümle belirtilen değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini değerlendirmede, Mann-Whitney U testi ve t testi kullanılmıştır. 2. Taramaya başvuruda, oluşmasına birden çok değişkenin etkisini birlikte değerlendirmede lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Çözümlemede SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılacaktır.
Çalışmada Kullanılacak Mevcut Olanaklar: 2012 – 2016 yılları arasında Kırklareli Merkez İlçe KETEM Birimine 40 - 69 yaş arası daha önce başvurup mamografi çektiren ve telefon kayıtları bulunan kadınlara ulaşılması hedeflenmiştir. Merkez İlçe KETEM Birimine 2012 – 2016 yılları arasında mamografi taraması için başvuran hastalara yönelik olarak doldurulan meme tarama formlarını içeren hasta dosyalarında inceleme yapmak istiyorum.Araştırmam için gerekli izin verilmesi hususunda gereğini arz ederim.	
ARAŞTIRMA İSTEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	
Araştırmamanın Numarası:	Değerlendirme Tarihi:
Karar:	
Araştırma Uygundur, Planlanabilir.	
Araştırma Uygun Değildir. Gerekçe:	

UYGUNDUR

20... / 04 / 2017


Dr. Demet AYDOĞDU
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı


Dr. Çiğdem CERİT
Halk Sağlığı Müdürü

Ek-3 Meme Tarama Bilgi Formu

	T.C SAĞLIK BAKANLIĞI KIRKLARELİ DEVLET HASTANESİ KANSER ERKEN TEŞHİS TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ BİLGİ İZLEM FORMU		
		Doküman No:	FR.KET.01
		Yayın Tarihi:	12.01.2009
		Revizyon Tarihi:	-
		Revizyon No:	0
Sayfa No:	1		

(Bu sayfayı ilk başvuruda, poliklinik defterine kayıt yaptıktan sonra doldurunuz)

Adı Soyadı:		Tarih :	
T.C. Kimlik No:		Sıra No :	
Adres:		Ev Telefonu :	
		Cep Telefonu :	

KİMLİK BİLGİLERİ

(Seçeneklerden uygun olanın başındaki kutucuğu işaretleyin)

Doğum Tarihi:		Cinsiyet:	
Eğitim Durumu :	<input type="checkbox"/> Okur Yazar Değil <input type="checkbox"/> Okur Yazar <input type="checkbox"/> İlk Okul <input type="checkbox"/> Orta Okul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Diğer	Medeni Durumu:	<input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Diğer _____
Mesleği (İşi) :		Sosyal Güvence :	
İş Telefonu :		Baba Adı:	



TIBBİ BİLGİLER

ÖZ GEÇMİŞ: Kronik Hastalık: Geçirdiği Ameliyatlar :	SOY GEÇMİŞ:
Sigara içiyor mu? _____ Paket/Tane _____ ay/yıldır.	Alkol alıyor mu? _____ (Tanımlayın)

DERİ TARAMASI İÇİN

Cildinizde iyileşmeyen/ kanayan yaranız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Büyüyen ve renk değiştiren beniniz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Açıklama:	
Daha önce smear testi yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ____/____/____	Daha önce mamografi çekildi mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ____/____/____
SONUÇ:	SONUÇ:

- FR.KET.02
 FR.KET.03

	T.C SAĞLIK BAKANLIĞI KIRKLARELİ DEVLET HASTANESİ	
	KANSER ERKEN TEŞHİS TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ MEME TARAMA FORMU	

ADI SOYADI:	
İlk Adet Yaşı:	İlk Gebelik Yaşı:
Gebelik: Kürtaj: Düşük: Ö. Doğum C. Doğum:	Adet Durumu: (SAT _____)(____ Yaş)
Doğum Kontrol Hapı: <input type="checkbox"/> Kullanmamış <input type="checkbox"/> Kullanmış (_____ ay/yıl)	Toplam emzirme süresi: _____ Ay _____ Yıl Emzirme sırasında kullanmadığı meme var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Sol Meme <input type="checkbox"/> Sağ Meme
Hormon tedavisi : <input type="checkbox"/> Görmemiş <input type="checkbox"/> Görmüş (..... ay/yıl) Açıklayınız :	Ailede Meme Kanseri Öyküsü: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (_____)
Geçirilmiş Meme Hastalığı Öyküsü: <input type="checkbox"/> Fibroadenom <input type="checkbox"/> Fibrokist <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diğer.	Kendi Kendine Meme Muayenesi: <input type="checkbox"/> Yapmıyor <input type="checkbox"/> Yapıyor <input type="checkbox"/> Ayda birden fazla <input type="checkbox"/> Ayda Bir <input type="checkbox"/> Ayda birden az
Meme Yakınması : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız: _____	Nereden öğrendiniz ? : <input type="checkbox"/> TV/Gazete <input type="checkbox"/> Sağlık personeli <input type="checkbox"/> Arkadaş-Komşu-Akraba
Yapılan İşlem:	
<input type="checkbox"/> Bilgilendirildi ve evine gönderildi <input type="checkbox"/> Meme muayenesi yapıldı <input type="checkbox"/> Mamografi çekildi <input type="checkbox"/> İnce iğne aspirasyon biyopsisi <input type="checkbox"/> Diğer _____	
Sağlık Personelinin Adı/ İmzası:	
Meme Muayenesi Bulguları;	

Ek-4 Meme Kanseri Bilgilendirilmiş Onam Formu

MEME KANSERİ TARAMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu form size uygulanacak işlemin nasıl yapılacağı, riskleri, işlemin sonuçları ve işlem uygulanmazsa karşılaşılabileceğiniz durum hakkında bilgi vermektedir. Bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz sağlık personelinin açıklaması için lütfen danışınız.

Yapılacak işlem, meme kanseri açısından riskli kişileri belirler ve gelişebilecek bir kanserin erken tespiti için önemli bir tanı yöntemidir.

YAPILMASI PLANLANAN GİRİŞİM(LER)

Her iki memeden de mamografi çekimi yapılacaktır. Mamografi meme dokusunun normal olup olmadığını değerlendirmeye sağlayan, düşük doz X ışını kullanılan röntgen filmidir. Memenin vücuttan biraz ayrı tutularak iki plastik plaka arasında hafifçe sıkıştırılması sonrasında röntgen filmi çekilerek yapılır. Bu amaçla hastanın beline dek üst kısmının tamamen çıplak olması gerekir. Teknisyen tarafından gerekli pozisyon verildikten sonra sıkıştırma yapılır ve film çekilir. Memenin sıkıştırılması, meme dokusunu oluşturan süt kanalları, süt bezleri ve destek dokusunu seyrekleştirerek, detaylı görüntüleme sağlanması bakımından son derece önemlidir. Tetkik her iki meme için en az iki farklı planda yapılmaktadır. Radyolog kontrolünde gerek duyulursa ek çekimler yapılabilir.

OLASI YAN ETKİ(LER)

İşlem 15-20 dakika sürmekte ve ağrısız olmaktadır. Bazen memelere uygulanan sıkıştırma nedeniyle ağrı hissedilebilir. Tetkik, X-ışını kullanılarak yapıldığından radyasyona maruz kalmaktadır. Ancak düşük doz X-ışını doz tekniği? nedeni ile bu doz göz ardı edilebilir. Radyasyonun zararlı etkileri gelişmekte olan dokular üzerinde daha belirgindir. 30 yaş üzerinde ise meme dokusu gelişimini tamamlanmış olduğundan radyasyonun zararlı etkilerine karşı kısmi direnç gösterir.

LÜTFEN DİKKAT

HAMİLE İSENİZ VEYA HAMİLELİK ŞÜPHEİNİZ VARSA, MEMENİZ DE SİLİKON VARSA, RANDEVU ALIRKEN VE TETKİKTEN ÖNCE TEKNİSYEN VEYA DOKTORUNUZU MUTLAKA UYARINIZ

Yapılacak işlem(ler), T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi adına uygulanmaktadır

AYDINLATILMIŞ ONAM

Ülkemizde uygulanan Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı ile kadınlarımızın meme kanserinden ölümlerini azaltılması amaçlanmaktadır.

Birimizde yapılan mamografi incelemeleri genellikle tarama amaçlıdır. Yani hiçbir şikayeti olmayan normal hastalarda, henüz farkında olmadıkları bir kanseri aramaya yöneliktir ve 2 yılda bir tekrarlanması gerekmektedir.

Tetkikten önce başvuranın duş almış olması, koltuk altının temiz, parfüm ve deodorant gibi maddelerin kullanılmaması gerekir.

Filtre raporlanmasından ardından, sonuç aile hekimine gönderilir. Mamografi raporları temel olarak, hekimlere yönelik olarak yazılmakta olup anlamayabilirsiniz. Rapor sonucu hakkında hekiminizden bilgi almak daha doğrudur. Aile hekiminiz rapor sonucunda gerekli görülen hallerde sizi bir genel cerrahi uzmanına yönlendirebilir.

Mamografi raporunun normal olması, çekilen mamografide meme kanserini düşündürecek bir görüntü olmadığı anlamına gelir. Bu sonuç meme kanseri olmadığını veya ileride asta olmayacağını göstermez. 2 yıl sonra tekrar mamografi çekilmek gerekir.

Taramalarda amaç klinik olarak hiçbir yakınması ve bulgusu olmayan kişiler arasında şüpheli vakaların seçilmesi işlemidir, tanı koymak amaçlı değildir. Taramada ön tanı alanları ileri teşhis ve tedavi için tanı merkezlerine yönlendirileceklerdir. Dolayısıyla mevcut kanserlerin %100'ü'nün yakalanması beklenemez.

Mamografi raporunda bir patoloji olduğunun raporlanması, kesin kanser tanısı değildir, ancak kişinin tekrar değerlendirilmesi gerektiğini gösterir. Kesin teşhisin konulabilmesi için memenin daha ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi ve gerekirse biyopsi yapılması gerekir. Bunun için ileri merkezlerdeki Genel Cerrahi uzmanlarına yönlendirileceksiniz.

Aşağıdaki imza ile formun içeriğini okuduğumu (bana okuduğumu), hastalık(lar) ve planlanan girişim(ler) hakkında tarafıma ayrıntılı bilgi verildiğini, olası yan etkilerin ve risklerin eksiksiz olarak anlatıldığını, istemem halinde soru sorma ve bilgi alma fırsatının bana sağlandığını biliyor ve yapılacak işlemleri, kendi rızamla kabul ediyorum.

Yukarıda "LÜTFEN DİKKAT" başlığı altında belirtilen ve bildirilmesi istenen durumlardan gerekli olanlar tarafından sağlık personeline bildirilmiştir.

Hasta Yada Hukuksal Olarak Sorumlu Kişi :		TETKİKİN REDDİ	
Hasta Yada Hukuksal Olarak Sorumlu Kişi :		Hasta Yada Hukuksal Olarak Sorumlu Kişi :	
Adı Soyadı	:	Adı Soyadı	:
T.C. Kimlik No	:	T.C. Kimlik No	:
Tarih	:	Tarih	:
İmza	:	İmza	:
Tanık	:	Tanık	:
Adı Soyadı	:	Adı Soyadı	:
Hastaya Yakınlığı	:	Hastaya Yakınlığı	:
İmza	:	İmza	:
Bilgilendirme Yapan Sağlık Personeli			
Adı Soyadı	:		
Tarih	:		
İmza	:		

Ek- 5 Özgeçmiş**Kişisel Bilgiler**

Adı	NEVİN	Soyadı	KADIOĞLU GÜRSOY
Doğ.Yeri	HASKOVO/BULGARİSTAN	Doğ.Tar.	09.08.1982
Uyruğu	T.C.	Email	nvn41@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	Kırklareli Üniversitesi	2019
Lisans	Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.		Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü	2006 -
2.		Iğdır İl Sağlık Müdürlüğü	2004 - 2006
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	zayıf	zayıf	zayıf		
Bulgarca	zayıf	zayıf	orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	62,10	63,73	62,36
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word Office Programları	İyi
SPSS	Zayıf

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri